

# Casos de Microbiología Clínica

Caso nº 548

## Parásitos vermiformes como hallazgo casual en la colonoscopia.

### Descripción

Paciente varón de 68 años, natural de Barcelona, sin antecedentes de viajes, al que se le practica una colonoscopia dentro del programa de cribado de neoplasia colorrectal por edad superior a 50 años. La preparación para la realización de la exploración se lleva a cabo siguiendo el protocolo habitual. La exploración se practica bajo sedación con midazolam, fentanilo y propofol.

La colonoscopia muestra recto sin lesiones, y múltiples divertículos no complicados en sigma, ciego y colon descendente. Colon ascendente y transversal sin lesiones. En colon ascendente se visualizan parásitos vermiformes, orientándose el hallazgo como posibles oxiuros; se recoge uno de ellos para su estudio microbiológico.

En el Laboratorio de Microbiología se recibe un recipiente que contiene una formación filiforme blanquecina en suero fisiológico (figura 1). Al examen macroscópico se observa una estructura vermiforme de aproximadamente 20 milímetros, con una prolongación de menor diámetro, de 15 milímetros.

Tras el análisis macroscópico se tritura la muestra en un homogeneizador para biopsias y se procede a montar una preparación en fresco con una gota de lugol.

La observación microscópica a pequeño aumento (10x) muestra gran cantidad de estructuras compatibles con huevos de parásitos intestinales (figura 2). ■



Figura 1.

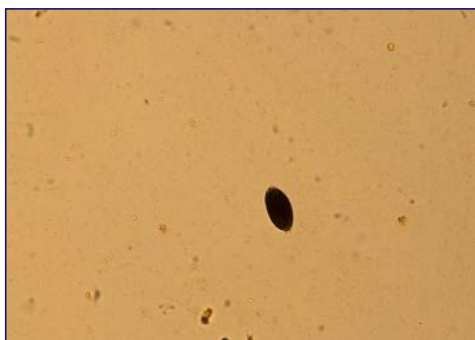


Figura 2.

1.

De acuerdo con las imágenes, ¿qué etiología sugiere el hallazgo?

La sospecha clínica del endoscopista durante la realización de la colonoscopia, en su apreciación de parásitos vermiformes, se confirma con la toma de una muestra remitida al Laboratorio de Microbiología donde se identifica mor-

fológicamente como *Trichuris trichiura* debido a su característica estructura de una porción posterior más robusta con un fino apéndice cefálico en forma de látigo (tricocéfal). La observación microscópica a pequeño aumento (10x) muestra

continúa ►

### Caso descrito y discutido por:

<sup>1</sup>Julián Gómez,

<sup>1</sup>Virginia Plasencia y

<sup>2</sup>Francesc Zarzuela

<sup>1</sup>Laboratori de Referència de Catalunya

<sup>2</sup>Unitat de Medicina Tropical i Salut Internacional Drassanes - UMTSID

Institut Català de la Salut  
Barcelona

Correo electrónico:

[jgomez@irc.es](mailto:jgomez@irc.es)

CON LA COLABORACIÓN EDITORIAL DE:

Dr. JUAN IGNACIO ALÓS

Servicio de Microbiología.

Hospital Universitario de Getafe  
Getafe - Madrid.

Editado por:

**FRANCISCO  
SORIA  
MELGUIZO, S.A.**

Caramuel 38, 28011 Madrid

Tel. 91 464 94 50

Fax. 91 464 62 58

<http://www.f-soria.es>

la presencia de gran número de huevos, también muy característicos de esta especie de nematodo atendiendo a su morfología (forma de barril con un refuerzo bipolar en forma de tapón) y tamaño (50-55 µm de lon-

gitud y 22-24 µm de ancho). El hecho de que la eclosión del gusano libere gran número de huevos evidencia que estamos delante de un ejemplar de hembra grávida de *T. trichiura*. ■

## 2.

### ¿Qué sintomatología clínica presenta la parasitación por *T. trichiura*?

Los gusanos adultos viven adheridos en la pared del ciego, y menos frecuentemente en otras zonas del intestino grueso, apéndice e ileon. La infestación por este nematodo puede pasar desapercibida al no presentar sintomatología clínica y llegar al diagnóstico como un hallazgo casual al practicarse exploraciones complementarias por otro motivo, como en el caso que describimos. En ocasiones, particularmente en parasitaciones grandes (más de 200 parásitos), la presentación clínica

de esta infección intestinal puede ser en forma de diarrea, incluso disentería con calambres abdominales, que puede conducir a cuadros de deshidratación, pérdida de peso y anemia. Ocasionalmente puede producirse prolapso rectal, particularmente en niños, donde el apéndice cefálico del gusano se ancla en la mucosa anal, contribuyendo al prolapso en los esfuerzos producidos durante la defecación. ■

## 3.

### ¿Qué diagnóstico diferencial puede plantear el cuadro clínico?

Las enteroparasitosis causadas por helmintos pueden transcurrir al inicio de forma asintomática o mostrando síntomas inespecíficos de difícil definición clínica.

Habitualmente el hallazgo puede orientarse como la presencia de oxiuros (*Enterobius vermicularis*), nematodo más frecuente en nuestro entorno y supuesto agente causal de bruxismo en la población pediá-

trica, si bien adultos del entorno familiar y cercano pueden infectarse, presentando la típica sintomatología de prurito anal, bruxismo, dificultad para dormir e irritabilidad.

Otras geohelmintiasis de alta prevalencia a considerar son las causadas por *Ascaris lumbricoides* y *Strongyloides stercoralis*. ■

## 4.

### ¿Puede observarse este tipo de parasitación en pacientes sin antecedentes epidemiológicos de viaje al trópico?

La trichuriasis es una infección común en todo el mundo que afecta principalmente a los niños, quienes pueden infectarse a partir de la ingesta de tierra contaminada con huevos de *T. trichiura*. Aunque su distribución es mundial, predomina en regiones tropicales y subtropicales, ya que son necesarios climas cálidos y húmedos para asegurar la viabilidad del huevo.

No obstante, los focos de infección de este tipo de helmintiasis son poco comunes en nuestro país, siendo habitualmente casos

importados. A pesar de ello, el aumento de las geohelmintiasis se relaciona con situaciones de riesgo social y deterioro sanitario que sufren determinados grupos de la población, donde el hacinamiento, las escasas condiciones de saneamiento y deficiente provisión de agua potable favorecen la aparición de este tipo de infección. ■

## 5.

### ¿Debería hacerse un estudio de portadores entre los contactos más próximos del caso índice?

Los parásitos geohelmínticos no se transmiten de forma directa por el contacto de persona a persona, sino que necesitan vivir temporalmente fuera del hospedador para cumplir su ciclo biológico, por lo que los huevos son eliminados con las heces desde dónde llegan al medio. Después los huevos infectantes son ingeridos a través de agua y alimentos contaminados.

La susceptibilidad ante la trichuriasis es universal y toda la población expuesta tiene riesgo de adquirir la enfermedad, por lo que se deberían estudiar los contactos más próximos con el objetivo de frenar el ciclo biológico del parásito y eliminar los focos de infección ambientales. ■

## 6. ¿Es la colonoscopia el método diagnóstico habitual para este tipo de parasitación?

Las infecciones leves acostumbran a ser asintomáticas y se diagnostican microscópicamente por la observación de huevos en el examen coproparasitológico, utilizando métodos de concentración.

La colonoscopia no es el método de elección para el diagnós-

tico y debe reservarse para realizar el diagnóstico diferencial con enfermedades inflamatorias y neoplásicas, ya que permite tomar muestras para el examen histopatológico. ■

## 7. ¿Cual es el tratamiento de elección de esta parasitación?

El tratamiento de elección de la infección por *T. trichiura* es mebendazol por vía oral, 100 mg/12 horas durante 3 días, erradicando las formas adultas del nematodo y resolviéndose la infección. Como tratamiento alternativo puede utilizarse albendazol por vía oral a dosis de 400 mg/24 horas durante 3 días.

Además, es importante informar al paciente sobre la importancia del lavado de las manos y de los alimentos antes de su manipulación o consumo. ■

## Bibliografía

- 1 Ash LR, Orihel TC. Intestinal Helminths. En: Murray PR, Baron EJ, Jorgensen JH, et al. (eds.). Manual of Clinical Microbiology. 8ª ed. Washington: ASM Press; 2003: cap 136.
- 2 Maguire JH. Intestinal nematodes (roundworms). En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases. 7ª ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2009: cap 287.