

LARVA MIGRANS CUTÂNEA - A PROPÓSITO DE UM CASO TÍPICO

Guida Santos¹, Alexandre João²

¹Interna do Internato Complementar de Dermatologia e Venereologia/ Resident, Dermatology and Venereology

²Assistente Hospitalar de Dermatologia e Venereologia / Consultant, Dermatology and Venereology

Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

RESUMO – A larva *migrans* cutânea é frequente em regiões tropicais e sub-tropicais e é causada pela migração de larvas de nemátodos na pele. O diagnóstico é efectuado essencialmente pelas características epidemiológicas da dermatose e pela sua semiologia clínica. Geralmente o tratamento é bem sucedido com albendazol ou ivermectina. Descreve-se o caso clínico de uma mulher de 54 anos que regressou de férias na Jamaica há cerca de 15 dias. A doente iniciou no local, uma pápula eritematosa, bem delimitada, com 2mm de largura no bordo externo do pé esquerdo, progredindo em trajecto serpiginoso pela planta até atingir o bordo interno do pé. Negava febre ou outros sintomas associados. Clinicamente a dermatose era muito sugestiva de larva *migrans* cutânea pelo que se instituiu terapêutica com albendazol.

O presente caso serve para relembrar uma dermatose pouco frequente em Portugal. Pretende-se também alertar para o reconhecimento precoce desta dermatose, que apesar de autolimitada é motivo de grande ansiedade para os doentes.

PALAVRAS-CHAVE – Larva *migrans*; Doenças da pele.

CUTANEOUS LARVA MIGRANS - A TYPICAL CASE REPORT

ABSTRACT – Cutaneous larva *migrans* is common in tropical and sub-tropical countries and is caused by the migration of nematode's larvae in the skin. The diagnosis is made primarily with the epidemiological characteristics of the dermatosis and its clinical semiology. Usually the treatment is successful with albendazole or ivermectin.

We describe the case of a 54-year-old woman returned from holidays in Jamaica 15 days ago. The patient had on site, a well delimited, 2mm wide erythematous papule on the external face of the left foot, progressing along the plant through a serpiginous track until reaching the internal face of the foot. She denied fever or other symptoms. Clinically the dermatosis was very suggestive of cutaneous larva *migrans* and the patient was treated with albendazole.

This case serves to remind an uncommon dermatosis in Portugal. It also intends to alert to the early recognition of this skin infestation. Although self-limiting, this disease is cause of great anxiety for the patients.

KEY-WORDS – Larva *migrans*; Skin diseases.

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

No conflicts of interest.

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

No sponsorship or scholarship granted.

Direito à privacidade e consentimento escrito / Privacy policy and informed consent: Os autores declaram que pediram consentimento ao doente para usar as imagens no artigo.

The authors declare that the patient gave written informed consent for the use of its photos in this article.

Recebido/Received – Novembro/November 2012; Aceite/Accepted – Dezembro/December 2012

Por decisão dos autores, este artigo não foi redigido de acordo com os termos do novo Acordo Ortográfico.

Caso Clínico

Correspondência:

Dr.ª Guida Santos

Serviço de Dermatologia
Hospital Santo António dos Capuchos
Centro Hospitalar de Lisboa Central
Alameda Santo António dos Capuchos
1169-050 Lisboa
E-mail: guidadossantos@gmail.com

INTRODUÇÃO

A larva *migrans* cutânea (LMC) é uma infestação cutânea, auto-limitada, habitualmente provocada por parasitas de animais domésticos que infestam o ser humano acidentalmente. A maior parte dos casos diagnosticados em países industrializados refere-se a turistas que regressaram de áreas endémicas tropicais¹⁻⁵. O diagnóstico é clínico e baseado na história (com a referência a uma viagem para países endémicos) e no exame objectivo do doente com lesões cutâneas típicas. Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher com essa infestação adquirida numa viagem à Jamaica.

CASO CLÍNICO

Mulher, caucasiana, de 53 anos de idade referenciada a Consulta de Dermatologia por lesão eritematosa muito pruriginosa no pé direito, com 15 dias de evolução que surgiu durante férias na Jamaica. A doente inicialmente notou, uma pápula eritematosa, bem delimitada, com 2mm de largura no bordo externo do pé esquerdo que progrediu em trajecto serpiginoso pela planta até atingir o bordo interno do pé (Fig. 1). Negava febre ou outros sintomas associados. Clinicamente a dermatose era muito sugestiva de LMC pelo que se instituiu terapêutica com albendazol em dose única de 400mg/semana (2 tomas). Registou-se regressão completa das lesões uma semana depois.

DISCUSSÃO

A larva *migrans* cutânea foi descrita pela primeira vez em 1874. É uma dermatose ubiqüitária e auto-limitada originada pela infestação por larvas de nemátodes que penetram e migram através da pele. As espécies mais frequentemente implicadas são o *Ancylostoma braziliense* e o *Ancylostoma caninum*, parasitas de gatos e cães, respectivamente. Existem outros parasitas animais (*Uncinaria stenocephala* e *Bunostomum phlebotomum*)



Fig. 1 - Lesão serpiginosa do bordo interno do pé direito.

e parasitas humanos (*Necator americanus*, *Ancylostoma duodenale* e *Strongyloides stercoralis*) que também podem originar a doença¹⁻⁵.

As regiões com maior prevalência desta dermatose são as Caraíbas seguidas do Sudeste asiático e América Central, sendo a infestação contraída com frequência por turistas que frequentam praias na Jamaica, Barbados, Brasil, Tailândia e México^{1,2}. Os parasitas adultos vivem no aparelho digestivo destes animais domésticos e produzem ovos que são eliminados nas fezes e depositados no solo. Em cerca de 7 dias, os ovos originam larvas em locais com condições de calor e humidade propícias (quentes e húmidos) como praias com vegetação próxima e parques infantis. Esta infestação ocorre quando as larvas penetram a pele através dos folículos pilosos, glândulas sudoríparas, fissuras cutâneas ou pele íntegra^{4,5}. Os pés são mais frequentemente afectados embora outros locais também possam ser atingidos como as coxas, períneo, braços, couro cabeludo e, raramente, mucosas¹⁻⁵. O ser humano é um hospedeiro acidental e de final de vida destes parasitas. As larvas são incapazes de completar o seu ciclo de vida e morrem após semanas ou meses. Por não possuírem colagenases que possibilitem atravessar a membrana

basal, as larvas ficam confinadas à epiderme e migram ao longo da junção dermo-epidérmica a uma velocidade de 1 a 2 centímetros por dia. As secreções das larvas libertam enzimas proteolíticas e desencadeiam a resposta inflamatória local que ocorre ao longo do trajecto de migração destes parasitas. A reacção inflamatória manifesta-se por uma pápula eritematosa inicial que progride para uma lesão linear, serpiginosa causando muito prurido, predominantemente nocturno. Raramente, e em infestações maciças, o *A. caninum* pode atingir a derme e por disseminação hematogénea desencadear, por envolvimento pulmonar, a Síndrome de Loeffler (eosinofilia pulmonar).

O diagnóstico é geralmente fácil e fundamentalmente clínico a partir da observação das lesões cutâneas típicas e de uma história de viagem recente a uma região endémica.

Alguns exames auxiliares de diagnóstico podem ser utilizados nos casos atípicos. A dermatoscopia manual permite, por vezes, a identificação da larva no seu trajecto. A biopsia cutânea raramente é necessária e os achados histopatológicos são inespecíficos mostrando dermatite espongiiforme com vesículas contendo neutrófilos e eosinófilos. Raramente consegue-se visualizar a larva no produto de biopsia devido ao facto da mesma se encontrar a alguns centímetros do trajecto visível^{2,3,6}.

Não obstante a possibilidade de resolução espontânea, o tratamento torna-se necessário de forma a diminuir a duração da doença, evitar prurido e evitar eventuais complicações.

O tratamento consiste na destruição da larva através de meios físicos (azoto líquido), fármacos por via sistémica (tiabendazol, albendazol, ivermectina) ou tópica (tiabendazol).

A crioterapia através do azoto líquido também está descrita mas está associada a taxas de recidiva relativamente altas para além de dolorosa. O tratamento tópico está indicado nas situações autolimitadas, com tiabendazol creme a 15% aplicado 2 vezes por dia durante 3 a 5 dias.

O fármaco de eleição, disponível em Portugal é o albendazol, anti-helmíntico heterocíclico de terceira geração, nas doses de 400mg/dia ou 10 a 15mg/Kg/dia nas crianças em toma única ou durante 3 dias consecutivos^{1,4,5,7}. Alguns autores preconizam tratamentos mais prolongados de 5 a 7 dias para evitar recidivas. Os efeitos laterais são mínimos e autolimitados, habitualmente ocorrem apenas em tratamentos prolongados e consistem em queixas digestivas, febre, elevação transitória das transaminases e alopecia reversível⁷. Não está recomendada em grávidas por risco de teratogenicidade.

A ivermectina (200mg/Kg em toma única) tem raros efeitos laterais⁸. O tiabendazol não está comercializado em Portugal (25 a 50mg/Kg/dia durante 2 a 4 dias). É eficaz mas está associado a muitos efeitos laterais como náuseas, vómitos, dor abdominal, anorexia, cefaleias e vertigens.

O prurido regride em cerca de 48 horas após o início do tratamento anti-helmíntico.

CONCLUSÕES

O presente caso serve para lembrar uma dermatose pouco frequente em Portugal. Pretende-se também alertar para o reconhecimento precoce desta dermatose, que apesar de autolimitada é motivo de grande ansiedade para os doentes. Medidas preventivas devem ser tomadas para destinos turísticos de risco desta infestação como por exemplo o uso de calçado em praias contaminadas e solos com excrementos de animais³⁻⁵.

REFERÊNCIAS

1. Davies HD, Sakuls P, Keystones JS. Creeping eruption. A review of clinical presentation and management of 60 cases presenting to a tropical disease unit. Arch. Dermatol. 1993; 129(5): 588-91.
2. Blackwell V, Vega-Lopez F. Cutaneous larva migrans: clinical features and management of 44 cases presenting in the returning traveler. Br J Dermatol. 2001; 145(3):434-7.
3. Criado PR, Belda W Jr, Vasconcellos C, Silva CS. Cutaneous larva migrans: a bad souvenir from the vacation. Dermatol Online J. 2012; 18(6):11.
4. Alves C, Proença V. Larva migrans cutânea – um caso de apresentação típica no viajante. Rev Port Med Geral Familiar; 2012; 28(2):50-2.
5. Ferreira C, Machado S, Selores M. Cutaneous Larva Migrans in children – case report. Nascer Crescer. 2003; 12(4):261-4.
6. Elsner E, Thewes M, Worret WI. Cutaneous larva migrans detected by epiluminescent microscopy. Acta Derm Venereol. 1997; 77(6):487-8.
7. Veraldi S, Rizzitelli G. Effectiveness of a new therapeutic regimen with Albendazol in cutaneous larva migrans. Eur J Dermatol. 1999; 9(5):352-3.
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(2):493-8.