



Mi Universidad

Ensayo

López Méndez Breici del Rocio

Parcial IV

Microbiología y parasitología I

Q.F.B Nájera Mijangos Hugo

Medicina Humana

Segundo semestre grupo B

Parásitos intestinales

Las enfermedades parasitarias constituyen una importante carga de enfermedad en todo el mundo, sobre todo, pero no exclusivamente, en países en vías de desarrollo. Las parasitosis intestinales son una enfermedad frecuente con importante morbimortalidad en la población infantil, ligadas a la pobreza y malas condiciones higiénico-sanitarias. En nuestro país, se ha observado en los últimos años un aumento de la incidencia debido a la inmigración, viajes internacionales y adopciones de niños de otros países, lo que supone un esfuerzo para el pediatra en cuanto al reconocimiento de esta patología y a su manejo. Conocer la clasificación de estos parásitos es fundamental, ya que tienen diferencias biológicas que generan diferencias epidemiológicas, clínicas y terapéuticas. Los parásitos intestinales se clasifican en 2 grupos: protozoos y helmintos y pueden ser patógenos o comensales, con diferente hábitat intestinal

Epidemiología

Existen escasos estudios epidemiológicos de incidencia de las parasitosis intestinales en la población pediátrica española. Según diferentes estudios se sitúa alrededor del 26,7-44,7%, y existe parasitación múltiple hasta en el 53%⁵⁻⁸. Los protozoos *Giardia lamblia* y *Cryptosporidium parvum* son los más frecuentes en niños menores de 5 años que acuden a guardería. De los nematodos los más frecuentes son *Enterobius vermicularis* y *Trichuris trichiura*, y se ha observado cómo la inmigración y los viajes internacionales han aumentado globalmente la helmintiasis. Los cestodos constituyen el 0,5%, la *Taenia saginata* e *Hymenolepis nana* son algo más frecuentes que *Ascaris lumbricoides* y uncinarias. El 25-75% de los niños inmigrantes y adoptados tienen parásitos intestinales y hasta en el 20% la parasitación es múltiple⁹. Factores como condiciones higiénico-sanitarias deficientes, ingestión de alimentos contaminados, poco cocinados o crudos, convivencia con personas infectadas o con animales domésticos que pueden ser reservorios de patógenos humanos, niños que acuden a guardería o están en instituciones, malnutridos o inmunodeprimidos favorecen la parasitación intestinal. Sintomatología clínica y diagnóstico La mayoría de las parasitosis intestinales son asintomáticas y cuando existen síntomas pueden ser digestivos o extradigestivos, en dependencia del ciclo del parásito en el hombre, y resulta difícil realizar por la sintomatología un diagnóstico diferencial ya que las manifestaciones clínicas son muy inespecíficas. El diagnóstico se realiza por el examen microscópico de heces aconsejándose la recogida de 3 muestras en diferentes días ya que la eliminación de

parásitos es irregular en la misma persona de un día a otro y además puede ser intermitente. Es importante realizar los días previos una dieta sin fibra y grasas, para facilitar la visualización del parásito. Las heces deben ser frescas (pocas horas postexcreción), no contaminadas por orina. Su recogida se hará en botes de plástico, precisándose a veces conservantes específicos para preservar la morfología del parásito. Las muestras congeladas pueden ser viables hasta 48 h (huevos de helmintos y quistes de protozoos). Medicamentos como tetraciclinas, metronidazol, antidiarreicos no absorbibles o bismuto dificultan la visualización del parásito. Hay que tener en cuenta que una muestra mal recogida o mal transportado nos dará una información falsa en el diagnóstico.

Tratamiento

Las parasitosis intestinales representan hoy día para el pediatra un reto, ya que no siempre el diagnóstico es fácil y el paciente puede estar asintomático, siendo difícil tomar la decisión en estos casos, requiriendo además tratamientos específicos según el parásito, aunque éstos sean genética y morfológicamente similares, con los que no estamos familiarizados y algunos hay que conseguirlos como medicamentos extranjeros, por lo que debemos conocer los fármacos de elección y los fármacos alternativos.

Prevención

La prevención debe ir encaminada a mejorar las medidas higiénico-sanitarias y la nutrición en países en vías de desarrollo, pero el tratamiento médico es de gran ayuda hasta que estas medidas funcionen. Teniendo en cuenta que la principal vía de transmisión es la fecal-oral, el lavado de manos será fundamental para evitar el contagio. La cloración del agua no siempre evita la transmisión, ya que algunos quistes de parásitos son resistentes. No hay consenso si hay que hacer estudio parasitario a todos los niños inmigrantes de manera rutinaria si están asintomáticos o realizar tratamiento empírico si proceden de zonas endémicas de parasitosis

Cestodos o tenias

Son gusanos planos, hermafroditas de gran tamaño (varios metros de longitud) que pueden vivir en su forma adulta en el intestino humano. Están formadas por un escólex con 4 ventosas que le permiten adherirse a la pared intestinal y de anillos o proglótides que son diferentes según sea la *Taenia solium* o *T. saginata*. Algunos son patógenos primarios del hombre y otros tienen animales como reservorio natural. La infestación es por ingestión de carne o pescado contaminado. Los humanos infectados eliminan huevos o proglótides por

las heces que a su vez ingieren los animales, el cerdo en el caso de la *Taenia solium* y el ganado vacuno en la *Taenia saginata*. Sintomatología. Asintomática o inespecífica digestiva, náuseas, epigastralgias, anorexia y no digestiva: ansiedad, cefaleas y urticaria. Diagnóstico. Detección microscópica de huevos o presencia de proglótides en heces, siendo frecuente que el propio paciente las observe en sus heces. Métodos inmunológicos y moleculares para detección del antígeno fecal, son muy útiles si el estudio de heces es negativo, aunque no están disponibles ampliamente. La anemia ferropénica son frecuentes por pérdidas crónicas de sangre vía intestinal. En general son infecciones únicas (sólo una tenia). Tratamiento de elección. Prazicuantel 5-10 mg/kg/ día, dosis única, paraliza al parásito al aumentar la permeabilidad de las membranas para el calcio, favoreciendo su expulsión por el peristaltismo intestinal. No destruye los huevos, por lo que tomaremos precauciones para evitar la autoinfección. También para asegurarse del éxito del tratamiento el escólex debe ser visualizado en las heces. Las proglótides pueden estar eliminándose unos días después del tratamiento. Tratamiento alternativo: niclosamida 50 mg/kg/día dosis única. La cisticercosis se produce cuando el hombre se convierte en huésped intermediario por ingesta de huevos de la *T. solium* que desde el intestino delgado se disemina a través de la circulación arterial a diversos órganos y tejidos, entre ellos cerebro, músculo, ojo y tejido celular subcutáneo, formándose los quistes cisticercos que permanecen durante años. Los síntomas son tardíos y diferentes según localización, produciendo una reacción inflamatoria local y calcificación posterior. Tratamiento. Prazicuantel durante 15 días o albendazol 14-28 días y corticoides añadiendo anticonvulsivantes si se precisara. La cirugía es otra opción terapéutica en dependencia de la localización del quiste.

Bibliografía:

Leonora Kozubsky, María Elena Costas. (2017). Parasitología humana para bioquímicos: Parásitos intestinales. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP)