

Cas 2019.3

Adolescent home subsaharià de 15 anys amb dolor a fossa lumbar de 24 hores d'evolució

Sofia Martina Ramis-Fernández¹, Maria Mercadal-Hally^{1,2}, Aida Arrevola-Alonso¹, Dèlia Cruz-Vila¹, Núria López-Segura¹

¹ Servei de Pediatria. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. ² Unitat de Gastroenterologia, Hepatologia, Suport Nutricional i Trasplantament Hepàtic Pediàtric. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Vall d'Hebron Institut de Recerca. Barcelona

Adolescent de 15 anys que consulta a urgències per dolor de 24 hores d'evolució a fossa lumbar i flanc dret, que irradia a fossa ilíaca. S'acompanya de nàusees, sense vòmits i amb deposicions normals. No refereix febre, síndrome miccional ni hematúria.

Es tracta d'un noi procedent de Gàmbia, que resideix al nostre país des de fa 3 mesos en un pis tutelat, ja que es tracta d'un menor no acompanyat. Refereix episodis d'hematúria recurrents des de la infància, tractats al seu país. Explica dolor lumbar dret recurrent de mesos d'evolució. Fa un mes i mig va ser visitat en un altre centre per cribatge de patologia importada en l'infant immigrant. Se li va fer una anàlisi de sang en què destaca IgE >5.000 kU/L amb eosinòfils 500 /uL, reacció en cadena de la polimerasa (PCR) per *Plasmodium spp* negativa i serologies per virus d'immunodeficiència humana (VIH), virus de hepatitis B (VHBsAg), virus de hepatitis C (VHC) i *Treponema pallidum* negatives. Radiografia de tòrax normal. Estudi de paràsits en femta positiu a *Blastocystis hominis* i estudi de paràsits en orina amb presència d'ous de *Schistosoma haematobium*. Es pauta tractament amb praziquantel (dosi 40 mg/kg/dia durant 2 dies), que tolera correctament.

En l'exploració física a urgències presenta un estat general acceptable, dolor a la palpació de flanc dret i fossa ilíaca dreta amb percussió lumbar dreta positiva, i no es palpen masses ni visceromegàlies. La resta de l'exploració és normal. S'orienta com a còlic nefrític i s'administra analgèsia intravenosa. L'anàlisi de sang mostra eosinofília de 1.450/uL; la resta de l'hemograma, la proteïna C reactiva i la funció renal i l'hepàtica són normals. El sediment d'orina mostra 50-100 hematies/camp, 5-10 leucòcits/camp i no s'observen microorganismes ni paràsits en orina. Se li fa una ecografia (Fig. 1), que objectiva hidronefrosi renal dreta secun-

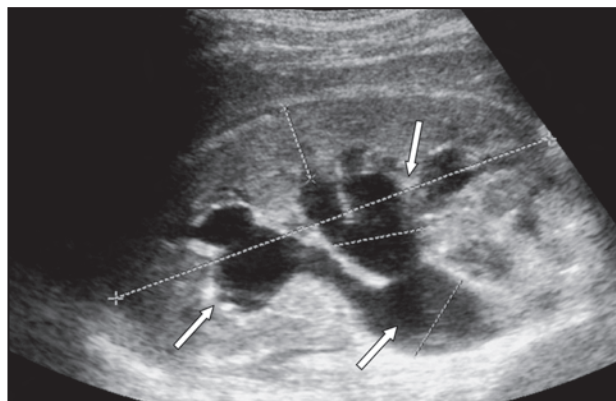


Fig. 1. Ecografia renal que mostra hidronefrosi dreta (fletxes).

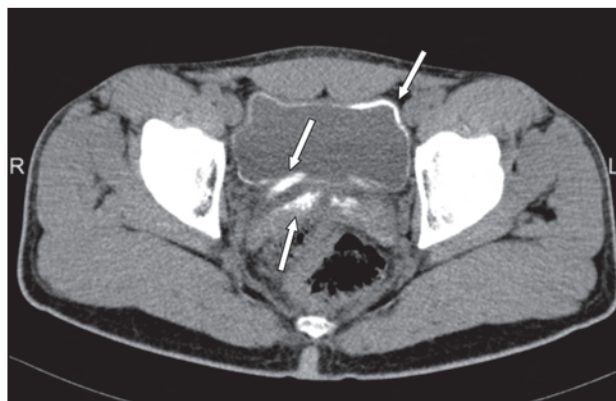


Fig. 2. TC abdominal. Calcificació de la bufeta urinària, els urèters i els lòbuls prostàtics (fletxes).

dària a litiasi ureteral proximal obstructiva d'11 mm, i una tomografia computada (TC) abdominal (Fig. 2) en què s'aprecien calcificacions a calzes renales, urèters, paret vesical i tots dos lòbuls prostàtics.

Quin és el seu diagnòstic?

Treball presentat com a comunicació oral curta a la XXIII Reunió de la Societat Catalana de Pediatria (Blanes, maig 2017).

Correspondència: Sofia Martina Ramis-Fernández
Servei de Pediatria. Hospital del Mar
Pg. Marítim, 25-29. 08003 Barcelona
62231@parcdesalutmar.cat

Treball rebut: 28.08.2018
Treball acceptat: 14.03.2019

Discussió

Davant episodis d'hematúria recurrent en pacients originaris de l'Àfrica subsahariana s'hauria de sospitar infecció per *Schistosoma haematobium*. L'eosinofília que el pacient presenta amb hematúria és pròpia d'aquesta parasitosis. D'altra banda, la falta de paràsits en orina i l'evolució del dolor justifica fer proves radiològiques que evidencien complicació amb litiasi ureteral i calcificacions vesicals pròpies de l'esquistosomiasi crònica. Es col·loca una sonda uretral de doble llum per evitar l'obstrucció ureteral. Es programa una ureteroscòpia com a part del tractament d'aquesta fase crònica de la malaltia.

Diagnòstic final: Esquistosomiasi urogenital crònica.

Comentari

L'esquistosomiasi urogenital és la forma més prevalent dins les esquistosomiasis. Afecta 112 milions de persones: el 90% a l'Àfrica, la resta a l'Orient Mitjà, i casos aïllats descrits a Còrsega¹.

La infecció es produeix per l'entrada de la larva a la pell en contacte amb aigua dolça de rius i llacs contaminats. L'edat de màxima incidència és entre 5 i 15 anys, però també afecta preescolars². La larva migra al fetge i posteriorment al plexe venós perivesical com a cuc adult. Aquest viu entre 3 i 5 anys dipositant ous a les vècules de la paret vesicoureteral. Els ous indueixen una resposta immunològica en forma de granulomes a la submucosa de l'uroteli, amb ulceracions i pseudo-pòlips, que evolucionen a fibrosi i calcificació. La clínica inicial es manifesta en forma de cistitis, amb hematúria terminal associada o no a disúria. La infecció aguda repetida es relaciona amb anèmia, i amb retard del creixement i l'aprenentatge. Un cop l'uroteli és fibrós, pot aparèixer clínica d'estenosi obstructiva a nivell ureteral que evoluciona a ureterohidronefrosi i insuficiència renal. L'estasi urinària en una bufeta petita i fibròtica resulta en una incidència augmentada d'infeccions urinàries i litiasi ureteral i vesical. Aquestes complicacions es manifesten ja en l'adolescència³. La infecció crònica es relaciona amb carcinoma escamós de bufeta

sobre els 40-50 anys¹. En dones, la infecció provoca infertilitat i més vulnerabilitat davant el VIH.

El diagnòstic principalment es fa amb la identificació d'ous del paràsit en orina. La serologia és positiva a partir de 4 setmanes del contacte, i és útil en casos d'alta sospita d'infecció en pacients sense contacte previ, com ara viatgers, amb prova d'orina negativa per paràsits. L'ecografia és necessària per detectar complicacions cròniques i útil per al seguiment³. És fonamental un diagnòstic i un tractament precoços en la infància, ja que la infecció crònica amb fibrosi no és reversible amb praziquantel.

L'eliminació d'aquesta patologia en zones endèmiques és complexa per nombrosos factors: reconeixement difícil de la infecció aguda, problemes d'accés a l'atenció sanitària, pobre adherència i disponibilitat del tractament, així com la ràpida reinfecció per contacte continu amb aigües contaminades.

Les estratègies de prevenció de l'Organització Mundial de la Salut són campanyes de desparasitació anuals amb praziquantel a les escoles i als grups de risc, com ara els residents de zones endèmiques. També és important l'educació sanitària, el sanejament de l'aigua i les mesures de control ambiental^{2,4}.

La conclusió d'aquest cas és incloure l'esquistosomiasi urogenital crònica en el diagnòstic diferencial en pacients procedents de zona endèmica amb litiasi de la via urinària i/o amb antecedents d'episodis d'hematúria recurrent.

Bibliografia

1. Botelho MC, Alves H, Richter J. Halting. *Schistosoma haematobium* - associated bladder cancer. *Int J Cancer Manag.* 2017;10(9):e9430.
2. Mduluzi T, Mutapi F. Putting the treatment of paediatric schistosomiasis into context. *Infect Dis Poverty.* 2017;6(1):85.
3. Ferrara D, Esposito F, Di Serafino M, Gullotto C, Baglioni A, Martinelli L, et al. Sonographic early findings in a case of bladder schistosomiasis. *J Ultrasound.* 2018;21(3):259-63.
4. Bustinduy AL, Wright S, Joeke EC, Kabatereine NB, Reinhard-Rupp J, King CH et al. One hundred years of neglect in paediatric schistosomiasis. *Parasitology.* 2017;144(12):1613-23.