

## CARTA CLÍNICA

### Migrantes subsaharianos, piuria estéril y esquistosomiasis



### Sub-Saharan migrants, sterile pyuria and schistosomiasis

La migración es un fenómeno consustancial al ser humano y un hecho constatado desde sus orígenes. Las personas abandonan sus territorios originarios para mejorar sus condiciones de vida o garantizar sus derechos fundamentales. En los últimos años se ha producido en Europa un importante incremento del número de migrantes que llegan desde el África subsahariana<sup>1</sup>.

En nuestro Servicio se sigue desde 2012 un protocolo para optimizar el diagnóstico microbiológico de los pacientes en cuyas muestras de orina se detecta leucocituria y el urocultivo es negativo (piuria estéril). En todos los varones de 15 a 59 años de este grupo, procedentes de Atención Primaria o de Urgencias, se amplía el estudio para la búsqueda de microorganismos relacionados con la transmisión sexual y otras infecciones que requieren pruebas diagnósticas especiales, si procede, para lo que se ofrece a los médicos solicitantes del urocultivo derivar a los pacientes a la consulta de Microbiología<sup>2</sup>.

En abril, mayo y octubre del 2021 desde Atención Primaria se recibieron muestras de orina para urocultivo de 3 pacientes de 19, 20 y 23 años de edad, procedentes de Mali, Guinea Conakry y Mali, que presentaron resultado negativo en el cultivo, pero en los que se detectó hematuria y piuria (16.906 hematías y 423 leucocitos/ $\mu$ l, 1.986 hematías y 704 leucocitos/ $\mu$ l y 80 hematías y 61 leucocitos/ $\mu$ l, respectivamente). Los 3 pacientes habían llegado a España desde sus países de origen pocos meses antes y referían hematuria macroscópica intermitente de larga evolución, con disuria. Además, presentaban eosinofilia (4.100, 1.750 y 1.140 eosinófilos/ $\mu$ l, respectivamente), sin más datos clínicos ni analíticos de interés. En los 2 primeros, las muestras de orina, que se habían mantenido a 4 °C hasta informar el resultado definitivo, se centrifugaron, observándose huevos de *Schistosoma haematobium* (*S. haematobium*). De todos se obtuvieron nuevas muestras que permitieron constatar la parasitación por *S. haematobium* y la ausencia de otros patógenos. Fueron tratados con praziquantel (40 mg/kg en dosis única) con resolución de los síntomas.

La esquistosomiasis es una parasitosis propia de regiones tropicales y subtropicales en las que no hay un saneamiento adecuado. Alrededor del 90% de los casos se producen en África. Se contrae cuando las cercarias del parásito, liberadas por caracoles de agua dulce (*Bulinus truncatus*, etc.), penetran en la piel del huésped humano durante el contacto con aguas infestadas mientras se realizan actividades profesionales, domésticas o recreativas. En el cuerpo, las cercarias se convierten en esquistosomas adultos, que viven en los vasos sanguíneos, donde las hembras liberan huevos. Las personas infectadas pueden contaminar con huevos del parásito, presentes en la orina, ríos y lagos de agua dulce donde vive el vector. Para la reducción del número de casos es importante el tratamiento de la población, periódico y a gran escala, con praziquantel, la mejora en el saneamiento y el control de los caracoles vectores<sup>3</sup>.

Llama la atención el resultado de un estudio realizado en Palermo entre 2015 y 2017, que incluyó a 214 pacientes con hematuria (54% de ellos también con eosinofilia) procedentes de países con esquistosomiasis endémica, diagnosticándose en 90 de ellos una esquistosomiasis por observación de huevos de *Schistosoma* spp. en orina<sup>4</sup>.

La esquistosomiasis está probablemente infradiagnosticada en nuestro país y puede suponer un importante problema de salud para quien lo presenta, ya que es, además, uno de los principales factores relacionados con neoplasias vesicales en países de alta endemia<sup>5</sup>. Otro aspecto a considerar es la posibilidad de introducción de esta parasitosis en España<sup>6,7</sup>, tal como ha ocurrido en Córcega, debido a la existencia del huésped intermediario<sup>8</sup>.

Ante la creciente llegada de personas procedentes de países con alta endemia, especialmente del África subsahariana, es necesario facilitar su acceso al Sistema de Salud y extremar la sospecha diagnóstica cuando acuden a los médicos de Atención Primaria, especialmente en aquellos que refieran hematuria y síndrome miccional, frecuentemente con eosinofilia<sup>9,10</sup>. La simple visualización del sedimento de orina de estos pacientes, con la observación de los huevos de este trematodo, fácilmente identificables por su tamaño y su espolón terminal, permitiría diagnosticar gran parte de las parasitosis en fase activa no complicadas causadas por *S. haematobium*. Puede optimizarse el diagnóstico microbiológico utilizando la orina del final de la micción obtenida en las horas del mediodía tras hacer ejercicio físico<sup>9</sup>.

## Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Conflicto de intereses

El autor primer firmante del manuscrito, en su nombre y en el de todos los autores firmantes, declara que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el artículo.

## Agradecimiento

A las Dras. Garin Atorrasagasti, López Garmendia y Marín Lacarta, y al personal médico de Osakidetza (Atención Primaria de Gipuzkoa) por su activa colaboración en el diagnóstico de las infecciones en pacientes con piuria estéril, y a Cruz Roja y CEAR por su labor desarrollada en apoyo a los migrantes.

## Bibliografía

1. Abdelaziz S, Fernández-Alonso M. Migrantes Subsaharianos en sus primeros asentamientos pre y posfrontera española. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*. 2019;80:27-43.
2. Idigoras P, de la Caba I, Grandioso D, Gomariz M. Recuperación de *Chlamydia trachomatis* y otros patógenos en la orina de varones con piuria estéril atendidos en urgencias. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2020;38:507-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2020.03.003>.
3. Organización Mundial de la Salud. Esquistosomiasis [consultado 1 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schistosomiasis.2003>.
4. Milesi M, Indovina C, Dino O, di Bella F, di Lorenzo F, Sanfilippo A, et al. Immigrant Take Care Advocacy (I. Ta.C.A.) team Palermo.

Urinary schistosomiasis in migrant population: A case series from a single centre in southern Italy. *Infection*. 2019;47:395-8, <http://dx.doi.org/10.1007/s15010-018-1244-z>.

5. Santos LL, Santos J, Gouveia MJ, Bernardo C, Lopes C, Rinaldi G, et al. Urogenital schistosomiasis-history, pathogenesis, and bladder cancer. *J Clin Med*. 2021;10:205, <http://dx.doi.org/10.3390/jcm10020205>.
6. Mulero S, Rey O, Arancibia N, Mas-Coma S, Boissier J. Persistent establishment of a tropical disease in Europe: The preadaptation of schistosomes to overwinter. *Parasit Vectors*. 2019;12:379, <http://dx.doi.org/10.1186/s13071-019-3635-0>.
7. Villasante Ferrer A, Iranzo Tatay A, Aznar Oroval E, Mollar Maseres J. Estudio de la situación actual de la infección por *Schistosoma haematobium* en la Unión Europea. Una aproximación al posible riesgo en España. *Rev Esp Salud Publica*. 2018;92, e201804010.
8. Rothe C, Zimmer T, Schunk M, Wallrauch C, Helfrich K, Gültekin F, et al. Developing endemicity of schistosomiasis, Corsica, France. *Emerg Infect Dis*. 2021;27:319-21, <http://dx.doi.org/10.3201/eid2701.204391>.
9. Sánchez-Molina MI, Sanz MP, Vicente B, Undabeitia E, Jareño MS. Infección vesical por *Schistosoma haematobium*. *Semergen*. 2010;36:529-32, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semereg.2010.04.004>.
10. Carrasquer-Pirla MT, Clemos-Matamoros S. Esquistosomiasis vesical. A propósito de un caso clínico. *Semergen*. 2017;43:e19-20, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semereg.2016.06.007>.

P. Idigoras Viedma\*, M. Gomariz Díaz, A. Manzanal Pérez y M. Alkorta Gurrutxaga

*Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Donostia, Osakidetza, San Sebastián, Guipúzcoa, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:  
[pedromaria.idigorasviedma@osakidetza.eus](mailto:pedromaria.idigorasviedma@osakidetza.eus)  
(P. Idigoras Viedma).