

Dolor cólico en hipogastrio y eosinofilia en paciente procedente de Gambia

Ana Isabel López-Calleja^a, Luis Torres^a, María José Revillo^a, Antonio Clavel^b y Piedad Arazo^c

^aServicio de Microbiología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

^bServicio de Microbiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

^cUnidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Caso clínico

Mujer de 25 años de edad, natural de Gambia, residente en España desde hace 3 años, que acude a urgencias por presentar dolor cólico en hipogastrio, sin irradiación, de unas 2 h de duración y que cede espontáneamente. Acompañando a los episodios de dolor, presentaba tenesmo vesical y disuria. La paciente refiere episodios similares desde hace 2 años. En el análisis fundamental el único dato destacable fue eosinofilia de 16,2%. Los parámetros bioquímicos, la urografía IV y la ecografía abdominal fueron normales, y los coprocultivos y urocultivo negativos. Se realizó un estudio de parásitos en heces (método de formol-éter) de tres muestras seriadas y estudio de parásitos en orina de 24 h. Se observó, en una de las tres muestras de heces remitidas, una estructura de aproximadamente $160 \times 14 \mu\text{m}$, con una corta cavidad bucal y un prominente primordio genital (fig. 1). El estudio de la orina de 24 h reveló la presencia de numerosas estructuras ovales de $120 \times 60 \mu\text{m}$, con espícula terminal (fig. 2).



Figura 1. Estructura de $160 \times 14 \mu\text{m}$, con corta cavidad bucal y prominente primordio genital.

Evolución

El estudio morfológico y el tamaño de estas estructuras permitió identificarlas como larva rabditiforme de *Strongyloides stercoralis* (fig. 1) y huevos de *Schistosoma haematobium* (fig. 2). La paciente recibió tratamiento con praziquantel (20 mg/kg/12 h, un día) para la esquistosomiasis e ivermectina (200 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{día}$, 2 días) para la estrongiloidiasis. Los estudios parasitológicos posteriores fueron negativos.

Comentario

S. stercoralis es un nematodo intestinal de distribución mundial, aunque particularmente endémico en zonas rurales de países con clima tropical o subtropical, donde las condiciones climáticas de humedad y calor permiten su desarrollo y supervivencia¹. En España se han descrito casos autóctonos en la Comunidad Valenciana, relacionados fundamentalmente con labores agrícolas^{2,3}. La infección se adquiere con la penetración de las larvas



Figura 2. Estructura oval de $120 \times 60 \mu\text{m}$, con espícula terminal.

filariformes a través de la piel, desde donde migran a pulmón y maduran, para ser posteriormente deglutidas hasta el intestino delgado, donde las hembras adultas inician el ciclo reproductivo por partenogénesis. Ponen huevos en la luz intestinal, que eclosionan rápidamente para producir las larvas rabditiformes que mudan a filariformes, ya sea en suelo (estadio infeccioso) o en intestino delgado (autoinfección). Existe un ciclo de vida libre, si las larvas filariformes alcanzan el estadio adulto

Correspondencia: Dra. A.I. López-Calleja.
Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Miguel Servet.
P.º Isabel la Católica, 1-3. 50009 Zaragoza. España.
Correo electrónico: alopez@hmservet.insalud.es

Manuscrito recibido el 19-09-2002; aceptado el 09-10-2002.

en suelo⁴. La autoinfección endógena se mantiene durante varios años⁵. La infección puede ser asintomática o producir signos pulmonares, digestivos o dermatológicos⁶. En caso de inmunodepresión se puede originar estrongiloidiasis diseminada⁷. En cuanto al diagnóstico, la eliminación de larvas en heces es variable; puede ser escasa o nula, por lo que el examen de más de una muestra fecal, así como las técnicas de concentración, aumentan la sensibilidad⁸. Deben diferenciarse las larvas rhabditiformes de las filariformes, muy indicativas de autoinfección⁷. El tratamiento de elección se lleva a cabo con ivermectina 200 µg/kg/día durante 2 días y como alternativas puede administrarse albendazol 400 mg/12 h durante 3 días o tiabendazol 25 mg/kg/12 h durante 3-5 días⁹.

S. haematobium es un trematodo endémico de África y Oriente Medio^{10,11} que produce la esquistosomiasis urinaria o vesical. La infección se adquiere por contacto con agua contaminada con larvas y penetración de éstas a través de la piel, desde donde migran al hígado pasando por corazón y pulmón. En 4-10 semanas atraviesan las venas mesentéricas inferiores y llegan a los plexos vesical y pélvico, lugar donde residen los adultos y se produce la oviposición. Los huevos atraviesan la pared de las vénulas, pasando a la orina y produciendo un síndrome urinario bajo: hematuria terminal, disuria y molestias hipogástricas. El depósito de huevos en la submucosa vesical provoca una reacción inflamatoria granulomatosa crónica. Según el grado de infestación, pueden desarrollarse calcificaciones vesicales, hidrouréter, hidronefrosis o insuficiencia renal¹². Se ha establecido una correlación epidemiológica entre esquistosomiasis urinaria y cáncer de vejiga en zonas hiperendémicas^{13,14}. El diagnóstico se realiza por observación e identificación de huevos en orina de 24 h u orina tras realizar ejercicio moderado¹². El tratamiento de elección es praziquantel, 20 mg/kg/12 h en un solo día¹⁵.

El número de inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo ha aumentado de manera considerable en los últimos años, y con esto también el número de parasitosis

importadas. Este caso constituye un ejemplo de poliparasitación en una paciente inmigrante, cuya sintomatología clínica hacía más bien pensar en esquistosomiasis únicamente urinaria. Creemos necesario realizar un estudio parasitológico completo en la población inmigrante con el fin de descartar todas las infecciones parasitarias posibles según el país de procedencia o los factores de riesgo. En caso contrario, ciertas infecciones asintomáticas podrían no ser diagnosticadas, con la repercusión que eso entraña, tanto en el paciente como en sus convivientes.

Bibliografía

1. Mahmoud AAF. Strongyloidiasis. Clin Infect Dis 1996;53:949-53.
2. Cremades MJ, Igual R, Ricart C, Estellés F, Pastor-Guzmán A, Menéndez R. Infección por *Strongyloides stercoralis* en la comarca de La Safor (Comunidad Valenciana). Med Clin (Barc) 1997;109:212-5.
3. Rodríguez D, Oltra C, Igual R, Parra F, Martínez J, Ángel C, et al. Treinta casos de estrongiloidiasis en un centro de atención primaria: características y posibles complicaciones. Aten Primaria 1998;21:271-4.
4. King CH. Strongyloidiasis. En: Mahmoud AAF, ed. Tropical and geographical medicine companion handbook. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1993; p. 87-91.
5. Grove DL. Strongyloidiasis in Allied ex-prisoners of war in South-east Asia. BMJ 1980;280:598-604.
6. Milder JE, Walzer PD, Kilgore J, Rutherford I, Klein M. Clinical features of *Strongyloides stercoralis* infection in an endemic area of the United States. Gastroenterology 1981;80:481-8.
7. Capell S, Pujol R, Garau J, Pallarés R, Campo E. Hiperinfestación por *Strongyloides stercoralis*. Med Clin (Barc) 1982;79:232-5.
8. Sato Y, Kobayashi J, Toma H, Shiroma Y. Efficacy of stool examination for detection of *Strongyloides* infection. Am J Trop Med Hyg 1995;53:248-250.
9. Mensa J, Gatell JM, Jiménez de Anta MT, Prats G, Domínguez-Gil A. Guía de terapéutica antimicrobiana. 11.ª ed. Barcelona: Masson, 2001; p. 248.
10. World Health Organization. The control of Schistosomiasis. Report of a WHO Expert Committee. 728. Genève: World Health Organ Tech Rep Ser, 1985.
11. World Health Organization. The control of Schistosomiasis. Report of a WHO Expert Committee. 830. Genève: World Health Organ Tech Rep Ser, 1993.
12. García LS, Bruckner DA, eds. Diagnostic medical parasitology. 2nd ed. Washington: American Society of Microbiology, 1993; p. 322-40.
13. Badawl AF, Mostafa MH, O'Connor PJ. Involvement of alkylating agents in schistosome-associated bladder cancer: the possible basic mechanisms of induction. Cancer Lett 1992;63:171-88.
14. Rosin MP, Anwar W. Chromosomal damage in urothelial cells from Egyptians with chronic *Schistosoma haematobium* infections. Int J Cancer 1992;50:539-43.
15. Mensa J, Gatell JM, Jiménez de Anta MT, Prats G, Domínguez-Gil A. Guía de terapéutica antimicrobiana. 11.ª ed. Barcelona: Masson, 2001; p. 241.