

suspendido y se inició uno nuevo con prednisona 100 mg/día, manteniéndose los anticonceptivos orales. En 9 días el recuento plaquetario se había instaurado nuevamente en límites normales ( $179 \times 10^3/\text{mm}^3$ ) y la prednisona se suspendió. La prueba de Coomb fue negativa, así como los anticuerpos antinucleares, anticardiolipina, el virus de la inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis B y de la hepatitis C, el FR, ASLO y los anticuerpos antiplaquetarios. Dieciocho meses después el recuento plaquetario permanecía en los límites normales.

Isotretinoína ha demostrado producir una larga lista de efectos secundarios, incluyendo la trombocitopenia. Solamente 4 casos han sido publicados

previamente<sup>1-4</sup>. Los anticuerpos antiplaquetarios son usualmente positivos en la trombocitopenia<sup>6</sup> inducida por isotretinoína. En nuestra paciente esta prueba fue negativa, lo que nos inclina a pensar que se trató de un proceso mediado por mecanismos no inmunológicos. Aunque lo creemos improbable, no podemos descartar la implicación de los anticonceptivos orales en este cuadro.

### Bibliografía

1. Alomar A, Guerra A, Perulero N, Badia X, Canals L, Álvarez C. Estudios clínicos y de laboratorio. Desarrollo de un cuestionario de evaluación de la satisfacción con el tratamiento en paciente con acné. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:491-5.
2. Hesdorffer CS, Weltman MD, Raftopoulos H, Mendelow B, Bezwoda WR. Thrombocytopenia caused by isotretinoin. *S Afr Med J.* 1986;705-6.
3. Johnson TM, Rapini RP. Isotretinoin-induced thrombocytopenia. *J Am Acad Dermatol.* 1987;17:838-9.
4. Aurousseau MH, Levacher S, Beneton C, Blaise M, Pourriat JL. Transient dysfibrinogenemia and acute pancreatitis during isotretinoin therapy. *Rev Med Interne.* 1995;16:622-5.
5. Moeller KE, Touma SC. Prolonged thrombocytopenia associated with isotretinoin. *Ann Pharmacother.* 2003;37:1622-4.
6. Package insert. Accutane (isotretinoin). Nutley, NJ: *Roche Pharmaceuticals*, February 2002.

## Ampolla gigante provocada por larva *migrans* cutánea

M.T. Bordel Gómez, J. Sánchez Estella y J.C. Santos Durán

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Virgen de la Concha. Zamora. España.

Sr. Director:

En los últimos años la prevalencia de enfermedades exóticas importadas de tipo parasitario ha aumentando considerablemente en los países europeos debido al turismo y a los movimientos migratorios. La mayoría de estas enfermedades cursan con lesiones cutáneas; entre ellas destacamos la larva *migrans* cutánea (LMC) por su elevada frecuencia<sup>1</sup>.

Se trata de un varón de 26 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que acudió de forma urgente a nuestra consulta por presentar una lesión cutánea pruriginosa en la planta del pie derecho de 7 días de evolución, sin ningún antecedente traumático previo. No refería malestar general, ni ninguna otra manifestación sistémica.

En la exploración física se apreciaba una lesión inflamada, serpenteante con

pápulas y vesículo-ampollas, localizada en la cara latero-interna del pie derecho (fig. 1), que evolucionó rápidamente a la formación de una gran ampolla que le impedía caminar (fig. 2). Como pruebas complementarias se efectuaron una analítica completa y una radiografía de tórax que no evidenciaron alteraciones significativas. Realizamos el diagnóstico clínico de LMC e iniciamos tratamiento con albendazol, en dosis de 200 mg cada 12 horas durante 5 días. La evolución fue hacia la curación completa y las lesiones desaparecieron progresivamente en el transcurso de 10 días.

La LMC es una parasitosis causada por la penetración y migración a través de la piel de larvas de nematodos. Actualmente el principal foco de contaminación de estas larvas se encuentra en las regiones tropicales de climas cálidos y húmedos, y el agente etiológico más importante es el *Ancylostoma braziliense*, aunque otras especies implicadas son el *Ancylostoma caninum* y la



**Figura 1.** Lesión serpenteante con pápulas y vesículo-ampollas localizada en la cara laterointerna del pie derecho.



**Figura 2.** Ampolla gigante en el pie derecho.

*Uncinaria stenocephala*<sup>2-3</sup>. El hombre es un huésped inapropiado de estos parásitos, por ello sólo presenta lesiones cutáneas (la larva permanece en la piel sin completar su ciclo vital, ya que no puede atravesar la membrana basal por carecer de las enzimas necesarias<sup>4</sup>).

Clínicamente la lesión inicial es una pápula que aparece a las pocas horas de la penetración, y en 4-6 días se establecen las lesiones típicas caracterizadas por trayectos ligeramente elevados, móviles y migratorios, sinuosos y eritematosos, de 2 a 4 mm de ancho y hasta 15-20 cm de largo, con una vesícula de contenido seroso en la parte terminal. Como manifestaciones atípicas se han descrito casos de foliculitis, erupciones urticariformes o tiña del pie<sup>3,5,6</sup>. En su migración la larva se desplaza diariamente desde unos pocos milímetros hasta 1-2 cm, sobre todo por la noche y describiendo un sendero fácilmente reconocible<sup>7</sup>. Las lesiones pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo que haya estado expuesta a la fuente de contaminación (predominan en plantas, espalda, nalgas, rodillas y muslos) y provocan un intenso prurito, que es causa de insomnio y de rascado, originando sobreinfecciones bacterianas. La erupción cutánea puede acompañarse de eosinofilia, elevación de IgE e incluso infiltrados pulmonares eosinofílicos por diseminación hemática de la larva (síndrome de Loeffler)<sup>8</sup>.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, apoyándonos en las evidentes lesiones serpiginosas y en función de la dificultad existente para aislar el parásito en una biopsia cutánea<sup>9</sup>. Algunos autores proponen la microscopía de epiluminiscencia como diagnóstico de confirmación y las técnicas de ELISA para detectar IgG específica<sup>10</sup>. El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras parasitosis, miasis, escabiosis, fitofotodermatitis y eritema crónico *migrans*<sup>4</sup>.

Normalmente la larva desaparece por sí sola en uno a 6 meses, pero el intenso prurito y la sensación tan desagradable que tiene el paciente nos obligan a realizar un tratamiento adecuado. Aunque existen diversas opciones terapéuticas como crioterapia, tiabendazol tópico<sup>11</sup> y tiabendazol oral (50 mg/día), en la actualidad el tratamiento de elección es el albendazol (400-800 mg/día durante 5 días<sup>12</sup>). Flubendazol<sup>13</sup> (200 mg/día durante 5 días) e ivermectina<sup>5,14</sup> (200 µg/kg en dosis única) podrían presentarse como otras posibilidades terapéuticas en un futuro.

El paciente que presentamos tuvo una gran ampolla provocada por una LMC, cuya patogenia desconocemos, si bien creemos que su formación puede deberse a tres posibles mecanismos: a) reacción de hipersensibilidad retardada con la consiguiente liberación de antígenos desconocidos como consecuencia de la infección por larvas; b) reacción irritativa o alérgica de contacto como consecuencia de tratamientos tópicos aplicados (nuestro paciente no había realizado ningún tratamiento previo) y c) liberación de enzimas líticas por la propia larva.

Dada la excelente respuesta al tratamiento con albendazol y la ausencia de efectos secundarios consideramos, al igual que otros autores<sup>4,12,13</sup>, que dicho tratamiento debe ser considerado de primera elección.

## Bibliografía

1. Malvy D, Ezzedina K, Pistone T, Receveur MC, Longy-Boursier ML. Extensive cutaneous larva migrans with folliculitis mimicking multimeric herpes zoster presentation in an adult traveler returning from Thailand. *J Travel Med.* 2006;13:244-7.
2. Veraldi S, Arancio L. Giant bullous cutaneous larva migrans. *Clin Exp Dermatol.* 2006;31:613-4.
3. Veraldi S, Bottini S, Carrera C, Giannotti R. Cutaneous larva migrans with folliculitis: a new presentation of this infestation. *JEADV.* 2005;19:628-30.
4. Sabat M, Ribera M, Bielsa I, Rex J, Ferrándiz-Foraster C. Larva migrans cutánea. Presentación de 8 casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2002;93:443-7.
5. Yosipovitch G, Widijanti M, Seow CS, Gohn CL. Widespread and unusual presentations of cutaneous larva migrans acquired in tropical sandy beach resorts. *Eur J Acad Dermatol.* 2002;16:284-301.
6. Caumes E, Ly F, Bricaire F. Cutaneous larva migrans with folliculitis: report of seven cases and review of literature. *Br J Dermatol.* 2002;146:314-6.
7. 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.
8. Del Giudice P, Desalvador F, Bernard E, Caumes E, Vandenbos F, Marty P, et al. Loeffler's syndrome and cutaneous larva migrans: a rare association. *Br J Dermatol.* 2002;147:385-410.
9. Gourgoutou K, Nicolaidou E, Panagiotopoulos A, Hatzilou E, Katsambast AD. Treatment of widespread cutaneous larva migrans with thiabendazole. *JEADV.* 2001;15:578-80.
10. Elsner E, Thewes M, Worret WI. Cutaneous larva migrans detected by epiluminescent microscopy. *Acta Dermatol Venereol.* 1997;77:487-8.
11. Vega J, Miranda A, Muñoz Fernández C, Mariscal A, Torrero MV, García-Muñoz M. Larva migratoria cutánea. Tratamiento tópico con tiabendazol al 6,25 %. *Actas Dermosifiliogr.* 2001;92:171-3.
12. Caumes E. Treatment of cutaneous larva migrans. *Clin Infect Dis.* 2000;30:811-4.
13. Albanese G, Venturi C, Galbiati G. Treatment of cutaneous larva migrans (creeping eruption): a comparison between albendazole and traditional therapy. *Int J Dermatol.* 2001;40:67-71.
14. Dourmishev AL, Dourmishev LA, Schwartz R. Ivermectin: pharmacology and application in dermatology. *Int J Dermatol.* 2005;44:981-8.