

## MANEJO DE PARÁSITOS INTESTINALES MÁS FRECUENTES EN PEDIATRÍA

Autor: Dra. Paz Allende M. Residente Medicina Familiar UC

Editor: Dra. Pamela Rojas G. Docente Departamento Medicina Familiar UC

Fecha: 5 de abril, 2021

**Resumen** Las infecciones parasitarias constituyen un problema de salud pública, que es más prevalente en países de bajos ingresos y en los cuales la migración desde esos países es muy importante. En este artículo revisaremos las principales medidas farmacológicas y no farmacológicas de su manejo.

### INTRODUCCIÓN

Las infecciones parasitarias constituyen un problema de salud pública, sobre todo en países subdesarrollados, y en aquellos desarrollados pero con una importante migración, afectando mayormente a la población pediátrica<sup>1,2</sup>.

Existen parásitos comensales y otros que son patógenos. Diferenciarlos es claro para poder definir a quienes tratar y a quienes no hacerlo. La tabla 1 resume el listado de parásitos comensales aislados con mayor frecuencia en el mundo.

**Tabla 1: Parásitos comensales aislados con mayor frecuencia<sup>2</sup>:**

Helmintos (nemátodos)	Protozoos
<i>Capillaria hepatica</i> , <i>Dioctophyma renale</i> , <i>Dipetalonema perstans</i> , <i>Dipetalonema streptocerca</i> , <i>Mansonella ozzardi</i> , <i>Syngamus laryngeus</i> , <i>Ternides deminutus</i>	<i>Chilomastix mesnli</i> , <i>Enteromonas hominis</i> , <i>Retortamonas intestinalis</i> , <i>Trichomonas hominis</i> , <i>Trichomonas tenax</i> , <i>Endolimax nana</i> , <i>Entamoeba coli</i> , <i>Entamoeba gingivalis</i> , <i>Entamoeba hartmani</i> , <i>Entamoeba polecki</i> , <i>Lodamoeba buetschlii</i>

Los enteroparásitos patógenos más frecuentemente encontrados en Chile son: Blastocystis Hominis, Giardia Lamblia y Enterobius Vermicularis<sup>3,4,5</sup>.

Actualizaremos las recomendaciones específicas de tratamiento para cada uno de ellos.

### I. OXIURIASIS: ENTEROBIUS VERMICULARIS

#### Medidas Generales de tratamiento<sup>6,7</sup>:

- Higiene: Uñas cortas y lavado de manos frecuente (ideal escobillar bajo las uñas, ya que la onicofagia es una fuente importante de autoinoculación), baño diario, aseo de la región perianal apenas el niño se despierta.
- Hogar: acompañar el tratamiento de un lavado de toda la ropa de cama y de vestir, idealmente con agua >40°C. Si esto no es posible, se recomienda planchar la ropa y costuras a temperatura alta. Limpiar juguetes, alfombras y superficies.
- Alivio prurito: Se recomienda uso de vaselina, óxido de zinc u otro preparado de barrera en la región perianal. Puede usarse después del baño, de cada deposición y antes de dormir.
- Inflamación o lesiones perianales: Se recomienda uso de corticoides tópicos en caso de inflamación importante. Usar alternativas de baja-mediana potencia.

**Manejo farmacológico:**

Una revisión literaria (2019) propone como primera línea de manejo el mebendazol en dosis 100 – 200 mg una sola dosis, lo que logra una tasa de erradicación sobre 90%.

Esquema: día 1, repetir al día 15 y luego al día 28<sup>6</sup>. Otras revisiones proponen un esquema de día 1 y luego repetir día 15<sup>1</sup>. Siempre se debe tratar a toda la familia, dado el alto nivel de contagio intrafamiliar.

**II. BLASTOCISTIASIS: BLASTOCYSTIS HOMINIS (B. HOMINIS)**

No existen grandes estudios o revisiones sistemáticas que evalúen la efectividad del tratamiento de este parásito. Pese a que existen reportes de que podría ser un cuadro autolimitado, es de consenso, que es un parásito patógeno, que genera daño tisular y que por lo tanto, debe ser tratado <sup>8</sup>.

**Manejo farmacológico:**

La primera línea de tratamiento es metronidazol, con lo cual se logra una remisión clínica de 88% y remisión parasitaria (heces) de un 80% a los 6 meses<sup>8</sup>.

Esquema: dosis variables que van desde 15 a 50 mg/kg/día dividido en tres dosis, por 10 días<sup>1,8</sup>.

**III. GIARDIASIS: GIARDIA LAMBLIA**

Una revisión sistemática (2012) de buena calidad metodológica, que incluyó 1.817 pacientes (1.441 eran menores de 18 años), comparó la efectividad de Mebendazol (15-20 mg/kg/día dividido en 3 dosis por 5 días) versus Tinidazol (50-75 mg/kg/día en dosis única). La revisión reporta con una certeza de evidencia muy baja, que no existen diferencias estadísticamente significativas en la cura parasitológica, mejoría clínica, ni en el reporte de efectos adversos entre ambos medicamentos <sup>9</sup>.

Otra revisión sistemática (2018) que incluyó tanto adultos como niños, mostró que el tinidazol tendría mayor efectividad que el metronidazol en la erradicación parasitaria (RR 1.23 (1.12-1.35))<sup>10</sup>.

En resumen, Tinidazol podría ser una mejor alternativa de manejo de Giardiasis, por su mayor efectividad, costo similar (o incluso menor ) y ser de dosis única.

**¿CUAL ES EL ROL DE LOS PROBIÓTICOS EN EL MANEJO DE LAS PARASITOSIS?**

Si bien la evidencia que existe es escasa, algunos estudios muestran que los probióticos podrían funcionar como coadyuvantes en el tratamiento farmacológico de las infecciones por protozoos.

Un estudio randomizado, que incluyó población adulta (2006), mostró que *Saccharomyces Boulardii* (250 mg cada 12 hrs por 10 días) en combinación con metronidazol en el tratamiento de giardiasis, podría ser más efectivo para disminuir la carga parasitaria que el uso aislado de metronidazol<sup>11</sup>.

Otro estudio randomizado en niños (2011), de buena calidad metodológica, comparó el uso de *Saccharomyces Boulardii* en combinación con metronidazol para el tratamiento de *Blasctocystis Hominis*. El estudio reportó que no había diferencias significativas en la resolución de síntomas ni en la erradicación parasitaria al comparar ambos esquemas <sup>12</sup>.

Una revisión sistemática (2013) de buena calidad metodológica, que incluyó 464 pacientes pediátricos con síndrome diarreico prolongado de causa infecciosa (entre ellas *Giardia Lamblia* y *Entamoeba Histolytica*), comparó el uso de probióticos versus placebo en la duración del cuadro diarreico. El estudio reportó que los probióticos (*Lactobacillus Rhamnosus GG*, *Lactobacillus casei*, *Lactobacillus acidophilus* y *Saccharomyces boulardii*) serían efectivos para disminuir en 3 a 4 días el tiempo de diarrea de causa infecciosa, incluyendo causas parasitarias, con moderada certeza de evidencia <sup>13</sup>.

## EN RESUMEN

Las infecciones parasitarias intestinales son una entidad que no debemos descuidar en contextos de atención primaria en Chile, principalmente en población pediátrica.

Los enteroparásitos patógenos más prevalentes en nuestro país son: *Blastocystis Hominis*, *Giardia Lamblia* y *Enterobius Vermiculares*. Estos deben ser erradicados, y elegirse el esquema de tratamiento más adecuado al parásito, tanto a nivel farmacológico como no farmacológico.

El uso de probióticos puede ser una alternativa de manejo coadyuvante al antiparasitario en infecciones por protozoos.

## Bibliografía

- (1) Werner B. *Infecciones por parásitos más frecuentes y su manejo*. Rev. Med. Las Condes – 2014; 25(3) 485-528.
- (2) Fumadó V. *Parásitos Intestinales* Pediatr Integral 2015; XIX (1): 58-65
- (3) Vidal F, Sylvia; Toloza M, Lorena; Cancino F, Beatriz (2010). *Evolución de la prevalencia de enteroparasitosis en la ciudad de Talca, Región del Maule, Chile*. Revista chilena de infectología, 27(4), doi:10.4067/S0716-10182010000500009
- (4) Mercado P, Rubén, & Schenone F, Hugo. (2004). Blastocistosis: enteroparasitosis más frecuente en Chile. *Revista médica de Chile*, 132(8), 1015-1016. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000800017>
- (5) Vigilancia de diarreas por agentes parasitarios en menores de 5 años Chile 2008-2012. Boletín Instituto de salud pública, vol 2, No. 11, julio 2012.
- (6) Weatherhead JE, Hotez PJ. Worm Infections in Children. *Pediatr Rev*. 2015 Aug;36(8):341-52; quiz 353-4. doi: 10.1542/pir.36-8-341. PMID: 26232464.
- (7) Wendt S, Trawinski H, Schubert S, Rodloff AC, Mössner J, Lübbert C: The diagnosis and treatment of pinworm infection. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 213–9. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0213
- (8) Sekar U, Shanthi M. Blastocystis: Consensus of treatment and controversies. *Trop Parasitol*. 2013 Jan;3(1):35-9. doi: 10.4103/2229-5070.113901. PMID: 23961439; PMCID: PMC3745668.
- (9) Granados CE, Reveiz L, Uribe LG, Criollo CP. Drugs for treating giardiasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12. Art. No.: CD007787. DOI: 10.1002/14651858.CD007787.pub2.
- (10) Ordóñez-Mena JM, McCarthy ND, Fanshawe TR. Comparative efficacy of drugs for treating giardiasis: a systematic update of the literature and network meta-analysis of randomized clinical trials. *J Antimicrob Chemother*. 2018 Mar 1;73(3):596-606. doi: 10.1093/jac/dkx430. PMID: 29186570; PMCID: PMC5890742.
- (11) Besirbellioglu BA, Ulcay A, Can M, Erdem H, Tanyuksel M, Avci IY, Araz E, Pahsa A. *Saccharomyces boulardii* and infection due to *Giardia lamblia*. *Scand J Infect Dis*. 2006;38(6-7):479-81. doi: 10.1080/00365540600561769. PMID: 16798698.
- (12) Dinleyici EC, Eren M, Dogan N, Reyhanioglu S, Yargic ZA, Vandenplas Y. Clinical efficacy of *Saccharomyces boulardii* or metronidazole in symptomatic children with *Blastocystis hominis* infection. *Parasitol Res*. 2011 Mar;108(3):541-5. doi: 10.1007/s00436-010-2095-4. Epub 2010 Oct 5. PMID: 20922415.
- (13) Bernaola Aponte G, Bada Mancilla CA, Carreazo NY, Rojas Galarza RA. Probiotics for treating persistent diarrhoea in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 20;2013(8):CD007401. doi: 10.1002/14651858.CD007401.pub3. PMID: 23963712; PMCID: PMC6532736.