

# Parasitosis intestinal en paciente inmigrante

Benedito Pérez de Inestrosa T, García Cintas J, Torres Andrés B, Martínez Gómez MDM

Consultorio San Agustín. Almería

Presentamos el caso clínico de una mujer de 23 años de edad, natural de Marruecos, que acude a nuestra consulta por presentar episodios frecuentes de dolor abdominal. No refiere alteraciones del hábito intestinal; deposiciones sin productos patológicos. No prurito ni hematuria.

La paciente reside en España desde hace dos años, convive con dos personas en una casa con luz, agua y alcantarillado, no convive con animales domésticos.

Trabaja en la agricultura.

En la exploración observamos buen estado general y la paciente está bien nutrida. Presión arterial 120/70, peso 65,6 Kg; no adenopatías cervicales. Auscultación cardiaca con tonos rítmicos, no soplos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, no masas ni megalias. Extremidades sin edemas, varices externas en la cara posterior del muslo derecho. No hay datos de filarisis ni micosis. Escara postvacunal de tuberculosis sobre el deltoides izquierdo.

Marcadores de infección de sífilis (anticuerpos totales específicos de *Treponema pallidum* negativos). Marcadores de infección de virus de hepatitis B: HbsAg negativo, HbsAc negativo. VIH negativo.

Estudio microbiológico: parásitos en heces con presencia de *Giardia lamblia*.

Con el diagnóstico de giardiasis intestinal se deriva a la consulta de Medicina Tropical del hospital de referencia, donde pautan tratamiento con tinidazol (2 gramos en dosis única) y solicitan estudio de parásitos en heces a convivientes.

## COMENTARIO

*Giardia lamblia* es el protozoo flagelado más comúnmente identificado en el tracto intestinal y es el parásito intestinal más frecuentemente aislado en todo el mundo. La prevalencia mayor de la infección ocurre en niños de países subdesarrollados. El diagnóstico realizado mediante estudios microscópicos ha mostrado tasas de infección de 2-5 % en

países desarrollados y de 20-30 % en naciones subdesarrolladas. Es uno de los patógenos más prevalentes transmitidos por el agua: en los países en vías de desarrollo alcanza el 20 % (4-43 %) y en los desarrollados el 5 % (3-7 %).

El ciclo vital de *G. lamblia* está compuesto por dos fases: un quiste resistente y un trofozoito activo. Los quistes sobreviven en los alimentos y en el agua; cuando se ingieren, pasan a través del estómago, donde el ambiente ácido ocasiona un fenómeno de desenquistamiento, que finaliza generalmente en el duodeno. Los trofozoitos originados se fijan a la mucosa del duodeno o del yeyuno proximal. La formación de los quistes ocurre en el colon. Se han aislado quistes de *G. lamblia* hasta en 81 % de muestras de agua no potabilizada y hasta en 17 % de muestras de agua filtrada.

El periodo de incubación generalmente es de una a dos semanas. Los síntomas más característicos son la presencia de diarrea acuosa y explosiva, distensión abdominal y meteorismo. Algunos pacientes pueden cursar con escalofríos y fiebre de baja intensidad. También puede ocurrir dolor abdominal de tipo cólico hacia epi o mesogastrio. En los niños la giardiasis puede ser causa de diarrea crónica con afectación del estado nutricional.

El método de diagnóstico más utilizado continúa siendo la observación microscópica de muestras en fresco de heces para la búsqueda de quistes y trofozoitos. Debido al mecanismo de adherencia del parásito a la mucosa intestinal mediante su disco ventral, es posible que se puedan examinar series de cinco a seis muestras de heces sin que se pueda observar el protozoo; por ello se ha desarrollado un ensayo inmunoenzimático (ELISA) para la detección de antígenos de *G. lamblia* en heces; diversos estudios han demostrado que este método diagnóstico es tan sensible como la observación microscópica y tiene una especificidad cercana al 100%.

Los pacientes asintomáticos en países desarrollados se deben de tratar siempre. El tratamiento se basa en tinidazol (2 gramos en dosis única). Como tratamiento alternativo en adultos se emplea

metronidazol (250 mg cada 8 horas durante 5 días).

## BIBLIOGRAFÍA

- Thompson RC. Giardiasis as a re-emerging infectious disease and its zoonotic potential. *Int J Parasitol* 2000;30:1259-67.
- Martín Sánchez AM, Hernández García A, González Fernández M, Afonso Rodríguez O, Hernández Cabrera M, Pérez Arellano JL. Intestinal parasitosis in the asymptomatic Sub-Saharan immigrant population. Gran Canaria 2000. *Rev Clin Esp* 2004;204:14-7.
- Muennig P, Pallin D, Sell RL, Chan MS. The cost effectiveness of strategies for the treatment of intestinal parasites in immigrants. *N Engl J Med* 1999;340:773-9.