

mi paciente es...

## Un viajero llegado de Puerto Rico



**María Elena del Prado Sanz**  
Médico adjunto del Servicio de Dermatología. Hospital San Jorge. Huesca.



**Amaia Larumbe Irurzun**  
Médico adjunto del Servicio de Dermatología. Hospital de Navarra. Pamplona (Navarra).

Mi paciente es un viajero llegado de Puerto Rico, adonde había acudido por motivos de trabajo. Yo era todavía residente en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, en el Servicio de Dermatología, y tuve la oportunidad de conocer la historia de este varón de 47 años de edad, que fue remitido a nuestras consultas desde el Servicio de Urgencias por presentar una lesión en la pierna izquierda de 10 días de evolución. En su reciente viaje a Puerto Rico (Caguas), paseó en sandalias y pantalón corto por zona de pantanos y marismas, y 2 días después le apareció la lesión.

En la exploración cutánea se hallaron varias lesiones eritematoedematosas de trayectos serpiginosos lineales, de 2-3 mm de grosor, distribuidas unilateralmente en el tercio distal anterior de la pierna izquierda (fig. 1), acompañadas de prurito y sensación urente; las lesiones habían progresado lentamente desde su inicio. Se solicitó: bioquímica, velocidad de sedimentación globular e inmunoglobulina E, cuyos valores se hallaron den-



**Figura 1.** Lesiones eritematoedematosas, con trayecto serpiginoso.

tro de la normalidad; la radiografía de tórax no mostró alteraciones pleuroparenquimatosas agudas y el estudio de parásitos en heces fue negativo; sólo cabe destacar una eosinofilia moderada en sangre periférica del 7%. Además, realizamos biopsia de la zona de progresión de la lesión, sin encontrar el parásito ni restos de él en la pieza biopsiada.

Se trató al paciente con albendazol, 200 mg cada 8 horas, durante 3 días. A la semana, la lesión había mejorado objetivamente y el prurito había desaparecido, persistiendo un ligero eritema. A las 3 semanas postratamiento, la lesión había curado totalmente.

Aunque el hombre lo pasó mal, el resultado fue realmente positivo y se le aconsejó para posteriores ocasiones caminar en área de playa con calzado cubierto y evitar andar descalzo.

Tiempo después tuve la ocasión de estudiar a otro paciente de características similares. Se trataba de un varón de 41 años de edad, que presentaba una lesión en la pierna derecha de 20 días de evolución, que había aparecido durante un viaje a Senegal, en el que había dormido en tienda de campaña y caminado descalzo por zonas de selva

En la exploración se constató, en el maléolo interno de la extremidad inferior derecha, una única lesión eritematosa de trayecto sinuoso lineal, de unos 8 cm de longitud y 1 mm de grosor, con una zona erosivocostrosa

por el rascado (fig. 2). Los estudios complementarios mostraron una mínima eosinofilia del 5,40%, en tanto que el resto del hemograma, la radiografía de tórax y el estudio de parásitos en heces fueron normales.



Figura 2. Lesión eritematosa de trayecto sinuoso lineal.

Se instauró tratamiento con albendazol, 200 mg cada 12 horas por vía oral durante 3 días, más corticoide y antibiótico tópico en la lesión durante una semana. A las 3 semanas de instaurarse el tratamiento, la lesión había desaparecido.

Estos dos casos de *larva migrans* cutánea tienen como antecedente común el viaje a zonas endémicas para esta parasitosis, lo que confirma el aumento de su incidencia en relación con el mayor número de viajes a países tropicales y subtropicales en los últimos años<sup>1,2</sup>; por lo tanto, una anamnesis detallada a los pacientes que han viajado recientemente a estas zonas debería incluir un cuestionario, el cual ayuda tanto a la confirmación diagnóstica como a los distintos diagnósticos diferenciales que han de tenerse en cuenta (tabla 1). Además, deben realizarse diversas pruebas complementarias sistemáticas: hemograma; bioquímica que incluya parámetros hepáticos para poder iniciar posteriores tratamientos con derivados imidazólicos, que entrañan toxicidad hepática; radiografía de tórax, para descartar una afectación parenquimatosa aguda<sup>3</sup>, y estudio de parásitos en heces porque las larvas de *Ancylostoma caninum* pueden migrar al intestino delgado y causar enteritis eosinofílica. Nuestros dos pacientes respondieron

**Tabla 1. Cuestionario ante sospecha de larva migrans cutánea**

1. Localización geográfica exacta de la estancia
2. Duración de la estancia
3. Medio de transporte
4. Profesión
5. Estilo de vida
6. Tipo de residencia
7. Hábitos dietéticos (alimentación, bebida, etc.)
8. Vestimenta y tipo de calzado utilizado
9. Exposición (playa, agua dulce o salada, insectos, plantas, animales)
10. Contactos interpersonales
11. Antecedentes en otros miembros de la familia, compañeros de viaje u otros convivientes con los mismos síntomas
12. Uso de tratamientos locales o hierbas terapéuticas
13. Alteración previa de la integridad cutánea y antecedentes de enfermedades cutáneas previas
14. Descripción de las lesiones iniciales y de su evolución
15. Relación de la aparición de las lesiones con el presunto momento de la exposición
16. Duración y distribución anatómica de las lesiones y los signos y síntomas sistémicos asociados

de forma notable al tratamiento con albendazol oral, sin aparición de efectos secundarios ni recidiva de las lesiones a los 12 meses postratamiento en el primer caso y a los 6 meses en el segundo caso, lo que confirma la utilización de este fármaco como tratamiento de elección en la mayoría de los trabajos publicados<sup>4</sup>.

Fue una experiencia clínica interesante, que me llevó a conocer enfermedades poco habituales en el medio en que desarrollo mi profesión de dermatóloga.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Blackwell V, Vega-López F. Cutaneous larva migrans: clinical features and management of 44 cases presenting in the returning traveller. *Br J Dermatol.* 2001;145:434-7.
2. Sàbat M, Ribera M, Bielsa I, Rex J, Ferrándiz C. Larva migrans cutánea. Presentación de 8 casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2002; 93:443-7.
3. Guill M, Odom R. Larva migrans complicated by Loeffler's syndrome. *Arch Dermatol.* 1978;114:1525-6.
4. Albanese G, Venturi C, Galbiati G. Treatment of larva migrans cutanea (creeping eruption): a comparison between albendazole and traditional therapy. *Int J Dermatol.* 2001;40:67-71.