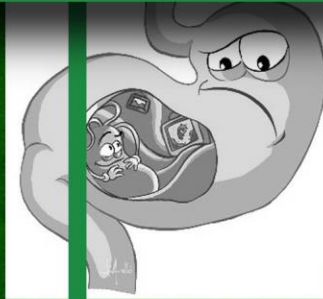


PARASITISMO INTESTINAL



A. C. G.
**Asociación Colombiana
de Gastroenterología**
Fundada en 1947

¿QUÉ ES?:

El parasitismo intestinal es la infección por parásitos que básicamente son helmintos o protozoos. Estas parasitosis se han asociado siempre a las malas condiciones de higiene y sanitarias de los países tropicales en vía de desarrollo pero su presentación ha aumentado en países desarrollados debido a la migración y al aumento de casos de enfermos por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH).

Los helmintos se clasifican como trematodos, cestodos y nematodos. Se reproducen a través de huevos y su diagnóstico se basa en la visualización de larvas o huevos.

Los protozoos son microorganismos unicelulares y a este grupo pertenecen las amibas y las giardias. La única amiba que es patógena en humanos es la E. Histolítica

PREVENCIÓN:

- Consumo de agua hervida o embotellada
- Lavado frecuente de manos con agua y con jabón: antes de preparar los alimentos, después de ir al baño, antes de comer, al llegar de la calle
- Comer siempre alimentos frescos y que han sido almacenados adecuadamente –
- No volver a congelar lo que ya se ha descongelado
- Acostumbrar a niños y adultos a estar y andar calzados
- Suministrar consejería a los viajeros a zonas con riesgo – No consumir agua del grifo ni siquiera para lavarse los dientes; No comer en toldos ambulantes, no tomar agua que no sea embotellada; Consumir frutas que se puedan pelar y pelarlas personalmente; No tomar leche ni consumir lácteos sin pasteurizar; Evitar las frutas y verduras crudas.
- Uso de gel antibacterial después de ir al baño, antes de comer

Para un mejor entendimiento de este tipo de infecciones se describe a continuación individualmente cada parásito:

ENTAMEBA HISTOLÍTICA

Es la única amiba que causa enfermedad en el ser humano. Se pueden presentar como quistes localizados en el intestino que permiten la infección por vía oral. O como trofozoitos que afectan los tejidos.

En principio se localizan en la luz intestinal y producen úlceras o amebomas. Los trofozoitos pueden penetrar las paredes y los vasos mesentéricos transportándose en la sangre al sistema porta y al hígado. Así se forman abscesos hepáticos que se pueden complicar al drenar a la cavidad pleural, pulmón o pericardio. O formar abscesos por debajo del músculo diafragma. También se pueden manifestar en el bazo y en la piel en la región ano-rectal.

Puede no dar síntomas y estas personas eliminan quistes que dan lugar a infecciones en otras personas.

Se manifiesta como diarrea moderada o severa con moco y sangre, colitis, dolor abdominal tipo retorcijón, pujo y tenesmo.

Una de las complicaciones es la colitis necrotizante fulminante en lactantes y niños desnutridos y en pacientes con SIDA.



Diagnóstico: se diagnostica por coprológico o coproscópico mediante la visualización de quistes o trofozoitos.

Tratamiento: metronidazol o tinidazol.

Debe hacerse control a las 2 a 4 semanas.

GIARDIAS

Es una de las infecciones intestinales más frecuentes de predominio en niños pequeños. Los trofozoitos se fijan en la mucosa del intestino delgado principalmente en el duodeno donde se multiplican y pasan al intestino en forma de quistes que se eliminan en la materia fecal. Se transmite vía fecal-oral.

Puede no dar síntomas y estas personas eliminan quistes que dan lugar a infecciones en otras personas.

Se manifiesta como dolor en el epigastrio (parte central del abdomen superior), diarrea aguda o crónica alternada con estreñimiento, las deposiciones son acuosa y rara vez hay moco y sangre, cólicos abdominales, flatulencia, náuseas y vómito, debilidad, falta de apetito, pérdida de peso y manifestaciones inespecíficas del sistema nervioso.

Una de las complicaciones es el retardo del crecimiento en los niños por mala absorción.

Diagnóstico: se diagnostica por coprológico o coproscópico mediante la visualización de quistes o trofozoitos.

Tratamiento: metronidazol o tinidazol.

Debe hacerse control a las 2 a 4 semanas.

ÁSCARIS

La infección por áscaris es muy frecuente en nuestro medio. Tiene dos fases, pulmonar y digestiva, en la primera las larvas salen a la luz del intestino delgado y luego hacen un recorrido por la circulación y los pulmones donde se convierten en adultos y regresan al intestino delgado en la segunda fase.

En su recorrido por los pulmones ocasionan pequeñas hemorragias e inflamación.

Puede no dar síntomas o causar complicaciones directamente relacionadas con el número de parásitos.

En la fase larvaria o pulmonar puede generar síntomas como neumonitis, fiebre, tos y hemoptisis (expectoración con sangre). A veces hay urticaria o edema angioneurótico.

En la fase adulta se manifiesta con dolor en el epigastrio, náuseas en la mañana, vómito, y a veces diarrea. Pueden obstruir el colédoco causando una colecistitis, o el conducto pancreático ocasionando pancreatitis. Si la infestación de parásitos es grande se puede ocasionar obstrucción intestinal, estrangulación de una hernia o apendicitis.

En niños puede causar desnutrición.

Diagnóstico: se diagnostica por, coprológico mediante la visualización de los huevos en las heces y cuadro hemático en donde se evidenciará aumento del número de eosinófilos.

El recuento de huevos en las heces determina el grado de infestación, así:

Leve: menos de 10.000 huevos por gramo de heces

Moderada de 10.000 a 20.000 huevos por gramo

Severa más de 20.000 huevos por gramo

Tratamiento: mebendazol 100 mg 2 veces a l día por 3 días; O puede tratarse con albendazol, ivermectina o pamoato de pirantel.

Debe hacerse control a las 2 a 4 semanas.

OXIUROS

También conocidos como enterobius vermicularis afectan el 30 % de los niños en edad escolar.

Los huevos se ingieren por vía oral provenientes de alimentos contaminados o tierra. Se localizan en la zona perianal y producen rasquiña. Los niños se autoinfestan al rascarse y llevarse las manos a la boca.

Se manifiesta con prurito perianal intenso sobretodo en la noche, dolor abdominal de predominio en la fosa iliaca derecha, diarrea con moco y vómito. También se presenta pérdida del apetito, pérdida de peso, alteraciones del sueño, terrores nocturnos y prurito vulvar y vulvovaginitis en niñas.

Diagnóstico: se diagnostica por medio de poner una cinta pegante en la región perianal y así recoger una muestra que se analizará por la prueba de Graham en busca de huevos del parásito.

Tratamiento: mebendazol 100 mg 2 veces a l día por 3 días; O puede tratarse con albendazol o pamoato de pirantel.

Debe repetirse el tratamiento a las 2 semanas.

TENIAS

El único reservorio conocido es el ser humano. Se encuentran a nivel mundial. Son la tenia solium y la tenia saginata.

Los huevos son ingeridos por los animales que son los intermediarios y se localizan en los músculos estriados de los mismos. El hombre se infecta al ingerir carne cruda o mal cocinada de los animales que contiene larvas dentro de un quiste llamado cisticerco el cual se adhiere a las paredes del intestino delgado formando proglótides dando origen a la tenia adulta..

Los síntomas se inician con la salida de los proglótides que produce prurito y molestias abdominales leves, dolor en el epigastrio, pérdida o aumento del apetito, dispepsia, náuseas o vómito, y en ocasiones diarrea. Además estas personas pueden presentar dolor de cabeza, vértigo, convulsiones y nerviosismo.

Diagnóstico: se diagnostica por, coprológico mediante la visualización de los huevos en las heces, y las especies se diferencian por las características de las proglótides.

Tratamiento: praziquantrel, niclosamida.

Debe hacerse control postratamiento a los 1 y 3 meses en busca de huevos y proglótidos.

ANQUILOSTOMA DUODENALIS Y UNCINARIA (NECATOR AMERICANUS)

Estos parásitos ingresan por la piel en forma de larva filiforme.

La larva atraviesa la piel, migra por los vasos sanguíneos a pulmón donde madura, se deglute por tráquea y faringe y se localiza en el intestino delgado.

Los síntomas son exantemas pruriginosos en piel en los sitios de entrada (por lo general en los pies), síntomas digestivos, anemia (porque el parásito se alimenta de sangre), eosinofilia, desnutrición que en niños puede ocasionar retraso mental y déficit de crecimiento.

Diagnóstico: se diagnostica por, coprológico mediante la visualización de los huevos en las heces, cuadro hemático en donde se evidenciará aumento del número de eosinófilos y anemia.

Tratamiento: mebendazol 100 mg 2 veces a l día por 3 días; O puede tratarse con albendazol o pamoato de pirantel.

Debe hacerse control a las 2 a 4 semanas.

STRONGILOIDES STERCOLARIS

Estos parásitos ingresan por la piel, vía oral o transmisión sexual.

La larva atraviesa la piel, migra por los vasos sanguíneos a pulmón donde madura, se deglute por tráquea y faringe y se localiza en el intestino delgado, recorre el tubo digestivo y se elimina por las heces.

Los síntomas son digestivos, eosinofilia, heces con sangre, migración masiva, inflamación de la mucosa, malabsorción, neumonitis o abscesos pulmonares. También la larva puede migrar por el tejido celular subcutáneo y producir la larva currens.

En pacientes inmunocomprometidos se puede presentar un cuadro severo caracterizado por diseminación sistémica y afectación multiorgánica con mortalidad hasta del 90%.

Diagnóstico: se diagnostica por, coprológico mediante la visualización de los huevos en las heces

Tratamiento: ivermectina, tiabendazol o albendazol.

Debe repetirse el tratamiento una vez al mes durante 3 meses.

TRICHURIS TRICHURA

Estos parásitos ingresan por vía oral.

Se ingiere el huevo fértil, pasa al intestino delgado y luego a la mucosa del colon donde maduran y se localizan definitivamente en la mucosa del ciego.

Los síntomas son digestivos, prolapso rectal en niños, anemia, eosinofilia, pérdida de peso, heces con moco, diarreas mucopurulentas, apendicitis o sobreinfecciones bacterianas de la mucosa.

Diagnóstico: se diagnostica por, coprológico mediante la visualización de los huevos en las heces

Tratamiento: mebendazol, ivermectina, tiabendazol o albendazol.

Debe hacerse un control en 2 a 4 semanas.