

**LARVA MIGRANS****Dimmi dove vai e ti dirò cos' hai***Master di Dermatologia Pediatrica, Università G. Marconi, Roma**Direttori: F. Arcangeli, T. Lotti***Maria Manta** PEDIATRA DI FAMIGLIA

Prima di partire per le vacanze invernali ai Caraibi, subito dopo Natale, la mamma di Giulia mi chiede delle raccomandazioni da tener presenti una volta arrivati al caldo. Naturalmente consiglio adeguata protezione solare, idratazione e attenzione ai cibi esposti a eventuale contaminazione.

Giulia, 6 anni compiuti da poco, è regolarmente vaccinata, sta bene ed è entusiasta di andare al mare d' inverno



Dopo 1 settimana dal ritorno a casa Giulia ha prurito al piede sinistro e la mamma nota una piccola lesione crostosa a livello del V dito del piede sinistro. Pensa ad una puntura d' insetto che sarebbe passata in breve come al solito.

Ma il prurito persiste anche di notte e dopo qualche giorno, dalla crosticina parte una linea serpiginosa che va verso la pianta del piede.

Nei giorni successivi la lesione attraversa l' intera zona plantare.

A questo punto, portata la bimba in Ambulatorio, il ricordo anamnestico della vacanza in zona subequatoriale, l' aspetto della lesione e l' esame clinico fanno porre diagnosi di infezione da **LARVA MIGRANS**



E' causata da Nematodi, vermi filiformi e uncinati, che compiono il loro ciclo biologico all' interno dell' intestino di alcuni animali (cani, gatti e altri animali selvatici). E' un' infezione frequente in zone tropicali e subtropicali dell' Africa, del Sud America, dei Caraibi, del Sudest dell' Asia.

Le larve si trovano sulle spiagge sabbiose o sul terreno. Soggetti a rischio sono bambini, nuotatori, viaggiatori e lavoratori che hanno contatti della pelle col suolo contaminato.

L' uomo è ospite occasionale.

Da adulti vivono nell' intestino dell' animale che espelle con le feci le uova da cui nascono le larve, che entrano in contatto con la cute dell' uomo. Penetrano nell' epidermide attraverso microferite, ma non passano al derma per carenza di collagenasi. Per questo motivo nell' uomo l' infezione è autorisolutiva nell' arco di alcune settimane o mesi.

Le larve nella cute migrano muovendosi di 2 cm/di, producono una reazione infiammatoria che lascia una traccia eritematosa e pruriginosa, con decorso serpiginoso.

Le SEDI più colpite sono quelle che più facilmente vanno a contatto con la sabbia infetta (pianta del piede, palmo delle mani e glutei)

La **terapia**: l' infezione è autorisolutiva, ma il trattamento può essere necessario per contenere i sintomi e l' eventuale sovrainfezione batterica. Bisogna tenere in considerazione anche l' aspetto psicologico perché spesso il paziente o la famiglia non accettano la presenza della larva 'sotto-pelle' e preferiscono agire attivamente.

Terapia farmacologica: tiabendazolo topico (5-10% 2-3 applicazioni/di per 2 settimane), ivermectina (200mg/Kg per os), albendazolo per os (15mg/Kg/die per 3-7 giorni).

Crioterapia con azoto liquido, che in alcuni casi va ripetuta più volte per la difficoltà di colpire la larva senza ustionare la zona interessata.

Giulia, dopo una sola applicazione di Azoto liquido, qualche mm più avanti del fronte della larva, è stata bene. La terapia è stata fortemente voluta dalla famiglia dopo la diagnosi.

Diagnosi differenziale

Scabbia, dermatite allergica da contatto, fitofotodermatite, linfangite da puntura d' insetto, tinea pedis