

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

**INFORME DE CASO**

**ESTRONGILOIDIASIS MASIVA. DIAGNÓSTICO EN AUTOPSIA**

Por:

Dra. María Luisa García Gómez<sup>1</sup>, Dr. Rafael Castillo García<sup>2</sup> y Dr. Eliecer Anoceto Armiñana<sup>3</sup>

1. Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Anatomía Patológica.

**Descriptor DeCS:**

ESTRONGILOIDIASIS/diagnóstico  
AUTOPSIA/métodos

**Subject headings:**

STRONGYLOIDIASIS/diagnosis  
AUTOPSY/methods

La estrongiloidiasis es una infección intestinal que se localiza con más frecuencia en las porciones duodenoyeyunales, y es causada por el Strongyloides stercoralis; en casos graves puede hacerse diseminada<sup>1-3</sup>. El modo común de infección es la penetración de las larvas por la piel; en ocasiones, por ingestión de alimentos, bebidas contaminadas y por transmisión sexual. Es endémica en los trópicos, donde el calor, la humedad y la insalubridad provocan su diseminación<sup>2-4</sup>.

Cuando invade a órganos que normalmente no participan en el ciclo biológico del parásito, es signo de diseminación masiva. Si gran número de larvas rabadiformes se transforman en filariformes invasivas, estamos en presencia del síndrome de hiperinfección, que se ve favorecido por autoinfección masiva en pacientes que presentan compromiso de la inmunidad celular<sup>5,6</sup>.

La eosinofilia se asocia a mal pronóstico de la infección. Es importante realizar varios estudios de las heces fecales por técnicas de concentración y cultivos, así como de esputos, aspiración duodenal, líquidos orgánicos y biopsias de yeyuno o duodeno para detectar las larvas<sup>2,5,7,8</sup>.

Este parásito es oportunista y puede afectar a pacientes inmunodeprimidos. Los síntomas gastrointestinales y respiratorios, y las lesiones ulcerativas en la primera porción de asas delgadas, hacen pensar en la posibilidad de que exista esta enfermedad. Es difícil realizar el diagnóstico en vida, y la mayoría de los casos son hallazgos de autopsias<sup>3,4,7</sup>.

**Presentación del paciente:**

Paciente femenina, blanca, de 31 años, con antecedentes de crisis de disnea, tos y gastritis crónica. Se le realiza hemograma que muestra eosinofilia, y se indica tratamiento con broncodilatadores y prednisona; aparece crisis de diarrea y se administra metronidazol. Ingresó por diarreas, vómitos en ocasiones, ardor en epigastrio, astenia y pérdida de peso, asociados a tos, expectoración y edemas en miembros inferiores. En el examen físico se encuentran las mucosas hipocoloreadas, sibilantes en ambos campos pulmonares, frecuencia cardíaca en 120 x min, con ruidos taquicárdicos, así como hepatomegalia de 3 cm. En los exámenes

complementarios se observa anemia y discreta eosinofilia; en el ultrasonido abdominal, hepatomegalia de 7 cm, y la laparoscopia muestra un hígado aumentado con depresiones cicatriformes, vascularización subcapsular y vesícula dilatada. Se realiza gastroduodenoscopia, donde se observan signos inflamatorios que recuerdan la tuberculosis.

En días posteriores se mantienen los síntomas respiratorios, la hepatomegalia y reflujo hepatoyugular, con marcada toma del estado general. Fallece 28 días después.

Fueron informados los siguientes hallazgos anatomopatológicos:

Strongiloidiasis masiva en intestino, pulmón, glándulas suprarrenales y ganglios linfáticos mesentéricos.

Duodenitis ulcerosa parasitaria. Fibrosis pulmonar con granulomas parasitarios. Hepatitis reactiva. (Fgs 1 y 2).



Fig 1 Presencia de larvas en la mucosa y denso infiltrado linfoplasmocitario en lámina propia. H-Ex200



Fig 2 Presencia de larvas filariformes de *S. stercoralis*. H-Ex400

### **Referencias bibliográficas**

1. Samuelson J. Enfermedades infecciosas. En: Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins Patología Estructural y Funcional. 6ª ed. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana; 2000. p. 356.
2. Richard Olds G. Infections caused by helminths. En: Stein J H. Internal Medicine. 4ª ed. St. Louis: Mosby; 1994. p. 2274-2288.
3. Rodríguez MA, Frores RC, Arefalos A, Kobuyasi S. Invasive enteritis by *Strongyloides stercoralis* presenting as acute abdominal distress under corticosteroid therapy. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 2001;56(4):103-106.
4. Trione N, Corti M, Castello T, Abuen JC, Bellergarde E. Disseminated infection due to *strongyloides* in AIDS patients. A report of 2 cases. *Acta gastroenterol Latinoam* 2000;31(5):399-402.
5. Kazura JW. Infecciones por nematodos. En: Bennett JC, Plum F. Cecil Tratado de Medicina interna. 20ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 2231-2237.

6. Friedman DO, Klaas J. Luman-Swelling helminths. En: Howard BJ, Keiser JF, Werisfeld AS, Smith TF, Tilton RC. Clinical and pathogenic microbiology. 2<sup>a</sup> ed. St. Louis: Mosby; 1994. p. 663-675.
7. Siddequi AA, Berk IL. Diagnosis of Strongyloides stercoralis infections. Clin Infect Dis 2001;33(7):1040-1047.
8. Jaysree RR, Sridhor H, Babu G, Suresh TM. Strongyloides stercoralis eggs in the stools during anticancer therapy. Indian J Gastroenterol 2001;20(4):160-161.