

NOMBRE DEL ALUMNO:

FRYDA YAJAIRA VERA CELAYA

NOMBRE DEL DOCENTE:

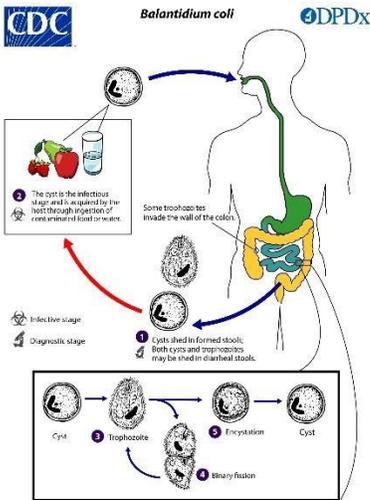
YENI CANALEZ HERNANDEZ

GRADO:2

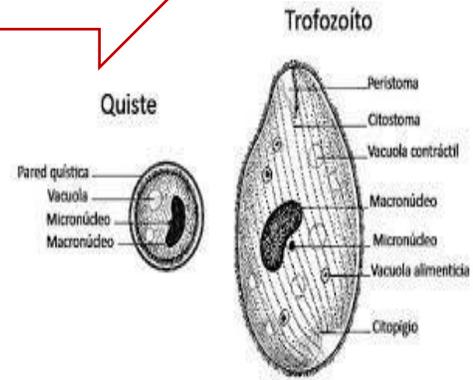
GRUPO: B

CARRERA: MEDICINA HUMANA

BALANTIDIUM COLI



Definición: *Balantidium coli* protozoo más grande que parasita al hombre. También se encuentra en monos, cerdos y en otros animales. Se ha descrito varias especies, de acuerdo con criterios puramente morfológicos o relacionados con los hospederos

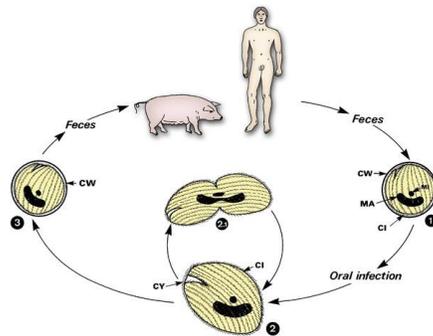


el hombre es el cerdo, el cual representa su hospedero natural. Así, en los sitios en donde éstos presentan una tasa alta de infección y las condiciones higiénicas no son

Epidemiología: Usualmente la fuente de infección para

adecuadas, la parasitosis aparece muy alta en humanos. También se menciona la transmisión de persona a persona y en ciertos nichos especiales, pueden presentarse otras fuentes de infección

Patogenia: gracias a la enzima produce lesiones en colónica trofozoito es el colon arrastrados por el La intestinal se transforma en excretados con la materia ingeridos, llegan al moco y proceso de des



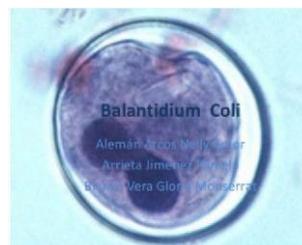
Ciclo biológico: el habita del la pared estos son ulceraciones pequeñas, transito planas y redondeadas. quiste balantidiasis aguda genera son cólico evacuaciones con fecal son sangre cuadro de intestino, se da un

multiplica en las paredes por

Manifestaciones clínicas Este parásito está fisión binaria transversal asociado con tres condiciones clínicas. La más frecuente es una infección asintomática o que tan solo manifiesta una diarrea leve; en esos casos, el protozoo se comporta como un comensal a nivel de la luz intestinal y no se

sabe si invade la mucosa. Una segunda categoría se presenta en uno de cada cinco individuos infectados; en tal caso el parásito invade superficialmente la mucosa del colon, colon sigmoideo, donde provoca que pueden ser desde lesiones puntiformes

Tratamiento: metronidazol,



Diagnostico se realiza mediante exámenes coproparasitoscópicos de concentración examen directo en fresco rectosigmoidoscopia y biopsia de las lesiones generalmente a nivel del erosiones o úlceras superficiales, hasta de 1 ó 2 cm de diámetro.

tinidazol, amoxicilina, Prevención: control de fecalismo nitrimidazina, y
higiene personal lavado de mano y diyodohidroquinina correcto
manejo de las excretas

Epidemiología la frecuencia reportada para estados unidos y Europa es de 0.2% y en general los países no desarrollados registran

finalmente darán nuevos ooquistes. Los ooquistes formados son eliminados a través de las heces, madurando en el exterior en 2-3 días.



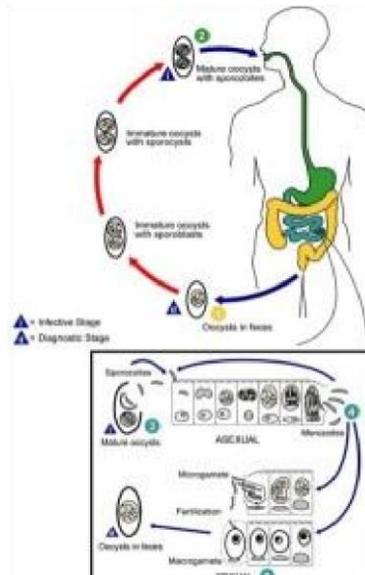
ISOSPORA

Agente infeccioso

Parásito. Protozoo. Sporozoa, Apicomplexa: *Isospora* [*Cystoisospora*] *belli*.



de un 3 a un 20% a excepción de África donde se han encontrado los índices mas altos los ooquistes se eliminan en la materia fecal por tiempo prolongado y en caso de pacientes asintomáticos hasta 120 días



Ciclo biológico

El reservorio son los humanos. El vehículo de transmisión es la comida, los líquidos, fecal -oral, sexual (principalmente homosexual). El ciclo se produce por ingestión del ooquiste esporulado a partir de agua y alimentos contaminados, liberando esporozoítos en el intestino delgado que penetran a través de la mucosa intestinal del duodeno distal y el yeyuno proximal donde se desarrollan en trofozoítos. Los trofozoítos dan lugar a esquizontes que sufrirán un proceso de endodiogenia para formar merozoítos los cuáles invadirán nuevas células repitiendo el ciclo esquizogónico de multiplicación. Los merozoítos pueden sufrir una fase de desarrollo por el que después de la desaparición del cuadro clínico

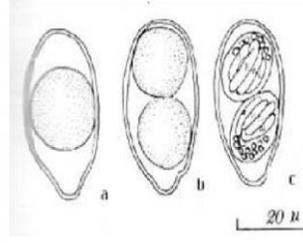
Patogenia: causa atrofia de las vellosidades hiperplasia de las criptas e infiltración de la lamina propia con neutrófilo y particularmente con gran número de eosinófilo las formas

con eliminación de ooquistes durante meses, siendo comunes las recurrencias.

Manifestaciones clínica Diarrea crónica, esteatorrea, malabsorción, pérdida de peso y mialgias. En los pacientes con infección por el VIH es una evolución más prolongada y grave, con casos de deshidratación, colecistitis y artritis reactiva. La enfermedad en inmunocompetentes es autolimitada en un período de 2-3 semanas, aunque la eliminación de ooquistes puede persistir durante 2-3 semanas más. Se han descrito formas crónicas

Diagnóstico: observar la materia fecal los ooquistes de isospora, en las heces, aspirado duodenal o moco observar concentrado teñido con técnicas para ácido alcohol resistente se usa la tinción fluorescente con auraminia rodamina clínicas van desde infección asintomática y sintomática moderada asta sintomática evidente presenta cuadro enteral diarrea y acuoso evacuaciones abundantes en un numero de diez a mas en 24 horas ataque al estado general nauseas y vomito

Tratamiento: trimetoprim 160mg y sulfametoxazol 80mg. También se usa metronidazol, espiramicina, nitaxozanida, albendazol, ornidazol.



Medidas de higiene para evitar transmisión en niños con pañales e incontinentes. Se han asociado con brotes diarreicos en instituciones cerradas, inmigrantes y pacientes infectados por el

Prevención y control

VIH. La enfermedad es más grave en niños y adolescentes. Medidas higiénicas en la comida y bebida, así como en los contactos y relaciones sexuales.

CRYPTOSPORIDIUM

Epidemiología: los ooquistes son resistentes a agentes químicos los ooquistes de pared delgado no son excretados en las heces sin embargo poseen una capacidad auto infectiva produce también una enfermedad autolimitada moderada en personas inmunocompetentes que contrasta fuertemente con la diarrea severa en paciente inmunocomprometidos las vacas con diarrea son una fuente potencial de infección humana el agua la leche cruda y los alimentos han sido propuestos como fuente de infección

Ciclo biológico: es un paracito monoxeno. su fase infectante son los ooquistes maduros que se expulsan en las heces de animales enfermos los ooquistes liberan esporozoitos ellos infectan las células epiteliales del intestino delgado para transformarse en trofozoítos. El trofozoíto forma una forma electrodensa en su interfase con la célula del huésped y el citoplasma del trofozoíto es rodeado por cuatro membranas distales si la membrana la origina el huésped la localización del trofozoíto es intracelular pero extra citoplasmática

Descripción general

La infección por criptosporidio (criptosporidiosis) es una enfermedad causada por pequeños parásitos criptosporidio unicelulares. Cuando los criptosporidios entran en tu cuerpo, viajan a tu intestino delgado y luego se asientan en las paredes. Más tarde, se desparan en las heces.

En la mayoría de las personas sanas, una infección por criptosporidio produce un ataque de diarrea acuosa. La infección generalmente desaparece en una semana o dos. Si tienes un sistema inmunitario comprometido, una infección por criptosporidio puede convertirse en una amenaza para la vida sin tratamiento.

Patogenia: presenta transmisión vía oral fecal y periodo de incubación variable entre cuatro y doce días la transmisión puede ocurrir a través del contacto directo o indirecto con heces contaminantes los animales son los más importantes reservorios para la infección de los humanos

Las manifestaciones clínicas de la criptosporidiosis intestinal están directamente relacionadas con el estado inmunológico del hospedador [38]. Así, en el individuo inmunocompetente se presenta como una diarrea autolimitada, que en algunos casos puede ser de gran intensidad, que generalmente dura de una a dos semanas, pero que se resuelve sin tratamiento específico. Todo lo contrario, ocurre en el sujeto inmunocomprometido, quien desarrolla una diarrea crónica que puede comprometer su vida. *Cryptosporidium* produce una forma de diarrea acuosa que pone en

Patología: el espectro ha sido agrandado al incluir algunas formas diseminadas las lesiones son inespecíficas y se caracteriza por atrofia de leve a moderada a las vellosidades intestinales aumento en el diámetro de las criptas así como infiltrado de células mononucleares de la lamina propia y abscesos en las criptas en forma ocasional la biopsia rectal demostró una mucosa eritematosa con pequeñas ulceraciones fecales inflamación de las células propias por células inflamatorias agudas y crónicas y la presencia de un exudado fibroso

Diagnóstico: evidencia histológica de los estadios parasitarios la biopsia es el método concluyente para diagnosticar para identificar el ooquiste en heces fecales se incluyen técnicas

secretor mediado por una toxina.

En los casos de

Tratamiento no hay tratamiento únicamente manejo de soporte

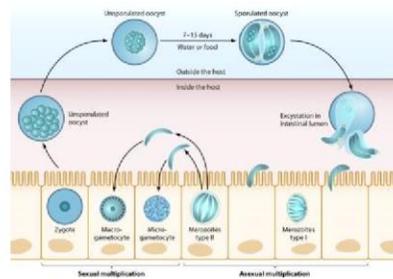
y inmunosupresión grave, el microorganismo invade el conducto biliar produce fiebre, ictericia, dolor en hipocondrio derecho y vómito.

Prevención: Las heces de los pacientes con criptosporidiosis son muy infecciosas y es importante respetar las precauciones estrictas para su manipulación. Se diseñaron normas especiales de bioseguridad para manejar las muestras clínicas.

CYCLOSPORA

Cyclospora es una infección del intestino causada por un pequeño parásito

llamado Cyclospora cayentanensis. Por lo general, se captura al comer frutas y verduras crudas contaminadas con heces humanas (popó). La diarrea, que a menudo puede ser severa, es el síntoma más común de la ciclospora



Ciclo biológico: comienza con la ingesta del ooquiste, del intestino delgado deja libre los esporozoito se fija en la pared intestinal en duodeno y yeyuno e íleon se da el des enquistamiento los cuatro esporozoito liberados de cada ooquiste invaden las células epiteliales del yeyuno los esporozoito se trasforman en los trofozoítos que dan lugar a los esquizontes que a su vez contienen a los merozoitos una vez que el esquizonte se rompe deja en libertad Alos merozoitos sale de la célula para invadir otra o nueva célula epiteliales

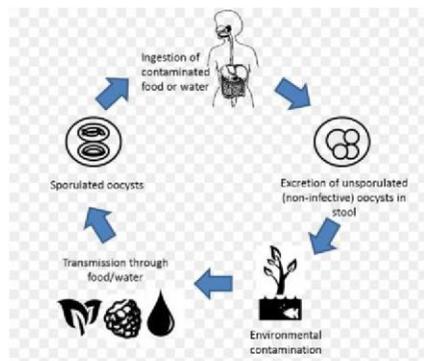
Epidemiología el mecanismo de trasmisión es el fecalismo. el ooquiste es la forma infectante y resisten a los productos de potabilización de agua

Patogenia: los ooquistes son ingeridos a partir de los esporo quistes y se desarrollan en los esporozoitos en el intestino delgado se da el des enquistamiento con la liberación de esporozoitos que se transforman en trofozoítos se fijan en la superficie intestinal y producen agresión celular y tisular

Manifestaciones clínicas: se produce una reacción inflamatoria y aplanamiento del borde en cepillo con acortamiento y atrofia de las vellosidades intestinales además de hiperplasia de las criptas. hacen que se pierda superficie y capacidad de absorción. Presentan un cuadro agudo, diarrea acuosa, dolor abdominal, flatulencia, hiporexia, y fiebre nausea y vomitó cuando la persona es inmunodeficiente el cuadro clínico tiene Aser crónico

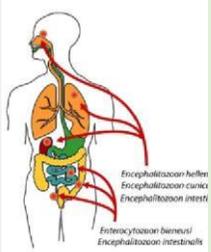
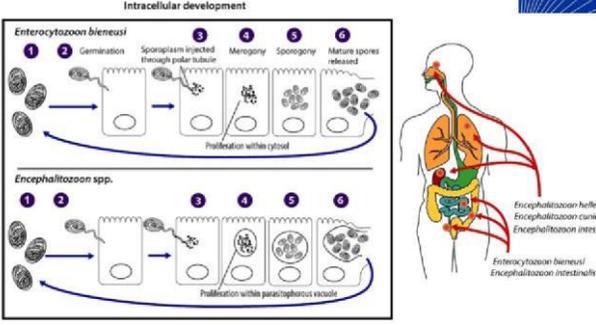
Diagnóstico: mediante la identificación de los ooquistes en la materia fecal por examen directo en fresco por coproparasitoscópico de concentración por flotación con sacarosa (método de sheater) tinción de acido alcohol resistencia de kinyoun y biopsia con tinción con hematoxilina eosina

El tratamiento se hace con trimetoprim sulfametoxazol



Prevención manejo adecuado de las excretas, lavado de manos control eficiente del agua y control de los expendedores de alimento

MICROSPORIDIA

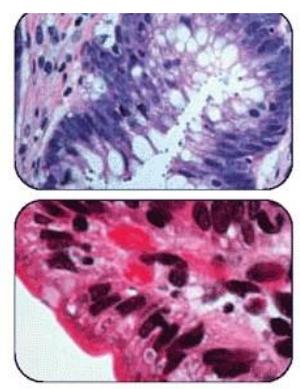


La microsporidiasis es una infección por microsporidias. Los microsporidios son un grupo de parásitos intracelulares unicelulares estrechamente relacionados con hongos, aunque la naturaleza de la relación con los hongos del reino no está clara.

Ciclo biológico es intersticial con una fase de merogonia proliferativa seguida por una fase de esporogonia que produce esporas infectivas las esporas maduras tienen un aparato de extrusión de forma tubular para inyectar el contenido de una espora en la célula huésped algunas especies causan infecciones generales en varios órganos las dos especies que causan diarrea son enterocytozoon bienersi y encephalytozoon intestinales.

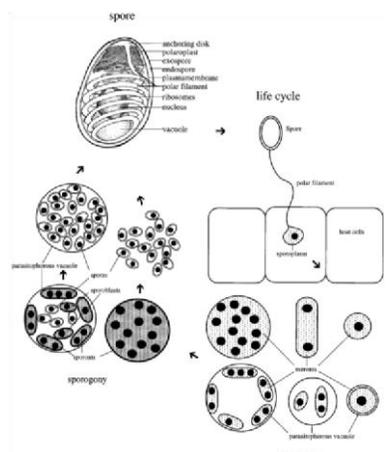
Patogenia Las células parasitadas se encuentran en la punta de la vellosidad produce desprendimiento de células de la vellosidades, citólisis y degeneración de enterocitos, atrofia de las vellosidades hiperplasia de criptas e inducen un infiltrado linfocítico de macrófagos y plasmocitos y una respuesta de tipo granulomatosa con necrosis y alteración en la absorción

Epidemiología la capacidad de cruzar barreras de especies de huéspedes implica que el reservorio sea variable las esporas son estables en heces y orinas y altamente resistentes a agentes químicos .es esencialmente una enfermedad relacionada con la inmunodeficiencia



Manifestaciones clínicas: en pacientes con sida y se caracteriza por diarrea crónica, infección generalizada y enfermedad corneal, anorexia síndrome de mal absorción

Diagnóstico: se basa en la identificación del microorganismo en muestras de biopsia, heces, orina, otras secreciones o material obtenido por raspado corneal



Tratamiento consiste en albendazol o fumagilina (lo que depende de la especie infecciosa y del síndrome clínico) o con agregado de fumagilina tópica en presencia de enfermedad ocular, metronidazol, itraconazol, difenoxilato, y atropina, sulfazalecina

