

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

Una dermatite migrante

M. Barrani, R. De Tata, C. Domenici, F. Moscuza, M. E.
Di Cicco, G. I. Baroncelli, F. Massei

UO Pediatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

N. è una bambina di 4 anni che, rientrata da un soggiorno di 2 settimane in Africa (Zanzibar), presenta a livello del dorso del piede sinistro una lesione papulo-vescicolosa lievemente pruriginosa (*Figura 1*) dalla quale, nel corso dei giorni successivi, si estendono due tratti canalicolari simmetrici (*Figura 2*).



Figura 1



Figura 2

Data la persistenza di tali lesioni la bambina viene condotta presso il nostro ambulatorio. N. è in buone condizioni generali, apiretica e presenta a livello del dorso del piede sinistro una lesione di piccole dimensioni, circolare, di aspetto crostoso da cui originano due tratti vescicolari a contenuto liquido sieroso e ad andamento lineare che parallelamente si estendono alla porzione centrale della pianta del piede in as-

senza di segni di flogosi. Gli esami ematochimici risultano negativi, ad eccezione di un lieve incremento degli eosinofili (830/mm³). Dopo due giorni, al nuovo controllo, le lesioni vescicolari appaiono di maggiori dimensioni e a contenuto più torbido e sono circondate da un'estesa area iperemica, lievemente dolente e dolorabile (*Figura 3*).



Figura 3

Nel sospetto di una parassitosi cutanea richiediamo una consulenza dermatologica che conferma il sospetto diagnostico di infestazione da larva migrans cutanea. Viene quindi intrapresa terapia sistemica con albendazolo per via orale, alla

dose di 400 mg/die per tre giorni, con successiva riduzione dell'area iperemica e parziale riassorbimento delle lesioni vescicolari (*Figure 4 e 5*).



Figura 4



Figura 5

La larva migrans cutanea è un'infestazione causata dalla penetrazione e dalla migrazione nella cute di larve di nematodi (nel 98% dei casi *Ancylostoma braziliense* e *Ancylostoma caninum*). L'uomo rappresenta un ospite occasionale in cui le larve rimangono localizzate esclusivamente a livello cutaneo dove non penetrano oltre lo spessore dell'epidermide. Clinicamente si può osservare una reazione irritativa locale scatenata dal movimento transcutaneo delle larve e quel-

le tossico-allergiche dovute alla risposta dell'organismo agli antigeni liberati dalle larve. La diagnosi è esclusivamente clinica ed il trattamento di prima scelta è rappresentato dall'albendazolo per via orale alla dose di 20 mg/kg/die per 3 giorni. Si può inoltre ricorrere a terapia fisica (crioterapia) e topica (tiabendazolo) per lesioni singole e meno estese.

tratto da: Le Giornate di Medico e Bambino Lecce, 4-5

maggio 2012