

## Solución del caso: Un hallazgo histológico inesperado

Viene de la página 6

### Diagnóstico anátomo - patológico

Colitis crónica activa de etiología parasitaria por *strongyloidiasis stercoralis* con presencia de adenomas tubulares con displasia de bajo grado (en dos lesiones polipoides menores). La de mayor tamaño, polilobulada, correspondió a un adenoma tubular con displasia de alto grado y presencia del cuerpo del parásito en la vecindad de la neoplasia. En algunas criptas se observan secciones transversales de formas adultas de *strongyloides stercoralis*.

### Discusión

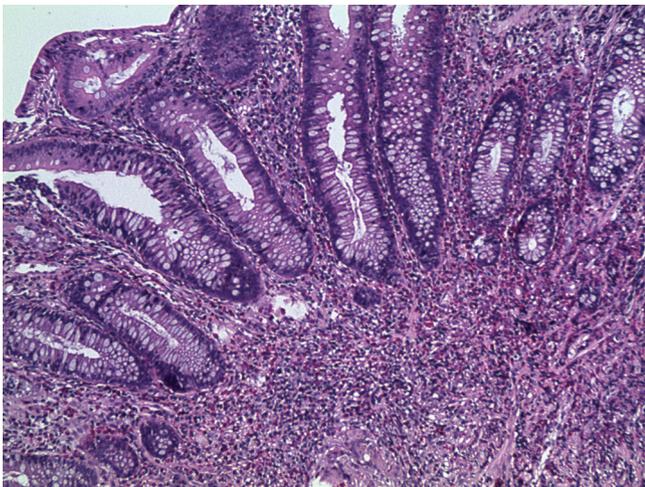
El *strongyloides stercoralis* es un nematodo que afecta a más de 30 millones de personas en el mundo, principalmente en regiones tropicales y subtropicales. Es una geohelmintiasis, endémica en regiones húmedas y suelos fangosos (Sudoeste de Asia, África, Brasil, Norte y Mesopotamia argentina).<sup>1</sup>

Sus manifestaciones dependen del estado inmunológico del huésped y el grado de infección. Oscilan entre

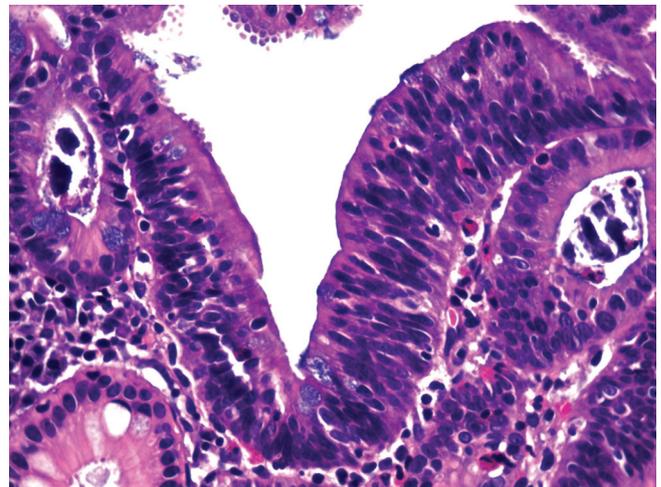
portación asintomática a hiperinfección grave en pacientes severamente inmunocomprometidos (VIH - SIDA- tratamiento con corticoides).<sup>2</sup> En inmunocompetentes, su localización habitual en tubo digestivo, obliga al estudio en materia fecal, con reconocimiento, en fresco, de los estadios larvarios del parásito.<sup>3</sup> El *strongyloides stercoralis* puede vivir libre o de manera parasitaria. Los humanos se infectan al ingerir las larvas o al penetrar éstas activamente a través de la piel. Tienen una fase de desarrollo pulmonar, llegan al intestino delgado y maduran en lombrices adultas, producen huevos por partenogénesis y éstos se convierten en larvas, se eliminan por heces y establecen una vía única de autoinfección crónica, continua, en el huésped.<sup>1, 2</sup>

Afecta también la piel y los pulmones (síndrome de Löeffler). En el intestino: infección intestinal crónica, autoinfección, asintomática, sintomática o hiperinfección. Los síntomas intestinales incluyen dolor, diarrea, náu-

**Figura 3.** Mucosa de la región pre-cecal, pequeña lesión elevada. El estudio microscópico permitió observar las criptas glandulares rectas preservadas y un denso infiltrado inflamatorio a nivel de la lámina propia a predominio de leucocitos polimorfonucleares y eosinófilos con moderada vasocongestión y la presencia de un pequeño granuloma próximo a la muscular de la mucosa.



**Figura 4.** En la mucosa colónica de la vecindad la lesión descrita endoscópicamente como elevada, multilobulada y pre-cecal, se visualizó una proliferación glandular conformada por túbulos con leve a moderada hiperplasia y estratificación nuclear con figuras de mitosis y pérdida de la mucosecreción. En algunas criptas se observan secciones transversales de formas adultas de *Strongyloides Stercoralis*.



seas, vómitos y, raramente, malabsorción. Puede ser causa de sangrado oculto. En ocasiones, simulan enfermedad inflamatoria intestinal o pseudopoliposis colónica. Se ha descrito colitis por strongyloides, incluso como forma ulcerada. Puede observarse gastritis o duodenitis, con ulceraciones y sangrado fácil. Los hallazgos histológicos incluyen congestión mucosa, edema de pared, tumefacción de pliegues, aplanamiento y atrofia mucosa.<sup>3</sup> Las manifestaciones hepatobiliares son raras: la inflamación duodenal produce estenosis papilar, generando ictericia.<sup>4</sup> Puede, asimismo, producir cuadro de pseudoobstrucción intestinal, hepatitis granulomatosa, simular una masa pancreática o la trombosis de grandes venas.

**Diagnósticos diferenciales:** enfermedad de Crohn, linfoma, tuberculosis y otras causas de enterocolitis. El diagnóstico definitivo se basa en el examen de las heces, la biopsia y la presencia de anticuerpos en el suero.<sup>4</sup>

La eosinofilia disminuye con el tratamiento y en las formas diseminadas, donde hay también anemia (factor de mal pronóstico). En las severas se encuentra además hipoalbuminemia, hipocolesterolemia, malabsorción de carbohidratos y de grasas. Las pruebas serológicas (Elisa) son altamente sensibles (80-90%) y específicas para me-

dir títulos de IgG, pero no distingue entre infección aguda y crónica. El aspirado duodenal, junto con la biopsia, tienen una sensibilidad hasta del 90%.

El tratamiento se realiza con Ivermectina 200 mg/kg una vez al día durante dos días. En ocasiones, puede repetirse a los 14 días.<sup>5</sup>

## Referencias

1. Thompson BF, Fry LC, Wells CD, Olmos M, Lee DH, Lazenby AJ, Mönkemüller Ke. The spectrum of GI strongyloidiasis: an endoscopic-pathologic study. *Gastrointest Endosc* 2004;59:906-910.
2. Montes H, Arenas A, Petrosino P, Milano M, Salmen S, Berrueta L. Atypical gastric presentation of strongyloidiasis in an immunocompetent patient. *Endoscopy* 2008; 40: E230-231.
3. Suvana D, Mehta R, Sadasivan S, Raj VV, Balakrishnan V. Infiltrating *Strongyloides stercoralis* presenting as duodenal obstruction. *Indian J Gastroenterol* 2005; 24:173-174.
4. Juchems MS, Niess JH, Leder G, Barth TF, Adler G, Brambs HJ, Wagner M. *Strongyloides stercoralis*: a rare cause of obstructive duodenal stenosis. *Digestion* 2008, 77:141-144.
5. Chiodini PL, Reid AJ, Wiselka MJ, Firmin R, Foweraker J. Parenteral ivermectin in *Strongyloides* hyperinfection. *Lancet* 2000, 355:43-44.