



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



347/2600 - EOSINOFILIA, ¿HASTA DÓNDE LLEGAR?

E. Morales Hernández^a, I. Álvarez Reyes^a, E. Dopico Ponte^b e Y. Rando Matos^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Florida Norte. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ^bMédico especialista en Microbiología y Parasitología. Laboratori Clínic de L'Hospitalet. Barcelona. ^cMédico de Familia. ABS Florida Norte. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 42 años natural de Ecuador, inmigración a España en el 2000. No alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Antecedentes personales: Hipotiroidismo subclínico en tratamiento con levotiroxina, dispepsia de repetición. Presenta eosinofilia aislada ($3,5 \times 10^9/L$) en 2003 que se estudia y sigue con analíticas anuales (con valores oscilantes) y con coproparasitos negativos, sin síntomas respiratorios ni prurito ni lesiones cutáneas. Viajó a Ecuador en 2009 y 2010. En 2010 tuvo coproparasito positivo para *Strongyloides stercoralis* que se trató con albendazol 400 mg/d 3 días, normalizando la eosinofilia a los 4 meses. En 2011 recidiva la eosinofilia y en 2015 se derivó a hematología que extendió el estudio sin hallar la causa. En última analítica solicitada por astenia presenta una eosinofilia del $1,5 \times 10^9/L$ y el Servicio de Laboratorio añadió IgG *Strongyloides stercoralis*, resultando positiva.

Exploración y pruebas complementarias: *Helicobacter pylori* negativizado con tratamiento, estudio de celiaquía, phadiatop y serologías VIH/VHC/VHB negativos, proteinograma normal. Ecografía abdominal, fibrogastroscoopia y colonoscopia normales

Orientación diagnóstica: Eosinofilia por *Strongyloides stercoralis*.

Diagnóstico diferencial: Asma, rinoconjuntivitis, fármacos, neoplasias (linfoma de Hodgkin, colon, estómago), parasitosis (anisakis, toxocara, trichinella).

Comentario final: Ante una eosinofilia en persona procedente de Latinoamérica deberíamos solicitar serología de *Strongyloides stercoralis* y si es positiva realizar tratamiento con ivermectina, aunque la coproparasitología sea negativa (esto sucede en el 70% de las ocasiones). La reaparición de eosinofilia después del tratamiento con albendazol, hace pensar en un fracaso terapéutico, siendo de segunda elección por su menor tasa de curación. Una normalización eosinofílica tras 6 meses de tratamiento no sería suficiente para monitorizar la respuesta al tratamiento, deberíamos observar una disminución de títulos de IgG en la serología. Si persiste la eosinofilia, valorar cumplimiento terapéutico, viajes a zonas endémicas o posibles serologías cruzadas. Es importante tratar al paciente infectado sobre todo ante recuentos $> 1,5 \times 10^9/L$ por el daño tisular. Hay riesgo de hiperinfección si toma inmunosupresores o glucocorticoides.

Bibliografía

1. Weler PF, Leder K, Ryan ET, et al. Strongyloidiasis Strongyloidiasis. UpToDate.
2. Salvador F, Sulleiro E, Sánchez-Montalva A, et al. Usefulness of Strongyloides stercoralis serology in the management of patients with eosinophilia. Am J Trop Med Hyg. 2014;90(5):830-4.

Palabras clave: Eosinofilia. Strongyloides stercoralis.