

Foliculitis por larvas de nematodo: una infrecuente causa de foliculitis en viajeros



Hookworm: An Uncommon Cause of Folliculitis in Travelers

Sr. Director:

La foliculitis por larva de nematodo (FLN) es una manifestación atípica del síndrome de larva migrans cutánea (SLMC) que debemos conocer debido al aumento de viajes a países tropicales y subtropicales, donde esta entidad es endémica. Presentamos un caso acontecido en nuestro hospital en que se llegó al diagnóstico gracias a la historia clínica y su favorable respuesta al tratamiento tras haber descartado otras posibles etiologías más frecuentes.

Mujer de 33 años que presentaba lesiones glúteas con prurito de predominio nocturno de un mes de evolución iniciadas tras un viaje a Argentina y Brasil, sin otras lesiones asociadas, y con buen estado general. Había recibido, en otro centro, tratamiento con corticoides orales, amoxicilina-clavulánico y crema de gentamicina/betametasona, sin mejoría. A la exploración, presentaba múltiples lesiones papuloeritematosas en glúteos, algunas excoriadas (fig. 1). No se palpaban adenopatías inguinales.

Ante la sospecha de posible foliculitis infecciosa, se tomó una muestra para reacción en cadena de polimerasa de herpes, biopsia y análisis clínicos incluyendo serologías de VIH, VHC y VHB; además de pautarse valaciclovir 500 mg/12 h/5 días, fluconazol 50 mg/día, ácido fusídico tópico y bilastina.

A los 5 días se objetivó empeoramiento de las lesiones, apreciándose una lesión de nueva aparición sugestiva de trayectos serpinginosos, que bien podrían ser secundarios a rascado, pero que orientaban a posible infestación por larva migrans (fig. 2). Los resultados del análisis histopatológico fueron compatibles con la sospecha, mostrando edema dérmico junto con un infiltrado inflamatorio de distribución perivasculare y perianexial, con abundantes eosinófilos y la presencia de cambios de «perifoliculitis», sin destrucción del epitelio folicular.

Se solicitó una ecografía de partes blandas para intentar visualizar el parásito, que resultó normal. No obstante, ante la evolución tórpida del cuadro y la sospecha clínica, se pautó tratamiento con albendazol oral 400 mg/día/durante



Figura 1 Lesiones papuloeritematosas en glúteos con signos de excoriación.



Figura 2 Empeoramiento de las lesiones glúteas con aparición de trayectos serpinginosos sobreelevados (flechas).



Figura 3 Mejoría de las lesiones cutáneas tras el tratamiento con albendazol.

3 días, presentando la paciente rápida mejoría de las lesiones y del prurito durante las semanas siguientes, hasta la resolución del cuadro en 6 semanas, sin precisar más dosis (fig. 3).

Presentamos un caso de FLN, una forma de presentación atípica del SLMC. Se trata de una entidad poco descrita (la serie más numerosa descrita en la literatura incluye 7 pacientes)¹ que se postula que puede ser debida a una reacción de hipersensibilidad a la presencia del nematodo en el canal folicular²⁻⁴.

El SLMC es una entidad producida por larvas de nematodos, principalmente nematodos caninos o felinos (género *Ancylostoma*)^{1,3-11}, sobre todo *Ancylostoma brasiliense*^{1,4-11}, *Ancylostoma ceylanicum*^{6,7,11} y *Ancylostoma caninum*^{1,8-11}. Las larvas expulsadas con las heces de dichos animales contaminan el suelo, produciéndose el contagio del huésped mediante su penetración transcutánea^{1,3,5-8,11}. Dicho contagio se produce más frecuentemente en playas de países tropicales y subtropicales^{1,3,5-8,11}.

Tras un periodo de incubación variable (días/semanas)^{1,3,8,10}, en caso de desarrollar una FLM el paciente presentará múltiples pápulo-pústulas foliculares, pruriginosas, localizadas preferentemente en pies⁶⁻⁸ o nalgas^{1,5-9}. Ocasionalmente presentan también pequeños surcos^{1,5,6,8} característicamente cortos (< 5 cm) y que suelen

iniciarse las lesiones foliculares^{1,2}. Ocasionalmente pueden desarrollarse vesículo-ampollas^{1,3,6,7,9}.

El diagnóstico de esta entidad se basa en la presentación clínica junto con el contexto de un viaje reciente a un país tropical o subtropical, no siendo necesaria la realización de pruebas complementarias^{1,7,11}. El principal diagnóstico diferencial debe realizarse con otras etiologías más frecuentes de foliculitis, como la bacteriana, que no suelen asociar prurito tan intenso^{2,7}, y con la escabiosis^{6,7,11}, que asocia prurito de predominio nocturno. La analítica puede mostrar eosinofilia^{1,3}. En el análisis anatomopatológico, ocasionalmente pueden visualizarse los parásitos en los conductos foliculares, aunque lo más frecuente es un infiltrado eosinofílico en la biopsia junto con perifoliculitis^{2-5,8}, como en el caso de nuestra paciente. De hecho, en una serie de 8 casos de larva *migrans* cutánea publicada en esta revista solo se consiguió encontrar restos del parásito en una de las biopsias, considerando los hallazgos secundarios mencionados orientativos del diagnóstico¹¹.

Se han descrito la ivermectina y el albendazol como tratamiento de primera línea^{1,5,10,11}. En el tratamiento del SLMC la ivermectina se suele utilizar en dosis única de 12 mg²; mientras que el albendazol debe ajustarse por peso (400 a 800 mg/día/durante 4 días)¹. En la FLN el tratamiento puede ser menos eficaz que en la larva *migrans* clásica^{1,2,5,7,9,10}, teniendo que utilizar más dosis de ivermectina o combinar ambos tratamientos^{3,10}. Además, en caso de contraindicación a tratamiento oral o de niños con bajo peso puede utilizarse albendazol tópico al 10%¹. También se ha descrito un caso con respuesta a ivermectina tópica¹². Existen casos que incluso sin tratamiento pueden ser autorresolutivos en semanas/meses^{3,5-8,11}.

Como conclusión, mencionar que a pesar de que la FLN es muy infrecuente en nuestro medio, el incremento de viajes a países tropicales y subtropicales exige que cada vez se tenga un mayor conocimiento de las enfermedades tropicales⁵, para mejorar la calidad asistencial a estos pacientes mediante un rápido diagnóstico y tratamiento, evitando sobreinfecciones y otras complicaciones^{5,6}.

Por tanto, como clave diagnóstica de esta entidad, debemos sospecharla ante lesiones cutáneas de tipo foliculitis con intenso prurito de predominio nocturno y que hayan realizado un viaje reciente a un país tropical.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Hochedez P, Caumes E. Hookworm-Related Cutaneous Larva Migrans. *J Travel Med.* 2007;14:326–33.
2. Caumes E, Ly F, Bricaire F. Cutaneous larva migrans with folliculitis: Report of seven cases and review of the literature. *Br J Dermatol.* 2002;146:314–6.
3. Lockmann A, Seitz CS, Schön MP, Möbner R. Creeping eruption and eosinophilic folliculitis: Atypical cutaneous larva migrans. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2018;16:202–4.
4. Opie KM, Heenan PJ, Delaney TA, Rohr JB. Two cases of eosinophilic pustular folliculitis associated with parasitic infestations. *Australas J Dermatol.* 2003;44:217–9.
5. Van Nispen tot Pannerden C, van Gompel F, Rijnders BJ, Caumes E, den Hollander JG. An itchy holiday. *Neth J Med.* 2007;65:188–90.
6. Malvy D, Ezzedine K, Pistone T, Receveur MC, Longy-Boursier M. Extensive Cutaneous Larva Migrans With Folliculitis Mimicking Multimetric Herpes Zoster Presentation in an Adult Traveler Returning From Thailand. *J Travel Med.* 2006;13:244–7.
7. Ezzedine K, Pistone T. Hookworm folliculitis. *CMAJ.* 2013;185:E213.
8. Rivera-Roig V, Sánchez JL, Hillyer GV. Hookworm folliculitis. *Int J Dermatol.* 2008;47:246–8.
9. Veraldi S, Bottini S, Carrera C, Gianotti R. Cutaneous larva migrans with folliculitis: A new clinical presentation of this infestation. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005;19:628–30.
10. Vanhaecke C, Perignon A, Monsel G, Regnier S, Bricaire F, Caumes E. The efficacy of single dose ivermectine in the treatment of hookworm related cutaneous larva migrans varies depending on the clinical presentation. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28:655–7.
11. Sàbat Santandreu M, Ribera Pibernat M, Bielsa Narsol I, Rex Caballe J, Ferrándiz Foraster C. Larva migrans cutánea Presentación de 8 casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2002;93:443–7.
12. Fischer S, Nenoff P. Cutaneous larva migrans: successful topical treatment with ivermectin – A case report. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2016;14:622–3.

A. Saenz Aguirre*, A. Martínez de Salinas Quintana, F.J. de la Torre Gomar e V. Fatsini Blanch

Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz, Álava, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amaiasaenzaguirre@gmail.com (A. Saenz Aguirre).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.09.024>

0001-7310/ © 2019 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Metástasis zosteriformes de porocarcinoma ecrino



Zosteriform Metastases From Eccrine Porocarcinoma

Sr. Director:

Una mujer de 58 años fue derivada del Servicio de Oncología por la aparición de unas lesiones cutáneas con una distribu-

ción metamérica localizadas en la región inguinal y el muslo izquierdo de 3 meses de evolución, que inicialmente se asemejaban a un herpes zóster según su criterio. La paciente se encontraba en seguimiento por un porocarcinoma ecrino desde hacía 3 años. A la exploración se observaban unas pápulas y nódulos eritematosos confluentes en la región inguinal y en la cara anterior del muslo izquierdo (fig. 1 A/B).

El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico clínico de presunción de metástasis cutáneas de porocarcinoma