

¿Hay gnathostomiasis en Colombia? Reflexiones a partir de un posible caso importado a la Argentina

Hemos leído con interés el artículo de Orduna y col.¹, sobre un caso importado de gnathostomiasis diagnosticado en Buenos Aires, Argentina, que tenía como antecedente haber realizado 20 días atrás un viaje a "varias ciudades de la costa caribeña de Colombia". Al respecto quisiéramos hacer algunas consideraciones y complementar, especialmente desde la perspectiva epidemiológica, de salud pública y de medicina del viajero las implicaciones de dicho reporte.

Concordamos en que el diagnóstico de esta zoonosis parasitaria transmitida por alimentos incluye la tríada de la eosinofilia, lesiones migratorias y una clara exposición en zonas de riesgo. Dicho riesgo de exposición incluye el vivir o viajar a zona endémica y consumo de alimentos que potencialmente contengan las formas larvianas del parásito (incluido pescado crudo)². Sin embargo, es de hacer notar que clínicamente los principales diagnósticos diferenciales incluyen a la angiostrongiliasis, la trichinosis y el síndrome de larva migrans cutánea². En ese sentido lo que más nos llama la atención del caso reportado en Buenos Aires es que el paciente haya probablemente adquirido la infección en Colombia.

La gnathostomiasis no se considera endémica en Colombia, formalmente hablando. En América Latina se consideran endémicos México, Ecuador y Perú². Aun cuando, ciertamente, en otros países de la región como Brasil y Argentina se han reportado algunos casos previamente^{3,4}. En Colombia solo se ha informado previamente un caso en el cual se diagnosticó la enfermedad en un agricultor de Antioquía (departamento del noroeste con costas en el mar Caribe) que había hecho un paseo en río en el municipio de Unguía (departamento de Chocó), que tiene costas en el golfo de Urabá (mar Caribe) y es fronterizo con la Comarca Emberá-Wounaan y la Provincia de Darién de Panamá⁵. Aparte de ello no hay otros reportes en la literatura sobre estudios o casos adicionales de gnathostomiasis en Colombia. Tanto en el caso diagnosticado en Colombia⁵, como en el recientemente diagnosticado en la Argentina, procedente de nuestro país¹, el diagnóstico es solo presuntivo o probable, pero no confirmado. En ninguno de los dos se aisló e identificó la larva a partir de muestras de las lesiones (lo cual es difícil, impráctico y no se suele emplear), ni se realizaron técnicas serológicas como la ELISA o el inmunoblot para detectar la banda específica de 24-kDa^{1,2}. Debe mencionarse además, que ya se está trabajando en el

desarrollo de nuevos antígenos recombinantes con el uso de técnicas de biología molecular⁶, que ayudarán a mejorar su diagnóstico etiológico.

Por todo ello nos surge la inquietud sobre la posible transmisión de *Gnathostoma spp.* en Colombia. ¿Podríamos decir que existe, o más aún, que es endémico en Colombia? Con la excepción de los estados de Tamaulipas (fronterizo con EE.UU.), Veracruz y Tabasco, de México, y los casos informados de Colombia^{1,5}, no existen otras áreas en el mar Caribe donde se hayan reportado casos de gnathostomiasis. Sin embargo, por su importancia epidemiológica, e incluso por la posibilidad de hacer estudios serológicos, hubiese sido de gran importancia precisar las zonas del Caribe colombiano donde estuvo el paciente diagnosticado en la Argentina. Los departamentos de Colombia con costa o en el mar Caribe incluyen: Antioquia, Atlántico, Bolívar, César, Córdoba, La Guajira, Magdalena, San Andrés y Providencia, y Sucre. En esta región se incluyen ciudades de gran atractivo turístico no solo nacional, sino también internacional, como Barranquilla, Cartagena de Indias y Santa Marta, entre otras. Por lo cual la exposición en turistas y viajeros es otro aspecto a tomar en cuenta como consecuencia de este caso y la presente discusión.

Este artículo¹ sirve en todo caso para reflexionar acerca de la posibilidad de ocurrencia de esta enfermedad en el Caribe colombiano y la necesidad de investigar más al respecto para conocer su situación real, así como en la importancia del desarrollo y disponibilidad de pruebas diagnósticas específicas, para esta y otras parasitosis que pueden ser de importancia para la salud pública y la medicina del viajero.

Alfonso J. Rodríguez-Morales, Erika Vanessa
Cárdenas-Giraldo,
Santiago Manrique-Castaño, Dayron Fernando
Martínez-Pulgarín
Grupo y Semillero de Investigación
Salud Pública e Infección.
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad
Tecnológica de Pereira,
Pereira, Risaralda, Colombia
e-mail: arodriguezm@utp.edu.co

1. Orduna TA, Lloveras SC, Echazarreta SE, Garro SL, González GD, Falcone CC. Dermatitis de origen alimentario al regreso de un viaje: gnathostomiasis. *Medicina (B Aires)* 2013; 73: 558-61.
2. Herman JS, Chiodini PL. Gnathostomiasis, another emerging imported disease. *Clin Microbiol Rev* 2009; 22: 484-92.

3. Vargas TJ, Kahler S, Dib C, Cavaliere MB, Jeunon-Sousa MA. Autochthonous gnathostomiasis, Brazil. *Emerg Infect Dis* 2012; 18: 2087-9.
4. Kaminsky CA, De Kaminsky AR, Costantini SE, Abulafia J. Paniculitis nodular migratoria eosinofílica (gnathostomiasis humana). *Med Cutan Ibero Lat Am* 1989; 17: 158-62.
5. Zuluaga AI, Restrepo M, Restrepo M, Mesa A. Paniculitis migratoria con eosinofilia: ¿Primer caso de gnathostomiasis en Colombia? *Acta Med Colomb* 1988; 13: 148-50.
6. Janwan P, Intapan PM, Yamasaki H, et al. Application of recombinant *Gnathostomaspingerum* matrix metalloproteinase-like protein for serodiagnosis of human gnathostomiasis by immunoblotting. *Am J Trop Med Hyg* 2013; 89: 63-7.