

## EXPERIENCIA Y RESULTADOS

# SCHISTOSOMIASIS INTESTINAL: ALGUNAS CONSIDERACIONES

HOSPITAL GENERAL DE JIMMA, ETIOPIA SOCIALISTA

*Dra. Orietta Portuondo Alacán\** y *Dr. Ernesto Taño\*\**

Se estudiaron 10 niños que ingresaron en el Servicio de Pediatría del Hospital General del Instituto de la Salud de Jimma, Etiopía Socialista, durante los meses de mayo a julio de 1985, con diagnóstico de schistosomiasis intestinal y se relacionan algunos factores sociobiológicos, que señalan que es más frecuente en el varón escolar. Se mencionan los síntomas de la reacción del huésped a la infestación y los síntomas por acción directa del parásito.

### INTRODUCCION

Existen evidencias que la esquistosomiasis se padecía desde la más remota antigüedad, por el hallazgo de momias de la XX dinastía del antiguo Egipto afectadas de la enfermedad; más tarde azotó las tropas de *Napoleón* en el Nilo.

Permaneció desconocido su origen hasta que en 1851-1852 el bacteriólogo alemán *Theodor M. Bilharz* descubre los huevos del trematodo responsable de la entidad, por lo que lleva desde entonces el sinónimo de bilharziasis.<sup>1</sup>

En Cuba se describieron los 3 primeros casos en el año 1915: un caso de la forma urinaria y 2 de la intestinal; sin embargo, no es hasta 1966 cuando nuestros médicos se empiezan a familiarizar con la entidad por el diagnóstico de un estudiante extranjero y de ahí en adelante por las relaciones con los países del Tercer Mundo.<sup>1</sup>

Por la frecuencia que tiene esta infestación en Africa, nos planteamos el presente estudio para conocer algunos factores epidemiológicos y las manifestaciones clínicas de la schistosomiasis intestinal, forma más frecuente encontrada en nuestra labor internacionalista en el hermano pueblo de Etiopía Socialista, porque consideramos que puede ser útil a los médicos que en el futuro realicen tan humana labor.

### MATERIAL Y METODO

Se realizó el análisis prospectivo de los niños ingresados en el Servicio de Pediatría del Hospital General del Instituto de la Salud de Jimma, Etiopía

\* Especialista de I Grado en Pediatría. Instructora de la Facultad del Ciencias Médicas «Salvador Allende», Ciudad de La Habana.

\*\* Residente de 2do año en Pediatría. Hospital Pediátrico Docente del Cerro.

Socialista durante los meses de mayo a julio de 1985, con el diagnóstico de schistosomiasis intestinal por el hallazgo en las heces fecales de los huevos de *Schistosoma mansoni*.

Se les realizó un interrogatorio para conocer datos generales, posible fuente de infestación, antecedentes de dermatitis de los nadadores, urticaria y otros síntomas que dependen de la reacción del huésped a la infestación y síntomas producidos por la acción directa del parásito.

Además se realizó examen físico general haciendo hincapié en la presencia de edema de la cara; prolapso rectal, hepatoesplenomegalia.

## RESULTADOS

Se estudiaron 10 pacientes de los cuales 9 fueron varones (90 %) y una hembra (10 %) (tabla 1).

Por grupo de edades se clasificaron en: menores de 5 años, ningún paciente; de 6 a 9 años, 3 (30 %) y de 10 a 14 años, 7 (70 %) (tabla 2).

Se habían bañado en el río Awito de Jimma 8 pacientes (80 %); 6 de los cuales (60 %) lo hicieron durante las 8 semanas anteriores al ingreso y 2 (20 %) más de 9 semanas anteriores. No encontramos en la serie estudiada pacientes asintomáticos.

En los síntomas y signos que dependen de la reacción del huésped a la infestación, hallamos: dermatitis de los nadadores en un paciente (10 %), urticaria uno (10 %), fiebre elevada 2 (20 %), cefaleas 5 (50 %), escalofríos 2 (20 %), vómitos 3 (30 %), epigastralgias 4 (40 %), edemas fugaces de la cara uno (10 %), artralgias 4 (40 %) (tabla 3).

En relación con los síntomas producidos por la acción directa del parásito detectamos disenteria en 6 (60 %), dolor abdominal difuso en 7 (70 %) (tabla 4).

En el examen físico observamos hepatomegalia en un paciente (10 %). No detectamos esplenomegalia.

TABLA 1: Clasificación por sexos

| Sexo      | Número de pacientes | %   |
|-----------|---------------------|-----|
| Masculino | 9                   | 90  |
| Femenino  | 1                   | 10  |
| Total     | 10                  | 100 |

Fuente: Servicio de Pediatría, Hospital General de Jimma, Etiopía Socialista.

TABLA 2. Clasificación por grupo de edades

| Edad         | Número de pacientes | %   |
|--------------|---------------------|-----|
| 0 - 5 años   | —                   | —   |
| 0 - 9 años   | 3                   | 30  |
| 10 - 14 años | 7                   | 70  |
| Total        | 10                  | 100 |

Fuente: Servicio de Pediatría, Hospital General de Jimma, Etiopía Socialista.

TABLA 3. Síntomas y signos dependientes de la reacción del huésped a la infestación

| Síntomas                    | Reacción del huésped |    |
|-----------------------------|----------------------|----|
|                             | Número de pacientes  | %* |
| Cefaleas                    | 5                    | 50 |
| Epigastralgias              | 4                    | 40 |
| Artralgias                  | 4                    | 40 |
| Vómitos                     | 3                    | 30 |
| Escalofríos                 | 2                    | 20 |
| Urticaria                   | 1                    | 10 |
| Dermatitis de los nadadores | 1                    | 10 |
| Edemas fugaces de la cara   | 1                    | 10 |

\* Este porcentaje está basado en el número total de pacientes.

Fuente: Servicio de Pediatría, Hospital General de Jimma, Etiopía Socialista.

TABLA 4. Síntomas producidos por la acción directa del parásito

| Síntomas               | Acción Directa      |    |
|------------------------|---------------------|----|
|                        | Número de pacientes | %* |
| Dolor abdominal difuso | 7                   | 70 |
| Disenteria             | 6                   | 60 |

\* Este porcentaje está basado en el número total de pacientes.

Fuente: Servicio de Pediatría, Hospital General de Jimma, Etiopía Socialista.

## DISCUSION

La esquistosomiasis es una enfermedad de causa parasitaria de evolución crónica, que afecta fundamentalmente los aparatos digestivos y renal.<sup>1</sup>

El *Schistosoma mansoni* se encuentra ampliamente distribuido en Africa, la península Arábiga, el Nordeste y la parte Oriental de Sudamérica y el área del Caribe.

El 60% de los africanos vive en zonas donde es posible la exposición a esquistosoma y el 40% está infestado. Esta situación ocurre principalmente en niños<sup>2</sup> a edades tempranas y el índice aumenta hasta cifras altas durante la adolescencia y la vida adulta,<sup>3</sup> lo que se corresponde con lo hallado en el estudio, donde el porcentaje mayor de infestados estaba comprendido en la segunda infancia.

Consideramos que el predominio del sexo masculino haya sido determinado por las costumbres del país, las cuales conceden mayor libertad de acción a dicho sexo desde la infancia.

Estudios epidemiológicos realizados en la provincia de Keffa, demostraron un alto índice de contaminación del río Awito por *Schistosoma mansoni*, donde se bañó el 80% de la serie estudiada.<sup>4</sup>

A los pocos minutos de haber penetrado las cercarias del agua a través de la piel aparece prurito local en el punto de entrada, a veces una pequeña mancha roja o pápula que persiste durante una semana y luego sigue un periodo de incubación asintomático, que por lo general dura de 4 a 8 semanas, plazo que necesita la cercaria para completar su evolución;<sup>5</sup> estas lesiones son conocidas como dermatitis de los nadadores, la cual se ha comprobado que es un fenómeno de sensibilización que ocurre raramente en ocasión de la exposición primaria,<sup>2</sup> lo que coincide con lo hallado en nuestra serie.

Pasado el periodo de incubación asintomática viene la fase aguda y tóxica, la cual puede durar varias semanas y se caracteriza por fiebre elevada, escalofríos, cefalalgias, vómitos, artralgias, edemas fugaces de la cara, erupciones urticariadas a veces gigantes y gran eosinofilia<sup>1 3 5-7</sup> acompañada

de un cuadro de disentería esquistosomática con deposiciones frecuentes, en número de 10 a 14 al día, blandas o líquidas, mucosas y algo sanguinolentas.

No detectamos prolapso rectal, pues este signo se encuentra en casos muy graves,<sup>5</sup> los cuales no ingresaron durante el período estudiado.

Planteamos que el hallazgo de hepatomegalia en un solo caso se debe a que es en la forma crónica de la enfermedad donde se presentan las localizaciones viscerales.<sup>1</sup>

## CONCLUSIONES

1. La schistosomiasis intestinal es más frecuente en varones de la segunda infancia.
2. La cefalea, la epigastralgia y la artralgia fueron los síntomas más frecuentemente observados, que dependen de la reacción del huésped a la infestación.
3. La dermatitis del nadador no fue frecuente.
4. La acción directa del parásito se manifestó en disentería y dolor abdominal difuso.
5. No se encontró schistosomiasis en fase crónica.

## SUMMARY

Ten children admitted to the Pediatric Service of the General Hospital of Jimma Health Institute, Socialist Ethiopia, in May and July 1985, with a diagnosis of intestinal schistosomiasis are reported. Some sociobiologic factors, which point out that it is more frequent in school male children, are noted. Symptoms depending on the host reaction to the infestation and symptoms triggered by direct action of the parasite are described.

## RÉSUMÉ

On étudie 10 enfants qui ont été admis dans le Service de Pédiatrie de l'Hôpital Général de l'Institut de la Santé de Jimma, Ethiopie Socialiste, pendant les mois de mai —juin 1985, avec le diagnostic d'schistosomiase intestinale et on rapporte certains facteurs sociobiologiques qui signalent qu'elle est plus fréquente chez le garçon en âge scolaire. On mentionne les symptômes qui dépendent de la réaction de l'hôte à l'infestation et les symptômes par l'action directe du parasite.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Clavijo, A.; P. Rodríguez: El Control Sanitario Internacional y Algunas Enfermedades Exóticas para Cuba. 2da ed., MINSAP, 1982. P. 7.*
2. *Cecil, L.: Tratado de Medicina Interna. 14ta ed., Importécnica S.A. Madrid, 1978. P. 601.*

3. *Price's: Medicina Interna*. 12ma ed., Espax SA., Barcelona, 1982. P. 301.
4. *Oficina Regional de Salud: Comunicación personal*. Jimma, Provincia Keffa, Etiopía Socialista.
5. *Pedro Pons, A.; Farrera Valenti: Tratado de Patología y Clínica Médicas*. T. 6., 3ra ed., Salvat, Barcelona, 1968. P. 945.
6. *Vaughen, N.: Tratado de Pediatría*. T. 2, 7ma ed., Ciudad de La Habana, Ed. Científico-Técnica, 1981. P. 795.
7. *Satya Gupta, A.: Textbook of Pediatrics*, 1st. ed., New Delhi, p. 223, Vikas Publishing House, 1978. P. 223.

Recibido: 29 de agosto de 1987. Aprobado: 6 de octubre de 1987.

Dra. *Orietta Portuondo Alacán*. Hospital Pediátrico Docente del Cerro, Calzada del Cerro No. 2002, municipio Cerro, Ciudad de La Habana, Cuba.