

El niño inmigrante: compendio de parasitología

A. Ayerza Casas¹, M. Gracia Casanova¹, C. Seral García², A. Clavel Parrilla³, R. Olivares López⁴
¹Departamento de Pediatría. ²Departamento de Microbiología y Parasitología. Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa». ³Departamento de Microbiología y Parasitología. Hospital Universitario «Miguel Servet». ⁴Servicio de Pediatría. Centro de Salud Parque Roma. Zaragoza

Resumen

El incremento de los viajes y las migraciones internacionales ha supuesto un aumento de la incidencia de patologías poco habituales en nuestro medio, en las que hay que pensar ante un paciente con estas características. Los parásitos son responsables de muchas de estas enfermedades; por tanto, deberá descartarse su presencia en estos niños, a pesar de que la expresividad clínica no sea florida, para poder hacer un tratamiento adecuado. En el caso de la poliparasitosis, es conveniente ser prudente con el tratamiento, ya que la erradicación masiva puede inducir una respuesta inmunitaria desmesurada.

Presentamos el caso de una niña que, a pesar de su buen estado general, fue diagnosticada de una parasitosis múltiple.

Palabras clave

Parasitosis, paludismo, respuesta inmunológica

Abstract

Title: The immigrant child: a compendium of parasitology

The increase in migration and international travels has resulted in a rise in the incidence of diseases that are uncommon in our environment, and that should be taken into consideration in the case of a patient with these characteristics. As parasites are responsible for many of these diseases, we have to check for their presence, even when clinical manifestations are mild, in order to choose the proper treatment. In the case of polyparasitism, a cautious approach to treatment is recommended since the massive eradication of the parasites can induce an excessive immune response.

We report the case of a girl who, despite her apparent good general health, was diagnosed as having multiple parasitic infections.

Keywords

Parasitosis, malaria, immune response

Introducción

En los últimos años hemos asistido a un notable aumento de la población inmigrante, lo que supone un reto para el clínico, que debe incluir en su diagnóstico diferencial una serie de enfermedades poco prevalentes en nuestro medio, muchas de las cuales se expresan con escasa o nula sintomatología.

Presentamos a continuación el caso de una paciente procedente de la zona central de África que, a pesar de su escasa sintomatología, fue diagnosticada de parasitosis múltiple.

Caso clínico

Niña de 9 años de edad, procedente de Guinea Ecuatorial, residente en nuestro país desde hace 5 meses, que fue remitida al servicio de urgencias de nuestro hospital desde su centro de salud por presentar un cuadro febril de 48 horas de evolución y una esplenomegalia de 17 cm, confirmada mediante ecografía, sin otra sintomatología. La paciente refería como antecedentes de interés varios episodios de paludismo tratados con cloroquina; era su primera visita médica y, por tanto, no había sido

sometida a las pruebas de cribado del niño inmigrante, por lo que estaba incorrectamente vacunada.

En la exploración física se apreció un buen estado general y nutricional; estaba febril al tacto y no se observaron lesiones cutáneas; la auscultación pulmonar fue normal, y en la auscultación cardiaca se puso de manifiesto un soplo sistólico de aspecto funcional. A la palpación abdominal destacaba una esplenomegalia dura y dolorosa de unos 17 cm, sin otras alteraciones. La otoscopia, la orofaringe y la exploración del sistema ganglionar no revelaron ninguna patología significativa.

Se realizaron las siguientes pruebas complementarias:

Hemograma: hematíes 4,62 millones/mm³; hemoglobina 11,5 g/dL; hematocrito 33,7%; VCM 72,8 fl; leucocitos 5.100/mm³ (N 55,50%; L 38,20%; M 5,80%; E 0,30%; B 0,20%); plaquetas 283.000/mm³. VSG 42 mm/h. PCR 1,76 mg/dL. Metabolismo del hierro: hierro 12,10 µg/dL, transferrina 208,39 mg/dL, capacidad de saturación de la transferrina 4,6%, ferritina sérica 143,7 ng/mL. Inmunidad celular normal. Inmunoglobulinas: IgG 2.260 mg/dL, IgA 279 mg/dL, IgM 102 mg/dL, IgE 2.970 µL/mL. Bioquímica normal. En la radiografía de los senos paranasales se observó una sinusitis maxilar bilateral. Las serologías para

VHA, VHB, VHC, VIH, CMV, VEB, *Leishmania*, *Toxoplasma*, *Salmonella*, *Brucella* y neumonías fueron negativas. El urocultivo y el frotis faríngeo fueron normales. Frotis nasal positivo para *Haemophilus influenzae*. El coprocultivo fue negativo. Parásitos en heces: se observan huevos de *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Schistosoma intercalatum*, *Uncinaria*, quistes de *Giardia lamblia* y *Entamoeba dispar*.

Investigación de parásitos en sangre en extensión y gota gruesa: se observan trofozoítos de *Plasmodium falciparum*. Mediante la técnica de concentración de Knott se observan microfilarias de *Mansonella perstans*. Inmunocromatografía: se detecta antígeno específico (proteína rica en histidina 2) de *P. falciparum*.

Ante el diagnóstico de paludismo, y dada la zona de procedencia de la paciente (resistente a la cloroquina), se instauro tratamiento con quinina y clindamicina durante 7 días (ambas en 30 mg/kg/día), que confirma su eficacia con la negativización de la gota gruesa. Posteriormente, se procede a erradicar paulatinamente el resto de los parásitos mediante tinidazol (50 mg/kg en dosis única para el tratamiento de la giardiasis), praziquantel (40 mg/kg/día para la esquistosomiasis) y, por último, mebendazol durante 30 días (100 mg/12 h) para el tratamiento de *M. perstans*, consiguiendo al mismo tiempo la erradicación de los nematodos intestinales.

Durante el ingreso la niña presenta una evolución favorable: disminuyó progresivamente el tamaño y la consistencia del bazo desde el inicio del tratamiento, aunque presentó crisis de broncospasmo cíclicas coincidiendo con un aumento de la eosinofilia (leucocitos 5.100/mm³, eosinófilos 11,70%), que sugieren un síndrome de Löffler. Hubo una buena tolerancia clínica del tratamiento antiparasitario, y actualmente todos los estudios parasitológicos de la paciente son negativos. En el control ambulatorio llama la atención el incremento progresivo de la eosinofilia (leucocitos 23.000/mm³, neutrófilos 4,20%, eosinófilos 63,60%) y una gammapatía policlonal (IgG 3.250 mg/dL, IgM 605 mg/dL, IgE 24.000 µL/mL) secundarias a la destrucción parasitaria. A los 4 meses del ingreso, los valores están en descenso, aunque aún no han alcanzado cifras de normalidad (leucocitos 10.400/mm³, neutrófilos 21%, eosinófilos 32,10%, IgG 1.851 mg/dL, IgM 166 mg/dL, IgE 6.940 µL/mL) (figura 1).

Discusión

Durante el año 2005 se declararon en nuestro país 332 casos de paludismo; esto supone una tasa de 0,84 casos nuevos por cada 100.000 habitantes; Aragón es la comunidad española con mayor incidencia de casos (2,51 por cada 100.000 habitantes)¹. De la misma manera, la prevalencia de las parasitosis intestinales ha experimentado un notable incremento, debido fundamentalmente al aumento de las migraciones internacionales.

En el caso descrito llama la atención, además de una parasitosis importante acompañada de un buen estado general, una

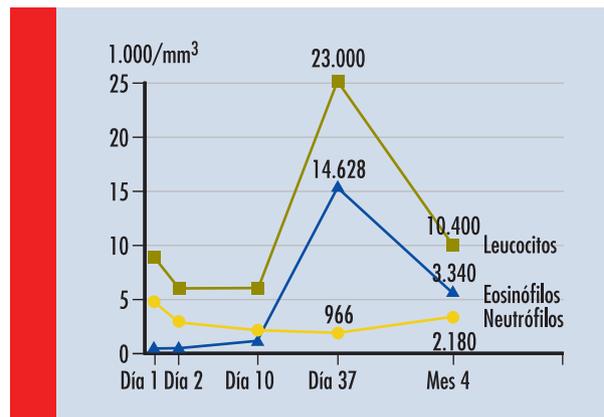


Figura 1. Evolución de la leucocitosis en la paciente

respuesta al tratamiento atípica, con un aumento en las cifras de inmunoglobulinas y eosinófilos en sangre periférica con la destrucción parasitaria, debido a que los helmintos (en especial *Ascaris* y *Trichuris*) pueden estimular la producción de IgE de manera inespecífica y policlonal. Diversos autores demuestran que en las poblaciones humanas donde las parasitosis helmínticas son endémicas, los niveles de IgE sérica total son extremadamente elevados y no se correlacionan con la respuesta específica efectora contra el parásito. Estos altos niveles de IgE pueden suprimir la respuesta alérgica mediante un mecanismo funcional a través de la saturación de los receptores de los mastocitos y los basófilos, que evita la respuesta inflamatoria que conduce a la expulsión de las larvas². En otros estudios realizados anteriormente, el tratamiento dirigido a erradicar los parásitos intestinales no se correlaciona con un cambio significativo en los valores de dichas inmunoglobulinas³.

Se ha demostrado una relación entre el aumento de IgG e IgE específicas con el incremento del tamaño del bazo en la infección por *P. falciparum*, el cual, a su vez, disminuye la susceptibilidad al contagio y la expresividad clínica de la malaria en función de la zona en que se habita; por tanto, los individuos con valores más elevados de IgG e IgE son los que con mayor frecuencia presentan esplenomegalia como única manifestación de la enfermedad⁴.

Ante casos de paludismo infantil, es importante tener en cuenta la edad del paciente, ya que la inmunidad frente a la enfermedad se obtiene con el paso de los años; así, en los niños pequeños la clínica es más florida, mientras que en los más mayores el hecho de tener numerosos contactos con el parásito hace que el signo hallado en la exploración sea una esplenomegalia, que puede estar acompañada o no de otros síntomas; en estos casos habrá que incluir las parasitosis dentro del diagnóstico diferencial.

El incremento de la inmigración en los últimos años, así como de los viajes a zonas con enfermedades endémicas, ha producido un aumento de la incidencia de patologías poco ha-

bituales en nuestro medio; además, los casos de pacientes inmigrantes son especialmente complejos, debido a su problemática sociocultural, económica y sanitaria; por ello, debemos realizar cuidadosamente la anamnesis insistiendo en los antecedentes familiares y personales del paciente, como vacunación, alergias y enfermedades previas⁵; aun así, esta situación supone un reto para los clínicos, que deben incluir en el diagnóstico diferencial las enfermedades endémicas de las áreas de procedencia⁶. La mayoría de los casos de parasitosis de niños en nuestro medio son de origen importado y, a pesar de que hoy en día se dispone de un protocolo de actuación bien establecido, seguimos diagnosticando enfermedades poco prevalentes en nuestro país, en ocasiones de elevada morbimortalidad.

Los casos observados en nuestro hospital, de formas tanto intestinales como sanguíneas, especialmente en los niños más mayores, son crónicos y presentan una escasa sintomatología; por tanto, es importante conocer estas patologías para poder hacer un diagnóstico correcto, ya que se estima que la prevalencia de parasitosis intestinal en los pacientes asintomáticos inmigrantes oscila entre un 25 y un 50%^{7,8}. Se deben promover programas y protocolos de actuación que eviten situaciones de irregularidad ante la asistencia sanitaria, ya sea por problemas legales, idiomáticos o de conocimiento científico⁹. El pediatra de atención primaria es una pieza clave para la salud de las familias de inmigrantes, ya que en muchas ocasiones la visita a su consulta representa el primer contacto de éstas con el sistema sanitario¹⁰; se deberán realizar pruebas de cribado en función del país de origen y hacer un seguimiento adecuado, haciendo especial hincapié en la profilaxis de las enfermedades endémicas de su país cada vez que tengan que viajar a él, para evitar que se produzca un nuevo contagio. Para mejorar el conocimiento de la salud de los inmigrantes deben adaptarse los sistemas de vigilancia epidemiológica, así como los programas de prevención y control de algunas enfermedades, y realizar estudios de investigación epidemiológicos multicéntricos adaptados a las nuevas realidades sociodemográficas¹¹. Asimismo, debe potenciarse la difusión de la información para

facilitar la óptima utilización y la accesibilidad a los recursos de nuestro sistema de salud. ■

Bibliografía

1. Enfermedades de declaración obligatoria. Casos notificados por comunidades autónomas. España, 2004.
2. Di Prisco MC, Hagel I, Puccio F. Efectos moduladores de las parasitosis helmínticas en el desarrollo del asma y de las enfermedades alérgicas. VITAE Academia Biomédica Digital. 2006; 26.
3. Nagaraj S, Raghavan R, Macaden R, Kurpad AV. Intestinal parasitic infection and total serum IgE in asymptomatic adult males in an urban slum and efficacy of antiparasitic therapy. Indian J Med Microbiol. 2004; 22(1): 54-56.
4. Dolo A, Modiano D, Maiga B, Daou M, Dolo G, Guindo H, et al. Difference in susceptibility to malaria between two sympatric ethnic groups in Mali. Am J Trop Med Hyg. 2005; 72(3): 243-248.
5. Acuña Aller R, De la Peña Gracia JR, Fernández López C, Fernández Rodríguez M, García Sardonil M, Guerra Aguirre ME, et al. Atención al niño inmigrante de origen extranjero. Protocolo del área 11 de Madrid. Disponible en: www.aepap.org
6. Guerrero Espejo A, Colomina Rodríguez J. Población inmigrante y enfermedades infecciosas. Rev Esp Salud Pública. 2004; 78: 565-570.
7. Martín Sánchez AM, Hernández García A, González Fernández M, Afonso Rodríguez O, Hernández Cabrera M, Pérez Arellano JL. Parasitosis intestinales en población inmigrante subsahariana asintomática. Gran Canaria, 2000. Rev Clin Esp. 2004; 204: 14-17.
8. Díaz J, Igual R, Alonso MC, Moreno MJ. Intestinal parasitologic study in immigrants in the region of Safor (Comunidad Valenciana), Spain. Med Clin (Barc). 2002; 119(1): 36.
9. De Aranzábal Agudo M. El niño inmigrante desde el punto de vista sanitario. Protocolos médicos para el niño inmigrante. Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria. Disponible en: www.avpap.com
10. Blanco Quirós A, Giménez Sánchez F, Asensi Botet F, Bernaola Iturbe E, De Juan Martín F, García Pérez J, et al. Vacunaciones a colectivos especiales: niño inmigrante, mal vacunado o viajero. Programa de actualización en vacunas. Módulo III. Vacunas: situaciones especiales. Disponible en: www.aeped.es
11. Jansá MJ, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gac Sanit. 2004; 18 Supl 1: 207-213.