

pudo detectar la presencia de otro virus respiratorio, también causante de patología respiratoria aguda. Además, en el 41,8% de las muestras con criterios de caso no se pudo detectar la presencia de ningún virus respiratorio a pesar de utilizar técnicas de amplificación genómica con sensibilidades de 25-50 copias de genoma/ml de muestra. Sin embargo, no se estudió la etiología no viral en ninguna de las muestras respiratorias procedentes de la red centinela.

En 2005, Navarro-Marí et al.⁴ realizaron un estudio sobre 359 muestras positivas a virus gripales procedentes de la RCVG y comprobaron que solo 199 (55,4%) de ellas cumplían los criterios definitorios de caso de gripe. De este modo el valor predictivo positivo (confirmación virológica) de las muestras que cumplían criterios de caso fue de tan solo el 36%, y el valor predictivo negativo, del 88%.

En un estudio prospectivo previo realizado desde la temporada gripal 1999-2000 hasta la 2004-2005 estudiamos 248 muestras de la RCVG. El cultivo viral (diagnóstico de laboratorio) frente a los virus gripales fue positivo en 95 (38,4%) pacientes. Al analizar la sintomatología de los casos se pudo comprobar que solo la aparición brusca, la fiebre y las mialgias eran estadísticamente más frecuentes en los pacientes con cultivo positivo⁶.

A la vista de los resultados obtenidos en este estudio, parece evidente que no todo lo que parece clínicamente gripe (sintomatología definitoria de caso) es gripe, desde el punto de vista etiológico. La utilización rutinaria de técnicas moleculares permitirá conocer mucho mejor la etiología de estos cuadros clínicos y permitirá adecuar los criterios de caso para obtener una mayor especificidad en el diagnóstico de gripe clínica, especialmente en las muestras procedentes de las RCVG.

Bibliografía

1. De Mateo S. La importancia de la vigilancia en el control y la prevención de la gripe. *Vacunas*. 2002;3(S1):9-13.
2. Diario Oficial de la Unión Europea. Decisión de la comisión de las Comunidades Europeas de 28/IV/2008 que modifica la Decisión 2002/253/CE por la que se establecen las definiciones de casos para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria, de conformidad con la Decisión n.º 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo. 1 de Mayo de 2009. L110/58-59.
3. World Health Organization. Clinical management of human infection with new influenza A (H1N1) virus. Disponible en: http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/clinical_management/en/index/html [consultado 12 May 2013].
4. Navarro-Marí JM, Pérez-Ruiz M, Cantudo-Muñoz P, Petit-Gancedo C, Jiménez-Valera M, Rosa-Fraile M. Influenza Surveillance network in Andalusia, Spain. Influenza-like illness criteria were poorly related to laboratory-confirmed influenza in a sentinel surveillance study. *J Clin Epidemiol*. 2005;58:275-9.
5. Reina J, Nicolau A, Galmés A, Arbona B, Red Centinela de Vigilancia de la Gripe de las Islas Baleares. Rentabilidad de las muestras respiratorias pediátricas en la red centinela de vigilancia de la gripe en las Islas Baleares. *An Pediatr (Barc)*. 2009;70:438-42.
6. Reina J, Nicolau A, Galmés A, Red de Vigilancia de la Gripe Balear (RVGB). Red de vigilancia de la gripe. Clínica diferencial entre pacientes con cultivo viral positivo y negativo. 3.º Congreso Nacional de la Asociación Española de Vacunología (AEV). Madrid. Comunicación oral. Noviembre de 2005:11-2.

Jordi Reina*, Carla López y Red Centinela de Vigilancia de la Gripe de las Islas Baleares

Unidad de Virología, Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorge.reina@ssib.es (J. Reina).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.07.010>

Infección por virus de la inmunodeficiencia humana tipo 2 adquirida en España con evolución a sida



Human immunodeficiency virus type 2 infection acquired in Spain with progression to AIDS

La infección por VIH-2 fue descrita por vez primera en Senegal en 1985 y desde entonces se han contabilizado un limitado número de casos, la mayoría en población inmigrante nativa y en personas que han realizado viajes a lugares endémicos. Se estima en 244 los nuevos casos en España hasta diciembre de 2010, la mayoría varones de África subsahariana y solo 43 eran españoles. En la mayoría el contagio ocurrió por relaciones heterosexuales y en el 10% existía coinfección por VIH-1. En el año 2010 se han comunicado en total 24 casos, en su mayor parte en personas asintomáticas¹.

El diagnóstico de la infección por VIH-2 se considera cuando existen anticuerpos diferenciadores anti VIH-1/2 por inmunoanálisis positivos para el tipo 2 y/o ADN o ARN positivos para el VIH-2; y/o western blot positivo para el VIH-2. Por tanto el diagnóstico de VIH-2 está dificultado debido a que la mayoría de los test de detección de VIH no diferencian anticuerpos frente al VIH-2, siendo necesarias pruebas específicas².

Además se considera una infección de menor gravedad y pronóstico más benigno que el caso del VIH-1¹. Es interesante notar que estudios muy recientes sugieren que la coinfección VIH-1/2 conferiría protección frente al VIH-1 y enlentecimiento de la progresión a sida³. Sin embargo, la infección por VIH-2 también puede evolucionar a sida, como a continuación exponemos en el siguiente caso clínico.

Un hombre de 50 años, español, que nunca había salido de España y que mantenía relaciones sexuales con otros hombres,

ingresó en nuestro hospital por inestabilidad para la marcha y deterioro de su estado general. Diez años antes tuvo, durante largo tiempo, un «partner» sexual de Senegal cuyo estatus frente al VIH desconocía.

Una semana antes comenzó con mareos, inestabilidad en la marcha con tendencia a lateralización hacia la derecha, vómitos alimentarios y deposiciones líquidas. En los meses previos había tenido una gran pérdida de peso.

Estaba caquético, con una extensa dermatitis seborreica. Tenía linfadenopatía cervical y hepatomegalia. Estaba bradipsíquico, con limitación para la mirada lateral extrema izquierda, disimetría derecha y marcha inestable.

Tenía leucocitos $6,60 \times 10^3 \mu\text{l}$ con 300 linfocitos y hemoglobina 10,3 g/dl. Anti VIH-1 +2 (ELISA-Centaur Siemens): positivo. Mediante western blot se confirmaron anticuerpos frente a las proteínas p24, gp 105 y gp 36 de VIH-2. TCD4+ 9 células/ μl . Carga viral VIH-1 (PCR a tiempo real): no detectable. La determinación de VIH-2 (Dra. Treviño, Hospital Carlos III de Madrid) fue 3.142 copias/ml subtipo B.

La RM cerebral mostraba múltiples lesiones supra e infratentoriales, algunas con realce en anillo sugestivas de encefalitis necrosante focal.

Se inició tratamiento antitoxoplasma con pirimetamina 25 mg/8 h y sulfadiacina 500 mg/d, así como con suplementos de ácido fólico 15 mg/d y medidas antiedema cerebral con dexametasona 6 mg/8 h, y antirretroviral con darunavir 800 mg/d, ritonavir 100 mg/d y con TDF/FTC 200/245 mg inicialmente, que fue sustituido por lamivudina 150 mg/d y zidovudina 250 mg/12 h por nefrotoxicidad. Asimismo se inició profilaxis con sulfametoxazol-trimetoprim 800/160 mg.

El paciente presentó mejoría clínica, desapareciendo el cuadro de desorientación, aunque persistiendo inestabilidad y disimetría

derechas. Desarrolló un episodio de herpes zoster intercostal que fue tratado con aciclovir 800 mg/d y analgésicos en pauta convencional. En revisiones posteriores se ha observado una notable mejoría clínica y, y en nuevos análisis tenía carga viral indetectable y CD4+ 120.

En el estudio de resistencias realizado destaca resistencia natural a los no análogos de nucleósidos (ITINAN), y resistencia a ABC, TDF y DDI, con resistencia intermedia a 3TC/FTC y D4T. No se detectan mutaciones de resistencia a IP.

El caso que aquí presentamos muestra la evolución a sida de un paciente infectado por VIH-2 puro, considerado tradicionalmente de menor virulencia y mejor pronóstico. Además pone de manifiesto la posibilidad de adquirir la infección sin salir de España por relaciones sexuales con africanos, como verosíblemente ocurrió en este paciente. Además, el VIH-2 presenta resistencia basal, entre otros, a los ITINAN, con lo cual el diagnóstico correcto resulta crucial para una adecuada terapéutica.

Agradecimientos

A todos los autores que han participado en este proyecto y en especial al Dr. Fernández Guerrero por su inestimable apoyo e interés docente.

Hipoacusia neurosensorial de etiología sifilítica en un paciente con infección por virus de la inmunodeficiencia humana



Neurosensory loss hearing of syphilitic etiology in a patient with human immunodeficiency virus infection

Sr. Editor:

La sífilis es una infección sistémica, de evolución crónica, con cortos períodos sintomáticos y prolongados períodos asintomáticos, producida por *Treponema pallidum*. Su prevalencia lejos de disminuir ha aumentado desproporcionadamente en ciertas poblaciones como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. La coexistencia de VIH/sífilis en este grupo es elevada, siendo la tasa de sífilis primaria y secundaria más de 100 veces comparada con la de mujeres y hombres heterosexuales¹. En los pacientes con infección por VIH se ha visto que las manifestaciones neurológicas de la sífilis pueden aparecer más precozmente, ocurriendo en los 5 primeros años tras la infección primaria, y con mayor incidencia de presentaciones atípicas². También puede verse alterada la respuesta serológica a las pruebas no treponémicas, con hallazgos inusuales de falsos negativos. Nosotros destacamos el siguiente caso clínico sucedido en nuestro servicio:

Varón de 34 años, de raza blanca, con antecedente de alergia a β -lactámicos documentado en un centro hospitalario y que refería mantener relaciones sexuales con hombres sin protección. Diagnosticado de infección por VIH en 2006 y en tratamiento con tenofovir/emtricitabina (TDF/FTC 245/200 mg) un comprimido cada 24 h + lopinavir/ritonavir (LPV/r 200/50 mg) 2 comprimidos cada 12 h desde 2008, manteniendo carga viral indetectable y linfocitos T CD4+ > 500/mm³.

Consulta por un cuadro agudo de hipoacusia bilateral y tinnitus continuo, sin otros síntomas asociados. La exploración física general y el examen neurológico no mostraron alteraciones. Fue realizada una audiometría en la que se evidencia hipoacusia neurosensorial moderada de predominio izquierdo (pico de 70 db a una frecuencia de 1 a 8 KHz) con otoscopia y timpanometría normales.

Es diagnosticado de hipoacusia neurosensorial bilateral aguda y recibe tratamiento con esteroides sistémicos (prednisona

Bibliografía

1. Treviño A, Soriano V. Infección por el VIH-2, HTLV, virus linfotrópico de células T y nuevos retrovirus humanos en España. *Med Clin (Barc)*. 2012;138:541-4.
2. Centers for Disease Control and Prevention. HIV-2 infection surveillance—United States, 1987-2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012;60:985-8.
3. Esbjörnsson J, Månsson F, Kvist A, Isberg PE, Nowroozalizadeh S, Biaque AJ, et al. Inhibition of HIV-1 disease progression by contemporaneous HIV-2 infection. *N Engl J Med*. 2012;367:224-32.

Ana Lorenzo Almorós^{a,*}, César Vegas^b, Rosa García^b
y María Araceli García-Torres^c

^a Departamento de Medicina Interna, Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^b Departamento de Inmunología, Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^c Departamento de Neurología, Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: atos2904@yahoo.es (A. Lorenzo Almorós).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.07.015>

50 mg/día), sin mejoría clínica ni audiométrica a los 7 días. El hemograma y la bioquímica sérica no mostraban alteraciones, los linfocitos T CD4 eran de 650/mm³ y la carga viral VIH < 20 copias/ml. Se realizaron estudios serológicos con los siguientes resultados: Ac anti-VHC negativos; Ag VHB negativo; Ac IgG anti-CMV positivos (IgM negativos); Ac anti-virus Epstein Barr, IgG-antígeno nuclear Epstein Barr) y antígeno de la cápside viral positivos; Paul Bunell negativo; Ac IgG anti-Toxoplasma negativos; VDRL negativo; TPHA positivo; FTA positivo (+++); anticuerpos antinucleares positivo débil con patrón moteado; Ac anti-ADN y antígeno nuclear extractable negativos. Una resonancia magnética de fosa posterior y conductos auditivos internos no encontró hallazgos patológicos. Sin embargo observamos que tenía serologías previas rutinarias para sífilis negativas (uno y 4 años antes) con VDRL y TPHA negativos.

Ante la sospecha clínica de afectación del VIII par craneal por sífilis y los resultados paradójicos de la serología luética actual, con prueba no treponémica negativa y treponémicas positivas, se plantea la posibilidad de «fenómeno de prozona», por lo que se extrae una nueva serología y el resultado del VDRL tras diluir el suero fue positivo a un título 1/256. El paciente rechazó realizarse una punción lumbar y someterse a desensibilización a la penicilina.

Se pautó tratamiento con doxiciclina 100 mg, 1 comprimido cada 12 h durante 28 días. Un mes después refería solo la presencia de tinnitus ocasional y resolución completa de la hipoacusia bilateral. Se realizó una nueva audiometría con resultados normales. Dos y 6 meses después de finalizar el tratamiento los títulos del VDRL disminuyeron a 1/8 y 1/4, respectivamente.

La disfunción cocleovestibular presente en la otosífilis puede ocurrir en cualquier estadio de la infección como resultado del daño directo al aparato cocleovestibular. Durante la diseminación las espiroquetas invaden la perilinfa del oído interno conduciendo a una inflamación de las estructuras laberínticas y de la cápsula ótica, pudiendo ocurrir a pesar de que los CD4 sean altos en los pacientes infectados por el VIH. Su diagnóstico está basado en una pérdida auditiva neurosensorial aguda o subaguda no explicada por otras causas y en los test serológicos. Los procesos autoinmunes son parte del diagnóstico diferencial. Sus síntomas incluyen compromiso cocleovestibular con pérdida auditiva aguda o insidiosa y bilateral (pero frecuentemente asimétrica), tinnitus y síntomas