

ESQUISTOSOMIASIS VESICAL. DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LA INSUFICIENCIA DE CONTRACCIÓN DEL DETRUSOR

H. FERNÁNDEZ AJUBITA, J.C. RAMÍREZ FERNÁNDEZ, J. SALINAS CASADO,
Z. MOHAMED MOHAMED

Unidad de Litotricia. Hospital Rüber Internacional. Madrid.

PALABRAS CLAVE:

Esquistosomiasis vesical. Insuficiencia contráctil del detrusor.

KEY WORDS:

Bladder bilharziasis. Impaired bladder muscle contractility.

Actas Urol Esp. 24 (1): 61-64, 2000

RESUMEN

Presentamos un caso de esquistosomiasis vesical con análisis histopatológico y estudio urodinámico completo, describiendo los diferentes patrones de afectación de la vejiga urinaria. Se insiste en la necesidad de la evaluación mediante urodinámica de estos pacientes para evitar posibles errores diagnósticos y terapéuticos.

ABSTRACT

This paper reports a case of bladder bilharziasis with histopathological exam and different patterns of urodynamic evaluation. The need for urodynamics is emphasized in order to avoid diagnostic and therapeutic mistakes.

La esquistosomiasis o bilharziosis urinaria constituye uno de los mayores problemas de salud pública que padecen los países del Tercer Mundo, principalmente del área de Oriente Medio, y particularmente Egipto. Se estima que la parasitación producida por el Trematodes *Schistosoma Haematobium* afecta a docenas de millones de personas¹. El ciclo biológico del parásito provoca que después de una fase infectiva aguda se desarrollen las formas crónicas, responsables de secuelas y complicaciones urinarias de muy diversa gravedad y presentación clínica².

Su importancia en nuestro medio radica en reconocer la enfermedad, dada su escasa incidencia y el hecho de que todos los pacientes vienen de zonas endémicas^{3,4}.

CASO CLÍNICO

El caso que nos ocupa se trata de un varón de 41 años de ascendencia árabe diagnosticado hace 18 años de esquistosomiasis vesical y tratado médicaamente en Arabia Saudita. Desde entonces no ha vuelto a presentar hematuria. Refiere un episodio de retención urinaria aguda (RAO) hace 10 años, que se resolvió con sondaje vesical durante unos días. Acude a la consulta por haber sufrido nuevamente una RAO hace 2 semanas, habiendo sido ya retirada la sonda vesical. El paciente presenta sintomatología de vaciamiento del tracto urinario inferior, con discreta dificultad miccional, chorro de calibre y fuerza aceptables y una frecuencia miccional nocturna de 2 veces. La exploración física del paciente fue anodina. En la

radiografía simple de abdomen se apreció una calcificación pélvica que moldea las paredes de la vejiga urinaria, así como una tenue calcificación en el teórico trayecto del uréter izquierdo (Fig. 1). La urografía i.v. realizada mostró mínima ectasia pielocalicial izquierda, calcificación del uréter izquierdo, y se confirmaron los depósitos calcáreos en la pared de la vejiga (Fig. 2). El análisis de sangre, así como el sedimento urinario, fueron normales.

La cistoscopia mostró una mucosa vesical deslustrada, de coloración amarillenta, con áreas nodulares, que se biopsiaron. El estudio anatomo-patológico puso en evidencia la presencia de numerosos huevos de Schistosoma calcificados (Fig. 3-a), así como intensa fibrosis de la pared vesical en la tinción con tricrómico de Masson (Fig. 3-b).

El estudio urodinámico practicado demostró una gran capacidad vesical y afectación de la contractilidad del detrusor, sin datos de obstrucción urinaria, y micción compensada (Figs. 4 y 5; Tabla I).



FIGURA 1



FIGURA 2

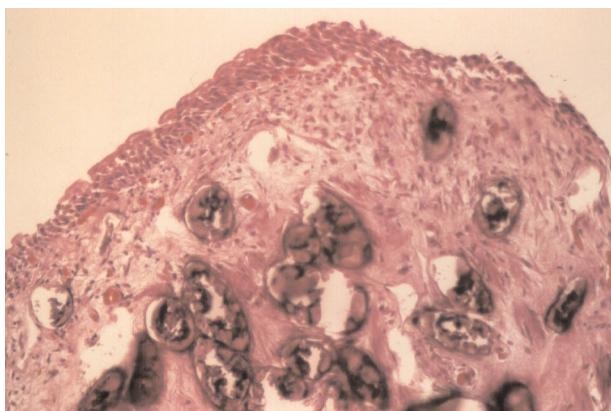
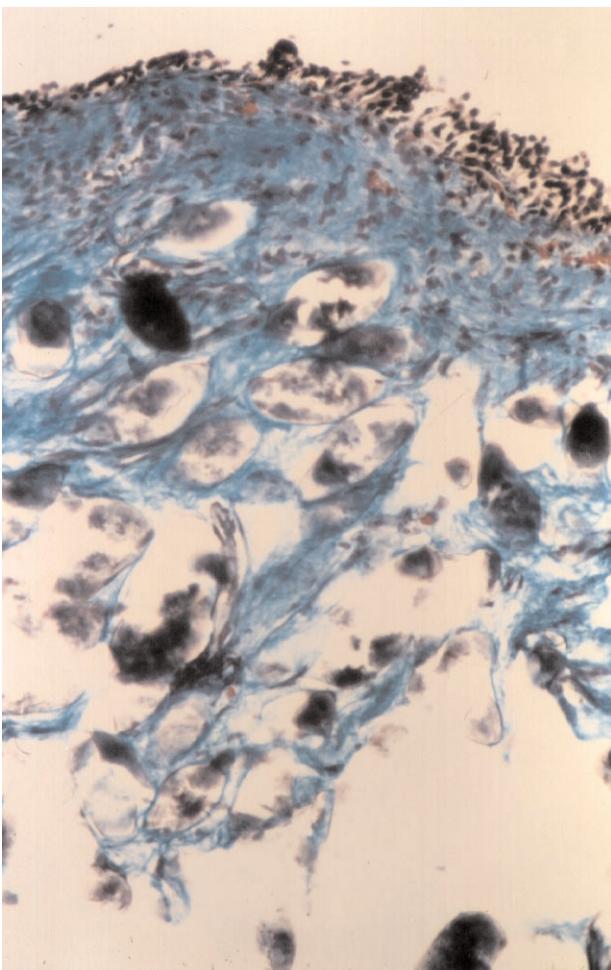
El estudio video-urodinámico incluyó cistomanometría y curva de presión/flujo. Como se aprecia en la Figura 4, la capacidad vesical superó los 800 cc con una presión del detrusor de llenado inferior a 25 cm H₂O (acomodación > 30 cc/cm H₂O), sin provocar molestia alguna al paciente.

El estudio de presión/flujo (Fig. 5) demostró afectación de la capacidad contráctil del detrusor ($P_w = 45$ mw), micción ayudada de prensa abdominal, ausencia de datos de obstrucción del tracto urinario inferior (URA = 23 cm H₂O; PURR = 25 cm H₂O), así como demostración videocistográfica de una apertura normal de cuello vesical y uretra.

No se consideró preciso tratar al paciente con antiparasitarios (Praciquantel), siguiendo revisiones para controlar el residuo post-miccional.

DISCUSIÓN

La inespecificidad de la sintomatología funcional del tracto urinario inferior, tanto con predom-

**FIGURA 3a.****FIGURA 3b.**

minio de sintomatología de vaciamiento como de almacenamiento, provoca que entidades nosológicas totalmente diferentes muestren cuadros clínicos muy similares, que pueden inducir a elegir alternativas terapéuticas inadecuadas.

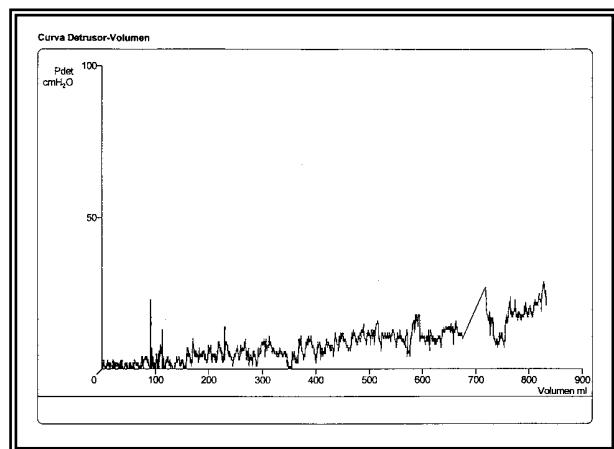
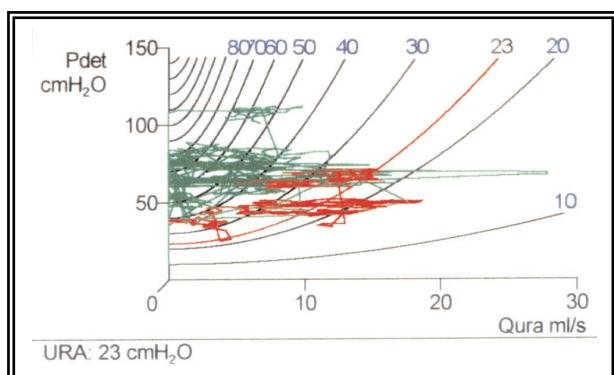
**FIGURA 4. Cistomanometría.****FIGURA 5. Presión/flujo. Análisis.**

TABLA I
ESTUDIO PRESIÓN/FLUJO Y PARÁMETROS
DE CONTRACTILIDAD

- Presión máxima del detrusor = 30 cm H₂O.
- Flujo máximo = 15 ml/sg.
- Flujo medio = 7 ml/sg.
- Tiempo de micción = 284 sg.
- Orina residual = 0 cc.
- URA (Griffiths) = 23 cm H₂O.
- Foot point PURR (Schafer) = 25 cm H₂O.
- Potencia a flujo máximo Pw = 45 miliwatts.

En varones afectos de esquistosomiasis vesical y que refieren síndrome prostático, pueden suceder 3 condiciones distintas⁵⁻⁷:

1. Hiperplasia prostática benigna de comportamiento obstructivo.
2. Obstrucción del cuello vesical secundaria a fibrosis post-bilharziósica.

3. Afectación de la contractilidad del detrusor sin obstrucción urinaria.

Como ya han demostrado diversos autores⁵⁻⁷, la sintomatología urinaria de estos pacientes es inespecífica. Además, la afectación contráctil del detrusor parece ser tan frecuente como la fibrosis obstructiva del cuello vesical, con la que suele confundirse, tratándose con procedimientos endoscópicos (RTU o comisurotomía anterior) que desemboca en un inaceptablemente alto porcentaje de fracasos: hasta un 43,2% (Shaaban, 1984). El estudio microscópico de biopsias de pacientes con detrusor hipocontráctil revela infiltración por huevos de schistosoma entre los haces musculares, así como aumento del colágeno e incluso atrofia muscular, todo lo cual hace pensar en un efecto destructivo sobre las fibras del detrusor que afectará inevitablemente a su capacidad contráctil. En estos casos, la insuficiencia contráctil del detrusor, entidad no infrecuente en el varón y cuyas causas son poco conocidas, encuentra su reconocimiento etiológico.

REFERENCIAS

1. WRIGHT WH: Geographical distribution of schistosomes and their intermediate hosts. In Ansari, N. (Ed.): Epidemiology and control of schistosomiasis (bilharziosis). Basel, S. Karger 1973: 32-249.
2. SMITH JH, CHRISTIE JD: The pathobiology of schistosoma haematobium infection in humans. *Hum Pathol* 1986; **17**: 333.
3. AVILA PADILLA J, CAPELL GONZÁLEZ M, MARTI HERNÁNDEZ M, ABOS FANLO P: Esquistosomiasis vesical: Presentación de un nuevo caso. *Arch Esp de Urol* 1992; **45**: 707.
4. PEINADO IBARRA F, FERNÁNDEZ ARJONA R, MARTÍN LÓPEZ R, MÍNGUEZ MARTÍNEZ R, TEBA DEL PINO F, GÓMEZ SANCHÁ F, NIETO LLANOS S, SANZ SACRISTÁN J, HERRERO TORRES L, PEREIRA SANZ J: Esquistosomiasis vesical: Aportación de dos nuevos casos con presentación anatomo-clínicas diferentes y revisión de la literatura. *Actas Urol Esp* 1995; **19 (9)**: 724-728.
5. KORAITIM M, AL-GHORAB M: The diagnosis of bilharzial bladder neck obstruction: Evaluation of criteria in 140 cases. *J Urol* 1972; **107**: 381-383.
6. ZAHER M, EL-DEEB A: Bilharziosis of the prostate: Its relation to bladder neck obstruction and its management. *J Urol* 1976; **106**: 257-261.
7. GHOBISH A, KAMEL H, MOSTAFA A, MANGUD A: Urinary bladder bilharziasis as a cause of impaired bladder muscle contractility. *Neurourology and Urodynamics* 1998; **17**: 483-492.

Dr. H. Fernández Ajubita
C/ Cruz del Sur, 1 - 6º C
28007 Madrid

(Trabajo recibido el 2 Junio de 1999)