



## 160/513 - LA IMPORTANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN EL DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO CON EOSINOFILIA LEVE

I. Tejero García<sup>a</sup>, G. Candela Ganoza<sup>b</sup>, T. Núñez Cabezas<sup>c</sup> y B. Ranz Bravo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud María Ángeles López Gómez. Leganés. Zona Sur. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 5º año de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud María Jesús Hereza. Leganés. Zona Sur. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Blas. Parla. Zona Sur. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 30 años, natural de Ecuador y que vive en España desde hace 12 años, sin viajes al extranjero en los últimos años, vive con su esposo e hijo de 6 años, no tienen mascotas. Niega hábitos tóxicos, cistitis a repetición, no otras enfermedades, presentaba menstruaciones abundantes hasta hace un año que comenzó a utilizar implanon. No cirugías previas no tratamiento actual. Desde hace aproximadamente 5 años presenta dolor abdominal tipo cólico difuso, episódico y de leve intensidad asociado a meteorismo con debilidad generalizada que a pesar de haber corregido anemia del pasado aún no mejora del todo. No cuadro constitucional, no fiebre, no diarreas, no prurito, no estigmas reumáticos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Despierta y orientada en tres esferas. Buen aspecto general, hidratada, nutrida y bien perfundida, no ictericia, no lesiones en piel ni mucosas. No adenopatías, orofaringe leve congestiva. Auscultación pulmonar y cardiaca normal. Abdomen con ruidos hidroaéreos aumentados, blando y depresible, no dolor a la palpación, no masas ni megalias. Resto sin hallazgos significativos. Analítica: Bioquímica con perfil renal, hepático y férrico normales, TSH, VitB12 y fólico normales. Hemograma con 800 eosinófilos, resto normal. Estudio autoinmunidad, celiacía, intolerancia a la lactosa y calprotectina en heces, serología VIH y lues negativos. Rx tórax: Discreta escoliosis. Gastroscopia normal. Coproparasitológico: *S. stercoralis* con PCR positiva.

**Juicio clínico:** Dolor abdominal crónico con eosinofilia leve por *Strongyloides stercoralis*.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad inflamatoria intestinal. Gastroenteritis eosinofílica. Enfermedad celiaca. Intolerancia a la lactosa. Sarcoidosis. Linfoma intestinal. TBC intestinal. Poliarteritis nodosa. Vasculitis de Churg Strauss. Helmintosis. VIH. Fármacos.

**Comentario final:** *Strongyloides stercoralis* es un nematodo intestinal de distribución global, particularmente, en regiones tropicales y subtropicales. Presenta un ciclo de vida complejo dada la posibilidad de desarrollarlo de manera directa, indirecta o producir auto- infecciones internas o externas. La infección puede mantenerse por muchos años sin que el individuo afectado refiera

manifestaciones clínicas atribuibles al parásito; sin embargo, en inmunocomprometidos, la parasitosis puede desencadenar manifestaciones clínicas que varían desde cuadros ligeros de dolor abdominal y/o diarrea hasta episodios diarreicos debilitantes con malabsorción, pérdida de peso y afectación de otros órganos. En España se han reportado casos a lo largo de la costa mediterránea; en individuos relacionados con labores agrícolas, inmigrantes o viajeros que provienen o han visitado países endémicos de esta parasitosis. Presentamos un caso con clínica crónica inespecífica y eosinofilia leve y dado el antecedente epidemiológico debemos pensar en esta entidad. Una vez realizado el estudio y confirmado dicho diagnóstico iniciaremos un tratamiento adecuado y más aún en el caso de inmunosupresión por el riesgo de diseminación. A nuestro paciente se le trató con ivermectina por dos días con la consecuente erradicación, mejoría clínica y desaparición de eosinofilia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Concha R, Harrington W Jr, Rogers AI. Intestinal strongyloidiasis: recognition, management, and determinants of outcome. *J Clin Gastroenterol.* 2005;39:203.
2. Stemmermann GN. Strongyloidiasis in migrants. Pathological and clinical considerations. *Gastroenterology.* 1967;53:59.
3. Morales Martínez R, Treviño Maruri B, Cabezos J. Eosinofilia en Inmigrantes. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria.* 2002;11(4):198-202.
4. Wilson ME, Weller PF. En: Guerrant Richard L, ed. *Tropical Infectious disease. Eosinofilia.* Section III, 125. 2<sup>nd</sup> edition. Philadelphia: Elsevier, 2006.