Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):54

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

# I-090 - ESTRONGILOIDIASIS EN NUESTRO MEDIO

*R. Escudero Sánchez, M. González Anglada, R. García Caballero, C. Crespillo Andújar*

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid).*

## Resumen

*Objetivos:* Determinar la prevalencia de helmintiasis por Strongyloides en nuestra población, así como otras variables relacionadas con la infección.

*Métodos:* Estudio descriptivo retrospectivo realizado en Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Se revisaron las serologías solicitadas en 2008-2014, y se seleccionaron aquellas que eran positivas. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas. El análisis de datos se realizó con el programa de análisis estadístico SPSS 17.

*Resultados:* Durante los últimos 6 años se solicitaron 47 serologías Strongyloides, de las cuales fueron positivas 23 (48,9%). No hubo diferencias en el sexo, y los pacientes presentaban una edad media 41,5 años. El 95,6% de los pacientes procedían de área endémica (54,5% Sudamérica, 40,9% África Subsahariana occidental, y 4,3% norte África); el 34,8% continuaba realizando viajes a su país. Únicamente un paciente, no procedía de área endémica, y nunca había realizado viajes al extranjero (extremeño, y de profesión agricultor). 5 pacientes presentaban algún tipo de inmunosupresión (3 VIH, 1 tumor sólido, 1 histiocitosis X). Únicamente presentaban síntomas el 30,4% (epigastralgia, prurito, náuseas y fiebre), y el 86,9% mostraba eosinofilia, siendo grave (> 1000 eosinófilos/µl) el 47,8% de los casos; con una eosinofilia media de 1588 Eo/µl. El diagnóstico se realizó mediante serología por ELISA; sólo se objetivaron larvas en el coproparasitológico en el 4,3%, aunque se recogieron una media de 4,9 muestras heces/paciente. En el 87% de los casos, el diagnóstico se realizó en M. Interna. El 82,6% de los pacientes recibió tratamiento, el fármaco más frecuentemente utilizado fue la ivermectina (73,9%); y sólo un paciente precisó repetir tratamiento. Únicamente falleció un paciente en el que se sospechó síndrome hiperinfestación, aunque no pudo ser confirmado.

*Discusión:* Strongyloides stercolaris es un geohelminto, responsable de la estrongiloidiasis. Endémico en el trópico y subtrópico, aunque hay descritos algunos casos fuera de esta zona (como en la costa de Valencia, con una prevalencia en algunos estudios de 12,4%). En el mundo, se estima una prevalencia 3-100 millones infectados. En zonas no endémicas, los pacientes infectados por Strongyloides provienen de áreas endémicas en las que han residido largas temporadas (95,6%). El cuadro clínico es variable, siendo la mayoría asintomáticas (69,6%), y entre los sintomáticos los más frecuentes los cutáneos y gastrointestinales (similar a nuestra serie). La eosinofilia puede ser el único hallazgo en los pacientes infectados. Los pacientes inmunodeprimidos, sobre todo aquellos que reciben corticoides y coinfectados con HTLV-1, presentan riesgo de diseminación de las larvas,

manifestándose como síndrome hiperinfestación, con una alta mortalidad y donde la eosinofilia puede estar ausente. En nuestra serie, únicamente hubo un paciente en el que se sospechó síndrome hiperinfestación, aunque el diagnóstico no pudo llegar a confirmarse; únicamente presentaba como antecedente VHC, y sin eosinofilia. El diagnóstico estrongiloidiasis se realiza a partir de la visualización de larva rabditiforme en heces, esputo, BAL, etc., y/o serología ELISA (tener en cuenta falsos negativos en inmunodeprimidos, y falsos positivo por reacción cruzada con otros helmintos). Es necesario valorar las serologías en los pacientes que vayan a someterse a tratamiento inmunosupresor, y que provengan de zona endémica. El tratamiento de elección es la ivermectina, y como alternativa el albendazol, aunque con tasas curación más lentas. Debemos sospechar fracaso del tratamiento ante la persistencia eosinofilia, y valorar repetir el tratamiento, sobre todo si la infección está diseminada.

*Conclusiones:* Debemos sospechar infección por Strongyloides stercolaris en los paciente con clínica sugestiva y/o eosinofilia, y con antecedente de exposición en área endémica (o trasplantado con donante de zona endémica). El diagnóstico precoz, la identificación de factores de riesgo (inmunosupresión, infección por HTLV-1) y tratamiento, son importantes para prevenir el síndrome hiperinfestación.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.