

Un caso de balantidiasis humana paucisintomática

Dres. Elbio Gezuele*, Nora Fernández†, Mariela Dimenza‡, Paolo Ponte§

Departamento de Parasitología y Micología, Instituto de Higiene y Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina. Hospital Evangélico

Resumen

Se presenta un caso de balantidiasis humana de forma paucisintomática, con períodos cortos de diarrea alternando con otros de estreñimiento, de un año de evolución. Hacía 60 años, desde la década de 1940, que no se registraban casos en Uruguay.

Palabras clave: BALANTIDIUM COLI.
BALANTIDIASIS.

Introducción

La balantidiasis es una parasitosis del intestino grueso de diversos mamíferos producida por el único protozooario ciliado de interés médico, *Balantidium coli*. Tiene distribución mundial. Es un patógeno humano poco frecuente, aunque se han descrito brotes epidémicos en zonas tropicales y subtropicales.

B. coli comúnmente infecta a primates, ratas, cobayos y cerdos. En el hombre habita en el ciego y colon ascendente. Existen tres tipos de presentación: a) portador sano, forma asintomática, de particular importancia en instituciones cerradas (psiquiátricos, hospitales, etcétera); b) forma crónica sintomática, caracterizada por diarreas alternando con estreñimiento, y c) forma disentérica o agu-

da pudiendo dar lugar a cuadros fulminantes⁽¹⁻⁴⁾.

Caso clínico

Mujer de 47 años procedente de un complejo urbano de Montevideo (Malvín Norte); trabajadora en una cantina liceal de la Ciudad de la Costa (departamento de Canelones), que consulta en puerta de emergencia por síndrome anal, diagnosticándose una trombosis hemorroidal. Como antecedente presenta dolor abdominal tipo cólico, intermitente, de un año de evolución, con períodos de diarrea de pocos días de duración, seguidos de otros de estreñimiento. Sin otra sintomatología acompañante. Fumadora.

En un hemograma, realizado como parte de los estudios de valoración general, se constata una eosinofilia relativa de 6% (342 por mm³). A pesar de ser una cifra que se encuentra dentro de parámetros cuantitativos normales, llamó la atención del médico tratante al vincularla con los episodios de diarrea, por lo que solicita examen coproparasitario seriado.

Coproparasitario: macroscopía: heces semilíquidas, marrones, sin mucus, sin pus y sin sangre.

Microscopía: en fresco, formas ovaladas de 100 micras de diámetro mayor, rodeadas de cilias, con gran movilidad de desplazamiento y de rotación; núcleo grande y con citostoma. Se identifican fácilmente como trofozoitos de

* Prof. Agdo. Departamento de Parasitología y Micología. Instituto de Higiene. Facultad de Medicina

† Parasitóloga. Asistente Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina

‡ Médica del Hospital Evangélico

§ Laboratorista clínico del Hospital Evangélico

Correspondencia: Dr. Elbio Gezuele
Instituto de Higiene. Av. A. Navarro 3051. Montevideo, Uruguay.
E-mail: micol@higiene.edu.uy

Recibido: 30/9/04.

Aceptado: 1/2/05.

B. coli (figura 1).

Los quistes, poco abundantes en las primeras horas, fueron sustituyendo paulatinamente a las formas móviles, redondeadas u ovoides de 55 a 60 micras de diámetro mayor.

Evolución: se realizó tratamiento con metronidazol a la dosis de 30 mg/kg/día durante diez días; luego del mismo el hemograma mostró una reducción de la cifra de eosinófilos a 142 mm³ y los exámenes coproparasitarios seriados fueron negativos.

Discusión

B. coli es el protozooario más grande que puede parasitar el intestino del hombre. Se alimenta con detritus intraluminales e hidratos de carbono y acumula almidón en su citoplasma. Puede, según las cepas, lesionar las células de la mucosa intestinal llegando a producir úlceras. El mecanismo de transmisión es fecal-oral, siendo los quistes las formas infectantes; éstos se producen cuando los trofozoitos son arrastrados con las materias fecales y a veces se completa el enquistamiento en las deposiciones. Se admite que los seres humanos adquieren la infección a partir de alimentos, verduras que se ingieren crudas, o utensilios contaminados con heces de cerdos, ya que en los lugares con criaderos de porcinos las infecciones humanas son más altas; no obstante ello, las cepas del cerdo son de difícil transmisión al hombre, hecho avalado por estudios epidemiológicos, pero una vez que se adquieren pueden permanecer y mantenerse en el hombre, así como producir brotes epidémicos. Dietas con alto contenido de hidratos de carbono favorecen las infecciones. Muchos otros mamíferos en el peridomicilio sirven de reservorio, pero las poblaciones en contacto con cerdos son las más expuestas⁽¹⁻⁴⁾. Dado que la ingestión de quistes no lleva necesariamente a la infección, es de suponer que en las zonas en que es muy frecuente esta parasitosis en los

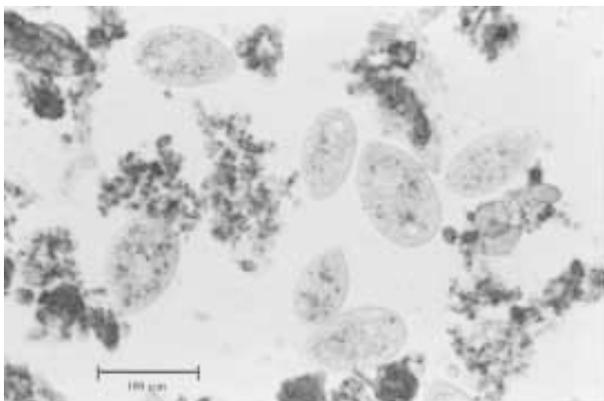


Figura 1. Estudio coproparasitario en fresco. Abundantes trofozoitos cilíacos de *Balantidium coli*

suinos y donde el número de personas infectadas es bajo, se necesita un hospedero humano adecuado, con dietas facilitadoras de la infección o que la carga infectante sea grande y prolongada en el tiempo, para que algunas cepas se adapten al mismo. Pueden surgir como posible patógeno en inmunodeprimidos⁽⁵⁾.

En América, la zona norteña del altiplano boliviano presenta una alta prevalencia en niños aimara que cursan con formas asintomáticas o paucisintomáticas⁽⁶⁾, asociadas a deficientes condiciones de saneamiento y al contacto estrecho con animales. Algunos brotes epidémicos se han producido por catástrofes ambientales que determinaron contaminación de los abastecimientos de agua^(4,6).

En Uruguay no hay registros de balantidiasis en los últimos 60 años. Tállice y Nieto⁽⁷⁾ publicaron el primer caso en 1932. Brea y Nieto⁽⁸⁾, en 1937, presentan el segundo. Osimani en su libro da cuenta de algunos otros casos no publicados entre 1940 y 1945⁽²⁾, vinculados a criaderos de cerdos de los departamentos de Canelones, Rocha y Maldonado.

Fuera de esos ambientes naturales se han descrito brotes por transmisión directa entre personas, fundamentalmente en pacientes y grupos institucionalizados, tales como hospitales psiquiátricos con bajos niveles de higiene ambiental y personal.

Desconocemos la fuente de infección de esta paciente, ya que en los últimos 30 años no tuvo contactos con cerdos, siendo este el factor de riesgo que se considera más importante para contraer esta parasitosis, aunque no puede descartarse el mantenimiento de la infección en forma asintomática o paucisintomática durante ese período⁽³⁾. Una sintomatología arrastrada en el tiempo de dolor abdominal y episodios de diarrea estarían vinculados a ciclos de reactivación de la balantidiasis. En esta paciente una contaminación durante el último año, desde el inicio de los síntomas, es la posibilidad más firme a tener en cuenta. No hubo dentro del entorno humano familiar de los últimos años ninguna persona con diarrea o con sintomatología sospechable. Su tarea en una cantina en contacto y vinculación con adolescentes de diversa procedencia, algunos de zonas rurales de Canelones, así como también la problemática ambiental de la zona donde reside, podrían plantear otra posible fuente de infección.

Con respecto al tratamiento se indicó metronidazol, por ser un antiparasitario con menos efectos secundarios y casi con la misma efectividad que la tetraciclina^(3,4).

Hubo una buena respuesta terapéutica al metronidazol, con desaparición de las molestias intestinales, por lo que no fue necesario complementarlo con una dieta estricta basada en derivados lácteos, yogur, yoka y con supresión de los hidratos de carbono⁽⁷⁻⁹⁾.

Pensamos que no había lesiones intestinales de consideración por la rápida respuesta al tratamiento.

Summary

A human case of balantidiasis with alternated Diarrhea and costiveness short periods during one year is presented. Since 1940 there was no recorded balantidiasis cases.

Résumé

On présente un cas de balantidiose humaine sous forme paucisymptomatique, avec de courtes périodes de diarrhée alternées avec d'autres de constipation, d'un an d'évolution. Il faisait 60 ans, depuis 1940, qu'on n'en rapportait pas de cas en Uruguay.

Bibliografía

1. **Tálice RV.** Balantidiosis. In: Tálice RV. Enfermedades parasitarias del hombre. Montevideo: Ed. Científica Sindicato Médico del Uruguay, 1944: 582-600.
2. **Osimani JJ.** Ciliados. Balantidiasis. In: Osimani JJ. Parasitología Médica. Montevideo: Librería Médica, 1982: 146-55. Tomo I.
3. **García LS.** Intestinal Protozoa, Flagellates and Ciliates. In: García LS. Diagnostic Medical Parasitology. 4th ed. Santa Mónica. California: LSG Associates, 2001: 6-59.
4. **Beaver PCh, Jung RC, Cupp EW.** Protozoarios ciliados. *Balantidium coli*. In: Beaver PCh, Jung RC, Cupp EW. Parasitología Clínica. 2ª ed. Barcelona: Salvat, 1986: 231-5.
5. **Yazar S, Altuntas F, Sahin I, Atambay M.** Dysentery caused by *Balantidium coli* in a patient with non-Hodkin's lymphoma from Turkey. World J Gastroenterol 2004; 10(3): 458-9.
6. **Esteban JG, Aguirre C, Angles R, Ash LR, Mas-Comas S.** Balantidiasis in Aymara children from the northern Bolivian Altiplano. Am J Trop Med Hyg 1998; 59(6): 922-7.
7. **Tálice RV, Nieto C.** Primer caso de Balantidiasis humana. An Fac Med Montevideo 1932; 17: 115-9.
8. **Brea RJ, Nieto CA.** Balantidiasis humana en el Uruguay. (Contribución a su estudio). Arch Urug Med Cir Espec 1937; 11: 720-33.
9. **Tálice RV, Peluffo CA, Nieto C.** Evolución del primer caso de Balantidiasis humana observado en Uruguay. Arch Urug Med Cir Espec 1933; 3: 676-80.