

Carta al Director

María Álvarez¹
Juan Carlos Gómez Polo¹
Jose Luis Lerma²
María de los Ángeles Lozano¹

Rectorragia y microabscesos en paciente no inmunodeprimida

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Sr Editor: la rectorragia es un problema de salud y un motivo de consulta frecuente. Se estima que hasta el 20 % de la población refiere episodios de rectorragia anualmente. El diagnóstico diferencial incluye una amplia gama de patologías, encontrándose entre las más frecuentes: diverticulitis colónicas, angiодisplasias, tumores y colitis, y muchas de estas patologías pueden tener repercusión hemodinámica en el paciente.

Presentamos el caso de una mujer de 39 años de edad, natural de Ecuador (residente en Madrid desde hace 9 años), que acude a urgencias por rectorragia súbita, con inestabilidad hemodinámica y episodio presíncopal. Se acompaña de molestias abdominales generalizadas. Como antecedentes personales destacan: HTA, estreñimiento crónico, hemorroidectomía 6 meses antes, diverticulosis de sigma y dos episodios de vaginitis en el último año que precisaron metronidazol oral.

A la exploración física se objetiva febrícula de 37,4°C, abdomen blando y depresible, doloroso de forma discreta a la palpación profunda en hipogastrio. Se documenta la presencia de sangre fresca en el tacto rectal sin lesiones palpables a ese nivel y dos áreas de tumefacción discretamente dolorosas en glúteo derecho, de 2x1 cm de diámetro, sin datos de flogosis ni fluctuación, que según refiere la paciente, las viene presentando desde hace meses en distintas localizaciones de la región perianal. Se objetiva, además, la presencia de flujo blanquecino purulento en orificio vaginal, y lesiones en miembros inferiores compatibles con livedo reticularis. Analíticamente se identifica hemoglobina de 9,6 g/dL (previa de 13,6 g/dL), leucocitos 14.900/uL, neutrófilos 84,1%, eosinófilos 0,2%, plaquetas 451.000/uL, PCR <0,29 mg/dL, LDH 719 U/L, urea 41 mg/dL, siendo el resto de la analítica normal.

Ante la forma de presentación de la rectorragia (dolor abdominal generalizado, anemia secundaria, febrícula)

en paciente con factores de riesgo cardiovascular y diverticulosis conocida se decide posponer la colonoscopia hasta realización de TC de abdomen (figuras 1 y 2).

La paciente fue valorada por el servicio de Ginecología objetivándose únicamente, mediante ecografía, una imagen nodular hiperecogénica de 10 mm en submucosa de tercio externo de vagina, sugerente de granuloma o acúmulo de grasa. Se realiza colonoscopia que evidencia diverticulosis en sigma sin otros hallazgos. Ante los antecedentes epidemiológicos y hallazgos clínicos se solicitó estudio parasitológico de heces donde se aisló abundante cantidad de *Strongyloides stercoralis*. Se inicia entonces tratamiento con ivermectina con la posterior resolución del cuadro.

S. stercoralis es el único parásito que puede producir enfermedad crónica en el ser humano perpetuándose por autoinfección, pudiendo durar incluso décadas¹. Es endémico en regiones rurales de países con clima tropical y subtropical donde la prevalencia de parasitación puede superar el 25%². La infección comienza cuando la larva contacta con la piel humana (la forma infectiva se encuentra en el suelo u otros materiales contaminados con heces humanas), atravesándola y alcanzando los pulmones a través de la circulación y posteriormente el intestino con la deglución, donde madura y puede permanecer años acantonada¹. La transformación de la larva en el tubo digestivo se ve favorecida por la presencia de divertículos, estreñimiento, toma de corticoides y toda condición que enlentezca el tránsito intestinal². Entre sus manifestaciones clínicas destacan: eosinofilia, reacciones cutáneas, duodenitis, diarrea, dolor epigástrico, malabsorción, tos o disnea entre otros. Es frecuente la aparición de lesiones en las nalgas¹. En casos de pacientes inmunodeprimidos es posible la aparición de un síndrome de hiperinfestación siendo frecuente la aparición de fiebre, vómitos, anorexia, diarrea, dolor abdominal, disnea, tos, broncoespasmo y hemoptisis³. Es importante el diagnóstico precoz para poder iniciar tratamiento específico antiparasitario.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Correspondencia:
María Álvarez Carretero
Hospital Clínico San Carlos. Calle Profesor Martín Lagos S/N. 28040 Madrid. España
Despacho Medicina Interna Área Médica 01. 6ª planta.
E-mail: malvarezcarretero@gmail.com

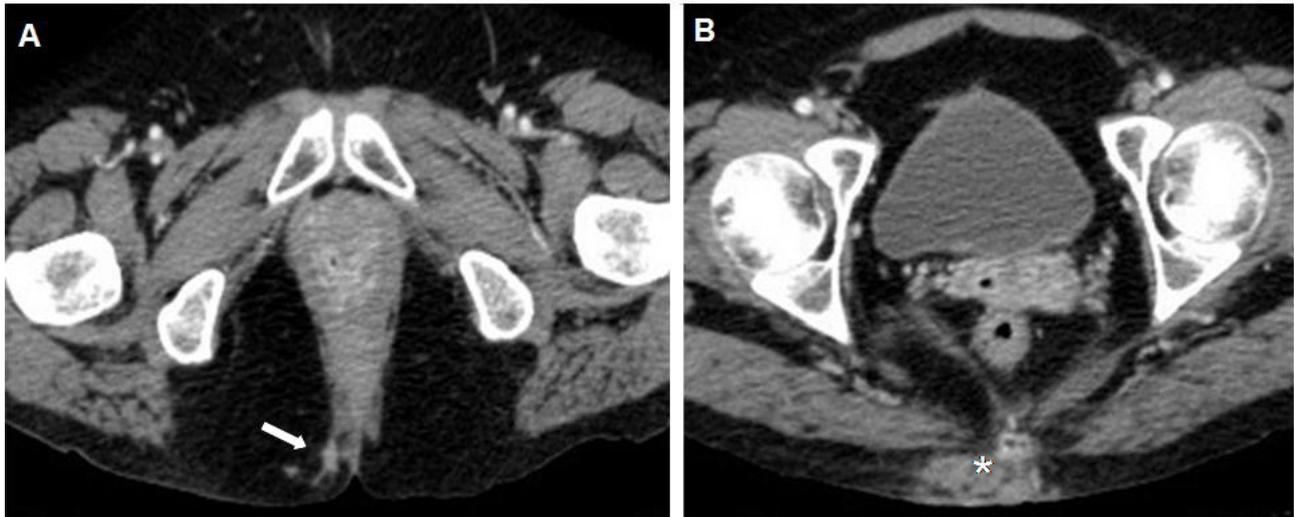


Figura 1 Cortes axiales de TC con contraste yodado intravenoso. A: Trayecto fistuloso en la grasa isquirrectal (flecha) que se origina en la pared posterolateral derecha del recto bajo y se dirige a la piel del pliegue interglúteo homolateral. B: Corte axial de CT mas craneal donde se ve un aumento pseudonodular de la atenuación de la grasa subcutánea dorsal al coxis (asterisco) secundaria a los cambios inflamatorios-infecciosos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weller PF, Leder K. Strongyloidiasis. Uptodate. Disponible en <http://www.uptodate.com/contents/strongyloidiasis>
2. Parasites. Strongyloides. Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en <http://www.cdc.gov/parasites/strongyloides/>
3. Keiser PB, Nutman TB. *Strongyloides stercoralis* in the immunocompromised population. Clin Microbiol Rev 2004; 17:208-17.



Figura 2 Reconstrucción sagital de TC donde se ve la alteración de partes blandas perineal y dorsal al sacro-coxis (flechas) por afectación del proceso inflamatorio-infeccioso.