



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

revistapap@pap.es

Asociación Española de Pediatría de
Atención Primaria
España

Redondo Granado, MJ.; Díez Martín, MC.
Recaída de giardiasis tras el tratamiento con metronidazol
Pediatría Atención Primaria, vol. XI, núm. 42, abril-junio, 2009, pp. 333-335
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638711013>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Recaída de giardiasis tras el tratamiento con metronidazol

MJ. Redondo Granado^a, MC. Díez Martín^b

^aPediatra. ^bEnfermera. CS Rondilla I. Valladolid. España.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11:333-5

M.^a Jesús Redondo Granado, mredondo@gapva10.sacyl.es

Sr. Director

Hemos leído con interés el artículo sobre giardiasis resistente a metronidazol publicado recientemente¹. La recurrencia de síntomas después del tratamiento correcto de la giardiasis con metronidazol no es infrecuente en nuestro medio, incluso en pacientes autotóctonos como el que presentamos. Los motivos son diversos (como señala M. L. Vega en su artículo¹): la intolerancia secundaria a la lactosa, la resistencia farmacológica, la inmunodeficiencia y la reinfección.

Un curso de tratamiento de 5 a 7 días con metronidazol tiene una tasa de curación en población general del 80 al 95%²; en niños es algo inferior, del 60-88%³. El tinidazol en una única dosis tiene mayor tasa de curación, pero los da-

tos de seguridad y eficacia en niños son limitados².

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 12 años, español, aquejado de dolor cólico abdominal y flatulencia de un mes de evolución, acompañado de diarrea intermitente que le interfiere en la asistencia al colegio, tanto por el dolor como por la urgencia defecatoria. Entre los antecedentes destaca la presencia de onicofagia. Se enviaron tres muestras de heces para la búsqueda de parásitos al laboratorio de un hospital de la ciudad con resultado negativo. Un mes después, y ante la persistencia de los síntomas, así como por la pérdida de peso de aproximadamente 4 kg, se analizaron otras tres muestras en el

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

laboratorio de otro hospital, hallándose, en este caso, quistes de *Giardia lamblia*. Se realizó tratamiento con metronidazol a dosis de 500 mg cada 8 horas durante una semana, mejorando discretamente el dolor abdominal y la diarrea pero persistiendo tras la ingesta de leche. Se retiró la lactosa de la dieta y se intentó la introducción al mes sin éxito, por lo que se retiró otro mes más.

En las siguientes semanas el paciente siguió con molestias en abdomen y deposiciones blandas por lo que se resistía a ir al colegio. En un principio se atribuyó como culpable de esto a condicionantes psicológicos. Pero tras persistir los síntomas y debido al estancamiento ponderal, se realizó de nuevo estudio coproparasitario, siendo otra vez positivo para *G. lamblia*. La hematimetría, bioquímica y parámetros de metabolismo del hierro fueron normales. Se prescribió otro ciclo de tratamiento con metronidazol a las mismas dosis. A partir de este momento desaparece la sintomatología digestiva y se produce una recuperación del peso. Los estudios coproparasitarios posteriores han sido negativos.

Comentarios

Ante la persistencia de síntomas sugerentes de infestación intestinal por *Giardia lamblia* (diarrea intermitente,

alternancia diarrea/estreñimiento, estancamiento o pérdida ponderal, flatulencia, dispepsia o el recientemente descrito angioedema crónico con o sin urticaria⁴) debe perseverarse en el estudio de muestras de heces, recogiendo al menos tres, ya que la excreción de quistes por heces es intermitente. Asimismo, es conveniente un seguimiento clínico, debido a que pueden persistir o reaparecer los síntomas a pesar de un tratamiento correcto. En los casos refractarios, como el presentado, es difícil distinguir la recaída de la infestación de la resistencia farmacológica³, por lo que podría ser adecuado repetir el ciclo de tratamiento con el mismo fármaco una semana después, como aconsejan algunos autores³. Las pautas de dos cursos de tratamiento son las utilizadas habitualmente para la infestación por otros parásitos intestinales como *Enterobius vermicularis* (oxiuros) o *Ascaris lumbricoides*. Esta pauta de dos ciclos hubiera sido probablemente suficiente para la curación del paciente descrito, y se hubiera acortado el proceso diagnóstico-terapéutico que duró cerca de 1 año, desde el comienzo de los síntomas hasta la desaparición total. Si aún, con dos ciclos de tratamiento antiparasitario, persisten los síntomas de giardiasis se

recomienda un nuevo estudio de parásitos en heces, y si se observan quistes de *G. lamblia*, se puede considerar como resistencia al tratamiento, y emplear un fármaco de otro grupo diferente a los derivados nitroimidazólicos, solo o combinado con ellos¹⁻⁴.

En resumen, podría ser recomendable el tratamiento con metronidazol en dos ciclos de forma sistemática, separados por una semana, con el fin de acortar el proceso clínico de la giardiasis, o al menos realizar un control de síntomas para descartar la recaída.

Bibliografía

1. Vega Gutiérrez ML, Alfaro González M, Triguero García M, Calvo Romero C. Giardiasis resistente a metronidazol: a propósito de un caso. Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10:261-6.
2. Giardia lamblia (infecciones). En: Red Book 2003. Report of the Committee on Infectious Diseases. AAP. Edición en español 2004. Barcelona: Medical Trends, SL.; 2004. p. 275-7.

3. Alcaraz Soriano MJ. Giardia y giardiosis. Sociedad Española de Inmunología y Microbiología Clínica [Internet] [consultado el 20/02/2009]. Disponible en www.seimc.org/control/revi_Para/Giardia.htm
4. López Sáez MP, Huertas Amorós AJ, Caravacas Espinosa F. Angioedema crónico asociado a Giardia lamblia. An Pediatr (Barc). 2008;69:577-92.

