

GRANULOMA EOSINOFILO ABDOMINAL DE TIPO PARASITARIO: FRECUENCIA EN LA ZONA PACIFICO SUR*

Gregorio González S.**, Alberto Gómez Ch.***

Resumen

Con el fin de determinar la incidencia de granuloma eosinófilo de tipo parasitario, se estudió 5903 biopsias recibidas en el Servicio de Patología, Hospital "Dr. Fernando Escalante Pradilla", Pérez Zeledón, Costa Rica, durante dos años. Encontramos una incidencia de 0,5 por ciento (treinta casos), con lesiones localizadas principalmente en el apéndice cecal, y ligeramente más frecuente en mujeres que en hombres (1:1.3). A diferencia de otras estadísticas, hubo menor leucocitosis y eosinofilia de lo reportado en la literatura. Se describe también lo que consideramos es el primer caso de peritonitis eosinófilica en un caso de granuloma eosinofílico debido a A. costaricensis. (Rev Cost Cienc Méd Dic 1980; 1(2): 129-148).

Introducción

Desde hace casi treinta años, en nuestro país se ha venido observando una enfermedad de tipo alérgico-inflamatorio y que ocasionalmente ha sido confundida con procesos neoplásicos (3) (Fig. 1) u obstructivos (7) (Fig. 2), la cual ha recibido diversos nombres. Creemos que de todos, el más adecuado es el de "granuloma eosinófilo de tipo parasitario", cuando no es posible identificar un agente etiológico específico e incluso cuando existe el mismo, ya que, la reacción tisular desarrollada por el huésped corresponde, anatomopatológicamente, a un granuloma eosinófilo a reacción por cuerpo extraño (Figs. 3 y 4).

Probablemente la mayoría de los casos intraabdominales o quizás todos ellos, corresponden a la nueva parasitosis humana descrita por los doctores Morera y Céspedes en 1971 (6), y que denominaron Angiostrongilosis Abdominal (Fig. 5), tanto en el material estudiado previo a esta comunicación (7), como posterior a la misma y que incluye nuestra casuística.

Nuestro propósito al publicar el presente trabajo, se basa en el substrato anatomopatológico de granuloma eosinófilo de tipo parasitario o de etiología parasitaria comprobada (1) y que haya cursado o no, con sintomatología derivada del proceso patológico objeto de nuestro estudio, porque consideramos que todos los casos, leves y asintomáticos, como los muy avanzados y con sintomatología florida, constituyen la misma lesión en diversos estadios evolutivos de desarrollo.

Material y Métodos

Se estudió un total de 5.903 biopsias que corresponden a un período de dos años, comprendido entre el 1º de abril de 1978 al 31 de marzo de 1980, recibidas en el servicio de Patología del Hospital "Dr. Fernando Escalante Pradilla" de Pérez Zeledón, que funciona como

* Presentado en las III Jornadas de Microbiología, Hospital Monseñor Sanabria, Puntarenas, Costa Rica, mayo 1980.

** Servicio de Patología, Hospital "Dr. Fernando Escalante Pradilla", CCSS.

*** Laboratorio Clínico, Hospital "Dr. Fernando Escalante Pradilla", CCSS.

centro de referencia de todas las unidades médico-asistenciales de la zona Pacífico Sur de nuestro país.

En este material se encontraron 30 casos de granuloma eosinófilo que fueron analizados desde los puntos de vista clínico, quirúrgico, de laboratorio, de gabinete y epidemiológico.

Resultados

Los parámetros utilizados en nuestro estudio, señalan diversas características inespecíficas del proceso patológico estudiado y que constituyen a nuestro juicio, datos de considerable interés médico-quirúrgico y epidemiológicos. Los datos clínicos relativos al ingreso del paciente, determinan una considerable preponderancia de manifestaciones de patología abdominal como puede observarse en el Gráfico 1. Los resultados obtenidos indican en primera instancia y con respecto al diagnóstico de ingreso (Cuadro 1), una tendencia orientadora hacia enfermedad inflamatoria aguda del tubo digestivo y que junto a las otras causas relacionadas con patología del mismo, representan el 60 por ciento del total de diagnósticos hechos al ingreso del paciente.

El 30 por ciento del total de los casos, orientaron hacia patología ginecológica y la mayoría de éstas, en relación a masas o tumores de anexos. El 10 por ciento restantes no tuvo características clínicas orientadas hacia determinado proceso patológico.

En el conteo leucocitario realizado rutinariamente en todos los casos, el 73,3 por ciento de los mismos, estuvo comprendido entre 10 a 20.000 células por mm^3 y sólo en el 10 por ciento se encontraron cómputos comprendidos entre 20 y 25000 células por mm^3 . (Cuadro 2).

Los eosinófilos encontrados en todos los casos, no revelan una marcada elevación de los mismos en sangre periférica, ya que en el 60 por ciento de ellos, la cifra estuvo comprendida entre 0 y 10, siendo la máxima encontrada entre 31 y 40 eosinófilos en el 6,6 por ciento de los casos (Cuadro 3).

Desde el punto de vista anatómico, las lesiones encontradas se localizaron en el 96,6 por ciento de los casos, a lo largo del tubo digestivo, comprendido entre el yeyuno y el colon ascendente, siendo la más frecuente en el apéndice cecal. (Cuadro 4).

Las lesiones macroscópicas observadas en las 30 piezas quirúrgicas estudiadas, muestran un franco predominio de necrosis isquémica (46,6% de los casos) sobre las lesiones de tipo inflamatorio (Cuadro 5).

En el Cuadro 6, se han clasificado las lesiones microscópicas encontradas, estableciendo el porcentaje de las mismas. Entre los casos, pueden observarse algunos ocasionados por *A. costaricensis* y en uno de éstos, se encontró una lesión del peritoneo constituida por edema intersticial, vasos sanguíneos dilatados e ingurgitados e infiltración exclusiva por eosinófilos, lo cual constituye una verdadera peritonitis eosinofílica, lesión hasta este momento no descrita en la literatura existente sobre angiostrongilosis abdominal (Fig. 6).

Además en los vasos arteriales se encontraron lesiones equivalentes a las descritas en el peritoneo, constituyendo verdaderas arteritis eosinofílicas (Fig. 7).

En todos los casos se encontró un ligero predominio de la enfermedad en el sexo femenino con una relación mujer-hombre de 1.3:1 (Gráfico 2).

La incidencia de los casos distribuidos en cuatro grupos de edad, revelan un gran predominio en los pacientes clasificados como adultos y en segundo término, los clasificados como escolares. Los grupos de pre-escolares y adolescentes, son los menos afectados por la enfermedad (Gráfico 3).

Haciendo la relación de los casos presentes en cada uno de los grupos de edad establecidos, respecto a su distribución en las diferentes áreas de las dos provincias que constituyen la zona Pacífico Sur de nuestro país, destacan los casos encontrados para el cantón de Pérez Zeledón, provincia de San José, sobre los casos de los cantones de la provincia de Puntarenas, donde se observa una menor incidencia en los grupos de edad pre-escolar, escolar y adolescentes (Gráfico 4).

Los índices de prevalencia obtenidos en diferentes épocas del año, muestran el mayor número de casos en los meses de julio, diciembre, enero y marzo (Gráfico 5).

Los casos encontrados en las distintas áreas geográficas de la zona Pacífico Sur, precedieron en el 66,6 por ciento del cantón de Pérez Zeledón y los restantes de los cantones de la provincia de Puntarenas (Cuadro 7).

Discusión

Como ya se mencionó al inicio, el objeto fundamental de este estudio, consiste en determinar las consecuencias que el granuloma eosinófilo de tipo parasitario, ocasiona en el hombre y las formas en que se manifiesta.

Destacamos que en base al substrato anatomopatológico estudiado y su localización casi exclusiva a lo largo del tubo digestivo, permite señalar que en la mayoría de los casos, la lesión podría ser originada por *A. costaricensis* descrito por los Drs. Morera y Céspedes (5) aunque en algunas ocasiones, el parásito no haya sido encontrado en los cortes histológicos examinados, debido a que éste se desarrolla y habita casi siempre en las arterias mesentéricas (4), por lo que, durante el acto quirúrgico, que en estos casos tiende a ser conservador, los especímenes recabados son limitados, no incluyendo con frecuencia el habitat de los vermes y por consiguiente, sólo se aprecia al realizar el estudio histológico, la reacción tisular eosinofílica granulomatosa, ocasionada por fragmentos de gusanos muertos o productos de los mismos no identificables, que impiden la determinación de la etiología del proceso.

El inicio de la enfermedad no tiene un periodo de incubación ni prodrómico determinado. En ocasiones permanece como lesión asintomática, a pesar de que histopatológicamente ésta sea muy característica como ocurrió en varios casos, en que la lesión fue un hallazgo transoperatorio en pacientes sometidos a cirugía por otras causas. Cuando el granuloma eosinófilo produce alguna sintomatología, no constituye un cuadro clínico propio pero sí un síndrome caracterizado por fiebre, ataque al estado general, dolor abdominal, náuseas y vómitos.

Dependiendo de su localización en el tubo digestivo, puede producir signos de obstrucción, masa palpable, diarrea y constipación.

Respecto al cómputo de leucocitos y el hallazgo de los mismos de tipo eosinófilo, señalan una marcada diferencia con la que indican otros trabajos similares al nuestro (7), ya que la leucocitosis no es tan intensa, ni la eosinofilia es tan marcada. No tenemos una explicación satisfactoria para esta condición, siendo tal vez debida a una menor intensidad de respuesta inmunológica hacia el antígeno parasitario.

En el aspecto epidemiológico, obtuvimos algunos resultados que se contraponen a los consignados en la literatura nacional como son:

- a. Mayor frecuencia de casos en el sexo femenino.
- b. Mayor número de casos en pacientes adultos.
- c. Mayor incidencia en el cantón de Pérez Zeledón.

La incidencia de los casos durante cada año de estudio, mostró una distribución irregular en los distintos meses, con un pico máximo al inicio de la estación lluviosa.

Como corolario de todo lo anteriormente expuesto, debemos considerar que estamos en presencia de una entidad anatomoclínica de origen parasitario que reviste gran importancia en todo el proceso clínico quirúrgico que comprometa la cavidad abdominal, siempre y cuando se den las características del síndrome descrito, asociado a leucocitosis y eosinofilia y debe tenerse siempre en cuenta en el diagnóstico diferencial de las enfermedades inflamatorias y parasitarias del hombre.

ABSTRACT

In order to determine the incidence of parasitic eosinophilic ranuloma, we studied 5903 biopsies received during a two-year period in the Pathology Dept, Hospital Fernando Escalante Pradilla, Pérez Zeledón, Costa Rica. We found a 0.5 percent incidence (30 cases), Located mainly in the caecal appendix (73.3%) and slightly more frequent in women than in men (1.3:1). In contrast to data reported elsewhere, we found lower values of leukocytosis and eosinophilia. We also describe what we consider to be the first published case of eosinophilic peritonitis due to A. costaricensis.

BIBLIOGRAFIA

1. Ashby, B. Sterry; Appleton, P. J. and Dawson, I. Eosinophilic granuloma of gastrointestinal tract Caused by Herring Parasite *Eustoma rotundatum*. *British Medical Journal* 1964;1 141-- 1145.
2. Acha, Pedro N. y Szyfres, Boris. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y los animales. Publicación Científica No. 354 OPS—OMS. 1977; 508—512.
3. Céspedes, R.; Salas, J.; Mekbel, S.; Tropper, L.; Flora Mullner y Morera, P. Granulomas entéricos y linfáticos con intensa eosinofilia tisular producidos por un estrongilídeo. (*Strongylata*). *Acta Méd. Cost.* 1967; 10:235—255.
4. Morera, P. Granulomas en téricos y linfáticos con intensa eosinofilia tisular producidos por un estrongilídeo. (*Strongylata* Railliet y Henry, 1913). II Aspecto parasitológico (Nota previa). *Acta Méd. Cost.* 1967; 10—257—263.
5. Morera, P. y Céspedes, R. *Angiostrongylus costaricensis* n. sp. (Nemátoda: Metastrongyloidea), a new lungworm occurring in man in Costa Rica. *Rev. Biol. Trop.* 1971; 18:173—185.
6. Morera, P. y Céspedes, R. Angiostrongilosis abdominal. Una nueva parasitosis humana. *Acta Méd. Cost.* 1971; 14:159—173.
7. Robles, G.; Loría, R.; Lobo, F.; Robles, A.; Valle, S. y Cordero, C. Granuloma eosinofílico parasitario intestinal *Rev. Méd. Hosp. Niños.* 1968; 3(2):67—80.
8. Sierra, E., Morera, P., Angiostrongilosis abdominal. Primer caso humano encontrado en Honduras (Hospital Evangélico de Siguatepeque). *Acta Méd. Cost.* 1972; 15(2):95—99.

CAUSAS DE INGRESO

DIAGNOSTICO	N°. DE CASOS	PORCENTAJE
Apendicitis aguda	16	53.3
Oclusión intestinal	1	3.3
Masa abdominal en estudio	1	3.3
Enfermedad pélvica crónica	2	6.6
Quiste de ovario retorcido	2	6.6
Quiste de ovario	2	6.6
Masa de anexo derecho	1	3.3
Carcinoma in situ del cuello uterino	1	3.3
Cesarea	1	3.3
Misceláneos	3	10.0
(Sepsis urinaria, absceso de pared abdominal)		

Hospital "Dr. Fernando Escalante Pradilla".

C.C.S.S.

Pérez Zeledón

CONTEO DE LEUCOCITOS

Leucocitos x mm ³	N°. de Casos	Porcentaje
5-10.000	5	16.6
10-15.000	12	40.0
15-20.000	10	33.3
20-25.000	3	10.0
TOTAL	30	99.9

EOSINOFILOS ENCONTRADOS FORMULA DIFERENCIAL DE SCHILLING

EOSINOFILOS	N°. DE CASOS	PORCENTAJE
0 - 10	18	60.0
11 - 20	9	30.0
21 - 30	1	3.3
31 - 40	2	6.6
TOTAL	30	99.9

LOCALIZACION DE LAS LESIONES

ORGANO	N°. DE CASOS	PORCENTAJES
YEYUNO	1/30	3.3
ILEON	2/30	6.6
COLON ASCENDENTE	2/30	6.6
CIEGO	3/30	10.0
APENDICE	22/30	73.3
MESO	7/30	23.3
PARED ABDOMINAL ANTERIOR	1/30	3.3

ANATOMIA PATOLOGICA MACROSCOPICA

HALLAZGOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
NECROSIS	14/30	46.6
HEMORRAGIA	8/30	26.6
EXUDADO	7/30	23.3
SIN LESIONES APARENTES	11/30	36.6

ANATOMIA PATOLOGICA MICROSCOPICA

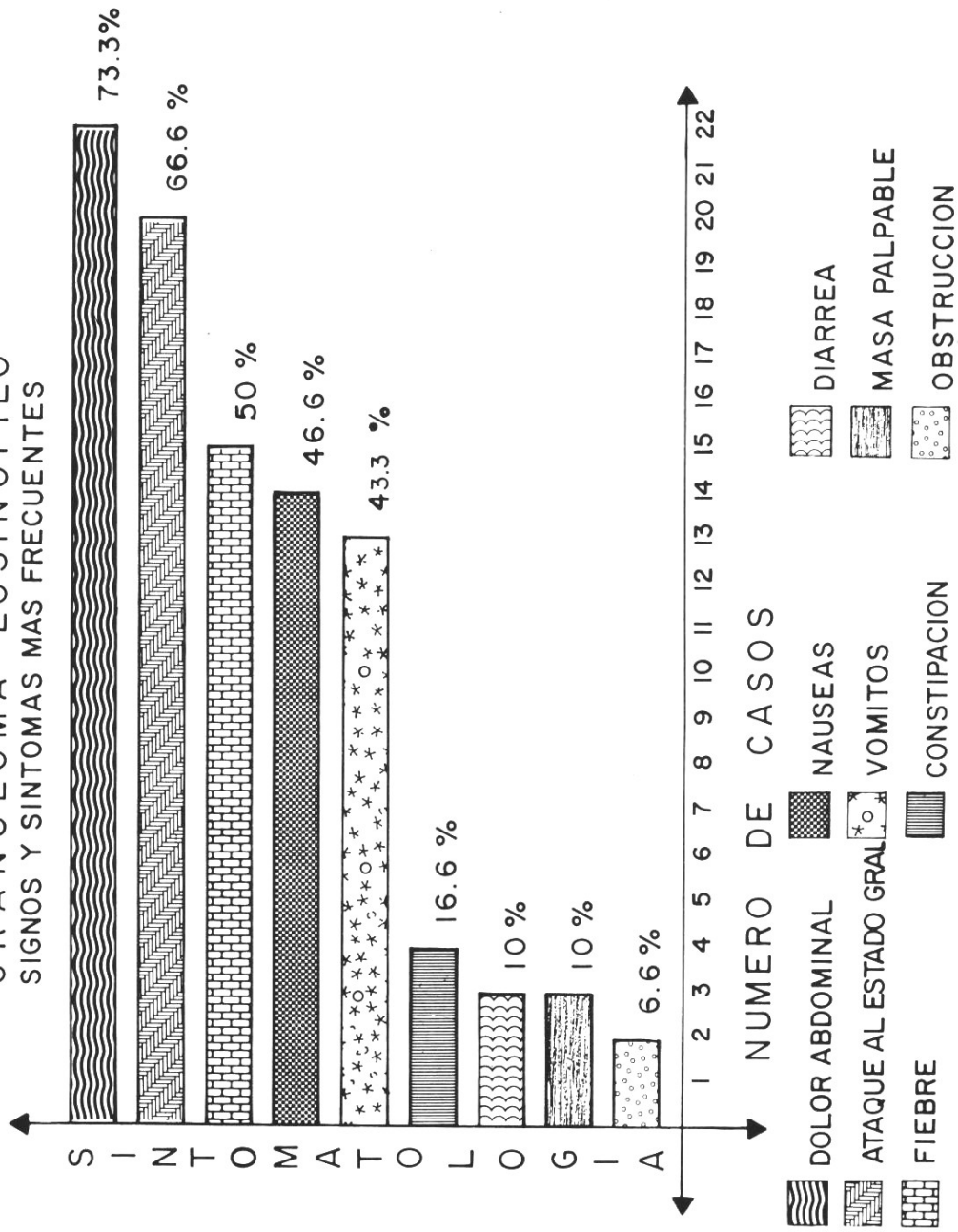
HALLAZGOS	N°. DE CASOS	PORCENTAJE
INFILTRACION EOSINOFILICA		
DIFUSA	28/30	93.3
GRANULOMA EOSINOFILO		
a) Unico	2/30	6.6
b) Múltiple	28/30	93.3
INFLAMACION AGUDA	16/30	53.3
CELULAS GIGANTES MULTINUCLEADAS	14/30	46.6
HUEVOS	1/30	3.3
LARVAS	1/30	3.3
ADULTOS	4/30	13.3
ENDARTERITIS	14/30	46.6
OBSTRUCCION VASCULAR	9/30	30.0
EDEMA	10/30	33.3
FUBROSIS	3/30	10.0
ABSCESOS	5/30	16.6
PERITONITIS EOSINOFILICA +	1/30	3.3
GANGLIOS LINFATICOS CON HIPERPLASIA REACTIVA	3/30	10.0
ARTERITIS EOSINOFILICA +	2/30	6.6

+ NUEVA LESION.

**GRANULOMA EOSINOFILO
DISTRIBUCION CANTONAL
Zona Pacífico Sur**

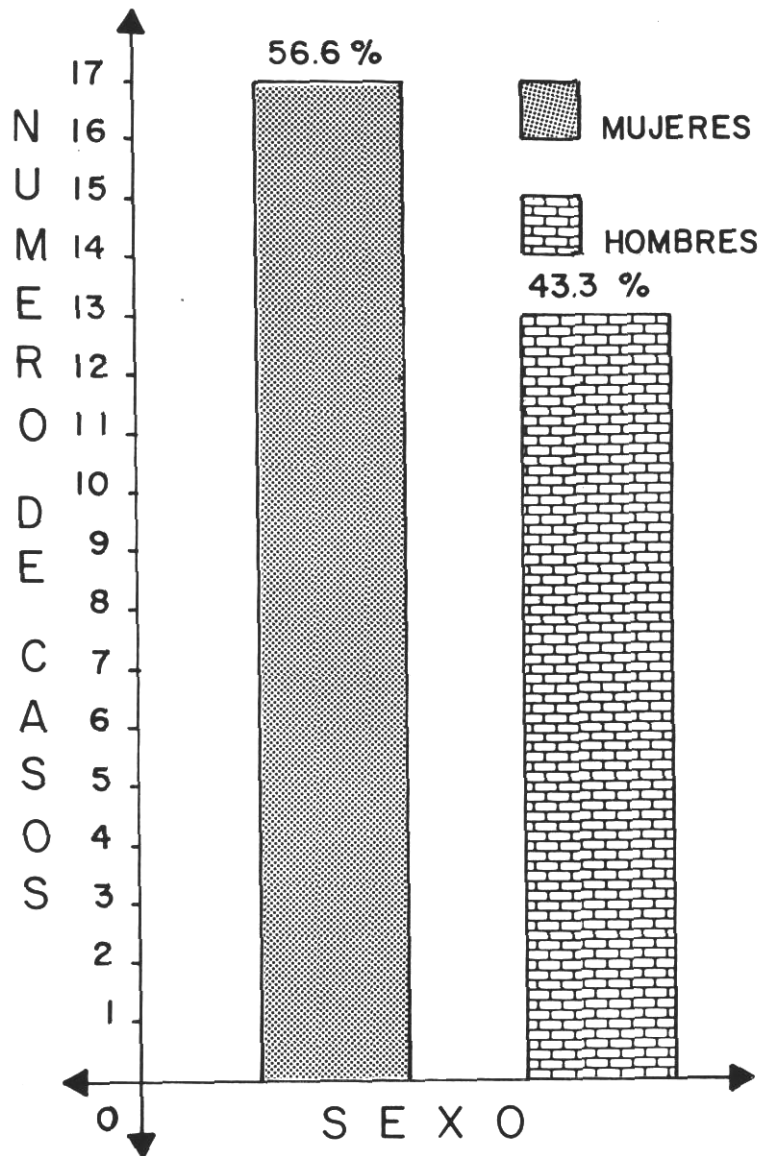
CANTON	CASOS	PORCENTAJE
PEREZ ZELEDON	20	66.6
CORREDORES (Puntarenas)	4	13.3
GOLFITO (Puntarenas)	3	10.0
BUENOS AIRES (Puntarenas)	1	3.3
OSA (Puntarenas)	1	3.3
COTO BRUS (Puntarenas)	1	3.3
TOTAL	30	99.8

GRANULOMA EOSINOFILO
SIGNOS Y SINTOMAS MAS FRECUENTES

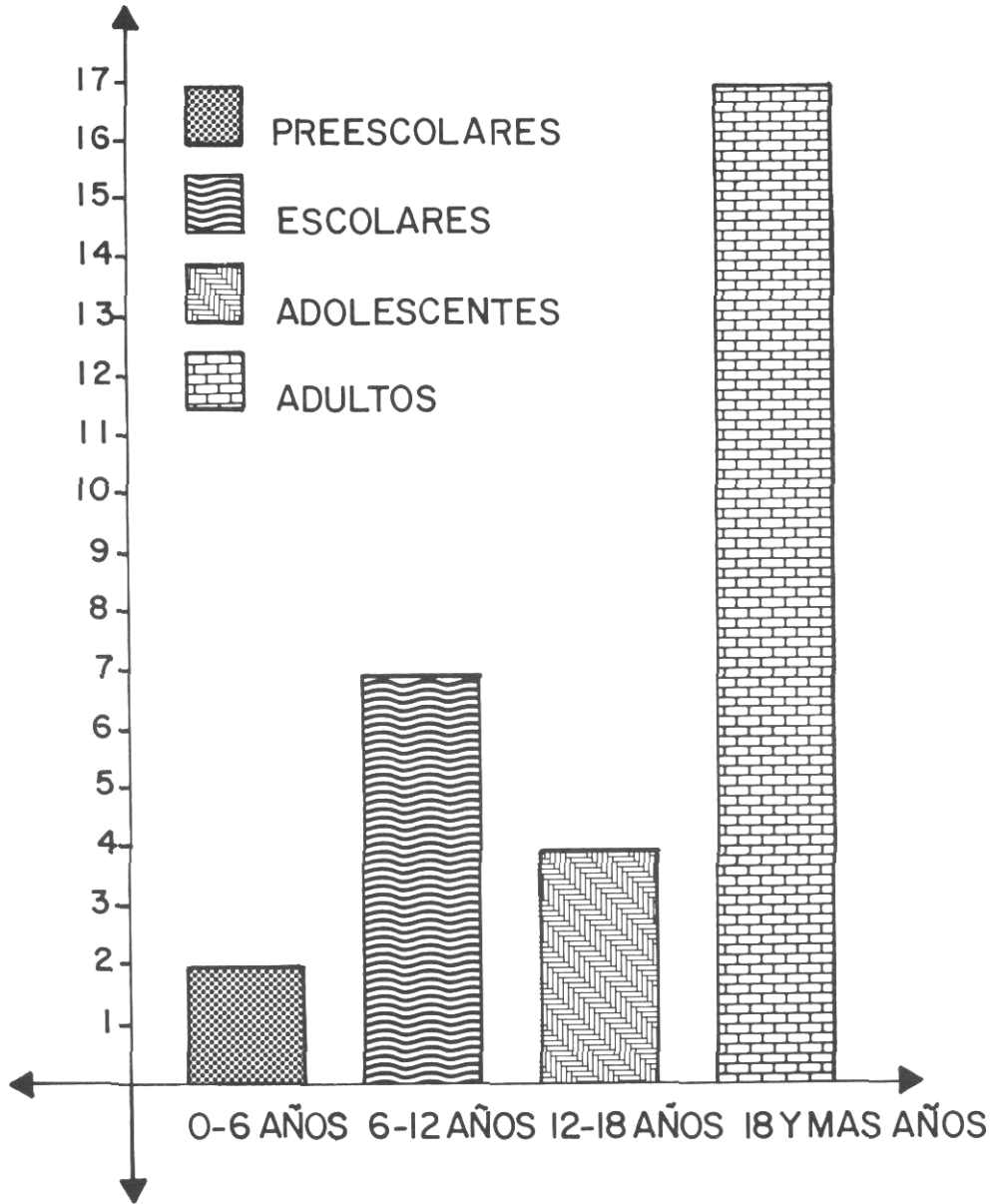


GRANULOMA EOSINOFILO

FRECUENCIA CON RELACION AL SEXO

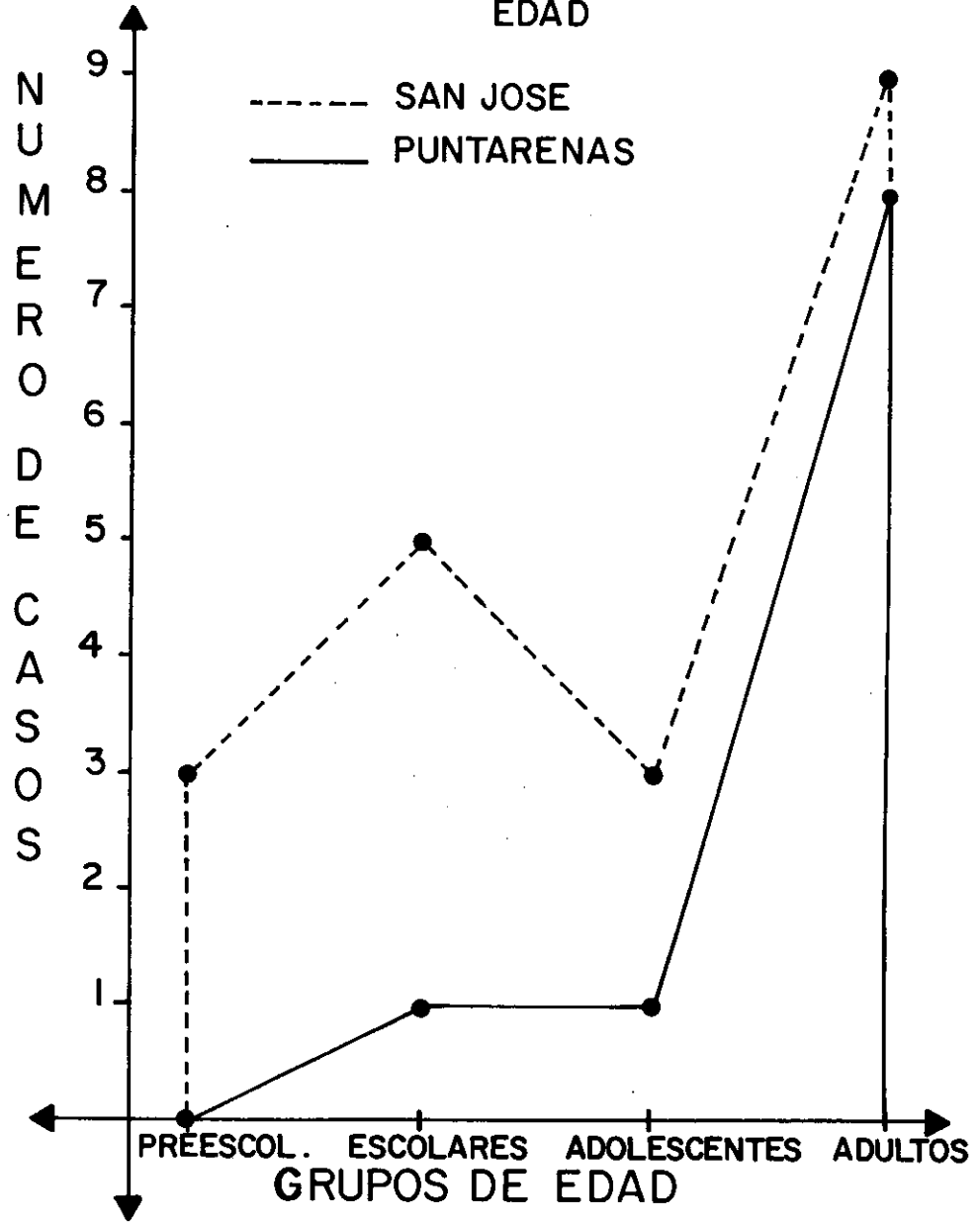


GRANULOMA EOSINOFILO
DISTRIBUCION GLOBAL POR GRUPOS DE EDAD

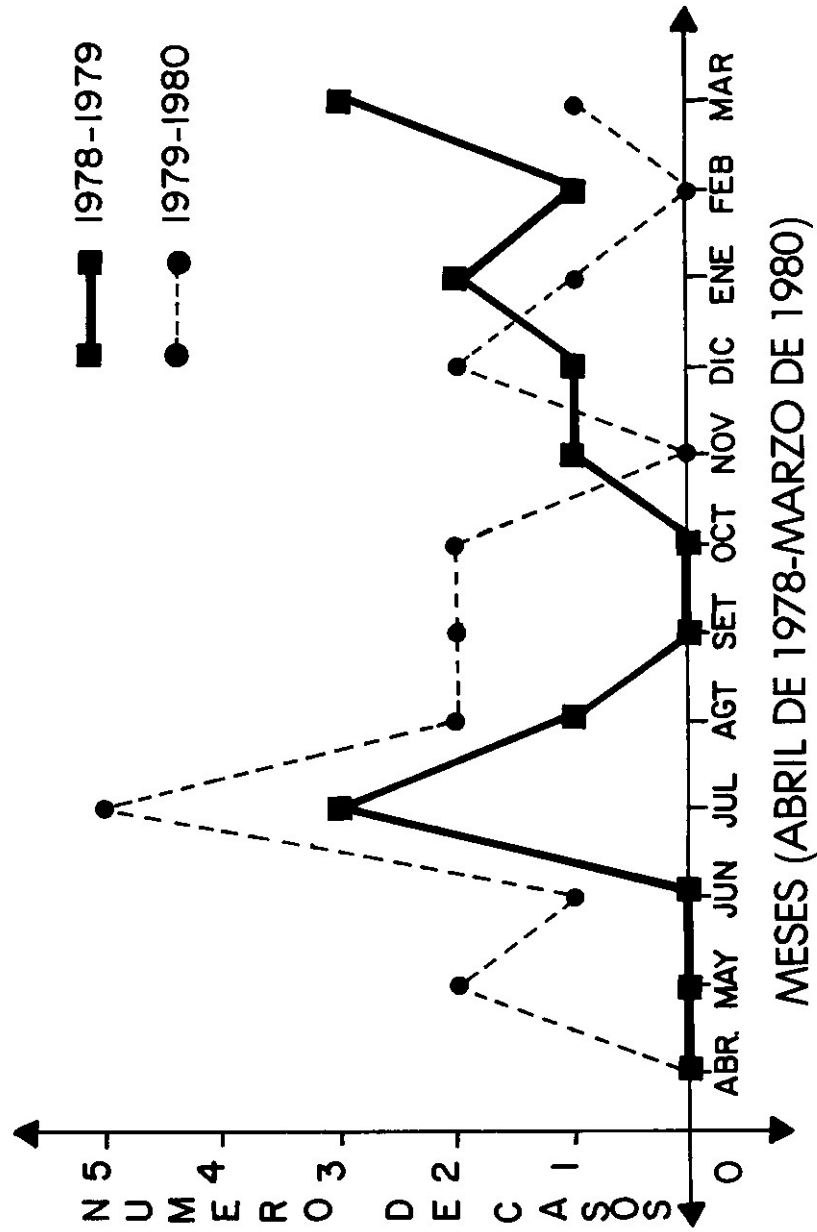


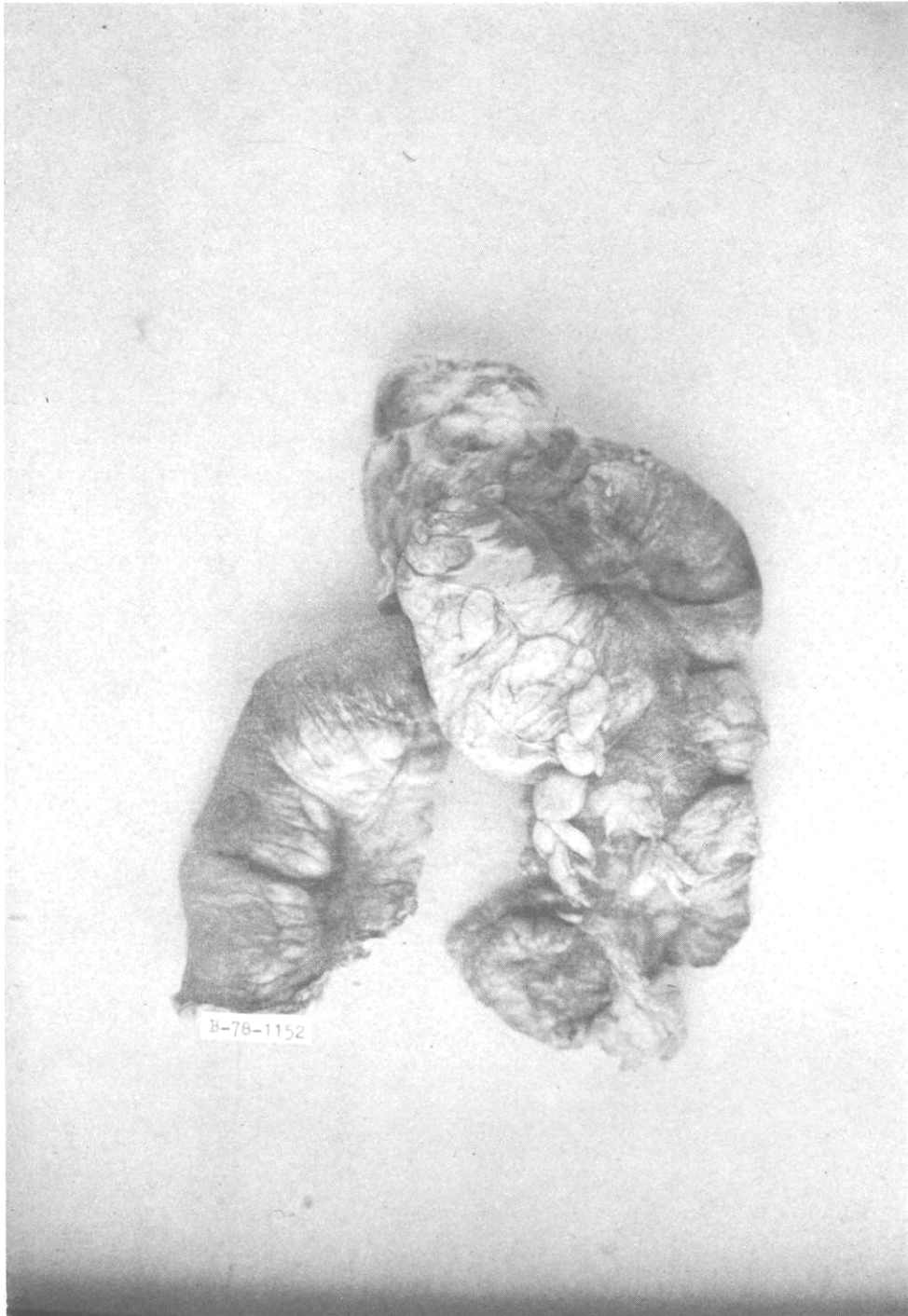
8

GRANULOMA EOSINOFILO
DISTRIBUCION PROVINCIAL POR
EDAD

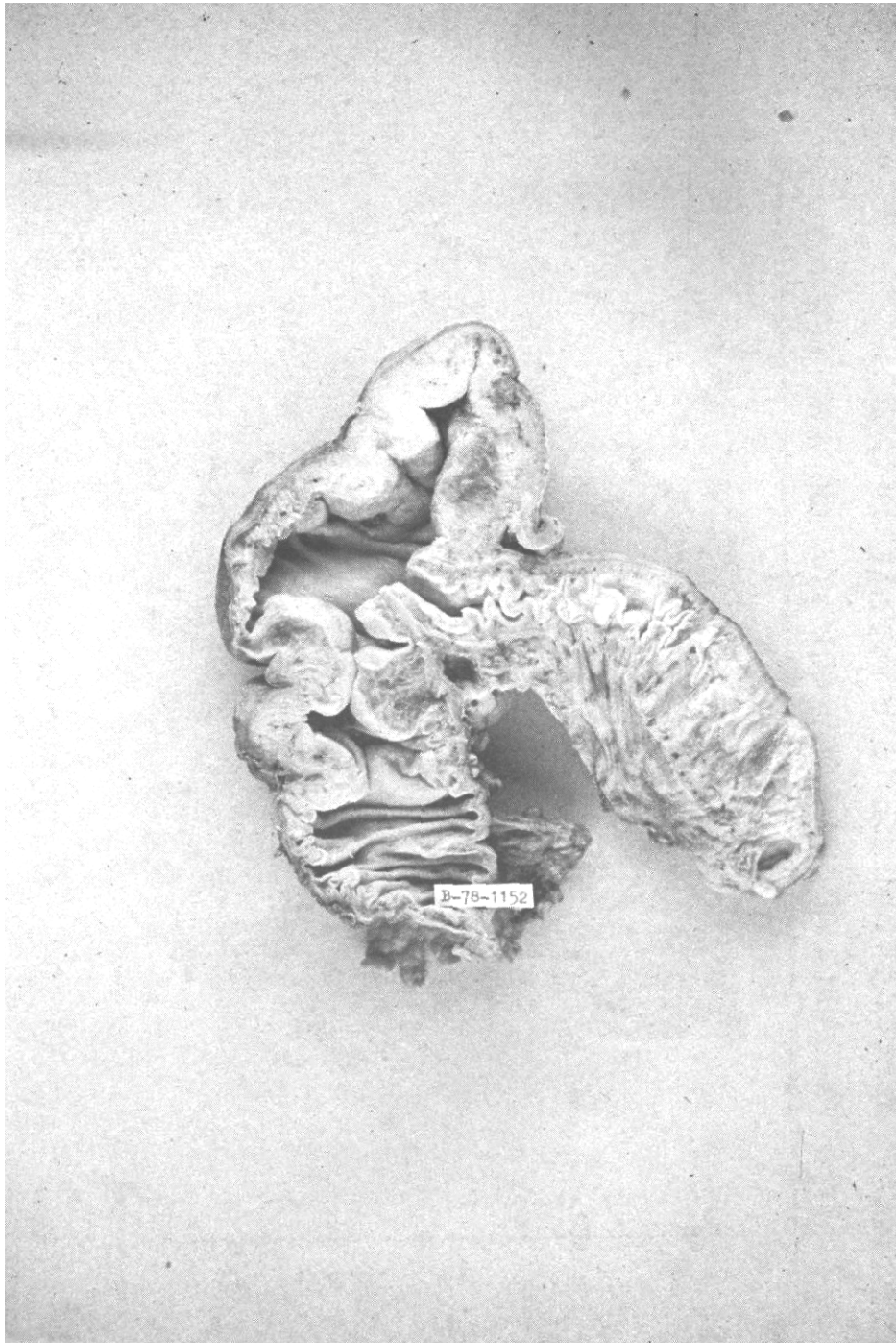


GRANULOMA EOSINOFILO
INCIDENCIA MENSUAL





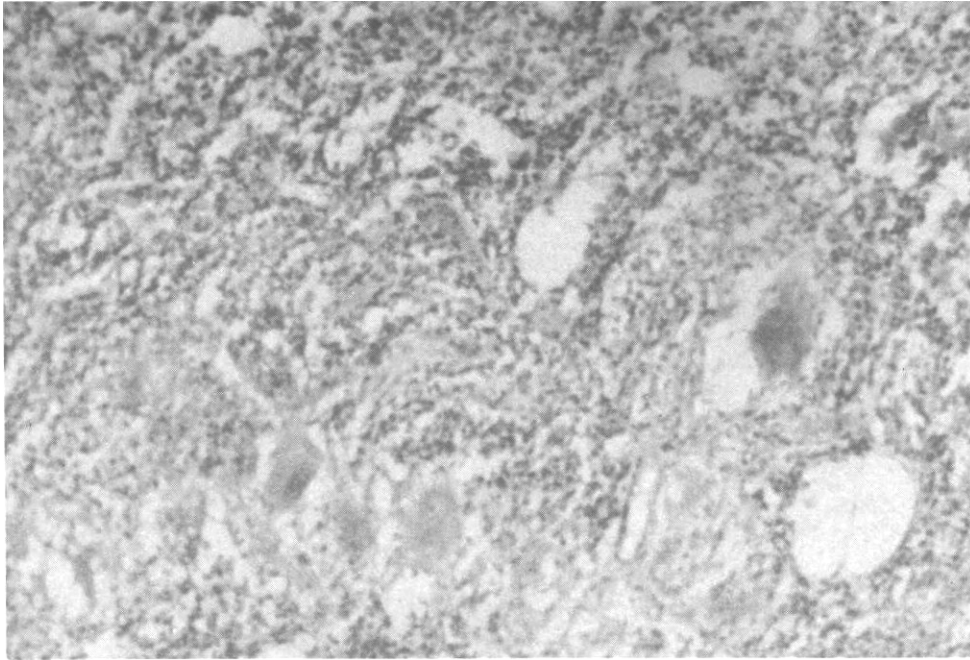
Segmento de intestinos resecado en un hombre de 29 años. Nótese en La región íleocecal la masa de aspecto tumoral que fue confundida con un adenocarcinoma.



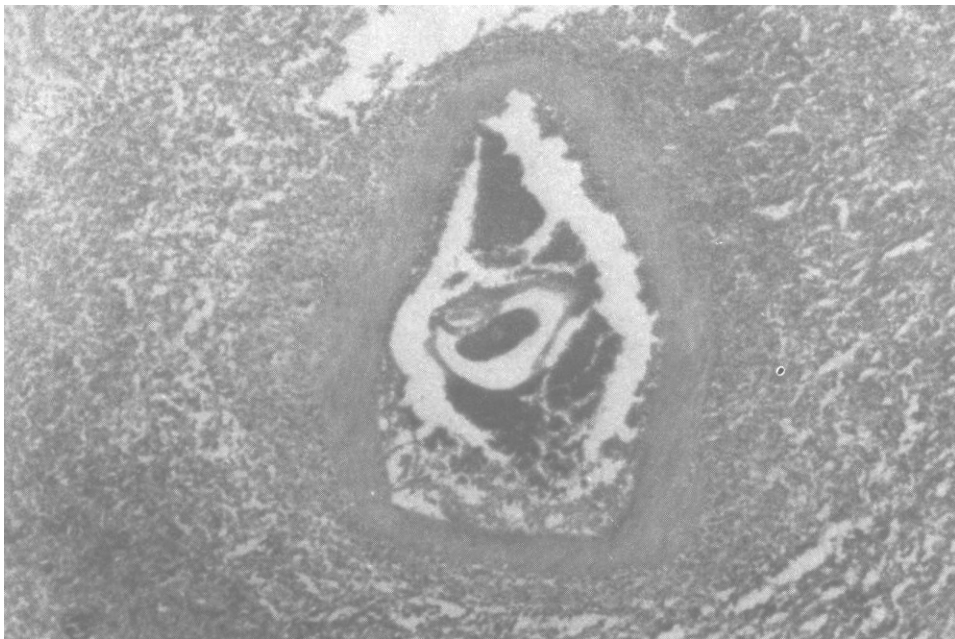
Sección sagital de la misma pieza de la Fig. 1 que muestra obstrucción del lumen intestinal.



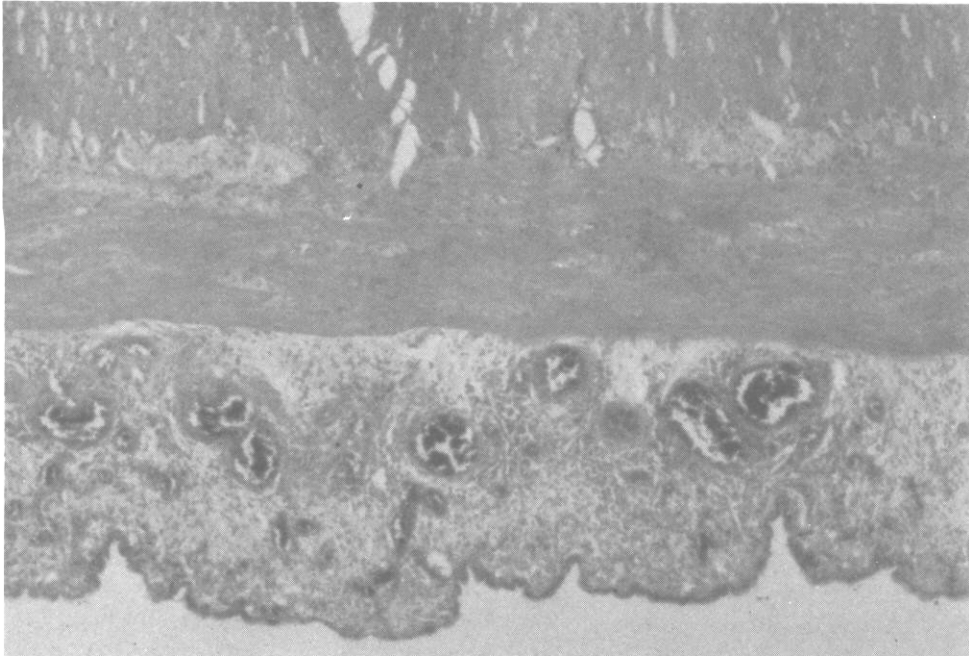
Sección de apéndice cecal con varios granulomas eosinófilos perivascuales. (Sin agente etiológico demostrado). H & E 120 X.



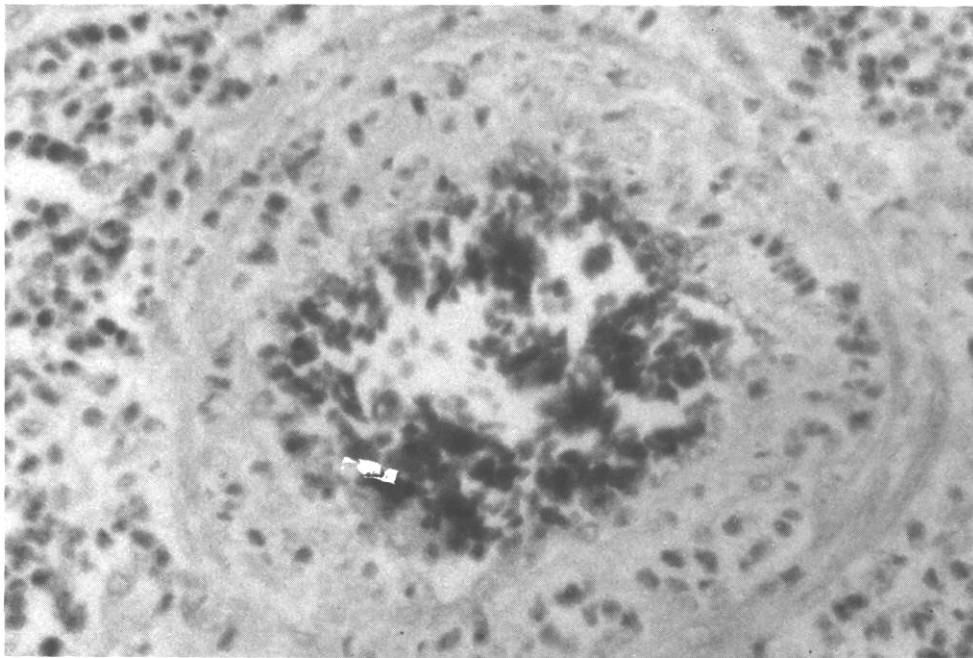
Meso apéndice con granolomas, reacción gigantocelular e infiltrado eosinófilo severos (Sin agente etiológico demostrado), H & E 300 X.



*Sección transversal de un vaso sanguíneo que muestra un gusano adulto de *A. costarricensis* obstruyendo el lumen vascular y rodeando a éste el granuloma eosinófilo típico. H & E 120 X.*



Peritoneo intestinal con edema e infiltrado exclusivo de eosinófilos en un caso de angiostrangilosis abdominal. H & E 480 X.



Sección de arteria con edema de la pared e infiltrado puro de eosinófilos.