



# **PACIENT PROCEDENT DE MALI AMB DOLOR ABDOMINAL D'ANYS D'EVOLUCIÓ**



**Dra. Cristina Soler  
Unitat de Medicina Tropical . M Interna  
Hospital de Sta Caterina  
Salt / Girona**

## CAS CLÍNIC



- Pacient de 36 anys, natural de Mali i resident a Girona des de 1999.
- Sense antecedents patològics d'interès



## MOTIU DE CONSULTA



- Remès pel seu metge de capçalera per estudi de dolor abdominal de predomini vespertí i d'uns 4 anys d'evolució.
- No diarrees
- Ambulatòriament se li havia practicat:
  - Examen de femta que va ser normal, sense paràsits i amb cultius negatius.
  - Estudi de paràsits a orina amb tres mostres negatives.
  - L'analítica general havia mostrat únicament eosinofília (900 K/mcl totals)



..natural de Mali...

.... eosinofília....

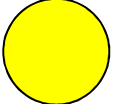


...sembla que anem de paràsits... oi?



# PARASITOSI MÉS FREQUËNT AL MÓN

 1. Estrongiloides

 2. Esquistosoma

 3. Paludisme

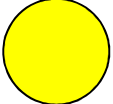
 4. Filàries

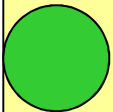
 5. Gnatostoma



# PARASITOSI MÉS FREQUËNT AL MÓN

 1. Estrongiloides

 2. Esquistosoma

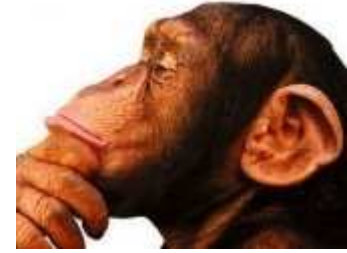
 3. Paludisme

 4. Filàries

 5. Gnatostoma



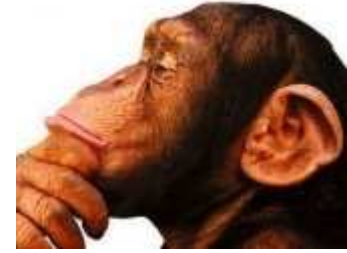
# CAUSA MÉS FREQUENT D'EOSINOFÍLIA IMPORTADA




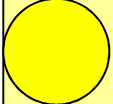
-  1. Estrongiloides
-  2. Esquistosoma
-  3. Paludisme
-  4. Filàries
-  5. Gnatostoma



# CAUSA MÉS FREQUENT D'EOSINOFÍLIA IMPORTADA



 1. Estrongiloides

 2. Esquistosoma

 3. Paludisme

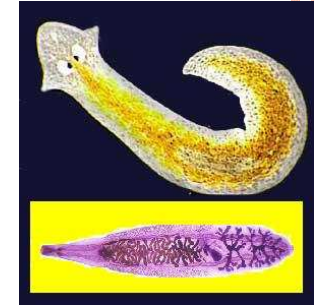
 4. Filàries

 5. Gnatostoma

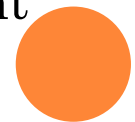




## EOSINOFÍLIA. HELMINTS



- *No tots els helmints indueixen eosinofília en el mateix grau*
  - (a) Absència d'eosinofília (p. e. hidatidosi no complicada)
  - (b) Formes fluctuants (associades als moviments del paràsit en els teixits: *Loa loa*, *Dracunculus medinensis*, *Gnathostoma spinigerum*)
  - (c) *Elevada durant tota la infecció* (p. e. *Toxocara canis*, *Trichinella spiralis*)
  - (d) *Limitada* a un estadi parasitari (p. e. fase larvària d'*Ascaris lumbricoides*)
  - (e) Intensitat variable segons les diferents fases de la parasitosis (p. e. esquistosomosi, estrongiloidosi o uncinariosis)
  - (f) Present després d'un procés intercurrent o durant el tractament (ruptura d'un quist hidatídic, tractament d'una filariosi)



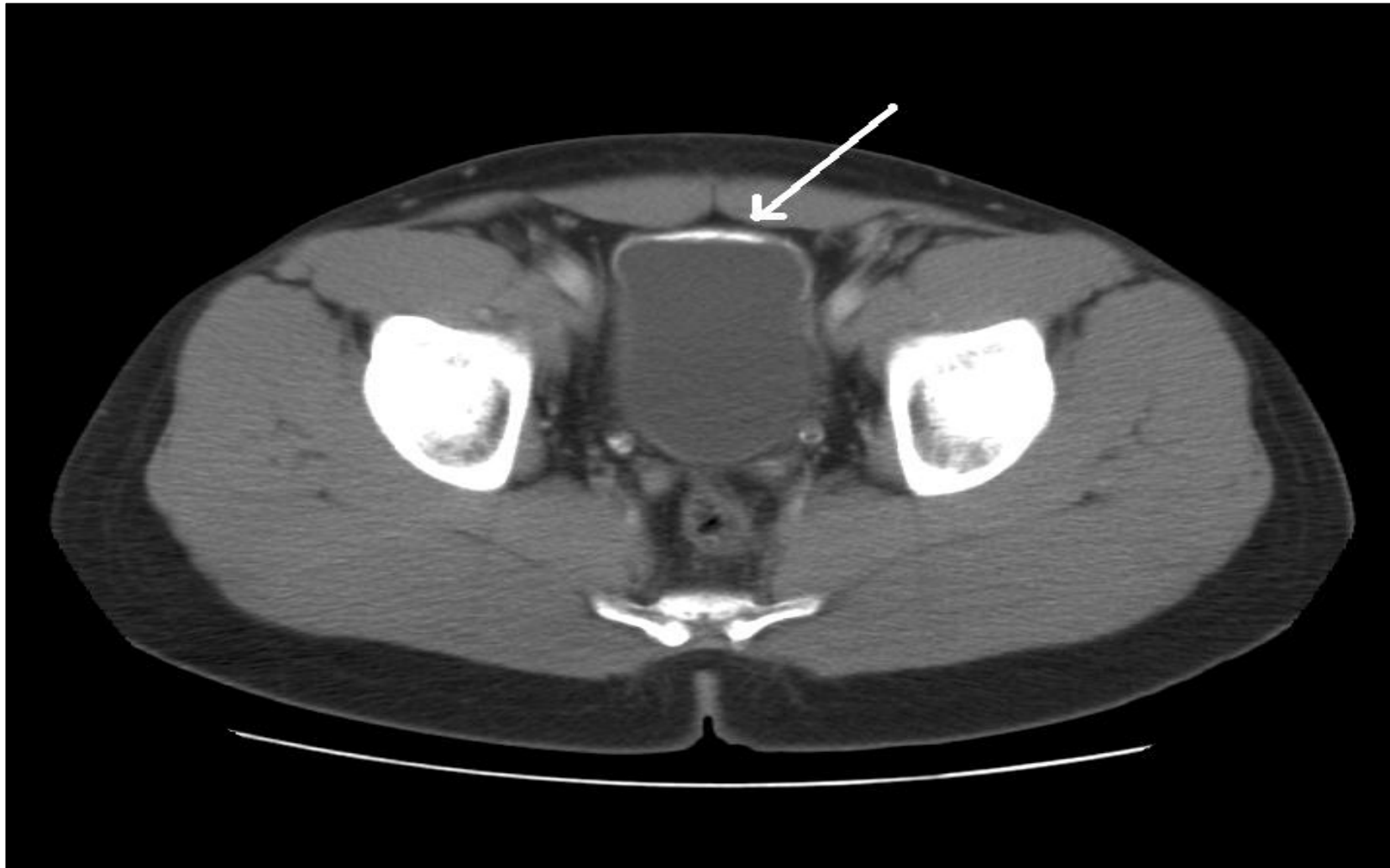
# ECOGRAFIA I TAC ABDOMINAL

(2008)

- Calcificació lineal a la cara anterior de la bufeta.
- Calcificacions de les parets dels urèters de predomini a la porció més distal
- Calcificacions seminals.
- Hidronefrosi del ronyó dret i dilatació pieloureteral.
- Atròfia renal dreta a la porció més distal, a prop de les calcificacions.
  
- Fetge i vesícula normals



# CALCIFICACIONS BUFETA URINÀRIA



# CALCIFICACIÓ DE GLÀNDULES SEMINALS




# SOSPITA DIAGNÒSTICA

 1. Filària limfàtica

 2. Estrongiloides

 3. Tuberculosi

 4. Esquistosoma

 5. Cisticercosi

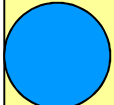


# SOSPITA DIAGNÒSTICA

 1. Filària limfàtica

 2. Estrongiloides

 3. Tuberculosi

 4. Esquistosoma

 5. Cisticercosi



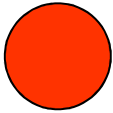
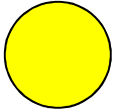
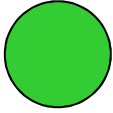

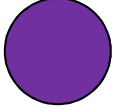
# ESQUISTOSOMOSI



- L'esquistosomiasi o bilharziasis urinària, és un dels majors problemes de Salut Pública dels països pobres.
- El *Schistosoma haematobium* és el causant d'aquesta patologia a més de 100 milions de persones al món.
- La clínica de l'esquistosomosi urogenital és més florida a la fase crònica per la presència d'ous a la paret de la bufeta, urèter i òrgans genitals i la reacció inflamatòria granulomatosa que produeixen
- Hematúria discontinua, ocasionalment amb disúria i pol·laciúria



# QUINA NO ÉS UNA COMPLICACIÓ DE L'ESQUISTOSOMOSI?

-  1. Infertilitat femenina
-  2. Elefantiasi
-  3. Carcinoma epidermoide vesical
-  4. Epidimiditis
-  5. Hidronefrosi






# QUINA NO ÉS UNA COMPLICACIÓ DE L'ESQUISTOSOMOSI?

 1. Infertilitat femenina

 2. Elefantiasi

 3. Carcinoma epidermoide vesical

 4. Epidimiditis

 5. Hidronefrosi



# ESQUISTOSOMOSI COMPLICACIONS



- - engruiximent parietal i fibrosi vesical
  - estenosi ureteral
  - hidronefrosi
  - Rarament insuficiència renal.
  - S'ha relacionat amb el carcinoma epidermoide vesical
  - L'afectació genital a l'home pot produir uretritis, epidimiditis i hematospèrmia
  - A la dona infertilitat i augment d'embarassos ectòpics



# DIAGNÒSTIC



- Estudi de paràsits orina: detecció d'ous
  - Exercici durant 10 minuts, repòs 10 minuts i recollir el final de la micció
- Radiologia: “bufeta en porcellana”
- UIV: detecció d'estenosis ureterals o hidronefrosi
- Cistoscòpia: en cas de no detectar ous a orina permet fer una biòpsia freda de les lesions i també descartar la degeneració neoplàsica





- Reinterrogant al pacient refereix episodis repetits d'hematúria a la infància.
- Davant l'alta sospita d'esquistosomosi es sol·liciten novament paràsits a orina,  
...però el pacient desapareix de la consulta.



## NOVA “RE-CONSULTA”



- Un any més tard (juliol 2009), apareix a urgències amb febre, dolor a base toràcica dreta i hipocondri dret.
- Explica que va marxar de viatge a Mali durant 2 mesos, entre desembre 08 i gener 09. Des de la tornada va tornar a presentar els seus dolors abdominals habituals, sense donar-hi importància, fins que al julio va aparèixer febre i empitjorament del dolor.
- Els darrers dies s'afegeix diarrea sense productes patològics.



# ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA MÉS PROBABLE

 1. Diarrea del viatger

 2. Complicació de l'esquistosomosi

 3. Colecistitis litiàsica

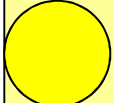
 4. Totes les anteriors

 5. Cap de les anteriors



# ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA MÉS PROBABLE

 1. Diarrea del viatger

 2. Complicació de l'esquistosomosi (hidronefrosi )

 3. Colecistitis litiàsica

 4. Totes les anteriors

 5. Cap de les anteriors





- Es va demanar una ecografia abdominal sospitant una infecció del parènquima renal deguda a la obstrucció ureteral.





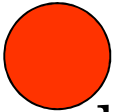
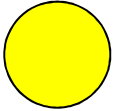

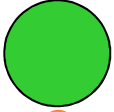



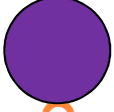

## ECO ABD I TAC ABDOMINAL

- Gran col·lecció intra-hepàtica afectant tot el segment VI del LHD, de 12x11x8 cm en contacte amb la càpsula hepàtica i amb contingut ecogènic.
- La resta de les alteracions ureterals i vesicals no havien canviat respecte les imatges de l'any anterior.






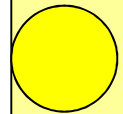
# SOSPITA DIAGNÒSTICA


-  1. Abscés hepàtic per esquistosoma haematobium
-   2. Abscés hepàtic amebià
-   3. Abscés hepàtic bacterià.
-   4. Quist hidatídic
-   5. Abscés hepàtic per Ascaris Lumbricoides



# SOSPITA DIAGNÒSTICA

 1. Abscés hepàtic per esquistosoma haematobium



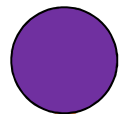
 2. Abscés hepàtic amebià



 3. Abscés hepàtic bacterià.



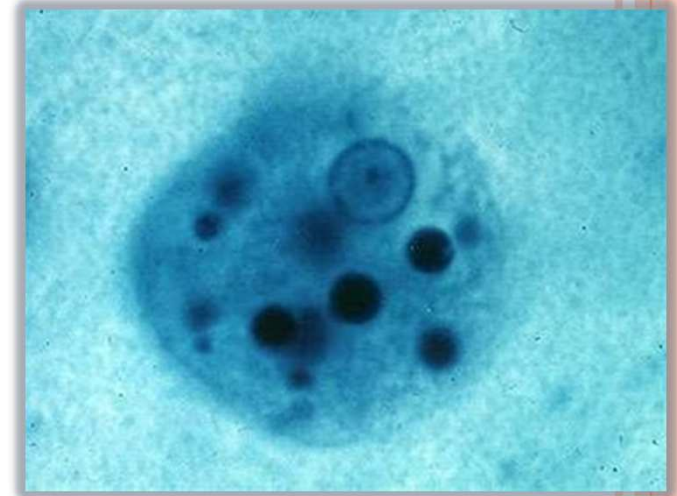
 4. Quist hidatídic



 5. Abscés hepàtic per Ascaris Lumbricoides



# ABSCÉS HEPÀTIC AMEBIÀ



- Sol ser molt freqüent a determinades regions del tròpic
- 1. Es presenta en el 2 a 5% dels cassos d'amebiasi intestinal
- 2. En canvi en el 50% dels cassos d'abscess hepàtic no es detecta antecedent previ d'amebiasi
- 3. Predomina a adults d'edat mitja en proporció 9:1 home/dones



# EVOLUCIÓ



- Inicialment es va instaurar tractament amb piperacilina-tazobactam i metronidazol.
- Es va practicar punció -drenatge de l'abscess donant sortida a un líquid analíticament NO compatible amb abscess piogen, amb tinció de gram negativa i SENSE visualització d'amebes.



# EVOLUCIÓ

- Paràsits a femta positius per Entoameba.
- Posteriorment vam rebre la serologia a *E. histolytica* superior a  $>1/6400$ .
- Es va continuar el tractament amb paromomicina oral, amb bona resposta clínica i curació completa de l'abscess amebià.



# EVOLUCIÓ

- Es van repetir noves mostres per l'anàlisi de paràsits a orina, (insistent en les mesures d'exercici previ per augmentar la rendibilitat), però van tornar a ser negatives.
- Malgrat això es va decidir administrar tractament empíric amb Praziquantel.
- El pacient no ha tornat mai més a la consulta...

?????



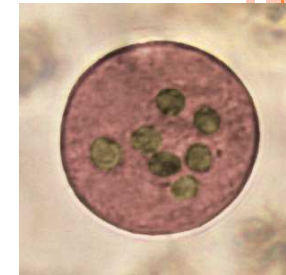
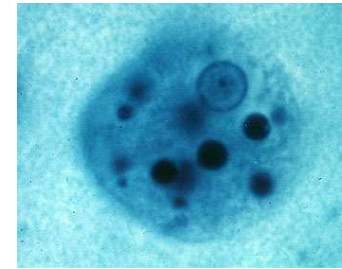


## CONCLUSIONs. ESQUISTOSOMOSI

- Pacient amb hematúria procedent de zona endèmica : sospitar esquistosomiasi
- La forma més comuna d'infectar-se és a través del bany en aigües dolces infestades dels cargols que són els reservoris naturals del Schistosoma.
- Diagnòstic: visualització dels ous a orina (S. Haematobium) complementat amb Rx per detectar calcificacions característiques



## CONCLUSIONS. AMEBIASI



- Abscés hepàtic amebià: molt freqüent al tròpic
- Diagnòstic: demostració directa dels quists del paràsit en la femta. A causa que els quists no són expulsats contínuament, pot ser necessari realitzar un mínim de 3 mostres per a la seva determinació.
- És important poder distingir entre un quist d'*E. histolytica* i el d'altres protozous intestinals no patògens como *l'Entamoeba Coli*.
- Les serologies resultaran positives a la majoria dels individus, tinguin o no simptomatologia. Els nivells d'anticossos són majors en pacients amb abscessos hepàtics. La serologia comença a ser positiva unes dues setmanes després de la infecció inicial.

# CONCLUSIONS



- És important recordar que en països d'alta endèmia de parasitosis el risc de tenir més d'una infecció parasitària és elevat





GRÀCIES PER LA VOSTRA ATENCIÓ

