

**POLICLÍNICO DOCENTE "FELO ECHEZARRETA. SAN JOSÉ DE LAS LAJAS.**

## **INERMICAPSIFER MADAGASCARIENSIS. DIAGNÓSTICO DE DOS PACIENTES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.**

Dr. Remigio R. Gorrita Pérez.<sup>1</sup> Dr. Alexei de Arana Espinosa<sup>2</sup>

1. Especialista de I grado en Pediatría. Asistente
2. Residente de 1er Año de Medicina General Integral.

### **RESUMEN.**

Se presentan dos pacientes, el primero del sexo masculino, ambos de la raza blanca, de 2 1/2 y 1 1/2 años respectivamente, en los que se diagnosticó en la Atención Primaria de Salud, durante el primer trimestre del 2005 parasitismo intestinal por *Inermicapsifer madagascariensis*. Los pacientes acudieron por la expulsión de los proglótides de este cestode y con síntomas digestivos en uno de ellos. Se plantea la posibilidad del diagnóstico de este parásito por el médico de familia y el pediatra de su Grupo Básico de Trabajo, para orientar así las acciones de promoción y prevención pertinentes y enviarlo al sitio idóneo para su tratamiento.

Descriptores DeCS: PARASITOSIS Intestinales

### **INTRODUCCIÓN.**

El parasitismo intestinal continúa siendo un importante problema de salud en nuestro país, al igual que en muchos otros países. En los últimos años diferentes autores cubanos, hacen referencia a estas enfermedades. La mayoría de sus investigaciones han sido realizadas en centros de la Atención Primaria de Salud, algunas en Centros Hospitalarios y en Círculos Infantiles<sup>1-6</sup>

Todos identifican en los pacientes diferentes metazoarios y dentro de ellos nematelmintos como áscaris lumbricoides, enterobios vermicularis, trichuris trichura, necator americano y Platelminfos, (ya sea del orden de los Cestodes o los Tremátodos) como las taenias o la fasciola hepática, o Protozoarios como giardia lamblia, entoameba histolítica o criptosporidium parvum. Sin embargo, hay un pequeño cestode el *Inermicapsifer madagascariensis* que ha sido en contadas oportunidades publicado por autores cubanos, y sobre todo por el Instituto de Medicina Tropical de Ciudad Habana. (IPK) (7,8)

Devaine en 1870, recibió y estudió los anillos grávidos de dos niños, enviados por el Dr. Grenet, ambos habían residido por un periodo corto de tiempo en las Islas Camores y los denominó como

*Taenia madagascariensis*. Blanchard lo renombró en 1891 *Davainea madagascariensis*.

Kofend, en 1917 y Baer, en 1925 lo designaron como *Inermicapsifer arvicanthidis*.

En Cuba en 1938 Pedro Kouri lo describió con el nombre de *Ralletenia cubensis*, para diferenciarlo del género *Inermicapsifer*, que hasta ese momento solo había sido reportado en roedores e hiracoydes africanos. Este primer ejemplar examinado por Kouri no fue estudiado a profundidad por el temor del investigador a destruirlo durante el procedimiento. Ya en 1939 examina más ejemplares y determina que el escolex no poseía ganchos, por lo que le designa por esa característica como *Inermicapsifer cubensis*<sup>9</sup>.

En 1956 Baer aplica la "ley de prioridad" de acuerdo con el Código Internacional de la Nomenclatura Zoológica, por lo que el nombre de *Inermicapsifer cubensis*, y todos los anteriores pasan a sinonimia y es cambiado por el de *Inermicapsifer madagascariensis* (Davaine, 1870), (Baer, 1956)<sup>7,8</sup>

En Cuba, según I. González y colaboradores posiblemente el parásito se encuentra distribuido en todas las provincias pero sobre todo las occidentales y específicamente las provincias habaneras reportaron el mayor número de casos en la casuística recogida por Kourí, que solo hasta 1948 tenía más de 100 casos en seres humanos. En 1952 este mismo autor identificó su presencia en ratas blancas.

En 1996 I. González y colaboradores presentaron dos pacientes del IPK infectados por ese parásito y posteriormente en el 2001 Álvarez Lam y colaboradores en un estudio conjunto del IPK y del Hospital William Soler, publican 17 pacientes con esta parasitosis<sup>7,8</sup>.

Este es un cestode que afecta al ser humano de forma accidental, sobre todo en la edad pediátrica, la presencia de ratas puede tener un papel importante en su transmisión, y es posible que también sea necesario en estos casos un artrópodo como hospedero intermediario.

El parásito esta formado por aproximadamente 350 proglótides, tiene una longitud que oscila entre 27 y 42 cm. El proglótide de color blanquecino es de 3 por 1 mm. tiene una forma elíptica, que recuerda un grano de arroz y comprimido entre cubre y porta objeto permite la salida de 6 a 11 huevecillos, que tienen entre 49 y 50 micras de diámetro<sup>9</sup>.

Se desconoce realmente su ciclo evolutivo y su sintomatología generalmente es poco florida: se refieren perdida de apetito y peso, dolor abdominal e irritabilidad, y en todos los casos la expulsión de los segmentos del parásito por el paciente, que describen "como granos de arroz".

Al realizarse el diagnóstico en nuestra área de salud por un médico de familia y por el especialista de pediatría de su Grupo Básico de Trabajo de dos pacientes con esta afección consideramos que sería importante y útil poner en manos de los profesionales de la Atención Primaria los elementos que permiten hacer su diagnostico por el primer nivel de atención, y más teniendo en cuenta que la generalidad de los diagnósticos han sido realizados en instituciones hospitalarias, y que por otra parte las acciones de promoción y prevención deben realizarse a nivel de la comunidad

## PRESENTACIÓN DE CASOS.

Caso No. 1: Paciente masculino de 2 1/2 años de la raza blanca, proveniente de un área rural próxima a San José de las Lajas, que es traído a su médico de familia (Consultorio No. 8 del Policlínico Docente "Felo Echezarreta de San José de las Lajas) porque no se está alimentando bien y ha perdido de peso. En los últimos 10 días ha tenido cambios en el número y consistencia de las deposiciones tornándose estas más frecuentes y líquidas. En el examen físico no se encontraron elementos relevantes. Peso (14 Kg.) y talla (92 cm.) que corresponden a un niño normal de acuerdo a su valoración nutricional (50 percentil.). Se indicaron exámenes de heces siendo positivos a giardia lamblia. Recibió tratamiento con Tinidazol. Clínicamente mejoró su apetito y sus heces volvieron a ser normales. Se repitió a la semana otro examen coprológico, siendo este negativo para giardia pero encontrándose unos "granitos de arroz" en las mismas. Ver Figuras: 1 A y B. La madre lo trae y se interconsulta con el Pediatra del Grupo Básico de Trabajo (GBT). haciéndose el diagnóstico de inermicapsifer madagascariensis. Se remitió al Instituto "Pedro .Kouri" (IPK) donde se le administró tratamiento con praziquantel en dosis única.

Caso No. 2: Paciente de 1 1/2 años, femenina, blanca, proveniente de una zona rural, vecina del paciente anterior que presentó expulsión de parásitos, "como granitos de arroz", se le indica por su médico estudió coprológico, y el laboratorio le diagnosticó Taenia saginata. Inconforme con este diagnóstico es valorada por el pediatra de su GBT. Los proglótides fueron presionados entre cobre y porta objeto dejando escapar las cápsulas ovíferas. (figura 2) Se envía entonces al IPK con el diagnóstico de Inermicapsifer madagascariensis, donde se confirma el mismo y se le indica tratamiento con praziquantel. Peso 20 kg. Talla 111 cm. Valoración nutricional peso/talla 90 percentil.

En ambos pacientes se identificó en las visitas de terreno a sus viviendas la presencia de ratas adultas y sus madrigueras.



A

B

Figura 1 A y B.- Proglótides de Inermicapsifer madagascariensis

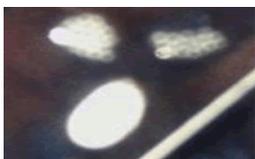


Figura 2.-- Proglótide de Inermicapsifer madagascariensis, y la salida de las cápsulas ovíferas al ser éste presionado entre cobre y porta objeto.

## COMENTARIO.

Se observa en ambos pacientes que como las descripciones realizadas por I. González, Kouri y Lam la sintomatología fue escasa, eran de la raza blanca y edad preescolar.<sup>7-9</sup>

En el primer paciente aparecieron anorexia y diarreas desde su inicio y finalmente después de un tratamiento anti-giardíasis la expulsión de los característicos proglótidos. En este que presentó una coinfección con giardia lamblia, es imposible ahora determinar hasta que punto este protozoo pudo ser la responsable de la sintomatología diarreica y mas teniendo en cuenta que la misma desapareció una vez instaurado el tratamiento anti-giardíasis con Tinidazol. Por otra parte habría que valorar la influencia que pudo haber tenido este imidazol en desencadenar la expulsión de los proglótidos de inermicapsifer.

En el segundo paciente solo se refirió la expulsión de los proglótidos, "como granitos de arroz".

Otro elemento a señalar es el desconocimiento de los elementos necesarios para el diagnóstico, que hacen cometer errores al personal médico, e inclusive al de laboratorio clínico que lo interpretó como proglótidos de Taenia Saginata.

Aunque el ciclo de vida de este parásito no es conocido se ha establecido una relación con la presencia de ratas en el medio ambiente circundante, la que se comprobó en el área rural en que ambos residían y los niños realizaban sus juegos en lugares posiblemente infectados a partir de esos roedores.

Destacamos la presencia de este cestode en nuestro medio y los elementos que permiten su diagnóstico por los médicos de familia y por los pediatras de la Atención Primaria de Salud y así dirigir las acciones de promoción y prevención de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Núñez FA, Delfín Álvarez ER, Bravo JR, Sánchez L, Escobedo AA, Cordoví RA. Encuesta de parasitismo intestinal en la Isla de la Juventud. BOLIPK 1998; 9(21): 161.
2. Mayor Puerta AM, Sánchez Álvarez ML, Pérez Rodríguez N, Gómez Peralta C. El laboratorio en la investigación: acción en la comunidad. Rev Cubana Epidemiol 2000; 38(1): 17-23.
3. Gómez Vital M, Orihuela de la Cal JL, Orihuela de la Cal ME. Parasitismo intestinal en círculos infantiles. Rev Cubana Hig Epidemiol 2000; 38(3):189-94.
4. Núñez FA, González OM, Bravo JR, Escobedo AA, González I. Parasitosis intestinales en niños ingresados en el Hospital Universitario Pediátrico del Cerro, La Habana, Cuba. Rev Cubana Med Trop 2003; 55(1):19-26.
5. Castillo Núñez B, Iribar Moreno M, Segura Prevost R, Salvador Álvarez de JS. Prevalencia de parasitismo intestinal en la población infantil perteneciente al policlínico "4 de Agosto" de Guantánamo. MEDISAN 2002; 6(1):46-5.
6. Astencio Rodríguez G, Arus Soler E, Pérez Menéndez R, Sánchez Fernández JC. Brote epidémico de fascioliasis invasiva: estudio de una familia. Rev Cubana Med 2002; 41(4).
7. González Núñez I, Díaz Jidy M, Núñez Fernández F. Infección por inermicapsifer madagariensis: presentación de 2 casos. Rev Cubana Med Trop 1996; 48(3): 224-6.
8. Álvarez Lam I, Ponce Bittar J, González Núñez I, Núñez Fernández F. Parasitismo

intestinal por *Inermicapsifer Madagascariensis*: estudio clínico epidemiológico de cinco años. Rev Enf Inf Ped 2001; 15(59):67-71.

9. Kouri P, Basnuevo JG, Sotolongo F. Helminología humana. La Habana: Instituto del Libro; 1973.

### **Summary.**

Two patients the first of the male sex . both of the white race of 2 ½ and ½ years of age respectively in which was diagnosed in the Primary Health Care during the first trimester of 2005 intestinal parasitism by *intermicpsifer madagascariencis* were presented. The patients went to the consult by the expulsion of the proglottis of this cestoda and with digestive symptoms is one of them.. The possibility of diagnosis of the parasite by the physician family and the pediatric of the Work Basic Group for guidance the promotion and prevention actions and send it to the right place for its treatment.

Subject headings: **INTESTINAL DISEASES, PARASITIC**