

administra una pauta más intensiva que asegure la repleción de los depósitos de vitamina B<sub>12</sub> y posteriormente una dosis de mantenimiento hasta la negativización de los anticuerpos maternos.

Las secuelas son principalmente neurológicas, siendo factores predictivos de mala evolución la severidad de la clínica neurológica al comienzo y los valores maternos de vitamina B<sub>12</sub><sup>3,10</sup>. Una mejoría neurológica inicial no implica buenos resultados a largo plazo<sup>3</sup>. Las secuelas persistentes podrían prevenirse con un buen control materno durante la gestación y la lactancia materna, y un seguimiento estrecho de los recién nacidos hijos de madre con anemia perniciosa para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz del déficit de cobalamina.

## Bibliografía

1. Hemolytic anemia. En: Lanzkowsky P, editor. Manual of pediatric hematology and oncology. 4th ed. Burlington: Elsevier; 2005. p. 136–98.
2. Weiss R, Fogelman Y, Bennett M. Severe vitamin B12 deficiency in an infant associated with a maternal deficiency and a strict vegetarian diet. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2004;26:270–1.
3. Banka S, Ruth Roberts R, Plews D, Newman WG. Early diagnosis of cobalamin deficiency of infancy owing to occult maternal pernicious anemia. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2010;32:319–22.
4. Marble M, Copeland S. Neonatal vitamin B12 deficiency secondary to maternal subclinical pernicious anemia: identification by expanded newborn screening. *J Pediatr*. 2008;152:731–3.
5. Hoey H, Linnell JC, Oberholzer VG, Laurance BM. Vitamin B12 deficiency in a breastfed infant of a mother with pernicious anaemia. *J R Soc Med*. 1982;75:656–8.
6. Sabatino D, Kosuri S, Remolino A, Shotter B. Cobalamin deficiency presenting with cutaneous hyperpigmentation: a report of two siblings. *Pediatr Hematol Oncol*. 1998;15:447–50.
7. Özlem Pelin S, Gönç N, Gümrük F, Cxetin M. A Child with vitamin B12 deficiency presenting with pancytopenia and hyperpigmentation. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2004;26:834–6.
8. Incecik F, Hergüner MO, Altunbaşak S, Leblebisatan G. Neurologic findings of nutritional vitamin B12 deficiency in children. *Turk J Pediatr*. 2010;52:17–21.
9. Whitehead VM. Acquired and inherited disorders of cobalamin and folate in children. *Brit J Haematol*. 2006;125:36.
10. Acharya U, Gau J, Horvath W, Ventura P, Hsueh C, Carlsen W. Hemolysis and hyperhomocysteinemia caused by cobalamin deficiency. *J Hematol Oncol*. 2008;1:26.

M.A. Gil-Ruiz Gil-Esparza\*, J. Huerta Aragonés,  
C. Garrido Colino  
y F. González Martínez

*Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón, Servicio de Oncohematología Pediátrica, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [maitegilr@gmail.com](mailto:maitegilr@gmail.com)  
(M.A. Gil-Ruiz Gil-Esparza).

doi:10.1016/j.anpedi.2011.05.019

## Tinea corporis en un paciente de piel negra: importancia del examen directo

### Tinea corporis in a patient with black skin; the importance of the direct examination

*Sr. Editor:*

Presentamos el caso de una niña de 7 años, que consultó de urgencias por aparición progresiva en los últimos 10 días de una placa anular eritemato-descamativa muy pruriginosa, de 3 x 3 cm de diámetro y crecimiento centrífugo, con borde levemente sobreelevado (figura 1).

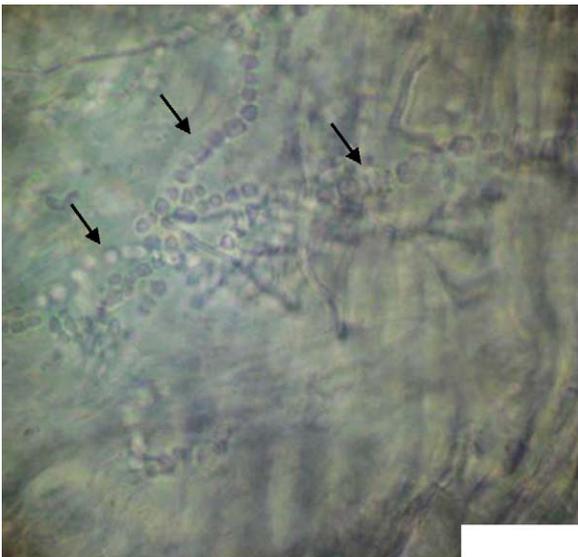
Clínicamente planteaba el diagnóstico diferencial entre una *tinea corporis* y un eczema numular. Para confirmar el diagnóstico se realizó un examen directo de escamas cutáneas, obtenidas después de raspar el borde de la lesión con un bisturí e incubadas con 0,5 ml de KOH al 30% sobre una lámina portaobjetos. El estudio mediante microscopía óptica a 250 aumentos de la preparación de escamas mostraba elementos fibrilares de aspecto translúcido, con tabiques dispuestos a intervalos de distancia regular y con múltiples ramificaciones, que se correspondían con las hifas septadas propias de los hongos dermatofitos (figura 2). Ante estos hallazgos se estableció el diagnóstico de *tinea corporis* y se inició tratamiento con terbinafina tópica cada 12 horas durante 21 días. En la visita de control a las 3 semanas de ini-

ciar el tratamiento, la lesión estaba curada y sólo persistía una leve hipopigmentación residual.

Entre los pacientes de piel negra, las micosis superficiales (sobre todo las tiñas del cuero cabelludo) son las infecciones de piel más frecuentes en la infancia. La *tinea corporis*, también llamada «herpes circinado», incluye las infecciones dermatofíticas de la piel lampiña con la excepción de aquellas localizadas en ingles, palmas y plantas<sup>1</sup>. La forma clínica más frecuente de presentación, tanto en la edad pediátrica como en los adultos, es la forma anular, y en ella se observa una lesión en medallón con un borde activo, eritematoso y en ocasiones vesicular, mientras que el centro de la lesión presenta curación<sup>2,3</sup>. El diagnóstico de *tinea corporis* se basa en el examen clínico, la visión bajo luz de Wood, el cultivo microbiológico y el examen directo<sup>4</sup>. El diagnóstico clínico de *tinea corporis* puede resultar complicado, especialmente en pacientes de piel oscura<sup>5</sup>, y en muchas ocasiones plantea el diagnóstico diferencial con otras dermatosis: eczema numular, impétigo, dermatitis seborreica, psoriasis, lupus eritematoso subagudo, pitiriasis rosada, granuloma anular... Entre ellas habría que destacar por su importancia y frecuencia el eczema numular: se trata de una forma localizada de eczema atópico que consiste en pequeñas placas anulares eritematodescamativas con costras superficiales<sup>6</sup>. Para evitar el uso indiscriminado de antifúngicos ante cualquier lesión anular, que con frecuencia corresponde a eczema



**Figura 1** Imagen clínica: placa anular eritemato-descamativa de 3 x 3 cm de diámetro y crecimiento centrífugo, y borde sobre-elevado que plantea el diagnóstico diferencial entre una *tinea corporis* y un eczema numular.



**Figura 2** Imagen microscópica del examen directo: estructuras fibrilares con tabiques dispuestos a intervalos de distancia regular y con múltiples ramificaciones, que se correspondían con las hifas septadas características de los hongos dermatofitos.

numular, es importante confirmar el diagnóstico de *tinea corporis* antes de iniciar un tratamiento antifúngico de forma empírica. Tampoco es infrecuente en la práctica clínica diaria la situación contraria: el tratamiento erróneo con corticoides tópicos de una placa descamativa diagnosticada de eczema numular, y que en realidad se trata de una *tinea corporis*. Esta circunstancia conduce a la aparición de la llamada *tinea incógnita*<sup>7</sup>, una dermatofitosis localizada normalmente en la piel glabra de la cara cuyo aspecto clínico ha sido alterado por la aplicación inadecuada de corticoides

o inmunomoduladores tópicos (pimecrolimus, tacrolimus)<sup>8</sup>. Con la aplicación de estos tratamientos disminuye el prurito y los signos inflamatorios cutáneos, y el aspecto morfológico en medallón característico se pierde: la *tinea* adopta formas clínicas atípicas, más extensas y persistentes, dificultando con ello el diagnóstico. La principal limitación del examen directo es su baja sensibilidad (frecuentes falsos negativos)<sup>2,4</sup>. Ante casos con sospecha clínica muy alta se recomienda tomar nuevas escamas cutáneas y repetir el estudio.

Para el tratamiento de las lesiones aisladas de *tinea corporis* en la edad pediátrica pueden utilizarse varios agentes antifúngicos por vía tópica (ketoconazol, terbinafina, ciclopiroxolamina, clotrimazol, miconazol, entre otros). No son infrecuentes los casos de no curación o recidiva a pesar de un tratamiento tópico adecuado: por ello, ante la presencia de pústulas foliculares o la persistencia de la placa eritemato-descamativa infiltrada, tras 4 semanas de tratamiento con un antifúngico tópico correctamente aplicado, hay que considerar que nos encontramos ante un caso de *tinea corporis* refractaria, de evolución tórpidas, con posible invasión folicular: para estos casos, al igual que en las *tineas corporis* más extensas, se reservan los antifúngicos orales (griseofulvina, itraconazol o terbinafina)<sup>1,2,4,9</sup>.

Como resumen destacamos que, ante la sospecha de una *tinea corporis*, el examen directo de escamas con microscopio óptico es la técnica diagnóstica menos invasiva, más sencilla, rápida y barata antes de iniciar un tratamiento antifúngico tópico o sistémico. Esto es especialmente importante en pacientes de raza negra, en el que las dificultades diagnósticas son mayores ante cualquier dermatosis habitual debido a las características intrínsecas de la piel negra.

## Bibliografía

1. Shy R. Tinea corporis and tinea capitis. *Pediatr Rev.* 2007;28:164-74.
2. Andrews RM, McCarthy J, Carapetis JR, Currie BJ. Skin disorders, including pyoderma, scabies, and tinea infections. *Pediatr Clin North Am.* 2009;56:1421-40.
3. Andrews MD, Burns M. Common tinea infections in children. *Am Fam Physician.* 2008 15;77:1415-20.
4. Smith SD, Relman DA. Dermatophytes. En: Wilson WR, Sande MA, editores. *Current Diagnosis and Treatment in Infectious Diseases*. New York, NY: McGraw-Hill Professional; 2001. p. 777-8.
5. Kpea NT, McDonald Ch J. Cutaneous infections in blacks. *Dermatologic Clinics.* 1988;6:475-88.
6. Krol A, Krafchik B. The differential diagnosis of atopic dermatitis in childhood. *Dermatol Ther.* 2006;19:73-82.
7. Arenas R, Moreno-Coutiño G, Vera L, Welsh O. Tinea incognita. *Clin Dermatol.* 2010;28:137-9, 4.
8. Rallis E, Koumantaki-Mathioudaki E. Pimecrolimus induced tinea incognita masquerading as intertriginous psoriasis. *Mycoses.* 2008;51:71-3.
9. Greenberg HL, Shwayder TA, Bieszk N, Fivenson DP. Clotrimazole/beta-methasone dipropionate: a review of costs and complications in the treatment of common cutaneous fungal infections. *Pediatr Dermatol.* 2002;19:78-81.

A. Agustí-Mejías<sup>a,\*</sup>, F. Messeguer Badia<sup>b</sup>, P. Agustí Mejías<sup>c</sup>,  
I. Febrer<sup>a</sup>  
y V. Alegre-de Miquel<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

<sup>b</sup> Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

<sup>c</sup> Universitat de València

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [annaagusti@comv.es](mailto:annaagusti@comv.es) (A. Agustí-Mejías).

doi:10.1016/j.anpedi.2011.05.004

## Larva migrans cutánea, a propósito de un caso

### Cutaneous larva migrans: presentation of a case

Sr. Editor:

La larva migrans cutánea es una parasitosis típica de climas tropicales y subtropicales. Sin embargo, la incidencia de esta patología en nuestro medio se ha incrementado en los últimos años debido a los movimientos migratorios y al turismo a países endémicos. No obstante, se han descrito casos de larva migrans cutánea en pacientes de países europeos sin antecedente de viaje a zonas de riesgo<sup>1</sup>. Los principales agentes causales son *Ancylostoma braziliense* y *Ancylostoma caninum*. Los huevos de estos parásitos se encuentran en las heces de perros y gatos que no han sido correctamente tratados con antihelmínticos<sup>2</sup>. Se desarrollan en suelos arenosos y húmedos hasta alcanzar la forma de larva con capacidad infectiva. Al entrar en contacto con el huésped humano penetra en la epidermis de zonas expuestas, e inicia su migración dando lugar a la clínica dermatológica<sup>1-3</sup>.

A continuación se presenta el caso de una paciente de 3 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias de nuestro hospital por presentar una lesión dérmica en muñeca derecha de 10 días de evolución, coincidiendo su aparición con una estancia en Brasil. Desde hace 3 días asocia lesión de similares características en tercer dedo de mano izquierda. Ha sido tratada hasta el momento con antifúngicos tópicos sin éxito.

En la exploración física se aprecia una pápula eritematosa seguida de una lesión de morfología serpiginosa de 4 centímetros de longitud en muñeca derecha (fig. 1) y otra lesión similar con costra impetiginizada en su porción distal en tercer dedo de mano izquierda (fig. 2). Se llega al diagnóstico de Larva migrans cutánea y se pauta tratamiento con tiabendazol tópico y metilsulfóxido ungüento durante 7 días.

El diagnóstico de esta entidad se basa en la clínica y la historia de viaje reciente a zonas endémicas (Centro y Sur de América, África, y algunas regiones de Asia)<sup>4</sup> y posibilidad de exposición al parásito. De este modo se evita un retraso en el inicio del tratamiento y sucesivas visitas a los centros de atención primaria y urgencias que en ocasiones finalizan en las consultas de dermatología. Debe sospecharse en pacientes con lesiones dérmicas pruriginosas en forma de tracto sobrelevado, eritematoso, lineal o serpiginoso<sup>5</sup>.

El curso de la enfermedad es autolimitado. La larva no puede completar su ciclo vital y muere espontáneamente semanas después del inicio del cuadro. No obstante, el prurito es un síntoma que puede ser severo provocando incluso insomnio<sup>6</sup>. Las pruebas complementarias no confirman el diagnóstico. El hallazgo de laboratorio más frecuente es la eosinofilia, dato común en las infecciones helmínticas en general<sup>7</sup>.

El tratamiento más indicado es el tiabendazol tópico en concentración al 10-15% 3 veces al día durante 5-7 días. Una alternativa es la ivermectina vía oral (dosis única 200 microgramos por kilogramo de peso) aunque no se ha mostrado más eficaz que el tiabendazol tópico y presenta mayor número de efectos adversos estando contraindicado



Figura 1 Lesión de morfología serpiginosa de 4 centímetros de longitud en muñeca derecha.



Figura 2 Lesión sobrelevada con costra impetiginizada en su porción más distal en dorso de tercer dedo de mano izquierda.