

PROTOCOLO DE SOPORTE CLÍNICO PEDIÁTRICO DE PARASITOSIS INTESTINAL (A06-A07)

DEFINICIÓN

Son infecciones intestinales que pueden producirse por la ingestión de quistes de protozoos, huevos o larvas de gusanos o por la penetración de larvas por vía transcutánea desde el suelo. Estos mismos pueden afectar uno o varios órganos durante su recorrido en el huésped.

FACTORES DE RIESGO

- Estado socioeconómico bajo
- Mala condición sanitaria
- Desnutrición
- Inmunodeficiencias

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

HALLAZGOS CLÍNICOS

- Pueden ser asintomáticos.
- La diarrea crónica y las manifestaciones clínicas digestivas inespecíficas deben hacer insistir en la búsqueda de parásitos.
- Amebiasis intestinal invasora aguda o colitis amebiana disintérica: gran número de deposiciones con contenido mucoso y hemático, tenesmo franco, con volumen de la deposición muy abundante en un principio y casi inexistente posteriormente, dolor abdominal importante, tipo cólico.
- Infección amebiana crónica: simula una enfermedad inflamatoria intestinal, puede haber tumores palpables dolorosos o lesiones anulares (amebomas) en el ciego y colon ascendente.
- Enteritis eosinófila (Uncinariasis): cólicos abdominales que se exacerba con las comidas.
- Síndrome disintérico (Trichiuriasis): cólicos abdominales, evacuaciones sanguinolentas con moco o colitis crónica. Puede haber prolapso rectal.
- En Oxiuriasis: Síntomas por acción mecánica (prurito o sensación de cuerpo extraño), invasión genital (vulvovaginitis), despertares nocturnos, sobreinfección secundaria a excoriaciones por rascado, dolor abdominal que en ocasiones puede ser recurrente, localizarse en FID y simular apendicitis aguda. También visualización directa del gusano adulto en la exploración anal o vaginal.
- Neurocisticercosis: epilepsia de aparición tardía, cefalea y signos de hipertensión endocraneana, síndrome psicótico, meningitis aséptica, síndrome de los pares craneales, síndrome medular.
- Afectación oftálmica (cisticercosis): generalmente única y unilateral. Si la larva muere, puede producir importante reacción inflamatoria y provocar importante reacción uveal, desprendimiento de retina y ceguera.
- Larva cutánea, larva migrans o larva currens: Prurito intenso, lesión urticariana eritematosa lineal o serpiginosa de rápida migración.
- Síndrome de Löeffler (tos, sibilancias y eosinofilia).

HALLAZGOS DE LABORATORIO

- Examen microscópico en heces.
- Hemograma: eosinofilia, anemia.
- Test de Graham (Oxiuriasis): uso de cinta adhesiva transparente por la mañana antes de defecación o lavado.
- Visualización de proglótides en heces (Teniasis).
- Inmunodiagnóstico con Immunoblot en cisticercosis. La muestra puede ser enviada a la Universidad de Panamá.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- Radiografía de tórax: infiltrados ovales o redondeados bilaterales en el Síndrome de Löeffler.
- USG o TC abdominal: sospecha de absceso hepático en amebiasis.
- TC o RM cerebral: sospecha de Neurocisticercosis.

CRITERIOS DE INGRESO

- Deshidratación moderada o severa.
- Anemia severa.
- Síndrome de malabsorción intestinal.
- Complicaciones gastrointestinales: Obstrucción intestinal, abdomen agudo (perforación, peritonitis, apendicitis, intususcepción), cólicos biliares o colestasis, pancreatitis aguda.
- Complicaciones extraintestinales: Abscesos hepáticos o pulmonares, encefalitis diseminada.

TRATAMIENTO

PARÁSITO	TRATAMIENTO
<i>Giardia lamblia</i>	Metronidazol 5mg/kg/dosis VO c/8hr de 5-7 días
<i>Entamoeba histolítica</i>	<u>Colitis amebiana</u> Metronidazol 35-50 mg/kg/d VO c/8hr por 7-10 días + Antiparasitario con actividad en el lumen
	<u>Absceso hepático</u> Metronidazol 30-50 mg/kg/día VO c/8h por 7 a 10 días + Antiparasitario con actividad para formas quísticas
<i>Cryptosporidium</i> (inmunodeprimido)	El tratamiento de primera línea para pacientes con VIH es iniciar TARV
<i>Enterobius vermicularis</i>	Pamoato de pirantel 11 mg/kg/día (máx. 1g) c/24 h VO y repetir dosis en 2 semanas
	o Mebendazol 100 mg/dosis c/24h VO y repetir dosis en 2 semanas
	o Albendazol: < 2 años 200 mg VO y repetir dosis en 2 semanas, >2 años y adolescentes 400 mg VO y repetir en 2 semanas
<i>A. duodenalis</i> <i>N. americanus</i>	Albendazol 400mg VO dosis única o 200 mg cada 12 h, por 2 tomas Mebendazol 100mg VO bid por 3 días o 500 mg única dosis Pamoato de pirantel 11mg/kg/día VO por 3 días
<i>A. lumbricoides</i>	Albendazol: 400mg VO unidosis Pamoato de Pirantel 11 mg/kg/día (máx 1g) VO c/24h por 1 – 3 días Mebendazol 100mg VO bid por 3 días o 500 mg dosis única Ivermectina 0.15-0.2 mg/kg, dosis única VO
<i>S. stercoralis</i>	Ivermectina 0.2 mg/kg/día por 2 días. Albendazol 200 - 400 mg cada 12 horas por 3-5 días. Síndrome de Hiperinfección: Albendazol 200 – 400 mg cada 12 horas por 7 días. Ivermectina 0.2 mg/kg/día por 7 días o hasta que el parásito se haya erradicado
<i>T. trichiura</i>	Mebendazol: 100 mg bid VO por 3 días o 500 mg VO unidosis Albendazol 400 mg VO dosis única, si hay infestación severa 3 días Ivermectina: 0.2 mg/kg/día por 3 días
<i>Taenia solium</i> (Cisticercosis)	Albendazol 15 mg/kg/día (máx 800 mg) VO c/12h por 14-28 días

BIBLIOGRAFÍA: (1) Pickering, Baker, Kimberlin, Long. Red Book. Enfermedades Infecciosas en Pediatría. American Academy of Pediatrics. 28° Edition. 2007-2009. (2) Coretger JM, Racquet M, Hernández C, Gonzalez-Hachero J, Moraga F. Infectología Pediátrica. 2da edición. (3) M. Cruz. Tratado de Pediatría. Parasitosis Intestinal. 2008. (4) Kliegman, Jenson, Stanton. Nelson Tratado de Pediatría. Vol 1. 18° Edición. (5) R. Pearson. Manual MSD, University of Virginia School of Medicine. Oct 2018. (6) A.F. Medina Claros, M.J. Mellado Peña, M. García López, Hortelano, R. Piñero Perez, P. Martón Fontelos. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría. Parasitosis intestinales.