

## ■ Un caso de eosinofilia por *Trichuris Trichiura*

Sr. Director:

La población inmigrante procedente de países en desarrollo, ha crecido significativamente desde 1981 (sobre todo en estos últimos años), y con ella han aparecido enfermedades poco frecuentes o inexistentes en nuestro país, como son ciertas parasitosis.

El *Trichuris trichiura* es muy frecuente en Asia y menos en África y Sudamérica. En todo el mundo hay más de 500 millones de personas infestadas, por lo que consideramos importante recordar su clínica, diagnóstico y tratamiento.

Mujer de 25 años procedente de Guinea, sin antecedentes de interés, ni toma de medicación. Lleva 2 meses en España y acude a consulta solicitando una analítica de control. No refiere ninguna sintomatología y su exploración física es normal. Se realiza: he-

mograma con 22% de eosinófilos, resto normal. Bioquímica, serología hepatitis B y C, VIH y sistemático de orina con resultado negativo, Mantoux 15 mm. A continuación pedimos: coprocultivo, huevos y parásitos en heces (3 muestras), cultivo de larvas strongiloides, estudio oftalmológico y filaria en sangre. Rx tórax normal. El estudio de heces confirmó el diagnóstico de *Trichuris trichiura*. La paciente no se realizó los cultivos de strongiloides y de filaria.

Ante una eosinofilia ( $>500/\text{mm}^3$ ) debemos valorar: su grado, hacer una buena historia clínica y una detallada exploración física. Algunos autores consideran eosinofilia leve<sup>2</sup> de  $700-1.500/\text{mm}^3$ , moderada de  $1.500-5.000/\text{mm}^3$ , y marcada  $>5.000/\text{mm}^3$ . Otros autores consideran eosinofilia significativa si exceden de  $800/\text{mm}^3$  y severa  $>3.000/\text{mm}^3$ . Al abordar la historia clínica debemos preguntar por medicación, dieta y viajes. Recordemos que hay medicaciones como los corticoides que disminuyen la eosinofilia y otros como los betabloque-

antes que las aumentan hasta un 30%, además de las reacciones cutáneas que en muchas ocasiones acompañan a las alergias medicamentosas.

Dada la procedencia de la paciente y que no presentaba antecedentes de interés, lo más probable es que la etiología sea una parasitosis. Si sospechamos causa infecciosa, debemos valorar infecciones no parasitarias como: la aspergilosis broncopulmonar alérgica, coccidiomycosis aguda, tuberculosis, enfermedad por arañazo de gato, escarlatina,...

Si sospechamos causa parasitaria debemos indagar alimentación y viajes. En los países occidentales, una eosinofilia significativa raramente se debe a parasitosis. En España los parásitos que causan eosinofilia severas son: *Toxocara sp*, *Trichinella sp*, *Fasciola sp*, hidatidosis y *Anisakis sp*<sup>3</sup>. Cuando se han realizado viajes de largo tiempo o en inmigrantes de zonas tropicales, hemos de sospechar inicialmente: filariasis, esquistosomiasis o estrombiloidiasis.

El *Trichuris* la mayoría de las veces cursa en adultos de mane-

ra asintomática o con una reacción tisular leve<sup>4</sup>. Sólo si la infección es masiva o en niños, cursa con dolor abdominal, anorexia, diarrea sanguinolenta o mucoide (parecida a enfermedad inflamatoria intestinal), incluso prolapso rectal y disminución del crecimiento. El tratamiento se puede hacer con albendazol 400 mg una dosis, o mebendazol 200 mg/12 h durante 3 días. Al mes de realizado el tratamiento se debe repetir analítica de control, que en nuestro caso no ha sido posible dado que la paciente no ha vuelto a consulta.

Es frecuente que se asocien otras parasitosis. Con el tratamiento utilizado (que es usado en muchas ocasiones como tratamiento empírico), puede resolverse la eosinofilia y en princi-

pio no tiene sentido realizar más pruebas, que en muchas ocasiones son muy agresivas. Consideramos que lo más adecuado es observar su evolución.

Si no sospechamos causa infecciosa, indagaremos: enfermedades alérgicas, cutáneas, tumorales, enfermedades del colágeno y vasculitis, inmunodeficiencias, y eosinofilia primarias.

En cuanto a la exploración física, en principio debemos valorar con particular cuidado el aparato respiratorio (incluyendo nariz), piel, adenopatías y abdomen.

Finalmente, con todos los datos, en ocasiones podremos hacer un tratamiento específico y en otras habrá que hacer un tratamiento empírico.

**R. Ruiz Giardin, F.J. Zufía García, B. López Serrano**

*Médicos de Familia. CS El Espinillo. Área 11. INSALUD. Madrid*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jansá JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 15: 320-7.
2. Brigden M. A practical workup for eosinophilia. You can investigate the most likely causes right in your office. *Postgrad- Med* 1999; 105: 193-210.
3. López-Vélez R. Protocolo diagnóstico de las eosinofilia causadas por parásitos. *MEDICINE* 1998; 7: 3783-6.
4. Dion R. Bell. Trichuris (Trichocephalus) trichiura: the whip worm. En: Dion R. Bell. *Lecture notes on Tropical Medicine*. 4ª ed. Oxford: Blackwell Science, 1995; 194-6.