

ESPIROQUETOSIS INTESTINAL, UNA CAUSA EXTRAORDINARIAMENTE RARA DE DIARREA CRÓNICA

INTESTINAL SPIROCHETOSIS, AN EXTRAORDINARILY RARE CAUSE OF CHRONIC DIARRHEA

M. Puya-Gamarro, V. Agustín-Bandera, S.A. Rodríguez-Lobalzo, N. Fernández-Moreno

Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Resumen

La prevalencia de la espiroquetosis intestinal es muy elevada en países en vías de desarrollo (11,4-64,3%) y notablemente inferior en países desarrollados (1,1-5%). Se ha descrito una prevalencia aumentada en diversos subgrupos, tales como: hombres que practican sexo con hombres, pacientes portadores de VIH, zonas de pobreza, pacientes críticos con fallo orgánico múltiple, y coexistencia con infección gonocócica, entre otros, dependiendo de la región estudiada. Las manifestaciones clínicas son amplias e inespecíficas, siendo el estándar oro para el diagnóstico la detección de microorganismos en el examen histológico.

Presentamos el caso de un paciente con diarrea crónica en la que tras descartar otras causas de diarrea, identificamos en las muestras aleatorias tomadas en la colonoscopia, espiroquetas intestinales como posible causa de la misma. Tras su erradicación con Metronidazol, el paciente experimentó por primera vez mejoría en muchos meses. Queremos destacar la importancia de sospechar la espiroquetosis intestinal en pacientes con los factores predisponentes referidos, incluyéndose dentro del algoritmo habitual de diarrea crónica en estos casos.

Palabras clave: diarrea crónica, espiroquetas intestinales.

CORRESPONDENCIA

Marina Puya Gamarro
Hospital Costa del Sol
29609 Marbella (Málaga)
marinapuyagamarro@hotmail.com

Fecha de envío: 25/06/2018
Fecha de aceptación: 11/07/2018

Abstract

The prevalence of intestinal spirochetosis is very high in developing countries (11.4-64.3%) and notably lower in developed countries (1.1-5%). An increased prevalence has been described in various subgroups, such as: men who have sex with men, patients with HIV, areas of poverty, critical patients with multiple organ failure, and coexistence with gonococcal infection, among others, depending on the region studied. The clinical manifestations are broad and non-specific, being the gold standard for diagnosis the detection of microorganisms in the histological examination.

We present the case of a patient with chronic diarrhea in whom after ruling out other causes of diarrhea, we identified in the random samples taken in the colonoscopy, intestinal spirochetes as the cause of it. After its eradication with Metronidazole, the patient experienced improvement for the first time in many months. We would like to highlight the importance of suspecting intestinal spirochetosis in patients with the predisposing factors referred to, including it within the usual algorithm of chronic diarrhea in these cases.

Keywords: chronic diarrhea, intestinal spirochetes.

Introducción

La espiroquetosis intestinal (EI) se define como una colonización de la membrana apical de la mucosa colónica y del apéndice por espiroquetas. Es un hallazgo muy poco frecuente en nuestro medio con una prevalencia del 0,7%, pudiendo ser del 11-34% en países menos desarrollados, e incluso superior al 40% en hombres que practican sexo con hombres y pacientes VIH positivos¹.

Caso clínico

Paciente de 43 años en estudio por diarrea crónica, sin productos patológicos, intensificada en las últimas semanas (>10 deposiciones/día), sin pérdida ponderal asociada. Como antecedentes relevantes, destacan, VIH positivo, en tratamiento con abacavir/lamivudina/dolutegravir y consumidor severo de alcohol y cocaína. La exploración física, no presentó hallazgos patológicos, sin dolor abdominal asociado. Solicitamos estudios analíticos, incluidas hormonas tiroideas, celiacía, coprocultivos y estudio de parásitos en heces, sin alteraciones, y colonoscopia. La colonoscopia, presentó limitaciones importantes, dado el inadecuado grado de limpieza catártica, sin evidencia de lesiones groseras en colon ascendente, transverso, descendente y sigma, con rectoscopia normal. Tomamos muestras aleatorias de los diferentes segmentos colónicos para despistaje de colitis microscópica. El resultado de anatomía patológica fue: biopsia de colon derecho con alteraciones compatibles con espiroquetosis intestinal (**Figura 1**). La técnica de inmunohistoquímica para espiroquetas resultó positiva con demostración de microorganismos adheridos a la superficie intestinal (**Figura 2**). Tras resultados, iniciamos tratamiento con metronidazol 500 mg cada ocho horas durante diez días. A los tres meses, en la revisión, el paciente presentaba reducción significativa del número de deposiciones, sin evidencia de espiroquetas en la anatomía patológica de las muestras obtenidas en la colonoscopia de control.

Discusión

Las espiroquetas son bacterias anaeróbicas de tipo filamentosas, negativas a la tinción de Gram y positivas al PAS y tinciones de plata como CR y WS, considerándose esta última la más específica. Las que en mayor proporción comprometen el intestino grueso en los casos de espiroquetosis humanas son del género *Brachyspira*, tanto *Brachyspira aalborgi* como *Brachyspira pilosicoli*². La EI humana fue descrita por primera vez en 1967 por Harland y Lee, definiéndose como la colonización de la membrana apical de la mucosa del colon por espiroquetas. Sin embargo, la significación clínica de estos hallazgos se encuentra en entredicho y no está claro si se trata de microorganismos patógenos o comensales. La prevalencia de la EI es muy elevada en países en vías de desarrollo (11,4-64,3%) y notablemente inferior en países desarrollados (1,1-5%)³. También se ha descrito una prevalencia aumentada en diversos subgrupos, tales como: hombres que practican sexo con hombres, pacientes portadores del VIH, zonas de pobreza sin disponibilidad de agua potable, pacientes críticos con fallo orgánico múltiple, y coexistencia con infección gonocócica, entre otros, lo que varía según la región estudiada². La vía de transmisión implicada, probablemente, es la oro-fecal, aunque también se ha sugerido la transmisión sexual por su mayor prevalencia en hombres que practican sexo con hombres³.

La presentación clínica puede variar, desde la ausencia de síntomas a la presencia de dolor abdominal (46%), diarrea (51%), alternancia de diarrea/estreñimiento (13%) y rectorragia. Se ha descrito su asociación con casos aislados de intususcepción colónica. El estándar oro para el diagnóstico es la detección de los microorganismos mediante examen histológico³.

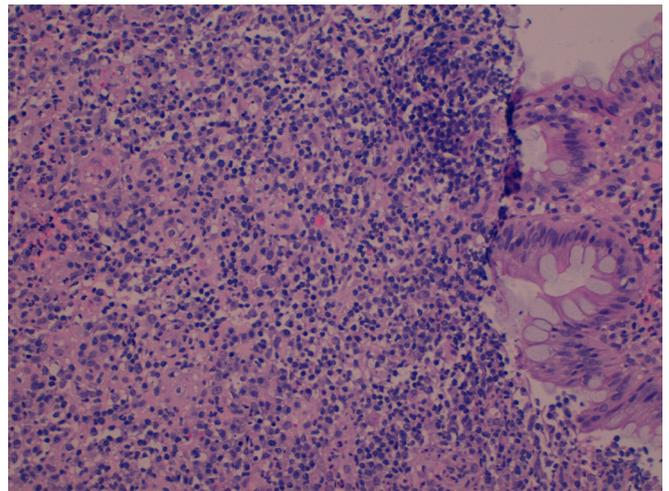


Figura 1 Pieza de biopsia de colon en la que se aprecia una “falsa barrera epitelial” en el borde en cepillo de la mucosa intestinal (HE, x200).

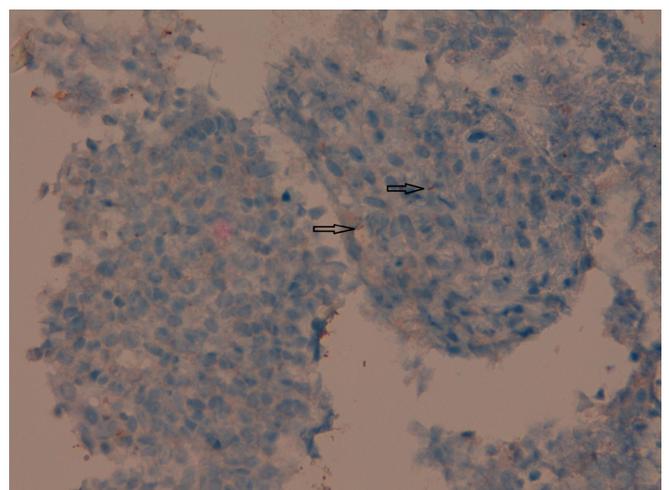


Figura 2 Tinción inmunohistoquímica positiva para espiroquetas con microorganismos adheridos a la superficie intestinal (flecha).

Respecto al tratamiento, se recomienda una actitud expectante, reservando el tratamiento antibiótico para aquellos pacientes con síntomas persistentes sin otra patología demostrable³. El uso de antimicrobianos como metronidazol ha demostrado ser útil en la remisión de los síntomas, razón por la cual se sugiere que esta entidad sea considerada y tratada como una enfermedad, recomendándose además un control con biopsia posterior al tratamiento para confirmar la erradicación², tal y como hemos realizado en nuestro paciente.

Consideramos que nuestro caso, muestra una causa extraordinariamente rara de diarrea crónica, pero que debe ser

considerada en el diagnóstico diferencial de esta entidad, con un alto índice de sospecha ante pacientes que presenten factores de riesgo predisponentes como viajes a países subdesarrollados, la infección por VIH o los hombres que practican sexo con hombres.

Bibliografía

1. Zubiaurre L, Zapata E, Castiella A, et al. Espiroquetosis Intestinal. *Gastroenterol Hepatol* 2011;34: 58-9. [DOI: 10.1016/j.gastrohep.2010.08.007]
2. Lozano C, Arellano L, Yaquich P. Espiroquetosis intestinal humana: serie clínica y revisión de la literatura. *Rev Chilena Infectol* 2012; 29 (4): 449-452.
3. Vinagre-Rodríguez G, Fernandez-Gonzalez N, Hernandez-Alonso M, et al. Espiroquetosis intestinal: una causa infrecuente de diarrea crónica. *Gastroenterol Hepatol* 2015;38:512-3 [DOI: 10.1016/j.gastrohep.2014.11.010].