

7. Read SJ, Kurtz JB. Laboratory diagnosis of common viral infections of the central nervous system by using a single multiplex PCR screening assay. *J Clin Microbiol* 1999; 37: 1352-1355.
8. Casas I, Pozo F, Trallero G, Echevarría JM, Tenorio A. Viral diagnosis of neurological infection by RT multiplex PCR search for entero- and herpesviruses in a prospectively study. *J Med Virol* 1999; 57: 145-151.

Schistosoma haematobium como causa de hematuria

(*An Esp Pediatr* 2002; 56: 368-369)

Sr. Editor:

La esquistosomiasis es una parasitosis con alta incidencia en zonas endémicas y que creemos debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la hematuria, debido al aumento de población inmigrante procedente de estas zonas.

Se presenta el caso de un niño de 13 años, sin antecedentes de interés, originario de Gambia, en España desde hacía 2 años. Remitido por hematuria macroscópica de 18 meses de evolución. La exploración física fue normal. El estudio inicial mostró: hemoglobina 13 g/dl, leucocitos 4.100/μl (29 S, 31 I, 8 M, 25 E), proteína C reactiva, 0,1 mg/dl; velocidad de sedimentación globular (VSG), 6. Sedimento urinario: 50 hematíes/campo, eumórficos. El resto de analítica, excepto la inmunoglobulina E de 8.630 U/ml, fue normal, y el urocultivo estéril.

Se practicó una ecografía abdominal en la que se detectó la existencia de una asimetría renal. La pielografía intravenosa mostró una duplicidad pieloureteral izquierda sin signos de dilatación y unos defectos de repleción a nivel vesical por lo que se realizó una ecografía vesical (fig. 1) donde se evidenciaron múltiples imágenes hiperecogénicas que protruían hacia la luz de la vejiga con engrosamiento de la pared sin calcificaciones de la misma.

En el examen en fresco de orina se detectaron los huevos de *Schistosoma haematobium* (fig. 2). El tratamiento se realizó con praziquantel en dosis única, 40 mg/kg.

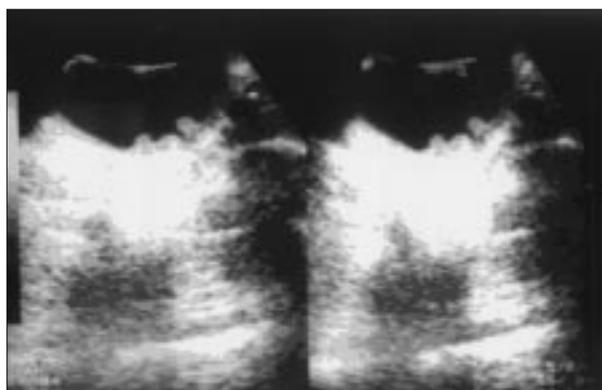


Figura 1. Ecografía vesical donde se observan múltiples granulomas a nivel de la pared.

La incidencia de esquistosomiasis en África y Oriente Medio se estima en alrededor de 250 millones de personas/año. La enfermedad se adquiere al bañarse o trabajar en aguas encharcadas contaminadas. La cercaria acuática libre es capaz de atravesar la piel sana produciendo una erupción papular pruriginosa transitoria (dermatitis por cercarias), entra en la circulación, alcanzando la forma madura en la sangre portal intrahepática, el macho transporta a la hembra hasta los vasos perivesicales donde ponen los huevos, que pueden ser liberados al exterior y/oquistificar en la pared. Los huevos al romperse sueltan miracidios que en el agua necesitan como huésped intermedio un caracol de agua dulce llamado *Bulimus*, característico para cada especie de *Schistosoma*, donde adquiere la forma de esporocisto, saliendo del caracol en la forma de cercaria, que como hemos dicho es la forma infectiva cerrando así el ciclo.

La forma clásica de presentación es un cuadro de infección activa con hematuria macroscópica, polaquiuria y disuria¹. El síndrome miccional en estos pacientes puede ser producido por la reacción inflamatoria de la pared vesical por un alérgeno que desencadena una respuesta inmunitaria local. Con el tiempo la pared de la vejiga se fibrosa, aumenta de grosor, se contrae reduciéndose la luz vesical y acaba calcificándose². La fase tardía de la enfermedad se encuentra asociada en el 60% de los casos, a carcinoma de células escamosas y en el 5% a adenocarcinomas.

El diagnóstico se realiza por la sospecha clínica, ante un paciente que proceda de las zonas endémicas, y con una historia de hematuria de larga evolución, nos ayudará a pensar en una parasitosis si además encontramos en la analítica una eosinofilia y un aumento de inmunoglobulina E. El hallazgo de huevos en orina establecerá el diagnóstico³.

El tratamiento de elección es el praziquantel⁴ en dosis única de 40 mg/kg o 2 dosis de 20 mg/kg. Existe una muy buena respuesta al tratamiento. Hay que examinar a los pacientes a los 3 y 6 meses después del tratamiento, para descartar la presencia de huevos viables. En estos casos, está indicado el retratamiento si no se ha reducido de forma importante la eliminación de huevos⁵.

M.^aA. Gairi Burgués, J. Bosch Muñoz, A. Llusá Parramon y A.R. Gomá

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lérida.

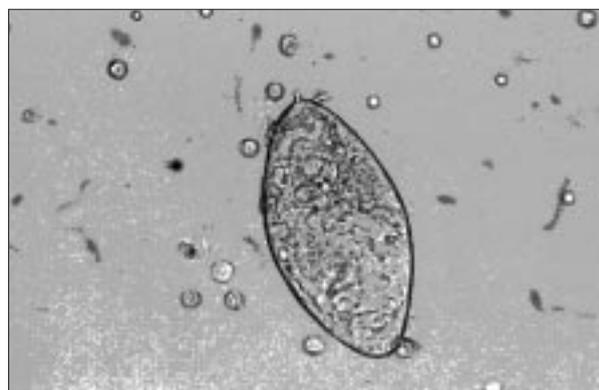


Figura 2. Examen en fresco de orina donde se observan huevos del parásito de forma lanceolada, con espolón posterior.

Correspondencia: Dr. J. Bosch Muñoz.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Arnau de Vilanova.

Avda. Rovira Roure, 80. 25198 Lérida.

Correo electrónico: jbosch@medicina.udl.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Kemper MJ, Altrogge H, Amon O, Muller-Wiefel DE. Bilharziasis as the etiology in hematuria and proteinuria in childhood. *Clin Pediatr* 1997; 209: 373-376.
2. Kalach N, Nocton F, Barhoum M, Debard A, Mongolfier I, Bonnard P et al. *Schistosoma haematobium* chez un enfant: une atteinte duodénale. *Arch Pédiatr* 1998; 5: 463-464.
3. Rasendramino MH, Rajaona HR, Rama Rokoto CE, Ravaoalimalala VE, Leutscher P, Cordonnier D et al. Prevalence of uro-nephrologic complications of urinary bilharziasis in hyperendemic focus in Madagascar. *Nephrologie* 1998; 341-345.
4. Garba A, Ton Z, Sidiki A, Chippaux JP, de Chabaliere F. Efficacy of praziquantel in school-aged children in a hyperendemic zone for *Schistosoma haematobium*. *Bull Soc Pathol Exot* 2001; 94: 42-45.
5. Champagne G, Garba A, Barkire H, Vera C, Sidiki A, Chippaux JP. Continued ultrasonic follow-up of children infected with *Schistosoma haematobium* after treatment with praziquantel. *Trop Med Int Health* 2001; 6: 24-30.

Síndrome pospericardiotomía: recurrencias tardías

(*An Esp Pediatr* 2002; 56: 369-370)

Sr. Editor:

El síndrome pospericardiotomía es una causa poco frecuente de pericarditis caracterizada por la presencia de fiebre, dolor torácico retroesternal, leucocitosis con elevación de marcadores de actividad inflamatoria, signos de derrame pericárdico y, en algunos casos, derrame pleural, artralgias y neumopatía intersticial.

Se manifiesta normalmente en las primeras 2 semanas posteriores al abordaje quirúrgico (se han descrito casos con inicio a las 12 o incluso a las 52 semanas de la cirugía^{1,2}) con tendencia a cursar de forma autolimitada. El diagnóstico debe establecerse tras la exclusión de otras causas posibles de pericarditis^{3,4}. La etiología de este síndrome no se encuentra claramente definida, si bien parece tratarse de un proceso autoinmune⁵ (como se demuestra de la aparición de anticuerpos antimiocardio y anti-pericardio en el suero de algunos pacientes^{5,6}), con un desencadenante viral previo^{4,7}. Para algunos autores, no hay evidencias significativas de que la aparición de autoanticuerpos conlleve necesariamente al desarrollo de este proceso⁸ ni de que exista una infección viral inicial precipitante⁹. El tratamiento fundamental se basa en la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), entre los que destaca el ibuprofeno por haber demostrado una mayor efectividad que la tradicional indometacina¹⁰, no pareciendo existir beneficio en la realización de tratamiento inmunosupresor corticoide previo a la cirugía y en el postoperatorio inmediato en la prevención del síndrome pos-

pericardiotomía, existiendo incluso una mayor aparición de complicaciones¹¹.

Paciente de 7 años de edad que acudió al servicio de urgencias por presentar, tras un proceso gastroentérico una semana antes, un cuadro de febrícula y dolor precordial que se irradiaba a hombros y que se acentuaba con la inspiración profunda y el decúbito. En sus antecedentes médicos destacaba el cierre quirúrgico 2 meses antes de una comunicación interauricular tipo *ostium secundum*, y fue dada de alta a los 6 días de la cirugía con exámenes clínicos y cardiológicos normales.

La exploración física se encontraba dentro de la normalidad a excepción de una atenuación de los tonos cardíacos sin roce pericárdico, con pulsos periféricos conservados y adecuada presión arterial.

Las pruebas complementarias realizadas demostraron la existencia de leucocitosis, elevación de los reactantes de fase aguda, aumento radiológico del tamaño de la silueta cardiopericárdica y derrame pericárdico sin signos de taponamiento por ecocardiografía. El electrocardiograma carecía de hallazgos específicos indicativos de pericarditis. El resto de las exploraciones (serologías, cultivos, hormonas tiroideas, función renal, reacción de la tuberculina, anticuerpos antinucleares, pruebas reumáticas, anticuerpos antiestreptocócicos y gammagrafía con ⁶⁷Ga) fueron negativas, no existiendo antecedente de radiación, traumatismo torácico o administración de medicamentos previos, causantes potenciales de pericarditis. El diagnóstico definitivo por exclusión fue el de síndrome pospericardiotomía con buena respuesta al tratamiento médico conservador con ibuprofeno y reposo.

Precisó ingresar nuevamente a los 5, 13 y 30 meses tras la intervención quirúrgica por cuadros clínicos de características similares a las descritas en el episodio inicial. El diagnóstico establecido en todos los casos fue el de síndrome pospericardiotomía al objetivarse derrame pericárdico por ecocardiografía con leucocitosis y negatividad para el resto de las pruebas complementarias de despistaje etiológico con hallazgos electrocardiográficos inespecíficos. En estas ocasiones no se demostró infección viral previa, si bien se observó derrame pleural en uno de los ingresos y patrón espirométrico restrictivo en otro.

En los cuatro episodios presentó una buena respuesta al tratamiento con ibuprofeno y reposo, con una recuperación total sin secuelas.

Actualmente lleva 2 años libre de síntomas, con un adecuado desarrollo psicomotor y pondoestatural.

En conclusión, se ha establecido el diagnóstico de síndrome pospericardiotomía al resultar las pruebas de diagnóstico diferencial negativas, si bien se trata de una forma de presentación particular en cuanto a su tendencia recurrente. La sintomatología se inició a las 8 semanas de haber sido reparada la comunicación interauricular, cifra situada dentro del rango normal pero algo desviada de lo habitual (2 a 4 semanas de media tras la cirugía aunque existen casos descritos de inicio posterior^{1,2}) y han existido varias recurrencias, siendo la última a los 30 meses de la intervención quirúrgica. Este hecho es poco frecuente, existiendo referencias bibliográficas de recurrencias tardías en adultos^{2,12}, pero tan sólo un caso en un niño con recurrencia a los 22 meses de la cirugía¹³. Pensamos que este paciente es el primer caso descrito en un niño en el que se refiere una recurrencia tan alejada del momento de la cirugía.

Si bien la forma de presentación del síndrome pospericardiotomía en nuestro paciente no ha sido la habitual, sí lo ha sido su adecuada respuesta al tratamiento mediante el uso combinado de antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno) y el reposo físico.