



Acta Gastroenterológica Latinoamericana
ISSN: 0300-9033
ISSN: 2429-1119
actasage@gmail.com
Sociedad Argentina de Gastroenterología
Argentina

Solución del caso: Un huésped insospechado

Solución del caso: Un huésped insospechado
Acta Gastroenterológica Latinoamericana, vol. 48, núm. 2, 2018
Sociedad Argentina de Gastroenterología, Argentina
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199358831022>

Solución del caso: Un huésped insospechado

Viene de la pagina 72

La anatomía patológica informó mucosa de segunda porción duodenal con aplanamiento vellositario leve a moderado, con más de 40 linfocitos intraepiteliales cada 100 enterocitos y signos de inflamación crónica moderada; además se reconocen a nivel superficial organismos parasitarios piriformes con delgados flagelos, en relación con la infección por *Giardia lamblia* (Figura 2). Por dicho motivo se indicó metronidazol por 7 días.

Acta Gastroenterológica
Latinoamericana, vol. 48,
Sociedad Argentina de G
Argentina

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19935883>

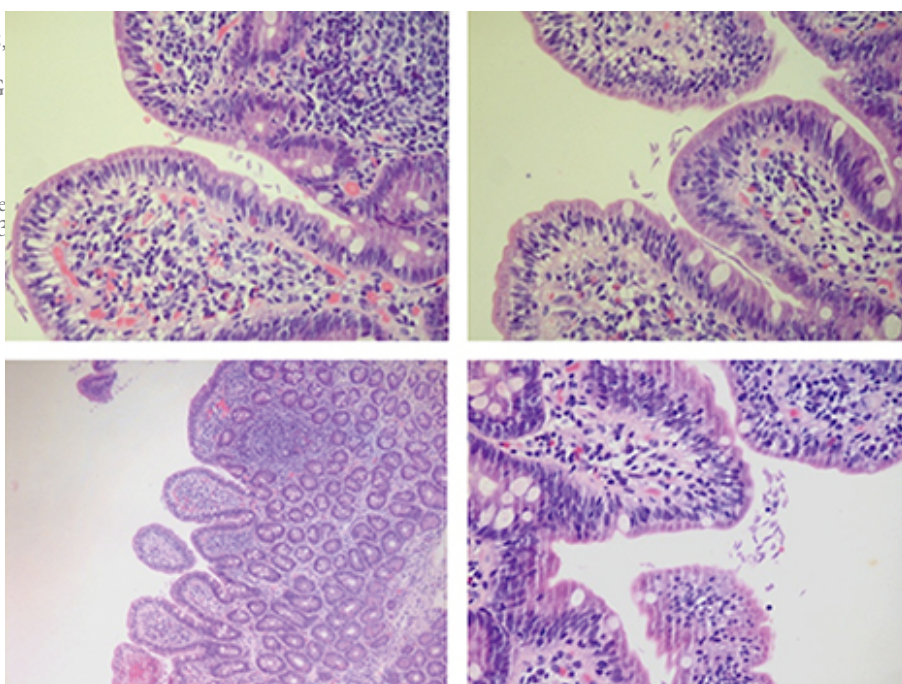


Figura 2.

Biopsia duodenal: la tinción con hematoxilina y eosina muestra vellosidades con leve a moderado aplanamiento, infiltrado inflamatorio linfocitario denso de la lámina propia, con más de 40 linfocitos intraepiteliales cada 100 enterocitos. A nivel superficial se reconocen organismos parasitarios piriformes con delgados flagelos (trofozoitos).

Giardia lamblia (también denominado *G. duodenalis* y *G. intestinalis*) es un protozoo flagelado que se transmite a través de la ingestión del quiste de este parásito y que está presente en aguas contaminadas. Los viajes a establecimientos de bajos ingresos son un factor de riesgo común

para la adquisición de esta enfermedad; las áreas de mayor riesgo son Asia y Asia sudoriental, África del Norte, el Caribe y América del Sur.¹

La giardiasis es más común en los niños que en los adultos y la mayoría son asintomáticos. En estos casos, si la enfermedad no se diagnostica y se trata, la eliminación de los quistes facilita la diseminación entre los miembros de la familia.² La diarrea acuosa es el síntoma clínico principal, que puede ser grave y con deshidratación y a veces con vómitos. La infección puede extenderse por todo el tracto gastrointestinal, comprometer el árbol biliar y el pulmón y presentarse con dolor en hipocondrio derecho o condiciones patológicas del pulmón. Además de la diarrea, esta infección intestinal se ha asociado con un pobre crecimiento en la infancia.³

En el examen microscópico directo de las heces, la presencia de trofozoítos o quistes ha sido durante mucho tiempo el estándar para la detección de la infección por giardia. En un único frotis de materia fecal, el espécimen tiene una sensibilidad del 75% al 95% en manos de un técnico experimentado. Más recientemente, el inmunoensayo enzimático ha sustituido al examen microscópico en la mayoría de los laboratorios clínicos.³ Aunque la mayoría de las biopsias duodenales con giardiasis crónica muestran poca o ninguna reacción inflamatoria, algunos pacientes pueden desarrollar una enfermedad grave con una inflamación mucosa significativa y varios grados de ensanchamiento de las vellosidades.⁴

El metronidazol administrado durante 5 a 7 días produce tasas de curación del 80 al 95%. El tinidazol es similar o ligeramente más eficaz después de la administración de solo una dosis única para los niños de 3 años o más. La nitazoxanida oral en un curso de 3 días se puede utilizar hasta un año, y es tan eficaz como el metronidazol y el tinidazol. El albendazol, el mebendazol y la paromomicina son bien tolerados y pueden ser eficaces. En casos de recaída, la mayoría de los expertos recomiendan repetir el curso de la terapia en pacientes inmunocompetentes, incluyendo dos fármacos para cubrir la resistencia, y un régimen de tratamiento más prolongado en pacientes inmunocomprometidos. Los pacientes deben ser advertidos que después del tratamiento la deficiencia de lactosa es común y se debe evitar o reducir al mínimo los alimentos que contienen lactosa por unas pocas semanas.³

Referencias

1. Minetti, C. Giardiasis. BMJ 2016; 355.
2. Soares R, Tasca T. Giardiasis: an update review on sensitivity and specificity of methods for laboratorial diagnosis. J Microbiol Methods 2016; 129: 98-102.
3. Mmbaga BT. Cryptosporidium and Giardia Infections in Children: A Review. Pediatr Clin North Am 2017; 64: 837-850.
4. Oberhuber G, Mesteri I, Kopf W, Müller H. Demonstration of trophozoites of G. Lamblia in ileal mucosal biopsy specimens may reveal Giardiasis in

patients with significantly inflamed parasite-free duodenal mucosa. Am J Surg Pathol 2016; 40: 1280-1285.

Enlace alternativo

<http://www.actagastro.org/numeros-anteriores/2018/Vol-48-N2/Vol48N2-PDF17.pdf> (pdf)