

## REPORTE DE CASOS

### PANICULITIS MIGRATORIA EOSINOFÍLICA EN EL PERÚ. *Gnathostoma* COMO AGENTE CAUSAL

Enriqueta Villar de Cipriani<sup>1</sup>

#### RESUMEN

Este artículo presenta tres casos de paniculitis nodular migratoria eosinofílica en el Perú. Esta es una enfermedad parasitaria causada por nemátodos que pertenecen al género *Gnathostoma*. La infección se adquiere por ingerir pescados o mariscos crudos. El primer caso es relevante por ser el primero diagnosticado en el Perú y por haber presentado múltiples recurrencias, los otros dos estuvieron en peligro de muerte por la localización de las lesiones.

**Palabras clave:** *Gnathostomiasis; Larva Migrans Visceral; Perú.* (fuente: BIREME)

#### ABSTRACT

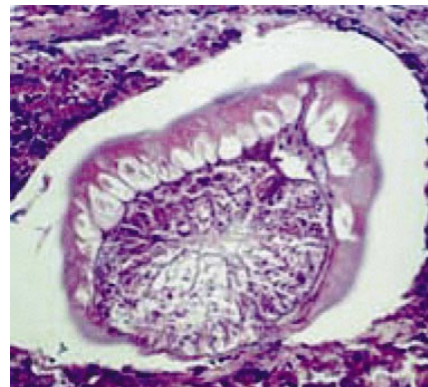
This paper presents three cases of eosinophilic migratory nodular panniculitis in Perú. This is a parasitic disease caused by a nematode belonging to the *Gnathostoma* species. The infection occurs after eating contaminated raw fish or undercooked seafood. Our first patient represents the first documented case of eosinophilic migratory nodular panniculitis diagnosed in Peru. He had multiple recurrences. The other two cases developed life threatening condition because of the location of the lesions.

**Key words:** *Gnathostomiasis; Larva Migrans, Visceral; Peru.* (source: BIREME)

En el Perú, se vienen observando numerosos casos de paniculitis nodular migratoria eosinofílica asociada con la ingesta de pescados o mariscos crudos<sup>1</sup> (cebiche, sushi, sashimi), y causada por el tercer estadio larvario del nemátodo, *Gnathostoma* cuya infección es endémica en el Sudeste de Asia, Centroamérica, y en Guayas, Ecuador.

El hombre es un hospedero accidental que se infecta con la larva al ingerir peces, mariscos crudos o mal cocinados. Los hospederos definitivos son perros, gatos y otros mamíferos, quienes eliminan junto con las heces los huevos del parásito al agua de río o de laguna, ahí la larva se transforma en L<sub>1</sub> y se libera del huevo, esta larva es ingerida por el primer hospedero intermediario que es un pequeño crustáceo que pertenece al género *Cyclops*, donde la larva pasa a un segundo estadio. Estos crustáceos son ingeridos por mamíferos, peces, reptiles, aves o anfibios (segundo hospedero intermediario) y en ellos se desarrolla el tercer estadio que se enquistas. El ciclo se cierra cuando el perro o el gato ingiere alguno de esos animales que contienen la larva encapsulada del nemátodo, una vez en ellos, la larva se desenquista, madura sexualmente (Figura 2) y se localiza en la pared del estómago formando una pequeña tumoración.

El hombre presenta el cuadro clínico cuando está infectado y la larva se desenquista en el tracto gastrointestinal (Figura 1), no sale por las heces y empieza a migrar llegando casi siempre a la piel, ocasionando lesiones migratorias tipo placas, nódulos y cordones. Sin alcanzar la madurez puede teóricamente migrar años, produciendo sintomatología según el órgano comprometido. La gran mayoría de infección en humanos es por la especie *G. spinigerum*. En el Perú, no existen informes acerca de casos de transmisión perinatal o por manipulación de carne cruda infectada<sup>2</sup>.



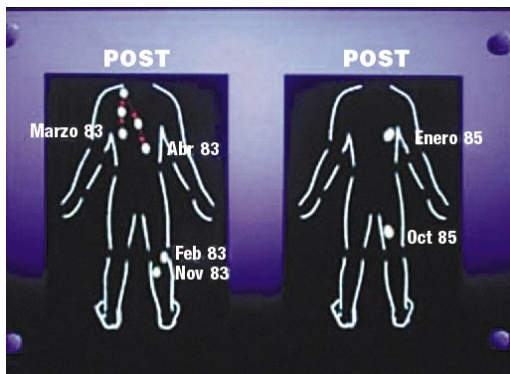
**Figura 1. Histología de una lesión que muestra corte transversal del bulbo cefálico de una larva *Gnathostoma* (Cortesía Dr. F. Bravo)**

<sup>1</sup> Clínica San Felipe, Lima, Perú. Docente colaborador de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

PRESENTACIÓN DE TRES CASOS INUSUALES

**Primer caso**

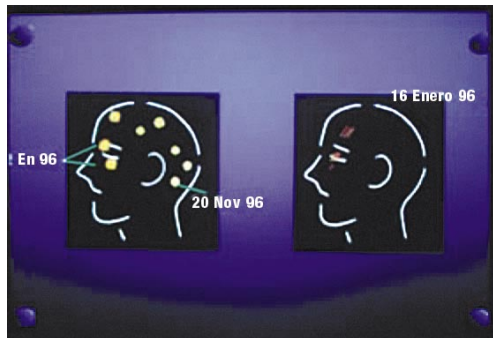
Paciente varón de 43 años, con diagnóstico de gnathostomiasis, fue atendido con el Dr. A. Morales en el Instituto Dermatológico del Perú el 5 de agosto de 1987. El diagnóstico clínico fue corroborado por examen histopatológico. El paciente insistió en ingerir cebiche y desarrolló hasta en cinco oportunidades la enfermedad (Figura 2) con placas, de 5 a 10 cm migratorias en tronco y miembros inferiores. Al inicio recibió albendazol, presentó una recurrencia 3 meses después, recibiendo como tratamiento mintezol; la lesión que al inicio mejoró, se reactivó a los 13 días, por lo que se le refirió para una resección quirúrgica de la zona, encontrándose una estructura que se parecía al celoma de la larva (laboratorio de la Clínica Anglo Americana). Posteriormente, presentó tres recurrencias más, que fueron corroboradas histológicamente, recibiendo albendazol y finalmente ivermectina, sin recurrencia de enfermedad hasta la fecha. Este paciente viajaba por trabajo, con frecuencia a Guayaquil (Ecuador), zona endémica para gnathostomiasis, donde consumía cebiche de róbalo o corvina.



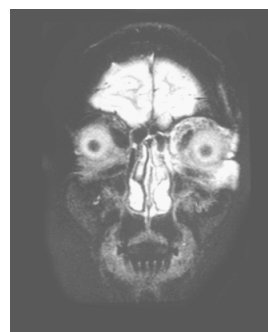
**Figura 2. Esquema del primer paciente EPR que mostró cinco episodios de la enfermedad en un lapso de 5 años.**

**Segundo caso**

Paciente mujer de 60 años atendida el 2 de enero de 1996, con 45 días de enfermedad, presentó nódulos eritematosos entre 1,5 y 2 cm que migraron desde la nuca hasta la órbita izquierda con gran edema, ocasionando la oclusión de la apertura palpebral (Figura 3). La biopsia mostró paniculitis eosinofílica. Esta paciente ingería con frecuencia cebiche de pescado y mariscos y estuvo en la costa norte de Perú (Piura) en el último año. Ocho años antes de presentar síntomas de la enfermedad, vivía en un área endémica para gnathostomiasis en Asia. Como precaución se le realizó una resonancia cerebral (Figura 4) antes del tratamiento, pues con frecuencia se produce aumento de la reacción inflamatoria en la zona de la lesión. La paciente tuvo muy buena evolución luego del tratamiento con ivermectina.



**Figura 3. Esquema de la migración de las lesiones nodulares en el segundo caso, en el lapso de 45 días: la imagen de la derecha mostró sólo un discreto eritema luego del tratamiento.**



**Figura 4. Segundo paciente. Resonancia magnética mostrando intenso edema de la órbita izquierda**

**Tercer caso**

Paciente varón de 50 años, acude a consulta el 2 de diciembre de 1998, luego de 28 días de haber presentado cordones y placas migratorias sobre la cara anterior del tórax (Figuras 5 y 6), el resultado de la biopsia fue: paniculitis eosinofílica. Una semana después se hospitalizó por miocarditis, derrame pericárdico y flutter auricular que cedieron luego del tratamiento con ivermectina. Este paciente requirió en dos oportunidades reversión de la arritmia cardiaca, salió de alta curado. El paciente estuvo 3,5 meses en el Caribe, donde ingirió ostras crudas en abundancia.



**Figura 5. Paciente con placas y cordones en tronco superior. Se puede notar el sitio de la toma de biopsia en la axila izquierda tomada al inicio de la enfermedad.**



**Figura 6. Paciente que muestra un cordón que migró hacia la zona central del tórax.**

De numerosos pacientes con diagnóstico clínico (Figura 7) e histológico (Figuras 8 y 9) de paniculitis eosinofílica vistos en la práctica privada, se recolectaron sueros para realizar la prueba de ELISA. El examen se hizo en el Laboratorio de Medicina Tropical de la Universidad de Myhalol, Bangkok, en Tailandia; la prueba fue positiva en nueve pacientes, dos de ellos corresponden al primero y tercer caso presentado.

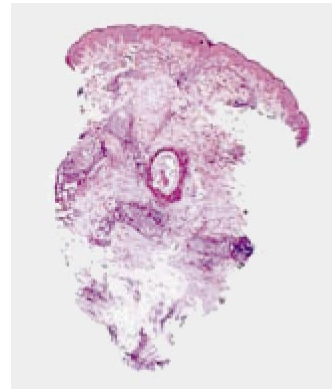


**Figuras 7. Lesión típica de cordón en un paciente con gnatostomiasis**

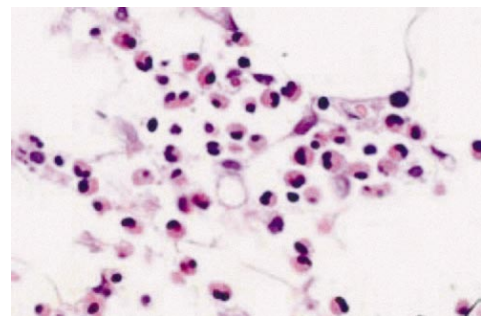
## DISCUSIÓN

El caso 1 es el primero diagnosticado con gnatostomiasis en el Perú, la importancia de este caso radica en que probablemente continuó con la ingesta de pescado o mariscos crudos en un área endémica (Guayaquil, Ecuador); por ello, tuvo alto riesgo para volver adquirir la enfermedad. Por otro lado, se sabe que si no recibe tratamiento, un paciente puede seguir infectado con la misma larva por mucho tiempo, (hasta más de 10 años). Este paciente presentó lesiones en las zonas más usuales (tronco y extremidades) y, como ocurre en la mayoría de los casos, tuvo una evolución benigna. Los otros dos casos nos muestran que según la localización de las lesiones, ésta puede ser una enfermedad potencialmente fatal.

Así tenemos que en uno de ellos la lesión se localizó en la zona orbitaria y existió la posibilidad de comprometer el sistema nervioso central; el tercer caso tuvo complicaciones graves como miocarditis, y derrame



**Figura 8. Corte histológico HE 40x muestra infiltrado inflamatorio en dermis y tejido celular subcutáneo. La epidermis está intacta. Se observa corte transversal de la larva.**



**Figura 9. Corte histológico. Se puede observar una densa eosinofilia en el tejido graso en un paciente con diagnóstico clínico de gnathostomiasis (HE) 100x.**

pericárdico y a consecuencia de ellos arritmia auricular, todas estas manifestaciones cedieron al darle el tratamiento adecuado para eliminar el nemátodo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Costa AH, Bravo PFG, Valdez L, Levy SYE, Sordo C, Magill F, et al.** Paniculitis nodular migratoria eosinofílica en el Perú. (Gnathostomiasis humana). Informe de once casos, posibles causas y revisión de la literatura. *Fol Dermatol* 2001; 12(2): 21-35.
2. **Cipriani VY.** Paniculitis nodular migratoria. [Tesis] Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1997.

**Correspondencia:** Enriqueta Villar de Cipriani. Dirección: Gregorio Escobedo 676, Jesús María. Lima 11, Lima, Perú.  
Teléfono: (511) 461-2938.  
Correo electrónico: [evillar@clnicasanfeli.pe](mailto:evillar@clnicasanfeli.pe)