

alojan en el tejido celular subcutáneo. Tras 12 meses aproximadamente, las larvas maduran a gusanos adultos, los cuales se aparean y producen microfilarias, completando así el ciclo³. Las primeras microfilarias no aparecen en la piel hasta que han transcurrido de 10 a 15 meses de la infección inicial¹. Éstas se dirigen desde los nódulos hasta el tejido subcutáneo y las estructuras oculares, en los que originan las lesiones características⁴.

La mayoría de las manifestaciones clínicas de la oncocercosis se deben a la respuesta inflamatoria del huésped, originada por la muerte de las microfilarias⁵. La afectación ocular es la complicación más grave, pero la piel es el principal lugar de la infección⁶. Las formas clínicas de la oncodermatitis se dividen en cinco tipos: oncodermatitis papular aguda, crónica, liquenificada, atrófica e hipopigmentada^{1,4}; otras lesiones que pueden aparecer son las adenopatías reactivas, el edema cutáneo y los oncocercomas. Estos últimos son nódulos fibrosos, palpables e indolores que se encuentran en la dermis y tejido celular subcutáneo, y se localizan sobre prominencias óseas⁶.

El diagnóstico de oncocercosis se basa en la observación de las microfilarias en la cámara anterior del ojo o en la piel, o bien de las macrofilarias en las biopsias de los oncocercomas. El tratamiento de elección es la ivermectina por vía oral (150 µg/kg de peso, cada 6-12 meses). La administración debe repetirse de forma periódica, porque la

ivermectina sólo elimina las microfilarias, pero no los gusanos adultos⁴. Recientemente, se ha descrito la posibilidad de conseguir una amicrofilaridemia prolongada asociando doxiciclina (100 mg/día durante 6 semanas) con el objetivo de eliminar la presencia de bacterias del género *Wolbachia*, endosimbiontes necesarias para la fertilidad de las hembras adultas de *O. volvulus*³.

En conclusión, nos parece interesante comunicar este caso, en el que la presencia de prurito, hipopigmentación cutánea, nódulos subcutáneos y eosinofilia en una persona procedente de un área endémica deben plantear el diagnóstico de oncocercosis.

Bibliografía

1. Carrada T. Oncocercosis: dermatosis milenaria y nuevos enfoques. Piel. 2005;20:8-21.
2. WHO. Expert Comité on Onchocerciasis. Onchocerciasis and its control. WHO Tech Rep Ser. 1995;852:1-113.
3. Udall DN. Recent updates on onchocerciasis: diagnosis and treatment. Clin Infect Dis. 2007;44:53-60.
4. Hernández B, Borrego L, Báez B, Martín AM, Hernández B, Pérez JL. Inmigrante con hiperpigmentación unilateral en extremidades inferiores y eosinofilia. Rev Clin Esp. 2003;203:47-9.
5. Burnham G. Onchocerciasis. Lancet. 1998;351:1341-6.
6. Pascual JC, Belinchón I. Nódulos asintomáticos en una mujer de Guinea Ecuatorial. Piel. 2005;20:145-7.

Fe de errores

En el artículo titulado "Panoftalmitis tras el uso de cocaína tópica en paciente VIH+" de Juan Manuel García-Lechuz, Óscar Cuevas, Carol Castellares y Emilio Bouza, publicado en esta revista (Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008;26:254-5) se ha detectado el siguiente error:

- En el apartado "Evolución y diagnóstico", línea 6, donde dice *Streptococcus aureus*, debería decir *Staphylococcus aureus*.