

Ther. 1981;30:239-45.

Seudoparasitismo por *Dicrocoelium dendriticum*

Introducción. *Dicrocoelium dendriticum* es un helminto que parasita en los canalículos biliares de los animales herbívoros y origina trastornos funcionales en el hígado y las vías biliares, con un curso subclínico crónico. Está ampliamente distribuido en Europa, norte de África y Extremo Oriente. Puede parasitar en el hombre, hecho que es infrecuente, o puede ser unseudoparasitis-

Palabras clave: *Dicrocoelium dendriticum*. Dicrocoeliasis. Trematoda.

mo como consecuencia del tránsito intestinal de huevos o gusanos tras la ingestión de alimentos parasitados sin provocar infección en el paciente. En este caso habrá una contaminación espuria en las heces¹. Es un trematodo que tiene un ciclo parasitario complejo. En estado adulto, maduro sexualmente, vive en los canales biliares del huésped definitivo, que serán animales herbívoros como la vaca, las ovejas y el hombre (si está infectado). Los huevos puestos por el parásito son expulsados por las heces y son ingeridos por el primer huésped intermediario (caracol terrestre). Los huevos o esporocistos evolucionan hasta convertirse en cercarias en el interior del caracol y se expulsan al exterior con las secreciones mucosas. Este mucus es ingerido por las hormigas, que son el segundo huésped intermediario. Al madurar la cercaria produce un efecto paralizador en la hormiga, lo que favorece que sea ingerida por el huésped definitivo. En los animales parasitados produce dilatación y engrosamiento de los canalículos y conductos biliares, lo que favorece la colangitis crónica y la cirrosis hepática.

Caso clínico. Se trata de una paciente de 29 años, de origen subsahariano sin antecedentes médicos de interés que acude a la consulta de su médico de familia por presentar desde hace unos días una clínica inespecífica de fiebre, cefalea y dolores osteomusculares. No ha realizado viajes recientes a su país ni hay otras sospechas epidemiológicas de riesgo. La exploración es rigurosamente normal, así como la tira de orina, y se pautan antitérmicos. A las 2 semanas acude de nuevo por sensación de debilidad en las piernas y prurito generalizado. Refiere diarrea en los días previos. En la exploración no presenta hallazgos significativos. Se solicita una bioquímica completa con ácido fólico, TSH, vitamina B₁₂, electroforesis e IgE, que fue normal excepto una leve elevación de la GGT (49 µl). Destaca en el hemograma una leve leucopenia (3.500/µl) secundaria a una neutropenia mínima. En la serología se aprecia una hepatitis B pasada y curada. En las 3 muestras de heces en botes con formol para la detección de parásitos se aísla *Dicrocoelium dendriticum*, por lo que se solicita una ecografía hepática, que es normal. A las 3 semanas se solicita un nuevo examen coprológico, que es negativo. La pa-

ciente en ese momento se encuentra sintomática. Afirma que en los meses previos su familia había comido hígado. Se realiza un estudio parasitario al marido y a los hijos, que es normal.

Discusión y conclusiones. El hallazgo de huevos de *Dicrocoelium dendriticum* en muestras de heces humanas para estudio de parásitos es excepcional. Tiene una incidencia anual en nuestro medio del 0,2-0,3%, aunque en países como Arabia Saudí o Egipto aumenta debido a los menores controles veterinarios de la ganadería. Entre las muestras positivas, la mayoría son contaminaciones espúreas debido a la ingesta de hígado de animal parasitado. Para que haya una verdadera parasitosis en el hombre, éste debe ingerir hormigas infectadas. En España se han documentado 5 casos de pseudoparasitismo desde 1981, con una clínica similar a la descrita².

En cuanto a verdaderas parasitaciones en humanos, hay casos aislados publicados en revistas europeas y un estudio descriptivo con una muestra de 208 pacientes, en Arabia Saudí, de los cuales sólo 7 presentaban una parasitación confirmada³.

Las manifestaciones clínicas de la infección son dolor y distensión abdominal, sobre todo en el hipocondrio derecho, diarrea y flatulencia. Otros síntomas inespecíficos son anorexia, náuseas y cefalea. Estas manifestaciones se han descrito a veces de forma transitoria en los pseudoparasitismos⁴. El paciente con dicrocoeliasis puede tener hepatomegalia, leve aumento de las transaminasas, leucocitosis y eosinofilia. Se han documentado síndromes de malabsorción y procesos obstructivos de los conductos biliares en casos aislados⁵. El tratamiento de una parasitación verdadera consiste en praziquantel (600 mg/8 h 3 días) o tiabendazol (700 mg dosis única).

En la consulta de atención primaria debemos tener en cuenta la importancia que están adquiriendo las enfermedades infecciosas atípicas y tropicales relacionadas con el aumento de la inmigración y sus diferentes hábitos de vida. Las costumbres culinarias, como el consumo de vísceras y el dudoso control sanitario de los alimentos adquiridos, ya sea en sus países de origen o en nuestro medio, son la causa de algunas de estas enfermedades. Debemos confirmar

siempre que son verdaderas parasitaciones y no contaminaciones espúreas de las muestras con un segundo examen parasitológico.

Irene Zabala Martín-Gil^a,
Juan Pedro Justel Pérez^a
y Juan Cuadros González^b

^aMedicina de Familia. Centro de Salud La Veredilla. Torrejón de Ardoz. Madrid. España. ^bServicio de Microbiología. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

1. Rack J, Adusu E, Jelinek T. Human infection with *Dicrocoelium dendriticum*. Dtsch Med Wochenschr. 2004;129:2538-40.
2. Sauca Subías G, Planas Vilá N, Pérez Sáenz JL, Fernández Roure JL. Falso parasitismo por *Dicrocoelium dendriticum*: aportación de cuatro casos. Med Clin (Barc). 1989;30:93.
3. el-Shiekh Mohamed AR, Mummery V. Human dicrocoeliasis. Report on 208 cases from Saudi Arabia. Trop Geogr Med. 1990;42:1-7.
4. Nodgaard H, Kristensen B. *Dicrocoelium dendriticum* eggs in feces of 2 Somali boys in Denmark. Transitory elimination after arrival to Denmark. Ugeskr Laeger. 1995;157:4140.
5. Karadag B, Bilici A, Doventas A, Kantarci F, Seluk D. An usual case of biliary obstruction caused by *Dicrocoelium dendriticum*. Scand J Infect Dis. 2005;37:385-8.