

Amibiasis.

1. Es una enfermedad parasitaria causada por el protozoo Entamoeba histolytica. Este parásito se establece en el intestino, donde se puede comportar como un comensal inofensivo o, por el contrario, invadir la mucosa intestinal y causar la destrucción del tejido.
2. El ciclo biológico de E. histolytica es oral-fecal e inicia cuando el ser humano ingiere agua o alimentos contaminados con quistes del parásito. Al llegar al estómago, algunos reblandecen su pared de quitina debido al contacto con el contenido gástrico. Después, en el intestino delgado ocurre el desenquistamiento y la división, mediante la cual cada quiste tetranucleado da lugar a ocho trofozoítos. En el intestino grueso, los trofozoítos proliferan y por mecanismos aún desconocidos algunos se vuelven a enquistar. Finalmente, al salir junto con la materia fecal, los quistes están listos para reiniciar su ciclo biológico.
3. La clínica suele presentarse con síndrome diarreico o disentería, las manifestaciones clínicas del primero incluyen diarrea acompañada de dolor tipo cólico, pero con escasa materia fecal; la disentería amebiana se caracteriza por un mayor número de evacuaciones con moco y sangre, además de cólicos. Por otra parte, la manifestación extraintestinal más frecuente de la amibiasis es el absceso hepático amebiano.
4. Actualmente se sabe que el principal responsable de la destrucción de tejido que caracteriza a esta enfermedad es la respuesta inflamatoria del hospedero, que no solamente participa en la destrucción tisular, sino que además crea un microambiente con poco oxígeno (hipoxia), lo cual es favorable para la supervivencia del parásito.
5. El diagnóstico de amibiasis se realiza principalmente por análisis al microscopio de muestras fecales o por biopsias de tejidos para determinar la presencia de trofozoítos o quistes. Sin embargo, debido a que E. histolytica y E. dispar (otra amiba no patógena comensal del intestino) son morfológicamente indistinguibles, la presencia de trofozoítos y quistes en exámenes coproparasitológicos de laboratorio para detectar parásitos requiere de estudios adicionales con técnicas de biología molecular o inmunológicas.
6. La cloroquina, la emetina y el metronidazol son medicamentos que muestran buena absorción intestinal y están indicados para la amibiasis intestinal o extraintestinal. El metronidazol es el fármaco de elección y el más utilizado en la práctica médica.

Ascariasis.

1. Es el término utilizado para nombrar la infección intestinal por *Ascaris lumbricoides*. La vía de transmisión es la ingesta de alimentos o agua contaminados con heces humanas que contienen huevos de *Ascaris*
2. Ciclo vital de *Ascaris lumbricoides*:
 - a) Los parásitos adultos viven en la luz del intestino delgado.
 - b) El ser humano ingiere los huevos infectados.
 - c) En el intestino delgado, los huevos eclosionan y liberan las larvas.
 - d) Las larvas penetran la pared intestinal y migran por la circulación portal hacia el hígado, luego a la circulación sistémica, y llegan a los pulmones, donde continúan su maduración (10 a 14 días).
 - e) Las larvas penetran las paredes alveolares, ascienden por el árbol bronquial y llegan a las fauces, donde son deglutidas. Así retornan al intestino, donde se desarrollan hasta alcanzar el estadio adulto.
3. El cuadro clínico que acompaña la ascariasis puede ser muy inespecífico (dolor abdominal, náuseas, vómitos, anorexia y pérdida de peso) y en la mayoría de los casos el paciente está asintomático. En el caso de presentar complicaciones las más comunes son la malnutrición y obstrucción intestinal mecánica.

Además de ascariasis este parásito puede provocar pancreatitis, colecistitis, abscesos hepáticos e incluso taponamiento cardíaco u obstrucción respiratoria. En la analítica se presenta característicamente con eosinofilia, pero cabe decir que su ausencia no descarta la infección.
4. El diagnóstico de la ascariasis se basa en la detección microscópica de huevos en heces o la observación de gusanos que emergen de la nariz o la boca. A veces, pueden hallarse larvas en el esputo durante la fase pulmonar. Pueden verse gusanos adultos en los estudios radiológicos del tubo digestivo.
5. El tratamiento consiste en 100 mg de mebendazol oral durante tres días o albendazol 400 mg vía oral dosis única.

Chagas.

1. Es una parasitosis con presencia en varios países americanos (sin exceptuar México), y en algunos de ellos con alta prevalencia, por lo que constituye un importante problema de salud pública, causada por el parásito protozoo *Trypanosoma cruzi* (T. cruzi).
2. Inicia cuando el triatomio se alimenta de la sangre de un mamífero infectado con tripomastigotes sanguíneos, estos pasan al intestino del triatomio, se transforma en epimastigotes, se multiplican por fisión binaria longitudinal y en pocos días se encuentra como tripomastigote metacíclico en la porción distal del intestino del insecto.
3. En la clínica, pueden ser asintomáticos en más de la mitad de casos, se encuentran parásitos en la circulación sanguínea. Se presentan signos que se denominan, "puerta de entrada" como el chagoma de inoculación que se caracteriza por un proceso inflamatorio agudo que produce una induración dolorosa y eritematosa o edema unilateral bipalpebral con adenitis retroauricular que se conoce como signo de Romaña y aparece cuando se infecta la conjuntiva ocular. Se presenta fiebre intermitente, linfadenitis, dolores musculares, escalofríos, hepatoesplenomegalia, incremento de globulinas séricas y disminución de albumina
4. Puede diagnosticarse con un frotis de sangre o con hemaglutinación indirecta.
5. Los medicamentos utilizados para el tratamiento tripanomicida, son Benznidazol y el Nifurtimox. El Benzidazol es considerado como la terapia de primera elección para el tratamiento de pacientes con Chagas.

Giardiasis.

1. Es una infección causada por *Giardia duodenalis*, parásito que se transmite por la ingestión de quistes en alimentos o agua. La enfermedad puede ser asintomática o presentar manifestaciones clínicas, como dolor abdominal, náuseas y diarrea.
2. El ciclo de vida de *G. duodenalis* inicia cuando el hospedero ingiere los quistes a través de alimentos o agua contaminados. Éstos son transportados por el tracto digestivo del hospedero, y una vez que son expuestos a los ácidos gástricos y a las enzimas pancreáticas, se induce el proceso de desenquistamiento. Los trofozoítos son liberados, se adhieren al epitelio intestinal y permanecen ahí hasta que se inicia el proceso de enquistamiento, cuando los trofozoítos migran a la parte distal del intestino delgado. Debido a la presencia de bilis y la ausencia de colesterol, se forman los quistes que son expulsados en las heces. Finalmente, se contaminan otros alimentos o reservorios de agua, por lo que constituyen fuentes de infección para nuevos hospederos.

3. La clínica consiste en dolor abdominal, diarrea, Hiporexia, meteorismo, Náuseas, Flatulencia, Estreñimiento, Peso bajo, Palidez de tegumentos. Hay evacuaciones explosivas, profusas y acuosas y después estatorreicas, fétidas, sin sangre y moco.
4. Para diagnosticar se usa coproparitoscopía: quistes o trofozoitos en heces, trofozoitos en sondeo duodenal, por cápsula de Beal o de biopsia del intestino delgado y de manera indirecta por coproantígenos y PCR.
5. Los fármacos de elección son Quinacrina y metronidazol.

Teniasis.

1. Es una **infección parasitaria** causada por las especies de la **tenia**, las personas se pueden infectar con estos parásitos al comer carne de res o de cerdo.
2. El hombre, que es el único hospedador definitivo, adquiere la parasitación al ingerir la carne de cerdo cruda, curada o poco cocida, infestada con cisticercos (larva infestante). Al llegar al intestino humano se digiere todo excepto el escólex, que se fija a la mucosa intestinal mediante las ventosas y desarrolla una cadena de proglótidos que dará lugar al gusano adulto en dos o tres meses, pudiendo permanecer en el intestino durante años. Al ingerir carne de cerdo cruda, el escólex evagina a su paso por el estómago y el intestino hasta alcanzar el tercio superior del duodeno; no puede atravesar la pared intestinal y allí se fija con sus ventosas y ganchos; creciendo hasta formar el adulto; después de 3-4 meses empieza a eliminar proglótidos grávidos.
3. Generalmente se cursa una infección por tenia intestinal no tienen síntomas. Si la infección provoca problemas, los signos y síntomas de la infección intestinal comprenden de náuseas, debilidad, pérdida de apetito, dolor abdominal, diarrea, mareos
4. Las técnicas clásicamente empleadas en la identificación de tejidos intestinales humanos se basan en la obtención y estudio de material parasitario en las heces (proglótidos, escólex o huevos, tamizaje y PCR).
5. Se recomienda la utilización de praziquantel o niclosamida. El praziquantel, aumenta la permeabilidad al calcio del parásito, lo que produce una contracción generalizada de éste. La niclosamida, inhibe la fosforilación oxidativa mitocondrial del parásito, es un fármaco bien tolerado y solo induce ligeros trastornos como náuseas, vómitos, prurito y dolor abdominal. Puede complementarse o usarse también albendazol.

Shigelosis.

1. Es una infección intestinal causada por una familia de bacterias, el principal signo de infección por *Shigella* es la disentería.
2. Infecta de manera transitoria el intestino delgado durante 2 o 3 días, luego comienza una invasión en los folículos linfoides colonicos ricos en proteína M, luego genera adherencia y multiplicación.
3. Síndrome diarreico. Síndrome disentérico: dolor abdominal tipo cólico, evacuaciones de pequeño volumen con moco y sangre, tenesmo y pujo. Síndrome infeccioso: fiebre, anorexia, náusea con o sin vómito, mal estado general. Signos: deshidratación. Sensibilidad abdominal codifica para exotoxina inhibidora de síntesis, que es factor de virulencia mayor.
4. Se puede diagnosticar con un examen general coprológico completo.
5. Tratamiento por VI de electrolitos, y se puede combinar con Azitromicina o Ceftriaxona.