



CARTAS CIENTÍFICAS

Hemorragia de intestino medio causada por uncinariasis y diagnosticada por cápsula endoscópica. Caso clínico

Midgut bleeding due to uncinariasis and diagnosed by capsule endoscopy: A clinical case

En nuestro país, el 85% de las hemorragias de intestino medio (HIM) son secundarias a angiodisplasias, úlceras y tumores benignos y malignos¹. La parasitosis intestinal es una causa poco frecuente de HIM. La uncinariasis es una parasitosis intestinal producida por *Necator americanus* (*N. americanus*) y *Ancylostoma duodenale*, las cuales se distribuyen en todo el mundo pero *N. americanus* se observa comúnmente en el sur de Norteamérica, Centroamérica y Suramérica, África y Asia tropical². En este informe se presenta el primer caso de HIM causada por uncinariasis y diagnosticada por cápsula endoscópica (CE) en nuestro país.

Mujer de 43 años, proveniente de medio semirural de la frontera entre México y EE. UU. (Estado de Tamaulipas), con retraso mental y parálisis de los miembros inferiores de causa desconocida, enviada a nuestro centro por hematoquecia intermitente de 3 años de evolución. Negó antecedentes de dolor abdominal o consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos. Independientemente de la palidez de piel y tegumentos, no se encontraron datos relevantes en la exploración física. En los exámenes de laboratorio, la hemoglobina fue de 8 g/dL (normal: 13-16), VGM 72 fl (normal: 78-100), leucocitos normales y eosinofilia del 18% (normal: 0-8).

La esofagogastroduodenoscopia (EGD) no mostró lesiones vasculares ni de la mucosa, y en la ileocolonoscopia los hallazgos fueron de úlceras en el íleon terminal, sin reporte histopatológico. La paciente fue tratada con mesalazina por vía oral a dosis y tiempo no especificados y cursó con episodios intermitentes de hematoquecia (sangre roja, fresca, brillante e indolora) y anemia ferropénica persistente en más de 3 determinaciones. Un año más tarde, el control endoscópico (EGD y colonoscopia) y la angiografía mesentérica no evidenciaron el sitio de hemorragia. Posterior a la resección de un segmento intestinal por divertículo de Meckel durante laparotomía exploradora, la paciente presentó nuevos episodios de hematoquecia y persistencia de la anemia, requiriendo hemotransfusiones

en los 2 últimos años (40 U de sangre en paquete globular). En la enteroscopia con CE (Pillcam SB, GIVEN Imaging Ltd, Yokneam, Israel), se observaron eritema, múltiples erosiones y edema de la mucosa yeyunal; abundantes parásitos adheridos a la mucosa intestinal, sangre en el interior de algunos de ellos y hemorragia intestinal secundaria a úlceras (fig. 1 A y B). La paciente fue tratada con un antiparasitario (albendazol) y suplementos de hierro; 12 meses después se encuentra en buenas condiciones generales, sin evidencia de hematoquecia ni datos clínicos o de laboratorio de anemia. Las uncinarias afectan específicamente a los humanos. La larva filariforme, forma infectiva, presente en los suelos húmedos, penetra la piel cuando los individuos se ponen en contacto con el parásito, produciendo una erupción dérmica pruriginosa, eritematosa y papular. Las larvas pasan a la circulación sanguínea y de allí a los alvéolos pulmonares de donde, mediante las secreciones bronquiales, son deglutidas al tracto digestivo³. La eosinofilia ha sido reportada en entre el 30 y el 40% de los casos. Ambos tipos de uncinarias parasitan la parte proximal del intestino delgado en sus formas adultas, las cuales miden alrededor de 10 a 15 mm de largo y se adhieren con firmeza a la mucosa intestinal mediante unas placas cortantes bucales, succionando sangre al mismo tiempo que secretan enzimas anticoagulantes para mantener el flujo de sangre. La gravedad de la enfermedad dependerá de la cantidad de parásitos⁴. En este reporte de caso especial, presentamos la evidencia de HIM crónica secundaria a uncinariasis documentada por las manifestaciones clínicas (hematoquecia intermitente), laboratorio (anemia y eosinofilia persistentes), úlceras sangrantes yeyunales (cápsula endoscópica) y buena respuesta a tratamiento en el seguimiento a 12 meses posterior al tratamiento antiparasitario y suplementos de hierro. Aunque es una causa poco frecuente de HIM, la parasitosis debe ser considerada como una causa posible en sujetos con factores de riesgo (retraso mental y residencia en medio rural) y eosinofilia persistente, independientemente de la región geográfica. Este caso representa un verdadero reto diagnóstico. Cuando no se sigue el protocolo de estudio de la HIM, el diagnóstico se hace más difícil, la atención médica se encarece y el paciente tiene más riesgo de morbilidad por decisiones no bien fundamentadas. Actualmente, hay consenso de realizar una enteroscopia mediante cápsula endoscópica, ante la sospecha de HIM. Un examen coprológico puede identificar los huevecillos del parásito; en nuestro caso, no fue reportado.



Figura 1 A) Se observan varios gusanos adheridos a la mucosa del yeyuno, algunos de ellos con sangre en su interior. En los sitios de adherencia hay sangre. B) En yeyuno distal se aprecia hemorragia activa, con una cantidad grande de gusanos en la luz intestinal.

La CE evidenció la presencia del parásito en el intestino delgado y úlceras sangrantes activas. Aunque existen reportes recientes de casos de HIM producidos por uncinariasis intestinal diagnosticados por CE de China, Grecia y Texas (EE. UU.)⁵⁻⁸, este es el primer caso que se reporta en México. En conclusión, este reporte de caso aislado nos muestra una causa poco frecuente de HIM, que debiera ser considerada en el diagnóstico diferencial en sujetos con riesgo, con evidencia contundente de úlceras sangrantes secundarias a uncinariasis que condicionaron a hematoquecia, anemia y eosinofilia persistentes.

Financiación

No hubo financiamiento para la realización de este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflicto de interés, en relación con el artículo que se remite para publicación.

Bibliografía

1. García-Compean D, Armenta JA, González JA, et al. Diagnostic utility and clinical impact of capsule endoscopy in obscure gastrointestinal bleeding. Preliminary results. *Rev Gastroenterol Mex.* 2005;70:120-8.

2. Hotez PJ, Brooker S, Bethony JM, et al. Hookworm infection. *N Engl J Med.* 2004;351:799-807.
3. Kucik CJ, Martin GL, Sortor BV. Common intestinal parasites. *Am Fam Physician.* 2004;69:1161-8.
4. Cerrada-Bravo T. Uncinariasis: ciclo vital, cuadros clínicos, patofisiología y modelos animales. *Rev Mex Pat Clin.* 2007;54:187-99.
5. Wu IC, Lu CY, Wu DC. Acute hookworm infection revealed by capsule endoscopy. *Endoscopy.* 2007;39 Suppl 1:E306.
6. Chen TH, Chen TY, Shyu LY, et al. Hookworm infestation diagnosed by capsule endoscopy (with video). *Gastrointest Endosc.* 2006;64:277-8.
7. Morales CP, Ferrer G, Zuckerman MJ. Hookworm detected by capsule endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2005;62:782-3.
8. Christodoulou DK, Sigounas DE, Katsanos KH, et al. Small bowel parasitosis as cause of obscure gastrointestinal bleeding diagnosed by capsule endoscopy. *World J Gastrointest Endosc.* 2010;16:369-71.

D. García-Compean*, J.O. Jáquez-Quintana, J.A. González-González y H.J. Maldonado-Garza

Servicio de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario «Dr. José E. González», Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

* Autor para correspondencia: Madero y Gonzalitos S/N, Monterrey NL. 64700 México. Teléfono/Fax: +(81) 8333-3664. Correo electrónico: digarciacompean@prodigy.net.mx (D. García-Compean).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2013.03.002>