



SITUACIONES CLÍNICAS

Astenia y anemia. ¿Cuál es el diagnóstico?

A.L. Aguilar-Shea

Medicina Familiar y Comunitaria, Consultorio Cerceda, Centro de Salud Manzanares El Real, Atención Primaria Área Norte de Madrid, Madrid, España

Recibido el 10 de noviembre de 2010; aceptado el 28 de junio de 2011
Disponible en Internet el 9 de diciembre de 2011

PALABRAS CLAVE

Astenia;
Parasitosis;
Anemia;
Giardiasis

KEYWORDS

Asthenia;
Parasitosis;
Anaemia;
Giardiasis

Resumen La giardiasis es una de las parasitosis más frecuentes del mundo que se ha de considerar en todo paciente con persistencia de diarrea o sintomatología digestiva y/o malabsortiva tras un viaje o en población inmigrante, aunque su forma de presentación no es siempre la típica. Se describe un caso de una mujer natural de Guinea Ecuatorial de 25 años de edad presenta un cuadro de astenia de varios meses de evolución. Como hallazgos analíticos relevantes presenta una anemia normocítica y normocrómica con elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG). A lo largo de la exposición se plantea como se consideraron los diagnósticos diferenciales de la astenia, anemia normocítica normocrómica y elevación de VSG hasta llegar al diagnóstico de giardiasis.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Asthenia or anaemia. What is the diagnosis?

Abstract Giardiasis is one of the most frequent parasitic infections in the world that must be considered in every patient with persistent diarrhoea or digestive tract and/or malabsorption symptoms after a foreign trip or in the immigrant population, although its presentation is not always the typical. A 25 year old woman from Equatorial Guinea was seen at the clinic due to several months of asthenia. The laboratory analyses showed normocytic and normochromic anaemia and high erythrocyte sedimentation rate (ESR). Throughout the presentation of the case report the differential diagnoses of asthenia, normocytic and normochromic anemia and high ESR will be discussed until the final diagnosis of giardiasis was made.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 25 años de edad que acude a consulta con un cuadro de astenia de 3 meses de

evolución, sin ninguna otra sintomatología acompañante. Natural de Guinea Ecuatorial reside en España desde el 2004 y en el momento actual se encuentra en paro. Como antecedentes personales relevantes refiere haber padecido paludismo en 2001.

Mediante la anamnesis se descartaron como posibles causas de astenia los procesos psicógenos, descanso nocturno

Correo electrónico: antonioaguilar Shea@gmail.com

inadecuado, actividad física importante, alcoholismo o la drogadicción, no presentaba enfermedades crónicas de base y no estaba embarazada. El único tratamiento farmacológico que realizaba eran los anticonceptivos orales, en los que se ha descrito como efecto secundario la presencia de astenia, que se consideró como poco probable debido a que ha estado en tratamiento durante los 2 últimos años y la clínica comenzó hace 3 meses. La exploración física no reveló datos patológicos de interés.

Ante la sospecha de proceso orgánico se realizó un estudio sanguíneo. El análisis de sangre inicial reveló una anemia normocítica y normocrómica, hemoglobina de 11,2 g/dl (normal 12-16), con elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG) 56 mm (normal 1-20). No hubo afectación de las otras series hematológicas, la glucemia en ayunas, albúmina, iones en sangre, creatinina y función renal (MDRD-4), los perfiles hepático, lipídico y tiroideo, el estudio del hierro y el análisis de orina resultaron normales.

Con este estudio inicial y dada la ausencia de datos relevantes en la exploración física, se descartaron como causas de astenia la insuficiencia suprarrenal, el hipotiroidismo, la diabetes mellitus y los procesos neuromusculares.

Con los hallazgos de anemia normocítica normocrómica y elevación de la VSG, se reinterrogó a la paciente que negó la presencia de fiebre, cefalea, afectación del estado general, dolores articulares y rigidez articular, disnea, tos y expectoración anómala y de cambios en el ritmo intestinal. La fórmula menstrual fue 4/25, negando sangrados intermenstruales y polimenorrea. Refirió haber vuelto a su país en 2006 negando el haber tenido clínica de paludismo.

Un segundo análisis de sangre confirmó la anemia normocítica normocrómica con reticulocitos normales y mostró una VSG de 105 mm y una proteína C reactiva (PCR) de 1,04 ng/l (normal 0,1-0,5). La vitamina B12 y el ácido fólico, el factor reumatoideo y ASLO resultaron normales.

En este punto se descartaron como causas de anemia normocítica las anemias de origen hemolítico, hemorrágico, ferropénico, secundario a insuficiencia renal, a déficit de ácido fólico o vitamina B12 y al hipotiroidismo, ya descartado anteriormente. La presencia VSG y PCR elevados asociados hizo sospechar la presencia de una enfermedad crónica como causa de la astenia con anemia normocítica normocrómica, por lo que se solicitó una radiografía de tórax, una ecografía abdominal y un proteinograma.

La radiografía de tórax fue normal y en la ecografía abdominal no hubo hallazgos patológicos. El proteinograma reveló una discreta hipergammaglobulinemia.

Dada la ausencia de afectación de la serie blanca y plaquetaria, la exploración física y las pruebas complementarias se descartaron los procesos hematológicos malignos como causa del cuadro clínico. Se consideraron también como poco probables las conectivopatías dada la clínica y la presencia de ASLO y factor reumatoideo normales.

Se prosiguió con el estudio considerando patología infecciosa en población inmigrante. Se descartó el paludismo con la determinación de formas hiponozoíticas, aunque se consideró como poco probable dada la ausencia de clínica típica, de esplenomegalia y de afectación de otras series hematológicas. El mantoux fue negativo por lo que junto con la radiografía de tórax normal se descartó la tuberculosis.

Las serologías de VIH, VHB, VHC, VEB, CMV y herpes simple fueron negativas.

Finalmente se solicitó un coprocultivo y análisis de parásitos en heces. El coprocultivo fue negativo para *Samonella*, *Shigella*, *Yersinia* y *Campylobacter*. Las tres muestras de heces para el estudio de parásitos revelaron la presencia de quistes de *Giardia lamblia*.

Con el diagnóstico de parasitosis intestinal por *Giardia lamblia* se trató a la paciente con metronidazol 250 mg cada 12 horas durante 5 días que la paciente toleró sin problemas. El estudio parasitológico de las heces a las 2 semanas de la finalización del tratamiento resultó normal.

Progresivamente la paciente se fue encontrando mejor. Los reactantes de fase aguda, PCR y VSG, la hemoglobina y la hipergammaglobulinemia volvieron a parámetros normales.

Discusión

Este caso muestra una forma atípica de presentación de giardiasis intestinal, llegando al diagnóstico a través del estudio de la astenia, anemia normocítica normocrómica y elevación de la VSG.

La *Giardia lamblia*, también llamada *Giardia intestinalis* o *Giardia duodenalis*, es un protozoo flagelado descrito en 1681 por Van Leeuwenhoek. La infección se produce por la ingestión directa de agua o alimentos contaminados por heces humanas y/o de otros mamíferos susceptibles a la infección, o por transmisión interpersonal. Los quistes son los responsables de la transmisión y los trofozoitos de la infección que colonizan el intestino proximal, adhiriéndose a los enterocitos mediante un disco de adherencia. El ciclo se completa con la emisión de quistes con las heces del portador infectado^{1,2}.

La giardiasis es una de las parasitosis más frecuentes en el mundo, tanto en países en vías de desarrollo (con una prevalencia entre el 7-20% de la población) como en países industrializados, entre ellos España. Los grupos de población más frecuentemente afectados son los niños, los viajeros internacionales y las personas con inmunodeficiencia²⁻⁴.

Clínicamente la infección puede ser asintomática o sintomática. La presentación sintomática puede ser aguda o crónica. El periodo de incubación habitual es de 1 a 2 semanas y la infección crónica puede durar varios meses. La mayor parte de los casos son asintomáticos (60%). La forma más frecuente de presentación es mediante diarrea de inicio brusco, dolor abdominal, malestar, astenia, flatulencia, esteatorrea, náuseas, pérdida de peso y vómitos. Es excepcional la presencia de fiebre o sangre en heces. La infección crónica cursa con mayor pérdida de peso, malabsorción, clínica de intolerancia a la lactosa, depresión o urticaria asociados a los síntomas de la fase aguda. Los análisis sanguíneos mostraron, en formas crónicas, las consecuencias de la malabsorción como anemia, déficit de vitaminas o hipoproteinemia. La presencia de eosinofilia en este contexto debe hacer sospechar una parasitosis asociada.

La sospecha de una protozoosis en los pacientes asintomáticos debe tenerse en cuenta en dos situaciones: infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y cuando el paciente ha presentado una estancia prolongada en un país en vías de desarrollo⁴.

El diagnóstico de giardiasis se realiza mediante el estudio de parásitos en heces mediante coprocultivo. La detección antigénica nos proporcionará el diagnóstico definitivo. La detección serológica de anticuerpos no tiene en la actualidad ningún valor diagnóstico^{4,5}.

Para el estudio coproparasitario se deben de recoger tres muestras en días alternos en tres recipientes diferentes. Se recomienda que las 48 horas previas a la recogida se realice una dieta libre de frutas, verduras, fibra y grasa para facilitar la observación del parásito. Se recomienda también la suspensión de antiácidos (1 semana), antidiarreicos no absorbibles y antimicrobianos (2 a 3 semanas)^{4,5}.

Para el tratamiento se utilizan el metronidazol (250 mg/8 h durante 5 días para los adultos, o de 15 mg/kg/día en 3 dosis para los niños) o el tinidazol (dosis única de 2 g en adultos o 50 mg/kg en niños) que tienen una eficacia superior al 90% en la erradicación. En la mujer embarazada se debe de tratar con paromomicina 25-35 mg/Kg/d repartido en 3 dosis durante 7 días. Los fármacos alternativos en casos de reinfecciones o fracasos terapéuticos son furazolidona, quinacrina, paramomicina, albendazol o nitazoxanida. Ante repetidos fracasos del tratamiento debe estudiarse la presencia de una inmunodeficiencia subyacente y recomendar evitar los productos lácteos de la dieta durante un tiempo⁶⁻⁸.

La prevención requiere interrumpir la transmisión interhumana, por alimentos y por el agua. La transmisión persona-persona es más difícil de controlar, pero seguimiento de las normas básicas de alimento en los viajes internacionales y la eliminación de los quistes en el agua de consumo mediante el hervido, la halogenación (uso de cloro, o mejor yodo) o el filtrado son medidas apropiadas de prevención³.

En conclusión, la giardiasis es una de las parasitosis más frecuentes del mundo que se ha de considerar en todo paciente con persistencia de diarrea o sintomatología digestiva y/o malabsortiva tras un viaje o en población inmigrante. Por otro lado, en el manejo de la enfermedad en pacientes inmigrantes se ha de considerar la patología propia de dicha población entre las posibilidades diagnósticas.

Finalmente, a largo de la exposición del caso clínico se han ido presentado los distintos diagnósticos diferenciales posibles a medida que conocían más datos hasta su

diagnóstico final. Como conclusión principal considero que el estudio de todos los pacientes atendidos en Atención Primaria ha de orientarse de forma adecuada y que guiados por sospecha clínica y por el complemento que aportan las pruebas diagnósticas se nos plantearán diagnósticos diferenciales que habremos de considerar o rechazar.

Responsabilidades Éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Nantes O, Zozaya JM, Prieto C, Beloqui R, Arín A. Síndrome general y diarrea como manifestación de infección de infección por *Giardia lamblia*. Gastroenterol Hepatol. 2005;28:558-60.
2. Pérez-Arellano JL, Carranza-Rodríguez C, Vicente-Santiago B, Muro A. Amebosis, giardosis y tricomonosis. Medicine. 2010;10:3609-20.
3. Poder JS, Beach MJ. Giardiasis surveillance—United States, 2003-2005. MMWR Surveill Summ. 2007;56:11.
4. Pérez-Arellano JL, Martín-Sánchez AM, Gutiérrez-Mateos M, Muro A. Criterios de sospecha clínica y diagnóstico de protozoosis. Medicine. 2010;10:3696-9.
5. Santana AJ, Cabrera JC, Muro A, Pérez Arellano JL. Manejo general y extrahospitalario del paciente con parasitosis. Medicine. 2010;10:3757-66.
6. Pérez Arellano JL, Hernández Cabrera M, Castillo de Vera M, Pisos Álamo E, Carranza Rodríguez C, Aparicio Azcárraga P. Tratamiento de las enfermedades parasitarias-(I). Protozoosis. Inf Ter Sist Nac Salud. 2007;31:3-16.
7. Carranza-Rodríguez C, Mateos-Rodríguez F, Muro A, Pérez Arellano JL. Tratamiento antiparasitario. Medicine. 2010;10:3664-72.
8. Gardner TB, Hill DR. Treatment of giardosis. Clin Microbiol Rev. 2001;14:114-28.