

A. Gil Miguel, A. González López*,
M. San Martín Rodríguez

An Esp Pediatr 1999;51:569-570.

Sr. Director:

La hepatitis A es una infección de amplia distribución mundial cuya incidencia y prevalencia está directamente relacionada con las condiciones higiénico-sanitarias de cada país, debido, fundamentalmente, a su mecanismo de transmisión fecal-oral⁽¹⁾. En nuestro país la mejora de estas condiciones ha llevado a un cambio claro en el patrón epidemiológico de la enfermedad entre los años 80 y 90, reflejándose en un descenso de la prevalencia de anticuerpos frente al virus de la hepatitis A (VHA), que es más llamativo en las generaciones más jóvenes⁽²⁻⁵⁾.

Se ha realizado un estudio observacional de tipo transversal para conocer la prevalencia de anti-VHA en escolares de 6-7 años de edad, residentes en áreas urbanas de Madrid y se han comparado los resultados con los obtenidos en un estudio transversal de iguales características, realizado en el mismo colegio en 1990, que incluyó escolares del mismo grupo de edad y con similares características socioeconómicas⁽⁶⁾. La cohorte de escolares de 1998 incluyó muestras de suero de 160 sujetos de 6 y 7 años de edad (media de edad de 6,5 -DE 0,4-). La presencia de anticuerpos contra el virus de la hepatitis A se determinó por el método de ELISA (Ig G HAVHB-Abbot), en el laboratorio de la Unidad de Docencia e Investigación de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. La prevalencia de anti-VHA encontrada en 1998 fue del 6,2% (IC% 4,2-8,2). No se encontraron diferencias significativas con los resultados del estudio publicado en 1990, que describían una prevalencia de anti-VHA del 3,4% (IC95% 1,4-5,4) en los escolares de 6-7 años de edad.

Los resultados indican que la tasa de exposición al virus de la hepatitis A en este grupo de población es baja y parece haberse mantenido constante durante los últimos 9 años. Se confirmarían los datos previos que indican que la prevalencia de anti-VHA con relación a la edad está disminuyendo en nuestro país y se está aproximando al patrón de otros países desarrollados de nuestro entorno⁽²⁻⁵⁾. La disminución de la prevalencia sería más llamativa en los grupos de población más joven, escolarizados y residentes en áreas urbanas. Un estudio poblacio-

Prevalencia de anticuerpos frente a la Hepatitis A en escolares de 6-7 años de edad: estudio de seguimiento 1990-1998

nal realizado en Francia, demostró una relación inversa entre el nivel educativo y la prevalencia de anti-VHA, que se atribuyó a la influencia sobre el grado de utilización de las medidas higiénicas⁽⁶⁾. Este patrón de prevalencia se asocia a una creciente proporción de adolescentes y adultos jóvenes desprotegidos frente a la hepatitis A, en un país que actualmente todavía presenta un patrón global de endemidad intermedia. Este hecho podría dar lugar a consecuencias sanitarias y económicas, ya que la Hepatitis A es habitualmente asintomática en niños, mientras que en adultos suele cursar con sintomatología clínica, que implica atención médica y posibilidad de bajas laborales, ya que con frecuencia tiene un curso prolongado, además de presentar una mortalidad aproximadamente del 1% por hepatitis fulminante⁽⁷⁾. En nuestro país, en los últimos años, se ha informado de la aparición de algunos brotes de hepatitis A en guarderías infantiles, que se han caracterizado por una elevada transmisión de la infección a adultos con relacionados con los niños infectados⁽⁸⁾.

La vacunación frente a la hepatitis A está actualmente recomendada en nuestro país para personas pertenecientes a grupos con riesgo aumentado de contacto con el VHA. Sin embargo, datos de estudios realizados en EE.UU. muestran que con esta estrategia de vacunación, solamente se previene una pequeña proporción de casos de hepatitis A, ya que una alta proporción de los casos ocurren en personas no pertenecientes a grupos de riesgo establecidos o que no presentan factores de riesgo identificables, por lo que la Academia Americana de Pediatría recomienda considerar y evaluar nuevas estrategias para el control de infección de hepatitis A⁽⁹⁾. La OMS considera que para áreas de media endemidad, la estrategia ideal sería la vacunación masiva, pero siempre teniendo previamente en cuenta los costes del programa, incluyendo la vacuna, y disponibilidad de la misma. Sin embargo, hay datos publicados en nuestro país que indican que la vacunación masiva de niños y adolescentes, no sería actualmente la estrategia más eficiente y posiblemente menos en el futuro, debido a la tendencia a la disminución de la enfermedad en esos grupos de edad, como consecuencia del mayor grado de desarrollo socioeconómico e higiénico-sanitario del país⁽¹⁰⁾. Para determinar las posibles estrategias de vacunación frente a la hepatitis A en España, serían necesarios estudios que permitan establecer la situación epidemiológica real (incidencia, gravedad de los casos, coste sanitario de la enfermedad, grupos de riesgo y prevalencia de anticuerpos en la po-

Unidad de Docencia e Investigación de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos.

*Departamento Médico de Pasteur Merieux MSD

Correspondencia: Angel Gil de Miguel. Unidad de Docencia e Investigación de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Avd. de Atenas, s/n. 28922 Madrid.

blación para los diferentes grupos de edad).

Estos datos epidemiológicos permitirían realizar estudios de coste-efectividad para las diferentes estrategias de prevención de la infección por VHA.

Bibliografía

- 1 Battegy M, Gust ID, Feinstone S et al. Principles and Practice of Infectious Diseases. New York: Churchill Livingstone. 1995: 1636-16355.
- 2 Pérez-Trallero E, Cilla G, Urbieta M, Dorronsoro M, Otero F, Marimón JM. Falling incidence and prevalence of hepatitis A in Northern Spain. *Scand J Infect Dis* 1994; **26**:133-136.
- 3 Bolumar F, Giner Durán R, Hernández Aguado I, Serra-Desfilis MA, Rebagliato M, Rodrigo JM. Epidemiology of hepatitis A in Valencia, Spain: public health implications. *J Virol Hep* 1995; **2**:145-149.
- 4 Gil A, González A, Dal-Ré R, Ortega P, Domínguez V. Prevalence of antibodies against Varicella zoster, Herpes simplex (types 1 and 2), Hepatitis B and Hepatitis A viruses among Spanish adolescents. *J Infect* 1998; **36**:53-56.
- 5 Gil A, González A, Dal-Ré R et al. Seroprotección frente a hepatitis A, sarampión, rubéola y parotiditis en una población escolar urbana. *Med Clinic (Barc)* 1991; **96**:681-684.
- 6 Dubois F, Thevenas C, Caces E, Vol S, Doctoriarena A, Ecault JL et al. Séroepidemiologie de l'hépatite A dans six départements du centre-ouest de la France en 1991. *Gastroenterol Clin Biol* 1992; **16**:674-679.
- 7 Bruguera M, Buti M, Diago M et al. Indicaciones y prescripción de la vacuna de la hepatitis A en España. Informe de la Asociación Española para el Estudio del Hígado. *Gastroenterol Hepatol* 1997; **20**:467-473.
- 8 Pañella H, Bayas JM, Maldonado R et al. Brote epidémico de hepatitis A relacionado con una guardería. *Gastroenterol Hepatol* 1998; **21**:319-323.
- 9 Bell PB, Shapiro CN, Aler MJ et al. The diverse patterns of hepatitis A epidemiology in the United States. Implications for vaccination strategies. *Journal of Infectious Diseases* 1998; **178**:1579-1584.
- 10 Arnal JM, Frisas O, Garuz R, Antoñanzas F. Cost effectiveness of he-

A. Mur Sierra, C. García López,
M. Viñolas Tolosa, M. Bonet,
C. Sánchez García-Vao, V. Soriano*

An Esp Pediatr 1999;51:570-571.

Sr. Director:

Se conocen por lo menos dos especies de Lentivirus que producen SIDA en humanos, los virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 (VIH-1) y 2 (VIH-2)^(1,2). Estos retrovirus son genéticamente distintos.

Según estudios filogenéticos la especie del VIH-1 puede ser subdividida en dos grupos: el Grupo M (de *mayor*, principal) que incluirá los subtipos clasificados del A al T (entre ellos el subtipo B que posee la prevalencia mayoritaria de la infección en España) y el grupo O (de *outlier*, lejano) al que pertenecen los aislados ANT-70 y MVP 5180 y que estudios de prevalencia han detectado en oriundos⁽⁶⁻⁹⁾ de la zona Centro-Oeste de Africa (Camerún, Guinea, Nigeria, Kenia, Gabón ...) ⁽¹⁰⁻¹³⁾. El interés de este caso radica en la potencial incapacidad de las pruebas convencionales de detección de anticuerpos frente al VIH-1 para reconocer los sujetos infectados por aislados del grupo O⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Aportamos el caso de un paciente varón de 15 años que acude a nuestro centro por primera vez a los 14 años para valoración de dos cuadros neumónicos en un espacio de 5 meses. Es

Adolescente con clínica sugestiva de inmunodeficiencia adquirida y pruebas convencionales no confirmatorias

un paciente de raza negra nacido en Madrid, pero que vivió en Guinea Ecuatorial hasta los 10 años de vida. No se dispone de información fidedigna sobre los antecedentes patológicos durante su estancia en Guinea. Los primeros antecedentes proceden de visitas esporádicas que realizó a un centro de Medicina Tropical de nuestra ciudad y los hallazgos clínicos cronológicamente expuestos fueron: filariasis, paludismo, esplenomegalia y anemia normocítica constante con valores de hemoglobina entre 9,6 y 10 mg/dl no catalogada. La exploración física por aparatos, en nuestro centro, reveló microadenopatías generalizadas y hepatoesplenomegalia de 2 cm. Exploraciones complementarias: anemia normocítica: Hb 9,6 mg/dl VCM 82. Bioquímica normal. Leucopenia discreta: leucocitos 3.800 (N 53% L10% M 10% E 10%). Estudio inmunidad humoral: hipergammaglobulinemia 2.508 mg/dl (700-1.600). IgA e IgM normales. Estudio de la inmunidad celular: inmunodeficiencia severa: CD4 1,2% (20t) CD8 53,5% (649 t) CD4/CD8: 0,02. Serologías VHB y VHC: negativo, Ac HIV (ELISA): positivo débil. Ac HIV confirmación por Western-Blot: indeterminado. Ag VIH: negativo. Reacción en cadena de la polimerasa (reacción genómica gag) para VIH-1: negativo.

A pesar de que los resultados analíticos no confirman la presencia de infección por VIH se decidió ampliar el estudio del genotipaje VIH lo que confirmó el diagnóstico de infección por VIH grupo O.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario del Mar. UAB. Barcelona.

*Instituto de Salud Carlos III. Centro de Investigación Médica. Madrid.

Correspondencia: A. Mur. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario del Mar. Paseo Marítimo, 25-29. 08003 Barcelona