

¿EXAMEN PARASITOLÓGICO DE HECES?

Antonio D'Alessandro, M.D., Ph. D.

Profesor Visitante, Facultad de Medicina Universidad del Valle.

El conocimiento de la epidemiología y la actualización de los tratamientos de las parasitosis debe estar al alcance de todos los médicos. Esto es particularmente cierto en zonas como Colombia, donde las parasitosis intestinales son sumamente frecuentes, sobre todo en los segmentos de la población que vive en condiciones sanitarias insatisfactorias y que visitan hospitales, centros de salud y otras instituciones oficiales.

Por estos motivos nos hemos preocupado en poner al alcance del cuerpo médico, actualizaciones sobre diagnóstico, interpretación de hallazgos de laboratorios, conducta a seguir y tipo de tratamiento aconsejable (D'Alessandro & González, Acta Méd Valle 1: 27-47, 1970; D'Alessandro, Acta Méd Valle 3: 117-122, 1972).

El diagnóstico de las parasitosis intestinales, tanto por helmintos como por protozoarios, debe basarse en la demostración de los mismos. En algunos pocos casos los helmintos se ven y diagnostican macroscópicamente, como fragmentos de las grandes tenias, los oxiuros y con menos frecuencia los ascaris y los tricocéfalos (en casos de infecciones masivas con prolapso rectal). Salvo en pocas ocasiones es posible realizar el diagnóstico clínico presuntivo de una determinada parasitosis e indicar un tratamiento pertinente. La mayoría de las infecciones, solo se diagnostican microscópicamente, demostrando la presencia de huevos, larvas, trofozoitos, quistes y ooquistes de los parásitos. En otras palabras, sin un diagnóstico parasitológico certero y completo es imposible realizar un tratamiento adecuado. El médico depende del laboratorista y por esto mismo el laboratorio debe ser eficiente y conciente de su responsabilidad.

La experiencia del que escribe esta nota, de 25 años de profesión y de contacto con colegas parasitólogos, laboratoristas y médicos le permite anotar algunas observaciones sobre la actitud de los médicos frente a los exámenes coproparasitológicos en pacientes con molestias gastrointestinales. Hay médicos que indican tratamiento antiparasitario, generalmente múltiple y repetido sin solicitar nunca un solo examen de materia fecal. Tal vez creen que el diagnóstico microscópico no es posible, sea por defecto del parásito o del observador y basan la terapia en su experiencia clínica. En el otro extremo están los médicos que siempre solicitan exámenes seriados y que aún cuando todos ellos resulten negativos indican tratamiento o tratamientos antiparasitarios de algún tipo. Entre estos extremos, afortunadamente hay un buen número de colegas que consideran que hay algunos parásitos patógenos o potencialmente patógenos y que por lo tanto deben ser tratados, pero basan su decisión principalmente en los informes de un laboratorio de confianza y probada responsabilidad y eficiencia.

Como el comportamiento humano, aun el de los médicos, generalmente obedece a experiencias vividas es interesante

indagar el origen de actitudes tan dispares como las mencionadas. Es probable que radique más frecuentemente en los laboratorios responsables de los diagnósticos coproparasitológicos que en el comportamiento de los parásitos.

Precisamente este editorial fue solicitado a raíz de la publicación en este número de Acta Médica del Valle de una evaluación de la eficiencia de los 44 laboratorios clínicos que realizan diagnósticos coproparasitológicos en la ciudad de Cali. El estudio es interesante e instructivo y creo que explica alguna de las actitudes médicas mencionadas arriba. Fue realizado por el parasitólogo Dr. Stephen Ayala, la experimentada laboratorista Carmen Elena de Sánchez y estudiantes de 4o. año de medicina de la Universidad del Valle.

Antes de comentar las conclusiones de este trabajo conviene recordar que generalmente hay una relación entre el número de ascaris, uncinarias y tricocéfalos presentes (a juzgar por el número de huevos en las heces) y la patología que producen o pueden producir en el hombre. Por lo tanto, es esencial no sólo saber si hay uncinarias o tricocéfalos pero también si hay pocos o muchos de ellos. Es necesario determinar la intensidad de la infección. Si bien esta información es también útil en la ascariasis, no varía la conducta terapéutica ya que es aconsejable eliminar todos estos grandes nematodos. En efecto, si se movilizan como resultado de fiebre u otras causas, aún unos pocos ascaris pueden originar problemas de la seriedad de un absceso hepático o una obstrucción coledociana.

En cambio en el caso de las otras dos parasitosis, uncinarias y tricocéfalos el tratamiento y su evaluación depende directamente del recuento de huevos por preparación (aproximadamente 2 mg de heces) que indica si la infección es leve, moderada o severa. La experiencia ha demostrado que las primeras no merecen ser tratadas ya que no producen patología, en cambio las moderadas y severas deben serlo. Además, el médico puede sentirse satisfecho si solo consigue transformar estos dos tipos de infección en leves. En efecto, la erradicación de todos los parásitos no es importante ni necesaria desde el punto de vista clínico y no justifica nuevos tratamientos, nuevos controles de heces, etc. con el consiguiente aumento de costo y pérdida de tiempo para el paciente, la institución y el médico. En el resto de las helmintiasis y protozoosis no se ha podido determinar la misma relación entre el número eliminado de elementos parasitarios y la importancia clínica de las mismas. Por lo tanto lo que se requiere para evaluar la necesidad del tratamiento es la presencia o ausencia de esas especies sin cuantificar su número.

Con estos conceptos básicos presentes volvamos al trabajo de Ayala y colaboradores para mencionar algunas de sus observaciones más importantes. La comparación de los resultados obtenidos por los 44 laboratorios clínicos, públicos y privados, que realizan exámenes coproparasitológicos en Cali, con los hallazgos del laboratorio de Parasitología de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle en las mismas muestras fecales indicaron lo siguiente:

a. Más de la mitad de los laboratorios no efectuaron

recuentos de huevos, es decir, que el resultado proporcionado al médico fue inservible. No hubo forma de decidir si había que tratar o no a las personas con uncinarias y tricocéfalos.

b. La forma de expresar la cuantificación realizada fue en muchas oportunidades solo subjetiva, sin indicar el número de huevos por preparación, que es la forma estandar aceptada.

c. Las infecciones leves fueron generalmente bien definidas, no así las moderadas y severas, es decir, aquellas que deberían haber sido tratadas de haberse informado correctamente. La explicación más lógica sugerida por Ayala y colaboradores es plausible. El examen de la preparación fue solo parcial y por lo tanto se subestimó el número real de huevos en la preparación.

d. Más de la mitad de las muestras positivas para los cinco parásitos potencialmente patógenos evaluados en el estudio (ascaris, uncinarias, tricocéfalos, giardias y *Entamoeba histolítica*) fueron informadas como negativas.

e. Tal vez lo más interesante del estudio fue demostrar la distribución de los falsos resultados positivos para estos mismos cinco parásitos: los diagnosticaron erróneamente en la tercera parte de las muestras negativas para cualquier tipo de parásito pero solamente en la décima parte de las muestras que presentaban algún tipo de parásito. En otras palabras, aparentemente la consigna subconciente en algunos laboratorios fue la de no defraudar al cliente y en demostrar que sí se vieron algunos parásitos.

Basados en estas observaciones objetivas sobre fallas frecuentes en los diagnósticos coproparasitológicos realizados en muchos de los laboratorios clínicos de la ciudad de Cali se entiende la actitud de alguno de los colegas extremistas mencionados al comienzo. Sin embargo, debo aclarar que no comparto el proceder mencionado es decir, indicar tratamiento antiparasitario sin usar el laboratorio o indicarlo

sistemáticamente, aun en pacientes con muestras negativas.

Entre todos, médicos, autoridades sanitarias, laboratoristas responsables y Universidad se debería establecer un sistema de control de calidad que acredite a los laboratorios no solo para realizar exámenes coproparasitológicos sino también otros estudios. Hasta que esto no se consiga no queda más remedio que utilizar solo los servicios de un laboratorio que haya demostrado honestidad y eficiencia reiterada y controlada. En el caso de instituciones públicas parece conveniente sugerir la asesoría de un parasitólogo con experiencia para que ayude a establecer ciertas pautas esenciales en el manejo de muestras. Por ejemplo, no se puede tratar a un paciente que tenga diarrea o disentería en el momento de la consulta en la misma forma que otros con solo molestias vagas. Darle a los primeros una cita para 10 días después para realizar un estudio coproparasitológico seriado es algo tan absurdo que raya en el sainete. Solicitar rutinariamente un estudio "seriado" a toda persona que consulte por algún trastorno gastrointestinal es atiborrar al más grande laboratorio con un número tan crecido de muestra que por simple falta de tiempo resulta imposible el examen serio de cada una, y el diagnóstico prácticamente se transforma en juego de azar.

No puedo terminar esta nota sin recordar el mejor diagnóstico que he realizado en mi vida. Fué consultado telefónicamente por un colega en Buenos Aires, Argentina por un paciente cuyo coproparasitológico indicaba *Giardia lamblia*, *Ascaris lumbricoides*, *Entamoeba histolytica* y *Clororchis-sinensis* (parásito desconocido en América). Luego de escucharlo atentamente le indiqué que yo era capaz de agregarle otro nombre a la lista: el del laboratorista que había informado la muestra. Mi colega quedó anonadado al confirmar mi diagnóstico y pidió una explicación ante este fenómeno. Contesté simplemente que era la tercera consulta de esa semana por la misma insólita asociación parasitaria. Los dos exámenes previos habían sido también realizados en el mismo laboratorio.