

Proceso infeccioso en paciente inmunodeprimido

María Martino González, Fernando Villoria Díez

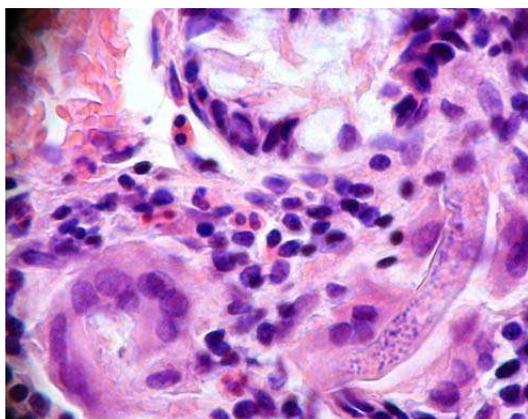


Figura 1. Mucosa intestinal. H&E

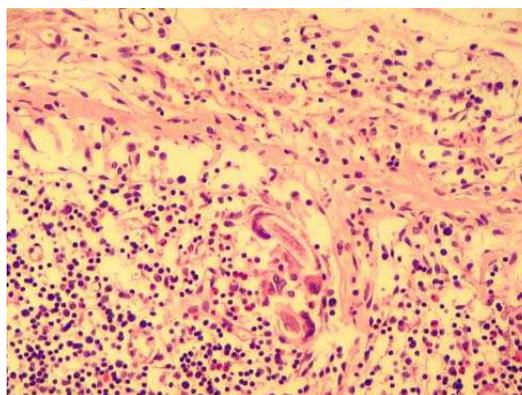


Figura 2. Ganglio linfático. H&E.

Departamento de Anatomía Patológica
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"
Santander (Cantabria), España

Index Terms—*Strongyloides stercoralis*, Inmunodeficiencia adquirida, HIV, autopsia

HISTORIA CLÍNICA

VARÓN de 57 años, que ingresa por disfagia, fiebre y síndrome general de un mes de evolución tras una estancia en un balneario de la costa mediterránea. Serología positiva para VIH. A las tres semanas fallece por insuficiencia respiratoria.

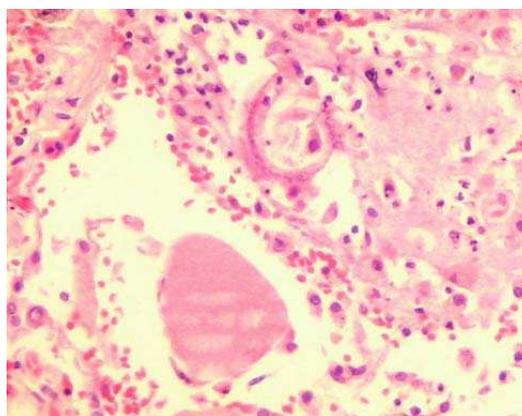


Figura 3. Pulmón. H&E.

DIAGNÓSTICO Y COMENTARIOS

- Infección por *Strongyloides stercoralis*

Strongyloides stercoralis (*S.stercoralis*) es un nematodo descrito por Normand en 1876 [1]. Se encuentra en regiones cálidas y húmedas, pero esporádicamente puede aparecer en zonas templadas [2], y es endémico en la costa mediterránea [3].

La infección se adquiere por vía cutánea. La larva filariforme (infectiva) atraviesa la piel y penetra en el sistema circulatorio hasta alcanzar los capilares pulmonares y los alvéolos, desde donde progresa por vía respiratoria hasta la tráquea y, de ésta, finalmente, al tracto digestivo, donde, a nivel del intestino delgado, se transforma en adulto y deposita sus huevos, de los que eclosionan las

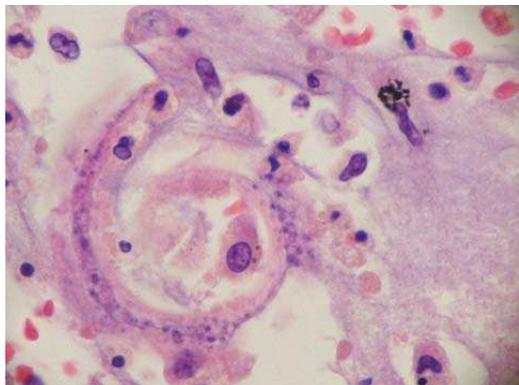


Figura 4. Detalle de la figura anterior. H&E.

larvas rabbitiformes que se eliminan con las heces. Pueden producirse también autoinfecciones, tanto exógenas (a través de la piel perianal) como endógenas (a través del intestino). En pacientes inmunocompetentes la infección no suele dar síntomas, pero en inmunodeprimidos se puede manifestar como el síndrome de hiperinfección, que es una infección masiva con diseminación multiorgánica, sobreinfección y elevada mortalidad (60%) [4]. El tratamiento de elección es el tiabendazol [5]. El síndrome de hiperinfección por *S. stercoralis* es una complicación severa y rara en pacientes inmunodeprimidos, con una mortalidad de más del 60%. Harcourt-Webster describió el primer caso de autopsia de diseminación de *S. stercoralis* en VIH [1]. El diagnóstico se suele hacer en heces, pero, en nuestro caso, fue positivo antes el aspirado bronquioalveolar, habiéndose descrito también en biopsia duodenal y en biopsia gástrica [2], [6]. En la autopsia verificamos la ruta de diseminación de la larva filariforme a través de la pared intestinal (Fig.1), siguiendo por los vasos linfáticos pericólicos (Fig. 2) y ganglios linfáticos que, tras alcanzar los pulmones (Figs. 3 y 4), llevó a la muerte por insuficiencia respiratoria, a la que contribuyó un tromboembolismo pulmonar. Una afectación sistémica por *Strongyloides* ha sido motivo de una sesión clínico-patológica publicada en la Revista Española de Patología [7]. A la hora de realizar la autopsia a estos pacientes se deben extremar las medidas de seguridad por dos motivos, por ser VIH (+) y porque el *S. stercoralis* se transmite a través de la piel. Con

toda probabilidad, el paciente se infectó durante su estancia en una zona endémica [3].

REFERENCIAS

- [1] Norman L. Sur le maladie dite diarrhée de Cochinchine. Comptes Rendís Hebdomadaires des Séances de l'Académie des Sciences (Paris). 1876; 83: 316-18.
- [2] Lemos LB, Qu Z, Laucirica R, Fred HL. Hyperinfection syndrome in strongyloidiasis: Report of two cases. Ann Diagn Pathol 2003; 2: 87-94.
- [3] Román P, Pastor A, Moreno S, Igual R, Martín A, Navarro I, Ricart C. Endemic strongyloidiasis on the Spanish Mediterranean coast. Q J Med 2001; 94 :357-63.
- [4] Upadhyay D, Corbridge T, Jain M, Shah R. Pulmonary hyperinfection syndrome with *Strongyloides stercoralis*. Am J Med 2001; 11: 167-9.
- [5] Harcourt-Webster JN, Scaravilli F, Darwish AH. *Strongyloides stercoralis* hyperinfection in an HIV positive patient. J Clin Pathol 1991; 44: 346-8.
- [6] Jiménez-Ayala B, Aramburu JA, Santonja C. Diagnóstico de *Strongyloides stercoralis* en biopsia gástrica en paciente con VIH. XXIV Reunión Anual de la S.E.A.P. Sociedad Española de Anatomía Patológica. Madrid, 2 de febrero de 2001.
- [7] Meseguer P, Roca MJ, Sevilla F, Martín JL, Blas J, Gómez JE, Gómez A. Sesión clínico-patológica: Diarrea y erupción cutánea en un paciente con obstrucción crónica del flujo aéreo corticodependiente. Rev Esp Patol 2003; 36: 221-30. Disponible en: <http://www.pgmaclina.es/revpatologia/volumen36/vol36-num2/36-2n14.htm>