

Cartas

Señor editor

Hemos leído con interés el artículo titulado "Eritema migratorio como presentación clínica de larva migrans cutánea en la ciudad de México" de José Halabe y cols. deseáramos hacer los siguientes comentarios:

1. Las fotos que aparecen en el artículo no son adecuadas y no muestran de ninguna manera las características clínicas de larva migrans. Sin embargo las lesiones que se pueden apreciar en cara y manos más bien parecen corresponder a gnathostomiasis o larva migrans profunda o subcutánea.
2. Llama la atención que la bibliografía que aparece en el artículo no tenga una sola referencia mexicana. Creemos que hubiera sido deseable que los autores consultaran libros de texto escritos por colegas nacionales, o múltiples artículos publicados al respecto escritos por dermatólogos, oftalmólogos y parasitólogos mexicanos.
3. En el Departamento de Dermatología del hospital Gea González, se estudiaron y trataron un total de 31 casos de larva migrans en el año de 1998. En todos existía el antecedente epidemiológico de haber estado en centros vacacionales y en playas y obviamente caminando descalzos o durmiendo sobre la arena sin ropa; ésta es la única forma de adquirir la enfermedad.
4. Por otra parte si el diagnóstico, como bien apuntan los autores es fundamentalmente clínico, nos extraña que no se haya consultado a un dermatólogo que seguramente hubiera afinado esta observación; el padecimiento es autodelimitado y puede durar dos a ocho semanas, rara vez meses, (en algunos de los casos reportados en este artículo la evolución es muy larga (hasta 36 meses).
5. La gnathostomiasis por el contrario, sí se ha observado y diagnosticado con mayor frecuencia en nuestra capital, tanto en nuestra institu-

ción como en la consulta privada, pues el consumo de pescado crudo de la comida mexicana o japonesa es muy abundante. Aclarando que el pescado que se consume deberá ser de agua dulce, pues las especies que están parasitadas son tilapias, mojarra, truchas, etc. O sea que la dermatosis denominada larva migrans siempre se adquiere por contacto cutáneo directo, mientras que la gnathostomiasis siempre será por vía bucal.

6. Al parecer al final del artículo, los autores pretenden agrupar en el mismo canasto a la larva migrans y a la gnathostomiasis, por ello no es válido, puesto que ambas son entidades clínicopatológicas perfectamente individualizadas.

El carácter repetitivo de la gnathostomiasis se explicaría por el hecho comúnmente observado de que el paciente con esta infestación presenta periódicamente grandes placas eritematosas, induras, que pueden que pueden involucionar espontáneamente y después reaparecer por la migración del parásito a otros sitios. Pero sobre todo porque el diagnóstico de esta parasitosis no es fácil incluso para dermatólogos avezados, pues lo primero será pensar en edema angioneurótico o paniculitis que justamente es la impresión que a primera vista dan las fotos que aparecen en el artículo; en cambio, enfatizamos el diagnóstico de larva migrans es muy fácil aún para médicos no dermatólogos.

7. En cuanto al tratamiento estamos de acuerdo que en ambos procesos, tiene buena respuesta al albendazol, aunque tratándose de gnathostomiasis, pueden requerirse dos o tres ciclos. En cambio si la dermatosis corresponde a larva migrans esto no suele suceder y la congelación con nitrógeno líquido en el trayecto es un buen complemento terapéutico.

Atentamente

Dr. Roberto Arenas Guzmán*
Dra. María Teresa Hojyo T.*
Dr. Luciano Domínguez Soto*

* Académico Numerario. Departamento de Dermatología Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Señor Editor

Agradecemos los comentarios hechos por el docto Arenas Guzmán y colaboradores a nuestro trabajo titulado "Eritema migratorio como presentación clínica de larva migrans cutánea en la Ciudad de México", y queremos hacer las siguientes consideraciones a sus líneas.

El propósito de nuestro informe fue el de llamar la atención en la dificultad diagnóstica de larva migrans cutánea entendida como síndrome en penitentes con eritema migratorio en zonas no endémicas; precisamente la mayor parte de ellos (2/3 partes) no tenía el antecedente epidemiológico que los vinculara con una infección específica, tal vez por ello se consideró este diagnóstico. Todos los pacientes fueron inicialmente tratados por otros especialistas, entre ellos varios dermatólogos de diferentes instituciones y que la falta de respuesta al manejo indicado fue la razón que buscaran otra opinión.

Por otra parte queremos puntualizar lo siguiente para fines de definición, la literatura internacional considera al síndrome de larva migrans cutánea como una erupción en la piel causada por larvas reptando a través de la misma. La definición no incluye la especie, la vía de adquisición o el tiempo que tarda en migrar la larva.

El diagnóstico puede realizarse sobre bases clínicas y epidemiológicas y por la respuesta al tratamiento, sin embargo se han informado con frecuencia formas atípicas o difíciles de diagnosticar que incluyen placas eczematosas, placas induras fijas que simulan paniculitis, de lenta migración en la que no es fácil distinguir lesiones reptantes; en este sentido las fotos son representativas. Con la creciente apertura y globalización se han importado especies de animales posiblemente infectadas que pueden traer a nuestro país parásitos endémicos de otros países del mundo, por ejemplo paragonimus en México y Centroamérica.

Finalmente, opinamos que estos fenómenos deben ser visualizados como síndrome de larva migrans cutánea, que podrán ser suficientes y profundas, y aceptar que clínicamente en ocasiones no es tan sencillo por antecedente epidemiológicos inferir un diagnóstico etiológico; además, la naturaleza cambiante de las enfermedades, obliga a aban-

donar los casilleros rígidos, máxime en épocas como la nuestra en que se pierden los límites geográficos, y que la capacidad de diversos parásitos por tener una localización cutánea y migrar dentro de ella justifica su abordaje como síndrome y no como una entidad nosológica específica.

Referencias

1. **Carvajal HL.** Síndrome de larva migrans. *Med Cut I.L.A.* 1982;XI:73-78.
2. **Davies DH, Sakuls P, Keystone SJ.** Creeping eruption. *Arch Dermatol* 1993;129:588-591.
3. **Chaudhry ZA, Longworth LLD.** Cutaneous manifestation of intestinal helminthic infections in dermatologic clinics 1989. Vol.7, No.2 abril 1989:75-290.
4. **Harman, RR.** Larva migrans en: Rook y col. *Tratado de Dermatología.* Cuarta edición. Ediciones Doyma. Barcelona, España Vol. 2, Cap. 26, pag. 1091-1093.
5. **Farah F.** Protozoan and Helminth Infections. In; Fitzpatrick TB, and cols. (eds) *Dematology in general medicine.* New York McGraw-Hill, 4 th. 1993.2769.
6. **Lifshitz-Guins A, Mancilla Jiménez, Ariza-Andraca CR, Ortiz-De Gortari R.** Paragonimiasis,, informe de un caso. *Gac. Med. Méx.* 1981;19:59-63.

Atentamente.

José Halabe Cherem,* Haiko Nellen Hummel,* Iram Jaime Gamiz,* Alberto Lifshitz Guinzberg,* Rafael Morales Cervantes,* Víctor Gallegos Hernández,* José Malagón Rangel*

Señor editor

Leí con interés el ejercicio clínico patológico del número de marzo-abril de 1999 de la Gaceta Médica de México. Me llamó la atención dos términos que se emplean en el mismo:

1. **Biometría hemática.** El clásico término de biometría hemática (bios = vida, metros = medida) es incorrecto en tanto que el estudio no se refiere a la medida de la vida, por lo que debiera abandonarse. El término citometría hemática es el más adecuado para referirse a la medición de las células de la sangre (citos = célula, metros = medida, haema, haematos

* Departamento de Medicina Interna, Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.
Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. José Halabe Cherem, Av. Cuauhtémoc 330 C.P. 6720 Tel. 5-627-69-10.

= sangre). Otro término empleado, el de citología hemática (citos = célula, logos = tratado), es menos incorrecto si bien el de citometría hemática es el que mejor describe al estudio de laboratorio destinado a informar sobre el número y las características de la células sanguíneas.¹

2. El tiempo parcial de tromboplastina también es un error. La parcial es la tromboplastina y no el tiempo. La manera de preparar y activar la tromboplastina para llevar a cabo la prueba de laboratorio es la que se describe como parcial, por lo que la expresión correcta debiera ser tiempo de tromboplastina parcial o tiempo de tromboplastina parcialmente activada -TTPa-.²

Los médicos cometemos muchos errores lingüísticos que a fuerza de repetirse se hacen del dominio público; en revistas médicas estos errores debieran evitarse.

Referencias

1. **Ruiz Argüelles GJ, Ruiz Reyes G.** Interpretación de la citometría hemática. Índices y parámetros eritrocíticos. Diagnóstico de anemia. En Fundamentos de Hematología, 2a. edición. Ruiz Argüelles GJ. Editor Editorial Médica Panamericana. México. 1998, pp.25-35.
2. **Majluf Cruz AS.** Mecanismos hemostáticos. En Fundamentos de hematología, 2a edición. Ruiz Argüelles GJ. Editor. Editorial Médica Panamericana. México. 1998. pp.264-288.

Atentamente

Dr. Guillermo J. Ruiz Argüelles.

Noticias

El 26 de junio próximo-pasado, el Comité Ejecutivo AMERBAC decidió que tengamos una reunión general el sábado 16 de octubre para mantener la línea de comunicación y desarrollo que ha mostrado sus frutos en los dos años de vida de nuestra Asociación.

Lugar y hora: Durango 290. Noveno Piso, de 08:30 a 13:00

Contenido: Presentación y discusión
Las experiencias de editores de revistas biomédicas. Una hora

Las enseñanzas del proyecto Elcano. Dra. Gladys Faba Beaumont. Treinta minutos

Las palabras clave. Veinte minutos
Grupos de discusión sobre "Sugerencias para el desarrollo de AMERBAC"

Cuatro grupos discutirán el tema por separado durante una hora.

Presentarán luego sus conclusiones y recomendaciones. Una hora.

Fe de erratas

En el artículo "Recordando a Luigi Galvani en el bicentenario de su muerte", por un cambio de figuras del autor, apareció en la figura No. 1 en vez de Luigi Galvani, la de Alexandre Volta, por lo que a continuación se reproduce la figura correspondiente a Luigi Galvani.



Fe de erratas

Por este conducto me permito informar a usted que en nuestra Gaceta, me hicieron favor de publicar un caso clinicopatológico (Gac Med Mex 1999;135:407-416.); sin embargo, lamentablemente los autores asociados no aparecen dentro de los créditos correspondientes.

Por lo anterior le suplico que a manera de *fe de errata* sean incluidos los autores en el siguiente orden:

Dr. Rubén Espinosa Montero	Discusor
Dr. Guillermo Ramón García	Patólogo
Dr. Pedro Bazán Santos	Radiólogo
Dr. Pedro Valencia Mayoral	Coordinador

Atentamente

Dr. Pedro Valencia Mayoral*

* *Subdirector de Investigación.* Hospital Infantil de México Federico Gómez Instituto Nacional de Salud. Dr. Márquez No. 162 C.P. 06720 México, D.F.