Nota clínica

Hematuria por esquistosomiasis

F.M. Parrilla Ruiz[1], D. Vargas Ortega[1], D.P. Cárdenas Cruz[1], A. Villarejo Ordóñez[2]

[1]Unidad de Urgencias. [2]Unidad de Radiodiagnóstico. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

RESUMEN

La inmigración es un fenómeno real en nuestro país, repercutiendo directamente en la sanidad. Al enfrentarnos ante pacientes de esta índole, no debemos olvidar la existencia de enfermedades inusuales en nuestro medio. Presentamos un caso clínico de un paciente con hematuria por esquistosomiasis urinaria. Así mismo realizamos una revisión de la literatura sobre la clínica, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

Palabras clave: *Esquistosomiasis.*

ABSTRACT

Hematuria by Schistosomiasis

Immigration is a real phenomenon in our country, having effects on health directly. When we face up to patients of this kind, we must not forget the existence of unusual diseases in our environment. We show a clinical case of patient with hematuria because of parasitism (urine schistosomiasis). In the same way, we realize a review of the literature on the clinical case, diagnosis and treatment of this disease.

Key Words: *Schistosomiasis.*

INTRODUCCIÓN

La esquistosomiasis es una helmintiasis producida por un trematodo del género Schistosoma, es endémica en África, América latina, Oriente Medio y Asia, en España es una infección importada por aumento de los inmigrantes así como los viajeros. Se conocen siete especies de esquistosoma que afectan al hombre: *S. mansoni, S. japonicum, S. mekongi, S. malayi, S. haematobium, S. intercalatum* y *S. matheii*. De todos sólo el *S. haematobium* produce afectación del sistema urinario, el resto afectación digestiva[1,2].

La enfermedad se adquiere al bañarse o trabajar en aguas encharcadas contaminadas. Las personas infectadas eliminan huevos por orina o heces (según la especie), estos eclosionan en el agua y dan salida a un miracidio, si existe en el agua dulce un caracol específico de especie, este actúa como huésped intermediario. El caracol procesa en miracidio y lo convierte en cientos de cercarias, éstas penetrarán en la piel del ser humano que esté bañándose. Las cercarias evolucionan a esquistosómula pasando por el circuito pulmonar, hasta transformarse en helmintos maduros con diferenciación sexual. La copulación se realiza en plexos mesentéricos, y desde ahí las hembras preñadas depositan los huevos en los plexos perivesicales *(S. haematobium)* o perihemorroidales (resto de esquistosomas de tracto digestivo)[2,3].

La enfermedad tiene una primera fase clínica de infección (síndrome febril), y otra cuando la enfermedad está establecida (hematuria, calcificación sistema urinario, insuficiencia renal, cáncer de vejiga), esta última típica de los inmigrantes que presentan las secuelas de la enfermedad crónica[4].

Las esquistosomiasis es una enfermedad que debemos tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de la hematuria, debido al aumento de población inmigrante procedente de zonas endémicas que acuden a nuestras urgencias. Presentamos un caso clínico atendido en nuestra Unidad.

CASO CLÍNICO

Varón de 28 años de edad, natural de Mali, residente en España desde hace 4 años, que acude a urgencias por hematu-

Correspondencia: F. M. Ruiz Parrilla.
Unidad de Urgencias. Hospital de Poniente.
El Egido.
Almería.

Fecha de recepción: 30-4-2004
Fecha de aceptación: 28-6-2004

ria, sin disuria ni polaquiuria ni tenesmo vesical ni cortejo vegetativo, afebril, no dolor abdominal. Ha sido tratado con ciprofloxacino sin mejoría. El paciente refiere episodios similares en su país de origen.

A la exploración física, el abdomen está blando y depresible, no defensa, no dolor a la palpación abdominal.

Tras la realización de un hemograma sólo destaca una eosinofilia de 13%, siendo la coagulación y bioquímica normal. El sedimento de orina: >100 hematíes/campo.

En los estudios de imagen, la radiografía simple de abdomen demostró calcificación de la vejiga y de ambos uréteres en su poción distal (Figura 1).

Ante la sospecha de esquistosomiasis, se interconsulta con el servicio de microbiología que realiza un examen bajo microcopio de la muestra de orina tras centrifugado, detectando huevos de esquistosomas.

Tras la confirmación de la enfermedad pautamos tratamiento con Prazicuantel, una dosis única de 40 mg/kg. Debido a que es un fármaco importado, no se encuentra en las farmacias, por lo que contactamos con nuestro servicio de farmacia que nos suministra la dosis.

El paciente actualmente está en situación de pre-diálisis, por insuficiencia renal crónica 2ª a uropatía obstructiva y con urostomía derecha.



Figura 1. Calcificación ureterovesical por *Schistosoma haematobium*.

DISCUSIÓN

Las manifestaciones clínicas de la esquistosomiasis urogenital están relacionadas con los períodos de desarrollo del parásito. La penetración de las cercarias en la piel produce una dermatitis llamada "prurito de los nadadores"; reacción local con edema y prurito seguido de una erupción maculopapular que suele durar 2-3 días[5].

La fase aguda de la esquistosomiasis urogenital se correlaciona con la maduración del parásito, comienza entre las 3-8 semanas postexposición y dura 2-4 semanas. Las manifestaciones clínicas se caracterizan por un cuadro de tos, escalofríos, mialgias, cefalea, astenia, linfadenopatías, hepatomegalia y diarrea, acompañados de una intensa eosinofilia en sangre, este cuadro se denomina "Síndrome de Katayama"[4-6].

La fase de enfermedad establecida se produce la eliminación de los huevos por la orina, manifestándose por hematuria de tipo terminal, polaquiuria, disuria y molestias hipogástricas[7,8].

El período de estado y aparición de complicaciones es consecuencia de la inflamación crónica y reacción fibrosa, que producen los huevos atrapados en la vejiga, da lugar a granulomas, ulceraciones y pólipos que son responsables de la hematuria. Las complicaciones más frecuentes: anemia secundaria a la hematuria, litiasis, calcificación urétero-vesical, uropatía obstructiva, insuficiencia renal, reflujo urinario, hidronefrosis, infecciones urinarias de repetición por *Escherichia coli* y *Salmonella*[4,5]. Además se relaciona con la aparición de cáncer de vejiga (tipo celular escamoso)[9].

Si los huevos pasan a circulación sanguínea pueden alcanzar el hígado, pulmón y sistema nervioso, produciendo: hipertensión portal y hepatoesplenomegalia, hipertensión-cor pulmonale y neumonitis aguda, convulsiones[2,4].

El diagnóstico se realiza por la sospecha clínica y la observación e identificación de huevos en orina y más raramente en heces. La radiografía simple de abdomen y la ecografía pueden mostrar calcificaciones ureterovesicales ("vejiga en porcelana")[2].

El tratamiento más utilizado es el praziquantel, en España sólo está comercializado en veterinaria, se puede obtener mediante solicitud al Departamento de Medicamentos Extranjeros del Ministerio de Sanidad y Consumo. La dosis recomendada es de 40 mg/kg en dosis única o dividida en dos dosis. Hay que examinar a los pacientes a los 3 y 6 meses después del tratamiento[3].

Como médicos de urgencias, al atender al inmigrante no debemos olvidar la existencia de enfermedades endémicas. Como vemos, la esquistosomiasis urogenital es una enfermedad fácil de diagnosticar si se piensa en ella.

BIBLIOGRAFÍA

1- Bou A, Gascón J, Valls ME, Corachán M. Fiebre de Katayama en turistas españoles: análisis de 25 casos. Med Clin 2001;116:220-2.

2- Corachán M. Esquistosomiasis o bilharziosis: importada. Jano 2003;64:36-41.

3- Gairi Burgués MA, Bosch Muñoz J, Llusá Parramon A, Gomá AR. *Shistosoma haematobium* como causa de hematuria. An Esp Pediatr 2002;56:368-9.

4- Sauca Subías G. Enfermedades importadas y esquistosomiasis urogenital. [en línea][fecha de acceso 14 de abril de 2004]. URL disponible en: http://www.seimc.org/control/revi_Para/esquisto.htm

5- Fleta Zaragozano J, Rodríguez Martínez G. Aspectos actuales de la esquistosomiasis. Medicina Integral 2000;35:316-9.

6- Elcuaz R, Armas M, Ramírez M, Noguera FJ, Bolaños M, Quiñones I, et al. Brote de esquistosomiasis en un grupo de viajeros procedentes de Burkina Fasso. Enf Inf Microbiol Clin 1998;16:368-72.

7- Maese Heredia R, Rubí Palomares I, Peña Muñoz M, Bueno Fernández A, Weil Lara B. Hematuria recurrente. An Esp Pediatr 2002;57:501-2.

8- López-Calleja AI, Torres L, Revillo MJ, Clavel A, Arazo P. Dolor cólico en hipogastrio y eosinofilia en paciente procedente de Gambia. Enf Inf Microbiol Clin 2003;21:315-6.

9- Vázquez Villegas J, Galindo Pelayo JP, Gámez Gámez E. Asistencia inicial a inmigrante en atención primaria. FMC 2003;10(Supl 4):83-97.