



DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA LATINOAMERICANA
Revista oficial de la Sociedad Latinoamericana de Dermatología Pediátrica. ISSN 1812-9048

[INICIO](#)[PUBLICACIONES SLADP](#)[GALERÍA](#)[EVENTOS](#)[INFORMACIÓN](#)[CONTACTO](#)

[HOME](#) > [ENE - MAR 2021 | VOL. 16 N°1](#) > [Síndrome larva migrans cutánea en Pediatría](#)

PRÓXIMOS EVENTOS

There are no upcoming events at this time.

Síndrome larva migrans cutánea en Pediatría

CUTANEOUS LARVA MIGRANS SYNDROME IN PEDIATRICS

🕒 25 abril, 2021 👤 SLADP 📁 Ene - Mar 2021 | Vol. 16 N°1 💬 0



Autores | Contacto

María Camila Rojas ¹, Lía Sanmiguel Ardila ², Fredy Orlando Mendivelso Duarte ³, Jairo Enrique Moreno. ⁴

¹ Médica. Facultad de Medicina Universidad del Rosario. Bogotá Colombia.

² Pediatra. Clínica Pediátrica Colsanitas. Bogotá Colombia

³ Médico Cirujano. Epidemiólogo. MPH. MSc. FETP. Centro de Medicina

Basada en la Evidencia. Instituto Global de Excelencia Clínica.

Vicepresidencia Global de Salud Keralty.

⁴ Pediatra. Director Científico. Clínica Pediátrica Colsanitas. Bogotá. Colombia.

Contacto del autor: Fredy Mendivelso.

Dirección: Av. Calle 127 No. 20 – 56. Piso 3. Departamento de Pediatría.
Bogotá D.C. Colombia

Tel: (+57) 3043844102

Email: fmendivelso@colsanitas.com

Conflictos de interés: los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Dermatol. Pediatr. Latinoam. (En línea). 2021; 16 (1):35 – 43.

Resumen | Palabras Claves

RESUMEN

La dermatosis denominada larva migrans cutánea: (LMC) es una infección cutánea secundaria a infestación parasitaria por la migración de larvas de anquilostomas animales a la epidermis humana, frecuentemente por contacto directo con suelos contaminados, especialmente en zonas tropicales. Se caracteriza por la aparición de lesiones induradas, eritematosas con patrón irregular o serpiginoso acompañado de prurito. Describimos un caso de LMC en una niña, adquirido durante unas vacaciones en Colombia y tratado inicialmente como celulitis con antibióticos.

Palabras Clave: celulitis, dermatosis de la mano, eritema, larva migratoria, pediatría.

ABSTRACT

Cutaneous larva migrans (CLM) is an infection secondary to parasitic infestation due to the migration of animal hookworm larvae into the human skin, frequently by direct contact with contaminated grounds, especially in the tropics. Clinically, it is characterized by the appearance of indurated, erythematous lesions with irregular or “creeping eruption” pattern and pruritus. This article describes a case of CLM infection in a pediatric patient, it was acquired during the holidays in Colombia, diagnosed as cellulitis and treated accordingly with antibiotics without success.

Keywords: cellulitis; hand dermatoses; erythema; larva migrans; pediatrics.

Artículo | Referencias

INTRODUCCIÓN

Las dermatosis pueden ser un reto diagnóstico para la mayoría de los

médicos por la similitud clínica de muchas lesiones. Para la adecuada realización de diagnóstico diferencial se requiere entrenamiento en el reconocimiento de patrones. Una de las dermatosis con patrón mejor definido es la larva migratoria cutánea (LMC). Aun así, existen patologías con patrones característicos que deben ser identificados por el médico de atención primaria, no necesariamente especialista en dermatología, la infección por LMC es una de ellas.

La LMC es una dermatosis zoonótica aguda tropical secundaria a la invasión parasitaria de la epidermis por Anquilostomas provenientes de las heces de perros o gatos como *Ancylostoma braziliense*, *Ancylostoma caninum* y *Uncinaria stenocephala*¹ provenientes de suelos contaminados. Se han reportado casos en Australia, Asia, África, Estados Unidos, el Caribe y Suramérica, y su incidencia ha aumentado en los últimos años secundario al contacto con mascotas, incremento en el turismo y movimientos migratorios hacia zonas endémicas en países tropicales.^{2,3}

Caso clínico

Paciente de 5 años y 11 meses de edad, natural y procedente de Bogotá (ciudad a 2630 metros sobre el nivel del mar), quien consulta a urgencias traída por sus padres por dermatosis de 13 días de evolución, que inició con la aparición de una pápula eritemato-edematosa acompañada de prurito intenso en quinto metacarpiano de mano izquierda, el cual refiere secundario a picadura de insecto. Al inicio de su padecimiento se encontraba en el departamento de Sucre (localizado al norte de la costa Caribe colombiana). Al regresar a su lugar de residencia acude con facultativo quien diagnostica celulitis e inicia tratamiento con cefalexina – ibuprofeno. Por persistencia de las lesiones acudió con otro facultativo quien aumenta la dosis de antibiótico, al continuar las mismas lesiones, acudió a consulta hospitalaria. La paciente y su madre refirieron sensación serpiginosa y prurito tres días antes de esta consulta. La paciente se encontró afebril, sin síntomas enterales, urinarios o respiratorios agudos.

Al examen físico presentaba erupción serpiginosa indurada en región lateral y cara dorsal del quinto dedo de la mano izquierda, eritema y calor, sin edema ni dolor, movilidad y fuerza conservada con reflejos osteotendinosos conservados (Foto 1). Se sospechó celulitis complicada por lo que se hospitalizó para tratamiento antibiótico intravenoso. Pediatría consideró el diagnóstico de LMC, se confirmó con dermatología, y manejaron con ivermectina solución oral 0,6 %, a dosis de 200 microgramos por kilogramo de peso, en una dosis con lo que egresó con

evolución satisfactoria a las 48 horas (Foto 2), 10 días después recibió una segunda dosis obteniendo mejoría completa.



COMENTARIO

El cuadro clínico característico de la LMCes secundario a la penetración percutánea del parásito a través de los folículos pilosebáceos, fisuras o por actividad proteolítica. Después de algunas horas de haber penetrado se forma una pápula eritematosa y a los pocos días la larva empieza a migrar, formando un túnel serpiginoso a lo largo de la epidermis, con una velocidad de 2 a 3 cm por día. Las zonas afectadas son las que estuvieron en contacto directo con suelo contaminado.^{2,4-6}

Los diagnósticos diferenciales incluyen: otras dermatosis que pueden presentarse con forma serpiginosa como eritema anular centrifugo,

granuloma anular, poroqueratosis de Mibelli, lesiones moniliásicas del pañal, la escabiosis, psoriasis del pañal, loiasis, miasis, esquistosomiasis, tiña del cuerpo y dermatitis de contacto, puede complicarse con celulitis por infección secundaria. Para precisar el diagnóstico se requiere interrogatorio que incluya viajes a zonas tropicales o subtropicales.^{5, 7, 8}

Se han descrito factores de riesgo para desarrollar la enfermedad, sexo masculino, caminar sin zapatos, edad entre 10 y 14 años y pobreza o malas condiciones de saneamiento básico.^{1,8,10} Dentro de las complicaciones atribuidas a la LMC están las infecciones bacterianas secundarias, reacciones alérgicas locales o generales y muy rara vez la migración del parásito a órganos internos.

No toda infección cutánea en pediatría es celulitis. Los antecedentes epidemiológicos y conductuales, al igual que la semiología de las lesiones cutáneas pueden ayudar a orientar el diagnóstico de patologías dermatológicas y en especial aquellas de origen tropical catalogadas como enfermedades infecciosas reemergentes.

Colombia es un país tropical con importante biodiversidad, por lo cual las enfermedades transmitidas por helmintos son muy prevalentes en muchas regiones rurales, pero han aumentado en las ciudades debido al aumento del número de mascotas y se ha identificado *Ancylostoma spp* en parques donde acuden personas con sus mascotas.¹¹

Dependiendo del número de lesiones y de su ubicación, el tratamiento puede ser tópico o sistémico. El tratamiento sistémico en la población pediátrica es albendazol a 10 mg/kg por 5 días, dos tomas diarias o 400 mg/día, por tres días. Es un antihelmíntico de tercera generación con efectos colaterales mínimos. Ivermectina solución oral al 0,6%, a 200 µg/kg dosis única, por dos días se ven buenos resultados y sin efectos colaterales; no está indicado en niños menores de 15 kg. Cuando no es posible el tratamiento sistémico se utiliza tiabendazol tópico 15%, tres veces al día por cinco días. La crioterapia no está indicada en pediatría. Si hay sobreinfección, antibioticoterapia.^{6, 7, 9}

Siendo estas enfermedades parasitarias prevenibles hay que implementar medidas preventivas de salud pública, desparasitación de animales domésticos, utilizar calzado para evitar contacto con suelos contaminados, al recostarse en la arena, usar tela intermedia, poner en conocimiento a la comunidad, indicar protección a turistas. Hacer vigilancia epidemiológica y mejorar las condiciones de vida de las poblaciones desfavorecidas.^{9, 10}

A nivel académico es importante un mayor entrenamiento de los médicos en identificar lesiones típicas ya que el diagnóstico de LMC es simple, hacer una buena historia clínica, interrogatorio sobre sitios de procedencia y reconocimiento de la lesión, esto evitaría la utilización de paraclínicos especializados y comienzo temprano del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reichert F, Pilger D, Schuster A, Lesshaft H, Guedes de Oliveira S, Ignatius R, et al. Epidemiology and morbidity of hookworm-related cutaneous larva migrans (HrCLM): Results of a cohort study over a period of six months in a resource-poor community in Manaus, Brazil. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2018;12 (7):1–15. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pntd.0006662>
2. Cepeda L, Márquez C. Larva migrans cutánea. Presentación de un caso ampolloso. *Rev Cent Dermatol Pascua* [Internet]. 2007; 16(2):85–8. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Rosel V, González G, Arqued M, Conejero R, Lorda M. Larva migrans cutánea, a propósito de un caso. *An Pediatr*. 2011; 75(4):292–3.
4. González-Ramos J, González-Silva Y, Hernández-Cano N, Vidaurrágaza-Arcaya C, Herranz-Pinto P. Infestación cutánea diseminada por larva migrans. *Semergen*. 2015; 41(8):458–60.
5. Tellería R, Buján M, Cervini A. Resolución del caso presentado en el número anterior, Larva migrans cutánea. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2015; 113(4):375–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.375>
6. Eksomtramage T, Aiempanakit K. Bullous and pustular cutaneous larva migrans: two case reports and a literature review. *ID Cases* [Internet]. 2018; 12 (May):130–2. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.idcr.2018.05.003>.
7. García-Fernández L, Calderón M. Larva migrans cutánea tras un viaje al Caribe. *Rev Chil Infectol* [Internet]. 2014; 31(3):346–8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014489456900327>.
8. Reichert F, Pilger D, Schuster A, Lesshaft H, Guedes de Oliveira S, Ignatius R, et al. Prevalence and Risk Factors of Hookworm-Related Cutaneous Larva Migrans (HrCLM) in a Resource-Poor Community in Manaus, Brazil. *P LoS Negl Trop Dis*. 2016; 10(3):1–13.

9. Sara Soares, Catarina Ferraz de Liz, Ana Lucia Cardoso, Angela Machado, Joaquim Cunha, Leonilde Machado Larva Migrans Cutánea – apresentação típica de dois casos clínicos. *Nascer e Crescer – Birth and Growth Medical Journal*. 2018; 27 (1):46-9.
10. Ligia I. Moncada – Alvarez. Colombia as a megadiverse country: challenges of mixed epidemiological behavior. *Case Reports* 2018; 4 (I).
11. Polo-Teran LJ, Cortés-Vecino JA, Villamil-Jiménez LC, Prieto E. Contaminación de los parques públicos de la localidad de Suba, Bogotá con nematodos zoonóticos. *Rev. salud pública*. 2007; 9(4): 550-7.

Referencias ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Reichert F, Pilger D, Schuster A, Lesshaft H, Guedes de Oliveira S, Ignatius R, et al. Epidemiology and morbidity of hookworm-related cutaneous larva migrans (HrCLM): Results of a cohort study over a period of six months in a resource-poor community in Manaus, Brazil. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2018;12 (7):1–15. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pntd.0006662>
2. Cepeda L, Márquez C. Larva migrans cutánea. Presentación de un caso ampolloso. *Rev Cent Dermatol Pascua* [Internet]. 2007; 16(2):85–8. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Rosel V, González G, Arqued M, Conejero R, Lorda M. Larva migrans cutánea, a propósito de un caso. *An Pediatr*. 2011; 75(4):292–3.
4. González-Ramos J, González-Silva Y, Hernández-Cano N, Vidaurrágaza-Arcaya C, Herranz-Pinto P. Infestación cutánea diseminada por larva migrans. *Semergen*. 2015; 41(8):458–60.
5. Tellería R, Buján M, Cervini A. Resolución del caso presentado en el número anterior, Larva migrans cutánea. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2015; 113(4):375–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.375>
6. Eksomtramage T, Aiempanakit K. Bullous and pustular cutaneous larva migrans: two case reports and a literature review. *ID Cases* [Internet]. 2018; 12 (May):130–2. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.idcr.2018.05.003>.
7. García-Fernández L, Calderón M. Larva migrans cutánea tras un viaje al Caribe. *Rev Chil Infectol* [Internet]. 2014; 31(3):346–8.

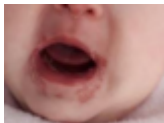
Available from:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014489456900327>.

8. Reichert F, Pilger D, Schuster A, Lesshaft H, Guedes de Oliveira S, Ignatius R, et al. Prevalence and Risk Factors of Hookworm-Related Cutaneous Larva Migrans (HrCLM) in a Resource-Poor Community in Manaus, Brazil. *P LoS Negl Trop Dis*. 2016; 10(3):1–13.
9. Sara Soares, Catarina Ferraz de Liz, Ana Lucia Cardoso, Angela Machado, Joaquim Cunha, Leonilde Machado Larva Migrans Cutânea – apresentação típica de dois casos clínicos. *Nascer e Crescer – Birth and Growth Medical Journal*. 2018; 27 (1):46-9.
10. Ligia I. Moncada – Alvarez. Colombia as a megadiverse country: challenges of mixed epidemiological behavior. *Case Reports* 2018; 4 (I).
11. Polo-Teran LJ, Cortés-Vecino JA, Villamil-Jiménez LC, Prieto E. Contaminación de los parques públicos de la localidad de Suba, Bogotá con nematodos zoonóticos. *Rev. salud pública*. 2007; 9(4): 550-7.



COMUNICACIÓN DE CASOS



« PREVIOUS

Acrodermatitis
enteropática
ampollosa

NEXT »

Morfea
panesclerótica
incapacitante



RELATED ARTICLES



Nevo de
Jadassohn
asociado a



Carcinoma
epidermoide
metastásico
asociado a



Hipermelanos
Nevoide Lineal y
espiral,
comunicación de