

Esquistosomiasis mansónica

Schistosomiasis masoni

Dr. Jorge Luis Pérez León,^I Dra. Farah María Kindelán Mercerón^{II} y Dra. Aymara Asprón Fernández^{III}

^I Policlínico "Porfirio Valiente Bravo", Songo-La Maya, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Policlínico Docente "30 de Noviembre", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Dirección Provincial de Salud Pública, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente de 10 años de edad, quien asistió al puesto médico de Santa Johana, municipio de Itamarandiba, estado brasileño de Minas Gerais, acompañado de su madre, por presentar dolor abdominal de tipo cólico, con deposiciones diarreicas mezcladas con sangre y falta de apetito, además ligera palidez cutaneomucosa, lo cual se correspondían con una esquistosomiasis mansónica. Se le realizaron los exámenes pertinentes y se le indicó el tratamiento oportuno, de manera que el niño evolucionó favorablemente.

Palabras clave: niño, esquistosomiasis mansónica, parasitosis, agua contaminada, Brasil.

ABSTRACT

The case report of a 10 years patient is presented who attended Santa Johana doctor's office, Itamarandiba municipality, Minas Gerais Brazilian state, accompanied by his mother, due to abdominal pain of colic type, with diarrhea mixed with blood and loss of appetite, also a light mucouscutaneous paleness, which corresponded to a schistosomiasis masoni. The pertinent exams were carried out and the appropriate treatment was indicated, so that the boy had a favorable clinical course.

Key words: child, schistosomiasis masoni, parasitic disease, polluted water, Brazil.

INTRODUCCIÓN

La esquistosomiasis (antiguamente llamada bilharziasis o bilharziosis) es una enfermedad causada por parásitos helmintos de la clase trematodos, género *Schistosoma* (castellanizado esquistosoma). Existen 5 especies de este parásito que producen esquistosomiasis en humanos, cada una con sus manifestaciones clínicas respectivas: *Schistosoma mansoni*, *Schistosoma intercalatum*, *Schistosoma haematobium*, *Schistosoma japonicum* y *Schistosoma mekongi*.¹

Por otra parte, la esquistosomiasis también se encuentra entre las afecciones de origen hídrico o por los efectos adversos del agua sobre la salud humana, si se tiene en cuenta

que la infección se produce por contacto con agua contaminada por los huevos de esquistosomas.¹

Esta enfermedad es una parasitosis fundamentalmente en 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 contagio es a través del baño en lagos y charcas infestadas con los caracoles, que son específicamente reservorios naturales de los esquistosomas.^{1,2}

De todas las infecciones parasitarias que afectan al hombre, la esquistosomiasis se encuentra entre las más difundidas, presentes en más de 74 países, donde más de 200 millones de personas son contagiadas cada año y dejan entre 500-600 millones expuestas a la enfermedad.³⁻⁵

En Brasil predomina la esquistosomiasis mansoni, cuyo agente causal es el trematodo *Schistosoma mansoni* (*S. mansoni*). La diseminación de esta enfermedad es lenta y progresiva y está dada por el saneamiento precario e inexistente; asimismo, puede persistir por muchos años en el hospedero humano y la edad de mayor incidencia es la preadolescencia, principalmente en el sexo masculino. Minas Gerais es uno de los estados que históricamente tiene el mayor número de focos de esquistosomiasis, aunque estos han ido disminuyendo gracias a las diferentes acciones llevadas a cabo por el Ministerio de Salud.^{4,5}

La transmisión se produce cuando las personas con esquistosomiasis contaminan fuentes de agua dulce con huevos del parásito contenidos en sus excretas, que luego se incuban en el agua, de manera que las formas larvianas del parásito, liberadas por caracoles de agua dulce, penetran en la piel durante el contacto con aguas infestadas.⁵

Los síntomas de la esquistosomiasis están relacionados con la reacción del organismo a los huevos del gusano y no con el gusano en sí. La de tipo intestinal puede ocasionar dolor abdominal, diarrea y sangre en las heces fecales; sin embargo, en fase avanzada es frecuente la hepatomegalia, que puede asociarse con ascitis e hipertensión portal, aunque también suele presentarse esplenomegalia.¹⁻³

El diagnóstico certero y oportuno de la enfermedad en personas expuestas, en particular, en zonas endémicas y de alto riesgo, resulta primordial desde el punto de vista sanitario y terapéutico para el control de la esquistosomiasis a escala mundial.^{6,7}

Por su parte, el diagnóstico clínico-epidemiológico se orienta con el interrogatorio, para deducir el posible contacto con agua de zonas endémicas o de alto riesgo. Otras enfermedades, como la de Chagas y la leishmaniasis pueden coincidir con áreas afectadas con *Schistosoma*.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un paciente de 10 años de edad, quien asistió al puesto de salud de Santa Johana, municipio de Itamarandiba, estado brasileño de Minas Gerais, acompañado por su madre, por presentar dolor abdominal de tipo cólico, con deposiciones diarreicas mezcladas con sangre, además de inapetencia y ligera palidez cutaneomucosa. Durante el interrogatorio la madre refirió que niño se bañaba en un río cerca de su casa y tomaba agua sin hervir, extraída de un pozo.

- Examen físico

- Mucosas: hipocoloreadas y húmedas.
 - Abdomen: plano, blando, que seguía los movimientos respiratorios y ligeramente doloroso a la palpación superficial en epigastrio.
 - Peso: 29 kg; talla: 129 cm; IMC: 17,43 (considerado bajo peso).
- Exámenes complementarios
 - Hemograma completo: hemoglobina:9,5 g/L
 - Eosinófilos: 11 %
 - Orina: leucocitos: 5-6 por campo; hematíes: 0-1 por campo. Epitelio escaso.
 - Heces fecales: presencia de abundantes huevos de esquistosoma.
 - Ecografía abdominal: hígado, riñones y estómago normales.
 - Reacción intradérmica para esquistosoma: positiva.

Se procedió a la notificación del caso y comenzó a ser tratado con un antiparasitario de amplio espectro (praziquantel de 600 mg), a dosis de 60 mg/kg (dosis única), complementado con sales de hierro, ácido fólico y vitamina C, con lo cual evolucionó favorablemente.

A los 3 meses de tratamiento, mediante los exámenes complementarios efectuados, se notificó la ausencia del parásito; asimismo, los niveles de eosinófilos y hemoglobina se encontraban normales. Se enfatizó en las actividades educativas y de control, tanto con la familia como con la comunidad, por su valor preventivo en la atención primaria de salud.

COMENTARIOS

Entre las manifestaciones clínicas de la esquistosomiasis, en su fase aguda, se encuentran: diarrea con sangre o sin esta, dolor abdominal y falta de apetito. Aunque dichos síntomas son inespecíficos y esta parasitosis es generalmente asintomática, el factor ambiental relacionado con la calidad del agua constituye una causa importante de infección.⁶

La mayoría de las personas que viven en regiones endémicas de *S. mansoni* son contaminadas en la infancia y permanecen con el parásito en su aparato digestivo, silenciosamente, durante muchos años. A veces, los síntomas iniciales son poco importantes y suelen ser confundidos con algunas enfermedades comunes en la infancia.⁷⁻¹⁰

Ante la presencia de un paciente con los síntomas señalados y que habite en un área rural, que sea zona endémica de esquistosomiasis, especialmente si ha expuesto su piel a lagos de agua dulce y ríos, debe sospecharse la presencia de esta enfermedad, como ocurrió con el presente caso.

Teniendo en cuenta que los síntomas de la esquistosomiasis se asemejan a los de la enfermedad del suero, entre otras afecciones, se requiere realizar los exámenes de heces fecales y de concentración de orina para determinar la presencia o no de algunos huevos de *S. mansoni*.^{9,10}

El tratamiento antiparasitario temprano, sobre todo en la esquistosomiasis aguda, permite que los pacientes se recuperen completamente, sin desarrollar una enfermedad crónica; sin embargo, el pronóstico es peor para aquellos que ya presentan otros

problemas de salud (el virus de la inmunodeficiencia humana, la malaria, entre otros) y un sistema inmunitario debilitado.⁸⁻¹⁰

Para prevenir esta enfermedad, lo primero es evitar todo contacto con las fuentes de agua dulce, donde la esquistosomiasis y los caracoles que completan su ciclo de vida son endémicos, aunque esto es poco probable que ocurra en la mayoría de los países en desarrollo.

Según los informes, con los intentos por reducir o eliminar los caracoles de algunas fuentes de agua dulce con el uso de molusquicidas (cebo caracol), ha disminuido el número de personas infectadas, pero se requiere repetir el procedimiento con mayor frecuencia; otros esfuerzos con estos fines han sido detenidos debido a un éxito limitado.^{8,9}

Desafortunadamente, las personas que son tratadas y no tienen síntomas de la enfermedad, pueden volver a infectarse si se exponen a las cercarías de aguas contaminadas, pues la respuesta humana inmune a esta enfermedad, a menudo, no es capaz de prevenir la reinfección. Actualmente no se han comercializado vacunas contra el *S. mansoni*, pero la investigación está en curso y tal vez en unos años pueda estar disponible.^{8,9}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Esquistosomiasis [citado 10 Jun 2013].
2. Travel Health Pro. Schistomiasis, 2015 [citado 12 Abr 2016].
3. Amaral RS, Porto MAS. Evolução e situação atual do controle da esquistossomose no Brasil. Ver Soc Brasileira Med Trop. 1994 (supl III): 73-90.
4. Araguaia M. Esquistossomose. Brasil Escola [citado 25 Nov 2015].
5. Coulibaly JT, N'Gbesso YK, N'Guessan NA, Winkler MS, Utzinger J, N'Goran EK. Epidemiology of schistosomiasis in two high-risk communities of south Cote d'Ivoire with particular emphasis on pre-school-aged children. Am J Trop Med Hyg. 2013;89(1):32-41.
6. República Dominicana. Ministerio de Salud Pública. Bilharzia/esquistosomiasis. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública; 2012.
7. Rodríguez de Quesada JRM, Azcoaga Lorenzo A, Vidal Serrano S. Esquistosomiasis humana: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. JANO. 2009;1746:14.
8. Gray DJ, Allen G, YueS, McManus DP. Esquistosomiasis: diagnóstico y manejo clínico. BMJ. 2011;342:2651.
9. Carvalho EM, Lima AAM. Schistosomiasis (Bilharziasis). In: Goldman L, Schafer AI. Goldman's Cecil Medicine. 24th. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011.
10. Pinheiro P. Esquistossomose, sintomas e tratamento, 2015 [citado 25 Mar 2015].

MEDISAN 2017;21(2):220

Recibido: 2 de agosto de 2016.

Aprobado: 5 de noviembre de 2016.

Jorge Luis Pérez León. Policlínico "Porfirio Valiente Bravo", Ricardo Rizo, No. 72, Songo-La Maya, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: kinde70@gmail.com