

## Diarrea crónica en paciente inmunocompetente

Sáez-García M. A.<sup>1</sup>, Domínguez-Cañete J. J.<sup>2</sup>, Ferrara-Coppola C.<sup>2</sup>, Yuste-del Pozo V.<sup>2</sup>,  
Guereñu-Panero I.<sup>2</sup>, Rueda-Correa F.<sup>2</sup>

*Sanid. mil. 2023; 79 (1): 45-46, ISSN: 1887-8571*

### RESUMEN

Presentamos un caso de diarrea crónica en un paciente varón de 58 años que no tenía antecedentes personales de interés ni alteraciones conocidas en su estado inmunitario.

**PALABRAS CLAVE:** Diarrea crónica, Inmunocompetente, Histopatología.

### Chronic diarrhea in an immunocompetent patient

#### SUMMARY

We present a case of chronic diarrhea in a 58-year-old male patient with no relevant personal history and no known alterations in his immune status.

**KEYWORDS:** Chronic diarrhea, Immunocompetent, Histopathology.

### CASO CLÍNICO

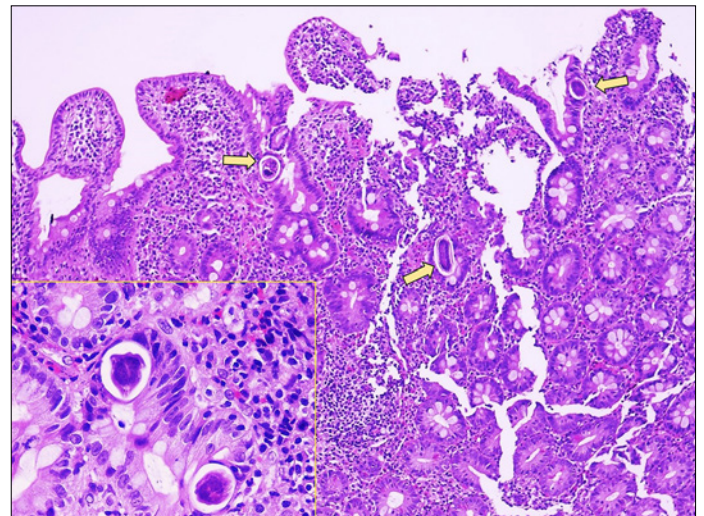
Paciente varón de 52 años de edad, cocinero de profesión, que acudió al Servicio de Urgencias por cuadro de 15 días de evolución caracterizado por evacuaciones diarreicas verdosas y acuosas, que en el último día aumentaron su frecuencia, hasta siete veces al día. Refería molestia abdominal difusa, náuseas con episodio emético bilioso y erupción habonosa pruriginosa generalizada.

Había consultado tres semanas antes por un cuadro similar en el Servicio de Digestivo y estaba pendiente de coprocultivo. No presentaba alergias conocidas ni hábitos tóxicos. A la exploración física, mostraba un deficiente estado de hidratación y dolor a la palpación difusa del abdomen. En la analítica, destacaba aumento de VSG, eosinofilia e hipopotasemia con resto de valores dentro de la normalidad. Se pautó sueroterapia, antieméticos, corticoterapia y antihistamínicos. Se ingresó con dieta absoluta para completar su estudio en el Servicio de Digestivo.

Se inició antibioterapia empírica con ciprofloxacino, azitromicina y metronidazol, y se realizó gastroduodenoscopia con toma de biopsias (figura 1) y colonoscopia.

La endoscopia duodenal se informó como normal. En la gástrica se observaron signos de gastritis crónica atrófica con

adelgazamiento mucoso y transparencia de la vascularización submucosa. La colonoscopia fue normal con la limitación de una insuficiente preparación colónica. El examen parasitológico en heces fue negativo.



**Figura 1.** Biopsia gástrica. Hematoxilina Eosina x10.

<sup>1</sup> Teniente coronel médico. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid. España.

<sup>2</sup> Médico adjunto. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid. España.

**Dirección para correspondencia:** Miguel Ángel Sáez García. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Glorieta del Ejército, 1, 28047 Madrid. Correo electrónico: msaega1@oc.mde.es

Recibido: 21 de octubre de 2021

Aceptado: 14 de enero de 2022

Doi: 10.4321/S1887-85712023000100009

## Diagnóstico: gastritis crónica con metaplasia intestinal y presencia de parásitos, sugerentes de *Strongyloides stercoralis*

En el estudio histopatológico gástrico (figura 1) se observa una gastritis crónica atrófica con presencia de metaplasia intestinal incompleta, con moderado infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y elevado número de eosinófilos acompañante. No se evidencia infección por *Helicobacter pylori*. En el interior de algunas glándulas e invaginaciones crípticas se aprecian estructuras sugestivas de huevos y larvas de *Strongyloides stercoralis* (flechas).

Tanto en la biopsia gástrica como en las biopsias de duodeno y en las de colon, el estudio histopatológico reveló un moderado infiltrado inflamatorio mixto con predominio de polimorfonucleares eosinófilos (figura 2). En estas últimas muestras no se evidenciaron huevos ni larvas del gusano.

Se pautó albendazol y el paciente mostró mejoría clínica persistiendo la elevación de la VSG y de la eosinofilia. Se cambió a ivermectina y, a los pocos días, se observó normalización de los valores analíticos con plena tolerancia dietética del paciente y mejora en su estado nutricional.

Interrogado nuevamente el paciente, relató que tres meses antes hizo el camino de Santiago. Durante el mismo, anduvo descalzo por riachuelos. No refirió consumo de alimentos ni agua sin control sanitario, no se bañó en aguas dulces ni recordó picaduras.

El *Strongyloides stercoralis* es un parásito humano con una distribución mundial que prevalece principalmente en zonas tropicales y subtropicales. En personas inmunocompetentes, la infección suele ser asintomática mientras que en pacientes inmunodeprimidos o con tratamientos inmunosupresores produce una infección grave debido a su potencial de autoinfección y multiplicación dentro del huésped<sup>1</sup>.

El ciclo vital del nematodo es complejo y único, con dos formas de transmisión. En la heteroinfección, la hembra adulta parasita el intestino de humanos y otros mamíferos, depositando en las criptas intestinales huevos fértiles por partenogénesis. Los huevos eclosionan en el interior del intestino y las larvas rhabditiformes se liberarán a la luz intestinal y se defecarán. En el suelo, las larvas rhabditiformes se transforman tras sufrir varias mudas en larvas filariformes, infectivas, o bien madurarán sexualmente para dar lugar a machos y hembras de vida libre, que habitarán en los suelos de áreas húmedas y cálidas. Las larvas infectivas atraviesan la piel, se dirigen a los pulmones y terminan en la mucosa duodenal para convertirse en hembras adultas cerrando el ciclo de vida libre. La otra forma es la autoinfección, que es una característica exclusiva de este parásito, en la que las larvas rhabditiformes se transforman en larvas filariformes en el intestino grueso del hospedador y, sin pasar por el suelo, penetran en la mucosa intestinal o la piel perianal y reinfectan al paciente<sup>2</sup>.

El diagnóstico de la estrogiloidosis puede ser tardío al presentar signos y síntomas inespecíficos, comunes a otras enfer-

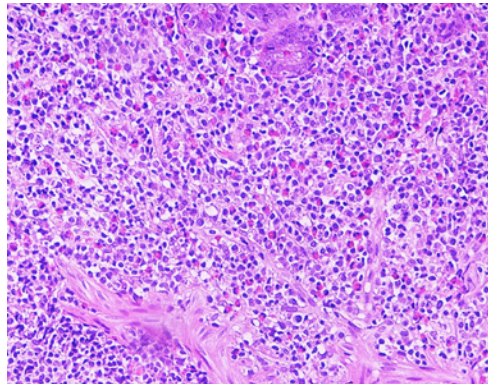


Figura 2. Biopsia de colon. Hematoxilina Eosina x20.

medades, con implicación pulmonar, digestiva, neurológica, cutánea o sistémica. La eosinofilia aparece en la mayoría de los casos, aunque puede estar ausente en inmunodeprimidos. Debido a que las larvas se eliminan en escasa cantidad y esporádicamente, el examen de heces aislado puede dar un falso negativo por lo que se debe seriar su toma para aumentar la sensibilidad, que mejora si se usan las técnicas de migración larvaria en medio líquido (técnica de Baermann, técnica de Harada-Mori) o sólido (cultivo en placas de agar enriquecido). Son útiles las serologías a tra-

vés del test de enzimoimmunoensayo (ELISA) por sus mejores resultados de sensibilidad y especificidad, las técnicas de inmunofluorescencia indirecta y las técnicas de aglutinación e inmunotransferencia<sup>2</sup>. En la endoscopia puede observarse edema, ulceraciones e hipertrofia de la mucosa. El diagnóstico histopatológico se hará por la visualización del gusano, los huevos o larvas en el estudio microscópico de la mucosa duodenal con la identificación de sus estructuras o en la mucosa gástrica con reducción de la secreción gástrica o con metaplasia intestinal<sup>3</sup>, como fue en nuestro caso. La forma adulta hembra mide unos 2,7 mm de longitud y unas 30-40 micras de diámetro<sup>4</sup>.

El tratamiento con ivermectina es el tratamiento de elección, con 200 microgramos/kg en dosis única vía oral<sup>1,2</sup>. También hay respuesta positiva con albendazol y tiabendazol, aunque es menos efectiva. En los pacientes inmunodeprimidos, en los que es más frecuente la autoinfección, debe mantenerse el tratamiento en 2-3 ciclos cada dos semanas con control de exámenes de materiales fecales para verificar la erradicación de la infección<sup>2</sup>.

En la prevención de la infección es importante mantener unas normas básicas de higiene domiciliaria con lavado de manos, el uso de guantes a nivel clínico en la manipulación de restos fecales y evitar andar descalzo por zonas contaminadas por larvas infectivas.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Segarra-Newnham, M. (2007). Manifestations, diagnosis, and treatment of *Strongyloides stercoralis* infection. *Ann Pharmacother.* 41 (12): 1992-2001.
2. Álvarez-Martínez, M. J., Belhassen-García, M., Flores-Chavez, M. D. et al. (2020). Diagnóstico de parasitosis importadas en España. Álvarez-Martínez, M. J. (coord.). Procedimientos en Microbiología Clínica. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (ed.). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC).
3. Pecorella, I., Okello, T. R., Ciardi, G. y Martín, D. (2021). Is Gastric Involvement by *Strongyloides stercoralis* in an Immunocompetent Patient a Common Finding? A Case Report and Review of the Literature. *Acta Parasit.* Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11686-021-00438-9>.
4. Woods, G. L. y Gutiérrez, Y. (1993). Intestinal Helminths. En: *Diagnostic pathology of infectious diseases*. Lea & Febiger, pp. 487-488.