

PRESENTACIÓN DE CASO

Esquistosomiasis intestinal: reporte de un caso

Intestinal Schistosomiasis: a case report

Isabel Antonia Montané Céspedes

Máster en Enfermedades Infecciosas. Asistente. Profesora Principal de Vigilancia y lucha Antivectorial. Facultad de Ciencias Médicas "Enrique Cabrera". La Habana. Correo electrónico: imontane@infomed.sld.cu

Recibido: 17 diciembre de 2014.

Aprobado: 4 marzo de 2014.

RESUMEN

Introducción: la esquistosomiasis intestinal es una parasitosis ocasionada por helmintos de la clase trematode del género *Shistosoma*, que se caracteriza por presentar en su fase aguda diarreas, dermatitis y dolores abdominales, con alta incidencia en los países pobres con problemas de insalubridad. El factor desencadenante de esta parasitosis está asociado al contacto con agua contaminada por los huevos de shistosomas. Puede prevenirse con medidas de saneamiento ambiental dirigidas al control de las fuentes de abasto de agua. Existe en la actualidad elevada morbilidad principalmente en el África subsahariana. Se persigue como objetivo explicar la epidemiología de esta enfermedad.

Presentación del caso: se presenta el caso de un adulto mayor de 60 años de edad, del sexo femenino, sin antecedentes de esta enfermedad, que se encontraba prestando ayuda colaboración en la provincia de Cunene en la hermana República de Angola. Presentó síntomas clínicos durante los meses de enero a marzo del 2012, siendo confirmado por el laboratorio como esquistosomiasis intestinal. Se aplicó a la paciente el medicamento específico y actualizado: praziquantel, con evolución satisfactoria.

Conclusiones: la literatura describe fallos del tratamiento en los que se ha

requerido más de un ciclo de praziquantel, lo cual no es muy frecuente, pero ocurrió en el caso que se presenta. Se le orientó a la paciente tomar el medicamento acompañado de alimentos. No refirió presentar efectos secundarios.

DeCS: Esquistosomiasis; Parasitosis intestinales.

ABSTRACT

Introduction: intestinal schistosomiasis is a parasitic disease caused by helminths of the class trematode and genus *Schistosoma*, characterized by presenting in its acute stage diarrhea, dermatitis and abdominal pain, with high incidence in poor countries with insalubrity problems. The triggering factor of this parasitosis is associated to exposure to water contaminated by schistosomes eggs. It can be prevented with sanitation measures aimed at controlling sources of water supply. There is now high morbidity mainly in sub-Saharan Africa. The objective aimed at is explaining the epidemiology of this disease.

Case report: the case of an adult female aged over 60 years is presented, with no history of the disease, which was on a medical collaboration in the province of Cunene in the sister Republic of Angola. She showed clinical symptoms during the months of January to March 2012, and it was confirmed by the laboratory as intestinal schistosomiasis. The specific and updated medication (praziquantel) was administered to the patient, with satisfactory results.

Conclusions: the literature describes treatment failures in which it has been required more than one cycle of praziquantel, which is not very common, but occurred in the case presented. The patient was assigned to take the medication together with food. No side effects were referred as presented.

DeCS: Shistosomiasis; Parasitic intestinal diseases.

INTRODUCCIÓN

La *Shistosomiasis*, *Esquistosomiasis* o *Bilartziasis* es una enfermedad causada por parásitos helmintos de la clase trematodo, género *Shistosomas*. Existen 5 especies de equistosomas que producen esquistosomiasis en humanos, entre ellas: *Shistosoma mansoni*, *Shistosoma intercalatum*, *Shistosoma haematobium*, *Shistosoma japonicum*, y *Shistosoma mekongi*. Las especies más frecuentes asociadas a esquistosomiasis intestinal son: *Shistosoma mansoni* y *Shistosoma japonicum*. El *Shistosoma haematobium* ocasiona la *Shistosomiasis* vesical.¹

La esquistosomiasis también se encuentra ubicada dentro del grupo de enfermedades de origen hídrico o efectos adversos del agua sobre la salud humana como enfermedad con base u originada por el agua, si se tiene en cuenta que la infección se produce por contacto con agua contaminada por los huevos de equistosomas.¹

Esta enfermedad es una parasitosis fundamentalmente de áreas rurales y marginales, con poco saneamiento ambiental y condiciones sociales y económicas precarias. En los países en vías de desarrollo la forma más común de infectarse es

a través del baño en lagos y charcas infestadas con los caracoles que son específicamente reservorios naturales de los *Shistosomas*.¹

Los caracoles que constituyen hospederos intermediarios a estos trematodos son: La *Biomphalaria* para el *Shistosoma mansoni*, la *Oncomelania* para el *Shistosoma japonicum* y para el *Shistosomas haematobium* el caracol *Bullinus*.^{2, 3} En estos caracoles de agua dulce, que son los hospederos naturales de los *Shistosomas*, se reproduce asexualmente el miracidio al ser liberado por el huevo cuando éste entra en contacto con el agua.^{1, 2}

El miracidio da lugar a los esporocitos que evolucionan a cercarias, las cuales abandonan el caracol en cantidad de miles.^{1, 2} Las cercarias son las formas infectantes. Pueden mantenerse en el agua de 48 a 72 horas, tiempo que precisan para encontrar a su hospedero definitivo. Si lo encuentran, atraviesan la piel intacta y migran por la sangre hacia los pulmones e hígado. Se transforman en esquistosómulas, forma inmadura. Logran la maduración en un periodo de 4 a 6 semanas en la vena porta donde se aparean.^{1, 2}

En el cuerpo del macho se forma el canal ginecóforo donde se aparean la hembra, y de esta forma las especies intestinales viven en el plexo mesentérico, donde se liberan los huevos que contaminan las aguas al salir en las heces, comenzando un nuevo ciclo.^{1, 2}

La esquistosomiasis es una parasitosis prevenible siempre que se tomen medidas dirigidas a los siguientes aspectos:

- La disminución de contactos con aguas contaminadas.
- Control de caracoles.
- Existencia de programas de educación sanitaria.
- Que se proporcionen inodoros.
- Que se mantenga la orina y excretas fuera de lagunas, canales y arroyos.¹

Aunque esta enfermedad no constituye una urgencia médica en su forma aguda por elevada mortalidad, es la segunda enfermedad tropical más prevalente en todo el mundo después de la malaria. Se estima que 650 millones de personas viven en zonas endémicas en 74 países y hay 300 millones de personas infectadas, de las cuales más del 80% viven en África subsahariana.^{1, 4} El estudio de esta parasitosis en la actualidad es de gran importancia por su elevada morbilidad, sobre todo en el África subsahariana.

Por la presencia sistemática de síntomas diarreicos y dificultades con el abasto y mala calidad del agua en los condominios de los colaboradores cubanos de la provincia de Cunene, en el primer semestre del año 2012 y con el antecedente de diagnóstico de esquistosomiasis intestinal a varios miembros de la brigada durante el año 2011, se reporta un caso clínico con el objetivo de explicar las manifestaciones clínicas de la enfermedad y otros aspectos de su epidemiología.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 60 años, del sexo femenino, que cumple misión internacionalista en la provincia de Cunene de la hermana República de Angola desde el año 2011. Refiere que desde los meses de enero-abril de 2012 ha venido presentando episodios de diarreas intermitentes, dolor abdominal y falta de apetito.

Datos al interrogatorio

A los datos referidos anteriormente se le suman los factores desfavorables medioambientales relacionados con la mala calidad del agua, al encontrarse la paciente viviendo en una zona endémica o de alto riesgo de infección con *shistosoma*. No refiere haber presentado fiebre. La paciente refiere haber presentado en tres ocasiones erupción detrás de las corvas en las piernas, manifestando que esta desapareció de forma espontánea, aunque en el momento del examen físico este signo no fue observado.

Datos al examen físico

Lo referido por la paciente se corrobora por lo planteado en la literatura revisada, donde se plantea que las cercarias, cuando atraviesan la piel, ocasionan daños mecánicos y traumáticos que se pueden evidenciar cuando los pacientes presentan urticaria o dermatitis, sin embargo, estas reacciones de hipersensibilidad son poco frecuentes en pacientes infectados.^{1, 3} El tratamiento se aplicó en un primer momento con resultados insatisfactorios, siendo repetido en una segunda ocasión con seguimiento sistemático de diagnóstico hasta comprobar la ausencia de huevos en las heces, así como la eliminación de las diarreas y mejoría del estado general en la paciente.^{9, 2}

DISCUSIÓN

Las manifestaciones clínicas de la esquistosomiasis en su fase aguda se caracterizan por presentar diarreas con sangre o sin sangre, dolor abdominal y la falta de apetito. Aunque estos síntomas son inespecíficos y esta parasitosis se presenta de forma asintomática por lo general, el factor ambiental relacionado con la calidad del agua constituye un determinante importante como causa de esta parasitosis. Las alteraciones presentadas por la paciente coinciden con lo reportado en la literatura revisada, así como con las manifestaciones clínicas de otros colaboradores afectados en la brigada.^{1, 4-6}

El diagnóstico correcto y temprano es la clave para el control sanitario y terapéutico de la esquistosomiasis, sobre todo en zonas endémicas. En el caso que se presenta se realizó mediante la demostración microscópica de los huevos, lo cual continúa siendo la prueba de oro.

Se utilizó el método de de concentración tradicional. Dado que la presencia de huevos en las heces es intermitente, se repite el diagnóstico varias veces, lo que permitió la observación de huevos de *Shistosoma mansoni*, que tiene forma elipsoidal con espícula lateral y *Shistosoma japonicum*, de forma esférica con una pequeña espícula saliente. Se recomienda que ante el contacto con agua contaminada y fiebre realizar conteo de eosinófilos, ya que la eosinofilia es indicador obligado para descartar esquistosomiasis, análisis que no fue realizado por no tener las condiciones técnicas necesarias.^{1, 7} Se realizó el diagnóstico diferencial de fiebre tifoidea debido a su comportamiento endémico en la provincia; para este diagnóstico fue utilizado el método serológico *test de Vidal*.⁷⁻⁹

Para el tratamiento, aunque el abendazol y el mebendazol son medicamentos comúnmente usados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a pesar de que no evitan las reinfecciones; se aplicó a la paciente el medicamento específico y

actualizado: praziquantel, el de elección para todas las especies de shistosomas a la dosis indicada: 40mg/kg de peso, como se reporta en la literatura revisada.²

La literatura describe fallos del tratamiento en los que se ha requerido más de un ciclo de praziquantel, lo cual no es muy frecuente, pero ocurrió en el caso. Se le orientó a la paciente tomar el medicamento acompañado de alimentos. No refirió presentar efectos secundarios.²

La autora obtuvo el consentimiento informado directamente de la paciente que es objeto de estudio. Se aplicó el formulario indicado por la Resolución. no. 4 de Bioética del año 2000 del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Este documento garantiza el anonimato del paciente como corresponde, y permite la edición y publicación de la información recopilada en este estudio.¹⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. Esquistosomiasis Nota descriptiva No. 115. Centro de Prensa; 2012.
2. National Travel Health Network and Center. Schistosomiasis [Internet]. Health Protection Agency; 2008.
3. González R. Evaluación sistemática de costos ambientales para el desarrollo de proyectos sustentables con financiamiento de bonos de carbono. En: Avances en impacto, tecnología y toxicología ambiental. Hidalgo, México: 2011: 51-73.
4. República Dominicana. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Epidemiología. Bilharzia/Esquistosomiasis Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública; 2012.
5. Rojas Rodríguez de Quesada M, Azcoaga Lorenzo A, Vidal Serrano S. Esquistosomiasis humana: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. JANO 2009; (1746): 14.
6. Gray DJ, Allen G, Yue-Sheng, McManus DP. Esquistosomiasis: diagnóstico y manejo clínico. BMJ 2011; 342: 2651-2651.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Enfermedades tropicales: Esquistosomiasis, Leishmaniosis y Tripanosomiasis: revisión bibliográfica. Santiago de Cuba: Facultad de Ciencias Médicas II; 2010.
8. Heyman DL. Control of Communicable Diseases Manual. En: Shistosomiasis 19 ed. Washington: American public Health. Association Pres; 2008: 544-47.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Resolución no.4. Bioética. La Habana: MINSAP; 2000.

Dra. Isabel Antonia Montané Céspedes. Máster en Enfermedades Infecciosas. Asistente. Departamento Tecnología de la Salud. Profesora Principal de Vigilancia y lucha antivectorial. Facultad de Ciencias Médicas "Enrique Cabrera". La Habana. Correo electrónico: imontane@infomed.sld.cu