



874 - SEROPREVALENCIA DE ESQUISTOSOMIASIS FUERA DE ZONA ENDÉMICA: ¿ES HORA DE IMPLANTAR EL CRIBADO SISTEMÁTICO?

Laura Castro Coca, Nerea Castillo Fernández, Alejandro Moya Ruiz, Manuel Jesús Soriano Pérez, Rafael Esteve Rodríguez, Esmeralda Manzano López, Cristina Ocaña Losada y Joaquín Salas Coronas

Hospital de Poniente, El Ejido (Almería).

Resumen

Objetivos: Los ECDC recomiendan el cribado sistemático de esquistosomiasis mediante serología en inmigrantes procedentes de áreas endémicas. Además, los brotes con transmisión autóctona detectada en zonas europeas, incluyendo el sur de España, hacen necesaria su implantación. El objetivo es describir la seroprevalencia de esquistosomiasis en subsaharianos fuera de zona endémica que justifique este cribado.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes subsaharianos atendidos en la Unidad de Medicina Tropical desde 2005-2022. Se recogieron datos demográficos, clínicos y analíticos. El diagnóstico microbiológico se estableció por aislamiento del parásito en orina, heces o tejidos y/o serología de *Schistosoma* spp. En pacientes seleccionados se realizó ecografía abdomino-pélvica. Se estableció el diagnóstico de esquistosomiasis confirmada (aislamiento directo) o probable (únicamente serología positiva). Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión. El contraste de hipótesis se realizó mediante el test no paramétrico de U Mann-Whitney.

Resultados: Durante el período de estudio, se atendieron 4442 pacientes subsaharianos, de ellos 3.937 tenían una serología de *Schistosoma* spp. disponible (88,6%), siendo positiva en 1.621 (41,2%) y negativa en 2.316 (58,8%). Pacientes con serología de *Schistosoma* spp. positiva (n = 1.621). La mayoría eran varones (92,1%) con una edad media de 31 años (DE 9). Los países de origen más frecuentes fueron Mali (39,4%) y Senegal (26,8%). El 13,7% y 7,3% fueron derivados desde atención primaria por eosinofilia o hematuria micro/macroscópica, respectivamente. Sin embargo, el resto no presentaban datos analíticos ni clínicos relacionados con esquistosomiasis previa valoración en consulta especializada. 345 pacientes (21,3%) se diagnosticaron de esquistosomiasis confirmada (218 *Schistosoma haematobium* y 96 *Schistosoma mansoni*). Del resto sin aislamiento directo (n = 1.276), 333 (26,1%) presentaron posteriormente eosinofilia y/o hematuria y 32 (2,5%) hallazgos ecográficos relacionados con esquistosomiasis. Sin embargo, la mayoría de estos pacientes (n = 923; 72,3%) no presentaron ninguna alteración. Del total de pacientes con serología positiva, la mediana del recuento absoluto de eosinófilos fue 240/ μ L (RIQ 110-530) con un porcentaje de eosinófilos del 4,3% (RIQ 2,0-8,7) e IgE 366 U/mL (RIQ 97,9-1.383,8). Los pacientes con esquistosomiasis confirmada presentaron significativamente mayores recuentos absolutos y relativos de eosinófilos (492 vs. 200; 9,2 vs. 3,8%) e IgE más elevada (1.320 vs. 250) que aquellos con diagnóstico únicamente serológico (p < 0,005). Análisis de los pacientes con serología de *Schistosoma* spp.

negativa (n = 2.316). Un total de 108 pacientes (4,7%) presentaron algún aislamiento parasitológico. En todos los casos excepto uno, la técnica serológica utilizada era menos sensible. El valor predictivo negativo (VPN) de la serología fue 95,3%.

Conclusiones: Casi la mitad de los pacientes subsaharianos presentaron serología positiva de esquistosomiasis, siendo la mayoría de los casos una esquistosomiasis probable sin aislamiento directo y sin datos analíticos ni clínicos sospechosos. En nuestra cohorte, el VPN de la serología es elevado, especialmente con técnicas de alta sensibilidad. Estos datos podrían apoyar la realización del cribado sistemático de esquistosomiasis en pacientes inmigrantes procedentes de área endémica. Además, dado el alto porcentaje de asintomáticos, la implantación de este cribado podría aumentar las probabilidades de detectar una esquistosomiasis reduciendo el riesgo de complicaciones a largo plazo o de transmisión fuera de zonas endémicas.