



Parasitosis con manifestaciones clínicas gastrointestinales

A. Hernández Torres^{a,*}, E. García Vázquez^a, E. Moral Escudero^a, J.A. Herrero Martínez^a, J. Gómez Gómez^a y M. Segovia Hernández^b

Servicios de ^aMedicina Interna/Infecciosas y ^bMicrobiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Palabras Clave:

- Parásitos
- Diarrea
- Giardiasis
- Criptosporidiasis

Keywords:

- Parasites
- Diarrhoea
- Giardiasis
- Cryptosporidiosis

Resumen

Las infecciones parasitarias del tracto gastrointestinal son causa de una importante morbimortalidad. Aunque más comunes en países en vías de desarrollo con pobres condiciones sanitarias, ocurren en todo el mundo; la inmigración, los viajes internacionales, los cambios en la alimentación o la importación de alimentos han supuesto un aumento en la incidencia de parasitosis intestinales, lo que nos obliga a conocer este tipo de infecciones. Los protozoos se asocian a infecciones del tracto gastrointestinal más frecuentemente que los helmintos en el mundo desarrollado. La presentación clínica variará en función del parásito implicado y la parte afectada del tracto gastrointestinal. La mayoría de las veces los parásitos sobreviven en el aparato digestivo durante períodos prolongados sin provocar síntomas, mientras en otras ocasiones dan lugar a cuadros graves. Los antecedentes epidemiológicos, la situación inmunitaria del paciente, las manifestaciones clínicas, la exclusión de otras patologías gastrointestinales y los estudios microbiológicos nos proporcionarán el diagnóstico.

Abstract

Parasitosis with gastrointestinal clinical manifestations

Parasitic infections of the gastrointestinal tract cause significant morbidity and mortality. Despite being more prevalent in developing countries with poor sanitary conditions, these infections occur worldwide, as immigration, international travel, dietary changes and food importation have resulted in an increased incidence of intestinal parasitosis, which compels us to be aware of this infection. In the developed world, protozoans are more frequently associated with gastrointestinal tract infections than are helminths. The clinical manifestations of these infections vary according to the parasite involved and the area of the gastrointestinal system that has been affected. These parasites often survive within the digestive tract for extended periods, although they can occasionally result in severe symptoms. The diagnosis of these infections is based on the patient's epidemiological history, immune status and clinical manifestations, as well as the ruling out of other gastrointestinal diseases and the results of microbiological tests.

Introducción

La presentación más común en las infecciones parasitarias del tracto gastrointestinal es la diarrea, si bien son muchas las manifestaciones clínicas que producen y que varían según el parásito (tipo, tiempo desde la infección o carga parasitaria), así como de factores dependientes del huésped (los pacientes gravemente inmunocomprometidos presentarán enfermedades

más graves o que no afectan de forma habitual a huéspedes con la inmunidad intacta). Así, el dolor abdominal, la hematemesis o la malabsorción, entre otras, pueden ser consecuencia de la infección por parásitos¹.

Etiología

Haremos un repaso por las principales infecciones parasitarias que producen manifestaciones gastrointestinales, así como de los ciclos vitales de cada una de ellas que no haya-

*Correspondencia

Correo electrónico: aliciahernandeztorres@gmail.com

TABLA 1
Parasitosis con afectación gastrointestinal. Epidemiología

Parásito	Distribución	Modo de infección	Periodo de incubación
<i>Entamoeba histolytica</i>	Mundial, más frecuente en áreas tropicales y subtropicales	Ingesta de agua y alimentos contaminados	De pocos días a años
<i>Giardia lamblia</i>	Mundial, muy frecuente	Vía fecal-oral (agua-alimentos)	7-14 días (rango 3 días-meses)
<i>Schistosoma</i> spp.	Norte de África, África subsahariana, Oriente Medio, Turquía, India, Sudamérica y Caribe, zonas del Sudeste Asiático	Contacto con agua dulce contaminada con larvas procedentes de caracoles de agua dulce	Más de 21 días
<i>Trypanosoma cruzi</i>	Desde sur de EE. UU. hasta el cono sur americano	<i>Triatoma</i> spp. (chinche o vinchuca)	Menos de 10 días
<i>Ascaris lumbricoides</i>	Mundial, más frecuente en zonas tropicales y subtropicales	Ingestión de huevos infectivos	10-200 días
<i>Strongyloides stercoralis</i>	Mundial, más frecuente en zonas tropicales y subtropicales	Larvas filariformes por vía cutánea. Autoinfección	14 días-30 días
<i>Cystoisospora belli</i>	Mundial, más frecuente en áreas tropicales y subtropicales	Fecal-oral (agua-alimentos)	7 días
<i>Cryptosporidium</i> spp.	Mundial, muy frecuente	Fecal-oral (agua-alimentos)	7-10 días (1-28)
<i>Cyclospora cayetanensis</i>	Mundial, endémica en latinoamérica, subcontinente indio, Sudeste Asiático	Fecal-oral	7 días

mos revisado ya en la actualización anterior. En la tabla 1 vemos un resumen de las mismas, así como la epidemiología.

Manifestaciones clínicas

Aunque muchas veces diversas manifestaciones clínicas se presentan de forma simultánea, dividiremos en cuatro formas principales la afectación gastrointestinal por parásitos. En la tabla 2 vemos las manifestaciones clínicas asociadas de forma más frecuente a cada parásito.

Enteritis, diarrea o disentería

Común en la presentación clínica de infecciones por parásitos como *Giardia lamblia* (*Giardia duodenalis* o *Giardia intestinalis*), *Cryptosporidium parvum* o *Cryptosporidium hominis* y *Entamoeba histolytica*, entre otros. Usualmente estas infecciones se manifiestan con algún grado de dolor, distensión abdominal, flatulencia y diarrea que varía entre la diarrea acuosa y la disentería.

Giardia duodenalis

Es un parásito de distribución mundial, aunque especialmente prevalente en áreas con pobres condiciones sanitarias. La mayor parte de las infecciones se adquieren a través de la ingestión de agua o alimentos contaminados con quistes de

Giardia, o por transmisión fecal-oral². Los quistes son excretados en las heces y pueden sobrevivir en ambientes húmedos durante períodos prolongados. Tras la ingestión de los mismos, estos se convierten en trofozoítos que se adhieren, sin invadirla, a la mucosa intestinal, producen una disrupción del borde en cepillo e interfieren con la actividad enzimática, estimulan la respuesta inflamatoria y producen con todo ello la secreción de fluidos y electrolitos y el daño de los enterocitos. Los trofozoítos que quedan libres en la luz intestinal se desplazan al intestino grueso, donde revierten nuevamente a la forma quística y son excretados en las heces, aunque en el contexto de la diarrea también pueden quedar trofozoítos en las heces. La gravedad de las manifestaciones clínicas es variable. En general, la mitad de los pacientes expuestos permanecen asintomáticos, aunque eliminan quistes en las heces durante 6 meses o más; en el resto aparecen los síntomas de la giardiasis aguda aproximadamente a los 10 días, fundamentalmente diarrea (en el 90% de los casos), que puede ser acuosa o grasa, pero nunca sanguinolenta, seguida de malestar general, distensión abdominal o flatulencia, entre otros. La mayoría de los pacientes finalmente queda asintomática, mientras en otros la diarrea será persistente (ver más abajo, en el apartado malabsorción)³.

Cryptosporidium spp.

Cuenta con unas 20 especies, entre las que destacan *C. hominis* y *C. parvum* como causantes de clínica en los seres humanos. Su transmisión ocurre por vía fecal-oral a partir de agua o alimentos contaminados con ooquistes y también es común la transmisión persona a persona (centros de día, trabajadores sanitarios, etc.) Cada ooquiste libera 4 esporozoítos en la luz del intestino delgado, que se adhieren a las células epiteliales, donde pasan por una serie de estadios de su ciclo vital que recuerdan a la malaria. Es además capaz de completar su ciclo vital en un único huésped (produciendo así la autoinfección interna e infección crónica). Si bien en pacientes inmunocompetentes la clínica (diarrea acuosa, molestias abdominales, malestar, pérdida de peso y fiebre) es habitualmente autolimitada, en pacientes inmunocomprometidos puede ocasionar cuadros más graves. Aunque la patogénesis no es del todo conocida, se ha demostrado que la alteración en la respuesta de linfocitos T puede facilitar la invasión por los protozoos intestinales, siendo los pacientes trasplantados y con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

TABLA 2
Principales parasitosis según la clínica

Presentación clínica	Etiología
Disfagia/odinofagia	Enfermedad de Chagas
Dolor abdominal	Colitis amebiana, absceso amebiano hepático, ascariasis ectópica, obstrucción intestinal por <i>Ascaris</i> , rotura de quiste hidatídico, hiperinfección por <i>Strongyloides</i>
Hematemesis	Esquistosomiasis hepática
Malabsorción	<i>Giardia lamblia</i> , <i>Strongyloides stercoralis</i> , <i>Cystoisospora belli</i> , <i>Cyclospora cayetanensis</i> , <i>Cryptosporidium</i> spp.
Diarrea	<i>Entamoeba histolytica</i> , <i>Balantidium coli</i> , <i>Giardia lamblia</i> , <i>Schistosoma</i> spp., <i>Cryptosporidium</i> spp., <i>Strongyloides stercoralis</i> , <i>Microsporidia</i> , <i>Cystoisospora belli</i> , <i>Cyclospora cayetanensis</i>

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8764205>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8764205>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)