

Patologías Cutáneas Relacionadas a Parasitosis Intestinales

MARLEN ALEJANDRA MÉNDEZ SÁNCHEZ

Médico residente 3er año de dermatología, IDCP-DHBD. Santo Domingo, República Dominicana.

LUIS ALBERTO CHICA ROSALES

Médico residente 3er año de dermatología, IDCP-DHBD. Santo Domingo, República Dominicana.

MARIEL ISA PIMENTEL

Médico dermatólogo. Enc. del departamento de fototerapia. IDCP-DHBD. Santo Domingo, República Dominicana.

MARGARITA ROSADO DE QUIÑONES

Licenciada en bioanálisis. Enc. Laboratorio Clínico y Bacteriológico, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

FÁTIMA MEJÍA

Licenciada en bioanálisis, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

Correspondencia a: mar_4422@hotmail.com

Resumen. Las parasitosis intestinales son afecciones causantes de millones de infecciones en seres humanos alrededor del mundo. Pueden cursar sin sintomatología (portadores), con síntomas leves o con un cuadro típico y característico. La urticaria y el angioedema son desórdenes que han sido relacionados a estos patógenos, cuyo agente causal más asociado ha sido la *Giardia lamblia*, sin embargo existen otros agentes parasitarios que deben ser estudiados. En este trabajo se realizó una revisión de 549 casos diagnosticados con parasitosis intestinales mediante estudio de heces, desde Enero 2010 hasta Enero 2011 y registrados en el archivo clínico del Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel "Dr. Huberto Bogaert Díaz" (IDCP-DHBD) y su asociación a patologías cutáneas en el momento de la consulta. En nuestra opinión creemos que son necesarios estudios más extensos para determinar si el prurito asociado a ciertas patologías puede estar exacerbado por la acción de los parásitos intestinales. **Palabras claves:** *parásitos intestinales, urticaria, prurito, Giardia lamblia.*

Cutaneous pathologies related to intestinal parasitosis

Abstract. Intestinal parasites are the cause of millions of infections in humans around the world. They can be presented without symptomatology (carriers), with mild symptoms or with a typical and characteristic picture. Urticaria and angioedema are disorders that have been linked to these pathogens, whose most associated causal agent has been *Giardia lamblia*, however there are other parasitic agents that should be studied. We did a review of 549 cases diagnosed with intestinal parasitosis through study of faeces, from January 2010 until January 2011 and recorded in the clinical file of the Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel "Dr. Huberto Bogaert Díaz" (IDCP-DHBD) and its association with cutaneous pathologies. In our opinion, we believe that they are needed more extensive studies to determine if the pruritus associated with certain pathologies may be exacerbated by the action of intestinal parasites. **Keywords:** *intestinal parasites, urticaria, pruritus, Giardia lamblia.*

INTRODUCCIÓN

Las parasitosis intestinales son infecciones producidas por parásitos cuyo hábitat natural es el aparato digestivo del hombre. Son causantes de millones de infecciones en humanos alrededor del mundo, cuya prevalencia es mayor en regiones pobres, carentes de agua potable y servicios básicos de saneamiento. Su incidencia ha ido cambiando en el momento actual, tanto cualitativa como cuantitativamente debido al aumento de la población inmigrante y a los viajes a países tropicales. Generalmente son más frecuentes en la población pediátrica, en parte por un mayor contacto entre ellos y una menor higiene manipulativa.¹

Para fines de clasificación se pueden dividir en 2 grandes grupos: protozoos y helmintos. Los protozoos que infectan al ser humano se dividen a su vez en 4 phylum: Sarcodyna (incluye todas las amebas), Ciliophora (protozoos ciliados), Sporozoa (coccidios) y Mastogophora (protozoos flagelados). Existen dos organismos que siguen generando dudas a la hora de clasificarlos: *Blastocystis hominis* y *Microsporidium* sp. Los helmintos incluyen parásitos tremátodos, céstodos y nemátodos. Todos ellos se reproducen a través de huevos, por lo que su diagnóstico se basará tanto en la visualización de larvas como de huevos.²

Tabla No 1.

Tabla No 1.
Clasificación de los parásitos intestinales

Protozoos	Patógenos	Comensales
Amebas	Entamoeba histolytica	Entamoeba dispar Entamoeba coli Entamoeba hartmanni Entamoeba polecki Entamoeba gingivalis Endolimax nana Iodamoeba butschlii
Flagelados	Giardia intestinalis Dientamoeba fragilis	Trichomonas tenax Pentatrichomonas hominis Chilomastix mesnili Enteromonas hominis Retortamonas intestinalis
Coccidios	Cryptosporidium spp Cyclospora cayentanensis Isospora belli Sarcocystis hominis	
Ciliados	Balanidium coli	
Otros	Microsporidios	Blastocystis hominis
Helmintos		
Nemátodos	Enterobius vermicularis Ascaris lumbricoides Trichuris trichura Ancylostoma duodenale Necator americanus Strongiloides stercoralis Trichostrongylus spp Capillaria spp Anisakis simplex	
Tremátodos	Fasciola hepática Fasciolopsis buski Schistosoma haematobium Schistosoma japonicum Schistosoma mekongi Schistosoma intercalatum Paragonimus westermani Clonorchis sinensis Opisthorchis spp Heterophyes heterophyes Metagonimus yokogawai	
Céstodos	Taenia solium Taenia saginata Diphyllobotrium latum Hymenolepis diminuta Hymenolepis nana	

Fuente: Aparicio M. Parasitosis Intestinales. *Pediatr Integr*. 2011; XV(2): 141-153

Las parasitosis pueden cursar sin sintomatología (portadores), con síntomas leves o con un cuadro típico y característico. Esto dependerá del número, tamaño, actividad y toxicidad del parásito, de su situación en el huésped y de la respuesta inmune de éste, así como del ciclo del parásito.³⁻⁷ No existe correlación entre la presencia de síntomas gastrointestinales y la presencia de parasitosis. Con frecuencia, cursan con sintomatología variada: dispepsia, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal difuso, prurito, reacciones urticarianas y, en muchas ocasiones, son asintomáticas o poco sintomáticas. La anemia y la eosinofilia pueden alertar de la presencia de helmintiasis.

La urticaria y el angioedema son desórdenes de base alérgica en los que hasta en el 70% de los casos la etiología no es identificada. Algunos parásitos intestinales pueden ser causa de estos procesos.⁸ Es conocida la asociación de urticaria y angioedema con la infección por *Giardia lamblia*. Hasta el momento no se ha demostrado que esta asociación se deba a un mecanismo alérgico, aunque la asociación encontrada entre estas dos enfermedades, en algunos estudios, hace pensar que la infestación por *G. lamblia* puede ser una causa de urticaria y/o angioedema alérgico, más que una simple asociación, posiblemente por la implicación de la interleucina 6 y las moléculas 1 de adhesión vascular y adhesión molecular.⁹

Existen escasos reportes que describen la coexistencia de infección por *Blastocystis hominis* con urticaria crónica. Se especula que la

infección por *Blastocystis hominis* desencadenaría en pacientes susceptibles una reacción de hipersensibilidad cutánea mediante la activación de clones de linfocitos T CD4+ (helper) de tipo 2 y la consiguiente producción de linfocinas mediadoras de procesos alérgicos.⁸

Las infecciones por parásitos como *Enterobius vermicularis* (oxiuro) y toxocara también han sido implicadas como agentes etiológico de la urticaria, pero se consideran una causa infrecuente. Es excepcional que la infección por protozoarios sea la causa de la urticaria. La rotura de quiste de equinococo durante la intervención quirúrgica o espontánea puede producir reacciones de urticaria y anafilaxia.¹⁰

La relación de la giardiasis y la urticaria ha sido ampliamente descrita en la literatura, no así el papel que realizan los otros agentes parasitarios intestinales en la patología dermatológica.

Se ha descrito la mejoría de los síntomas y signos de urticaria tras la introducción de tratamiento en pacientes con infección parasitaria. Debe tenerse en cuenta que esta condición puede afectar severamente la calidad de vida de una persona, por lo que la posible identificación de un agente causal susceptible de tratamiento es del máximo interés.

A pesar de conocer el papel de los agentes parasitarios intestinales en la urticaria, el angioedema y el prurito, no se conoce la asociación de estos últimos en el resto de patologías cutáneas. Por lo tanto, se decide realizar este estudio con el fin de relacionar las manifestaciones cutáneas relacionadas exámenes de heces positivos, en pacientes atendidos en el IDCP-DHBD, en el período de enero 2010 a enero 2011.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión de todos los casos diagnosticado de parasitosis intestinales mediante estudio de heces, desde Enero 2010 hasta Enero 2011 y registrados en el archivo clínico del IDCP-DHBD. Se tomaron en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, patología dermatológica presentada, niveles séricos de Inmunoglobulina E y porcentaje de eosinófilos y respuesta de las lesiones dermatológicas al tratamiento antiparasitario por vía oral.

Para el análisis de los resultados se construyó una base de datos y posteriormente fue analizada con ayuda del programa SPSS versión 20.0 para Windows. Se utilizaron frecuencias relativas (%) y los resultados se presentan en tablas.

RESULTADOS

Se encontró un total de 549 casos con estudio de heces positivo para parásitos intestinales y con registro en archivo clínico para afectación cutánea concomitante.

El rango de edad osciló entre 1 mes y 80 años, con mayor incidencia en la 2da a 3era década de la vida, Gráfico No 1. De los 549 pacientes, 356 (64.8%) fueron mujeres y 193 (35.2%) fueron hombres.

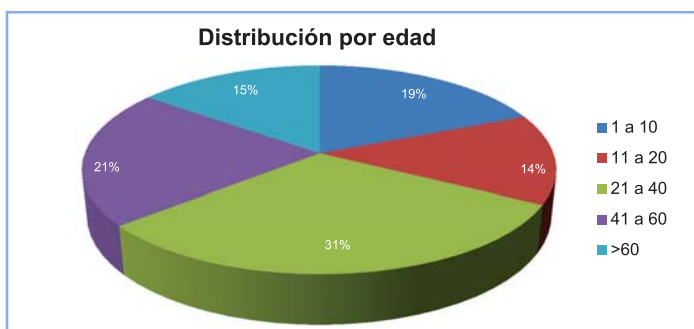


Gráfico No.1 Distribución por edad de los casos con diagnóstico de parasitosis intestinales por estudio de heces fecales y con archivo clínico, durante el período Enero 2010-Enero 2011 en el IDCP-DHBD. N=549. Fuente: Archivo clínico y de laboratorio bacteriológico del IDCP-DHBD.

Los parásitos intestinales encontrados en nuestro estudio fueron Blastocystis hominis en 255 casos, Endolimax nana en 235 casos, Entamoeba coli en 144 casos, Giardia lamblia en 35 casos, Entamoeba histolytica en 31 casos, Trichuris trichiura en 10 casos, Ascaris lumbricoides en 8 casos y Enterobius vermicularis en 2 casos. *Tabla No. 2.*

	Frecuencia (N=549)	Porcentaje (%)
Blastocystis hominis	255	46.4
Endolimax nana	235	42.8
Entamoeba coli	144	26.2
Giardia lamblia	35	6.4
Entamoeba histolytica	31	5.6
Trichuris trichiura	10	1.8
Ascaris lumbricoides	8	1.5
Enterobius vermicularis	2	0.4

Fuente: Laboratorio bacteriológico del IDCP-DHBD

Las patologías dermatológicas encontradas con más frecuencia fueron urticaria aguda con 52 casos, urticaria crónica con 44 casos, dermatitis atópica con 35 casos, dermatitis por contacto con 34 casos, pitiriasis rosada con 28 casos, prurito de origen a investigar con 24 casos, y erupción medicamentosa con 22 casos. *Tabla No. 3*

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Urticaria Aguda	52	9.5
Urticaria Crónica	44	8
Dermatitis Atópica	35	6.4
Dermatitis por Contacto Alérgica	34	6.2
Pitiriasis Rosada	28	5.1
Prurito de Origen a Investigar	25	4.6
Erupción Medicamentosa	22	4.0
Alopecia Difusa	20	3.6
Alopecia Areata	19	3.5
Forunculosis	18	3.3
Dermatitis Seborreica	17	3.1
Foliculitis	14	2.6
Liquen Plano	13	2.4
Eritema Anular	13	2.4
Úlcera por Éstasis	12	2.2
Liquen Simple Crónico	12	2.2

Fuente: Archivo clínico del IDCP-DHBD

En la *tabla No. 4* se pueden observar la asociación de los parásitos intestinales encontrados en las patologías cutáneas más frecuentes.

Patología Cutánea Asocia	Parásitos Intestinales	Parásitos Intestinales	
		Frecuencia	Porcentaje (%)
Urticaria Aguda (N=52)	Blastomyces hominis	29	55.8
	Endolimax nana	26	50.0
	Entamoeba coli	8	15.4
	Entamoeba histolytica	4	7.7
	Giardia lamblia	3	5.8
	Enterobius vermicularis	2	3.8
	Trichuris trichiura	1	1.9
Urticaria Crónica (N=44)	Endolimax nana	28	63.6
	Blastomyces hominis	22	50.0
	Entamoeba coli	6	13.6
	Entamoeba histolytica	5	11.4
Dermatitis Atópica (N=35)	Giardia lamblia	1	2.3
	Endolimax nana	17	48.6
	Blastomyces hominis	10	28.6
	Giardia lamblia	9	25.7
	Entamoeba coli	6	17.1
Dermatitis por Contacto Alérgica (N=34)	Ascaris lumbricoides	3	8.6
	Endolimax nana	16	47.1
	Blastomyces hominis	13	38.2
	Entamoeba coli	12	35.3
Pitiriasis Rosada (N=28)	Entamoeba histolytica	3	8.8
	Giardia lamblia	2	5.9
	Blastomyces hominis	13	46.4
	Endolimax nana	12	40.9
	Entamoeba coli	8	28.6
	Giardia lamblia	4	14.3
	Entamoeba histolytica	2	7.11
	Ascaris lumbricoides	1	3.6

Fuente: Archivo clínico y de laboratorio bacteriológico del IDCP-DHBD.

De los 549 casos estudiados, se le realizó la determinación de IgE a 379 pacientes, de los cuales 196 tenían valores inferiores a 120 UI/ml, y 183 tenían valores igual o superior a 120. De igual manera, se determinó el porcentaje de eosinófilos a 441 pacientes, de los cuales 379 presentaban valores menores de 8% y 62 de ellos presentaban valores mayores de 8%.

Se le indicó tratamiento antiparasitario en dosis variables a 279 pacientes, siendo la nitazoxanida el principal fármaco administrado por los médicos en 117 casos. Otros agentes empleados fueron el albendazol en 40 casos, el metronidazol en 31 casos y el secnidazol en 16 casos. De estos pacientes, sólo a 43 de ellos se le valoró la respuesta al tratamiento, encontrando buena respuesta en 29 casos.

DISCUSIÓN

Como en otros estudios, en la presente investigación no se detectó asociación estadísticamente significativa entre las variables parasitosis, sexo y edad. En nuestro estudio observamos que el grupo etáreo de 21-40 años (31%) fue el de mayor afectación, seguido del grupo

de 41 a 60 años (21%), lo que no corresponde a la literatura en la cual se menciona que la edad más frecuente en prevalencia es la población infantil. Probablemente esto se deba a que los padres acuden a emergencia o a la consulta de pediatría antes de acudir a un dermatólogo para la valoración de sus hijos en caso de urticarias y otras afecciones.
1, 2, 11-12

El parásito más prevalente fue el *Blastocystis hominis* (46.2%), el cual es considerado un patógeno emergente, con tasas elevadas en diversos grupos de poblaciones. 11 Se resalta la elevada prevalencia de protozoos no patógenos como *Endolimax nana* (42.8%) y *Entamoeba coli* (26.2%), que aunque tienen poca relevancia desde el punto de vista clínico son de gran relevancia epidemiológica ya que su presencia en las muestras de los pacientes examinados es indicativo de contaminación fecal del agua y/o los alimentos. 12 De igual manera, si bien es cierto que la giardiasis intestinal es considerada en la literatura mundial como un agente causal importante en la aparición de reacciones urticarianas agudas y crónicas, en este estudio, fueron el *Blastocystis hominis* y el *Endolimax nana* y *Entamoeba coli*, los principales agentes parasitarios asociados a esta entidad clínica. Sin embargo, en el caso de la dermatitis atópica, la *Giardia lamblia* es el tercer parásito implicado con un 25.7%, precedido por *Endolimax nana* y *Blastocystis hominis* con un 48.6% y un 28.6% respectivamente, por lo que consideramos que estos patógenos deberían de ser buscados en recidivas de casos de esta entidad.

Por otra parte, es de apreciar que las patologías encontradas con más frecuencia en nuestro estudio: urticaria aguda y crónica, dermatitis atópica, dermatitis por contacto alérgica, reacciones medicamentosas, prurito de origen a investigar y pitiriasis rosada, son patologías con un componente pruriginoso importante por lo que habría que preguntarse si este puede verse exacerbado por la acción de los parásitos intestinales. Esto se avala por el hecho de que aunque a una mínima cantidad de pacientes se les valoró la respuesta al tratamiento, la mayoría (67.4%) presentó buena respuesta al mismo.

CONCLUSIONES

En nuestra opinión, los parásitos intestinales pueden ser causa de manifestaciones clínicas en patologías cutáneas por mecanismos que precisan estudios más específicos. Se le debe de prestar mayor atención a patógenos intestinales diferentes a la *Giardia lamblia* como causa de manifestaciones cutáneas, lo que nos permitiría administrar un tratamiento acorde, y de esta manera alcanzar respuestas terapéuticas en un período más corto de tiempo. Son necesarios estudios más extensos para determinar si el prurito asociado a ciertas patologías puede estar exacerbado por la acción de los parásitos intestinales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aparicio M. Parasitosis Intestinales. *Pediatr Integral*. 2011; 15(2): 141-153.
- Ospina C. Guía de Manejo Parasitismo intestinal. 2010. Disponible en http://www.esecarmenemiliaospina.gov.co/portal/UserFiles/File/evaluacion/G-SA-16V1Guia_Parasitismo_Intestinal_doc.pdf
- Parasitosis. Guías Clínicas Fisterra. 2006. Disponible en <http://www.fisterra.com/fisterra>.
- Martín del Barco OH, Álvarez P, López R. Parasitosis intestinal.FMC. 2009;16(1):14-24.
- Recomendaciones para la Asistencia Médica al Adulto Inmigrante. Plan Vasco de Inmigración. Osakidetza. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2008.
- Recomendaciones para la Asistencia Médica al Niño Inmigrante. Plan Vasco de Inmigración. Osakidetza. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2008.
- Parasitosis. Boletín de Uso Racional del Medicamento. nº 4, diciembre 2008 (pág. 3-8). Servicio Cántabro de Salud.
- Micheloud D; Jensen J; Fernandez-Cruz E; Carbone J. Angioedema Crónico e Infección por *Blastomyces Hominis*. *Rev. gastroenterol. Perú*. 2007; 27(2).
- López M; Huertas A; Caravaca E. Angioedema crónico asociado *Giardia Lamblia*. *An Pediatr (Barc)*. 2008;69 (6):588-9.
- Ibáñez M. Urticaria y Angioedema. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Disponible en [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER/_Urticaria_angioedema\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER/_Urticaria_angioedema(1).pdf)
- Al Rumhein F, Sánchez J, Requena I, Blanco Y, Devera R. Parasitosis intestinales en escolares: relación entre su prevalencia en heces y en el lecho subungueal. *Rev Biomed* 2005; 16 (4):227-237.
- Díaz I, Duran TF. Prevalencia de parasitosis intestinales en alumnos de educación básica del Municipio Cacique Mara, Maracaibo-Estado Zulia. *Kasmera* 1990; 18:46-71.