

CASO CLÍNICO

ENFERMEDADES EMERGENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESQUISTOSOMIASIS UROGENITAL

J. Cano Borrego¹, E. Ramos Afonso², O. Díez Gil³, C. Ferrández Gomariz²

¹ Médico de Familia del Centro de Salud Laguna-Geneto, Tenerife

² Médico Pediatra del Centro de Salud Laguna-Geneto, Tenerife

³ Médico Adjunto de Microbiología del Hospital Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

RESUMEN

El aumento de los viajes intercontinentales en la población y el asentamiento creciente de inmigrantes en nuestro país, favorece la aparición de enfermedades emergentes importadas, como ocurre con muchas parasitosis intestinales y esquistosomiasis entre otras.

La esquistosomiasis urogenital es una enfermedad parasitaria producida por un gusano platelminto llamado *Schistosoma haematobium*.

Esta infección afecta a 200-300 millones de personas en 76 países de áreas tropicales y semitropicales.

Es la segunda parasitosis más frecuente después de la malaria. El hombre se infecta por las larvas que penetran a través de la piel al realizar actividades relacionadas con el agua contaminada.

La sintomatología más frecuente que aparece es una hematuria recurrente, habitualmente macroscópica y de tipo terminal. El resto de las manifestaciones suelen ser anodinas.

El tratamiento más utilizado es el Praziquantel oral.

Palabras clave: Esquistosomiasis urogenital. *Schistosoma haematobium*. Praziquantel.

SUMMARY

The increase of travels in people and the number of immigrants coming to our country carriers emerging infectious like intestinal parasitic or esquistosomiasis.

Urogenital Schistosomiasis is a widespread disease caused by a snail platyhelminthes called *Schistosoma haematobium*.

Schistosomiasis is a major parasitic disease affecting over 200-300 million people in at least 75 tropical and subtropical endemic countries.

Correspondencia:

Josefina Cano Borrego

Centro de Salud de La Laguna-Geneto (San Benito)

Avda. de Candelaria, 1º transversal, s/n

38203 La Laguna, Tenerife

e-mail: odiegil@gobiernodecanarias.org

Schistosomiasis ranks second, behind malaria, among human parasitic diseases.

Infection with *Schistosoma* species is acquired by exposure to fresh water that harbors cercariae released by infected snails penetrating skin.

A recurrent gross and terminal hematuria is more common symptom. The other symptoms usually are not relevant.

Praziquantel is the drug of choice for the treatment of schistosomiasis

Key words: Esquistosomiasis urogenital. *Schistosoma haematobium*. Praziquantel.

BSCP Can Ped 2006; 30 (3): 43-45

INTRODUCCIÓN

El aumento de los viajes intercontinentales y el asentamiento creciente en algunas áreas de nuestro país de inmigrantes que proceden de zonas endémicas, favorece que encontremos en la práctica diaria, pacientes con enfermedades infecciosas importadas¹, en muchos casos con poca sintomatología y unas manifestaciones clínicas anodinas; es lo que ocurre con muchas de las parasitosis intestinales, con la filariasis y con la esquistosomiasis urogenital¹.

Los esquistosomas son platelmintos pertenecientes a la familia *Schistosomatidae*. Se han descrito cinco especies que producen patología en el hombre. El agente responsable de la esquistosomiasis urogenital es el *S. haematobium*, descrito por Bilharz en 1852.

El parásito está ampliamente distribuido en África, así como en Oriente Próximo, con áreas de elevada endemia, por ejemplo en el valle del Nilo².

El hombre es el único huésped definitivo y adquiere la parasitosis al realizar actividades relacio-

nadas con el agua dulce contaminada. Las larvas móviles penetran a través de la piel para introducirse en los capilares, llegan a los pulmones y al hígado donde maduran para posteriormente descender a los vasos de la vejiga, próstata y plexo uterino³.

CASO CLÍNICO

Varón de 16 años, procedente de Mauritania, con antecedentes personales de Hepatitis B pasada, presenta hematuria macroscópica de dos meses de evolución. No refiere dolor abdominal, disuria, fiebre, ni otra sintomatología acompañante.

La exploración física se considera normal excepto una discreta hepatomegalia.

Las Rx de tórax y abdomen también se consideran dentro de la normalidad.

Como datos analíticos destacan: Hb 11.8 Htco 36.5 VCM 73.4 HCM 23.7 y eosinofilia 25.7% con cifras normales de creatinina y urea. En el sedimento urinario aparece piuria intensa con bacteriuria de baja intensidad.

Con diagnóstico de infección urinaria en el Servicio de urgencias, pautan Ciprofloxacino 500/12h durante 14 días. Cuando el paciente acude de nuevo a la consulta, dado que la hematuria persiste a pesar del tratamiento antibiótico, se remite a Microbiología para descartar esquistosomiasis urinaria. El diagnóstico se basa fundamentalmente en la observación en fresco de los huevos en orina y a veces, más raramente en heces¹. (Figuras 1 y 2).

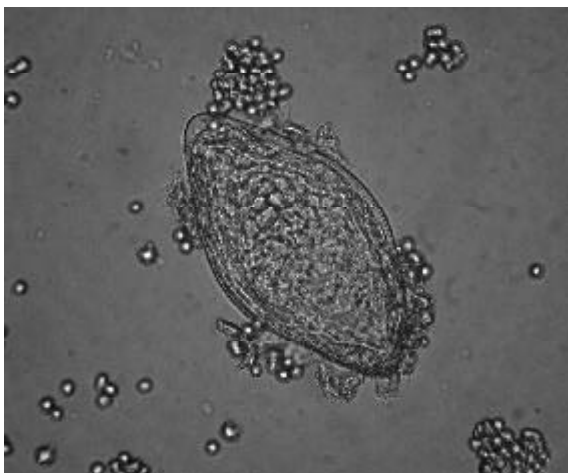


Figura 1. Imagen del esquistosoma.

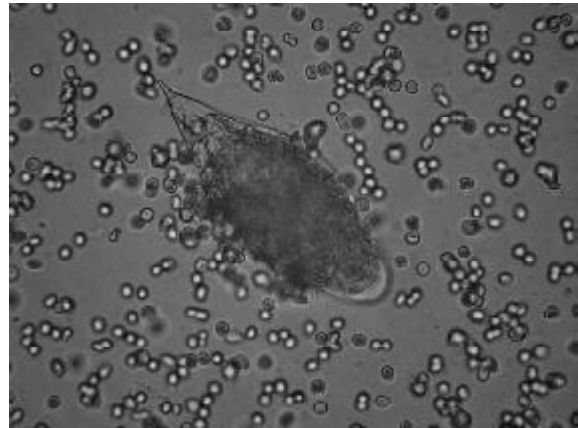


Figura 2. Observación en fresco de los huevos en la orina.

Se objetivaron huevos de *S. haematobium*. Se trató al paciente con prazicuantel oral 2400mg repartidos en dos tomas (20mg/kg/12h), mejorando la sintomatología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La hematuria es un signo clínico que puede estar motivado por un gran número de entidades nosológicas que incluyen afecciones propias del sistema genitourinario y enfermedades sistémicas o renales que, en algún momento de su evolución, se manifiestan en forma de hematuria. La hematuria en un varón joven es algo poco frecuente, y el diagnóstico diferencial se reduce a un abanico de posibilidades menor que en un paciente de edad avanzada, en el que la principal enfermedad a descartar es una neoplasia genitourinaria⁴.

La anamnesis y la exploración física son los pilares fundamentales de una correcta historia clínica que deben permitirnos, en la mayoría de los casos, orientar el cuadro clínico⁵.

En nuestro caso, hay datos significativos para orientar el diagnóstico hacia una esquistosomiasis urinaria: es primordial tener en cuenta la procedencia del paciente de un área endémica como es Mauritania; además, hay que tener en cuenta que es un varón joven que presenta macrohematuria de larga evolución, con buen estado general y con el resto de la clínica anodina, todo ello asociado a eosinofilia moderada, reflejo entre otras entidades de parasitosis⁷.

Debemos hacer diagnóstico diferencial con otras patologías como son:

- Neoplasia genitourinaria, una hematuria macroscópica total, asintomática, silenciosa, caprichosa y no provocada por la actividad física, prácticamente es el primer signo revelador y único síntoma en los tumores Papilares mayores de 60-70 años. La ausencia del factor de riesgo del hábito tabáquico y la edad del paciente reducen las posibilidades de la presencia de una neoplasia.
- Litiasis renoureteral: se suele acompañar de dolor lumbar con puño-percusión negativa.
- Glomerulonefritis: la presencia de un proceso infeccioso de vías altas junto con hematuria debe obligar a descartar un proceso renal subyacente como la nefropatía por Ig A, glomerulonefritis más frecuente en el varón joven, o el síndrome de Goodpasture⁶. La cifra de creatinina normal y la ausencia de microalbuminuria o proteinuria reduce las posibilidades de que la hematuria sea por causa renal⁶.
- Patología vascular: La ausencia de hipertensión arterial, soplos abdominales o arritmias cardíacas nos aleja de un proceso vascular como causa de la hematuria.
- Cistitis tuberculosa: se caracteriza por síntomas irritativos de origen nocturno, suelen existir antecedentes de exposición a pacientes con tuberculosis activa y no suele asociarse a hematuria macroscópica, sólo en un 10%.

Antes de plantear diagnósticos que precisen técnicas invasivas y molestas para el paciente, debemos pensar en «nuevas» patologías emergentes en la práctica habitual en Atención Primaria. Incluso, una manera sencilla de poder solucionar algunos de estos problemas, como plantean Balanzó y Fernández³, es la puesta en marcha de protocolos diagnósticos conjuntos, clínicos y de laboratorio que incluyan pruebas para la detección de aquellas enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en los países de origen de los pacientes³. A título de ejemplo, la realización de unas pocas técnicas sencillas para el examen de parásitos en las diferentes muestras biológicas, permiten diagnosticar casos de malaria, filariasis, esquistosomiasis intestinal y entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roca C, Balanzó X, Fernández-Roure JL, Sauca G, Savall R, Gascón J et al. Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1.321 pacientes. *Med Clin (Barc)* 2002; 119 (16):616-9.
2. Corachan M. Esquistosomiasis o Bilharziosis: importada 2003; 64 (1463):36-41.
3. Balanzó X, Fernández JL. Esquistosomiasis. *Jan* 1989; 37 (887):55-66.
4. Fracchia J, Motta J, Miller L. Evaluation of asymptomatic microhematuria. *Urology* 1995; 46:484-9.
5. Santos Y, Balliu E, Villán D. Hematuria en un varón de 34 años. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 312-6.
6. Gerber G, Brendler C. Evaluation of the urologic patient: history, physical examination and urinalysis. En: *Campbell's urology*. 8th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2002.
7. Feliu E. Enfermedades del sistema leucocitario. En: *Farreras, Rozman. Medicina Interna*. Ed. Barcelona: Doyma, 1992; p. 1642-3.