

Sesión de comunicaciones orales A2: Enfermedades infecciosas importadas

Aula 13F, Facultad de Farmacia
Lunes 19 de Julio: 15.00-17.30

111.- Consulta de Enfermedades Importadas y Parasitología Clínica (CEIPC) del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA): análisis de la actividad asistencial en el periodo junio 2000 - febrero 2004

D. Torrús, A. Tello, R. Sánchez, M.A. Arroyo, M. Andreu

Servicios de Medicina Interna y Microbiología Clínica, Consulta de Enfermedades Importadas y Parasitología Clínica, Hospital General Universitario de Alicante, C/ Pintor Baeza s/n, 03010 Alicante, España

El objetivo de este trabajo es analizar la actividad asistencial de la CEIPC del HGUA, comprendiendo estudio descriptivo de los pacientes atendidos en la CEIPC (3 horas/semana) desde su creación en junio de 2000 hasta el 29 de febrero de 2004. Se revisan las historias clínicas de todos los pacientes y se recogen variables demográficas, epidemiológicas y clínicas. Se realiza protocolo de cribaje de enfermedades infecciosas y parasitarias a la población inmigrante. Se atendieron 329 pacientes (76% inmigrantes, 24% viajeros). El número total de visitas fue de 804 (329 primeras, 475 revisiones). Sexo: 52% mujeres. Edad (media \pm DS): 33,74 \pm 12,48 años. Remitidos principalmente por: Centros de Salud (26,1%), ONGs (20,8%), Urgencias (18,3%) y Sanidad Exterior (14,6%). Procedencia geográfica: América Latina 48,7%; África subsahariana 31%; Europa del Este 8,9%; África norte 6,7%; Asia 5%. Principales países procedencia inmigrantes: Colombia 18%, Ecuador 14,5% y Guinea Ecuatorial 13,9%. Principales motivos de consulta: Mantoux (+) 18%, síndrome

febril 14%; exámenes de salud 10%; diarrea 9%, parasitosis intestinales 8% y dermatosis 6%. Principales diagnósticos: infección tuberculosa latente 22,3%, parasitosis intestinales 18,4%, eosinofilia por helmintiasis 14,4%; paludismo 8,8%; diarrea del viajero 6%, hepatitis crónicas 5,4%; anemia ferropénica 5,1%; infecciones respiratorias 5,1% y ETS 4,8%. El 74,4% de los diagnósticos correspondieron a enfermedades infecciosas y parasitarias. En 139 pacientes (42,6%) se encontró algún agente infeccioso. Principales microorganismos: *G. lamblia* 23, *P. falciparum* 17, *Entamoeba coli* 15, *VHC* 11, *VHB* 10, *A. lumbricoides* 10, *B. hominis* 10, *O. volvulus* 10. Se ingresaron 68 pacientes (21,1%) principalmente por fiebre. Las conclusiones alcanzadas fueron: 1) las infecciones crónicas ocultas, la infección tuberculosa latente y las parasitosis son frecuentes entre los inmigrantes; 2) el aumento de la inmigración y de los viajeros intercontinentales en la provincia de Alicante hacen necesario la existencia de servicios sanitarios especializados en enfermedades importadas.

112.- Infección por *Histoplasma capsulatum* en viajeros españoles a América Latina

J. Gascón¹, J.M. Torres², M. Jiménez², T. Mejías¹, L. Triviño², F. Gobbi¹, L.I. Quintó¹, J. Puig³, M. Corachán¹

¹Centro de Salud Internacional, Hospital Clínic, IDIBAPS, Barcelona, España. ²Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM), Barcelona, España. ³Servei Microbiologia y Parasitologia, Hospital Clínic, Barcelona, España

La Histoplasmosis está provocada por un hongo dimórfico endémico en el continente Americano. El hombre adquiere el hongo a través de la inhalación de esporas. Desde el punto de vista epidemiológico, hay una serie de actividades que clásicamente se han relacionado con la adquisición de la infección. Con el incremento del turismo las estancias en las zonas endémicas son muy frecuentes, y el diagnóstico de Histoplasmosis no es una rareza en las clínicas de viajeros. El objetivo del estudio era determinar la frecuencia de infección en viajeros a zonas endémicas. El estudio se efectuó entre marzo de 2001 y abril de 2003. Se reclutaron los viajeros en la Sección de Medicina Tropical del Hospital. La participación fue voluntaria y solo se incluyeron viajeros a la vuelta de su primer viaje a América Latina (N = 342). Se hicieron dos grupos control: uno en personas que no habían efectuado ningún viaje a zonas tropicales (N = 20) y otro de viajeros en su primer viaje a África del Oeste y sin viajes previos a América Latina (N = 29). A todos los viajeros incluidos se les practicó: una encuesta clínico-epidemiológica, y una intradermoreacción con histoplasmina (IDRH) a 1/100. En 145 y 151 viajeros respectivamente se realizaron

pruebas serológicas (látex y doble difusión). El 20% de los viajeros a América Latina tuvo una IDRH+ (p=0,025 en relación a los grupos control). El porcentaje de positivos aumenta significativamente según la duración del viaje desde 11,8% en viajes < 1 mes, hasta el 33% en viajes > 6 meses. La presencia de fiebre se relaciona significativamente con una IDRH+; OR: 2.7 (1.1-6.7). Las pruebas de látex y doble difusión son muy específicas (100% y 98,7% respectivamente) pero poco sensibles (19% y 26,8%). La sensibilidad aumenta si solo se tienen en cuenta los viajeros sintomáticos (57% y 71%). Se detectaron 12 pacientes sintomáticos. A todos ellos se les excluyeron otras patologías, incluida la infección VIH. Uno de los pacientes había sido diagnosticado de tuberculosis y recibido tratamiento por esta patología durante un mes. La histoplasmosis es una infección muy frecuente en los viajeros a América Latina. La IDRH, en zona no endémica es un método de diagnóstico rápido y fiable. La mayoría de infecciones por *H. capsulatum* se adquieren de forma inaparente sin actividades de riesgo definidas. El diagnóstico de Histoplasmosis Aguda debe formar parte del diagnóstico diferencial de un síndrome febril a la vuelta del trópico.

113.- ¿Es necesario adoptar nuevas estrategias para el control de la tuberculosis importada? Experiencia en la Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional de Drassanes en los años 2002-2003

I. Clavería, N. Serre, N. Coma, J. Gómez, B. Treviño, R. Fernández

Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional Drassanes (UMTSID), Av. Drassanes 17-21, 08001 Barcelona, España

La Tuberculosis es un problema sanitario de orden mundial, el aumento de casos de tuberculosis importada conlleva a una reflexión en el cambio de estrategias para su control. En la Unidad de Medicina Tropical Salud Internacional Drassanes se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para evaluar los cambios efectuados, del 2002 al 2003, con el propósito de disminuir las pérdidas en la lectura de la prueba tuberculínica (PT) y aumentar el cumplimiento del tratamiento de la infección tuberculosa latente (ITBL). Se hizo coincidir la lectura de la PT con el día de la extracción sanguínea, y se reforzó el tratamiento acompañándolo con un agente de salud. La población estudiada fue usuarios ≤ 35 años procedentes de países tropicales, subtropicales y de Europa Oriental atendidos durante el periodo 2002-2003. Los datos se obtuvieron de la historia clínica y se analizaron con el programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) 11.0. En el año 2002 se analizaron 433 PT, 41 (9,5%) no se leyeron y 392 (90,5%) sí. De las leídas, 301 (76,8%) fueron negativas y 91 (23,2%) positivas. De las cuales no se indicó tratamiento de la ITBL en 24 (26,4%) y se indicó en 67 (73,6%). De estas

últimas 33 (49,3%) no iniciaron tratamiento y de las 34 (50,7%) que lo iniciaron 16 (47,1%) lo terminaron y 18 (52,9%) lo abandonaron. En el 2003 se analizaron 368 PT, no se leyeron 22 (6,0%) y 346 (94,0%) sí. De las leídas 270 (78,0%) fueron negativas y 76 (22,0%) positivas. De las cuales no se indicó tratamiento en 16 (21,1%) y se indicó en 60 (78,9%). De estas últimas 23 (38,3%) no iniciaron tratamiento y de las 37 (61,7%) que lo iniciaron 27 (73,0%) lo terminaron y 10 (27,0%) lo abandonaron. Entre los dos años se observaron diferencias en la pérdida de lectura de la PT aunque este resultado no fue estadísticamente significativo ($X^2=3,3$; $p=0,067$). Sin embargo sí lo fue en el cumplimiento del tratamiento de la ITBL ($X^2=6,0$; $p<0,05$). En conclusión, las modificaciones realizadas en el 2003 con respecto al 2002 para disminuir las pérdidas de la lectura de la PT y aumentar el cumplimiento del tratamiento de la ITBL, produjeron cambios estadísticamente significativos en los resultados de adherencia al tratamiento. Dados los resultados creemos necesario adoptar nuevas estrategias para el control de la tuberculosis importada.

114.- Evaluación de la eosinofilia en pacientes procedentes de países tropicales

D. Torrús, J.M. Seguí, I. López-Azkarreta, M. Andreu, M.A. Arroyo, R. Sánchez, C. Escóin, A. Tello

Servicios de Medicina Interna y Microbiología Clínica, Consulta de Enfermedades Importadas y Parasitología Clínica, Hospital General Universitario de Alicante, C/ Pintor Baeza s/n, 03010 Alicante, España

El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con eosinofilia procedentes de países tropicales, comprendiendo estudio descriptivo de los pacientes con eosinófilos en sangre $\geq 500/\text{mm}^3$ atendidos desde junio 2000 a diciembre 2003. A todos los pacientes se les realizó estudio coproparasitológico. Otras técnicas de diagnóstico se realizaron dependiendo de los antecedentes, procedencia geográfica o de la sintomatología. Serología de helmintiasis cuando no se llega a un diagnóstico de certeza. Se atendieron 319 pacientes de los cuales 62 (19,4%) presentaban eosinofilia. El 92% inmigrantes procedentes principalmente de Guinea Ecuatorial (30,6%), Ecuador (22,6%), Colombia (14,5%) y Nigeria (14,5%). Tiempo de residencia en España (mediana): 28 semanas. Eosinófilos/ mm^3 (media \pm DS): $985 \pm 505/\text{mm}^3$. Se llegó a un diagnóstico de certeza o de probabilidad de

helmintiasis en 43/62 pacientes (69,3%). Diagnóstico de certeza en 23 pacientes (37,1%): helmintiasis intestinal 18, oncocercosis 3, cisticercosis 1, larva migrans cutánea 1. El análisis coproparasitológico detectó helmintos sólo en 18/62 pacientes (29%). La investigación de microfilarias en sangre fue negativa en todos los pacientes a los que se le practicó. Los estudios serológicos permitieron el diagnóstico presuntivo de helmintiasis en 20/39 pacientes (51,3%). Las conclusiones alcanzadas fueron: 1) la eosinofilia es frecuente en pacientes procedentes de regiones tropicales; 2) la causa de la eosinofilia suele ser las helmintiasis, principalmente por nematodos; 3) los exámenes parasitológicos directos son poco rentables; 4) en muchos casos se debe administrar un tratamiento antihelmíntico presuntivo basándose en datos clínico-epidemiológicos y en los resultados de las pruebas serológicas.

115.- Cyclosporiasis: brote epidémico adquirido en Antigua, Guatemala

S. Puente¹, A. Morente¹, M. Subirats¹, J. Gascón², J.M. González Lahoz¹

¹Hospital Carlos III, Madrid, España. ²Hospital Clínic, Barcelona, España

El objetivo de este trabajo es describir un brote epidémico de gastroenteritis por *Cyclospora cayetanensis* diagnosticado en nuestros Centros en mayo de 2003. Se atendieron a 13 personas de nacionalidad española que habían viajado a Antigua, Guatemala y que presentaban diarrea. El diagnóstico de diagnóstico de cyclosporiasis se hizo por la presencia de ooquistes de *Cyclospora cayetanensis* en heces mediante la técnica de Kinyoun. En 7 personas se diagnosticó cyclosporiasis, todas del sexo masculino y con edad media de 42 años (29-54). En otras 2 personas el estudio fue negativo, pero se habían autotrado previamente con sulfamidas. Síntomas: diarrea, astenia, anorexia, ruidos intestinales y meteorismo: 7 (100%); fiebre y ardores-acidez gástrica:

6 (85,7%; pérdida de peso: 5 (71,4%); náuseas, dolor abdominal y tenesmo rectal: 3 (42,8%); vómitos: 1 (14,2%). Todos los pacientes recibieron tratamiento con trimetropin-sulfametoxazol con buena respuesta. Probablemente la fuente de infección fue zumo de frambuesa. El periodo de incubación fue de 6-8 días. La bibliografía sobre cyclosporiasis es muy escasa en la literatura médica española. Este es el primer brote epidémico que se ha descrito. La cyclosporiasis debe tenerse presente en las gastroenteritis en los viajeros. El cuadro es muy inespecífico, siendo característico la diarrea recurrente. Los laboratorios de Parasitología deben ser advertidos de su sospecha para que se haga un estudio adecuado, pues si no puede que no se diagnostique.

116.- Parásitos intestinales de los inmigrantes que se visitan en atención primaria

A. Grau¹, E. Borrajo¹, F. Zarzuela², A. Torres¹, M. Gonzalez¹, J. Cabezos²

¹CAP Dr. Sayé, Institut Català de la Salut, C/ Torres Amat No. 8 , 08001 Barcelona, España. ²Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional Drassanes, Institut Català de la Salut, Av. Drassanes 17-21, 08001 Barcelona, España

Las parasitosis que afectan a los inmigrantes de zonas tropicales y subtropicales pueden producir complicaciones si no se diagnostican y tratan (anemia por anquilostoma, obstrucción intestinal por ascariis, diseminación generalizada en inmunodeprimidos por estrogiloides) o pueden ser transmitidas por vía feco-oral al resto de la población si hay malas condiciones higiénicas (infección por *Hymenolepis nana*, amebiasis y giardiasis entre otras). El 35% de la población atendida en nuestro centro es inmigrante, originaria principalmente de América Central y del Sur, Filipinas, subcontinente Indio y Norte de África. Presentamos un subestudio descriptivo del estudio coproparasitológico realizado en inmigrantes (como parte de un protocolo de atención al inmigrante) que se visitaron por primera vez en una UBA de nuestro centro durante el año 2002, independientemente del motivo de su consulta. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS. Se solicitaron 349 estudios coproparasitológicos, de los que se realizaron 190. Se remitieron las muestras al laboratorio de parasitología (en frasco sin fijador ni colorante) de una unidad especializada, donde se les aplicó la técnica de Ridley modificada. En 44 (23,2%) se hallaron patógenos (1 en 29 casos, 2 en 14 y 3 en 1) y en 25 (13,2%) se hallaron gérmenes no patógenos. Los patógenos más frecuentes fueron *Trichuris trichiura* (15), *Giardia* (7), anquilostoma, *Entamoeba histolytica* e *Hymenolepis nana* (6), *Ascaris lumbricoides* y

Strongyloides stercoralis (3) y *Blastocystis hominis* (11), al que consideramos como patógeno pese a ser dudosa su patogenicidad. Aunque la eosinofilia (>500 eosinofilos/mm) fue más frecuente entre los pacientes con estudio coproparasitológico positivo (38% vs 13%), en el 57% de los estudios positivos no se encontró eosinofilia. La eosinofilia se asoció con mayor frecuencia a la presencia de helmintos que a la de protozoos, y fue más frecuente cuando había más de un parásito. En inmigrantes de Sudamérica central y subtropical hallamos 17 helmintos y 16 protozoos; en filipinos hallamos 3 protozoos y 8 helmintos, en procedentes del subcontinente Indio 3 protozoos y 7 helmintos; debe destacarse la ausencia de inmigrantes subsaharianos en nuestro centro. De los 60 patógenos hallados, 30 (50%) son transmisibles por vía feco-oral, por lo que pueden continuar transmitiéndose en nuestro país si hay malas condiciones higiénicas. Destaca la alta prevalencia de parásitos intestinales en los inmigrantes que se visitan en nuestro centro. Si se practica cribaje sólo a los que presentan eosinofilia (mayor frecuencia de estudios positivos y de helmintos) o a los procedentes de Sudamérica central y subtropical (mayor prevalencia de gérmenes transmisibles por vía feco-oral) dejaríamos de detectar la mitad de los casos. Creemos aconsejable realizar cribado de parásitos en heces por la técnica de Ridley modificada a todos los inmigrantes que se visitan en Atención Primaria.

117.- Parasitosis intestinales importadas de regiones tropicales: experiencia del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA)

D. Torrús, J.M. Seguí, S. Abad, Y. Calero, S. Ezsol

Servicio de Medicina Interna, Consulta de Enfermedades Importadas y Parasitología Clínica, Hospital General Universitario de Alicante, C/ Pintor Baeza s/n, 03010 Alicante, España

El objetivo de este trabajo es conocer la etiología y características clínicas de los pacientes con parasitosis intestinal procedentes de regiones tropicales, comprendiendo estudio descriptivo de los pacientes diagnosticados de parasitosis intestinal atendidos en la Consulta de Enfermedades Importadas y Parasitología Clínica del HGUA desde el 01-06-2000 al 29-02-2004. Se revisan las historias clínicas y se recogen variables demográficas, epidemiológicas, clínicas y parasitológicas. Se atendieron 329 pacientes (76% inmigrantes, 24% viajeros). En 63 pacientes (19,1%) se diagnosticó alguna parasitosis intestinal, 80,3% eran inmigrantes. Principales países de procedencia: Ecuador 27,9%, Colombia 21,3% y Guinea Ecuatorial 13,1%. Principales motivos de consulta: examen de salud (asintomáticos) 47,5%;

diarrea 16,4%; fiebre 6,6%; dolor abdominal 3,3% y prurito anal 3,3%. Especies encontradas: *G. lamblia* en 22 pacientes (36,1%); *E. coli* en 14 (22,9%); *B. hominis* en 10 (16,4%); *A. lumbricoides* en 8 (13,1%); *Cryptosporidium* sp. en 5 (8,2%); *E. histolytica/dispar* en 4 (6,6%); *E. vermicularis* en 3 (4,8%); *T. trichiura* en 3 (4,8%); Ancylostomátidos en 2 (3,3%); *S. stercoralis* en 2 (3,3%); *H. nana* en 2 (3,3%) y *Taenia* sp. en 2 (3,3%). Poliparasitismo en 24 (38,1%) pacientes. El 26,3% tenían eosinofilia y el 8,2% anemia ferropénica. Las conclusiones alcanzadas fueron: 1) la frecuencia de parasitación intestinal encontrada es baja; 2) la mayoría de los pacientes con parasitosis intestinal estaban asintomáticos o referían síntomas no relacionados; 3) las parasitosis intestinales tienen escasa trascendencia clínica.

118.- Enfermedades parasitarias viscerales en pacientes ingresados en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

B. Carrilero¹, J.M. Ramos², J. Gómez³, J. Rodenas⁴

¹EAP Moratalla, Servicio Murciano de Salud Murcia. ²Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante. ³Jefe Servicio de Medicina Interna Infecciosas, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ⁴Servicio de Documentación, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

La incidencia de las enfermedades parasitarias como motivo de ingreso hospitalario es baja. El objetivo es conocer la prevalencia de enfermedades parasitarias extradigestivas y extragenitales como motivo de ingreso hospitalario. Se recuperaron en la base de datos CMBD según los códigos del CIE9 el número de enfermedades parasitarias por año, desde 1996 a 2003. El periodo se agrupó en dos categorías: periodo 1 de 1996 a 1999 y periodo 2 de 2000 a 2003. Durante el periodo de estudio se contabilizaron 270 193 admisiones, de las que 219 (%) tenían una enfermedad parasitaria visceral. En el primer periodo se contabilizaron 93 (42,5%) admisiones y en el segundo 126 (57,5%). La principal enfermedad parasitaria diagnosticada fue la hidatidosis (95; 43,4%), seguido de toxoplasmosis (38; 17,4%), leishmaniasis (37; 16,9%), paludismo (29; 13,9%), cisticercosis (9; 4,1%), esquistosomiasis (4;

1,8%); absceso amebiano (4; 1,8%) y leishmaniasis cutánea (3; 1,4%). Se ha observado un aumento del número de casos de admisiones por paludismo (5 [5,5%] casos en periodo 1 y 24 [19%] en el periodo 2) con significación estadística ($p=0,005$) y también de leishmaniasis (13 [14%] casos en periodo 1 y 25 [19,8%] en el periodo 2) sin significación estadística ($p=0,1$). La toxoplasmosis ha disminuido de 23 (24,7%) casos del periodo 1 a 14 (11,1%) en el periodo 2 ($p=0,01$). Las admisiones por el resto de las parasitosis no han mostrado diferencias significativas. La tasa de reingreso fue de 8,4% en la hidatidosis, 5,2% en la leishmaniasis y toxoplasmosis y nulo en la paludismo. Las enfermedades parasitarias endémicas autóctonas como la hidatidosis y leishmaniasis son las más comunes, si bien hay un aumento del número de parasitosis importadas como el paludismo.

119.- Fasciolosis importada y autóctona

M.C. Turrientes¹, A. Sáenz de Sta María¹, E. Ceballos¹, M. Díaz¹, M. Barreno¹, A. Muro², J. Pardo², R. López-Vélez¹

1Medicina Tropical y Parasitología Clínica, Servicio de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Microbiología, Hospital Ramón y Cajal, Carretera de Colmenar km 9,100, 28034 Madrid, España. 2Laboratorio de Parasitología, Facultad de Farmacia, Universidad de Salamanca.,37007 Salamanca, España

Fasciola hepatica es un trematodo de distribución cosmopolita que infesta animales herbívoros de todo el mundo. La fasciolosis humana se produce tras el consumo de plantas acuáticas en las que se encuentran enquistadas las metacercarias. En el presente trabajo se lleva a cabo un análisis epidemiológico, clínico, diagnóstico y de evolución de pacientes parasitados por *Fasciola hepatica* en una Unidad de referencia. Para ello se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de 15 casos de fasciolosis (11 autóctonos; 4 importados), en el período de enero 1993-abril 2004. Los resultados epidemiológicos, clínicos, diagnósticos, de tratamiento y de evolución fueron los siguientes: A) Epidemiología: 15 pacientes (9 mujeres/6 varones); edad media 39 años (24-73). Excepto en dos casos, todos referían ingesta de berros; B) Clínica de presentación: 11 dolor abdominal y/o epigástrico, 9 fiebre, 3 diarrea, 2 clínica respiratoria, 2 ictericia, 1 urticaria, 1 asintomático; C) Pruebas diagnósticas: la TAC o la ecografía abdominal reveló anomalías radiológicas en 13/13 (2 casos no realizadas),

en 9/15 se detectó alteración de pruebas de función hepática y en 14/15 eosinofilia (5,1%-64%). Diagnóstico parasitológico: serología positiva por HAI en 13/15 y en 12/13 por ELISA (2 casos no realizada). Huevos de *Fasciola hepatica* en 1/15. Adulto de *Fasciola hepatica* en muestra quirúrgica pancreática en un caso. D) Tratamiento: 9/15 triclabendazol, 3/15 praziquantel + bithionol, 1/15 praziquantel + triclabendazol, 1/15 praziquantel + albendazol + triclabendazol y 1/15 no tratado; E) Evolución: 8 curados, 6 perdidos (3 mejoría clínica y analítica inicial), 1 en tratamiento a la espera de ver evolución. En consecuencia, se puede concluir que la fasciolosis debe considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes con eosinofilia y lesiones hepáticas en TAC o ecografía abdominal. El hallazgo de huevos en heces es excepcional, por lo que el diagnóstico debe establecerse basándose en datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, serológicos y radiológicos compatibles. El triclabendazol es un tratamiento muy eficaz.

120.- Larva migrans cutánea (LMC): 52 casos

S. Puente¹, F. Bru², J. Alonso-Babarro¹, J.F. Pascual-Pareja¹, M. Lago¹, J.M. González-Lahoz¹

¹Hospital Carlos III, Madrid, España. ²Ayuntamiento de Madrid, España

El objetivo de este trabajo es describir las características epidemiológicas, clínicas y respuesta a diversos tratamientos, de 52 casos de LMC atendidos en la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Carlos III de Madrid, desde 1991. Se presentan 52 pacientes que consultaron por lesiones cutáneas a su regreso de viajes a zonas tropicales. El diagnóstico de LMC se hizo por el característico aspecto serpiginoso de las lesiones. Hombre / Mujer: 24 (46,2%) / 28 (53,8%). Edad: 34±10 años. País de nacimiento de los pacientes: España 49, Dinamarca 1, Reino Unido 1 y Senegal 1. Un paciente era de raza negra y los demás blanca. Los continentes de contagio fueron: América C-S 29 casos, África 16 y Asia 7. Brasil fue el país que aportó más casos, con 17. Número de lesiones por paciente: 1 a 13, con una media de 2,3 / paciente. Número total de lesiones: 120, siendo la localización más frecuente en pies (105 lesiones). Todas las lesiones eran pruriginosas y 7 (13,4%) pacientes presentaban lesiones vesículo-ampollosas. Los pacientes recibieron diversos tratamientos inicialmente: 1- Tiabendazol oral (25 mg/kg/12 horas/3 días) en 7 casos. 2-

Albendazol oral, 400 mg/12 horas/ 3 días en 26. 3- Albendazol oral, 400 mg/ 12 horas/ 6 días en 17. 4- Ivermectina oral, 12 mg dosis única, en 2 casos. En los casos de fracaso con ivermectina y/o tiabendazol se cambió de droga y en de albendazol 3 días se prolongó el tratamiento otros 3 días, salvo en un caso en que se cambió a ivermectina. Hubo fracaso terapéutico con todas las pautas, excepto con albendazol durante 6 días. Fracasos: Tiabendazol 14,2%, albendazol durante 3 días 15,3%, ivermectina 50% (se empleó en 4 casos y fracasó en 2), albendazol durante 6 días 0% de fracasos. La única droga que produjo efectos secundarios fue el tiabendazol (57%), consistentes en náuseas y dolor abdominal. El tratamiento de elección, en nuestra experiencia, es el albendazol a dosis de 400 mg/12 horas/ 6 días, aunque el número de pacientes tratados con ivermectina es muy pequeño. El aspecto de las lesiones es diagnóstico. LMC es una enfermedad a tener en cuenta en los viajeros. La sospecha diagnóstica evitará métodos diagnósticos agresivos, como la biopsia cutánea, no soliendo ser útiles por otra parte.