



**Mi Universidad**

**Ensayo**

*María Fernanda Monjaraz Sosa*

*Cuarto parcial*

*Microbiología*

*QFB. Hugo Nájera Mijangos*

*Medicina Humana*

*Segundo semestre grupo B*

*Comitán de Domínguez, Chiapas a 21 de junio de 2024.*

La infección por oxiuro es el tipo de infección por parásitos intestinales más frecuente en los Estados Unidos y una de las más frecuentes en todo el mundo. Los oxiuros son delgados y blancos, y miden alrededor de 1/4 a 1/2 pulgada (alrededor de 6 a 13 milímetros) de largo.

Un oxiuro adulto por lo general mide 1/4 pulgadas a 1/2 pulgada (alrededor de 6 a 13 milímetros) de largo. El síntoma más común de infección es la picazón anal, en particular durante la noche, cuando el gusano migra hacia la zona anal del huésped para poner sus huevos.

Mientras la persona infectada duerme, los parásitos hembra ponen miles de huevos en los pliegues de la piel alrededor del ano. La mayoría de las personas infectadas con oxiuro no tienen síntomas, pero algunas tienen picazón en el ano y sueño intranquilo.

La infección por oxiuros se produce con mayor frecuencia en niños en edad escolar, y los diminutos huevos (microscópicos) se transmiten fácilmente de un niño a otro. El tratamiento consiste en tomar medicamentos orales que matan los oxiuros y el lavado a fondo de los pijamas, la ropa de cama y la ropa interior. Para obtener mejores resultados, toda la familia debe recibir tratamiento.

Los síntomas de la infección de oxiuro pueden comprender los siguientes:

- Picazón de la zona anal o vaginal
- Insomnio, irritabilidad, rechinado de dientes y agitación
- Dolor de estómago y náuseas ocasionales

A menudo, los parásitos de oxiuro no causan síntomas.

## Causas

El tragar o inspirar por accidente huevos de parásitos intestinales causa una infección por parásitos intestinales. Los huevos diminutos (microscópicos) pueden llegar a la boca a través de alimentos y bebidas contaminados, o a través de los dedos. Una vez que se tragan, los huevos eclosionan en los intestinos y maduran hasta convertirse en gusanos adultos al cabo de unas semanas.

Los parásitos intestinales hembra pasan a la zona anal para poner sus huevos, lo que a menudo provoca picazón anal. Cuando te rascas la zona donde hay picazón, los huevos se adhieren a los dedos y se meten debajo de las uñas. Luego, los huevos se transfieren a otras superficies, como juguetes, ropa de cama o asientos de inodoros. Los huevos también pueden transferirse de los dedos contaminados a alimentos, líquidos, ropa o a otras personas. Los huevos de parásitos intestinales pueden sobrevivir de dos a tres semanas en las superficies.

## Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo de la infección por oxiuro se incluyen los siguientes:

- **Ser joven.** Es más probable que se produzca una infección por oxiuro en niños de 5 a 10 años. Los huevos microscópicos se propagan con facilidad a los familiares, las personas encargadas del cuidado, u otros niños de la escuela o centros de

cuidado de niños. La infección por oxiuro no es frecuente en niños menores de 2 años.

- **Vivir en condiciones de hacinamiento.** Aquellas personas que viven en instituciones tienen un riesgo mayor de contraer una infección por oxiuro.

## Complicaciones

Las infecciones típicas por oxiuro no causan problemas graves. En ocasiones poco frecuentes, las infestaciones profusas pueden ocasionar infección en los genitales femeninos.

El parásito puede trasladarse desde el área anal hacia la vagina y, desde allí, hacia el útero, las trompas de Falopio y alrededor de los órganos pélvicos. Esto puede ocasionar problemas como inflamación de la vagina (vaginosis) e inflamación del recubrimiento interno del útero (endometritis).

Las siguientes son complicaciones poco frecuentes de la infección por oxiuro:

- Infecciones de las vías urinarias
- Pérdida de peso
- Infección de parte del abdomen (cavidad peritoneal).

Las parasitosis provocadas por protozoos más frecuentes en nuestro medio son:

- **Giardiasis (*Giardia lamblia o intestinalis o duodenalis*).** Es la infestación más común en el ser humano, sobre todo en climas templados y en niños que acuden a guarderías o habitan en centros de acogida u orfanatos. Además de estos niños, son grupos de riesgo las personas que trabajan cuidando de ellos, quienes residen en instituciones, los viajeros internacionales que visitan zonas endémicas, las personas con el sistema inmune comprometido o las que padecen fibrosis quística.

Los quistes sobreviven largos periodos en ambientes húmedos y son resistentes a la cloración del agua. Los quistes, tras la ingesta, se transforman en trofozoítos en el intestino delgado. Estos tienen capacidad de adhesión y multiplicación en la mucosa intestinal formando quistes que son excretados con las heces.

Tras el periodo de incubación, que dura de una a dos semanas, la infección puede permanecer asintomática y durar hasta seis meses o puede padecerse una gastroenteritis aguda, que puede durar de dos a cuatro semanas. Solo el 35%-45% de los infectados presentan síntomas de forma aguda. La diarrea suele acompañarse de dolor abdominal, distensión, grasa o moco en heces (esteatorrea), pérdida de peso y fiebre en raras ocasiones. También puede desarrollarse una diarrea crónica. En este caso, puede haber otros síntomas como lesión de las vellosidades intestinales, absorción deficiente de las grasas, ralentización del tránsito intestinal, intolerancia a la lactosa, sobrecrecimiento de las bacterias intestinales, pérdida de peso, distensión y dolor abdominal.

Algunas personas pueden desarrollar también afecciones hepáticas

como colecistitis (inflamación de la vesícula), colangitis (inflamación y/o obstrucción del conducto biliar y hepático) y hepatitis granulomatosa. Igualmente, se han descrito secuelas crónicas como el síndrome de intestino irritable, fatiga crónica o urticaria.

El diagnóstico suele hacerse por examen de parásitos en heces. Aunque no existan síntomas, se recomienda tratar la infestación en todos los miembros de la familia —normalmente, con fármacos antiparasitarios—, debido al riesgo de propagación por las heces.

- **Criptosporidiasis (*Cryptosporidium*).** Junto a la *Giardia*, es uno de los parásitos más comunes en el ser humano. Se transmite por vía fecal-oral, aunque también puede propagarse de persona a persona (por aguas, piscinas, lagos, pantanos), de animal a persona por ingestión de alimentos o animales parasitados o por contaminación de sus heces.

**La infestación se produce por la ingesta de esporas u ovocitos que parasitan a vertebrados** (como pájaros, pescados o mamíferos) o invertebrados, incluyendo insectos. Las esporas liberan los esporozoítos en el epitelio intestinal.

De nuevo, la infección puede ser asintomática o provocar síntomas que dependerán del estado del sistema inmune de la persona afectada. En niños de guardería o instituciones suele ser asintomática. En pacientes inmunodeprimidos, tras un periodo de incubación que dura de siete a diez días, pueden aparecer fiebre, malestar, vómitos y diarrea líquida y abundante. Estos síntomas suelen desaparecer tras dos o tres días, diez como máximo. Algunas de las posibles complicaciones son la colecistitis, la colangitis esclerosante y la pancreatitis.

En pacientes inmunocompetentes puede producir un cuadro de gastroenteritis aguda que es autolimitada. En estos casos, la infestación no suele requerir tratamiento, salvo que se produzcan síntomas graves o que dure más de dos semanas. **En pacientes con el sistema inmune comprometido, se recomienda reducir la dosis de inmunosupresores.** En el caso de pacientes con VIH, está indicada la terapia antirretroviral con el objetivo de restablecer la función inmune.

- **Amebiasis (*Entamoeba histolytica*).** La infección por este protozoo tiene lugar al ingerir agua o alimentos contaminados con quistes del parásito, que son resistentes tanto a las bajas temperaturas como a la cloración del agua, a los ácidos gástricos y a las enzimas digestivas. No obstante, no son resistentes a la cocción o ebullición del agua. Es infrecuente en nuestro medio, no así en países tropicales, por lo que es importante en la sospecha diagnóstica el antecedente de un viaje a estos países.

Los quistes evolucionan a trofozoítos en el intestino. En la mayoría de los casos la infestación es asintomática, pero en otros invade la pared del colon produciendo úlceras y, si la invasión es importante, pueden pasar al hígado.

Hasta en un 90% de los casos la infestación es asintomática. Pero si la extensión

es importante, puede presentarse una gastroenteritis aguda con deposiciones con moco y sangre y dolor abdominal. Es infrecuente la fiebre. Puede producirse una colitis fulminante con perforación intestinal y peritonitis. En las formas crónicas se alternan las diarreas con moco con periodos de estreñimiento, dolor y distensión abdominal y meteorismo.

El diagnóstico se realiza por examen microscópico de heces o por serología. Al igual que la giardiasis, todos los casos deben tratarse, incluso aunque no haya síntomas, dado el riesgo de enfermedad invasiva y de propagación. El tipo de fármaco diferirá, no obstante, en función de si existe o no sintomatología.

### Referencias

1. Maset, J. (2024, April 22). Parásitos intestinales más frecuentes. Retrieved June 22, 2024, from Cinfasalud website: <https://cinfasalud.cinfa.com/p/parasitos-intestinales-mas-frecuentes/>
2. Infección por parásitos intestinales-Infección por parásitos intestinales - Síntomas y causas - Mayo Clinic. (2022). Retrieved June 22, 2024, from Mayo Clinic website: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/pinworm/symptoms-causes/syc-20376382>