



I-070 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE GIARDIASIS EN LA UNIDAD DE MEDICINA TROPICAL

N. Castillo-Fernández, J. Cuenca-Gómez, J. Salas-Coronas, M. Soriano-Pérez, J. Vázquez-Villegas e I. Cabeza-Barrera

Unidad de Medicina Tropical. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

Resumen

Objetivos: Giardia duodenalis es un protozoo con altas tasas de patogenicidad a nivel mundial, sobre todo en áreas con condiciones sanitarias desfavorables. Se manifiesta, sobre todo, con clínica digestiva como cuadros diarreicos y malabsortivos aunque los estudios destacan la alta frecuencia de identificación en asintomáticos. El objetivo de este estudio es describir las características epidemiológicas y clínicas de pacientes diagnosticados de giardiasis en la Unidad de Medicina Tropical (UMT).

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de giardiasis entre marzo-2007 y junio-2018 en la UMT describiendo sus datos clínico-demográficos.

Resultados: Durante este periodo, se revisaron 4,238 pacientes en la UMT, de ellos se realizó el diagnóstico de giardiasis en 178 (4,2%). La edad media fue de $29,28 \pm 9,95$ y existía un predominio de hombres (89,3%). El tiempo medio de estancia en España de los inmigrantes era de 45,94 meses (rango 1-564) y el 58% se encontraban en situación administrativa irregular. El número de convivientes máximo fue de 21, con una media de 4 ± 3 . El 89,3% del total no tenían antecedente de viaje reciente mientras que un 5,1% realizaron algún viaje. Los países de nacimiento fueron: 41 pacientes de Senegal (23%), 30 pacientes de Mali (16,9%), 24 pacientes de Marruecos (13,5%) y 19 pacientes de Guinea Bissau (10,7%). Destacar 16 pacientes nacidos en España (9%). Los pacientes fueron derivados desde Atención Primaria (AP) (75,8%) y con menor frecuencia desde Medicina Interna (5,6%) y Digestivo (5,6%). Los motivos de derivación fueron: dolor abdominal en 37,1% (n = 66), derivación por protocolo de AP en 34,8% (n = 62), 15,2% alteraciones hepáticas (n = 27) y 12,4% diarrea (n = 22). En pacientes con aislamiento exclusivo de Giardia (n = 40) los motivos más frecuentes eran dolor abdominal (37,5%), protocolo de AP (35%) y diarrea (25%). De los 40 pacientes con diagnóstico exclusivo de Giardia, se realizó gastroscopia en 6. De ellos, el estudio fue patológico en 3 por: duodenitis crónica (n = 1), gastritis crónica atrófica (n = 1) y lesión aguda de la mucosa (n = 1). 1 paciente fue diagnosticado de SII. 138 pacientes presentaron coparasitosis, siendo las más frecuentes: Blastocystis en 43 (24,15%), esquistosomiasis en 35 (19,66%), amebas patógenas en 32 (17,97%) y uncinarias en 16 (8,98%). 5 pacientes padecían hasta 6 coparasitosis. El 92,5% de los pacientes con aislamiento exclusivo de giardiasis se trataron: 23 con tinidazol, 13 con metronidazol y 1 con paromomicina por ser gestante. De los españoles, el 50% eran viajeros (n = 8) y con edad media de $38,88 \pm 16,9$. El 93,75% estaban sintomáticos, siendo 75%

derivados por diarrea y 63,2% por dolor abdominal. El 62,5% tenían un diagnóstico exclusivo de Giardia y en 2 se obtuvieron hasta 3 coparasitaciones (12,5%).

Discusión: Los pacientes diagnosticados de giardiasis en nuestro estudio, tienen una edad media joven, alta prevalencia de sexo masculino y una estancia media en meses en España elevada. La mayoría de ellos, coincidiendo con otros estudios, se encontraban asintomáticos. La mayor parte de los pacientes sintomáticos presentaban clínica típica con dolor abdominal y/o diarrea. Otros autores han demostrado que hasta un 50% de los pacientes sintomáticos pueden desarrollar una giardiasis crónica con complicaciones como malabsorción y SII hasta en un 39%. Sin embargo, en nuestro estudio no se confirma esta asociación ya que solo 1 paciente presentó esta clínica.

Conclusiones: La parasitación por *G. duodenalis* es un diagnóstico con prevalencia moderada entre los pacientes atendidos en la UMT. Un alto número de pacientes se diagnostican estando asintomáticos. El alto número de coparasitaciones en nuestra cohorte podría explicarse por dos motivos fundamentalmente: la alta tasa de pacientes inmigrantes y las condiciones de hacinamiento en las que viven. Esto justificaría el tratamiento de pacientes asintomáticos para evitar su propagación en esta población.