



Mi Universidad

Ensayo

Manuel Alexis Albores López

Parcial IV

Microbiología y parasitología

QFB. Hugo Najera Mijangos

Licenciatura en Medicina Humana

Segundo Semestre grupo "C"

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

Las parasitosis intestinales engloban las infestaciones del tubo digestivo producidas por protozoos y por helmintos, ya sean nematodos, trematodos o cestodos. Estas enfermedades tienen una enorme importancia mundial, fundamentalmente en países tropicales y subtropicales donde son más prevalentes, aunque el auge de los viajes a otros continentes y el aumento progresivo de la inmigración y de la adopción internacional ha incrementado el riesgo de parasitosis intestinales en los países desarrollados. En la actualidad, la parasitación intestinal es la afección más frecuente en niños inmigrantes y adoptados (25-75%), en los que, con frecuencia, la parasitación es múltiple. Por otro lado, durante la infancia, el 50% de las parasitosis se producen en niños entre uno y cinco años de edad, siendo *Giardia lamblia* el parásito más prevalente en niños pequeños y *Enterobius vermicularis* en niños en edad escolar. Estudios recientes han resaltado la contribución potencial de la microbiota intestinal en las manifestaciones clínicas de las infecciones parasitarias. La microbiota y los parásitos pueden interactuar de diversas formas: mediante alteración de la virulencia del parásito, inducción a disbiosis, cambios beneficiosos en la microbiota, modulación de la respuesta inmune del huésped al parásito, etc. Entre los endoparásitos que más comúnmente afectan al ser humano en nuestro medio se encuentran los parásitos de distribución cosmopolita como *G. lamblia*, *Cryptosporidium*, *Blastocystis hominis* (*B. hominis*), *Ascaris lumbricoides* y *Enterobius vermicularis*, entre otros.

El diagnóstico se basa en la identificación microscópica de formas parasitarias (trofozoítos o quistes de protozoos y huevos o larvas de helmintos) en muestras fecales u orgánicas (aspirado duodenal y biliar o biopsias). Respecto a las heces, se necesitan un mínimo de tres muestras, tomadas en días sucesivos o alternos, recolectadas en recipientes limpios, conservadas en lugar fresco o utilizando fijadores para evitar la destrucción de los parásitos y enviadas lo antes posible al laboratorio. Además de la identificación microscópica, existen técnicas serológicas de detección de anticuerpos y coproantígenos mediante anticuerpos monoclonales o análisis isoenzimático y técnicas de biología molecular, como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para detección de genomas parasitarios.

Parasitosis intestinales producidas por protozoos: Los protozoos son organismos unicelulares microscópicos. Se transmiten vía fecal-oral, por la ingestión de quistes presentes en agua y alimentos contaminados. A nivel intestinal, los quistes se transforman en trofozoítos que absorben nutrientes, se reproducen y enquistan para ser eliminados con las heces. Asimismo,

algunos animales son reservorio de quistes de protozoos infectantes para el hombre, lo que los transforma en parásitos zoonóticos.

Entre los principales factores que aumentan el riesgo de desarrollar una infección por parasitosis intestinales, se encuentran los siguientes: Vivir en entornos con condiciones higiénico-sanitarias deficientes; Ingerir alimentos contaminados, poco cocinados o crudos; Convivir con personas infectadas o con animales domésticos que puedan ser reservorios de los distintos parásitos; En el caso de la población infantil, acudir a la guardería o residir en instituciones; También en la infancia, sufrir malnutrición; Tener el sistema inmune deprimido.

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.

El tratamiento, si es necesario, se basa en el uso de medicamentos antiparasitarios, tanto para protozoos como para helmintos. No obstante, como hemos visto, en casos como el del anisakis, puede ser necesaria la extracción del parásito por endoscopia o cirugía. En algunos casos, puede requerirse el uso de corticoides o de antihistamínicos. Por otro lado, la prevención debe ir encaminada a mejorar las condiciones higiénico-sanitarias y de nutrición en los países en vías de desarrollo. A nivel individual, el lavado de manos es la mejor medida preventiva para evitar la propagación de parásitos intestinales. Es importante, especialmente en viajes a países cálidos o tropicales, que el consumo de agua sea en forma embotellada (evitando el hielo) y en caso de consumir agua corriente, su ebullición. En los casos en los que hay parasitación de un individuo es crucial estudiar al resto de la familia y, en su caso, iniciar el tratamiento en todos los miembros. El consumo de carnes o pescados crudos o mal cocinados es una fuente de infección e infestación, de ahí la necesidad de una correcta cocción en todos ellos y de congelación en caso de pescados crudos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Patricia Barros García, Beatriz Martínez Escribano, Julio Romero González. (2023). Parasitosis intestinales. Aeped. Consultado el 20 de junio de 2024. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11_parasitosis.pdf
2. Julio Maset. (2024). Parasitos intestinales más frecuentes. Cinfasalud. Consultado el 20 de junio de 2024. <https://cinfasalud.cinfa.com/p/parasitos-intestinales-mas-frecuentes/>