

9. Nicholson JC, Jones CL, Powell HR, Walker RG, McCredie DA. Familial hypomagnesemia-hypercalciuria leading to end-stage renal failure. *Pediatr Nephrol* 1995; 9: 74-76.
10. Praga M, Vara J, Gonzalez-Parra E, Andres A, Alamo C, Araque A et al. Familial hypomagnesemia with hypercalciuria and nephrocalcinosis. *Kidney Int* 1995; 47: 1419-1425.
11. Simon DB, Lu Y, Choate KA, Velazquez H, Al-Sabban E, Praga M et al. Paracellin-1, a renal tight junction protein required for paracellular Mg²⁺ + resorption. *Science* 1999; 285:103-106.

Parasitosis por *Onchocerca volvulus*

(*An Esp Pediatr* 2001; 55: 486-487)

Sr. Editor:

El gran aumento de los procesos migratorios ha propiciado que en la práctica habitual se observen pacientes provenientes de países tropicales que nos enfrentan a enfermedades desconocidas en nuestro medio. Este es el caso del niño que nos ocupa, afectado de filarías por *Onchocerca volvulus*, un proceso que teniendo una gran prevalencia en determinadas zonas de África, donde constituye un grave problema de salud pública, es prácticamente desconocido en nuestro medio y queda limitado a los inmigrantes de dichas zonas.

Se trataba de un niño de 7 años, proveniente de Guinea Ecuatorial, remitido a nuestro hospital por hallazgo de una tumoración situada en pared abdominal y esplenomegalia.

En la exploración física destacaba un nódulo de 1,5 x 1,5 cm, de localización paraumbilical derecha; esplenomegalia de 2 traveses de dedo, y lesiones hiperpigmentadas y liquenificadas en glúteos y muslos.

Las determinaciones analíticas mostraban una leucocitosis de 11.300/ μ l, con 14% de eosinófilos; hemoglobina 10,2 g/dl; inmunoglobulina E, 1.196 KU/l y serologías indicativas de estado de portador de hepatitis B. La ecografía evidenció un bultoma subcutáneo de 15 mm con centro ecogénico. En el estudio mi-

croscópico del nódulo se encontró *Onchocerca volvulus* (el examen en gota gruesa mostró una parasitación por *Plasmodium falciparum* inferior al 1%). Se estableció el diagnóstico de filarías por *O. volvulus*, infección por *P. falciparum*, portador de hepatitis B y ecema impetiginizado.

El tratamiento consistió en resección quirúrgica del bultoma (fig. 1), y la administración de ivermectina a 150 μ g/kg en dosis única por vía oral para la filarías, sulfato de quinina a la dosis de 250 μ g cada 8 h durante 3 días seguido de una toma única de un comprimido de Fansidar como tratamiento del paludismo; y antibióticos y corticoides tópicos para sus lesiones cutáneas.

La evolución del paciente fue satisfactoria, y se encuentra asintomático en la actualidad, siendo controlado periódicamente por nuestro servicio.

La filarías por *O. volvulus* es una parasitosis que produce una infección crónica no mortal, cuyo único reservorio es el hombre, siendo el vector la mosca negra (género *Simulium*). Esta enfermedad es endémica en África subsahariana, América central y Sudamérica, en zonas adyacentes a ríos y arroyos, que son necesarios para el ciclo vital de *Simulium*^{1,2}.

La sintomatología viene determinada por la tríada:

1. *Oncocercomas*. Nódulos fibrosos, bien delimitados, por lo general subcutáneos e indoloros, que encierran gusanos adultos apelonados y microfilarías. Su tamaño oscila entre 0,5 y 5 cm.

2. *Oncodermatitis*. Brotes agudos de erupciones ecematoideas, muy pruriginosas, y lesiones de rascado secundarias. Con el tiempo se produce una cronificación de las lesiones que induce alteraciones en la pigmentación (hipo e hiper) y espesor de la piel (hipertrofia, atrofia). Es debida a la reacción alérgica del huésped frente a las microfilarías de la piel. En la bibliografía consultada, esta dermatitis pruriginosa es con frecuencia el primer y único síntoma que lleva al paciente a acudir al médico.

3. *Afectación ocular*. Con posibilidad de afectación del segmento anterior, posterior y nervio óptico, variando los síntomas desde fotofobia, sensación de cuerpo extraño, inyección conjuntival y visión borrosa progresiva, pudiendo desembocar en ceguera, que es la complicación más grave^{1,2}.



Figura 1. Resección quirúrgica del oncocercoma paraumbilical.

La paciente presentaba oncocercoma abdominal y oncodermatitis muy pruriginosa en los glúteos y la zona posterior de los muslos, pero no se observaba afectación ocular.

El diagnóstico se basa en la visualización de la filaria en los nódulos (o si no hubiera, muestras de cresta ilíaca y región subescapular)^{1,2}.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica^{1,3} de todos los nódulos abordables y la administración por vía oral de 150 µl/kg de ivermectina, que sólo elimina las microfilarias, y no los gusanos adultos, de ahí la necesidad de repetir la toma cada 6 meses durante 10-15 años, que es la vida media del gusano^{4,5}.

Creemos que, con la creciente llegada de niños provenientes de países africanos y sudamericanos, ésta y otras parasitosis, endémicas en países tropicales e inexistentes en nuestro medio, deben ser tenidas en cuenta cada vez con mayor frecuencia.

**J. García-Dihinx Villanova^a, P. Betrián Blasco^a,
F. De Juan Martín, M. Bouthelie Moreno,
M.^aC. Marín Bravo y M.^aJ. Revillo Pinilla^b**

Servicios de ^aInfecciosos y ^bMicrobiología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Correspondencia: Dr. J. García-Dihinx.
Avda. Goya, 37, 11.º 50006. Zaragoza.
Correo electrónico: dihinx@public.ibercaja.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Chester P, Clifton R, Wayne E, eds. Filarias. En: Parasitología clínica, 2.^a ed. Barcelona: Salvat, 1986; 400-411.
2. Peter G, Hall C, Halsey N, Marcy M, Pickering L, Orenstein W et al, eds. Oncocercosis. En: Red Book de enfermedades infecciosas en Pediatría, 24.^a ed. Buenos Aires: Panamericana, 1999; 417-418.
3. Albiez EJ, Buttner DW, Duke BO. Diagnosis and extirpation of nodules in human onchocerciasis. Trop Med Parasitol 1988; 39 (Suppl 4): 331-346.
4. Van Laethem Y, Lopes C. Treatment of onchocerciasis. Drugs 1996; 52: 861-869.
5. Gilbert D, Moellering R, Sande M, eds. Tratamiento de infecciones producidas por parásitos. En: Guía de terapéutica antimicrobiana Sanford. Madrid: Díaz de Santos, 1999; 120.