

## Infección intestinal por *Blastocystis hominis* en paciente esplenectomizado.

### Descripción

Varón de 48 años de edad esplenectomizado por esferocitosis hereditaria, que acude al servicio de guardia de nuestra institución por presentar fiebre, cefalea, diarrea y dolor abdominal de 48 horas de evolución.

Se decide ingresar al paciente con diagnóstico presuntivo de síndrome febril y abdomen agudo con sospecha de apendicitis. Se realizan análisis de laboratorio, en los que se obtienen los siguientes resultados: hematocrito 44%, recuento de leucocitos 6.900/mm<sup>3</sup> (90% de neutrófilos segmentados), glucosa 111 mg/dl, urea 27 mg/dl, creatinina 1,3 mg/dl, sodio 132 meq/l, potasio 3,5 meq/l, hepatograma, coagulograma y enzimas cardíacas normales. Además, se toman muestras para hemocultivo, urocultivo y coprocultivo. Se inicia tratamiento antibiótico empírico con cefotaxima 2 g/8 h por vía endovenosa. Se realiza también TAC de abdomen, la cual no presenta alteraciones.

El laboratorio informa la presencia de abundante cantidad de formas vacuolares

de *Blastocystis hominis* en el examen directo de materia fecal (figura 1), por lo que se decide iniciar terapia con metronidazol 500 mg/6 h.



Figura 1.

Los cultivos de sangre, orina y materia fecal fueron negativos.

El paciente evoluciona bien, afebril, sin diarrea ni dolor abdominal y es dado de alta. Continúa tratamiento ambulatorio con metronidazol 500 mg/12 h y trimetoprim-sulfametoxazol 160/800 mg cada 12 h. ■

1.

**¿Qué conducta debo tomar ante el hallazgo de este parásito en muestras de materia fecal?**

Si bien el poder patógeno de *B. hominis* fue tradicionalmente menospreciado por ser considerado un microorganismo levaduriforme o la forma quística de *Trichomonas hominis*, en la actualidad su patogenicidad es tema de discusión. En los últimos años *B.*

*hominis* ha cobrado importancia y se aconseja a los laboratorios parasitológicos informar su hallazgo. Se ha estudiado la relación entre su presencia y alteraciones gastrointestinales, siendo numerosos los informes que avalan esta hipótesis. ■

### Caso descrito y discutido por:

**Fernando Traverso**

Laboratorio de Microbiología  
Nueva Clínica Chacabuco  
Tandil, Buenos Aires, Argentina

Correo electrónico:

[fernandotraverso@yahoo.com.ar](mailto:fernandotraverso@yahoo.com.ar)

### 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>

## 2. ¿Cómo es la presentación clínica de esta parasitosis y su tratamiento?

Los síntomas comúnmente atribuidos a la infección por *B. hominis* son inespecíficos e incluyen diarrea, dolor abdominal, calambres, náuseas y malestar. La fatiga, anorexia, flatulencia y otros malestares gastrointestinales inespecíficos pueden asociarse a la infección.

Algunos estudios han reportado la presencia de fiebre, particularmente en los casos agudos.

De acuerdo a los resultados de informes clínicos y estudios *in vitro* limitados, el metronidazol es la droga de elección para el tratamiento de esta parasitosis. El tratamiento debe utilizarse con precaución luego de haber descartado otras posibles causas de los síntomas. ■

## 3. ¿Cuáles son las técnicas más adecuadas para su diagnóstico?

Las técnicas de concentración bifásicas no son las más adecuadas para su diagnóstico. El procedimiento de sedimentación-centrifugación, utilizando solución fisiológica, es el más efectivo. Los cultivos también pueden ser útiles, pero su coste es elevado. El diagnóstico microscópico es todo un desafío dado la variedad de formas y

tamaños de *B. hominis*. El uso de la coloración tricrómica no es esencial, aunque algunos autores la proponen como método de elección. El uso de lugol mejora el contraste en las preparaciones frescas. Las formas ameboides toman la coloración de Ziehl-Neelsen modificada. ■

## 4. ¿Cuáles son las principales formas que puede adoptar este parásito?

Se han descrito tres formas principales: vacuolares, granuladas y ameboides.

La primera, la más frecuente, tiene un cuerpo central que ocupa casi toda la célula y una capa delgada de citoplasma que rodea la superficie externa, dentro de la cual se pueden observar un número variable de núcleos.

Las formas granulares contienen numerosos gránulos en el cuerpo central y son menos frecuentes que las primeras.

Por último, las formas ameboides presentan bordes indefinidos, uno o dos núcleos visibles y probablemente pueden ser confundidas con trofozoitos de otras amebas. Estas formas no se observan sino excepcionalmente en muestras fecales y son más frecuentes en los cultivos. ■

## 5. ¿Cuál es la epidemiología de esta parasitosis?

Su transmisión se considera fecal oral, por el agua y/o alimentos contaminados con el parásito, pero aún no se ha demostrado experimentalmente. Su prevalencia está muy relacionada con las malas condiciones de saneamiento y con la malnutrición. La infección también parece ser común en pacientes inmunodeprimidos. La frecuencia de la infección en diferentes comunidades varía ampliamente. En distintos

países se informaron prevalencias entre el 2 y 18%. El criterio por el cual se le atribuiría un poder patógeno, es que para ser considerado como causa de enfermedad deben encontrarse, a 400 aumentos, de 3 a 4 elementos por campo. Los pacientes con trastornos gastrointestinales, presencia de abundantes formas de *B. hominis* y ausencia de otros parásitos, deberían ser tratados. ■

## Bibliografía

- 1 Stenzel DJ, Boreham PF. *Blastocystis hominis* revisited. *Clin Microbiol Rev* 1996; 9: 563-84.