

## Caso Exuberante de Larva Migrans Cutânea

Felipe Tavares Rodrigues<sup>1</sup>, Patrícia Gomes Aziz Silva<sup>2</sup>, Antonio Macedo D'Acri<sup>3</sup>, Carlos José Martins<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Estudante de Medicina - Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Brasil

<sup>2</sup>Médica formada pela Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Brasil.

<sup>3</sup>Professor da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UNIRIO, Brasil.

**RESUMO** – A larva migrans cutânea (LMC) é uma dermatozoonose caracterizada por uma erupção cutânea de lesões eritematosas, habitualmente com relevo, pápulo-vesiculosas, de distribuição linear ou serpiginosa e, na maioria das vezes, pruriginosa. É causada pela penetração e migração intraepidérmica de três possíveis espécies de larvas de nematóides. Os maiores índices de transmissão ocorrem nas regiões tropicais costeiras, onde as larvas podem migrar livremente em solos arenosos e onde, além disso, a temperatura quente e a humidade são ideais para a sua viabilidade. Relata-se o caso de um paciente do sexo masculino, de 51 anos, leucodérmico que desenvolveu uma dermatose pruriginosa, extensa, envolvendo dorso, flanco, fossa ilíaca e membro inferior, à direita. As lesões surgiram cerca de sete dias após a prática de desporto e lazer em terreno relvado. Após revisão da literatura científica, analisamos os aspectos epidemiológicos, parasitológicos, clínicos, laboratoriais e terapêuticos inerentes ao tema larva migrans cutânea é uma afecção dermatológica comum em países tropicais e subtropicais, sendo de suma importância o seu pronto reconhecimento e manejo terapêutico para uma cura rápida com baixo grau de morbidade.

**PALAVRAS-CHAVE** – Brasil; Doenças da Pele; Larva Migrans.

## An Exuberant Case of Cutaneous Larva Migrans

**ABSTRACT** – Cutaneous larva migrans (CML) is a dermatozoonosis characterized by a rash of erythematous lesions, usually prominent, papulo-vesicular, linear or serpiginous, and most often pruritic. It is caused by penetration and intraepidermal migration of three possible species of nematode larvae. The highest rates of transmission occur in tropical coastal regions, where larvae can migrate freely in sandy soils and where hot temperatures and humidity are ideal for their viability. A case of a 51-year-old male patient who developed a pruritic skin rash on the back, flank, iliac fossa and lower limb on the right is reported. The injuries appeared about seven days after the practice of sport and leisure on turf field. After reviewing the scientific literature, we analyzed the epidemiological, parasitological, clinical, laboratory and therapeutic aspects inherent to the topic of cutaneous larva migrans. It is a common dermatological disease in tropical and subtropical countries, being very important its prompt recognition and therapeutic management for rapid cure with low morbidity.

**KEYWORDS** – Brazil; Larva Migrans; Skin Diseases.

### INTRODUÇÃO

A larva migrans cutânea (LMC), também conhecida como dermatite serpiginosa, epidermite linear migrante, verme-da-praia, helmintíase migrante, bicho geográfico ou bicho da praia é uma dermatose parasitária decorrente do contato direto da pele do ser humano com larvas de

helmintos. A espécie *Ancylostoma braziliensis* está envolvida na maioria dos casos no Brasil, já a *Uncinaria stenocephala* e o *Ancylostoma caninum*, raramente envolvidas, sendo esta última, a espécie mais comum na Europa; estão presentes no solo ou em fómites contaminados com fezes de cães e gatos. O ser humano é um hospedeiro acidental destes

**Correspondência:** Felipe Tavares Rodrigues

Rua Visconde de Abaeté, 51 – Vila Isabel

Rio de Janeiro – RJ – Brazil

**E-mail:** medftr@yahoo.com.br

**DOI:** <https://dx.doi.org/10.29021/spdv.77.2.1058>

**Recebido/Received**

20 Março/March 2019

**Aceite/Accepted**

18 Abril/Abril 2019

## Caso Clínico



**Figuras 1 e 2** - Múltiplas placas com vesículas e trajetos serpiginosos vesico-bolhosos, que se estendiam desde o dorso, flanco direito, fossa ilíaca direita até o membro inferior direito. Múltiplas placas com vesículas e trajetos serpiginosos vesico-bolhosos, que se estendiam desde o dorso, flanco direito, fossa ilíaca direita até o membro inferior direito.

nematoides. Após eclodirem no solo as larvas rhabditiformes alcançam a fase filariforme em uma semana e então são capazes de penetrar a epiderme. Migram no interior da epiderme, porque não são capazes de invadir a derme devido a não produção de collagenases específicas do ser humano. Podem assim causar reações inflamatórias locais caracterizadas por prurido intenso e erupções de aspecto serpiginoso. As áreas mais afetadas são os pés, mãos, pernas e nádegas.<sup>1-4</sup>

### CASO CLÍNICO

Relata-se o caso clínico de um paciente do sexo masculino, de 51 anos, lecodérmico, militar reformado, natural e procedente do Rio de Janeiro, que iniciou um quadro de erupção cutânea pruriginosa, aproximadamente sete dias após a prática de esporte e lazer em terreno relvado. No exame objetivo, notavam-se múltiplas placas e pápulas, com vesículas e bolhas na sua superfície, constituindo, nalgumas áreas, trajetos serpiginosos vesico-bolhosos, que se estendiam desde o dorso, flanco direito e fossa ilíaca direita até ao membro inferior direito (Figs. 1 e 2). As lesões cutâneas mostravam-se nitidamente elevadas, com conteúdo túrgido citrino e marcado eritema ao redor, constituindo celulite perilesional (Figs. 3 e 4).

O paciente foi medicado com ivermectina oral (12 mg – dose única de 2 comprimidos de 6 mg cada), repetindo a dose sete dias depois; prednisona oral 20 mg, 1 vez ao dia, por uma semana; dipropionato de betametasona tópico, 2 vezes ao dia, também por uma semana, além de azitromicina 500 mg, 1 comprimido ao dia, por 3 dias e tiabendazol tópico por uma semana.

O seu acompanhamento mostrou melhoria progressiva do quadro, com cura completa em aproximadamente 10 dias.



**Figuras 3 e 4** - As lesões cutâneas mostravam-se nitidamente elevadas, com conteúdo túrgido citrino e marcado eritema ao redor, constituindo celulite perilesional.

### DISCUSSÃO

O diagnóstico de LMC poderá eventualmente ser observado em regiões como a Europa e América do Norte onde, por ser menos comum, surge quase sempre em turistas que regressam de áreas litorais tropicais contaminadas. Na maioria dos casos, a anamnese, o exame dermatológico e os dados epidemiológicos são esclarecedores.

O diagnóstico é eminentemente clínico. Poucos são os casos onde é necessária identificação por técnicas de ELISA, serologia ou parasitológica direta. Os recursos de laboratório mostram-se pouco úteis no cotidiano, visto que o diagnóstico é predominantemente clínico. Os exames serológicos poderão não estar facilmente disponíveis em todos os locais. O hemograma completo é inespecífico, podendo mostrar somente, em alguns casos, certo grau de eosinofilia. A biópsia é de pouca importância, visto que a presença de larvas é constatada em somente um quarto dos casos. Quando encontrado, o parasita pode ser identificado dentro da camada espinhosa da epiderme. Nos casos raros de foliculite por ancilostomíase, o estudo histopatológico pode mostrar a larva dentro do canal folicular, ou situada na derme.<sup>2,3</sup>

A infecção é auto-limitada e se resolve em poucas semanas, casos assintomáticos podem passar despercebidos e por isso acabam não sendo farmacologicamente tratados. No entanto, grande parte dos indivíduos apresentam sintomas como prurido intenso, que pode afetar a qualidade de vida, além do incômodo em relação ao ponto de vista estético da lesão. A demora no diagnóstico e tratamento pode resultar também em complicações, como por exemplo, a infecção bacteriana secundária das lesões. É importante ressaltar que um diagnóstico mal definido e terapêutica inadequada afetam 22% a 58% dos viajantes com LMC, já tendo sido publicado um caso, no qual o intervalo de tempo entre o início da doença e o diagnóstico foi de 22 meses.<sup>5</sup>

O tratamento, em geral, é feito com ivermectina oral 12 mg no adultos e 150 g/kg nas crianças em dose única e/ou albendazol de 400 mg por cerca de 3 dias. Comparando esses dois medicamentos, uma dose única de ivermectina foi mais eficaz do que uma dose de albendazol por 3 dias, com um perfil semelhante de efeitos colaterais. Lesões discretas podem ser tratadas somente com o tiabendazol tópico.<sup>6,7</sup> Normalmente, o prurido melhora significativamente em torno de 24 a 48 horas após o tratamento e a resolução da lesão geralmente ocorre após uma semana. Quando se observa falha inicial ou recaída, a cura pode ser obtida com um ou dois cursos repetidos de ivermectina.<sup>7,8</sup>

Nos casos com manifestação clínica muito extensa, como no presente relato, o aspecto de maior interesse, a saber, é a complexidade terapêutica. O grande número de larvas motiva o emprego da ivermectina oral, repetindo a mesma dose depois de 7 a 10 dias, com a finalidade garantir a resolução do quadro. A inflamação e o prurido acentuado poderão ser tratados com anti-histamínicos orais e/ou, por vezes, corticóide oral associado ou não a corticóide tópico por 1 a 2 semanas. Além disso, as múltiplas portas de entrada podem evoluir com celulite perilesional,

sendo observadas áreas de marcada inflamação ao redor das lesões, o que poderá justificar a associação de um anti-biótico.

O principal diagnóstico diferencial deve ser feito com a larva *currens*, causada pelo *Strongyloides stercoralis* em pacientes imunossuprimidos, cujas lesões lineares e hipere-miadas pela migração hematogênica do parasita, crescem em média 10 cm por dia.<sup>9</sup> Também pode haver semelhanças com o eritema crônico migratório da doença de Lyme, a dermatite herpiforme, o eczema de contato e alergia a picada de insetos, além das piodermites, e da tinha dos pés, principalmente na forma papulosa e eczematosa de larva migrans, mais rara. De relance, o presente quadro clínico poderia também lembrar a reativação do vírus herpes zoster.

Uma exagerada migração eosinofílica, nalguns casos raros e extensos, pode desencadear uma reação inflamatória pulmonar, IgE-mediada, à distância, conhecida como síndrome de Löffler que é, no entanto, mais comum, em pacientes que possuem parasitoses com ciclo pulmonar.<sup>10</sup>

### CONCLUSÃO

A larva *migrans* cutânea é uma afecção dermatológica frequente em países com clima quente e húmido, como o Brasil, e, portanto, é de suma importância o reconhecimento imediato do quadro e a pronta abordagem terapêutica, possibilitando cura rápida do quadro com baixo grau de morbidade. Não deverá ser negligenciada ou confundida por profissionais da saúde em áreas endêmicas ou não, principalmente dermatologistas. Devido à maior frequência de fluxos migratórios na atualidade, as dermatoses tropicais podem tornar-se mais frequentes nos países de clima temperado. Salienta-se a importância do aconselhamento dos turistas para a prevenção desta dermatose, nomeadamente através do uso de calçado protetor.<sup>11</sup>

**Conflitos de interesse:** Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

**Suporte financeiro:** O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

**Confidencialidade dos dados:** Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

**Direito a privacidade e consentimento escrito:** Os autores declaram que pediram consentimento para usar as imagens no artigo.

**Conflicts of interest:** The authors have no conflicts of interest to declare.

**Financing Support:** This work has not received any contribution, grant or scholarship.

**Confidentiality of data:** The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

**Privacy policy and informed consent:** The authors declare that have the written informed consent for the use of patient's photos in this article.

## Caso Clínico

**Proveniência e revisão por pares:** Não comissionado; revisão externa por pares

**Provenance and peer review:** Not commissioned; externally peer reviewed

### REFERÊNCIAS

1. Kalil CLPV, Webber A. Zoodermatoses. In: Ramos-e-Silva M, Castro MC, editores. Fundamentos de dermatologia. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2010. p.1055-6
2. Velho PE, Faria AV, Cintra ML, de Souza EM, de Moraes AM. Larva migrans: a case report and review. Rev Inst Med. Trop S Paulo. 2003; 45:167-71.
3. Feldmeier H, Heukelbach J. Epidermal parasitic skin diseases: a neglected category of poverty-associated plagues. Bull World Health Organ. 2009; 87:152-9.
4. Neto PB, Azulay RD, Azulay DR. Dermatozoonoses. In: Azulay RD, Azulay DR, Azulay- Abulafia L, editores. Dermatologia. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kooogan; 2009. p. 445-446
5. Hochedez P, Caumes E. Hookworm-Related Cutaneous Larva Migrans. Travel Med. 2007; 14:326-33.
6. Caumes E. Treatment of cutaneous larva migrans. Clin Infect Dis. 2000;30:811-4.
7. Patel S, Sethi A. Imported tropical diseases. Dermatol Ther. 2009; 22: 538-49.
8. Bouchaud O, Houzé S, Schiemann R, Durand R, Ralaimazava P, Ruggeri C, et al. Cutaneous larva migrans in travelers: a prospective study, with assessment of therapy with ivermectin. Clin Infect Dis. 2000; 31:493-8.
9. Ribeiro LC, Rodrigues Junior EN, Silva MC, Takiuchill A, Fontes CJ et al. Púrpura em paciente com strongiloidíase disseminada. Rev Soc Bras Med Trop. 2005; 38:255-7.
10. Te Booij M, de Jong E, Bovenschen HJ. Löffler syndrome caused by extensive cutaneous larva migrans: a case report and review of the literature. Dermatol Online J. 2010; 16:2.
11. Macias VC, Carvalho R, Chaveiro A, Cardoso J. Larva migrans cutânea – a propósito de um caso clínico. Rev Soc Port Dermatol Venereol. 2013; 71: 93-6.