

CARTAS AL DIRECTOR

Una causa de rectorragia poco frecuente en nuestro medio: esquistosomiasis intestinal

An unusual cause of rectal bleeding in our environment: intestinal schistosomiasis

Sr. Director:

La hemorragia digestiva baja es una entidad muy relevante en la práctica clínica diaria, estimándose su incidencia en 20-27 casos por 100.000 habitantes/año. Su etiología se puede agrupar en 4 categorías: anatómicas, vasculares, inflamatorias y neoplásicas. En los individuos menores de 50 años, las hemorroides son la causa más frecuente de sangrado rectal. En el contexto de la población emigrante, cada vez más frecuente en nuestro medio, podemos encontrar causas poco habituales como algunas parasitosis intestinales.

Presentamos el caso de un varón, de 39 años, brasileño residente en España desde hace un año y medio, que refería rectorragia de 5 meses de evolución junto con una disminución de la consistencia de las heces. La exploración física fue normal. La analítica mostró hemoglobina, hematocrito y recuento leucocitario normales así como una bioquímica y un estudio de coagulación sin alteraciones. Se realizó una colonoscopia completa con ileoscopia terminal, observándose una proctitis inespecífica con hematomas submucosos, lineales y serpiginosos, que se biopsió (fig. 1). El estudio anatomopatológico mostró densos infiltrados inflamatorios, compuestos principalmente por eosinófilos e histiocitos que formaban pequeños granulomas, tanto en la mucosa como en la submucosa. En la lámina propia se encontraron unas estructuras con una fina cápsula densa, plegada y ligeramente pigmentada, con un contenido granular, rodeadas de un infiltrado inflamatorio denso con degranulación de eosinófilos, que se identificaron como huevos de esquistosoma (fig. 2), sin poder precisar la especie. Posteriormente se solicitaron 2 cultivos y estudio de parásitos en heces y en orina que fueron negativos y una serología de esquistosomiasis (IgG) que fue positiva. Se descartaron lesiones hepáticas y renales mediante una ecografía abdominal. Se pautó tratamiento con praziquantel, a razón de 40 mg/kg de peso repartido en 2 tomas en un único día, sin presentarse

complicaciones. El paciente está en la actualidad asintomático, sin diarrea ni rectorragia desde aproximadamente una semana tras realizar el tratamiento, pendiente de revisión con rectoscopia para nueva toma de biopsias.

La esquistosomiasis es una infección parasitaria causada por un trematodo endémico de áreas tropicales y subtropicales, por lo que en los países occidentales la infección se observa en inmigrantes o viajeros. Las manifestaciones clínicas varían en función de la especie infectante: enfermedad digestiva por *Schistosoma mansoni* o *S. intercalatum*, genitourinaria por *S. haematobium* y hepatobiliar por *S. mansoni*, *S. japonicum* y *S. mekongi*¹. Los síntomas intestinales más frecuentes son abdominalgia, diarrea, rectorragia y anemia ferropénica², habiéndose descrito también la formación de pólipos intestinales secundaria a la reacción granulomatosa ante los huevos del parásito³ y el desarrollo de úlceras y estenosis. Dada la procedencia geográfica de nuestro paciente y su sintomatología pensamos que lo más probable es que sufriese una infestación por *S. mansoni* que es la única especie presente en Brasil y que ocasiona sintomatología digestiva.

El diagnóstico de confirmación se realiza mediante la visualización de los huevos en las biopsias tomadas de recto,



Figura 1 Imagen de la colonoscopia.

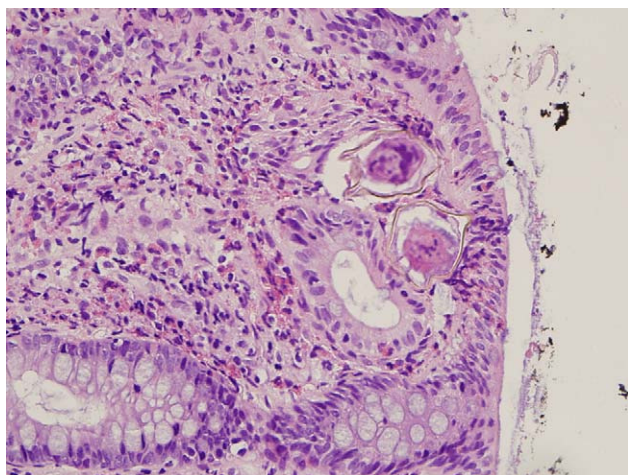


Figura 2 Huevos de esquistosoma en una muestra de biopsia intestinal.

intestino, hígado o vejiga o mediante su aislamiento en heces u orina⁴, si bien esto último puede ser poco rentable como sugiere un trabajo en el que solo se identificaron huevos de *S. mansoni* en heces en el 11% de los pacientes con biopsias colónicas positivas⁵.

Todos los pacientes con evidencia de infección deben recibir tratamiento, incluso los asintomáticos⁶, empleándose habitualmente 40-60 mg por kilogramo de peso de praziquantel por vía oral.

Debido al importante incremento de la inmigración y de los viajes internacionales en los últimos años en nuestro país, deberíamos tener en cuenta algunas causas poco habituales en nuestro medio, como la infestación

por esquistosomiasis, en el estudio de una rectorragia en pacientes con factores de riesgo.

Bibliografía

1. Argemi X, Camuset G, Abou-Bakar A, Lucescu I, Forestier E, Christmann D, et al. Case report: rectal perforation caused by *Schistosoma haematobium*. *Am J Trop Med Hyg.* 2009;80:179-81.
2. Stephenson L. The impact of schistosomiasis on human nutrition. *Parasitology.* 1993;107 Suppl:S107-23.
3. Abe Y, Inamori M, Fujita K, Fujisawa T, Fujisawa N, Yoneda M, et al. Gastrointestinal: rectal polyp associated with schistosomiasis. *J Gastroenterol Hepatol.* 2006;21:1216.
4. Elliott DE. Schistosomiasis. Pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Gastroenterol Clin North Am.* 1996;25:599-625.
5. Rizzo M, Mansueto P, Cabibi D, Barresi E, Berneis K, Affronti M, et al. A case of bowel schistosomiasis not adhering to endoscopic findings. *World J Gastroenterol.* 2005;11:7044-7.
6. Brinkmann UK, Werler C, Traoré M, Doumbia S, Diarra A. Experiences with mass chemotherapy in the control of schistosomiasis in Mali. *Trop Med Parasitol.* 1988;39:167-74.

Maria Teresa Herranz Bachiller*, Pilar Diez Redondo, Paula Gil Simon y Sara Lorenzo Pelayo

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maiteheba@hotmail.com (M.T. Herranz Bachiller).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.06.007

Imagen endoscópica de una duplicación gástrica

Endoscopic image of a gastric duplication

Sr. Director:

Las duplicaciones congénitas del tubo digestivo son anomalías poco frecuentes detectadas habitualmente en la edad pediátrica¹, en el íleon terminal y en el yeyuno.

La duplicación gástrica, denominada también quiste de duplicación o quiste enterico es una de las más infrecuentes, representando el 3-4% de las duplicaciones². Presentamos las imágenes endoscópicas de un caso de duplicación gástrica.

Mujer de 69 años, diagnosticada de leiomioma gástrico 4 años antes, que es enviada para control. La paciente se encontraba asintomática. Se realizó gastroscopia, encontrando tumoración alargada de aproximadamente 5 cm (fig. 1) que se extendía en la cara posterior hacia curvatura mayor, llegando prácticamente al píloro. Se realizó ecoendoscopia (fig. 2), en la que se apreciaba cómo la lesión, con una ecogenicidad intermedia y zonas quísticas, se originaba en la submucosa descartándose por lo tanto un leiomioma.

La paciente fue intervenida realizándole enucleación de la tumoración. El informe anatomopatológico fue de lesión quística benigna, revestida de epitelio gástrico con cambios metaplásicos, fibrosis e infiltrado inflamatorio, datos diagnósticos de duplicidad gástrica.

La duplicación digestiva en el adulto representa solo el 5% de los casos³, siendo la gástrica la menos frecuente (3-4%)²⁻⁴ asociada en ocasiones a otras malformaciones bien digestivas, renales, vertebrales y del aparato genitourinario.

Estas anomalías se deben a alteraciones del desarrollo embrionario postulándose varias teorías que tratan de explicarla. El hecho de que la mayoría de los quistes de duplicación gástrica se desarrollen en la curvatura mayor⁵, a nivel distal (tan solo un 5% se desarrollan en la curvatura menor), se debe a que casi todos ellos se originan dorsalmente al intestino primitivo.

Predominan en mujeres. En la edad adulta, lo más frecuente es que el quiste de duplicación gástrica sea asintomático descubriéndose de forma accidental. Puede manifestarse como dolor abdominal, masa epigástrica, náuseas, vómitos, pancreatitis recidivantes⁶, HDA, fistulizaciones, oclusiones o suboclusión⁷.

La TAC y la RMN pueden identificar este tipo de lesiones, sin embargo pueden confundirse en un porcentaje muy alto