

- En áreas endémicas identificadas, puede ser útil un programa de erradicación de reservorios.
- Para disminuir los peligros, por parte de personas con exposición ocupacional conviene utilizar ropas protectoras, botas y guantes.
- A veces se obtiene profilaxia eficaz con 200 mg de doxiciclina ingeridos una vez por semana (adultos) y cabe considerar su uso en grupos ocupacionales de alto riesgo, con exposición a corto plazo. Sin embargo, no se han definido las indicaciones para el uso profiláctico de dicho antibiótico, en niños.

## Linfática, filariasis

(por *W. bancrofti*, *B. malayi* y *B. timori*)

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS:** Casi todas las filariasis son asintomáticas. En los comienzos de la infección, los síntomas suelen ser causados por una reacción inflamatoria aguda en los vasos linfáticos, desencadenada por la muerte de los vermes adultos. Junto con la inflamación aguda pueden surgir cefalea, mialgias y linfadenitis. La enfermedad aguda se manifiesta a veces a los tres meses del contagio. Sin embargo, el daño inicial a la red linfática por lo común permanece en estado subclínico durante años. Con el paso del tiempo surge linfadenopatía moderada que afecta principalmente los ganglios linfáticos inguinales. La inflamación que es consecuencia de la muerte del verme adulto dentro de los linfáticos de las extremidades y de los genitales ocasiona adenolinfangitis que de manera característica es retrógrada. En la filariasis de Bancroft también pueden aparecer epididimitis, orquitis y funiculitis, y puede acompañarse de fiebre, escalofrío y otros síntomas sistémicos inespecíficos. En los niños es rara la disfunción linfática con edema que evoluciona en forma crónica en las extremidades y genitales. En unas cuantas personas, la elefantiasis puede ser consecuencia de fibrosis causada por disfunción crónica de los conductos linfáticos e infecciones bacterianas secundarias y recurrentes. La quiluria a veces surge como manifestación de la filariasis de Bancroft. Entre las manifestaciones del síndrome eosinófilo pulmonar tropical están tos, fiebre, notable eosinofilia y altas concentraciones de inmunoglobulina E en suero.

**CAUSAS:** La filariasis es causada por tres nematodos filarianos: *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* y *Brugia timori*.

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.** El parásito es transmitido por la picadura de la especie infectada de algunos géneros de mosquitos como *Culex*, *Aedes*, *Anopheles* y *Mansonia*. *Wuchereria bancrofti* está distribuida en Haití, la República Dominicana, Guayana, Brasil, países subsaharianos y del norte del África y en Asia, y abarca una amplia zona que va de la India al archipiélago indonesio y de ahí pasa al sur de China y Oceanía. Los seres humanos son el hospedador definitivo único del parásito. *Brugia malayi* aparece más bien en India y sureste asiático. *Brugia timori* se limita a algunas islas de la porción oriental y del archipiélago indonesio. Los vermes adultos viven cinco a ocho años en promedio y es frecuente la reinfección, razón por la cual las microfilarias infectantes provenientes de los mosquitos pueden persistir decenios en la sangre de los pacientes; las microfilarias individuales pueden vivir incluso 1.5 años. El verme adulto no se transmite de una persona a otra ni por la sangre en transfusión, pero por este último mecanismo se pueden transmitir microfilarias.

No se ha definido con exactitud el **periodo de incubación**; el lapso que media desde el contagio hasta la aparición de microfilarias en la sangre puede ser de tres a 12 meses, según la especie del parásito.

**MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:** Las microfilarias se detectan por métodos microscópicos en frotis de sangre obtenida por la noche (de 10 de la noche a 4 de la mañana). Los vermes adultos o las microfilarias pueden identificarse en muestras de tejidos obtenidas para biopsia. Se cuenta con inmunoanálisis enzimáticos serológicos, pero la interpretación de sus resultados es difícil por las reacciones cruzadas de los anticuerpos contra filarias y los que surgen contra otro helmintos. En el comercio se cuenta con material de laboratorio para detectar el antígeno circulante de *W. bancrofti*, pero en Estados Unidos no ha sido aprobado por la FDA. La filariasis linfática debe ser diagnosticada sobre bases clínicas porque no se dispone siempre de métodos serológicos fidedignos, y en pacientes con elefantiasis ya desaparecieron las microfilarias.

**TRATAMIENTO:** El citrato de dietilcarbamazina (*diethylcarbamazine citrate*, DEC) es el medicamento más adecuado contra la filariasis linfática (véase “Fármacos antiparasitarios”, sección 4). La quimioterapia no modifica la fase tardía de la enfermedad crónica. La ivermectina es eficaz contra la microfilaria de *W. bancrofti*, pero no tiene ningún efecto en el parásito adulto. Ha sido más eficaz la combinación de albendazol-DEC en dosis únicas o de ivermectina-albendazol que uno de los fármacos solos, para suprimir la microfilaremia.

La fisioterapia descongestiva compleja puede ser eficaz para tratar la elefantiasis. La quiluria proveniente de la vejiga mejora con la fulguración, en tanto que la que nace del riñón no puede ser corregida. Aspectos importantes del tratamiento son la identificación y el tratamiento rápidos de las infecciones sobreañadidas, en particular las infecciones por estreptococos y estafilococos, así como el tratamiento cuidadoso de infecciones intertriginosas y ungueales.

**AISLAMIENTO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO:** Se recomienda seguir las precauciones estándar.

**MEDIDAS PREVENTIVAS:** Las medidas que han sido instituidas se basan en DEC de una sola dosis, a nivel comunitario y anual (o combinaciones de DEC e ivermectina o albendazol e ivermectina) para disminuir el peligro de transmisión en zonas de alto riesgo.

## Linfocítica, coriomeningitis

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS:** La infección posnatal es asintomática en cerca de 33% de los casos. El cuadro sintomático puede incluir un estado leve o grave similar a influenza que incluya fiebre, malestar general, mialgias, dolor retroorbitario, fotofobia, anorexia y náuseas. La fiebre suele durar una a tres semanas y pocas veces hay erupciones. Es frecuente que la fiebre siga un curso bifásico. Incluso la mitad de los sujetos sintomáticos terminarán por mostrar manifestaciones neurológicas que varían desde la meningitis aséptica hasta la encefalitis grave. A veces surgen artralgias o artritis, síntomas de vías respiratorias, orquitis y leucopenia. La culminación común es la recuperación sin secuelas. La infección en el embarazo se ha vinculado con aborto espontáneo. La infección congénita puede causar hidrocefalia, coriorretinitis, calcificaciones intracraneales, microcefalia y retardo psíquico. A veces es difícil diferenciar la coriomeningitis linfocítica congénita de la infección congénita atribuible a virus citomegálico (*cytomegalovirus*, CMV), toxoplasmosis o rubéola.

**CAUSA:** La partícula que origina la coriomeningitis linfocítica es un arenavirus.

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:** La coriomeningitis linfocítica es una infección crónica que ataca a ratones caseros y cricetos que se crían como mascotas, que a menudo están infectados pero no tienen síntomas y que por la orina y otras excretas propagan a largo