

Presentación de caso

Universidad de Ciencias Médicas de Holguín

Presentación de un paciente con diagnóstico de filariasis linfática

Presentation of a Patient with Lymphatic Filariasis Diagnosis

*María del Pilar Montero Varela*¹, *Sonia Peregrin Rodríguez*², *Juan José Oro Martínez*³, *Jorge Betancor Puig*⁴, *Liliam Pilar Oro Montero*⁵

- 1 Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de Primer Grado en Dermatología. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín.
- 2 Especialista Primer Grado en Dermatología. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín. Holguín.
- 3 Especialista de Primer Grado en Otorrinolingología. Dirección Provincial de Salud. Holguín.
- 4 Especialista de Primer Grado Medicina General Integral. Policlínica Mario Gutiérrez Ardaya. Holguín.
- 5 Residente de Primer Año de Medicina General Integral. Policlínica Mario Gutiérrez Ardaya. Holguín.

RESUMEN

Se presentó un paciente de tres años de edad atendido por el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Guido Valadares de Timor Leste con cuadro clínico correspondiente con una filariasis linfática. Se realizó una revisión del tema y se establecieron puntos de coincidencia, así como también se actualizó la terapéutica y las medidas de prevención de la enfermedad. Es fundamental prevenir la enfermedad en esta zona geográfica y aplicar tratamiento precoz en los enfermos para evitar las secuelas.

Palabras clave: elefantiasis filarial, terapéutica.

ABSTRACT

A 3-year-old male patient was attended at the Pediatric Services of Guido Valadares National Hospital of Timor Leste with clinical manifestations of lymphatic filariasis. A bibliographical revision on the topic was made and the criteria were established. The therapy, and the preventive measures for the disease were updated.

Key words: filarial elephantiasis, therapeutics.

INTRODUCCIÓN

La filariasis linfática es el cuadro clínico resultante de la infestación en los vasos linfáticos por nematodos del género filarioidea.¹ Existen tres especies conocidas: *Wuchereria Bancrofti*, *Brugia Malawi*, *Brugia Timori*.

Existen alrededor de 120 millones de enfermos en el mundo. El 90% por *Wuchereria* de esos 120 millones, 40 con enfermedad clínica de 80 países.^{2,3}

Las regiones de mayor endemia son: África Subsahariana, India, Sudeste Asiático, región del pacífico y algunas áreas tropicales de Las Américas.

En el siglo XIX, Wuchereria describe la enfermedad en África; en 1878 Sir Patrick Manson plantea la transmisión de la filaria por mosquito. Los primeros casos de *Brugia Malayi* se publican en 1960 y la *Brugia Timori* en 1977.⁴

Periodo de incubación

Las microfilarias pueden no aparecer en la sangre antes de tres a seis meses en el caso de la *Brugia Malayi* y de 6 a 12 meses en las infecciones por *Wuchereria Bancrofti*, conocido como el periodo pre clínico.⁵

Modo de transmisión

Picadura de un mosquito que alberga larvas infectantes, transmitidas por muchas especies como son: la *culex*, *anopheles*, *aedes*; cuando el mosquito se alimenta las

larvas salen y penetran en la piel por el orificio después de la picadura, viajan por los vasos linfáticos donde pasan por dos mudas antes de transformarse en filarias adultas^{1, 5,6}.

Periodo de transmisibilidad

No hay transmisión directa de persona a persona, los seres humanos infectan a los mosquitos cuando existen las microfilarias en sangre periférica; la microfilaremia puede persistir durante 5- 10 años o más después de la infección inicial. El mosquito se vuelve infectante entre 12 y 14 días después de haber succionado sangre infectada, hace falta gran número de picaduras de mosquitos para iniciar la infección en el huésped^{1, 6,7}.

La concentración de microfilarias en sangre, tiene una periodicidad diaria mayormente nocturna con una concentración máxima entre las 22.00 y las 2.00 horas, esta es endémica de la zona del pacifico⁶⁻⁸.

Características clínicas

Existe formas agudas y crónicas con o sin fiebre, su inicio puede ser brusco, lento o insidioso. El cuadro se caracteriza por fiebre, escalofríos, con episodios recurrentes. En la Wuchereria se presenta adenolinfagintitis, toma el cordón espermático (orquiepididimitis) hidrocele, elefantiasis, quiluria y eosinofilia tropical^{1, 8}.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de tres años, remitido de Oecussi con antecedentes de ingreso anterior con diagnóstico de dermatitis localizada en la pierna izquierda. Recibió tratamiento con antibiótico tópico y antihistamínicos, mejoró y se egresó. Regresó con cuadro clínico más agudizado, mayor aumento de volumen en toda la pierna izquierda, por debajo de la rodilla, duro, no deja godet. Se ingresó con diagnóstico presuntivo de celulitis, posible filariasis.

Examen físico

Piel: aumento de volumen marcado del miembro inferior izquierdo que se extiende por toda la pierna desde la región inferior de la rodilla hasta el dorso del pie; lesiones

eritematoescamosas extendidas por algunas áreas, miembro inferior con alguna pigmentación residual, en otras zonas la piel lisa brillante y muy tensa (fig. 1 y 2).



Fig. 1. Aumento de volumen marcado del miembro inferior izquierdo.



Fig. 2. Lesiones eritematoescamosas.

Exámenes complementarios

Hemograma completo

Leucocitos – 17,8

Linfocitos – 0,08

Neutrófilos – 0,83

Eosinófilos 0,09

Leucocitosis, eosinofilia y neutrofilia

Hemoglobina – 97 g/l

Plaquetas – $400 \times 10^9 /L$

Ultrasonografía

Abdomen – Hepatomegalia 2 cm, resto normal.

Rayos X del miembro inferior izquierdo: aumento de la densidad de partes blandas, cortical de tibia y peroné refringentes.

Partes blandas de miembro inferior izquierdo: masa sólida hipoecogénica de 61,4 x 19,7 mm.

DISCUSIÓN

La principal diferencia entre la Bancrofti y la Brugia está en la rareza de la toma genital en la filariasis por Brugia, tampoco aparece la quiluria.

La toma linfática en miembros inferiores casi nunca toma la rodilla, los ganglios pueden supurar.

No obstante la literatura señala diferencias importantes, no solo entre especies y zonas geográficas, sino, entre las mismas especies de áreas endémicas. Algunos diagnósticos diferenciales se pueden mencionar:

Elefantiasis

- Osteomielitis, insuficiencia cardíaca congestiva, nefritis, trombosis, infiltración linfática, tuberculosis, lepra, sarcoma de Kaposi

Eosinofilia pulmonar

- Asma bronquial, tuberculosis pulmonar, tuberculosis miliar, pulmón de granjero, reacción a drogas, aspergilosis,

Tratamiento de la enfermedad

Sal medicada con dietilcarbamazina (DEC) para el control comunitario de la filariasis linfática es el tratamiento de elección, actúa sobre las microfilarias y el parásito adulto.

Dosis

DEC 6 mg/kg x día

Ivermectina 6 y 12 mg

Albendazol 400 mg

Doxiciclina – trabajos recientes 100 mg /día x 6 semanas.

- Cirugía de las secuelas

Tratamiento profiláctico

Para la OMS la filariasis es la segunda causa de discapacidad permanente en el mundo, después de la lepra. Se propone desde 1997, un programa mundial para su control, todas las zonas o áreas endémicas deben ser tratadas al menos una vez al año, con albendazol y D.E.C para disminuir la microfilarias circulante y por ende la transmisión.

Además se pueden aplicar otras medidas como el control del mosquito y la quimioterapia masiva con D.E.C que se puede adicionar a la sal común (0,3 %)

CONCLUSIONES

Este caso no obstante la negatividad de la búsqueda microfilarias, que por demás esta descrito en la literatura, tiene muchos elementos a considerar:

- Recurrencia del episodios de linfangitis
- Aumento del volumen miembro inferior izquierdo que no deja godet, que no toma la rodilla.
- Presencia de eosinofilia
- Estudio radiológico con ausencia de lesión ósea y aumento de la densidad de las partes blandas.

Se consideró que lo fundamental al presentar este caso es no dejar de pensar en la enfermedad en esta zona geográfica, con el objetivo de proponer a su vez el tratamiento precoz para evitar las secuelas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Heymann DL. El control de las enfermedades trasmisibles.18 ed, Washington: OPS; 2005.
- 2 Adinarayanan S, Critchley J, Das PK, Gelband H. Sal medicada con dietilcarbamazina (DEC) para el control comunitario de la filariasis linfática. En: La Biblioteca Cochrane Plus: Oxford, 2008;(2). [citado 27 oct 2009]. Disponible en: <http://www.update-software.com>

- 3 Mathers CD, Lope A, Murray C. The burden of disease and mortality by condition: data, methods, and results for the year 2001. In: Lopez A, Mathers C, Ezzati M, Jamison D, Murray C, editor(s). Global burden of disease and risk factors. New York: Oxford University Press; 2006:45-240.
- 4 Tomichi N. Elimination of Lymphatic Filariasis in the Republic of Korea: an epidemiological survey of formerly endemic áreas, 2002–2006. [citado 17 feb 2009]. Disponible en: DOI: 10.1111/j.1365-3156.2009.02240.
- 5 Bueno MR. La EMCA: hacia la integración de los estudios de la biodiversidad en el control racional de las poblaciones de mosquitos. Cuad Biodiv. 2010; 31:3-7.
- 6 Reyes Novelo E, Ruiz Piña H, Escobedo Ortegón J, Rodríguez Vivas I, Bolio González M, Polanco Rodríguez Á, et al. Situación actual y perspectivas para el estudio de las enfermedades zoonóticas emergentes, reemergentes y olvidadas en la península de Yucatán, México. Trop Subtrop Agroecos. 2011; 14(1):35-54.
- 7 Ali R. Introducing indonesian medical students to rain forest conservation and community health in the field: a practicum experience in East Kalimantan. Eco Health. 2006; 3:195-203.
- 8 Araya J, Kawabata Y, Tomichi N, Kaneko K, Hayashi K, Iwabuchi K, et al. Allergic inflammatory reaction is involved in necrosis of human pulmonary dirofilariasis. Histopathol. 2007; 51:484-90.

Correspondencia

Dra. María del Pilar Montero Varela. Correo electrónico: oromjj@dps.hlg.sld.cu