



DOI: 10.5281/zenodo.22099899 · UDC: 616.995.132.2-036.12

STRONGILOIDOZA CRONICĂ – CAZ CLINIC

CHRONIC STRONGYLOIDIASIS – A CLINICAL CASE

Vera Lungu¹, Oxana Popovici²

¹ Direcția supraveghere epidemiologică a bolilor extrem de contagioase, zoonozelor și parazitozelor, Agenția Națională pentru Sănătate Publică, Chișinău, Republica Moldova

² IMSP Asociația Medicală-Teritorială Centru, Chișinău, Republica Moldova

REZUMAT

Introducere. Strongiloidoza este o infecție parazitară care, deși afectează tractul gastrointestinal la nivelul duodenului, are un spectru larg de manifestări clinice, de la forme asimptomatice până la forme diseminate severe, cu implicarea plămânilor, sistemului nervos central, rinichilor, cordului, tegumentelor și articulațiilor. Din cauza excreției neregulate a larvelor, încărcăturii parazitare scăzute, simptomelor nespecifice și dificultăților de diagnostic, stabilirea diagnosticului poate fi dificilă.

Prezentarea cazului. Este prezentat cazul unei paciente cu un tablou compatibil cu o formă cronică paucisimptomatică de strongiloidoză, fără expunere profesională actuală cunoscută la factorii de risc. În anii 1980, la un control profilactic, a fost diagnosticată cu strongiloidoză și a urmat tratament, fără documentarea ulterioară a eradicării infecției. În martie 2025, pe fondul unei eozinofilii persistente de mai mulți ani, medicul infecționist a indicat un examen parazitologic. Examenul coproparazitologic prin tehnica Baermann a evidențiat larve rabditoide de *Strongyloides stercoralis*. Pacientei i s-a administrat albendazol 400 mg de două ori pe zi timp de 7 zile. Examenul parazitologic de control a fost negativ, iar după tratament episoadele de urticarie au dispărut.

Concluzii. Cazul descris este compatibil cu o formă cronică de strongiloidoză asociată cu eozinofilie persistentă și subliniază necesitatea includerii infecției cu *S. stercoralis* în diagnosticul diferențial al eozinofiliei persistente, inclusiv în țările neendemice.

Cuvinte-cheie: *Strongyloides stercoralis*, strongiloidoză cronică, examen coproparazitologic, test Baermann

ABSTRACT

Introduction. Strongyloidiasis is a parasitic infection that primarily affects the gastrointestinal tract, particularly the duodenum, and has a wide spectrum of clinical manifestations, ranging from asymptomatic infection to severe disseminated disease involving the lungs, central nervous system, kidneys, heart, skin, and joints. Due to intermittent larval shedding, low parasite burden, nonspecific symptoms, and diagnostic difficulties, establishing the diagnosis can be challenging.

Case report. We present the case of a female patient with a clinical history compatible with chronic strongyloidiasis. The patient did not belong to any of the high-risk groups for this infection. In the 1980s, she had been diagnosed with strongyloidiasis during a routine check-up. Antiparasitic treatment was administered, but subsequent eradication of the infection was not documented. In March 2025, the infectious diseases specialist ordered a parasitological examination, prompted by persistent eosinophilia over many years. Stool parasitological examination (Baermann method) revealed the presence of rhabditoid larvae of *Strongyloides stercoralis*. The patient was given antiparasitic treatment with Albendazole according to the following regimen: 400 mg twice daily for 7 days. The follow-up parasitological examination was negative. Following treatment, the episodes of urticaria resolved.

Conclusions. The case described is compatible with chronic strongyloidiasis associated with persistent eosinophilia. Strongyloidiasis should be included in the differential diagnosis of persistent eosinophilia, including in non-endemic countries.

Keywords: *Strongyloides stercoralis*, chronic strongyloidiasis, faecal parasitological examination, Baermann test

Introducere

Strongiloidoza rămâne o infecție tropicală neglijată, în ciuda preocupărilor semnificative legate de sănătatea publică. Este endemică în anumite părți ale Africii, Americii de Sud și Asiei de Sud-Est. Studiile efectuate la nivel global estimează

că prevalența globală a strongiloidiazei în 2017 a fost între 8,1–12,7%, coresponzând cu peste 600 milioane de persoane infectate. Regiunile Asiei de Sud-Est, Africa și Pacificul de Vest au reprezentat 76,1% din infecțiile globale. Estimările globale variază în funcție de metodologia utilizată, ceea ce reflectă incertitudinea persistentă privind povara reală a

infecției [1, 2].

Migrația globală din regiunile în care strongiloidoza este endemică în țările neendemice a crescut potențialul efect asupra sănătății publice în această zonă. Provoacă în gestionarea strongiloidozei apar din cauza gamei largi de manifestări clinice, a lipsei unor teste diagnostice practice de înaltă sensibilitate și a unui rezultat fatal la gazdele imunocompromise. Migrația, globalizarea și administrarea crescută de imunomodulatoare, în special în timpul erei COVID-19, au amplificat impactul global al strongiloidozei. [3, 4].

În țările europene *Strongyloides stercoralis* nu este hiperendemic, dar prevalența sa a crescut din cauza migrației și călătoriilor. Date limitate din mai multe țări ale UE (Uniunea Europeană) raportate de ECDC (Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor) estimează prevalențe ale infecției cu *S. stercoralis* între 3,3% și 5,6% în Italia, Spania și Franța. Chiar dacă majoritatea datelor epidemiologice disponibile provin din studii publicate la mijlocul și sfârșitul secolului al XX-lea, o analiză recentă a stabilit prevalența istorică a *S. stercoralis* între 0,01–16%, valori mai mari între 13,4 și 30% fiind raportate în anumite cazuri la copii instituționalizați. Actualmente sunt disponibile date limitate privind prevalența reală a strongiloidozei [5, 6, 7, 8].

Studiile efectuate de Dăncescu P., Țințăreanu T, Rădulescu I. și colaboratorii (1970) și Шабловская Е. А. (1986) au pus în evidență că în România (zona de Nord-Est) și Ucraina (zona de Vest) frecvența infecției în populația umană a constituit 2,2–2,6% și, respectiv, 1,5–4,1% [9].

În Republica Moldova strongiloidoza este înregistrată oficial din anul 1960 (M. Stancu și colab., 2005). În anul 1995 M. Stancu, D. Erhan, A. Călin și colab. au examinat un lot de 1551 bolnavi, din ei 1094 cu domiciliu urban. Printre bolnavii cu afecțiuni hepatobiliare, gastrointestinale și cu eozinofilie de genă neclară, frecvența strongiloidozei a fost, respectiv, 0,28%, 0,63% și 2,32% [9]. În ultimele două decenii nu au fost raportate cazuri; o posibilă explicație o constituie dificultățile diagnosticului diferențial, inclusiv ale diagnosticului de laborator [9, 10, 11].

Strongiloidoza este mai frecventă în zonele rurale și afectează predominant persoanele implicate în activități care presupun contact direct cu solul, inclusiv activități agricole. *Strongyloides stercoralis* a fost identificat atât la om, cât și la unele gazde non-umane, inclusiv la câini; rolul epidemiologic al acestora ca potențiale rezervoare pentru infecția umană rămâne însă incomplet elucidat.

Prezentarea cazului

Pacienta A, în vârstă de 79 de ani, locuitoare a municipiului Chișinău, prezintă de mai mult timp osteoartroză. Concomitent, prezenta periodic, la nivelul feselor, episoade de erupție cutanată de tip urticarian, însoțite de prurit intens. În legătură cu acutizarea durerilor articulare s-a adresat medicului reumatolog din cadrul IMSP Centrul Republican de Diagnosticare Medicală.

Examenul paraclinic efectuat aici a evidențiat o eozinofilie pronunțată, de 20,0%, fapt ce a determinat medicul să indice consultația medicului infecționist. În acest context, pacienta s-a adresat medicului infecționist din cadrul IMSP Asociația Medicală-Teritorială Centru, unde a fost prescris un examen parazitologic. Examenul coprologic de rutină, efectuat în laboratorul clinico-diagnostic al instituției respective, a pus în evidență prezența unor larve de nematozi, asemănătoare larvelor de *Strongyloides*. Dat fiind faptul că diferențierea larvelor de nematozi liber viețuitori de larvele rabditoide ale *Strongyloides stercoralis* necesită o anumită calificare profesională, pacienta a fost redirectionată în Laboratorul național de referință în infecții asociate asistenței medicale și rezistența la antimicrobiene, infecții bacteriene și parazitoze al Agenției Naționale pentru Sănătate Publică (ANSP). Dat fiind faptul că pentru identificarea strongiloidozei este necesară aplicarea unor tehnici speciale, aici a fost montată tehnica Baermann. Astfel, chiar primul examen, efectuat în data de 03.03.2025, a pus în evidență prezența larvelor rabditoide de *Strongyloides stercoralis*.

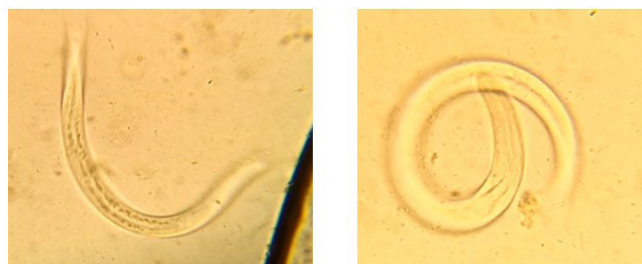


Figura 1. Larve rabditoide de *S. stercoralis* la pacienta A (mărire 10 × 10)

În legătură cu acest fapt, s-a recomandat să fie examinate și persoanele care locuiesc împreună cu pacienta (soțul și fiul). La data de 12.03 și 13.03.2025 aceștia au fost examinați în laboratorul de referință al ANSP cu utilizarea tehnicii Baermann, rezultatele fiind negative.

Din anamneză s-a constatat că este originară dintr-o localitate rurală din zona centrală a Federației Ruse în care, la acea vreme, condițiile de sanitație erau precare, iar lucrările agricole erau la ordinea zilei. S-a stabilit în Republica Moldova cu peste 50 de ani în urmă. Ulterior a locuit permanent în municipiul Chișinău, într-un apartament cu apeduct centralizat și sistem de canalizare. A activat în industria ușoară și nu a avut o expunere profesională cunoscută asociată unui risc crescut de infecție. Își amintește că în anii 1980, la un control profilactic, a fost depistată strongiloidoza. A fost informată de medicul infecționist că terapia etiologică pentru această invazie poate fi efectuată doar în Harkiv sau Moscova, fapt ce a fost refuzat de pacientă. În consecință i-a fost prescris un tratament, dar pacienta nu-și amintește cu ce medicament. Deoarece în aparență nu avea probleme de sănătate, nu a efectuat examene de control pentru documentarea eradicării infecției. Câțiva ani mai târziu, aflându-se la un tratament balnear la sanatoriul Truscaveț, a făcut un sondaj duodenal, deși nu acuza simptome gastrointestinale, care a pus în

evidență invazia cu *S. stercoralis*. Când a revenit, s-a adresat la medic infecționist din cadrul spitalului de boli infecțioase „T. Ciorbă”. I-a fost administrat un tratament antiparazitar, dar pacienta nu-și poate aminti cu ce remediu. Important de menționat că la acel moment, preparate eficiente pentru tratamentul etiologic al strongiloidozei, în republică, nu se comercializau. Ulterior nu a mai efectuat examene de control, deoarece nu prezenta probleme de sănătate evidente. Studiind cartela medicală a pacientei s-a constatat că pe parcursul ultimului deceniu în hemoleucogramă a persistat o eozinofilie cu valori cuprinse între 10 și 20% pe fundalul unor valori normale ale hemoglobinei.

Pacientei i s-a administrat un tratament antiparazitar cu albendazol în schema de 400 mg de două ori pe zi timp de 7 zile. Tratamentul a provocat efecte adverse (dureri gastrice pronunțate, vărsături, astenie marcată), motiv din care pacienta a fost spitalizată în secția de gastrologie. Pacienta a fost externată în stare satisfăcătoare.

Examenul parazitologic de control efectuat la 30.04.2025 a fost negativ; monitorizarea parazitologică recomandată ulterior nu a fost finalizată, deoarece pacienta a refuzat repetarea investigațiilor. După finalizarea tratamentului, pacienta a observat dispariția episoadelor de urticarie.

Discuții

Strongiloidoza este o nematodoză intestinală din grupul geohelmintiazelor, provocată de nematodul filiform *Strongyloides stercoralis*, denumit popular „țiparul”. Viermele are un ciclu de dezvoltare complex și unic pentru nematode, constând din două generații - liberă (larve rabditiforme) și parazită (larve filariforme) - cu trei faze de dezvoltare: adult, larvă rabditiformă, larvă filariformă. Viermii liberi pot trece la un stil de viață parazită în funcție de condițiile de mediu. Unele larve rabditiforme pot persista în intestine și, după năpărlire, trec în stadiul filariform, care, fără a părăsi corpul uman, parcurge întregul ciclu de dezvoltare (autoinfecție internă). Altele reinfectează gazda prin penetrarea pielii din zona anală (autoinfecție externă). Semnificația autoinvaziei este că, dacă nu sunt tratate, persoanele pot rămâne infectate pe tot parcursul vieții. De obicei, infecția se dobândește predominant pe cale percutanată (mai frecvent la nivelul plantei, dar penetrarea poate avea loc prin orice zonă cutanată expusă): la contactul cu solul infectat larvele penetrează pielea intactă și prin sistemul circulator limfatic ajung în plămâni, respectiv în alveolele pulmonare. De aici sunt transportate până în faringe prin arborele bronșic, înghițite și transportate în intestin. Mai rar sunt înghițite cu alimente sau mâinile nespălate după diferite lucrări agricole. Și în acest caz larvele penetrează mucoasa și parcurg același traseu. În intestin larvele năpăresc de două ori și se transformă în femele adulte, care depun ouă în peretele intestinal prin partenogeneză (înmulțire în absența masculului). Din ele, deja în intestin, se dezvoltă larve rabditiforme, care sunt fie eliminate prin scaun în mediul exterior, fie participă la autoinfecția gazdei.

Majoritatea infecțiilor sunt asimptomatice și pot rămâne

zeci de ani nediagnosticate. Cea mai lungă perioadă de infecție descoperită la un pacient este de 85 de ani. Strongiloidoza are o gamă largă de manifestări clinice, inclusiv boală subclinică, boală simptomatică (adesea cu diaree, dureri abdominale și urticarie) și o complicație rară, dar mortală - hiperinfecția cu boală diseminată. Manifestările mai frecvente sunt: dureri abdominale, balonare, arsuri la stomac, scădere în greutate, episoade intermitente de diaree și constipație, tuse uscată, dispnee, respirație aspră, erupții cutanate, în cazuri rare: artrită, probleme cu rinichii, afecțiuni cardiace, semne meningeale. Diseminarea larvelor în afara tractului gastrointestinal și pulmonar definește strongiloidoza diseminată și este de obicei însoțită de meningită, encefalită sau infecții ale sângelui. Factorii de risc includ persoanele imunosupresate: aflate sub tratament cu medicamente citotoxice, corticosteroizi, infectați cu HIV, care prezintă limfoame, diabet zaharat, malnutriție și insuficiență renală. La aceste persoane se poate produce multiplicarea necontrolată a parazitului, cauzând sindromul de hiperinfecție, care de obicei se manifestă prin meningită, encefalită sau infecții ale sângelui. Rata de mortalitate la pacienții cu infecție diseminată este de 60–70%. Până la 75% dintre persoanele cu strongiloidoză cronică prezintă eozinofilie periferică ușoară sau niveluri crescute de IgE. Eozinofilia este prezentă doar la persoanele care nu fac tratament imunosupresor. În cazuri rare, complicațiile strongiloidozei pot include artrită, aritmii cardiace, malabsorbție cronică, obstrucție duodenală, astm recurent, sindrom nefrotic etc. [8, 12, 13, 14, 15, 16, 17].

Diagnosticul precoce prin tehnici multiple de diagnostic, determinat de un indice ridicat de suspiciune clinică, este important pentru stabilirea etiologiei infecției și prevenirea formelor severe de strongiloidoză. Este o procedură relativ dificilă din cauza manifestărilor nespecifice și a încărcăturii parazitare scăzute. Tehnicile clasice de identificare a helmintiazelor intestinale, bazate pe identificarea ouălor de helminți, nu sunt eficiente pentru strongiloidoză, deoarece în strongiloidoză, în probele de scaun sunt identificate în principal larve. Tehnica Baermann și cultura pe placă de agar sunt metode parazitologice importante pentru detectarea larvelor de *S. stercoralis* în probele de scaun. Cu toate acestea, sensibilitatea unei singure examinări poate fi limitată, în special la o încărcătură redusă de viermi. Completând tehnicile parazitologice, se utilizează tehnici imunologice, inclusiv teste imunoblot și imunosorbent, cu o sensibilitate mai mare, care sunt un instrument de diagnostic util atât în diagnosticul primar, cât și pentru monitorizarea post-tratament a infecției cu *Strongyloides stercoralis*. Studiul efectuat în Iran a pus în evidență o prevalență a infecției cu *S. stercoralis* de 1%, 1,3%, 2%, 2,7% și 8,7%, utilizând examinarea directă pe frotiu, concentrația cu formol-eter, tehnica Baermann, cultura pe placă de agar și respectiv testul ELISA. Cu toate acestea, poate apărea reactivitate încrucișată cu alți paraziți, ceea ce împiedică specificitatea testului. Recent, progresele în tehnicile moleculare, cum ar fi reacția în lanț a polimerazei și tehnologia de secvențiere de generație următoare, au oferit oportunitatea de a detecta ADN-ul parazită în probele de

scaun. Tehnicile moleculare, cunoscute pentru sensibilitatea și specificitatea lor ridicate, au potențialul de a elucida unele dintre provocările asociate cu cronicitatea și producția larvară intermitentă pentru o detectare sporită [18, 19, 20, 21].

Infecția cu *Strongyloides* trebuie tratată chiar și în absența simptomelor. Tratatamentul presupune medicație specifică cu albendazol, tiabendazol sau ivermectină. Concomitent se va indica și un tratament simptomatic. Medicamentul de primă alegere este ivermectina, care a fost introdusă pentru prima dată pentru uz animal în jurul anului 1981 și aprobată pentru uz uman în 1988. În toate studiile, ivermectina a fost asociată cu rate ridicate de vindecare a infecției (aproximativ 90% dintre pacienții tratați) atunci când doza utilizată a fost de 200 µg/kg [8].

În Republica Moldova este înregistrat și disponibil pentru utilizare umană doar albendazolul. Ivermectina și unele remedii care conțin substanța activă tiabendazol sunt înregistrate doar pentru uz veterinar [22, 23].

La nivel mondial, există o incertitudine ridicată cu privire la povara strongiloidiazei. Această incertitudine reprezintă o lacună importantă în cunoștințe, deoarece afectează planificarea intervențiilor pentru reducerea poverii strongiloidozei în țările endemice. Prevenirea acestei infecții constă în gestionarea fecalelor și eliminarea adecvată a apelor uzate. Important este evitarea mersului desculț pe solul umed, mai ales după ploaie, spălarea minuțioasă pe mâini după lucrările agricole și a crudităților înainte de consum.

Concluzii

Cazul descris este compatibil cu o formă cronică de strongiloidoză asociată cu eozinofilie persistentă și subliniază necesitatea includerii infecției cu *S. stercoralis* în diagnosticul diferențial al eozinofiliei persistente, inclusiv în țările neendemice.

Bibliografie

- Mendes T, Minori K, Ueta MT, et al. Strongyloidiasis current status with emphasis in diagnosis and drug research. J Parasitol Res. 2017;2017:5056314. doi:10.1155/2017/5056314.
- Buonfrate D, Bisanzio D, Giorli G, et al. The global prevalence of Strongyloides stercoralis infection. Pathogens. 2020;9(6):468. doi:10.3390/pathogens9060468.
- Chan AHE, Kusolsuk T, Watthanakulpanich D, et al. Prevalence of Strongyloides in Southeast Asia: a systematic review and meta-analysis with implications for public health and sustainable control strategies. Infect Dis Poverty. 2023;12:83. doi:10.1186/s40249-023-01138-4.
- Wang C, Xu J, Zhou X, et al. Strongyloidiasis: an emerging infectious disease in China. Am J Trop Med Hyg. 2013;88(3):420-425. doi:10.4269/ajtmh.12-0596.
- Winnicki W, Eder M, Mazal P, et al. Prevalence of Strongyloides stercoralis infection and hyperinfection syndrome among renal allograft recipients in Central Europe. Sci Rep. 2018;8(1):15406. doi:10.1038/s41598-018-33775-3.
- Buonfrate D, Marrone R, Silva R, et al. Prevalence of strongyloidiasis and schistosomiasis among migrants: a systematic review and meta-analysis. Microorganisms. 2021;9(2):401. doi:10.3390/microorganisms9020401.
- Luvira V, Siripoon T, Phiboonbanakit D, et al. Strongyloides stercoralis: a neglected but fatal parasite. Trop Med Infect Dis. 2022;7(10):310. doi:10.3390/tropicalmed7100310.
- World Health Organization. WHO Guideline on Preventive Chemotherapy for Public Health Control of Strongyloidiasis. World Health Organization; 2024. Accessed August 13, 2026. <https://www.who.int/publications/b/73256>
- Erhan D. Tratat de parazitoze asociate ale animalelor domestice. ÎS EP „Tipografia Centrală”; 2020:250-251.
- Stancu M, Erhan D, Călin D, et al. Studiu asupra epidemiologiei strongiloidozei în Republica Moldova. A V-a Conferință Națională de Parazitologie; iunie 22-23, 1995; Cluj-Napoca, România. Revista Română de Parazitologie. 1995;1:45-46.
- Stancu M, Dumbravă V, Cojocar M, Juc V. Aspecte epidemiologice ale strongiloidozei. Comunicări științifice. 2005;3:70-73.
- Segarra-Newnham M. Manifestations, diagnosis, and treatment of Strongyloides stercoralis infection. Ann Pharmacother. 2007;41(12):1992-2001. doi:10.1345/aph.1K302.
- Nazik S, Yıldız F. A case of rheumatoid arthritis with Strongyloides stercoralis hyperinfection. Türkiye Parazitol Derg. 2020;44(2):112-114. doi:10.4274/tpd.galenos.2020.6222.
- Mousavi FR, Alavi E, Hirad NA. A rare diagnosis of Strongyloides stercoralis in the pleural cavity. HCA Healthc J Med. 2021;2(5):335-338. doi:10.36518/2689-0216.1199.
- Dhakal B, Dawadi S, Pathak BD, et al. Gastrointestinal bleeding induced by gastric ulcer secondary to strongyloidiasis: a case report. JNMA J Nepal Med Assoc. 2023;61(257):80-83. doi:10.31729/jnma.7924.
- Costache C, Colosi IA, Neculicioiu VS, et al. A rare case of Strongyloides stercoralis hyperinfection in a diabetic patient from Romania: case report and review of the literature. Pathogens. 2023;12(4):530. doi:10.3390/pathogens12040530.
- Camacho-Alvarez I, Chavez-Mamani EM, Philippe G, et al. A simple parasitological technique to increase detection of Strongyloides stercoralis in the Bolivian primary health care system. BMC Prim Care. 2022;23:284. doi:10.1186/s12875-022-01888-4.

18. Prato M, Tamarozzi F, Tais S, et al. Evaluation of the ELISA test for recombinant SsIR/NIE antigen for monitoring patients infected with *Strongyloides stercoralis*: a diagnostic study. *Parasitology*. 2024;151(3):295-299. doi:10.1017/S003182024000027.
 19. Eamudomkarn C, Ruantip S, Sithithaworn J, et al. Epidemiology of strongyloidiasis determined by parasite-specific IgG detections by enzyme-linked immunosorbent assay on urine samples using *Strongyloides stercoralis*, *S. ratti* and recombinant protein (NIE) as antigens in Northeast Thailand. *PLoS One*. 2023;18(4):e0284305. doi:10.1371/journal.pone.0284305.
 20. Sears WJ, Nutman TB. Strongy Detect preliminary validation of a prototype recombinant Ss-NIE/Ss-IR based ELISA to detect *Strongyloides stercoralis* infection. *PLoS Negl Trop Dis*. 2022;16(1):e0010126. doi:10.1371/journal.pntd.0010126.
 21. Ashiri A, Rafiei A, Beirumvand M, et al. A screening of *Strongyloides stercoralis* infection in high-risk patients in Khuzestan Province, Southwestern Iran. *Parasit Vectors*. 2021;14:37. doi:10.1186/s13071-020-04549-6.
 22. Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor din Republica Moldova/2026.
 23. Registrul de Stat al medicamentelor de uz veterinar din Republica Moldova.
-

Recepționat – 01.08.2026, Acceptat pentru publicare – 25.08.2026

Autor corespondent: Vera Lungu, vera.lungu@ansp.gov.md

Declarația de conflict de interese: Autorii declară că nu există conflicte de interese în legătură cu această lucrare.

Declarația de finanțare: Această cercetare nu a beneficiat de finanțare externă.

Declarația de etică și consimțământ: A fost obținut consimțământul informat scris al pacientei pentru utilizarea istoricului bolii în descrierea cazului clinic.

Contribuția autorilor: Vera Lungu – conceptualizare, investigație, gestionarea datelor, redactare – revizuire și editare, supervizare; Oxana Popovici – investigație, gestionarea datelor, redactare – revizuire și editare, supervizare.

Toți autorii au citit și au aprobat versiunea finală a manuscrisului.

Citare: Lungu V, Popovici O. Strongiloidoza cronică – caz clinic [Chronic strongyloidiasis – a clinical case]. *Arta Medica*. 2026;100(3):e2026309. doi:10.5281/zenodo.22099899