

Estrongiloidosis crónica. Reporte de un caso

Chronic strongyloidosis. A case report

**Dra. Iris Gladys Zayas Martínez; Dra. Dayamí Bouza López; Dra. Gloria García González;
Dra. Ingrid Domenech Cañete; Dra. Ana Tahisy Romero González**

Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso de una adolescente de 15 años remitida a la consulta de parasitología del Policlínico de Especialidades Pediátricas de Camagüey, por presentar una eosinofilia marcada y lesiones purpúricas en cara y tórax, acompañadas de fiebre y vómitos con estrías de sangre. Se le indicó copa cónica en heces fecales y se observaron larvas de *Strongyloides stercoralis*, la biopsia de piel arrojó edema del dermis papilar y focos hemorrágicos, lesiones que se pueden presentar en pacientes con infección por esta parasitosis. En la encuesta epidemiológica se comprobó que la paciente acostumbraba a andar sin calzado con frecuencia y se constataron las malas condiciones higiénico-sanitarias en el hogar. Este caso constituye el primer reporte de estrongiloidosis crónica en la provincia.

DeCS: Estrongiloidosis crónica

ABSTRACT

The case of a 15 year-old adolescent remitted to the parasitology consultation at Pediatric Specialties Polyclinic of Camagüey is described, by presenting a marked eosinophilia and purpuric lesions in face and thorax, accompanied by fever and vomits with striae of blood. It was indicated conical cup in feces and *Strongyloides stercoralis* larvae were observed, the skin biopsy showed edema of the papillary dermis and hemorrhagic focuses, lesions that can show up in patients with infection for this parasitosis. In the epidemiological survey was proved that the patient frequently used to walk without having no shoes and bad hygienic-sanitary conditions at home were verified. This case constitutes the first chronic strongyloidosis report in the province.

INTRODUCCIÓN

La estrongiloidosis es una helmintiasis insidiosa causada por *Strongyloides stercoralis*, Normand en 1876 observó este pequeño nemátodo en las heces fecales diarreicas de soldados franceses procedentes de Cochinchina. De 1900 a 1914 otros autores describen las vías de invasión y su ciclo evolutivo. La distribución de esta parasitosis es mundial, se encuentra principalmente en regiones tropicales y también en países de clima templado. Como este parásito requiere condiciones parecidas a las requeridas por los *Acilostomídeos*, es frecuente la coexistencia de ambos parásitos aunque las tasas de prevalencia del *Strongyloides* son mucho más bajas.^{1, 2}

En Cuba, reportes realizados en la década de los 40 por *Kourí*² demuestran que era el verme redondo menos frecuente en el país y más recientemente se informó el reporte de dos pacientes con VIH/SIDA que desarrollaron un síndrome de hiperinfección por *Strongyloides stercoralis*.³

Encuestas aplicadas en Camagüey entre los años 1973 y 1984 por Sanchén A, Del Risco U y González M demostraron la existencia de esta parasitosis. Su documento: Apuntes históricos sobre el desarrollo de la Microbiología en la provincia de Camagüey se presentó en la IX Jornada Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología en Camagüey el 19 de noviembre de 2004.

En los últimos años no se ha diagnosticado en la provincia este verme, por la importancia que reviste su presencia fundamentalmente en pacientes inmunodeprimidos se describe esta paciente con estrongiloidosis crónica, primer reporte con estas características en el territorio.

REPORTE DEL CASO

Paciente de 15 años de edad, residente en un área rural del municipio Sibanicú de la provincia de Camagüey que es remitida a la consulta de parasitología del Policlínico de Especialidades Pediátricas de esta ciudad en abril de 2007, con historia de eosinofilia desde 1999, en el hemograma con diferencial se constataron valores que oscilaban entre 0,06 hasta 0,40. Cinco meses antes de la consulta presentó lesiones purpúricas en cara y tórax que desaparecían y reaparecían posteriormente acompañadas de fiebre, vómitos con estrías de sangre y dolores articulares, por lo que fue valorada además por otras especialidades médicas. En la encuesta epidemiológica se comprobó que la paciente acostumbraba a andar sin calzado y la existencia de malas condiciones higiénico-sanitarias en la vivienda.

Estudios complementarios

Células LE., autoinmunidad y VIH resultaron negativos; electroforesis de proteínas, creatinina y eritrosedimentación dentro de límites normales.

Copa cónica: se observan larvas de *Strongyloides stercoralis*.

Biopsia de piel: ligero edema de la dermis papilar con incontinencia pigmentaria y focos de hemorragias capilares de la dermis medio con infiltrado inflamatorio crónico perivascular. Dermis sin alteraciones significativas.

Endoscopia: edema de la mucosa del duodeno y engrosamiento de los pliegues. Gastritis ligera, esofagitis distal grado II. No evidencia lesión de sangramiento activo ni estigmas de sangrado reciente.

Rx de cráneo antero posterior y lateral: no se observan lesiones óseas del cráneo. Silla turca que impresiona normal.

DISCUSIÓN

La estrongiloidosis a pesar del siglo transcurrido desde su descubrimiento, constituye un problema de salud a causa de la capacidad del *Strongyloides stercoralis* de producir ciclos de autoinfección exógena o endógena, la resistencia del parásito a los tratamientos y su potencial recrudescencia con desenlace fatal en individuos inmunodeprimidos (desnutrición, vejez, alcoholismo, infecciones por VIH y HTLV-I).^{1, 4}

En las personas inmunocompetentes o con una respuesta inmunológica parcial como para contener la infección sin erradicarla, esta parasitosis puede prolongarse por mucho tiempo, de allí es que surge el término de estrongiloidosis crónica.^{5, 6}

La paciente reportada no mostró una inmunodeficiencia celular pero no se descartó la posibilidad de un déficit de inmunoglobulinas debido a que la competencia de la inmunidad humoral sólo se midió por conteo de proteínas totales, por carecer la provincia de técnicas específicas para su valoración.

La estrongiloidosis puede cursar asintomática y se calcula que hasta una tercera parte de los pacientes con esta parasitosis permanecen en este estado. En los sintomáticos debido a los mecanismos de daño traumático y tóxico que provoca *Strongyloides stercoralis* se producen fenómenos inflamatorios, necróticos y alérgicos que son los responsables de las manifestaciones a nivel cutáneo, pulmonar, gastrointestinal y hemático que se presentan.^{1, 5}

En el sitio de la infección en la piel se observa una zona hemorrágica petequial con erupción pápulo-eritematosa acompañada de inflamación, prurito y en ocasiones de dermatitis y erupciones urticarianas. La paciente reportada presentó lesiones purpúricas que aunque no se localizaron en las zonas típicas de la piel por donde penetra el parásito (miembros inferiores, glúteos) es probable que estemos en presencia de la variante purpúrica que se describe en inmunodeprimidos. La biopsia arrojó focos de hemorragia dérmica, las cuales se reportan en las infecciones por *Strongyloides stercoralis*.⁶⁻⁸

A nivel pulmonar, las manifestaciones se corresponden con una neumonitis, con sensación de ardor intratorácico no detectado en esta paciente, pero sí la eosinofilia constante. No podemos olvidar que, en infecciones severas en pacientes inmunodeprimidos los eosinófilos circulantes pueden estar normales y esto es un signo de mal pronóstico.^{1, 3, 5}

Los trastornos gastroentéricos que se producen en la estrongiloidosis son el dolor epigástrico, náuseas, vómitos y diarrea. Se han descrito además esofagitis, úlceras gástricas y gastritis, esta

última diagnosticada en la paciente, lo que pudiera estar relacionado a los vómitos con estrías de sangre recogidos en la anamnesis aunque no se observó sangramiento activo en la endoscopia.^{5, 9}

Por los dolores articulares referidos por esta paciente existió la posibilidad de una enfermedad reumatoidea o colagenosis, descartada por los estudios complementarios realizados. En la actualidad es conocido que el parasitismo por *Strongyloides stercoralis* puede producir artritis reactivas.^{8, 9}

Finalmente, no se puede obviar que el diagnóstico de esta enfermedad es epidemiológico, clínico y de laboratorio, este último mediante exámenes coproparasitológicos de concentración, estudios del contenido duodenal y los métodos especiales en busca de larvas, por termotrofismo de Baermam. Para el diagnóstico de la paciente estudiada se utilizó un método de concentración (copa cónica).^{1, 4}

Se recomienda que, siempre que se presente un paciente con eosinofilia y los síntomas antes descritos se efectúe un sondeo epidemiológico en busca de factores de riesgos que pudieran estar relacionados con esta parasitosis e indicar estudios coproparasitológicos, a fin de realizar el diagnóstico precoz de una infección por *Strongyloides stercoralis* y evitar la forma crónica de esta.¹⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Strongyloides. En: Microbiología y Parasitología Médicas. Llop-Valdés-Dapena- Zuazo. Tomo III. Cap 98. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 227-38
2. *Strongyloides stercoralis*. En: Helminología humana. Kourí P, Basnuevo J, Sotolongo F. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1982. p.133-52.
3. Dorvigny Scull MC, Castro O, Nuñez Fidel A. Estrongiloidosis diseminada en pacientes con SIDA: a propósito de dos casos. Rev Cubana Med Trop 2006; 58(2):3.
4. Hernández-Chavarría F. Strongyloides stercoralis: Un parásito subestimado. Parasitol 2001; 25(1-2):40-49.
5. Arango JH. *Strongyloides stercoralis*. Colombia médica 1998; 29:32-44.
6. Sandoval L, Mercado R, Werrer APT. Strongyloidosis no autóctona en Chile. Descripción de un brote. Parasitol Latinoam 2004; 59(1-2):2.
7. Gorman S, Craven D. Strongyloides stercoralis Hyperinfection. Images in Clinical Medicine. New Eng Journal of Med 2008; 359(11):7.
8. Carpenter E, Richard A, Weiss E. Strongyloides Stercoralis. Clin Infect Dis 2007; 45(10): 5.
9. Pila Pérez R, Paulino Basulto M, Pila Peláez R, Guerra Rodríguez C, López Montaña JL. Fasciolosis y Estrongiloidiasis. Su asociación. Archivo Médico de Camagüey 2001;5(4):4.
10. Pirisi M, Salvador E, Bisoffi Z. Unsuspected strongyloidiasis in hospitalised elderly patients with and without eosinophilia. Clin Microbiol Infect 2006;12(8):787- 92.

Recibido: 22 de febrero de 2008.

Aceptado: 5 de diciembre de 2008.

Dra. Iris Gladys Zayas Martínez. Especialista de I Grado en Microbiología. Master en Infectología y Enfermedades Tropicales Instructor. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Camagüey. Cuba. irisgladys@finlay.cmw.sld.cu