

Referencia artículo

Puerta-Alcalde P, Gomez-Junyent J, Requena-Mendez A, Pinazo MJ, Álvarez-Martínez MJ, Rodríguez N, et al. (2018) High prevalence of *S. Stercoralis* infection among patients with Chagas disease: A retrospective case-control study.

PLoS Negl Trop Dis 12(1): e0006199.

<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006199>

Revisor artículo y GT

Raquel Angulo González de Lara. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

GT Patología importada.

Pregunta y tipo de estudio

- ¿Existe una mayor prevalencia de infección por *Strongyloides stercoralis* entre pacientes afectados de enfermedad de Chagas?

- Estudio caso control retrospectivo: se recogen 361 pacientes latinoamericanos testados para ambas patologías en zona no endémica (Hospital Clinic de Barcelona) entre Enero 2013 y Abril 2015. Se recogen como casos los pacientes con serología de *S. stercoralis* positiva y como controles los que presentan serología *S. stercoralis* negativa.

Se considera infección por *T. cruzi* cuando tenemos dos serologías positivas. Se recogen, además, tres muestras de heces para estudio de parásitos.

Resumen del artículo

Ambas infecciones, tanto la producida por *T. cruzi* como la infección por *S. stercoralis*, son responsables de una importante morbimortalidad. Son además infecciones con una elevada prevalencia, habitualmente infraestimada.

En este estudio se testaron 392 pacientes de Chagas, de los que a 361 se les hace serología de *S. stercoralis*, de los cuales hay 76 positivos y 309 negativos. En cuanto a los resultados para Chagas, de los 392, 76 fueron positivos. La mayoría de los pacientes recogidos estaban asintomáticos y la minoría que presentaba clínica refería dolor abdominal. Había eosinofilia aproximadamente en 20 %. Ninguno presentaba patología de base y todos eran VIH negativos. De los estudios realizados en heces se aislaron como parásitos asociados *Giardia lamblia* en 3 casos y *Entamoeba* sp en 12.

Aunque ambas infecciones comparten perfil epidemiológico, en el estudio no se encontró asociación entre infección por *S. stercoralis* y variables epidemiológicas. Sin embargo, la serología positiva a *T. cruzi* sí se relacionó con las siguientes variables:

origen boliviano, procedencia de área rural, residencia en casa de adobe y contacto conocido con triatominos.

Se concluye que, incluso tras ajustar por variables epidemiológicas (sexo, edad, país, origen rural), la infección por *T. cruzi* duplica la probabilidad de padecer una infección por *S. stercoralis*. No se encontró asociación entre infección por *Strongyloides* e infección por otros parásitos en heces.

Una posible explicación entre ambas infecciones de esta asociación es ese perfil epidemiológico similar: ambos patógenos están fuertemente relacionados con factores socioeconómicos, contaminación, con caminar descalzos y con la existencia de sistemas de salud deficientes.

Por otra parte, la infección por *S. stercoralis* produce alteraciones inmunitarias (induce Th2 respuesta y suprime la respuesta Th1 mediada), que pueden predisponer a la infección por *T. cruzi*.

El screening de Chagas en población latinoamericana asintomática residente en Europa ha mostrado ser coste-efectivo. Dado que existe tan elevada asociación entre ambas infecciones, se debería considerar un screening combinado. Sin embargo, los países europeos están, de momento, lejos de conseguir un adecuado control de estas dos infecciones crónicas silentes.

Puntos débiles del artículo son que el estudio es observacional retrospectivo, que la muestra de pacientes es limitada y que el diagnóstico serológico de *Strongyloides* puede incluir falsos positivos por reacciones cruzadas y no implica infección actual. Sin embargo los títulos serológicos encontrados fueron elevados y no se aisló ningún otro helminto, lo que reduce el riesgo de falsos positivos. La mayoría de los pacientes son de origen boliviano, siendo recomendable ampliar el estudio con pacientes de otro orígenes.

Comentario del revisor: qué aporta e implicaciones clínicas y de investigación

Creo que este artículo constituye una buena herramienta para enfatizar la necesidad de realizar una búsqueda activa de estas dos patologías, que representan una proporción importante de la patología tropical olvidada. Con él reclamamos, una vez más, la necesidad de implementar el screening en población susceptible y plantearnos la necesidad de hacerlo de manera combinada (como se hace ya en muchos centros, como el que nos ocupa en el estudio). Esta necesidad viene, además avalada por características peculiares que definen ambas infecciones:

1. Ambas infecciones pueden seguir transmitiéndose en Europa sin necesidad de viajar a zona endémica, el Chagas preferentemente vía vertical, también transfusional y el *Strongyloides* vía feco-oral y por autofeccción.

2. Ambas infecciones pueden realizar un ciclo largo dentro de una persona, así el Chagas es habitualmente diagnosticado en la fase crónica, cuando ya hay afectación de algún órgano y el Strongyloides puede perpetuarse al tener un ciclo autoinfectivo, con lo que en ocasiones si no las buscamos, el diagnóstico puede ser tardío con la consecuente severidad y el riesgo de transmisión.

3. Ambas infecciones, en estado de inmunosupresión, pueden ser causa de severidad y mortalidad, de hecho están ya incluidas entre las enfermedades que debemos descartar antes de someter a un tratamiento inmunosupresor.

4. Ambas infecciones pueden permanecer silentes mucho tiempo.