

Angiostrongilosis Abdominal

Primer Caso Humano Encontrado en Honduras (Hospital Evangélico de Siguatepeque)

DR. EDGARDO SIERRA*

DR. PEDRO MORERA**

La angiostrongilosis abdominal, una enfermedad parasitaria descrita en Costa Rica (Morera y Céspedes, 1971^b), es producida por *Angiostrongylus costaricensis* Morera y Céspedes, 1971. Este metastrongilídeo es un parásito de las ratas, en donde vive en las arterias mesentéricas (Morera, 1970). Las hembras adultas ovipositan y los huevos son arrastrados por la sangre hasta los tejidos de la pared intestinal en donde embrionan; las larvas de primer estadio salen con las heces de la rata. El huésped intermediario, *Vaginulus plebeius* (babosa), se infecta al comer las heces de la rata; en el molusco se forman las larvas infectantes para el mamífero (Morera y Ash, 1970).

La enfermedad se ha encontrado hasta ahora solamente en Costa Rica. Sin embargo, la amplia distribución geográfica de los huéspedes definitivo e intermediario sugiere una más amplia distribución de la enfermedad humana. En efecto, el caso que presentamos a continuación es el primero encontrado en Honduras y el primero fuera de Costa Rica.

CASO:

J. G., de 11 años de edad y sexo masculino; nació en Tegucigalpa y reside en San Pedro Sula. Ingresó al hospital el 9 de agosto de 1971 con dolor en la fosa ilíaca derecha y constipación. Un mes antes de su ingreso consultó al médico por tener anorexia y estreñimiento. En esa oportunidad, el examen físico fue negativo excepto por tener peso bajo para su edad y talla; el examen coproparasitoscópico demostró parasitismo por *Trichocephalus trichiurus*; se le dio tratamiento con tiabendazol y vitamínicos. Ocho días antes de ingresar al hospital se inició el cuadro de dolor en la fosa ilíaca derecha el cual se agudizaba con la deambulación y la palpación. La constipación se agravó también en esos días y se presentó náusea, vómito y anorexia.

Examen físico: temperatura 37°C; pulso 80 por minuto; presión arterial 80/60. Lúcido, bien orientado en tiempo y espacio.

* Hospital Evangélico, Siguatepeque, Honduras.

** Departamento de Parasitología, Universidad de Costa Rica. Servicio de Patología, Hospital San Juan de Dios, San José.

Aparato gastro-intestinal: hay una masa oblonga de consistencia dura, dolorosa a la palpación, que no se desplaza con los movimientos respiratorios; se localiza en la fosa ilíaca derecha y parte baja del flanco del mismo lado; en este sitio hay resistencia de la pared intestinal y signo de rebote positivo. El tacto rectal es doloroso y no permite palpar la tumoración.

Exámenes de laboratorio: Hematocrito 37, leucocitos 21.656 por milímetro cúbico; linfocitos 30, neutrófilos 20, eosinófilos 50. Examen de orina normal.

Al día siguiente del ingreso se practicó una intervención quirúrgica, encontrándose una tumoración con gránulos amarillentos en la superficie, de consistencia dura, que abarca el íleon terminal, ciego, tercio, proximal del colon ascendente y mesenterio adyacente. Se hizo una resección intestinal amplia y enteroanastomosis término lateral.

Estudio anatómo-patológico: la pieza quirúrgica comprende el íleon terminal, ciego, tercio inicial del colon ascendente y mesenterio conteniendo algunos ganglios linfáticos. La serosa presenta múltiples pequeñas manchas de aspecto amarillento. Al corte, la pared intestinal se presenta notablemente engrosada, irregular (Fig. 1). El estudio histopatológico demuestra la presencia de un proceso inflamatorio granulomatoso con fuerte infiltración eosinofílica. Muchos de los granulomas están formados alrededor de huevos de nemátodo parcialmente embrionados (Figs. 3 y 4), cuya morfología es similar a la de los de *Angiostrongylus costaricensis*. En una arteria de la submucosa del ciego se encontró un parásito adulto muerto. En las arterias del mesenterio sí fue posible encontrar parásitos vivos (Fig. 2). Diagnóstico: ileotiflitis granulomatosa causada por *Angiostrongylus costaricensis*.

El paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dado de alta 15 días después de la operación, fecha en la que la eosinofilia había bajado a 23%. Un mes después del egreso el recuento leucocitario y la fórmula diferencial fueron normales. Diez meses después de la operación se hizo un estudio radiológico con resultado satisfactorio. El estado actual del paciente es bueno.

Una vez establecido el diagnóstico de angiostrongilosis abdominal, se trató de encontrar la fuente de infección de la enfermedad. Con este objeto se recogieron moluscos (babosas) en la vecindad de la vivienda del niño. El estudio de este material mediante la técnica de Wallace y Rosen (1969) permitió el hallazgo de larvas de tercer estadio (forma infectante) de *A. costaricensis*.

COMENTARIO

El hallazgo del primer caso de angiostrongilosis abdominal fuera de territorio costarricense permite confirmar la sospecha (Morera) de que esta parasitosis puede presentarse en todos aquellos lugares en donde conviven los huéspedes definitivo (*Sigmodon hispidus* y *Rattus rattus*) e intermediario (*Vaginulus plebeius*).

Las características clínicas de la enfermedad en este caso fueron idénticas a las descritas en los casos de Costa Rica (Robles *et al.*, 1968). El dolor localizado en la fosa ilíaca derecha y la leucocitosis con eosinofilia son hechos que se pueden considerar constantes en esta enfermedad. También las características anatómo-patológicas son sumamente típicas; la presencia de los huevos en la pared intestinal produjo una inflamación granulomatosa con fuerte infiltración eosinofílica; este cuadro inflamatorio es entonces el responsable del notable engrosamiento de la pared intestinal. Nos llama la atención el hecho de haber

encontrado un parásito muerto en una arteria de la pared-intestinal. Sin embargo, no debemos olvidar que el paciente recibió tratamiento con un antihelmíntico (tiabendazol) un mes antes de ingresar al hospital, más o menos cuando los parásitos estaban terminando su maduración; evidentemente el tratamiento no fue suficiente para eliminarlos a todos como lo demuestra la presencia de vermes vivos y huevos en el área de la lesión.

RESUMEN :

Se presenta el primer caso de angiostrongilosis abdominal encontrado en Honduras, el cual es también el primero encontrado fuera de Costa Rica. El cuadro anatómo-clínico es igual al descrito en los casos de este último país. La búsqueda de la fuente de infección en la vecindad de la vivienda del paciente permitió el hallazgo de moluscos (*Vaginulus plebeius*) con la forma infectante de *Angiostrongylus costaricensis*.

SUMMARY :

The authors present the first human case of Abdominal Angiostrongylosis found in Honduras, which is also the first one reported outside the Costa Rican territory where this disease was described for the first time.

The clinical and pathological findings are identical to those observed in previous cases.

On searching for the infection source, slugs (*Vaginulus plebeius*) harboring third stage larvae (infective stage) of *Angiostrongylus costaricensis* were found in the vicinity of the patient's house.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—CÉSPEDES, R., J. SALAS, S. MEKBEL, L. TROPER, F. MÜLLNER Y P. MORERA.
Granulomas entéricos y linfáticos con intensa eosinofilia tisular producidos por un strongilídeo. (Strongylata). *Acta Med. Cost.*, 10:235-255. 1967.
- 2.—MORERA, P.
Granulomas entéricos y linfáticos con intensa eosinofilia tisular producidos por un strongilídeo (Strongylata Railliet y Henry, 1913) II Aspecto parasitológico (Nota Previa). *Acta Med. Cost.*, 10:257-263. 1967.
- 3.—MORERA, P.
Investigación del huésped definitivo de *Angiostrongylus costaricensis* Morera y Céspedes, 1971. *Bol. Chileno Parasit.*, 25:133-134. 1970
- 4.—MORERA, P. Y L. R. ASH.
Investigación del huésped intermediario de *Angiostrongylus costaricensis* Morera y Céspedes, 1971. *Bol. Chileno Parasit.*, 25:135. 1970.
- 5.—MORERA, P. Y R. CÉSPEDES.
Angiostrongylus costaricensis n. sp. (Nematoda: Metastrongyloidea), a new lungworm occurring in man in Costa Rica. *Rev. Biol. Trop.*, 18:173-185. 1971a.
- 6.—MORERA, P. Y R. CÉSPEDES.
Angiostrongilosis abdominal. Una nueva parasitosis humana. *Acta Med. Cost.*, 14:159-173. 1971b.
- 7.—ROBLES, G., R. LORÍA, F. LOBO, A. ROBLES, S. VALLE Y C. CORDERO.
Granuloma eosinofílico parasitario intestinal. *Rev. Med. Hosp. Niños*, 3:67-80. 1968.
- 8.—WALLACE, G. D. Y L. ROSEN.
Techniques for recovering and identifying larvae of *Angiostrongylus cantonensis*. *Malacología*, 7:427-438. 1969.

Fig. 1—Corte longitudinal del ciego y primera porción del colon mostrando notable engrosamiento de la pared. En la parte inferior izquierda se observa un ganglio agrandado; en el tejido que lo rodea hay una arteria en donde está el parásito que se observa en la fig. 2.

Fig. 2—En el interior de una arteria situada en el tejido que rodea al ganglio que se observa en la fig. 1 hay un parásito adulto (flecha).

Fig. 3—En el centro de un granuloma se puede observar un huevo (flecha) al estado de mórula. La mayoría de las células que rodean a las epitelioides son eosinófilos.

Fig. 4—Granuloma en cuya parte central se observa una larva de primer estadio casi completamente formada (flecha).

