

HEMATÚRIA: COMPTE ON ET BANYES!

Autors:

Elena Serra Buxeda, Julián Navarro Osuna, Montserrat Ciurana Tebé.

Metges de Medicina de Família i Comunitària, ABS Manresa-2.

Correctors:

Albert Boada i Oriol Rebagliato.

Correspondència:

Elena Serra Buxeda.

Adreça electrònica: eserrabu@gmail.com

Publicat: juliol de 2012

Elena Serra Buxeda, Julián Navarro Osuna and Montserrat Ciurana Tebé (2012)

Hematúria. Compte on et banyes. Butlletí: Vol 30:Iss 2, Article 1.

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol30/iss2/1>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

INTRODUCCIÓ

Els fluxos migratoris i les noves tendències en el turisme comporten un nou repte per al sistema sanitari i els seus professionals, que han de fer front a patologies importades, el diagnòstic de les quals cada cop és més freqüent i que, per tant, no poden passar desapercebudes. En aquest treball es presenta el cas d'un immigrant jove amb hematúria i orientació diagnòstica de neoplàsia vesical per la qual va rebre tractament quirúrgic. El diagnòstic final però, no va ser l'esperat.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Es presenta el cas d'un home de 35 anys originari de Nigèria, sense antecedents medicoquirúrgics d'interès, ni al·lèrgies conegudes. Fa 1 any que viu a Catalunya.

Consulta el seu metge de capçalera per pol·laciúria i hematúria amb coàguls a l'inici de la micció d'unes 24 hores d'evolució. No ha presentat síndrome febril, ni dolor abdominal ni cap altra clínica acompanyant.

A l'exploració el pacient es troba hemodinàmicament estable amb abdomen tou, depressible, no dolorós a la palpació, amb peristaltisme conservat, sense masses ni visceromegàlies, sense signes de peritonisme i amb percussió de puny lumbar bilateral negativa. El tacte rectal és normal.

A l'analítica destaca eosinofília (leucòcits totals de $6'1 \times 10^9$ amb un 20% d'eosinòfils). La resta de paràmetres estan dins de la normalitat. El sediment d'orina mostra 25-50 leucòcits per camp i 10-25 hematies per camp. L'urinocultiu és negatiu. L'anàlisi d'orina mostra 0.03 mg/dL d'hemoglobina i urobilinogen 4 mg/dl.

Ateses les troballes clíniques i analítiques es deriva el cas al servei d'urologia per a estudi.

Es sol·licita una ecografia vesicorenoprostàtica que mostra una bufeta de parets llises amb dues lesions focals en regió posterior de 14x9 i 15x8mm, suggestives de neoplàsia vesical.

Es realitza ureterocistoscòpia que evidencia lesió infiltrativa que afecta la totalitat del trígon esquerre. Atesa la sospita de patologia neoplàsica el pacient és programat d'urgència per a resecció transureteral, que es desenvolupa sense incidències i amb una evolució postoperatòria favorable.

L'estudi anatomopatològic del material ressecat mostra un carcinoma urotelial de baix grau no infiltrant (pTa) així com esquistosomes amb abundant component inflamatori eosinofílic i lesions calcificades.

Es canvia l'orientació diagnòstica del cas per a hematúria per esquistosomiasis. S'administra tractament amb praziquantel 20mg/kg/12h durant 1 dia i es cita per a control al cap de 3 mesos amb un nou sediment d'orina.

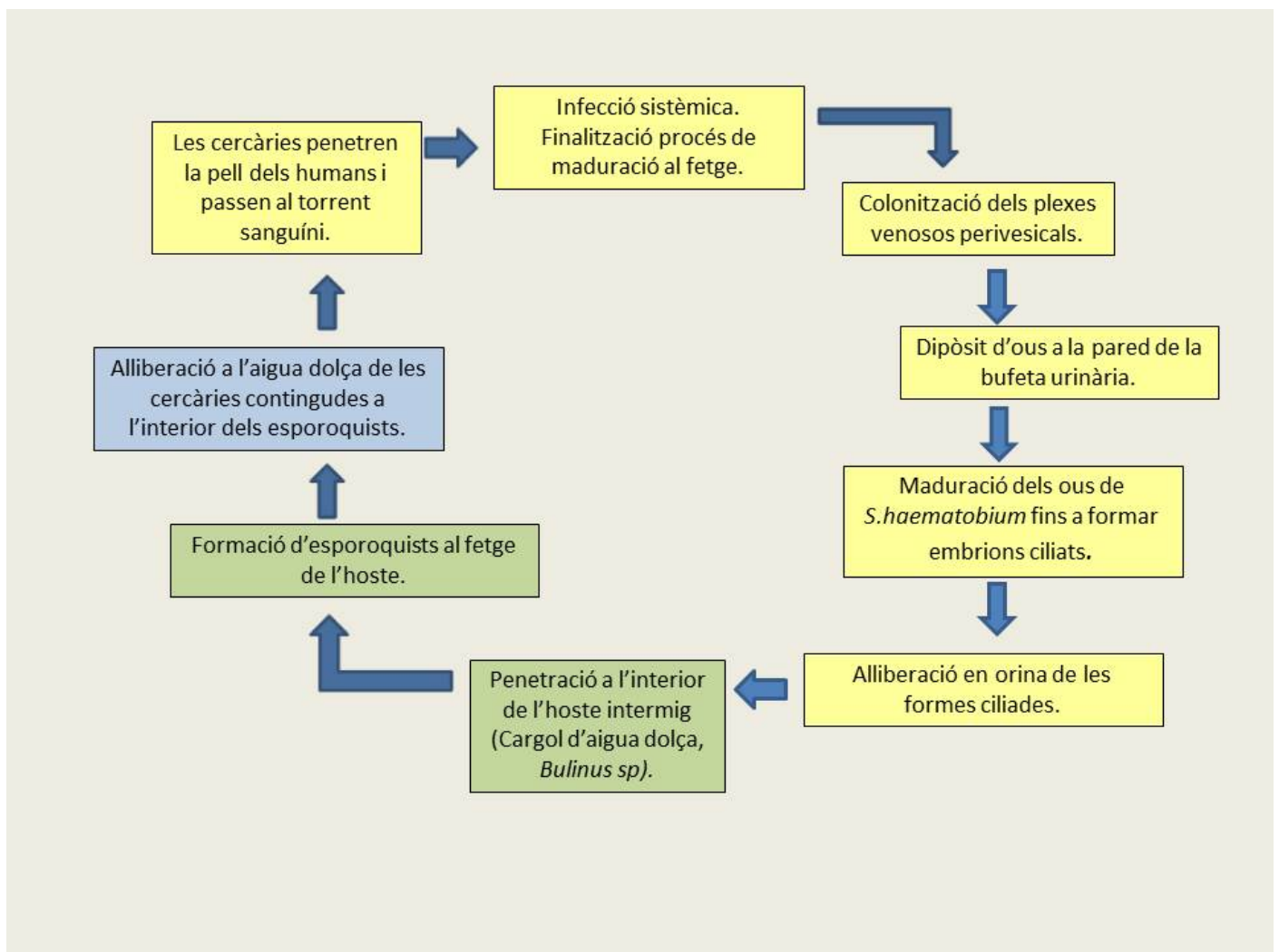
Actualment el pacient resta asimptomàtic.

DISCUSSIÓ

Segons l'OMS al món hi ha 207 milions de persones infectades per alguna de les espècies de *Schistosoma*, el 85 % de les quals viu a l'Àfrica. Es tracta d'una malaltia amb un elevat impacte social i econòmic i és la segona, només per darrera de la malària, en importància en salut pública⁽¹⁾.

Schistosoma és un trematode del qual l'home n'és l'hoste final. Els ous viuen en aigües dolces on sobreviuen gràcies a un hoste intermedi, a l'interior del qual maduren fins a esdevenir larves o cercàries, que estan capacitades per penetrar a través de la pell intacte dels humans que es banyin a l'aigua⁽²⁾. Un cop travessada la pell, les larves arriben al fetge on es produeix la maduració final i d'allà les formes adultes es dirigeixen als plexes venosos on viuen i dipositen el ous. *S. haematobium* viu als plexes venosos perivesicals, i diposita els ous a les parets de la bufeta urinària i estructures relacionades (**Figura 1**).

FIGURA 1. Cicle *S. haematobium*. Es mostren les fases del cicle de *S. haematobium* a l'interior dels humans (en groc), a l'interior de l'hoste intermedi (en verd) i l'aigua dolça (en blau).



La primera manifestació clínica correspon a una dermatitis pruriginosa coneguda com a "dermatitis del nedador"⁽²⁾. Es tracta d'una reacció local en el punt de penetració de la larva. Posteriorment, apareix la Síndrome de Katayama⁽³⁾, constituït per febre, urticària, cefalea, artràlgies, dolor abdominal, visceromegàlies i eosinofilia. El període d'incubació pot durar entre 2 i 9 setmanes.

Però el motiu de consulta més habitual és la presència d'hematúria franca, que pot debutar entre 10 i 12 setmanes després de la colonització⁽⁴⁾. És secundària a la inflamació desencadenada pel dipòsit dels ous en les parets de la bufeta de la orina –principalment- i estructures relacionades. Aquest fenomen es relaciona també amb hiperplàsia de la mucosa vesical i metaplàsia escamosa.

En estadis finals, s'hi pot afegir proteïnúria, calcificacions en la bufeta urinària, obstrucció ureteral, còlic renal, hidronefrosis i insuficiència renal.

A més, cal destacar que l'esquistosomiasi genitourinària s'associa a diverses complicacions com el carcinoma escamós de bufeta⁽⁵⁾, la infertilitat femenina i masculina, la facilitació per a la infecció per VIH, etc.

Les exploracions complementàries poden mostrar alteracions inespecífiques com eosinofília a l'hemograma, sediment d'orina amb hematúria i leucocitúria o calcificacions vesicals i ureterals en la Rx simple d'abdomen.

El diagnòstic de certesa per *S. haematobium* s'assoleix mitjançant la detecció d'ous d'esquistosoma en orina –preferentment mostres de micció terminal preses al migdia i després de l'exercici físic⁽⁶⁾- mitjançant tècniques de filtració amb niló, paper o filtres policarbonatats. Es tracta d'un mètode ràpid, poc invasiu i fiable.

En el cas de parasitosis crònica podrien no detectar-se els ous, podent requerir l'ús de serologies i tècniques de detecció immunològica, les quals presenten major sensibilitat i especificitat per al diagnòstic⁽⁴⁾.

Finalment, cal destacar la importància d'adequar el tractament a la fase de la malaltia en què es trobi cada pacient. Durant la fase aguda, el tractament mèdic és efectiu, si bé en malaltia avançada i/o en les complicacions pot ser necessari tractament quirúrgic.

Actualment, praziquantel és l'únic fàrmac efectiu contra totes les formes d'esquistosomiasis. Es recomana administrar una dosi única de praziquantel 40mg/kg repartida en 2 preses. Una alternativa terapèutica és l'oxamniquina⁽⁷⁾, tot i que aquesta presenta una disponibilitat limitada i un menor efecte terapèutic. És necessari realitzar un control amb sediment urinari per valorar l'eficàcia del tractament. En àrees endèmiques es realitzarà a les 6 setmanes, mentre que en àrees no endèmiques es recomanen controls als 3 i als 6 mesos⁽⁷⁾.

No es disposa de quimioprofilaxi ni vacuna efectiva per a l'esquistosomiasi, motiu pel qual l'única manera de prevenir la infecció és evitant l'exposició directa amb les aigües contaminades. Cal fer difusió d'aquest aspecte tant en viatgers a zones endèmiques com a immigrants que tornin al seu país durant les vacances.

CONCLUSIONS

Si se sospita d'esquistosomiasi urinària és important realitzar una anamnesis dirigida a viatgers d'àrees endèmiques i amb exposició directa a aigües dolces i en immigrants d'aquestes zones que es presentin amb hematúria a la consulta. És una patologia fàcil de diagnosticar si es té present en el diagnòstic diferencial.

BIBLIOGRAFIA

1. Schistosomiasis: Fact sheet N°115 (2/2010), World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs115/en/index.html> (consultat 29 March 2011)
2. Leder K, Weller PF. Epidemiology, pathogenesis and clinical features of Schistosomiasis. UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2010.
3. Donate Moreno MJ, Pastor Navarro H, Giménez Bachs JM, Carrion López P, Segura Martín M, Salinas Sánchez AS, Virseda Rodríguez JA. Esquistosomiasis vesical, aportación de n caso y revisión de la literatura española. Actas Urol Esp. 2006;30(7):714-719.
4. Keninde EO, Anim JT, Hira PR. Parasites of urological importance. Urol Int. 2008;81:1-13.
5. Samaras V, Rafailidis PI, Mourtsoukou EG, Peppas G, Falgas ME. Chronic bacterial and parasitic infections and càncer: a review. J Infect Dev Ctries 2010;4(5):267-281.
6. Sánchez-Molina Acosta MI, Sanz Izquierdo MP, Vicente Caro B, Undabeitia Santisteban E, Jareño Blanco MS. Infección vesical por Schistosoma haematobium. Semergen. 2010;36(9):529-532.
7. Leder K, Weller PF. Treatment and prevention of schistosomiasis. UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2010.