

# Infeción parasitaria múltiple importada en una paciente pediátrica: patología del niño inmigrante

L. Ramos Macías, J. Poch Páez, J.L. Pérez- Arellano<sup>1</sup>, R. Alcuaz Romano<sup>2</sup>, R. Rial González  
Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>1</sup>Unidad de Medicina Tropical. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario de Gran Canaria «Dr. Juan Negrín». Las Palmas de Gran Canaria

## Resumen

Las infecciones parasitarias constituyen un importante problema de salud en los países en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud ha referido recientes progresos en la prevención y el control de estas infecciones.

Los niños procedentes de adopciones internacionales constituyen hoy en día un porcentaje significativo de la población, con una patología propia característica de su país de origen. Los pediatras que trabajamos en países desarrollados estamos siendo testigos de un gran movimiento poblacional, con la consiguiente aparición de enfermedades importadas en la población infantil que cubrimos.

Se presenta el caso de una niña de 12 años, aparentemente sana y asintomática, procedente de Etiopía, en proceso de adopción internacional, a la que se le diagnostica una coinfección por parásitos intestinales, identificándose en las heces huevos de *Schistosoma mansoni*, *Hymenolepis nana*, *Entamoeba histolytica*, *Blastocystis hominis* y *Enterobius vermicularis*. El estudio se realiza a petición de la familia, por tener conocimiento de un caso de esquistosomiasis diagnosticado en una niña que llegó a nuestro país junto con su hija.

## Abstract

**Title:** Imported multiple parasite infection in a pediatric patient: disease in the immigrant child

Parasitic infections are an important health problem in the developing world. The World Health Organization has presented recent advances in the prevention and control of these infections.

A considerable number of the immigrant children arriving in developed countries do so through international adoptions. These children can be carriers for diseases characteristic of their countries of origin. The pediatricians working in the countries that take them in are witnessing a major population movement and an increase in the incidence of imported diseases among our pediatric population.

We present the case of an apparently healthy and asymptomatic twelve-year-old girl who was brought from Ethiopia in international adoption. The analysis of a fecal sample revealed the presence of coinfection with *Schistosoma mansoni*, *Hymenolepis nana*, *Entamoeba histolytica*, *Blastocystis hominis* and *Enterobius vermicularis*. The family requested the study because they had learned of a case of intestinal schistosomiasis infection in a girl who had arrived in Spain from Ethiopia together with their daughter.

## Palabras clave

Infecciones parasitarias, niño, inmigrante, *Schistosoma mansoni*, enfermedades importadas

## Keywords

Parasitic infections, child, immigrant, *Schistosoma mansoni*, imported diseases

## Introducción

La infección por *Schistosoma mansoni* se considera hoy en día la segunda parasitosis más frecuente en el ser humano, tras el paludismo; es altamente endémica en los países más desprotegidos, con zonas de prevalencia de más de un 70%. En la actualidad, hay más de 200 millones de personas infectadas en un total de 74 países.

La esquistosomiasis constituye un importante problema de salud en el África subsahariana, donde concurre en coinfección con la malaria y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en niños en edad escolar.

La presencia de infecciones parasitarias concomitantes es la norma en estos países.

## Caso clínico

Se trata de una niña de 10 años, de raza negra, procedente de Etiopía, remitida para efectuarle un estudio con el fin de detectar o descartar una posible esquistosomiasis.

La paciente lleva 4 meses viviendo en España con su familia adoptiva. Los padres acuden con la niña a la consulta porque tienen conocimiento de un caso de infección intestinal por

*Schistosoma* diagnosticado en otra niña de origen etíope que llegó con la paciente y reside en otra comunidad autónoma.

La paciente se encuentra totalmente asintomática. Los antecedentes de la niña son desconocidos. Refiere estar sana.

La exploración física muestra un peso de 39 kg (P90), una talla de 149 cm (P97) y una presión arterial de 100/60 mmHg. Presenta un buen estado general de salud, con buena nutrición e hidratación; no se detectan exantemas ni lesiones dérmicas. Se muestra habladora y colaboradora. No se encuentran hallazgos significativos en la auscultación cardiopulmonar. En la faringe se constata una hiperemia difusa con adenopatías laterocervicales; la otoscopia no muestra ningún dato relevante. La exploración abdominal muestra un abdomen blando y deprimible, sin masas ni megalias. El sistema nervioso central no presenta, aparentemente, ninguna afectación.

La analítica realizada muestra un hemograma con serie roja, blanca y plaquetaria en los límites normales para su edad, y llama la atención una eosinofilia con recuento de 907 eosinófilos totales (11,2%). El perfil bioquímico con ionograma y enzimas hepáticas fue normal. Se realizó una ecografía abdominal, que no demostró hallazgos patológicos significativos.

Los estudios microbiológicos demostraron una serología negativa para los virus de las hepatitis A, B y C y el VIH; investigación de *Plasmodium* (gota gruesa) negativa; detección de antígeno de *Plasmodium* negativa; investigación de *Schistosoma* en orina negativa.

En la investigación de parásitos intestinales se observan huevos de *S. mansoni*, *Hymenolepis nana*, *Entamoeba histolytica*, *Blastocystis hominis* y *Enterobius vermicularis*.

Se procede a la administración por vía oral de praziquantel en dosis de 20 mg/kg en 2 tomas, metronidazol 250 mg/día durante 20 días y 2 dosis de mebendazol en un intervalo de 15 días.

La paciente mantiene visitas de control en nuestra consulta, donde se constata una buena evolución clínica, sin complicaciones en relación con el tratamiento; la investigación de los parásitos intestinales en heces se negativizó posteriormente y el recuento de eosinófilos desciende hasta 310 totales (4,8%).

## Discusión

En los últimos años estamos asistiendo a un cambio poblacional como consecuencia de la mejora en las comunicaciones, que ha permitido los viajes de menores a zonas endémicas para determinadas enfermedades infecciosas, y por la inmigración desde países menos desarrollados hacia el nuestro en busca de mejores condiciones de vida; igualmente, somos testigos del cambio dentro de la población inmigrante, con el aumento de mujeres y niños.

La cifra de desplazamientos internacionales ha aumentado, y los niños adoptados se han sumado al número de inmigrantes en edad pediátrica.

Los niños residentes en España procedentes de adopciones internacionales se consideran en la actualidad dentro de un grupo heterogéneo, que se denominan niños inmigrantes. Este grupo incluye a los menores de diferentes características: niños de países de menor desarrollo que el nuestro y que conviven con sus familiares o en centros de acogida; niños que han llegado a nuestro país procedentes de adopciones internacionales y, por último, niños procedentes de países más desarrollados<sup>1</sup>.

Los niños de adopciones internacionales son reconocidos actualmente como un grupo que requiere una asistencia médica especial. Estos niños, antes de la adopción, suelen estar en instituciones cerradas y proceden de países con diversas enfermedades endémicas. Las condiciones de vida de estos menores en su país de origen suelen ser de baja higiene e inadecuada nutrición, lo que los hace más vulnerables a contraer enfermedades infecciosas y a presentar labilidad emocional. A esto se suma que los adoptantes suelen ser familias de clase media que residen en zonas donde las enfermedades infecciosas son raras<sup>2</sup>.

La incidencia de problemas médicos en estos niños es importante, incluidas las enfermedades infecciosas, como la hepatitis B, las parasitosis intestinales, la tuberculosis, la deficiente vacunación, las anemias, los problemas de conducta y adaptación y un sinnúmero de problemas médicos no sospechados por la clase médica que asiste a estos menores<sup>2</sup>.

Un número sorprendente de niños procedentes de adopciones internacionales no está recibiendo la adecuada evaluación y seguimiento médico; asumimos que los tests de cribado realizados en su país de origen cumplen los requisitos establecidos por los servicios de inmigración, pero hemos de tener en cuenta que determinadas enfermedades infecciosas, como las hepatitis B y C o la infección por el VIH, tienen periodos ventana de seronegatividad.

Consideraciones semejantes son aplicables a la situación de vacunación de estos menores; en los niños de adopciones internacionales debemos cuestionarnos la inmunización, ya que determinados factores, como la desnutrición, pueden atenuar la respuesta inmunológica<sup>2</sup>.

Una consecuencia lógica de estos movimientos de población derivados de viajes, inmigración, adopción, etc. es el aumento de ciertas enfermedades importadas.

En 1851, Theodor Bilharz describió una enfermedad parasitaria que se conocería con el término de esquistosomiasis<sup>3</sup>.

La esquistosomiasis constituye actualmente un importante problema de salud para los viajeros a regiones del África subsahariana, dada su alta prevalencia en esta zona geográfica. Se estima que más de 600 millones de personas viven en regiones endémicas para el *Schistosoma* y que más de 200 millones están infectadas por este agente<sup>4</sup>.

En mayo de 2001, la Organización Mundial de la Salud, a través de la resolución 54.19, hizo una llamada al esfuerzo pa-

ra reducir la morbilidad causada por *Schistosoma* en los niños escolares de países con alta prevalencia<sup>5</sup>.

Hay evidencia de que los inmigrantes de áreas donde *Schistosoma* es endémico pueden permanecer infectados durante 30-40 años<sup>3</sup>.

No se debe olvidar que la esquistosomiasis es una enfermedad que en algunos países desarrollados no es de declaración obligatoria, con lo cual no existe información acerca de los porcentajes de infección entre la población viajera e inmigrante<sup>3</sup>.

A pesar de los avances para el control de la enfermedad y el consecuente descenso en la mortalidad y la morbilidad, la esquistosomiasis continúa avanzando hacia nuevas áreas geográficas. Los cambios ambientales como consecuencia del desarrollo de recursos hidráulicos, el crecimiento y el movimiento poblacionales son causas de la presencia de esta enfermedad en países donde la esquistosomiasis no es endémica; aquí es donde resulta fundamental el conocimiento de los problemas de salud propios de otras áreas geográficas.

Se debe hacer siempre hincapié en cualquier anamnesis, dentro de la historia clínica, sobre los viajes realizados por los pacientes, y la realización de una analítica en pacientes procedentes de países con endemia de enfermedades parasitarias. La adopción de estas medidas depende de los médicos que valoran a estos pacientes.

Cada vez son más las publicaciones con recomendaciones específicas para estos grupos de pacientes, que hacen referencia a la necesidad de realizar una anamnesis exhaustiva, en la que se deben recoger los datos de enfermedades familiares y personales, así como del embarazo y el parto, alimentación, lactancia, vacunación, enfermedades y tratamientos recibidos, situación social en el país de origen del paciente (que incluya las condiciones de higiene, del agua, convivencia con animales...), exploración física detallada (estado nutricional, somatometría, presión arterial, estado de la piel y las mucosas, dentición, audición...), etc.

No hay acuerdo sobre los exámenes que se deben realizar en un niño asintomático procedente de un país extranjero, aunque sí respecto a las recomendaciones teniendo en cuenta su origen: hemograma con bioquímica básica, sedimento y análisis sistemático de orina, Mantoux y estudios microbiológicos (parásitos y huevos en heces, serología de la hepatitis y VIH...)<sup>1,6</sup>.

Las enfermedades parasitarias intestinales pueden pasar desapercibidas de modo asintomático, lo que permite al individuo llevar una vida normal. La prevalencia de estos enteroparásitos depende de los factores del huésped (higiene, inmunidad, nutrición...), los factores ambientales (condiciones higiénico-

sanitarias, clima, humedad...) y la técnica utilizada en su investigación. En nuestro ámbito, el índice de parasitación en la población pediátrica varía, según las series publicadas, entre un 23 y un 66,7%. Un 10% de los niños parasitados tiene más de un parásito. Los estudios demuestran que no hay diferencias en la parasitación por sexos<sup>7</sup>. En relación con los adultos, los niños presentan niveles menores de multiparasitación, debida en parte a la menor duración de la exposición a los gérmenes<sup>8</sup>.

La morbilidad en los casos de esquistosomiasis se asocia con la respuesta inflamatoria tisular frente a los huevos del parásito y puede correlacionarse con la intensidad de la infección. En el caso de la esquistosomiasis intestinal, podría aparecer diarrea, dolor abdominal y sangre en las heces, y puede haber afectación hepatoesplénica por *Schistosoma*<sup>4</sup>.

Presentamos este caso clínico dada su múltiple infección intestinal, que puede servir de llamada a la reflexión a los pediatras que asisten a esta población emergente para realizar una valoración individualizada de estos niños. Hay grupos de niños con características bien definidas y a la vez diferentes dentro del heterogéneo grupo calificado como «niño inmigrante».

Se dispone de diferentes protocolos y pautas de actuación volcadas en la web de la Asociación Española de Pediatría<sup>9</sup>. ■

## Bibliografía

1. Poch J, Montesdeoca A, Hernández Borges A, Aparicio JL, Herranz M, López Almaraz R, et al. Valoración del niño inmigrante. An Sist Sanit Navar. 2006; 29 Supl I: 35-47.
2. Miller LC. Caring for Internationally adopted children. N Engl J Med. 1999; 341(20): 1.539-1.540.
3. Ross AGP, Bartley PB, Sleigh AC, Olds GR. Schistosomiasis. N Engl J Med. 2002; 346(16): 1.212-1.220.
4. Vennervald BJ, Dunne DW. Morbidity in Schistosomiasis: an update. Curr Opin Infect Dis. 2004; 17: 439-447.
5. World Health Organization. Schistosomiasis and soil transmitted helminth infections. Fifty-fourth World Health Assembly, resolution WHA54.19. Ginebra: World Health Organization, 2001.
6. Oliván G. Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. An Esp Pediatr. 2001; 55:135-140.
7. Jarabo MT, García-Morán NP, García Morán JI. Prevalencia de parasitosis intestinales en una población escolar. Enferm Infecc Microbiol Clin. 1995; 13: 464-468.
8. Raso G, Luginbühl A, Adjoua CA, Tian-Bi NT, Silué KD. Multiple parasite infections and their relationship to self-reported morbidity in a community of rural Côte d'Ivoire. Int J Epidemiol. 2004; 33: 1.092-1.102.
9. Sección de pediatría del niño y adolescente inmigrante. Disponible en: <http://www.aepap.org/inmigrante/realidad.htm>