

Tricocefalosis masiva en el adulto

Informe de cuatro casos clínicos

DR. MARIO MIRANDA G.*
DR. ALBERTO ACOSTA G.*
DR. JOSÉ LEÓN APUY A.*
DR. JORGE ELIZONDO C.*
DR. EDUARDO CASTRO M.*
DR. ARNOLDO CAMACHO F.*

I.—INTRODUCCION

La tricocefalosis masiva es una entidad que en nuestro medio ha sido estudiada principalmente en los niños (1-2). El diagnóstico de 4 casos clínicos en adultos en el Servicio N° 3 de Medicina, en un período relativamente corto, nos ha sugerido la conveniencia de llevar a cabo esta comunicación, a fin de insistir en las características más importantes del cuadro y facilitar su diagnóstico y terapéutica.

II.—MATERIAL Y METODOS

Se trata de cuatro pacientes cuyo resumen clínico se presenta a continuación.

CASO N° 1. - Expediente Clínico N° 187.901.

B. D. U., femenino, 17 años, soltera, oficios domésticos, ingresó el 20 de junio de 1966 al Hospital San Juan de Dios. Desde hacía un año presentaba cuadro diarreico frecuente con varios tratamientos infructuosos, no especificados, vómitos alimenticios y náuseas ocasionales. Desde 3 meses antes de hospitalizarse dolor en hipocondrio derecho y base pulmonar derecha, exacerbado con la respiración profunda, de carácter punzante e irradiado a hombro derecho. Las diarreas presentaban deposiciones líquidas, con moco y sangre en ocasiones, de color café oscuro otras veces, en número de 4-6 al día, que se acompañaban de dolores cólicos abdominales y pujo, con astenia, adinamia, anorexia, pérdida de peso y fiebre, estas dos últimas no cuantificadas. Los antecedentes familiares sin interés; entre sus antecedentes personales "anemia" en varias ocasiones. Condiciones socio-económicas deficientes. Calzada desde dos años y medio atrás. No toxicomanías. El examen físico reveló: P.A. 80/60; peso 60 libras; pulso 90/minuto; temperatura 36.8°C. Hipodesarrollada, delgada, pálida, lengua saburral. Cuello y tórax normales, campos pulmonares normales, desdoblamiento

* Sección de Medicina del Hospital San Juan de Dios.

del 2º tono cardíaco. Abdomen blando, depresible, no masas ni esplenomegalia, doloroso difusamente en marco cólico e hipocondrio derecho con inspiración profunda. Dolor que se despierta a la percusión del área hepática.

Los análisis de laboratorio revelaron: Heces con anquilostomas y tricocéfalos ++++ en forma persistente. La hemoglobina osciló entre 10 y 11 g%, con eosinofilia de hasta 30% y con dos bandas en una ocasión, además de anisopoiquilocitosis y policromatofilia. Proteínas totales de 8,1 g% con albúmina de 3,8 g%, y globulinas de 4,3 g% que se fueron corrigiendo para llegar a ser de proteínas totales 6,2 g%, albúmina 3,4 g%, globulinas 2,8. Orina, V.D.R.L., Bilirrubinemia total, SGO-T y SGP-T, Protrombina (Quick) y fosfatasa alcalina normales. Hanger +, Timol +, Colesterol 312 mg.%. V.S.G. 42 mm, Tuberculina PPD positiva (18 x 37 mm).

El recuento de huevos de tricocéfalos mostró valores máximos de 184.000 por gramo de heces.

Dos pruebas de D-xilosa en las que se recuperaron, respectivamente 18.5% y 19% de la dosis dada.

Rx de tórax: acentuación de la trama bibasal de aspecto bronconeumónico. Ambos hemidiafragmas normales, engrosamiento pleural basal derecho. Cuatro rectosigmoidoscopios que revelaron, en forma decreciente, gran cantidad de tricocéfalos, móviles, mucosa congestiva y, al principio, zonas erosionadas y edematosas, moderadamente sangrantes, de donde se tomó biopsia que fue informada como "colitis aguda con ulceración". Biopsia de mucosa yeyunal normal.

El tratamiento consistió en sulfato ferroso, tetracloroetileno y en dos ocasiones Netocyd en forma oral, 300 mg diarios durante 5 días, los que no produjeron ningún cambio a la rectoscopia, y enemas de retención de 400 mg. de netocyd en 250 c.c. de agua, uno diario por 3 días con los cuales la rectoscopia se normalizó y desaparecieron los huevos de tricocéfalos de las heces.

CASO N° 2. - Expediente Clínico N° 190.423.

E. M. M., 16 años, masculino, soltero, misceláneo, ingresó el 26 de julio de 1966 al Hospital San Juan de Dios. Historia de diarrea casi continua desde la edad de 11½ años con deposiciones abundantes, líquidas, en número de 10-20 al día, color café, con períodos de calma de 2-5 días, unas 15 veces al año, épocas en que las deposiciones eran blandas, en número de 3-5 al día, y además dolores cólicos abdominales, astenia y pérdida de peso.

Antecedentes familiares. Sus hermanos con parasitosis intestinales. Antecedentes personales, deplorables condiciones socio-económicas. El examen físico reveló déficit somático, intelectual, ponderal y sexual. Peso 54 libras; talla 133 cm. P.A. 90/60; pulso 100/minuto. Temperatura 36.8°C. Normocéfalo, caries dentarias, delgado, cuello normal, tórax simétrico con exploración cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, moderadamente doloroso en toda su extensión, sin masas ni esplenomegalias. Los análisis de laboratorio revelaron: proteínas totales de 5.7 g% con albúmina 2.8 g% y globulinas 2.9 g%, orina, fosfatasa alcalina, fósforo inorgánico, SGP-T, SGO-T, V.D.R.L. y calcio normales. Protrombina 67%. Hemoglobina 9,2 G%; Hto. 34%, leucocitos 6.450 con eosinofilia de 26% y anisopoiquilocitosis. En una prueba de D-xilosa se recuperó el 22.98% de la dosis dada. El recuento de huevos de tricocéfalos demostró 133.800 por gramo de heces.

Serie gastroduodenal y tránsito intestinal con bario fueron normales. Una radiografía de tórax normal. Tres rectosigmoidoscopías que fueron revelando la mejoría; en la primera había áreas de unos 10 mm. de diámetro en la mucosa ulceradas, sangrantes y abundantes parásitos blanquecinos que tapizaban toda la mucosa (de 15 x 0,3 mm.). La biopsia tomada reveló "mucosa rectal con inflamación crónica. Tricocefalosis". La última rectosigmoidoscopia fue normal. El tratamiento fue *Furoxona* 400 mg. diarios durante 10 días. Enemas de 600 mg de Netocyd en 500 cc. de agua, para retener, uno diario durante 3 días. Enemas de Exilresorcional para retener, uno cada 48 horas, número 3. Dieta sin gluten. El curso fue afebril y según fue mejorando de su diarrea, fue ganando peso. Al final presentaba una o dos deposiciones al día, duras, de aspecto normal. El peso de salida fue de 64.5 libras.

CASO N° 3. - Expediente Clínico N° 99.930.

C. Q. D., femenino, 34 años, soltera, oficios domésticos, ingresó el 17 de julio de 1966 al Hospital San Juan de Dios. Desde hacía 3 semanas presentaba cuadro diarreico con deposiciones líquidas, fétidas, mucosanguinolentas a veces, en número de 8-12 al día, últimamente en menor número, con pujo, tenesmo, anorexia, astenia, adinamia y pérdida de peso no cuantificada. Antecedentes familiares de desnutrición crónica. Antecedentes personales; cuadros diarreicos frecuentes y semejantes al de su actual hospitalización. Condiciones socio-económicas deplorables. Toxicomanías negativas. El examen físico reveló paciente pálida, desnutrida, caquética, deshidratada, postrada, piel seca, escaso cabello, sin brillo, quebradizo. P.A. 90/60, peso 58 libras, pulso 100/minuto. Temperatura 36.8°C. Normocéfala, mal estado dentario, cuello normal, tórax simétrico con exploración cardiopulmonar normal. Abdomen blando, doloroso en toda su extensión, meteorizado, hepatomegalia de 2 cm. por abajo del reborde costal, no dolorosa, borde romo, superficie lisa. No esplenomegalia. Abundante leucorrea. Guante sale manchado de sangre del tacto rectal. Úlcera crónica en pierna izquierda.

HOSPITALIZACIONES PREVIAS:

Tuvo un ingreso el 22 de diciembre de 1953 por bubón inguinal de Ducrey, en esa época una radiografía de tórax reveló ligera atrofia de región escápulo-humeral izquierda y en heces hubo anquilostomas, áscaris y tricocéfalos. Tuvo otro ingreso en 18-febrero-1963 con historia semejante a la de su última hospitalización. En heces se demostró anquilostomas ++, tricocéfalos +++++, trofozoitos de *Balantidium coli* +++++. Hemoglobina de 6,8 g%, leucocitos de 12.080 con 3 bandas. Proteínas totales 4,2 g%, albúmina 1,3 g%, globulinas 2,9 g%. La radiografía de tórax mostró hilios congestivos. Se trató con plasma, sangre 500 cc. en una ocasión, sulfasuccidina 6 g. diarios. Terramicina. Enemas de exilresorcinol, uno diario durante 5 días. Sulfato ferroso y Testosterona 50 mg c/3 días. Su peso de ingreso fue 58 libras. Su peso de salida 78 libras.

Otra hospitalización en 13-abril-1964 por úlcera de piernas. En heces se demostró tricocéfalos, hemoglobina 11 g%, Hto. 38%, leucocitosis de 10.250 con eosinofilia de 13%. Se trató con polivitaminas, cloromicetina, penicilina y terramicina.

En su última hospitalización los análisis de laboratorio revelaron: heces con tricocéfalos + a +++++, eritrocitos y trofozoitos de ameba coli. El recuento de huevos de tricocéfalos dio 244.200 huevos por gramo. A su ingreso Hb de 9.6 g%, leucocitosis 18.400 con 2 bandas, marcada anisopolicromatofilia y ligera anisocitosis, 3 eritroblastos por cada 100 leucocitos. Mejoró la hemoglobina hasta llegar a 12.6 g% siempre sin eosinofilia. Plaquetas, bilirrubina total, protrombina, V.D.R.L., SGO-T, SGP-T, fosfatasa alcalina, fósforo inorgánico y tuberculina fueron normales o negativos. Al ingreso proteínas totales de 3,1 g%, albúmina 1,2 g%, globulinas 1,9; luego: albúmina 1,8 g% y globulinas 3 g% para después presentar albúmina de 2,8% y globulinas 3,2 g% Hierro sérico 20 gamas %, capacidad de fijación de hierro 400 gamas % e índice de saturación 4.7. Orina con trazas de albúmina, leucocitos 30, eritrocitos 20.

Serie gastroduodenal normal. Médula ósea normal. Radiografía de tórax: dos nódulos pequeños. Acentuación de trama broncopulmonar sin evidencia de lesión activa. Tres rectosigmoidoscopías de las cuales la primera mostró mucosa enrojecida, despulida con abundantes parásitos blanquecinos de unos 15 x 0.3 mm., la segunda casi igual, con leve mejoría y la tercera donde sólo se apreciaron zonas ligeramente hiperémicas. Cursó afebril con deposiciones líquidas, amarillas o café oscuro muchas de ellas sanguinolentas. Se trató con sangre, 500 cc., en 5 ocasiones, konakióon 10 mg diarios, *Furoxona* 400 mg. diarios durante 10 días. Enemas de netocyd con 600 mg. a 1 gr. en 500 cc. de agua c/2 días además de netocyd oral; enterovioformo, emetina 0,6 i.m. diario por 10 días, sueros y polivitaminas además de dieta hiperproteica. La mejoría parasitológica y endoscópica no se produjo con la administración de ditiazanina oral pero sí con los enemas de ditiazanina.

CASO N° 4. - Expediente Clínico N° 58.774.

R. H. A., masculino, 16 años, soltero, estudiante, ingresó varias veces al Hospital San Juan de Dios. El primer ingreso en 29-mayo-1961 con diagnóstico de parasitosis intestinal. Hb. 12 g%, Hto. 41%, leucocitos 13.300, eosinofilia de 30%, bandas 1%, Proteínas totales 6.2 g% . Albúmina 3.1 g%, globulinas 3.1 g%. Widal, heces y V.D.R.L. normales o negativos igual que una radiografía de tórax.

El segundo ingreso fue en 1-marzo-1966 con historia de 3 semanas de evolución consistiendo en diarrea, 4-5 deposiciones diarias, fétidas, pujo, tenesmo, fiebre vespertina no cuantificada, dolor cólico abdominal, moderado de intensidad. Además tos con expectoración blanquecina, mucosa, fluida. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales: condiciones socioeconómicas deplorables, no toxicomanías. El examen físico reveló P.A. 90/50, peso 73 libras, pulso 88/minuto, temperatura 37.5°C. Adenomegalias pequeñas, indoloras, móviles en cuello y hepatomegalia de 2 cm. por abajo del reborde costal derecho, borde cortante, liso, consistencia normal. Ausencia de vello axilar y pubiano. Los análisis de laboratorio revelaron áscaris, tricocéfalos, anquilostomas y quistas de amebas nana y coli. Protrombina, calcemia, V.D.R.L. y tuberculina fueron normales o negativos así como la orina. Hb. de 10.4 g%, Hto. 35% y leucocitosis entre 18.600 y 25.800 siempre con eosinofilia entre 27% y 41%. Hierro sérico 38 gamas %, capacidad de fijación del hierro 500 gamas %, índice de saturación 7%. Ligera hipocromía con ligera anisopoi-

quilocitosis. Albúmina 2.6 g%, globulinas 3.6 g%. Radiografías de tórax, tránsito intestinal, colon por enema, normales. Médula ósea con 32% de eosinófilos, sin maduración megaloblástica. Rectosigmoidoscopia reveló mucosa normal con muchos parásitos blanquecinos de 1 a 1.5 mm en toda ella. Cursó agebril, peso de salida 78 libras. Se trató con sulfato ferroso, antidiarreicos, piperazina, netocyd 600 mg diarios durante 5 días y tetracloroetileno. Se calificó como eosinofilia de etiología no determinada. Desnutrición. Parasitosis.

Tercer ingreso en 17-julio-1966. Desde hacía 8 días cuadro diarreico con heces líquidas, abundantes, café oscuro, 6 al día. Pérdida de peso, astenia, adinamia y febrículas nocturnas. Cólico abdominal esporádico. Desnutrido con déficit de peso de un 35%. El examen físico demostró: Peso 60 libras, P.A. 100/66, pulso 90/minuto. Temperatura 37.2°C. Talla 148.5 cm. Piel seca, caliente y descamada, sin vello pubiano ni axilar. Organos genitales infantiles. El laboratorio reveló: heces con anquilostomas, tricocéfalos, quistes de amebas, coli e histolítica y de giardia. El recuento de huevos de tricocéfalos mostró 73.200 por gramo de heces. Hb. de 10.8 a 12.2 g%, leucocitos entre 8.750 y 21.200 sin eosinofilia, linfocitos entre 20% y 40%. Negativos o normales fueron la bilirrubinemia total, la fosfatasa alcalina, el jugo gástrico por bacilos ácido resistentes, hemocultivo por piógenos, V.D.R.L., fósforo inorgánico, SGO-T, SGP-T, orina y eritrosedimentación así como la coccidioidina. Tuberculina (P.P.D.) positiva (16 x 29 mm), Histoplasmina positiva (5 x 6 mm). Prueba de D-xilosa se recuperó 26, 74% de la dosis dada. Protrombina 37%. Albúmina 3.4 g%, globulinas 2,1. Eritrosedimentación 34 mm. Colon por enema y serie gastroduodenal normales. Tránsito intestinal en íleon pérdida del patrón mucoso, rigidez y cierto grado de estenosis compatible con proceso inflamatorio crónico. Siete radiografías de tórax que mostraron infiltrado basal y parahiliar izquierdas con participación linfática y adenopatías paratraqueales. Rectosigmoidoscopías: 4, de las cuales la primera reveló mucosa tapizada por parásitos blanquecinos de unos 12 mm. de longitud, la segunda observó menos parásitos pero múltiples ulceraciones de 1,5 mm de diámetro, fondo enrojecido y limpio, poco profundas, no confluentes ni sangrantes, sobre todo localizadas en recto.

La última fue normal y Biopsia rectal informó proctitis crónica y tricocefalosis. Biopsia hepática "hígado sin lesiones". Cursó al principio con fiebre en picos de hasta 39.5°C que desapareció con tratamiento de 1 g. de estreptomycin tres veces a la semana, hidrazida 300 mg diarios y PAS 10 g. diarios, prolongados hasta la salida. Tetracloroetileno. *Furoxona* 400 mg diarios por 10 días. Konakióon 10 mg. diarios por 5 días. Netocyd oral a dosis 600 mg. diarios por 5 días y enemas de retención a dosis de 300 y 600 mg. de netocyd en 250 y 500 cc. de agua respectivamente, uno diario durante 3 días.

La administración de netocyd oral no provocó mejoría endoscópica ni parasitológica, la cual sí se produjo al llevar a cabo los enemas de ditiazanina.

En el Cuadro N° 1 se resumen los hechos más importantes de los casos presentados.

CUADRO N° 1

RESUMEN DE CUATRO CASOS CON TRICOCEFALOSIS MASIVA

CASO	1	2	3	4
EDAD	17 años	16 años	34 años	16 años
SEXO	femenino	masculino	femenino	masculino
PESO	60 libras	54 libras	58 libras	60 libras
CONDICIONES SOCIO-EC.	malas	malas	malas	malas
TIEMPO DE EVOLUCION	1 año	15.5 años	1 mes	4 meses
DIARREA	sí	sí	sí	sí
N° DEPOS. POR DIA	4-6	5-20	8-12	4-6
RECTORRAGIA	sí	sí	sí	no
DOLOR ABDOMINAL	sí	sí	sí	sí
ASTENIA	sí	sí	sí	sí
EDEMAS	no	no	sí	no
ANEMIA	sí	sí	sí	sí
RECTOSCOPIA DE INGRESO	congestión, edema, erosiones sangr. tricocéfalos ++++	congestión, ulceraciones, sangramiento tricocéfalos ++++	congestión, mucosa tapizada por tricocéfalos ++++	congestión, ulceraciones, tricocéfalos ++++
RECTOSCOPIA ULTIMA	normal	normal	normal	normal
EXAMEN HECES	tricocéfalos ++++	tricocéfalos ++++	tricocéfalos ++++	tricocéfalos ++++
REC/HUEV/Gm	73.200	184.800	244.200	133.800
TRATAMIENTO DITIAZANINA ORAL	300 mgm. diarios por 5 días. Resultado: Neg.		600 mgm. diarios por 5 días. Resultado: Neg.	600 mgm. diarios por 5 días. Resultado: Neg.
ENEMAS, No. Y DOSIS DITIAZ.	400 mgm. en 250 cc. de agua, 1 diario por 4 ds.	600 mgm. en 500 cc. de agua, 1 diario por 3 ds.	600 mgm. en 500 cc. de agua, 1 diario por 5 ds.	600 mgm. en 500 cc. de agua, 1 diario por 3 ds.
PARASITOSIS ASOCIADA	Ancylostoma Bal. Coli		E. Histolytica	E. Histolytica
RESULTADOS	Curación clínica, endoscópica y parasitológica	Curación clínica, endoscópica y parasitológica	Curación clínica, endoscópica y parasitológica	Curación clínica, endoscópica y parasitológica

III.—COMENTARIO

Ha sido nuestro interés al presentar este grupo de casos señalar algunas características importantes de este síndrome en los adultos.

En primer término consideramos conveniente insistir en que la tricocefalosis masiva debe tenerse en cuenta entre las causas de diarrea crónica en nuestro medio, junto con otras como la amebiasis, la colitis ulcerosa inespecífica, el colon irritable, los síndromes de malabsorción, los tumores malignos del colon, balantidiasis, etc. Debe también tenerse en mente como una de las causas de rectorragia y deposiciones sanguinolentas.

Es evidente, del grupo de casos analizados, que la tricocefalosis masiva puede producirse sólo en condiciones higiénicas, sanitarias y socio-económicas deficientes. Aún más, se encuentra acompañada usualmente de otras parasitosis intestinales.

Otro aspecto en el que deseamos insistir es en el diagnóstico de esta entidad. Si en el examen de heces se informa sólo la presencia o ausencia de parásitos, es posible que las infestaciones severas de tricocéfalos pasen desapercibidas, precisamente por la alta frecuencia de las infestaciones de tricocéfalos de diverso grado. Es esencial ayudarse con el recuento de huevos para establecer el diagnóstico correcto.

Otro auxiliar valiosísimo que incluso permite por sí solo diagnosticar la entidad con prescindencia de los otros recursos es la rectoscopia. En todos nuestros casos este recurso permitió observar los parásitos en la mucosa del colon, confirmándose además otras lesiones como tumefacción de la mucosa y aún erosiones y ulceraciones de la misma. No sólo es esencial la rectoscopia en el diagnóstico sino también en la evolución del proceso, ya que la desaparición completa de los parásitos y la normalización de las lesiones en la mucosa son el mejor elemento de juicio para la curación.

Un correcto abordaje terapéutico en estos pacientes es esencial para corregir una condición que de otro modo puede ser incluso fatal. Existen informes en la literatura sobre la eficacia de la ditiазanina por vía oral contra la tricocefalosis (3-4). Sin embargo, en los 3 pacientes de este informe en que este medicamento se utilizó por esta vía, los resultados fueron negativos ya que a la endoscopia permaneció idéntico el número de parásitos adheridos a la mucosa. Sin embargo, la ditiазanina en enemas, a razón de 600 mgm. en 500 cc. de agua, repitiendo el procedimiento un mínimo de 3 días, fue seguido de la expulsión de gran cantidad de tricocéfalos y finalmente la desaparición de los mismos a la rectoscopia. Debe insistirse con el paciente en el sentido de retener los enemas tanto como sea posible. Consideramos que en los adultos es necesario acumular más experiencia para establecer mejor el volumen óptimo de los enemas y la dosis de ditiазanina. Las ventajas de este método terapéutico ya han sido estudiadas en los niños en nuestro medio (1).

IV.—CONCLUSIONES

- 4-1 Se informa de 4 casos de tricocefalosis masiva que presentaban diarrea crónica, compromiso del estado general y aun rectorragia en 3 de ellos.
- 4-2 El diagnóstico de esta entidad puede pasar desapercibido si no se lleva a cabo recuento de huevos en las heces.
- 4-3 La rectoscopia es un método valiosísimo para el diagnóstico y evolución de estos pacientes.
- 4-4 La ditiазanina por vía oral resultó ineficaz en los 3 casos que se usó, ya que el aspecto rectoscópico no varió.
- 4-5 La ditiазanina en enemas repetidos, a razón de 600 mgm. en 500 cc. de agua se acompañó de la expulsión de gran cantidad de tricocéfalos, y finalmente de la curación parasitológica y endoscópica.
- 4-6 La tricocefalosis masiva debe tenerse en mente como una de las causas de diarrea crónica en nuestro medio, tanto en niños como en adultos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—HEVIA DE MIRANDA, G.; LIBBERMAN DE ROSENSTOCK, C.; LIZANO, C.
Enemas de Ditiазanina en Tricocefalosis Severa. Acta Médica Costarricense 7:83, 1964.
- 2.—SÁENZ H., C.; CORDERO C., E.; ARGUEDAS, J.; CHAVARRÍA M. E.; LIZANO, C.
Clínica y Terapéutica de la Anquilostomiasis y de la Tricocefalosis Infantil. Revista de Biología Tropical 3:135, 1955.
- 3.—SWARTZWELDER, J. C.; FRYE, W. W.; MAHLEISEN, J. P.; MILLER, J. H.; LAMPERT, R.; PEÑA CHAVARRÍA, A.; ABADIE, S. H.; ANTHONY, S. O. Y SAPPENFIELD, R. W.
Dithiazanine, an effective broad spectrum Antihelminthic. J. A. M. A. 165:2063, 1957.
- 4.—DOONER, H.; MARTINI, J.; PINO, M. E.
Eficaz tratamiento oral de la Tricocefalosis. Revista Médica de Chile, 87:868, 1959.