

CARTA CLÍNICA

Esquistosomiasis vesical. A propósito de un caso clínico



Bladder schistosomiasis. A case report

La esquistosomiasis urinaria es una parasitosis provocada por *Schistosoma haematobium*. Se trata de una enfermedad endémica que afecta a casi toda África y Oriente Medio, sin ser frecuente en nuestro medio¹. Se considera por orden de prevalencia la segunda parasitosis a nivel mundial (tras el paludismo)^{2,3}.

El actual ritmo migratorio y la llegada a nuestros ambientes de personas de regiones tropicales afectadas endémicamente por *Schistosoma* ha hecho que en los últimos tiempos cada vez sea más frecuente el diagnóstico de este tipo de enfermedad⁴.

Presentamos el caso de una mujer de 30 años natural de Mali, procedente de un ambiente rural, residente en España desde 2014. Sin antecedentes patológicos de interés, acude al servicio de urgencias de nuestro centro en mayo de 2015 por dolor abdominal, náuseas y hematuria macroscópica terminal ocasional, con disuria de 2 años de evolución. A la exploración destaca leve dolor a la palpación en hipogastrio, sin otras anomalías. Analíticamente destaca un hemograma sin alteraciones, función renal e iones normales y serología luética, VIH, VHB y VHC negativos. En el sedimento urinario se apreciaban 20-50 hematíes por campo.

Ante dichos resultados se decide continuar estudio de forma ambulatoria en la consulta de urología, desde donde se solicita citología urinaria (3 muestras), ecografía y cistoscopia. La citología urinaria resultó ser negativa para células neoplásicas en todas las muestras y el examen parasitológico urinario fue positivo para huevos de *Schistosoma haematobium*. La ecografía urológica describe múltiples engrosamientos murales en la vejiga y la cistoscopia detecta inflamación del trigono y un área nodular sobreelevada y eritematosa de 2 cm en el fondo vesical que se reseca mediante RTU-biopsia. La anatomía patológica de dicho fragmento muestra abscesos polinucleares, en ocasiones centrados alrededor de un parásito con su cutícula, espina y órganos interiores.

Muchos de ellos se encuentran con calcificaciones, y reacción gigantocelular a cuerpo extraño. Se acompaña también de un intenso infiltrado inflamatorio plasmocitario.

Ante estos hallazgos se pautó tratamiento con praziquantel (Biltricide®) a dosis de 20 mg/kg/12 h durante un día.

Tras 6 meses se realizó nuevo control, a la paciente, con examen parasitológico en fresco de orina, citología y ecografía vesical no objetivándose persistencia de la enfermedad.

Se calcula que unos 250.000.000 de personas en las regiones tropicales del planeta padecen esquistosomiasis. Constituye la segunda causa de morbilidad después de la malaria^{2,3}.

Las manifestaciones clínicas van a depender de la fase del ciclo de parasitación.

Inicialmente, puede aparecer una erupción maculopapular en el lugar de inoculación o bien un *rash* inespecífico una semana tras la primoinfección consecuencia de reacción inmunológica de hipersensibilidad. La enfermedad aguda, debida a una reacción de hipersensibilidad desencadenada por la migración larvaria a los tejidos (síndrome de Katayama) consiste en la aparición de un exantema urticarial, fiebre, mialgias, malestar, cefalea, tos y/o dolor abdominal, así como hematuria. Puede haber eosinofilia y hepatoesplenomegalia. En esta fase, el diagnóstico diferencial debe plantearse con gastroenteritis, hepatitis A, B y C, virus de la inmunodeficiencia humana, salmonelosis e infección del tracto urinario^{2,5}.

La clínica de la esquistosomiasis se relaciona fundamentalmente con la respuesta crónica inflamatoria local al depósito tisular de los huevos en tejidos (fundamentalmente al aparato urogenital y raramente al aparato digestivo, al sistema nervioso central y otros órganos)⁶. La formación de granulomas va a tener lugar en las zonas con máximo depósito de huevos, produciéndose la destrucción de los mismos y la consecuente formación de una intensa fibrosis⁵⁻⁸. La hematuria va a ser el primer signo de infección establecida, y puede tener lugar tanto al comienzo de la infección como en la enfermedad crónica establecida⁵. En esta fase crónica, el diagnóstico diferencial debe realizarse con adenoma mesonéfrico o cistitis glandular, cistitis tuberculosa y neoplasia vesical^{2,4}.

Concluimos pues, que la presencia de hematuria acompañada o no de síndrome miccional en un paciente joven originario o viajero reciente de estas zonas debe hacernos pensar en una esquistosomiasis vesical^{2,4,7,8}. Ante esta sospecha un método diagnóstico fundamental es la citología urinaria¹⁻⁴.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Donate Moreno MJ, Pastor Navarro H, Giménez Bachs JM, Carrión López P, Segura Martín M, Salinas Sánchez AS. Esquistosomiasis vesical, aportación de un caso y revisión de la literatura española. *Actas Urol Esp.* 2006;30:714–9.
2. Santos Y, Balliu E, Villan D. Hematuria en varón de 34 años. *Med Clin (Barc).* 2004;123:312–6.
3. Alvarez Maestro M, Ríos González E, Domínguez García P, Vallejo Herrador J, Díez Rodríguez J, Martínez-Piñero L. Esquistosomiasis vesical: a propósito de un caso y revisión de la literatura. *Arch Esp Urol.* 2010;63:554–8.
4. Barrio Muñoz M, García Rojo D, González Sala JL, Prats López J. Esquistosomiasis urinaria: descripción de 8 casos. *Med Clin (Barc).* 2013;140:473–7.
5. Cabrejas Lalmolda A, García Vidal M, Conchello Monleón R, Galbe Sánchez-Ventura J. Esquistosomiasis como causa de hematuria macroscópica. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2012;14:239–42.
6. Leder K, Weller PF. En: Nasow DS, editor. *Epidemiology, pathogenesis and clinical features of schistosomiasis.* Waltham, MA: UpToDate; 2013.
7. García Pérez N, Arístegui Fernández J, Garrote Llanos E, Sánchez Lafuente J. Vesical esquistosomiasis: A new imported case [Article in Spanish]. *An Pediatr (Barc.).* 2014;80:e88–9.
8. López González L, González Medina AR, Izquierdo F, García Díez F. La esquistosomiasis vesical: una causa poco frecuente de engrosamiento de la pared vesical. *Radiologia.* 2007;49:440–3.

M.T. Carrasquer-Pirla* y S. Clemos-Matamoros

Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tresacarrasquer@hotmail.com
(M.T. Carrasquer-Pirla).