

INFECCIONS IMPORTADES: UNA EPIDÈMIA ACTUAL

Caroline Macharete¹, Antònia Flor², Ana Rodríguez³, Dolors Estivil⁴

¹Servei de Medicina Intensiva, ²Servei de Medicina, ³Servei d'Urgències, ⁴Servei de Microbiologia

Nom autor: Caroline Macharete

Lloc de treball: Xarxa assistencial Althaia

Data recepció: 12.10.2015

Data acceptació: 26.10.2015

Mail: cmacharete@althaia.cat

Forma de citació: Macharete C, Flor A, Rodríguez A, Estivil D. Infeccions importades: una epidèmia actual. ReMUE.c@t 2017;4(1):42-44

Motiu de consulta

Varó de 40 anys que consulta per dolor en flanc esquerra irradiat a testicle, de 4-5 dies d'evolució.

Antecedents personals

- Natural del Senegal, viatge regularment al seu país. Últim viatge fa dos mesos.

- Detectat tumor vesical amb presència d'esquistosomes al 2010. Es va fer RTU de neoformació vesical que ocupava tot el trígon. L'AP confirmava la presència d'un carcinoma urotelial amb patró papil·lar de baix grau, no infiltrant. Estadiatge: pT1a. Es va fer RTU de cara anterior de la bufeta, i biopsia uretral i de fons vesical, que mostraven teixit fibrós amb intens infiltrat inflamatori agut amb esquistosomes i sense evidència de neoplàssia.

Se li administra tractament amb praziquantel 20 mg/kg/8h durant 2 dies i posteriorment el pacient no acut als controls en consultes externes.

Malaltia actual

Pacient que porta uns 5 mesos amb dolor continu en fossa ilíaca esquerra i des de fa dos mesos irradiat a testes, amb hematúries intermitents, i disúria.

En els últims dies el dolor s'havia fet més intens, havent consultat en el nostre centre dos dies abans i inicialment es va orientar el diagnòstic com a infecció del tracte de urinari, donada la leucocitúria i hematúria en el sediment urinari, pautant-se tractament amb Ciprofloxacino 500 mg c/12 h i Metamizol 575 mg.

Exploració física

Hemodinàmicament estable, afebril, bon estat general. ACV: tons rítmics sense bufs ni

extratons. No presenta edemes, ingurgitació jugular ni refluxe hepato-jugular. AR: murmur vesicular conservat, sense sorolls sobreagrats.

ABD: tou i depressible, no dolorós a la palpació. Peristaltisme conservat, sense signes de defensa ni peritonisme. PPL Esquerra dubdosament positiva, PPL dreta negativa. No presenta lesions testicular ni genitals. NRL: Conscient i orientat, no presenta focalitats neurològiques.

Exploracions complimentàries realitzades al servei d'urgències

- Sediment d'orina: 25-50 leucòcits/camp, 5-10 hematies per camp. Urocultiu negatiu.

Esquistosomiasis en orina per *S. hematobium* +++.

- Analítica: plaquetes i coagulació normals, Eosinòfils $1.7 \times 10^9/L$, reste d'hemograma normal, glucosa, FG, ionograma normals, PCR 3.4 mg/L

- Radiografia abdomen: No s'observen litiasis en les vies urinàries.

Diagnòstic diferencial a urgències

Ens podríem plantejar com diagnòstic diferencial la **litiasis renal**, per la seva alta prevalença (en contra, el dolor és no còlic i de 5 mesos d'evolució), **tumor renal** (a favor el tipus de dolor i l'antecedent previ), **pielonefritis**, **abscess renal** (en contra: el temps tan llarg d'evolució, falta de febre..), **poliquistosis renal** (en contra: 5 anys abans no en tenia), infeccions que també són prevalents en immigrants: **tuberculosis**, **esquistosomiasis complicada** (a favor: l'antecedent previ del malalt), i altres entitats menys freqüents: **GN**, **malaltia de Berger**, **fibrosis retroperitoneal amb hidronefrosis**,

o **trombosi** de vena renal associada a trastorn de coagulació o **drepanocitosis**.

8. Evolució clínica i proves complementàries realitzades fora d'urgències

S'ingressa el pacient en el servei de M.I. Es practica:

- Rx de tòrax: sense alteracions destacables.
- PPD: >20 mm.
- Anàlítica completa: serologies HIV, VHB ag i anticore HB, estrogiloides i LUES negativa. Marcadors tumorals negatius. IgE: 7055 KU/L.
- Ecografia abdominal i renal: **Dilatació ureteropielocalicilar renal esquerra per una lesió polipoïdea de 13x15mm en la regió posterolateral Esquerra de la bufeta urinària, juxtameatal, que podria correspondre a una neoplàssia urotelial.** No hi ha dilatació del sistema excretor renal dret. Resta de la exploració normal.

- UroTAC: **Engruiximent irregular de les parets vesicals, meat ureteral esquerra i parets de l'urèter distal i esquerra amb calcificacions suggestiu d'afectació per esquistosomiasi, sense poder descartar que alguna zona correspongui a procés neoforatiu afegit. Dilatació ureteral esquerra i moderada dilatació pielocalicilar esquerra.**

- Cistoscopia: Uretra anterior sense alteracions. Pròstata grau II lleument obstructiva per coll elevat, bilobulat, amb poc creixement endovesical. Meats dret ortotòpic i meat esquerra no vist per **lesió polipoïde no papil·lar sospitosa de tumoració. Orina clara. Bufeta llisa amb múltiples imatges compatibles amb granulomes d'esquistosomes (4 zones)**, a paret posterior inferior i superior i lateral esquerra. Es realitza citologia per rentat. S'aconsegueix control del dolor i es tracta l'esquistosomiasi urinària amb Praziquantel 20mg/Kg/8h durant 48 hores i posteriorment a l'alta es repitirà la mateixa dosi de Praziquantel per 3 dies a la setmana i després d'un mes. Se li explica que no té de tornar a banyar-se en zones infestades, té d'acudir a controls i ha de fer portar als seus fills a facultatiu per tractament si convingués.

Resultat d'anatomia patològica: Infecció per

Schistosoma hematobium amb extensa esquistosomiasi vesical i marcada inflamació aguda i crònica, amb extensa eosinofília; no evidència de recidiva tumoral.

Diagnòstic final:

Hidronefrosi esquerra per esquistosomiasi urinària.

Discussió

Presentem el cas d'un pacient senegalès amb antecedents d'esquistosomiasi i tumor vesical que consulta per dolor en flanc esquerra i hematúria de 5 mesos amb diagnòstic final de recidiva d'esquistosomiasi. Revisem varis conceptes:

- Malgrat es tracti d'una malaltia importada, és molt prevalent al món tropical (l'esquistosomiasi és la segona parasitosis després de malària). S.hematobium es localitza a l'Àfrica Subsahariana, al Magreb i Orient Mig.

- L'ésser humà s'infecta a través de la pell al banyar-se en aigües dolces contaminades per cercàries que atravesen la pell, teixit subcutani i el sistema venós, on es desenvolupa el cuc adult que s'emmagatzema al plexe vesical, on produeixen els ous. Els ous i la resposta inflamatòria produeixen la clínica.

- En turistes és freqüent la febre de Katayama: febre, tos, rash, asma i eosinofília. Pel diagnòstic es necessita una alta sospita donat que la serologia pot ser + ó -, i no es detecten ous a les 2-6 setmanes de l'infecció. En autòctons és molt freqüent l'hematúria dels nens, i anys després, les complicacions: pseudopapilomes vesicals, hidroureteronefrosis, calcificacions, infeccions bacterianes, GN..i carcinoma escamós vesical, si no es tracta.

- Una vegada es té la sospita diagnòstica, és important recollir una mostra d'orina indicant al pacient que faci flexions- i comentar-ho amb microbiologia.

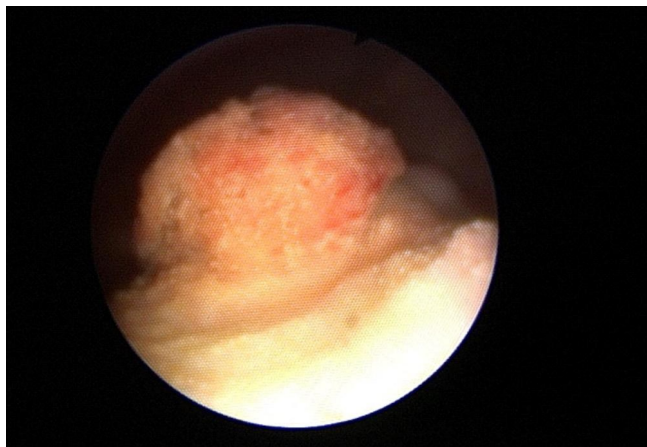
- Hi ha varies pautes de tractament: Praziquantel 40 mg/kg/24 h (o bé 20mg/kg/8-12h) de 24 a 72h. En fallides de tractament en monodosis es recomana: 20mg/kg/12h per 48h i repetir a les 4 setmanes o fer 20 mg/kg/8h per 72h. És important repetir sediments urinaris fins evidenciar que no té recidiva.

Bibliografia

1. Alonso D, Muñoz J, Gascón J et al. Short report: failure of standard treatment with Praziquantel in two travellers with *Schistosoma haematobium* infección. *Am J. Trop. Med. Hyg.*, 74: 342–344
2. Zaghloul, M. Bladder cancer and schistosomiasis *Journal of the Egyptian National Cancer Institute* 24, 151–159
3. Sánchez-Molina Acosta M.I, Sanz Izquierdo MP, Vicente Caro B. Infección vesical por *Schistosoma haematobium*. *Semergen.* 36: 529–532

Iconografia

1. Imatge de cistoscopia en la que s'observa granulosa d'esquistoma.



2. Imatge de TAC abdominal en la que s'observa hidronefrosis del ronyó esquerre



3. Ou d'*Schistosoma Haematobium* vist al microscopi.

