



CARTA AL EDITOR

Edema de Calabar en una niña guineana: loasis

Guinean child with Calabar swelling: Loiasis

Sra. Editora:

En relación con el artículo publicado en noviembre de este año sobre eritema crónico transitorio¹, presentamos el caso clínico de una niña procedente de Guinea Ecuatorial que comenzó con eritema edematoso migratorio transitorio en extremidad superior en relación con una filariasis. La paciente de 15 años, asintomática, acudió para despistaje de enfermedad tropical. Los estudios complementarios iniciales se detallan en la [tabla 1](#), pero destacan una eosinofilia de 2.150 eosinófilos/mm³ (25,3%) y un Mantoux de 12 mm con radiografía de tórax normal. Reinterrogada tras

estos resultados, refiere el antecedente de una tumefacción transitoria en antebrazo-brazo derecho, pruriginosa y móvil (compatible con edema de Calabar) y haber objetivado la migración de un gusano a través del ojo. Como estudios de segundo nivel se realizaron pellizco cutáneo para microfilarias en piel (negativo) y búsqueda de microfilarias en sangre periférica, aislándose *Loa loa* y *Mansonella perstans*. Se diagnosticó de loasis, mansonellosis, infección tuberculosa latente y parasitosis intestinal múltiple. Ante la situación clínica estable de la paciente y habiendo descartado previamente afectación retiniana se inició tratamiento con isoniacida, mebendazol y metronidazol a dosis habituales, para posteriormente tratar secuencialmente la loasis con albendazol (200 mg/12 h/21 días) y dietilcarbamacina (10 mg/kg/día durante 21 días iniciando a dosis bajas y subiendo progresivamente) asociando corticoides orales los primeros días. No se objetivó reacción adversa a la medicación, con resolución de la eosinofilia y negativización de las microfilarias sanguíneas en los controles posteriores.

Loasis es una filariasis producida por el nemátodo *Loa loa*, endémica en el oeste y centro africano². Transmitida al hombre por la picadura del vector *Chrysops*, cuyo patrón de actividad diurna coincide con los picos de microfilaremia de sangre periférica³. Aunque generalmente asintomática, los pacientes sintomáticos (visitantes o trabajadores transitorios) suelen presentar prurito cutáneo, destacando el edema de Calabar (edema migratorio, pruriginoso-doloroso, transitorio, de resolución espontánea)⁴. La visualización ocular del parásito es criterio diagnóstico de loasis². Entre sus complicaciones destacan la nefropatía, la cardiomiopatía y la encefalitis letal, esta última relacionada con el tratamiento en pacientes con altos niveles de microfilaremia³. El diagnóstico es complejo. La detección de microfilarias en sangre periférica puede realizarse con técnica PCR (*nested-PCR* más sensible) o mediante visualización microscópica con técnica Knott (menos efectiva que la PCR)⁴. La serología tiene poca rentabilidad por sus reacciones cruzadas con otras parasitosis⁵. El tratamiento de elección es dietilcarbamacina con efectividad tanto frente a microfilarias como a parásitos adultos. Su principal inconveniente son las reacciones adversas graves en pacientes con elevada microfilaremia (encefalopatía severa). Ivermectina es microfilaricida sin actividad frente a formas adultas, con toxicidad en pacientes con altos niveles de microfilaremia. Albendazol reduce los niveles de microfilarias de manera

Tabla 1 Resumen de estudios complementarios de 1^{er} nivel

Prueba de laboratorio	Resultado
<i>Hemograma</i>	Normal salvo eosinofilia del 25,3% (total: 2.150/mm ³)
<i>Estudio malaria</i>	
Gota gruesa	Negativa
Antígeno <i>Plasmodium</i>	Negativo
PCR <i>Plasmodium</i>	Negativo
<i>Estudio tuberculosis</i>	
Mantoux	12 mm
Radiografía de tórax	Normal
<i>Serologías</i>	
Resultado negativo	VIH, VHB, VHC y sífilis
Infección pasada	Toxoplasma, CMV, VEB y VHA
<i>Parásitos en heces (3 muestras en días alternos)</i>	<i>Entamoeba coli</i>
	<i>Endolimax nana</i>
	<i>Trichuris trichiura</i>
	<i>Giardia intestinalis</i>
<i>Antígeno Giardia heces</i>	Positivo

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.01.005>

1695-4033/© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría.

Tabla 2 Resumen de fármacos utilizados en el tratamiento de *Loa loa*

Fármaco	Efecto	Dosis	Efectos adversos
Dietilcarbamacina	Microfilaricida Lisis del gusano adulto	8-10 mg/kg/día (inicio progresivo) × 21 días	Leves: prurito, artralgias, edema de Calabar, náuseas y diarrea Graves: IR, <i>shock</i> , coma y encefalitis
Ivermectina	Microfilaricida	150 µg/kg/día en dosis única cada 6-12 meses	Encefalitis en pacientes con elevada carga de microfilarias
Albendazol	Microfilaricida	200 mg/12 h/21 días	Sin efectos adversos

lenta y progresiva razón por la cual se utiliza en tratamientos secuenciales (tabla 2)⁴.

Loasis es una enfermedad infrecuente en nuestro medio que debe tenerse en consideración en todo niño procedente de zona endémica con antecedente de edema-eritema migrante.

Bibliografía

- Díaz López I, Ibarreta Sáenz S, Andueza Sola J, Cid Fernández A. Eritema crónico migratorio. A propósito de un caso. *An Pediatr*. 2016;85:161–2.
- Zouré HG, Wanji S, Noma M, Amazigo UV, Diggle PJ, Tekle AH, et al. The geographic distribution of *Loa loa* in Africa: Results of large-scale implementation of the rapid assessment procedure for Loasis (RAPLOA). *PLoS Negl Trop Dis*. 2011;5:e1210.
- Metzger WG, Mordüller B. *Loa loa*: Does it deserve to be neglected? *Lancet Infect Dis*. 2014;14:353–7.
- Antinori S, Schifanella L, Million M, Galimberti L, Ferraris L, Mandia L, et al. Imported *Loa loa* filariasis: Three cases and a review

of cases reported in non-endemic countries in the past 25 years. *Int J Infect Dis*. 2012;16:649–62.

- Walther M, Muller R. Diagnosis of human filariasis (except onchocerciasis). *Adv Parasitol*. 2003;53:149–93.

Marcelo Vivas Moresco^{a,*},
Milagros García Lopez Hortelano^b,
Julián Villota Arrieta^b y Mercedes Subirats Núñez^c

^a Unidad de Atención Primaria Lazkao, OSI Goierri-Alto Urola, Lazkao, Guipúzcoa, España

^b Servicio de Pediatría, Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Hospital Universitario Infantil La Paz-Hospital Carlos III, Madrid, España

^c Servicio de Microbiología, Hospital Universitario La Paz-Hospital Carlos III, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marcevivas@gmail.com
(M. Vivas Moresco).