

EDITORIAL

UNIVERSIDAD  
MARAGUAY

## Aspectos controversiales de *Blastocystis hominis*: Taxonomía y concepto emergente de patogenicidad

*Blastocystis hominis* es un organismo cuya posición taxonómica ha sido un enigma desde que fue identificado como una nueva especie y clasificado como levadura (Brumpt, 1912); posteriormente, diversos grupos de investigadores estuvieron de acuerdo con esta clasificación y lo consideraron como perteneciente al género *Schizosaccharomyces*. Ha sido considerado, además, como hongo y quiste de flagelado. En 1967, Zierdt y col. lo clasificaron como un protozoo perteneciente al subphylum *Sporozoa*; la comunidad científica aceptó ampliamente su clasificación como protozoo pero no como sporozoo. Posteriormente, en 1988, Zierdt lo reclasificó en el subphylum *Sarcodina*. Sin embargo, las clasificaciones más recientes de protozoos no lo incluyen (Levine y cols. 1980, Lee y col. 1985). Dunn y col. en 1989 estudiaron los rasgos morfológicos de 10 aislados de *B. hominis* y llegaron a la conclusión de que este agente presenta algunos aspectos estructurales únicos y otros similares a los que se observan en diversos grupos de organismos y que por lo tanto no se podía ubicar en ningún género específico. Johnson y col. en 1989, realizaron un análisis filogenético de *B. hominis*, basándose en la comparación de la secuencia parcial de rRNA de este organismo con la de otros agentes como levaduras, hongos y protozoos ciliados, flagelados, pertenecientes al grupo Apicomplexa (*Plasmodium*, *Toxoplasma*, *Sarcocystis*) y al grupo Sarcodina (*Naegleria*, *Acanthamoeba*) y no consiguieron ninguna afinidad. Estos dos últimos estudios no permitieron definir la posición taxonómica de *B. hominis*. Por las razones expuestas, la filogenia de este organismo sigue siendo incierta.

Otro aspecto controversial es el concepto emergente de la patogenicidad de *B. hominis*. Durante más de medio siglo su condición de comensal no fue cuestionada, pero desde que Zierdt en 1967 lo clasificó como protozoo y lo consideró como un patógeno potencial, ha habido una explosión de la literatura en relación al tema.

La posible patogenicidad de *B. hominis* no ha sido bien documentada. No existen, hasta el presente, pruebas contundentes de una relación causa-efecto o una correlación significativa entre blastocistosis y sintomatología. Los autores que lo consideran como patógeno se basan en

su asociación con síntomas gastrointestinales, en la ausencia de agentes patógenos conocidos asociados y en la respuesta a la terapia.

*Blastocystis hominis* es un organismo común, aún en países industrializados, y la diarrea es un problema frecuente, sobre todo en países subdesarrollados; por lo tanto, es factible que la asociación entre ambos sea común. Además, no se ha demostrado una diferencia significativa entre la frecuencia de *Blastocystis* en personas sintomáticas y asintomáticas.

La ausencia de patógenos conocidos asociados no es una razón de peso para establecer la relación causa-efecto, ya que hay la posibilidad de que existan otros patógenos desconocidos. Además, la detección de enteropatógenos conocidos puede resultar difícil, sobre todo en el caso de *Giardia lamblia*, especialmente si se examina un solo espécimen fecal, como ocurre en la mayoría de los estudios realizados al respecto. Un porcentaje sustancial de diarreas no está asociado con ningún patógeno conocido; en países subdesarrollados este porcentaje es de un 20% a 40% y en países industrializados es alrededor de 50%. Estos hallazgos sugieren que los métodos de diagnóstico actuales son inadecuados o que existen enteropatógenos desconocidos. A favor de esta última posibilidad están los estudios de tratamiento que se han realizado en la diarrea de los viajeros, en quienes se ha observado una respuesta a los antimicrobianos mucho mejor que la que se pudiera esperar en base a los patógenos conocidos. Estos hallazgos sugieren que los patógenos desconocidos en países del tercer mundo, son principalmente bacterias. De tal manera que en caso de una blastocistosis aparentemente sintomática la mejoría post- tratamiento podría deberse a la eliminación de algún patógeno no detectado. Además, se sabe que el metronidazol, que es una de las drogas más usadas en el tratamiento de la blastocistosis, tiene un efecto antimicrobiano.

Los estudios de tratamiento, reportados hasta el presente, no muestran una correlación entre la desaparición de los síntomas y la terapia y en muchos pacientes continúan los síntomas después de eliminar la infección.

Las observaciones en nuestro laboratorio no son consistentes con el concepto emergente de patogenicidad de *B. hominis*. Sin embargo, no se ha dicho la última palabra en relación al tema y es necesaria la realización de estudios bien planificados para poder llegar a conclusiones convincentes.

Leonora Chacín de Bonilla