



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



CARTA CLÍNICA

Estrongiloidiasis autóctona en Asturias



Strongyloidiasis native to Asturias

La infección por *Strongyloides stercoralis* tiene una prevalencia variada en todo el mundo, siendo de alrededor del 70% en algunas regiones de Latinoamérica. En España la prevalencia se ubica en el 14,8%¹, y los casos autóctonos en el territorio, se han descrito en zonas del Mediterráneo^{2,3}, sin embargo existen publicaciones de casos esporádicos en otras comunidades^{4,5}.

Presentamos el caso de una paciente de 70 años, de nacionalidad portuguesa, residente en Asturias (España) desde hace 40 años, sin realizar viajes al extranjero desde entonces, que es derivada por su médico de atención primaria, al servicio de hematología, debido a eosinofilia moderada de 9 años de evolución.

Entre los antecedentes personales destacaba: alergia a la penicilina, hipertensión arterial y dislipemia; en tratamiento crónico con enalapril, hidroclorotiazida y atorvastatina. También cabe mencionar que hasta hace 7 años atrás desarrollaba su actividad laboral en viveros de la zona, como agricultora.

En la anamnesis, la mujer manifestaba que su mayor dolencia era el prurito esporádico, de más de 5 años de evolución, con afectación principal de miembros superiores, nalgas y glúteos. Sin embargo cuando el interrogatorio se dirigió, para indagar la afectación de los diferentes sistemas orgánicos, la misma refirió tos seca intermitente y dolor abdominal tipo cólico, que alternaba con episodios de diarreas acuosas y estreñimiento. Síntomas por los cuales fue estudiada por los servicios de neumología y gastroenterología, respectivamente, sin llegar a un diagnóstico etiológico de certeza.

En la exploración física se visualizaron lesiones de rascado en remisión, en las zonas ya descritas, sin ningún patrón específico.

Descartadas las posibles alergias/reacciones adversas a fármacos, se revisó su historia clínica en donde se constató 12 estudios coproparasitológicos, desde el inicio de la eosinofilia, con múltiples muestras seriadas que no visualizaron crecimiento de parásitos ni huevos. También se descartaron procesos mieloproliferativos, mielodisplásicos y neoplasias

linfoides o mieloides asociados a eosinofilia mediante estudio de punción de médula ósea.

Por lo tanto, con la sospecha diagnóstica de estrongiloidiasis, se solicitó serología específica, que resultó positiva. Posteriormente, se realizó endoscopia digestiva alta con aspirado duodenal para el aislamiento del microorganismo, en la cual no se identificó ningún parásito.

Finalmente, con diagnóstico de enfermedad por *Strongyloides stercoralis* (*S. stercoralis*), se derivó a la paciente al servicio de enfermedades infecciosas de referencia, para iniciar tratamiento con ivermectina.

El caso describe parasitación crónica por *S. stercoralis* de años de evolución. Enfermedad que debe de sospecharse cuando existen síntomas localizadores (dermatológicos, gastrointestinales y pulmonares) como son la urticaria, dolor abdominal cólico con o sin diarreas y/o síndrome asmático, asociados a un nexo epidemiológico (caminar descalzo en suelo contaminado debido a actividad laboral-recreativa) junto a eosinofilia, que puede ser inconstante^{1,6,7}.

Esta geohelmintiasis tiene una distribución mundial y se estima que existen entre 30-100 millones de infectados, con una alta endemia en climas tropicales⁷. En España, según la bibliografía publicada, la mayoría de casos autóctonos se describieron en la Comunidad Valenciana, en sitios donde se desempeñaban tareas agropecuarias^{2,3,8}.

El parásito, de ciclo de vida complejo (fig. 1), es un helmineto nemátodo que habita generalmente en la mucosa duodenal, y en su forma crónica puede tener un curso asintomático u oligosintomático⁷.

La capacidad del microorganismo de poder realizar ciclos de autoinfección, en el huésped, sin la necesidad de contacto con el medioambiente externo para perpetuarse y replicarse, dificulta el diagnóstico de certeza ya que la eliminación por las heces se torna escasa e intermitente. Por tal motivo, y en muchas ocasiones, los estudios de detección microscópica mediante exámenes directos en búsqueda del estadio larvario de *S. stercoralis* se vuelve dificultoso y son necesarios métodos que aumenten la sensibilidad como son: múltiples muestras de heces (al menos 7 muestras seriadas), técnicas de concentración, la técnica de la placa agar o el método de Baermann; siendo las 2 últimas las que mejor rentabilidad diagnóstica poseen en la detección del parásito^{7,9}. Otra técnica utilizada para aislar el microorganismo es el

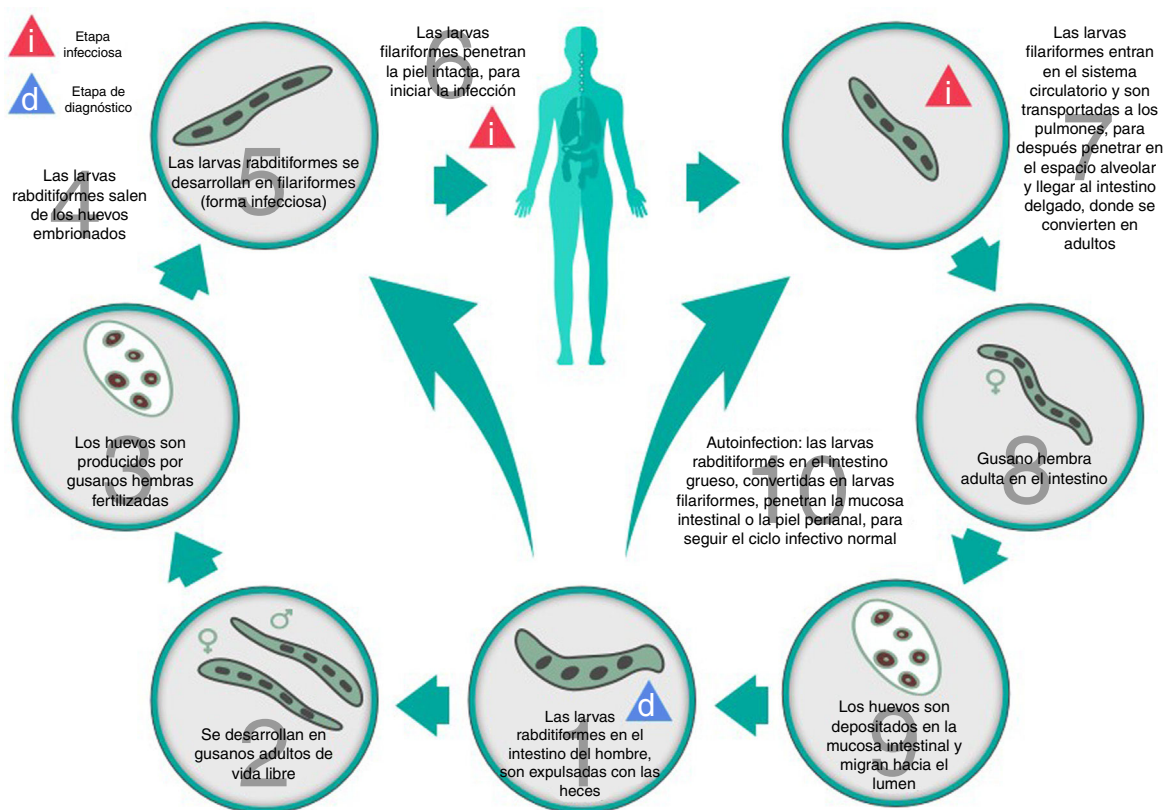


Figura 1 Ciclo de vida de *Strongyloides stercoralis*.

Fuente: basado y modificado de <http://www.dpd.cdc.gov/dpdx>; doi:10.1371/journal.pntd.0002288.g001.

examen microscópico del aspirado del contenido duodenal mediante endoscopia digestiva alta⁶.

La serología mediante ELISA, para la detección de anticuerpos IgG, tiene una sensibilidad del 84-92% y una especificidad del 94%, siendo de utilidad diagnóstica cuando la identificación directa del parásito es negativa, ya que a pesar que existe la posibilidad de reacciones cruzadas con otras parasitosis en regiones endémicas (microfilarias), estas no han sido descritas donde la estrongiloidiasis es esporádica⁶⁻⁸. Otro método más actual, es la determinación por PCR a tiempo real, que podría ser una técnica esencial en los próximos años¹⁰.

El tratamiento recomendado es ivermectina, 200 µg/kg/día durante 2 días, vía oral. Otro antiparasitario de utilidad es el albendazol, pero su eficacia es menor. Se constata curación cuando los anticuerpos desaparecen o disminuyen a los 6 a 12 meses de finalizado el tratamiento, junto a la resolución de la eosinofilia^{6,7}.

Conclusiones

A pesar de la existencia de casos esporádicos en el norte de España, el médico de familia debe considerar la posibilidad de la existencia de esta parasitosis de difícil diagnóstico ante la presencia de epidemiología acorde, asociado a síntomas cutáneos, gastrointestinales y/o pulmonares, con eosinofilia moderada persistente, una vez que se ha descartado la

posibilidad de atopia o reacciones alérgicas a fármacos, utilizando como método de cribado y diagnóstico la serología, ya que su sensibilidad/especificidad es alta y no plantea un problema en la toma de muestra, como son los métodos de recoger varias muestras de heces o la técnica de enriquecimiento de las mismas.

Cabe recalcar que el diagnóstico de certeza descrito en áreas donde esta parasitosis tiene una alta endemia, se realiza mediante el aislamiento del microorganismo, ya que la serología puede dar falsos positivos a consecuencia de reacciones cruzadas con otras parasitosis, pero esto escapa al sitio donde se presentó el caso que describimos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

Este trabajo ha sido realizado sin financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses relacionado directa o indirectamente con los contenidos del manuscrito.

Bibliografía

1. Schär F, Trostorf U, Giardina F, Khieu V, Muth S, Marti H, et al. *Strongyloides stercoralis*: Global distribution and risk factors. *PLoS Negl Trop Dis*. 2013;7:e2288.
2. Román P, Pastor A, Moreno S, Igual R, Martín A, Navarro I, et al. Endemic strongyloidiasis on the the Spanish Mediterranean coast. *QJM*. 2001;94:357–63.
3. Román-Sánchez P, Pastor-Guzmán A, Moreno-Guillén S, Igual-Adell R, Suñer-Generoso S, Tornero-Estébanez C. High prevalence of *Strongyloides stercoralis* among farm workers on the Mediterranean coast of Spain: Analysis of the predictive factors of infection in developed countries. *Am J Trop Med Hyg*. 2003;69:336–40.
4. Martínez-Vázquez C, González Mediero G, Núñez M, Pérez S, García-Fernández JM, Gimena B. *Strongyloides stercoralis* in the south of Galicia (Spain) [Article in Spanish]. *An Med Interna*. 2003;20:477–9.
5. López Gaona V, Miñana Climent JC, Delgado Parada E, Gutiérrez Vara S, Vázquez Valdés F, Solano Jaurrieta JJ. *Strongyloides stercoralis* infestation in an immunocompetent 82-year-old woman [Article in Spanish]. *Rev Esp Geriatr Geron-tol*. 2009;44:155–8.
6. Roberts AL, Schneider AE, Young RL, Hinrichs SH, Iwen PC. *Strongyloides stercoralis* infection in a non-endemic area. *Lab Med*. 2013;44:339–43.
7. Who.int [Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO); c2015 [citada 3 Nov 2015]. Disponible en: http://www.who.int/intestinal_worms/epidemiology/strongyloidiasis/en/
8. Igual Adell R, Domínguez Márquez V. Strongyloidiasis: epidemiology, clinical manifestations and diagnosis. Experience in an endemic area: the region of La Safor (Valencia, Spain). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007;25 Supl 3:S38–44.
9. Schmitt BH, Rosenblatt JE, Pritt BS. Laboratory diagnosis of tropical infections. *Infect Dis Clin North Am*. 2012;26:513–54.
10. Saugar JM, Merino FJ, Martín-Rabadán P, Fernández-Soto P, Ortega S, Gárate T, et al. Application of real-time PCR for the detection of *Strongyloides* spp. in clinical samples in a reference center in Spain. *Acta Trop*. 2015;142:20–5.

S.N. Contreras^a, E. Barreiro Alonso^{b,*},
M.E. Liguori Ljoka^c y A. Díaz Trapiella^d

^a Atención Primaria, Centro de Salud El Coto, Gijón, Asturias, España

^b Sección de Aparato Digestivo, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

^c Atención Primaria, Área I, Hospital de Jarrio, Coaña, Asturias, España

^d Servicio de Hematología y Hemoterapia, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: evabarreiroalonso@yahoo.es
(E. Barreiro Alonso).