

# Gnathostomiasis. Presentación de un caso

Dra. Myrna Rodríguez Acar,\* Dra. María de la Luz Acosta Nieto,\*\* Dr. Alberto Ramos-Garibay\*\*\*

## RESUMEN

Se reporta el caso de un paciente masculino de 44 años, el cual presenta un cuadro clínico de paniculitis eosinofílica nodular migratoria de Ollague.

Palabras clave: Gnathostomiasis.

## ABSTRACT

*We report a case of a 44 years old male with diagnosis of nodular migratory eosinophilic panniculitis.*

*Key words: Gnathostomiasis.*

## INTRODUCCIÓN

La gnathostomiasis humana es una enfermedad endémica en el Sudeste de Asia, y en el Centro y Sur de América, ocasionada por larvas de *Gnathostoma spinigerum*. Se han reportado casos en Estados Unidos, México, Australia, Israel y en Europa.<sup>1</sup> En nuestro país los primeros casos se reportaron a partir de 1970. Se identifican seis estados de la república que se consideran endémicos: Culiacán, Sinaloa; Tepic, Nayarit; Acapulco, Guerrero; Temascal y Tuxtepec, Oaxaca; Tierra Blanca Veracruz; y Tampico, Tamaulipas.<sup>2</sup> La enfermedad se adquiere principalmente por la ingesta de pescado crudo, y en nuestro país es común encontrar el antecedente de haber comido "ceviche", incluso semanas o meses antes de iniciar los síntomas. La ruta usual del parásito es del estómago al hígado y luego al músculo esquelético y tejido celular subcutáneo.<sup>1</sup> La forma cutánea es la más frecuentemente reportada en nuestro país, caracterizada por la presencia de placas ovales, eritematosas, con edema y que además son migratorias, asintomáticas y no afecta el estado general del paciente.<sup>3</sup>

## CASO CLÍNICO

Se trata de paciente del sexo masculino de 44 años, chofer, casado, originario del estado de Guerrero, residente de la Ciudad de México. Con evolución de un mes, inició con un "granito" en el abdomen, el cual fue creciendo, sin dar síntomas, duró aproximadamente una semana y desapareció, posteriormente aparecen nuevas lesiones de las mismas características, que aparecen y desaparecen en forma espontánea. Refiere consumo de mariscos y pescado en forma ocasional.

A la exploración física presenta una dermatosis localizada al abdomen en mesogastrio, del lado izquierdo, unilateral. Está constituida por una placa eritematosa, infiltrada, con edema, dando el aspecto de "piel de naranja", mide aproximadamente 10 x 4 cm, de bordes netos, asintomática (*Figuras 1 y 2*).

Para el estudio del paciente se le solicitó una biometría hemática la cual no reportó ninguna anomalía. Se realizó una biopsia de piel, que muestra una epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica. Acantosis irregular moderada con zonas de atrofia. En todo el espesor de la dermis e hipodermis se aprecian infiltrados perivascularres y perianexiales constituidos por linfocitos y eosinófilos. Hay vasos dilatados y congestionados. Con estos hallazgos se hace el diagnóstico de paniculitis eosinofílica compatible con gnathostomiasis (*Figura 3*).

Se inicia tratamiento con albendazol, 400 mg/día, durante 21 días, obteniendo la desaparición de las lesiones sin complicaciones hasta el momento actual.

\* Dermatóloga, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

\*\* Residente 3er año Dermatología, CDP.

\*\*\* Dermatopatólogo, CDP.



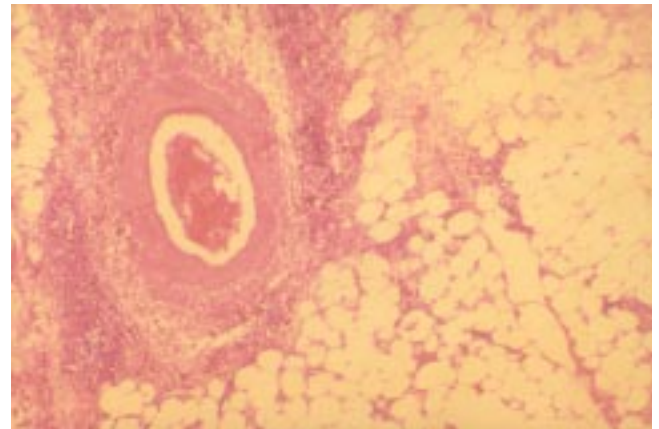
**Figura 1.** Placa eritematosa, infiltrada afectando el abdomen.



**Figura 2.** Acercamiento donde se aprecia el aspecto infiltrado de la placa eritematosa.

## DISCUSIÓN

En nuestro paciente no encontramos el antecedente preciso de la ingesta de pescado crudo, sin embargo, no es la única vía de infección. El *Gnathostoma* tiene como huésped definitivo animales carnívoros como el gato y el perro, los cuales liberan huevecillos en las heces fecales, posteriormente las larvas son ingeridas por algunos crustáceos que son el primer huésped intermediario, hay diversos huéspedes intermediarios secundarios como los peces y animales domésticos, como los cerdos, que pueden ingerir a los crustáceos. El parásito se enquista en la carne de estos animales. La infestación humana ocurre generalmente después de la ingestión de carne o pescado crudos o parcialmente cocidos.<sup>4</sup>



**Figura 3.** En dermis profunda y panículo adiposo, se observa un infiltrado moderadamente denso con predominio de eosinófilos (H-E 4X).

La gnathostomiasis es causada por cuatro especies de *Gnathostoma*: *G. doloresi*, *G. hispidum*, *G. nipponicum*, y *G. spinigerum*,<sup>5</sup> cada especie sólo puede ser reconocida por sus características estructurales. Es extremadamente difícil encontrar al parásito en la biopsia ya que éste es muy pequeño (1-2 cm) y se desplaza con rapidez,<sup>5</sup> por lo que el diagnóstico se basa en los datos clínicos y en los hallazgos histopatológicos. Se puede apoyar el diagnóstico también con una prueba de ELISA pero no siempre se tiene disponibilidad de ella.<sup>6</sup>

La paniculitis eosinofílica puede encontrarse en otras entidades como eritema nudoso, infección por otros parásitos como *Toxocara*, en algunas vasculitis leucocitoclásticas, paniculitis lúpica, o picadura de algún artrópodo, sin embargo, en el caso de cada uno de ellos lo principal son los datos clínicos, y el hallazgo histopatológico sólo apoyará el diagnóstico.<sup>7</sup>

El tratamiento de elección es el tiabendazol y se obtiene también buen resultado con la ivermectina. En nuestro país disponemos de albendazol, el cual es muy seguro, efectivo y bien tolerado. Existen reportes aislados de alteración en las pruebas de función hepática, neutropenia y fiebre en pacientes tratados por periodos de uno a tres meses.<sup>8</sup> También se deben vigilar otras manifestaciones clínicas que sugieran alteraciones oftalmológicas, neurológicas y viscerales.<sup>3</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ruíz-Maldonado R, Mosqueda-Cabrera MA. Human gnathostomiasis (nodular migratory eosinophilic panniculitis). *Int J Dermatol* 1999; 38: 52-57.

2. Ogata K, Nawa Y, Akahane H et al. Short report: gnathostomiasis in Mexico. *Am J Trop Med Hyg* 1998; 58: 316-318.
3. Martínez-Cruz, Bravo-Zamudio, Aranda-Patracá y col. La gnathostomiasis en México. *Salud Publ Mex* 1989; 31: 541-549.
4. Crowley JJ, Kim YH. Cutaneous gnathostomiasis. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33: 825-828.
5. Vargas-Ocampo F, Alarcón-Rivera E, Alvarado-Alemán FJ. Human gnathostomiasis in Mexico. *Int J Dermatol* 1998; 37: 441-444.
6. Díaz-Camacho, Zazueta-Ramos, Ponce-Torrecillas et al. Clinical manifestations and immunodiagnosis of gnathostomiasis in Culiacán, Mexico. *Am J Trop Med Hyg* 1998; 59: 908-915.
7. Adame J, Cohen P. Eosinophilic panniculitis: diagnostic, considerations and evaluation. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 229-234.
8. Jones SK, Reynolds NJ et al. Oral albendazole for the treatment of cutaneous larva migrans. *Br J Dermatol* 1990; 122: 99-101.