

SITUACIONES CLÍNICAS

Poliparasitosis asintomática en un inmigrante subsahariano

M. Gozalo-Margüello^{a,*}, D. García-Palomo^b, A. Arnáiz-García^b y R. Salesa-Gutiérrez De Rozas^a

^aServicio de Microbiología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

^bUnidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Recibido el 6 de febrero de 2009; aceptado el 13 de enero de 2010

Disponible en Internet el 30 de marzo de 2010

PALABRAS CLAVE

Parásitos;
Inmigración;
Eosinofilia

KEYWORDS

Parasites;
Immigration;
Eosinophilia

Resumen

Las infecciones parasitarias intestinales constituyen un problema de salud pública en diversas regiones del mundo, especialmente en áreas tropicales y subtropicales.

Se calcula que un tercio de la población mundial está infectada por parásitos intestinales, siendo comunes las poliparasitosis, lo cual es causa de trastornos tales como malnutrición, anemia por déficit de hierro, obstrucción intestinal o retraso de crecimiento. Sin embargo, en adultos lo habitual es que esta patología sea asintomática.

Algunos parásitos, como *Schistosoma* o *Strongyloides*, persisten durante años, siendo necesario su tratamiento para evitar el desarrollo de complicaciones más serias en estadios avanzados.

El cribado de parásitos importados en inmigrantes aparentemente sanos es una prioridad en los centros de atención primaria, especialmente en aquellos que provienen de áreas endémicas.

La investigación debe ir dirigida hacia aquellos parásitos prevalentes en el área de procedencia de cada paciente.

En este artículo presentamos el caso de un paciente subsahariano que es diagnosticado de un cuadro de poliparasitosis en el contexto de una enfermedad aguda que motiva la asistencia sanitaria.

© 2009 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Asymptomatic polyparasitosis in a sub-Saharan immigrant

Abstract

Intestinal parasitic diseases pose a public health problem in many countries of the world, especially in tropical and subtropical areas.

It is estimated that one third of the world's population may be infected with intestinal worms, polyparasitosis being common. This is the cause of a variety of conditions including

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mgozalo23@gmail.com (M. Gozalo-Margüello).

malnutrition, iron-deficiency anemia, intestinal obstruction or physical growth retardation. Nevertheless, this condition is usually asymptomatic in adults.

Some parasites such as *Schistosoma* and *Strongyloides* persist for many years and must be treated to prevent the development of serious complications at later stages.

Screening for imported parasites in apparently healthy immigrants remains a public health priority in health care settings that attend immigrants, most of whom may have emigrated from countries where intestinal parasitic diseases are endemic.

Research must focus on parasites prevalent in the area where the person has lived.

In this article, we present the case of a sub-Saharan patient who was diagnosed of polyparasitosis in the context of an acute disease that required health care assistance.

© 2009 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Caso clínico

Paciente varón de 16 años, procedente de Guinea Ecuatorial y residente en España desde hace 3 semanas.

Como antecedentes refiere asma juvenil tratado con broncodilatadores, asintomático en la actualidad.

Acude a urgencias por episodio de síncope, precedido de mareo, palpitations y dolor precordial durante la práctica de deporte.

Los resultados de las pruebas complementarias son: 9.800 leucocitos con el 24% de eosinófilos, hemoglobina de 14,4 g/dl, 53.000 plaquetas y lactato deshidrogenasa de 615 UI/l.

En la ecografía abdominal se aprecia esplenomegalia.

Mediante angiorresonancia magnética es diagnosticado de tromboembolismo en la arteria pulmonar derecha.

Dada su procedencia, se solicita estudio de parásitos en heces, observándose las imágenes de las figuras 1 y 2.

Recibe tratamiento anticoagulante (acenocumarol) y antiparasitario (praziquantel y albendazol), permaneciendo asintomático.

Discusión

Las condiciones de vida de la población inmigrante en sus países de origen hacen que las tasas de parasitosis intestinales sean elevadas, siendo frecuentes las coinfecciones. En su prevalencia influyen diversos factores, tales

como el clima, la higiene individual y colectiva o los diversos aspectos socioeconómicos¹.

El *Strongyloides stercoralis* es un nematodo que se adquiere por la penetración de larvas filariformes presentes en suelo y agua a través de la piel. Éstas se localizan en la mucosa y la submucosa del intestino delgado, principalmente del duodeno y el yeyuno proximal. La enfermedad puede cursar con síntomas cutáneos, pulmonares y digestivos debidos, respectivamente, a la penetración, la migración y la localización definitiva del parásito, siendo muy frecuente la eosinofilia².

El *Trichuris trichiura* es un nematodo que se adquiere al ingerir los huevos embrionados a través del contacto con suelo, agua o alimentos contaminados. Asintomático en parasitaciones escasas, puede producir anemia, eosinofilia y síntomas digestivos en casos de parasitaciones masivas³.

Las uncinarias (*Ancylostoma duodenale* y *Necator americanus*) son también nematodos que se adquieren a través del contacto de las larvas filariformes con la piel. Pueden ser asintomáticos o producir clínica cutánea, respiratoria o digestiva, pero lo más característico es la aparición de anemia microcítica hipocrómica secundaria a la pérdida hemática intestinal⁴.

El *Schistosoma haematobium* es un trematodo común en zonas tropicales y subtropicales del continente africano, la cuenca mediterránea y algunas regiones de India, especialmente en áreas rurales. La infección se adquiere mediante el contacto con cercarias en el medio acuático contaminado,

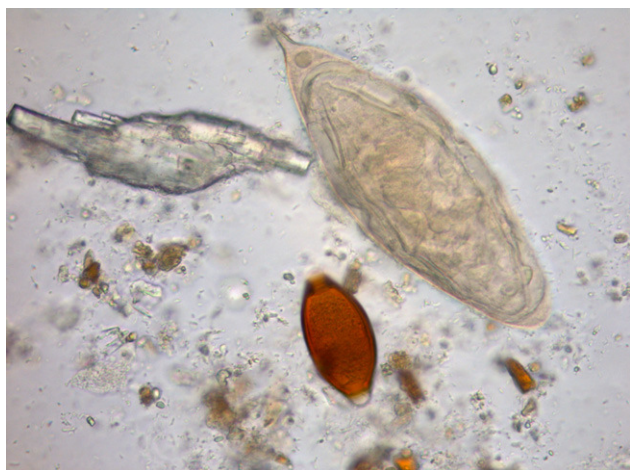


Figura 1 *Schistosoma haematobium*. *Trichuris trichiura*.



Figura 2 *Strongyloides stercoralis*. Uncinaria.

las cuales penetran a través de la piel. Puede cursar de forma asintomática (especialmente en las primeras fases) o bien produciendo clínica cutánea, respiratoria, digestiva o, sobre todo, en el aparato urinario².

La presencia de población inmigrante en atención primaria y en los servicios de urgencias se ha convertido en una realidad cotidiana que nos está obligando a adaptar tanto recursos como habilidades. El médico de familia es, la mayoría de las veces, el primer punto de contacto entre el inmigrante y el sistema sanitario, por lo que sobre él recae una gran responsabilidad en la captación de este colectivo. Consideramos que resulta importante recordar el interés, desde el punto de vista clínico y epidemiológico, de diagnosticar infecciones parasitarias en pacientes procedentes de Asia, África y América Latina, realizando un control de parásitos en heces rutinario en la primera consulta de atención primaria para detectar y tratar potenciales portadores asintomáticos y evitar futuras complicaciones.

La sospecha de infección por parásitos intestinales debe existir sobre todo en la población recién llegada, ya que no siempre hay relación entre su presencia y la existencia de síntomas digestivos⁶.

El diagnóstico etiológico de estas infecciones se efectúa mediante la observación microscópica de preparaciones fecales y la identificación morfológica de los elementos parasitarios característicos en dichas preparaciones, siendo recomendable la realización de tres exámenes parasitológicos consecutivos para descartar su presencia.

Por su parte, el especialista en Microbiología ha de ser muy minucioso al realizar el estudio microscópico de las heces, no dando por finalizado éste prematuramente ante el hallazgo de un parásito, ya que, dada la alta prevalencia de poliparasitosis, éstas podrían pasar inadvertidas. Hay que

recordar que la parasitación múltiple ocurre en más del 30% de los casos de infecciones de esta etiología en el continente africano, pudiendo encontrar 4 o más parásitos en un 12,5%⁵.

Por último, hay que recordar que, en ocasiones, una parasitosis adquirida por vía digestiva puede no presentar elementos parasitarios en las heces (cisticercosis, síndrome de Loeffler, amebiasis extraintestinal, etc.). Sin embargo, en estos casos, los síntomas clínicos van a orientar para la realización de pruebas diagnósticas específicas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Martín-Sánchez AM, Hernández-García A, González-Fernández M, Afonso-Rodríguez O, Hernández-Cabrera M, Pérez-Arellano JL. Intestinal parasitosis in the asymptomatic Subsaharian immigrant population. Gran Canaria 2000. *Rev Clin Esp.* 2004;204:14-7.
2. Faust C. *Parasitología clínica*, 3 ed. México: Masson-Doyma; 2003 p.253-261; 431-438.
3. García LS, Bruckner DA. *Diagnostic medical parasitology*, 2 ed. Washington DC: American Society for Microbiology; 1993 p. 194-198.
4. Hotez PJ, Bethony J, Bottazzi ME, Brooker S, Buss P. Hookworm: "The great infection of mankind". *PLoS Med.* 2005;2:e67.
5. Turrientes MC, Huerga H, López-Velez R. Parasitic diseases in a cohort of immigrants in Madrid, Spain. *Res Rev Parasitol (Revista Ibérica de Parasitología)*. 2001;61:48-58.
6. López-Velez R, Huerga H, Turrientes MC. Infectious Diseases in immigrants from the perspective of a tropical medicine referral unit. *Am J Trop Med Hyg.* 2003;69:115-21.