

Caso 31**Esquistosomiasis vesical**

MUÑOZ ARAUJO, FRANCISCO DAVID; FRETÍN, ADRIANA LAURA, SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, MIKEL

Hospital de Galdakao-Usansolo. Vizcaya

HISTORIA CLÍNICA Y ANTECEDENTES PERSONALES

Mujer de 25 años, natural de Mali, que reside desde hace 2 meses en Europa, y no habla castellano. Tiene un hijo que actualmente recibe lactancia materna. No se refieren tratamientos ni otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

La paciente es remitida por su médico de atención primaria para descartar apendicitis. Se refiere dolor abdominal hipogástrico y en fosa ilíaca derecha de menos de 24 horas de evolución, que se acompaña de clínica de síndrome miccional.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se objetiva T.A. 111/76 mmHg, frecuencia cardíaca de 76 latidos por minuto y una temperatura de 36,4°C. En la exploración física destaca un abdomen blando, depresible, con dolor a la palpación en hipogástrico y defensa discreta en fosa iliaca derecha.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La analítica general básica es normal. El test de embarazo en orina es negativo. La analítica de orina es positiva para nitritos, tiene moderada piuria, moderada bacteriuria y cristales compatibles con uratos amorfos.

En la radiografía de abdomen el luminograma es inespecífico, sin otros hallazgos de interés.

EVOLUCIÓN INICIAL

Tras analgesia por vía intravenosa la sintomatología remite. Se diagnostica de infección del tracto urinario, y se procede al alta hospitalaria con tratamiento antibiótico oral y analgesia.

Acude 10 días después por persistencia del dolor en fosa iliaca derecha a pesar de tratamiento con

antiinflamatorios. En la exploración física las constantes son normales y presenta dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha y puñopercusión a nivel renal derecha positiva. La analítica general es normal, salvo el análisis de orina que presenta piuria moderada y de 1 a 5 hematíes por campo.

La paciente queda en el área de Observación de Urgencias con analgesia via parenteral y posteriormente se realiza una ecografía abdomino-pélvica donde se identifican varios ganglios en el meso de la fosa iliaca derecha, subcentimétricos y con una fina lengüeta líquida, compatible con cambios por adenitis mesentérica. La vía urinaria, el apéndice, el útero y los anejos están dentro de tamaño y morfología normales.

Se diagnostica de infección urinaria y adenitis mesentérica, y se procede al alta hospitalaria con nuevo tratamiento antibiótico.

Quince días después, acude por tercera vez al Servicio de Urgencias por aumento del dolor en fosa ilíaca derecha, que le incapacita. Se acompaña de fiebre de 38°C de 3-4 días de evolución. Refiere haber realizado deposiciones blandas y presentar sensación nauseosa. No refiere clínica urinaria.

A la exploración física presenta T.A 108/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 100 pulsaciones por minuto y temperatura de 37°C. El abdomen es doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha con defensa, signo de Blumberg positivo y puñopercusión renal bilateral discretamente dolorosa de forma bilateral. Se objetiva hepatomegalia de dos traveses de dedo.

En el hemograma se objetiva leucocitosis de 11.000 leuc/mm³ (segmentados 77%, cayados 4%, eosinófilos normales. En la bioquímica destaca una PCR 11 mg/L. La analítica de orina es negativa para nitritos y en el sedimento se observan más de 100 hematíes por campo. Se extraen muestras para hemocultivos y urocultivo.

Se le realiza un TAC abdomino-pélvico (figura 1 y 2) que se informa como: vesícula biliar, páncreas y bazo sin alteraciones. No se observan imágenes de nefrolitiasis ni dilatación de la vía excretora. Útero y anejos normales. No líquido libre. Calcificación lineal en la pared de la vejiga urinaria que se encuentra levemente engrosado, altamente sugestiva de esquistosomiasis vesical.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS

Se valoran los siguientes diagnósticos: infección del tracto urinario, cólico renal, apendicitis aguda, ade-

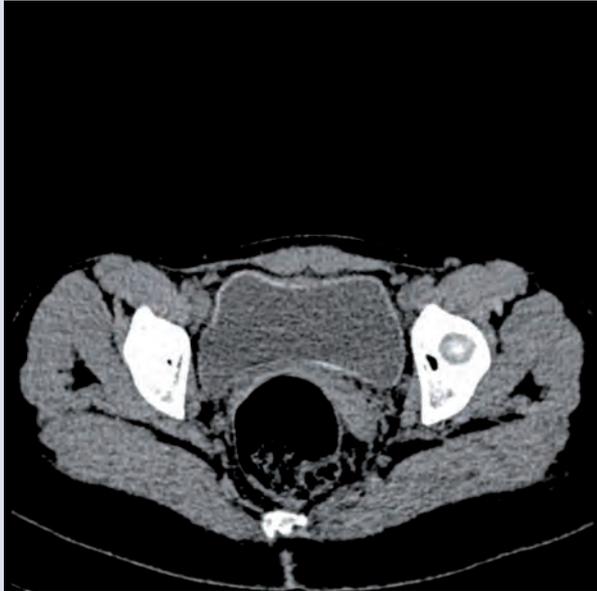


Figura 1



Figura 2

nititis mesentérica, pielonefritis aguda, folículo ovárico hemorrágico, enfermedad inflamatoria intestinal, esquistosomiasis vesical.

EVOLUCIÓN

La paciente ingresa en el Servicio de Enfermedades Infecciosas, con el diagnóstico de esquistosomiasis vesical y se instaura tratamiento con Praziquantel 60mg/kg/día. Se suspende la lactancia materna.

A los 2 días se le realiza nueva ecografía abdomino-pélvica que es informada como Ileocolitis de probable etiología inflamatoria-infecciosa, aunque inespecífica desde el punto de vista de la imagen. Se realiza colonoscopia, tras los hallazgos de ileocolitis, con resultado totalmente normal.

Los resultados de parásitos en orina son negativos.

Tras el tratamiento con Praziquantel (dosis total de 3600mg) la sintomatología desaparece.

DIAGNÓSTICO FINAL

Esquistosomiasis vesical e ileocólica.

DISCUSIÓN

Se trata de una paciente natural de Mali, que llevaba 2 meses en España, y que acudió hasta en 3 ocasiones a nuestro Servicio de Urgencias. No se tuvo en cuenta entre los diagnósticos diferenciales,

la patología endémica y altamente prevalente en la zona de origen de la paciente.

La esquistosomiasis es una enfermedad parasitaria crónica causada por gusanos trematodos, del género *Schistosoma*. Hasta 207 millones de personas están infestadas en el mundo, el 85% en África. Supone hasta 200.000 muertos al año en el África subsahariana. El hombre es el huésped definitivo y el caracol de agua dulce es el huésped intermediario. La transmisión se produce al entrar en contacto el hombre con aguas dulces con presencia del caracol, penetrando las larvas del gusano a través de la piel.

La clínica consiste en una enfermedad aguda caracterizada por prurito y erupción en piel y posteriormente síndrome general con fiebre, dolor abdominal y hematuria: La enfermedad crónica afecta a vía urinaria, aparato intestinal, hígado y tejido nervioso.

El diagnóstico se realiza por cultivo de orina y heces y pruebas de imagen.

El tratamiento principal es el Praziquantel, 60mg/kg/día, durante 1-3 días.

BIBLIOGRAFÍA

- Gray DJ, Ross AG, Li YS, McManus DP: Diagnosis and management of schistosomiasis. *BMJ* 2011; 342:2651-2651.

COMENTARIO EDITORIAL

La emergencia de ciertas enfermedades infecciosas es una realidad en la actualidad que se debe al fenómeno de globalización, el auge de los viajes internacionales y al incremento del **fenómeno migratorio**. Por tanto, determinadas enfermedades infecciosas **han dejado de ser exóticas** o circunscritas a una zona geográfica **para convertirse en un hecho** al que los profesionales de la salud en nuestro medio han de enfrentarse. Es importante que se conozcan estas enfermedades: distribución geográfica, manifestaciones, métodos diagnósticos disponibles, tratamientos, así como las medidas de prevención y control. En la actualidad existen recursos, guías y publicaciones donde esta información está muy accesible para lo cual tan solo es fundamental que el clínico las tenga presentes.

“No se diagnostica lo que no se conoce o aquello en lo que no se piensa (que casi siempre es por conocerse poco), y se diagnostica con dificultad aquello que se ha visto en contadas ocasiones” El antecedente migratorio o de viaje debe estar presente en la evaluación inicial de todo paciente. Debemos dominar bien los diagnósticos frecuentes y estar abierto siempre y con la sospecha del diagnóstico no habitual.

Mali está situada en el oeste de África y es zona endémica de esquistosomiasis. La **bilharziasis urinaria (esquistosomiasis hematobium)** es una **parasitosis** producida por un trematodo *Schistosoma haematobium* endémica en el Mediterráneo Este, Oriente Medio, Asia Occidental, India y África. Su reservorio principal son los caracoles y menos frecuentemente los monos o babuinos. El **vehículo de transmisión es el agua en contacto con la piel**, en especial baños, en zonas endémicas (ej: país de Dogon en Mali y el Nilo). Su período de incubación es de dos a seis semanas.

Los síntomas de la esquistosomiasis son causados principalmente por la reacción del organismo del huésped a los huevos del parásito. Los síntomas agudos son más frecuentes en los pacientes no inmunizados (viajeros), sin embargo las complicaciones crónicas son más frecuentemente observadas en los pacientes procedentes de áreas endémicas. El signo clásico de la esquistosomiasis urogenital es la **hematuria** y la clínica de **uropatía obstructiva**. En los casos avanzados son frecuentes la fibrosis de la vejiga y los uréteres, con pseudopapilomas vesicales, hidroureteronefrosis, infecciones urinarias, calcificación vesical, o carcinoma vesical escamoso. También se puede asociar a afectación genital e infertilidad. El parásito puede sobrevivir durante décadas en el reservorio humano.

Se confirma el diagnóstico con la **identificación de los huevos típicos** en orina (poso sensible en la fase aguda), con la serología (positiviza varios meses tras el inicio de los síntomas y tiene menor valor diagnóstico en zona endémica) o por los hallazgos radiológicos en el escenario clínico apropiado.

Se aconseja tratamiento empírico en la esquistosomiasis crónica sintomática con **Praziquantel** 20 mg/kg/12 horas por un día o 40-60 mg/kg/día en 3 dosis durante 1-3 días, ya que se han notificado casos de fracaso terapéutico a dosis de 40 mg/kg/día.

Carlos Ibero Esparza.
Complejo Hospitalario de Navarra