



GNATHOSTOMIASIS

La gnathostomiasis es una enfermedad parasitaria que se adquiere por el consumo de alimentos contaminados (pescados, anfibios, etc) con las larvas del parásito. La enfermedad es frecuente en el sudeste asiático y América Central. Se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas y manifestaciones neurológicas.

MICROBIOLOGIA.

Gnathostoma spinigerum es el nematodo más frecuentemente implicado en infecciones de humanos. *G. doloresi*, *G. hispidum* y *G. napponicum* provocan cuadro clínicos similares, pero son menos habituales. Las formas adultas miden de 2 a 3 cm y poseen una cabeza con varias filas de espinas. Estos nematodos viven formando tumores en la pared del tubo digestivo de los huéspedes definitivos: felinos, perros, mapaches, etcétera. Con las heces se eliminan los huevos que, en presencia de agua, liberan las larvas de primer estadio que son ingeridas por pequeños crustáceos (*Cyclops*) que actúan como huéspedes intermediarios y donde maduran las larvas de segundo estadio. Los *Cyclops* son ingeridos finalmente por los huéspedes secundarios (ranas, serpientes, gran variedad de peces, pollos, etcétera) donde las larvas migran del tubo digestivo a los músculos y se enquistan desarrollándose las larvas de tercer estadio. Posteriormente, el ciclo se completa cuando los huéspedes definitivos ingieren estos animales infectados.

MECANISMO DE TRANSMISIÓN.

Los humanos se infectan a por la vía oral, con el consumo de pescados crudos o poco cocinados, ranas, serpientes e incluso pollos infestados. En Latinoamérica es habitual el consumo de “ceviche” que es un pescado crudo marinado con jugo de limón; y en Tailandia y Japón es muy habitual tomar pescados crudos. En estos alimentos están las larvas de tercer estadio que, al ser ingeridas, atraviesan el tubo digestivo en busca de una localización definitiva, que nunca encuentran, porque lo que frecuentemente deambulan por el tejido subcutáneo, provocando la gnathostomiasis cutánea, el sistema nervioso o cualquier otro órgano. Se han descrito casos aislados de infección prenatal en madres infectadas y a través de la piel.

PRESENTACIÓN CLÍNICA.



Las formas clínicas más frecuentes son las que afectan a la piel y el tejido celular subcutáneo. Característicamente aparecen lesiones subcutáneas edematosas que tienen un carácter migratorio e intermitente. Las lesiones son a veces dolorosas y casi siempre pruriginosas y duran de varias horas a días. Los nuevos episodios tienden a ser más leves y de menor duración, pero pueden manifestarse durante varios años. Otra manifestación cutánea menos frecuente es la “larva migrans” que forma un cordón serpinginoso con intenso prurito y de donde, con frecuencia, se puede aislar el parásito.

Cuando las larvas migran hacia el sistema nervioso se origina una mielo-radiculitis y en muchos casos radiculo-mielo-meningo-encefalitis. Es característica la aparición de intensos dolores radiculares, con hiperestesia que duran 2 o 3 días, seguidos posteriormente de déficit motor y retención urinaria. Las formas meningo-encefálicas aisladas, sin mielitis ni radiculitis son más raras. Una forma frecuente de presentación de la enfermedad son las hemorragias subaracnoideas. El pronóstico de parasitosis del sistema nervioso es ominoso salvo que se instaure un tratamiento precoz.

El parásito puede afectar otros muchos órganos: pulmón, aparato gastrointestinal, genito-urinario, ojos, territorio ORL, etcétera.

DIAGNÓSTICO.

En diagnóstico de certeza se realiza mediante la identificación del parásito en los tejidos infectados, sin embargo esto es habitualmente muy difícil. Es frecuente la presencia de eosinofilia en sangre periférica, así como en los casos de meningitis en el líquido cefalorraquídeo. El diagnóstico se puede realizar mediante la determinación de anticuerpos frente a *G. spinigerum* con una técnica de ELISA.

HALLAZGOS PATOLÓGICOS.

La lesión cutánea más habitual es la de una paniculitis eosinófilica donde con presencia o, más frecuentemente, ausencia de formas parasitarias. En las autopsias de los pacientes con afectación cerebral se puede observar la presencia de hemorragias y surcos producidos por la deambulación del parásito en el paréquima cerebral.

TRATAMIENTO.



El tratamiento se realiza con la administración de albendazol 400-800 mg al día durante 3 o 4 semanas. La administración de ivermectina (200 microg/kg/d durante 2 días) también ha resultado de utilidad en algunos casos con afectación cutánea.

PREVENCIÓN.

La manera más eficaz de prevenir la infección evitar el consumo de pescado, marisco, pollo u otros animales crudo o poco cocinado.