

Larva Migrans Cutánea: casos pediátricos

Cutaneous larva migrans: pediatric cases

Gustavo A. Lizardo Castro,¹ Aleydi Gómez Campos.²

¹Médico Pediatra, Sub-especialista en Dermatología, Departamento de Pediatría, Servicio de Dermatología, Hospital Escuela; Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH).

²Médico Residente Tercer Año, Posgrado de Dermatología, Facultad de Ciencias Médicas UNAH; Tegucigalpa, Honduras.



Niña de 2 años de edad, con lesión en dorso de mano derecha con trayecto serpiginoso sobre elevado en base eritematosa, presencia de vesículas, pruriginosas, de 3 semanas de evolución, originada durante un viaje al Caribe hondureño (**Figura 1**). Se manejó con crioterapia obteniendo resolución del cuadro clínico. La larva migrans cutánea (LMC) es frecuente en climas tropicales y subtropicales, ocasionada por nemátodos del género *Ancylostoma* spp., principalmente *Ancylostoma braziliense*, adquirida por contacto con arena contaminada con heces de perros y gatos infectados. El diagnóstico es clínico, caracterizado por erupción serpiginosa, eritematosa y pruriginosa, causada por el avance de la larva dentro de la epidermis. Existen formas atípicas constituidas por pápulas foliculares conocida como LMC folicular (**Figura 2**, niña de 19 meses con lesiones iniciadas 10 días atrás, después de jugar en la playa). Localización frecuente de la LMC son las extremidades inferiores, manos, nalgas y espalda, siendo su evolución autolimitada por la muerte del parásito entre 1 y 3 meses. Su manejo es eficaz y seguro con una de las siguientes alternativas: crioterapia, albendazol tópico cada 8 horas x 5 días, albendazol 400mg VO cada 12h x 3 días o ivermectina 200 µg/kg VO dosis única.

Recibido: 22-5-2019; Aceptado para publicación 20-6-2019

Dirección para correspondencia: Dr. Gustavo Lizardo

Correo electrónico: glizardoc@yahoo.com

Conflictos de interés. Los autores declaran no poseer ningún conflicto de interés en relación a este artículo.