

LESIONES CUTANEAS PRODUCIDAS POR SCHISTOSOMA MANSONI

Dr. Oscar Reyes (*), Dr. Leonardo García (**)
Dr. Alejandro Mondolfi (***)

Un hombre con una erupción pápulo-nodular pruriginosa, rebelde a varios tratamientos, con antecedentes de haberse bañado en río bilharziano, y con exámenes complementarios positivos para bilharziosis, curó totalmente de su erupción, después de haber sido tratado con Hycantone.

La esquistosomiasis mansónica puede provocar lesiones en la piel en diferentes etapas de su ciclo evolutivo y mediante diferentes mecanismos de acción ¹. Lesiones como el granuloma bilharziano ² y las fístulas paragenitales ³ son provocadas directamente por la presencia de los huevos del parásito. La dermatitis cercariana ⁴ se puede observar cuando la cercaria penetra a la piel del hombre, y manifestaciones clínicas como urticaria, "Bilharzides" y prurigo se han observado concomitantemente con bilharziosis portal; como en estas lesiones no se han encontrado ni los parásitos ni los huevos, mecanismos de sensibilización se han señalado para explicarlas. Las pruebas de Bilharzina y Vogel, positivas, apoyan este orden de ideas.

Nosotros creemos que el caso estudiado corresponde a un prurigo crónico cuyo mecanismo etiopatogénico se debe a un proceso de sensibilización de la piel a posibles toxinas del *Schistosoma mansoni* ⁵.

- * Médico Jefe del Laboratorio de Dermatopatología del Instituto Nacional de Dermatología.
- ** Médico Adjunto del Departamento de Dermatología Sanitaria.
- *** Profesor Asistente de la Cátedra de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela.

DESCRIPCION DEL CASO

Paciente adulto de 29 años de edad, moreno claro, casado, natural de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, reside en Valera, Estado Trujillo y de profesión Técnico en Telecomunicaciones.

El paciente consultó a uno de nosotros el día 29-6-72 por una erupción pruriginosa de aproximadamente un año de evolución, rebelde a diversos tratamientos empleados entre los que recordaba anti-histamínicos, esteroides sistémicos y locales incluyendo inoculaciones *in situ* de triamcinolona.

Al examen físico se observó un paciente bien constituido, perfectamente bien orientado en tiempo y espacio, sin visceromegalia, y sin focos infecciosos.

Presencia de una erupción pápulo-nodular, discretamente eriteleniata, de elementos redondeados, circunscritos, de superficie costrosa y/o costro-escamosa, en moderado número, irregularmente diseminados en tronco y en miembros (foto 1); algunos de ellos con manchas hipocrómicas adyacentes relacionadas con la inyección de esteroides *in situ*, ausencia de lesiones en cara, cuero cabelludo y zonas palmo-plantares.

El paciente refiere que estas lesiones comienzan por pequeñas pápulas, algunas de ellas se pustulizaban siguiendo su curso evolutivo hasta tomar el aspecto inicialmente descrito. Prurito importante y constante.

Al interrogatorio el paciente negó concomitantes de importancia pero surgió el antecedente de haberse bañado en el río de Naiguatá (Departamento Vargas), años atrás.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Hematología: eosinofilia de 12%. Urea sanguínea, creatinina, glicemia, protrombina, pruebas hepáticas, electroforesis de proteínas dentro de límites normales.

Examen de heces (método de concentración) : Presencia de huevos de *S. mansoni*, intradermo-reacción a la bilarzina: + + Prueba de Vogel: Positiva.

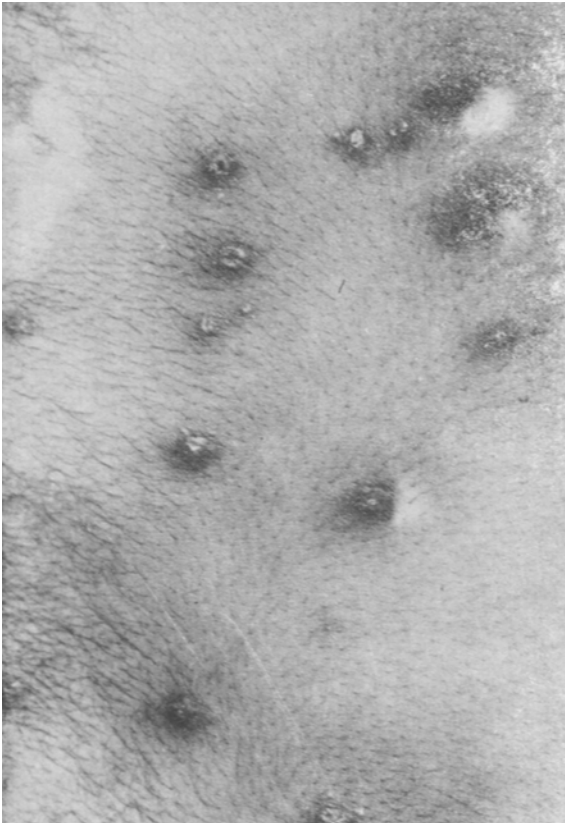


Foto N° 1.-Lesiones pápulo-nodulares de centro escurido, escamo-costroso, localizadas en tronco, manchas hipocrómicas adyacentes, provocadas por la inyección *in situ* de triamcinolona. Estas lesiones corresponden al examen clínico inicial.

EXAMEN HISTOPATOLOGICO:

El material de biopsias fue procesado e interpretado en el Laboratorio de Dermatología del Instituto Nacional de Dermatología.

Biopsia N° 748 de fecha 30-6-72: De pequeño nódulo de centro necrótico a nivel tórax izquierdo. (Foto 3.)

Acantosis: infiltrado linfo-histiocitario alrededor y a lo largo de los vasos.

Diagnóstico: Dermatitis crónica.

Biopsia N° 817 de fecha 20-7-72, de lesión pápulo-nodular de flanco izquierdo. (Foto 4.)

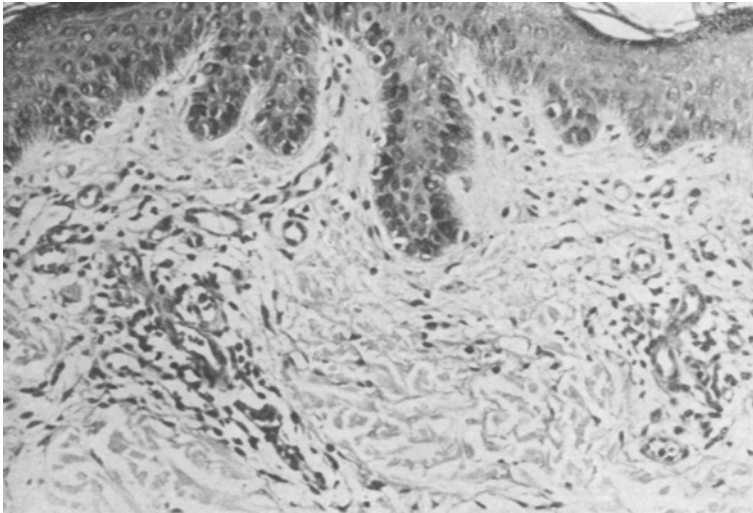


Foto N° 3.-Alteraciones histológicas de una de las lesiones mostrando alargamiento de algunos conos interpapilares, edema e infiltrado linfocitocitario peri-vascular.

Acantosis importante con hiperqueratosis y paraqueratosis zonal. Edema e infiltrado linfo-histiocitario de predominio perivascular en dermis superior.

Diagnóstico: Dermatitis crónica.

En base a las manifestaciones clínicas, antecedentes epidemiológicos, resultados de exámenes de heces positivos para huevos de *S. mansoni*, prueba de Vogel positiva y prueba de intradermo-reacción a la bilharzina de ++, establecimos el diagnóstico de prurigo bilharziano.

El paciente fue tratado con "Etrenol" (metano sulfonato de hycantone), recibiendo una dosis única de 200 mgr. en 2 cc. de solución acuosa por vía intramuscular, el día 2-10-72; la tolerancia fue excelente.

Un examen clínico de control fue verificado 10 semanas después del tratamiento, observándose mejoría de sus lesiones con disminución del prurito. Control de exámenes complementarios de rutina, inclu-

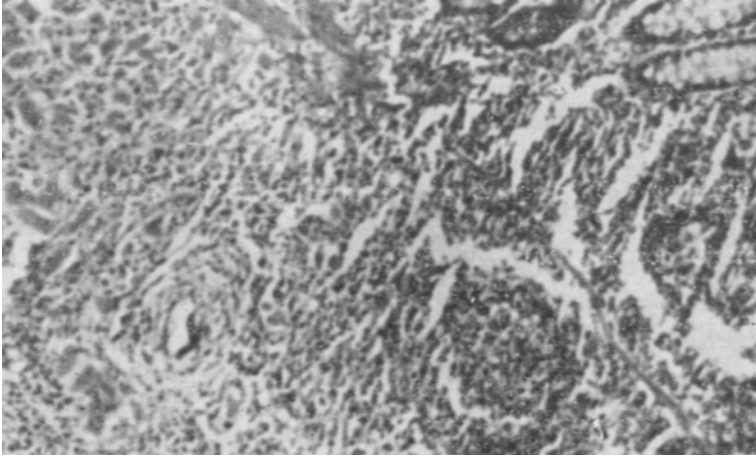


Foto N° 4.-Biopsia de mucosa rectal donde puede observarse un infiltrado denso y difuso constituido por linfocitos, variable cantidad de eosinófilos y células macrofágicas. Hacia el ángulo inferior izquierdo puede verse una estructura irregularmente ovoidea que corresponde a un huevo de *Schistosoma mansoni*

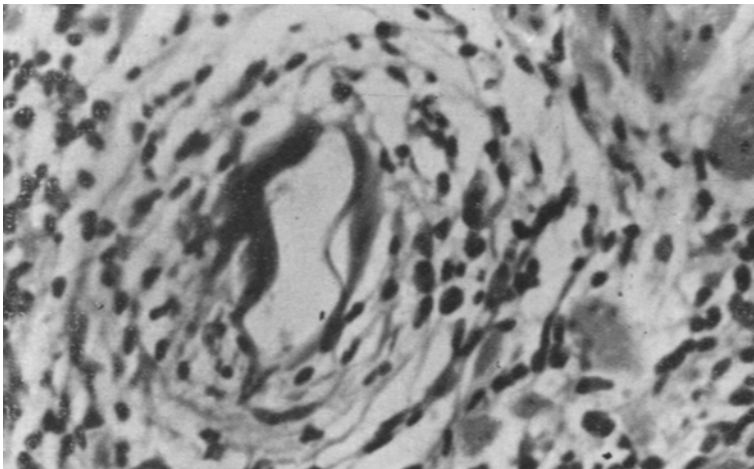


Foto N° 4.-Imagen más cercana, pudiéndose observar las características morfológicas del huevo de *Schistosoma mansoni* con su típico espolón.

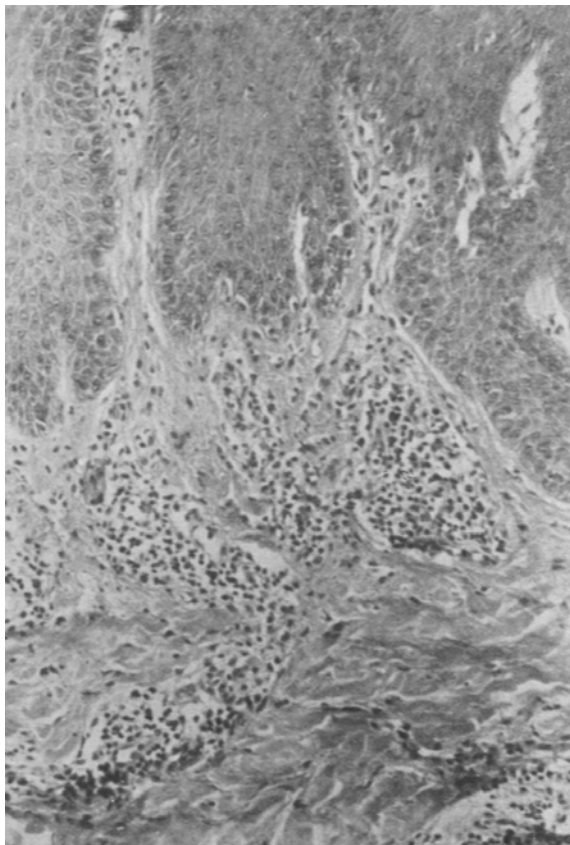


Foto N° 4.-Cambios histológicos de una lesión más desarrollada, mostrando importante acantosis y un infiltrado más denso con predominio de linfocitos alrededor y a lo largo de los vasos en dermis superior.

yendo pruebas hepáticas, resultó totalmente dentro de límites normales, examen de heces de control (método de concentración), negativo.

Una nueva evaluación clínica fue verificada a las 16 semanas después del tratamiento con el siguiente resultado: evidente mejoría de las lesiones; regresión importante de los elementos pápulo-nodulares, dejando como secuelas manchas pigmentadas, algunas con descamación, desaparición casi total del prurito. (Foto 2.)

Posteriormente el paciente fue nuevamente examinado el día 8-8-73, observándose manchas pigmentadas residuales totalmente asintomáticas.



Las mismas lesiones anteriores en regresión, que dando manchas pigmentadas residuales, 16 meses después del tratamiento.

El paciente ha permanecido sin lesiones activas y sin prurito hasta sus últimos controles clínicos, verificados a los 19 meses y a los 24 meses de haber desaparecido sus lesiones.

COMENTARIOS.

El prurigo crónico del adulto es una afección dermatológica relativamente rara, es una manifestación sindromática, sus causas pueden ser variadas y pueden estar relacionadas a hematopatías, linfomas, ingestión de drogas, patasitosis, etc. En nuestro medio las parasitosis externas e internas deben ser tomadas muy en cuenta en relación

a la etiología del prurigo. Estas manifestaciones dermatológicas pueden observarse en parasitosis intestinales. Llamamos la atención sobre el hecho de que en Venezuela aún persisten zonas endémicas de bilharziosis, y ante todo prurigo debemos pensar en esta etiología.

El paciente estudiado por nosotros vivió en una zona endémica; la negatividad de diversos exámenes complementarios verificados al paciente nos estimuló a la investigación de bilharziosis, tomando como punto de apoyo la epidemiología.

Se verificaron los parámetros de laboratorio pertinentes, los cuales fueron positivos, y en base a ellos se indicó tratamiento específico con óptimos resultados, observando que la regresión de las lesiones no fue inmediata, sino algunos meses después del tratamiento. Creemos que el paciente está definitivamente curado, pues no ha habido síntomas de recaída después de dos años de observación posterior a la desaparición de sus lesiones.

COMMENTS

Chronic prurigo in the adult is a relatively rare skin disease, it is a manifestation of a syndrome, its causes can be varied and may be related to hematopathies, lymphomas, drug ingestion, parasitosis, etc. In our medium, external and internal parasitosis should always be considered in relation to the etiology of prurigo. These dermatological manifestations can be observed in intestinal parasitosis. We would like to point out that in Venezuela there are still areas endemis for Bill arziosis, and in every prurigo this etiology should be considered.

The patient studied by us lived in an endemis area; the negativity of various complementary tests done to the patient stimulated us to study the possibility of bilharziosis, based on an epidemiological view point.

The pertinent laboratory parameters were verified and were positive; on this basis we indicatel specific treatment with excellent results.

The regression of the lesions was not immediately apparent, but was seen a few monts after treatment. We think that the patient is definitively cured because he has not shown any relapse symptoms after two year under control after the lesions disappeared.

DISCUSSION

Le prurigo chronique de l'adulte est une maladie rare. C'est une manifestation syndromatique, ses causes peuvent être variées et peuvent être en relation avec des hémopathies, lymphoné, boisson de drogues; maladie parasitaire, etc.

Dans notre milieu on doit tenir compte des maladies parasitaires externes et internes en relation avec l'étiologie du prurigo.

Il faut savoir qu'au Venezuela il y a encore quelques zones endémiques de bilharziose et surtout du prurigo et il faudrait, en conséquence, dédier un peu plus de travail à cette étiologie.

Le patient que nous avons étudié a vécu dans une zone endémique. L'aspect négatif des différents examens complémentaires réalisés nous a amené à la recherche de la bilharziose en partant de l'épidémiologie. On a vérifié les paramètres pertinents de laboratoire. Ces paramètres ont été positifs. On a, donc, indiqué un traitement spécifique avec de très bons résultats en observant que la régression des lésions n'a pas été immédiate mais quelques mois après le traitement.

Nous pensons que le patient est tout à fait soigné car on n'a pas trouvé de symptômes de la maladie au bout de deux années d'observation après la disparition des lésions.

BIBLIOGRAFIA

1. REYES, O.: Bilharziosis cutánea. *Dermatología Venezolana*, Año XV. Vol. QIV, N° 1. Caracas, julio, 1972. Pág. 139.
2. CONVIT, J. y REYES, O.: Ectopic Skin Lesions Produced By *Shistosoma mansoni*. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. Vol. 22, N° 4, July 1973.
3. ARTHUR ROOK; D. S. WILKINSON and F. J. G. EBLING: *Textbook of Dermatology*. Blackwell Scientific Publications. Oxford and Edinburgh.
4. CARTA, A.: Dermite Papulare Da Cercarie Di *Schistosoma Bovis* Nell Uomo. *Boll. Soc. Ital. Biol. Sper.* Vol. 29, N° 12. Pág. 1936-1938 (Dec. 53).
5. DI PRISCO, J.: Nota preliminar sobre posible Dermatitis de origen Bilharziano y su diagnóstico por la prueba cutánea de la Bilharzina. *Memoria de la Primera jornada Venezolana de Dermatología y Venereología*, 1943.