

Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Paciente en estudio por prurito, anemia y rectorragia

Patient in a study for pruritus, anaemia and rectorrhagia

T. García-Lozano^{a,*}, F. Martínez de Juan^b, E. Mayordomo^c y E. Aznar^a

^a Laboratorio de Análisis Clínicos y Microbiología, Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

^b Unidad de Medicina Digestiva, Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

Caso clínico

Mujer de 64 años procedente de Guinea Ecuatorial, que es remitida a los servicios de medicina digestiva y dermatología de nuestro hospital, para estudio de prurito, anemia microcítica e hipocrómica y rectorragia de semiología distal. Los resultados de la analítica fueron: leucocitos $6,63 \times 10^9/l$, hematíes $4,79 \times 10^{12}/l$, hemoglobina 116 g/l, hematocrito 0,360 l/l, volumen corpuscular medio 79,80 fL, hemoglobina corpuscular media 25,60 pg, neutrófilos 30,30%, linfocitos 59,80%, monocitos 6,18%, eosinófilos 1,42%, basófilos 1,12%, plaquetas $229 \times 10^9/l$, ácido fólico 3,50 ng/ml, parámetros bioquímicos y metabolismo férrico en suero dentro de la normalidad, salvo cifras discretamente bajas de ferritina 24,9 ng/ml. Parámetros bioquímicos en orina normales. No se observó eosinofilia y la morfología de sangre periférica se informó como discreta anisocitosis.

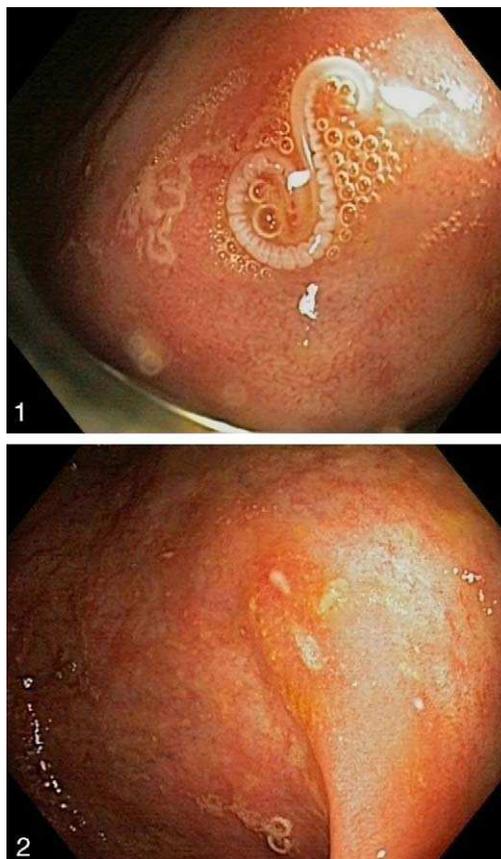
Los resultados de la colonoscopia fueron: dos erosiones en ciego de etiología incierta y 2 formas compatibles con gusanos, de 5 mm de longitud aproximadamente (figs. 1 y 2).

Evolución

Una vez informados los resultados por el servicio de microbiología, se decide tratar con mebendazol 100 mg/12 h durante 3 días y suplementos de hierro oral. Tras un mes de evolución, deja de presentar prurito, rectorragia y se observó una normalización de los parámetros hematológicos. Se diagnosticó de cuadro anémico por sangrado de origen digestivo y parasitación por *Trichuris trichiura*.

Comentario

Trichuris trichiura es un parásito nematelminto, de la clase Aphasmidia, orden Enoplida y familia Trichuridae, que tiene una distribución mundial cosmopolita, pero que habita principalmente en zonas tropicales y subtropicales, climas cálidos y húmedos con



Figuras 1 y 2. Forma parasitaria (fig. 1) en el ciego correspondientes a *Trichuris trichiura* y erosiones (fig. 2) obtenidas por colonoscopia.

deficiencias sanitarias. Como ejemplo, la prevalencia en el África subsahariana es del 20,9% (100 millones de afectados), según los datos facilitados por la Organización Mundial de la Salud¹. El reservorio son los humanos y el vehículo de transmisión es la ingesta de huevos infectivos o embrionados procedentes de tierra y hortalizas

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tgimicro@gmail.com (T. García-Lozano).



Figura 3. Corte sagital *Trichuris trichiura*. Servicio de anatomía patológica. (Hematoxilina-eosina x100.)

contaminadas. Se denomina «gusano látigo», con un sistema genital único y un ciclo vital discretamente sencillo, con inicio de la infestación mediante la ingestión de huevos embrionados o infecciosos, cuya eclosión en tubo digestivo da lugar a la liberación de larvas en intestino delgado, para migrar a intestino grueso y, posteriormente, penetrar en mucosa donde se desarrolla a gusano adulto². Tres meses después de la ingestión, las hembras fecundadas (fig. 3) por los tricocéfalos machos en ciego comienzan a poner huevos, de 3.000 a 10.000 al día, aproximadamente. Los huevos son característicos (fig. 4); se presentan en forma de barril o balón de fútbol americano y con tapones mucosos en los polos¹⁻⁵. Cuando son eliminados al suelo, adquieren infectividad a las 2-3 semanas, a la espera de ser ingeridos de nuevo.



Figura 4. Huevo de *Trichuris trichiura*. Servicio de microbiología. (Imagen en fresco x40.)

Conclusiones

La presencia de parásitos en pacientes cuya patología en estudio puede ser sospechosa de origen tumoral es una realidad que se debe considerar en zonas de gran inmigración, principalmente procedentes de países tropicales o subtropicales.

Bibliografía

1. Guía enfermedades infecciosas importadas. Ministerio de Sanidad, 2008.
2. Murray PR, Rosenthal K, Pfaller M. Nematodos. En: Rosenthal K, Pfaller M, editores. *Microbiología médica*. 6.ª ed. Barcelona: 2009. p. 853–70.
3. García LS. *Diagnostic medical parasitology*. 4th ed Washington, DC: ASM Press; 2001.
4. Ok KS, Kim YS, Song JH, Lee JH, Ryu SH, Lee JH, et al. *Trichuris trichiura* infection diagnosed by colonoscopy: case reports and review of literature. *Korean J Parasitol.* 2009;47:275–80.
5. Ash R, Orihel C. *Atlas of human parasitology*. American Society of Clinical Pathologists. Chicago: United States of America; 1983.