

Insuficiencia renal transitoria tras la administración de la vacuna antigripal

Introducción. La gripe es una enfermedad aguda que afecta a las vías respiratorias y con frecuencia se acompaña de síntomas generales, como fiebre, cefaleas, astenia y mialgias¹. Se suele presentar en forma de brotes, durante los meses de invierno, de extensión y gravedad variables, que producen una morbilidad considerable, así como una mortalidad elevada en pacientes de alto riesgo, entre ellos los mayores de 64 años, como consecuencia de complicaciones pulmonares, principalmente la neumonía². Se describe a continuación un caso de insuficiencia renal transitoria probablemente relacionada con la administración de la vacuna antigripal.

Caso clínico. Mujer de 85 años con antecedentes personales de dislipidemia e insuficiencia venosa periférica, en tratamiento con simvastatina 20 mg/24 h por vía oral y pentoxifilina 600 mg/24 h por vía oral que acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital presentando síndrome febril de 5 días de evolución, artromialgias generalizadas y anorexia, instaurándose dicho cuadro 12-14 h después de la administración de la vacuna antigripal preventiva. En la exploración se observó fiebre de 38,5 °C, sin otros hallazgos de interés. En la analítica destacaban, los siguientes valores: urea, 138 mg/dl; creatinina 3,0 mg/dl; serie roja normal, 27.000 leucocitos con neutrofilia a expensas de elementos maduros, 38.000 plaquetas (frotis de sangre periférica con agregados plaquetarios) y gasometría con una ligera acidosis metabólica. La paciente fue ingresada y se solicitaron analíticas complementarias, en las que destacaban las elevaciones de VSG y PCR, alfa-2 globulina y factor C3. Las determinaciones de creatinincinasa, hormonas tiroideas y serología de virus hepáticos fueron normales, así como la radiografía de tórax y las ecografías cardíaca y abdominal. El

urocultivo fue negativo. Cuatro días después de su ingreso y tras normalizarse su estado general y los parámetros analíticos, la paciente fue dada de alta con el diagnóstico de insuficiencia renal transitoria secundaria a la vacuna antigripal.

Discusión y conclusiones. Las vacunas antigripales actuales obtenidas a partir de virus de la gripe A y B inactivos están muy purificadas y se asocian con una baja incidencia de reacciones adversas. Las más frecuentes son de carácter local (30%) y en un porcentaje menor puede aparecer sintomatología gripal; todo ello suele ser transitorio y desaparece tras un corto período, no superior a 2-3 días. Rara vez, con una incidencia menor a 1/10.000 casos, pueden aparecer reacciones graves como neuritis, síndrome de Guillain-Barré, encefalomielitis y vasculitis con afectación renal transitoria³.

Se ha publicado un caso de vasculitis necrosante asociada a glomerulonefritis pauciinmunitarias tras la administración de la vacuna antigripal, sin especificar si esta afectación se debe al componente vírico o a alguno de los excipientes o conservantes de la vacuna⁴. En nuestro caso, la resolución clínica en tan corto plazo y la ausencia de complicaciones importantes impidió la realización de la biopsia renal que confirmaría el diagnóstico de vasculitis. El origen alérgico de la afectación renal fue descartado por el Servicio de Alergia.

El tratamiento crónico con simvastatina de nuestra paciente planteó la posibilidad de que la afectación renal fuera consecuencia de dicho tratamiento hipolipidemiante, por la rabdomiólisis que puede provocar. Se desestimó esta hipótesis ante las concentraciones de creatinincinasa repetidamente normales⁵.

Respecto a la imputabilidad de esta reacción, al aplicar la escala de causalidad de Naranjo se obtuvo una puntuación que califica de probable que la afectación renal fuera consecuencia de la vacuna antigripal⁶.

El uso masivo de la vacunación antigripal obliga a prestar atención a la aparición de reacciones adversas poco frecuentes, entre las que se debe incluir la afectación renal transitoria, sobre todo en grupos de edad avanzada y en los pacientes de riesgo que presenten alguna enfermedad de base que

pueda descompensar ésta de forma puntual.

Joaquín Alanís López^b, David García Muñiz^a, M. Ángeles Geniz Clavijo^a y Rafael Kortabarria Vélez de Mendizabal^b

^aServicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España. ^bServicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

1. Ebell MH. Diagnosing and treating patients with suspected influenza. *Am Fam Physician*. 2005;72:1789-92.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update: influenza activity-United States, October 2-December 3, 2005. *Morb Mortl Wkly Rep*. 2005;54:1256-9.
3. Vacuna antigripal de virus fraccionados. Ficha técnica. Mayo 2004.
4. Yanai-Berar N, Ben-Itzhak O, Gree J, Nakhoul F. Influenza vaccination induced leukocytoclastic vasculitis and pauci-immune crescentic glomerulonephritis. *Clin Nephrol*. 2002;58:220-3.
5. Plotkin E, Bernheim J, Ben-Chetrit S, Mor A, Korzets Z. Influenza vaccine-a possible trigger of rhabdomyolysis induced acute renal failure due to the combined use of cerivastatin and bezafibrate. *Nephrol Dial Transplant*. 2000;15:740-1.
6. Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, Sandor P, Ruiz I, Roberts EA, et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther*. 1981;30:239-45.

Seudoparasitismo por *Dicrocoelium dendriticum*

Introducción. *Dicrocoelium dendriticum* es un helminto que parasita en los canalículos biliares de los animales herbívoros y origina trastornos funcionales en el hígado y las vías biliares, con un curso subclínico crónico. Está ampliamente distribuido en Europa, norte de África y Extremo Oriente. Puede parasitar en el hombre, hecho que es infrecuente, o puede ser unseudoparasitismo

Palabras clave: Vacuna antigripal. Insuficiencia renal. Efectos adversos.

Palabras clave: *Dicrocoelium dendriticum*. Dicrocoeliasis. Trematoda.

mo como consecuencia del tránsito intestinal de huevos o gusanos tras la ingestión de alimentos parasitados sin provocar infección en el paciente. En este caso habrá una contaminación espúrea en las heces¹. Es un trematodo que tiene un ciclo parasitario complejo. En estado adulto, maduro sexualmente, vive en los canales biliares del huésped definitivo, que serán animales herbívoros como la vaca, las ovejas y el hombre (si está infectado). Los huevos puestos por el parásito son expulsados por las heces y son ingeridos por el primer huésped intermediario (caracol terrestre). Los huevos o esporocistos evolucionan hasta convertirse en cercarias en el interior del caracol y se expulsan al exterior con las secreciones mucosas. Este mucus es ingerido por las hormigas, que son el segundo huésped intermediario. Al madurar la cercaria produce un efecto paralizador en la hormiga, lo que favorece que sea ingerida por el huésped definitivo. En los animales parasitados produce dilatación y engrosamiento de los canalículos y conductos biliares, lo que favorece la colangitis crónica y la cirrosis hepática.

Caso clínico. Se trata de una paciente de 29 años, de origen subsahariano sin antecedentes médicos de interés que acude a la consulta de su médico de familia por presentar desde hace unos días una clínica inespecífica de fiebre, cefalea y dolores osteomusculares. No ha realizado viajes recientes a su país ni hay otras sospechas epidemiológicas de riesgo. La exploración es rigurosamente normal, así como la tira de orina, y se pautan antitéticos. A las 2 semanas acude de nuevo por sensación de debilidad en las piernas y prurito generalizado. Refiere diarrea en los días previos. En la exploración no presenta hallazgos significativos. Se solicita una bioquímica completa con ácido fólico, TSH, vitamina B₁₂, electroforesis e IgE, que fue normal excepto una leve elevación de la GGT (49 µl/l). Destaca en el hemograma una leve leucopenia (3.500/µl) secundaria a una neutropenia mínima. En la serología se aprecia una hepatitis B pasada y curada. En las 3 muestras de heces en botes con formol para la detección de parásitos se aísla *Dicrocoelium dendriticum*, por lo que se solicita una ecografía hepática, que es normal. A las 3 semanas se solicita un nuevo examen coprológico, que es negativo. La pa-

ciente en ese momento se encuentra sintomática. Afirma que en los meses previos su familia había comido hígado. Se realiza un estudio parasitario al marido y a los hijos, que es normal.

Discusión y conclusiones. El hallazgo de huevos de *Dicrocoelium dendriticum* en muestras de heces humanas para estudio de parásitos es excepcional. Tiene una incidencia anual en nuestro medio del 0,2-0,3%, aunque en países como Arabia Saudí o Egipto aumenta debido a los menores controles veterinarios de la ganadería. Entre las muestras positivas, la mayoría son contaminaciones espúreas debido a la ingesta de hígado de animal parasitado. Para que haya una verdadera parasitosis en el hombre, éste debe ingerir hormigas infectadas. En España se han documentado 5 casos de pseudoparasitismo desde 1981, con una clínica similar a la descrita².

En cuanto a verdaderas parasitaciones en humanos, hay casos aislados publicados en revistas europeas y un estudio descriptivo con una muestra de 208 pacientes, en Arabia Saudí, de los cuales sólo 7 presentaban una parasitación confirmada³.

Las manifestaciones clínicas de la infección son dolor y distensión abdominal, sobre todo en el hipocondrio derecho, diarrea y flatulencia. Otros síntomas inespecíficos son anorexia, náuseas y cefalea. Estas manifestaciones se han descrito a veces de forma transitoria en los pseudoparasitismos⁴. El paciente con dicrocoeliasis puede tener hepatomegalia, leve aumento de las transaminasas, leucocitosis y eosinofilia. Se han documentado síndromes de malabsorción y procesos obstructivos de los conductos biliares en casos aislados⁵. El tratamiento de una parasitación verdadera consiste en praziquantel (600 mg/8 h 3 días) o tiabendazol (700 mg dosis única).

En la consulta de atención primaria debemos tener en cuenta la importancia que están adquiriendo las enfermedades infecciosas atípicas y tropicales relacionadas con el aumento de la inmigración y sus diferentes hábitos de vida. Las costumbres culinarias, como el consumo de vísceras y el dudoso control sanitario de los alimentos adquiridos, ya sea en sus países de origen o en nuestro medio, son la causa de algunas de estas enfermedades. Debemos confirmar

siempre que son verdaderas parasitaciones y no contaminaciones espúreas de las muestras con un segundo examen parasitológico.

Irene Zabala Martín-Gil^a,
Juan Pedro Justel Pérez^a
y Juan Cuadros González^b

^aMedicina de Familia. Centro de Salud La Veredilla. Torrejón de Ardoz. Madrid. España. ^bServicio de Microbiología. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

1. Rack J, Adusu E, Jelinek T. Human infection with *Dicrocoelium dendriticum*. Dtsch Med Wochenschr. 2004;129:2538-40.
2. Saucá Subías G, Planas Vilá N, Pérez Sáenz JL, Fernández Roure JL. Falso parasitismo por *Dicrocoelium dendriticum*: aportación de cuatro casos. Med Clin (Barc). 1989;30:93.
3. el-Shiekh Mohamed AR, Mummery V. Human dicrocoeliasis. Report on 208 cases from Saudi Arabia. Trop Geogr Med. 1990;42:1-7.
4. Nodgaard H, Kristensen B. *Dicrocoelium dendriticum* eggs in feces of 2 Somali boys in Denmark. Transitory elimination after arrival to Denmark. Ugeskr Laeger. 1995;157:4140.
5. Karadag B, Bilici A, Doventas A, Kantarci F, Seluk D. An usual case of biliary obstruction caused by *Dicrocoelium dendriticum*. Scand J Infect Dis. 2005;37:385-8.

Riesgo de fracturas en mujeres mayores de 65 años en un centro de atención primaria

Objetivo. Valorar el riesgo de fractura en mujeres mayores de 65 años mediante el Index Fracture (IF) y conocer el tratamiento que reciben frente a la osteoporosis.

Diseño. Estudio transversal.

Emplazamiento. Centro docente de atención primaria urbano Chafarinas (Barcelona).

Palabras clave: Riesgo de fractura. Osteoporosis. Tratamiento. Atención primaria.