

HEMATURIA: ¡VIGILA DONDE TE BAÑAS!

Autores:

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

Médicos de Medicina de Familia y Comunitaria, ABS Manresa-2.

Correctores:

Albert Boada y Oriol Rebagliato.

Correspondencia:

Elena Serra Buxeda.

Dirección electrónica: eserrabu@gmail.com

Publicado: Julio 2012

Elena Serra Buxeda, Julián Navarro Osuna and Montserrat Ciurana Tebé (2012)
Hematuria. Vigila donde te bañas. Butlletí: Vol 30:Iss 2, Artículo 1.

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

Este es un artículo de Open Access distribuido según licencia de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

INTRODUCCIÓN

Los flujos migratorios y las nuevas tendencias en el turismo conllevan un nuevo reto para el sistema sanitario y sus profesionales para hacer frente a patologías importadas, cuyo diagnóstico, cada vez es más frecuente y que, por tanto, no pueden pasar desapercibidas. En este trabajo se presenta el caso de un inmigrante joven con hematuria y orientación diagnóstica de neoplasia vesical por la que recibió tratamiento quirúrgico. Pero el diagnóstico final no fue el esperado.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un hombre de 35 años originario de Nigèria, sin antecedentes medico-quirúrgicos de interés, ni alergias conocidas. Hace 1 año que vive en Cataluña.

Consulta a su médico de cabecera por polaquiúria y hematúrica con coágulos al inicio de la micción de unas 24 horas de evolución. No ha presentado síndrome febril, ni dolor abdominal ni otra clínica acompañante.

En la exploración el paciente se encuentra hemodinámicamente estable con abdomen blando, depresible, no doloroso en la palpación, con peristaltismo conservado, sin masas ni visceromegalias, sin signos de peritonismo y con puño-percusión lumbar bilateral negativa. El tacto rectal es normal.

En la analítica destaca eosinofilia (leucocitos totales de $6'1 \times 10^9$ con un 20% de eosinófilos). El resto de parámetros están dentro de la normalidad. El sedimento de orina muestra 25-50 leucocitos por campo y 10-25 hematíes por campo. El urinocultivo es negativo. El análisis de orina muestra 0.03 mg/dL de hemoglobina y urobilinógeno 4 mg/dl.

Dados los hallazgos clínicos y analíticos se deriva el caso al servicio de urología para el estudio.

Se solicita una ecografía vesico-reno-prostática que muestra una vejiga de paredes lisas con dos lesiones focales en región posterior de 14x9 i 15x8mm, sugestivas de neoplasia vesical.

Se realiza ureterocistoscopia que evidencia lesión infiltrativa que afecta a la totalidad del trigono izquierdo. Dada la sospecha de patología neoplásica el paciente es programado de urgencia para resección transureteral, que se desarrolla sin incidencias y con una evolución postoperatoria favorable.

El estudio anatómo-patológico del material resecado muestra un carcinoma urotelial de bajo grado no infiltrante (pTa) así como esquistosomas con abundante componente inflamatorio eosinofílico y lesiones calcificadas.

Se cambia la orientación diagnóstica del caso para hematuria por esquistosomiasis. Se administra tratamiento con praziquantel 20mg/kg/12h durante 1 día y se cita para control al cabo de 3 meses con un nuevo sedimento de orina.

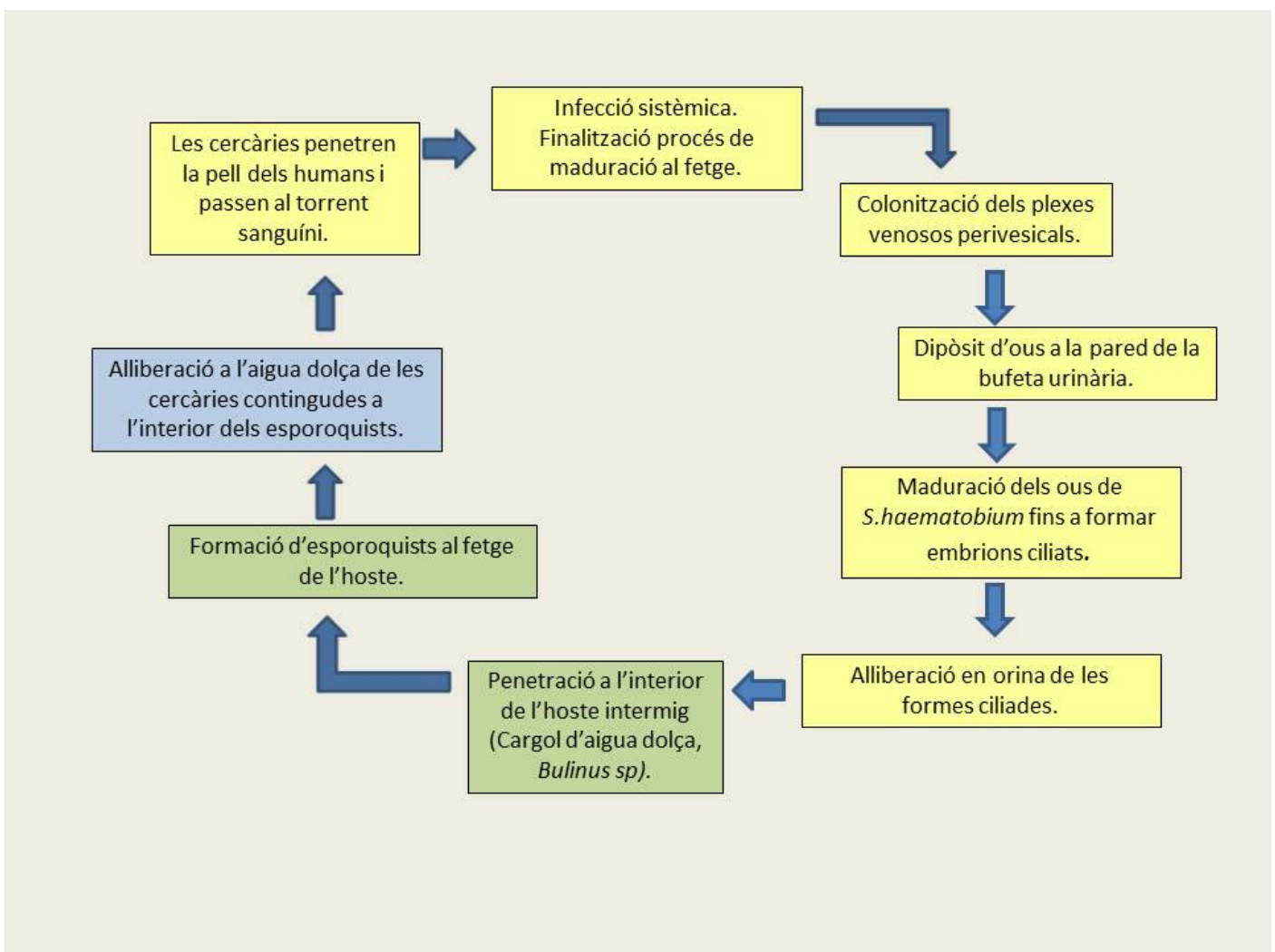
Actualmente el paciente queda asintomático.

DISCUSIÓN

Según la OMS en el mundo hay 207 millones de personas infectadas por alguna de las especies de *Schistosoma*, el 85 % de las cuales vive en África. Se trata de una enfermedad con un elevado impacto social y económico y es la segunda, sólo por detrás de la malaria en importancia en salud pública ⁽¹⁾.

Schistosoma es un trematodo del que el hombre es el huésped final. Los huevos viven en aguas dulces donde sobreviven a un huésped intermedio, al interior del que maduran hasta convertirse en larvas, que están capacitadas para penetrar a través de la piel intacta de los humanos que se bañan en el agua ⁽²⁾. Una vez atravesada la piel, las larvas llegan al hígado donde se produce la maduración final y de allí las formas adultas se dirigen a los plexos venosos donde viven y depositan los huevos. *S.haematobium* viu als plexes venosos perivesicals, y deposita los huevos en las paredes de la vejiga urinaria y estructuras relacionadas (Figura 1).

FIGURA 1. Ciclo *S. haematobium*. Se muestran las fases del ciclo de *S. haematobium* en el interior de los humanos (en amarillo), en el interior del huésped intermedio (en verde) y en agua dulce (en azul).



La primera manifestación clínica corresponde a una dermatitis pruriginosa conocida como "dermatitis del nadador"⁽²⁾. Se trata de una reacción local en el punto de penetración de la larva. Posteriormente,

aparece el Síndrome de Katayama⁽³⁾, constituido por fiebre, urticaria, cefalea, artralgias, dolor abdominal, visceromegalias y eosinofilia. El período de incubación puede durar entre 2 y 9 semanas.

Pero el motivo de consulta más habitual es la presencia de hematuria franca, que puede debutar entre 10 y 12 semanas después de la colonización⁽⁴⁾. Es secundaria a la inflamación desencadenada por el depósito de los huevos en las paredes de la vejiga de la orina –principalmente- y estructuras relacionadas. Este fenómeno se relaciona también con hiperplasia de la mucosa vesical y metaplasia escamosa.

En estadios finales, se puede añadir proteinuria, calcificaciones en la vejiga urinaria, obstrucción ureteral, cólico renal, hidronefrosis e insuficiencia renal.

Además, es necesario destacar que la esquistosomiasis genitourinaria se asocia a varias complicaciones tales como el carcinoma escamoso de vejiga⁽⁵⁾, la infertilidad femenina y masculina, la facilitación por la infección por VIH, etc.

Las exploraciones complementarias pueden mostrar alteraciones inespecíficas tales como eosinofilia en el hemograma, sedimento de orina con hematuria y leucocituria o calcificaciones vesicales y ureterales en la Rx simple de abdomen.

El diagnóstico de certeza por *S. haematobium* se alcanza mediante la detección de huevos de esquistosoma en orina –preferentemente muestras de micción terminal tomadas al mediodía y después del ejercicio físico⁽⁶⁾- mediante técnicas de filtración con nylon, papel o filtros policarbonatados. Se trata de un método rápido, poco invasivo y fiable.

En los casos de parasitosis crónica podrían no detectarse los huevos, pudiendo requerir el uso de serologías y técnicas de detección inmunológica, las cuales presentan mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico⁽⁴⁾.

Finalmente hay que destacar la importancia de adecuar el tratamiento en la fase de la enfermedad en que se encuentre cada paciente. Durante la fase aguda, el tratamiento médico es efectivo, si bien en enfermedad avanzada y/o en las complicaciones puede ser necesario tratamiento quirúrgico.

Actualmente, praziquantel es el único fármaco efectivo contra todas las formas de esquistosomiasis. Se recomienda administrar una dosis única de praziquantel 40mg/kg repartida en 2 tomas. Una alternativa terapéutica es el oxamniquina⁽⁷⁾, a pesar de que ésta presenta una disponibilidad limitada y un menor efecto terapéutico. Es necesario realizar un control con sedimento urinario para valorar la eficacia del tratamiento. En áreas endémicas se realizará a las 6 semanas, mientras que en áreas no endémicas se recomienda controles a los 3 y a los 6 meses⁽⁷⁾.

No se dispone de quimioprofilaxis ni vacuna efectiva para la esquistosomiasis, motivo por el que la única manera de prevenir la infección es evitando la exposición directa con las aguas contaminadas. Hay que hacer difusión de este aspecto tanto vacaciones.

CONCLUSIONES

Si se sospecha de esquistosomiasis urinaria es importante realizar una anamnesis dirigida a viajeros de áreas endémicas y con exposición directa a aguas dulces y en inmigrantes de estas zonas que se presenten con hematuria en la consulta. Es una patología fácil de diagnosticar si se tiene presente en el diagnóstico diferencial

BIBLIOGRAFÍA

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 cancer: 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.