

**Fascioliasis y estrogiloidosis. Su asociación**

**Fascioliasis and strongiloidiasis. Its association**

**Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Miguel Paulino Basulto; Dr. Rafael Pila Peláez;  
Dra. Carmen Guerra Rodríguez; Dr. José Luís López Montaña**

Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.

**RESUMEN**

Se presentó un paciente con infestación por Fasciola hepática y Strongyloides stercoralis, comentamos la rareza de esta asociación y las características clínicas de ambas parasitosis, haciendo énfasis en la estrogiloidosis.

**DeCS:** FASCIOLA HEPATICA; ESTRONGILOIDIASIS; STRONGYLOIDES STERCORALIS.

**ABSTRACT**

A patient with infestation for hepatic fasciola and strongyloides stercoralis is presented. The rareness of this association and clinical characteristics of both parasitosis are commented emphasizing strongyloidosis

**DeCS:** FASCIOLA HEPATICA; STRONGYLOIDIASIS; STRONGYLOIDES STERCORALIS.

## INTRODUCCIÓN

La infestación por Fasciola Hepática no es infrecuente en nuestro país, y en los últimos años se ha incrementado el número de casos descritos (1). Muy ocasionalmente se encuentra Strongyloide stercoralis en estudios coprológicos de amplias muestras de población (2).

Es muy infrecuente en la literatura consultada la asociación de parásitos en un mismo paciente (3). Por todo ello, creemos de interés presentar un caso de infestación simultánea por Fasciola hepática y Strongyloides stercoralis.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 59 años con buenos antecedentes de salud acude a nuestro Hospital por presentar 15 días antes de asistir a consulta un cuadro de diarreas de 6 días de duración. Y posteriormente escalofríos, fiebre elevada sudoración junto a un rash eritematoso, pruriginoso generalizado. El día antes de su ingreso presentó dolor abdominal y vómitos de contenido alimentario; refería la ingestión de berros.

### Examen Físico:

Temperatura de 39º C- rash eritematoso por todo el cuerpo, dolor a la palpación en hipocondrio derecho.

### Datos de laboratorio:

Hb: 90g/l; leucocitos: 6,500/mm<sup>3</sup>; eosinófilos: 1460/mm<sup>3</sup>; VSG: 98mm/h; proteínas totales, albúmina, calcio, colesterol, glucosa, creatinina, ácido úrico, iones, coagulación, amilasa, TGP, fosfatasa alcalina: todos normales. Además serología lenta en busca de Brucellas; Rosa de bengala: negativos; hemocultivos: negativos; heces fecales: negativos en dos oportunidades y después se encuentran Fasciolas hepáticas (fig.1).

ECG: normal, radiografía de tórax: normal, ecografía abdominal y drenaje biliar: normal. El paciente continuaba con fiebre, dolor en hipocondrio derecho y eosinofilia. Se repite el drenaje biliar donde se observan múltiples huevos de Fasciola hepática. Se procede al tratamiento con emetina a dosis de 1mg/kg diario durante 10 días; se egresa asintomático.

Dos semanas después no había huevos de Fasciola hepática en el aspirado duodenal, pero es reingresado pues persistía el dolor a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho, anorexia marcada y astenia; el número de eosinófilos en

sangre periférica se elevó a 5,100/mm<sup>3</sup>; se presentó dolor torácico y disnea, pero con radiografía de tórax normal; se repitieron los exámenes de heces fecales en tres oportunidades y se hallaron abundantes larvas de *Strongyloides stercoralis* en las tres muestras (técnica de Ritchie) y en el drenaje biliar. Se efectuó el tratamiento con Tiabendazol a dosis de 25mg/kg de peso dos veces al día durante tres días. Treinta días después la eosinofilia había desaparecido, no había huevos o parásitos en el estudio coprológico y el paciente estaba asintomático.

## DISCUSIÓN

La *Fasciola hepática* es un tremátodo que puede parasitar al hombre tras la ingestión de agua o plantas contaminadas (Berros); después de un período de incubación de una a tres semanas comienza la fase de invasión que puede durar hasta cuatro meses y se caracteriza por fiebre, dolor abdominal y hepatomegalia, como ocurrió en este caso. Sólo puede llegarse al diagnóstico por métodos serológicos le sigue una fase de estado menos sintomática en la cual existe colonización de vías biliares y pueden identificarse huevos del parásito en muestras de jugo duodenal y heces (4). El tratamiento con Emetina, Dihidroemetina, Bitionol, Praziquantel, parecen ser actualmente los más eficaces en las fasciolosis, aunque hay autores que niegan el Praziquantel (5).

El *Strongyloides stercoralis* es un nemátodo intestinal de distribución mundial, con mayor prevalencia en áreas tropicales. La primera fase de su ciclo vital se desarrolla en el suelo en forma de larvas rhabditiformes. Si las condiciones son favorables se transforman en larvas filariformes que tienen capacidad infectante. Al contacto con la piel del hombre la atraviesan por vía hematogena llegan a cavidades derechas y vasos pulmonares, pasan a la pared alveolar alcanzando la epiglotis y tras ser deglutidas llegan al duodeno y yeyuno proximal. Las hembras penetran en la mucosa intestinal, mientras los machos son pronto arrastrados con las heces. La hembra ya adulta comienza la deposición de huevos que dan lugar a larvas rhabditiformes que pueden encontrarse en las heces aproximadamente 28 días después de la penetración cutánea (6).

La larva rhabditiforme puede pasar a filariforme en el propio intestino atravesando la mucosa intestinal y accediendo al torrente sanguíneo, otras veces atraviesan la piel en las márgenes del ano llegando también a los capilares. Ambas formas conducen a una autoinfección que explica la perpetuación del parásito en personas no expuestas a suelos infectados en muchos años (7).

La mayoría de los portadores de *Strongyloides stercoralis* están asintomáticos. Cuando existen manifestaciones clínicas suelen ser leves o moderadas. Puede haber dolor abdominal, epigastralgia, diarreas ocasionales y a veces vómitos, como presentó nuestro enfermo. Puede haber alteración del estado general, prurito, ictericia y dermatitis lineal (larva currens) (8). En su paso por el aparato respiratorio pueden dar lugar a tos seca, como fue presentado por nuestro paciente al igual que el dolor torácico, además de infiltrados de Löeffler. Recientemente se ha descrito un caso de artritis reactiva (9).

En pocas ocasiones se produce enfermedad diseminada o hiperinfección; esto ocurre en pacientes debilitados o inmunodeprimidos o cuando por el mecanismo de autoinfección el número de parásitos es enorme. Algunas veces se asocian a bacteriemia o meningitis por gramnegativos (10).

En la strongyloidosis grave hay factores determinantes locales que favorecen la autoinfección, como: diverticulosis, megacolon, invaginación estreñimiento y uso de antidiarreicos (7). De más importancia son los factores que disminuyen la resistencia del huésped, tales como: enfermedades y terapias inmunosupresoras (linfomas, leucemias, LES, etc) (11). Las manifestaciones clínicas son fundamentalmente digestivas, destacando el dolor y la diarrea que conduce a desnutrición grave e importante desequilibrio hidroelectrolítico (12). A veces se presentan íleo paralítico (13), más raramente hemorragia digestiva (14) y excepcionalmente gastritis eritematosa (15). Cuando hay invasión pulmonar aparecen infiltrados bilaterales y hemoptisis que pueden conducir a insuficiencia respiratoria mortal (16). Se han descrito abscesos pulmonares y empiemas (14).

A nivel del sistema nervioso central las larvas pueden causar meningitis (7). En el hígado producen inflamación periportal o granulomatosis (17). También puede afectarse el corazón, páncreas, linfáticos, tiroides, riñones, ovarios etc (6).

La principal guía diagnóstica es la eosinofilia, pero hay que tener en cuenta que falta con frecuencia en casos de infestación masiva, precisamente cuando la terapia precoz es más necesaria (5,17).

En definitiva la identificación del parásito en heces o jugo duodenal es lo más importante (10). También puede encontrarse en esputo (18), líquido pleural (19), líquido ascítico (20) y biopsia intestinal (7).

El tratamiento de elección es el tiabendazol a dosis de 25 mg/kg de peso, dos veces al día durante tres días (21); en caso de hiperinfestación se prolonga 5 ó 6 días (22). Pueden presentarse entonces efectos tóxicos, por lo que Schumaker y Cols (23) sugieren la monitorización de los niveles hemáticos de los metabolitos del fármaco. Últimamente se ha informado que el Cambendazol y el Mebendazol pueden tener ventajas en el tratamiento de este parásito (22).

La asociación de parásitos es un hecho frecuente, Borce y Cols (21) en sus 350 casos de *Strongyloides stercoralis* encuentran un 63% de poliparasitosis: Se ha descrito su asociación con *Giardia lamblia*, Tricocéfalos, *Ascaris lumbricoides*, *Necator americanus*, *Schistosoma mansoni*, *Entamoeba coli*, etc (24).

En Cuba no se ha reportado junto a *Fasciola hepática* el *Strongyloides stercoralis* (3), por lo que insistimos en el examen exhaustivo de las heces para el diagnóstico de ciertas parasitosis.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ayensa Dean C, Muñoz Fernández J, A guda Paricio J, García Campos F, Gaona Morell T, Díaz de Otazu R. Distomatosis por *Fasciola Hepática*. A propósito de 8 casos. *Rev Clin Esp* 1983;168:261-64.
2. Capell Font S; Pujol Farriolis R; Garav Alemanuj J; Pallares Giner R, Campo Guertt E. Hiperinfestación por *Strongyloides stercoralis*. *Med Clin* 1992; 72:232-37.
3. González Jacomino J, Pérez Martín O, Rodríguez Cellorio G, Arus Soler E, Lastre González M. Fasciolosis invasiva con carácter de brote epidémico I. Estudio Clínico-Epidemiológico *Rev Cubana Med* 1987; 26:1973-76.
4. La Pierre J. La distomatose hepatique en France. *Presse Med* 1992; 95:1973-76.
5. Pautrizel R., Bainger J, Tribouley J, Duret P. Traitement de la *Fasciola hepatique* por la dihidroemetine y emetine. *Presse Med* 1993;96:2015-18.
6. Scowden E, Schaffner W, Stone W. Overwhelming *Strongyloidiasis* an un appreciated opportunistic infection. *Medicine* 1996;208:527-33.
7. Carvalho Filho E. *Strongyloidiasis*. *Clin gastroenterol* 1995;21:378-84.
8. Lapiere J, Tran Vinh Hiew. L'anguillulose, aspects cliniques, diagnostiques et therapeutiques, as propos se 300 cas observes. *Presse Med* 1993;96:2070-75.
9. Bocanegra T, Espinoza R, Bridgeford P, Vasey F, Germain B. Reactive arthritis induced by parasit infection. *Ann Inter Med* 1989;94:207-10.
10. Milder J; Walzer P; Kilgore H; Rutherford I; Klein M. Clinical features of *Strongyloides stercoralis* infection in an epidemic area of the united states. *Gastroenterology* 1991;99:1581-87.
11. Winkler CH, Snider H. *Strongyloides stercoralis* infection. *Arch Int Med* 1991;151:889-93.
12. Moesgaard F, Steven K, Engbaek K. A case with severe diarrhea and *Strongyloides stercoralis* infection. *Acta Med Scan D* 1992;309:633-37.

13. Cookson J, Montgomery R, Morgan H, Tudor R. Fatal paralytic ileus due to Strongyloidiasis. *Brit Med J* 1992; 24:771-78.
14. Powell R, Moss J, Nagar D, Melo J, Boran L, Anderson: Strongyloidiasis in immunosuppressed hosts-Presentation as massive lower gastrointestinal bleeding. *Arch Inter Med* 1990;140:1061-64.
15. Williford M, Foster W, Halvorsen R, Thompson W. Emphysematous gastritis secondary to disseminated Strongyloidiasis. *Gastrointest Radiol* 1994;27:423-30.
16. Venizelos P, Lopata M, Bardawil W, Shard J. Respiratory failure due to Strongyloides stercoralis in a patient with renal transplant. *Chest* 1990;78:104-9.
17. Poltera A, Katsimeura N. Granulomatous hepatitis due to Strongyloides stercoralis - *J Pathol* 1994;223:1241-44.
18. Harris R, Musher D, Fainstein V, Young E, Clarrigde. Disseminated Strongyloidiasis diagnosis made by sputum examination. *J Am Med Ass* 1995;284:65-70.
19. Higenbottan T, Heard B. Opportunistic pulmonary Strongyloidiasis complicating asthma treated with steroids. *Thorax* 1996;48:726-29.
20. Avagnina M, Elsner B, Idtti R, Re R. Strongyloides stercoralis in Papanicolau-Stained Smears as ascitic-fluid. *Acta Cytol* 1989;24:36-41.
21. Borcee P, Taugourdeau A, Barthelemy M, Bouvier J; Anguilloluse: Analyse, Clinique, Biologique Et Epidemiologique de 350 observations. *Nouv Presse Med*, 1991;20:779-84.
22. Grove I, Strongyloides Ratti and S. stercoralis: The effects of thiabendazole, mebendazole and cambemdazole in effect mice. *Am J Trop Med Hyg* 1993,41:469-73.
23. Shumaker J, Band J, Lensmeyer G, Graig W. Thiabendazole treatment of severe strongyloidiasis in a hemodialyzed patient. *Ann Int Med* 1988;99:874-77.
24. Purtilo D, Meyers W, Connor D. Fatal Strongyloidiasis in immunosuppressed patient. *Amer J Med* 1994;92:1088-92.

Recibido:15 de abril de 2000

Aprobado:15 de mayo de 2001