

68

11226

24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Posgrado

SINDROME DE LOFFLER COMO CAUSA DE HOSPITALIZACION
EN PEDIATRIA

T E S I S

Para obtener el Grado de Especialista en:
MEDICINA FAMILIAR

p r e s e n t a:

JORGE SALMERON CASTRO



México, D. F.

1990

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Título: Síndrome de Löffler por Ascaris lumbricoides como causa de hospitalización en pediatría.

Objetivos:

- 1.- Determinar la frecuencia de Síndrome de Löffler por Ascaris lumbricoides que requiere manejo intrahospitalario, en población infantil de nuestro medio.
- 2.- Conocer la proporción de Síndrome de Löffler en comparación con infiltrados bronconeumónicos con o sin brocopneumoplasma que ameritan internamiento en pacientes pediátricos, mayores de 1 año.
- 3.- Demostrar la variabilidad estacional del Síndrome, así como la incidencia por grupos de edad, en pediatría.
- 4.- Conocer la mortalidad infantil por Síndrome de Löffler, que recibe atención de segundo nivel en nuestro medio.
- 5.- Establecer criterios de valor para dicho Síndrome en niños de nuestro medio.
- 6.- Determinar la factibilidad diagnóstica de Síndrome de Löffler, por Ascaris lumbricoides, por medio de la técnica de aislamiento de larvas en esputo o jugo gástrico.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El Síndrome de Löffler fue descrito por primera vez en el año de 1932, por el Dr. W. Löffler en Alemania (1), como un cuadro caracterizado por: tos, fiebre ocasional; fenómenos exudativos y de broncoespasmo de grado variable; imágenes radiográficas caracterizadas por infiltrados pulmonares, del tipo - bronconeumónico, cambiantes y persistentes. Fue inicialmente descrito como un cuadro relacionado con la tuberculosis pulmonar.

Posteriormente, el cuadro fue estudiado por muchos otros autores. Gracias a estos estudios se detectan, después de varios años, algunas otras entidades que presentan un cuadro similar. Posteriormente, se logra integrar un buen número de patologías que presentan como componente a los infiltrados pulmonares con eosinofilia (IPE) y es el Dr. Crofort quien establece en 1952 la primera clasificación de estos cuadros (2). En dicha clasificación se conserva el término de Síndrome de Löffler para las IPE simples, que cumplen con los criterios originales de Löffler. Más adelante en el año de 1982 el Dr. Schatz (3) sugiere una nueva clasificación para los IPE, en la cual se dividen estos cuadros en aquellos que presentan los IPE como componente principal, y en los que lo presentan como componente menor.

IPE como componente mayor:

Aspergilosis pulmonar alérgica

Neumonía eosinofílica crónica

Reacción a drogas u otras sustancias; Nitrofuranos, Penicilina,

FAS, AAS, sulfonamidas, pólenes, inhalantes, etc.

Infestaciones por parásitos

Eosinofilia tropical X Filarias

Otros: Ascaris l y Ascaris suum

Ancylostoma B.

Triciuris Trichiura

Toxocara

Vasculitis (Churg-Strauss Sx) Periarteritis nodosa like

IPE como componente menor:

Infecciones por bacterias; Tb, Brucelosis, etc.

Hongos; Histoplasmosis, coccidioidomicosis, etc.

Neoplasias; Hodgkin

Desórdenes inmunológicos; enf. pulmonar, reumatoide,

Sarcoidosis.

Sí bien es cierto que el término Sx de Löffler ha desaparecido en esta última clasificación de IPE, siguen utilizándolo algunos autores para nombrar a los IPE ocasionados por fármacos y en especial a aquellos secundarios a infestaciones parasitarias, con excepción del producido por filarias que corresponden a la eosinofilia tropical.

El Dr. Biagi en 1958 reporta el primer caso del IPE secundario a Ascaris lumbricoides, en México (4). Logra establecer el diagnóstico por medio de pruebas de precipitación con Ag de Ascaris lumbricoides, y al aislar huevos de ascaris lumbricoides 3 meses después del cuadro respiratorio, habiendo demostrado previamente que el paciente no estaba parasitado al inicio del cuadro. Conociendo el ciclo migratorio del parásito es posible establecer el diagnósti

co de esta forma. Más adelante los Doctores Martuscelli y Gardida reportan nuevos casos (5, 6). Recientemente en el Hospital de Pediatría del CM la Raza se reportaron algunos casos de Sx de Lüfler relacionado con *Ascaris lumbricoides* (7).

De acuerdo con la literatura mundial, la principal causa de Sx de Lüfler o IPE secundaria a parásitos es la migración larvaria de *Ascaris lumbricoides* (8, 9, 10, 11). Los estudios realizados en México concuerdan con estos reportes (12, 13, 14). Esto es comprensible si tenemos en cuenta que la ascariidiasis es sin duda la parasitosis intestinal más frecuente entre la población infantil de nuestro país (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

En los reportes nacionales de neumonía por ascaris (término que sugiere el Dr. Biagi para denominar los IPE por ascaris), el diagnóstico etiológico se ha establecido por medio de reacciones de hemaglutinación contra *Ascaris* y la presencia de parasitosis 3 meses después del cuadro; y en algunos casos solamente se establece al encontrar parasitosis por ascaris en forma concomitante. En ninguno de estos casos se aislaron larvas de *Ascaris* en esputo o jugo gástrico, procedimiento que ha sido realizado en otros países, confirmándose el diagnóstico etiológico al encontrar larvas de segundo y tercer estadio en muestras de esputo o jugo gástrico, tomadas los primeros días del cuadro respiratorio. Vale la pena señalar que estos estudios hacen énfasis en la dificultad que representa aislar dichas larvas (22, 23). De ahí que el diagnóstico continúe estableciéndose más comunmente por medio de las pruebas antes citadas. Si bien es cierto que estos criterios son útiles en la mayoría de los casos, no lo son para todos, y es necesario establecer algunos criterios precisos para su utilización.

Las reacciones de hemaglutinación requieren ser seriadas. La primera titulación informaría únicamente si el paciente ha estado recientemente en contacto con *Ascaris* 1, y no que en estos momentos presenta una migración larvaria pulmonar. Con un aumento en la segunda titulación podemos inferir una infestación en esos momentos, aunque no forzosamente sea ésta la causante del cuadro respiratorio. Todos los pacientes que ingieren huevecillos de *Ascaris* 1, presentan un aumento de grado variable en las titulaciones de hemaglutinación contra *Ascaris*, pero no todos los pacientes que ingieren huevecillos de *ascaris* presentan el mismo cuadro respiratorio, ya que su aparición depende de la dosis ingerida y del grado de sensibilización que el paciente tiene contra los *Ascaris*. Por lo anterior pensamos que la reacción de hemaglutinación no es una prueba absoluta de diagnóstico. Existe otra desventaja con este tipo de prueba y es que no se encuentra disponible en un segundo nivel de atención médica. Esto conlleva a que no sea utilizada rutinariamente en los Hospitales Generales de Zona, como el nuestro.

Los estudios coproparasitológicos (CPS) requieren ser tomados con algunas precauciones para poder utilizarlos como una prueba absoluta de diagnóstico. Se requiere en primer lugar confirmar que el paciente no se encuentre parasitado durante el cuadro agudo, porque de ser así los huevecillos encontrados a los 3 meses provendrían de parásitos antiguos y no de los nuevos parásitos o causantes del cuadro respiratorio. En algunos casos esto no es tan fácil de confirmar si tomamos en cuenta que en ocasiones los CPS reportan falsas negativas. Tomado con las reservas mencionadas, este estudio puede ser utilizado para el diagnóstico de Síndrome de Löffler por *Ascaris*.

Con los estudios anteriores, el diagnóstico de neumonía por *Ascaris* no se

puede confirmar durante el cuadro agudo; es sólo varios meses más tarde que se establece con certeza.

Los estudios que existen para establecer el diagnóstico de neumonía por *Ascaris* 1, en forma inmediata y con certeza absoluta son:

1. La biopsia pulmonar que por ser un procedimiento invasivo no inocuo no se utilizan en condiciones normales. El cuadro tiene una evolución benigna y no lo justifica.
2. El aislamiento de larvas de *Ascaris lumbricoides* en esputo o jugo gástrico. Desgraciadamente es muy difícil aislar dichas larvas.

Con el fin de establecer el diagnóstico de esta patología en una forma más rápida y por medio de las pruebas que se tienen al alcance en un segundo nivel de atención médica, proponemos una prueba diagnóstica más rápida que los CPS. Consiste en dar tratamiento antiparasitario a los pacientes durante el cuadro agudo, con esto, el paciente queda desparasitado de *Ascaris* adultos, - condición equivalente a tener un CPS negativo durante el cuadro agudo. Además se administra una segunda dosis de antiparasitario 3 semanas después de la primera. En caso de presentar expulsión de parásitos podríamos inferir que son los *ascaris* adultos que durante el primer tratamiento se encontraban en su migración larvaria por pulmones. Las larvas tardan 1 semana en hacer su recorrido por pulmones hasta intestino, y les toma 2 semanas más llegar a ser parásitos adultos aunque no completamente maduros. Esta prueba es equivalente a tener CPS positivos a los 60 días. Este procedimiento requiere de menos tiempo para llegar al diagnóstico de certeza etiológica. Intentaremos probar su efectividad en el presente estudio.

Para fundamentar nuestras hipótesis acerca de la frecuencia del Sx de Löffler entre población infantil en nuestro país, se revisaron los registros de ingreso y egreso del servicio de pediatría del Hospital General de Zona 8, y se obtuvieron cifras orientadoras sobre el comportamiento del Síndrome. Cabe señalar que en ninguno de los casos siguientes se estableció el diagnóstico de certeza, pero aún así estas cifras son útiles para los fines del trabajo.

1. Incidencia de Sx de Löffler por año.

1983-84 = 17 casos

1984-85 = 21 casos

1985-86 = 12 casos

2. Incidencia por grupos de edad

1983-84 - 1-2 años 6 casos = 35 %

2-5 años 10 casos = 58.6 %

5-15 años 1 caso = 5.8 %

1984-85 - 1-2 años 3 casos = 14.28%

2-5 años 17 casos = 80.8 %

5-15 años 1 caso = 4.76%

1985-86 - 1-2 años 2 casos = 16.66%

2-5 años 7 casos = 58.33%

5-15 años 3 casos = 25 %

3. Proporción de Löffler de cuadros de infiltrados de tipo bronconeumónico con o sin broncoespasmo, en mayores de 1 año.

1983-84 - 14.04 %

1984-85 - 22.34 %

1985-86 - 24.00 %

4. Incidencia por estación del año

1983-84	Prim.	2 casos	=	11.76%
	Ver.	1 caso	=	5.8 %
	Otoño	9 casos	=	52.76%
	Invier.	5 casos	=	29.36%
1984-85	Prim.	2 casos	=	9.5 %
	Ver.	6 casos	=	28.5 %
	Otoño	9 casos	=	42.8 %
	Invier.	4 casos	=	19.0 %
1985-86	Prim.	2 casos	=	16.66%
	Ver.	4 casos	=	33.33%
	Otoño	4 casos	=	33.33%
	Invie	2 casos	=	16.66%

Planteamiento del problema.

En México, país en vías de desarrollo, las parasitosis intestinales alcanzan niveles muy elevados. La ascariasis, como una de las principales, la encontramos de un 20 a 33% de la población general, en población pediátrica estas cifras se duplican (13, 14). Esto constituye un grave problema de salud. El Síndrome de Löffler como una de sus múltiples manifestaciones adquiere una gran relevancia; sin embargo, no contamos hasta el momento con estudios estadísticos sobre la frecuencia de Síndrome de Löffler por *Ascaris lumbricoides*, en nuestro país.

Debido a que no se tiene una idea clara de la proporción que representa el Síndrome de Löffler dentro de las entidades que cursan con infiltrados pulmonares con o sin broncoespasmo, y a que no se cuenta con criterios de diagnóstico adecuados, el Síndrome de Löffler pasa, desgraciadamente, desapercibido como una entidad nosológica específica, tanto en los servicios de consulta externa como de hospitalización, lo cual conlleva a un manejo etiológico equivocado, ya que, el Síndrome de Löffler es etiquetado dentro de otro tipo de entidades que cursan con infiltrados bronconeumónicos con o sin broncoespasmo. El abordaje inadecuado de este problema condiciona:

1. Terapia antimicrobiana innecesaria, con los bien conocidos riesgos que esto acarrea.
2. Fallas en la valoración pronóstica y en su manejo posterior.
3. Fallas en la prevención de recaídas y ausencia de tratamiento familiar necesario en estos casos.
4. Falla en la orientación diagnóstica, lo que ocasiona el empleo de estudios para descartar otras patologías, en forma innecesaria.

Todo lo anterior representa gastos que pudieran evitarse con un diagnóstico

adecuado.

HIPOTESIS DE TRABAJO

Ho. El Síndrome de Löffler no tiene una incidencia significativa entre los pacientes pediátricos que ameritan hospitalización por cuadros caracterizados por infiltrados pulmonares con o sin broncoespasmo.

Hi. El Síndrome de Löffler tiene una incidencia significativa entre los pacientes pediátricos que ameritan hospitalización por cuadros caracterizados por infiltrados pulmonares con o sin broncoespasmo.

Ho. Establecer el diagnóstico de Síndrome de Löffler mediante la técnica de aislamiento de larvas en esputo o jugo gástrico es sumamente fácil.

Hi. Establecer el diagnóstico de certeza del Síndrome de Löffler por *Ascaris lumbricoides*, mediante la técnica de aislamiento de larvas en esputo o jugo gástrico, resulta sumamente difícil.

Ho. El establecer criterios de diagnóstico, de valor en nuestro medio, nos permitirá establecer un mejor diagnóstico y por lo tanto no hará diferencia en cuanto a su manejo.

Hi. Establecer criterios de diagnóstico, de valor en nuestro medio, permitirá un mejor diagnóstico y como consecuencia un manejo terapéutico adecuado.

Ho. No existe variabilidad estacional en cuanto a incidencia de Síndrome de Löffler. La mortalidad infantil por Síndrome de Löffler es muy alta.

Hi. Existe variabilidad estacional del Síndrome de Löffler siendo más frecuente en los meses de septiembre, octubre y noviembre. La mortalidad infantil por Síndrome de Löffler es muy baja.

Programa de trabajo:

1. Lugar y duración del trabajo: Servicio de pediatría del HGZ San Angel del IMSS. Duración de un año, del 1-XI-85 al 31-X-86.
2. Material: Obtenido por simple disponibilidad.

Criterios de Inclusión:

Todo paciente que ingresa al servicio de pediatría con infiltrados pulmonares de tipo bronconeumónico con o sin broncoespasmo.

Criterios de Exclusión:

- a) que sea asmático conocido;
- b) que sea cardiópata;
- c) que sea neumópata crónico;
- d) que sea portador de genopatía; y
- e) que no sea residente de la ciudad de México.

Criterios de Eliminación:

- a) abandono del estudio
- b) presencia de cualquiera de los criterios de exclusión.

Material de apoyo:

- a) Rx de tórax 3 placas
- b) BHC 2 muestras
- c) Frotis de sec. bronquial o jugo gástrico 3 muestras.
- d) Historia clínica de todo paciente incluido en el estudio

- e) Estudio médico social de todo paciente con Síndrome de Löffler
- f) Mebendazole tab. para dos Tx de 3 días en todo paciente seleccionado para tal.
- g) Todo material disponible en el servicio para tratamiento de sostén durante los días de internamiento, que sea requerido.

3. Manipulación experimental

A todo paciente seleccionado con los criterios anteriores se le practicarán:

- a) Historia clínica completa
- b) Estudio Médico social (a todos los que presentan Síndrome de Löffler)
- c) Rx de tórax P-A
 - a) a su ingreso
 - b) 48 horas después de su ingreso
 - c) 7 días después de su ingreso
- d) DH completa
 - a) a su ingreso
 - b) 7 días después de su ingreso.
- e) Toma de muestra de sec. bronquial o jugo gástrico por aspiración tomada por personal médico. Tres muestras. Consultar cita # 24
 - a) Primera a su ingreso (primera mañana de su ingreso)
 - b) A las 24 hrs de la primera muestra.
 - c) A las 48 hrs. de la primera muestra.

Para búsqueda de larvas de *Ascáris lumbricoides* de segundo o tercer estadio.

f) Tratamiento antiparasitario con mebendazole:

Todo paciente con antecedentes de parasitosis o medio familiar parasitado y que no ha sido tratado en los últimos 2 meses.

A todo aquel que se le aislen larvas de Ascaris en esputo o jugo gástrico.

A todo paciente que expulsa parásitos durante su internamiento se le administrará nuevo tratamiento con mebendazole a las 3 semanas del cuadro inicial.

g) Tratamiento específico para cada uno de los casos incluidos en el estudio, independientemente del diagnóstico establecido.

Criterios de diagnóstico de Síndrome de Löffler por Ascaris lumbricoides.

Diagnóstico de certeza: Todo aquel que presente infiltrados pulmonares de tipo bronconeumónico cambiantes y persistentes con o sin broncoespasmo a quien además se le aislen larvas de Ascaris 1. de segundo o tercer estadio.

Diagnóstico de probabilidad: Todo paciente que cumpla con los siguientes criterios:

1. Infiltrados pulmonares de tipo bronconeumónico cambiantes y persistentes, con o sin broncoespasmo.
2. Expulsión de parásitos durante su internamiento, o antecedente de expulsión de parásitos en fecha reciente (menos 6 meses), o viva en medio familiar parasitado.
3. Expulsión de parásitos o huevos de Ascaris lumbricoides, durante el cuadro respiratorio, como resultado del tratamiento con mebendazol por 3 días. Y además, expulsión de parásitos o huevos, tres semanas después del

cuadro respiratorio, como resultado de un segundo tratamiento con me benzol.

4. Con o sin Eosinofilia persistente por más de 7 días, ya sea leve, no derada o severa o con reacción leucemoide eosinofílica.

Tipo de trabajo:

Observacional, de varias cohortes.

Tamaño de muestra:

Simple disponibilidad. Todo paciente que se interna en el servicio de pediatría del HCGZ 8. Durante el periodo de 1-X-85 al 31-IX-86, que cumpla con los criterios de inclusión del estudio. Esta población será representativa de la población que acude anualmente a este hospital con cuadros de infiltrados pulmonares con o sin broncoespasmo.

Tratamiento estadístico que se utilizará:

Ya que se trata de variables nominales trabajaremos con estadística descriptiva.

De ser necesario:

- Teorema de Bayes para determinar especificidad y sensibilidad diagnóstica de datos clínicos y de gabinete.
- Se tomarán en cuenta los errores tipo I y II.

RESULTADOS

A lo largo de un año, que fue la duración del estudio, (1/X/85 al 30/IX/86) se captaron un total de 33 pacientes con un cuadro de insuficiencia respiratoria acompañado de infiltrados bronconeumónicos en los Rx, seleccionados con los criterios mencionados al principio del trabajo.

Del estudio de estos pacientes se obtuvieron los siguientes resultados:

- Se detectaron 3 casos de Síndrome de Löffler, diagnosticados con base en los criterios originales de Löffler.
- Del total de los pacientes estudiados (33) el Sx de Löffler (3) representa el 9.1 % de los casos.
- Los 3 casos encontrados fueron del sexo femenino.
- Los 3 casos fueron menores de 5 años, siendo 2 del grupo de 1 a 2 años y uno del grupo de 2 a 5 años.
- No presentaron mayor morbilidad que el promedio del resto de casos con infiltrados bronconeumónicos, cursando menos de 5 días de internamiento intrahospitalario. No se presentó ningún caso de muerte dentro de los casos encontrados.
- Por la pequeña casuística no podemos establecer con certeza una variabilidad estacional; los casos encontrados corresponde uno a verano y dos a otoño.
- Los datos clínicos que presentaban estos pacientes correspondían a los criterios señalados por Löffler originalmente. Los tres pacientes presentaron a su ingreso dificultad respiratoria de leve a moderada, dos de ellos presentaban broncoespasmo y el tercero no. Los infiltrados bronconeumónicos cambiantes y persistentes por más de 3 semanas estuvieron presentes en los tres casos. En los tres casos se presentó eosinofi

lia de leve a moderada y persistente. Las eosinofilias variaron entre 3 % y 25 % de la diferencia en la BH.

- En ninguno de los casos se logró aislar larvas de *Ascaris lumbricoides* ni en jugo gástrico, ni en esputo.
- Dos de los casos presentaron expulsión de *Ascaris lumbricoides* durante el cuadro agudo, previa administración de Mebendazol por tres días.
- Solamente uno de los casos expulsó parásitos 3 semanas después del cuadro agudo, previo tratamiento de Mebendazol.

Conclusiones:

Del total de los cuadros de dificultad respiratoria que se acompañan a infiltrados bronconeumónicos y que no cuentan con una patología de fondo o factores predisponentes para presentar dichos cuadros, el 9.1 % de los casos corresponde a un Síndrome de Löffler. Prácticamente uno de cada 10 casos es uno de estos Síndromes, porcentaje significativo como para tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial ante estos cuadros.

En nuestro estudio no fue posible aislar larvas de *Ascaris lumbricoides* en jugo gástrico o esputo, lo cual concuerda con reportes previos sobre la dificultad para aislar este tipo de larvas. Por lo anterior, estamos convencidos de su poca utilidad como prueba de rutina para establecer un diagnóstico etiológico, en los casos de Síndrome de Löffler ocasionado por *Ascaris lumbricoides*.

La prueba diagnóstica propuesta por nosotros para establecer diagnóstico etiológico, solamente fue positiva en uno de los casos, por lo que únicamente pudimos etiquetar como neumonía por *Ascaris* a uno de los casos de Sx de Löffler encontrados. En los otros dos casos no fue posible demostrar con certeza la etiología del cuadro. Desgraciadamente, no se utilizó otro tipo de prueba para confirmar la etiología de los cuadros. Esto hizo imposible determinar si los casos eran secundarios a *Ascaris* o si la prueba proporcionaba falsas negativas. Para evitar este error metodológico del estudio, se debió haber utilizado otro tipo de pruebas diagnósticas en forma simultánea, para de esta manera poder establecer la efectividad del método propuesto por nosotros. En las condiciones actuales lo único que podemos concluir es que en los casos que

presentan expulsión de parásitos a las 3 semanas se confirma el diagnóstico de certeza etiológica. Con respecto a los que no presentan expulsión de Ascaris a las 3 semanas, no podemos saber si la prueba descarta la etiología por Ascaris o se trata de una falsa negativa. Para aclarar la verdadera utilidad diagnóstica del método propuesto se requieren nuevos estudios en donde sea comparado con las pruebas que se han utilizado en otros estudios.

COMENTARIOS

Para lograr una mejor comprensión de los resultados es necesario hacer algunas aclaraciones:

1. Los datos que se utilizaron para formular las hipótesis del trabajo fueron obtenidos de los registros de ingreso y egreso del servicio de hospitalización de pediatría del Hospital General de Zona San Angel. De estos registros fue obtenido el número de casos con Dx de bronconeumonía hospitalizados durante los años 1983-1984 y 1984-1985. En estos reportes no fue tomado en cuenta si los pacientes presentaban infiltrados bronconeumónicos en los Rx, o el diagnóstico fue establecido únicamente por los hallazgos clínicos. Cabe aclarar que un buen número de los cuadros de bronconeumonía en pacientes pediátricos, los infiltrados bronconeumónicos no son evidentes en los Rx. Para el presente estudio fueron escogidos únicamente aquellos pacientes que presentaban infiltrados bronconeumónicos en los Rx como parte del cuadro bronconeumónico, y fueron descartados el resto de los pacientes. Esto explica, en gran medida, que el número de casos reportados por nosotros (33) sea menor que el reportado en los registros de años previos (83-84 = 121 y 84-85 = 99 casos). Para nuestros fines, esta diferencia no tiene importancia porque el objetivo del estudio era demostrar la incidencia significativa de Sx de Lüffler entre los cuadros bronconeumónicos que sí presentan infiltrados en los Rx y la necesidad, en consecuencia, de establecer un diagnóstico diferencial entre estos casos.

2. Otra de las razones por las que el número de casos es menor que en años previos, es que los criterios de selección para nuestro estudio fueron más rigurosas que en años anteriores.
3. Por último, podemos decir que el número de nuestros casos es menor porque la incidencia de este tipo de cuadros disminuyó. Los datos para esta conclusión son nuevamente tomados de los registros de ingreso y egreso del servicio de hospitalización de pediatría. El número total de pacientes internados con el diagnóstico de bronconeumonía, importar si cuentan con infiltrados bronconeumónicos en los Rx, es de 50, lo que significa que la incidencia de dichos cuadros disminuyó en un 50 % aproximadamente con respecto a años anteriores. Con reporte de 12 casos de probable Sx Löffler, esto es un 24% lo cual corresponde con los reportes de años previos.

RESUMEN DE LOS CASOS

1. Nombre: Lara Godínez Gabriela. Cédula: 1973 56 4265

Edad: 12 años 8/12

Sexo: Femenino

Presentó: Cuadro de dificultad respiratoria leve-moderado, con broncoespasmo leve, hipertemia, infiltrados bronconeumónicos persistentes y cambiantes por más de 3 semanas, BH a su ingreso con 8600 leucos y 23% de eosinófilos. No expulsó *Ascaris Lumbricoides* durante el cuadro agudo y sí lo hizo más tarde, previo tratamiento con Mebendazol por tres días. No tenía antecedentes de parasitosis intestinal. No se logró aislar larvas de *Ascaris lumbricoides* en esputo o jugo gástrico en tres tomas realizadas en los primeros tres días de su internamiento. Evolucionó satisfactoriamente en menos de 5 días. Los infiltrados persistentes no tuvieron repercusión clínica.

2. Nombre: Vicente Salgado Yasmín Cédula: 117455 2664

Edad: 1 año 8/12

Sexo: Femenino

Presentó: Cuadro de dificultad respiratoria moderada, broncoespasmo moderado, hipertemia, infiltrados bronconeumónicos persistentes y cambiantes por más de tres semanas, la BH a su ingreso con 17 000 leucos y 25 % de eosinófilos y la BH 8 días después 15 000 leucos y 5 eosinófilos. Expulsó *Ascaris lumbricoides* durante su internamiento y no 3 semanas después, previo tratamiento con Mebendazol. Sí existía antecedente de parasitosis intestinal. No se logró aislar larvas de *Ascaris lumbricoides* en ninguna de las muestras realizadas en los primeros días de su ingreso. Evolucionó sa

tisfactoriamente en menos de 5 días. Los infiltrados persistentes no tuvieron ninguna repercusión clínica aparente.

3. Nombre: Castro Ayala Cecilia

Cédula: 017857381

Edad: 4 años

Sexo: Femenino

Presentó: Mismo cuadro de dificultad respiratoria que los anteriores de leve a moderado, sin broncoespasmo, con hipertemia, infiltrados bronconeumónicos cambiantes y persistentes por más de 3 semanas, BH de su ingreso con 11 700 leucos y 4% de eosinófilos, y la BH de los 8 días con 10 600 leucos y 12 % de eosinófilos. Expulsó *Ascaris lumbricoides* durante los primeros días de internamiento y no así 3 semanas después, previo tratamiento de Mebendazol por tres días. Con antecedentes de parasitosis intestinal. No se logró aislar larvas de *Ascaris* en esputo o jugo gástrico en 3 tomas realizadas en los primeros días de internamiento. Evolucionó satisfactoriamente en menos de 5 días. Los infiltrados persistentes no tuvieron repercusión clínica aparente.

BIBLIOGRAFIA

1. Löffler W.
Zur differential diagnose der lungeninfiltrierungen fruhinfiltrate unterbaeenderer ber "ucksichtigung der ruckbildung-szuiten.
Beiter Z. Klin. D. Tuberk. 79: 338-367, 1932.
2. Crofton.
Pulmonary eosinophyllia
Thorax 7: 1, 1952
3. Schatz
The eosinophil and the lung
Arch. intern Med 142(8): 1515-9, 1982
4. Biagi F.
Estudio de casos de eosinofilia elevada con manifestaciones viscerales.
II Neumonía por Ascaris.
Bol. Méd. Hosp. Inf. Méx. 15(4): 537-545, 1958
5. Martuscelli A.
Infecciones pulmonares por parásitos.
Rev. Fac. de Med 4(2): 103-108, 1962
6. Gardida A.
Neumonía eosinofílica por larvas de Ascaris lumbricoides
Rev. Mex. Pediatría 34: 226, 1967
7. Loaiza R.S. y colaboradores
Síndrome de Löffler
Rev. Mex. Pediatría Marzo: 131-141, 1982
8. Harrison's
Principles of internal medicine
Mc GrawHill Kogakusha, Japan, 1980.
9. Op. cit. Schatz
10. Gelpi A. P. y Mustafa.
Pulmonary infiltrates, asthma and eosinophilia due to Ascaris suum infestation in man.
Am. J. Trop. Med. Hyg. 16: 646, 1976.
11. Gelpi, A.P.
Am. J. Med. 44:377, 1968
12. op cit. Martuscelli A.
13. op cit. Gardida A.

14. op cit. Loiza R.S.
15. Martuscelli A.
Geohelminthiasis importantes en México
Bol. med. IMSS
16. Martuscelli A.
Frecuencia de las parasitosis intestinales de los niños de la República Mexicana
Rev. Mex. Pediatría. 36(4): 111-117, 1967
17. Martuscelli A.
Las parasitosis más comunes en México.
Rev. Fac. Med. Méx. 11(3): 21-40, 1968.
18. Robledo y Biagi F.
Significación de frecuencia de las ascariasis, en relación a su importancia en salud pública.
Parasitología 4(1): 1-7, 1962
19. INP documento interno
Parasitosis y esinofilia 2-VIII-1983
20. Biagi F.
Enfermedades parasitarias
2a. edición, Prensa médica mexicana, México, 1979.
21. Carrada T.
Ascariasis como problema de salud pública
Bol. Med. Hosp. Inf. Méx. 41(11): 636-640, 1984.
22. Beaver, P.C.
Pulmonary Ascariasis resembling eosinophilic lung
Am. J. Trop. Hyg. 8: 100, 1958.
23. op cit. Gelpi A.P.
24. Profitt R. y colaboradores
Ascari pneumonia in a two years old girl
New Eng. J. Med. 266(18): 931-934, 1962.

I N D I C E

1. Objetivos -----	página	1
2. Antecedentes científicos -----		2
3. Planteamiento del problema -----		9
4. Hipótesis de trabajo -----		10
5. Programa de trabajo -----		12
6. Resultados -----		16
7. Conclusiones -----		18
8. Comentarios -----		20
9. Resumen de los casos -----		22
10. Bibliografía -----		24
11. Índice -----		26