



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-359 - NO TODO ES BROTE EN LA COLITIS ULCEROSA

Fernández Muñoz, Ricardo; Fuentes Zaplana, Ana; González Sánchez, Daniel; García Redondo, Manuel; Gras Gómez, Cristina; Teruel Lillo, Irene; Reina Duarte, Ángel; Gómez Carmona, Zahira

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Introducción: La estrongiloidiasis es una infección parasitaria ocasionada por el nemátodo intestinal *Strongyloides stercoralis* alcanzando su mayor prevalencia en países tropicales, donde se estima que puede infectar entre el 10% y el 40% de la población. Esta parasitosis se relaciona con áreas en vías de desarrollo y deficiencias higiénicas y sanitarias de las regiones donde este parásito se considera endémico.

Caso clínico: Referente al caso que nos compete presentamos un paciente varón de 23 años con bajo nivel socioeconómico y cultural con antecedentes personales de colitis ulcerosa diagnosticado tras brote grave e infección por CMV. Durante el curso de su enfermedad presento inmunogenicidad con infliximab, fallo primario a adalimumab y a vedolizumab. Actualmente en tratamiento con tofacitinib a dosis de mantenimiento y prednisona de 10-20 mg/día. El paciente ingresa en contexto de brote con respuesta a corticoides y aumento de tofacitinib. En dicho ingreso se realiza EDB informándose como brote moderado-grave de CU con negatividad para CMV y estudio de parásitos negativo. Se dio de alta con reajuste de medicación anteriormente indicada. Posteriormente reingresa en contexto por nuevo brote grave corticodependiente de su patología inflamatoria intestinal. Durante este ingreso presenta un curso tórpido de su enfermedad derivando en *shock* séptico multifactorial requiriendo intervención quirúrgica urgente. Se realiza colectomía subtotal + ileostomía urgente debido al aparente fallo de tratamiento médico. En días posteriores el paciente presenta una evolución favorable diagnosticándose tras evaluar PPCC de síndrome de hiperinfestación por *Strongyloides stercoralis* iniciando tratamiento específico para este. A día de hoy el paciente continúa recuperándose con buena evolución clínica manteniendo profilaxis mensual frente a dicho parásito. La estrongiloidiasis puede presentarse con sintomatología leve a moderada, involucrando manifestaciones gastrointestinales, pulmonares, cutáneas y eosinofilia. En este caso teníamos un huésped con un estado de inmunosupresión situación idónea para el desarrollo de un síndrome de hiperinfección simulando un brote grave de colitis ulcerosa que se pudo resolver mediante una actuación médico-quirúrgica urgente y posterior tratamiento específico de la enfermedad parasitaria.



Discusión: Como reflexión final se ha de considerar tener en cuenta esta enfermedad ya que se podría haber evitado la intervención quirúrgica de esta patología que se podría haber resuelto con tratamiento médico y evitar así las comorbilidades asociadas. En casos sospechosos, es prudente sugerir estudios de heces y serológicos para estrongiloides, especialmente en pacientes que no responden a la terapia inmunosupresora para enfermedades inflamatorias del intestino. El diagnóstico correcto, por lo tanto, es crucial para la prevención de un desenlace fatal en esta condición curable. La información clínica del tratamiento inmunosupresor en pacientes con síntomas de colitis es fundamental y debe establecer un alto índice de sospecha. Atención a las diferencias morfológicas sutiles bajo el parecido superficial con la CU es fundamental para minimizar el error diagnóstico y poder tratar adecuadamente con ivermectina o albendazol proporcionando una alta tasa de curación.