



DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA LATINOAMERICANA
Revista oficial de la Sociedad Latinoamericana de Dermatología Pediátrica. ISSN 1812-9048

[INICIO](#)[PUBLICACIONES SLADP](#)[GALERÍA](#)[EVENTOS](#)[INFORMACIÓN](#)[CONTACTO](#)

[HOME](#) > [ENE - MAR 2021 | VOL. 16 N°1](#) > Larva migratoria cutánea ampollar: A propósito de un caso y revisión de la literatura

PRÓXIMOS EVENTOS

There are no upcoming events at this time.

Larva migratoria cutánea ampollar: A propósito de un caso y revisión de la literatura

BULLOUS CUTANEOUS LARVA MIGRANS: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

🕒 25 abril, 2021 👤 SLADP 📁 Ene - Mar 2021 | Vol. 16 N°1 💬 0



Autores | Contacto

María Teresa Reyes Morelo¹, Erica Polo Cuadrado¹, Ana Milena Martínez Cabarcas², Mirtha Morichelli³.

¹Dermatóloga ad honorem, Servicio de Dermatología Hospital Bernardino Rivadavia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

²Concurrente de tercer año de la carrera de especialistas, Servicio de Dermatología Hospital Bernardino Rivadavia.

³Jefe de Servicio de Dermatología, Hospital Bernardino Rivadavia.

Contacto del autor: Reyes Morelo María Teresa

Dirección: Av. Gral Las Heras 2670. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Argentina.

Tel. 1139230051

Email: virama77@hotmail.com

Conflictos de interés: los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Dermatol. Pediatr. Latinoam. (En línea). 2021; 16 (1): 11-21.

Resumen | Palabras Claves ▼

RESUMEN

La larva migratoria cutánea es una dermatosis causada por la invasión de la piel por nematodos del género *Ancylostoma*. La especie causal más frecuente es *A. braziliense*, cuyos hospederos habituales son los gatos y perros; de forma accidental, es el humano.

La distribución del *Ancylostoma* es mundial, en las zonas con climas templados, tropicales y subtropicales. El ser humano se convierte en hospedero cuando la piel desnuda entra en contacto con las larvas filariformes que se encuentran en el suelo.

La dermatosis está constituida por surcos sinuosos eritematosos, pruriginosos. Puede tratarse de una o varias lesiones. La topografía característica incluye los pies, los glúteos, la espalda y las manos. El tratamiento es con antiparasitarios orales.

Se presenta el caso de un niño con larva migratoria cutánea con manifestaciones clínicas inusuales.

Palabras Clave: larva migratoria, *Ancylostoma*, larvas filariformes, surcos serpiginosos, zoonosis.

ABSTRACT

Cutaneous larva migrans is a dermatosis caused by the skin invasion of nematodes of the genus *Ancylostoma*. The most frequent species involved is *A. braziliense*, its usual hosts are cats and dogs, incidentally, humans become its hosts.

Ancylostoma distribution is worldwide, mainly in temperate, tropical and subtropical climates. Humans become its hosts when there is direct contact of the bare skin with the filariform larvae that are found in the soil.

Skin lesions are characterized by single or multiple erythematous sinuous, intensely itching furrows. Commonly affected areas are the feet, the buttocks, the back and the hands. Treatment of this disease is with oral antiparasitic drugs.

We present a child with cutaneous larva migrans of unusual clinical features.

Keywords: larva migrans, *Ancylostoma*, filariform larvae, serpiginous furrows, zoonoses.

Artículo | Referencias

INTRODUCCIÓN

La larva migratoria cutánea (LMC) es una ectoparasitosis ocasionada por nematodos de la familia *Ancylostomidae*. Las especies causales más frecuentes son: *A. braziliense*, *A. caninum* y *A. ceylanicum*. Su hospedero habitual son los perros y gatos y, accidentalmente, el ser humano. En este último, el nematodo no puede completar su ciclo vital, por lo que la manifestación clínica habitual es una dermatosis serpiginosa inocua, a nivel de la epidermis, donde semanas después muere la larva. La anquilostomiasis causada por *A. duodenale* y *A. ceylanicum* puede generar cuadros clínicos más graves. Las larvas filariformes, luego de penetrar por la piel, son dirigidas al torrente sanguíneo y a los pulmones. Ahí provocan edema intraalveolar transitorio con eosinofilia, acompañado de náusea, tos seca, sibilancias y fiebre. Este conjunto de manifestaciones se conoce como síndrome de Löffler.¹

Caso clínico

Se atendió a un paciente masculino de 10 años de edad, por un cuadro clínico de 2 semanas de evolución, que inició con una pápula eritematosa, intensamente pruriginosa, en la palma derecha. A partir de la pápula, se observó un trayecto lineal en forma de túnel, de aproximadamente 5 cm de longitud (Foto 1). Al cabo de los días, el paciente desarrolló una ampolla eritematosa gigante en cuya superficie se observaba el surco serpiginoso (Foto 2).

El paciente no había viajado a zonas tropicales, pero sí había acudido a un

parque en su localidad, y había jugado con arena.

Se realizó diagnóstico de larva migratoria cutánea. Se prescribió tratamiento con albendazol en suspensión: 200 mg por vía oral en 3 dosis con lo que se resolvió el padecimiento (Foto 3).



FOTO 1. Lesión lineal serpiginosa.



FOTO 2. Ampolla cubierta en su superficie por trayectos sinuosos.



FOTO 3. Mácula hiperpigmentada residual.

DISCUSIÓN

La larva migratoria cutánea (LMC), antiguamente llamada erupción reptante, es una zoonodermatosis ocasionada por *A. braziliense*, *A. caninum* y *A. ceylanicum* cuyos hospederos habituales son los gatos, domésticos y salvajes, y los perros; de forma accidental, es el humano. El nematodo no puede culminar su ciclo vital en el ser humano, por lo que las larvas mueren a las pocas semanas de la infestación, aún sin tratamiento médico.²⁻⁴

La distribución del *Ancylostoma* es mundial, en áreas tropicales y subtropicales con climas cálidos y húmedos. La mayor incidencia de infestación humana ocurre en los meses lluviosos y cálidos, con temperatura entre 25 y 35°C. Los terrenos arenosos o fangosos, ricos en oxígeno y cloruro sódico son ideales para el desarrollo de las larvas. Es por eso que los parques infantiles, la playa o los montículos de tierra son los lugares de mayor contagio. En los países fuera del área tropical y subtropical, la dermatosis aparece en pacientes que han viajado a zonas donde la LMC es endémica^{1, 5, 6}.

La fisiopatogenia de la dermatosis es como sigue: la hembra fértil vive en el

intestino de los hospederos, donde puede poner entre 10.000 y 20.000 huevos al día y liberarlos de manera continua. Los huevos salen con las heces y se desarrollan lentamente si el ambiente es favorable. Al cabo de 24 a 48 horas, se libera una primera larva, "rabbitiforme", que se hunde en el suelo. Una vez que se encuentra en el suelo, rompe sus cubiertas y se transforma en una segunda larva, no parasitaria. Una tercera larva, "filariforme", conserva sus cubiertas para protegerse del medio ambiente. Esta última es infectante, tiene termotropismo positivo y es capaz de penetrar la piel fisurada y la indemne a través de los folículos pilosebáceos, gracias a las enzimas proteolíticas que se liberan al contacto con la piel. Luego de algunas horas, las larvas inician su recorrido por la piel. En virtud de que carecen de colagenasas específicas, no penetran más allá de la epidermis, por lo tanto, las larvas mueren en 2 a 8 semanas.^{1,7}

En relación con el cuadro clínico, la lesión inicial es una pápula eritematosa y pruriginosa en el sitio de penetración de la larva. Esta lesión aparece 1 a 5 días después de contacto con el nematodo. Las zonas más frecuentemente afectadas son las plantas, palmas, espalda, nalgas, rodillas y muslos.⁸ De manera paulatina, a partir de la pápula inicial, aparecen trayectos ligeramente sobre-elevados, serpiginosos o tuneliformes, que en su extremo inicial son eritematosos. En la medida que avanza la larva, predominantemente por la noche, va dejando una coloración amarronada con una vesícula de contenido seroso en el extremo final.⁹

En 9 a 15% de los casos, se presentan vesículas o ampollas, como en nuestro paciente. La causa de esta presentación atípica puede ser una reacción de hipersensibilidad retardada, una reacción irritativa o alérgica de contacto frente a los antígenos de la larva, o bien, la liberación de enzimas líticas propias de la larva.^{8, 10}

Se han descrito formas clínicas foliculares, pseudofurunculoides y diseminadas.⁸ El diagnóstico de la LMC es clínico, por lo que se debe interrogar sobre viajes a zonas endémicas y sobre el contacto directo con arena. Los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta son: escabiosis, dermatitis por contacto, tiña corporal y miasis.¹¹

En el examen físico, la dermatoscopia es una herramienta útil. En 2008, Zalaudek concluyó que los patrones dermatoscópicos de LMC son: estructuras marrón traslúcidas, divididas en segmentos que siguen trayectos, que se relacionan con el cuerpo de la larva y, puntos rojizos que se relacionan con los trayectos vacíos.^{12, 13}

Acercas de los exámenes paraclínicos, es posible encontrar eosinofilia en

algunos casos. La biopsia de piel no es necesaria, por lo general no se observa la larva y solo se presenta infiltrado inflamatorio agudo, con eosinófilos en la dermis superficial.^{14,15}

El tratamiento puede ser con criocirugía, con nitrógeno líquido o con aerosol de cloruro de etilo. O bien, se puede aplicar tiabendazol en ungüento, en concentración de 10 a 15% en las lesiones únicas, con una tasa de curación variable. La aplicación diaria por 2 semanas de ivermectina en crema al 1%, ha curado los síntomas de la LMC.^{16,17}

Las opciones de tratamiento sistémico incluyen imidazoles e ivermectina. La posología es como sigue: tiabendazol: 25 mg/kg/día cada 12 horas por 5 días, o albendazol; 400 a 800 mg/día por 3 a 5 días, o ivermectina: 200 µg/kg en dosis única.^{16, 18}

Finalmente, las medidas preventivas de la LMC incluyen: usar siempre calzado, evitar las zonas de playas o juegos donde haya perros y gatos, usar toallas o telas sobre la arena para evitar el contacto directo de la piel con las larvas y desparasitar a las mascotas.¹⁸

CONCLUSIÓN

La LMC es una dermatosis ocasionada por larvas de nematodos, en la cual el hombre es un huésped accidental. La presentación ampollosa es poco frecuente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrada-Bravo T. Monografías ilustradas de patología clínica. Uncinariasis: ciclo vital, cuadros clínicos, patofisiología y modelos animales. Rev Mex Patol Clin Med Lab. 2007; 54(4):187-199.
2. Piédrola-Angulo G. Nematodos. En: Pumarola A, Piédrola-Angulo G, García-Rodríguez JA, Rodríguez-Torres A. Microbiología y parasitología médica. 2a ed. Barcelona, España: Salvat; 1990. p. 877-85.
3. Fontana M.S. Larva migrans cutánea ampollar tratada con ivermectina. Educandonos. 2019; 5(3):18 – 21.
4. Alcain M, Waimann J, Padin N, Green P, Chiramberro S. Larva migrans cutánea. Rev. Arg. Dermatol. 2018; 99(4):72-77.
5. Sàbat Santandreu M, Ribera Pibernat M, Bielsa Narsol I, Rex Cavalle J, Ferrándiz Foraster C. Larva migrans cutánea. Presentación de 8 casos. Actas Dermosifiliogr 2002; 93(7):443-7.

6. Campillo Campaña R, Alonso Peña D, Bendito Guilarte B, Alonso Peña J, García J V, Arnaiz- Garca ME. Rev Esp Podol 2016; 27(2):82-85.
7. Carrada – Bravo T. Larva migrans cutánea: revisión del tema y descripción de cuatro casos. Med Int Mex 2006; 22:143-8.
8. Torres – Guerrero E, Ochoa – Sánchez P, Vega – Memije E, Arenas R. Larva migrans. Una revisión. Rev Chilena Dermatol 2012; 29(2):124- 132.
9. Bordel Gómez MT, Sánchez Estella J, Santos Duran JC. Ampolla gigante provocada por larva migrans cutánea. Actas Dermosifiliogr 2008; 99:739- 47.
10. Faundez E, Ramírez C, Moran M, Moncayo E. Larva migrans ampollar. Rev Chilena Dermatol. 2011; 27(1):86 – 93.
11. García-Fernández L, Calderón M. Larva migrans cutánea tras un viaje al caribe. Rev Chilena Infectol. 2014; 31(3):346 – 348.
12. González FC, Galilea ON, Pizarro CK. Larva migrans cutánea autóctona en Chile. A propósito de un caso. Rev Chil Pediatr. 2015; 86(6):426 – 429.
13. Croker-Sandoval A, Sánchez-Dueñas L, Quiñones –Venegas R, González – Ramírez R, Orendain- Koch N. Hallazgos dermatoscópicos en larva migrans. Dermatol Rev Mex. 2015; 59:98 – 101.
14. Morrone A, Gennaro F, Fazio R, Valenzano M, Calcaterra R. Bullous cutaneous larva migrans. Acta Dermatovenerol. Croat.2011; 19 (2): 120- 121.
15. Familia J, Guzmán P, Nina P, Moreta M, Uribe A, Maleck D, Ramírez N. Larva migrans. Presentación de un caso. Revista Dominicana de Dermatología 2012; 39(2):13- 16.
16. Olguín-García M, De la torre – García M. Larva migrans ampollosa. Rev Cent Dermatol Pascua 2016; 25(3):98-101.
17. Gerbig A, Kempf W. Topical treatment of cutaneous larva migrans with ivermectin 1%. Int J Dermatol 2019; doi: 10.1111/ijd.14673.
18. López – Cepeda L, Marquez – Pelencia C. Larva migrans cutánea. Presentación de un caso ampolloso. Rev Cent Dermatol Pascua. 2007; 16(2):85 – 88.

Referencias

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrada-Bravo T. Monografías ilustradas de patología clínica. Uncinariasis: ciclo vital, cuadros clínicos, patofisiología y modelos animales. Rev Mex Patol Clin Med Lab. 2007; 54(4):187-199.
2. Piédrola-Angulo G. Nematodos. En: Pumarola A, Piédrola-Angulo G, García-Rodríguez JA, Rodríguez-Torres A. Microbiología y parasitología médica. 2a ed. Barcelona, España: Salvat; 1990. p. 877-85.
3. Fontana M.S. Larva migrans cutánea ampollar tratada con ivermectina. Educandonos. 2019; 5(3):18 – 21.
4. Alcain M, Waimann J, Padin N, Green P, Chiramberro S. Larva migrans cutánea. Rev. Arg. Dermatol. 2018; 99(4):72-77.
5. Sàbat Santandreu M, Ribera Pibernat M, Bielsa Narsol I, Rex Cavalle J, Ferrándiz Foraster C. Larva migrans cutánea. Presentación de 8 casos. Actas Dermosifiliogr 2002; 93(7):443-7.
6. Campillo Campaña R, Alonso Peña D, Bendito Guilarte B, Alonso Peña J, García J V, Arnaiz- Garca ME. Rev Esp Podol 2016; 27(2):82-85.
7. Carrada – Bravo T. Larva migrans cutánea: revisión del tema y descripción de cuatro casos. Med Int Mex 2006; 22:143-8.
8. Torres – Guerrero E, Ochoa – Sánchez P, Vega – Memije E, Arenas R. Larva migrans. Una revisión. Rev Chilena Dermatol 2012; 29(2):124- 132.
9. Bordel Gómez MT, Sánchez Estella J, Santos Duran JC. Ampolla gigante provocada por larva migrans cutánea. Actas Dermosifiliogr 2008; 99:739- 47.
10. Faundez E, Ramírez C, Moran M, Moncayo E. Larva migrans ampollar. Rev Chilena Dermatol. 2011; 27(1):86 – 93.
11. García-Fernández L, Calderón M. Larva migrans cutánea tras un viaje al caribe. Rev Chilena Infectol. 2014; 31(3):346 – 348.
12. González FC, Galilea ON, Pizarro CK. Larva migrans cutánea autóctona en Chile. A propósito de un caso. Rev Chil Pediatr. 2015; 86(6):426 – 429.
13. Croker-Sandoval A, Sánchez-Dueñas L, Quiñones –Venegas R, González – Ramírez R, Orendain- Koch N. Hallazgos dermatoscópicos en larva migrans. Dermatol Rev Mex. 2015; 59:98 – 101.
14. Morrone A, Gennaro F, Fazio R, Valenzano M, Calcaterra R. Bullous cutaneous larva migrans. Acta Dermatovenerol. Croat.2011; 19 (2): 120- 121.

15. Familia J, Guzmán P, Nina P, Moreta M, Uribe A, Maleck D, Ramírez N. Larva migrans. Presentación de un caso. Revista Dominicana de Dermatología 2012; 39(2):13- 16.
16. Olguín-García M, De la torre – García M. Larva migrans ampollosa. Rev Cent Dermatol Pascua 2016; 25(3):98-101.
17. Gerbig A, Kempf W. Topical treatment of cutaneous larva migrans with ivermectin 1%. Int J Dermatol 2019; doi: 10.1111/ijd.14673.
18. López – Cepeda L, Marquez – Pelencia C. Larva migrans cutánea. Presentación de un caso ampolloso. Rev Cent Dermatol Pascua. 2007; 16(2):85 – 88.



COMUNICACIÓN DE CASOS



« PREVIOUS

Morfea
panesclerótica
incapacitante

NEXT »

Pénfigo foliáceo de
presentación inusual



RELATED ARTICLES



Pénfigo foliáceo
de presentación
inusual



Morfea
panesclerótica
incapacitante



Incontinencia
Pigmenti

SEA EL PRIMERO EN COMENTAR

Deje su comentario

Su casilla de mail no será publicada