

IMAGEN CLINICA: LOA LOA CONJUNTIVAL

Dña. Mónica Cuadrado García¹ / Dr. Joan Izquierdo Alabau² / Dra. María Romero Sanz³

¹ Enfermera Centro de Salud de Alfambra. Teruel

² Medico Interno Residente. Centro de Salud Teruel Ensanche. Teruel

³ Medico Servicio de Oftalmología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente procedente de Guinea Ecuatorial que presenta un Loa Loa conjuntival que acude a urgencias por prurito ocular con sensación de cuerpo extraño y edema en extremidades.

En el caso es importante destacar la importancia de la anamnesis y de las pruebas complementarias para llegar a un diagnóstico adecuado.

PALABRAS CLAVE

Loa Loa, conjuntiva, filariasis ocular

CASO CLÍNICO

La filariasis por Loa Loa Loa es una parasitosis endémica de los países africanos predominando en África central y los países del oeste de África (Nigeria, Camerún, Congo). Debido al aumento de los movimientos migratorios representa una enfermedad que está aumentando su incidencia tanto en nuestro país como en otros de la unión europea¹⁻⁴.

Actualmente su prevalencia está entorno a los 3 y 13 millones de individuos afectados. Infectando a un 30% de los individuos con larga estancia en países endémicos^{2,4}.

El Loa Loa es un nematodo filarial con una

ABSTRACT

We introduce a clinical case of a patient coming from Equatorial Guinea presenting Conjunctival Loa Loa. The main complaints at the admission at the Emergency Room were ocular pruritus with eye foreign body sensation and swollen lower extremities.

In this case to focus in the anamnesis and performing a precise complementary lab testing were the keys in order to reach an adequate diagnosis.

KEY WORDS

Loa Loa conjuntiva, ocular filariasis

longitud media de 3 cm siendo las hembras de mayor tamaño. El ciclo vital requiere de un artrópodo como vector (moscas del género Chrysops) ya que la mosca pica a individuos contaminados ingiriendo sangre que contiene microfilarias completando dentro del vector varios ciclos hasta alcanzar el de larva infecciosa a los 10-12 días transmitiéndola de nuevo a los humanos a través de su picadura. Una vez en la piel emigran al tejido celular subcutáneo y a los 3 meses se convierten en individuos adultos. La reproducción tiene lugar en la piel en torno a los 6-12 meses de la parasitación. Produciendo una infección crónica en humanos que puede llegar a durar más de 15 años^{1,2,5}.

Diagnóstico por imagen

Una vez se parasita el individuo tras un periodo de incubación aproximado de 3 meses aparecen las siguientes manifestaciones^{1,2}:

- Prurito de predominio en las extremidades superiores como la cara, la espalda o el tórax.

- Reptación subcutánea con sensación de hormigueo. La migración subconjuntival es patognomónica del Loa-Loa

- Edema de Calabar es la manifestación más frecuente y se trata de dolor y prurito seguido de angioedema migratorio y transitorio de 1 a 3 días de duración de predominio en muñecas, tobillos y cara.

Hay una distinción entre los pacientes endémicos y los temporales ya que en muchas ocasiones los individuos endémicos son asintomáticos mientras que los visitantes presentan una clínica más florida¹.

Posteriormente pueden aparecer otro tipo de complicaciones como afectación renal, cardíaca o neurológica asociando fenómenos de hipersensibilidad².

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, pero se debe sospechar en pacientes procedentes del área endémica que presenten síntomas sugestivos de loiasis, en nuestra imagen la visión directa de la migración subconjuntival sería un diagnóstico de certeza. Normalmente una observación microscópica de las microfilarías junto con hallazgos complementarios como sería la eosinofilia o la IgE cuantificada nos ayudan al diagnóstico².

Para el tratamiento deberíamos retirar quirúrgicamente los especímenes de la conjuntiva acompañado de tratamiento médico donde fármaco de elección sería la dietilcarbamazina (DEC), se debe comenzar a dosis bajas asociando antihistamínicos y corticoides los 4 primeros días. Como alternativa se presenta la ivermectina y el albendazol en pacientes con efectos secundarios adversos frente a DEC^{2,6,7}.

Se debería realizar profilaxis con DEC en todos los residentes temporales de zonas endémicas ya que el humano es el único reservorio. A pesar de la profilaxis se deberían usar medidas protectoras como usar pantalones largos, repelentes de insectos, etc.

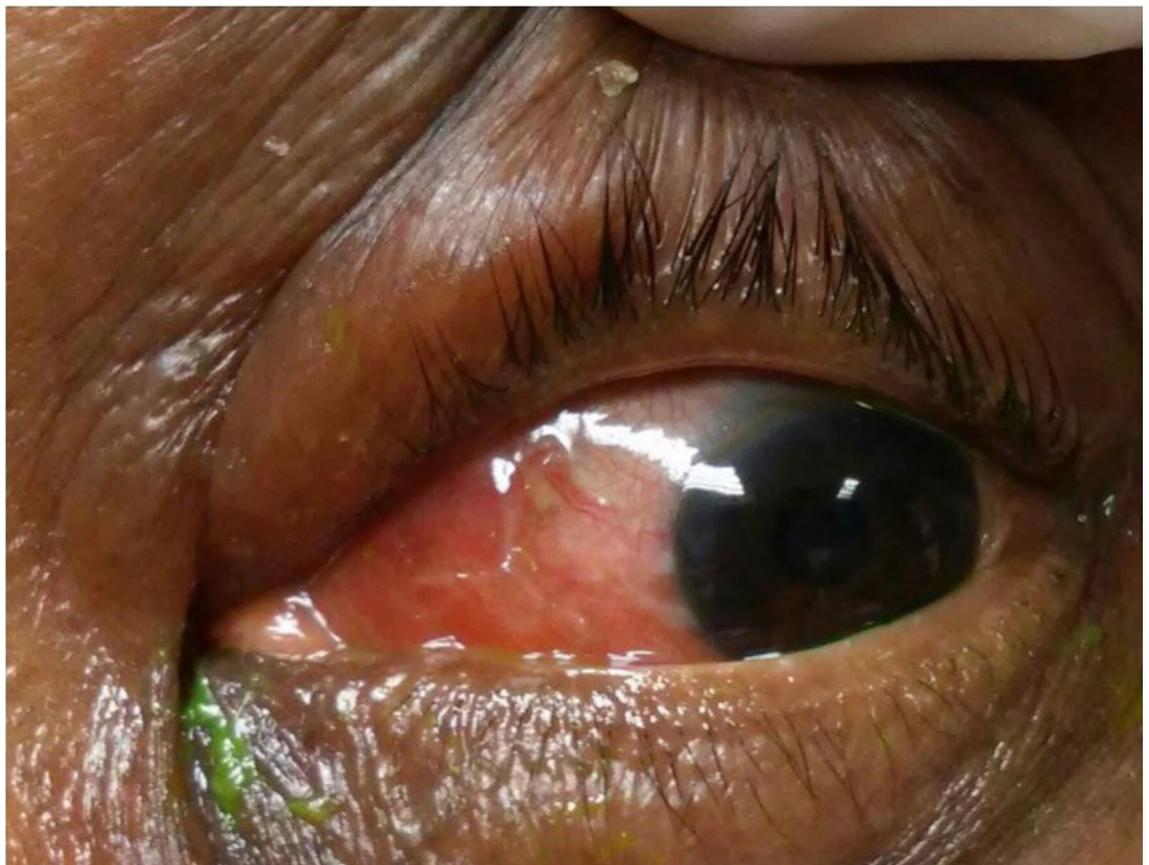


Fig. 1. Loa Loa Conjuntival.

Diagnóstico por imagen

BIBLIOGRAFÍA

1. Herrero-Morín JD, Fernández González M an., González Rodríguez F, García López E, Díaz Argüelles M. Filariasis ocular por Loa loa . ¿Parasitosis tropical emergente en Europa? An Pediatría. agosto de 2006;65(2):168-70.
2. López-Rodríguez I, De-la-Fuente-Cid R, Carnero-López JM, Cordido-Carballido M, Zúñiga-Rodríguez C. Loiasis: Aproximación a una forma de parasitosis ocular. Arch Soc Esp Oftalmol [Internet]. enero de 2007 [citado 24 de mayo de 2021];82(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912007000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Tyagi P, Asensio M, Bekir OA, Jabir M. Subconjunctival Loa loa. Case Rep. 8 de septiembre de 2011;2011(jan29 1):bcr0620103075-bcr0620103075.
4. Aiello F, Palma S, Varesi C, Cerulli A, Valente R, Aiello L. A Rare Case Report of Loa Loa Ocular Filariasis. Eur J Ophthalmol. enero de 2010;20(1):237-9.
5. Whittaker C, Walker M, Pion SDS, Chesnais CB, Boussinesq M, Basáñez M-G. The Population Biology and Transmission Dynamics of Loa loa. Trends Parasitol. abril de 2018;34(4):335-50.
6. de Luna FF-Á, Giménez-Almenara G, Vidal E, Casal M. Paciente procedente de la República del Congo con dolor ocular intermitente. Enfermedades Infecc Microbiol Clínica. marzo de 2007;25(3):215-6.
7. Burgués-Ceballos A, Marcos MA, March GA, Juberías JR. Loiasis ocular en paciente con hipereosinofilia crónica. Arch Soc Esp Oftalmol. octubre de 2014;89(10):411-3.