

para evitar la transmisión por contacto durante un brote. Otros métodos de erradicación no son prácticos o son ineficaces (como sería el tratamiento con penicilina, de los portadores asintomáticos). La mejor forma para evitar que se propague la infección a otros pequeños es la higiene manual sistemática por parte de profesionales que atienden a los lactantes colonizados o infectados por estreptococos del grupo B.

Estrongiloidiasis

(*Strongyloides stercoralis*)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: Es posible que la única manifestación de la infección sea, si es asintomática, la eosinofilia en sangre periférica. Por tal motivo, siempre que se detecte eosinofilia (más de 500 eosinófilos/ml de sangre) sin una causa neta en una persona que ha residido en un área endémica, habrá que considerar en primer término la estrongiloidiasis. Las larvas infectantes que penetran en el organismo originan pápulas pruriginosas transitorias en el sitio en que perforan la piel, por lo común de los pies. La migración de las larvas hasta los pulmones originan neumonitis con tos y expulsión de esputo sanguinolento. La fase intestinal de la infección se acompaña a veces de dolor abdominal vago, distensión, vómitos y diarrea que puede ser mucóide y voluminosa. Se han señalado casos de malabsorción. La migración larvaria de los excrementos defecados puede originar lesiones cutáneas pruriginosas en la zona perianal, glúteos y mitad superior de los muslos. Las larvas pueden estar en “túneles” eritematosos, serpiginosos, pruriginosos y migratorios llamados *larva currens*. En niños inmunodeficientes en particular los que reciben corticosteroides y con menor frecuencia en los desnutridos, en adultos alcohólicos o infectados con el virus linfotrópico T de tipo I humano, entre las complicaciones están estrongiloidiasis diseminada (por hiperinfección), infiltrados pulmonares difusos y septicemia o meningitis por bacilos gramnegativos intestinales.

CAUSAS: *Strongyloides stercoralis* es un nematodo (verme redondo).

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS: La estrongiloidiasis es endémica en zonas tropicales y subtropicales, incluidos el sur y el suroeste de Estados Unidos, sitios en que coexisten la tierra húmeda que es un medio idóneo para los parásitos y la eliminación inadecuada de desechos humanos. Los seres humanos son los hospedadores principales, aunque también sirven como reservorios los perros, los gatos y otros animales. La transmisión incluye la penetración de la piel por larvas infectantes (filariformes), por contacto con la tierra infectada o por autoinfección. Rara vez las infecciones se contraen por el contacto cercano de piel o por coprofagia inadvertida, como sería ingerir alimentos contaminados recogidos de la basura. Algunas larvas maduran hasta generar formar infectantes en el colon, razón por la cual puede haber autoinfección. Las larvas son transportadas a los pulmones, y de ellos emigran a la tráquea para ser deglutidas finalmente. Las hembras adultas quedan alojadas en la lámina propia del duodeno y zona proximal del yeyuno en donde depositan huevos que se transformarán en larvas rhabditiformes de vida libre y por lo común llegan al medio externo por los excrementos. Dada la autoinfección interna, la persona puede permanecer infectada durante decenios. En pacientes inmunodeficientes la autoinfección es más común y origina estrongiloidiasis diseminada, en la cual hay hiperinfección de órganos y tejidos con las larvas y es grande el número de vermes adultos en el intestino delgado.

Se desconoce el **periodo de incubación** en los seres humanos.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS: El estudio coproparasitoscópico permite identificar las larvas características, pero se necesita a veces estudiar algunas muestras de excremento recién expulsado. También se requiere a veces procedimientos de concentración de las heces.

Por medio del estudio del contenido duodenal obtenido por medio de una cuerda que se adquiere en el comercio (Entero-Test [HDC Corporation, San José, CA]) o aspiración directa por endoscopio flexible se obtiene material en que se demuestra la presencia de larvas. El diagnóstico serológico es útil pero sólo lo practican unos cuantos laboratorios especializados y se sabe que a veces genera resultados negativos falsos. Los inmunoanálisis enzimáticos en busca de anticuerpos generan resultados positivos en 85% de niños infectados, aproximadamente; sin embargo, las reacciones serológicas cruzadas en casos de filariasis merman la especificidad del diagnóstico serológico. Es frecuente la eosinofilia (más de 500 eosinófilos/ μ l de sangre). En la estrongiloidiasis diseminada aparecen larvas en el esputo.

TRATAMIENTO: Administración de ivermectina o de tiabendazol cura a casi todos los pacientes pero no se recomienda su empleo en embarazadas (véase “Fármacos antiparasitarios”, sección 4). Los efectos adversos frecuentes con el tiabendazol son náuseas, vómitos y malestar general. Si se necesita tratamiento por una infección aguda durante el embarazo será mejor usar ivermectina como fármaco más indicado. La administración de esta última se acompaña de un número muy pequeño de efectos adversos. Se necesita a veces repetir o prolongar el tratamiento en el síndrome de hiperinfección o en sujetos inmunodeficientes. Surgen recaídas y pueden ser tratadas con los mismos fármacos.

AISLAMIENTO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO: Se recomiendan las precauciones estándar.
MEDIDAS PREVENTIVAS: Es importante cumplir con medidas de eliminación sanitaria de desperdicios de excreta humana. También ha sido de gran trascendencia la enseñanza sobre el peligro de infección a través de la piel desnuda o pies descalzos.

En el niño con algún defecto inmunológico o que necesita inmunosupresores y que proviene de una región endémica, habrá que pensar en la posibilidad de estudiar los excrementos y quizá las secreciones de vías respiratorias y el líquido duodenal en busca de *S. stercoralis* antes de emprender la terapia inmunosupresora. Los métodos serológicos al parecer son los más sensibles para el diagnóstico, pero ellos no diferencian entre infecciones pasadas y la actual, y quizá no puedan obtenerse de inmediato los resultados en un laboratorio especializado. Si el estado del paciente obliga a iniciar la administración de inmunosupresores antes de contar con los resultados de métodos diagnósticos, habrá que comparar los riesgos de la terapia empírica con antiparasitarios contra estrongiloidiasis y los peligros de la infección diseminada.

***Giardia lamblia*, infecciones**

(Giardiasis)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: La infección sintomática origina manifestaciones clínicas de muy diversa índole. Los niños en días ocasionales pueden presentar diarrea acuosa aguda con dolor abdominal o bien un cuadro tardío, intermitente y a menudo debilitante que se caracteriza por la expulsión de excrementos fétidos, acompañado de flatulencia, distensión abdominal y anorexia. Esta última, en combinación con la mala absorción, puede ocasionar notable pérdida ponderal, retraso en el crecimiento y anemia. Es frecuente que surjan infecciones asintomáticas.

CAUSA: *Giardia lamblia* es un protozoo flagelado que está en las formas de trofozoito y quiste; esta última es la forma infectante. La infección se circunscribe al intestino delgado y a las vías biliares.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS: La giardiasis tiene distribución mundial. Los seres humanos constituyen el principal reservorio de la infección, pero los microorganismos