

HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
"DR. AGOSTINHO NETO"  
GUANTANAMO

**FILARIASIS - VIH/SIDA.  
INFORME DE UN CASO**

*Dra. Martha Aroche Domínguez<sup>1</sup>, Dra. Selmary Hernández Del Pino<sup>2</sup>, Dr. Marcos Chivás Suárez<sup>1</sup>, Dra. Mircia Gainza Rosales<sup>1</sup>, Dra Belkis Rodríguez Imbert.<sup>1</sup>*

**RESUMEN**

Se muestran los resultados de un caso diagnosticado como filariasis en un paciente joven guineano enfermo de Sida, que evoluciona durante aproximadamente un mes. Se diagnóstica la filariasis cutánea en el paciente a través de los resultados del examen directo de biopsia de piel por raspado y prueba de filaria. Se trata la filariasis y se sigue al paciente mejorado por consulta.

*Palabras clave:* FILARIASIS/diagnóstico; FILARIASIS/ tratamiento; SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA/complicaciones.

**INTRODUCCION**

La filaria es endémica de zonas de África, España, Sudamérica, este de Asia, islas del Caribe, varias islas del Pacífico y América del Norte.<sup>1</sup> La infección puede carecer de síntomas clínicos o ponerse de manifiesto de diversos modos, de los cuales el más importante (desde el punto de vista médico) es la inflamación de los vasos linfáticos, llamada linfangitis, y la elefantiasis. Excepto en Polinesia, en todas las regiones las microfilarias aparecen en la circulación periférica por la noche, coincidiendo con el periodo de alimentación de los mosquitos y otros insectos portadores.<sup>1,2</sup>

Existen varios tipos de filarias:

- Filaria Loa-Loa.
- Filaria Bancrofti o Wacheria Bancrofti.

<sup>1</sup> *Especialista de I Grado en Dermatología. Instructor.*

<sup>2</sup> *Master en Enfermedades Infecciosas. Especialista de I Grado en Dermatología. Instructor*

- *Filaria Medinense* o *Dranculus medinense*.
- *Onchocerca vólvulos* u *Onchocerca caecutins*.

El loa loa, que se aloja en el tejido conectivo y la conjuntiva, produce una enfermedad inflamatoria llamada loiasis, caracterizada por hinchazones llamadas tumores de Calabar. Este gusano, nativo de la costa oeste de África es transmitido por moscas mordedoras. El gusano de Guinea es un parásito que vive en África y Asia. Puede alcanzar los 3 m de longitud y generalmente produce tumores dolorosos, ampollas y forúnculos. Las microfilarias son liberadas en el agua y devoradas por diminutos copépodos. La enfermedad se contrae bebiendo agua contaminada con copépodos infectados.<sup>3,4,5</sup>

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se caracteriza por la progresión de los síntomas en la mayoría de las infecciones oportunistas, secundarias al deterioro del sistema inmunológico producto de la invasión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).<sup>6,7</sup>

La piel como órgano de choque no escapa a esta invasión ya que las manifestaciones cutáneas son de las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad.

En la consulta de Dermatología del Policlínico Dr. Loeri Comba en Guinea Ecuatorial, son atendidos los pacientes con VIH-SIDA y afecciones dermatológicas, donde la filariasis, a pesar de ser endémica en el país, no se asocia con frecuencia al sida, según literatura revisada.<sup>6,7</sup>

Como ha expresado nuestro Comandante en Jefe, nuestros médicos se forman bajo los principios de solidaridad, internacionalismo y humanismo y están dotados de un alto nivel de conocimiento y dominio de las ciencias médicas que le permiten desempeñarse en los países subdesarrollados con alta incidencia de estas enfermedades. Para los estudiantes extranjeros también resulta interesante este tema por la aplicación en su futuro desempeño profesional, por tal motivo se decide informar el caso.

## **PRESENTACION DEL CASO**

Paciente masculino, de 42 años de edad, que acude a consulta de Urología del Policlínico Dr. Loeri Comba, en Guinea Ecuatorial, por presentar aumento de volumen de los genitales externos, donde se le realizaron estudios

correspondientes, descartándose las patologías urológicas, por lo que fue remitido a la consulta de Dermatología.

Al interrogatorio se recogieron los siguientes datos:

Refiere que un mes antes de acudir a la consulta comenzó con fiebre, escalofríos, y al día siguiente se notó una coloración oscura en el tronco y en las extremidades, acompañada de prurito, que posteriormente aumento de volumen genital, no doloroso y una pequeña "llaguita", motivo por el cual acudió a consulta.

### ***Datos personales del paciente***

Estado civil: Casado.

Ocupación: Militar.

Orientación sexual: Heterosexual.

### ***Examen físico dermatológico***

Se observa pigmentación del tronco y extremidades inferiores (muslos) con lesiones pápuloescamosas pruriginosas. En los genitales externos presentó aumento de volumen de escroto de más o menos 3 veces su tamaño normal. Adenomegalias inguinales bilaterales.

### ***Otros datos de interés***

El paciente refiere que nunca se había realizado estudios.

### ***Estudios realizados***

Hb: 12,0 gr/l

Leuco:  $5,4 \times 10^9/l$ .

Segmentados: 0.50

Linfocitos: 045

Conteo global de eosinófilos:  $5 \times 10^9/l$ .

Prueba de Sífilis: Positivo (no se le realizó VDRL cuantitativo)

Prueba de Filaria en sangre y piel: Positivo Loa-Loa.

Prueba de VIH: Positivo. Se remitió a la Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas (UREI) y se confirmó el resultado.

**Heces fecales:** Áscaris: ++

Tricocéfalos: +

El diagnóstico de filariasis se establece mediante la demostración del parásito en sangre periférica (Prueba de filaria), el conteo de eosinófilos

elevado y la biopsia de piel por raspado, que junto al cuadro clínico concluyeron el diagnóstico.

Previo consentimiento del paciente, procedimos a realizarle la foto que se anexa.

## **DISCUSION DEL CASO**

Por la decadencia que sufre el sistema inmunológico de estos pacientes por la invasión del virus de inmunodeficiencia adquirida, se pueden observar varias patologías asociadas. En el caso de la filarisis podemos decir, que ambas pueden coexistir aunque no encontramos en la literatura consultada estudios similares.<sup>6,7</sup>

El ciclo vital de las filarias depende de dos huéspedes, un vertebrado y un artrópodo que suele ser un insecto. Cuando se incorporan a la circulación periférica del huésped, estas microfilarias son absorbidas por un insecto hematófago, casi siempre alguna especie de mosquito. Las microfilarias se desprenden de sus envueltas en el estómago del insecto y penetran en su tórax. Tras una ulterior fase de desarrollo en él, los gusanos jóvenes se abren camino hasta la probóscide del insecto. Cuando éste vuelve a alimentarse de la sangre de un vertebrado, las microfilarias penetran bajo la piel del segundo huésped y se incorporan a su torrente sanguíneo a través de la perforación realizada por el insecto o bien penetran en los tejidos subcutáneos.

Muchas microfilarias no van más allá, pero algunas acaban encontrando capilares y, a través del sistema circulatorio, acaban llegando al sistema linfático, donde se transforman en gusanos adultos.

Se le impone tratamiento específico para la filarisis, y el resto de las enfermedades asociadas y por ser enfermo de Sida se remite a la Unidad de Referencia de Enfermedades Infecciosas de Malabo donde se le realiza seguimiento médico después de mejorado.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Cada día se incrementan en el mundo, a ritmo acelerado, los enfermos de Sida. Según reportes de la OMS, se estima que en los últimos 20 años se han infectado con el virus del VIH 47 millones de personas, por lo que la asociación

con otras enfermedades ha ido también en aumento. La filariasis no está exenta de dicha asociación y el presente informe de caso es un ejemplo de ello que a la vez pretende servir de incentivo para que profundicen en el estudio de estas enfermedades y emprendan investigaciones que reflejen la situación real en el mundo actual.

Con el informe de este caso pretendemos, además, actualizar a nuestros médicos, fundamentalmente estudiantes, dermatólogos y médicos en general, sobre todo a los que prestan servicio asistencial donde la enfermedad es frecuente, a tan interesante tema.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gay Prieto J. Dermatología. 7ªed. Madrid : Editorial Científico Médico; 1976.p. 180-182.
2. Stein JH. Medicina Interna. t2. 3ªed. México: Salvat Editores; 1991.
3. Sober A, Fitzpatrick TB. Fungal Infections. En: Year Book of Dermatology. Chicago: Mosby; 1995
4. Vélez AH, Borrero RJ, Restrepo Molina J, Rojas MW. Fundamentos de medicina: Dermatología. 4ªed. Medellín : Corporación para investigaciones biológicas; 1990.
5. Wyngaarden JB, Smith LH, Bennett JC. Infecciones maculopapulares de la piel. En: Cecil, Tratado de Medicina Interna. VII. 19ªed. México: Interamericana McGraw-Hill Interamericana; 1994
6. Cuna. Primeras observaciones en pacientes con reacción positiva VIH-1 y VIH-2 en el Perú. Folio dermatológico peruano. 1998; 9(12): 50-52.
7. OMS. Sida, una sombra de nuestro mundo de salud mundial. Ginebra : OMS; 1998.
8. Guías sobre la Vigilancia del VIH de Segunda Generación. Ginebra: ONUSIDA/OMS; 2000.
9. MINSAP. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Acción en SIDA. 2000.
10. Las diez enfermedades más mortíferas del mundo, treinta datos tomados del informe sobre la salud en el mundo. Correo UNESCO. 1998; 51(2):12-5.
11. García Galbán E. Cuba: un quinquenio de lucha contra la infección del VIH/SIDA. Rev Cubana Med Gen Integr. 1992; 8(4):340-9.

12. UNFPA. Estado de la población mundial. Ginebra : OMS; 2003.
13. ONUSIDA/OMS. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Ginebra: ONUSIDA/OMS; 2002.
14. ONUSIDA/OMS. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Ginebra: ONUSIDA/OMS; Diciembre, 2003.
15. ONUSIDA/OMS. Situación de la epidemia de SIDA. Ginebra: ONUSIDA/OMS; 2005.
16. ABC de las actividades. SIDAHOA. 1997; (sup esp)
17. OMS. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA y OMS. Ginebra : OMS; 2002.



*Figura 1.. Paciente del caso informado..*