

Reporte de Caso

Parasitosis intestinal en pacientes tratados con corticoides Intestinal parasitosis in patients treated with corticoids

Autores: María Cristina San Miguel de Vera¹, Víctor Daniel Giménez Ortigoza², Pablo Ramón Torres Cantero², Amado David Peralta Galeano², Christian Escobar Báez²

Artículo recibido: 31 enero 2015

Artículo aceptado: 9 febrero 2015

Resumen

Se presenta el reporte del examen coproparasitológico de 23 pacientes de con enfermedades reumatológicas y tratamiento inmunosupresor del Servicio de Reumatología del Hospital de Clínicas (Asunción, Paraguay) en el año 2013. Se detectaron 16 pacientes parasitados, siendo en orden de frecuencia: *Entamoeba coli* (41%), *Giardia lamblia* (23%), *Strongyloides stercoralis* (14%), el resto 1 caso de *Hymenolepis nana* y *Ascaris lumbricoides*.

Palabras claves: corticoterapia, parasitosis intestinal, *Entamoeba coli*, *Giardia lamblia*, *Strongyloides stercoralis*

Abstract

The report of the coproparasitologic exam of 23 patients, with rheumatic diseases and receiving immunosuppressive therapy from the Rheumatology Service of the Hospital de Clínicas (Asunción, Paraguay) in 2013, is presented. Sixteen patients with parasites were detected with this frequency order: *Entamoeba coli* (41%), *Giardia lamblia* (23%), *Strongyloides stercoralis* (14%). The remaining was 1 case of *Hymenolepis nana* and *Ascaris lumbricoides*.

Keywords: corticotherapy, intestinal parasitosis, *Entamoeba coli*, *Giardia lamblia*, *Strongyloides stercoralis*

Introducción

Un tercio de la población mundial tiene parasitosis intestinal según la OMS, afectando a un mínimo de 2.000 millones de personas y supone una importante amenaza a la salud pública en las regiones donde el saneamiento y la higiene son inadecuados¹.

¹Especialista en Medicina Interna y en Enfermedades Infecciosas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción (Asunción – Paraguay)

²Estudiante de Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción (Asunción – Paraguay)

Autor correspondiente:

Dra. María Cristina San Miguel de Vera
Dirección: Av. Venezuela casi Florida. Asunción, Paraguay
Teléfono: +(595) 982 722915
Correo electrónico: msan_miguel@hotmail.com

En nuestro medio, hay un incremento en el número de infestaciones y de nuevos tipos de parásitos, que se está relacionado a la situación sociodemográfica de pobreza y al aumento de enfermedades inmunodepresoras².

Uno de los factores de riesgo más importantes en la aparición de parasitosis intestinal es la alteración de la función inmunológica³. Los estados de inmunodeficiencia posibilitan que los humanos sean presa de infecciones. Por otra parte, un sistema inmunitario hiperactivo podría producir graves complicaciones como las reacciones autoinmunes, por ejemplo, lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoide⁴.

Uno de los tratamientos de los trastornos de autoinmunidad es la inmunosupresión. Los medicamentos utilizados habitualmente son los corticosteroides⁵. Las enfermedades parasitarias intestinales pueden adquirirse a través de los alimentos, del agua contaminada, por contacto sexual y pueden causar desde molestias leves hasta la muerte⁶⁻⁸.

La prescripción y administración de glucocorticoides en pacientes con enfermedades reumatológicas implica un estado de inmunosupresión, que los hacen susceptibles a parasitosis. Es por ello importante conocer las principales parasitosis que pueden afectar a estos pacientes, para implementar el tratamiento y la profilaxis adecuada.

Objetivos

- Hallar la frecuencia y los tipos de parásitos intestinales en pacientes tratados con corticoides en el Departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas.
- Determinar la edad de los pacientes, la dosis de corticoides y el tiempo de tratamiento inmunosupresor en los pacientes con parasitosis.

Sujetos y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, con muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Durante el año 2013 se reclutaron las muestras de 23 pacientes con enfermedades reumatológicas tratados con corticoides, del Servicio de Reumatología del Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. Las variables fueron: edad, sexo, datos demográficos y clínicos, incluyendo tiempo de corticoterapia registrada en meses, dosis del corticoide (mg/día) y los resultados del estudio coproparasitológico. Los pacientes fueron instruidos sobre el método de recolección de las heces, de tres días consecutivos en un frasco con solución de formol al 4%, identificado con nombre y apellido. Fueron excluidos aquellos pacientes que no siguieron las normas de recolección de las heces y aquellos en los que el periodo administrado de corticoides fue menor a 1 mes. Las muestras fueron procesadas de acuerdo al método de Ritchie^{2,3}, en el laboratorio de la Cátedra de Microbiología de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.

Cuestiones éticas: la confidencialidad de los participantes fue mantenida durante el estudio. Una vez que cada paciente aceptara participar de la investigación, se entregó una carta de consentimiento informado además de explicarles en qué consiste el estudio y sus beneficios. Al terminar la investigación, cada paciente recibió el resultado del examen coproparasitológico y le fueron suministradas medidas preventivas y tratamiento con antiparasitarios.

Resultados

Participaron del estudio 23 pacientes, de los cuales 9 (39%) eran del sexo masculino y 14 (61%) del sexo femenino. La media de edad fue $53,3 \pm 12,8$ años.

Se encontraron parásitos en 16 muestras (69,5%). Con respecto a la simultaneidad de parásitos, 30% presentaba 3 tipos de parásitos, 26% presentaban 2 tipos de parásitos y 44% un solo tipo. Los parásitos más frecuentes se encontraron la *Entamoeba coli* y *G. lamblia* (tabla 1).

Tabla 1
Distribución de los parásitos hallados en pacientes con corticoterapia (n 22)

Parásito	Frecuencia	Porcentaje
<i>Entamoeba coli</i>	9	40,91%
<i>Giardia lamblia</i>	5	22,73%
<i>Blastocystis hominis</i>	3	13,64%
<i>Strongiloides stercoralis</i>	3	13,64%
<i>Ascaris lumbricoides</i>	1	4,55%
<i>Hymenolepis nana</i>	1	4,55%

La dosis diaria de corticoides en los pacientes no parasitados fue $5,5 \pm 0,5$ mg, mientras que la dosis en los individuos parasitados fue 27,2 mg/día.

La edad de los pacientes parasitados, el tiempo de corticoterapia (en meses) y la dosis diaria (en mg) de corticoides se presentan en la tabla 2.

Tabla 2
Relación entre parásitos y edad, tiempo de corticoterapia y dosis diaria de corticoides

Parásito	Edad*	Tiempo de corticoterapia**	Dosis diaria de corticoides***
<i>Entamoeba coli</i>	54	6	8
<i>Giardia lamblia</i>	41	6	15
<i>Blastocystis hominis</i>	51	36	22
<i>Strongiloides stercoralis</i>	43	36	65
<i>Ascaris lumbricoides</i>	62	12	10
<i>Hymenolepis nana</i>	59	3	6

*mediana en años

**mediana en meses

***mediana en mg

Discusión

Es bien conocido que las parasitosis intestinales son un problema de salud en la población general¹⁰. Los resultados obtenidos demuestran que las parasitosis intestinales son un problema frecuente en los pacientes tratados con glucocorticoides. Son comunes los trabajos de investigación en pacientes con otras alteraciones del sistema inmune como en trasplantados de órganos y en infectados con el VIH, donde la frecuencia de parasitación varía entre 30 y 60%¹¹⁻¹³, pero pocos son los relacionados a corticoterapia.

Los parásitos más frecuentes en este estudio, *Entamoeba coli* y *Giardia lamblia*, coinciden con reportes de la literatura. Dado que éstos ingresan al organismo por vía fecal-oral, probablemente estén relacionados en nuestros pacientes a la contaminación de las aguas y de los alimentos^{9,12}.

Tres pacientes (14%) presentaban larvas de *Strongyloides stercoralis*, helminto de penetración cutánea, en pacientes provenientes de zonas urbanas. Dichos pacientes fueron los que tenían las dosis más altas de corticoides diarios (65 mg), sumado a un periodo largo de tratamiento (36 meses). Debemos destacar, sin embargo, que el estudio no indaga sobre las condiciones socioeconómicas, las características de la vivienda y el estilo de vida que podrían influir en la presencia de este parásito en las muestras, además tampoco se sabe si son VIH positivos^{14,15}, ambas variables de confusión¹⁶⁻¹⁸.

A pesar del tamaño muestral (n 23), la frecuencia de la parasitosis en estos pacientes resultó elevada (69,5%). Para poder extrapolar los resultados deberíamos aumentar el tamaño. Se publica como reporte de casos, y posteriormente se realizará el estudio de casos y controles.

Concluyendo, según este reporte, las parasitosis intestinales en los pacientes con tratamiento corticoide del Departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas fueron halladas en 69,5%. Los parásitos hallados en orden de frecuencia fueron: *Entamoeba coli*, *Giardia lamblia*, *Strongyloides stercoralis*, *Hymenolepis nana* y *Ascaris lumbricoides*. La dosis promedio de corticoide en los pacientes con parasitosis intestinal fue 27,2 mg/día.

Se recomienda la realización de una vigilancia de los pacientes con tratamiento corticoide, con sus correspondientes indicaciones de prevención, y eventualmente tratamiento.

Nota: esta investigación obtuvo los sgtes. premios:

- Cuarto Lugar en el XXIX Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Medicina, FELSOCM. Córdoba-Argentina. Año 2014.
- Segundo lugar en el Concurso de trabajos de investigación de la Cátedra de Microbiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. Año 2013

Referencias bibliográficas

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Harrison principios de medicina interna. 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012. Vol 2.
2. Canese A, Canese A. Manual de microbiología y parasitología médica. 7^a ed. Asunción: Ediciones y Arte; 2012.
3. Saredi N. Manual práctico de parasitología médica. 2^a ed. Buenos Aires: Sacerdoti; 2008.
4. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Patología estructural y funcional. 7^a ed. Madrid: Elsevier; 2007.
5. CDC. [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2000 [actualizado 25 nov 2012; citado 4 oct 2013]. Parasites. Disponible en: <http://www.cdc.gov/parasites>.
6. Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. Enfermedades Parasitarias [Internet]. Maryland: Medline Plus; 1998 [actualizado 15 nov 2012; citado 27 oct 2013]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/parasiticdiseases.html>.
7. Ramos MC, García CM, Gómez SJ. Enfermedades autoinmunes sistémicas y reumatológicas. 3^a ed. Barcelona: Masson; 2005. Vol 2.
8. Carlos DJ. Reumatología clínica. Barcelona: Elsevier; 2010. Vol 1.
9. Omayra CL, Antonio BO, Frine SC. Infecciones parasitarias intestinales y factores asociados a la infección por coccidias en pacientes adultos de un hospital público de Lima, Perú. Rev chil infectol [Internet]. 2009 [citado 10 ago 2013]; 26 (5): 440-4. Disponible en : http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182009000600008
10. Romero Cabello R. Microbiología y parasitología humana: Bases etiológicas de las enfermedades infecciosas. 3^a ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2007.
11. García C, Rodríguez E, Do N, López de Castilla D, Terashima A, Gotuzzo E. Parasitosis intestinal en el paciente con infección VIH-SIDA. Rev Gastroenterol Perú [Internet]. 2006 [citado 18 oct 2013]; 26(1):21-4. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292006000100003&script=sci_arttext
12. Chourio-Lozano G, Díaz I, Rivero R, Peña C, Cuenca E. Prevalencia de enteroparásitos en niños inmunocomprometidos e inmunocompetentes. Ksamera [Internet]. 2002 [citado 10 oct 2013]; 30(2): 156-73. Disponible en: [file:///C:/Users/Angel/Downloads/parasitos%20en%20ni%3Bos%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Angel/Downloads/parasitos%20en%20ni%3Bos%20(1).pdf)
13. Pozo J, Quetglás E, Azanza J. Infecciones más comunes en pacientes trasplantados. An. Sist. Sanit. Navar. [Internet]. 2006 [citado 19 oct 2013]; 29(Supl. 2): 175-206. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s2/original15.pdf>
14. Marques de Oliveira LC, Ribeiro CT, Mendes DM, Oliveira TC, Costa-Cruz JM. Frequency of *Strongyloides stercoralis* infection in alcoholics. Mem Inst Oswaldo Cruz [Internet]. 2002 [citado 10 oct 2013]; 97(1):119-121. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/mioc/v97n1/4347.pdf>
15. Ceccheto FH, García-Zapata MTA, Araújo BJL, Souza ES Jr, Faria MM, Oliveira FB, Oliveira GB. Investigación microepidemiológica de *Strongyloides stercoralis* en ambientes domiciliarios de pacientes infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Neotropical Helminthology. 2007; 1(1): 31-6.
16. Llagunes J, Mateo E, Peña J.J, Carmona P, de Andrés J. Hiperinfección por *Strongyloides stercoralis*. Med. Intensiva [Internet]. 2010 [citado 19 oct 2013]; 34 (5): 353-6. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v34n5/nota1.pdf>
17. Vaustat CD, Bava AJ. Estrongiloidosis diseminada en un paciente con SIDA. Acta Bioquím. Clín. latinoam [Internet]. 2012 [citado 14 oct 2013]; 46(3):419-22. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-29572012000300010&script=sci_arttext
18. Avendaño L, Hernandez F, Jimenez F, Avila A, Castro D. *Strongyloides stercoralis* en pacientes alcohólicos. Parasitol día [Internet]. 1999 [citado 10 oct 2013]; 23(3-4): 91-4. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071607201999000300005&lng=en&nrm=iso&ignore=.html