

Posters
Antiparasitarios

Poster AP-1

Dificultad para la eliminación de *Hymenolepis nana* y *Giardia lamblia*

A. Hurtado, A. Rezusta, M.J. Revillo, L. Torres y S. Heredia

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Niña de 3 años de edad procedente de Calcuta y acogida en España, que presenta clínica de desnutrición leve, pérdida ponderal, diarrea de 2 meses de duración con 3-4 deposiciones blandas/día, muy abundantes, amarillentas, sin sangre ni moco. También presenta marcada distensión abdominal, intestino contaminado e intolerancia secundaria a la lactosa.

Entre las pruebas realizadas, se incluye un coprocultivo e investigación de parásitos, observándose en repetidas ocasiones quistes de *Giardia lamblia*, huevos de *Hymenolepis nana* y en una ocasión, huevos de *Ascaris lumbricoides*.

Se inicia pauta de tratamiento con metronidazol, dos tandas de 15 mg/kg/día durante 10 días, con descanso de 10 días en medio, y praziquantel en dosis única de 15 mg/kg.

Se realiza investigación de parásitos a la familia, con resultados negativos.

Se realizan posteriores controles de la paciente a los 3, a los 5 y a los 9 meses, en los que se sigue observando tanto quistes de *G. lamblia* como huevos de *H. nana*, a pesar de haber realizado tres pautas de tratamiento con los antiparasitarios mencionados.

Mejora tanto la distension abdominal como la contaminación intestinal, pero no se normaliza.

En el último control realizado, sólo se observan quistes de *Giardia lamblia*, y no aparecen huevos de *H. nana* ni *A. lumbricoides*. Se pauta tratamiento con tinidazol.

Conclusión: Cabe recalcar la necesidad de realizar controles periódicos tras un análisis parasitológico con resultado positivo, para comprobar la eficacia del tratamiento y la erradicación del parásito.

Poster AP-2

Respuesta al tratamiento con metronidazol de un caso de infección dérmica por *Demodex folliculorum*

A. Rezusta¹, S. Escobar¹, M.J. Revillo¹ y R. Baldellou²

¹Servicio de Microbiología, ²Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Introducción: *Demodex* es un género de ácaros que parasitan los folículos pilosos y las glándulas sebáceas de mamíferos. La relación entre el ácaro y el desarrollo de enfermedad en humanos está en discusión, pero se han descrito casos de blefaritis, prurito palpebral, enrojecimiento del párpado, caída de pestañas, aparición de costras y/o escamas en el borde del párpado, conjuntivitis, granuloma en pestañas, afectación del complejo pilosebáceo. También se ha relacionado con una reacción similar a la rosácea, con la dermatitis seborreica, dermatitis perioral, postulosis eosinofílica, ptiiriasis folliculorum y democidosis gravis. La morfología característica permite su identificación: ácaro largo y delgado (180-280 µm) con un cefalotórax fusionado y un abdomen u opistosoma que ocupa 7/10 partes del total del cuerpo en el caso de *D. folliculorum*, y 2/3 partes en el caso de *D. brevis*. El diagnóstico microbiológico se realiza mediante observación microscópica directa con KOH (al 40%) del parásito en las escamas o folículos pilosos lesionados. Las opciones terapéuticas son variadas, bien sea por vía tópica como vía oral. Los tratamientos más utilizados son permetrina al 5% vía tópica y metronidazol vía tópica u oral. Presentamos un caso de parasitación por *D. folliculorum* que resolvió tras tratamiento con metronidazol.

Caso clínico: Mujer de 48 años que acudió a la consulta de Dermatología del H.U. Miguel Servet presentando unas lesiones eritematosas difusas, discretamente escamosas en cara (mejilla, zona periauricular, zona perioral y perinasal), que hacían sospechar en primer lugar dermatitis seborreica y en segundo lugar lupus eritematoso. La paciente había recibido tratamiento antibiótico previo a la toma de muestra de las lesiones de la piel: minociclina vía oral (100 mg/día × 24 días) y keluamida vía tópica.

Material y métodos: Ante nula respuesta al tratamiento citado, se realizó toma de muestra para descartar infección fúngica y bacteriana mediante raspado con bisturí de las lesiones dérmicas sobre portaobjetos y sobre placas de agar sangre, agar Sabouraud y medio de DTM. Las placas de agar se incubaron a la temperatura adecuada para cada medio. Las escamas depositadas sobre el porta en el momento de la toma de muestra se tiñeron con KOH (40%) más Tinta Parker. La observación se realizó tanto en el microscopio óptico de luz transmitida como en el microscopio de fluorescencia (luz UV) a las 24 horas de la toma.

Resultados: En las 2 visiones se observó abundante presencia de *D. folliculorum*. No se observó crecimiento bacteriano y el cultivo de hongos a los 28 días de incubación fue negativo. El tratamiento instaurado fue metronidazol por vía oral (500 mg/12h × 10 días); y la paciente presentó mejoría muy evidente a los 15 días.

Conclusiones: El tratamiento de las infecciones por *D. folliculorum* con metronidazol puede resultar eficaz. Ante la persistencia de lesiones dermatológicas que no responden al tratamiento habitual, debería enviarse muestras al laboratorio de microbiología para descartar la presencia de hongos y/o ácaros antes de realizar biopsia.

Poster AP-3

Hiperinfección por *Strongyloides stercoralis* en paciente con leucemia linfoblástica aguda Pre-B de alto riesgo

J. Lobera, A. Parra, M. Belloso, A. Iglesias, S. Martín, N. Mané, T. Marco, M. Linares, P. Mendaza, F. Portero y R. Forés

Servicio de Microbiología, Hospital Puerta de Hierro, Madrid

Introducción: *Strongyloides stercoralis* es un nematodo intestinal ampliamente distribuido y endémico en las regiones tropicales y subtropicales del mundo. La vía habitual de infección en el hombre, su huésped principal, es a través del contacto cutáneo con suelos contaminados por larvas filariformes infectantes. Durante el periodo de autoinfección la larva rabdiforme se transforma en filariforme infectiva, la cual puede penetrar la mucosa intestinal (autoinfección interna) o la mucosa perianal (autoinfección externa). La autoinfección en humanos por helmintos sólo es producida por *Strongyloides stercoralis* y *Capillaria philippinensis*.

El signo principal durante la autoinfección por *Strongyloides stercoralis* es la eosinofilia (continua o episódica) en un 70% de los casos. La hiperinfección aparece en pacientes inmunocomprometidos, particularmente aquellos sometidos a tratamientos con citostáticos y corticoides. Los síntomas más frecuentes durante el periodo de hiperinfección son dolor epigástrico, diarrea, hemorragia digestiva, neumonitis, meningitis, exantema cutáneo y sepsis polimicrobiana por gramnegativos. La hiperinfección aparece en pacientes inmunocomprometidos, particularmente aquellos sometidos a tratamientos con citostáticos y corticoides. Los síntomas más frecuentes durante el periodo de hiperinfección son dolor epigástrico, diarrea, hemorragia digestiva, neumonitis, meningitis, exantema cutáneo y sepsis polimicrobiana por gramnegativos.

Material y métodos: Revisamos la historia clínica de un varón de 40 años de edad y origen ecuatoriano diagnosticado de leucemia linfoblástica aguda pre B de alto riesgo que fue sometido a trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica en primera remisión. Desde que comenzó el seguimiento del paciente se constató una eosinofilia periódica inespecífica refiriendo haber sido tratado en su país por una parasitosis que no supo precisar. El paciente reingresó por recidiva de su enfermedad hematológica que pasó a remisión tras tratamiento quimioterápico. Durante su ingreso el paciente presentó exantema cutáneo, episodios de disnea, náuseas, vómitos, hemorragia digestiva y cuadro de suboclusión intestinal. El TAC fue informado como “estenosis en la transición yeyuno-ileal y alveolitis de carácter inespecífico en el parénquima pulmonar”. Se enviaron diferentes muestras.

Resultados: Se descartaron por serología otras parasitosis y el diagnóstico de confirmación se obtuvo mediante el examen directo de las heces que reveló larvas rabdiformes de *Strongyloides stercoralis*. Aunque el tratamiento de elección de la hiperinfección por *Strongyloides stercoralis* es la ivermectina, al no disponer de este medicamento el paciente se trató con tiabendazol superándose el proceso.

Conclusiones: La presencia de eosinofilia en pacientes inmunocomprometidos procedentes de áreas endémicas para *Strongyloides stercoralis* deben hacernos descartar este diagnóstico. El método más sensible para el diagnóstico de la infección por *Strongyloides stercoralis* es la demostración de las larvas en líquido duodenal y en las heces. A pesar del tratamiento correcto de la hiperinfección más de 2/3 partes de los pacientes fallecen.