

PARASITOSIS INTESTINAL EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

V.M. Aguilar-Urbano¹, A. Del Arco-Jiménez², R. Rivera-Irigoin, T. Pereda-Salguero³, J. Gonzalo-Marín¹, G. García-Fernández¹

¹Servicio de Aparato Digestivo. ²Servicio de Medicina Interna. ³Área Integrada de Laboratorios Clínicos, Unidad de Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Resumen

Varón adulto con infección VIH y confección por virus B y C, que ingresa por diarrea aguda con productos patológicos. Durante el estudio se objetiva alteración de la mucosa duodenal en una gastroscopia digestiva, confirmándose infección por *Isoospora belli* en las biopsias.

Summary

Adult male with HIV infection and making B and C virus, who was admitted with acute diarrhea pathological products. During the study objective impairment of duodenal mucosa in gastrointestinal endoscopy, confirming infection with *Isoospora belli* in biopsies.

Palabras claves: Parasitosis intestinal, *Isoospora belli*, Diarrea crónica, Infección VIH.

Keywords: Intestinal parasites, *Isoospora belli*, chronic diarrhea, HIV infection.

Introducción

Los pacientes con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) muestran, con frecuencia,

infecciones intestinales por parásitos oportunistas. Hay publicados distintos casos en la literatura que confirman la asociación de la *Isoospora* con la diarrea crónica persistente en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

La *Isoospora belli*, un protozoo coccidio, se ha reconocido como un patógeno oportunista entérico que causa enfermedad crónica o recurrente en pacientes con SIDA¹: origina una diarrea acuosa, sin sangre, con dolor abdominal y pérdida de peso.

Es una infección de distribución mundial, siendo más frecuente en climas tropicales y subtropicales. El número de casos de isosporiasis ha ido en aumento en los últimos años, coincidiendo con el aumento de los casos de SIDA, y se ha convertido en un problema común en los pacientes inmunodeprimidos. En EE.UU. y Europa ocurre en menos del 0,2% de los pacientes con SIDA².

El diagnóstico se basa en la identificación del ooquiste del parásito en las muestras de heces o aspirados duodenales³, así como en la visualización del parásito mediante microscopía óptica y electrónica.

A continuación presentamos el caso de un varón de 45 años en seguimiento por infección VIH que presentaba un cuadro diarreico de corta evolución en el que se observó infección por *Isoospora belli*.

Observación clínica

Varón de 45 años nacido en España y en seguimiento por infección VIH categoría C3 del CDC conocida desde hacía 18 años, con buena cobertura social y familiar en la

CORRESPONDENCIA

Víctor Manuel Aguilar Urbano
Hospital Costa del Sol, Endoscopias
Ctra. Nacional 340, km 187
29630 Marbella
Teléfono: 616282431
vmaurbano@hotmail.com

actualidad. Estaba coinfectado por virus B y C de la hepatitis. Siete años antes del presente ingreso presentó diarrea por *Isoospora belli* que remitió tras tratamiento con cotrimoxazol e inicio de tratamiento antirretroviral. En tratamiento actual con efavirenz, abacavir, lamivudina, cotrimoxazol en días alternos y ácido fólico.

El paciente consultó al servicio de Urgencias porque desde 3 días antes del ingreso presentó más de 10 deposiciones diarreicas con restos de sangre fresca, acompañado de pérdida ponderal no cuantificada. Había abandonado el tratamiento antirretroviral en la semana previa.

Presentaba afectación del estado general con deshidratación de piel y mucosas y lipoatrofia facial. La exploración física evidenció una tensión arterial sistólica de 130 mmHg y diastólica de 100 mmHg, con temperatura de 36° centígrados. La auscultación cardiorrespiratoria fue anodina. La palpación abdominal detectó hepatomegalia de 3 traveses de dedo no dolorosa, con ruidos intestinales conservados. El hemograma presentaba hemoglobina de 9.1 g/dl, hematocrito 26 %, VCM 78.1 fl, HCM 27.3 pg, 312000 plaquetas y 7500 leucocitos/ul con fórmula normal. En el metabolismo férrico se observó hierro 75 µg/dl, ferritina 17.0 ng/dl y transferrina 284 mg/dl. Con respecto a la bioquímica presentaba urea de 93 mg/dl, creatinina de 1.45 mg/dl, GOT 161 U/L, GPT 133 U/L, GGT 647 U/L, FA 760 U/L, LDH 661 U/L, Na 127 mEq/L, K 3.10 mEq/L, con bilirrubina total en niveles normales. La coagulación presentaba una actividad de protrombina del 49 %. Los niveles de CD 4 eran de 584 cels/ul (CD4/ CD8 0.37) y la carga viral 3500 copias/ml. Se realizó coprocultivo y parásitos en heces en tres muestras distintas en días consecutivos, siendo los resultados negativos (se realizó tinción de Ziehl-Nielsen e inmunofluorescencia). La radiografía de tórax fue normal y en la ecografía abdominal se evidenció hepatoesplenomegalia y discreta dilatación de la vía biliar intrahepática.

Evolución

Durante su ingreso presentó episodio de rectorragia por lo que se realizó colonoscopia en la que se evidenció hemorroides internas congestivas como causante de la misma. Ante la presencia de una anemia de perfil ferropénico importante que no correspondía con el grado y evolución de la rectorragia, se solicitó endoscopia digestiva alta para estudio. En la endoscopia digestiva se observaba en segunda porción duodenal una mucosa con aspecto en empedrado y pérdida del patrón vellositario duodenal habitual (**Figura 1**), tomándose muestras de la misma. El informe anatomopatológico de las biopsias constató una mucosa duodenal con inflamación crónica de lámina propia y presencia de aislados protozoos intracelulares compatibles con *Isoospora belli* (**Figura 2**).

Con estos hallazgos se reinició tratamiento antirretroviral y administración de cotrimoxazol a dosis altas, presentando el paciente una evolución favorable y siendo dado de alta hospitalaria para seguimiento en consulta de VIH.

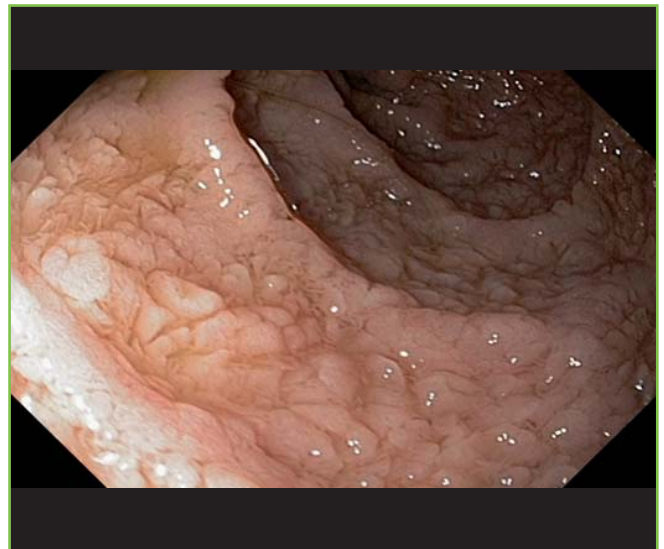


Figura 1

Imagen endoscópica de mucosa duodenal.

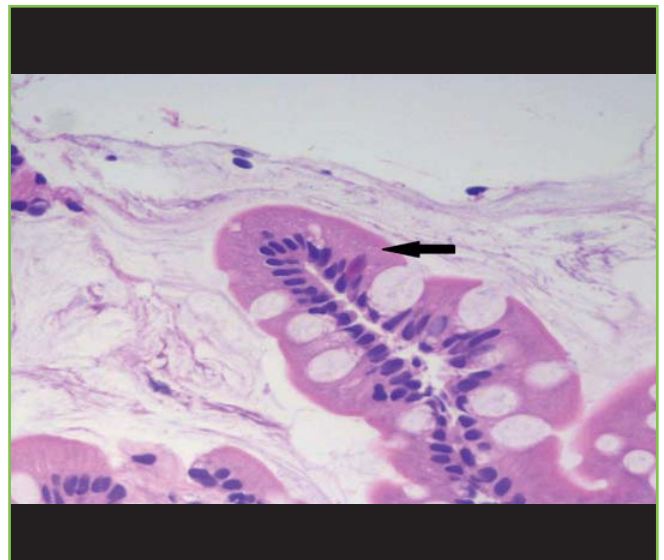


Figura 2

Imagen microscópica de *Isoospora belli* en biopsia duodenal.

Discusión

La diarrea crónica por protozoos como *Isoospora belli* se contempla como una infección indicadora de SIDA desde 1983⁴. Es una infección rara en Europa y Estados Unidos^{5,7} siendo más frecuente en África subsahariana⁸ y América del sur⁹, donde las condiciones higiénico-sanitarias son mínimas. Aunque se ha descrito una considerable variabilidad en el curso clínico de las infecciones por protozoos en pacientes VIH, la evolución crónica con recidivas con síndrome de malabsorción y emaciación era lo común en pacientes con infección por VIH muy inmunodeprimidos². En la gran mayoría de las ocasiones la isosporiasis se observa en pacientes infectados por el VIH con recuentos de linfocitos CD4 inferiores a 200/ml^{10, 11}.

El inicio del tratamiento antirretroviral de alta eficacia, ha supuesto una modificación evidente del curso evolutivo de las diversas infecciones oportunistas en este tipo de pacientes. La recuperación del sistema inmunológico conduce a que procesos con comportamiento tradicional de cronicidad y ocasionalmente al fallecimiento, evolucionen hacia la curación¹². El abandono del tratamiento antirretroviral y descenso de CD4 puede originar la reaparición de infecciones oportunistas previas. En nuestro caso llama la atención la reaparición de la isosporiasis a pesar de no encontrarse el paciente en un estado grave de inmunosupresión, ya que los niveles de CD4 no estaban en niveles tan bajos ni el abandono del tratamiento fue prolongado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sorvillo F, Lieb I et al. *Isospora belli* and the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med* 1990; 322: 131-32.
2. DeHovitz JA, Pape JW et al. Clinical manifestations and therapy of *Isospora belli* infection in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med* 1986; 315: 87-90.
3. Dier JS, Moxey PC et al. Chronic intestinal coccidiosis in man: intestinal morphology and response to treatment. *Gastroenterology* 1974; 66: 923-935.
4. Anonimus. Classification system for human T lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus infection. *MMWR* 1983; 35: 334-339.
5. Cotte L, Rabodonirina M, Piens M, Perreard M, Mojon M, Trepo C. Prevalence of intestinal protozoans in French patients infected with HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1993; 6: 1024-1029.
6. Sharpstone D, Gazzard B. Gastrointestinal manifestations of HIV infection. *Lancet* 1996; 348: 379-383.
7. Sorvillo F, Lieb L, Seidel J, Kerndt P, Turner J, Ash L. Epidemiology of isosporiasis among persons with acquired immunodeficiency syndrome in Los Angeles County. *Am J Trop Med Hyg* 1995; 53: 656-659.
8. Holmes C, Losina E, Walensky R, Yazdanpanah Y, Freedberg K. Review of human immunodeficiency virus type 1-related opportunistic infections in sub-Saharan Africa. *Clin Infect Dis*. 2003; 36: 652-662.
9. Silva C, Ferreira M, Borges A, Costa-Cruz J. Intestinal parasitic infections in HIV/AIDS patients: experience at a teaching hospital in central Brazil. *Scand J Infect Dis* 2005; 37: 211-215.
10. M Guiguet A, Furco, P Tattevin, D Costagliola, J-M Molina and the French Hospital Database on HIV Clinical Epidemiology Group. HIV-associated *Isospora belli* infection: incidence and risk factors in the French Hospital Database on HIV. *HIV Medicine* 2007; 8: 124-130.
11. Shimelis Assefa, Berhanu Erko, Girmay Medhin, Zelalem Assefa and Techalew Shimelis. Intestinal parasitic infections in relation to HIV/AIDS status, diarrhea and CD4 T-cell count. *BMC Infectious Diseases* 2009; 9: 155.
12. Chien-Ching Hung¹ and Shan-Chwen Chang. Impact of highly active antiretroviral therapy on incidence and management of human immunodeficiency virus-related opportunistic infections. *J Antimicrob Chemother*. 2004; 54(5): 849-853.