

Varón joven con fiebre, clínica neurológica y deposiciones patológicas

J. Martínez Blanco^a, M.J. Morales Acedo^b, M.J. Fernández Jiménez^c y E. Callejón Cuadra^a

^aMédico de familia. Centro de Salud Las Lagunas. Málaga.

^bMédico de familia. S.C.C.U. Hospital de Antequera. Málaga.

^cMédico de familia. Centro Salud Alhaurín. Málaga.

Las parasitosis por tenias constituyen una patología de baja incidencia en nuestro entorno predominando en zonas rurales en consumidores de carne poco preparada y de animales no inspeccionados de origen porcino o vacuno.

Los síntomas más frecuentes que pueden ocasionar son de origen gastrointestinal aunque las reacciones urticariales, cefalea y anorexia pueden estar presentes.

Las complicaciones como apendicitis, obstrucción o perforación intestinal y afectación muscular o cerebral no son habituales.

Se presenta un caso de parasitosis por *Taenia saginata* cuya manifestación clínica sugirió inicialmente un proceso neurológico de gravedad.

Palabras clave: parasitosis, tenia, meningitis, cefalea.

Parasitosis due to taenia is a disease with low incidence in our setting, it predominating in the rural area in those who eat undercooked meat and animal origin food such as pork or beef.

The most frequent symptoms that they can cause are gastrointestinal. However, urticarial reactions, headache and anorexia may be present. Complications such as appendicitis, obstruction or intestinal perforation and muscle or brain involvement are unusual.

A case of parasitosis due to *Taenia Saginata* whose clinical manifestation initially suggested a serious neurological condition is presented.

Key words: parasitosis, taenia, meningitis, headache.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones gastrointestinales son un problema clínico frecuente e infradiagnosticado. El mecanismo de transmisión fundamentalmente es indirecto, a través de los alimentos y el agua¹.

Una aproximación al diagnóstico requiere una anamnesis detallada y una exploración clínica en la búsqueda de signos y síntomas que pueden ser muy variados. Si bien en muchas ocasiones la infestación cursa de forma totalmente asintomática, los síntomas más comunes van a ser fundamentalmente gastrointestinales y carenciales por alteración de la absorción de nutrientes y micronutrientes, por aumento de pérdidas intestinales y por mecanismo puramente competitivo con algunos micronutrientes. Ante sospecha fiable es recomendable la obtención de muestra de heces y su análisis en laboratorio para confirmar el parásito y la especie.

Correspondencia: J. Martínez Blanco.
C/ de Las Encinas, 1709-A.
Urbanización Calahonda.
29647 Mijas Costa. Málaga.

Recibido el 21-11-05; aceptado para su publicación el 21-03-06.

Consideramos la importancia de este caso al ser de diagnóstico, manejo, tratamiento y seguimiento por el médico de Atención Primaria, pudiendo suponer un problema de salud pública.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 32 años, sin antecedentes personales de interés, acude a Urgencias por fiebre de hasta 39,5 °C, cefalea holocraneal opresiva, vómitos alimentarios y malestar general de 24 horas de evolución, con ingesta de antitérmicos exclusivamente. A la exploración llama la atención cierta rigidez de nuca sin focalidad infecciosa clara. En la analítica presenta 18.000 leucocitos (88,44% segmentados), 0,07 eosinófilos, 315.000 plaquetas, coagulación normal, 435,9 fibrinógeno derivado, sedimento urinario y radiografía de tórax normal. El resultado de la tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo fue normal. Se decide descartar un proceso meníngeo con lo que se realiza una punción lumbar que presenta líquido claro, sin presión, con bioquímica normal. El paciente es dado de alta con antitérmicos y tras una toma de hemogramas seriados se le pauta antibioterapia empírica.

Cuatro días después vuelve a acudir a nuestro centro por persistencia de la clínica cefálica, astenia, con disminución

de la hipertermia y el inicio en las últimas 24 horas de deposiciones como "tiras blanquecinas" que el paciente ha recogido en un recipiente. Niega dolor abdominal. En los resultados de hemocultivos seriados de días previos no se apreció crecimiento. Exploración sin meningismo con abdomen doloroso de forma difusa sin defensa y ruidos aumentados. Se le realiza nueva analítica que da como resultado: 8.000 leucocitos (60,70% segmentados), 360.000 plaquetas, coagulación normal, 749,7 fibrinógeno derivado. Cursamos al laboratorio un examen de heces en fresco.

Al reinterrogarlo señala que dos años antes había presentado dichas deposiciones durante uno o dos meses, con valoración y estudio por su médico de cabecera (le comentaron que en las heces no había nada anormal). Llegó a tomar mebendazol (no recuerda la dosis) de forma empírica y permaneciendo asintomático posteriormente. Dos meses antes de acudir a Urgencias, comenzó a perder peso sin causa justificable, con ingesta normal, acompañado de cansancio y mialgias. Niega cefalea. Refiere que era consumidor de carne tanto porcina como de vacuno sin apenas preparación, especialmente de caza (habitual en áreas rurales con escaso control veterinario) pero niega la procedencia anormal de dichos productos. Su esposa e hijos estaban asintomáticos.

El paciente fue derivado a la consulta de Digestivo para la realización de endoscopia digestiva alta o colonoscopia ante la sospecha de parasitosis intestinal.

Dos días después llega la confirmación diagnóstica: *Taenia saginata*.

En posterior cita, tras iniciar el tratamiento, presenta mejoría sustancial del cuadro, permanece asintomático y con recuperación del estado ponderal previo. Se le realizó colonoscopia posteriormente sin apreciarse ninguna anomalía, con lo que fue dado de alta de dicha consulta.

DISCUSIÓN

Las parasitosis por tenias constituyen una patología de baja incidencia en nuestro entorno, y predominan en el medio rural en consumidores de carne poco preparada tanto porcina (*Taenia saginata*) como de vacuno (*Taenia solium*). Se ha producido una estabilización durante los últimos años². La *tenia saginata* presenta mayor gravedad puesto que se puede diseminar a través del sistema vascular y origina la cisticercosis con afectación del músculo, del ojo y del cerebro que pueden visualizarse bien mediante TAC³.

La dificultad en la reducción de la incidencia de estas enfermedades puede deberse a la ingesta de alimentos provenientes de animales no inspeccionados, a deficiencias en las industrias de alimentos y en los establecimientos de preparación de comidas para colectividades, a la deficiente educación de la población en materia de higiene ali-

mentaria, a una mala higiene personal, así como a la resistencia por parte del público a cambiar las prácticas peligrosas de preparación de alimentos y los malos hábitos alimentarios.

Las infestaciones leves se acompañan de irritación de la mucosa intestinal y de síntomas derivados de la toxemia que origina la absorción de los productos metabólicos del parásito (dolor abdominal, diarrea, mareos, cefalea y anorexia). Por tanto, podríamos establecer por orden de frecuencia: eliminación de proglótides (98%), dolor abdominal de predominio epigástrico (35%), náuseas, vómitos y sensación de hambre (32%). Con menor frecuencia puede aparecer urticaria y signos de hipersensibilidad. Gran parte de los síntomas son de origen psicossomático y se presentan cuando el paciente sabe que está parasitado. Las complicaciones pueden ser: apendicitis, obstrucción o perforación intestinal y colangitis. Con todo ello los diagnósticos diferenciales serían muy amplios y englobarían cualquier proceso abdominal.

El diagnóstico se confirma con la observación de los anillos eliminados por las heces ya que las pruebas serológicas no son de gran ayuda. Sin embargo, los tres primeros meses no hay emisión de proglótides por heces. Analíticamente no hay datos que nos sugieran esta patología a excepción de eosinofilia en algunos casos.

Respecto al tratamiento se basa en el uso de niclosamina 2 g en dosis única seguido de un laxante⁴ en el caso de la *tenia solium* y de praziquantel 50 mg/kg/24 h durante 15 días en el caso de la *tenia saginata*.

No requieren un seguimiento si el tratamiento se ha cumplido correctamente.

En nuestro caso llama la atención la presentación del cuadro como un proceso de sospecha meníngea con emisión posterior de proglótides que confirmaron el diagnóstico. Tras el tratamiento, el paciente permaneció asintomático.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fos S, Vendrell E, Minardi R, Morales MM, Llopis A. Enfermedades parasitarias de origen alimentario más frecuentes en España: incidencia y comparación con las de origen vírico y bacteriano. *Ars Pharmaceutica*. 2000;41:3;293-305.
2. Martínez de Aragón MV, Ruiz A. El sistema de Información Microbiológica en Vigilancia Epidemiológica: ¿hacia qué modelo va? Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1991. p. 67-81.
3. González JB, Barbadillo F, Merino JM, Sánchez J. Parasitosis intestinales. Protocolo diagnóstico-terapéutico. *Bol Pediatr*. 1999;39:106-11.
4. Jeri C, Gilman RH, Lescano AG, Mayta H, Ramírez ME, González AE, et al. Species identification alter treatment form human taeniasis. *Lancet*. 2004;363:949-50.