

La Lambliasis del Lactante: su Criterio Diagnóstico

Dr. Jorge Arguedas*

Dra. Elodia de Simón**

Dr. Orlando Fernández**

Dr. Jorge Simón**

y

Dr. Jorge Gutiérrez**

INTRODUCCION

La controversia que ha existido desde hace mucho tiempo en cuanto a si el flagelado *Lambliia intestinalis* es o no patógeno, no es el motivo de esta presentación ya que el grupo de autores de este trabajo, desde hace muchos años, está firmemente convencido de la patogenicidad de este parásito. El objetivo fundamental de los autores es puntualizar el cuadro clínico que se presenta en un niño lactante con infección lamblíasis.

La parasitosis en cuestión es de las más frecuentes en Costa Rica. Los autores nacionales LIZANO & DE ABATE (5) reportaron en 1953, en sólo examen directo entre lámina y laminilla, una incidencia de 15.09% de infección lamblíasis en niños entre 0 y 13 años, hospitalizados en la antigua sección de Pediatría del Hospital San Juan de Dios. En 1954 usando técnicas más depuradas RUIZ & LIZANO (7) encontraron una positividad de 18.5% en un grupo de niños de edad escolar también hospitalizados. Y según datos recientes emanados de International Center for Medical Research and Training (I.C.M.R.T.) el 27.9% de nuestros niños de 0 a 2 años se ha encontrado parasitado con este flagelado (8).

Los trastornos digestivos agudos y crónicos en estas edades de 0 a 2 años son de incidencia marcada y como creemos que un número importante de estos trastornos están en relación con la infección lamblíasis, este trabajo busca correlacionar ambas situaciones. Lo cierto es que los magníficos resultados obtenidos con terapia acridínica de muchos de estos lactantes parasitados parecen darnos la razón.

* Cátedra de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica. Departamento de Medicina, Hospital Nacional de Niños.

** Departamento de Medicina, Hospital Nacional de Niños, San José, Costa Rica.

Ha sido llamativo el hecho de que numerosos lactantes que se catalogan como absolutamente sanos y normales en un principio, comienzan a presentar trastornos digestivos de variada índole pero siempre los mismos y que coinciden con la presencia al examen copro-parasitológico de quistes de *Lambliia intestinalis*.

Desafortunadamente es frecuente la observación de que el laboratorio no confirma nuestra impresión clínica de lambliasis y la duda invade nuestro pensamiento. En relación con esta situación, pensamos que es necesario que quien hace el estudio copro-parasitológico no sea un improvisado. Desafortunadamente es palpable en nuestro medio que en muchos casos, los estudios parasitológicos los realiza cualquier individuo que conozca el manejo del microscopio sin la debida preparación profesional en parasitología. Además de eso debe existir inquietud permanente del profesional parasitólogo por buscar con insistencia y encontrar los parásitos.

MATERIAL Y METODOS

De los muchos pacientes infectados con *Lambliia intestinalis* que estuvieron hospitalizados en los servicios de lactantes de nuestro Hospital se tomaron al azar 96 casos de 0 a 18 meses de edad.

Cada uno de los casos fue trabajado en forma personal por uno o varios de los médicos autores de esta observación clínica. Se eliminaron del estudio todos los casos que presentaron algún otro parásito asociado.

La investigación clínica se basó en un cartabón diseñado previamente por el grupo y que traduce la experiencia lograda por los autores en el diagnóstico de estos pacientes y su manejo por muchos años, y la experiencia de numerosos otros autores que se han preocupado por el problema.

Además del examen copro-parasitológico se realizaron en casi todos los casos, citología hemática completa por los métodos convencionales y proteínas plasmáticas por el método de Wolfson y col. (9). La evaluación del estado nutricional de los niños fue realizada en base a la clasificación que propone el Dr. Federico Gómez (1).

Todos los pacientes estudiados pertenecían a grupos socio-económicos débiles y procedían del área metropolitana o sus alrededores.

Pudimos observar en este sentido que la ablactación casi siempre fue tardía y la alimentación complementaria insuficiente e inadecuada.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

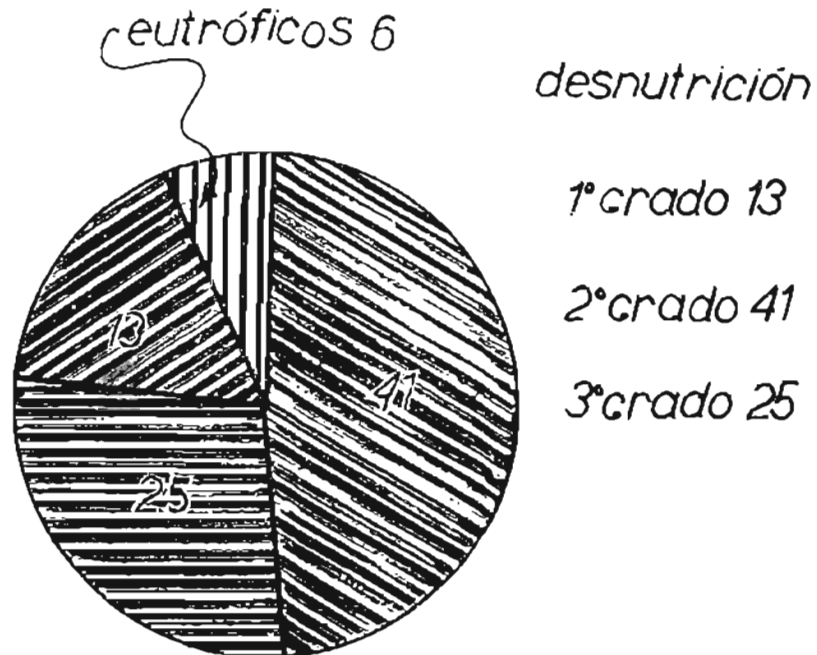
En los 96 casos escogidos al azar, encontramos que la distribución por edades fue la siguiente: de 0 a menos de 6 meses hubo 50 casos o sea el 52% y de 12 a menos de 18 meses, 11 casos, correspondientes al 11,5% (Cuadro 1). Estos datos nos demuestran que esta parasitosis es bastante frecuente en los lactantes menores y que esa frecuencia disminuye conforme aumenta la edad.

En cuanto al sexo encontramos que la frecuencia es igual en ambos. La nutrición se valoró en 85 casos (Cuadro 2) y se encontró que solamente el 5,1%

<i>EDAD</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>menos de 6 meses</i>	<i>50</i>	<i>52.0</i>
<i>de 6 a menos de 12 meses</i>	<i>35</i>	<i>36.5</i>
<i>de 12 a menos de 18 meses</i>	<i>11</i>	<i>11.5</i>
<i>total</i>	<i>96</i>	<i>100.0</i>

CUADRO 1

estados de nutrición en 85 casos

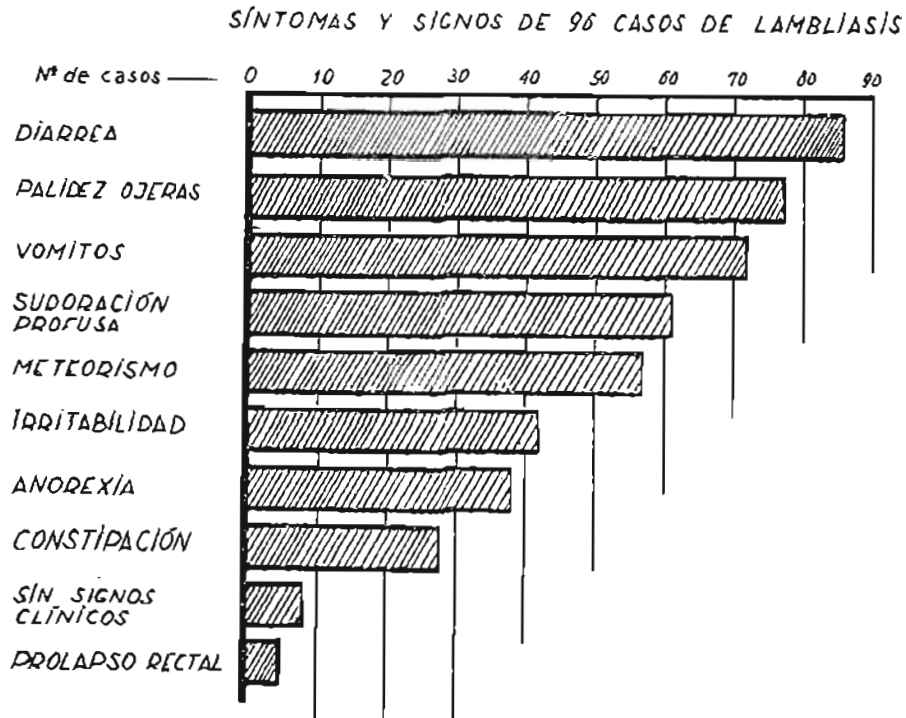


CUADRO 2

mantuvo un estado nutricional normal. Un 15,3% presentó desnutrición de primer grado, el 48,2% de segundo grado y el 29,4% de tercero. Según estos datos se puede concluir que esta parasitosis se acompaña de desnutrición, en la mayoría de los casos, circunstancia ya reportada en los numerosos trabajos que tratan del tema.

Sabiendo que la desnutrición tiene múltiples y variadas causas no pretendemos con lo dicho anteriormente afirmar que la lambliasis fuera una causa importante de desnutrición en los casos de nuestro estudio.

La signología más importante está ilustrada en el Cuadro 3. El sínto-



CUADRO 3

ma más frecuente fue la diarrea, pues lo encontramos en 87 casos de los 96 estudiados. Se dice que la diarrea es un síntoma casi obligado de la enfermedad lamblásica; sus características serán analizadas posteriormente. Un signo clínico frecuentemente reportado en nuestros casos fue el de la palidez con ojeras; fue encontrado en 78 de ellos.

Trastornos de tipo neuro-vegetativo son frecuentes en numerosas enfermedades, entre ellas las parasitosis intestinales y nosotros creemos que este signo de palidez con ojeras pertenece a esta categoría de manifestaciones.

El síntoma vómito, ya fuera del tipo de regurgitación o vómito franco de

alimento es muy frecuente y de variada etiología a estas edades. Se podría atribuir a enfermedad lamblíasis en algunas situaciones especiales cuando se hubieran eliminado otras causas productoras de vómitos en estas edades. En nuestros casos estuvo presente en 71.

Ha sido reportado en la literatura que el síntoma sudoración profusa, otro signo vaso-motor, puede observarse en algunas carencias como avitaminosis A, B, C, en anemia ferropénica, en ciertas parasitosis intestinales, y también en algunos casos de alergia digestiva a la leche de vaca; nosotros encontramos este síntoma en 60 casos. Es posible que estos pacientes tuvieran carencias vitamínicas, además de la anemia ferropénica que fue muy frecuente en nuestros casos. Sabemos también que se reporta que el parásito que nos ocupa puede inducir a los individuos alergia digestiva (3). No es de extrañar, pues, que la sudoración profusa fuera muy frecuente en esta serie de casos.

Se pudo obtener el dato de que 57 de estos pequeños pacientes presentaron flatulencias o meteorismo franco, a veces muy marcado. Se reporta como una de las causas del síndrome de mala absorción, a la infección lamblíasis (2) y precisamente el meteorismo con gran distensión abdominal, esteatorrea, pérdida de peso y masas musculares hipotróficas son características importantes de este síndrome. Debido a la diarrea crónica que acompaña a muchos de estos casos, estos niños hacen hipokalemia más o menos importante que facilitaría el desarrollo de la distensión abdominal.

Pudimos encontrar que 42 pacientes de esta serie tenían irritabilidad manifestada por llanto injustificado, malestar e insomnio. Fue llamativo para las madres el hecho de que sus niños se habían tornado muy irritables, siendo que en los primeros meses su comportamiento era satisfactorio. Pensamos que la irritabilidad puede ser atribuida a cólicos unas veces, manifestación de hambre otras veces, distensión abdominal algunas más o una combinación de estos factores.

Anorexia fue reportada en 37 de nuestros casos.

Hubo constipación en 28 casos y se encontró que siempre alternó con crisis de diarrea aguda.

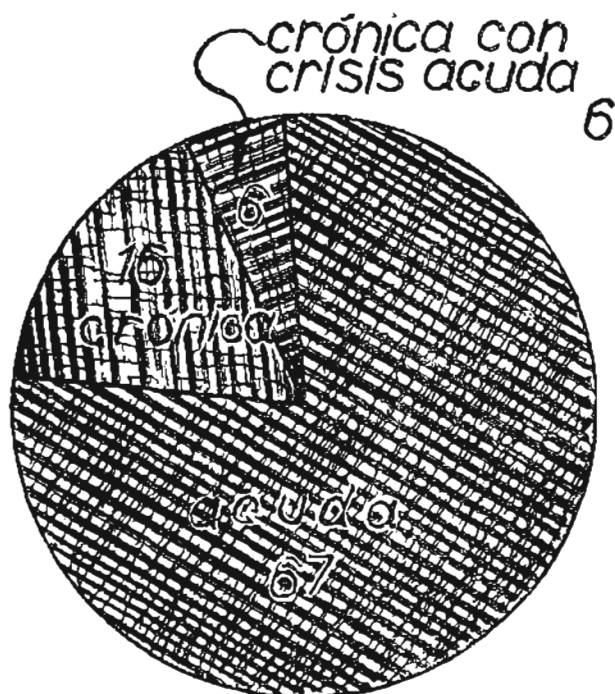
Observamos también que 8 pacientes de esta serie no presentaron ninguna signología y representan por tanto los clásicos infectados con *Lambliia intestinalis* sin la existencia de la enfermedad lamblíasis.

Un signo clínico reportado como atribuido a la lambliasis y que para nosotros no ha sido una sorpresa, fue el prolapso rectal que se presentó en 4 de nuestros casos y que desapareció con tratamiento acridínico. Algunos autores (4-6) reportan que la lambliasis da signología a veces muy importante a nivel del área ano rectal, pero no especifican que pueda producir prolapso.

El Cuadro 4 ilustra que la diarrea tenía características de crónica en 18.4% de los casos y crónica con exacerbaciones agudas en 4.6%. En el resto se presentó como manifestación aguda.

Un análisis hecho acerca de los caracteres de las deposiciones en estos ni-

tipo de diarrea en 87 casos



CUADRO 4

ños (Cuadro 5) nos mostró que fueron espumosas o francamente burbujeantes en 67 de los 87 casos con diarrea, muy claras o hipocólicas en 56 casos y francamente lientéricas en 15 de los casos.

Estos tipos de deposición son los que se describen en el síndrome de mala absorción cualquiera que sea su etiología. La incidencia de estos caracteres fue verdaderamente importante en nuestra serie. Deposiciones exclusivamente mucosas se encontraron en 64 casos, deposiciones con moco y sangre en alguna ocasión de la evolución de la enfermedad, en 15 de ellos.

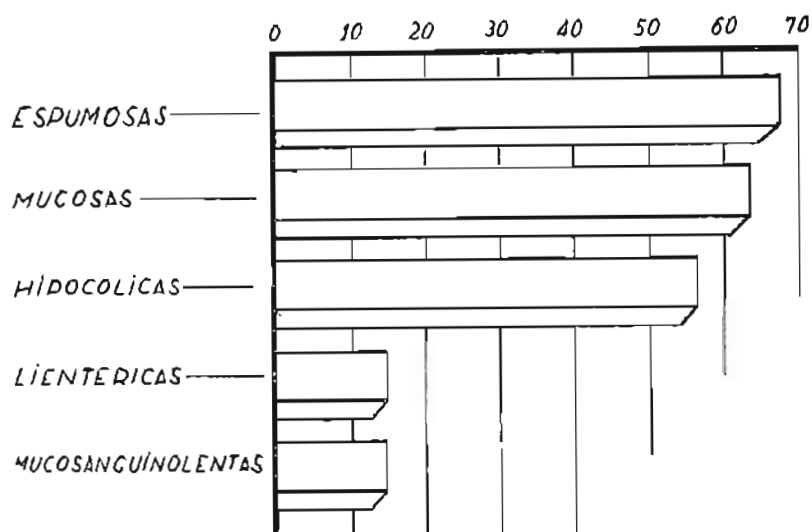
Se valoraron los niveles de hemoglobina y se encontró que 47,9% de estos niños presentaron hemoglobina por debajo de lo normal. Si bien la anemia ferropénica encontrada no se podría atribuir a esta parasitosis, tampoco se podría negar alguna participación de la lambliasis en su patogenia.

La proteinemia se encontró por debajo de 6 gramos% en el 30,2% de los casos y siempre estuvo en relación con el estado de nutrición de los pacientes.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En conclusión nos importa en forma especial llamar la atención de los pediatras sobre este problema de nuestra patología tropical. Que existen casos

CARACTERÍSTICA DE LAS DEPOSICIONES
EN 87 NIÑOS LAMBLIÁSICOS CON DIARREA



CUADRO 5

de infección lamblíasis, sin enfermedad lamblíasis, esta observación nos lo demuestra. Pero también nos permite corroborar que los niños parasitados con este flagelado tienen abundantes manifestaciones clínicas, lo suficientes para poder hacer el diagnóstico clínico con relativa facilidad.

El síntoma diarrea y los caracteres de las deposiciones, que sugieren mala absorción, junto con el meteorismo y la palidez con ojeras son los mejores datos clínicos que nos conducen al diagnóstico y posteriormente al tratamiento. Los otros signos menores como irritabilidad, anorexia, sudoración profusa, vómitos, anemia ferropénica y desnutrición son importantes, pero sólo para integrar en su totalidad el cuadro clínico de la lamblíasis. Por otra parte la comprobación de esta parasitosis por medio del laboratorio parece tener bastantes dificultades, ya sean de tipo técnico o por las características biológicas especiales del parásito. Para nosotros es la clínica la que norma nuestro criterio en estos pacientes y la que en última instancia determina el tratamiento que posteriormente se ha de seguir.

Queremos señalar por último que la lamblíasis puede causar prolapso rectal en el niño, situación que no ha sido reportada en la literatura.

SUMMARY

In conclusion we like to emphasize this problem of tropical pathology.

There are cases of *Lambliá intestinalis* parasitization, and children who have this parasite may show abundant clinical manifestations as to make a correct diagnosis with relative certainty.

Diarrhea and the stool characteristics suggesting malabsorption, along with meteorism and anemia are the best symptoms and findings to suspect the disease. Other signs like irritability, anorexia, sweating vomiting and malnutrition are not as typical but may be present.

We do not rely exclusively on the laboratory diagnosis which at times may be very difficult due to technical problems or to the special biologic characteristics of the parasite. In these particular cases the clinical findings are more important to determine the therapy.

*Lambli*a *intestinalis* may also cause rectal prolapse in the child, a fact that has not been reported previously.

AGRADECIMIENTO

Los autores queremos testimoniar nuestro profundo agradecimiento a la Dra. Cecilia Lizano, Jefe del Laboratorio del Hospital Nacional de Niños, por su invaluable consejo técnico durante el tiempo que duró la investigación clínica y por su asesoramiento en la preparación de este manuscrito.

BIBLIOGRAFIA

1. GÓMEZ, F., R. R. GALVÁN, J. CRAVOTO & S. FRANK
1954. Estudio sobre el Niño Desnutrido.
Pediatrics 13:544.
2. KATSAMPERS, G. P., A. MC COORD & W. PHILLIS
1944. Vitamin A Absorption Test in Cases of Giardiasis
Am. Jour. Dis. Child. 63:189-195.
3. HBALSTEAD, S. B. & E. H. SADOU
1965. Report of a case of acute meat intolerance.
Ann. Intern. Med. 62(3): 564-569.
4. HEMING, G. R.
1945. Giardiasis associated with recurrent rectal hemorrhages
Brit. Med. Jour. 2:185.
5. LIZANO, CECILIA & J. DE ABATF
1953. Incidencia de parásitos intestinales en los niños de la Sección de Pediatría del Hospital San Juan de Dios.
Rev. Biol. Trop. 1(2) 222-223.
6. MACCARINI, H.
1940. Los síndromes enterocólicos en la infancia. Disenteria giardiana.
Semana Médica 2: 456-480.
7. RUÍZ, A. & CECILIA LIZANO
1954. Parásitos intestinales en niños.
Estudio comparativo de los métodos diagnósticos usados.
Rev. Biol. Trop. 2(1): 29-36.
8. VILLAREJOS, V.
1965. Comunicación Personal.
9. WOLFSON, W. Q., C. COHN, F. CALVARY & F. ICHIBA
1948. Studies in serum proteins; a rapid procedure for the estimation of total protein, true albumin, total globulin, alpha globulin, beta globulin and gamma globulin in 1.0 ml of serum.
Am. Jour. Clin. Path., 18: 723-730.