

# CASO CLÍNICO

**Simposi de Salut**

**Internacional**

**a l'Atenció Primària**

10 de mayo de 2013

Edelweiss Aldasoro



Hospital Clínic - Universitat de Barcelona

El centro de investigación de:

**ISGlobal** Instituto de  
Salud Global  
Barcelona

- Mujer de 42 años
- Originaria del norte de Argentina (Salta)
- Vive en España desde 2003

## ANTECEDENTES PERSONALES

- No alergias medicamentosas
- No factores de riesgo cardiovascular
- No tratamiento habitual



## - España

- Trabaja como interna en una casa
- Sin hábitos tóxicos
- Vida sedentaria

## - País de origen (Argentina)

- Madre originaria de Salta
- Vivió en zona rural, en casas de adobe
- Animales domésticos



## CUADRO ACTUAL

- Poliartritis inflamatoria, simétrica, sobre todo en ambas manos, con rigidez matutina. Segundo brote en 6 meses.

- Valorada por Reumatología:

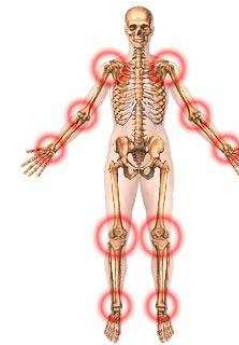
- En tratamiento con AINE

- Diagnosticada de **Artritis Reumatoide**

- Planteamiento Reumatología

- Tratamiento inmunomodulador

- Posibles tratamientos futuros:



- Corticoides
      - **Inmunosupresores**
      - Biológicos

- Solicitado cribaje de: VIH, VHB, VHC, tuberculosis
- Pte de vacunaciones según resultados

# APORTA ANALÍTICA

(realizada antes de la toma de AINE, entre brotes)

BIOQUÍMICA: función renal normal, batería hepática normal

HEMOGRAMA: **Eosinofilia 1800/mm<sup>3</sup>** Resto normal

AUTOINMUNIDAD: FR +, antiCCP +

## ¿Qué vamos a pensar nosotros? ¿Tenemos algo que aportar?

-No, el reumatólogo le está llevando muy bien y lo dejo en sus manos.

-Creo que el cribaje que se ha hecho es correcto pero se debería ampliar para cubrir otras enfermedades.

## ¿Qué vamos a pensar nosotros? ¿Tenemos algo que aportar?

-No, el reumatólogo le está llevando muy bien y lo dejo en sus manos.

-Creo que el cribaje que se ha hecho es correcto pero se debería ampliar para cubrir otras enfermedades.

## Vacunas y actividades preventivas en pacientes con artritis inflamatorias

J.L. Casals-Sánchez<sup>a,\*</sup>, C. Casals Vázquez<sup>b</sup>, M.Á. Vázquez Sánchez<sup>c</sup>  
y S. Giménez Basallote<sup>d</sup> **Semergen. 2013;**

El centro de investigación de:

TB

VHB

Gripe

Neumococo

Tétanos

**Tabla 1** Medidas preventivas realizables desde atención primaria en pacientes con artritis inflamatorias (artritis reumatoide, artritis psoriásica y otras espondiloartritis)

Valoración del riesgo cardiovascular	Anual. Actuación según guías clínicas, siendo estrictos en la consecución de los objetivos establecidos
Cribado del cáncer ginecológico (citología, mamografía periódicas)	Según protocolos del centro <sup>3</sup> . Recomendable antes de iniciar tratamiento inmunosupresor, y mantener en el programa de cribado mientras dure el tratamiento
Valoración de la infección tuberculosa latente (Mantoux)	Recomendable en el momento del diagnóstico. Obligatoria antes de iniciar tratamiento inmunosupresor. Ante un Mantoux positivo (mayor de 5 mm) realizar quimioprofilaxis
Vacunación antihepatitis B	Valorar el riesgo de exposición según protocolos del centro. Recomendable antes de iniciar tratamiento inmunosupresor
Vacunación antigripal	Anual
Vacunación antineumocócica	Una única dosis de vacuna conjugada en mayores de 50 años En menores de 50 años se puede valorar la administración de la vacuna de 23 polisacáridos, si el paciente va a iniciar tratamiento inmunosupresor, especialmente si hay otros factores de riesgo (tabaquismo, EPOC)
Vacunación antitetánica-antipertussis	Según protocolo <sup>b</sup> . Si han pasado 10 o más años desde la última dosis, o el paciente tiene entre 50 y 65 años, administrar una nueva dosis
Otras vacunas	Se podría valorar la vacunación anti-varicela/herpes zóster antes de iniciar tratamiento inmunosupresor, contraindicado una vez iniciado este (no comercializada en España) Con tratamiento inmunosupresor contraindicadas las vacunas de virus atenuados: <u>triple vírica, polio oral (precaución al vacunar a convivientes), fiebre amarilla, rotavirus, fiebre tifoidea oral y BCG</u> No hay datos para modificar las pautas de vacunación ante virus del papiloma, meningococo C o Haemophilus influenzae. Tener en cuenta que estas vacunas pueden ser menos eficaces una vez iniciado un tratamiento inmunosupresor
Consejos de estilo de vida	Abstención de tabaco, hábitos cardiosaludables, protección solar adecuada. De forma oportunista o según protocolos del centro

<sup>a</sup> Dados los diferentes protocolos existentes no consideramos adecuados establecer las edades de entrada y salida del programa o la periodicidad de las pruebas.

<sup>b</sup> [http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/TetanosDifteria\\_2009.pdf](http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/TetanosDifteria_2009.pdf)

### Principales características de algunas de las vacunas disponibles en España y su recomendación en caso de uso de la terapia biológica

Vacuna	Clasificación microbiológica	Principio activo	Recomendación*
Varicela	Microorganismo vivo atenuado	Virus varicela atenuados, cepa Oka	Contraindicada
Parotiditis, rubéola, sarampión	Microorganismo vivo atenuado	Virus parotiditis atenuados, virus rubéola atenuados, virus sarampión atenuados	Contraindicada
Fiebre amarilla ←	Microorganismo vivo atenuado	Virus fiebre amarilla, cepa 17D-2004	Contraindicada
Fiebre tifoidea	Microorganismo vivo atenuado	<i>Salmonella typhi</i> atenuados, cepa Ty21a	Contraindicada
Poliomelitis	Polisacáridos simples	<i>Salmonella typhi</i> , PSC Vi	Posible
Gripe	Microorganismos inactivados	Poliovirus inactivados 1,2,3	Posible
Gripe A (H1N1)	Microorganismos fraccionados	Virus (V) gripe fraccionados	Recomendada
Haemofilus Influenza B	Subunidades	Ags superficie H y N del v gripal	Posible
Hepatitis A	Conjugada	Virus gripe Ags superficie PRP-TT	Posible
Hepatitis B	Microorganismos inactivados	Virus hepatitis A inactivados	Posible
Papilomavirus humano (VPH)	Virosomas	Virus hepatitis A inactivados	Recomendada
Meningococo C	Recombinante	HBsAg recombinante	Posible
Neumococo	Recombinante	Proteínas L1 del VPH	Posible
	Conjugada	PSC de-O-acetilado MC	Recomendada
	Polisacáridos simples	PSC neumococo 23-V	
	Conjugada	Sacáridos neumococo-CRM197	
	Conjugada	Proteína D, PSC neumococos	
Difteria	Toxoide	Toxoide diftérico tipo adulto	Posible
Tétanos	Toxoide	Toxoide tetánico	Posible
Tos ferina	Toxoide	Toxoide pertúsico	Posible

Consenso SER sobre la gestión de riesgo del tratamiento con terapias biológicas en pacientes con enfermedades reumáticas

Reumatol Clin. 2011

# INMUNOSUPRESIÓN

## CRIBAJE

- Virus
- Bacterias
- Hongos
- Parásitos**

## PROFILAXIS

- Vacunas inactivas
- Vacunas vivas o atenuadas

## En nuestro paciente, ¿qué prueba solicitaríais?

- Serología T. cruzi
- Serología Strongyloides stercolaris
- Serología de Schistosoma
- Parásitos en heces x2
- Gastroscofia con biopsia

## En nuestro paciente, ¿qué prueba solicitaríais?

-Serología T. cruzi

-Serología Strongyloides stercoralis

-Serología de Schistosoma → No ha estado expuesta

-Parásitos en heces x2

-Gastroscofia con biopsia → Excesivo

# INMUNOSUPRESIÓN

## CRIBAJE

- Virus HTLV-1
- Bacterias TB
- Hongos H. endémicos
- Parásitos**
  - Leishmania
  - Schistosoma
  - T. cruzi**
  - Strongyloides**

## PROFILAXIS

- Vacunas inactivas
- - Vacunas vivas o atenuadas

## RESULTADOS

- Serología *T. cruzi*: negativa
- Serología *Strongyloides stercoralis*: positiva
- Parásitos en heces: en 1 de 2 muestras



**Presencia de larvas de *S. stercoralis***

## ¿Qué **NO** es cierto de las siguientes afirmaciones?

- La principal vía de transmisión es transcutánea
- La mayoría de las personas infectadas están asintomáticas
- El parásito tiene una vida media de unos 5 años. Por lo tanto, en personas que viven fuera de zona endémica durante mucho tiempo, no tienen la infección.
- En situación de inmunosupresión pueden provocar una infección muy grave con mortalidad muy alta.

¿Qué **NO** es cierto de las siguientes afirmaciones?

-La principal vía de transmisión es transcutánea



Fotos: «Descalzo en los Cinco Reinos». Pilar Ana Tdlosana Artola

## ¿Qué **NO** es cierto de las siguientes afirmaciones?

- La principal vía de transmisión es transcutánea
- La mayoría de las personas infectadas están asintomáticas

## ¿Qué **NO** es cierto de las siguientes afirmaciones?

-La principal vía de transmisión es transcutánea

**-La mayoría de las personas infectadas están asintomáticas**



-El parásito tiene una vida media de unos 5 años. Por lo tanto, en personas que viven fuera de zona endémica durante mucho tiempo, no tienen la infección.

-En situación de inmunosupresión pueden provocar una infección muy grave con mortalidad muy alta.

## ¿Qué **NO** es cierto de las siguientes afirmaciones?

- La principal vía de transmisión es transcutánea
- La mayoría de las personas infectadas están asintomáticas
- El parásito tiene una vida media de unos 5 años. Por lo tanto, en personas que viven fuera de zona endémica durante mucho tiempo, no tienen la infección.

## ¿Qué **NO** es cierto de las siguientes afirmaciones?

-La principal vía de transmisión es transcutánea

-La mayoría de las personas infectadas están asintomáticas

-El parásito tiene una vida media de unos 5 años. Por lo tanto, en personas que viven fuera de zona endémica durante mucho tiempo, no tienen la infección.



-En situación de inmunosupresión pueden provocar una infección muy grave con mortalidad muy alta.

**¡¡Autoinfección!!**

## ¿Qué **NO** es cierto de las siguientes afirmaciones?

- La principal vía de transmisión es transcutánea
- La mayoría de las personas infectadas están asintomáticas
- El parásito tiene una vida media de unos 5 años. Por lo tanto, en personas que viven fuera de zona endémica durante mucho tiempo, no tienen la infección.
- En situación de inmunosupresión pueden provocar una infección muy grave con mortalidad muy alta.

## ¿Qué **NO** es cierto de las siguientes afirmaciones?

- La principal vía de transmisión es transcutánea
- La mayoría de las personas infectadas están asintomáticas
- El parásito tiene una vida media de unos 5 años. Por lo tanto, en personas que viven fuera de zona endémica durante mucho tiempo, no tienen la infección.
- En situación de inmunosupresión pueden provocar una infección muy grave con mortalidad muy alta.**



## ¿Qué **NO** es cierto de las siguientes afirmaciones?

-La principal vía de transmisión es transcutánea



-La mayoría de las personas infectadas están asintomáticas

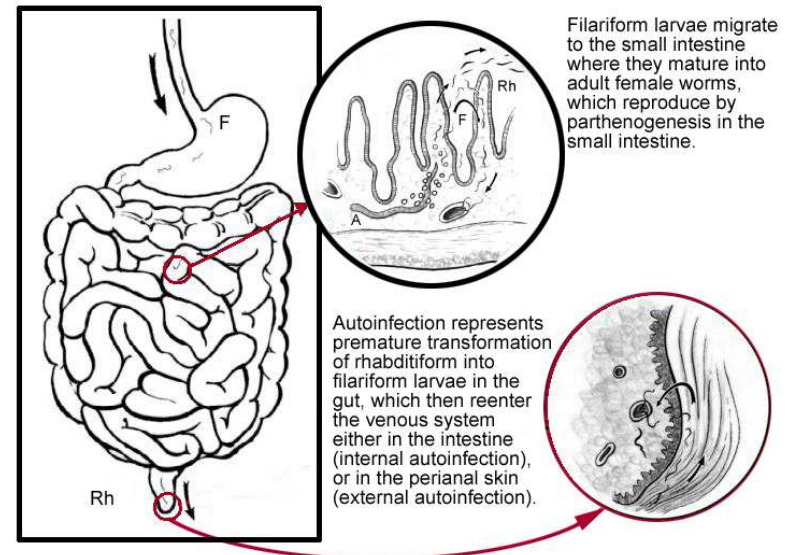
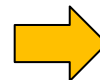
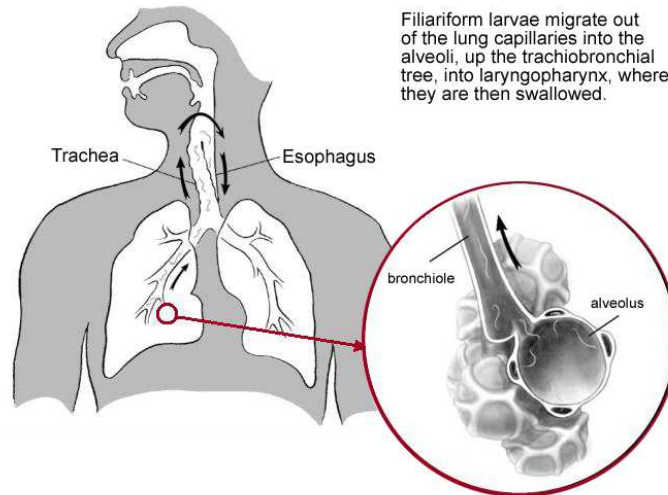
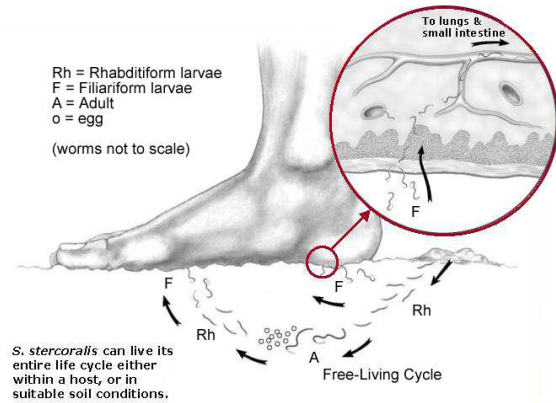


-El parásito tiene una vida media de unos 5 años. Por lo tanto, en personas que viven fuera de zona endémica durante mucho tiempo, no tienen la infección.



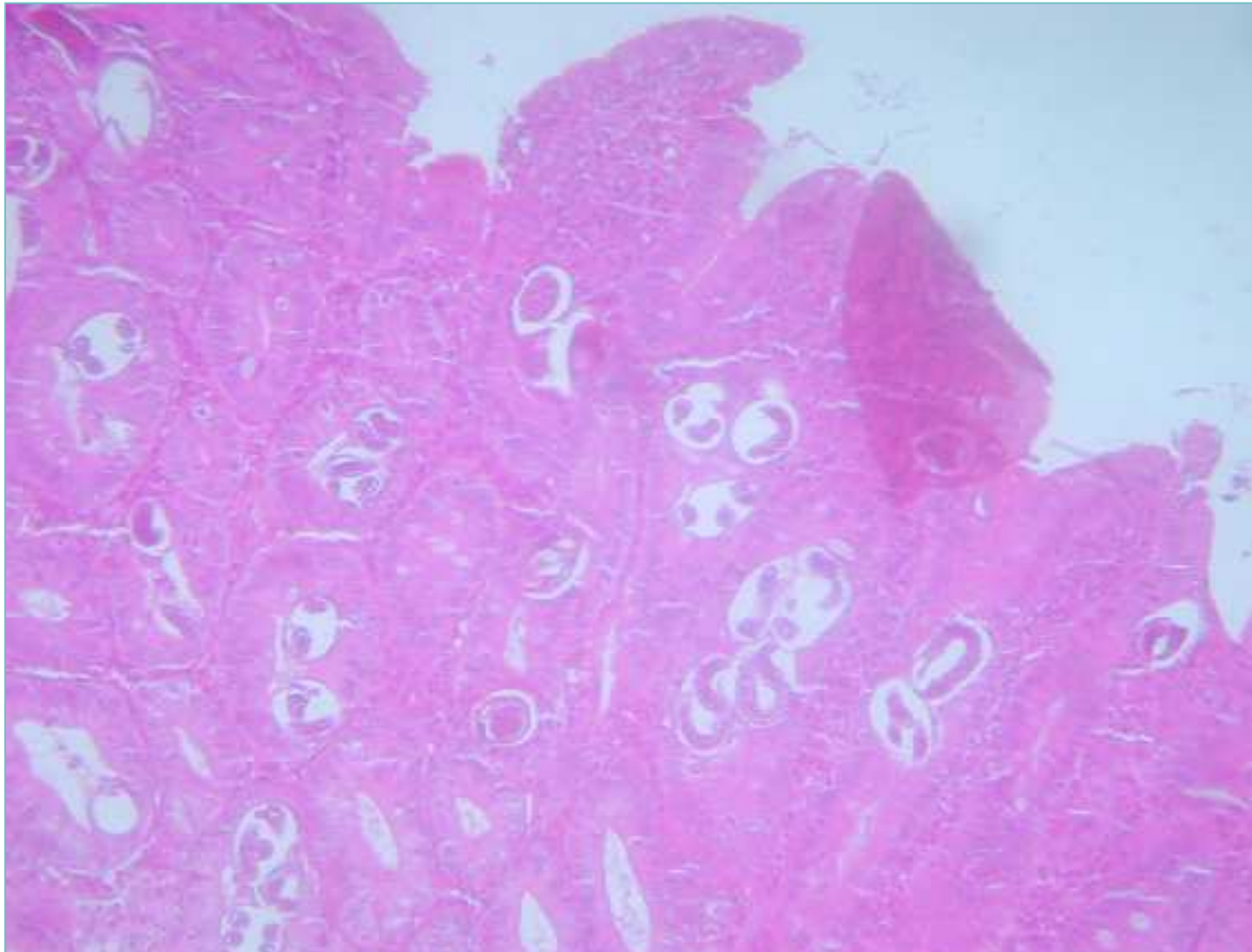
-En situación de inmunosupresión pueden provocar una infección muy grave con mortalidad muy alta.

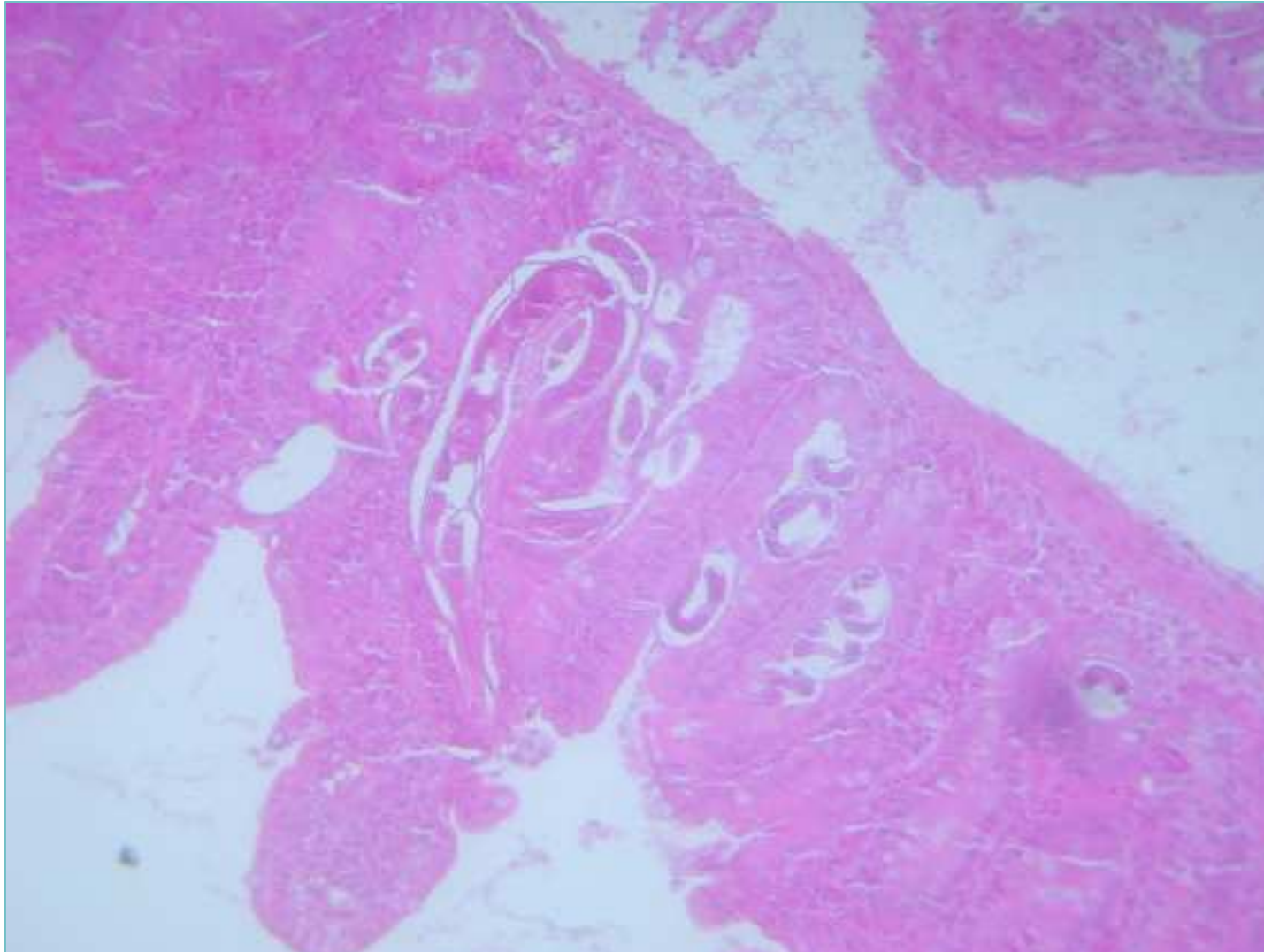




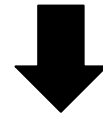
## Ciclo vital

# Strongyloides stercoralis

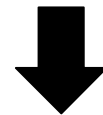




**Inmunosupresión**



**Síndrome de hiperinfestación por *S. Stercolaris***



**Mortalidad: 50-86%**

Manifestations, diagnosis and treatment of Strongyloides stercoralis infection

Segarra Newnham. Annals of Pharmacotherapy 2007

## ¿Qué **NO** es verdad en relación al diagnóstico y tratamiento?

- La serología es sensible, pero poco específica
- El estudio en heces es muy poco sensible
- La presencia de las larvas en heces confirma el diagnóstico
- El fármaco de elección para el tratamiento es Ivermectina
- La Ivermectina se puede comprar en las farmacias

## ¿Qué **NO** es verdad en relación al diagnóstico y tratamiento?

**-La serología es sensible, pero poco específica**

-El estudio en heces es muy poco sensible

-La presencia de las larvas en heces confirma el diagnóstico

-El fármaco de elección para el tratamiento es Ivermectina

-La Ivermectina se puede comprar en las farmacias

## ¿Qué **NO** es verdad en relación al diagnóstico y tratamiento?

-La serología es sensible, pero poco específica

-El estudio en heces es muy poco sensible

-La presencia de las larvas en heces confirma el diagnóstico

-El fármaco de elección para el tratamiento es Ivermectina

-La Ivermectina se puede comprar en las farmacias

¿Qué **NO** es verdad en relación al diagnóstico y tratamiento?

-La serología es sensible, pero poco específica

-El estudio en heces es muy poco sensible

-La presencia de las larvas en heces confirma el diagnóstico

-El fármaco de elección para el tratamiento es Ivermectina

-La Ivermectina se puede comprar en las farmacias

## ¿Qué **NO** es verdad en relación al diagnóstico y tratamiento?

- La serología es sensible, pero poco específica
- El estudio en heces es muy poco sensible
- La presencia de las larvas en heces confirma el diagnóstico
- El fármaco de elección para el tratamiento es Ivermectina
- La Ivermectina se puede comprar en las farmacias

## ¿Qué **NO** es verdad en relación al diagnóstico y tratamiento?

- La serología es sensible, pero poco específica
- El estudio en heces es muy poco sensible
- La presencia de las larvas en heces confirma el diagnóstico
- El fármaco de elección para el tratamiento es Ivermectina
- La Ivermectina se puede comprar en las farmacias

**Medicación extranjera: farmacia hospitalaria**

## *Strongyloides stercoralis*

	Technique	Sensitivity	Specificity
<b>Parasitological methods</b>	Direct exam	--	++++
	FECT	+	++++
	Baermann technique	++	++++
	Agar plate culture	++	++++
	Filter culture	+	++++
<b>Serology</b>	IFAT	++++	+
	ELISA	++++	+
	WB	++++	+
	LIPS	++++	+++
<b>PCR</b>	18S rRNA, 28SrRNA	++	++++
<b>Coproantigen</b>	ELISA	?	?

## TRATAMIENTO

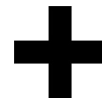
**Ivermectina 200  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{día}$  durante 2 días**

(comprimidos de 6mg)

## IMPORTANCIA DEL CRIBAJE

Epidemiología compatible

- Origen
- Viajes



**Inmunodeprimido**

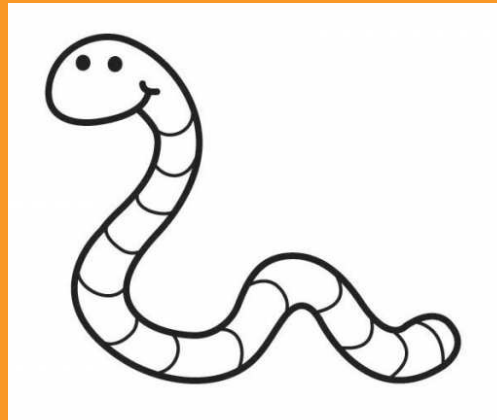


**Eosinofilia**



Asintomáticos  
Sin eosinofilia

¡¡¡Gracias!!!



Hospital Clínic - Universitat de Barcelona

El centro de investigación de:

**ISGlobal** Instituto de  
Salud Global  
Barcelona