



**Mi Universidad**

## **Ensayo**

*Yahir Franco Cristiani Vázquez*

*Cuarto parcial*

*Microbiología y Parasitología I*

*QFB. Hugo Nájera Mijangos*

*Medicina Humana*

*Segundo semestre, grupo C*

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

Una parasitosis intestinal es una infestación del tracto o tubo digestivo, a menudo asintomática, que puede estar provocada por distintos tipos de parásitos. Estos se clasifican en dos grupos: protozoos —organismos unicelulares— y helmintos —gusanos—. Aunque son más frecuentes en países en vías de desarrollo, se trata de una patología presente en todo el mundo, que sobre todo afecta a la población pediátrica. En las últimas décadas, se está observando un aumento de la incidencia en los países desarrollados, debido tanto a la inmigración como a las adopciones internacionales. También un mayor número de viajes internacionales están relacionados con este incremento.

Las parasitosis pueden producirse por la ingestión de quistes o esporas de protozoos o de huevos o larvas de gusanos, así como por la penetración de larvas a través de la piel. Pueden ser asintomáticas o manifestarse con síntomas digestivos como la diarrea, aunque suelen existir peculiaridades en función del parásito que las haya causado y, en algunos casos, puede presentarse sintomatología no digestiva. De ser necesario, el tratamiento se basa principalmente en el uso de fármacos antiparasitarios, aunque a veces puede ser necesaria la cirugía. ¿A quién afecta? Como indican la Asociación Española de Pediatría (AEP) y la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP) en su protocolo diagnóstico y terapéutico sobre parasitosis intestinales, estas tienen una mayor prevalencia en países tropicales y subtropicales, aunque, como se indicaba anteriormente, el aumento progresivo de viajes y adopciones internacionales también ha incrementado la incidencia y riesgo de este problema de salud en los países desarrollados. De acuerdo con la SEGHNP, en la actualidad, la parasitación intestinal es la afección más frecuente en niños inmigrantes y adoptados (25-75%), que, con frecuencia, padecen parasitación múltiple. Por otra parte, según esta entidad, durante la infancia, el 50% de las parasitosis se producen en niños entre 1 y 5 años de edad, a los que afectan en mayor medida los protozoos *Giardia lamblia* y *Cryptosporidium parvum*. En edad escolar, los parásitos con mayor prevalencia son los helmintos *Enterobius vermicularis* y *Trichuris trichiura*. ¿Qué factores de riesgo existen? 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.

Algunas parasitosis pueden producir pérdida de peso, distensión y dolor abdominal.

¿Qué protozoos causan parasitosis intestinal con mayor frecuencia?

Los protozoos son organismos unicelulares de tamaño microscópico. Se transmiten por la vía fecal-oral o por la ingestión de quistes o esporas presentes en el agua o en alimentos contaminados. También algunos animales pueden ser reservorios de quistes de protozoos que después pueden infectar al ser humano. Tras la ingesta de los quistes o esporas, estas se transforman en el intestino en trofozoítos (provenientes de quistes) o esporozoítos (si provienen de esporas). Ambas son las formas infectantes. En el intestino absorben nutrientes, se reproducen y luego dan lugar a quistes o esporas que serán eliminadas a través de las heces, haciendo que el portador sea infectante. Las parasitosis provocadas por protozoos más frecuentes en nuestro medio son:

Giardiasis (*Giardia lamblia* o intestinales o duodenales). 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, sobre crecimiento 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.

Otras parasitosis por protozoos, menos comunes:

Isospora belli: en paciente inmunodeprimidos

Blastocystis hominis: rara, autolimitada, hasta hace poco considerado como comensal

Balantidium coli: Raro. Principalmente por ingesta de carne de cerdo mal cocinada o contacto con sus heces en países endémicos

¿Qué helmintos son los más comunes?

Los helmintos son grandes organismos multicelulares. Se dividen en:

Nematodos o gusanos cilíndricos  
Cestodos o gusanos planos segmentados  
Trematodos o gusanos planos no segmentados.  
Los que infectan al ser humano con mayor frecuencia dentro de cada tipo son:  
Nematodos: Enterobiasis u oxiuriasis (*Enterobius vermicularis*).

## Referencias

[MICROBIOLOGIA\\_ROMEROCABELLO \(1\) quimica 2 semestre.pdf](#)