

## Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

## Referencias

1. Bejarano-Rengifo J, Cañadas-Garrido R. Proctitis infecciosa transmitida sexualmente: desafío diagnóstico y recomendaciones de tratamiento. *Rev Gastroenterol Peru.* 2020;40:336–41, <http://dx.doi.org/10.47892/rgp.2020.404.1172>.
2. López LS. Manifestaciones coloproctológicas de las infecciones de transmisión sexual ocasionadas por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Treponema pallidum*. Presentación casuística. *Rev Argent Coloproct.* 2019;30:80–7.
3. Tian M-H, Chang C-W, Wu P-S, et al. Diagnosis of syphilitic proctitis mimicking ulcerative colitis — A case report. *Adv Dig Med.* 2020;7:102–5, <http://dx.doi.org/10.1002/aid2.13165>.
4. Arnold CA, Limketkai BN, Illei PB, et al. Syphilitic and lymphogranuloma venereum (LGV) proctocolitis. *Am J Surg Pathol.* 2013;37:38–46, <http://dx.doi.org/10.1097/PAS.0b013e31826a523e>.
5. Morgado-Carrasco D, Alsina-Gibert M, Bosch-Mestres J, et al. Infecciones de transmisión sexual con afectación anorrectal: agentes causales, coinfecciones, infección por el VIH y conductas de riesgo. *Med Clin (Barc).* 2019;152:98–101, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2018.02.014>.
6. Otero-Guerra L, Vázquez-Valdés F. Diagnóstico molecular de la sífilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2020;38:7–11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2020.02.002>.
7. Alcántara-Figueroa C, Nuñez-Calixto N, Vargas-Cárdenas G, et al. Rectal syphilis in a HIV patient from Peru. *Rev Gastroenterol Peru.* 2018;38:381–3. PMID: 30860512.
8. Arando-Lasagabaster M, Otero-Guerra L. Sífilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2019;37:398–404, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2018.12.009>.
9. Moncada AC, Bernad B, Badia E, et al. Proctitis: diagnóstico diferencial. A propósito de un caso. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2015;14:26–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.02.002>.

C.E. Alcántara-Figueroa<sup>a,b,\*</sup>, D.C. Calderón-Cabrera<sup>b</sup>, E.F. Estela-Vásquez<sup>b</sup>, E.F. Coronado-Rivera<sup>a,d</sup> y C.A. Calderón-de la Cruz<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Escuela de Medicina, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, La Libertad, Perú

<sup>b</sup> Servicio de Gastroenterología, Hospital Belén, Trujillo, La Libertad, Perú

<sup>c</sup> Servicio de Patología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Cercado de Lima, Lima, Perú

<sup>d</sup> Servicio de Anestesiología, Hospital Belén de Trujillo, Trujillo, La Libertad, Perú

\* Autor para correspondencia. Urb. Las Flores del Golf Mz A Lote 15, Dpto 202, Víctor Larco Herrera, Trujillo, La Libertad, Perú

Correo electrónico: [christian378@hotmail.com](mailto:christian378@hotmail.com) (C.E. Alcántara-Figueroa).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2022.06.006>

0375-0906/ © 2022 Asociación Mexicana de Gastroenterología.

Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Gastroduodenitis severa por *Strongyloides stercoralis*: una causa rara de obstrucción intestinal



### Severe gastroduodenitis due to *Strongyloides stercoralis* infection: An unusual cause of intestinal obstruction

El *Strongyloides stercoralis* (*S. stercoralis* o *Ss*) es un nemátodo intestinal con una alta prevalencia en regiones tropicales de África, Asia y Suramérica<sup>1</sup>. Aproximadamente 50-100 millones de individuos están infectados en el mundo, particularmente en Brasil y Tailandia, con prevalencias entre el 13% y el 23.7%, respectivamente<sup>2</sup>. La mayoría de infectados permanecen asintomáticos, sin embargo algunos presentan manifestaciones severas, principalmente los inmunocomprometidos<sup>3-5</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 16 años, procedente de Tabatinga, Amazonas (Brasil), quien consultó al hospital de Leticia por 3 semanas de fiebre, dolor abdominal epigástrico irradiado a la fosa ilíaca derecha, hiperémesis, diarrea sanguinolenta y pérdida de peso (20 kg). Las pruebas de laboratorio realizadas reflejaron en el hemograma: leucocitosis (20,600 mm<sup>3</sup>), neutrofilia (17,922/μl) y trombocitosis (610,000/μl); virus de inmunodeficiencia humana negativo; coprológico: detección de *Ss* manejado ambulatoriamente con albendazol, dosis subterapéutica.

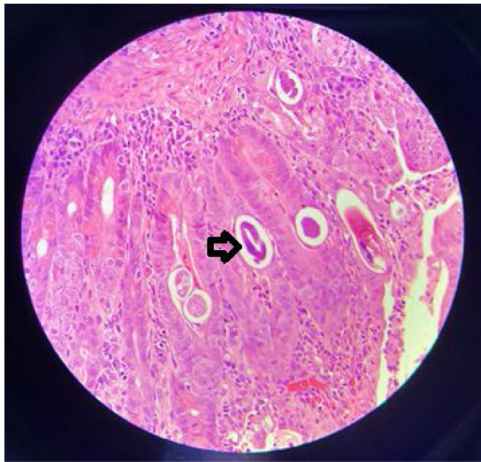
Persistió febril, con vómito biliar e incremento del dolor abdominal a la semana del tratamiento. Consultó a urgencias donde documentaron signos de irritación peritoneal; realizaron laparotomía exploratoria con hallazgo de apéndice retrocecal indurada y posteriormente resecada.

No obstante, continuó con fiebre, hiperémesis y ausencia de deposiciones por una semana. Fue remitido al Hospital Internacional de Colombia (HIC) a los 10 días de estancia hospitalaria.

Ingresó en malas condiciones generales, inestable hemodinámicamente, con alto débito bilioentérico por sonda nasogástrica y signos de irritación peritoneal. Antropometría: peso 39 kg (P0, -3.10 DE), talla: 150 cm (P0, -2.9 DE), IMC: 17.3 kg/m<sup>2</sup> (P6, -1.5 DE). Requirió soporte vasoactivo (norepinefrina). Se documentó anemia severa (Hb: 7 g/dl) y se transfundieron glóbulos rojos. La tomografía de abdomen contrastada evidenció distensión generalizada de asas delgadas y engrosamiento de las paredes del duodeno. La panendoscopia documentó gastroduodenitis erosiva severa, pseudomembranas y múltiples pseudopólipos inflamatorios en el bulbo duodenal (fig. 1). La histología reportó gastroduodenitis severa por *Ss* (fig. 2). Se indicó manejo con ivermectina 200 μg/kg/día, albendazol 800 mg/día oral y piperacilina tazobactam 80 mg/kg/dosis cada 6 horas endovenosa, todos por 14 días. Dentro del tratamiento expulsó larvas durante 13 días. Coproscópico positivo para *Ss*. Los estudios para hepatitis B, hepatitis C, citomegalovirus y virus de Epstein-Barr fueron negativos. Virus linfotrópico humano de células T de tipo 1 (VLHT-1): 173.210



**Figura 1** Se observa con mucosa edematosa, con patrón nodular, eritema y úlceras del bulbo duodenal.



**Figura 2** Fragmentos de larva de *Strongyloides stercoralis* (flecha).

S/CO (normal < 1 S/CO). Valoración oftalmológica sin compromiso ocular. Ecocardiograma con disfunción leve del ventrículo izquierdo y discinesia basal del septum. Hemocultivos de ingreso y control a las 2 semanas negativos.

El paciente presentó mejoría de los signos de íleo a los 10 días, tolerancia completa a la vía oral a los 14 días y coproscópicos negativos a las 2 semanas del tratamiento, con recuperación nutricional alcanzando los 44 kg, logrando el egreso hospitalario a los 2 meses.

El *Ss* tiene un ciclo de vida complejo, con capacidad de existir y replicarse en el huésped durante décadas, debido a que las larvas maduran dentro del tracto gastrointestinal, invadiendo la piel perianal completando el ciclo de autoinfección<sup>6</sup>.

Existen 4 presentaciones clínicas: a) estrongiloidiasis aguda: comienza con erupción en el sitio de penetración de las larvas, tos, sibilancias, febrícula, malestar epigástrico, diarrea, náuseas o vómitos<sup>7</sup>; b) estrongiloidiasis crónica: suele ser asintomática, pero puede causar dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, síndrome malabsortivo, íleo paralítico, urticaria o larva currens (pápulas eritemato-

sas serpentiginosas que progresan rápidamente) en el área perianal y en los muslos<sup>8</sup>; c) hiperinfección: ocurre cuando una gran carga de parásitos está presente, observándose predominantemente en zonas endémicas. Se limita al tracto gastrointestinal y los pulmones (ciclo de autoinfección acelerada). Su principal manifestación es diarrea generalmente de alto gasto, ocasionalmente disintérica, y se asocia a dolor abdominal y vómito. En fases avanzadas hay íleo paralítico, malabsorción, hipoalbuminemia, edema, pérdida de peso y/o hemorragia alveolar masiva<sup>7,8</sup>; y d) diseminada: evidencia de migración larvaria a sitios fuera del ciclo de replicación parasitaria, encontrando larvas en el sistema nervioso central, hígado, riñón y otros órganos<sup>4-6</sup>.

El principal factor de riesgo para una hiperinfección o diseminación es la inmunosupresión celular, generalmente secundaria (por ejemplo: uso de esteroides). Nuestro paciente presentó un cuadro de obstrucción intestinal secundario a una gastroduodenitis severa por un síndrome de hiperinfección. A pesar de que no había recibido esteroides tenía varios factores de riesgo como la procedencia, desnutrición e infección por HTLV-1 (virus que disminuye los linfocitos Th2, eosinófilos, mastocitos y varias interleucinas mediadoras de la respuesta inmune a parásitos)<sup>8</sup>.

El tratamiento debe ser agresivo, ya que sin este la mortalidad alcanza el 100%. El medicamento de elección es la ivermectina a dosis de 200 mcg/kg/día<sup>9</sup>. Aunque no se ha definido la duración definitiva del tratamiento están indicados cursos prolongados de una a 2 semanas en pacientes inmunocomprometidos para evitar recaídas<sup>9</sup>. Como segunda línea de manejo se utiliza tiabendazol o albendazol<sup>10</sup>. Se ha sugerido la combinación de ivermectina y tiabendazol hasta obtener la ausencia de parásitos en los coproscópicos o mejoría del íleo<sup>10</sup>. Además, se recomienda adicionar antibióticos para cubrir gram negativos y anaerobios, que causan sepsis por traslocación bacteriana. Debido a la severidad del cuadro clínico de nuestro paciente combinamos ivermectina, albendazol y piperacilina tazobactam. No consideramos tiabendazol por su pobre perfil de seguridad. El tratamiento se prolongó durante 14 días ya que, a pesar de que mostró signos de tránsito intestinal desde el décimo día, persistió con salida de larvas hasta el día 13 de tratamiento.

En conclusión, el diagnóstico precoz de la hiperinfección por *Ss* precisa un alto índice de sospecha clínica, y debe incluirse en el diagnóstico diferencial de pacientes con obstrucción intestinal procedentes de áreas endémicas y/o inmunosuprimidos.

## Responsabilidades éticas

Se solicitó el consentimiento informado por escrito a la madre del paciente para la publicación de sus datos e imágenes. Manifestamos que este artículo no contiene información personal que permita identificar al paciente.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

## Autoría

Todos los autores contribuyeron a la concepción y el diseño del trabajo, la adquisición de datos, la revisión crítica del contenido intelectual y la aprobación definitiva de la versión que se presenta.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses más allá del interés académico.

## Referencias

- Krolewiecki A, Nutman TB. Strongyloidiasis: A neglected tropical disease. *Infect Dis Clin North Am.* 2019;33:135–51, <http://dx.doi.org/10.1016/j.idc.2018.10.006>.
- Schär F, Trostorf U, Giardina F, et al. Strongyloides stercoralis: Global distribution and risk factors. *PLoS Negl Trop Dis.* 2013;7:1–18, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0002288>.
- Mohamed R, Hamodat MM, Al-Abbadi MA. Gastric strongyloidiasis: Report of 2 cases and brief review of the literature. *Lab Med.* 2017;48:93–6, <http://dx.doi.org/10.1093/labmed/lmw041>.
- Vásquez-Ríos G, Pineda-Reyes R, Pineda-Reyes J, et al. Strongyloides stercoralis hyperinfection syndrome: A deeper understanding of a neglected disease. *J Parasit Dis.* 2019;43:167–75, <http://dx.doi.org/10.1007/s12639-019-01090-x>.
- Geri G, Rabbat A, Mayaux J, et al. Strongyloides stercoralis hyperinfection syndrome: A case series and a review of the literature. *Infection.* 2015;43:691–8, <http://dx.doi.org/10.1007/s15010-015-0799-1>.
- Gómez-Hinojosa P, García-Encinas C, Carlin-Ronquillo A, et al. Infección por Strongyloides imitando enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Gastroenterol Mex.* 2020;85:366–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2019.08.004>.
- Ahmadpour E, Ghanizadegan MA, Razavi A, et al. Strongyloides stercoralis infection in human immunodeficiency virus-infected patients and related risk factors: A systematic review and meta-analysis. *Transbound Emerg Dis.* 2019;66:2233–43, <http://dx.doi.org/10.1111/tbed.13310>.
- Tariq H, Kamal MU, Reddy P, et al. Anemia, intractable vomiting, chronic diarrhea, and syndrome of inappropriate antidiuretic secretion: A diagnostic dilemma: Disseminated strongyloidosis in a patient with newly diagnosed HTLV infection-case report and review of literature. *Medicine (Baltimore).* 2017;96:e9229, <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000009229>.
- Krishnan S, Barger G, Chandrasekar P. Recurrent Strongyloides stercoralis hyperinfection syndrome. Case report and a brief review. *Infect Dis Clin Pract.* 2006;14:240–3, <http://dx.doi.org/10.1097/01.idc.0000205842.97644.c1>.
- Igual-Adell R, Oltra-Alcaráz C, Soler-Company E, et al. Efficacy and safety of ivermectin and thiabendazole in the treatment of strongyloidiasis. *Expert Opin Pharmacother.* 2004;5:2615–9, <http://dx.doi.org/10.1517/14656566.5.12.2615>.

C.A. Cuadros-Mendoza<sup>a,\*</sup>, K. Lozano-Agudelo<sup>a</sup>,  
J.P. Otoy-Castrillon<sup>b</sup>, F. Serrato-Roa<sup>a</sup>  
e Y.A. Navarro-Mejía<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Departamento de Salud Digestiva Pediátrica, Complejo Médico Fundación Cardiovascular de Colombia - Hospital Internacional de Colombia*

<sup>b</sup> *Departamento de Cirugía Pediátrica, Complejo Médico Fundación Cardiovascular de Colombia - Hospital Internacional de Colombia*

<sup>c</sup> *Departamento de Patología, Complejo Médico Fundación Cardiovascular de Colombia - Hospital Internacional de Colombia*

\* Autor para correspondencia. Hospital Internacional de Colombia, Km 7 Autopista Bucaramanga - Piedecuesta Valle de Menzuli; Teléfono: (+57) 3173769314  
Correo electrónico: [carloscuadros17@gmail.com](mailto:carloscuadros17@gmail.com)  
(C.A. Cuadros-Mendoza).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2022.12.001>

0375-0906/ © 2023 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).