



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## 1031 - ¿SE DEBERÍA SOLICITAR UNA SEROLOGÍA PARASITARIA EN PACIENTES CANDIDATOS A TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR? PREVALENCIA DE *STRONGYLOIDES STERCORALIS* EN LA CATALUÑA CENTRAL

Sara Jonàs Llauredó, Antonia Flor Pérez, Gloria Trujillo Isern, Dolors Estivill Navarrete, Meritxell Salles Lizarzaburu, Anna Arnau Bartés, Jaume Trapé Pujol y Manuel Crespo Casal

Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Manresa, España.

### Resumen

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de serologías positivas para *Strongyloides stercoralis* en un área asistencial no endémica (Bages-Moianés-Solsonés, Cataluña, España) en pacientes susceptibles de terapia inmunosupresora y describir las características epidemiológicas, clínicas y analíticas de los sujetos positivos.

**Métodos:** Estudio: transversal. Sujetos: pacientes mayores de 18 años con enfermedad autoinmune o inmunomediada candidatos a tratamiento inmunosupresor (terapia biológica), previo consentimiento informado. Periodo de estudio: inclusión de pacientes entre los años 2018 y 2022 (54 meses). Variable principal: prevalencia de serología positiva para *S. stercoralis*. Variables independientes: demográficas, manifestaciones clínicas y viajes a países endémicos. Análisis estadístico: descriptivo y bivariado.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 310 pacientes. La mayoría fueron mujeres (63,2%), con una edad media de 55,9 años (DE 14,7). Un 9,3% no eran nacidos en España. La enfermedad más prevalente fue la artritis inflamatoria (81,2%) seguido de enfermedades autoinmunes (8,1%). En el momento de la determinación de la serología, un 54,9% de pacientes recibía tratamiento con glucocorticoides y el 41,9% recibía tratamiento con algún fármaco antirreumático modificador de la enfermedad. La determinación serológica resultó positiva en 10 pacientes (3,2%; IC95%: 1,6-5,9) y con resultado indeterminado en 4 pacientes (1,3%; IC95%: 0,4-3,3). Todos los positivos recibieron profilaxis con ivermectina previo inicio de terapia biológica. Ningún positivo desarrolló infección sintomática ni hipereosinofilia. Los pacientes con serología positiva eran más jóvenes (48,4 vs. 56,2 años;  $p = 0,048$ ). El sector económico con mayor prevalencia de infección (12%;  $p = 0,072$ ) fue el quinario (trabajadores de la salud, educación, cultura y cuerpos de seguridad). Paradójicamente, el 60% de los pacientes con serología positiva no referían ningún factor de riesgo epidemiológico, ni migración o viajes a zonas endémicas o actividad laboral de riesgo. Un 10% había nacido en un país endémico, sin visitarlo desde su llegada a España. Otro 10% de los nacidos en país endémico sí había visitado su país posteriormente. Un 20% eran nacidos en un país no endémico, pero había viajado a una zona endémica. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de *S. stercoralis* según sexo, tipo de enfermedad, tratamientos recibidos ni contactos epidemiológicos.

**Discusión:** La prevalencia de infección por *S. stercoralis* en pacientes susceptibles a terapia inmunosupresora en nuestro medio es del 3,2%, un porcentaje levemente superior a las estadísticas europeas (2,8%). Se sospechó que el aumento de la migración y los viajes internacionales confieren la causa más probable de esta

prevalencia, aunque el 60% de los positivos no admitieron conductas de riesgo epidemiológico y pertenecían al sector quinario. Sugerimos ampliar estudios de prevalencia de *S. stercolaris* en la Cataluña Central para filiar causas epidemiológicas.

*Conclusiones:* En nuestro estudio se observó una prevalencia de serologías positivas para *S. stercolaris* más elevada que la descrita a nivel europeo. Los pacientes con serologías positivas no presentaron manifestaciones clínicas ni hipereosinofilia y todos ellos recibieron profilaxis previo inicio de terapia biológica. Sin embargo, debido a la potencial letalidad de la estrongiloidiasis, consideramos que se debería valorar realizar la serología de forma rutinaria y ofrecer tratamiento profiláctico si procede, previa terapia inmunosupresora.