



CASO CLÍNICO

MONTSERRAT PRADA FÉLIZ
Medicina Familiar y Comunitaria
CAP CASANOVA

ANTECEDENTES PERSONALES

- Varón de 42 años
- Natural de Pakistán, zona de Cachemira
- Llegó a Cataluña el 01/05/2004
- Viajó a su país en 2010 durante 20 días (área rural)
- HTA diagnosticada en 2007
- Episodios intermitentes dolor torácico atípico
- Episodio de dolor abdominal autolimitado en el 2010
- No IQ. No hábitos tóxicos. No AMC
- Tratamiento habitual: Enalapril 5 mg 1 comp/12 hrs



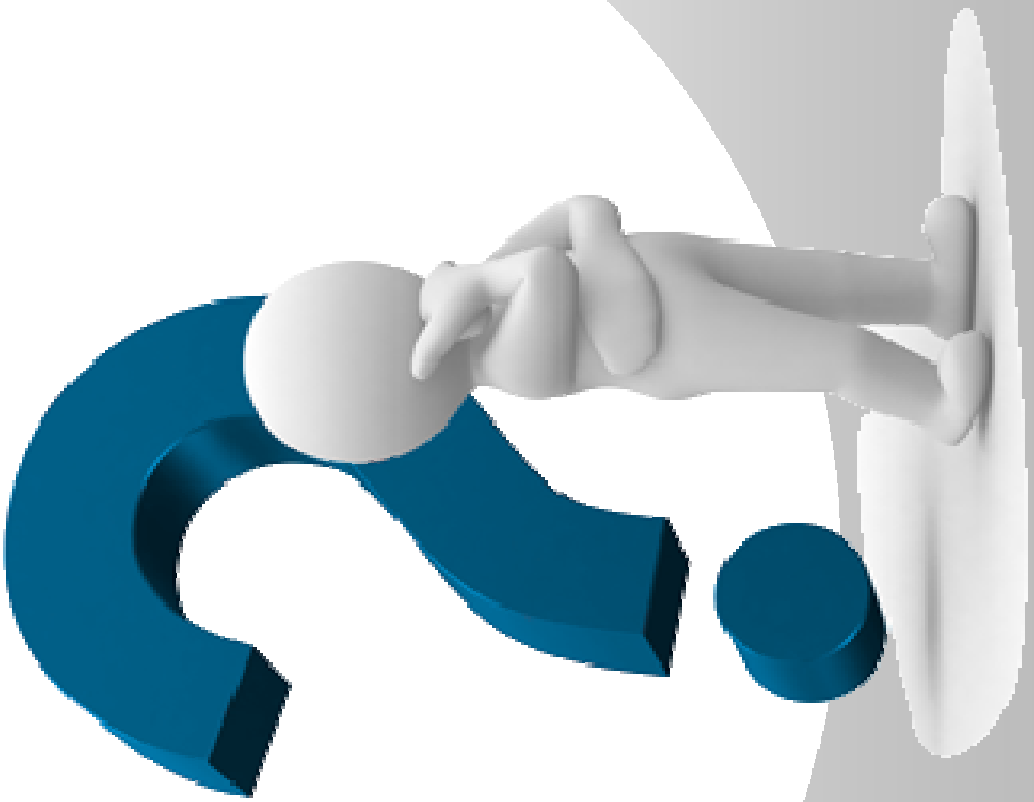
MOTIVO DE CONSULTA

- **Asintomático (16/03/2011)**
- Solicitamos analítica de control anual de la HTA

FG > 60 ml/min/m²; Cr 0,99; GB 82; Na 141,3; K 4,12; CT 158.
Hb 14,6 g/dL; Hto 44,1%; VCM 88 fl; HCM 29,3 pg; CHCM 33,2g/dL;
Plaquetas 170 10E9/L, VPM 9,0 fL
Leucos 5,3 10E9/L (N 41,2%, L 39,3%, M 6,1%, EO 12,2%, B 1,2%)



EOSINÓFILOS ABSOLUTOS:
646 (26/04/2011)
637 (16/11/2009)



COPROPARÁSITOLÓGICO

- Solicitamos 3 muestras a días alternos
- 25/05/2011: UNO DE ELLOS POSITIVO PARA QUISTE DE ENDOLIMAX NANA



URGENCIAS HOSPITAL CLINIC

30/05/2011

INFORME CLÍNICO URGENCIAS / INFORME CLÍNIC URGÈNCIES

Antecedentes e historia previa / Antecedents i història prèvia

Antecedentes personales: Sin hábitos tóxicos. No alergias medicamentosas conocidas. 1.- HTA diagnosticada en 2007 2.- Episodis intermitents de DT atípic en 2007 pel que ha consultat en múltiples ocasiones a Urgències d e diversos centres, realitzant-se PE diagnòstica clínica i ECG negativa (13 METS). Natural de Pakistan (barrera idiomàtica).

Proceso actual / Procés actual

Refire desde hace 3-4 dias prurito anal sin otra sintomatologia acompañante.

Exploración física / Exploració física

Buen estado general. A nivel anal no se identifican lesiones.

Conclusiones / Conclusions

Prurito anal: se recomienda completar estudio ambulatorio (descartar oxiuros...) si persistencia.

Otras recomendaciones / Altres recomanacions

Médico de familia

SERVICIO DE MEDICINA TROPICAL Y SALUD INTERNACIONAL. HOSPITAL CLINIC

02/06/2011

- Prurito anal + eosinofilia (+- 600) + dolor abdominal+ 3 muestras de heces negativas

estació	Resultat	Unitat	Interv.de ref.
BIOQUÍMICA GENERAL			
Proteïna C reactiva (PCR)	0.02	mg/dL	(< 1.00
Glucosa	92	mg/dL	(65 - 110
Creatinina	0.78	mg/dL	(0.30 - 1.30
Filtrat glomerular calculat [CKD-EPI]	>60	ml/min	
colesterol total	137/B	mg/dL	(148 - 247
Triglicèrids	44/B	mg/dL	(50 - 150
Aspartat aminotransferasa (ASAT)	25	U/L	(5 - 40
Alanin aminotransferasa (ALAT)	25	U/L	(5 - 40
Gamma glutamil transpeptidasa (GGT)	12	UI/L	(5 - 40
Bilirrubina total	0.5	mg/dL	(0.2 - 1.2
Bilirrubina directa	0.2	mg/dL	(< 0.6
Bilirrubina indirecta	0.3	mg/dL	(< 0.6
Fosfatasa alcalina	131	U/L	(80 - 240
Lactat deshidrogenasa (LDH)	400	U/L	(250 - 450
Proteïnes totals	72	g/L	(63 - 80
Calcidi	141	mEq/L	(135 - 145
Aciditat tasi	4.1	mEq/L	(3.5 - 5.5

HEMATIMETRIA			
Recompte de leucòcits	7.42	10 ⁹ /L	(4.00 - 11.00)
Recompte d'hematies	4.82	10 ¹² /L	(3.90 - 5.50)
Concentració d'hemoglobina	139	g/L	(120 - 170)
Hematòcrit	0.420	L/L	(0.360 - 0.510)
VCM (Vol. corpusc. mitjana eritròcits)	86.6	fl	(80.0 - 100.0)
HCM (Hb corpusc. mitjana)	28.9	pg	(26.7 - 33.3)
CCMH (Concentr. corpusc. mitja Hb)	333	g/L	(310 - 350)
RDW (Reed Distribut. Width)	12.1	%	(10.5 - 17.2)
HDW (Hb Distribut. Width)	23.0	g/L	(22.7 - 28.1)
Hematies hipocromes [%]	1.0	%	(0.1 - 2.8)
Recompte plaquetes	213	10 ⁹ /L	(130 - 400)
VPM (Volum Plaquetari Mitjà)	7.8	fl	(6.2 - 11.0)
Neutròfils % (analit.)	65.8	%	(45.0 - 75.0)
Limfòcits % (analit.)	24.7	%	(17.0 - 55.0)
Monòcits % (analit.)	3.4	%	(2.0 - 10.0)
Eosinòfils % (analit.)	3.9	%	(0.0 - 5.0)
Basòfils % (analit.)	0.4	%	(0.0 - 2.0)
LUC % (analit.)	1.9	%	(0.0 - 4.0)
Neutròfils abs. (analit.)	4.9	10 ⁹ /L	(2.5 - 7.0)
Limfòcits abs. (analit.)	1.8	10 ⁹ /L	(0.9 - 4.5)
Monòcits abs. (analit.)	0.2	10 ⁹ /L	(0.1 - 1.0)
Eosinòfils abs. (analit.)	0.3	10 ⁹ /L	(0.0 - 0.5)
Basòfils abs. (analit.)	0.0	10 ⁹ /L	(0.0 - 0.2)
LUC abs. (analit.)	0.1	10 ⁹ /L	(< 4.0)
VIROLOGIA			
Antigen superfície v.hepatitis B	Negatiu		
IgG ag superfície VHB. Quantitatiu	118.74	UI/L	
IgG antigen core v.hepatitis B	Negatiu		
IgG v.hepatitis C	Negatiu		
Ac v.immunodeficiencia humana 1/2	Negatiu		200.00 - 1100.00

06/2011

estació	Resultat	Unitat	Interv.de ref.
BACTERIOLOGIA			
ova reagínica lues. VDRL	Negatiu		
IgG anti T.pallidum (ELISA): sèrum	Negatiu		
PARASITOLOGIA			
Fasciola hepatica	Negatiu		
Echinococcus	Negatiu		
Schistosoma	Negatiu		
IgG anti-Toxocara canis, sèrum	Negatiu		
AL·LÈRGENS ESPECÍFICS			
E total; sèrum	41.00	kU/L	(< 100.00

02/06/2011

Serologia *strongyloides*: Negativa



BIOLOGIA

MOSTRA: Femta - 60411224720501

Data recepció: 17/06/2011, 10:10:24

Estudi de paràsits

S'observen ous de **Trichostrongylus spp**

MICROBIOLOGIA

MOSTRA: Femta - 60411224720401

Data recepció: 20/06/2011, 11:44:47

Estudi de paràsits

1 ?

S'observen ous de **Trichostrongylus spp.**

MICROBIOLOGIA

MOSTRA: Femta - 60411225462901

Data recepció: 11/08/2011, 13:08:31

Estudi de paràsits

1 ?

Se observan larvas de **Trychostrongylus spp.**

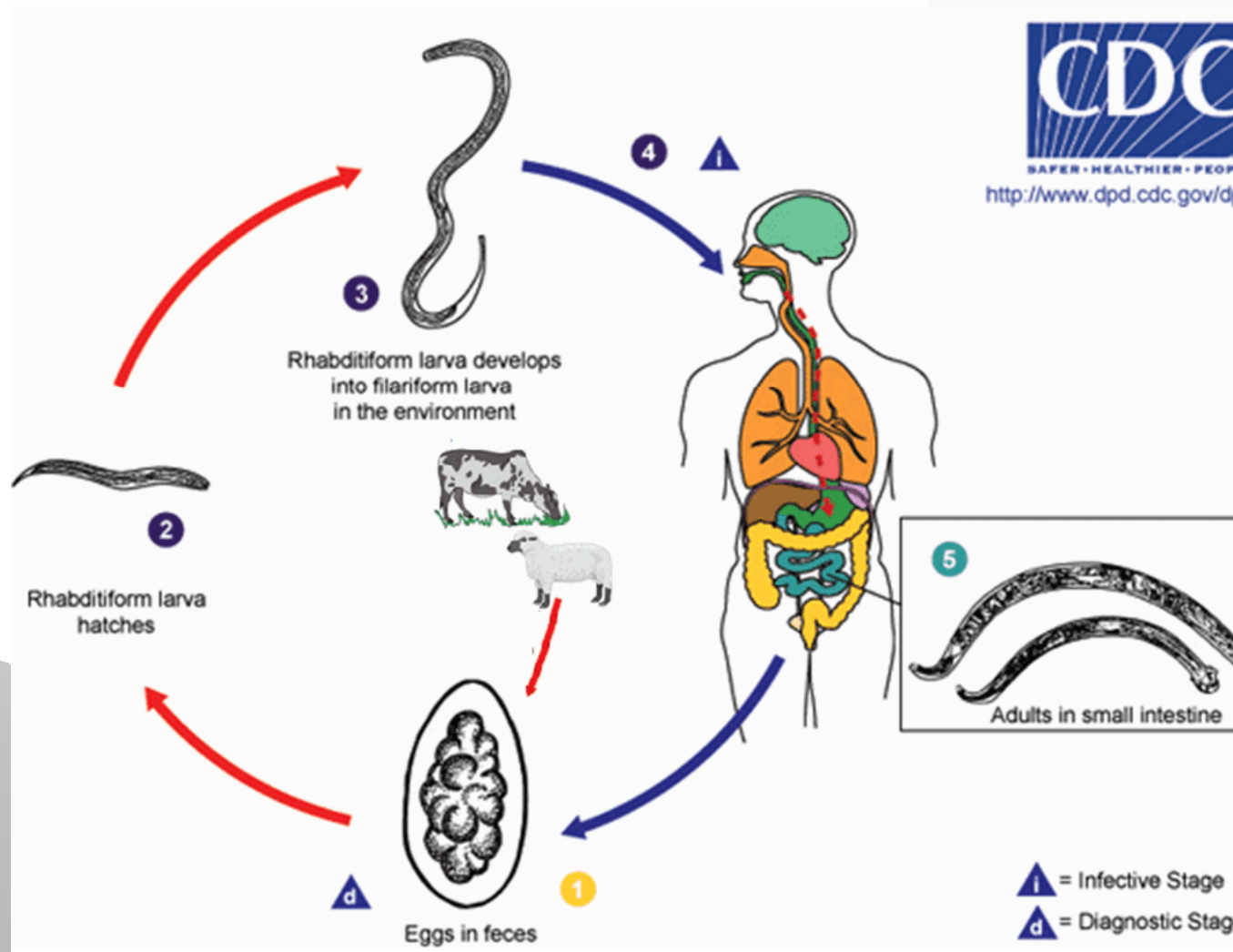
TRICHOSTRONGYLUS SP.

El ciclo comienza con la infección de mamíferos herbívoros (huésped definitivo).

Estos herbívoros eliminan huevos a través de sus heces que eclosionan larvas rhabdiformes por varios días, más tarde éstas larvas se convierten en larvas **filariiformes (formas infectivas)**

La infección es transmitida a los humanos por ingestión de estas larvas, las cuales maduran a adultos en el intestino delgado.

La tricostromylosis es transmitida por ingestión de verduras sin lavar y ocasionalmente, puede venir de la penetración directa de la larva en la piel.



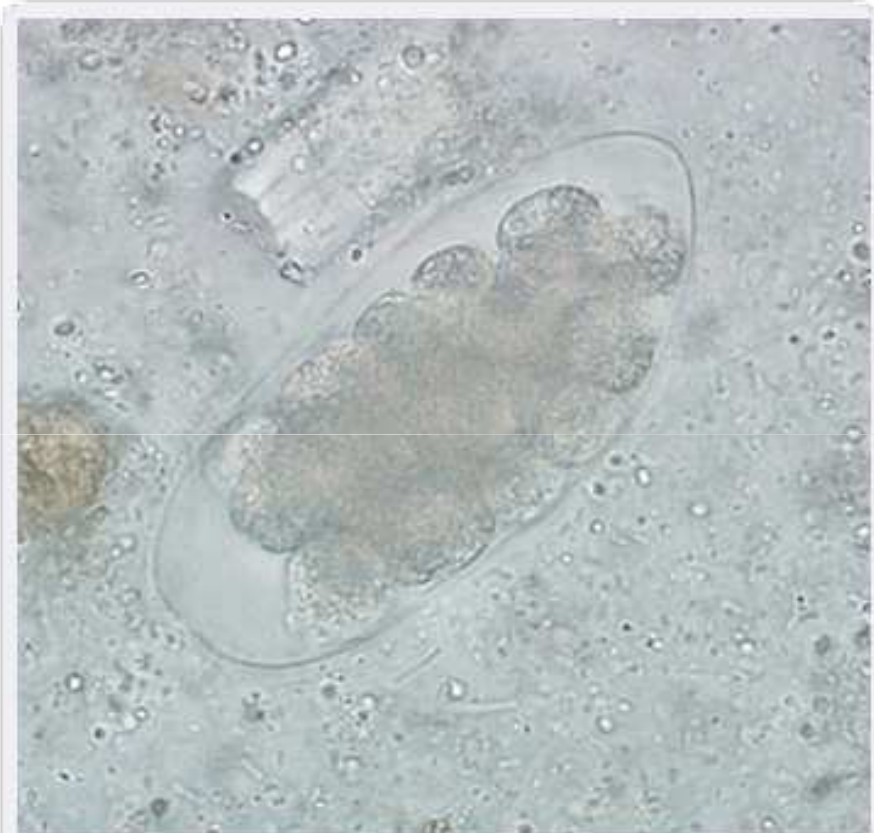
TRICHOSTRONGYLUS SP.

Clínica: La mayoría de las infecciones son asintomáticas.

En el contexto de infestación importante puede provocar dolor abdominal, diarrea, síndrome de malabsorción e incluso anemia.

Eosinofilia periférica

Diagnóstico: Identificación de los huevos característicos en las heces (evidencia de infección importante). Puesto que los huevos pueden ser difíciles de encontrar en infecciones leves, se recomienda un procedimiento de concentración o flotación.



Egg of *Trichostrongylus* sp. in an unstained wet mount of stool. Image courtesy of the Indiana State Department of Health.

TRICHOSTRONGYLUS SP.

Albendazol, 400mg/día por 4 días

Alternativa: Ivermectina en monodosis



CONCLUSIONES

- Los parásitos intestinales pueden provocar eosinofilia asintomática
- Esta eosinofilia puede ser fluctuante
- Estudios parasitológicos salgan negativos.....

REPETIR !!!

