

Incidentaloma en atención primaria

Incidentaloma in primary health care

**Yolanda Gómez López, Mónica Sorribas Morlán, Rafael Hernandez Silva,
Maria Antonia Nigorra Vich, Cristina Guerra Feo, Salvador Gastoso Gayà**

Centro de atención primaria Son Pisà

Correspondencia

Yolanda Gómez López
Centro de atención primaria Son Pisà.
Carrer de Vicenç Joan i Rosselló, 65 · 07011 - Palma de Mallorca
Tel.: 685 573 934 – E-mail: yglmch@gmail.com

Recibido: 3 - I - 2018

Aceptado: 30 - III - 2018

doi: 10.3306/MEDICINABALEAR.32.02.50

Resumen

Presentamos el caso de un hombre de 39 años de Mali, que consultó por una Gonalgia izquierda y por una masa dura en la parte externa del tercio inferior del muslo. Hay una importante barrera del lenguaje.

El examen de la rodilla fue anodino con la integridad de todas las estructuras ligamentosas y meniscales y la atención se centró en la palpación de un tumor duro, plano y redondeado a nivel del tercio inferior y la cara externa del muslo izquierdo.

Se refiere a haber sido tratado en la sala de emergencias del hospital hace unos meses por un accidente con contusión en la misma pierna.

Revisamos la radiología realizada en el hospital donde se observó una imagen calcificada en espiral en el área correspondiente a la lesión palpable, que sería compatible con una forma adulta del nematodo calcificado *Dracunculus medinensis*.

Palabras clave: *Dracunculus medinensis*, gusano de guinea, gonalgia.

Abstract

We present the case of a 39-year-old man from Mali, who consulted for a left Gonalgia and for a hard mass on the outside of the lower third of the thigh. There is an important language barrier.

The examination of the knee was anodyne with integrity of all the ligamentous and meniscal structures and attention was focused on the palpation of a hard, flat and rounded tumor at the level of the lower third and outer face of the left thigh.

He refers to having been treated in the hospital emergency room a few months ago for an accident with contusion on the same leg.

We reviewed the radiology done at the hospital where a spiral calcified image was seen in the area corresponding to the palpable lesion, which would be compatible with an adult form of the calcified nematode *Dracunculus medinensis*.

Keywords: *Dracunculus medinensis*, guinea-worm, gonalgia.

Descripción del caso

Se trata de un varón de 39 años, natural de Mali, que reside en España desde 1999, y que presenta una importante barrera idiomática. Viene a nuestra consulta de atención primaria en el centro de salud Son Pisà, sito en Palma de Mallorca, con cita programada.

Como único antecedente de interés consta en su historia hepatitis B curada. Consulta por gonalgia izquierda y porque a la palpación se nota una tumoración dura en la cara externa del tercio inferior del muslo. Comenta que hace unos meses tuvo un accidente de tráfico, fue atendido en urgencias hospitalarias donde realizaron una radiografía de la rodilla afectada, fue dado de alta con tratamiento antiinflamatorio.

A la exploración, el paciente presentaba constantes normales, la exploración de ambas rodillas era normal con integridad de todas las estructuras ligamentosas y meniscales, se palpaba una tumoración redondeada, plana y de consistencia dura de unos 2-3 centímetros de diámetro mayor.

Revisamos la radiografía de la rodilla izquierda realizada en su visita a urgencias, y comprobamos que se visualiza una imagen de densidad calcio, en forma de espiral en tercio inferior de cara externa del muslo izquierdo (**Figura 1**)

Figura 1: Radiografía de rodilla izquierda con imagen calcificada espiroidea.

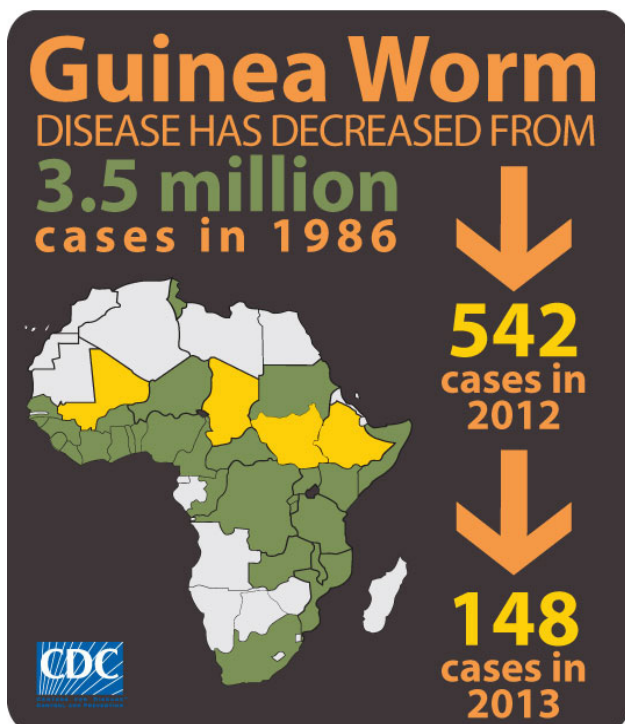


Discusión

La Dracunculosis es una enfermedad provocada por un nematodo parásito del hombre llamado *Dracunculus medinensis* o gusano de Medina o Guinea. La enfermedad se contrae al ingerir agua contaminada con copépodos (pulgas de agua) infectadas.

Concretamente en Mali se la conoce como “la enfermedad de granero vacío”, ya que, aunque no es letal, el pico del periodo de infección suele coincidir con la temporada agrícola y los síntomas impiden a los afectados realizar una vida normal, por lo que no recogen las cosechas y los graneros quedan vacíos.

Figura 2: Cambios epidemiológicos de la Dracunculosis.



La distribución geográfica del parásito comprendía regiones de África, Asia y América, pero las campañas mundiales de erradicación iniciadas en la década de los 80 por la Organización Mundial de la Salud, ha reducido su presencia a 4 países: Chad, Etiopía, Malí y Sudán del Sur (Figura 2).

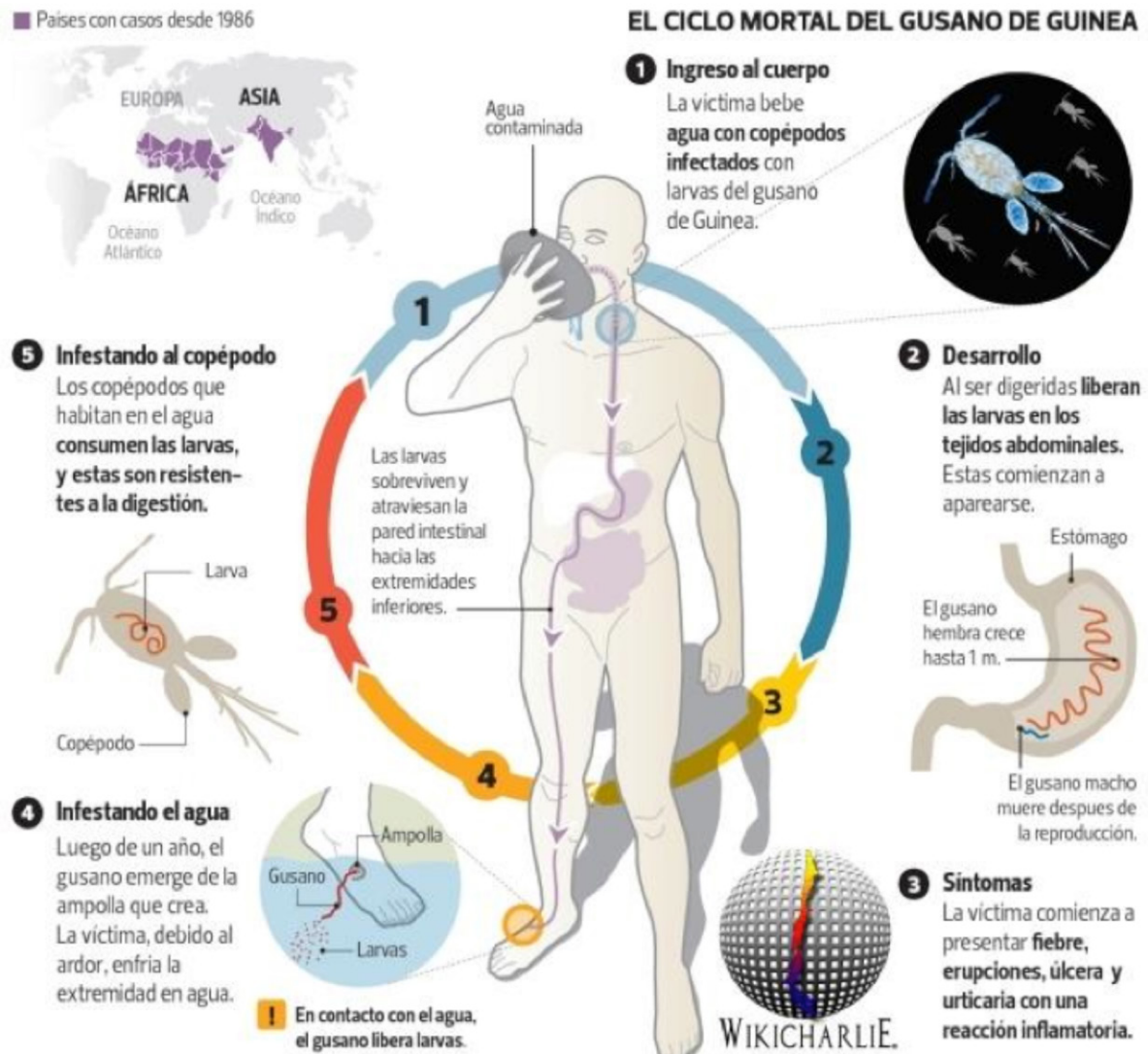
El ciclo vital (Figura 3) tiene lugar cuando los copépodos, que viven en aguas estancadas, ingieren larvas del parásito, el hombre bebe agua contaminada y las larvas son liberadas en el intestino, penetran la mucosa y migran a través de la vía linfática, hasta llegar al tejido peritoneal donde maduran y se aparean, luego viajan por el tejido conectivo subcutáneo, por lo general de piernas y pies. Aquí la hembra grávida adulta penetra en la dermis con la consecuente aparición de reacción inflamatoria y formación de una vesícula muy dolorosa, por donde emerge el nematodo y el dolor por esta lesión dérmica se alivia al sumergirla en agua. Pasados unos 3-5 días las vesículas se rompen y emerge hasta 5 centímetros del parásito (Figura 4), esta salida es dolorosa y puede prolongarse hasta 6 semanas. La media de longitud el nematodo es de un metro - metro y medio.

La dracunculosis tiene un período de incubación de 9 a 14 meses, después en un 60% de los casos aparece una vesícula, previamente a la aparición de estas lesiones los pacientes pueden experimentar una reacción alérgica sistémica que dura 24 horas: rash urticariano generalizado, eritema, edema angioneurótico, prurito, fiebre, sibilancias, náuseas y vómitos, que ceden de manera progresiva.

Para acelerar la expulsión, se puede enrollar el parásito en un trozo de madera y traccionar cada día unos centímetros.

La enfermedad puede dar complicaciones, las más frecuentes son las infecciones bacterianas secundarias, que pueden cursar con abscesos, úlceras crónicas, celulitis,

Figura 3: Ciclo vital de *Dracunculus medinensis*.



necrosis local y ocasionalmente septicemia. La infección secundaria por tétanos es la más grave y puede ser letal. Como secuelas destacan: artritis séptica, sinovitis, anquilosis fibrosa y contractura de los tendones.

Se diagnostica fundamentalmente por la clínica y reconocimiento de la forma adulta del parásito emergiendo de una úlcera en miembros inferiores, también en frotis del líquido que drenan las úlceras. Pruebas inmunológicas como la inmunofluorescencia indirecta puede ser útil, pero no se utilizan. Los rayos X pueden detectar formas calcificadas del parásito.

La serología no es lo suficientemente específica.

El diagnóstico diferencial ha de hacerse con el ántrax, celulitis profunda, goma, oncocercosis, miositis focal aguda y periostitis.

Figura 4: Salida del gusano por úlcera cutánea.



Se recomienda sumergir diariamente (unos 30 min) la extremidad afectada en agua limpia con el fin de vaciar de larvas el útero del gusano hembra, hasta que desaparezcan y estirar suavemente del extremo del verme, que está saliendo del cuerpo, y enrollarlo en un fragmento de madera, unos cuantos centímetros cada día. Suelen requerirse unos 15 días como promedio para extraer el parásito por completo.

Juicio clínico

En el caso que presentamos, nuestro paciente no relataba la clínica típica de la infección por *Dracunculus medinensis*, tampoco recordaba si había sufrido los síntomas mientras vivía en Mali, puede que contrajera la enfermedad en la infancia y quedara una forma adulta hembra en el tejido conectivo subcutáneo, que con el

paso del tiempo se calcificó. Creemos que se trata de una hembra por el tamaño, ya que los machos suelen ser de unos 2 cm.

Es cierto que, para tener un diagnóstico definitivo, se debería extirpar la lesión y hacer a un análisis anatómico-patológico, pero teniendo en cuenta la benignidad del proceso y que no cambia el pronóstico ni la actitud terapéutica, no se realizó finalmente. Nos ceñimos a las características epidemiológicas del paciente y de la imagen radiológica de la lesión para establecer el diagnóstico.

Cabe mencionar que, según la OMS, la dracunculosis es una enfermedad a punto de ser erradicada, en el año 2016 se registraron tan sólo 25 casos en el mundo, pero no por ello debemos olvidarla a la hora de hacer diagnóstico diferencial.

Bibliografía

1. Programa de la biblioteca digital Greenstones [Internet]. Cuba. Microbiología y Parasitología Médicas. Tomo III, Capítulo 105. Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library>
2. Organización mundial de la salud [Internet]. Ginebra; 2017 [actualizado en enero de 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs359/es>
3. Nutman TB, Weller PF. Filariasis e infecciones relacionadas. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, editores. Harrison principios de Medicina Interna. Vol 2. 18a ed. Nueva York: McGraw-Hill; 2012
4. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, Volume 11, Issue 53, April 2014, Pages 3129-41