

PRESENTACIÓN DE CASO

Filariasis

Filariasis

Nayaris Gómez Martínez¹, Roberto Primelles Hernández², Nairovys Gómez Martínez³, Henry Pérez González⁴, Wilma Tipantasig Chimborazo⁵

¹Especialista de Segundo Grado en Oftalmología. Centro Oftalmológico Pinar del Río. Hospital General Docente «Abel Santamaría Cuadrado». Pinar del Río. Correo electrónico: ngm@princesa.pri.sld.cu

²Especialista de Primer Grado en Oftalmología. Centro Oftalmológico Pinar del Río. Hospital General Docente «Abel Santamaría Cuadrado». Pinar del Río. Correo electrónico: drhenry@princesa.pri.sld.cu

³Licenciada en Enfermería. Asistente. Hospital General Docente «Abel Santamaría Cuadrado». Pinar del Río. Correo electrónico: ngm@princesa.pri.sld.cu

⁴Especialista de Segundo Grado en Oftalmología. Centro Oftalmológico Pinar del Río. Hospital General Docente «Abel Santamaría Cuadrado». Pinar del Río. Correo electrónico: drhenry@princesa.pri.sld.cu

⁵Residente de Segundo Año de Oftalmología. Hospital General Docente «Abel Santamaría Cuadrado». Pinar del Río. Correo electrónico: ngm@princesa.pri.sld.cu

Recibido: 2 de diciembre de 2014.

Aprobado: 29 de enero de 2015.

RESUMEN

Introducción: la filariasis es una parasitosis importada producida por nemátodos (gusanos redondos) hemáticos de la familia *Filariidae*. Existen alrededor de 200 tipos de filarias parásitas pero solo unas pocas parasitan al hombre.

Caso clínico: se presentó el caso de un paciente, extranjero, masculino, de 30 años de edad, procedente de Guinea, que acudió a la consulta de Oftalmología del Cuerpo de Guardia del Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" de

Pinar del Río, con sensación de cuerpo extraño en ambos ojos y sin otra sintomatología. Después de un examen oftalmológico minucioso se hace el diagnóstico presuntivo de una filarisis ocular.

Conclusiones: la filarisis es una de las enfermedades exóticas en Cuba. Se hace necesario elevar la vigilancia epidemiológica de dichas enfermedades, debido a la recurrencia de las visitas de personas procedentes de áreas endémicas. De vital importancia resulta la adecuada evaluación de estos pacientes, para lograr la identificación temprana y aplicar métodos oportunos de tratamiento.

DeCS: Filarisis/diagnóstico/parasitología/epidemiología; Nematodos/parasitología.

ABSTRACT

Introduction: Filariasis is an imported parasitic infection caused by thread-like nematodes (filariae) that belong to the roundworm super-family filarioidea. There are around 200 types of filarial nematodes but only some use humans as their definitive hosts.

Clinical case: a 30 year-old male patient from Guinea, came to the ophthalmology emergency-room at Abel Santamaría Cuadrado University Hospital in Pinar del Rio presenting the sensation of a foreign body in both eyes, without other symptoms. After a thorough ophthalmologic examination a presumptive diagnosis of ocular filariasis was made.

Conclusions: filariasis is one of the exotic diseases in Cuba. It is necessary to raise the epidemiological surveillance of this disease since visits coming from endemic areas are recurrent. It is vitally important to provide and adequate assessment of these patients to achieve an early identification in order to apply timely methods of treatment.

DeCS: Filariasis/diagnosis/parasitology/epidemiology; Nematoda/parasitology.

INTRODUCCIÓN

Las filarias son nemátodos (gusanos redondos) pertenecientes a la familia Filariidae. Aunque existen alrededor de 200 filarias parásitas solamente unas pocas parasitan al hombre.¹ En el plano científico, según la clasificación de Charles Linné que data de 1735, las filarias forman parte de los nemátodos del mismo tipo que los vermes intestinales.²

Cada especie de filaria patógena para el hombre tiene una distribución geográfica concreta: *Loa loa* es endémica en las zonas húmedas de África occidental y África central, mientras que *Mansonella perstans* se distribuye en toda África central y noreste de Sudamérica. Se calcula que 80 millones de personas visitan al año estos países.³ Entre los diferentes tipos de filaria, muchas son encontradas en África central y por supuesto en Gabón.⁴

La principal filaria subcutánea es *Loa loa*. El parásito adulto mide de 5 a 7 cm, vive una quincena de años y se sitúa bajo la piel. Las hembras ponen las microfilarias que circulan en la sangre con una periodicidad diurna. La enfermedad o filariosis a

Loa loa se transmite por la picada de un *Taon* o *Chrysops* frecuentemente llamado mosca roja.⁵

Los síntomas de esta filariosis son muy característicos. El parásito adulto puede sobresalir en la piel provocando la formación de un habón rojo muy pruriginoso, otro síntoma muy frecuente es la aparición de una inflamación de una parte del cuerpo, generalmente a nivel del brazo o la cara sin antecedentes de traumatismo, que desaparece de manera espontánea en algunas horas, para reaparecer en otra localización; es el llamado edema migratorio y fugaz de Calabar. Esta filariosis se puede manifestar de una forma impresionante pero no grave, por el paso del parásito adulto por debajo de la conjuntiva del ojo, mostrándose rojo y lagrimeante, desde allí la filaria puede migrar por debajo de la raíz de la nariz y pasar al otro ojo, entonces; el ojo primariamente afectado toma su aspecto habitual, la visión no se altera.^{2, 6}

El hecho de haber diagnosticado en el Cuerpo de Guardia del Hospital Abel Santamaría de Pinar del Río un caso de filariasis ocular motivó la realización de esta presentación de caso, con el objetivo de mostrar una descripción que sirva como guía al personal médico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 30 años de edad, raza negra, proveniente de Guinea, que reside de forma temporal en Cuba, con antecedentes relativos de salud. Acudió a la consulta de Cuerpo de Guardia de Oftalmología por presentar sensación de cuerpo extraño en su ojo derecho, no acompañándose de otra sintomatología.

Se le realizó la exploración biomicroscópica del segmento anterior con lámpara de hendidura, constatándose el paso de un gusano redondo por debajo de la conjuntiva en el ángulo interno del ojo derecho. Se instila colirio anestésico y lidocaína subconjuntival pero se hace imposible en esta ocasión extraerlo. Se reporta el caso al servicio de epidemiología como una posible filariasis, teniendo en cuenta las características clínicas, y se le indicaron exámenes complementarios para constatar la presencia de microfilarias, hematológicos y de heces fecales. Los resultados fueron negativos. A los siete días vuelve el paciente al cuerpo de guardia, con molestias oculares pero ahora en su ojo izquierdo, al examinarlo constatamos la presencia del nemátodo (Figura 1).

Se instila colirio anestésico, lidocaína subconjuntival, se decola la conjuntiva a nivel del ángulo interno y con una pinza corneoescleral se logra extraer el gusano con un tamaño de 4 cm previo consentimiento informado (Figura 2). Se ocluyó el ojo del paciente previa instilación de colirio antibiótico y el nemátodo fue examinado en el laboratorio provincial de Microbiología, donde se confirma el diagnóstico de una filaria loa loa.



Fig.1. Filaria Loa Loa debajo de la conjuntiva OI.



Fig. 2. Gusano con un tamaño de 4 cm.

DISCUSIÓN

La loiasis es endémica para áreas de África ecuatorial, los casos esporádicos han sido diagnosticados entre viajeros y especies migratorias. Los informes de *Loa Loa* son raros en EEUU, Perú y Brasil, a menudo los pacientes asintomáticos permanecen no diagnosticados.⁷ Sin embargo, con el aumento actual de los viajes internacionales la loiasis importada se convierte en un riesgo de incremento cada vez más común.

Fuera de las áreas endémicas continúa siendo una enfermedad extremadamente rara, la literatura revisada solo ha descrito 10 casos fuera de la región de origen.⁸

La filaria *Loa Loa* tiene una predilección por tejidos finos oculares. La mayoría de individuos con infección son asintomáticos. Las dos manifestaciones clínicas cardinales de loiasis son edema Calabar y migración del gusano adulto subconjuntival del ojo. Los gusanos usualmente aparecen subconjuntivalmente o en los tejidos periorbitarios, pero algunas veces pueden estar en la cámara anterior y provocar una reacción uveal importante. La localización de un gusano subconjuntivalmente o en los tejidos periorbitarios es altamente indicativa de *Loa Loa*.⁹

La filaria puede migrar por debajo de la raíz de la nariz de un ojo a otro y la visión no se altera.^{2, 6} En el presente caso pudo constatar la presencia del gusano, migrando de uno a otro ojo, sin evidenciarse deterioro en la agudeza visual.

El tratamiento de loiasis es variado, incluyendo opciones medicamentosas y quirúrgicas a merced de la severidad, haciéndose complejo en la mayoría de los casos. El tratamiento más efectivo es escisión quirúrgica, sin embargo, es limitado, pues es imprescindible que el gusano se encuentre superficialmente, con el objetivo de acceder al mismo sin dificultad.¹⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gil-Setas A, Pérez Salazar M, Navascués A, Rodríguez Eleta F, Cebamanos JA, Rubio MT. Confección por dos filarias (*Loa loa* y *Mansonella perstans*) en una paciente proveniente de Guinea. An Sist Sanit Navar. 2010; 33 (2): 227-31.
2. Bourée P. Les Filarioses du Gabón. Gabón Magazine: N 10; Fevrier 2010. p. 24-30.
3. Simonsen PE, Onapa AW, Asio SM. *Mansonella perstans* filariasis in Africa. Acta Trop. 2011; 120 (Suppl 1):109-20.
4. Akue JP, Nkoghe D, Padilla C, Moussavou G, Moukana H, Mbou RA, et al. Epidemiology of concomitant infection due to *Loa loa* and *Mansonella perstans* in Gabon. PLo S Negl Trop Dis. 2011; 5(10).
5. Passos RM,BarbosaCP,Almeida J de S ,Ogawa GM,Camargo LM (2012)Subconjuntival Loa loa worm:first case report in Brazil . Arq Bras Oftalmol 75:67-70.
6. Baucom HB, Berry-Cabán CS, Carlton DK, Beaman LA (2013) Ocular Loiasis in a US Soldier. Trop Med Surg 1: 121.
7. Vargas-Herrera J, Arróspide-Velasco N, Gutierrez-González S, Celis-Salinas JC, Huamaní-Solano D. Reporte de cuatro casos clínicos de filariasis en Alto Nanay, Loreto. Rev. perú. med. exp. salud publica, Lima, v. 30, n. 3, jul. 2013.
8. Omolase CO, Adedosu AN, Omolase BO, Sotiloye OA, Omolade EO, et al. (2013) Ocular Loiasis in a Nigerian Female Adult. Int J Ophthalmic Pathol 2:4.
9. Thandre N Gopinath, K P Lakshmi, P C Shaji, P C Rajalakshmi. Periorbital dirofilariasis—Clinical and imaging findings: Live worm on ultrasound. Indian J Ophthalmol. 2013 June; 61(6): 298-300.
10. Wiwanitkit S, Wiwanitkit V. Periorbital dirofilariasis Indian J Ophthalmol. 2014 January; 62(1): 94.

Dra. Nayarís Gómez Martínez. Especialista de Segundo Grado en Oftalmología. Centro Oftalmológico Pinar del Río. Hospital General Docente «Abel Santamaría Cuadrado». Pinar del Río. Correo electrónico: ngm@princesa.pri.sld.cu