

LARVA MIGRANS

***Dr. GONZALO CALERO HIDALGO.**
g_calero@yahoo.es

****Dra. TANYA MONCAYO PLÚAS.**

*Director del Postgrado de Dermatología-Jefe del Servicio de Dermatología Hospital

Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

**Dermatóloga. Guayaquil

Ecuador.

Ciertos estados larvarios de diversos parásitos principalmente de nematodos intestinales, causan por su penetración cutánea accidental y luego migración, una erupción serpiginosa muy especial, la mayoría de ellos proceden del tubo digestivo de animales e incluso con menos frecuencia del hombre La infección es de distribución mundial pero aparece con más frecuencia en climas cálidos.

La manera como llegan a la piel y como se desplazan por ella es muy variado, pero, en forma general hay dos formas:

Superficial:

Donde la larva se introduce por la piel y migra por su epidermis (fig. 1).



Figura 1. Superficial

La infección se adquiere por caminar descalzo por suelos contaminados con heces de animales. Las larvas entran en la piel y comienzan un largo proceso de migración dentro de la epidermis, excepto en casos raros, el parásito queda restringido a la epidermis, produciendo tractos visibles y prurito intenso. El parásito carece de colagenasa, que es necesaria para romper la membrana basal, por lo cual no penetra a la dermis.

Profunda:

Como la Gnathostomiasis, cuya larva infectante al llegar a la piel por vía sanguínea desde el tubo digestivo, después de haber sido ingerida con ciertas comidas crudas o semicrudas se desplaza por el tejido subcutáneo. Algunas veces también lo hace por la dermis, esto es, más superficial (figs.2 y 3)



Fig. 2 Gnathostomiasis profunda.
y superficial: cordón urticariforme
con ampolla y placa eritematosa

Fig.3. Gnathostomiasis superficial
cordón urticariforme

FAMILIA	GENERO	ESPECIE
STRONGILOIDAE	STRONGILOIDE	STERCORALIS
ANCYLOSTOMIDAE	ANCYLOSTOMA	DUODENAL
		BRAZILIENSE
		CANINUM
	UNCINARIA	STENOCEPHALO
	NECATOR	AMERICANO
	BUNOSTOMUM	FHLEBOTOMUM
GNATHOSTOMIDAE	GNATHOSTOMA	SPINIGERUM

LARVA MIGRANS SUPERFICIAL

Las larvas filariformes de: Anquilostoma duodenale, Necator americano y Uncinarias, evolucionan en el suelo, una vez que los huevos, han sido expulsados del intestino de los animales portadores, como perros y gatos principalmente, siendo los suelos más aptos para su desarrollo tierras arenosas de agua dulce (playas de ríos). Al desarrollarse las larvas infectantes y al ponerse en contacto con la piel del hombre, la penetran, y en lugar de dirigirse por vía sanguínea al intestino del nuevo huésped al que han ingresado, migran por la epidermis, específicamente por su capa espinosa, produciendo un intenso prurito y ocasionando lesiones papulosas foliculares y extrafoliculares, que luego se convierten en líneas eritematosas reptantes que configuran diversas imágenes, siendo el extremo anterior de estas líneas el que avanza en forma continua, mientras que la extremidad posterior se adelgaza, pierde color y va dejando huellas pigmentarias que tardan en desaparecer (fig 4 y 5)



Fig. 4. Anquilostomiasis



Fig. 5. Cordones reptantes

Otros animales como vacas y borregos, también pueden causar esta infección larvaria, siendo los suelos contaminados en estos casos los de pastizales o establos, con las heces de los animales cuyos intestinos pueden albergar al **Bunostomun fhebotomun**. Clínicamente se observan pápulas eritematosas con pequeños cordones de distribución caprichosa que evidencian el desplazamiento de las larvas por la epidermis (fig. 6).



Fig. 6. pápulas y pequeños cordones eritematosos y diminutos por *Bunostomun fhebotomun*

Larva migrans currens (larva que corre) es otra infestación larvaria, causada por la larva filariforme del *Strongyloides stercoralis*, parásito intestinal humano cuyos huevos eclosionan en las márgenes del ano de los infectados, y dan lugar a estas larvas que migran desde ese sitio hacia la piel circundante (figs. 7 y 8).



Fig. 7. cordones eritematosos y excoriación



Fig. 8 larva currens produciendo cordones eritematosos.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de elección de todas las formas de larvas migrans es la Ivermectina oral a dosis de 200 mcg/kg/día por 2 días seguidos. También son útiles los imidazólicos orales como el tiabendazol, mebendazol y ornidazol.

BIBLIOGRAFÍA

- Jean L Bolognia y col. Dermatología. Vol 1. Grafos S.A. 2004. 83: 1308.
- Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. 5ta Ed. Vol 3. Edición Médica Panamericana. 2001. 237: 2784-2785.
- Weedon D. Piel-Patología. Vol 1, tomo 2. Marban Libros. 2002. 29: 617
- Calero G, Ollague J. Dermatología Práctica. 1ra Ed. Argudo-Asociados. 2005. 4: 60-63.