



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/2603 - LAS APARIENCIAS ENGAÑAN

E. Díaz García<sup>a</sup>, P. Morán Oliva<sup>b</sup>, E. Díaz García<sup>a</sup>, M. Martínez<sup>b</sup> y S. Redondo de Pedro<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Zona Centro. Badajoz. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Mendiguchía Carriche. Leganés.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 51 años de origen guineano que acude a consulta por un cuadro de malestar general, con historia abigarrada: dolores articulares y mialgias, dolor abdominal episódico y dolor torácico mecánico sin cortejo vegetativo. No describiendo bien en qué momento se produce el dolor ni de qué sintomatología se acompaña. Consulta previa por prurito generalizado que fue estudiado por dermatología y tratado sin mejoría. Dos meses más tarde la paciente consulta con rectorragia franca.

**Exploración y pruebas complementarias:** Palpación abdominal dolorosa en región suprapúbica y FII. Resto EF sin hallazgos. Analítica con serología ETS y autoinmunidad: VSG 40 mm, PCR 0,99 (< 0,5), GGT 166, eosinófilos 8%. Resto normal. Colonoscopia: se visualizan lesiones rectales de aspecto degenerado con sangrado espontáneo y a la manipulación, altamente sospechosas de neo de recto. Se inicia estudio de extensión, a la espera de los resultados de la anatomía patológica. RMN pélvica: proceso inflamatorio de recto, fina espiculación y reacción desmoplástica de la grasa del mesocolon, no identificando masa que ocupe grasa ni este condicionando proceso infiltrativo de la fascia mesorectal. Mínimas adenopatías presacras, la mayor de 5 mm. Body TAC: contenido rectal con imágenes filiformes de calcificación. Marcadores tumorales CEA y CEA 19-9: negativos. Biopsia: fragmentos de mucosa rectal que muestran ausencia de imágenes de malignidad, presentando infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario con moderada cantidad de eosinófilos y numerosas estructuras ovoides consistentes en huevos de parásitos embrionados, vivaces, correspondientes a huevos de esquistosoma probablemente de tipo *Hematobium*.

**Juicio clínico:** Esquistosomiasis del tracto digestivo.

**Diagnóstico diferencial:** Cáncer de recto. Pancreatitis y patología vía biliar. Úlcera péptica. Otras parasitosis. Angiodisplasia de colon.

**Comentario final:** Se pautó prazicuantel 40 mg/kg, 3.600 mg repartidos en dos dosis. Revisión a los tres meses: asintomática. Colonoscopia de control: clara mejoría de las lesiones con disminución de su tamaño. Con este caso queremos destacar la importancia del diagnóstico diferencial de cualquier masa sospechosa y la necesidad obligada de un diagnóstico anátomo-patológico exacto antes de decidir el plan terapéutico.

### Bibliografía

1. Soentjens P, Clerinx J. Diagnosis of schistosomiasis. Uptodate, 2015.
2. Clerinx J, Soentjens P. Epidemiology, pathogenesis, and clinical manifestations of schistosomiasis. Uptodate, 2016.

**Palabras clave:** *Enfermedades tropicales. Esquistosomiasis. Tumor colo-rectal. Colonoscopia. Estudio anatómo-patológico.*