

Sesión de discusión de pósters A1: Enfermedades infecciosas importadas y emergentes, inmigración, casos clínicos

Auditorium, Facultad de Farmacia
Domingo 18 de Julio: 15.30-18.00

31.- Infección importada por Parvovirus B19

M. Martínez¹, I. Oliveira², M. Ribell², T. Pumarola¹, M. Corachán², J. Gascón²

¹Departamento de Microbiología y Parasitología, Hospital Clínic, Barcelona, España. ²Centro de Salud Internacional IDIBAPS, Hospital Clínic, Barcelona, España

El Parvovirus B19 es un virus icosaédrico sin envoltura, con un genoma ADN monocatenario. En 1975 fue identificado por primera vez como patógeno humano y desde entonces se le ha relacionado con una serie de patologías tales como exantema, artralgias, lesiones fetales, anemia aplásica, etc. El caso presentado es el de una mujer de 28 años sin antecedentes médicos de interés que acudió a urgencias de nuestro hospital al regreso de un viaje a Honduras de 4 meses de duración. La paciente no había tomado profilaxis contra la malaria y presentaba un cuadro de tres días de evolución con fiebre (39 °C), artromialgias y cefalea retroocular. A la exploración presentaba una erupción cutánea confluyente no pruriginosa en tronco y extremidades (respetando palmas y plantas). El signo del torniquete fue positivo y se objetivaron adenopatías retroauriculares. El resto de la exploración física no reveló ninguna anomalía. En la analítica de urgencias destacaba una leucopenia de 2.100 leucocitos/ml con la siguiente fórmula: 990 neutrófilos/ml, 350 linfocitos/ml, 280 basófilos/ml y 480 eosinófilos/ml. El resto de las series estaban conservadas. Existía una leve altera-

ción de las enzimas hepáticas (AST 55 UI/L, ALT 114 UI/L y GGT 66 UI/L) y la LDH, bilirrubina y FA presentaban valores dentro de la normalidad. La gota gruesa y la extensión así como los hemocultivos fueron negativos. La paciente permaneció ingresada durante 5 días hasta la completa resolución de los síntomas y normalización de la analítica. La serología para virus dengue (IgM e IgG) fue negativa tanto al ingreso como un mes más tarde. Del resto de pruebas diagnósticas realizadas al ingreso sólo los anticuerpos IgM contra Parvovirus B19 fueron positivos. La infección por este virus quedó confirmada cuando, en la muestra testada un mes más tarde, los anticuerpos IgG contra este virus también se positivizaron. Pensamos que es el primer caso documentado en nuestro país de infección importada por Parvovirus B19. Este virus presenta una amplia distribución mundial y es capaz de producir cuadros clínicos similares a otros virus como el dengue. Por ello, consideramos que pruebas para el Parvovirus B19 deben incluirse dentro de la batería diagnóstica ante un cuadro de fiebre y rash tras un viaje a zona tropical o subtropical.

32.- Diagnóstico de infecciones secundarias por dengue en viajeros

C. Domingo^{1a}, F. De Ory^{1b}, M. Cabrerizo^{1a}, J. Gascón², S. Puente³, R. López-Vélez⁴, N. Reyes^{1a}, I. Oliveira², J. de la Fuente^{1b}, M.P. Sánchez-Seco^{1a}, A. Tenorio^{1a}

¹Servicio de Microbiología Diagnóstica (°: Lab. Arbovirus y Enf. Víricas Importadas, °: Sección de Serología), Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda 28220, Madrid. ²Centro de Salud Internacional. Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

³S. Enfermedades Infecciosas, U. Medicina Tropical, Hospital Carlos III. Madrid. ⁴Departamento de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas, U. Medicina Tropical y Parasitología Clínica, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. *Investigadores integrantes de la línea de investigación en infecciones virales importadas de la Red RICET

Los virus dengue originan en el hombre un amplio espectro de enfermedad como son la infección asintomática, la fiebre por dengue (DF), y la fiebre hemorrágica por dengue/shock por dengue (DHF/DSS). Las formas más graves de la enfermedad (DHF/DSS) han sido asociadas a la re-infección por un serotipo diferente al que causó la primoinfección, así como a determinados genotipos. Debido a que en los últimos años se ha incrementado el número de personas que viaja con frecuencia a áreas endémicas, ya sea por turismo, por viajes de negocios, como cooperantes, o como visitantes a su país de origen, la presencia de infecciones secundarias por dengue comienza a ser una realidad en zonas no endémicas. La correcta identificación de estas re-infecciones puede facilitar la anticipación ante la aparición de manifestaciones hemorrágicas. En las infecciones agudas, ya sean primarias o secundarias, el uso de una RT-PCR específica frente a Dengue permite la detección del genoma viral así como su posterior serotipado y genotipado, lo que facilita el estudio de la epidemiología molecular de

estas cepas y la posible identificación de genotipos asociados a una mayor o menor patogenicidad. A su vez, en el caso de re-infecciones, en el suero de fase aguda (1-7 días tras la aparición de los síntomas) se presentan valores anormalmente elevados de IgG, mientras que en las primoinfecciones agudas, o bien la respuesta inmune no es aún evidente y el diagnóstico se basa exclusivamente en la detección del virus, o tan solo se detecta la presencia de IgM. Más aún, las IgG presentan distinto grado de avidez en función de si responden a una infección primaria o secundaria, lo que aporta un nuevo valor diagnóstico en el caso de re-infecciones. Por otro lado, el uso de ensayos de seroneutralización en muestra aguda permitiría la identificación del serotipo del virus causante de la primoinfección. En este estudio se evalúa el uso de métodos moleculares y serológicos en el diagnóstico de infecciones secundarias en viajeros que presentan un síndrome febril compatible con una infección por dengue a su regreso de áreas endémicas.

33.- Revisión de la tuberculosis en niños inmigrantes a raíz de un caso de otomastoiditis tuberculosa en un lactante marroquí

E. Letang Jiménez de Anta¹, A. Díaz Conradi^{2,3}, J. Martínez Lacasa^{1,4}, R. García Puig², N. Freixas Sala⁵, L. Tobeña Boada², J. Garau Alemany¹

¹Servicio de Medicina Interna, Unidad de Enfermedades Infecciosas. ²Servicio de Pediatría. ³Unidad de Atención al Niño Inmigrante.

⁴Consulta especializada en Tuberculosis. ⁵Control de Infecciones, Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

El objetivo de este trabajo es describir una forma de presentación infrecuente de enfermedad tuberculosa en un lactante de origen marroquí, incluyendo revisión de nuestra casuística, subanálisis de los casos importados y comparación con los casos autóctonos. El caso clínico era un lactante de 17 meses de edad que acude a urgencias por tumefacción retroauricular y desplazamiento del pabellón auricular derecho de 2 semanas de evolución. No BCG. PPD: 18 mm. Rx tórax: Adenopatías hiliares bilaterales, infiltrado en línula. TAC de mastoides: Destrucción de la cortical externa y de las celdillas mastoideas derechas. Se practica antrostomía y se obtiene material blanquecino aislándose *Mycobacterium tuberculosis* en el cultivo (baciloscopia negativa, Kinyoun positivo). Tras descartar afectación del SNC, se inicia tratamiento mediante antrostomía, drenaje transtimpánico y tuberculostáticos (INH +RIF+PZ+Etambutol 2 meses y INH+RIF 10 meses más). Se realiza seguimiento a través de la Unidad de Atención al Niño Inmigrante de nuestro centro, constatándose buena evolución. Pese a un estudio de contactos exhaustivo, no se pudo encontrar el caso índice. La otomastoiditis tuberculosa es una entidad poco frecuente en nuestro medio, no así en los países con hiperendemia tuberculosa. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, ya que el rendimiento de la bacteriología es bajo y las secuelas potencialmen-

te fatales. Las drogas tuberculostáticas constituyen el pilar del tratamiento. En nuestro centro se han diagnosticado 280 casos de TB activa (51 inmigrantes/229 nativos) en los últimos 7 años, habiéndose observado un aumento progresivo de casos entre inmigrantes (44% en 2003). En un análisis comparativo entre ambos grupos se constata una mayor proporción de presentaciones extrapulmonares (25% vs 20%), formas diseminadas (18% vs 11%) y mayor tasa de resistencia primaria a INH en el grupo de pacientes inmigrantes (8,2% vs 1,3%). El 5% del total son niños menores de 15 años (15/280, 8 casos en los dos últimos años, 7 de ellos inmigrantes con 2 presentaciones extrapulmonares). El aumento de la población inmigrante es progresivo y exponencial en nuestro medio en los últimos años y se acompaña de un aumento paralelo de la prevalencia de tuberculosis, con altas tasas de presentaciones extrapulmonares y formas diseminadas. La etiología tuberculosa de la mastoiditis en pediatría es muy poco frecuente en los niños españoles, pero debería incluirse en el diagnóstico diferencial de toda mastoiditis en el niño inmigrante. Es importante realizar un diagnóstico y tratamiento de forma precoz para evitar la progresión y posible afectación meníngea, sobre todo en los niños menores de 2 años. La literatura sólo recoge casos aislados.

34.- Piomiositis tropical: 5 casos importados

S. Puente¹, D. Fernández-Luengas², A. Enríquez¹, J.R. Paño², J. Cobo¹, A. Amor-Aramendía¹, J.M. González-Lahoz¹

¹Hospital Carlos III, Madrid, España. ²Hospital La Paz, Madrid, España

El objetivo de este trabajo es reserantar 5 casos de piomiositis tropical diagnosticados en la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Carlos III desde enero de 1992. Se trata de cinco pacientes de nacionalidad ecuatoguineana que consultaron entre 1 y 36 días después de haber llegado a España. El diagnóstico se hizo por cuadro clínico de piomiositis, estudiados con técnicas de imagen y cultivo microbiológico del material obtenido por punción aspiración o por drenaje quirúrgico de las lesiones, sin que presentaran traumatismos previos ni focos infecciosos vecinos. Los 5 pacientes diagnosticados de piomiositis tropical eran 3 hombres y 2 mujeres con edades comprendidas entre 16 y 67 años (media: 36,4 años). Todos los pacientes presentaban fiebre y dolor de las lesiones, así como leucocitosis (11.200-17.500) y elevación de la VSG (65-140 mm a la 1ª hora). Un paciente presentaba lesiones de piomiositis en 2 músculos y el resto sólo en uno. La localización de las lesiones fue: cuádriceps 3, paravertebral 1, psoas 1 y glúteo 1. Los gérmenes implicados fueron: *Staphylococcus aureus*

en 4 y *Escherichia coli* en 1. Los hemocultivos y el VIH fueron negativos en todos. Todos los pacientes presentaban parasitosis asociadas: *Onchocerca volvulus* en 2, *Mansonella perstans* en 2, *Ascaris lumbricoides* en 2, *Trichuris trichiura* en 1 y *Giardia lamblia* en 1. Dos pacientes precisaron drenaje quirúrgico. La evolución fue buena en todos. La piomiositis es una infección purulenta del músculo esquelético sin puerta traumática de entrada ni foco séptico vecino, que puede afectar a uno o más músculos. Es mucho más frecuente en los trópicos, de ahí el sinónimo de piomiositis tropical. El mecanismo de producción es desconocido. Se ha asociado con otras enfermedades tropicales, como filariasis, dracunculosis y localizaciones ectópicas de larvas de nematodos, entre otras. *Staphylococcus aureus* es el responsable del 95% de los casos. La piomiositis tropical es una entidad con la que podemos encontrarnos en pacientes recién llegados del trópico. Debe hacerse un estudio parasitológico de estos pacientes en busca de los parásitos existentes en la zona en que residen.

35.- Brote autóctono de ciguatera en Canarias (5 casos)

O. Pérez-Luzardo¹, A. Pérez Brito², L. Domínguez-Boada¹, M. Hernández-Cabrera^{3,4}, M. Zumbado Peña¹, C. Carranza⁴, J.L. Pérez Arellano^{3,4}

¹Unidad de Toxicología, Departamento de Ciencias Clínicas, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España. ²Servicio de Urgencias, Hospital de Fuerteventura, Canarias, España. ³Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical, Hospital Insular, Las Palmas, España. ⁴Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

La intoxicación por ciguatera es un síndrome clínico ocasionado por el consumo de peces que contienen varios tipos de toxinas procedentes de dinoflagelados. Usualmente, aparece en forma de brotes en áreas geográficas entre 35° de latitud norte y 35° de latitud sur, principalmente el Caribe, las islas del Sudeste Asiático y el Océano Índico. Los casos descritos en Europa, incluyendo las series españolas corresponden a patología importada. Estudiamos 5 pacientes con un cuadro clínico sugerente de ciguatera derivado del consumo de un pez (medregal negro) capturado en las costas canarias (Fuerteventura). Los 5 pacientes (2 varones/3 mujeres) con edades comprendidas entre 21 y 33 años) consumieron el pescado presumiblemente tóxico entre 1 y 6 veces. Las manifestaciones clínicas aparecieron entre 30 minutos y 28 horas. Los principales datos clínicos fueron: astenia (5/5), diarrea (4/5), náuseas/vómitos (3/5), mialgias (3/5), parestesias periféricas (3/5), inversión de la sensación frío/calor (3/5), prurito (3/5),

parestesias periorales (2/5), sabor metálico (1/5) y disuria (1/5). Ninguno de los pacientes presentó fiebre ni dispareunia. En tres de los cinco casos se objetivó mediante ECG alteraciones en la conducción cardíaca. En tres casos la sintomatología cedió sin necesidad de tratamiento; en los dos casos restantes se trató con manitol, siendo ineficaz. En uno de estos dos casos, la clínica remitió parcialmente con gabapentina. El análisis del pescado mediante el kit Cigua-check® (ToxiTecs Inc, Honolulu, USA) demostró la presencia de toxinas. El principal interés de la serie presentada es la demostración de un brote de ciguatera autóctono en las costas del Océano Atlántico próximas al Oeste de África. Exceptuando un caso descrito por Puente *et al.* en un viajero que adquirió esta enfermedad tras un viaje a Senegal, no había sido descrita la ciguatera en esta región. Por otro lado, además de los datos clínicos sugerentes, la presencia de toxina en el pescado presuntamente afecto confirma el diagnóstico.

36.- Enfermedad de Chagas en Europa: ¿una realidad creciente? Estudio epidemiológico de los casos diagnosticados en la UniTat de Medicina Tropical i Salut Internacional Drassanes de Barcelona entre Octubre 2002 y Enero 2004

J. Gómez i Prat, I. Clavería, B. Treviño, C. Manzardo, R. Navarro

Unidad de Medicina Tropical y Salud Internacional Drassanes, Av. Drassanes 17-21, 08001 Barcelona, España

La enfermedad de Chagas es una antropozoonosis causada por *Trypanosoma cruzi*, normalmente transmitido de forma vectorial. Otras vías de transmisión son la vertical y la transfusional. En la actualidad la enfermedad de Chagas afecta alrededor de 18 millones de personas en áreas endémicas de América. Normalmente se transmite de forma vectorial (familia Reduviidae; subfamilia Triatominae), aunque se pueda transmitir también por vía vertical y transfusional. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) alerta del riesgo de que la enfermedad empiece a encontrarse fuera de las áreas endémicas debido al aumento de la movilidad internacional y de los procesos migratorios, con las consecuentes repercusiones a nivel individual y de salud pública. Por este motivo a partir de octubre del 2002 la Unidad empezó a realizar la serología a *Trypanosoma cruzi* por inmunofluorescencia indirecta a personas procedentes o con historia de estancia prolongada en áreas rurales de zonas endémicas. Se practicaron un total de 49 serologías, 41 (83,7%) en inmigrantes y 8 en expatriados. Los inmigrantes procedían: 27 (55,1%) de Bolivia, 11 (22,4%) de Ecuador, 2 de Perú y 1 de Honduras. Resultaron positivas (IgG específica

≥1/160) 14 serologías (28,6%), de las cuales 9 (64,3%) eran mujeres y 5 hombres, con una media de edad de 34,9 años (rango 10-49). Todas las serologías positivas correspondían a inmigrantes bolivianos, 6 (42,9%) de Santa Cruz, 5 (35,7%) de Cochabamba, 2 de Cochabamba y Santa Cruz y 1 de Monteagudo. La mayoría (64,3%) estaban asintomáticos, tres presentaban sintomatología digestiva, una cardíaca y una cardio-digestiva. Cinco personas referían haber vivido en casas de adobe y/o con tejado de paja, cuatro casos tenían antecedentes familiares de tripanosomiasis, uno de ellos, de 10 años, era hijo de madre con serología positiva; dos habían recibido transfusión sanguínea. Concluimos que, a pesar de que el test utilizado no tenga sensibilidad y especificidad del 100%, sería conveniente incluir el despistaje de enfermedad de Chagas en el cribado de personas procedentes de zonas endémicas, especialmente en mujeres en edad fértil y donantes de sangre u órganos. También es importante realizar una anamnesis exhaustiva con especial atención en la historia familiar, antecedentes epidemiológicos (tipo de vivienda, zona geográfica) y transfusionales.

37.- Paludismo importado: problemas diagnósticos y terapéuticos

A. Rodríguez Guardado¹, I. Huerta², F. Pérez³, N. Mendez², Y. González², P. Suarez²

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Central de Asturias, España. ²Sección de Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Salud Pública y Planificación, España. ³Servicio de Microbiología, Hospital Central de Asturias, España

El paludismo importado es un problema creciente asociado al aumento del nº de viajes internacionales y a los fenómenos migratorios. Su diagnóstico depende de la experiencia de médicos y laboratorios de zonas no endémicas produciéndose retrasos que complican su pronóstico y tratamiento. Por ese motivo nos propusimos estudiar la situación diagnóstica y terapéutica de esta entidad. Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes con un diagnóstico de paludismo confirmado microbiológicamente ocurridos en el Hospital Central de Asturias entre los años 1998-2003. Se diagnosticaron 16 casos de paludismo de los cuales el 50% de los casos se produjo en inmigrantes, con una estancia media en España de 80 días (rango 4-240 días). El 50% restante correspondía a viajeros, de los cuales el 50% eran inmigrantes que habían viajado temporalmente a sus lugares de origen, con una estancia media en el destino de 39 días (rango 15-72 días). Cinco de los pacientes fueron evaluados previamente sin que se considerara el diagnóstico de malaria. La media de retraso del diagnóstico desde el inicio de los síntomas fue de 44 ± 36 días en el grupo de los inmigrantes recién llegados y de 6 ± 4 días en el grupo de los viajeros ($p=0,0001$). Los diagnósticos erróneos más fre-

cuentes fueron la infección viral y GEA. El 69% de los casos se etiquetaron de infección por *Plasmodium* sp, el 25% por *Plasmodium falciparum* y los restantes de *P. vivax*. Los tratamientos instaurados más frecuentes fueron: mefloquina en monoterapia (5 pacientes) o con doxiciclina (1 caso), quinina más doxiciclina o clindamicina (5 casos), cloroquina (4 casos). Únicamente se consideró adecuado en 5 casos. Los motivos más frecuentes de tratamiento inadecuado fueron: ausencia de tratamiento erradicador con primaquina en pacientes procedentes de zonas endémicas para *P. vivax u ovale* (11 pacientes), uso de cloroquina en pacientes procedentes de zonas cloroquin-resistentes (4 casos), inadecuada vía de administración (4 casos), duración inadecuada del tratamiento (4 casos). Pese a que el paludismo es una enfermedad de fácil diagnóstico y tratamiento su manejo continúa siendo problemático en las zonas no endémicas. Este hecho es especialmente frecuente en inmigrantes recién llegados debido a que presentan formas paucisintomáticas. Estos datos junto con la previsión del aumento de esta y otras patologías importadas señalan la necesidad de crear unidades especializadas que garanticen la asistencia, diagnóstico y tratamiento de estas patologías.

38.- Estudio descriptivo de casos de leishmaniasis importada en el Hospital Clínic de Barcelona 1990-2003

N. Laufer^{1,2}, M. Alsina³, I. Oliveira¹, M. Gallego⁴, M. Portus⁴, M. Corachán¹, J. Gascón¹

¹Centro de Salud Internacional, IDIBAPS, Hospital Clínic, Barcelona, España. ²Hospital J. Fernández, Servicio Infectología, Buenos Aires, Argentina. ³Servicio de Dermatología, Hospital Clínic, Barcelona, España. ⁴Departamento de Parasitología, Facultad de Farmacia, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

Durante el periodo comprendido entre 1990 y 2003, 19 pacientes fueron diagnosticados de Leishmaniasis importada en la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Clínic de Barcelona. Descripción clínico-epidemiológica: *Leishmaniasis visceral*: 4 casos. La mediana de edad fue de 31 años (rango 1-45), 1 niña y 3 hombres. Tres pacientes habían realizado viajes por turismo a Sudamérica y a Oriente Próximo y otro paciente era un inmigrante procedente de Gambia. Todos presentaron fiebre y esplenomegalia al diagnóstico y tres de ellos (75%) presentaban hepatomegalia. El diagnóstico fue realizado de la siguiente manera: biopsia de bazo y médula (1 caso), biopsia de bazo (1 caso), biopsia de médula (1 caso) y biopsia de ganglio linfático (1 caso). La serología fue negativa en dos de los pacientes, positiva en un caso (sólo IgG). No disponemos de datos serológicos del cuarto caso. Se realizó tratamiento con: antimonio de meglumina (Gluantime) en dos pacientes y con anfotericina convencional en otros dos. Cabe destacar que dos de los cuatro pacientes presentaban lesiones cutáneas ulceradas y adenopatías locales además del cuadro sistémico. *Leishmaniasis cutánea*: 15 casos. Ocho hombres y siete mujeres. La mediana de edad fue de 28 años. Uno era cooperante, dos eran

inmigrantes, seis turistas y seis viajaron por trabajo. Habían realizado viajes a Sudamérica (6), Centro América (4), África (3), Arabia Saudita (1) y la India (1). Uno de ellos presentó fiebre. El diagnóstico se realizó mediante biopsia cutánea compatible en 13 casos, uno por biopsia de ganglio linfático y el otro se trataba de una reactivación de una lesión previamente diagnosticada por biopsia. Las características de las lesiones fueron: tipo ulcerado con bordes sobre-elevados (11) y de tipo nodular (4). Los pacientes presentaban de 1-4 lesiones cada uno principalmente localizadas en cara y miembros. Seis presentaban adenopatías en la región de drenaje linfático. Sólo uno presentó serología positiva (IgG). Todos los pacientes se trataron con antimonio de meglumina excepto uno que fue tratado con anfotericina. **Conclusión:** La leishmaniasis, tanto cutánea como visceral, debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas infiltrativas crónicas y del síndrome febril con esplenomegalia en pacientes que han regresado de un viaje a zona endémica. Para el diagnóstico es crucial el estudio anatomopatológico y microbiológico de las lesiones sospechosas. La serología en nuestra serie ha mostrado una baja sensibilidad.

39.- Infección por *Cryptosporidium felis* en un niño inmunocompetente de origen indio adoptado en España

M.T. Llorente, A. Clavel, M. Varea, J. Sahagún, S. Olivera

Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, C/ Domingo Miral s/n, 50009 Zaragoza, España

Los coccidios del género *Cryptosporidium* son agentes frecuentes de infección gastrointestinal en seres humanos, animales domésticos y otros vertebrados. El genotipo bovino de *Cryptosporidium parvum* y *C. hominis* son los responsables de la mayor parte de las infecciones humanas. Se han hallado otras especies y genotipos en pacientes tanto inmunocompetentes como inmunodeprimidos: *C. felis*, *C. muris*, *C. meleagridis*, *C. canis*, y los genotipos porcino y cervino de *C. parvum*. Se solicitó estudio parasitológico para un niño inmunocompetente de cuatro años de edad con diarrea. El niño procedía de un orfanato en Calcuta (India), había sido adoptado por una familia española y había llegado a España diez días antes. Se procesaron las muestras para una amplia variedad de enteropatógenos (bacterias, virus y parásitos). Se vieron ooquistes de *Cryptosporidium* en muestras concentradas mediante sedimentación en formalina-acetato de etilo y sometidas a tinción de Ziehl-Neelsen modificada. Tras la extracción de ADN, se realizó un análisis PCR-RFLP del gen de la subunidad pequeña de ARNr. Los pro-

ductos de amplificación se secuenciaron en un secuenciador automático ABI377, con los cebadores usados para la amplificación. La comparación con todas las secuencias de genes de la subunidad ribosómica pequeña de *Cryptosporidium* disponibles en bancos de datos reveló una similaridad del 100% con el fragmento homólogo de *C. felis* (nº de acceso de GenBank: AF 112575). Hasta la fecha se han publicado 22 casos de infección humana por *C. felis*. Sólo tres se han dado en pacientes inmunocompetentes: dos en el Reino Unido y uno en Perú. Hasta donde sabemos, éste es el primer caso de infección por *C. felis* diagnosticado en España. El niño había estado en nuestro país solo diez días, en su casa no había animales domésticos y no había ido a la guardería. Por tanto, probablemente había adquirido la infección en la India. La identificación de especies diferentes de *C. hominis* y *C. parvum* en casos de criptosporidiosis humana, tiene relevancia epidemiológica, y subraya la necesidad de más estudios moleculares para una mejor comprensión de la epidemiología de la criptosporidiosis.

40.- Revisión de 183 casos de teniasis en una Unidad de Enfermedades Importadas

L. Cabanas Collell, C. Arias Arteagoitia, J. Cabezos

Unitat de Medicina Tropical i Salut Internacional, CAP Drassanes, Av. Drassanes nº 17-21, Barcelona, España

Descripción clínica y microbiológica de 183 casos de teniasis en una unidad especializada en enfermedades importadas entre 1984 y 2003. Se realizó un estudio retrospectivo a través de los registros de los coproparasitológicos del laboratorio de parasitología y la revisión de historias clínicas. Se registraron datos demográficos, características clínicas, especie aislada, coinfecciones asociadas y tratamiento. El diagnóstico microbiológico se realizó por la técnica de Ridley modificada y en el caso de *T. saginata* y *T. solium* el diagnóstico diferencial se hizo mediante inyección de tinta china en cavidad uterina de proglótidos. Se clasificaron los pacientes en inmigrantes, emigrantes, viajeros y autóctonos no viajeros. La media de edad fue de 26 años, y el 70,5% fueron hombres. El 9,8% de los pacientes fueron viajeros a áreas endémicas, y el 80,8% inmigrantes, principalmente de Pakistan (18,6%). El 67,8% de los pacientes acudieron a nuestro centro por iniciativa propia, y el 29% derivados desde la atención primaria. El 3,3% procedían de centros hospitalarios. Los síntomas más frecuentes fueron diarrea y molestias abdominales inespecíficas. El 59% de

los pacientes no presentaron sintomatología. El 16,9% de los pacientes presentaron eosinofilia. La teniasis más frecuente en nuestro centro fue *H. nana* (60,1%), seguido de *T. saginata* (21,9%). Sólo se encontró un caso de *H. diminuta* y un caso de *T. solium*. En un 16,9% se aislaron huevos de *Taenia* sp. sin proglótidos. Todas las teniasis diagnosticadas en pacientes autóctonos no viajeros correspondieron a *T. saginata*. En un 42,6% de las teniasis había otros parásitos intestinales asociados. La especie que con más frecuencia se asoció a coinfección fue *H. nana*. Praziquantel fue el tratamiento de elección en un 50,3%, y en el 36,6% de los casos niclosamida. El 2,1% recibieron otros tratamientos y el 10,9% de los pacientes no fueron tratados. En conclusión, la mayoría de pacientes afectados de teniasis visitados en nuestro centro son inmigrantes de países endémicos, asintomáticos e infectados por *H. nana* que acuden mayoritariamente por iniciativa propia. En más del 40% de los pacientes el diagnóstico de teniasis se asoció a la coexistencia de otros parásitos intestinales a menudo no patógenos.

41.- Estudio retrospectivo de los casos de larva cutánea migrans en un periodo de 50 meses

A. Beltrán^{1,2}, I. Oliveira², J. Gascón², M. Corachán²

¹Servicio de Microbiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España. ²Centre de Salut Internacional, IDIBAPS, Hospital Clínic, Barcelona, España

Las lesiones cutáneas constituyen un motivo de consulta muy frecuente en los centros de atención a viajeros y, en algunos, larva cutánea migrans (LCM) constituye la dermatosis más frecuente. El objetivo de nuestro trabajo es realizar una revisión de los casos de LCM diagnosticados entre Enero de 2000 y Febrero de 2004 en el Centro de Salud Internacional del Hospital Clínic de Barcelona. Se excluyeron del mismo otras entidades que pueden manifestarse también como tractos serpinginosos cutáneos (larva currens, gnathostomiasis, etc.). En base a criterios exclusivamente clínicos, 30 pacientes fueron diagnosticados de LCM. La mayoría habían viajado por motivos de turismo, a uno o varios países pertenecientes a las siguientes áreas: Centroamérica y Caribe (12), África (10), sudeste asiático (9) y Sudamérica (7). La edad media fue de 31 años, con un claro predominio del sexo masculino. El periodo de incubación estimado fue de 2 a 59 días. En todos ellos pudo constatarse el antecedente de caminar descalzos o con calzado abierto

en zonas de riesgo. La enfermedad se manifestó en forma de 1 a 6 tractos lineales serpinginosos, más o menos sobrelevados, localizados generalmente en extremidades inferiores (2/3) y acompañados de intenso prurito. En ocasiones dichas lesiones se acompañaron de pápulas (2) o ampollas (2). Un paciente manifestó una foliculitis de ambos muslos acompañada de un tracto serpinginoso clásico en uno de ellos. Las lesiones remitieron tras la administración de Albendazol, aunque en dos ocasiones fue necesario repetir el tratamiento. LCM constituye una causa frecuente de morbilidad en turistas que viajan a países tropicales. Su distribución es cosmopolita y, por tanto, el número de personas en riesgo de adquirir esta entidad, elevado. Aunque el diagnóstico se basa en las características clínicas de las lesiones, el diagnóstico no siempre es fácil, sobre todo por parte de los facultativos que no están familiarizados con este tipo de patologías, lo que supone en ocasiones la administración de tratamientos incorrectos (1/4 de nuestros pacientes).

42.- Oncocercosis: manifestaciones cutáneas de 375 casos

S. Puente¹, M. Subirats¹, I. Casado¹, F. Bru², E. Pérez-Blazquez³, M. Lago¹, T. Gárate⁴, J.M. González-Lahoz¹

¹Hospital Carlos III, Madrid, España. ²Ayuntamiento de Madrid, España. ³Hospital 12 de Octubre, Madrid, España. ⁴Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, Madrid, España

El objetivo de este trabajo es describir las manifestaciones cutáneas de los casos de oncocercosis diagnosticados en nuestro Centro. El estudio descriptivo comprende 375 casos de oncocercosis diagnosticados en la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Carlos III de Madrid, desde 1991. Sólo fueron atendidos pacientes de más de 15 años. El diagnóstico de oncocercosis se basó en microfilarias positivas en piel y/o presencia de oncocercomas (OC) o, en su defecto, una reacción de Mazzotti positiva. Las microfilarias fueron investigadas en pellizcos cutáneos de glúteos (G) y escápulas (E), o de otros sitios (OS) si se tenía sospecha clínica de oncocercosis y los previos habían sido negativos. Se analizan las diversas manifestaciones cutáneas de oncocercosis. Han sido diagnosticados un total de 375 casos, de los que el 56% fueron mujeres. La edad media fue de 31 años (RIQ: 24-51). Quince casos corresponden a viajeros y el resto a nativos de zonas endémicas. Todos los casos fueron adquiridos en África: 363 en Guinea Ecuatorial, 6 en Camerún, 3 en Angola y 1 en cada uno de los siguientes países, Ghana, Malí y República Democrática de Congo.

107 pacientes tenían microfilarias solamente en G, 38 sólo en E, 75 sólo en G+E y 10 sólo en O. Oncocercomas con microfilarias en piel negativas en 40 casos. G+E+OC positivos en 27 casos, G+OC en 17, E+OC en 9, OS+OC en 6 casos. La reacción de Mazzotti fue positiva en 44 casos. 222 pacientes referían prurito. Oncodermatitis papular aguda en 14. Oncodermatitis papular crónica en 66. Sowda en 49. Hipo/despigmentación (piel de leopardo) en 32. Liquefacción en 64. Atrofia crónica (piel de pergamino) en 9. Edema linfático en 4. La piel, junto a los ojos, son los órganos diana de la oncocercosis. Las manifestaciones cutáneas, aunque no patognomónicas, son muy frecuentes y variadas, pudiendo coexistir más de un tipo de oncodermatitis en un mismo paciente. Debe descartarse oncocercosis en las personas que provienen de zonas endémicas. Es una enfermedad hiperendémica en la parte insular de Guinea Ecuatorial, Isla de Bioko (antigua Fernado Poo). La interpretación de las oncodermatitis puede ser difícil para personas no habituadas a este tipo de patología. El prurito, muy frecuente, puede ser muy intenso con gran incomodidad para los pacientes.

43.- Infecciones parasitarias intestinales en la población inmigrante: una nueva situación en Atención Primaria

E. Dopico, L. Calatayud, G. Padrós, E. Grenzner, M. Gomis

Laboratori Clínic L'Hospitalet, CAP Just Oliveras, Institut Català de la Salut, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Las infecciones parasitarias intestinales constituyen un importante problema sanitario en nuestro país que se ha incrementado en los últimos años. Una de las razones de este aumento es la presencia de población inmigrante no española. En nuestra área geográfica esta población proviene esencialmente de Latinoamérica, el Magreb y el África subsahariana. El objetivo de este estudio es evaluar la incidencia de parásitos intestinales patógenos (helmintos y protozoos), en los casos de sospecha de infección. El estudio se realizó en el periodo comprendido entre enero del 2002 y diciembre del 2003. Se analizaron 5.018 muestras de heces por la técnica MIF concentración, para el estudio de protozoos intestinales y huevos de helmintos y 246 cintas de Graham para la investigación de *Enterobius vermicularis*. En 78 pacientes se observaron 83 parásitos. Cinco presentaron parasitaciones mixtas. Las especies visualizadas se exponen en la siguiente cifras: Protozoos: *Giardia lamblia*: 53 (63,8%); *Entamoeba histolytica*: 9 (10,8%); *Blastocystis hominis*: 4 (4,8%); *Dientamoeba fragilis*: 2 (2,4%). Helmintos:

Enterobius vermicularis: 6 (7,2%); *Hymenolepis nana*: 5 (6,0%); *Ascaris lumbricoides*: 3 (3,6%), *Trichuris trichiura*: 1 (1,2%). La giardiasis es la parasitosis más frecuente y la padecen esencialmente los niños. *Blastocystis hominis*, dado que su poder patógeno aún está discusión, sólo se informó cuando se observó en gran cantidad y en ausencia de otros patógenos. Destaca, actualmente, la presencia de determinados parásitos: *Entamoeba histolytica*, *Hymenolepis nana* y *Trichuris trichiura*. En un estudio realizado entre 1989 y 1991 no observamos ningún caso, probablemente debido a que entonces el número de inmigrantes no españoles en nuestra área era muy bajo. La mayoría de los pacientes con parasitación intestinal fueron latinoamericanos, que a su vez es la principal población inmigrante de nuestra área geográfica. Creemos que es importante tener en cuenta este hecho, que implica la necesidad de formación del personal del laboratorio y la realización de las técnicas adecuadas para la investigación de éstos y otros parásitos frecuentes en esta población.

44.- Parasitosis intestinales en inmigrantes: problemas diagnósticos y terapéuticos

A. Rodríguez Guardado¹, J. Ordás², F. Pérez², M. Villar², M.E. Álvarez², L. Villa², M. Arias²

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Central de Asturias, España. ²Servicio de Microbiología Clínica, Hospital Central de Asturias, España

Las parasitosis intestinales son muy frecuentes entre los inmigrantes (22-41%) que, además, suelen presentar formas paucisintomáticas lo que dificulta su diagnóstico en ausencia de una alta sospecha del mismo. Por este motivo, nos propusimos estudiar la situación diagnóstica y terapéutica de esta entidad en un hospital de tercer nivel que no consta de una unidad especializada. Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes con un diagnóstico de parasitosis intestinal confirmado microbiológicamente ingresados en el Hospital Central de Asturias, entre los años 1998-2003. Para juzgar la adecuación en los tratamientos se utilizaron las guías de tratamiento publicadas por organismos internacionales. Entre 1998-2003 se diagnosticaron 32 casos de parasitosis intestinales de un total de 100 inmigrantes revisados. El 56% correspondía a niños menores de 14 años. La edad media fue de 19 años (límites 2-68). Las zonas de procedencia fueron Guinea Ecuatorial (46%), Ecuador (31%), Colombia (15%) y otros países (8%). La estancia media en España fue de 88 días (límites 15-365 días). El síntoma más frecuente fue el dolor abdominal (56%) acompañado de diarrea (17% de los casos) o vómitos (12%). En un 34% de los pacientes se detectó una anemia de perfil ferropénico y en un 37% se detectó hipereosinofilia con una media de 1.100 eosinófilos/mm³ (límites 700-3.400). El tiempo transcurrido desde el inicio de los

síntomas hasta el diagnóstico fue de 39 días (límites 12-365 días). En el 92% de los pacientes se solicitó una única muestra de parásitos en heces. En el grupo de los niños los parásitos más frecuentemente encontrados fueron: *E. vermicularis* (41%), *T. trichiura* (23%), *G. lamblia* (17%), *A. lumbricoides* (17%) y *Strongyloides stercoralis* (11%). En el grupo de los adultos los más frecuentes fueron: *T. trichiura* (33%), *A. lumbricoides* (26%), *E. histolytica* (20%), *G. lamblia* (20%) y *Ancylostoma* sp. (13%). El 21% de los pacientes estaba poliparasitado. El tratamiento se consideró adecuado en el 40% de los casos, en otro 35% fue inadecuado y el resto de los pacientes (25%) no recibieron tratamiento. Las causas más frecuentes de tratamiento inadecuado fueron: tratamientos incompletos en pacientes poliparasitados (6 pacientes), duración inadecuada (5 casos), elección inadecuada del antiparasitario (5 pacientes). La presencia de poliparasitosis intestinal se asoció significativamente a la falta de un tratamiento adecuado ($p=0,001$). Únicamente se realizaron revisiones en 2 enfermos. El tratamiento de las parasitosis intestinales es un problema en nuestro medio. Entre los problemas detectados se encuentran una baja sospecha diagnóstica que se traduce en un retraso en el diagnóstico e inicio del tratamiento y el uso de tratamientos inadecuados, no erradicadores que aumentan el riesgo de recidivas en nuestros enfermos.

45.- Esquistosomiasis urinaria en dos inmigrantes de Pakistán

B. Treviño, J. Gómez i Prat, C. Manzardo, A. Sierra, F. Zarzuela

Unitat de Medicina Tropical i Salut Internacional Drassanes, Av. Drassanes 17-21, 08001 Barcelona, España

La esquistosomiasis es una enfermedad parasitaria crónica que afecta 200 millones de personas en el mundo, produciendo unas 10.000 muertes al año. La vía de transmisión es por contacto con agua dulce infestada en las zonas endémicas. Existen dos formas de presentación clínica: la urinaria, producida por *Schistosoma haematobium*, exclusiva de África y Oriente Medio, y la intestinal, causada por otras cuatro especies del género *Schistosoma*, distribuida en África, Latinoamérica y Asia. La forma urinaria se presenta con hematuria pudiendo producir complicaciones renales y cáncer vesical, mientras que la forma intestinal a largo plazo desarrolla complicaciones hepáticas y esplénicas. Presentamos dos casos de esquistosomiasis urinaria en dos inmigrantes procedentes de Pakistán. Caso 1: varón de 42 años natural de Pakistán, residente en Cataluña desde hace 8 meses, acudió a la unidad remitido por su médico para estudio de macrohematuria de tres meses de evolución. Se completó la historia epidemiológica constatando que había vivido en Arabia Saudita de 1985 a 1990 y de 1993 a 1999; el resto en Pakistán y, antes de llegar a España, vivió 2 meses en Burkina Faso (Ouagadougou) y 15 días en Mali (Bamako). Interrogado por baños en agua dulce nos confirma que se había bañado en ambos países africa-

nos y también durante la primera etapa de la estancia en Arabia. El examen uroparasitológico realizado mostró numerosos huevos de *Shistosoma haematobium* y algunos de *Schistosoma mansoni* (este último también en heces). El hemograma mostró una eosinofilia de 884/ μ l. Caso 2: varón de 38 años natural de Pakistán residente en España desde hace 3 años, derivado por su médico para estudio de eosinofilia (688/ μ l) y macrohematuria. Refiere haber vivido 3 meses en Mali antes de llegar a España. Se realizaron tres coproparasitológicos y un cultivo de *Strongyloides* con resultado negativo y un uroparasitológico, positivo a huevos de *S. haematobium*. El incremento de los viajes internacionales contribuye al aumento de casos de enfermedades importadas. Con esta exposición queremos remarcar la importancia de una buena anamnesis epidemiológica en inmigrantes a fin de conocer la ruta migratoria exacta y poder diagnosticar, así, enfermedades no endémicas en el país de origen. En los casos expuestos, los dos afectados procedían de un país no endémico para esquistosomiasis pero gracias a un interrogatorio exhaustivo y a la colaboración de un agente sanitario pakistaní se pudo averiguar la estancia en países endémicos y los factores de riesgo para la adquisición de la enfermedad.

46.- Valores normales en las magnitudes habituales de laboratorio en personas subsaharianas

O. Sanz¹, M. Tapia², E. Pisos¹, A. Soria³, C. Carranza¹, A. Francès⁴, L. Santana¹, J.L. Pérez-Arellano^{1,4}

¹Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España. ²Servicio de Hematología, Hospital Insular, Las Palmas, España. ³Servicio de Bioquímica, Hospital Insular, Las Palmas, España. ⁴Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical, Hospital Insular, Las Palmas, España

El empleo de datos complementarios en la evaluación clínica de un paciente requiere, inicialmente, establecer los límites normales. Estos límites se basan en el estudio de población sana a la que pertenece el paciente. Por ello, para evaluar de forma adecuada a los pacientes procedentes de regiones subsaharianas, es preciso conocer los valores normales de las pruebas más habituales en este colectivo. Para ello estudiamos 297 inmigrantes subsaharianos sanos mayores de 14 años, en los que se excluyó la presencia de infecciones prevalentes (tuberculosis, HbsAg negativo, VHC negativo, VIH negativo, ausencia de eosinofilia, estudio coproparasitario y urinoparasitario negativos y test de Knott negativo). El grupo control estaba formado por 85 donantes sanos apareados por edad y sexo. En todos ellos se evaluaron las siguientes magnitudes hematimétricas (concentración de hemoglobina, VCM, ADE, leucocitos totales y plaquetas) y bioquímicos sanguíneos (urea, creatinina, ácido úrico, GOT, GPT, Fosfatasa alcalina, CK, proteínas totales, IgG, IgA e IgM). El grupo de estudio incluyó 246

varones/51 mujeres con una edad media de 25 años (SD 6) siendo los principales países representados Nigeria y Sierra Leona. El grupo control incluía 65 varones/20 mujeres, con una edad media de 29 años (SD 5). No se encontraron diferencias significativas en lo que respecta a la concentración de Hb, urea, GPT, fosfatasa alcalina, IgA e IgM. Los inmigrantes subsaharianos presentaban valores significativamente menores de leucocitos, plaquetas y VCM. Por otro lado, los inmigrantes subsaharianos presentan valores significativamente mayores de ADE, creatinina, ácido úrico, GOT, CPK, proteínas totales e IgG. Específicamente, en las tres últimas magnitudes un número importante de inmigrantes presentan valores que serían considerados patológicos empleando los límites utilizados en la población autóctona. Por ello, los datos de este estudio pueden ser útiles para establecer los límites de normalidad en población inmigrante subsahariana.

Este trabajo ha sido financiado en parte por el proyecto FIS 01/0685.

47.- Respuesta de IgE y eosinófilos en inmigrantes con helmintiasis

I. Rivas, C. Manzardo, C. Montes, M.J. Jiménez, B. Treviño, J. Cabezos

Unitat de Medicina Tropical i Salut Internacional Drassanes, Av. Drassanes 17-21, 08001 Barcelona, España

La parasitación por helmintos induce una respuesta inmune en el huésped que se caracteriza por eosinofilia (eosinófilos $\geq 500/\text{mm}^3$) y elevación de las cifras de IgE total. Entre las enfermedades importadas, las helmintiasis son muy frecuentes en inmigrantes. El objetivo del presente estudio retrospectivo analítico, es determinar el comportamiento de eosinófilos e IgE total en inmigrantes con helmintiasis procedentes de zonas tropicales. Los criterios de inclusión fueron: paciente inmigrante y con helmintiasis (intestinal ó hemotisular) visitado por primera vez en la Unidad en el año 2001. Las variables registradas fueron: edad, sexo, país de origen, cifra de eosinófilos, cifra de IgE, diagnóstico parasitológico directo y tiempo desde la salida del país de origen. Como grupo control se seleccionaron pacientes homogéneos por procedencia, sexo y edad, con exámenes parasitológicos negativos. Para el análisis estadístico se utilizaron las pruebas t de Student, Chi cuadrado o test exacto de Fisher, según el tipo de variable analizada. Se incluyeron 278 pacientes, 199 (71,5%) varones y 79 (28,5%) mujeres, con media de edad 29 años (rango 5-85). La mayoría, 242 (87%), procedían de África subsahariana, 16 (5,7%) del subcontinente indio y 15 (5,3%) de Latinoamérica. Los helmintos hallados con más frecuencia fueron: *Anquilostoma*, *Trichuris trichiura*, *Ascaris lumbricoides*, *Mansonella*

perstans y *Strongyloides stercoralis*. Se observó una parasitación por 2 o más helmintos en 85 pacientes (30,5%). Ciento treinta (46,7%) presentaban IgE >100 y cifras normales de eosinófilos, 123 (44,2%) eosinofilia y elevación de IgE, 3 (1,07%) sólo eosinofilia y 22 (7,9%) valores normales de ambos. Los pacientes con helmintos tenían valores medios de IgE total y eosinófilos significativamente superiores al grupo de control ($p<0,05$). Valores de IgE >400 UI/ml y de eosinófilos $>600/\mu\text{l}$ estaban asociados a presencia de helmintos ($p<0,05$). El valor medio de IgE en infestaciones por *Anquilostoma*, *Strongyloides* y filarias era superior al de los otros helmintos ($p<0,05$); la media de eosinófilos era significativamente más elevada sólo para *Anquilostoma* y *Strongyloides*. Las parasitaciones múltiples (2 o más helmintos) daban valores medios de IgE y eosinófilos superiores a las parasitaciones por un solo helminto ($p<0,05$). Los inmigrantes africanos (en especial los de África central) presentaban con más frecuencia poliparasitosis que los americanos y asiáticos ($p<0,05$). Según nuestros resultados valores elevados de IgE total y eosinófilos están significativamente relacionados con la presencia de helmintos. En nuestra opinión se debería considerar la determinación de Ig E total en el cribado del paciente inmigrante.

48.- Infección por VIH en pacientes inmigrantes: experiencia de un hospital general en 6 años

J.M. Ramos¹, M. Masiá¹, S. Padilla¹, C. Escolano¹, F. Gutiérrez¹

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas (Servicio de Medicina Interna), Hospital General Universitario de Elche, Camí de l'Amazara No. 11, 03203 Elche, Alicante, España

La inmigración es una realidad social en nuestro país. La infección por VIH en población extranjera va en aumento en los últimos años. El objetivo de trabajo es presentar las características epidemiológicas de los pacientes inmigrantes con infección por VIH. Se revisaron retrospectivamente los pacientes inmigrantes que acudieron a nuestra consulta con el diagnóstico con infección por VIH desde 1998 hasta 2003. Se consideraron inmigrantes a pacientes que venían de países con una renta per capita inferior a la nacional. En el periodo analizado se atendieron en nuestras consultas 622 pacientes con infección por VIH, de los cuales 41 (6,5%) eran extranjeros: 30 (73,2%) eran inmigrantes y 11 no inmigrantes (26,8%). De los 30 inmigrantes 19 (63,3%) eran varones. La edad media era de 32,6 años (8,2) (entre 21 y 57 años). Trece (43,3%) eran de Latinoamérica y 12 (40%) de África subsahariana. El país con mayor número de casos fue Colombia con 8 pacientes (26,7%). La media en España previa a la primera consulta fue de 24,1 meses (23,2). La mitad de los pacientes estaban en situa-

ción irregular. La principal categoría de adquisición del VIH entre los inmigrantes fue la transmisión heterosexual (20;66,7%), seguido de transmisión homosexual (6;20%) y la transmisión por consumo parenteral de drogas (4;13,3%). Diez (33,3%) conocían que eran portadores de la infección por VIH. Tan solo el 14,3% de los africanos conocían la infección por el VIH. En el momento del diagnóstico el 58,6% de los inmigrantes tenía unos CD4 inferiores a 200/ml y la carga vírica inferior a 55.000 copias. Ocho pacientes fueron diagnosticados en la primera consulta de una enfermedad definitiva de SIDA: 3 criptococosis, 3 tuberculosis, 1 linfoma y 1 poliradiculoneuritis por CMV. El 54,8% recibieron tratamiento antirretroviral tras la consulta en la unidad. Durante el seguimiento en la Unidad: el 46,7% se perdieron durante el seguimiento, 13 siguen revisiones (43,3%) y 3 (10%) pacientes fallecieron. El tiempo de seguimiento de los pacientes fue de 506 días (543 días). La infección por VIH en inmigrantes es una realidad en nuestro medio y la prevalencia va a depender del país de origen.

49.- Educación sanitaria en enfermos de lepra con afectación neurológica

J.R. Gómez Echevarría, F. Moll Cervera

Sanatorio San Francisco de Borja, Fontilles, 03790 Vall de Laguart, Alicante, España

En el presente trabajo se pretende recoger como, además de la típica y conocida afectación cutánea de la lepra, esta enfermedad también afecta al Sistema Nervioso Periférico, dañando los troncos nerviosos más superficiales. Describimos cuales son los nervios más comúnmente dañados (nervios cubital, mediano y radial en miembros superiores, nervios ciático poplíteo externo y tibial posterior, en miembros inferiores y nervios facial y trigémino en la cara), su afectación sensitiva (alteración de la sensibilidad térmica, dolorosa y táctil), motora (debilidad o parálisis muscular de los músculos inervados por estos troncos nerviosos) y trófica (presencia de hiperqueratosis, fisuras,

úlceras, perforantes plantares, etc.) y su consiguiente repercusión en las actividades de la vida diaria de estos pacientes. Destacamos la importancia de una educación sanitaria sencilla y continuada (auto-exploración, medidas de auto-cuidado, utilización de calzado protector u ortopédico, adaptación de los utensilios de trabajo y de los necesarios para las actividades de la vida diaria, etc.) con la finalidad de prevenir posibles discapacidades o de evitar la evolución de las ya presentes en el momento del diagnóstico. Se exponen esquemas de los territorios anatómicos afectados y algunos de los múltiples bocetos utilizados en toda campaña de educación sanitaria en el campo.

50.- Status epiléptico y lesión ocupante de espacio

N. Tornador, A. Blasco, A. del Villar, B. Vidal, D.E. Geffner, M.T. Rodríguez, R. Abizanda

Servicio de Medicina Interna, Sección de Neurología, Servicio de Medicina Intensiva, Hospital General de Castellón, Castellón, España

El presente trabajo describe el caso de una paciente mujer de 28 años, natural de Ecuador y residente en España desde hace 5 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni casos familiares de parasitosis conocida que presenta desde un año previo al ingreso hospitalario cefaleas que no ceden con AINEs y que impiden el descanso nocturno y quejas visuales no específicas. El día del ingreso presenta cefalea más intensa de lo habitual, de localización frontal, no pulsátil con posterior pérdida de conciencia con pupilas isocóricas y normorreactivas, desviación de la mirada a la derecha, movimientos tónico-clónicos generalizados y relajación de esfínteres, posteriormente presenta otros dos episodios similares sin recuperación de la conciencia intercrisis por lo que se procede a intubación orotraqueal y conexión

a ventilación mecánica ingresando en UCI para monitorización y tratamiento. Se realiza TAC cerebral en el que se evidencia imagen temporal posterior derecha, de 1x1x0,7 cm. lobulada, de aspecto quístico, con discreto componente de calcio, con edema perilesional y sin desplazamiento de la línea media que tras la administración de contraste presenta captación anular de predominio periférico con septo captante. En analítica sanguínea básica destaca leucocitosis moderada con neutrofilia y parámetros bioquímicos dentro de la normalidad. Rx simple de Tórax: normal. Rx muslos y piernas: no se aprecian calcificaciones. Microbiología: Ag de *Cryptococcus* negativo en sangre. Serología cisticercosis (Ac IgG) positiva. Con el diagnóstico de neurocisticercosis se instaura tratamiento con Albendazol 400 mg/12 horas.

51.- Síndrome hemofagocítico por herpesvirus tipo 8, otra causa de esplenomegalia masiva en inmigrantes

A. Angel-Moreno¹, M. Moreiro¹, M. Hernández-Cabrera¹, M. Tapia², J.R. Santana³, M.C. Camacho⁴, C. Carranza¹, J.L. Pérez-Arellano¹

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical (UEIMT), Hospital Insular, Las Palmas, España. ²Servicio de Hematología, Hospital Insular, Las Palmas, España. ³Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Insular, Las Palmas, España. ⁴Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Insular, Las Palmas, España

Un aforismo clásico indica que cuanto mayor es el tamaño de una esplenomegalia menor es el número de causas responsables. En inmigrantes subsaharianos se producen dos circunstancias que incrementan la probabilidad de encontrar una esplenomegalia: (i) la mayor frecuencia de infección por VIH y sus enfermedades asociadas y (ii) la presencia de enfermedades más frecuentes en esta zona. Presentamos una paciente de 27 años, procedente de Namibia, que acudió por primera vez a la UEIMT por un cuadro progresivo de fiebre, adenopatías cervicales, hepatomegalia de 2 cm y esplenomegalia discreta, anemia de proceso crónico y Rx de tórax normal. En ese momento se efectuó el diagnóstico de infección por VIH con CD4 de 218/ μ L y tuberculosis extrapulmonar (biopsia con cultivo + para *M. tuberculosis*). Se instauró tto con isoniacida/rifampicina/ pirazinamida así como d4T/3TC/Efavirenz. Tres meses después la enferma ingresa de nuevo por fiebre elevada, aparición de una lesión preauricular, aumento de la esplenomegalia, bicitopenia (anemia y trombopenia) con leucocitosis y monocitosis. En los días siguientes y a pesar del tratamiento, se

duplicó el tamaño de la esplenomegalia, descendió la cifra de hemoglobina a niveles críticos, requiriendo una esplenectomía urgente. Las técnicas complementarias descartaron malaria, leishmaniosis, bartonellosis y otras causas frecuentes de esplenomegalia masiva. En sangre periférica y médula ósea se observaron datos de hemofagocitosis. En el estudio del bazo aparecían imágenes de PseudoCastleman, con detección inmunohistoquímica de herpesvirus tipo 8. La evolución inicial de la paciente fue tórpida, requiriendo varios tipos de inmunosupresión (corticoides en bolo, ciclosporina, rituximab) y tratamiento antivírico (foscarnet, cidofovir). Finalmente, el cuadro se controló con corticoides en pauta descendente y etopósido, permaneciendo en tratamiento ambulatorio en la actualidad. Además de las causas habituales de esplenomegalia masiva (esplenomegalia málrica hiperreactiva, leishmaniosis, neoplasias hematológicas), en el inmigrante africano debe incluirse el síndrome hemofagocítico, particularmente si existe una infección por VIH. Además tiene interés señalar el papel patogénico del herpesvirus tipo 8 en esta entidad.

52.- Caso clínico: reacción adversa a Mefloquina "en la piel" de un médico psiquiatra

I. Gutiérrez Garitano¹, E. Cantera Garde¹, E. Lapuente Troncoso², M. Valencia Basaldúa²

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad Docente de Álava, Centro de Salud Sansomendi, C/ Paula Montal s/n, 01010 Vitoria-Gasteiz, España. ²Instituto Balear de la Salud, Palma de Mallorca, Baleares, España.

La Mefloquina es un fármaco antimalárico sintetizado en 1979, que se utiliza todavía en numerosas zonas del mundo, siendo de elección, a modo de profilaxis, en zonas B y C de Malaria, a pesar del creciente desarrollo de resistencias por parte de los *Plasmodium*. Son bien conocidos sus efectos adversos, entre los cuales los más "famosos" serían los de índole neuropsiquiátrica. Estas reacciones no deseadas abarcan desde insomnio, inquietud, ansiedad y pesadillas, hasta brotes psicóticos. Por este motivo, la Mefloquina goza de mala fama entre los viajeros y su cumplimiento en las pautas de profilaxis deja mucho que desear. Si bien es verdad que la mayoría de los efectos adversos descritos ocurren cuando se usa en dosis terapéuticas, nos proponemos al analizar el siguiente caso, sumar un episodio dermatológico a la escasa casuística encontrada para este fármaco utilizado en dosis de 250 mg/semana. Se trata de un varón de 55 años, de profesión psiquiatra, que realiza un

viaje de 15 días de duración a Guinea Ecuatorial. No posee antecedentes de alergias a fármacos. Tras consultar con su médico de familia, decide tomar Mefloquina en dosis de 250 mg a la semana. Una vez terminado el viaje, y 12 horas después de la cuarta dosis de Mefloquina 250 mg, acude a su médico por sufrir prurito y erupción cutánea. No refiere ingesta de ningún otro fármaco. A la exploración física no presenta fiebre ni adenomegalias. Presenta un rash micropapular, eritematoso y muy pruriginoso, de distribución uniforme, localizado principalmente en espalda, cuello, escote y antebrazos. Fue retirado el fármaco, y tratado con antihistamínicos vía oral, mejorando el cuadro sustancialmente a partir de las primeras 24 horas. Además de los conocidos efectos neuropsiquiátricos, debemos tener en cuenta las reacciones adversas en piel que abarcan desde prurito, rash, urticaria, hasta necrolisis epidérmica tóxica y síndrome de Stevens-Johnson.

53.- Poliartritis reactiva como presentación clínica de parasitación por *Taenia* sp.

N. Gutiérrez¹, J. Muñoz¹, R. Paredes¹, A. Lacal¹, S. Serradell¹, B. Mothe¹, C. Muñoz²

¹Departamento de Medicina Interna, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ²Departamento de Microbiología Clínica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

La parasitación intestinal por la forma adulta de *Taenia* sp. es una patología de distribución mundial. La mayoría de pacientes infestados por *T. solium* o *T. saginata* permanecen asintomáticos o presentan síntomas intestinales leves o moderados, incluyendo artromialgias. Sin embargo, la poliartritis reactiva como presentación clínica de la infestación por *Taenia* sp. es un cuadro excepcionalmente descrito. Presentamos un caso de un varón de 35 años natural de Guinea Bissau, residente en Barcelona desde hacía 4 años que consultó por astenia, anorexia y fiebre de 7 días de evolución asociada a cuadro de poliartritis aditiva simétrica sin otra sintomatología acompañante. Como único antecedente patológico destacaba paludismo en la adolescencia tratado en Guinea Bissau. En la exploración física presentaba temperatura axilar de 38 °C y signos flogóticos a nivel de las articulaciones interfalángicas proximales, metacarpofalángicas y rodillas con derrame articular en rodilla izquierda. El resto de la exploración física resultó anodina. Análíticamente destacaba Hb 127 g/l, 11.800 leucocitos x 10E⁹/l con desviación a la izquierda, 727.000 Plaquetas/mm³, Albúmina

de 29 g/l LDH 558 U/l, PCR 60 mg/l, VSG 104 mm/h e hipergammaglobulinemia a expensas de IgE 1049 UI/ml. La radiología de tórax y articular fue normal. Mediante artrocentesis se obtuvo muestra seromucinoso opalescente con 42g/l de proteínas, glucosa 8,2 mmol/l, 300 células/ul sin presencia de cristales y cultivo negativo. El coprocultivo y el cultivo de exudado uretral fueron negativos. En el estudio parasitológico de heces se objetivaron abundantes huevos de *Taenia* sp. sin ser posible la obtención de muestras de proglótidos. La serología de cisticercosis en sangre fue negativa y el TAC craneal normal. La determinación de FR i HLA-B27 fue negativa así como el resto del estudio inmunológico. Las serologías bacterianas, víricas y parasitarias y el resto cultivos fueron negativos. Se objetivaron inmunocomplejos circulantes a expensas de IgG, C3, C4 y trazas de IgM. El tratamiento con niclosamida condujo a la remisión de la sintomatología y a la casi total desaparición de los inmunocomplejos circulantes. La infestación por *Taenia* sp. debe incluirse en el espectro de diagnóstico diferencial de las poliartritis reactivas por inmunocomplejos por parásitos intestinales.

54.- Perfil de usuarios atendidos en el mes de Julio en el área de Atención al Viajero de la Unitat de Medicina Tropical i Salut Internacional Drassanes, Barcelona

R. Morales, N. Coma, M. Iraizoz, M. Reverté, R. Fernández, V. Feijóo, N. Serre

Unitat de Medicina Tropical i Salut Internacional de les Drassanes, ICS, Av. Drassanes 17-21, Barcelona, España

El área de Atención al Viajero de la Unitat de Medicina Tropical y Salut Internacional Drassanes (UMTSID) experimenta año tras año un aumento en el número de consultas (14.457 en el 2001, 15.563 en el 2002 y 19.211 en el 2003), lo que concuerda con el incremento de los viajes de los catalanes fuera de Europa en los últimos años. El objetivo del estudio es describir el perfil del usuario atendido en julio del 2003 en este área, por ser el mes de mayor demanda de consultas (representó 23% del total del 2003). Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. La población estudiada fue de 4.465 usuarios que acudieron entre el 1 y el 31 de julio del 2003 a la consulta de Atención al Viajero de la UMTSID, de los que se extrajo una muestra aleatoria del 50%. Los datos se obtuvieron de la ficha clínica y se analizaron con el programa "Statistical Package for the Social Science" (SPSS) 11.0. La muestra analizada incluyó un total de 2.232 viajeros, que se visitaron con una antelación media de 24 días (DS±14 días). Se caracterizaron por ser de nacionalidad española (92%), mujeres (53%), con una edad media de 35 años (DS±11 años) y sin antecedentes patológicos

(72%). De entre los que presentaron algún antecedente, los más frecuentes fueron depresión o alteraciones psiquiátricas (19%), hepatitis A (16%) e hipertensión arterial (8%). Los continentes más visitados fueron África (44%), América (33%) y Asia (23%). Los países más visitados fueron India (8%), Tanzania (7%), Brasil y Senegal (6%). La duración media del viaje fue de 18 días (DS±54 días, media 27 días), siendo el motivo principal el turismo (87%) con alojamiento en hotel (47%). Las vacunas más indicadas fueron fiebre tifoidea (43%), tétanos-difteria (36%), fiebre amarilla (35%), hepatitis A (34%), y de los que recibieron profilaxis antipalúdica (59%), el fármaco más indicado fue la mefloquina (66%). En conclusión, el perfil del viajero atendido en julio de 2003 en nuestro centro (UMTSID) fue una persona, joven, de nacionalidad española, que acudió a consulta con unos 24 días de antelación, sin antecedentes patológicos, que escoge viajes turísticos con alojamiento en hotel, a un país tropical, y una duración de dos a tres semanas, recibe la administración de 2-3 vacunas y necesita con frecuencia medicación antipalúdica.

55.- Diferencias en el perfil de los inmigrantes y no inmigrantes atendidos en Julio en el área de Atención al Viajero de la Unitat de Medicina Tropical i Salut Internacional Drassanes

N. Serre, V. Feijóo, R. Fernández, N. Coma, M. Reverte, M. Iraizoz, R. Morales

Unitat de Medicina Tropical i Salut Internacional Drassanes, ICS, Av. de les Drassanes 17-21, Barcelona, España

La inmigración ha aumentado notablemente en los últimos años en Barcelona, pasando de 1,9% en marzo del 1996 a 12,8% en enero del 2004 según datos del Departamento de Estadística del Ayuntamiento de Barcelona. En la Unitat de Medicina Tropical i Salut Internacional Drassanes (UMTSID) atendemos a un número considerable de este colectivo que, presumiblemente, realizan viajes diferentes al resto de los usuarios. Con este estudio se pretende describir el perfil de esta población, así como detectar si existen diferencias significativas entre ellos y el resto de los viajeros. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y analítico. Se tomó una muestra aleatoria del 50% de los 4.465 viajeros que acudieron a la consulta de la UMTSID en el mes de julio del 2003. Se dividieron en dos grupos: A) nacidos en Europa, EEUU, Canadá y Australia, B) nacidos en otros países. Los datos se obtuvieron de la ficha clínica y se analizaron con el programa "Statistical Package for the Social Science" (SPSS) 11.0. El grupo A (n=2093) estaba compuesta por usuarios nacidos en España (97%), mujeres (55%), con edad media de 35 años (DS±11 años) que se visitaron con una antelación media de 25 días (DS±14 días). El continente más visitado fue África (43%), destacando como país India (8%). La duración media del viaje 26 días (mediana 18; DS±53 días), como motivo del viaje turismo (90%), estancia en hotel (49%). Las vacunas

más indicadas fueron fiebre tifoidea (41%) y hepatitis A (36%). Recibieron quimioprofilaxis antipalúdica (58%) siendo el fármaco más indicado la mefloquina (65%). El grupo B (n=126) estaba compuesto por usuarios nacidos en África (58%), hombres (65%), con una edad media de 34 años (DS±12 años) que se visitaron con una antelación media de 16 días (DS±13 días). El continente más visitado fue África (62%), destacando como país Senegal (14%). La duración media del viaje 50 días (mediana 30 días, DS±57 días), motivo del viaje visita familiar (48%), con estancia en casa particular (74%). Las vacunas más indicadas fueron fiebre tifoidea (74%) y fiebre amarilla (51%). Recibieron quimioprofilaxis antipalúdica (82,5%), siendo el fármaco más indicado la mefloquina (84%). Se encontraron diferencias significativas en la distribución por sexo ($t^2=5,9$; $p<0,05$), el tiempo de antelación de consulta ($t^2=5,0$; $p<0,05$), duración del viaje ($t^2=4,1$; $p<0,05$) y tipo de alojamiento ($t^2=109,5$; $p<0,05$). En conclusión el perfil del viajero del grupo A y B difiere principalmente en la distribución por sexos, la antelación con la que solicitan consejo para el viaje, la duración del viaje y el tipo de alojamiento. Por lo que podemos deducir que el tipo de viaje es diferente, siendo el viaje del grupo B de mayor riesgo por lo que merece una especial atención.

56.- Esquistosomiasis importada en viajeros: análisis de 26 casos detectados por AVA Sb ELISA

J. Pardo¹, C. Carranza², T. Martín¹, R. López-Vélez³, J.L. Pérez Arellano², M.C. Turrientes³, A. Oleaga⁴, A. Muro¹

¹Laboratorio de Inmunología Parasitaria y Molecular, Ciset, Facultad de Farmacia, Universidad de Salamanca, 37007 Salamanca, España.

²Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España. ³Unidad de Medicina Tropical y Parasitología Clínica, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España. ⁴Unidad de Patología Animal, IRNA-CSIC, Salamanca, España

El auge del turismo y los programas de cooperación internacional han llevado en los últimos 20 años a un incremento de los casos detectados de esquistosomiasis en viajeros. Los métodos de inmunodiagnóstico constituyen un eficaz método para el cribaje de viajeros procedentes de zona endémica. El objetivo de este estudio fue realizar una descripción de los datos epidemiológicos y clínicos de los casos detectados por serología. Desde 1997 hasta 2004 se recibieron en nuestro laboratorio muestras serológicas de viajeros con sospecha de infección por *Schistosoma* sp. Las muestras fueron analizadas mediante ELISA indirecto para la detección de anticuerpos frente al antígeno de vermes adultos de *Schistosoma bovis* (AVA Sb ELISA). De forma retrospectiva, se procedió a la revisión de la historia clínica de los pacientes con resultado serológico positivo. Se recibieron en nuestro laboratorio sueros pertenecientes a 156 viajeros, procedentes en el 90% de los casos, del África subsahariana. Un 16,6% (26 casos) presentaron AVA Sb ELISA positivo, de éstos el 82% viajaron al África occidental, siendo Mali el país más frecuentemente visitado (57%). El 87% de los casos ocurrieron en viaje por turismo y el resto por misiones, cooperación o trabajo. La edad media de todos los casos AVA Sb ELISA

positivo era 34±7 años, siendo el 58% varones. Los síndromes clínicos principales presentados fueron: eosinofilia sin causa parasitaria aparente (37%), esquistosomiasis aguda-síndrome de Katayama (33%) y síndrome génito-urinario (21%). El 79% de los pacientes tenían eosinofilia (>450/μL) y el 17% hematuria en el análisis de orina. Sólo el 44% de los pacientes testados presentaron hemaglutinación indirecta positiva frente a *Schistosoma* sp. En el 23% de los pacientes el diagnóstico de esquistosomiasis fue confirmado por métodos parasitológicos, siendo el diagnóstico: 5 casos por *S. haematobium* en orina (2 de ellos se detectaron además huevos en biopsia vulvo-vaginal) y 1 por *S. mansoni* en heces. Sólo en un paciente se detectó co-parasitación por *P. falciparum*. La esquistosomiasis es una enfermedad frecuente en viajeros procedentes del África Subsahariana. Las manifestaciones clínicas típicas de esquistosomiasis aguda o crónica están presentes sólo en el 54% de los casos. El AVA ELISA Sb detecta muchos más casos que los métodos de diagnóstico parasitológicos directos.

Financiación: FIS 01/0685 y RICET/FIS No. C03/04.

57.- Estudio clínico-serológico de la esquistosomosis importada en inmigrantes

J. Pardo¹, C. Carranza², J.L. Pérez-Arellano², R. López-Vélez³, V. Ramajo⁴, MC. Turrientes³, O. Sanz², A. Muro¹

¹Laboratorio de Inmunología Parasitaria y Molecular, CISET, Facultad de Farmacia, Universidad de Salamanca, 37007 Salamanca, España.

²Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España. ³Unidad de Medicina Tropical y Parasitología Clínica, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España. ⁴Unidad de Patología Animal, IRNA-CSIC, Salamanca, España

La esquistosomosis es una enfermedad importada frecuente en inmigrantes. Los métodos serológicos constituyen un método eficaz en el diagnóstico de infección importada. El objetivo de este estudio fue realizar una descripción de los datos epidemiológicos y clínicos de los casos detectados por serología. Desde 1997 hasta 2004 se recibieron en nuestro laboratorio muestras serológicas de pacientes inmigrantes con sospecha de infección por *Schistosoma* sp. Las muestras fueron analizadas mediante ELISA indirecto para la detección de anticuerpos frente al antígeno de vermes adultos de *Schistosoma bovis*. De forma retrospectiva, se procedió a la revisión de la historia clínica de los pacientes con resultado serológico positivo. Se recibieron en nuestro laboratorio sueros pertenecientes a 202 pacientes inmigrantes con sospecha de esquistosomosis. El 95% de estos pacientes procedían del África Occidental. Un 24% (48 casos) presentaron test de ELISA positivo. Los principales países con esquistosomosis eran Mali 27%, Guinea Ecuatorial 17%, Nigeria 17%, Ghana 12% y Sierra Leona 10%. El 90% de todos los casos eran varones. La edad media era 26,0±7,9 años. El 82% de estos pacientes eran recién llegados

(<6 meses). Sólo en 7 casos existían manifestaciones clínicas (síndrome urinario-genital 5 casos, neurológico 1 caso, síndrome general 1 caso), siendo el resto de los pacientes asintomáticos. Analíticamente el 82% de los pacientes tenían eosinofilia y el 30% microhematuria. En 20 de los 48 pacientes (41%), el diagnóstico de esquistosomosis fue confirmado por métodos parasitológicos, siendo el diagnóstico específico *S. haematobium* 11 casos, *S. mansoni* 6 casos, *S. intercalatum* 2 casos y *S. haematobium/S. mansoni* 1 caso. En un 31% de los pacientes se efectuó un diagnóstico complementario de otras infecciones parasitarias, principalmente por filarias tropicales, geohelminthos y protozoos intestinales. La esquistosomosis importada es frecuente en inmigrantes subsaharianos. Las manifestaciones clínicas son infrecuentes, especialmente en los recién llegados, basándose la sospecha diagnóstica en la detección de eosinofilia y microhematuria. El diagnóstico en la mitad de los casos se basó exclusivamente en la serología.

Financiación: FIS 01/0685 y RICET/FIS No. C03/04.

58.- Study of immigrants with tuberculosis in a tertiary hospital over a five year period

M. Peñaranda¹, M. Villalonga¹, M.A. Ribas¹, A. Ramirez², T. Serra², S. Riera¹, J. Murillas¹, C. Villalonga¹, J. Perez²

¹Department of Internal Medicine, Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca, Spain. ²Department of Microbiology, Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca, Spain

Real prevalence of tuberculosis (TB) in immigrants in Majorca is unknown although an increasing number of cases is currently reported. We aimed to investigate the proportion of immigrants among all cases of TB in a tertiary Hospital in Spain. All Mycobacterium TB positive culture cases within the Microbiology department from 01/01/1999 to 31/12/2003 were identified. Medical records of all cases were reviewed in order to select non-Spanish resident patients. Epidemiological, clinical, diagnostic and follow-up data were analyzed. 408 patients with a positive culture for Mycobacterium tuberculosis were identified, of which 89 (22%) were immigrants. There were 77 cases in 1999 (15% immigrants); 71 cases in 2000 (18% immigrants); 64 cases in 2001 (20% immigrants), 95 cases in 2002 (18% immigrants) and 101 cases in 2003 (33% immigrants). Complete data was obtained from a total of 55 patients. Demographic characteristic were as follows: 65% male, 35% female, mean age 31+13 years, median time of residence in Spain of 2 years (range 1 month to 7 years), 20% were from Morocco, 16% from Ecuador, 8% from other South-American countries, 5% from Nigeria, 5% from Senegal, 5% from Romania, 5% from India, 4% from China, 4% from Guinea and 10 other patient from different single

countries. Relevant clinical data were as follows: 2 patients were HIV-positive, 8 patients were alcohol abusers, 5 patients were unstudied TB contacts, 5 patients were improperly treated TB and 2 patients were correctly treated TB. 67% had pulmonary TB, 14% disseminated TB, 7% ganglionic TB and the remaining 10% were pericarditis, pleuritis, meningitis and osteomyelitis. HIV serology was studied in only 38 cases, of which 9 were positive. Hepatitis B serology was studied in 29 cases, of which 5 were VHB positive and 1 VHC positive. Syphilitic serology was studied in 28 cases of which 2 were positive. Parasites in stool were studied only in 11 patients (20%) in which 6 were positive. 76% of patients were treated with rifampin, isoniazid and pyrazinamide, 10% with these and ethambutol, and 14% other combinations of 3 drugs. Only 2 cases were not hospitalized. There was no case of multidrug-resistant TB. Three patients were lost of follow up, 5 relapsed and 47 recovered completely (37% developed some complications). There was one death. In conclusion there are an increasing percentage of immigrants in TB cases; some of them are TB contacts not studied and others TB cases incompletely treated. There are a very low proportion of immigrants patients evaluated for HIV, HBV, HCV syphilis and parasitic infections.