



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Eosinofilia en un paciente procedente de Tailandia y Laos

Eosinophilia in a patient from Thailand-Laos

Gema Esteban-Gutiérrez^a, Gerardo Rojo-Marcos^{a,*}, Juan Cuadros-González^b y Laura Bragado-Martínez^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

^b Servicio de Microbiología y Parasitología Clínica, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

Caso clínico

Varón de 61 años nacido en Sakhon Nakhon (noreste de Tailandia), se trasladó de niño a Thakhek (Laos), a orillas del río Mekhong, donde vivió 31 años. Trabajó en el cultivo del arroz y tuvo una dieta rica en pescado crudo o poco cocinado. Reside en España desde hace 30 años y trabaja como jardinero. Visita su país una vez al año. Acudió al médico por sufrir de uno a tres episodios al año de lesiones urticariales migratorias en muslos y abdomen de pocos días de duración. No presentaba dolor abdominal, diarrea, fiebre ni ictericia.

Evolución

En el hemograma se observaron 700 eosinófilos/mcl. La bioquímica en suero con perfil hepático fue normal. El concentrado de heces obtenido por el método de formol-éter mostró larvas de *Strongyloides stercoralis* (*S. stercoralis*) y huevos de 28 × 16 micras, operculados en un extremo y con una pequeña protuberancia en el extremo posterior (fig. 1) que correspondían a trematodos de la especie *Opisthorchis viverrini* (*O. viverrini*) o *Clonorchis sinensis* (*C. sinensis*). La ecografía abdominal y una colangiografía magnética no mostraron alteraciones hepáticas ni de la vía biliar. Recibió tratamiento con ivermectina a dosis de 200 mcg/kg/día y praziquantel a dosis de 75 mg/kg durante un día. No ha presentado nuevos episodios de urticaria, la eosinofilia ha desaparecido y análisis repetidos de heces no han mostrado huevos ni larvas de parásitos. Su esposa del mismo origen geográfico también presentaba huevos similares en heces y se encontraba asintomática sin alteraciones analíticas.

Diagnóstico

El paciente fue diagnosticado de infestación por *O. viverrini* o *C. sinensis* y por *S. stercoralis*. Dada su procedencia geográfica *O. viverrini* es el diagnóstico más probable.

Comentario

Los trematodos *O. viverrini* y *C. sinensis* son endémicos en el sudeste asiático. La infestación en humanos se produce al comer pescado de agua dulce crudo o poco cocinado que contiene metacercarias. Una vez se exquistan las larvas, migran desde el duodeno a la vía biliar, donde maduran a formas adultas en menos de un mes. El gusano adulto reside en los conductos biliares o pancreáticos donde puede sobrevivir hasta 25 años^{1,2} eliminando huevos en heces. En el agua dulce, los huevos eclosionan a miracidios y se introducen en el huésped intermediario que es un caracol. Allí se desarrollan a cercarias que una vez liberadas en el agua se introducen en los peces donde se convierten en metacercarias cerrando el ciclo. Por microscopía óptica los huevos de *O. viverrini* en heces son indistinguibles de los de *C. sinensis*, aunque su distribución geográfica es diferente. *O. viverrini* afecta a 8 millones de personas y es endémico en regiones del noreste de Tailandia (con una prevalencia media en humanos del 19,3%)², Laos (hasta el 86%)³ y Vietnam. *C. sinensis* es endémico en China, Taiwan, Sur de Corea, Vietnam, Japón y Rusia asiática. La región de Laos donde vivía nuestro paciente es endémica de *O. viverrini* con prevalencias de más del 80% de la población. Allí no se han descrito infecciones por *C. sinensis*³.

La mayoría de los infestados por *O. viverrini* son asintomáticos como en el caso que presentamos. Los tres parásitos descritos pueden producir eosinofilia y urticaria. Sólo un 5-10% de los pacientes infestados por *O. viverrini* presentan clínica con dolor abdominal sobre todo en hipocondrio derecho, dispepsia, flatulencia, anorexia, pérdida de peso e ictericia obstructiva acompañada en ocasiones de fiebre, colangitis, colecistitis o peritonitis aguda^{1,2}. La complicación más grave de la infestación crónica por *O. viverrini* es el colangiocarcinoma, que puede manifestarse hasta 30 o 40 años después adquirir el parásito. Es un tumor hepático poco frecuente a nivel mundial pero muestra unas elevadas prevalencias en áreas donde *O. viverrini* es endémico⁴.

El diagnóstico de opistorquiasis se realiza principalmente mediante la detección al microscopio óptico de huevos de *O. viverrini* en heces. Esta técnica tiene una sensibilidad aceptable en casos de infestación moderada-severa y además permite cuantificar su intensidad. Las técnicas de PCR en heces pueden ayudar

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: grojo.hupa@salud.madrid.org (G. Rojo-Marcos).



Figura 1. Huevo en heces de *O. viverrini* o *C. sinensis*; 600×.

al diagnóstico diferencial entre huevos de *O. viverrini* y *C. sinensis* y aumentar la sensibilidad en casos de infecciones leves (menos de 10 gusanos adultos en la vía biliar)⁵. Las técnicas de serología mediante ELISA tienen una sensibilidad y especificidad del 95% incluso en coinfecciones con otros parásitos, aunque no permiten distinguir si es reciente o pasada³. En los dos casos descritos no se pudo realizar ninguna de estas técnicas por falta de disponibilidad en nuestro medio. Tampoco se pudo identificar ningún trematodo adulto en heces tras el tratamiento.

El tratamiento de elección de la infestación por *O. viverrini* y *C. sinensis* es el praziquantel. La dosis recomendada para *O. viverrini* es de 40-50 mg/kg vía oral en dosis única (75 mg/kg en *C. sinensis*)

con una tasa de curación del 91-97%⁴. Para su prevención, la medida más eficaz consiste en disminuir la ingesta de pescado crudo o poco cocinado, lo cual supone un cambio en los patrones de comportamiento alimentario en muchos países del sudeste asiático⁶.

Esta es la primera comunicación de una infestación importada por *O. viverrini* realizada en España. Aunque el argumento geográfico es sólido sería ideal disponer de serología y PCR específicas para diferenciarlo del *C. sinensis*. En pacientes originarios del sudeste asiático la infestación por *O. viverrini* o *C. sinensis* sería un diagnóstico a tener en cuenta en caso de eosinofilia o patología biliar.

Bibliografía

1. Keiser J, Utzinger J. Food-borne Trematodiasis. Clin Microbiol Rev. 2009;22:466–83.
2. Marcos L, Terashima A, Gotuzzo E. Update on hepatobiliary flukes: fasciolosis, opisthorchiasis and clonorchiasis. Curr Opin Infect Dis. 2008;21:523–30.
3. Sayasone S, Vonghajak Y, Vanmany M, Rasphone O, Tesana S, Utzinger J, et al. Diversity of human intestinal helminthiasis in Lao PDR. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2009;103:247–54.
4. Sripa B, Pairajkul C. Cholangiocarcinoma: lessons from Thailand. Current Opinion in Gastroenterology. 2008;24:349–56.
5. Lovis L, Mak TK, Phongluxa K, Soukhathammavong P, Sayasone S, Akkhavong K, et al. PCR Diagnosis of *Opisthorchis viverrini* and *Haplorchis taichui* Infections in a Lao Community in an area of endemicity and comparison of diagnostic methods for parasitological field surveys. J Clin Microbiol. 2009;47:1517–23.
6. Andrews R, Sithithaworn P, Petney T. *Opisthorchis viverrini*: an underestimated parasite in world health. Trends in Parasitology. 2008;24:497–501.