

Trayecto Migratorio Cutáneo en Pediatría: Diagnóstico Clínico de Larva Migrans

Cutaneous Migratory Path in Pediatrics: Clinical Diagnosis of Larva Migrans

Mónica Fernanda Medina Guillen* , Carolina Michelle López Chiessa** , Clarissa Lizeth Aguilar Molina*** .

* Médico General, Unidad de Investigación y Gestión Académica Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras.

**Médico Especialista en Dermatología, Hospital María, Especialidades Pediátricas, Tegucigalpa, Honduras.

*** Médico Especialista en Oncología Pediátrica, Unidad de Investigación y Gestión Académica Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

**Doctoranda UNAN-Managua/CIES. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES-UNAN); Managua, Nicaragua.

Paciente masculino de 7 años de edad que presentó lesión cutánea localizada en la superficie plantar del pie derecho que apareció 2 semanas después de haber estado en la playa. La lesión era intensamente pruriginosa y se extendía por la piel abarcando mayor superficie a medida transcurrían los días. En figura No. 1 se evidencia un trayecto serpiginoso bien delimitado de aproximadamente 10 cm de longitud, con borde elevado y eritematoso. El patrón serpenteante del trayecto a nivel de la dermis superficial es indicativo de la migración subcutánea de un parásito. No se observó signos de sobreinfección bacteriana secundaria. Se aprecio una inflamación leve perilesional circunscrita al borde activo de la lesión, lo cual se correlaciona con la actividad larval en el sitio de penetración.

El diagnóstico clínico más probable es Larva Migrans Cutánea, una dermatosis parasitaria causada por la penetración de larvas de nemátodos, típicamente del género *Ancylostoma* siendo *Ancylostoma braziliense* el más común, que se encuentran en suelos contaminados.(1) Su presentación es habitual en áreas arenosas como playas o terrenos rurales, siendo los niños un grupo de alto riesgo debido a la exposición frecuente en estas superficies descalzos.(2) La sospecha diagnóstica se ve reforzada por

los antecedentes de exposición en un entorno propicio para la transmisión. El manejo de la lesión incluye la administración de tratamiento antiparasitario específico, como albendazol o ivermectina, junto con medidas educativas dirigidas al paciente y sus cuidadores para prevenir futuras exposiciones. (3).

Agradecimientos: Este artículo fue preparado bajo subvención de Wellcome Trust, Reino Unido, referencia 226688/F/22/Z.



Correspondencia:

Dra. Mónica Fernanda Medina Guillen,
Médico General, Unidad de Investigación y Gestión Académica
Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

Dirección: Calle de la Salud, Blvd. Suyapa, Tegucigalpa, Francisco Morazán
Teléfono: +504 3244 3907 | Correo: fernandaguillen1815@gmail.com
Fecha de envío: 7 octubre 2024 | Fecha de aceptación: 15 Noviembre 2024

Bibliografía

1. Da Silva Dias V, Picard C, Dompmartin A. Larva migrans ankylostomienne. Ann Dermatol Vénéréologie. mayo de 2020;147(5):400-2.
2. Hla Aye MT, Kyaw AY, Rubel AR, Han MB, Mani BI, Chong VH. Cutaneous larva migrans. QJM Int J Med. 12 de diciembre de 2022;115(12):849-50.
3. Martins-Filho PR, Reinheimer DM, Soares-Neto RF. Cutaneous Larva Migrans. Balk Med J. 1 de marzo de 2024;144-144.