



P-449 - AFECTACIÓN ABDOMINAL DE LA INFECCIÓN POR *SCHISTOSOMA*. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

Sánchez Pedrique, Isabel; Cartón Hernández, Carlos; Rodrigo Amador, Vidina Aurora; Sánchez Manuel, Francisco Javier; Álvarez Llamas, Irene; Santos González, Jorge Félix; Zañáño Palacios, Jesús

Hospital Universitario, Burgos.

Resumen

Objetivos: Describir el manejo de la infección por *Schistosoma*, una entidad infrecuente en nuestro medio.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de procedencia asiática que consulta en Urgencias por dolor abdominal difuso y fiebre de varios días de evolución. La analítica no evidencia leucocitosis pero sí eosinofilia y elevación de la PCR. Se realiza una ecografía, que es sugestiva de apendicitis aguda. Durante la cirugía se evidencia una tumoración de intestino delgado, que se reseca (inflamación eosinofílica sin signos de malignidad). El paciente presenta una mala evolución, con dolor centroabdominal irradiado hacia la espalda de mal control analgésico. El cuarto día postoperatorio se realiza una TC que sugiere pancreatitis aguda (aumento de volumen pancreático, líquido libre y colecciones peripancreáticas). El décimo día postoperatorio, desarrolla un cuadro de shock séptico y fallo multiorgánico, y se realiza una TC urgente, que evidencia una trombosis portomesentérica con signos de sufrimiento de asas e incipiente isquemia intestinal. El paciente es intervenido de urgencia, encontrándose isquemia transmural de aproximadamente 2 metros de intestino delgado (yeyuno distal e íleon), que se resecan, realizándose ileostomía terminal (AP: enteritis eosinofílica). Durante el postoperatorio se realizan test diagnósticos, siendo negativos el test de *Brucella*, *Salmonella*, *Clostridium* y *Anisakis*. La IgG antiesquistosoma fue positiva, aunque la PCR y la búsqueda de formas parasitarias en heces fue negativa. Siendo diagnosticado de esquistosomiasis crónica, se instauró tratamiento con praziquantel a dosis de 40 mg/día. Como consecuencia de la ileostomía, el paciente presentó síndrome de intestino corto y desnutrición, que fueron tratados de manera conservadora con nutrición parenteral y fármacos inhibitorios de la motilidad intestinal. Seis semanas más tarde de la cirugía de resección intestinal, fue intervenido para reconstruir el tránsito, con evolución satisfactoria. La esquistosomiasis es una patología de gran prevalencia, pero muy infrecuente en nuestro medio. Se debe a infección por parásitos del género *Schistosoma* (*S. mansoni*, *S. japonicum*, *S. haematobium*, *S. mekongi* y *S. intercalatum*). Se transmite a través de agua contaminada, siendo el reservorio reptiles infectados. La transmisión es cutánea, con posterior diseminación hemática al hígado y, desde ahí, a otros órganos. Hay dos formas de presentación de la esquistosomiasis, una aguda (fiebre de Katayama) que suele afectar a pacientes sin inmunidad adquirida; y una crónica, que es más frecuente en pacientes que provienen de zonas endémicas. Estos pacientes sufren clínica producida por la afectación hepática (cirrosis, hipertensión portal...), clínica secundaria a la embolización de larvas a otros órganos (trombosis

mesentérica, pulmonar) y a la diseminación del parásito a otros órganos (encefalitis, mielitis, apendicitis, alteraciones genito-urinarias...). Se diagnostica mediante pruebas de laboratorio (eosinofilia, serología, PCR) y con la identificación directa del parásito en heces o biopsias. El tratamiento de la infección crónica es praziquantel (40-60 mg/día). Algunos pacientes pueden requerir cirugía (apendicectomía, esplenectomía, trasplante hepático).

Discusión: La esquistosomiasis es una enfermedad parasitaria poco frecuente en nuestro medio, pero, dada su gran prevalencia, debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de viajeros o pacientes migrantes con síntomas compatibles con infección parasitaria y eosinofilia.