

# Paciente natural de Ghana con diarrea y proctalgia

Corina Escóin<sup>a</sup>, Diego Torruís<sup>b</sup>, Esperanza Merino de Lucas<sup>c</sup> y Ana Teruel del Valle<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna. Consulta de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Clínica.

<sup>c</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. <sup>d</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario de Alicante. España.

## Caso clínico

Hombre de 28 años, natural de Ghana y residente en España desde hace 3 años, en seguimiento en consultas de Dermatología por condilomas acuminados. Consultó por diarrea mucosanguinolenta, proctalgia intensa y tenesmo rectal de 2 semanas de evolución junto con dificultad para iniciar la micción. El tacto rectal fue muy doloroso. En los análisis sanguíneos destacaba: hemoglobina, 11,6 g/dl; volumen corpuscular medio, 70; hemoglobina corpuscular media (HCM), 22; hierro, 19 µg/dl; IST 6%; PCR, 7,5 mg/dl y velocidad de sedimentación globular (VSG) 87. El frotis de sangre periférica no mostró hemoparásitos. En el urocultivo se aislaron más de 10<sup>5</sup> UFC de *E. coli* y fue positivo el antígeno de *Chlamydia trachomatis* en exudado uretral. El coprocultivo fue negativo. Ante la persistencia de la sintomatología se realizó colonoscopia, que mostraba signos de colitis inespecífica, y se tomaron biopsias de la mucosa, donde se visualizaron estructuras ovoides rodeadas de cutícula en la lámina propia concordantes con huevos de *Schistosoma* spp. (figs. 1 y 2). En el estudio coproparasitológico se observaron huevos de *S. mansoni*. Recibió tratamiento con praziquantel, 2 dosis de 1.400 mg (40 mg/kg).

## Evolución

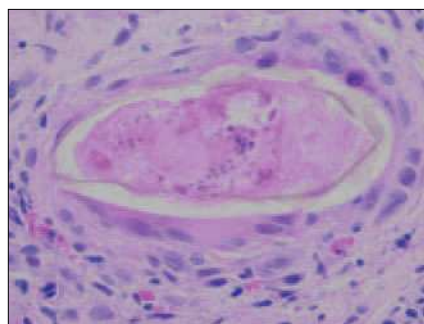
El paciente volvió a consultar por dorsolumbalgia irradiada a cara posterior de la pierna derecha, asociando paresia y signo de Lassegue positivo en dicho miembro. Ante la sospecha de afectación medular por *Schistosoma* se realizó resonancia magnética de columna que mostró una alteración morfológica y de intensidad en los somas de D1, D12 y L2 con masa de partes blandas que se extendía a psoas y región presacra e invadía el conducto espinal en ese punto, compatible todo ello con osteomielitis vertebral y absceso de partes blandas (figs. 3 y 4). Se realizó punción-aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por ecografía de dicha colección y se aisló *Mycobacterium tuberculosis*. Se instauró tratamiento con isoniazida, rifampicina y pirazinamida con curación.

## Comentario final

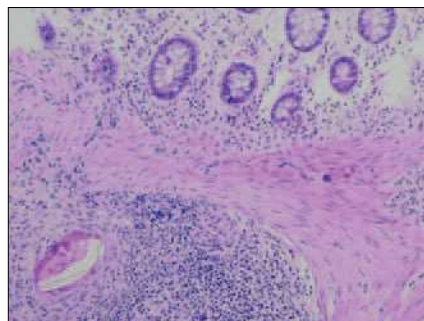
La esquistosomiasis afecta a 200 millones de personas en todo el mundo, siendo África subsahariana la región de más elevada prevalencia<sup>1</sup>. *S. mansoni* produce la esquistosomiasis intestinal y hepatoesplénica. El hombre se infec-

ta al bañarse en agua de ríos o lagos contaminadas por cercarias (tercer estadio larvario), las cuales entran en el torrente circulatorio del hospedador definitivo (hombre) a través de la piel. Migran por vía sanguínea hasta corazón y pulmones, y de ahí a circulación sistémica e hígado, donde maduran a gusanos adultos. La hembra pone los huevos en las vénulas mesentéricas en la submucosa intestinal y se eliminan al medio externo a través de las heces. En agua dulce y en presencia de su hospedador intermediario (caracol acuático del género *Biomphalaria*) se transforman en cercarias, cerrándose el ciclo. La afectación clínica se da principalmente por reacción granulomatosa frente al depósito de huevos en distintos niveles (intestino, hígado, pulmones, riñones y sistema nervioso central [SNC]). La forma gastrointestinal es la más frecuente, con amplio espectro clínico que abarca desde dolor inespecífico hasta masa abdominal<sup>2</sup>; la colonoscopia puede ser normal. En algunos casos se puede dar en localizaciones atípicas, como el SNC, donde puede ser tanto encefálica como medular<sup>3</sup>.

La tuberculosis ósea constituye el 10-35% de las formas extrapulmonares, que en el 50% se localizan en la columna vertebral<sup>4</sup>. Se suele dar durante la bacteriemia asociada a la primoinfección. En las zonas de elevada prevalencia, la sintomatología puede ser atípica: con afectación multifocal<sup>5</sup> (15%), menor afectación discal y con zonas de



**Figura 1.** Estructura ovoide rodeada de prominente cutícula.



**Figura 2.** Estructura ovoide rodeada de prominente cutícula en lámina propia del intestino grueso con importante reacción inflamatoria alrededor.

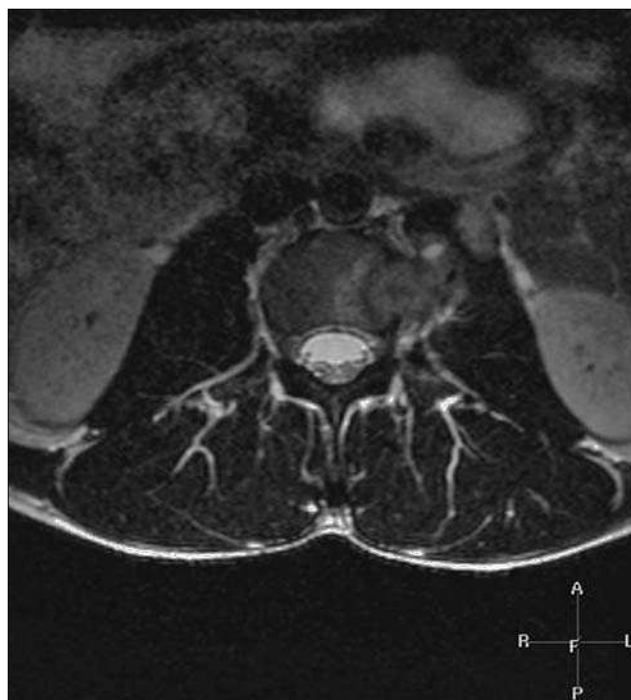
Correspondencia: Dra. C. Escóin.  
Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante.  
Maestro Alonso, 109. 03010 Alicante. España.  
Correo electrónico: cor\_esc@hotmail.com

Manuscrito recibido el 5-7-2004; aceptado el 26-7-2004.



**Figura 3.** Secuencia T2 de RM vertebral: alteración de intensidad en somas de D1 y L2, con absceso de partes blandas acompañante que se introduce a través del agujero sacro en el canal medular.

esclerosis y proliferación perióstica. La región lumbar y torácica baja es la más afectada. El síntoma más frecuente es el dolor insidioso, el 40-70% presentan síntomas neurológicos al diagnóstico y el 50% tienen una radiografía de tórax normal.



**Figura 4.** Secuencia T2 de RM vertebral: afectación del soma de L2 con masa de partes blandas que se extiende a músculo psoas derecho.

Cabe destacar el número creciente de inmigrantes de países subdesarrollados y en vías de desarrollo. En esta población es necesario pensar que pueden coexistir varias infecciones al mismo tiempo, algunas de ellas paucisintomáticas, por lo que es necesaria una gran sospecha diagnóstica y realizar las exploraciones complementarias convenientes para su detección.

#### Bibliografía

1. Ross A, Bartley P, Sleight A. Schistosomiasis. *N Engl J Med.* 2002;346: 1212-20.
2. Strickland GT. Gastrointestinal manifestations of schistosomiasis. *Gut.* 1994;35:1334-7.
3. Ferrari TC, Correa-Oliveira R, Xavier MA, Gazzinelli G, Cunha AS. Spinal cord schistosomiasis. A report of 2 cases and review emphasizing clinical aspects. *Medicine (Baltimore).* 1999;78:176-90.
4. Pertuiset E, Beaudreuil J, Lioté F. Spinal tuberculosis in adults. A study of 103 cases in a developed country, 1980-1994. *Medicine (Baltimore).* 1999;78: 309-20.
5. Muradali D, Gold W, Vellend H, Becker E. Multifocal osteoarticular tuberculosis: report of four cases and review of management. *Clin Infect Dis.* 1993;17: 204-9.