

KASMER. Vol. 20 (1-4) 1992
Universidad del Zulia
Facultad de Medicina
Maracaibo - Venezuela

**ISOSPORIASIS COMO PRIMERA INFECCION OPORTUNISTA
EN UN PACIENTE CON INFECCION POR VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

REPORTE DE UN CASO

**ISOSPORIASIS FIRST OPORTUNIST INFECTION IN A PATIENT
WITH HUMAN INMUNODEFICIENCY VIRUS**

REPORT OF A CASE

*Wintila R. de Heredia**
*Belinda Calvo M.***

RESUMEN

Se presenta un caso de un paciente masculino, bisexual, con diarrea crónica intermitente, a quien por esta sintomatología, se investiga para infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, resultando

****Profesora de la Cátedra de Pasantía de Parasitología. Escuela de Bioanálisis. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia.**

**** Profesora de la Cátedra de Patología Tropical. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina. L.U.Z. Apdo. Postal 526, C.P. 4011. Maracaibo, Venezuela.**

positivo por las técnicas de ELISA y WESTERN BLOTT; y diagnoscándosele Isosporiasis, después de varios exámenes copro-parasitológicos. El paciente fue tratado con trimetoprim-sulfametoxazole, observándose recurrencia de su sintomatología.

PALABRAS CLAVES:

Isospora belli, Isosporiasis, SIDA.

ABSTRACT

A case of a 38 years old, bisexual man, with chronic watery diarrhea, is reported. He was investigated, by ELISA and WESTERN BLOTT test, for immunodeficiency human virus infection; and the results were positive. Several parasitologic examinations of fresh stool specimen were done and *Isospora belli* was recognized on the last examinations. He was treated with trimethoprim-sulfamethoxazole, and the following of the patient demostred recurrence of his clinic symptoms.

KEY WORDS:

Isospora belli, Isosporiasis, AIDS.

INTRODUCCION

Isospora belli es un coccidio cuya prevalencia en humanos no se conoce bien, aunque parece ser más frecuente en climas tropicales y subtropicales; es endémico en Africa y sur-este de Asia. En Estados Unidos ha sido asociado a brotes de diarrea institucionales.⁷ En relación a su transmisión no hay evidencias que la *Isospora* humana, *I. belli*, sea capaz de infectar huéspedes no humanos.⁴

Según la clasificación actual de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) del Centro para el Control de Enfermedades (CDC), Isosporiasis es causa de infección oportunista asociada a SIDA.¹ En los pacientes con el Síndrome, *I. belli* produce diarrea acuosa crónica y pérdida de peso; ha sido reportada en 15% de pacientes con SIDA en Haití,³ y en menos del 0.2% de pacientes con dicho síndrome en los Estados Unidos.⁷ En esta comunicación se presenta un caso de Isospor-

riasis en un paciente con SIDA, residiendo en el Estado Zulia/Venezuela en donde esa protozoosis no es causa común de diarrea.

REPORTE DEL CASO

Paciente de sexo masculino de 38 años de edad, bisexual, de ocupación técnico mecánico y procedente del Municipio Cabimas, Estado Zulia, quien presentaba diarrea crónica intermitente de 8 meses de evolución, y con diagnóstico de infección por VIH desde hacía 6 meses, motivo por el cual es atendido en la consulta de Infección VIH/SIDA de la Unidad Regional de Inmunología Clínica del Hospital General del Sur de Maracaibo, en donde le es solicitado exámenes coproparasitológicos, incluyendo la coloración ácido-alcohol resistente de Ziehl-Neelsen modificada, además de cultivos para bacterias y hongos. Todos estos exámenes resultaron negativos, excepto un examen de heces directo en el que se observaron quistes de *Entamoeba histolytica*, sin embargo, a pesar de tratamiento antiamebiano el paciente persistía con la diarrea. Se continúan los estudios coproparasitológicos (en total: 8) observándose ooquistes inmaduros de *I. belli* en el examen directo de las 7ma. y 8va. muestras (Fig. N° 1). Frotis del examen al fresco fueron sellados con parafina líquida, a fin de preservar la preparación, encontrándose al día siguiente ooquistes maduros (Fig. 2).

El cuadro clínico para el momento del diagnóstico se caracterizó por: diarrea acuosa sin moco ni sangre, con 6 a 7 evacuaciones diarias y fiebre no cuantificada, de baja intensidad. El paciente negó náuseas, vómitos y dolor abdominal.

El tratamiento seleccionado fue Trimetoprin (160 mg.) y Sulfametoxazole (800 mg)-TMP-SMX- cuatro veces al día durante 10 días, luego dos veces por semana como profilaxia. El paciente se recuperó a las 48 horas de comenzar el tratamiento y en el examen coproparasitológico después de 10 días de tratamiento no se observaron ooquistes de *I. belli*. A la cuarta semana del esquema profiláctico el paciente presentó un nuevo episodio de diarrea cuyas características fueron similares a las antes descritas, decidió automedicarse con el esquema terapéutico referido, recuperándose nuevamente en un período de dos días. En el examen de heces cinco días después de iniciar este segundo ciclo, no se observaron ooquistes de *I. belli*.

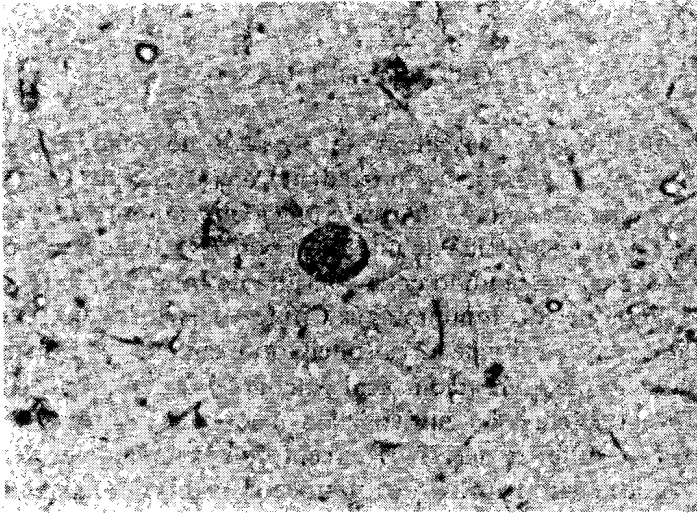


Figura N° 1. Ooquiste inmaduro de *Isospora belli*.

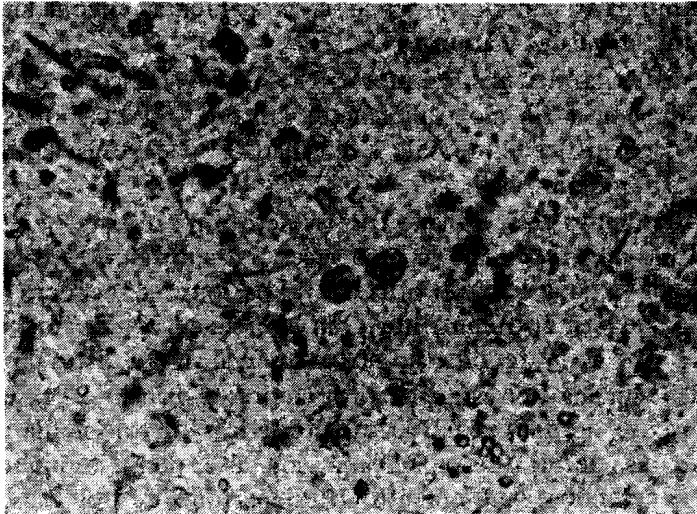


Figura N° 2. Ooquiste maduro de *Isospora belli*.

DISCUSION

Diarrea en pacientes con infección por VIH/SIDA es una de las causas más comunes de consulta.⁷ *I. belli* además de presentar una prevalencia más alta en pacientes de Haití con SIDA, que en los pacientes con este síndrome en Estados Unidos, puede presentarse entre haitianos como la primera infección oportunista,³ esto coincide con el caso reportado por nosotros el cual también representa el primer hallazgo de este coccidio en nuestra casuística de pacientes con infección por VIH/SIDA.

Según Pape, Verdier & Johnson⁵: 1989 el número óptimo de exámenes requeridos para confirmar la ausencia de protozoarios coccidios no ha sido precisado, sin embargo, se ha sugerido que un mínimo de 4 exámenes deben ser realizados en pacientes con SIDA y diarrea crónica. Los mismos autores refieren que en el 77% de su casuística de coccidios, el diagnóstico se hizo con los dos primeros exámenes de heces, el resto (33%) requirió dos exámenes adicionales; el caso por nosotros reportado requirió varios exámenes de heces (siete) antes de su diagnóstico parasitológico.

El diagnóstico puede sospecharse por la presencia de eosinofilia periférica y cristales de Charcot-Leyden en heces.⁶⁻⁷

La clínica, evolución y respuesta terapéutica al TMP-SMX, fue similar a la presentada en otros reportes de SIDA e Isosporiasis.³⁻⁵

Recurrencias son frecuentes en estos pacientes, por ello se sugieren regímenes profilácticos usando Pirimetamina (25 mg) más Sulfadoxina (500 mg.) semanalmente; TMP-SMX (160 mg-800 mg) tres veces por semana hasta 16 semanas, sin recurrencia de Isosporiasis sintomática.⁵ Profilaxia con TMP-SMX (160 mg-800 mg) dos veces al día durante tres semanas señalada por otros autores,²⁻³ han determinado una recurrencia sintomática del 47%.³ Estos resultados indican que esquemas profilácticos deben ser aplicados después del tratamiento de Isosporiasis en pacientes con SIDA, los mismos deben ser prolongados. En pacientes con alergias a sulfonamidas ha sido reportada la Pirimetamina como una alternativa razonable para tratamiento y profilaxis de Isosporiasis en pacientes con el Síndrome.

El presente caso indica que debe investigarse *I. belli* en los pacientes con infección por VIH y diarrea crónica de nuestro medio, recordar que pueden ser necesarios varios exámenes coproparasitológicos para el diagnóstico de Isosporiasis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Classification System for Human T - lymphotropic virus type III/lymphadenopathy - associated virus infections. *Ann Intern. Med.* 1986; **105**: 234-7.
2. Drugs for parasitic infections. *The Medical Letter. Handbook of antimicrobial therapy.* 1988: 110-124.
3. DE HOVITZ, J.A.; Pape, J. W.; Boncy, M.; Johnson Jr. W. Clinical manifestations and therapy of *Isospora belli* infection in patients with the acquired immunodeficiency syndrome, *New Engl. J. Med.* 1986; **315**: 87-90.
4. KIRKPATRICK, C.E. Animal Reservoirs of *Cryptosporidium* spp and *Isospora belli* *J. Infect. Dis.* 1988; **158**: 909.
5. PAPE, J.W.; Verdier, R.I.; Johnson Jr., W. Treatment and prophylaxis of *Isospora belli* infection in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *New Engl. J. Med.* 1989; **320**: 1044-7.
6. SOAVE, R. & Johnson Jr. W. *Cryptosporidium* and *Isospora belli* infections. *J. Infect. Dis.* 1988; **157**:225-9.
7. SOAVE, R. Cryptosporidiosis and Isosporiasis in patients with AIDS. *Infect Dis. Clin. Norh Am.* 1988; **2**:485-93.
8. WEISS, L.M.; PERLMAN, D.C.; Sherman, J.; Tanowitz, H.; Wittner, M. *Isospora belli* Infection: Treatmen with Pyrimethamine. *Ann Intern. Med.* 1988, **109**: 474-5.