

## UN CASO DE DERMATITIS REACTIVO ONCOCERCOTICA (SOWDAH) EN LA PROVINCIA DE ESMERALDAS, ECUADOR

Dr. CHARLES MACKENZIE<sup>1</sup>, Dr. RONAL GUDERIAN,  
Dr. ROBERTO PROAÑO<sup>2</sup> y Dr. MARCO HERDOIZA

*Unidad Inmunológica, Instituto de Investigaciones, Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Central del Ecuador Quito-Ecuador, S.A.*

### RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 32 años de edad, procedente de área endémica para oncocercosis; el hallazgo de biopsia de piel 18 meses después de la primera consulta médica revela microfilaria de *Onchocerca* en el área afectada, que se limita a la pierna izquierda, el cuadro se acompañó de hiperpigmentación y edema, característico de la dermatitis reactiva (sowdah) descrita como entidad peculiar del foco Arabigo. La respuesta al corto tratamiento con dietilcarbamaizina y corticosteroides fue satisfactoria (*Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 10: 121, 1985).

Las manifestaciones dérmicas de oncocercosis se presentan con algunas variaciones clínicas de amplio espectro (1), desde un cambio dérmico extensivo (asociado con la destrucción de las microfilarias) hasta una condición moderada poco impresionante (en lo cual frecuentemente hay una densidad alta de las microfilarias en la dermis). Los cambios más severos se encuentran en pacientes en los cuales hay una muerte activa de las microfilarias en la dermis, y frecuentemente esas lesiones dérmicas reactivas están limitadas a una área anatómica particular del cuerpo, por ejemplo, una pierna o un brazo. También las lesiones están manifiestas como dermatitis localizada.

La primera descripción de esta forma de

dermatitis oncocercótica fue hecho en el país de Yemen (2, 3), en la cual la hiperpigmentación que acompaña al cuadro contribuyó para denominarla como "sowdah" (palabra árabe para oscuro o negro). Esta manifestación de oncocercosis ha sido reportado en algunos países incluyendo Sudán (4), Camerun (5), y Guatemala (6). Aquí presentamos un caso de oncocercosis en la provincia de Esmeraldas acompañado de los rasgos de una dermatitis reactiva oncocercótica.

### PRESENTACION DEL CASO

Paciente femenina negra, de 32 años de edad. Nació en el pueblo San Miguel, Río Ca-

1. *Wolfson Tropical Pathology Unit; London School of Hygiene & Tropical Medicine; Keppel Street, London WC1E 7HT.*

2. *Departamentos de Oftalmología & Patología Clínica; Hospital Vozandes; Quito, Ecuador, S.A.*

yapas, provincia de Esmeraldas, (actualmente una zona hiperendémica para oncocercosis) y se ha radicado allí por 20 años. Durante los últimos años de su habitación en San Miguel, ella notó un prurito intenso asociado con una erupción papular y un comienzo de "hinchazón" de los tejidos dérmicos limitado a la pierna izquierda. Después, la paciente se trasladó a una zona hipoendémica para oncocercosis (Trinidad, Río Cayapas), en el cual los cambios en la pierna izquierda empeoraban y la hiperpigmentación de la piel se hizo presente en el sitio afectado. Hace 2 años ella buscó atención médica pero nunca se llegó a un diagnóstico definitivo. En esta época resultó negativa la biopsia de la piel para microfilaria de **Oncho-**

**cerca volvulus**. Sin embargo cuando la biopsia fue obtenida luego de 18 meses, se encontró microfilaria de oncocercosis (1 mf/mg) en el área afectada. En este momento se presentó también con una linfadenopatía femoral e inguinal, no dolorosa. Las lesiones dérmicas en el área afectada se presentaron con grandes maculopapulas rodeadas de hiperpigmentación, lo cual cubrió toda el área (Fig. 1). La piel tenía una apariencia y se sentía como una costra dura, edematosa. La epidermis apareció hipertrófica y en algunas áreas había una infección secundaria de las "máculo-papulas", particularmente donde el vestido siempre estaba en contacto con la piel.

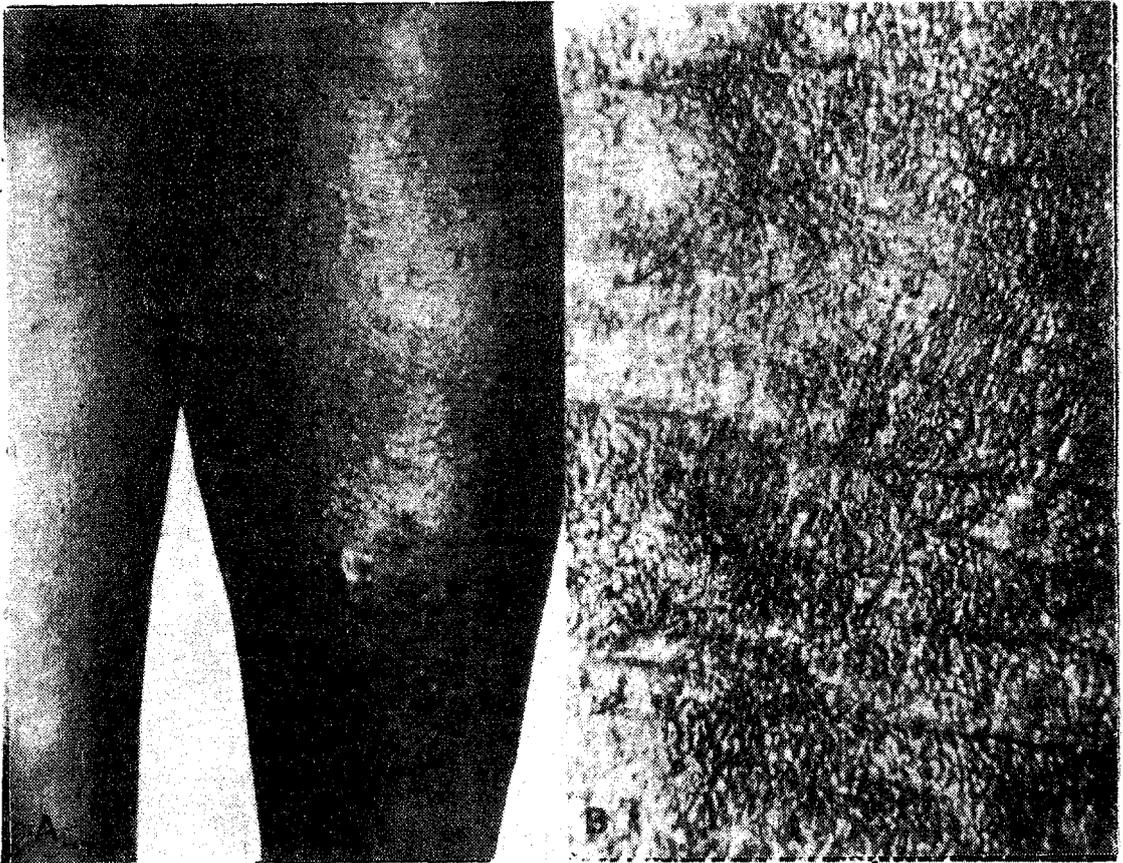


Figura 1.—A. El miembro inferior afectado, mostrando el edema, hiperpigmentación y los cambios por la presencia de las maculopápulas. B. Con mayor aumento los cambios dérmicos, áreas de hiperpigmentación asociada con los máculo-pápular.

Estudios histopatológicos de las biopsias tomados de las lesiones mostraron hiperqueratosis, parakeratosis y acantosis. Había inflamación dérmica en las muestras estudiadas caracterizado por edema, fibrosis, y células inflamatorias. Las células inflamatorias se concentraron alrededor de los vasos. Los plasmocitos fueron más numerosos con la presencia de linfocitos, histiocitos y eosinófilos. No se encontraron microfilarias en las biopsias.

Con el consentimiento de la paciente y una vez que se completó el estudio clínico, decidimos comenzar un tratamiento con una microfilaricida, dietilcarbamazina (DEC) (Hetzran R) y corticoesteroides. La paciente fue administrada con Prednisona (30 mg, 2 veces al día) 4 días antes la administración de DEC, este fue dado al principio en dosis de 25 mg con un aumento diario de 25 mg hasta que estaba tomando 100 mg. diarios. El prurito después de la administración de DEC era tan severa que la paciente voluntariamente terminó el curso terapéutico cuando las dosis diarias habían llegado a 100 mg. A pesar del corto curso de tratamiento se produjo una regresión moderada en la lesión de la pierna. Dos meses después del tratamiento, había una reducción significativa en la "hinchazón" general de la pierna izquierda y los cambios dérmicos fueron menos prominentes. La paciente reportó que el prurito había disminuido hasta un nivel tolerable.

La paciente rehusó a continuar con el tratamiento toda vez que la lesión ahora es tolerable y más que nada, no quería repetir la experiencia de la reacción tan severa que ocurrió durante el tratamiento con DEC.

## DISCUSION

El caso descrito aquí es semejante a los reportados en otros países (2, 3, 4, 5), y representa una de algunas formas de dermatitis vistas en pacientes con oncocercosis. A pesar de que la dermatitis reactiva (sowdah) fue descrita primero como una entidad peculiar al foco Arábigo, es muy evidente que podría existir en cualquier foco oncocercótico, incluyendo

Ecuador

Pacientes con esta forma de la enfermedad constituyen un problema difícil para diagnosticar particularmente a los médicos clínicos no familiarizados con oncocercosis. Esto es debido a que muchas veces las microfilarias no se encuentran en la biopsia de la piel y los pacientes frecuentemente viven en las regiones periféricas del foco oncocercótico, o se ha trasladado de la zona endémica. Los cambios dérmicos podrían ser confundidos con lesiones escabióticas o micóticas. Estos agentes desde luego podrían co-existir con oncocercosis y presentar una dermatitis severa y compuesta.

Infecciones bacterianas secundarias de las lesiones debido a la destrucción de las microfilarias en la dermis superior (i.e. las pápulas), también podría contribuir a la patología severa dérmica. Un diagnóstico definido en estos casos de dermatitis reactiva localizada requiere de una observación clínica muy cuidadosa y muchas veces hay que repetir la biopsia de la piel para llegar a un diagnóstico. Pruebas intradérmicas utilizando los antígenos de *Onchocerca volvulus* han sido realizados en esos pacientes (8), pero debería ser subrayado que antígenos adecuados y seguros todavía no son disponibles.

El tratamiento de los pacientes con oncocercosis se mantiene como un problema clínico mayor debido a las reacciones adversas secundarias de las drogas actualmente disponibles, que podrían causar ceguera (7). Sin embargo, los pacientes con dermatitis reactiva pueden utilizar DEC con relativa seguridad. Estos pacientes generalmente no tienen microfilarias en los tejidos oculares y entonces no están sujetos a la posibilidad de desarrollar patología ocular post tratamiento. Las reacciones a la administración de DEC en estos pacientes, como fue descrito con el caso presentado, generalmente son intensas y desagradables, pero al fin hay efectos beneficiosos.

En conclusión, lo que podemos observar a la luz de este caso es que la infección con

*Onchocerca volvulus* podría producir una dermatitis muy severa, a pesar de haber muy pocas microfilarias detectadas en la piel. Estos pacientes frecuentemente ofrecen un problema clínico difícil para diagnosticar y los dermatólogos deben estar conscientes de esta patología.

7. Mackenzie, C.D., Kron, M.A. Diethylcarbamazine: a review of its action in onchocerciasis, lymphatic filariasis and inflammation. *Tropical Disease Bulletin* 82: 1-37, 1985.

## BIBLIOGRAFIA

1. Mackenzie, C.D., Williams, J.F., Sisley, B.M., Stewar, M.W., O'Day, J. Onchocerciasis: variation in host immune response into the immunopathology. *Reviews of Infectious Diseases* (Supplement). 33: 78-83, 1985
2. Fawday, A.L. Onchocerciasis in South Arabia. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine & Hygiene*. 51: 253-256, 1957.
3. Conner, D.M., Gibson, D.W., Neafie, R.C., Meriglie, B., Buck, A.A. Sowda - onchocerciasis in North Yemen: a clinicopathologic study of 18 patients. *American Journal of Tropical Medicine & Hygiene*. 32: 123-37, 1983.
4. Mackenzie, C.D., Williams, J.F. Variations in the clinical presentation of onchocerciasis and their relationships to host-parasite interaction. *Sudan Medical Journal Supplement* 21: 41-48, 1985.
5. Bartlett, A., Turk, J., Ngu, J.L., Mackenzie, C.D., Fuglsang, H., Anderson, J. Variation in delayed hypersensitivity in dermal onchocerciasis. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine & Hygiene*. 72: 372-377, 1978.
6. Conner, D.H. Pathology of onchocerciasis and main geographic and local characteristics of the disease. *Research and Control of Onchocerciasis in the Western Hemisphere*. Pan American Health Organization Sci. Publ. No. 298: 11-24. 1974.