

REPORTE DE CASOS CLINICOS

HIPERINFESTACION POR STRONGYLOIDES: UN CASO FATAL

Dres. Carlos García Godos M., Vicente P. Maco C.,
Pilar Lora V. y José Garay T. *

RESUMEN

La estromyloidiasis es una infección que generalmente produce pocos síntomas y rara vez está asociada con complicaciones mortales como las descritas en el presente caso, pero puede ocurrir en pacientes con inmunodeficiencias, enfermedades subyacentes severas o recibiendo tratamiento con drogas inmunosupresoras. El caso que reportamos en un niño (10 años de edad) con bajo estado nutricional y su estado general se agravó por náuseas, vómitos, edema, ascitis y finalmente falleció. Los hallazgos de necropsia fueron: ascitis severa de 1,200 ml con gran número de larvas de estromyloides, polimorfonucleares y células gigantes multinucleadas. También se encontraron larvas de estromyloides en el pulmón, intestino y apéndice cecal. En los riñones se encontró necrosis tubular. Se concluye que la estromyloidiasis se puede manifestar como una hiperinfestación que puede ser fatal.

SUMMARY

Strongyloidiasis is a disease that produces few symptoms, rarely, cases that cause mortal complications have been described, but this can occur in immunodeficients, or in persons with subsequent diseases or in persons with an immunosuppressive drug therapy. The case of a child (age 10 years old) in an under nutrition state is presented, her condition was aggravated with nausea, vomits, edema, ascites, and finally she died. The findings of the necropsy were: an strong ascites of 1,200 ml. with a great number of strongyloides maggots, polymorphonuclears, and multinucleated giant cells. Also it has been found maggots of this parasite in lung, intestine, and in the cecal appendix. Tubular necrosis was found in the kidneys. It has been concluded that strongyloidiasis can be manifested as an hyperinfestation and can cause the death.

Las infestaciones helmínticas en el niño son muy comunes en las regiones tropicales y sub-tropicales en especial en los países subdesarrollados en relación con un deficiente saneamiento ambiental (1).

Entre las helmintiasis, la estromyloidiasis, en la mayoría de casos no produce síntomas, pero a veces pueden presentar irritación en la zona de la piel (1, 2) por donde penetra la larva; síntomas respiratorios, durante el proceso de migración parasitaria; diarrea, dolor abdominal, cuando el parásito se localiza en el intestino.

Una complicación poco común, aunque generalmente fatal, es causada por autoinfestación de grandes cantidades de larvas (3); puede presentarse en niños aparentemente normales, pero es más probable que ocurra en pacientes

* Hospital Central Sanidad Policía Nacional del Perú.

UNTERMINOS

- Estromyloidiasis
- Hiperinfestación
- Parasitosis

inmunodeprimidos (4), a causa de una enfermedad subyacente o una terapia con drogas (5).

RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

Paciente de sexo femenino de 10 años de edad es hospitalizada en el Departamento de Pediatría, del 31 de julio al 10 de agosto de 1990, procedente de Lurín, con una enfermedad de 15 días, caracterizada por diarreas negruzcas mal olientes, sin moco, sin sangre, náuseas y vómitos postprandiales, posteriormente fiebre a predominio nocturno y dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio. Recibió tratamiento con trimetoprim y sulfametoxazol. Continuando con los síntomas se agrega intolerancia oral. En agosto de 1989 fue hospitalizada y tratada por parasitosis. Condiciones sociales y económicas deficientes. Padre diagnosticado de TBC pulmonar en enero de 1989.

EXAMEN CLINICO: paciente pálida, en mal estado general, malnutrida, hipoactiva con signos de deshidratación grave, poco colaboradora. Aparato Respiratorio: polipnea, murmullo vesicular normal. Aparato Cardio-vascular: frecuencia cardíaca 110 por minuto, ruidos cardíacos normales, soplo sistólico grado II/III. Abdomen algo balonado, depresible, mesogastrio doloroso a la palpación profunda; hígado a 2 cm. debajo del borde costal derecho, no doloroso. Neurológico; hipoactiva, tendencia al sueño, no signos meníngeos ni focalización.

ANALISIS DE LABORATORIO:

31 julio 1990: Hb 13.8 gr/dL; leucocitos 15,100 x mmc. neutrófilos 87%, abastionados 4%, segmentados 83%, eosinófilos 2%, linfocitos 11%; plaquetas 280,000 x mmc; TGO 24 U/L (Normal menos de 16); TGP 24 U/L (Normal menos de 18); aglutinaciones: tífico «H» 1/80, tífico «O» 1/80, brucellas negativo.

03 agosto 1990: examen parasitológico negativo. Orina normal.

04 agosto 1990: examen parasitológico: abundantes larvas de *Strongyloides stercoralis* y huevos de *Enterobius vermicularis*.

08 agosto 1990: Hb 7.8 grs/dL; leucocitos 21,300, neutrófilos 88%, abastionados 30%, segmentados 58%, eosinófilos 0%, linfocitos 12%.

Evolución desfavorable, con intolerancia oral, náuseas y vómitos con dolor abdominal. A los 9 día de hospitalización presentó edema en tobillos, frialdad, cianosis en región distal de extremidades, se agrava por lo que es transferida a la

Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría y a pesar de tratamiento, fallece. Se hace necropsia.

HALLAZGOS DE NECROPSIA

PULMON: edema, congestión y hemorragia, membranas hialinas, macrófagos alveolares, células gigantes multinucleadas y larvas morfológicamente de *Strongyloides stercoralis* (Ver figura 1), hallazgos de daño alveolar difuso.

HIGADO: sinusoides congestivos panesteatosis a gota grande, congestión en zona III: leve infiltrado inflamatorio crónico portal, con ocasionales células gigantes multinucleadas parenquimales.

PANCREAS: edema moderado parenquimal con estasis sanguínea.

INTESTINO: duodenitis crónica severa con eosinofilia en mucosa. Presencia de larvas en mucosa y muscularis mucosae, isquemia transmural extensa con peritonitis crónica.

APENDICE CECAL: peritonitis crónica y aguda, células gigantes multinucleadas y larvas de *Strongyloides* en tejido subperitoneal.

LIQUIDO ASCITICO: 1,200 ml. con numerosos leucocitos polimorfonucleares, macrófagos, histiocitos y numerosas larvas de *Strongyloides stercoralis* (foto N° 2).

MEDULA OSEA hiperplásica con predominio de eosinófilos.

BAZO congestivo

RIÑONES necrosis tubular aguda.

DISCUSION

El caso es *Strongyloidiasis* de presentación excepcional, que ingresa al hospital con una enfermedad aguda infecciosa con manifestaciones gastrointestinales en mal estado general y con signos de desnutrición crónica. a los 4 días de hospitalización hay evidencia de abundantes larvas de *Strongyloides stercoralis* en las heces, por lo que se inicia tratamiento con mebendazole. La evolución es desfavorable y se agrava progresivamente. A los 9 días de su ingreso presenta shock y paro cardio-respiratorio por lo que es transferida al servicio de Cuidados Intensivos de Pediatría (UCIP).

Al ingresar nuestra paciente, se planteó la posibilidad de una salmonelosis; sin embargo, por el hallazgo de abundante

larvas de *Strongyloides stercoralis* se inició tratamiento con mebendazole. Por mala evolución clínica pensamos que se había complicado con una septicemia y shock infeccioso. Se conoce que las larvas transportan bacterias en su cutícula, además de ingresar a través de la pared intestinal lesionada. En UCIP se administró terapia agresiva, inclusive para anaerobios, a pesar del cual falleció. Los hallazgos anatómo-patológicos demostraron riñones y pulmones de shock y enterocolitis necrotizante.

Nuestra paciente era desnutrida y por consiguiente inmunodeficiente. Está descrito que la infestación por *Strongyloidiasis* puede ser fatal en este tipo de pacientes y que inclusive no presentan eosinofilia en el hemograma; pero si se encontró eosinofilia en duodeno y líquido ascítico como se describe en estos casos (7).

La terapéutica antiparitaria no fue ideal ya que el tratamiento de elección es el tiabendazole (6); sin embargo, en los casos de autoinfestación masiva puede haber una mala absorción intestinal que impida la buena acción del fármaco, esta

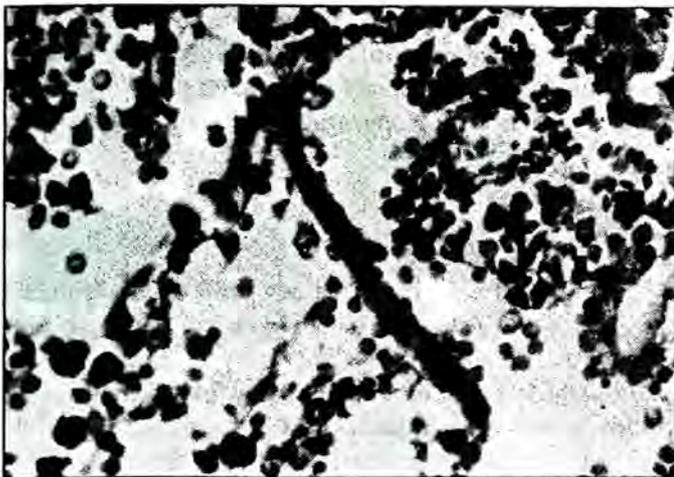


Figura 1. Larva filariforme de *Strongyloides stercoralis* en Pulmón.



Figura 2. Larvas de *Strongyloides stercoralis* en líquido ascítico. Notar el denso, exudado de leucocitos polimorfonucleares.

falla en la terapéutica explicaría la mala evolución de la paciente. Posteriormente presentó shock, cuya causa en el presente caso podría ser anafiláctico al parásito e infección agregada (7).

CONCLUSIONES

En la mayoría de casos la strongyloidiasis es asintomática, sin embargo hay formas graves y de evolución fatal en niños inmunodeprimidos.

Se debe de usar el medicamento indicado, asociado a antibióticos, cuidando siempre la homeostasis para evitar el shock.

La hiperinfestación por *Strongyloides stercoralis* es poco común en nuestro medio, pero hay que tener presente la probabilidad de su presentación ocasional y estudios mas detallados se requieren para comprender mejor esta patología.

REFERENCIAS:

- 1.- Wright SG.: Infestaciones helmínticas. Hospital Update 1979; 5:8, 1979.
- 2.- Marshall J, Altonan D, Lamber M, Baylor P: COPD exacerbation associated with a skin rash. Chest 94: 1016, 1991.
- 3.- Smallman LA, Young JA, Shortland-Webb WR, Carey MP, Michael J: *Strongyloides stercoralis* hyperinfestation syndrome with *E. coli* meningitis: Report of two cases. J Clin Pathol 39: 366, 1986.
- 4.- Harcourt-Webster JN, Scaravilli F, Darwish AH: *Strongyloides stercoralis* hyperinfection in an HIV positive patient: J Clin Pathol 44: 346, 1991.
- 5.- Hennequin C, Pialoux G, Taillet-Bellemere C, Caujolle B and Petite JP: Anguilluliasis hyperinfection in a patient receiving corticosteroids. Gastroenterol Clin Biol 15: 87, 1991.
- 6.- Shilkiya K, Kuniyoshi T, Iligashionna A, Arakkaki T, Oyakawa T, and Kadena K: Treatment of strongyloidiasis with mebendazole and its combination with thiabendazole. Kansenshogaku-Zasshi 64: 1408, 1990.
- 7.- Lambroza A and Dannenberg AJ: Eosinophilic ascites due to hyperinfection with *Strongyloides stercoralis*. Am J Gastroenterol 86: 89, 1991.