

Hematuria tras nadar en un río con elefantes

Adrián Santiago López-Caamaño¹, María Cruz Fontecoba-Sánchez², Sabela Sánchez-Trigo³, Manuel Pereira-de Vicente³, Ana Carracedo-García⁴

¹Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, A Coruña, España

²Servicio de Microbiología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, A Coruña, España

³Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, A Coruña, España

⁴Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, A Coruña, España

Recibido: 02/09/2024

Aceptado: 29/08/2025

En línea: 31/12/2025

Citar como: López-Caamaño AS, Fontecoba-Sánchez MC, Sánchez-Trigo S, Pereira-de Vicente M, Carracedo-García A. Hematuria tras nadar en un río con elefantes. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2025 (diciembre); 10(3): 102-104. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a10n3a2>.

Cite this as: López-Caamaño AS, Fontecoba-Sánchez MC, Sánchez-Trigo S, Pereira-de Vicente M, Carracedo-García A. *Haematuria after swimming in a river with elephants*. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2025 (December); 10(3): 102-104. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a10n3a2>.

Autor para correspondencia: Adrián Santiago López-Caamaño. adrian.santiago.lopez.caamano@sergas.es

Palabras clave

- ▷ infecciones
- ▷ enfermedades parasitarias
- ▷ helmintiasis
- ▷ esquistosomiasis

Resumen

La esquistosomiasis urinaria es una enfermedad parasitaria producida por trematodos del género *Schistosoma* spp. La infección se adquiere por contacto con aguas residuales colonizadas por cercarias. Tras una fase aguda consistente en un síndrome febril acompañado de clínica miccional, se produce una cronificación de la parasitación que puede desembocar en complicaciones graves. Presentamos el caso de un viajero que consultó por fiebre, hematuria y disuria tras un viaje a Tailandia. El análisis en fresco de orina reveló la presencia de huevos de *Schistosoma* spp. El cuadro se resolvió tras la administración de dos dosis de praziquantel vía oral.

Keywords

- ▷ infections
- ▷ parasitic diseases
- ▷ helminthiasis
- ▷ schistosomiasis

Abstract

Urinary schistosomiasis is a parasitic disease caused by trematodes of the genus Schistosoma spp. The infection is acquired through contact with wastewater colonized by cercariae. After an acute phase consisting of a febrile syndrome accompanied by urinary symptoms, the infection becomes chronic, which can lead to serious complications. We present the case of a traveller who consulted for fever, haematuria, and dysuria after a trip to Thailand. Fresh urine analysis revealed the presence of Schistosoma spp. eggs. The condition resolved after the administration of two doses of oral praziquantel.

Puntos destacados

- ▷ El diagnóstico de esquistosomiasis debe considerarse en viajeros con clínica urinaria que han tenido contacto con agua no depurada.
- ▷ Es esencial un diagnóstico y tratamiento precoces para evitar la morbi-mortalidad que implican las complicaciones a largo plazo.

El paciente había consultado hacía 24 horas a su médico de atención primaria por dicha clínica. Ante la sospecha de una infección del tracto urinario (ITU), se inició tratamiento con ciprofloxacino vía oral. Al no percibir mejoría de los síntomas, el paciente decidió acudir al hospital. Entre sus antecedentes médica-quirúrgicos, solamente destacaba un asma bronquial episódica leve.

Caso clínico

Antecedentes y enfermedad actual

Presentamos el caso de un varón de 44 años que acudió al servicio de Urgencias del Hospital Arquitecto Marcide de Ferrol con fiebre, hematuria y clínica miccional de dos días de evolución.

Relataba una clínica de dos días de evolución que consistía en malestar general, fiebre de hasta 38,5 °C, mialgias, disuria y polaquiuria. Además, había presentado un episodio de hematuria hacía 24 horas.

Siete días antes, había regresado de un viaje de dos semanas por Tailandia con su pareja. Se habían alojado en hoteles y habían visitado puntos del interior y de la costa del país. Una de las actividades que habían realizado durante su estancia fue bañarse con un grupo de elefantes en un río. El paciente señalaba que el agua presentaba mucha turbidez, con fango, excrementos y otros productos de desecho.

Ni durante el viaje ni en los días posteriores el paciente y su acompañante presentaron clínica alguna, hasta la ya referida. No visitaron otros países durante el trayecto.

Exploración física

En el momento de la valoración el paciente presentaba un buen estado general, a pesar de presentar fiebre de 38 °C y mialgias generalizadas. La exploración por aparatos era rigurosamente normal. Las pruebas complementarias arrojaron una leucocitosis de 15730 /μL [4,3 – 11,0] con neutrofilia, sin eosinofilia. La proteína C reactiva tenía un valor de 59 mg/dL [0,0 – 5,0] y el análisis del sedimento urinario reveló la presencia de 30 a 40 leucocitos y de 5 a 10 hematías por campo.

Evolución, pruebas complementarias y diagnóstico

El diagnóstico de presunción fue el de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) en contexto de una infección del tracto urinario y se mantuvo al alta la misma antibioterapia que estaba recibiendo, al haber pasado apenas 24 horas desde su inicio y esperando obtener una respuesta al tratamiento. No obstante, dado el antecedente de viaje reciente y contacto con agua dulce no depurada, decidimos solicitar un examen en fresco de orina de 24 horas para descartar una esquistosomiasis urinaria,

El urocultivo recogido en urgencias no mostró crecimiento bacteriano alguno. Sin embargo, en el examen de orina, se observaron abundantes huevos de *Schistosoma* spp (**figura 1**), confirmando así nuestra sospecha de esquistosomiasis urinaria aguda. No se pudo determinar la especie del helminto según las características morfológicas de los huevos, ya que su estructura se encontraba ligeramente alterada por razones que aún desconocemos.

Tres días después de la visita a urgencias, contactamos con el paciente para informarle acerca del diagnóstico. En ese momento, se encontraba ya asintomático desde el día anterior y sin nuevos episodios de hematuria. La interpre-

tación que realizamos entonces fue que la esquistosomiasis aguda se había resuelto y que el paciente pudiese estar progresando, de forma silente, hacia la fase crónica de la enfermedad. Iniciamos tratamiento con praziquantel oral a dosis de 40 mg/kg/día, repartidos en dos tomas.

Un mes después, se realizó otro examen en fresco de orina de 24 horas que fue, de nuevo, positivo para *Schistosoma* spp. El paciente continuaba asintomático. Al igual que en el análisis previo, no fue posible discernir la especie con el análisis visual de los huevos, por lo que solicitamos al laboratorio de referencia un análisis con PCR. El objetivo de repetir con tanta prematuridad el examen en fresco no fue comprobar la erradicación del parásito tras la primera dosis de tratamiento, sino que al haberlo hecho con la posología indicada para *S. haematobium* (40 mg/kg/día), sin haber sido capaces de hacer un diagnóstico de especie con la microscopía, valoramos la posibilidad de que pudiésemos estar ante otras especies presentes en el sudeste asiático (como *S. japonicum*), pero menos frecuentes, que requerían dosis más elevadas de praziquantel (hasta 60 mg/kg/día).

Es decir, más que la de un retratamiento nuestra intención fue cubrir la posibilidad de una especie diferente a *S. haematobium* y obtener, además, una nueva muestra que, en caso de presentar huevos, nos permitiese volver a realizar un examen en fresco y poder solicitar un análisis con PCR. Este fue, finalmente, positivo para *Schistosoma* spp, pero también incapaz de discernir la especie. Por lo tanto, decidimos pautar de nuevo praziquantel a 60 mg/kg/día repartidos en dos tomas.

Pasado un mes de esta segunda dosis de tratamiento, se repitió de nuevo el examen en fresco de orina. En esta ocasión, no se observó la presencia de huevos, lo que interpretamos como prueba de eliminación del helminto.

Cabe destacar que la pareja del paciente, que también se bañó con los elefantes, no presentó clínica alguna a su regreso ni durante el viaje. Sin embargo, siguiendo las recomendaciones de las guías¹, realizamos un screening con un examen en fresco de orina de 24 horas, que arrojó un resultado negativo.

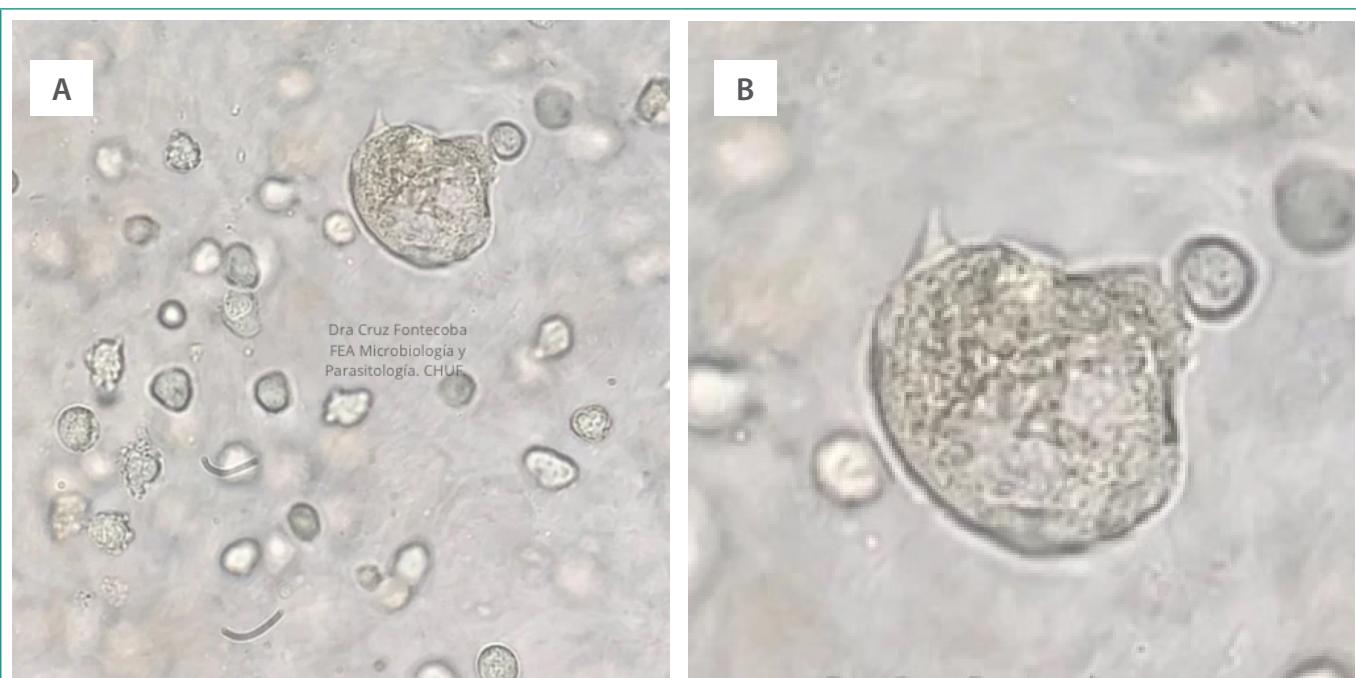


Figura 1. Fotografía tomada durante el examen en fresco de la orina recogida durante 24 horas por el paciente. **(A)** Obsérvese en el cuadrante superior derecho uno de los huevos de *Schistosoma* spp. **(B)** Imagen previa ampliada para la mejor visualización de la estructura del huevo, con la característica espícula que permite su identificación (flecha).

Discusión y conclusiones

La esquistosomiasis es una enfermedad parasitaria de amplia distribución mundial. Está producida por distintas especies de *Schistosoma* spp, un género de platelmintos de la clase trematodos que poseen como hospedadores intermedios a caracoles de agua dulce del género *Bulinus*.

La infestación del ser humano se produce a través del contacto con fuentes de agua colonizadas por cercarias. Estas formas penetran a través de la piel y alcanzan la circulación sistémica, causando una esquistosomiasis aguda que puede asociar manifestaciones multiorgánicas.

El cuadro agudo, también denominado síndrome de Katayama, se caracteriza por presentar síntomas sistémicos (fiebre, rash cutáneo evanescente, mialgias y cefalea), eosinofilia en hasta la mitad de casos y hematuria o hemospermia asociadas a un síndrome miccional (disuria y polaquiuria)².

Si no se trata, la enfermedad progresará a una esquistosomiasis crónica, caracterizada por cuadros de uropatía obstructiva, pielonefritis de repetición, infertilidad y disfunción sexual. En fases avanzadas, puede asociar hipertensión pulmonar, cirrosis hepática e insuficiencia renal.

En regiones endémicas, constituye un grave problema de salud pública y una de las causas más frecuentes de hipertensión pulmonar y de carcinoma escamoso de vejiga. Conlleva una importante carga de morbilidad y años potenciales de vida perdidos³.

En nuestro medio, la mayoría de los casos de esquistosomiasis se diagnostican en inmigrantes procedentes de áreas de elevada endemidad. Por otro lado, debido al aumento de la movilidad internacional, son cada vez mayores los casos importados por viajeros que visitan áreas endémicas y entran en contacto con aguas contaminadas por larvas. No obstante, se han documentado ya casos de transmisión autóctona en Córcega⁴ y Almería⁵, por lo que convendrá plantearse con más frecuencia la posibilidad de una esquistosomiasis y no solo en casos de viajes a zonas endémicas.

El caso que presentamos ilustra la importancia de realizar una anamnesis detallada e incluir la esquistosomiasis urinaria en el diagnóstico diferencial de pacientes sin factores de riesgo que presentan sintomatología genitourinaria aguda o uropatía obstructiva crónica y cuentan con antecedentes de viaje a zonas endémicas o con focos emergentes. Señalar también la necesidad incorporar en el estudio las pruebas parasitológicas y serológicas

cuando la sospecha clínica sea elevada. Asimismo, queremos transmitir la necesidad de fortalecer las redes de vigilancia epidemiológica para detectar casos importados y potenciales transmisiones autóctonas en áreas no endémicas.

Financiación, conflicto de intereses y consentimiento informado

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los autores declaran carecer de conflicto de intereses y disponen de la autorización o consentimiento informado de los involucrados en este caso y la identidad de la paciente ha sido mantenida en el anonimato a lo largo del informe.

Bibliografía

1. Bocanegra C, Álvarez-Martínez MJ, Arsuaga Vicente M, Belhassen-García M, Chamorro Tojeiro S, Camprubi-Ferrer D, et al. Executive summary consensus statement of imported diseases group (GEPI) of the Spanish Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology (SEIMC) and the Spanish Society of Tropical Medicine and International Health (SETMSI), on the diagnostic and treatment of imported schistosomiasis. Enferm Infect Microbiol Clin (Engl Ed). 2023; 41(8): 505-12. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eimce.2023.02.008> (último acceso dic. 2025).
2. Buonfrate D, Ferrari TCA, Adegnika AA, Russell Stothard J, Gobbi FG. Human schistosomiasis. Lancet. 2025; 405(10479): 658-70. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)02814-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02814-9) (último acceso dic. 2025).
3. Anisuzzaman, Tsuji N. Schistosomiasis and hookworm infection in humans: Disease burden, pathobiology and anthelmintic vaccines. Parasitol Int. 2020; 75: 102051. doi: <https://doi.org/10.1016/j.parint.2020.102051> (último acceso dic. 2025).
4. Gautret P, Mockenhaupt FP, von Sonnenburg F, Rothe C, Libman M, Van De Winkel K, et al. GeoSentinel Surveillance Network. Local and international implications of schistosomiasis acquired in Corsica, France. Emerg Infect Dis. 2015; 21(10): 1865-68. doi: <https://doi.org/10.3201/eid2110.150881> (último acceso dic. 2025).
5. Salas-Coronas J, Bargues MD, Lozano-Serrano AB, Artigas P, Martínez-Ortí A, Mas-Coma S, et al. Evidence of autochthonous transmission of urinary schistosomiasis in Almería (southeast Spain): an outbreak analysis. Travel Med Infect Dis. 2021; 44: 102165. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2021.102165> (último acceso dic. 2025).