



UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
LIC. EN MEDICINA HUMANA  
QUINTO SEMESTRE  
TERCER PARCIAL  
MEDICINA INTERNA  
DIARREA PARASITARIA

DOCENTE: Dr. Manuel Eduardo López Gómez  
ALUMNOS: Antonio Ramón Hernández Urbina  
Angélica Montserrat Mendoza Santos

La diarrea se define como un desorden intestinal que cursa con aumento en el intestinal que cursa con aumento en el numero de deposiciones, disminución de la consistencia



Se define como diarrea crónica cuando la misma se prolonga más de 3 a 4 semanas

PROTOZOOS	MECANISMO	CUADRO CLÍNICO
<b>GIARDIASIS</b>	Ingresa al organismo a partir de agua o alimentos contaminados. Se adhiere al epitelio del intestino delgado. Diarrea osmótica y malabsortiva	Diarrea persistente o intermitente, flatulencia, náuseas, vómito Puede cursar en forma asintomática
<b>AMEBIASIS</b>	Ingresa a través de la ingestión de quistes, se adhiere al epitelio	Deposiciones de tipo disentéricas, dolor abdominal cólico, a veces fiebre. Puede haber portadores asintomáticos

## CAUSAS PARASITARIAS

- Protozoos
- Helmintos
- Platelminetos

HELMINTO	MECANISO	CUADRO CLÍNICO
<b>TRICHURIS TRICHURA</b>	Vive en el intestino delgado y colon	Dolor abdominal, tenesmo, diarrea mucosanguinolenta, prolapso rectal
<b>ASCARIS LUMBRICOIDES</b>	Es la helmintiasis de mayor prevalencia. Se localiza en el intestino delgado y produce diarrea tipo malabsortiva	Dolor abdominal recurrente, obstrucción de la vía biliar por ingreso del mismo

PLATELMINTO	MECANISMO	CUADRO CLÍNICO
<b>TENIA SOLIUM</b>	FORMA ADULTA: A partir de la fijación en intestino delgado FORMA LARVAL: Afectación inflamatoria en los distintos órganos por el quiste de la larva	FORMA ADULTA: Generalmente asintomática, prurito anal con la eliminación de las proglotides FORMA LARVAL: Depende de la localización del quiste
<b>TENIA SAGINATA</b>	Se fija en el intestino delgado y en dirección caudal se extienden las proglotides	Usualmente asintomático, también anorexia, dolor abdominal y diarrea, prurito anal

El tratamiento de la amebiasis se realiza en dos fases. Primero se administra un primer fármaco antimicrobiano, como el metronidazol o el tinidazol, que actúa destruyendo las amebas, y seguidamente se administra Paromomicina, que sirve para eliminar los quistes y, así, evitar las recaídas

### METRONIDAZOL

Amebiasis: Adultos: 1.5 g/día divididos en tres dosis. Niños: 30 a 40 mg/kg/día divididos en tres dosis. En caso de absceso hepático amebiano, se debe realizar drenaje o aspiración del pus en conjunción con la terapia con metronidazol.

## PAROMOMICINA

Amebiasis intestinal (*Entamoeba histolytica*): 25-35 mg/kg/día cada 8 horas, por vía oral, con las comidas, durante 5-10 días. Coma hepático: 4 g/día, divididos en 2-4 dosis, durante 5 a 6 días

## GIARDIASIS

Las personas infectadas que presenten síntomas pueden tratarse con tinidazol, metronidazol o nitazoxanida por vía oral.  
El tinidazol, tomado en dosis única, tiene menos efectos secundarios que el metronidazol, que debe tomarse tres veces al día durante 5-7 días.

## METRONIDAZOL

Tratamiento por 5 días. Adultos: 750 mg a 1 g por día. 5 ml de suspensión de 250 mg o 2 cucharaditas de 5 ml de suspensión de 125 mg). 5 a 10 años: 375 mg/día (1½ tableta de 250 mg de METRONIDAZOL o 1½ cucharadita de 5 ml de suspensión de 250 mg o 3 cucharaditas de 5 ml de suspensión de 125 mg)

## TINIDAZOL

Tinidazol: en dosis única de 2 g, (ó 50 mg/kg en niños). Albendazol:400 mg en adultos, ó 22.5 mg/kg en niños, tomados oralmente cada día durante 5 días. Ha demostrado su efectividad en niños y con resultados no concluyentes en adultos.

## NITAZOXANIDA

La dosis habitual de tratamiento de la nitazoxanida es de 200-400 mg/día divididos en dos tomas por tres días consecutivos.



Se presenta el caso de un paciente de 42 años, sexo masculino, nacionalidad costarricense, que consulta por un cuadro de diarrea mucosanguinolenta de tres semanas de evolución.

Al inicio las deposiciones eran de color negro, aproximadamente 10 evacuaciones al día, que luego cambiaron a color café; además refiere dolor abdominal difuso que se alivia al defecar, una pérdida progresiva de peso de aproximadamente 4 kg en tres meses, asociado a astenia, adinamia, pérdida de apetito y tenesmo.

Se le hicieron algunas pruebas adicionales como por ejemplo: guayaco, grasas en heces, tinciones para Treponema, Campylobacter y Cryptosporidium, hemogramas, VIH, pruebas febriles.

Se le realizaron exámenes coproparasitológicos seriados por ocho días durante su estancia hospitalaria

## RESULTADOS

Los exámenes coproparasitológicos al fresco mostraron presencia de quistes de 9 a 11  $\mu\text{m}$  de diámetro, uninucleados y binucleados, donde se observaron los cromatoidales en forma de bastón gruesos con los extremos romos, confirmando la presencia de quistes inmaduros de *E. histolytica*.

También se observaron quistes tetranucleados y abundantes trofozoitos que medían de 15 a 20  $\mu\text{m}$ , los cuales mostraban un pseudópodo único por el cual fluye el protoplasma

La biopsia fue observada, identificándose estructuras redondeadas con vacuolas y núcleo que tapizaban toda la mucosa del colon, las cuales coincidían con la presencia de trofozoitos de *Entamoeba histolytica*

Niña adoptada de 2 años procedente de Etiopía y con diarrea recurrente.

### Antecedentes

Madre biológica fallecida, se desconoce el motivo. Padre biológico la entregó a un orfanato de donde fue adoptada.

Evaluación a los 40 días de vida según consta en certificado médico: peso 3,7 kg, talla 48 cm; perímetro cefálico 39 cm, exploración sin alteraciones.

Analítica: Hb 12 g/dl, Grupo sanguíneo O positivo. HIV PCR: negativo. VDRL: no reactivo. HCV: negativo, HBsAg: negativo.

### Exploración actual

Peso 11,5kg (p25); talla 83,5 cm (p1025); perímetro cefálico: 48,5 cm (p2550) Sin hallazgos patológicos.

### Exámenes complementarios

Hematías  $4.3 \times 10^6$  u/L, Hb 11 g/dl, Hcto 34%, VCM 79,4 fL, HCM 25,6 pg, CHCM 32,2 g/dl, índice distribución de los eritrocitos 15,2, plaquetas  $456 \times 10^6$  u/L, leucocitos  $7.56 \times 10^3$  u/L. Neutrófilos 21%, linfocitos 62%, monocitos 8%, eosinófilos 8%, basófilos 1%. VSG 28 mm/h.

Glucosa 76mg/dl, urea 40 mg/dl, creatinina 0,30 mg/dl, proteínas totales 7,9 g/dl, bilirrubina total 0,15 mg/dl, colesterol 171 mg/dl, triglicéridos 66 mg/dl, GOT 30 U/L, GPT 17 U/L, fosfatasa alcalina 277 U/L, hierro sérico 50 mg/dl.

Anticuerpos IgM ANTI-VHA negativo, antígeno de superficie HB negativo, anticuerpo Anti-HB core negativos, anticuerpos anti-hepatitis C negativos, serología de VIH y toxoplasmosis: negativos.

Estudio parasitológico en heces (3 muestras) se observan quistes de Giardia lamblia. Gota gruesa: no se observan parásitos de Plasmodium sp, ni microfiliarias. Antígeno de malaria negativo. No se encontraron huevos de Schistosoma hematobium en orina

## EVOLUCIÓN

Se indicó sulfato ferroso y se inició tratamiento con metronidazol a 15/mg/día durante 7 días. La investigación de parásitos en heces posterior al tratamiento resultó negativa.