



VI Reunión Somiccam

Infecciones importadas

18 y 19 de Noviembre de 2011, Talavera de la Reina, Toledo

Salón de actos del Hospital General Ntra. Sra. del Prado
Hotel Be Smart Talavera

**TALAVERA
DE LA REINA**



sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha



Reconocida de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad. Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de Castilla-La Mancha del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud con 1 crédito

VI Reunión de la Sociedad de Microbiología Clínica de Castilla - La Mancha *Infecciones importadas*

18 y 19 de Noviembre de 2011
Talavera de la Reina, Toledo

COMITÉ ORGANIZADOR

- Alejandro González Praetorius. FEA Microbiología Hospital Universitario de Guadalajara
- Alicia Beteta López. FEA Microbiología Hospital General Ntra. Sra. del Prado
- Carmen Gimeno Fernández. FEA Microbiología Hospital Universitario de Guadalajara
- Daniel Tena Gómez. FEA Microbiología Hospital Universitario de Guadalajara
- Pilar Zamarrón Fuertes. FEA Microbiología Complejo Hospitalario de Toledo
- José Martínez Alarcón. FEA Microbiología Hospital General Universitario de Ciudad Real
- Soledad Illescas Fernández-Bermejo. FEA Microbiología Hospital General Universitario de Ciudad Real



Reconocida de interés científico sanitario por la Consejería de Sanidad
Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de Castilla-La Mancha
del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias
en el Sistema Nacional de Salud con 1 crédito

PROGRAMA

18 de Noviembre. Salón de actos del Hospital General Ntra. Sra. del Prado

- 17.30 h Presentación de la Reunión
- 18.00 h Ponencia
Papel del microbiólogo en los proyectos de cooperación internacional.
Dr. José Manuel Azcona
Hospital Bathalapalli, Anantpur, India
- 19.00 h Asamblea de la Somiccam
- 21.00 h Acto social
Visita guiada
- 22.30 h Cena
Restaurante Palomarejos Golf

19 de Noviembre. Hotel Be Smart Talavera

- 10.00 h Ponencia
Manejo clínico de las Infecciones Importadas.
Dr. Miguel de Górgolas
Fundación Jiménez Díaz, Madrid
- 11.00 h Ponencia
Nuevos métodos diagnósticos en Medicina Tropical.
Dr. Juan Cuadros
Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares
- 12.00 h Café
- 12.30 h Comunicaciones orales y casos clínicos.
Moderadores: Dr. Daniel Tena y Dra. Pilar Zamarrón
- 14.30 h Comida

COMUNICACIONES

1. Paludismo importado en Albacete durante 11 años	4
2. Estudio descriptivo de los casos de malaria en Guadalajara.....	5
3. <i>Plasmodium falciparum</i> en cooperante embarazada procedente de Burkina Faso.....	6
4. Malaria por <i>Plasmodium falciparum</i> de adquisición nosocomial en Toledo..	7
5. Niño de 2 años procedente de Ghana con fiebre y diarrea	8
6. Coinfección por <i>Plasmodium</i> sp y <i>Mansonella</i> sp en un campesino ecuatoguineano	9
7. Eosinofilia persistente en paciente asintomático residente ocasional en África	10
8. Hipereosinofilia en paciente procedente de Guinea	11
9. Epidemiología de la enfermedad de Chagas en el área sanitaria de Guadalajara	12
10. Ausencia de cribado de Chagas en el embarazo	13
11. Enfermedad del nodo sinusal con bradicardia sintomática en paciente boliviana	14
12. Parasitosis intestinales importadas en el área La Mancha-Centro	15
13. Niños de acogida saharauis: ¿indicación <i>per se</i> de tratamiento antiparasitario?	17
14. Parasitosis intestinal en niños saharauis acogidos en la provincia de Guadalajara (1999-2010).....	18
15. Epidemiología de los viajes a zonas tropicales. Experiencia de la consulta de vacunación internacional y consejo al viajero del Hospital de Cuenca..	19
16. Lesiones cutáneas pruriginosas en niña de seis años tras viaje a Ecuador	20
17. Larva migrans cutánea. A propósito de un caso.....	21
18. Miasis furunculoide en viajero procedente del trópico	22
19. Caso clínico: fiebre paratifoidea importada.....	23
20. Inmigración internacional en Castilla La Mancha: influencia en la incidencia de la tuberculosis y en la resistencia a los fármacos	24
21. Tuberculosis e inmigración en el área sanitaria de Albacete	26
22. Cribaje de tuberculosis en inmigrantes de países endémicos	27
23. Tuberculosis multirresistente: a propósito de un caso en Talavera de la Reina	28
24. Neumonía y hepatoesplenomegalia en mujer colombiana	30
25. Lesiones cutáneas por <i>Alternaria</i> sp.....	31
26. Infección por virus HTLV-1/2 en gestantes del área de salud de Toledo ...	33

PALUDISMO IMPORTADO EN ALBACETE DURANTE 11 AÑOS

Vicente Romero, MR; Martínez Serrano, M; Blas Señalada, JJ; Lozano Serra, J; Ferrer Amate, F; Galán Ros, J; Beltrán Cifuentes, I; Crespo Sánchez, MD.

Laboratorio de Microbiología y Parasitología.
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción y objetivo- En 1964 España recibió el certificado oficial de erradicación de la malaria y desde entonces los casos que se declaran son casos importados de otros países, por inmigrantes y por viajeros procedentes de áreas donde existe la enfermedad. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y epidemiológicas de los casos de malaria diagnosticados en nuestro Hospital así como evaluar si existe una tendencia temporal.

Material y métodos- Consulta de informes de alta de los pacientes diagnosticados de paludismo durante el período 2000-2010 mediante visualización de capa fina y gota gruesa teñidas con Giemsa en el laboratorio de Microbiología y Parasitología.

Resultados- Recibimos 214 muestras de sangre para estudio parasitológico y 31 resultaron positivas. Se diagnosticaron 15 episodios en 14 pacientes (10 varones y 4 mujeres) y se pudo consultar el informe de alta de 13.

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Muestras	11	6	14	9	21	9	13	36	42	33	20
Casos	0	0	3	1	0	1	0	4	3	1	2

Tabla 1. Distribución de muestras recibidas y casos diagnosticados por año.

La edad mediana fue de 27 años (rango de 4 a 50). De los 13 pacientes 6 eran inmigrantes residentes en España que regresaron de visitar su país de origen (Burkina Faso, Mali, Gambia o Guinea Ecuatorial), 5 eran españoles que habían viajado a algún país endémico (Guinea Ecuatorial, Burkina Faso o Punta Cana), 1 era inmigrante ecuatoriano residente en España con 2 episodios en 2 años sin que constara haber viajado a su país y otro paciente procedente de la India residente en España. Los pacientes consultaron por: fiebre (12), escalofríos (7), cefalea (5), artromialgias (3) y/o diarrea (3). Aparecieron complicaciones en 6 pacientes, 4 de ellos viajeros. En 9 casos el informe de alta reflejaba que no habían tomado quimioprofilaxis y en 3 no se sospechó malaria en la primera consulta. La especie pudo identificarse microscópicamente en 7 pacientes: *P.falciparum* en 6 y *P.vivax* en 1. Los tratamientos empleados fueron sulfato de quinina y/o doxiciclina en 10 casos, atovacuona-proguanil en 1 y se añadió primaquina en los casos confirmados o con sospecha de *P.vivax*. La curación fue del 100%.

Conclusiones-

- Más de la mitad de los casos se diagnosticaron en los últimos 4 años.
- Se observó un predominio de inmigrantes africanos que habían visitado su país seguidos de viajeros a algún país endémico.
- Los síntomas más frecuentes fueron fiebre, escalofríos y cefalea, y las complicaciones afectaron fundamentalmente a viajeros sin profilaxis.
- Es importante incidir en realizar correctamente la profilaxis cuando se visita un país endémico, descartar paludismo en todo paciente con fiebre que regresa de un área endémica y añadir primaquina cuando exista posibilidad de recidivas.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE MALARIA EN GUADALAJARA

Martínez Ramírez, NM; Gimeno Fernández, C; Martín Echeverría, E; Fernández González, C; González Praetorius, A; Tena Gómez, D; Rodríguez Zurita, E; Solís del Baño, S; Bisquert Santiago, J.

Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción- El paludismo es una de las infecciones importadas más relevantes en España debido a su potencial morbi-mortalidad.

Objetivo- Describir las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de los casos de paludismo diagnosticados en el hospital. Analizar la sensibilidad y especificidad de los métodos de diagnóstico empleados.

Material y métodos- Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de paludismo diagnosticados desde 1995 hasta septiembre de 2011. El diagnóstico microbiológico se realizó mediante gota gruesa y frotis teñidos con Giemsa. A partir de 1998 se incluyó una PCR multiplex, realizada en el CNM de Majadahonda, y desde 2007 una inmunocromatografía (IC) de 2ª generación para detección antigénica HRP2/pLDH.

Resultados- Se diagnosticaron 36 pacientes mediante estudio de sangre periférica (ESP) y/o PCR. La edad media fue $28,5 \pm 12$ años (rango 1,7- 55). El 53% (19) eran mujeres, 3 de ellas gestantes y 14% (5) niños. Un 78% eran inmigrantes VFR (visiting friends and relatives), y 22% eran viajeros. Ninguno realizó profilaxis correctamente. El 94% procedía de África subsahariana, principalmente de Guinea Ecuatorial en un 44%. El 53% (19) de los casos se concentra en los últimos 4 años. La especie más frecuente fue *P. falciparum*, en un 80% (29), seguido de *P. vivax* en 5,5% (2), *P. ovale* y *P. malariae* en el 3% (1) respectivamente. Las coinfecciones se observaron en el 8% (3): *P. falciparum*-*P. malariae* en 2 casos y *P. falciparum*-*P. vivax* en otro. La tasa de parasitemia fue del $2,01 \pm 2,71$ %. La sensibilidad de la tinción de Giemsa y de la IC para detectar especies de *Plasmodium spp* fue del 83% (24/29) y 95% (18/19) respectivamente. La concordancia de especie entre el frotis y la PCR fue del 72%. La IC detectó los dos antígenos HRP2 y pLDH en 8 casos, de los cuales 3 correspondían a parasitemias mixtas.

La mediana del tiempo de aparición de los síntomas tras haber llegado a España fue de 7 días (rango 1 día -1 año). El síntoma más frecuente fue la fiebre, un 36% presentó un cuadro abdominal y 32% cefalea. Un 40% presentó anemia, 50% trombopenia y 33% aumento de transaminasas. Hubo complicaciones en 6 pacientes (3 insuficiencia renal, 2 anemia hemolítica severa y un paciente falleció por fallo multiorgánico y afectación cerebral). La evolución clínica fue buena en los casos restantes. Hasta 2008 el tratamiento más utilizado fue la combinación Sulfato de quinina + doxiciclina (50%), seguido de cloroquina (19%). A partir de 2009, el 75% recibió Atovacuona-Proguanil.

Conclusiones. En los últimos años han aumentado los casos de malaria en nuestro medio, principalmente a causa de inmigrantes VFR provenientes de África subsahariana, que no han realizado profilaxis correctamente. El síntoma más frecuente fue la fiebre, que obliga a descartar esta enfermedad en estos pacientes. La especie predominante fue *P. falciparum* y las parasitemias mixtas fueron poco frecuentes. La combinación de las técnicas incluidas en el protocolo de diagnóstico presenta una sensibilidad muy elevada, el estudio en sangre periférica junto a la inmunocromatografía han permitido el diagnóstico en la mayoría de las infecciones.

PLASMODIUM FALCIPARUM EN COOPERANTE EMBARAZADA PROCEDENTE DE BURKINA FASO

Ferrer Amate F.; Blas Señalada J.; Martínez Serrano M.; Lozano Serra J.; Galán Ros J.; Beltrán Cifuentes I.; Crespo Sánchez M^ªD.

Laboratorio de Microbiología y Parasitología. Hospital General Universitario de Albacete.

Antecedentes- Mujer de origen italiano cooperante humanitaria en Burkina Faso desde hace un año, embarazada de 35 semanas y recién llegada a España. Ha realizado quimioprofilaxis antipalúdica con Pirimetamina-Sulfadoxina (Fansidar®) y está vacunada frente a VHA, VHB, Fiebre Amarilla y Fiebre Tifoidea.

Manifestaciones clínicas- Acude a servicio de urgencias por presentar fiebre continua de hasta 39°C, escalofríos, cefalea y malestar generalizado. Ante la sospecha inicial de infección urinaria se realiza urocultivo siendo éste negativo. Tras el ingreso requiere el aporte de oxigenoterapia por insuficiencia respiratoria. A las 24 horas se vuelve hemodinámicamente inestable necesitando perfusión continua con sustancias vasoactivas sin conseguir la recuperación. A las 48 horas se solicita el estudio de paludismo, siendo el resultado positivo. Se decide realizar cesárea electiva que se lleva a cabo sin complicaciones. El estudio de paludismo en el recién nacido fue negativo en repetidas ocasiones. Tras la cesárea sufre bradicardia extrema con parada cardio-respiratoria resuelta mediante reanimación cardio-pulmonar. Tras la retirada de la vía central debuta con un hemotórax masivo con shock hemorrágico, debido a una lesión en la vena yugular derecha. A los 45 días de ingreso tanto madre como hijo fueron dados de alta por resolución de la patología presentada.

Analítica- Al ingreso. Hematológica: Plaquetas 64000, Leucocitos 5910, Hb 11'5, Hematocrito 31%. Bioquímica: GOT 147, GPT 187, LDH 813. Microbiológica: Gota gruesa y frotis fino positiva para *Plasmodium sp.*, compatible con *P.falciparum*, con 3% de parasitemia, negativizándose a las 48 horas de instaurar el tratamiento. A lo largo del periodo de hospitalización se le realizan múltiples analíticas que dan como resultado un empeoramiento de los valores tanto hematológicos como bioquímicos.

Pruebas complementarias- Nested-PCR de Plasmodium en sangre periférica positiva para *P.falciparum* realizada en laboratorio externo.

Diagnóstico- Paludismo severo; Cesárea urgente; Fallo multiorgánico (I.renal, I.respiratoria, HD, Coagulopatía); Parada cardio-respiratoria solventada con RCP avanzada; Shock hemorrágico por lesión de vena Yugular derecha; Hemotórax masivo, Neumonía asociada a ventilación mecánica.

Tratamiento: Quinina (600mg/8h) y Clindamicina (300mg/8h).

Conclusiones- La malaria sigue siendo la patología importada más relevante por su frecuencia y por su elevada morbi-mortalidad. Ante un paciente proveniente de zona endémica con un cuadro febril, aún cuando haya recibido quimioprofilaxis, es obligado realizar cuanto antes una gota gruesa para descartar esta patología. En este caso, la fiebre y las alteraciones analíticas (trombopenia, elevación de transaminasas, etc.) aparecen como únicos hallazgos clínicos compatibles con paludismo. Los viajeros, junto con las embarazadas y los niños, son los grupos con mayor riesgo de padecer infección grave por sus características inmunológicas. Además, el aumento de los viajes internacionales a zonas endémicas, la baja adherencia al régimen profiláctico y la infravaloración que se hace por parte de los viajeros de la enfermedad, ha provocado un aumento del diagnóstico de la malaria importada en las últimas dos décadas; representando más del 75% del total de enfermedades importadas diagnosticadas.

MALARIA POR *PLASMODIUM FALCIPARUM* DE ADQUISICIÓN NOSOCOMIAL EN TOLEDO

*Zamarrón Fuertes, P., Martino Castañar, M.V., Gómez Hernando, C., Heredero Gálvez, E., Jiménez Barrena, R., Rodríguez Polo, J.A., Brea Zubigaray, S.
Servicio de Microbiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*

Introducción- La malaria fue erradicada oficialmente en España en 1964. Desde entonces los casos autóctonos se corresponden con la denominada “malaria de aeropuerto”. Presentamos un caso de malaria de adquisición nosocomial en un hospital terciario de la provincia de Toledo.

Caso 1- Niña de 6 años procedente de Guinea Ecuatorial hace 3 semanas, acude a urgencias el 1 de Agosto por fiebre alta de 1 mes de evolución, junto con anemia e hiperbilirrubinemia. Es diagnosticada de malaria por *P. falciparum* con un índice de parasitación del 3%, ingresa en planta para tratamiento.

Caso 2- Niño de 4 años que acude a urgencias el 1 de Agosto por cuadro de vómitos de 12 h de evolución, letargia y marcha inestable. Ingresaba en planta con el diagnóstico de ataxia cerebelosa aguda postinfecciosa. No presenta fiebre, diarrea ni otros síntomas. El día 16 de Agosto (15 días después) acude al hospital por cuadro de fiebre de 39,9°C que no cede con analgésicos, dolor abdominal tipo cólico junto con hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, anemia y trombopenia muy marcada. Se realiza frotis de sangre periférica observándose trofozoitos y gametocitos de *P. falciparum* con una tasa de parasitación del 16%.

Procedimientos- Después del diagnóstico de malaria del caso 2 se realizó una intensa investigación sobre la vía de adquisición. Ni el paciente, ni nadie de su familia habían viajado a zonas endémicas ni habían residido cerca de ningún aeropuerto, y debido al corto tiempo transcurrido entre los dos casos, la vía de contagio debe ser mecánica, ya que una transmisión vectorial de ciclo completo necesitaría más tiempo (ciclo vectorial: 15-30 días y ciclo de incubación en humano: 15- 24 días). Se realizó un análisis molecular de las poblaciones de *P. falciparum* de los 2 pacientes (Sec 18-S) que resultaron coincidentes. El caso 2 no recibió transfusiones sanguíneas ni se le practicaron procedimientos invasivos. Los 2 pacientes fueron ingresados en la misma habitación el día 1 de Agosto y en ambos casos se colocaron vías venosas heparinizadas con viales de heparina multidosis, por lo que, a pesar de que la evidencia en las entrevistas al personal no es clara porque no recordaban exactamente lo ocurrido aquel día, se llegó a la conclusión de que el mecanismo de transmisión fue un vial de heparina contaminado.

Conclusiones- En la literatura existen varios casos de transmisión nosocomial de la malaria de forma accidental a través de diferentes procedimientos como vías heparinizadas, catéteres y contrastes contaminados, guantes y soluciones de suero salino. Este caso presenta una gran relevancia en términos de salud pública, hay que ser extremadamente cuidadoso con las precauciones universales incluso al realizar procedimientos menores, ya que estas prácticas pueden transmitir fácilmente agentes que requieren una mínima cantidad de sangre contaminada.

NIÑO DE 2 AÑOS PROCEDENTE DE GHANA CON FIEBRE Y DIARREA

Gómez de Oña, E¹; Latorre Latorre, F²; Sánchez Enfedaque, A²; Myrick Álvarez, A²; Rodríguez Fuertes, F²; García-Pardo Recio, JG²; Jiménez Laguna, E¹; Marín Muela, M¹, Merlo Maroto M¹; Sánchez Molero, MS¹; Manrique González, E¹.

Laboratorio de Microbiología¹, Servicio de Pediatría², Hospital Gutiérrez Ortega, Valdepeñas, Ciudad Real.

Antecedentes- Varón de 2 años de edad. Embarazo normal y parto eutócico. Lactancia materna durante 18 meses. Nacido en Ghana, llega a España el 16/06/2011

Manifestaciones clínicas- Acude a urgencias el 19/06/2011 por un cuadro de tos, diarrea y fiebre de 3 días de evolución. Durante el ingreso aumenta el decaimiento general, con anorexia y diarrea abundante sin productos patológicos (4-5 deposiciones al día).

Exploración física- Peso 12,7Kg, T^a 39,7°C. Aspecto general hiporreactivo. ORL: normal. Exploración cardiopulmonar: RCR sin soplos, ventilación simétrica normal. Abdomen: En la primera exploración en urgencias no se observan organomegalias. Tras ingreso en pediatría se observa hígado doloroso; hígado y bazo se palpan 4 y 5 cm por debajo del borde costal respectivamente. Neurológico: consciente y alerta, se relaciona bien con el medio. No signos meníngeos.

Analítica- Al ingreso (19/06/2011): Glucosa 108 mg/dL, Urea 16 mg/dL, Creatinina 0,49 mg/dl, GOT 35 UI/L, GPT 18 UI/L, pH: 7,26, pCO₂ 45 mmHg, pO₂ 14.00 mmHg, HCO₃⁻ 20.20 mmol/L, exceso de base (BEb) -6.80 mmol/L. Hemograma: leucocitos 11.6 10³/μL (73,9 % neutrófilos, 20.1% linfocitos, 5.2% monocitos, 0.3% eosinófilos, 0.5% basífilos), hematíes 4.79 10⁶/μL, hemoglobina 12.9 g/dL, hematocrito 39.2 %, plaquetas 253 10³/μL. PCR 13.84 mg/dL. A los 2 días del ingreso (21/06/2011): parámetros bioquímicos semejantes, hemograma con cambios: leucocitos 7.6 10³/μL, hematíes 3.26 10⁶/μL, hemoglobina 9.0 g/dL, hematocrito 26.3 %, plaquetas 100 10³/μL. PCR: 18.60 mg/dL.

Pruebas complementarias- Hemocultivo negativo; coprocultivo: flora intestinal habitual; parásitos en heces negativo. Tras comentar el caso con pediatría, y dada la procedencia del paciente y el descenso de hemoglobina y plaquetas, se solicita extensión para Giemsa. Se siguieron las instrucciones del procedimiento nº 35 de la SEIMC: se fijó la extensión con metanol durante 5 minutos y se preparó una dilución 1/10 del colorante de Giemsa en el tampón fosfato, se colocaron los portas invertidos sobre el envés de una placa de cristal excavada durante 30 min. Se observaron abundantes trofozoítos con parasitación múltiple de eritrocitos. No se observaron gametocitos.

Diagnóstico- Paludismo por *Plasmodium falciparum*. Índice de parasitemia > 5%.

Tratamiento- Dado el índice de parasitación se trasladó al Hospital La Paz de Madrid. Se inició tratamiento con quinina y clindamicina, seguido de atovaquona-proguanil. Requirió transfusión sanguínea.

Conclusiones- El despistaje de *Plasmodium spp.* en pacientes con fiebre procedentes de países endémicos de malaria es imprescindible, con el objeto de evitar las complicaciones asociadas al retraso en el diagnóstico e instauración del tratamiento adecuado.

COINFECCIÓN POR *PLASMODIUM* SP Y *MANSONELLA* SP EN UN CAMPESINO ECUATOGUINEANO

Martínez Alarcón, J; Barba Ferreras, I; González Rodríguez, JC; Solís del Baño, S; Illescas Fernández-Bermejo, S; González Rodríguez, MR; Mora Remón, F; Romero Aguilera, MD.
Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Antecedentes- Varón de 54 años procedente de Guinea Ecuatorial, campesino de profesión, sin hábitos tóxicos ni otros antecedentes de interés salvo unas leves fiebres recurrentes en el último año. Vivía en España desde hace 20 días.

Manifestaciones clínicas- El paciente acudió al servicio de urgencias remitido por su médico de atención primaria por mal estado general, náuseas y pérdida de apetito. Desde hacía cinco días presentaba fiebres de 39-40 °C que cedían con antitérmicos. El paciente también refería una “hinchazón” en el miembro inferior izquierdo desde hacía varios meses, pero que en ese momento se extendía al miembro derecho e incluso tórax. También presentaba molestias oculares con escozor, tos y disnea de moderados esfuerzos.

Exploración física- Afebril. Exploraciones neurológica y cardiocirculatoria normales. Leve hipoventilación global. En la palpación abdominal se detectó una posible esplenomegalia. No se observaron adenopatías. Se apreciaron lesiones de rascado en miembros inferiores.

Analítica- Se observó eosinofilia (17,9%), mientras que el resto de parámetros era prácticamente normal, incluyendo una hemoglobina de 13,9 g/dL y un hematocrito del 39,7 %, con una bilirrubina total y LDH ligeramente aumentadas (1,6 mg/dL y 322 UI/L respectivamente). Los estudios de coagulación y de orina fueron normales.

Pruebas complementarias- Las radiografías de tórax y abdomen no presentaban alteraciones, salvo una ligera elevación del hemidiafragma derecho. En el TAC toracoabdominal se observó una moderada hepatoesplenomegalia. Se cursaron cultivos de orina y sangre que resultaron negativos. Ante la sospecha de paludismo se solicitó antígeno de *Plasmodium* en sangre y tinción de Giemsa en frotis y gota gruesa. El test de antígeno fue positivo para *P. falciparum* y se observaron trofozoítos en la tinción, con una parasitemia inferior al 1%. En la gota gruesa, además se observó una microfilaria, compatible morfológicamente con *Mansonella perstans*. Dicha identificación fue confirmada posteriormente por el Centro Nacional de Microbiología.

Diagnóstico- El paciente fue diagnosticado de infección por *Plasmodium falciparum* y *Mansonella perstans*.

Tratamiento- Se inició tratamiento con quinina y doxiciclina por el riesgo de resistencias. Para el tratamiento de la filaria se pautó dietilcarbamazina, que fue posteriormente sustituida por mebendazol una vez comprobada la identificación del microorganismo. El paciente evolucionó muy favorablemente con una rápida erradicación de todos los síntomas.

Conclusiones- La infección por filarias, al ser infrecuente en nuestro medio sufre el riesgo de no ser considerada en el diagnóstico diferencial de fiebre en pacientes autóctonos de zonas donde estos microorganismos son endémicos. Este caso es un ejemplo de hallazgo fortuito, ya que generalmente son necesarios métodos de concentración, visualización de muchas preparaciones por paciente o técnicas moleculares.

EOSINOFILIA PERSISTENTE EN PACIENTE ASINTOMÁTICO RESIDENTE OCASIONAL EN ÁFRICA

*Asencio Egea, MA; Huertas Vaquero, M; Galán Ladero, MA; Carranza González, R.
Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan*

Antecedentes- Paciente varón de 48 años, español, sin antecedentes de interés, que vive en África Central entre 3-6 meses al año por motivos laborales (supervisa explotación minera).

Manifestaciones clínicas y exploración física- Paciente asintomático derivado desde su centro de salud por eosinofilia persistente desde 2009. No presenta ni refiere nódulos cutáneos, rash, urticaria ni fiebre; tampoco molestias oculares previas ni actuales salvo por pérdida de visión de cerca. Se deriva a la consulta de oftalmología pero no acude. Excelente estado general.

Analítica- Hemograma y coagulación sin alteraciones excepto eosinofilia del 31,7% (1.500/ μ L). IgG: 620; IgE: 423,2; IgA e IgM normales. Parámetros bioquímicos y proteinograma en suero normales; estudio de autoinmunidad negativo. Hormonas tiroideas y marcadores tumorales normales.

Pruebas complementarias- Pruebas microbiológicas: parásitos seriados en heces con *Entamoeba coli* y *Endolimax nana*; Filarias en sangre muestra nocturna y diurna: negativa; *Schistosoma* en orina: negativo. Serología: VIH, IgM *Toxoplasma*, CMV y VEB (VCA) negativos, Anti-VHC negativo. Anticuerpos anti-HBs: 1000, resto de marcadores negativos. Serología: Anticuerpos IgG *Strongyloides stercoralis* (EIA), *Toxocara canis* (EIA), *Schistosoma* (Hemaglutinación) y *Fasciola hepatica* (Hemaglutinación) en suero: negativos. Serología de filarias (IgG por ELISA): positiva a *Onchocerca*, *Wuchereria* y *Brugia*, y *Onchocerca* IgG₄ positivo. Otras pruebas: radiografía de tórax, ecografía abdominal y ecocardiograma sin alteraciones.

Diagnóstico- Posible oncocercosis crónica asintomática sin descartar otras filariasis.

Tratamiento- Se trató empíricamente con mebendazol durante 3 días y, posteriormente, con tinidazol para la amebiasis. Tras el resultado serológico positivo de oncocercosis, se recomendó el tratamiento con ivermectina y, a fin de cubrir la sospecha epidemiológica de helmintiasis, praziquantel.

Conclusiones- La eosinofilia crónica asintomática constituye una entidad cuyo diagnóstico diferencial requiere tanto pruebas microbiológicas para descartar numerosas parasitosis, como diferentes técnicas diagnósticas para valorar otras causas. En nuestro caso, tras descartar todas las posibles causas, únicamente la serología positiva para filarias, y específicamente la IgG₄ frente a *Onchocerca*, orienta hacia este diagnóstico, que para ser confirmado debe reunir datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y microbiológicos. La revisión del paciente se realizará a las 6-8 semanas tras la administración del tratamiento antiparasitario específico.

HIPEREOSINOFILIA EN PACIENTE PROCEDENTE DE GUINEA

Seseña del Olmo, G¹; Rodríguez Escudero, MJ¹; Martínez Medina, MC¹; Broseta Tamarit, A¹; Alcolea Medina, A¹; Serrano Cazorla, M²; Belinchón Moya, O²; Delgado Torres, MV². Servicio de Microbiología¹, Servicio de Medicina Interna². Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Antecedentes- Mujer de 56 años natural de Guinea Ecuatorial, residente en España desde hace 16 años con viajes frecuentes a su país. Intervenida por hernia epigástrica hace 8 años. Varios episodios de paludismo previos.

Manifestaciones clínicas- La paciente es remitida a consultas por hipereosinofilia y edemas transitorios en muñecas y región palpebral.

Exploración física- Sin hallazgos significativos. No se palpan nódulos subcutáneos ni alteraciones de pigmentación.

Analítica- En la analítica destaca una hipereosinofilia del 32,7 % con un total de 2.100 eosinófilos/mm³. El resto fue normal.

Pruebas complementarias- Se solicitó estudio de parásitos en heces en tres muestras, resultando negativo. Se realizó estudio de filarias en sangre mediante la técnica de Knott en el que se visualizó *Mansonella perstans*, además se recogieron pellizcos cutáneos del área sacra para el estudio de oncocercosis, resultando este negativo. Se inició tratamiento con mebendazol durante 4 semanas, tras las cuales se hizo control de filarias en sangre, en el control se visualizaron microfilarias de *Mansonella perstans* y *Loa loa*.

Diagnóstico- Filariasis por *Mansonella perstans* y *Loa loa*.

Tratamiento- Tras el fracaso del tratamiento con mebendazol, se decidió tratar con cuatro semanas de doxiciclina y posterior pauta con dietilcarbamacina. La paciente se encuentra pendiente de realizar control.

Conclusiones- La hipereosinofilia es una alteración analítica común en pacientes provenientes de zonas tropicales. Su etiología puede deberse a multitud de cuadros que deben descartarse de manera independiente ya que como en nuestra paciente, su causa puede ser múltiple. La filariasis es una afección frecuente en los países del Golfo de Guinea. Sudamérica, Asia y África son las zonas geográficas donde pueden encontrarse los distintos tipos de filarias. La sospecha diagnóstica debe tenerse en cuenta en pacientes que hayan estado expuestos a la picadura de los distintos vectores, presenten eosinofilia o tengan clínica compatible. *Loa loa* puede ser responsable de edemas transitorios debidos al paso del parásito por debajo de la piel. *Mansonella perstans* puede pasar más inadvertida desde el punto de vista clínico.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN EL ÁREA SANITARIA DE GUADALAJARA

*Martínez Ramírez, NM; Martín Echevarría, E; González Praetorius, A; Fernández González, C; Solís del Baño, S; Rodríguez Zurita, E; Tena Gómez, D; Gimeno Fernández, C; Bisquert Santiago, J.
Hospital Universitario de Guadalajara.*

Introducción- La enfermedad de Chagas es una enfermedad producida por el protozoo *Trypanosoma cruzi* (TC). Es endémica en América y tiene distinta prevalencia según la zona geográfica. Se transmite a través de un vector hematófago y también puede transmitirse por vía transfusional, mediante trasplante de órganos sólidos y por vía vertical. Como consecuencia de la inmigración, en España constituye una infección importada y emergente.

Objetivo- Analizar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes inmigrantes procedentes de países latinoamericanos a los que se les solicitó serología de TC en nuestra área sanitaria.

Materiales y métodos- Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes en los que se investigó serología para Enfermedad de Chagas desde 2009 hasta la fecha. La detección de IgG frente a TC se realizó mediante inmunofluorescencia indirecta y enzimoimmunoanálisis en el Centro Nacional de Microbiología (CNM) utilizando métodos caseros convencionales.

Resultados- Se realizó serología de Chagas a 33 pacientes, 23 mujeres y 10 varones, con una edad media de 41 ± 16 años (rango 2-76). La procedencia de los pacientes fue: Perú: 9 (27%), Bolivia: 6 (18%), Ecuador: 5 (15%), Colombia: 5 (15%), Argentina: 3 (9%), Chile, Venezuela y República Dominicana: 1 caso cada uno (3% respectivamente). En dos casos no se pudo determinar el origen (6%). Se incluyeron 12 mujeres gestantes. Del total de pacientes, 6 (18%) presentaron serología positiva, 5 de ellos procedían de Bolivia (83%) y uno de Argentina (17%). Fueron 4 mujeres y 2 varones, con edad media de 38 ± 13 años (rango 28-59). Un caso se trataba de una forma crónica con clínica cardíaca y los otros 5 casos eran asintomáticos (forma indeterminada). Ninguno de los casos positivos correspondió a gestantes pero de los 5 pacientes asintomáticos, 3 eran mujeres jóvenes en edad fértil (28-33 años). La paciente con afectación cardíaca inició tratamiento antiparasitario pero lo abandonó por intolerancia al mismo. De los 5 pacientes asintomáticos, 4 no acudieron a los seguimientos médicos.

Conclusiones- La enfermedad de Chagas es una infección importada presente en nuestro medio especialmente en pacientes procedentes de países de alta prevalencia como Bolivia. Los criterios para solicitar la serología no están claramente definidos en nuestra área sanitaria, creemos que sería oportuno el consensuar en qué pacientes se debería investigar la infección por *T. cruzi* dependiendo de las medidas de actuación que se realicen posteriormente.

Dentro de los pacientes asintomáticos con serología positiva de nuestra serie se encontraban mujeres en edad fértil, lo cual plantea la necesidad de establecer un protocolo para el cribado serológico de enfermedad de Chagas en gestantes, con el objeto de realizar un diagnóstico precoz de la infección congénita.

AUSENCIA DE CRIBADO DE CHAGAS EN EL EMBARAZO

*Illescas Fernández-Bermejo, S; Martínez Alarcón, J; Barba Ferreras, I; González Rodríguez, MR; Mora Remón, F; González Rodríguez, JC; Romero Aguilera, MD.
Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.*

Introducción- Desde el año 2005 en España se controla el riesgo de contagio por donación de sangre a través del cribado en los bancos de sangre y también se dispone de protocolos de actuación en trasplantes. Sin embargo el control de su transmisión por la vía materno-fetal mediante el cribado en embarazadas y recién nacidos de madres seropositivas no está totalmente extendido. En nuestra área actualmente no existe un protocolo específico para la prevención de Chagas congénito.

Objetivo- Estimar el número de embarazadas a las que se les realizaría serología de Chagas en nuestra área si se implantase un protocolo específico de cribado en embarazadas latinoamericanas.

Material y Métodos- Revisamos el país de origen de las mujeres que acudieron a la consulta de último control del embarazo del Hospital General Universitario de Ciudad Real desde el 1 de enero de 2010 al 31 de agosto de 2011. Comprobamos si se había solicitado serología de *Trypanosoma cruzi*.

Resultados- En el periodo estudiado se atendieron 3.300 mujeres en la consulta de último control de embarazo, siendo 152 (4.61%) procedentes de países de riesgo (99 en 2010).

Al comparar los datos de los 8 primeros meses de los 2 años estudiados se observa una disminución de 8% en el número global de mujeres que acuden a esta consulta (1.399 en 2010, 1.259 en 2011), pero no hay diferencia en el porcentaje de población de riesgo (72, 5.14% en 2010; 53, 4.2 % en 2011).

Sólo se realizó serología de *Trypanosoma cruzi* a 2 embarazadas (procedentes de Paraguay y Bolivia), ambas con resultado negativo.

Conclusiones- En nuestra área no se realiza cribado de Chagas a las embarazadas susceptibles, por lo que sería necesario establecer un protocolo específico para la prevención de Chagas congénito.

La incorporación de la serología de Chagas en el control de embarazadas de zonas endémicas no supondría un gran incremento en la carga de trabajo del laboratorio.

ENFERMEDAD DEL NODO SINUSAL CON BRADICARDIA SINTOMÁTICA EN PACIENTE BOLIVIANA

*Huertas Vaquero, M; Asencio Egea, MA; Castellanos Monedero ,JJ; García Agudo, L; Carranza González, R;
Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan.*

Antecedentes- Mujer de 45 años, natural de Cochabamba (Bolivia), residente en España hace más de tres años.

Manifestaciones clínicas y exploración física- La paciente acude a consulta de cardiología por mareos asociados a cefalea leve de más de un año de evolución. En el examen físico destaca bradicardia sintomática y una TA 160/80 mmHg .

Análítica- En el hemograma destaca una cifra de 6.100 leucocitos totales con eosinofilia (1000/ μ L , 16,3%).

Pruebas complementarias- EKG : bradicardia sinusal a 46 lpm; PR en el límite bajo, QRS normal e intervalo QT normal. Holter: FC promedio de 48 Lpm (mínimo 31- máximo 91) . Múltiples pausas mayores a 2 segundos, las más largas de 5,7. 492 extrasístoles ventriculares, algunas de escape coincidiendo con pausas mayores. Varios periodos de flutter auricular paroxístico. ECC: VI de tamaño, función y contractilidad normales. FE conservada (FE 68%). AI no dilatada. Doble lesión aórtica leve. Determinaciones microbiológicas : serología *Trypanosoma cruzi* IFI positiva (>1/160) y ELISA positiva (2,5). PCR de *T. cruzi* positiva.

Evolución- Se implanta marcapasos DDDR definitivo con desaparición de los síntomas en los controles evolutivos.

Diagnóstico- Enfermedad de Chagas (Cardiopatía Chagásica crónica). Enfermedad del nodo sinusal con bradicardia sintomática y pausas significativas .

Tratamiento- Acido acetil salicilico a dosis antiagregantes.

La paciente ha sido citada en consulta de medicina interna para valorar la posible afectación de otros órganos y plantear la necesidad de tratamiento con benznidazol así como estudiar al resto de familiares.

Discusión-

- Ante la presencia de una enfermedad del nodo sinusal en pacientes con antecedentes epidemiológicos es necesario considerar en el diagnóstico diferencial la Enfermedad de Chagas. En España, esta enfermedad se ha convertido en los últimos años en una enfermedad emergente por el aumento de la inmigración procedente de zonas endémicas y cobra importancia por el potencial problema de salud pública que representa.
- La paciente descrita cumplió los criterios establecidos por la OMS para el diagnóstico de laboratorio de la enfermedad (al menos 2 dos pruebas serológicas positivas) y tiene como antecedentes epidemiológicos haber vivido en zona endémica.
- El abordaje de esta enfermedad debe ser integral y multidisciplinar, tomando en cuenta además de los hallazgos clínicos y de laboratorio, aspectos epidemiológicos y sociales que son importantes para un adecuado seguimiento y diagnóstico de nuevos casos.

PARASITOSIS INTESTINALES IMPORTADAS EN EL ÁREA LA MANCHA-CENTRO

García-Agudo, L¹; Carranza, R²; Manrique, E^{1,2}; Huertas, M²; Asencio, MA²; Gómez, E¹.
Hospital de Tomelloso¹, Tomelloso (Ciudad Real).
Hospital General La Mancha-Centro², Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Introducción y objetivos- Las parasitosis intestinales han adquirido relevancia en los últimos años a consecuencia de la inmigración, los viajes internacionales, la importación de alimentos y los cambios en la alimentación de la población. El objetivo de nuestro estudio fue conocer las parasitosis intestinales diagnosticadas en pacientes inmigrantes de nuestra área sanitaria, su distribución etaria y geográfica, así como su evolución en los últimos cuatro años.

Material y métodos- Se estudiaron retrospectivamente todos los pacientes con solicitud de examen de parásitos en heces durante los años 2008 a 2011 (este último hasta el mes de septiembre incluido) con una, dos o tres muestras de heces. Las muestras fueron recogidas por los pacientes en contenedores Copropack[®] (Soria Melguizo, España) con SAF (Sodio-Ácido acético-Formol) y se procesaron en el día de llegada según la técnica de concentración de Ritchie para investigación de parásitos por microscopía en fresco con tinción de lugol.

Resultados- Durante el período 2008-2011 se recibieron heces para estudio de parásitos de 4307 individuos. Se observaron parásitos patógenos en 163 (3,8%) individuos, 61 (37,4%) extranjeros y 102 (62,6%) españoles. La distribución por años fue de 33 (2,9%) casos en 2008, 31 (3,1%) en 2009, 55 (4,8%) en 2010 y 44 (5,3%) en 2011. Los parásitos más habituales fueron *Giardia lamblia*, *Blastocystis hominis* e *Hymenolepis nana* (tablas 1 y 2). Se observaron cinco casos aislados de *Entamoeba dispar/histolytica* y uno de *Ascaris lumbricoides*. La mediana de edad en extranjeros infestados fue de 9 años para *G. lamblia* y de 15 para *B. hominis* frente a 15 y 41 en españoles, y de 10 para *H. nana*.

	GRUPOS ETARIOS				TIPOS DE PARÁSITO		
	≤14 años	15-30 años	31-64 años	≥65 años	<i>G. lamblia</i>	<i>B. hominis</i>	<i>H. nana</i>
					91 (55,8%)	45 (27,6%)	14 (8,6%)
EXTRANJEROS	50 (82,0%)	4 (6,6%)	7 (11,4%)	0	31 (34,1%)	12 (26,7%)	14 (100%)
ESPAÑOLES	36 (35,3%)	18 (17,7%)	4 (39,2%)	8 (7,8%)	60 (65,9%)	33 (73,3%)	0

Tabla 1. Distribución por grupos etarios y procedencia

LATINOAMERICANOS 17 (27,9%)			AFRICANOS 33 (54,1%)			EUROPEOS DEL ESTE 11 (18,0%)		
<i>G. lamblia</i>	<i>B. hominis</i>	<i>H. nana</i>	<i>G. lamblia</i>	<i>B. hominis</i>	<i>H. nana</i>	<i>G. lamblia</i>	<i>B. hominis</i>	<i>H. nana</i>
6 (35,3%)	5 (29,4%)	3 (17,6%)	20 (60,6%)	0	11 (33,3%)	5 (45,5%)	6 (54,5%)	0

Tablas 2. Distribución por tipos de parásito y procedencia.

Conclusiones- La investigación de parásitos en heces en el colectivo inmigrante debe englobar parásitos estrictamente importados así como otros frecuentes en países tropicales y subtropicales pero de baja prevalencia en España y los considerados autóctonos en nuestro país que también son frecuentes en otros países. En nuestro estudio, los pacientes infestados más numerosos fueron niños

extranjeros, sobre todo de África. La parasitación en españoles estuvo repartida entre niños, jóvenes y adultos. Los parásitos más habituales fueron los protozoos autóctonos *G. lamblia*, tanto en niños españoles como extranjeros, y *B. hominis*, sobre todo en adultos españoles, y el cestodo *H. nana*, que sólo se observó en extranjeros, mayoritariamente niños africanos. La infestación en europeos del este fue similar a la encontrada en España. La evolución de parasitosis por años fue creciente.

NIÑOS DE ACOGIDA SAHARAUIS: ¿INDICACIÓN PER SE DE TRATAMIENTO ANTIPARASITARIO?

Seseña del Olmo, G¹; Rodríguez Escudero, MJ¹; Martínez Medina, MC¹; Broseta Tamarit, A¹; Alcolea Medina, A¹; Serrano Cazorla, M²; Giménez Alarcón, ML³ y López Martíne, S³.
Servicio de Microbiología¹, Servicio de Medicina Interna², Servicio de Análisis Clínicos³.
Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Introducción- Desde 1992 en la provincia de Cuenca se viene realizando un programa de acogida para niños saharauis del que se benefician unos 25 niños cada año durante los meses de verano. Las condiciones higiénico-sanitarias en las que viven estos niños son muy deficitarias lo que facilita todo tipo de infecciones, entre ellas tienen una especial relevancia las parasitosis intestinales.

Objetivos- Determinar la prevalencia de parasitosis intestinales en niños saharauis de acogida en la provincia de Cuenca.

Material y Métodos- Realizamos un estudio retrospectivo en el que se incluyeron todas las muestras de heces para estudio de parásitos de niños saharauis de acogida durante el período 2003-2007. Las muestras se procesaron por el método de concentración y posterior visualización al microscopio óptico.

Resultados- Se procesaron un total de 157 muestras correspondientes a 90 niños, nueve de los cuales vinieron en más de una ocasión, lo que hace un total de 99 episodios. Se encontraron parásitos patógenos en 37 casos (37,37%), con la siguiente distribución; *G. lamblia* 16, *H. nana* 14, en cinco casos se hallaron quistes de *Giardia* y huevos de *H. nana* y en dos casos se observaron quistes de *E. histolytica/dispar*. En 45 casos se observaron parásitos comensales o cuya patogenicidad es dudosa (*B. hominis*, *E. hartmanii* o *E. coli*), en 17 casos no se observaron parásitos. De los 9 niños que visitaron nuestro país en dos ocasiones, cuatro de ellos que no eran portadores de parásitos patógenos en su primera visita, sí estaban infectados en la segunda, tres por *H. nana* y uno por *G. lamblia*. Además uno de ellos que estaba infectado por *G. lamblia* el primer año, en su visita al año siguiente vino parasitado por *Hymenolepis nana*.

Conclusiones- La alta prevalencia de parasitosis pone de manifiesto la necesidad de realizar estudio de heces a estos niños para reducir la morbilidad y evitar una hipotética cadena infectiva en las familias de acogida. Es importante hacer el estudio tantas veces como venga el niño, ya que hemos visto reinfecciones en distintos viajes. No sería necesario que todos ellos recibieran tratamiento antiparasitario, ya que muchos no están infectados por parásitos patógenos, además este tratamiento debe ser dirigido en función de los parásitos encontrados.

PARASITOSIS INTESTINAL EN NIÑOS SAHARAUIS ACOGIDOS EN LA PROVINCIA DE GUADALAJARA (1999-2010)

Fernández González, C; Loeches Jiménez, P; Gimeno Fernández C; Martínez Ramirez NM; Casado Iritia S; Rodríguez Zurita E; Solís del Baño, S; González Praetorius A; Tena Gómez, D; Bisquert Santiago, J.
Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción- Durante los últimos años, familias de la provincia de Guadalajara han participado con la Asociación de Amigos del Pueblo Saharaui (AAPS) acogiendo, durante el período estival, a niños procedentes de campos de refugiados en Argelia.

Objetivos- Conocer la prevalencia de parásitos entéricos clínicamente significativos en niños saharauis acogidos en Guadalajara entre 1999 y 2010. Valorar la utilidad de implantar un protocolo de estudio rutinario de estas parasitosis en los centros de salud de Atención Primaria (CSAP).

Material y métodos- Estudio retrospectivo-descriptivo de todas las muestras de heces y test de Graham obtenidas de estos niños y remitidas a nuestro laboratorio. Las heces se concentraron por el método manual de centrifugación formol-éter y la técnica de Ritchie modificada (Biosepar ParasiTrap®). El estudio se dividió en dos períodos (1999-2001 y 2002-2010) ya que en el año 2002 se instauró un protocolo de estudio de parásitos intestinales en colaboración con CSAP y AAPS.

Resultados- Se recibieron un de total de 706 muestras de heces y 138 test de Graham de 453 niños. El rango de edad fue de 5 a 15 años y la distribución por sexos fue de 191 niños y 262 niñas. El total de niños parasitados fue de 136 (30%), de los cuales 80 fueron por *Giardia lamblia* (GL), 28 por *Hymenolepis nana* (HN), 13 por *Enterobius vermicularis* (EV) y 15 con doble infestación (12 con *Giardia lamblia* e *Hymenolepis nana* y 3 con *Giardia lamblia* y *Enterobius vermicularis*).

Año	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
% Estudiados	18	26	15	67	68	64	47	56	41	63	45	47	46
Nº Parasitados	9	10	3	13	11	19	14	13	12	13	14	5	136
%	(60)	(45,5)	(27)	(31)	(24)	(34)	(27,5)	(25,5)	(34)	(26,5)	(35)	(14)	(30)
Nº GL	6	6	3	6	10	11	9	8	10	9	12	5	95
Nº HN	5	3	0	6	1	8	4	4	1	3	3	2	40
Nº EV	0	2	1	1	0	0	2	4	1	3	2	0	16

Se observó diferencia significativa ($p < 0,01$) en el número de niños estudiados en ambos períodos. Aunque el número de niños parasitados en cada año fue mayor en el segundo periodo, no hubo diferencia estadísticamente significativa ($p=0.06$)

Conclusiones- En niños saharauis en acogida se observa una alta prevalencia de parasitosis intestinal. La implantación de un protocolo para el estudio rutinario de todos los niños permite detectar un mayor número de casos y dirigir el tratamiento específicamente, evitando, tanto tratamientos innecesarios como el no tratar parásitos poco prevalentes en nuestra área. Aunque es probable que un número importante de estos niños se reinfecten al volver a su zona de origen, el tratamiento antiparasitario evita el contagio de las familias de acogida.

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS VIAJES A ZONAS TROPICALES. EXPERIENCIA DE LA CONSULTA DE VACUNACIÓN INTERNACIONAL Y CONSEJO AL VIAJERO DEL HOSPITAL DE CUENCA

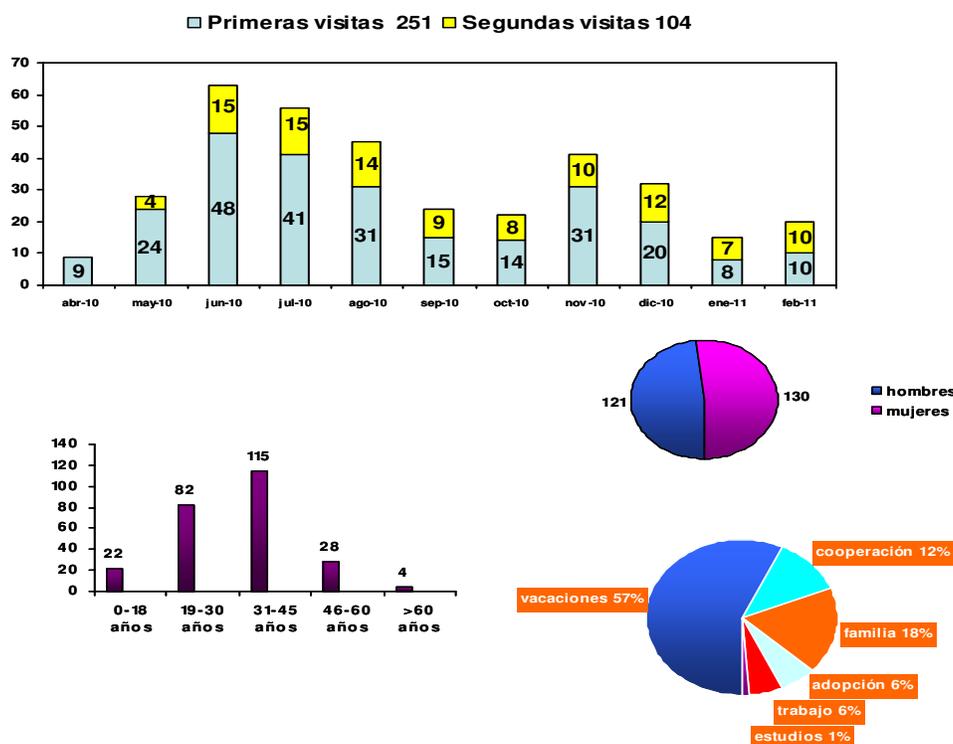
Seseña del Olmo, G¹; Gómez Santillana, M²; Carballido Fernández, M²; Díaz Valentín, MJ²; Caballero Saiz, R²; Rodríguez Escudero, MJ¹; Martínez Medina, C¹; Serrano Cazorla, M³
 Servicio de Microbiología¹, Servicio de Preventiva², Servicio de Medicina Interna³.
 Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

Introducción- El aumento de los viajes a zonas tropicales durante los últimos años se ha acompañado de la apertura varios centros de vacunación internacional en la geografía española. En el hospital de Cuenca la consulta abrió sus puertas al público en abril del 2009.

Objetivo- Describir las características epidemiológicas de los viajeros que han acudido a nuestra consulta.

Material y métodos- Revisión retrospectiva de la base de datos de la consulta.

Resultados- Las tablas muestran el número de consultas realizadas desde su apertura en abril de 2010 hasta febrero de 2011, la distribución por sexos de los viajeros, la edad de los mismos y los motivos de los viajes. Los destinos más solicitados fueron Ecuador, Kenia e India.



Conclusiones- La mayoría de los viajeros que hicieron uso de nuestra consulta lo hicieron por motivos vacacionales, familiares y de cooperación. Los meses de mayor demanda fueron los estivales, atendiendo a viajes de ocio y los últimos meses del año, fundamentalmente por inmigrantes que acudían a sus países de origen aprovechando las vacaciones navideñas. El incremento de este tipo de viajes asociado a su morbilidad hacen de la creación de consultas específicas una necesidad futura.

LESIONES CUTÁNEAS PRURIGINOSAS EN NIÑA DE SEIS AÑOS TRAS VIAJE A ECUADOR

*Díaz Martínez, B¹; Canales Hortelano, C²; Seseña del Olmo, G³; Rodríguez Escudero, MJ³; Martínez Medina, MC³; Broseta Tamarit, A³; Serrano Cazorla, M⁴ y López Martínez, S⁵.
Servicio de Dermatología¹, Servicio de Urgencias², Servicio de Microbiología³, Servicio de Medicina Interna⁴, Servicio de Análisis Clínicos⁵.
Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.*

Antecedentes- Niña de 6 años de edad con trastorno de atención. Natural de Ecuador con residencia en España.

Manifestaciones clínicas- La paciente acude a urgencias presentando varias lesiones cutáneas pruriginosas de distribución irregular, de dos semanas de evolución que aparecieron tras un viaje a Ecuador de un mes de duración.

Exploración física- La paciente presentaba varias placas eritematosas sobreelevadas, lineales, de trayecto serpinginoso a nivel de miembros superiores, cuello y cara.

Diagnóstico- Larva migrans cutánea

Tratamiento- Se decidió hacer tratamiento con ivermectina, en el transcurso de la petición a medicamentos extranjeros la madre de la paciente comunicó por vía telefónica que la niña había hecho un tratamiento tópico con una pomada recibida desde su país que no supo concretar, y que las lesiones habían desaparecido.

Conclusiones- Larva migrans cutánea es un cuadro poco frecuente en nuestro medio, relacionado con viajes a zonas tropicales y subtropicales. Producida generalmente por *Ancylostoma caninum* y *Ancylostoma braziliense*. La evolución suele ser a la curación espontánea, aunque puede recidivar. El tratamiento puede hacerse con albendazol o ivermectina. Se han practicado tratamientos tópicos con tiabendazol al 10-15%, ivermectina y gammahexaclorociclohexano 1%. También se ha utilizado la crioterapia.

Llama la atención del cuadro las múltiples localizaciones de las lesiones así como la afectación facial.

LARVA MIGRANS CUTÁNEA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Loeches Jiménez, P; Fernández González, C; Gimeno Fernández C; Martín Echevarría, E; Martínez Ramírez NM; González Praetorius A; Rodríguez Zurita E; Tena Gómez, D; Solís del Baño, S; Bisquert Santiago, J.*
*Sección Microbiología. * Servicio de Medicina Interna.*
Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción- Larva migrans cutánea es una parasitosis típica de climas tropicales y subtropicales. Su incidencia, sin embargo, está aumentando en nuestro medio debido a movimientos migratorios y a los viajes a zonas endémicas.

Cuadro clínico- Presentamos el caso de una niña de 4 años de edad, nacida en Brasil, y sin antecedentes clínicos de interés, que fue remitida desde su centro de salud de Atención Primaria al hospital por presentar varias lesiones cutáneas intensamente pruriginosas en la planta del pie izquierdo, de 7 días de evolución. La familia no refería fiebre ni ninguna otra manifestación sistémica. Como dato epidemiológico de interés, cinco días antes había vuelto de Brasil donde había pasado 3 semanas y donde solía jugar descalza en la playa.

En la exploración física, presentaba varias lesiones en forma de surcos serpiginosos indurados y con relieve y lesiones pápulo-eritematosas, algunas de ellas excoriadas y costrosas. No se solicitaron determinaciones analíticas complementarias. Se pautó tratamiento sintomático con antihistamínico y profilaxis antimicrobiana, evolucionando adecuadamente.

Discusión- Larva migrans cutánea es una dermatosis zoonótica producida por la fase infecciosa de la larva de determinados nematodos, principalmente *Ancylostoma braziliense* y *Ancylostoma caninum* (filum Nematoda, Orden Strongylida). Los hospedadores definitivos son cánidos y félicos que eliminan los huevos a través de sus heces contaminando suelos arenosos y húmedos donde se pueden desarrollar formas larvarias con capacidad de infectar al hombre. Al entrar en contacto con zonas expuestas, la larva penetra en la lámina basal de la epidermis y realiza su migración dando lugar a las lesiones dermatológicas características (trayectos únicos o múltiples, lineales o serpiginosos indurados, junto con eritema y erupción pápulo-vesiculosa).

El diagnóstico de sospecha se realiza por las características clínicas de la lesión y el antecedente epidemiológico de posible exposición al parásito por estancia reciente en zona endémica. Excepcionalmente se observa la larva en el estudio histológico.

La evolución del cuadro es autolimitado, ya que la larva no es capaz de completar su ciclo vital en el humano. Pueden aparecer complicaciones, como sobreinfección bacteriana y rara vez diseminación sistémica (Síndrome de Loëffler, enteritis...).

El tratamiento puede ser únicamente sintomático o además utilizar tratamiento específico (tiabendazol tópico, crioterapia, ivermectina oral...).

Conclusiones- La patología cutánea es uno de los principales motivos de consulta tras viajes a países tropicales. Aunque en nuestro medio todavía no es frecuente, se debe sospechar la implicación de este parásito cuando existen lesiones clínicas características y el antecedente epidemiológico de posible exposición, si bien, hay que hacer diagnóstico diferencial con otras etiologías.

MIASIS FURUNCULOIDE EN VIAJERO PROCEDENTE DEL TRÓPICO

Robles Fonseca, L; Blas Señalada, J.J; Ferrer Amate, F; Martínez Serrano, M; Lozano Serra, J; Galán Rós, J; Beltrán Cifuentes, I; Crespo Sánchez, M.D.

Laboratorio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete.

Antecedentes y manifestaciones clínicas- Varón de 26 años de edad y nacionalidad española, sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias del Hospital General de Albacete por presentar bultos asintomáticos en la espalda, de 2 meses de evolución, aportando un gusano salido de una de las lesiones, y tras recibir tratamiento antibiótico ambulatorio sin observarse mejoría. El paciente refiere haber vuelto recientemente de un viaje de 3 meses a Ecuador como cooperante de una ONG.

Exploración física- Se observaron 8 nódulos eritematosos de hasta 2 cm. de diámetro y localizados en el tercio superior de la espalda. Los nódulos presentaban un orificio central de 1 mm. de diámetro por el que drena espontáneamente un líquido seroso. En el momento de la consulta, el paciente aporta una larva de 2 cm. de longitud y 0.5 cm. de diámetro, que es remitida al Laboratorio de Microbiología para su estudio.

Analítica- Bioquímica y hematología sin hallazgos. El Laboratorio de Microbiología informa larva de *Dermatobia hominis* tras estudio morfológico macroscópico.

Diagnóstico- Miasis furunculoide por *Dermatobia hominis*.

Tratamiento- Se extrajeron 7 larvas íntegras, una de cada lesión, mediante expresión manual, y se drenó todo el líquido posible a través del orificio central. Tras una cura local inicial con Terramicina[®] pomada, se pautó tratamiento con Augmentine[®] 875 mg. cada 8 horas. Posteriormente, se realizaron curas cada 24-48 horas retirando la costra de la lesión y exprimiendo manualmente el contenido seroso. En el momento de la última revisión, las lesiones presentaban cierta induración en profundidad y cicatrices puntuales, sin signos inflamatorios en superficie ni supuración de líquido.

Conclusiones- La miasis es la parasitación de tejidos y órganos de vertebrados por larvas de mosca. Se ha clasificado en función de la región afectada, siendo la forma subcutánea la descrita en este caso. Clínicamente, este tipo de miasis se manifiesta como forúnculos pruriginosos con mala respuesta a la antibioticoterapia, pudiendo llegar a notarse el movimiento de la larva en el interior de la lesión. El tratamiento consiste en la extracción de la larva por oclusión del orificio de entrada o extirpación manual, como en el caso presentado, asociado a tratamiento antibiótico para prevenir infecciones secundarias.

La especie *Dermatobia hominis* se encuentra distribuida en zonas cálidas de Centro y Sudamérica, aunque con el incremento de viajeros a estos destinos es posible observar esta patología cada vez con mayor frecuencia en zonas no endémicas, como nuestro país. En su ciclo vital, utiliza otros insectos hematófagos como vehículo para la propagación de sus huevos, por lo que las medidas profilácticas antimosquitos resultan de utilidad a la hora de prevenir la infestación.

CASO CLÍNICO: FIEBRE PARATIFOIDEA IMPORTADA

Galán Ros, J; Palomar Pérez, JJ; Escribano Garaizábal, E; Ferrer Amate, F; Robles Fonseca, L; Lozano Serra, J; Beltrán Cifuentes, I; Crespo Sánchez, MD. Laboratorio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Antecedentes- Varón de 50 años que viajó a la India, donde permaneció desde el 27 de Febrero al 20 de Marzo de 2010. En el viaje consumió agua higienizada. El quinto día de viaje presentó un episodio diarreico de 2-3 días que controló con dieta. Se bañó en un río el decimotercer día de viaje.

El 21 de marzo acudió a consultas externas de Unidades Infecciosas por síndrome febril. En los hemocultivos cursados se aisló *Salmonella paratyphi* A sensible a amoxicilina, cefotaxima y cotrimoxazol, y resistente a fluoroquinolonas. Recibió tratamiento con amoxicilina, 1 gr/ 8h, durante 14 días.

Manifestaciones clínicas- El día 21 de mayo de 2010 ingresó en el hospital con fiebre de 38,9 ° C y sudoración profusa acompañada de tos seca. Cuatro días antes había presentado dolor lumbar que mejoró tras la administración de AINES.

Exploración física- El paciente estaba consciente y orientado, y presentaba un buen estado general. No se palparon adenopatías, ni presentó signos meníngeos. La auscultación cardíaca y pulmonar fueron normales. El abdomen era blando, depresible, sin masas ni megalias. No presentaba exantema. Las maniobras sacroilíacas fueron negativas. Rotación externa e interna de ambas caderas sin dolor. Presentó un punto doloroso en zona lateral izquierda del sacro.

Analítica- Presentó una bioquímica general normal. Los hemocultivos practicados al ingreso fueron positivos para *Salmonella paratyphi* A con la misma sensibilidad antibiótica que el primer aislamiento.

Pruebas complementarias
Sin hallazgos de interés.

Diagnóstico- Bacteriemia recurrente por *Salmonella paratyphi* A, sin reservorios o focos ocultos de la infección.

Tratamiento- El paciente recibió tratamiento intravenoso con ceftriaxona, 2 gr/ 24h, con buena evolución.

Conclusión- La fiebre paratifoidea tiene una distribución mundial, habiendo disminuido su incidencia en los países desarrollados. En España, el número de casos declarados es muy bajo. En la India es endémica. El periodo de incubación oscila entre 1 y 10 días. Se transmite a través del agua o alimentos contaminados con orina o heces de un enfermo portador. Por los antecedentes, el caso que describimos corresponde a una infección importada de la India. El tratamiento de fiebre paratifoidea con amoxicilina puede producir recidivas, como ocurrió en este caso.

INMIGRACIÓN INTERNACIONAL EN CASTILLA LA MANCHA: INFLUENCIA EN LA INCIDENCIA DE LA TUBERCULOSIS Y EN LA RESISTENCIA A LOS FÁRMACOS

Martino Castañar, MV¹; Robles Domínguez, P²; Mora Remón, F³; Rodríguez Zurita, ME⁴; Carrasco Ferrán, F⁵; Asencio Egea, MA⁶; Beteta López, A⁷; Jiménez Álvarez, SM⁸; Simarro Córdoba, E²; Romero Portilla, C⁹; Sánchez Maroto Lozano, A¹⁰
 CH de Toledo¹, H. General de Albacete², HGUCR C. Real³, H. Universitario de Guadalajara⁴, Sección de Epidemiología de Cuenca⁵, H. La Mancha Centro, Alcázar⁶, Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado, Talavera⁷, H Santa Bárbara, Puertollano⁸, H. de Hellín⁹, H. Virgen de Altagracia, Manzanares¹⁰.

Introducción- La Tuberculosis (TB) es un importante problema de salud pública en todo el mundo. En los países desarrollados, mediante programas de control, se logró estabilizar la incidencia, pero puede peligrar debido a diversos factores que progresivamente van surgiendo, VIH, las corrientes migratorias desde países con alta incidencia de TB, la recesión económica, etc. Los fármacos antituberculosos disminuyeron drásticamente la mortalidad de esta enfermedad pero la actual aparición de cepas resistentes puede suponer un grave problema.

Objetivos- Evaluar la influencia de los pacientes nacidos fuera de España que residen en nuestra comunidad, en la prevalencia de TB y su contribución a las tasas de resistencias.

Material y métodos- Estudio multicéntrico realizado en 9 hospitales de Castilla la Mancha y en la S. epidemiología de Cuenca. Se revisaron de manera retrospectiva, 898 casos de Tuberculosis diagnosticados mediante el aislamiento de *M. tuberculosis complex* (TB-Mtc) durante 5 años (2006-2010). Se investigó el país de nacimiento de los pacientes. El diagnóstico microbiológico se realizó mediante tinción (Zhiel-Neelsen y/o Auramina) y el cultivo en medios sólidos y/o en medio líquido (MGIT ó BactAlert). Se practicaron un total de 856 antibiogramas utilizando los sistemas comerciales de BD y BactAlert cuando se hicieron en el propio hospital. Muchas de las cepas fueron analizadas en el C.N.M. (instituto Carlos III).

Resultados- En la tabla (1) se muestran los datos de los 5 años de estudio: el N^o de habitantes (www.ine.es) en nuestra comunidad, los nacidos en España y en el extranjero, así como el N^o absoluto de TB-Mtc y la tasa de TB-Mtc por cada 100.000 habitantes censados ($\times 10^5$ H). En estos 5 años, la tasa media de TB-Mtc $\times 10^5$ H fue de 8.8 para el total del estudio, 6.3 para los nacidos en España y de 32.4 para los nacidos en el extranjero.

Tabla 1	Total	Total TB-Mtc	$\times 10^5$ H	Nacidos España (NAC)	NAC TB-Mtc	$\times 10^5$ H	Nacidos Extranjero (EXT)	EXT TB-Mtc	$\times 10^5$ H
2006	1.932.261	154	7,9	1.789.180	103	5,7	143.081	51	35,6
2007	1.977.304	14	9,8	1.807.242	127	7	170.062	67	39,4
2008	2.043.100	201	9,8	1.826.123	123	6,7	216.977	78	35,6
2009	2.081.313	180	8,6	1.844.082	121	6,5	237.231	59	24,8
2010	2.098.373	169	8	1.857.234	105	5,6	241.139	64	26,5

En la tabla (2) está la distribución por grupos de nacionalidades de las TB-Mtc de los nacidos fuera de España :América latina (AML), África del norte (AFN), África Subsahariana (AFS) Asia central (ASC), Asia oriental (ASO), Europa del este (EUE), y otras nacionalidades o pacientes de nacionalidad desconocida (OTRO)

Tabla 2	TOTAL/EXT	AML	AFN	AFS	ASC	ASO	EUE	OTR
2006	51	13	7			1	28	2
2007	67	13	17	2	2	0	31	2
2008	78	19	16	1	1		41	
2009	59	12	12	3	3		26	3
2010	64	20	11	3			28	2
TOTAL	319	77	63	9	6	1	154	9

En la tabla (3) podemos observar la distribución de las cepas según su sensibilidad y el grupo de nacionalidades de los pacientes en que fueron aisladas. Presentaron algún tipo de resistencia 36 cepas de las 544 testadas en pacientes españoles (6.6%) y 32 de las 313 cepas testadas en extranjeros (10.2%).

Tabla 3	Total	NAC	EXT	AML	AFN	AFS	ASC	ASO	EUE	OTR
Sensibles	791	508	281	71	52	9	6	1	134	8
R a 1 T ^o 1 ^{al}	43	26	17	4	3				10	
MDR-Tb	22	9	13	2	4				7	
XDR-TB	3	1	2		1				1	
TOTAL	859	544	313	77	60	9	6	1	152	8

Conclusiones- La tasa media de Tuberculosis diagnosticadas mediante el aislamiento de *M. tuberculosis complex* por cada 10⁵ Habitantes es de 32,4 para los nacidos en el extranjero, claramente más alta en esta población que en la autóctona, que solo llega a 6.3, probablemente exista un sesgo importante en este dato debido a que muchos extranjeros no figuran en el censo, pero la prevalencia de TB es muy superior en pacientes nacidos fuera de España siendo los nativos de Europa del Este los que más casos aportan (154). No podemos saber si el debut de la enfermedad se debe al desarrollo de su TB latente o a contagios ocurridos durante su estancia en nuestro país, solo podríamos evaluarlo mediante técnicas moleculares. Observando las cepas R a fármacos antituberculosos, también podemos percibir una mayor tasa en cepas aisladas en pacientes extranjeros sin apreciarse diferencias significativas en lo que a su procedencia se refiere.

TUBERCULOSIS E INMIGRACIÓN EN EL ÁREA SANITARIA DE ALBACETE

Lozano Serra, J; Simarro Córdoba, E; Robles Domínguez, P; Robles Fonseca, L; Ferrer Amate, F; Galán Ros, J; Beltrán Cifuentes, I; Crespo Sánchez, MD.

Laboratorio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción/objetivo- La tuberculosis (TBC) continúa siendo un importante problema de salud pública. Nuestro objetivo fue conocer la prevalencia de TBC entre la población inmigrante en el área sanitaria de Albacete así como las tasas de resistencia a los fármacos antituberculosos.

Material y métodos- Se realizó un estudio retrospectivo de los casos de TBC en población inmigrante desde enero de 2003 hasta diciembre de 2010. A través de la base de datos del Laboratorio de Microbiología y la revisión de historias clínicas se obtuvieron las variables de sexo, edad, nacionalidad, tiempo de estancia en España, días transcurridos desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, localización de la enfermedad y susceptibilidad de las cepas a isoniazida, rifampicina, estreptomycin, etambutol y pirazinamida. En los aislados con alguna resistencia a fármacos de primera línea, se testó kanamicina, PAS, cicloserina y ethionamida, ampliándose el antibiograma en los casos de extrema resistencia con rifabutin, ofloxacino, claritromicina y amikacina.

Resultados- Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 264 casos de TBC, con una distribución media de 33 pacientes/año. De éstos, el 37.1% (98) eran inmigrantes. La edad media de los pacientes inmigrantes fue de 31.5 años, siendo un 64.3% varones. El 52% procedía de países del Este, 31.6% de Sudamérica, 8.2% del África subsahariana, 7.2% del Magreb y 1 caso de Europa occidental. La mediana del tiempo de estancia en España era de 2 años (RIC=0.8 a 4,8). El 90% de los casos fueron diagnosticados antes de transcurrir 5 meses desde el inicio de los síntomas, si bien la mediana del tiempo fue de 2 meses (RIC=0,5 a 3). El 85.7% de las muestras eran de localización pulmonar y el 14.3% extrapulmonar. Se identificaron 6 cepas resistentes a algún fármaco antituberculoso de primera línea, 2 de ellas resistentes a isoniazida y rifampicina (MDR, multirresistentes) y 1 resistente a los 5 fármacos de primera línea (XDR, extremadamente resistente). De estas cepas resistentes, 2 también lo eran a algún fármaco de segunda línea (1 cepa a rifabutin y otra a claritromicina y ethionamida). Se inició tratamiento con 4 fármacos en 69 pacientes, con 3 fármacos en 11, con 2 fármacos en 2 y en 16 casos no constaba en la historia. En 3 pacientes el tratamiento fue modificado debido a reacciones adversas. Del total de pacientes, 16 habían recibido tratamiento previo con tuberculostáticos, con una baja adherencia en la mayoría de ellos. En 3 de éstos últimos, se aislaron las cepas MDR y XDR.

Conclusiones- La TBC en la población inmigrante supone más de la tercera parte de los casos en nuestro medio. Es más prevalente en varones jóvenes. La mayoría de los casos presentan una localización pulmonar. En el periodo de estudio se aisló 1 cepa XDR y 2 MDR, tratándose en estos 2 casos de pacientes con bajo cumplimiento a tratamiento tuberculostático en sus países de origen.

CRIBAJE DE TUBERCULOSIS EN INMIGRANTES DE PAÍSES ENDÉMICOS

García-Agudo, L; Gómez de Oña, E; García Rojo, A; Sánchez, B; Roper, M.
Laboratorio de Microbiología, Hospital de Tomelloso, Tomelloso (Ciudad Real).

Introducción y objetivos- La inmigración se considera una de las causas de persistencia de tuberculosis (TB) en los países industrializados. Esta población conjuga factores de riesgo para la adquisición de TB (hacinamiento, desempleo, no tener hogar) junto a una difícil accesibilidad a los servicios sanitarios. La proporción de casos de TB en inmigrantes es del 2,5% para el conjunto de España. El objetivo de nuestro estudio fue conocer los resultados del cribaje de TB en nuestra zona a través de la prueba de Mantoux y de la radiografía de tórax.

Material y métodos- Se estudiaron retrospectivamente todos los pacientes con solicitud de prueba de Mantoux atendidos en el Hospital de Tomelloso desde septiembre de 2009 a septiembre de 2011. La prueba de tuberculina se realizó según la técnica de Mantoux utilizando 2 RT-23 con lectura a las 72 horas. Se consideró positiva una induración igual o superior a 5 mm. Paralelamente, de los pacientes cuti-positivos, se revisaron los cultivos de micobacterias y las radiografías de tórax realizadas en fecha cercana a la inoculación de tuberculina.

Resultados- Durante el período 2009-2011 se realizó prueba de Mantoux a un total de 215 pacientes, 99 hombres y 116 mujeres, con edades comprendidas entre 1 y 88 años, 15 (7,0%) de ellos extranjeros: 7 de Rumanía, 4 de Marruecos, 1 de Brasil, 1 de Hungría, 1 de Senegal y 1 de Rusia. De estos pacientes, 59 (27,4%) resultaron cuti-positivos. La proporción fue mayor en hombres (24,2% vs. 19,8%). El 80% de los extranjeros fue positivo; en todos ellos el diámetro de induración superó los 15 mm. Diecinueve (40,4%) pacientes cuti-positivos remitieron muestras para cultivo de micobacterias. Sólo se aisló *Mycobacterium tuberculosis* en dos (10,5%) cultivos, procedentes de pacientes españoles con más de 45 años. Cincuenta y seis (94,9%) presentaron estudio radiológico. Se observaron secuelas de TB (granulomas calcificados) en cuatro pacientes y lesiones de TB activa (infiltrados, cavitaciones) en dos (3,6%), que correspondieron a los pacientes con cultivo positivo.

	MANTOUX POSITIVO	MEDIA DE INDURACIÓN	CUTIVOS POSITIVOS >45 AÑOS	MEDIANA DE EDAD	CULTIVO POSITIVO	Rx TÓRAX
EXTRANJEROS	12 (20,3%)	20 mm	4 (33,3%)	34 años	0	0
ESPAÑOLES	47 (79,7%)	16,13 mm	32 (68,1%)	51 años	3 (10,5%)	6 (10,7%)

Tabla 1. Resultados del estudio en extranjeros y españoles

Conclusiones- El cribaje de TB en inmigrantes, sobre todo de países con alta incidencia, a la llegada a España, permite la instauración precoz de tratamiento y ayuda a minimizar la transmisión. Según los datos de nuestro estudio, los extranjeros cuti-positivos fueron en su mayoría jóvenes, posiblemente vacunados con Bacilo de Calmette Guérin (BCG), ya que no presentaron ni cultivo positivo ni radiografía patológica. Entre los españoles, los mayores de 45 años fueron los cuti-positivos más numerosos, quizás en relación a la vacunación o a la endemicidad de TB en épocas pasadas. El diámetro de induración resultó mayor en inmigrantes. Según apunta la literatura, podría establecerse la positividad de esta prueba para este colectivo en al menos 10 mm. La radiografía de tórax resultó más específica que la prueba de Mantoux y, aunque algunos autores la proponen como prueba única para el cribaje de TB, la combinación de ambas pruebas se considera más recomendable.

TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO EN TALAVERA DE LA REINA

Beteta López, A; Vega Prado, L; Sánchez Gómez, JC; Martínez Huedo, S; Gil Ruiz, MT.
Hospital General Ntra. Sra. del Prado, Talavera de la Reina.

Antecedentes- Paciente de 45 años de edad, natural de Ucrania, que lleva 5 años viviendo en España. No presenta alergias conocidas. Ha sido ADVP en su país. Padece infección por VIH conocida desde Junio de 2005, junto a coinfección por VHC. En ese mismo año desarrolla trombopenia asociada a VIH que responde bien al tratamiento antirretroviral (AZT + 3TC + Nevirapina). En el año 2006 se trata con Tenofovir FTC y Nevirapina. En abril del mismo año abandona el TARGA por decisión propia.

En Julio del 2008 ingresa en el Servicio de Hematología por tos, fiebre y anemia con VCM normal, presentando un test de Coombs directo positivo por IgG y complemento, por lo cual es diagnosticada de anemia hemolítica autoinmune por autoanticuerpos IgG de especificidad compleja que activa el complemento. Se realizó tratamiento esteroideo i.v seguido de corticoides v.o. Además, durante su ingreso presentó candidiasis orofaríngea tratada con éxito con fluconazol.

Manifestaciones clínicas- La paciente ingresa en Septiembre de 2008 en el Servicio de Medicina Interna presentando fiebre, malestar general, astenia intensa, pérdida de peso y poliadenopatías no dolorosas, de aparición preferentemente laterocervicales y supraclaviculares, sin clínica respiratoria franca ni hemoptisis.

Exploración física- TA: 100/60; Tª: 38,5°C; FC: 90 lpm; SAO₂ basal 94%. Consciente y orientada en las 3 esferas, bien hidratada y perfundida. Palidez severa, sin ictericia. CC: adenopatías laterocervicales de 3 cm, submandibular izquierda, predominando en la cadena submandibular izquierda, laterocervical y supraclavicular ipsilateral. Además, adenopatías en la cadena supraclavicular derecha de 4 cm. A nivel infrahioideo una tumoración blanda de consistencia elástica. Abdomen blando y depresible, sin palpase masas ni organomegalias. No se palpa punta de bazo. No irritación peritoneal. EEl: no edemas, no signos de TVP. En piel no se ven lesiones nodulares ni pigmentadas.

Analítica y pruebas complementarias-

BIOQUÍMICA: Albúmina 3.3 g/dl, bilirrubina 0.55 mg/dl, creatinina 0.81 mg/dl, glucosa 87 mg/dl, proteínas 6.3 g/dl, úrico 8.7 mg/dl, urea 44 mg/dl, calcio 9.6 mg/dl, P 4.6 mg/dl, K 4.3 mmol/L, Na 137 mmol/L, GOT 17 U/L, alfa-amilasa 114 U/L, GOT 19 U/L, fosfatasa 71 U/L, GGT 121 U/L, LDH 272 U/L, lipasa 37 U/L, PCR 140 mg/L.

HEMOGRAMA: Leucocitos 8700 (G 8000, L 400, M 300), Hb 6.4, Hto 20, VCM 93, plaquetas 214000.

SEROLOGÍA: CMV IgG negativo, antigenemia CMV negativo. Toxoplasma IgG positivo, IgM negativo, *Brucella* negativo, Lues negativo. *Chlamydia*, *Mycoplasma*, *Coxiella* y *Legionella* negativos. Parvovirus IgG positivo con título 1/1024, IgM negativo. Carga viral VIH 5210 copias.

BACTERIOLOGÍA: Hemocultivos negativos, urocultivo negativo, coprocultivos negativos. Tinción de Ziehl Neelsen en esputo positiva (>9 BAAR/campo). Cultivo de esputo para micobacterias positivo. Tinción de Ziehl Neelsen en heces positiva (>9 BAAR/campo). Cultivo de médula ósea para micobacterias positivo.

TAC TORACOABDOMINOPÉLVICO: múltiples adenopatías mediastínicas en espacio prevascular, ventana aortopulmonar, región paratraqueal y región hilar

izquierda de carácter patológico. En parénquima pulmonar múltiples nódulos diseminados por todos los lóbulos. Múltiples adenopatías mesentéricas, de mayor tamaño en la región ileal.

ECOGRAFÍA CERVICAL: múltiples adenopatías laterocervicales de tamaño patológico, de unos 15 mm aproximadamente.

ANATOMÍA PATOLÓGICA DE ADENOPATÍA CERVICAL: linfadenitis granulomatosa necrotizante con presencia de BAAR compatibles con linfadenitis tuberculosa.

Diagnóstico- Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Anemia de origen multifactorial. Posible infección por Parvovirus B19.

Tratamiento y evolución- Se instauró tratamiento antituberculoso con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. Además, se reinició el tratamiento TARGA con una pauta de Tenofovir FTC y Efavirenz.

A pesar de ello, la paciente permanece febril, sin mejoría clínica respiratoria, aunque disminuye ligeramente el tamaño de las adenopatías. Debido al empeoramiento progresivo de la paciente y al tratamiento esteroideo pautado para la anemia hemolítica autoinmune, se busca un segundo patógeno oportunista, obteniéndose resultados negativos para CMV, *Cryptosporidium* spp, *Pneumocystis jirovecci*, *Toxoplasma* spp, *Leishmania* spp. El síndrome de reconstitución inmune queda descartado, ya que no se evidencia aumento de la cifra de CD4.

La paciente empeora progresivamente, con fiebre y aparición de clínica respiratoria franca, con broncorrea intensa e infiltrados pulmonares de nueva aparición.

Se recibe el resultado del cultivo de micobacterias: *Mycobacterium tuberculosis*, resistente a isoniazida, rifampicina, pirazinamida y estreptomina y sensible a etambutol, PAS, kanamicina, cicloserina y etionamida. A la vista de los resultados, se cambia el tratamiento antituberculoso a etambutol, ofloxacino, kanamicina y etionamida. A pesar de ello, la paciente fallece dos días después.

Conclusiones- En los últimos años han aumentado los aislamientos de *Mycobacterium tuberculosis* multirresistente en algunas zonas del mundo. En España, el aumento de la inmigración procedente de países que no cuentan con programas para el control de la enfermedad ha favorecido la aparición de cepas multirresistentes.

Es fundamental sospechar la presencia de resistencias en pacientes con determinados factores de riesgo, e instaurar un tratamiento adecuado lo más precozmente posible. La TB-MDR debe sospecharse en casos con mala evolución, especialmente si proceden de zonas con altas tasas de resistencia.

NEUMONÍA Y HEPATOESPLENOMEGALIA EN MUJER COLOMBIANA

Carranza González, R; Galán Ladero, MA; Asencio Egea, MA; Huertas Vaquero, M. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan.

Antecedentes- Mujer de 42 años, colombiana, aunque reside en España desde hace 7 años, histerectomizada por posible carcinoma uterino y que no refiere otros antecedentes de interés.

Manifestaciones clínicas y exploración física- Acude a urgencias por fiebre, escalofríos, dorsalgia, tos, deposiciones blandas, malestar general y síndrome tóxico. Destacaba una hepatoesplenomegalia importante y disminución del murmullo vesicular en la base dcha. La paciente ingresó en medicina interna.

Analítica- Destacaron: Hb 9,8 g/dL, Hto. 27,7%, leucocitos 3300/ μ L (2933 neutrófilos y 363 linfocitos), plaquetas 65000/ μ L, Na 114 mEq/L, GOT 1087 UI/L, GPT 362 UI/L y BR total 1,7 mg/dL y PCR 12,9 mg/dL.

Pruebas complementarias- Rx torácica: infiltrado neumónico en LID. Ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia con nódulos hipoecogénicos y adenopatías retroperitoneales. TAC: lesiones múltiples pseudonodulares pulmonares. Serología: VIH positivo. Hemocultivos: *Salmonella enteritidis*. Microbiología de esputos: no se aíslan bacterias, micobacterias ni hongos patógenos y tinciones para *P. jirovecii* negativas. Médula ósea: parásitos intra y extracelulares histiocitarios compatibles con *Leishmania* vs *Histoplasma*. PCR: en médula ósea y esputo positiva para *H. capsulatum* y en sangre para EBV y CMV. Linfocitos CD4+: 5/ μ L.

Evolución- El cuadro se agravó progresivamente en las 2 semanas posteriores con pancitopenia persistente pese a hemoterapia, insuficiencia respiratoria severa e insuficiencia hepatocelular hasta producirse el éxitus.

Diagnóstico- SIDA con inmunodepresión severa estadio C3 con histoplasmosis progresiva diseminada (HPD) y pancitopenia grave.

Tratamiento- Se trató empíricamente al principio con levofloxacino iv, cambiándose después por imipenem, cotrimoxazol, isoniazida + rifampicina + etambutol y anfotericina B complejo lipídico, además de la terapia de soporte con fluidos y hemoterapia, broncodilatadores, corticoides y diuréticos.

Conclusiones-

- La HPD aparece fundamentalmente en inmunodeprimidos, como reactivación endógena de una infección previa adquirida en zonas endémicas.
- En pacientes con SIDA, la incidencia de HPD es del 25% de todas las histoplasmosis sintomáticas (CD4+ <200/ μ L).
- El cuadro clínico habitual consiste en fiebre, malestar general, pérdida de peso y tos, con hepatoesplenomegalia, linfadenopatías, alteraciones hematológicas y de la coagulación y un patrón radiológico retículo-nodular pulmonar. 4. La evolución es fatal sin tratamiento temprano y adecuado (anfotericina B lipídica, 3-5 mg/kg/día).

LESIONES CUTÁNEAS POR *ALTERNARIA* SP.

*José Antonio Rodríguez Polo¹, Eva Heredero Gálvez¹, Rosa Jiménez Barrena¹, Ana Isabel Sánchez Moya², Izaskun Alonso Aldama³, Susana Brea Zubigaray¹.
Servicio de Microbiología¹, Servicio de Dermatología², Servicio de Hematología³. C. H. Toledo*

Antecedentes- Varón de 74 años diagnosticado de Leucemia Linfática Crónica en el año 2003. En 2010 se inicia tratamiento con corticoides por trombopenia, tratamiento que se mantiene actualmente. A principios de 2011 recibió un ciclo de Clorambucil. Ingresa en Junio de 2011 por lesiones cutáneas sospechosas de infección fúngica.

No refiere alergias medicamentosas, ni HTA.

Hiper glucemia esteroidea, no ha requerido tratamiento.

Ex fumador desde hace 25 años. Refiere no ingerir alcohol. Bronquitis asmática diagnosticada en juventud.

Hipertrofia de próstata benigna, bocio micronodular normofuncionante. Intervenido de pólipos laríngeos.

Enfermedad actual- Varón de 74 años que ingresa en la planta de hematología por presentar fiebre, expectoración y erupción de lesiones cutáneas en piernas con púrpura palpable en miembros inferiores. La biopsia cutánea que fue compatible con vasculitis leucocitoclástica por lo que se intensificó tratamiento con prednisona a dosis de 1mg/kg/día. Por la mala evolución de las mismas a pesar del tratamiento, con aparición de nódulos cutáneos con costra se remite de nuevo al paciente a consultas de dermatología. Se obtiene nueva biopsia siendo el examen de la misma compatible con infección fúngica (alta sospecha de criptococosis inicialmente) por lo que tras la toma de muestras para cultivo se inicia tratamiento con Anfotericina B liposomal a 4mg/kg/día.

Exploración física- Consciente y orientado. Normocoloreado. C y C: no adenopatías. A-C: rítmica, no soplos, A-P: MVC, Abdomen: blando, depresible, no masa ni megalias. Blumberg negativo. Tumoraciones cutáneas diseminadas en EEII, costrosas, no dolorosas ni pruriginosas. Herida de biopsia cutánea.

Analítica- Glucosa 121 mg/dL, Creatinina 0.86 mg/dL, Proteínas Totales 5.50 g/dL, Bilirrubina Total 0.6 mg/dL, Sodio 138.4 mEq/L, Potasio 4.61 mEq/L, Calcio 8.0 mg/dL, Fósforo 3.7 mg/dL, Hb 9.4, plaquetas 33000, leucocitos 4400, N 1800, enzimas hepáticas y LDH normales.

LCR: Leucocitos 1/mm³ Hematíes 0/mm³, Glucosa 75 mg/dL, Proteínas Totales 35.00 mg/dL.

Pruebas complementarias- Ag criptococo en L.C.R Negativo.

Rx de tórax: Resolución prácticamente completa de infiltrados pulmonares de una neumonía previa, persistiendo mínimamente en LM. Pleura sin alteraciones.

Diagnostico microbiológico- A los cuatro días en el cultivo crecieron colonias de aspecto algodonoso, con el anverso al principio gris y posteriormente marrón con el borde más claro, y el reverso negro.

Se procedió a teñir con azul de lactofenol, observándose al microscopio hifas septadas, con conidioforos de tamaño variable, ovals, septados longitudinal y

transversalmente, con algunos tubos germinales aislados y en cadena, todo ello compatible con *Alternaria sp.*

Tratamiento y evolución- Por la buena evolución de las lesiones con el tratamiento con Anfotericina B liposomal, se decidió continuar hasta un total de siete días. Al alta del paciente se inició tratamiento con itraconazol en solución oral 200 mg/8 horas durante tres días y después 200 mg/12 horas con el que sigue en la actualidad.

Las lesiones cutáneas se observan en disminución progresiva, sin aparición de nuevas lesiones.

Conclusiones- *Alternaria sp* es un hongo considerado contaminante saprofítico que habitualmente solo causa patología a plantas. Es una causa rara de infección humana, que puede aparecer tanto en sujetos sanos como en inmunodeprimidos. La mayoría de las infecciones tienen un origen traumático. Se ha implicado en el asma, ocasionalmente causa feohifomicosis, más comunmente en tejido subcutáneo. También se ha relacionado con infecciones en nariz, ojo y senos nasales, aunque las infecciones cutáneas son las más frecuentes. Como factores predisponentes se han descrito el Síndrome de Cushing, el trasplante renal y hepático, el tratamiento inmunosupresor, la enfermedad oncohematológica, el SIDA y el tratamiento con corticoides.

INFECCIÓN POR VIRUS HTLV-1/2 EN GESTANTES DEL ÁREA DE SALUD DE TOLEDO

*Gómez Hernando, C.; Ayuso López, N.; del Castillo Jiménez P., Fuentes González C.; Criado Anaya J.; Sánchez Brigidano MA.; de Olives Manuel de Villena F.; Abellán Galán G.
Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario de Toledo*

Introducción- La infección por los retrovirus humanos HTLV-1/2 se puede transmitir de forma vertical, especialmente a través de la lactancia materna. Por ello en algunas regiones endémicas para HTLV-1 se recomienda el cribado sistemático de las embarazadas mediante la detección de anticuerpos específicos.

Objetivos- Presentar los datos del cribado de anticuerpos frente a HTLV-1/2 en embarazadas del área de salud de Toledo.

Material y métodos- Entre los años 2006 y 2010 se han estudiado un total de 2069 gestantes. La detección de anticuerpos en suero se realizó mediante enzoinmunoensayo. Las muestras reactivas se confirmaron posteriormente mediante un método de Western-Blot.

Resultados- De las 2069 mujeres estudiadas; 1521 (73,5%) eran españolas, 500 (24,1%) inmigrantes y 48 (2,3%) de origen desconocido. 203 (9,8%) procedían de zonas con infección endémica por HTLV-1 (América, Asia y África subsahariana). Se detectó una muestra positiva para HTLV en una mujer asintomática de 28 años natural de Colombia.

La seroprevalencia total en las mujeres analizadas fue 0,048%, 0,2% en el grupo de mujeres inmigrantes y 0,49% en extranjeras procedentes de regiones endémicas para HTLV-1.

Conclusiones- La seroprevalencia general en gestantes es baja en nuestro medio, por lo que no es necesario realizar el cribado de forma general. Sin embargo debería ser considerada su realización en embarazadas procedentes de áreas endémicas, donde la tasa de infección es alta. En los casos positivos se debería recomendar evitar la lactancia materna eliminando la principal vía de transmisión vertical de la infección y el desarrollo posterior de patologías asociadas a estos virus; especialmente las causadas por HTLV-1 como son la paraparesia espástica tropical o la leucemia de células T del adulto.