



03

artículo

J.Gascón [[Buscar autor en Medline](#)]

I.Oliveira [[Buscar autor en Medline](#)]

M.Corachán [[Buscar autor en Medline](#)]

Unidad Medicina Tropical Hospital Clínic Barcelona



Eosinofilia en enfermedades importadas

Introducción:

La eosinofilia se define como un número de eosinófilos superior a $0,5 \times 10^9/l$ (500 células por microlitro de sangre). la eosinofilia, en el contexto de las enfermedades importadas, se relaciona habitualmente con la presencia en el organismo humano de helmintos (parásitos multicelulares). los protozoos en general no se asocian a eosinofilia, y las únicas excepciones son *dientamoeba fragilis* y el *coccidio isospora belli*. la eosinofilia en las infecciones parasitarias es fruto de la interacción entre factores del huésped, la etapa de desarrollo del parásito, la localización del parásito dentro del organismo y la carga parasitaria existente.

Además de las causas parasitarias objetivo de la presente revisión, la eosinofilia puede ser debida a otros tipos de enfermedades (tabla 1), e infecciones (tabla 2) más conocidas en nuestro medio y que quedan reflejadas en las tablas que se muestran a continuación.

¡¡RECUERDA!!: La malaria, como otros patógenos unicelulares, NO se asocia a eosinofilia.

Variaciones de la eosinofilia:

En muchas parasitosis, la eosinofilia suele ser importante en las fases iniciales de la infección, para luego decrecer e incluso volver a valores dentro de la normalidad con posterioridad. por ello, la ausencia de eosinofilia no descarta una parasitosis.

Ejemplos de una eosinofilia inicial importante que posteriormente decrece pudiendo incluso desaparecer son: la provocada por *ascaris lumbricoides*, las diversas especies de *schistosoma* o la *paragonimiasis*. algunos de estos parásitos pueden provocar eosinofilia intermitentes durante las fases crónicas de la infección (*gnathostoma spinigerum*, *trematodos hepáticos*).

En general, la eosinofilia es más prominente y persistente en aquellos parásitos que producen afectación tisular (*trematodos hepáticos*, *filarias*, *estrongiloidiasis*, *larva migrans visceral*) que en el resto.

Otra circunstancia importante son los parásitos que se enquistan (*hidatidosis*, *cisticercosis*), los cuáles solo causan eosinofilia cuando existe una ruptura del quiste o una destrucción del parásito, con lo que termina el aislamiento inmunológico al que estaban sometidos al pasar a la sangre componentes con gran capacidad inmunogénica.

Los más eosinofílicos:

- Strongiloides (**figura 1**)
- Filarias (Loasis y Oncocercosis) (**figura 2**)
- Schistosoma (Fase aguda invasiva en no inmunes).

bibliografía

1. Bou a, gascón j, valls me, corachán m. fiebre de katayama en turistas españoles: análisis de 25 casos. med clin (barc), 2001; 116:220-222
2. choudhri sh, keystone js. eosinophilia in travelers and immigrants. chapter 147 (pgs: 1062-1065) , in: hunter's tropical medicine and emerging infectious diseases. eighth edition. editor: g. strickland, philadelphia, 2000.wb. saunders company.
3. corachán m, gascón j, vinuesa t. trematodosis. medicine, 1998; 82: 3797-3802.
4. corachán m., ruiz l., gascon j., valls me. schistosomiasis and the dogon country (mali). am. j. trop. med. hyg, 1992; 47:6-9.
5. vilalta e., gascón j., valls me., corachán m.. anquilostomiasis y estrongiloidiasis: estudio comparativo clinico epidemiologico en viajeros procedentes de areas endémicas. med clin (barc), 1995; 105:292-294. Ver [mqs](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



- Triquinella.
- Toxocara.

Clínica:

Las parasitosis tienen una traducción clínica diversa dependiendo del agente causal y del paciente al que afecten. así, las primoinfecciones en turistas y cooperantes que por primera vez están expuestos a un determinado parásito, son más expresivas clínicamente y pueden provocar un abanico mayor de síntomas: fiebre, problemas pulmonares....

los inmigrantes, en cambio, suelen padecer la fase crónica de estas parasitosis, y a pesar de presentar poliparasitismo suelen dar menos clínica.

¿ Qué es el SÍNDROME DE KATAYAMA?

Esquistosomiasis aguda:

EOSINOFILIA + FIEBRE + ANTECEDENTE BAÑO RÍOS/LAGOS

- Sudoración, escalofríos.
- Cefalea, tos.
- Mialgias.
- Urticaria.

Diagnóstico:

¿por dónde empezar?

En los pacientes, es importante establecer la relación entre la eosinofilia y un viaje o estancia previos. además, para orientar el diagnóstico, es importante la realización de una buena historia clínica y epidemiológica, ya que muchas de estas enfermedades tienen áreas de endemia bien delimitadas o se relacionan con factores de riesgo bien descritos (ver anexo 1). otras parasitosis en cambio son cosmopolitas y las podemos encontrar en todos los países del área tropical y templada.

La sintomatología que padece el paciente y una buena exploración física para detectar organomegalias, trastornos dermatológicos o nódulos también nos orientará hacia ciertos diagnósticos.

En inmigrantes, la presencia de eosinofilia puede revelarnos la presencia de una parasitosis que puede no estar relacionada con el problema de salud por el cual consultan.

Para valorar una eosinofilia, hay que tener en cuenta además algunos factores que pueden provocar una disminución transitoria de los eosinófilos (infecciones víricas o bacterianas, paludismo, corticoides, embarazo, sobretodo en el momento del parto).

El diagnóstico de laboratorio:

para la mayoría de estas parasitosis se utilizan técnicas diagnósticas relativamente sencillas, que consisten en el análisis en fresco de las heces o por métodos de concentración y con tinciones especiales. suelen ser necesarios los análisis de heces seriados. los análisis de orina son necesarios para detectar s. haematobium.

para los parásitos sanguícolas (filarias), se usan frotis gruesos y finos de sangre mediante tinción de giemsa, o por métodos de concentración de microfilarias. o.volvulus se diagnostica a través del examen de muestras de piel (skin snip) o por la extracción de nódulos subcutáneos.

para algunas enfermedades existen pruebas serológicas que nos pueden ayudar o corroborar el diagnóstico. éstas son de capital importancia en casos de alta sospecha sin que se visualice directamente el parásito en sangre o en heces.

¡¡RECUERDA!! ALGUNOS DIAGNÓSTICOS SON MÁS FRECUENTES EN INMIGRANTES O EN EUROPEOS RESIDENTES EN EL TRÓPICO QUE EN VIAJEROS OCASIONALES:

- Cisticercosis.
- Ascaris lumbricoides.
- Loa-Loa.
- Mansonella Pertans.
- Oncocerca volvulus.
- Strongyloides stercoralis.
- Trichuris Trichura.

Algoritmo diagnóstico:

En la siguiente tabla se hace un esquema de los pasos que se pueden hacer para el diagnóstico de una eosinofilia sin focalidad.

tabla:esquema de investigación de la eosinofilia en viajeros/inmigrantes sin focalidad.

1. Historia clínico-epidemiológica y exploración física: (descartar alergias, fármacos).
2. Analítica básica completa: (hemograma, bioquímica)
 - Huevos y parásitos en heces (x 3)
 - Según historia clínica, epidemiológica:
 - Examen parásitos en orina (x 3)
 - Búsqueda de filarias en sangre / piel (día o noche según sospecha clínico-epidemiológica)
3. Si negativo, serologías:
 - (Hidatidosis, triquinosis, esquistosomiasis, toxocariasis, cisticercosis, fasciolosis).
 - Repetir heces/orina (x3)
 - Cultivo para strongyloides stercoralis
4. Si negativo, (y según factores de riesgo)
 - Rx torax
 - Test de mazzotti (oncocercosis)
 - Aspirado/biopsia duodenal
 - Ecografía hepática / biopsia hepática
 - Colonoscopia/biopsia rectal
 - Cistoscopia
 - Tac

Algoritmo diagnóstico de eosinofilia en relación con infecciones parasitarias (**figura 3**)

En qué pensar si el paciente con eosinofilia refiere y/o el médico objetiva:

1. Edemas erráticos intermitentes:

- Loa-loa.
- Mansonella perstans.
- Mansonella ozzardi.
- Gnathostoma spinigerum.

2. Prurito generalizado:

- Oncocerca .volvulus.
- Sarcoptes escabiei.

3. Tos/disnea:

- A.lumbricoides.
- S. stercoralis.
- Anquilostomas.
- Paragonimus spp (+ hemoptisis)
- Eosinofilia tropical pulmonar.

4. Fiebre:

- Sind.de katayama.
- Toxocariasis.
- Fasciolasis.
- Triquinosis.

¡¡RECUERDA!!: Durante la fase pulmonar de los nematodos intestinales los exámenes de heces SON NEGATIVOS.

Prevención:

- Parásitos con transmisión feco-oral: higiene adecuada de los alimentos que se consumen.
- Geohelminths: se recomienda ir bien calzado y evitar el contacto de la piel con la tierra o el fango.
- Esquistosomiasis: evitar bañarse o cruzar ríos de aguas calmas.

Los parásitos que se contraen a través de las primeras dos vías son los más frecuentes. en cambio, los parásitos que producen eosinofilia y se transmiten a través de picaduras de insecto son menos frecuentes y suelen diagnosticarse en inmigrantes o viajeros/cooperantes de larga estancia en los países tropicales.

Larva cutánea migrans(**figura 4**)

Tratamiento:

En caso de diagnóstico de certeza de algún parásito concreto, el tratamiento debe ser el específico y adecuado para el patógeno en cuestión.

Es bastante frecuente no obtener ningún diagnóstico concreto, el porcentaje de diagnósticos en pacientes con eosinofilia varía entre 20-36% según las series.

Actualmente es preferible remitir los pacientes con dificultades en el manejo a centros de referencia con mayor experiencia y capacidad diagnóstica antes de iniciar un tratamiento empírico.

Anexo 1

Se muestran los parásitos más comúnmente relacionados con la presencia de eosinófilos en sangre periférica.(**tabla 3**)

