

CARTA AL EDITOR

Importancia de la anamnesis en el diagnóstico de esquistosomiasis urinaria

Importance of anamnesis in the diagnosis of urinary schistosomiasis

Sr. Editor:

La esquistosomiasis (o bilharziasis) es una enfermedad parasitaria producida por un trematodo platelminto del género *Schistosoma*. De ellas, tan solo *S. haematobium* origina fibrosis y granulomas vesicales. La infección es endémica en 74 países de África subsahariana y Asia, donde

se estima que afecta cada año a 200 millones de personas, de los que 120 millones permanecen asintomáticos y 20 millones padecen una enfermedad grave¹. *S. haematobium*, se adquiere tras su penetración en la piel durante el baño en aguas contaminadas, posteriormente puede afectar vejiga, porción distal de los uréteres, vesículas seminales, útero, cérvix y vagina. Las lesiones histológicas de los esquistosomas resultan del depósito de los huevos en los tejidos, donde inducen la formación de granulomas, hiperplasia de la mucosa y formación de nódulos y pólipos que tienden a ulcerarse y sangrar (fig. 1). La hematuria es mas intensa al final de la micción, y la disuria es la manifestación mas frecuente, en áreas endémicas o tras viaje a estas áreas, tienen un alto valor predictivo de infestación por esquistosomas.

Presentamos el caso de un paciente de 9 años con residencia habitual en España, que desde hace 2 semanas

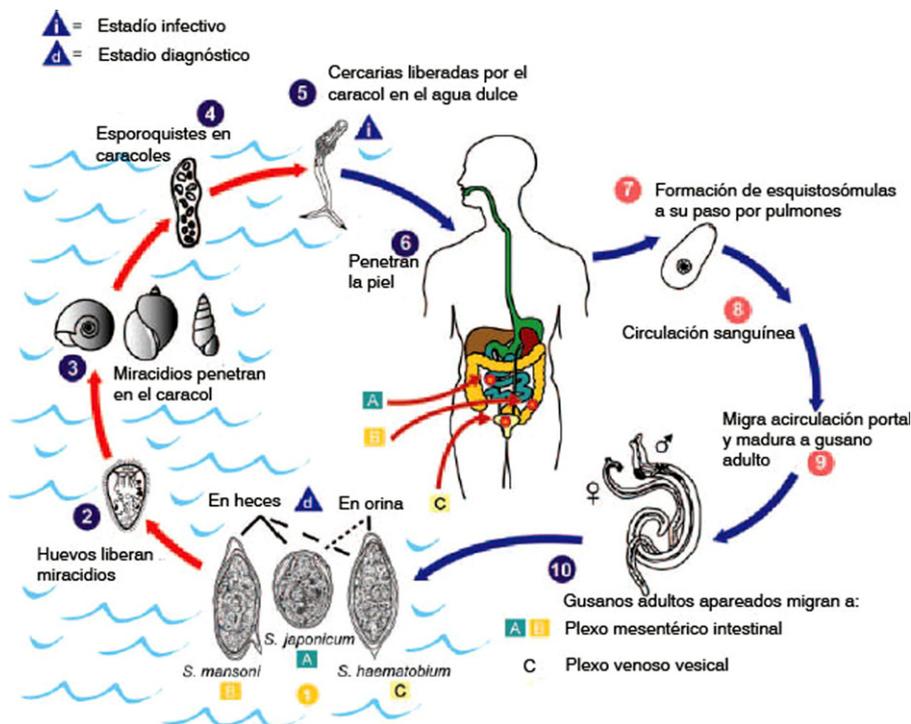


Figura 1 Ciclo vital del género *Schistosoma*.

presenta en todas las micciones orinas hemáticas con emisión al final de las mismas de varias gotas de sangre fresca. No refiere fiebre ni disuria. En el transcurso de la última semana consulta en varias ocasiones en Urgencia hospitalaria por hematuria persistente, donde tras realizar sedimento urinario y toma de urocultivo se remite a consulta de nefrología con cefixima oral como tratamiento. Al no evidenciar mejoría acude a consulta de Atención Primaria donde al realizar anamnesis, refiere el antecedente de un viaje hace 3 meses a Senegal y en este periodo, el baño en un río de Senegal.

Antecedentes familiares y personales. Familia de inmigrantes originarios de Senegal, residentes en España desde hace 5 años. Sin antecedentes patológicos hasta la fecha.

Exploración física. Varón de raza negra con desarrollo somatométrico acorde a su edad. Presenta buen estado general. ACR: tonos cardiacos rítmicos, no soplo, ventilación pulmonar simétrica. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, fosas renales libres y no dolorosas a la palpación. No visceromegalias. No se palpan adenopatías axilares ni inguinales. Boca y faringe normal. No focalidad neurológica. Pupilas isocóricas, reactivas con reflejo pupilar normal. Piel sin estigmas cutáneos, ni rash. Osteoarticular normal. Exploración genital normal. Exploración neurológica normal.

Exploraciones complementarias. Hemograma con 11.700 leucocitos/ μ l (P: 69%, L: 16%, M: 6%, E: 6%. Serie roja normal con 14 g/dl de hemoglobina, Hto: 42%. Plaquetas: 396.000/ μ l. Glucosa: 74 mg/dl, urea: 17,1 mg/dl, creatinina: 0,5 mg/dl, bilirrubina total: 0,43 mg/dl, AST: 25 UI/l, ALT: 13 UI/l, sodio: 139 mEq/l, potasio: 4.4 mEq/l. Mantoux negativo. Examen en fresco de orina donde se visualizan huevos de *S. haematobium* (fig. 2). Determinación de parásitos en heces negativa.

Evolución. Tras confirmarse diagnóstico de esquistosomiasis urinaria se pauta tratamiento con praziquantel oral a dosis de 600 mg/12 h, dos dosis en total. Se repite control analítico a los 15 días de tratamiento que consiste en determinación de eosinófilos en sangre y examen en fresco de tres muestras seriadas de orina en días consecutivos



Figura 2 Examen en fresco de la orina del paciente donde se visualizan huevos de esquistosoma y algunos hematíes aislados.

descartándose la presencia de *S. haematobium* en orina con hemograma normal.

S. haematobium es la causa mas frecuente de hematuria en países donde esta enfermedad es endémica. Todos los protocolos de atención al niño inmigrante recogen la búsqueda de *S. haematobium* ante una hematuria persistente; pensamos que esta búsqueda debe ampliarse a los casos de hematuria persistente con antecedente de baño en ríos de zonas endémicas para *S. haematobium*. Al tratarse de un niño residente en España en los últimos 5 años, el caso que presentamos recoge una vez más la importancia de la anamnesis en la práctica pediátrica.

La existencia de hematuria al final de la micción se relaciona con la presencia de huevos viables de deposición tisular en la pared de la vejiga, lo que se relaciona en procesos de larga evolución con la presencia de granulomas en la submucosa vesical y porción distal del uréter¹. En infecciones repetidas y graves se afecta también la mucosa de la pared ureteral, pudiendo evolucionar a una uropatía obstructiva e hidronefrosis.

El tratamiento de elección es el praziquantel a una dosis de 40 mg/kg/d, en dos tomas a intervalos de 12 h, con esta dosis la tasa de curación a las 6 semanas es del 88%; la administración de una segunda dosis de praziquantel a las 4-6 semanas aumenta la tasa de curaciones al 100% de los casos². Para evitar resistencias, algunos autores recomiendan dosis de praziquantel de 60 mg/kg/8 h, durante 3 días³. Durante los estadios inmaduros, los esquistosomas son moderadamente refractarios al praziquantel, aumentando su sensibilidad al alcanzar el estado de madurez con la puesta de huevos. Esto supone que en las 10-12 primeras semanas tras la infección por *S. haematobium*, el praziquantel puede no ser útil⁴.

La elevada prevalencia de esquistosomiasis en algunos países del África subsahariana unido al fenómeno de la inmigración hace que en muchos países europeos se observen de forma cada más frecuente casos de esquistosomiasis urinaria. Una adecuada anamnesis en los casos de hematuria de larga duración, permite descubrir el antecedente de viajes a áreas endémicas y solicitar el examen en fresco de la orina. Existen referencias de esquistosomiasis urinaria en inmigrantes procedentes de áreas endémicas o tras estancias prolongadas en estos países y baño en aguas contaminadas^{5,6}, el caso que presentamos subraya la importancia de la anamnesis como elemento clave en el incremento del índice de sospecha de esta enfermedad en Atención Primaria.

Bibliografía

1. Tzanetou K, Adamis G, Andipa E, Zorzos C, Ntoumas K, Armenis K, et al. Urinary tract Schistosoma haematobium infection: a case report. J Travel Med. 2007;14:334-7.
2. Midzi N, Sangweme D, Zinyowera S, Mappingure MP, Brouwer KC, Kumar N, et al. Efficacy and side effects of praziquantel treatment against Schistosoma haematobium infection among primary school children in Zimbabwe. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2008;102: 759-66.
3. Aristegui J, Corretger JM, Fortuny C, Gatell JM, Mensa J. Guía de terapéutica antimicrobiana en Pediatría 2007-2008, 2.ª ed. Sabadell (Barcelona): Ediciones Escofet Zamora S.L.; 2007. p. 272.

4. Botros S, Pica-Mattoccia L, William S, El-Lakkani N, Cioli D. Effect of praziquantel on the immature stages of *Schistosoma haematobium*. *Int J Parasitol*. 2005;35:1453–7.
5. Maese Heredia R, Rubi Palomares I, Peña Muñoz M, Bueno Fernández A, Weil Lara B. Hematuria recurrente. *An Pediatr (Barc)*. 2009;57:501–2.
6. Navarro Cabañas G, García Sánchez N, Rubio Rubio R, Izaguirre Zugazaga C, Clavel Parrilla A, Seral García C. Esquistosomiasis urogenital: un diagnóstico sencillo. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64: 290–1.

J. Uberos^{a,*}, M. Gamarra^b, E. Prados^b y E. Narbona-López^b

^a*Centro Salud de Cartuja, Distrito Sanitario Granada, Granada, España*

^b*Servicio de Pediatría, Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joseuberos@telefonica.net (J. Uberos).