



2º CONGRESSO DE  
**PEDIATRIA DA  
REGIÃO NORDESTE**  
CAMPINA GRANDE - PB  
21 A 23 DE MARÇO DE 2024

21 A 23 DE MARÇO  
**DE 2024**  
TEATRO FACISA  
CAMPINA GRANDE - PB



## **Trabalhos Científicos**

**Título:** Larva Migrans Cutânea Extensa Com Infecção Secundária Associada, Um Relato De Caso.

**Autores:** AMURIAMA SALDANHA LÚCIO SUASSUNA (UNIFACISA), BÁRBARA LETÍCIA BARRETO RAMOS ARAGÃO (UNIFACISA), ANA CAROLINA SOARES DE LIRA (UNIFACISA), JECER JERONIMO PEREIRA DA SILVA JÚNIOR (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA - PB), ANA BEATRIZ BATISTA NEVES GADELHA (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA - PB), NAIRMARA SOARES PIMENTEL CUNHA (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA - PB), NAYARA WILMA PIMENTEL CUNHA (UNIPÊ - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA), POLYANA MARIA CRUZ COLAÇO (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA - PB), MARIA ALICE FEITOSA COSTA HOLANDA DA SILVA (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA - PB), MARIA EDUARDA DA COSTA BRITO (UNIFACISA)

**Resumo:** A larva migrans cutânea (LMC) é uma síndrome clínica que consiste em um trajeto cutâneo eritematoso migratório linear ou serpiginoso. Ela se desenvolve quando larvas infectantes de ancilostomídeos (geralmente *Ancylostoma braziliense*) penetram na pele e migram nos tecidos superficiais, produzindo erupção serpiginosa característica. Os humanos são infectados após contato direto da pele com solo, ou outro material contaminado com fezes de animais infectados por ancilostomídeos, geralmente cães ou gatos. As lesões aparecem dias após a exposição e são mais frequentemente encontradas nos pés, nádegas e coxas. Ademais, podem causar coceira ou dor e podem ser papulares ou vesiculobolhosas, podendo ocorrer infecção secundária estafilocócica ou estreptocócica. "Paciente, 13 anos, masculino, pardo, natural e procedente de João Pessoa- PB. Admitido em janeiro de 2024 com histórico de lesões pruriginosas extensas e episódios de febre, com evolução de 12 dias. O paciente relatou surgimento das lesões após banho de rio e contato com areia contaminada com dejetos de animais, além de tratamento domiciliar com tiabendazol creme e mebendazol oral, sem melhora. À inspeção o menor apresentava placas serpiginosas extensas cobertas por crostas melicéricas com exsudação em seguintes regiões: braço esquerdo; membros inferiores; pés; quadrante inferior esquerdo do abdome e dorso. Ao exame físico, constatou-se estado febril, sem outras alterações. Realizou-se o internamento hospitalar devido à extensão e sinais infecciosos das lesões. Também, foram solicitados exames laboratoriais, limpeza das lesões e iniciado o tratamento com antibioticoterapia. Os exames laboratoriais encontravam-se dentro da normalidade e o paciente não apresentou distúrbios durante o internamento. Após avaliação do dermatologista foram acrescentados tratamento tópico e vermífugo oral. Com sete dias em antibioticoterapia, o paciente apresentou melhora significativa das lesões, já sem exsudato ou sinais flogísticos. \_x000D\_""DISCUSSÕES: \_x000D\_ É notória a relevância e singularidade do caso, visto tratar-se de uma patologia incidente, de fácil contágio e geralmente de simples resolução. Nessa circunstância houve uma apresentação atípica de LMC na qual as lesões mostraram-se intensas e extensas, com resistência ao tratamento de primeira linha e presença de infecção secundária grave. Discutido com pediatras, infectologistas e dermatologistas foi instituído o uso de antibióticos endovenosos com ampla cobertura antimicrobiana (Ceftriaxona e Clindamicina) associado ao uso de vermífugo oral (Albendazol). \_x000D\_ CONCLUSÃO: \_x000D\_ Constata-se a importância da realização de tratamento com antibioticoterapia empírica, no caso exposto, visto a gravidade das lesões por extensão e infecção. Através de boa condução o paciente evoluiu com melhora geral do quadro, sendo apto à alta hospitalar e término de antibióticos à nível domiciliar. Disponibilidade de imagens para poster.\_x000D\_