

HOSPITAL INFANTIL DOCENTE "PEDRO BORRAS ASTORGA"

Larva migrans visceral

Por los Dres.:

JOSE MANUEL ARENCIBIA PEREZ*, LAURA ORTOÑO MAS**, ROBERTO CORRAL GARCIA***, GLADYS FONG ALVAREZ** y RENE VALLEJO WITOSKA****

Arencibia Pérez, J.M. y otros. *Larva migrans visceral*. Rev Cub Ped 53: 5, 1981.

Se presenta el caso de un paciente —un escolar— afectado por larva migrans visceral, por *Toxocara cati*. Se comentan los aspectos etioepidemiológicos de la enfermedad, y se enfatiza en el diagnóstico, frecuencia y tratamiento; se señala la complicación infecciosa del mismo y se revisa la literatura mundial.

INTRODUCCION

En 1949 Zuelzer realizó la observación en varios niños de un síndrome caracterizado por hepatomegalia e intensa eosinofilia, con producción de granulomas viscerales. En los dos años siguientes *Mercer* y *Belser* señalaron un cuadro clínico similar que atribuyeron al *Ascaris lumbricoides*. *Snyder* encontró en un niño de 16 meses con antecedentes de pica, lesiones granulomatosas hepáticas causadas por la larva del *Toxocara canis*.¹

La migración prolongada de la larva de un parásito a los órganos internos de la economía se ha denominado larva migrans visceral, la cual es producida

por el *Toxocara cati* y menos frecuentemente por el *Toxocara canis*, aunque puede verse este cuadro, en las infestaciones por *Ascaris lumbricoides*, *Strongiloides* y en la uncinariasis.¹ Se han publicado 18 casos comprobados de infestación intestinal por *Toxocara cati* en niños y sólo un caso (discutible) debido al *Toxocara canis*. Por el contrario, la infestación extraintestinal (larva migrans visceral) es característica del *Toxocara cati*.² Debe diferenciarse esta enfermedad de la llamada erupción rectante o larva migrans, que es causada por la presencia en la epidermis de larvas de *Ancylostoma*, *Brasilina* y uncinariasis del gato y perro.³

El primer informe de infestación por *Toxocara* en el hombre fue hecho por *Leiper*, en Egipto.⁴ Aunque se han hecho informes en nuestro país de casos con el síndrome clínico producido por la larva migrans visceral, es esta una enfermedad que se observa con poca frecuencia en nuestro medio.

El *Toxocara cati* y el *Toxocara canis* son parásitos que provocan infestación enzoótica en los climas más templados y cálidos del globo.⁵ El ciclo vital es si-

* Instructor de pediatría del hospital infantil docente "Pedro Borrás Astorga". Ciudad de La Habana.

** Residente de pediatría del hospital infantil docente "Pedro Borrás Astorga". Ciudad de La Habana.

*** Residente de cirugía del hospital docente clínicoquirúrgico "J. Albarrán". Ciudad de La Habana.

**** Especialista de I grado del hospital provincial clínicoquirúrgico "J. Albarrán". Ciudad de La Habana.

milar al del *Acaris lumbricoides*; es decir, las larvas adultas de *Toxocara canis* y *cati*, asientan en el tubo intestinal de sus respectivos huéspedes animales, y la infestación de los seres humanos, por lo general en los niños, se origina al ingerir materiales que contengan huevos de estos nematodos. Las larvas surgen de los huevos en el intestino y emigran directamente a través de la pared intestinal o por la circulación a distintas partes de la economía; esto explica la infestación ocular descrita por algunos autores⁶ y pulmonar⁷ por otros (síndrome de Löffler). El ser humano es un mal huésped, por lo que no se desarrolla en él parásitos adultos.⁵ Se acepta que alrededor del 20% de los perros tienen *Toxocara canis*, siendo la incidencia mayor en animales menores de 6 meses y excepcional en los de más de 2 años; en el gato pueden aparecer en cualquier edad; los huevos se eliminan por las heces fecales del animal y se embrionan en condiciones de poca humedad, infestando al hombre por la vía oral.

Desde el punto de vista anatomopatológico, las larvas quedan innovadas por un tejido granulomatoso de reacción, según el caso en el hígado, algunas veces en los pulmones y globos oculares y raramente en cerebro y otros tejidos blandos; pueden encontrarse numerosos granulomas, cada uno de los cuales rodea una larva que ha intentado emigrar a los pulmones estando ésta en relación con la cantidad de huevos ingeridos. Se observan en los granulomas células gigantes de tipo cuerpo extraño y células epitelioides que rodean un área central necrótica con intenso infiltrado eosinófilo. Se han encontrado cristales de Charcot-Leid en las zonas centrales de los lobulillos y en los espacios porta. La larva sólo es posible observarla en el 24% de los casos.¹

Clínicamente la enfermedad tiene diversas formas de presentación, en ocasiones sólo se encuentra en el paciente una eosinofilia persistente, otras veces

se puede encontrar hepatomegalia, fiebre, infiltración pulmonar múltiple, hiperglobulinemia y síntomas cerebrales u oculares, siendo la intensidad de estas manifestaciones producto del número de larvas, localización y respuesta del paciente a la lesión. Es común el antecedente de contactos con perros o gatos. La fiebre es recurrente y rara vez alcanza cifras elevadas, la hepatomegalia aparece entre el 65 al 90% de los casos.¹ Los síntomas respiratorios se observan en la cuarta parte del total de los casos, las lesiones oculares en menos del 10% de los casos y son por lo general, tridociclitis unilateral, opacidad del citrio y además, papilar. Los síntomas neurológicos más frecuentes son las convulsiones. Pueden existir lesiones cutáneas variadas como urticaria, eritema nudoso, púrpuras y necrosis hemorrágicas.

Los datos obtenidos por los exámenes complementarios de diagnóstico con mayor frecuencia son la anemia con leucocitosis, eosinofilia e hipergammaglobulinemia, aunque se señalan por algunos autores,^{1,8} presencia de antiglobulinas calientes de títulos altos de isohemoaglutininas y de anticuerpos precipitantes de los grupos sanguíneos A y B y/o contra las larvas, así como que la prueba del látex es positiva en la mitad del total de los casos estudiados y la prueba intradérmica con antígeno de toxocara suele ser positiva, debemos señalar que la laparoscopia con la biopsia hepática es la investigación más efectiva y que hace, el diagnóstico de certeza en los casos de infestación hepática. El diagnóstico de la infestación ocular generalmente se hace durante las autopsias⁶ o en el estudio del material quirúrgico.

El pronóstico en las invasiones limitadas de larva migrans visceral es buena, excepto si las larvas quedan englobadas y detenidas cuando emigraban ectópicamente a través del cerebro o del ojo; también el pronóstico es grave en las infestaciones extensas.

Presentación del caso

H.C. 681195 (hospital pediátrico docente "Pedro Borrás Astorga"); primer ingreso el 26-9-79.

Paciente de 8 años de edad, del sexo masculino, color de la piel blanca, procedente del municipio San Nicolás de Bari, provincia La Habana, A.P.P. parto distócico con fórceps, llanto demorado, maniobras de resucitación. Bronquitis a los 2 años. D.S.M. normal. M.I. edemas en miembros inferiores y fiebre. H.E.A. Paciente de 8 años de edad que desde 4 días antes del ingreso presenta vómitos 4 veces al día, con epigastralgia y fiebre de 38°C, es tratado sintomáticamente en su área de salud; mejoran los vómitos y persiste la fiebre, apareciendo además, aumento de volumen de los miembros inferiores y labios.

Examen físico: en el abdomen se detecta hepatomegalia de 1½ cm, lisa, dolorosa. El bazo es percutable. Aumento de volumen de ambos pies y labios.

Se interpretó el cuadro como una alergia medicamentosa y fue tratado en consecuencia. Se le indicó Rx de tórax, hemocultivo seriado, hemograma, coprocultivo y urocultivo seriado y estudio del L.C.R.; solamente fue positivo el hemograma, donde se observó una leucocitosis con desviación a la izquierda por persistir la fiebre y aumentar la leucocitosis; se aplicó tratamiento con gentamicina y cloranfenicol. Debemos señalar que la hepatomegalia fue aumentando en este período; no

obstante, a los 17 días de su ingreso y luego del tratamiento anterior, hubo mejoría clínica, pero persistió la febrícula y gran leucocitosis, apareció una eosinofilia de 80 que hacía sospechar clínicamente la posibilidad de una larva migrans visceral o una Fasciola hepática, por lo que se le indica una laparoscopia, que se realiza tres días después, en la cual se diagnostica una larva migrans abcedada. Debemos señalar que la prueba de Látex fue negativa, pero en la electroforesis de proteínas se encontró una hipergammaglobulinemia.

Una vez realizado el diagnóstico se comienza tratamiento con tetraciclina (50 mg x kg x d) y tiabendazol (50 mg x kg x d), durante tres días, con lo cual mejora algo su cuadro clínico humoral. A los 36 días después de la laparoscopia se indica una evolutiva, la cual informa lo mismo que la anterior; pero esta vez se toma biopsia que establece el diagnóstico microscópico de larva migrans visceral.

Se decide, dado que no había mejoría de las lesiones, comenzar de nuevo con el tiabendazol, esta vez por 10 días, agregándole prednisona (1 mg x kg x d); después de este tratamiento hay mejoría franca del paciente, desaparece la fiebre, regresa la hepatomegalia, mejoran grandemente las cifras del leucograma y se decide darle de alta al paciente para atenderlo por consulta externa.

Evolutivamente, por consulta externa, hasta el momento en que se escribe el presente trabajo, el niño está asintomático.

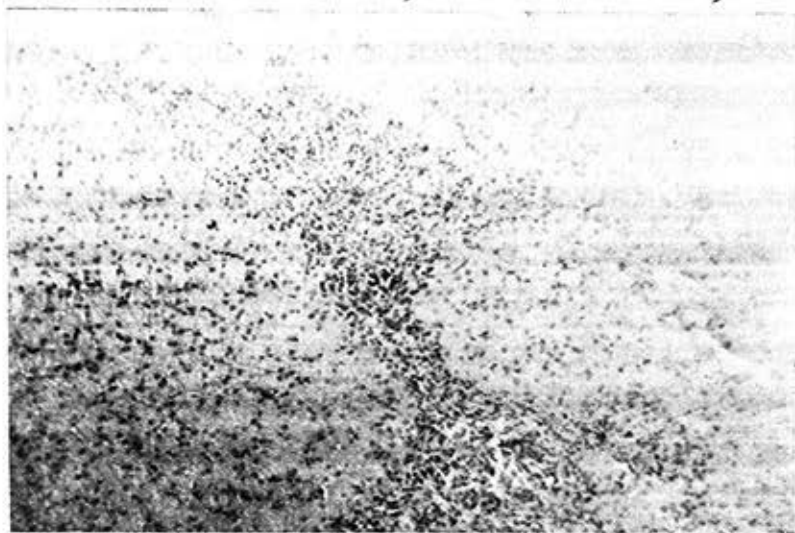


Figura 1. Microfotografía a menor aumento de un corte de hígado, donde se observa un espacio porta con infiltrado inflamatorio reaccional característico.

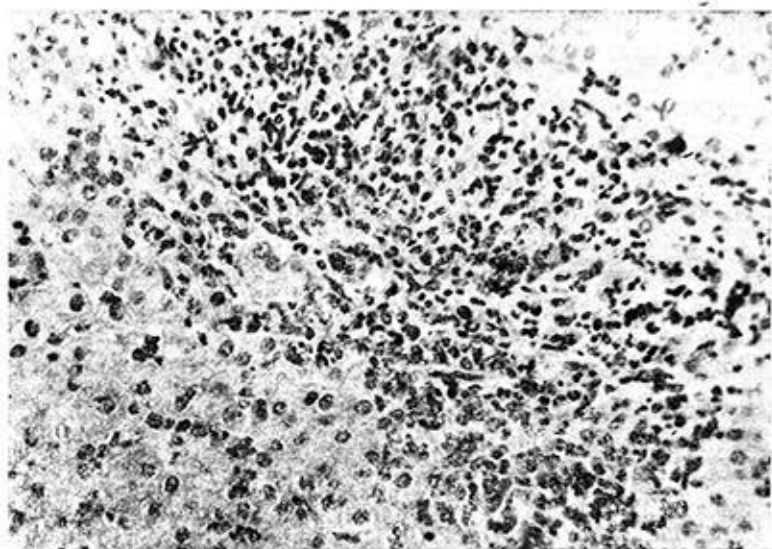


Figura 2. Microfotografía a mayor aumento del corte anterior.

COMENTARIOS

Como hemos podido observar, en el caso que hemos presentado se trata de un paciente que tiene larva migrans visceral con afectación hepática, a quien se le realizó el diagnóstico de certeza mediante la imagen laparoscópica y en el que apareció la enfermedad con fiebre, leucocitosis, hipergammaglobulinemia y una hepatomegalia dolorosa. En sus inicios y en la evolución clínica en la sala, el cuadro infeccioso bacteriano hizo que las investigaciones y el tratamiento se dirigieran a combatir ésta y sólo después de haber mejorado el estado séptico por persistir los síntomas y signos señalados anteriormente, y aparecer una gran eosinofilia, nos hicieron pensar en la posibilidad de esta entidad.

El tratamiento con el tiabendazol oral, luego de 2 ciclos, permitió que el pa-

ciente fuera dado de alta de nuestro centro hospitalario con una regresión completa de los parámetros clínicos y humorales.

Es de destacar que a pesar de no ser esta enfermedad de gran frecuencia en nuestro medio y de ser susceptible a asociarse (con o en el caso que presentamos), de complicaciones infecciosas que pueden enmascarar el cuadro clínico, la observación de antecedentes de contactos con perros y gatos, la fiebre y hepatomegalia, así como las manifestaciones humorales deben poner en guardia al médico y pensar en esta entidad, siendo este el objetivo de nuestro trabajo.

El tratamiento con el tiabendazol nos fue eficaz en este caso igual que lo señalado por otros autores,² aunque carecemos de una experiencia importante para recomendarlo.

SUMMARY

Arencibia Pérez, J. M. et al. *Visceral Larva migrans*. Rev Cub Ped 53: 5, 1981.

A case of a patient (a scholar) affected by visceral *Larva migrans*, by *Toxocara cati* is presented. Disease etiopathologic features are commented; and diagnosis, frequency, and treatment are emphasized; infectious complication is pointed out and world literature is reviewed.

RESUME

Arencibia Pérez, J. M. et al. *Larva migrans viscérale*. Rev Cub Ped 53: 5, 1981.

Il s'agit d'un patient —un scolaire— porteur de *larva migrans viscérale* par *Toxocara cati*. Les aspects étiolo-épidémiologiques de la maladie sont commentés, en mettant l'accent sur le diagnostic, la fréquence et le traitement; on signale la complication infectieuse de la maladie. La littérature médicale mondiale concernant ce sujet est revue.

РЕЗЮМЕ

Аренсибия Перез, Х.М. и др. *Larva Migrans visceral*. Rev Cub Ped 53: 5, 1981.

В настоящей работе представляется случай одного пациента — школьника — поражённого *Larva migrans visceral*, вызванного *Toxocara cati*. В работе комментируются этноэпидемиологические аспекты заболевания и уделяется специальное внимание диагнозу, частоте и его лечению. Указывается инфекционное поражение этого заболевание и проводится обзор международной медицинской литературы.

BIBLIOGRAFIA

1. Rodriguez de la Vega, A.; F. Zamora Ubieta. Larva Migrans visceral. Presentación de un caso. Rev Cub Med 8: 1, 1969.
2. Waldo, H. E. y otros. Tratado de Pediatría. T. I, p. 729. 6 ed. España, Salvat, 1975.
3. Hunter, M. Manual de Medicina Tropical. T. I, p. 319 México, Prensa Médica Mexicana, 1946.
4. Bastin, F. y otros. Enfermedades infecciosas y parasitarias. T. I, p. 221. Barcelona, Expars, 1973.
5. Bockus, H. L. Tratado de gastroenterología. T. III, p. 71. Barcelona, Salvat, 1978.
6. Hogan, M. J. y otros. Larva Migrans Visceral y retinitis periperal. JAMA 194: 1345, 1965.
7. Waldo, E. Nelson. Tratado de Pediatría. T. II, p. 950. 6 ed. España, Salvat, 1975.
8. Huntley, C. C. et al. Anti y globulin factors in visceral larva migrans. JAMA 197: 352, 1966.

Recibido: marzo 16, 1981.

Aprobado: abril 16, 1981.

Dr. José Manuel Arencibia Pérez
Hospital Pediátrico "Pedro Borrás Astorga"
Calle F y 27, Vedado,
Ciudad de La Habana.