
Hematuria intermitente. Esquistosomiasis vesical. A propósito de un caso

Intermittent hematuria. Vesical schistosomiasis. Concerning one case

D. Morales¹, J. Molina,¹ A Martínez Ortiz¹, V. Martínez Artola², X. Beristáin²

RESUMEN

Presentamos un caso clínico de un paciente con esquistosomiasis vesical que consideramos inusual en nuestro entorno. El cuadro clínico de esta parasitosis es habitualmente el de una hematuria intermitente de semanas de evolución que no se resuelve con las medidas terapéuticas habituales. Debido al aumento de población inmigrante procedente de áreas endémicas, debemos pensar cada vez más en esta patología emergente. Con el tratamiento el proceso se resuelve satisfactoriamente, pudiéndose evitar sus complicaciones.

Palabras clave. Esquistosomiasis vesical. Hematuria. Esquistosoma haematobium.

ABSTRACT

We present a clinical case of vesical schistosomiasis that we consider unusual in our environment. The clinical features of this parasitosis include an intermittent hematuria of several weeks evolution which is not resolved with the usual treatment. Due to the increase in the immigrant population arriving from endemic areas, we must pay greater attention to this emergent pathology. The process is resolved satisfactorily with treatment and complications are avoided.

Key words. Vesical schistosomiasis. Hematuria. Schistosoma haematobium.

An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (2): 265-268

1. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.
2. Sección de Microbiología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Recepción: 28 de octubre de 2008

Aceptación provisional: 30 de enero de 2009

Aceptación definitiva: 11 de febrero de 2009

Correspondencia:

Desirée Morales Senosiáin

Servicio de Pediatría

Hospital Virgen del Camino

Irunlarrea, 4

31008 Pamplona

E-mail: dmorales@cfnavarra.es

INTRODUCCIÓN

La esquistosomiasis es una helmintiasis producida por trematodos del género *Schistosoma*. Se trata de una enfermedad endémica de África, América latina, Oriente medio y Asia. En nuestro país, y concretamente en Navarra, su diagnóstico era excepcional. Actualmente, deberemos pensar en ella ante pacientes procedentes de esos países.

Se reconocen varias especies de esquistosomas: *S. mansoni*, *S. japonicum*, *S. mekongi*, *S. malayensis*, *S. haematobium*, *S. intercalatum* y *S. mattheii*. Únicamente el *S. haematobium* produce afectación urinaria, las especies restantes causan manifestaciones digestivas¹⁻⁴.

La enfermedad se adquiere al bañarse en aguas contaminadas. Los parásitos penetran al ser humano a través de la piel y lo infectan. Una vez que los esquistosomas pasan a la circulación sanguínea, tienen un tropismo especial por los plexos perivesicales (*S. haematobium*) o perihemorroidales (resto de especies).

CASO CLÍNICO

Paciente de 3 4/12^a de edad, de origen africano (Mali). Residente en Navarra desde hacía 4 meses. Había sido remitido desde Atención Primaria a la consulta de Nefrología infantil por una hematuria intermitente de 6 meses de evolución. Entre los exámenes diagnósticos que se realizaron citamos el estudio de función renal que resultó normal, así como cuatro determinaciones de sedimento urinario que fueron negativas. La ecografía renovesical fue también normal. La analítica de sangre mostraba: hematíes: 6.100.000 mm³, hemoglobina: 13,6 g/dL, Hcto: 41,6 % VCM: 68 fl, HCM: 22,3 pg, CHM: 32,8 g/dL, leucocitos: 6.900 mm³ (eosinófilos 6%, resto de la fórmula normal), plaquetas: 134.000 mm³. En ese momento fue remitido a la consulta externa de Oncohematología pediátrica por anemia sin filiar y sospecha de rasgo talasémico.

Una vez en nuestra consulta, a la vista de la normalidad de las pruebas practicadas previamente y al apreciar que el análisis de sangre no era sugerente de un rasgo talasémico, se rehizo la anamnesis. Destacaba, como antes mencionábamos, que se trataba de una familia de origen africano y que el padre refería que su otro hijo presentaba una sintomatología similar, con orinas colúricas. Ante la sospecha de que se trataba de una esquistosomiasis se solicitó de forma preferente un sedimento de orina indicando al

microbiólogo que insistiese en la búsqueda de esquistosomas.

Posteriormente el laboratorio confirmó la presencia en el sedimento urinario de huevos de *S. haematobium* (Fig. 1), junto a *Balantidium coli*, protozoo ciliado parásito intestinal, sin un significado patogénico en esta parasitosis.



Figura 1. Huevos de esquistosoma aislados en el sedimento urinario.

A las pocas horas de conocer el resultado se instauró tratamiento con Praziquantel a 20 mgr/Kg/dosis vía oral, un total de 4 dosis, en un solo día.

La respuesta fue favorable. El niño fue controlado posteriormente en consultas externas desapareciendo la sintomatología urinaria.

DISCUSIÓN

La esquistosomiasis, como posteriormente explicamos, además de fiebre puede producir hematuria, calcificación, insuficiencia renal e incluso cáncer de vejiga.

Es fundamental sospechar esta parasitosis de sencillo tratamiento. Ante un cuadro clínico tan habitual como es un síndrome febril, nunca debemos omitir preguntar en la anamnesis acerca de síntomas urinarios como dolor, escozor y cambios en la coloración de la orina. Si además el paciente ha viajado a zonas endémicas o procede

de ellas, podemos solicitar un sedimento urinario para la búsqueda de esquistosomas y así confirmar rápidamente la sospecha diagnóstica evitando una serie de estudios complementarios innecesarios^{2,4}.

Se calcula que unos 250 millones de personas en el mundo padecen esquistosomiasis⁵. Después de la malaria es la segunda causa de morbilidad y mortalidad en estos países^{6,7}.

La mayor parte de los artículos que hemos podido revisar en la literatura y que se relacionan con esta enfermedad están publicados en revistas de urología y muy pocos en la literatura pediátrica^{5,8}.

El cuadro clínico de la esquistosomiasis se caracteriza por cuatro fases diferentes:

1. Manifestaciones cutáneas, como prurito y enrojecimiento, al poco tiempo de bañarse o tener contacto en aguas contaminadas.
2. Cuatro a ocho semanas más tarde hay una fase de toxemia coincidiendo con la primera puesta de huevos. Esta fase puede ser asintomática o presentar el denominado síndrome de Katayama consistente en fiebre, dolor articular, urticaria, cefalea, dolor abdominal, hepatoesplenomegalia y eosinofilia.
3. Semanas, meses o incluso años más tarde, cuando la enfermedad está establecida, aparecen los síntomas urinarios como la hematuria terminal, intermitente y recidivante. Es en ese momento cuando los pacientes suelen consultar con sensación de una posible infección urinaria y es entonces cuando se puede obtener un diagnóstico de certeza, detectando los huevos del esquistosoma en el sedimento de la orina^{6,7}.
4. En una última fase, y según los datos recogidos en la literatura, es cuando en los casos no diagnosticados ni tratados, pueden aparecer las secuelas de la enfermedad tales como las uropatías obstructivas, granulomas vesico-genitales, observándose incluso hasta en un 31% de pacientes con cáncer vesical antecedentes de esquistosomiasis^{5,7,9}.

Si el diagnóstico se demora, ya no podremos ver los huevos de esquistosoma en

la orina y tendremos que recurrir a estudios radiológicos y ecografías para visualizar calcificaciones o granulomas en las zonas afectadas⁹.

Como referíamos al inicio de esta descripción, aunque son pocos los casos recogidos en nuestra comunidad, hay varios artículos en la literatura que hacen mención a esta enfermedad y cada vez vemos mayor número de referencias al respecto^{2,5,8,10}. Recientemente Navarro y col y Maese Heredia y col^{10,11} publican una pequeña casuística pediátrica y mencionan la frecuente aparición de este diagnóstico en nuestro entorno.

Por último, comentar que la presencia de *Balantidium coli* en la orina de nuestro paciente no es un hallazgo frecuente. En la literatura mundial existe una única referencia al respecto y en ella se sugiere que su presencia se debe a la "metástasis" de los trofozoitos desde el foco primario gastrointestinal al sistema genitourinario a través de la sangre¹².

En cuanto al tratamiento de la esquistosomiasis, el de elección es el praziquantel a la dosis recomendada de 20 mg/Kg/dosis en cuatro dosis o 40 mg /Kg/ dosis en dos dosis, en un día.

Como conclusión de este caso clínico queremos resaltar la necesidad de pensar en esta entidad que cada vez es más habitual en nuestro medio y que ante la sospecha clínica, una buena anamnesis, nos puede evitar otras exploraciones más agresivas y evidentemente con un costo muy superior.

BIBLIOGRAFÍA

1. C. ROCA, X DE BALANZÓ. Enfermedades importadas en inmigrantes: mito y realidad. An Sist Sanit Navar 2006; 29 (Supl 1): 139-144.
2. PARRILLA RUIZ FM, VARGAS ORTEGA DP, CÁRDENAS CRUZ A, VILLAREJO ORDOÑEZ A. Hematuria por esquistosomiasis. Emergencias 2004; 16: 162-164.
3. BOU A, GASCÓN J, VALLS ME, CORACHÁN M. Fiebre de Katayama en turistas españoles: análisis de 25 casos. Med Clin 2001; 116: 220-222.
4. CORACHÁN M. Esquistosomiasis o bilharziasis importada JANO 2003; 64: 36-41.
5. DONATE MORENO MJ, PASTOR NAVARRO H, GIMÉNEZ BACHS JM, CARRIÓN LÓPEZ P, SEGURA MARTÍN M, SALINAS SÁNCHEZ AS et al. Esquistosomiasis vesical, aportación de un caso y revisión de la

- literatura española. *Actas Urol Esp* 2006; 30: 714-719.
6. PEREIRA ARIAS JG, IBARLUZEA GONZÁLEZ JG, ÁLVAREZ MARTINEZ JA, MARANA FERNÁNDEZ M, GALLEGO SÁNCHEZ JA, LARRINAGA SIMÓN J et al. Esquistosomiasis genitourinaria mixta. *Actas Urol Esp* 1997; 21: 722-727.
 7. SANZ CHINESTA S, PONTONES MORENO JL, PAYA ROMA A, BORONAT TORMO F, MARTÍNEZ SARMIENTO M, JIMÉNEZ CRUZ JF. Bilartziosis en vejiga. *Arch Esp Urol* 1996; 49: 545-549.
 8. LÓPEZ LÓPEZ AI, CAO AVELLANEDA A, PRIETO GONZÁLEZ A, FERRI NÍGUEZ B, MALUFF TORRES A, PÉREZ ALBACETE M. Esquistosomiasis: una parasitosis urinaria cada vez más frecuente. *Actas Urol Esp* 2007; 31: 915-918.
 9. SMITH JH, VON LICHTENBERG F, LEHMAN JS. Enfermedades parasitarias del sistema genitourinario. En: Walsch PC, Retik AB, Stamey TA, Vaughan D, editores. Campbell. Urología. Nueva York. Saunders 1994: 876-900.
 10. NAVARRO CABAÑAS, G, GARCÍA SÁNCHEZ N, RUBIO RUBIO R, IZAGUIRRE ZUGAZAGA C, CLAVEL PARRILLA A, SERAL GARCÍA C. Esquistosomiasis urogenital: un caso diagnóstico sencillo. *An Pediatr* 2006; 64: 290-291.
 11. MAESE HEREDIA R, RUBI PALOMARES I, PEÑA MUÑOZ M, BUENO FERNÁNDEZ A, WEIL LARA B. Hematuria recurrente. *An Esp Pediatr* 2002; 57: 501-502.
 12. UMESH S. *Balantidium coli* on urine microscopy. *Natl Med J India* 2007; 20 (5); 270.