



1353 - ESQUISTOSOMIASIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. UNA PATOLOGÍA POCO PREVALENTE, CADA VEZ MÁS FRECUENTE

Alejandro Muñoz Serrano¹, Laura Dorado Doblado¹, Natalia Vicente López¹, Alberto Díaz de Santiago¹, Sara de la Fuente Moral¹ y Marcos López Dosil²

¹Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, España. ²Microbiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, España.

Resumen

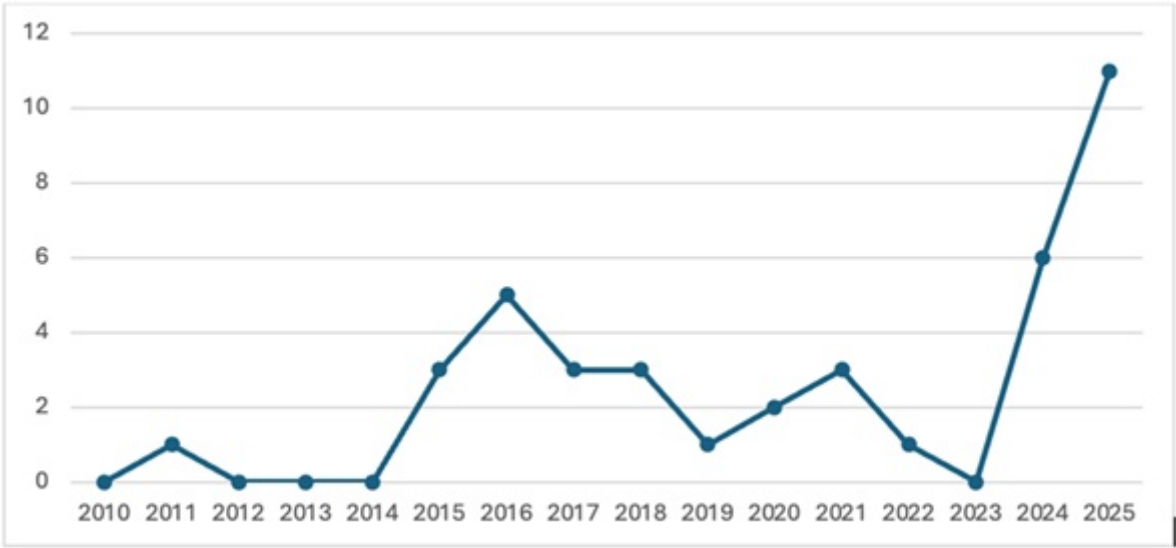
Objetivos: La esquistosomiasis, endémica en áreas tropicales y subtropicales de África (93% de los casos), América, Oriente y sudeste asiático, es la segunda enfermedad parasitaria en términos de morbilidad, tras la malaria. Aunque en Europa la mayoría de los casos son importados, se han descrito dos brotes de transmisión autóctona en Almería y Córcega debido a la presencia del vector (*Bulinus truncatus*). El aumento de la llegada de migrantes subsaharianos por la ruta canaria ha conllevado un aumento del diagnóstico de patología infecciosa no endémica en nuestro medio. Nuestro objetivo es describir los casos de esquistosomiasis diagnosticados en nuestro centro desde 2010.

Métodos: Estudio retrospectivo y unicéntrico, que incluyó a pacientes con esquistosomiasis crónica (urogenital o intestinal/hepatoesplénica) desde 01/01/2010 hasta 30/04/2025. Se consideró diagnóstico presentar una serología (ELISA) con un índice de densidad óptica (IDO) ≥ 2 y/o examen en heces u orina positivos. Se conformaron dos cohortes a comparar: Grupo 2010-2023 y Grupo 2024-2025. Recogimos variables demográficas, analíticas y clínicas de las historias clínicas.

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes, 22 del Grupo 2010-2023 y 17 del Grupo 2024-2025 (tabla). El diagnóstico fue más frecuente en el segundo periodo, con 1,1 casos al mes frente a 0,13 ($p < 0,001$) (fig.). Los pacientes del Grupo 2024-2025 provienen más frecuentemente de África (88,2 vs. 13,6%) y en menos de Sudamérica (0 vs. 31,8%), con menos casos de pacientes españoles con infección importada (5,9 vs. 50%); ($p < 0,001$). Son más jóvenes ($29,1 \pm 9,68$ vs. $48,3 \pm 14,4$; $p < 0,001$), con una serología con mayor IDO al diagnóstico ($4,83 \pm 1,84$ vs. $3,34 \pm 1,37$; $p < 0,001$), y se realizó estudio directo en la orina con mayor frecuencia (82,4 vs. 13,6%; $p < 0,001$), la cual resultó positiva en el 48,9 vs. 0% del Grupo 2010-2023. Recibieron más frecuentemente tratamiento con praziquantel (76,5 vs. 31,8%; $p = 0,010$). En el Grupo 2024-2025 se observó una tendencia a presentar más pacientes con eosinofilia (y más elevada) y estudio de las heces, aunque ninguna de estas variables alcanzó la significación estadística.

Variables	Grupo 2010-2023 ($n = 22$)	Grupo 2024-2025 ($n = 17$)	p
Edad \pm DE	$48,3 \pm 14,4$	$29,1 \pm 9,68$	0,001

Sexo varón (%)	15 (68,2)	16 (94,1)	0,106
Casos al mes	0,13	1,1	0,001
Procedencia (%)			0,001
África	3 (13,6)	15 (88,2)	
Asia	1 (4,5)	1 (5,9)	
América	7 (31,8)	0	
Europa	11 (50)	1 (5,9)	
Eosinofilia (%)	8 (36,4)	11 (64,7)	0,152
Eosinofilia% ± DE	6,72 ± 5,76	10,76 ± 8,64	0,441
Serología (IDO) ± DE	3,34 ± 1,37	4,83 ± 1,84	0,001
Estudio en orina (%)	3 (13,6)	14 (82,4)	0,001
Estudio en heces (%)	14 (63,6)	14 (82,4)	0,288
Tratamiento (%)	7 (31,8)	13 (76,5)	0,010



Discusión: La frecuencia de diagnóstico en el segundo periodo es mayor, probablemente debido al aumento de la migración desde países endémicos y a un sesgo de vigilancia, coincidiendo con la creación de una consulta específica de medicina tropical en nuestro hospital. Además, puede explicar el aumento de técnicas diagnósticas directas y de tratamiento. Debido al traslado a otros centros de acogida durante el estudio, 4 pacientes no se trataron en nuestro hospital, pero fueron derivados con un informe para hacerlo en su centro de destino. El mayor número de españoles con infecciones importadas en el primer grupo, frente a personas que vivían en países endémicos, puede explicar el mayor IDO de la serología en el segundo grupo.

Conclusiones: El aumento de la migración desde países subsaharianos hace necesaria la creación de programas que les garantice el acceso al sistema de salud para tener una adecuada valoración, diagnóstico y tratamiento, así como iniciar pautas de vacunación. Por otro lado, debido a la presencia del vector en nuestro territorio debemos realizar un adecuado cribado para evitar nuevos brotes de la enfermedad.