¿Cuál es su diagnóstico?

Gerzaín Rodríguez

HISTORIA CLINICA: hombre de 18 años, natural de Bogotá y procedente de Coveñas, Sucre; desde hace cuatro semanas comenzó a presentar las lesiones que se aprecian en la figura 1; inicialmente fueron pápulas intensamente pruriginosas y eritematosas; luego, adoptaron un trayecto lineal y algunas se tornaron vesiculosas. Ha recibido múltiples tratamientos antipruriginosos y antimicóticos, sin ninguna mejoría.

Diagnóstico: Larva migrans cutánea o erupción reptante.

Comentario: la larva migrans cutánea es producida por Ancylostoma braziliense y Ancylostoma caninum, nemátodos de perros y gatos. Las heces de estos animales contienen los huevos de estos parásitos, de los cuales se originan larvas infectantes. Estas penetran en el huésped humano vicariante que entra en contacto con las heces. Las larvas no disponen de las hialuronidasas y otras enzimas necesarias para perforar la epidermis y seguir su ciclo, invadiendo los vasos dérmicos que las transportan al pulmón de donde migran al intestino. Permanecen, pues, dentro de la epidermis (figuras 2 y 3), en donde se desplazan de unos milímetros hasta 2 cm diarios, originando el trayecto lineal característico (figura 1). El huésped responde con una inflamación rica en eosinófilos y es característico que las lesiones tengan prurito intenso. La larva dura viva y migrante en el huésped entre un mes y un año (2), de tal manera que los trayectos lineales

pueden ser muy largos (1). La migración larvaria comienza una semanas después de su penetración a la epidermis y puede detenerse por días o meses. El prurito origina erosiones y puede conducir a la infección secundaria bacteriana.

Las lesiones predominan en los pies, en las manos y en la región glútea, áreas que se

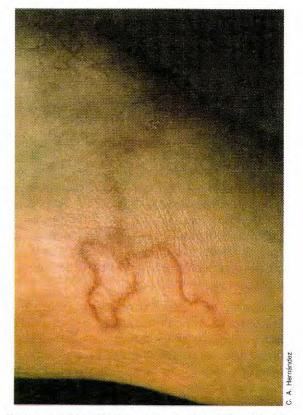


Figura 1. Larva migrans cutánea o erupción reptante. Trayecto lineal típico.

Laboratorio de Patología Intituto Nacional de Salud RODRIGUEZ G. Biomédica 1996;16:251-254

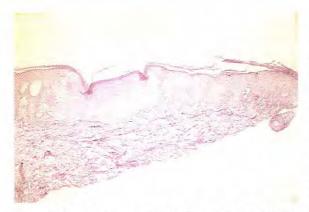


Figura 2. Larva migrans cutánea. Biopsia de piel. Imagen panorámica que demuestra vesículas intraepidérmicas y una larva intramalpighiana, a la izquierda.

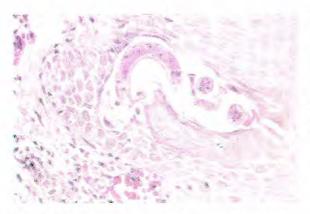


Figura 3. A mayor aumento se ve la larva intraepidérmica, vecina a un conducto sudoríparo.

contaminan muy fácilmente con las heces de perros y gatos, pero cualquier zona cutánea es susceptible. Se pueden originar múltiples trayectos cuando la infección es masiva, con muchas larvas. Es una enfermedad común en turistas de nuestras playas caribeñas, aunque la entidad existe en todo el país.

El diagnóstico diferencial se establece con dermatitis de contacto alérgico, con dermatofitosis y con otras larvas que afectan la piel. Entre éstas se hallan los llamados sabañones, producidos por las larvas de Necator americanus y Uncinaria duodenale que penetran al hombre por la piel descalza o por las manos y originan pápulas eritematosas, vesiculares, escoriaciones y pústulas que traducen impetiginización,

sin formación de trayectos lineales o éstos son mínimos (1,3). Son frecuentes las lesiones interdigitales en los dedos de los pies, muy pruriginosas. Como aquí la larva penetra a la dermis y a los vasos para seguir su curso al pulmón, las lesiones son transitorias, pero recidivan ante la nueva infestación. El uso del calzado ha disminuido esta endemia, causante de la anemia tropical, uno de los flagelos de nuestros campesinos. No obstante, la *Encuesta Nacional de Morbilidad* reveló una prevalencia global de necatoriasis del 21%, con variaciones del 8% para Bogotá y del 45% para la costa atlántica (4).

Las larvas de *Strongyloides stercoralis* en su ciclo de autoinfección externa originan lesiones lineales, en banda, perianales, interglúteas y en la cara interna de los muslos, recidivantes, pruriginosas, que duran horas a semanas. Esta larva se llama corredora o *currens* porque migra más de 10 cm/día (3, 5-6). Las recidivas son posibles porque los pacientes con esta afección tienen estrongiloidiasis intestinal, sintomática, con diarrea, flatulencia, dolor abdominal, astenia, tos y pneumonitis eosinofílica (7).

La gnatostomiasis es producida por larvas de *Gnatostoma spinigerum*, *G. nipponicum* y otras especies (8, 9). Los gusanos adultos con parásitos de perros, gatos, leopardos, tigres, tigrillos y otros felinos. Forman masas de aspecto tumoral, localizadas en la pared gástrica. Excretan huevos que en el hábitat húmedo o acuático originan larvas las cuales son fagocitadas por crustáceos diminutos del género *Cyclops*, que son ingeridos por peces, a cuyos músculos pasa la larva y forma un quiste de 3-4 mm de diámetro (8-10).

El hombre se infecta comiendo pescados crudos o mal cocidos, como los ceviches. La larva migra desde el intestino al peritoneo, diafragma o hígado, produciendo dolores abdominales vagos o agudos y severos (10). Tiende a localizarse en el tejido celular subcutáneo en donde origina una paniculitis nodular migratoria con eofinofilos (8). En la piel induce pápulas, nódulos o trayectos lineales, pruriginosos, elevados, hasta de 1 cm de diámetro. La

Biomédica 1996:16:251-254 CASOS INS

migración larvaria alcanza hasta 1 cm/hora y se han registrado supervivencias larvarias de 10 a 12 años (8-10). Las lesiones tienden a localizarse en el tronco, la región glútea, la cabeza y los brazos. Existe una variedad clínica caracterizada por placas eritematosas grandes, mayores de 10 cm de diámetro, pruriginosas, eritematosas, migratorias y de aparición súbita (8).

La gnatostomiasis se conoce bien en Japón y Tailandia, donde es costumbre comer pescado crudo (9-10). En América hay casos esporádicos, inclusive en Colombia, pero su mayor foco y el mejor estudiado se presenta en la provincia de Guayas, en el Ecuador, en donde se ha dilucidado el ciclo del parásito y se han comprobado más de 200 casos humanos a partir de 1979 (8).

Las larvas de *Toxocara canis* producen la larva migrans visceral, con compromiso principal del hígado, el SNC y los ojos. En éstos, pueden originar masas que semejan retinoblastomas. Los pacientes son principalmente niños con pica pero los adultos que ingieren comidas contaminadas con las heces de perros que contienen los huevos del parásito, también pueden infectarse. Existe un síndrome cutáneo con lesiones nodulares y placas subcutáneas grandes, de 4 a 5 cm de diámetro, evanescentes, que duran 1 a 2 semanas, calientes,

eritematosas, dolorosas y muy pruriginosas, que histológicamente muestran infiltrados dérmicos y subcutáneos, a veces granulomatosos, muy ricos en eosinófilos y en los que ocasionalmente puede demostrarse la larva (11). En nuestro país, se ha demostrado la larva en las vísceras pero no se ha confirmado la enfermedad cutánea (12).

El cuadro 1 resume las características de algunas larvas de nemátodos que afectan la piel.

Diagnóstico: el diagnóstico de larva migrans se basa en la clínica característica, consistente en una erupción papulosa intensamente pruriginosa localizada en zonas de apoyo, que evoluciona formando trayectos lineales. La biopsia cutánea puede sugerir el diagnóstico de todas estas enfermedades producidas por larvas de helmintos al demostrar el parásito, lo cual sucede rara vez, o al apoyar la imagen clínica, demostrando infiltrados muy ricos en eosinófilos, a veces granulomatosos.

Los antecedentes geográficos, epidemiológicos y los hábitos alimenticios pueden dar datos muy útiles. Para la toxocariasis, existe una prueba de ELISA que demuestra anticuerpos contra el parásito en el suero del enfermo, disponible en el Laboratorio de Parasitología del INS. El examen coprológico contribuye a aclarar si las lesiones son producidas por *Necator* o *Strongyloides*. El cuadro hemático muestra eosinofilia, a veces muy elevada, con fluctuaciones entre 30 y 80%.

Cuadro 1. Larvas migratorias cutáneas.

Nemátodo	Características
Necator americanus Ancylostoma duodenale	Pápulas, vesículas, escoriaciones; no hay lesión lineal; migración cutánea y penetración a vasos; dura 1 a 2 semanas; recurrente y transitoria.
2. Strongyloides stercoralis	Autoinfección externa; larva corredora: 10 cm/día; región perianal, glúteos y muslos; recurrente; estrongiloidiasis intestinal concomitante.
3. Ancylostoma brasiliense	Trayecto lineal pruriginoso típico; 1 a 2 cm/día; persiste hasta por un año; contaminación cutánea con larvas presentes en heces de perros.
4. Gnatostoma spinigerum	Paniculitis nodular migratoria con eosinófilos; bandas lineales de 1 cm de diámetro, persistentes hasta por 10 años; migración desde 1 cm/h a 10 cm/día.
5. Toxocara canis	Rara vez cutánea; nódulos y placas de 4 a 5 cm, que duran 1-2 semanas e involucionan; prurito, erupción, urticaria y eosinofilia; compromiso ocular, hepático y del SNC.

RODRIGUEZ G. Biomédica 1996;16:251-254

Tratamiento: la larva migrans o erupción reptante puede manejarse así (13-14):

- Albendezol, 200 mg dos veces al día, durante 5 días.
- Tiabendazol crema al 15%, aplicada sobre el trayecto larvario, tres veces al día, durante 5 días. Puede prepararse a partir del macerado de las tabletas.
- Tiabendesol oral, 50 mg/kg, durante 2 a 4 días. Cuando no se dispone de esta presentación, varios médicas han usado con éxito y sin efectos nocivos, dosis equivalentes del mismo producto para uso veterinario, denominado Equizole.
- 4. Ivermectina oral, dosis única de 12 mg.
- Congelación del parásito con nitrógeno líquido. La gnatostomiasis se debe extirpar quirúrgicamente (8). Se ha empleado mebendazol, a la dosis de 300 mg/día, por vía oral, durante 5 días, con resolución de algunas lesiones (9).

Referencias

- Botero D, Restrepo M. Parasitosis humanas, segunda edición. Medellín: Ediciones CIB, 1982:95.
- Davies HD, Sakuls P, Keystone JS. Creeping eruption. Arch Dermatol 1993;128:588.

- Smith JU, Goethe DK, Odom RB. Larva currens: cutaneous Strongyloides. Arch Dermatol 1976;112:1161.
- Corredor A, Arciniegas E. Encuesta Nacional de Salud. Parasitismo intestinal por helmintos. Bogotá: Instituto Nacional de Salud (en prensa).
- von Kuster LC, Genta KM. Cutaneous manifestations of strongyloidiasis. Arch Dermatol 1988;124: 1826
- Amer M, Attia M, Ramadam AS. Larva currens and systemic disease. Int J Dermatol 1984;23:402.
- Panqueba C, Rodríguez G, Téllez N. Estrongiloidiasis diseminada. Biomédica 1986;6:115.
- 8 Ollague W, Guevara A, Ollague J, et al. Gnatostomiasis (paniculitis nodular migratoria eosinofílica). VII monografía del Colegio Iberolatinoamericano de Dermatología, Guayaquil, Ecuador, 1985.
- 9. Taniguchi Y, Hashimoto K, Ichikawa S, et al. Human gnathostomiasis. J Cutan Pathol 1991;18:112.
- Chesney M. Sushi and the skin. J Cutan Pathol 1991; 18:65.
- Rook A, Staughton R. The cutaneous manifestations of toxocariasis. Dermatologica 1972;144:129-43.
- Rodríguez G, Ricaurte O, Naranjo P. Granulomas infecciosos del hígado. Biomédica 1989;9:32-57.
- Caumes E, Carriere J, Datry A, et al. A randomized trial for ivermectin versus albendazole for the treatment of cutaneous larva migrans. Am J Trop Med Hyg 1993;49:641.
- Torres JR, Orihuela AR, García D, et al. Treatment of cutaneous larva migrans with albendazole. Preliminary report. Rev Inst Med Trop Sao Paulo 1989;31:56.