

LARVA MIGRANS CUTANEA EN NIÑO ORIGINARIO DE MOZAMBIQUE

Beatriz Larru Martínez, Milagros García-Hortelano, María José Mellado Peña, Mercedes Subirats Nuñez*, María José Cilleruelo Ortega, Julián Villota Arrieta, Manuel Martínez Padial*, Pablo Martín Fontelos.

Hospital Carlos III. Servicio de Pediatría. Unidad de Pediatría Tropical y Consulta del niño viajero. *Servicio de Microbiología. Madrid

INTRODUCCION: La Larva migrans cutánea es un síndrome clínico que puede estar producido por la migración en fase larvaria de varios parásitos: *Strongyloides stercoralis*, *Uncinaria stenocephala*, *Bunostomun phlebotomun*, *Ancylostoma braziliense* y *caninum*, *Gnathosoma spinigerum*, y larvas de insectos, son las más habituales.

OBJETIVO: Describir un caso de Larva migrans cutánea en un niño de raza negra, recién llegado de zona endémica..

CASO CLINICO: Varón de 16 meses nacido en Mozambique, adoptado. AP: Embarazo, parto y periodo neonatal sin datos. Ha vivido desde los 7 días de vida en un orfanato en Maputo (Mozambique), donde no refieren enfermedades. Inmunizaciones: cartilla sellada y firmada del país con BCG, DTP/ polio 3 dosis y sarampión /dosis 12 meses. Desde su adopción sólo reseñar cuadro de diarrea sin filiar sin fiebre ni vómitos. **EXPLORACION:** Peso y talla P50. A destacar palidez de mucosas, distensión abdominal sin visceromegalias y rinorrea purulenta. Cicatriz de BCG, lesión circular alopecica y descamativa en cuero cabelludo. Imagen serpenteante a nivel de glúteo derecho de 2cm de longitud y 3mm de ancho, móvil y con lesiones adyacentes de rascado, sin signos de inflamación y no dolorosa. **ANALITICA:** Hb 11,2gr/dl, VCM 68, eosinófilos totales 1900/mm³ (12,2%), sideremia 36 µg/dl, ferritina 29 ng/ml, PCR negativa. Serología a HVB, HVC, VIH y Lues: negativa. Gota gruesa negativa. Mantoux (72h): 0mm de induración. Parásitos en heces: *Giardia lamblia* y *Entamoeba coli*. Coprocultivo: Flora habitual. Cultivo de lesión cutánea: *Microsporium audouini*. **EVOLUCION:** Ante la sospecha de posible strongyloidiasis: zona de endemia elevada, eosinofilia, situación social de pobreza y hacinamiento, edad del niño, incontinencia con uso de pañal, y valorando que es la causa más frecuente de larva migrans cutánea en niños africanos, se inició tratamiento oral con Tiabendazol a 50 mg/k/día durante 7 días. Además recibió metronidazol 5 días y ketoconazol tópico 4 semanas. La evolución ha sido favorable desapareciendo la lesión en 2 semanas.

COMENTARIO: Ante la sospecha de Larva migrans cutánea deben plantearse las etiologías más frecuentes (strongyloidiasis, anquilostomiasis, uncinariasis, gnathomiasis, larva de insectos etc) según el país de procedencia, edad etc .La prueba diagnóstica etiológica, no siempre se consigue. Ante la sospecha sin diagnóstico definitivo, el tratamiento empírico inicial debe cubrir strongyloidiasis, que es lo más frecuente.