

Gastroenteritis aguda: más allá del clásico diagnóstico viral



Palma Conesa MC¹, Garach Gómez A²

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. España.

²Pediatra. CS Zaidín Sur, Distrito Granada-Metropolitano. Granada. España.

PUNTOS CLAVE

- La giardiasis es especialmente frecuente en áreas con inadecuadas condiciones sanitarias y recursos limitados para el tratamiento del agua y los alimentos.
- Los niños menores de diez años tienen mayor incidencia de giardiasis que los de mayor edad.
- Las manifestaciones clínicas asociadas son muy variables y dependen de la forma de presentación (aguda o crónica).
- La técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) tiene mayor sensibilidad que la visualización directa del parásito mediante microscopio.
- Salvo excepciones, los individuos asintomáticos no precisan tratamiento dirigido, pero, si hay síntomas, debe iniciarse terapia antimicrobiana y cuidados de soporte.

INTRODUCCIÓN

La gastroenteritis aguda (GEA) es una de las patologías más frecuentes en las consultas de Atención Primaria, siendo un proceso autolimitado en la mayoría de los niños. La etiología más habitual es la infección vírica, sobre todo por el rotavirus. Su diagnóstico es clínico y no es necesario realizar pruebas complementarias de manera rutinaria¹.

Los parásitos son una causa infrecuente de GEA en nuestro medio. Los más comunes son *Cryptosporidium* y *Giardia*. Suelen producir episodios más prolongados de diarrea, por lo que es

importante su sospecha diagnóstica para iniciar el tratamiento dirigido¹.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: vómitos y diarrea.

Antecedentes personales: hiperreactividad bronquial. Correctamente vacunada. Sin alergias conocidas.

Antecedentes familiares: padre con asma estacional.

Enfermedad actual: niña de 2 años que acude a la guardería y comienza con un cuadro agudo de vómitos y diarrea, motivo por el que consulta a su pediatra de Atención Primaria:

- **Primera consulta:** episodio de tres vómitos durante la madrugada y varias deposiciones líquidas, sin productos patológicos. Presenta buena hidratación, por lo que se indica terapia de rehidratación oral en domicilio.
- **Segunda consulta:** a las 48 horas persisten vómitos continuos y diarrea con leve dolor abdominal e inapetencia, manteniéndose afebril. En la exploración no hay signos de deshidratación, pero ante los vómitos de repetición en el contexto de gastroenteritis, se administra ondansetrón.
- **Tercera consulta:** a los 8 días comienza con tos perruna y síntomas catarrales. Desde la última consulta había presentado algún vómito aislado y deposiciones de consistencia blanda. Se auscultan crepitantes y sibilantes, por lo que se indican broncodilatadores.
- **Cuarta consulta:** a los 13 días reinicia cuadro gastrointestinal con varios vómitos diarios y diarrea (múltiples

Cómo citar este artículo: Palma Conesa MC, Garach Gómez A. Gastroenteritis aguda: más allá del clásico diagnóstico viral Form Act Pediatr Aten Prim. 2025;18(3):159-61.

deposiciones líquidas de color amarillento, sin productos patológicos), sin presentar fiebre. En la exploración, la niña se encuentra algo decaída, aunque bien hidratada.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Dada la evolución tórpida del cuadro, se solicita PCR para virus, bacterias y parásitos en heces, y se obtiene positividad para *Giardia lamblia* con posterior confirmación microscópica.

Juicio clínico

- **Diagnóstico principal:** GEA por *Giardia lamblia*.
- **Diagnóstico secundario:** proceso viral respiratorio intercurrente.

Tratamiento

Se continúa con suero de rehidratación oral (SRO), se dan recomendaciones sobre una adecuada higiene de manos y se inicia terapia dirigida con metronidazol.

A las 48 horas de iniciar el tratamiento se habían resuelto los vómitos y había disminuido la cuantía de las deposiciones, aunque persistían el leve dolor abdominal y el escaso apetito.

DISCUSIÓN

La *Giardia lamblia* es un parásito protozooario flagelado responsable de infecciones gastroentéricas epidémicas o esporádicas. Tiene una transmisión feco-oral, principalmente por la ingesta de agua o alimentos contaminados. Se identifican, sobre todo, dos fuentes de transmisión: los viajeros en áreas silvestres que beben agua sin filtrar y los entornos en los que hay incontinencia fecal y dificultad para extremar la higiene personal (por ejemplo, las guarderías)^{2,3}.

Las manifestaciones clínicas de la infección por dicho parásito son muy diversas. Se debe sospechar una giardiasis aguda en casos de diarrea que se prolonga más de una semana con flatulencia y dolor abdominal. Se acompaña de náuseas y vómitos en el 69% de los casos, siendo la fiebre poco común (15%). La gastroenteritis por *Giardia* puede durar más de dos semanas, y prolongarse durante meses si no se trata, dando lugar a una giardiasis crónica. La diarrea es intermitente o persistente, y a veces produce pérdida de peso, esteatorrea y síntomas inespecíficos, como fatiga o debilidad. En niños puede afectar al crecimiento y desarrollo, originar cuadros de hipersensibilidad (erupción cutánea, urticaria, aftas orales) o ser

causa de malabsorción de proteínas, grasas y vitaminas (especialmente A, E, B12 y ácido fólico). Aunque más raro, también se ha relacionado con cuadros de artritis reactiva o sinovitis^{2,3}.

Ante la sospecha clínica, está indicado recoger una muestra de heces y realizar una técnica de PCR para *Giardia spp.*, que es un método muy sensible y accesible en nuestro medio. Otro método válido para su diagnóstico es la detección de antígenos de quistes o trofozoítos mediante anticuerpos marcados con fluoresceína, siendo también válido para diagnosticar de forma simultánea infecciones por *Cryptosporidium*. La técnica de visualización mediante microscopía del parásito en las heces está siendo desplazada por ser observador-dependiente y precisar la recogida de tres muestras en días alternos para aumentar la sensibilidad².

Tras la confirmación microbiológica de la infección debe iniciarse tratamiento dirigido en niños sintomáticos, junto con terapia de rehidratación oral de forma precoz (SRO hiposódico en una cantidad estimada de 10 ml/kg por deposición y 2 ml/kg por vómito), si se precisa. En nuestro medio está indicado el tratamiento farmacológico también en portadores asintomáticos en determinadas situaciones con el objetivo de prevenir la transmisión de la infección a otras poblaciones de pacientes más vulnerables⁴.

Actualmente existen varias alternativas de tratamiento frente a la giardiasis, siendo el metronidazol la opción más utilizada por su perfil de seguridad. La palatabilidad y los efectos secundarios gastrointestinales son algunos de sus principales inconvenientes. La posología es de 15 mg/kg por vía oral durante 5-7 días.

Otras opciones terapéuticas son la nitazoxanida, que es eficaz también contra el *Cryptosporidium*, y cuya pauta de administración se acorta a 3 días (medicamento extranjero, solo para mayores de un año, dosis según edad), o el tinidazol, que se administra en dosis única (50 mg/kg, máximo 2 gramos), aunque solo se comercializa en comprimidos de 500 mg y precisa de un preparado magistral para administrarlo a niños. Otras alternativas menos comunes son la paromomicina o la quinacrina⁴.

No está recomendado realizar una prueba de heces después del tratamiento, excepto en casos individualizados de mala adherencia o persistencia de síntomas³.

Dada la importante labor de prevención de la salud desde Atención Primaria, se recomiendan ciertas medidas para disminuir la transmisión de *Giardia lamblia*^{4,5}:

- Evitar beber y comer alimentos que puedan estar contaminados.
- Hervir el agua en zonas endémicas (al menos durante un minuto).

- Utilizar métodos de purificación del agua en zonas de montaña, como filtros con poros de 1 micra y yodación.
- Fomentar la lactancia materna como factor protector de contagio en lactantes menores de 6 meses que acuden a guarderías.
- Aislamiento domiciliario hasta permanecer 48 horas sin síntomas.
- Evitar piscinas hasta 1 semana después de la resolución de los síntomas en niños sin control de esfínteres.
- Extremar la higiene de manos con agua y jabón (el desinfectante de manos a base de alcohol no es efectivo frente a la forma quística que sobrevive en el medio ambiente).

BIBLIOGRAFÍA

1. Benítez Maestre AM, De Miguel Durán F. Gastroenteritis aguda. *Pediatr Integral*. 2015;XIX(1):51-7.
2. Leung AKC, Leung AAM, Wong AHC, Sergi CM, Kam JKM. Giardiasis: An Overview. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov*. 2019;13(2):134-43.
3. Saura-Carretero Z, Villanueva-Alarcón M, Pérez-Olaso O, Aleixandre-Górriz I, Real-Fernández A, Sánchez-Thevenet P, et al. Giardiosis en población pediátrica de la provincia de Castellón: clínica e impacto. *An Pediatr (Barc)*. 2021;94(5):278-84.
4. Aparicio Rodrigo M, Díaz Cirujano AI. Parasitosis intestinal. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. En: *Guía ABE [en línea]* [consultado el 22/07/2025]. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/>
5. Pyzocha N, Cuda A. Common Intestinal Parasites. *Am Fam Physician*. 2023;108(5):487-93.