

pleomórficos. Las especies de *Bacteroides* y *Prevotella* producen enzimas que pudieran intervenir en la patogenia de la enfermedad.

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:** Las especies de *Bacteroides* y *Prevotella* son parte de la flora normal de la boca, las vías gastrointestinales o las vías genitales de la mujer. Los miembros del grupo *Bacteroides fragilis* predominan en la flora de vías gastrointestinales; en la cavidad bucal son más comunes miembros de *Prevotella melaninogénica* (antes llamada *Bacteroides melaninogenicus*) y *Prevotella oralis* (llamada antes *Bacteroides oralis*). Las especies mencionadas originan infección como oportunistas, por lo común después de que se transgrede alguna barrera física del cuerpo, y junto con otras especies endógenas. La transmisión endógena es consecuencia de broncoaspiración, contaminación de material intestinal o lesión de superficies mucosas por traumatismo, operaciones o quimioterapia. La lesión de la mucosa o la granulocitopenia predisponen a la infección. Salvo las infecciones que surgen después de mordeduras de seres humanos, no hay pruebas de que la transmisión se haga de una persona a otra.

El **periodo de incubación** es variable y depende del inóculo y del sitio de ataque, pero por lo común es de uno a cinco días.

**MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:** Se necesitan medios de cultivo para anaerobios para identificar las especies de *Bacteroides* o *Prevotella*. Las infecciones generalmente son polimicrobianas y por esa razón hay que hacer cultivos de aerobios. El olor podrido sugiere infección anaeróbica. Es recomendable usar un tubo de transporte para anaerobios o una jeringuilla sellada para obtener las muestras clínicas.

**TRATAMIENTO:** Es importante drenar los abscesos cuando sea factible. Los abscesos en encéfalo o hígado pueden mostrar resolución con antimicrobianos eficaces. Es importante el desbridamiento quirúrgico de las lesiones necrosantes.

La selección de uno o varios antimicrobianos se basa en las pruebas previstas o conocidas de susceptibilidad *in vitro* (antibiotograma). Las infecciones por *Bacteroides* en la boca y vías respiratorias por lo común son susceptibles a penicilina G, ampicilina sódica y penicilina de amplio espectro, como ticarcilina disódica o piperacilina sódica. La clindamicina es activa contra prácticamente todas las especies de *Bacteroides* y *Prevotella* de boca y vías respiratorias, y algunos expertos la recomiendan como el fármaco más adecuado contra infecciones anaerobios de la cavidad de la boca y de los pulmones. Algunas especies de *Bacteroides* y *Prevotella* producen lactamasa beta. Para combatir tales infecciones puede ser útil la combinación de una penicilina lactámica beta que sea activa contra *Bacteroides*, con un inhibidor de lactamasa beta (ampicilina-sulbactam sódico, amoxicilina-clavulanato potásico, ticarcilina-clavulanato o piperacilina-tazobactam sódico). Las especies de *Bacteroides* de vías gastrointestinales por lo común son resistentes a la penicilina G, pero se puede prever que son susceptibles a metronidazol, cloranfenicol, y por lo común a clindamicina. Más de 80% de los gérmenes son susceptibles a la cefoxitina y la ceftizoxima sódicas y al imipenem. No tienen eficacia fiable cefuroxima, cefotaxima sódica y ceftriaxona sódica.

**AISLAMIENTO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO:** Se recomienda seguir las precauciones estándar.

**MEDIDAS PREVENTIVAS:** Ninguna.

## ***Balantidium coli*, infecciones (balantidiasis)**

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS:** Casi todas las infecciones en seres humanos son asintomáticas. La infección aguda se caracteriza por náuseas, vómitos, molestia o dolor abdominal y diarrea mucosa, sanguinolenta o acuosa, síntomas todos de comienzo

rápido. Los sujetos afectados pueden presentar episodios intermitentes y crónicos de diarrea. En raras ocasiones los gérmenes se propagan a ganglios mesentéricos, pleura o hígado. La inflamación de las vías gastrointestinales y los vasos linfáticos locales puede ocasionar dilatación, úlceras de intestino e invasión bacteriana secundaria. La colitis por *Balantidium coli* suele ser idéntica a la ocasionada por *Entamoeba histolytica*. La enfermedad puede ser fulminante en sujetos malnutridos o por lo demás débiles.

**CAUSA:** *Balantidium coli*, protozoo ciliado, es el protozoo patógeno de mayor tamaño que infecta a los seres humanos.

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:** Se piensa que los cerdos son el reservorio y hospedador primario de *B. coli*. Los quistes excretados por las heces se transmiten directamente de la mano a la boca o indirectamente por medio de agua o alimentos contaminados con excremento. Los trofozoítos al salir de los quistes infectan el colon; la persona es infectante durante todo el tiempo en que excrete quistes. Estos pueden permanecer viables en el entorno durante meses.

Se desconoce el **periodo de incubación**, pero puede ser de varios días.

**MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:** El diagnóstico se corrobora al obtener muestras por raspado de las lesiones mediante sigmoidoscopia, por el estudio histológico de las muestras mencionadas o por la presencia de huevos y parásitos en los excrementos. Generalmente se corrobora el diagnóstico al demostrar trofozoítos en muestras de excrementos o de tejidos. El estudio de los excrementos (coproparasitoscópico) es menos sensible y a veces se necesita repetirlo, porque puede ser intermitente la “excreción” de los microorganismos, es decir, su paso al interior del intestino. El estudio microscópico de muestras de diarrea reciente debe hacerse de manera inmediata porque los trofozoítos se degeneran con mucha rapidez.

**TRATAMIENTO:** El fármaco de primera línea es la tetraciclina, que se administra durante 10 días en dosis de 40 mg/kg de peso al día hasta un máximo de 2 g/día, en cuatro fracciones. No debe administrarse dicho antibiótico a niños menores de ocho años, salvo que los beneficios con él sean mayores que el peligro de dejar manchas permanentes en los dientes (véase “Antimicrobianos y fármacos similares”, sección 4). Otros fármacos a los que puede recurrirse son yodoquinol y metronidazol (véase “Fármacos antiparasitarios”, sección 4).

**AISLAMIENTO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO:** Además de las precauciones estándar, se recomienda seguir las precauciones para evitar la transmisión por contacto.

**MEDIDAS PREVENTIVAS:** Las medidas en cuestión incluyen eliminar de un modo sanitario los excrementos humanos e impedir que se contaminen los alimentos y el agua con heces de cerdos. A pesar de la cloración del agua se ha sabido de brotes de la enfermedad que han tenido su origen en dicho líquido.

## ***Blastocystis hominis*, infecciones**

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS:** No hay consenso en cuanto a la importancia de *Blastocystis hominis* como causa de enfermedades de vías gastrointestinales. Se ha corroborado que existe un estado de portador asintomático. El microorganismo en cuestión, según señalamientos, puede ocasionar síntomas como distensión abdominal, flatulencia, diarrea leve o moderada con leucocitos o sangre en las heces, dolor abdominal y náuseas. Cuando se identifica *B. hominis* en las heces de sujetos sintomáticos, habrá que buscar otras causas de esta serie de síntomas, particularmente *Giardia lamblia* y *Cryptosporidium parvum*, antes de suponer que *B. hominis* es el origen de los signos y los síntomas.