



Parasitosis con manifestaciones clínicas cutáneas

A. Hernández Torres^{a,*}, E. García Vázquez^a, E. Moral Escudero^a, J.A. Herrero Martínez^a, J. Gómez Gómez^a y M. Segovia Hernández^b

Servicios de ^aMedicina Interna/Infecciosas y ^bMicrobiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Palabras Clave:

- Lesiones cutáneas
- Parásitos
- Trópico
- *Rash*

Keywords:

- Skin lesions
- Parasites
- Tropical
- *Rash*

Resumen

Las lesiones cutáneas son un motivo de consulta frecuente en el viajero que regresa de zonas tropicales y subtropicales. Aunque la mayoría aparecen durante el viaje, otras pueden hacerlo tras el regreso. Las presentaciones clínicas son variadas y la etiología puede ser tanto infecciosa como no infecciosa, siendo una parte de ellas típicamente tropicales, mientras que la gran mayoría pueden aparecer en cualquier parte del mundo (picaduras de insectos, quemaduras, reacciones alérgicas, etc.). Las características clínicas de la lesión y la sintomatología asociada, su localización (zonas expuestas o no expuestas), el estado inmunitario del paciente, el antecedente de ciertas actividades de riesgo, así como el tiempo transcurrido desde el regreso, la duración del viaje y el destino nos pueden ayudar a orientar el diagnóstico de sospecha.

Abstract

Parasitosis with cutaneous clinical manifestations

Skin lesions are a frequent cause for doctor visits among travellers returning from tropical and subtropical areas. Although most of these lesions appear during the trip, other lesions might occur after the patients' return to their country of origin. The clinical manifestations of this condition are varied, and its aetiology can be both infectious and noninfectious. Although some are typically of tropical origin, most parasitic infections can occur anywhere in the world (insect bites, burns, allergic reactions, etc.). The lesion's clinical characteristics, associated symptomatology and location (exposed or unexposed areas), along with the patient's immune status, a history of certain risky activities, the time elapsed since the patient's return, the length of the trip and the destination, can help in directing the suspected diagnosis.

Introducción

Dado el incremento de los viajes internacionales, la inmigración, el cambio climático y el aumento de la incidencia de inmunosupresión iatrogénica, las infecciones parasitarias (por protozoos, helmintos y ectoparásitos) son cada vez más frecuentes en el mundo occidental. La falta de conocimiento sobre estas patologías retrasa el diagnóstico y consecuentemente el tratamiento, lo que conduce a una morbimortalidad elevada. Si bien las alteraciones cutáneas más frecuentes en pacientes procedentes del trópico son las producidas por la larva *migrans* cutánea, las picaduras de insectos y las infeccio-

nes bacterianas (que suponen un tercio de los diagnósticos finales), en esta revisión nos centraremos en las principales infecciones parasitarias con manifestaciones cutáneas^{1,2}.

Criterios de sospecha. Etiología

Basaremos el diagnóstico en el reconocimiento del patrón de las lesiones (papulosas, maculares, nodulares, lineales o ulceradas), la localización (zonas expuestas frente a zonas no expuestas), historia de la exposición (agua dulce, agua de mar, insectos, animales o contacto humano), síntomas asociados (fiebre, dolor o prurito), procedencia del paciente o localización y duración del viaje y momento de aparición de las lesiones durante o tras la vuelta¹.

*Correspondencia

Correo electrónico: aliciahernandeztorres@gmail.com

La procedencia del paciente nos ayudará al diagnóstico si conocemos la distribución a nivel mundial de cada uno de estos microorganismos. Asimismo, la estancia en zonas urbanas y durante un breve período de tiempo supondrá menos riesgos para la aparición de lesiones cutáneas que las estancias prolongadas y en zonas rurales. Mientras que las quemaduras, las reacciones a picaduras de artrópodos o las lesiones superficiales normalmente ocurren durante la estancia y son más comunes en climas cálidos y zonas de playa, las infecciones cutáneas, sobre todo los piodermas, son cosmopolitas y constituyen una causa frecuente de dermatosis que aparece tanto durante el viaje como tras el regreso¹.

En relación con la clínica asociada, la aparición de signos sistémicos nos obligará a descartar otras etiologías, fundamentalmente víricas, así como la tripanosomiasis africana (enfermedad del sueño), poco frecuente en viajeros, a pesar de un aumento de casos en algunas áreas que incluye los viajes a corto plazo a Tanzania. El reconocimiento precoz de estas lesiones es importante, ya que el tratamiento se complica cuando ya hay afectación del sistema nervioso central³.

La presencia de pápulas o pústulas generalizadas suele ser consecuencia de la penetración directa en la piel de agentes patógenos. El antecedente de haber viajado a zonas tropicales y la exposición a agua dulce en un paciente con pápulas pruriginosas debe hacernos sospechar la posibilidad de una infección por esquistosomas cuyo origen no se encuentra en el ser humano (a menudo aviar), en cuyo caso la distribución de la erupción se limita a las áreas del cuerpo sumergido en agua, o esquistosomas patógenos de los seres humanos, cuyos antígenos desencadenan una reacción sistémica de hipersensibilidad conocida como fiebre de Katayama³.

La presencia de nódulos cutáneos puede asociarse a equinococosis, dirofilariasis, cisticercosis, toxocariasis, leishmaniasis cutánea e incluso aparecer tras el tratamiento de la leishmaniasis visceral (post-kala-azar). La oncocercosis es una causa común de nódulos entre los residentes de zonas endémicas pero típicamente causa una erupción cutánea con prurito entre los viajeros que se infectan. Asimismo pueden aparecer lesiones papulares debido a la deposición ectópica de huevos de esquistosoma años después de la exposición a la esquistosomiasis³.

Las lesiones ulcerosas son, sin embargo, más típicas de la leishmaniasis cutánea, y suelen comenzar como una pápula que se convierte en un nódulo con una corteza central que finalmente se desprende, quedando una úlcera crónica, indolora y de bordes elevados⁴.

Las lesiones migratorias, con frecuencia asociadas a eosinofilia, tienen una distribución geográfica restringida, y por ello es fundamental conocer los antecedentes de viajes y posibles exposiciones. Entre ellas destaca la larva *migrans* cutánea, la más frecuente, la estrongiloidiasis, la gnatostomiasis y la loiasis⁴.

Por último, y en relación con las picaduras de artrópodos, nos centraremos no en aquellos que transmiten patógenos, sino en la retención de partes de los mismos, que pueden causar una reacción granulomatosa localizada, así como en aquellos que inducen reacciones de hipersensibilidad localizada y sistémica. Destacamos en este punto la miasis, la tungiasis y la sarna⁴.

Manifestaciones clínicas

En la tabla 1 podemos observar las principales manifestaciones cutáneas de cada una de estas infecciones.

Tripanosomiasis africana

Aproximadamente una semana después del contagio de la tripanosomiasis africana aparece un chancro (nódulo indurado y doloroso) en el lugar de la mordedura de la mosca tsetse en hasta un 70-90% de los casos, que se resuelve de forma espontánea tras varias semanas, seguido en ocasiones de una erupción caracterizada por placas eritematosas circinadas de predominio en el tronco. *Trypanosoma brucei*, el agente causal, se transmite por la picadura de la mosca tsetse (*Glossina* spp.), localizadas tan solo en el continente africano⁴.

Esquistosomiasis cutánea

Típicamente consiste en la aparición de lesiones papulares, eritematosas, urticariformes o purpúricas que aparecen tras la penetración de larvas de esquistosomas animales en la piel expuesta (*Trichobilharzia stagnicolae*, *T. physellae* y *Gigantobilharzia* spp.). Ampliamente distribuidos a nivel mundial, inducen una dermatitis transitoria denominada «prurito del nadador», un *rash* maculopapular que se limita a las áreas expuestas al agua, aparece unas pocas horas después de la exposición y desaparece en menos de 48 horas. Se trata de una reacción de hipersensibilidad que típicamente ocurre con la exposición repetida (nunca con la exposición inicial). Los esquistosomas humanos producen la fiebre de Katayama, una reacción sistémica de hipersensibilidad a los antígenos de *Schistosoma* spp. con aparición de fiebre acompañada de tos seca, artromialgias y un *rash* con eritema, urticaria y pápulas pruriginosas, junto con una marcada eosinofilia que aparecen de 3 a 8 semanas después de la infección^{4,5}.

La presencia de quistes de *Echinococcus granulosus* y las lesiones cutáneas producidas por las dirofilarias enrolladas y degeneradas en el tejido subcutáneo son también causa de la presencia de nódulos subcutáneos⁴.

Toxocariasis

La ingesta accidental de huevos de *Toxocara* spp. normalmente a partir del suelo contaminado con heces de gatos o perros, explica por qué la enfermedad afecta fundamentalmente a niños⁶, aunque también se puede transmitir por la ingesta de carne poco cocinada e infectada por larvas de *Toxocara*. Las manifestaciones cutáneas son relativamente frecuentes, ocupando la urticaria crónica el primer lugar. En dos estudios de casos-controlados realizados en Francia, el 65% de los pacientes con urticaria crónica y el 38,1% de los pacientes con prurigo crónico tenían una serología positiva para *Toxocara* (datos significativos en relación con un grupo control), y en el 50 y 80% de los casos las lesiones desaparecieron tras el tratamiento dirigido, lo que pone de manifiesto

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8764206>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8764206>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)