



Clínica cotidiana

Hematuria en un paciente senegalés: otro diagnóstico diferencial más

Jorge Short Apellániz^a, María Mestre Lucas^{b,*}, Patricia Atencio Antoranz^a, Óskar Ayerdi Aguirrebengoa^a, Ana Roca García^b, Iria Bello Rodríguez^c

^aAdjunto de Urgencias. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^bAdjunto de Urgencias. Hospital General de Villalba. Collado Villalba (Madrid). ^cMedicina Familiar y Comunitaria. Madrid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de julio de 2016

Aceptado el 12 de septiembre de 2017

On-line el 31 de octubre de 2017

Palabras clave:

Esquistosomiasis

Hematuria

Eosinofilia

Keywords

Schistosomiasis

Hematuria

Eosinophilia

R E S U M E N

En este trabajo se ha estudiado un caso de esquistosomiasis en un paciente procedente de África, que presentaba hematuria terminal e intermitente, desde hacía varios meses.

Su trascendencia radica en que es importante un diagnóstico precoz desde nuestra consulta médica para evitar cronicidad de la enfermedad y en que, dada la creciente inmigración que recibimos en nuestro país, es un diagnóstico diferencial a tener en cuenta ante cualquier hematuria.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Hematuria in a Senegalese patient: one more differential diagnosis

A B S T R A C T

This work presents a schistosomiasis case of a patient from Africa who presented terminal and intermittent hematuria several months ago.

The importance of this case consists in detecting an early diagnosis from our consulting room in order to avoid this illness to become chronic. Due the increasing immigration that we receive in our country, it is a differentiating diagnosis to consider when we diagnose any hematuria.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria.mestre.lucas@gmail.com (M. Mestre Lucas).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.047>

2254-5506 / © 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Se trata de un varón de 26 años, natural de Senegal, ganadero en su país de origen, que vive desde hace 2 meses en España y como único antecedente presenta hemorroides externas.

Acude a la consulta por hematuria al final de la micción, disuria y dolor en región lumbar, de 3 años de evolución, con empeoramiento en el último mes. Además refiere sangrado al final de la defecación desde hace años.

Por lo demás, el paciente presenta buen estado general y una exploración física dentro de la normalidad.

En la analítica destaca un 13,5 % de eosinófilos, función renal conservada y hemoglobina en rango, sedimento de orina con moderada hematuria y 8-10 leucocitos por campo.

La ecografía de las vías urinarias es normal.

Debido a la sospecha clínica, a raíz del origen del paciente y por los resultados analíticos, se envía una muestra de orina a Microbiología, donde se realizó un examen parasitológico directo (Fig. 1).

El paciente es diagnosticado de infección por *Schistosoma haematobium*. Se le administra una dosis única de praziquantel. Tras ello, la clínica se resuelve.

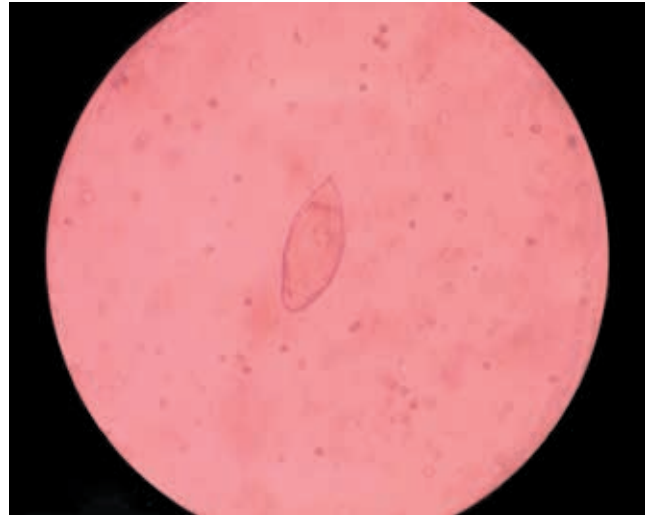


Figura 1

Comentario

La esquistosomiasis es una enfermedad causada por duelas sanguíneas (trematodos) del género *Schistosoma*. La infección se produce cuando la forma larvaria del parásito, liberadas por caracoles de agua dulce, contactan con la piel del individuo¹. Se trata de la segunda parasitosis más frecuente en el mundo después del paludismo².

Existen 5 tipos de especies de esquistosomiasis que pueden causar infección en el hombre; Las más importantes son *S. mansoni* (África y Sudamérica) y *S. japonicum* (Asia Este), que en general causan enfermedad en el tracto intestinal, y *S. haematobium* (África y Oriente Medio), que afecta al tracto urinario³.

Se estima que cerca de 200 millones de personas están infectadas en todo el mundo. Provoca cerca de 200.000 muertes anuales³. Al menos 90 % de las personas vive en África¹. Se ha constatado un aumento de su incidencia en España, fruto del incremento de la población inmigrante, en parte, procedente de zonas endémicas².

Hay constancia de la transmisión de la enfermedad en 78 países; sin embargo, la quimioterapia preventiva solamente se requiere en 52 países endémicos con transmisión de moderada a alta¹.

La mayoría de los individuos tienen una carga parasitaria de leve a moderada, con limitada morbilidad, pero la infección prolongada en el tiempo se asocia a graves problemas de salud, como el carcinoma escamoso de vejiga, la hidronefrosis y la insuficiencia renal¹.

La sintomatología es producida por una respuesta inmunitaria generada por los huevos en los tejidos, que desencadena la formación de granulomas. La primera manifestación aguda ocurre a las pocas horas del baño en agua contaminada: se puede generar un exantema ("prurito de los nadadores") con prurito y rash cutáneo en la zona de entrada de la larva (en exposiciones repetidas al agua contaminada)⁴.

Semanas después se puede producir el síndrome de Katayama. Consiste en una reacción sistémica de hipersensibilidad, que puede cursar con fiebre brusca, urticaria, angioedema,

escalofríos, mialgias, artralgias, tos seca, diarrea, dolor abdominal y cefalea⁵.

Meses o años tras la exposición puede provocar lesión en otros órganos por la infección crónica, como en el intestino, hígado, bazo, pulmón, riñón, aparato urinario o cerebro.

La afectación génito-urinaria, en concreto, cursa con hematuria micro o macroscópica y/o piuria (puede cursar con disuria y poliuria). Se trata de hematuria con el final de la micción, aunque en casos graves puede observarse durante todo el proceso. En los casos avanzados son frecuentes la fibrosis de la vejiga y los uréteres y las lesiones renales. El cáncer de la vejiga es una posible complicación tardía así como la infertilidad.

En las mujeres puede manifestarse con lesiones hipertróficas o ulcerativas en la vulva, la vagina o el cérvix; los hombres pueden presentar además hemospemia.

En las pruebas complementarias destaca la eosinofilia en 30-60 % de los casos. La identificación de los huevos de esquistosomiasis en las heces o la orina es el *gold standard* para el diagnóstico (Fig. 1), aunque la ausencia de huevos en la orina no descarta la enfermedad y habría que recurrir a las serologías o a una biopsia vesical⁶.

Los estudios de imagen, principalmente la ecografía, son útiles tanto para el diagnóstico como para la evaluación de las repercusiones sistémicas y de la respuesta al tratamiento. Un elevado número de pacientes presenta lesiones específicas, en especial en las vías urinarias (calcificaciones en la vejiga, lesiones nodulares o pseudopólipos o hidronefrosis)⁷.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con tuberculosis génito-urinaria, cáncer renal o de las vías urinarias, glomerulonefritis agudas y litiasis renal⁶.

Esta infección puede asociarse con bacteriemia, hepatitis víricas, malaria o VIH. La infección por *S. haematobium* puede asociarse con aumento de riesgo de transmisión de VIH, al inducir lesiones ulcerativas en el tracto genital femenino, interferir con la respuesta inmunitaria o facilitar la replicación del virus².

El tratamiento más adecuado es praziquantel, 40 mg/kg repartidos en una o dos dosis (en el caso de que la infección esté producida por *S. japonicum* o *S. mekongi* se dan 60 mg/kg)⁸. Las dos primeras semanas del tratamiento se siguen eliminando huevos y la eosinofilia se resuelve a las 12 semanas⁴.

Conclusión

Dado el actual ritmo migratorio hacia España, en los últimos años cada vez es más frecuente el diagnóstico de patologías poco frecuentes en nuestro medio.

Ante un paciente con antecedentes clínicos (hematuria terminal intermitente o síndrome del tracto urinario inferior) y epidemiológicos compatibles, es necesario descartar la infección crónica por *S. haematobium*, debido especialmente a la asociación de dicha entidad con la neoplasia vesical^{2,6,9}.

El seguimiento de esta patología resulta dificultoso, dadas las condiciones socioculturales del paciente tipo y el alto índice de pacientes que retornan a sus lugares de origen, lo que aumenta el riesgo de reinfección².

Es factible efectuar el diagnóstico y el tratamiento en el primer nivel asistencial, siempre que se tenga presente la epidemiología y la clínica de la enfermedad. Para ello es necesario indicar al laboratorio la sospecha diagnóstica y enviar una muestra en condiciones adecuadas (orina de 24 horas, o bien orina recogida en la franja del mediodía después de haber realizado ejercicio físico)⁶.

No obstante, se recomienda continuar con una exploración especializada para valorar posibles complicaciones⁶.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (2015) WHO. Ginebra: Shambhu Acharya. Schistosomiasis. [Progress Report 2001-2011 and Strategic Plan 2012-2020]. [Fecha de actualización enero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/schistosomiasis/es/> [Acceso junio 2017].
2. 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.
3. Clerinx J, Soentjens P. Epidemiology, pathogenesis, and clinical manifestations of schistosomiasis. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-clinical-manifestations-of-schistosomiasis>
4. García Pérez, N. Esquistosomiasis vesical: un nuevo caso importado. Carta al director. *An Pediatr (Barc)*. 2014; 80: e88-9.
5. Carl AJ, Puylaert MS, van Thiel P. Katayama fever. *N Engl J Med* 2016; 374: 469.
6. Bedoya del Campillo A, Martínez-Carpio PA, Leal MJ, Lleopart N. Diagnóstico y tratamiento de la esquistosomiasis vesical desde la atención primaria penitenciaria: a propósito de un caso. *Rev Esp Sanid Penit*. 2012; 14: 62-6.
7. Salas-Coronas J, Vázquez-Villegas J, Villarejo-Ordóñez A, Sánchez-Sánchez JC, Espada-Chavarría J, Soriano-Pérez MJ, et al. Hallazgos radiológicos en pacientes con esquistosomiasis importada. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013; 31: 205-9.
8. Clerinx J, Soentjens P. Treatment and prevention of schistosomiasis. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-schistosomiasis>
9. Pereira J, Calleja E, Marne C, Borque A. Esquistosomiasis vesical con hematuria terminal en pacientes subsaharianos. *Actas Urol Esp*. 2014; 38: 133-7.