



## **PACIENTE DE 32 AÑOS CON DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE ACOMPAÑADO DE MÍNIMA ELEVACIÓN DE AMILASA**

**Sr. Director:** La parasitación de la vía biliar es un hallazgo muy poco frecuente en nuestro medio. La infestación de la vía biliar por *Strongyloides* es una causa poco común de dolor abdominal, y su curso clínico es diferente según su forma sea aguda o crónica, como demuestra el siguiente caso.

Mujer de 32 años que consultó por un cuadro de dolor abdominal de tipo cólico que afectaba al hemiabdomen superior e inferior, acompañado de deposiciones blandas sin restos patológicos, que aliviaban la clínica. Las crisis aparecían de forma periódica e irregular, durante los 4-5 últimos meses. No se acompañaban de náuseas o vómitos. Refería haber perdido aproximadamente 10 kg a lo largo del último año. En la exploración se aprecia un buen estado general, tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado, abdomen blando, sin masas ni megalias, con dolor leve a la palpación en la fosa ilíaca derecha. El hemograma era normal, así como el perfil hepático y el proteinograma. La radiografía simple de abdomen puso de manifiesto un luminograma aéreo normal y la ecografía abdominal reveló un hígado normal, vesícula alitiásica, vía biliar principal de calibre normal, bazo, páncreas, riñones y resto de la exploración normal. En el enema opaco no se observaron alteraciones patológicas. El tránsito intestinal reveló un esófago, estómago y duodeno normales, un tránsito intestinal acelerado, con asas de morfología normal. La paciente fue estudiada en las consultas externas de nuestro hospital. Se inició tratamiento con fibra y procinéticos con la sospecha de colon irritable, con buena respuesta clínica inicial, pero con

persistencia de episodios de dolor recurrentes, por lo que acudió al área de urgencias del hospital, donde en las pruebas realizadas sólo se objetivó un discreto aumento de amilasa del orden de 200, con buen control de la clínica mediante analgesia. Ante la persistencia de la clínica se realizó sondaje biliar, cuyo resultado fue de ausencia de microcristales de colesterol, pero se observaban larvas rabdibiformes de *Strongyloides stercoralis*. Con el diagnóstico de parasitosis intestinal por *strongyloidiasis* y dolor abdominal asociado a parasitación de vía biliar por *Strongyloides stercoralis*, se inició tratamiento específico con albendazol. Tras completar el tratamiento la paciente permaneció asintomática.

*Strongyloides stercoralis* presenta dos formas: la de vida libre y la forma parasitaria. Es un parásito frecuente en climas cálidos y húmedos. En su ciclo, los machos, suelen ser formas rabditoides que pronto desaparecen con las heces, pero en ocasiones pueden evolucionar a larvas filariformes que pueden penetrar la piel y las mucosas. Cuando esto ocurre en el intestino hablamos de hiperinfección<sup>1</sup>. La infección aguda suele acompañarse de clínica cutánea y síntomas pulmonares relacionados con neumonitis. En el aparato digestivo, esta forma aguda cursa con epigastria, fiebre, vómitos y pérdida de peso, y puede ocasionar cuadros de oclusión intestinal. La infección crónica suele cursar con náuseas y dolor abdominal epigástrico. La afección hepatobiliar es muy infrecuente y puede ocurrir en forma de hepatitis granulomatosa o ictericia obstructiva<sup>2</sup>. Las formas filariformes se han asociado a enfermedad biliar aguda, con un cuadro semejante al de nuestra paciente. Delarocque et al<sup>2</sup> sugirieron que la ictericia obstructiva se relaciona con un proceso infla-

matorio duodenal, junto con la propia infección por *Strongyloides*. También se han descrito masas pancreáticas en relación con la infestación<sup>3</sup>, que pueden también producir estenosis biliar e ictericia obstructiva secundaria, forma de presentación infrecuente pero con buena respuesta al tratamiento convencional.

J.C. PENALVA, J. SÁEZ, F. CARNICER, P. GRIÑÓ,  
L. COMPANYY y R. LAVEDA  
Unidad Hepática. Servicio Aparato Digestivo. Hospital  
General Universitario de Alicante.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Fordtram, Sleisenger. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. 6.ª ed. 1998; p. 1786-7.
2. Delarocque E, Hadengue A, Degott C, Vilgrain V, Erlinger S, Benhamou J. Biliary obstruction resulting from *Strongyloides stercoralis* infection. Report of a case. Gut 1994;35:705-6.
3. Pijls N, Yap S, Rosenbusch G, Prenen H. Pancreatic mass due to *Strongyloides stercoralis* infection: an unusual manifestation. Pancreas 1986;1:90-3.