

Hiperinfección por *Strongyloides stercoralis* como primera manifestación de SIDA

Un hombre de 26 años, HIV⁺ sin infecciones oportunistas previas consultó en nuestro Hospital tras 25 días con tos, fiebre, escalofríos, dolor torácico, disnea moderada y dolor abdominal. Al examen físico aparecía febril 39°C, adelgazado (*body mass index* = 14), con un rash morbiliforme en tronco y miembros. El colon ascendente aparecía levemente doloroso a la palpación.

El laboratorio de ingreso mostró LDH 796, IgE 866 UI/ml (vr: hasta 120), hematocrito 24%, leucocitos 3100 x 10⁶/l, eosinófilos 672 x 10⁶/l, células CD4⁺200 x 10⁶/l. Los cultivos de sangre y esputo para bacilos ácido-alcohol, *Pneumocystis carinii* y gérmenes comunes fueron negativos.

La radiografía mostró imágenes infiltrativas intersticiales difusas bilaterales predominantes en campos superiores. Una tomografía axial realizada al ingreso mostró una cavidad con infiltrado periférico de 8 cm, en vértice izquierdo y una condensación nodular homogénea de 9 cm en el vértice derecho. La biopsia por punción del nódulo pulmonar mostró un infiltrado linfo-histiocitario difuso sin células neoplásicas, elementos fúngicos, gérmenes comunes, micobacterias ni *Pneumocystis carinii*.

Al quinto día de internación se detectaron larvas de *Strongyloides stercoralis* en materia fecal y esputo. Se indicó tiabendazol 1250 mg/día y ceftriaxona 1g/día. El día 20 de internación apareció un neumotórax espontáneo derecho, al que se agregó un neumotórax espontáneo izquierdo cinco días después. Tras la colocación de un tubo de tórax y una buena reexpansión pulmonar, el neumotórax bilateral recidivó al día 56 de internación.

A pesar de que los exámenes parasitológicos de esputo se negativizaron a partir del día 25, el paciente evolucionó mal, y falleció en el día 120 de internación.

El *Strongyloides stercoralis* (Ss) es un nematodo intestinal que induce infección silente o limitada en personas inmunocompetentes. Un síndrome de hiperinfección, clínicamente definido como insuficiencia pulmonar asociada con opacidades pulmonares y aparición de larvas en esputo, ha sido descrito en pacientes inmunodeprimidos y en algunos pacientes HIV⁺¹.

Fiebre, tos, disnea, dolor abdominal y eosinofilia periférica han sido frecuentemente descritos². Las larvas de Ss pueden transportar bacterias entéricas y hongos en su membrana externa, desencadenando infecciones secundarias, cavitación pulmonar y abscesos². El hallazgo de eosinofilia periférica en asociación con neumonía, infiltrados pulmonares y dolor abdominal o diarrea sugiere fuertemente el diagnóstico de strongiloidiasis, especialmente en zonas endémicas². En pacientes con SIDA, el diagnóstico diferencial de un patrón pulmonar reticulonodular usualmente contempla tuberculosis y micobacteriosis atípicas, citomegalovirus, *Toxoplasma gondii*, *Cryptococcus neoformans* e histoplasmosis diseminada³⁻⁴. La distinción entre strongiloidiasis y neumonía a *Pneumocystis carinii* (PCP) es de la mayor importancia, y todo tratamiento con corticoides (frecuentemente usados en el tratamiento inicial de PCP con insuficiencia respiratoria) debe ser evitado, desde que estas drogas pueden empeorar seriamente la strongiloidiasis y suprimir la eosinofilia periférica, eliminando un parámetro clínico relevante para el diagnóstico.

La duración del tratamiento con Tiabendazol no ha sido bien establecida para la hiperinfección por Ss en pacientes HIV⁺, aunque considerando la elevadísima mortalidad comunicada (80%) parece racional sugerir que el tratamiento se prolongue durante al menos 21 días, especialmente en aquellos pacientes que presenten signos de mal pronóstico como niveles bajos de IgE o ausencia de hipereosinofilia¹⁻⁵.

Las manifestaciones cutáneas pueden reflejar la migración de larvas a través de la piel. Es patognomónica la aparición de lesiones serpiginosas pruriginosas (como en el caso presentado), pero también pueden aparecer prurito o urticaria recurrente⁶.

Aunque la hiperinfección por Ss se considera marcadora de SIDA desde tempranas definiciones, la enfermedad es extremadamente infrecuente, y hasta 1994 existían sólo 10 comunicaciones en la literatura médica mundial¹.

La aparición de neumotórax complicando hiperinfección por Ss no ha sido previamente descrita. Ss posee la capacidad de invadir pleura al migrar hacia el espacio pleural, y en caso de infestaciones masivas, el compromiso pleural podría explicar la aparición de neumotórax como en el presente caso.

Como conclusión, aunque la hiperinfección por Ss es extremadamente infrecuente en sujetos HIV+, puede aparecer como primera infección oportunista, obligando a considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de pacientes HIV+ con infiltrados pulmonares de patrón retículo nodular o cavitado, especialmente si se asocian con hipereosinofilia. Los médicos deben estar advertidos de que la aparición de cavidades pulmonares es indicativa de infección secundaria bacteriana o micótica, y que la aparición de neumotórax espontáneo es una complicación posible.

Antonio Montero, Guillermo Mazzolini, Silvina P. Rojas, Gabriela Brarda, Hernán Conde, Marcelo Muñoz

Servicio de Inmunodeficiencias, Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez, 2000, Rosario, Argentina

1. Dieter-Lessnau K, Can S, Talavera W. Disseminated Strongyloides stercoralis in human immunodeficiency virus-infected patients. *Chest* 1993; 104: 119-22.
2. Woodring JH, Halfill II H, Reed JC. Pulmonary strongyloidiasis: Clinical and imaging features. *AJR* 1994; 162: 537-42.
3. Makris AN, Sher S, Bertoli C, Latour MG. Pulmonary strongyloidiasis: An unusual opportunistic pneumonia in a patient with AIDS. *AJR* 1993; 161: 545-7.
4. Goodman PC, Schnapp LM. Pulmonary toxoplasmosis in AIDS. *Radiology* 1992; 184: 791-3.
5. Gompels MM, Todd J, Peters BS, Main JI, Pinching AJ. Disseminated strongyloidiasis in AIDS: Uncommon but important. *AIDS* 1991; 5: 329-32.
6. Scully RE, Mark EJ, McNeely BU. Case record of the Massachusetts General Hospital, *N Engl J Med* 1986; 314: 903-13.

In these idle things, dreams, the unity of everything is an underlying assumption. Scientists have always needed artists to sharpen their imaginations; artists have needed scientists to sharpen theirs. When William Blake wrote, 'To see a world in a grain of sand...', he was not referring only to a visionary experience, as is customarily supposed when the lines are quoted; but also to the strictly practical business of looking through the microscopes of Robert Hooke and Antony van Leeuwenhoek.

En esas cosas fútiles, los sueños, la unidad de todo es la suposición subyacente. Los científicos han necesitado siempre de los artistas para aguzar su imaginación; los artistas necesitaron los científicos para aguzar la suya. Cuando William Blake escribió, 'Ver un mundo en un grano de arena...', no se estaba refiriendo sólo a una experiencia visionaria, como comúnmente se supone cuando se citan estas líneas; sino también al estrictamente práctico asunto de ver a través de los microscopios de Robert Hooke y Antony van Leewenhoek.

Brian W. Aldiss

This world and nearer ones, London: Widenfeld and Nicolson, 1979, p 10