



## Uveítis Anterior por Filariasis subconjuntival

### Anterior uveitis by subconjunctival filariasis

Mauricio Casillas Villaseñor<sup>1</sup>, José Carlos Moreno Domínguez<sup>2</sup>, Elizabeth Martínez Sierra<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico. Residente de Segundo Año de Oftalmología. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río, Cuba. [mauriciocv89@gmail.com](mailto:mauriciocv89@gmail.com)

<sup>2</sup>Médico. Especialista de Segundo Grado en Oftalmología. Profesor Auxiliar. Centro Oftalmológico Pinar del Río. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río, Cuba. [jocamore@infomed.sld.cu](mailto:jocamore@infomed.sld.cu)

<sup>3</sup>Médica. Residente de Tercer Año de Oftalmología. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río, Cuba. [elitaaa@hotmail.com](mailto:elitaaa@hotmail.com)

**Recibido:** 04 de febrero de 2017  
**Aprobado:** 16 de mayo de 2017

## RESUMEN

**Introducción:** loa loa es una filaria con tropismo por el globo ocular. Es común en África central y occidental y con la migración global se observa en otros países de diversas regiones del mundo.

**Caso Clínico:** se trata de un paciente que cursa con cuadro clínico caracterizado por sintomatología alérgica, dolor y pérdida visual súbita. Al examen oftalmológico se constató la existencia de un cuadro atípico de inflamación uveal anterior y posterior con presencia de un nematodo como posible agente etiológico. Se instauró tratamiento médico y quirúrgico y se realizó estudio anatomo patológico.

**Conclusiones:** posterior al tratamiento médico y quirúrgico se logró la mejoría clínica del caso.

**DeCS:** UVEÍTIS ANTERIOR; FILARIASIS; PARÁSITOS.

## ABSTRACT

**Introduction:** Loa loa is a filaria with tropism by the eyeball. It is common in central and western Africa and with the global migration it is observed in other countries in different regions of the world.

**Clinical case:** a patient with clinical symptoms characterized by allergic symptoms, pain and sudden visual loss. The ophthalmological examination revealed the

existence of an atypical picture of anterior and posterior uveal inflammation with the presence of a nematode as a possible etiological agent. Medical and surgical treatment was instituted and a pathological study was performed.

**Conclusions:** after the medical and surgical treatment a clinical improvement of the case was achieved.

**DeCS:** PREVIOUS UVEITIS; FILARIASIS; PARASITES.

---

## INTRODUCCIÓN

Las filarias o filariidae son un grupo de nematodos (gusanos redondos) que cuenta con más de 200 especies parasitarias de las cuales solamente unas pocas parasitan al hombre. Forman parte de los vermes intestinales de acuerdo a la clasificación de 1735 de Charles Linné.<sup>1</sup> Suelen transferirse mediante la mordedura de vectores artrópodos (habitualmente mosquitos, moscas negras).<sup>2</sup>

Loa loa es una filaria popularmente conocida como el "gusano ocular africano" por su tropismo particular por el globo ocular a diferencia de otro tipo de filarias.<sup>3</sup> Se encuentra característicamente en la población de la región central y occidentales de África.<sup>4</sup>

A nivel mundial, la migración ha contribuido al surgimiento de ciertas enfermedades infecciosas supuestamente establecidas en regiones exclusivas (habitualmente en países en vías de desarrollo).<sup>2</sup> El número de personas que han emigrado desde África (por trabajo o estudio) ha ido en aumento. Según datos de la "Comisión Europea", el número de inmigrantes de ésta área ha aumentado exponencialmente en los últimos años.<sup>5</sup>

Comúnmente éste tipo de casos presentan sintomatología caracterizada por ojo rojo, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño

ocular, prurito y visualización de la filaria en movilidad por el tejido subconjuntival "sin alteración de la agudeza visual".<sup>4,6,7</sup>

Lo atípico de éste caso clínico es lo que motivó la realización de éste artículo de presentación de caso.

---

## PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Una mujer de 26 años de edad originaria de Guinea Ecuatorial, residiendo en Pinar del Río (Cuba) por razones académicas, acude a consulta de oftalmología el día 4 de abril de 2016 presentando cuadro caracterizado por dolor ocular del ojo izquierdo, disminución brusca de la agudeza visual y sensación de cuerpo extraño de 3 días de evolución.

Durante 2 semanas previas estuvo bajo tratamiento con prednisolona colirio al 0.5% (por supuesto cuadro alérgico conjuntival) sin notar mejoría alguna, razón por la que suspendió el medicamento aproximadamente 1 semana antes de su cuadro agudo.

A la exploración ocular con lámpara de hendidura se evidenció cuadro de uveítis anterior caracterizado por reacción ciliar, Tyndall ++ y miosis pupilar. Llama también la atención la presencia de un posible nematodo inmóvil, nacarado y multi-fragmentado subconjuntival en porción supero-temporal del ojo izquierdo de aproximadamente 4 cm de longitud sumando el total de los fragmentos (Imágenes 1 y 2).

Se realiza toma de agudeza visual evidenciándose la disminución de la misma en el ojo mencionado (0.7 o 20/30 mientras en el ojo derecho presentaba 1.0 o 20/20). Al fondo de ojo no se evidenció cambio alguno de importancia.

Refiere la paciente que previo a su arribo al país (aproximadamente 1 mes antes)

mantuvo tratamiento con ivermectina tabletas.

Con lo anterior se decide iniciar tratamiento antiinflamatorio esteroideo tópico (prednisolona colirio 0.5%) y sistémico (prednisona 20 mg) sumado a midriático cicloplejico (homatropina colirio 2%) previo a la intervención quirúrgica para extirpación del supuesto nematodo subconjuntival.

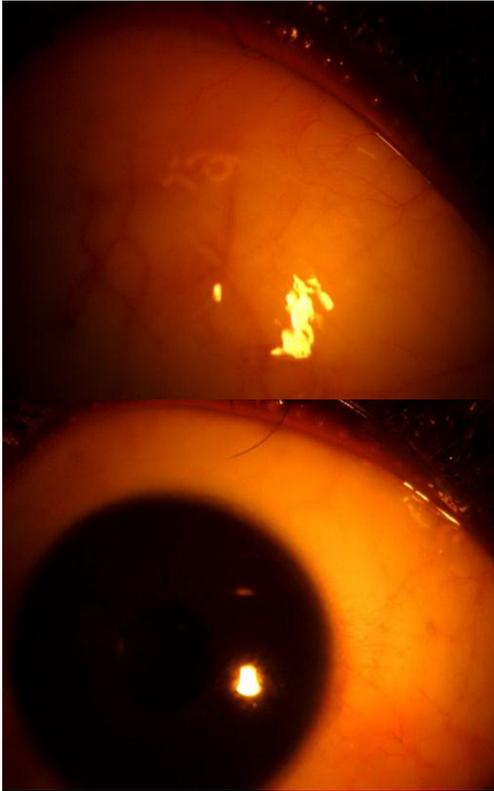


Imagen 1

Por cuestiones ajenas a la atención hospitalaria o el interés de la paciente el procedimiento operatorio no puede realizarse sino hasta 18 días después (21 de abril de 2016), tiempo en el cual persiste el cuadro inflamatorio ocular izquierdo, pero con una disminución aún mayor de la agudeza visual (0.5 o 20/40). Se realiza la exéresis del parásito satisfactoriamente, enviándose la muestra del mismo para su estudio e identificación al laboratorio hospitalario (Imágenes 3, 4 y 5).



Imagen 2



Imagen 3



Imagen 4

Se mantiene a la paciente en estrecha vigilancia y control postoperatorio. Al completar 1 mes posterior a la cirugía presenta mejoría de su cuadro inicial al ya no haber más dolor ocular izquierdo, mejorar la agudeza visual hasta alcanzar 1.0 o 20/20 y al evidenciarse descenso en inflamación ocular (desaparición de la

reacción e hiperemia ciliar, aclaramiento del humor acuoso, pupilas normorreflectivas).

Tomando lo anterior en cuenta es que se decide la alta médica de la paciente con cita abierta a atención de emergencias oftálmicas en caso de presentarse cualquier alteración ocular.

Aproximadamente 2 meses después de la intervención quirúrgica la paciente acude nuevamente por presentar disminución de la agudeza visual del ojo izquierdo de manera súbita (0.3 o 20/60) sin otras asociaciones oculares o sistémicas al cuadro. Escotoma central con rejilla de Amsler.

A la exploración oftalmológica izquierda no se evidencia ninguna alteración de importancia en la biomicroscopía en lámpara de hendidura; sin embargo, si se evidencia a la oftalmoscopia directa edema en región macular difuso (Imagen 6).



Imagen 5

Se reinstala tratamiento antiinflamatorio no esteroideo (Diclofenan de sodio) y midriático ciclopléjico por la presencia de celularidad y se mantiene en vigilancia estrecha durante las siguientes semanas, durante las cuales se puede evidenciar mejoría clínica del cuadro, alcanzando nuevamente la visión izquierda de 1.0 o 20/20.

Finalmente se solicitó a su debido tiempo el resultado de laboratorio que nos ayudase a tipificar la filaria extraída; sin embargo, se reportó que no fue posible clasificarla, por lo que se solamente se pudo mantener el diagnóstico presuntivo de filiarisis por Loa loa.

---

## CONCLUSIONES

La migración estudiantil en Cuba mantiene un crecimiento exponencial día a día. Esto expone al personal de diversas áreas de salud a encontrarse casos atípicos para la región geográfica. Comúnmente en éstos pacientes se dificulta el diagnóstico y llegan inclusive a pasar inadvertidos hasta pasado el tiempo.<sup>8</sup>

Loa loa tiene tropismo por el globo ocular, normalmente cursando con sintomatología típica similar a cuadro alérgico ocular sumándosele la visualización de la filaria subconjuntival.<sup>4, 6, 9</sup>

Uno de los pilares del tratamiento de la loasis es el uso de ivermectina (tratamiento que la paciente estuvo consumiendo previo a acudir a la consulta oftalmológica), razón por la cual la filaria se encontró en fase de degradación y fragmentación, sin embargo existen otras opciones de tratamiento como lo es la exeresis del nematodo siempre y cuando éste sea superficial y de fácil acceso para el cirujano oftalmólogo.<sup>10</sup>

Se tomó la consideración que la degradación del nematodo fuese el agente causal de la presentación atípica del cuadro caracterizada por disminución de la agudeza visual brusca, dolor ocular e inflamación del tracto uveal anterior y posterior.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hierro González A, Hano Gardía OM, González Fabián L. Comportamiento clínico, epidemiológico y microbiológico de las filarías en la población de Mouila en Gabón. Revista Cubana de Medicina Tropical [Internet]. 2013 [citado 2013 may 30]; 65(3): [Aprox.10p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol65\\_3\\_13/mtr04313.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol65_3_13/mtr04313.htm)
2. Otranto D, Eberbard M. Zoonotic helminths affecting the human eye. Parasites & Vectors [Internet]. 2011 [citado 2011 may 23] ; 4(41). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3071329>
3. Magalhães Passos R, Pelegrini Barbosa C, De Souza Almeida J, Maerschner Ogawa G, Aranha Camargo LM. Subconjunctival Loa loa worm: first case report in Brazil. Arq Bras Oftalmol [Internet]. 2012 Jan / Feb [citado 2011 sep 14] ; 75(1):[ Aprox.3p.]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27492012000100015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492012000100015)
4. Gómez Martínez N, Primelles Hernández R, Pérez González H, Tipantasig Chimborazo W. Filariasis. Rev. Ciencias Médicas [Internet]. 2015 [Citado 2015 ene 29];19(1):[Aprox.5p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942015000100018](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000100018)
5. Vilajeliu Balagué A, Delas HerasPrat P, Ortiz- Barreda G, Pinazo Delgado MJ, Gascón Brustenga J, Bardají Alonso A. Parasitosis importadas en la población inmigrante en España. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2014 [Citado 2014 may 10] ;88(6):[Aprox.19p.] [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272014000600010&script=sci\\_abstract&lng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272014000600010&script=sci_abstract&lng=es)
6. Antinori S, Schifanella L, Million M, Galimberti L, Ferraris L, Mandia L, et al. Imported Loa loa filariasis: three cases and a review of cases imported in non-epidemic countries in the past 25 years. International

Journal of Infectious Diseases [Internet] 2012 [citado 2012 jul 10] ;16(9) : [Aprox.13p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971212011757>

7. Omolase CO, Adedosu AN, Omolaes BO, Sotiloye OA, Omolade EO, et al. Ocular Loiasis in a Nigerian Female Adult. Int J Ophthalmic Pahol [Intenet] 2013 [citado 2013 may]; 2(4). Disponible en: [https://www.scitechnol.com/abstract.php?abstract\\_id=1701](https://www.scitechnol.com/abstract.php?abstract_id=1701)

8. Vargas Herrera J, Arróspide Velasco N, Gutierrez González S, Celis Salinas JC, Huamaní Solano D. Reporte de cuatro casos clínicos de filarías en Alto Nanay, Loreto. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública, Lima [Internet] 2013 [citado 2013 jul]; 30(3):[Aprox.5p.]. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=97237&id\\_seccion=2131&id\\_ejemplar=9497&id\\_revista=132](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=97237&id_seccion=2131&id_ejemplar=9497&id_revista=132)

9. Thandre N Gopinath, K P Lakshmi, P C Shaji, P C Rajalakshmi. Periorbital dirofilariasis—Clinical and imaging findings: Live worm on ultrasound. Indian J Ophthalmol [nternet]. 2013 [citado 2013 Jun]; 61(6): [Aprox.3p.] .Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23803483>

10. Wiwanitkit S, Wiwanitkit V. Periorbital dirofilariasis. Indian J Ophthalmol [Internet]. 2014 [citado 2014 Jan]; 62(1):94. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3955078>



**Mauricio Casillas Villaseñor:**  
Médico. Residente de Segundo Año de Oftalmología. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río, Cuba.  
***Si usted desea contactar con el autor principal de la investigación hágalo [aquí](#)***