

Mujer tailandesa con hematuria y eosinofilia

Juan Ramón Maestre^a, José Ramón Toral^b, Susana Gómez^c, Paloma Sánchez^a y Victoria Buezas^a

^aServicio de Microbiología Clínica. ^bUnidad de Enfermedades Infecciosas. ^cServicio de Alergología. Hospital Central de la Defensa. Madrid. España.

Caso clínico

Paciente de 36 años, residente habitual en Tailandia, que acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital, por presentar un cuadro de hematuria y disuria de varios días de evolución. El paciente no presentaba antecedentes personales ni familiares de interés. En la exploración física no se observaron signos patológicos. En el análisis de sangre practicado en el servicio de urgencias destacaba eosinofilia del 14% (650/ μ l), y en el sedimento urinario más de 100 hematíes y leucocitos por campo. Ante la sospecha clínica de infección urinaria, se instauró tratamiento empírico con 500 mg/12 h de ciprofloxacino que continuó durante 10 días. La paciente quedó asintomática, y la piuria se mantuvo con cultivo negativo. Se solicitó un examen parasitológico de heces para estudiar la causa de la eosinofilia en el cual se apreciaron huevos operculados de 30 × 15 μ m (figs. 1 y 2).

Evolución

Se practicó un nuevo análisis de orina con estudio parasitológico cuyo resultado fue negativo. La piuria abacteriana persistía, por lo que se realizaron tinciones de Auramina y Ziehl-Neelsen con las que se observaron abundantes bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR). La prueba de Mantoux resultó positiva (15 mm). En el cultivo en medio de Löwenstein-Jensen, se aisló e identificó *Mycobacterium tuberculosis*. En la radiología de tórax, no se observaron lesiones y en la urografía intravenosa se constató ectasia pielocalicial en riñón izquierdo, con deformación de papilas y atrofia del parénquima renal (fig. 3). La ecografía renal mostraba hígado y vías biliares normales, y la imagen del riñón izquierdo era compatible con pielonefritis crónica.

Se realizó tratamiento con praziquantel oral 3 dosis de 25 mg/kg en un solo día. Se inició tratamiento con tuberculostáticos: isoniazida, rifampicina y pirazinamida. La evolución fue favorable. Las baciloskopias en orina se mantuvieron positivas durante 3 meses, siendo los cultivos seriados para micobacterias negativos.

Diagnóstico

Opistorquiasis por *Opisthorchis viverrini* y tuberculosis renal.

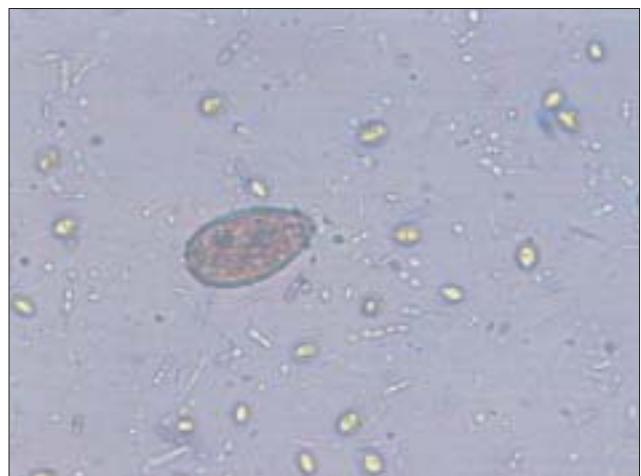


Figura 1. Huevo operculado ×400. Se observa anillo opercular engrosado.

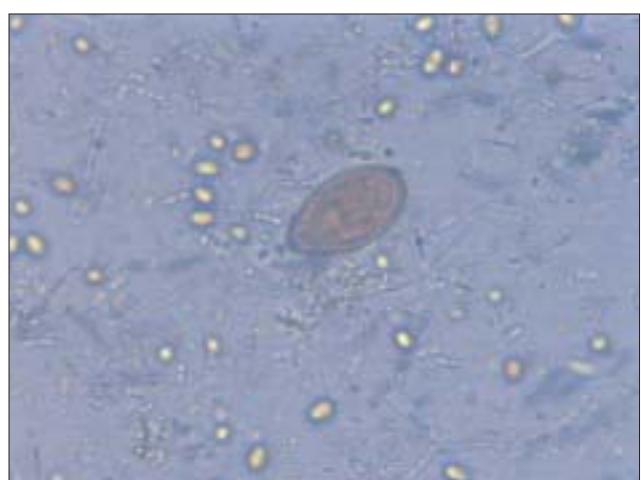


Figura 2. Huevo operculado ×400. Se observa pequeña prominencia en polo posterior.

Comentario

La infestación por trematodos de las especies *Clonorquis sinensis*, *O. felineus* y *O. viverrini*, se ha reconocido como un problema de salud pública en los países del sudeste asiático¹⁻⁴. El hombre se infecta al consumir pescado crudo con metacercarias enquistadas. Las metacercarias se liberan en intestino delgado y migran hasta el árbol biliar. En los conductos biliares de pequeño calibre, se desarrolla el gusano adulto (duela

Correspondencia: Dr. J. R. Maestre.
Servicio de Microbiología Clínica. Hospital Central de la Defensa.
Glorieta del Ejército, s/n. 28047 Madrid. España.
Correo electrónico: maestre5@terra.es

Manuscrito recibido el 6-2-2003; aceptado el 25-3-2003.

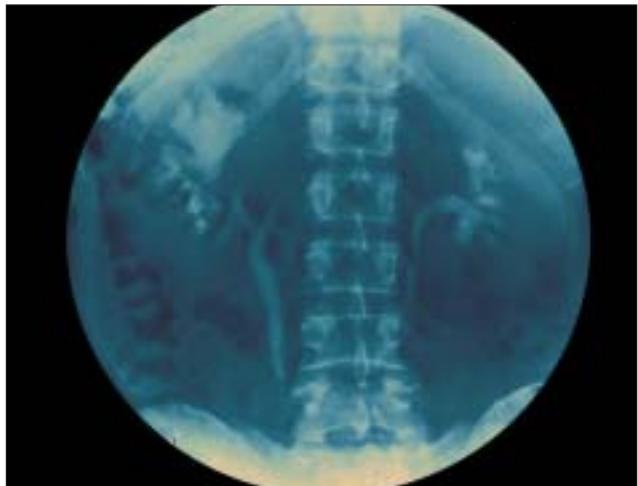


Figura 3. Urografía intravenosa. Se aprecia ectasia pielocalicial en riñón izquierdo.

hepática), donde puede permanecer incluso hasta 50 años. La infestación suele ser asintomática, como sucedió en nuestra paciente, y en las zonas endémicas más del 90% de la población está parasitada^{1,2}. Una infestación elevada puede ocasionar síntomas como: fiebre, dolor abdominal, diarrea e ictericia, así como alteración funcional hepática, obstrucción biliar y a largo plazo cirrosis biliar y

colangiocarcinoma^{5,6}. El diagnóstico se realiza por la observación de huevos operculados característicos en las heces o en el aspirado duodenal. La ecografía de vía biliar permite, a veces, la observación de conductos biliares intrahepáticos dilatados. En estudios ecográficos realizados en zonas endémicas, el 50% de los pacientes infestados no presentan alteraciones de la vía biliar⁷.

El tamaño y la morfología de los huevos de *C. sinensis* y *Opisthorchis* spp., son muy similares, mientras que su distribución geográfica es diferente. En nuestro caso, el origen tailandés de la paciente nos inclina hacia el diagnóstico de opistorquiasis (duela hepática prevalente en Tailandia).

Bibliografía

1. King S, Sholz T. Trematodes of the family *Opisthorchiidae*: A minireview. Korean J Parasitol 2001;39:209-21.
2. Bruckner DA. Helminthic food-borne infections. Clin Lab Med 1999;19:639-60.
3. Slifko TR, Smith HV, Rose JB. Emerging parasite zoonoses associated with water and food. Int J Parasitol 2000;30:1379-93.
4. Rim HJ, Farag HF, Sornmani S, Cross JH. Food-borne trematodes: Ignored or emerging? Parasitol Today 1994;10:207-9.
5. Carpenter HA. Bacterial and parasitic cholangitis. Mayo Clin Proc 1998;73: 473-8.
6. Chapman RW. Risk factors for biliary tract carcinogenesis. Ann Oncol 1999;10(Suppl 4):308-11.
7. Hong ST, Yoon K, Lee M, Seo M, Choi MH, Sim JS, et al. Control of clonorquiasis by repeated praziquantel treatment and low diagnostic efficacy of sonography. Korean J Parasitol 1998;36:249-54.