

8. Seong S, Moon D, Kyu Lee D, Kim HE, Oh HS, Kim SH, et al. A case of ocular toxocariasis successfully treated with albendazole and triamcinolone. *Korean J Parasitol.* 2014;52:537–40.

Blanca Molina^a, Marta González-Vicent^{a,*}, Isabel Valls^b, Miguel Ángel Díaz^a

^a Stem Cell Transplant Unit, Hospital Niño Jesús, Madrid, Spain

^b Ophthalmology Section, Hospital Niño Jesús, Madrid, Spain

Infección congénita por el VIH con cribado serológico gestacional negativo. Importancia de la implementación de la segunda prueba en el tercer trimestre de gestación



Congenital HIV infection after failure of serological screening. Importance of implementing a second screening for HIV infection during the third trimester of pregnancy

La infección por el VIH continúa siendo un grave problema de salud infantil en los países menos desarrollados¹. Aunque la incidencia de nuevas infecciones ha descendido en los últimos años, siguen produciéndose 160.000 nuevos casos anuales^{1,2}. En un entorno como el nuestro, con fácil accesibilidad al sistema sanitario y al tratamiento antirretroviral (TAR), se puede reducir la tasa de transmisión del VIH perinatal hasta menos del 1%³. Sin embargo, aún a día de hoy siguen notificándose casos, como muestran los 6 nuevos diagnósticos por transmisión materno-infantil registrados en el año 2016 en España, de los cuales 2 eran de origen español y el resto de otros países, sin datos sobre los protocolos de prevención aplicados en estos últimos (2 de África subsahariana, uno de Latinoamérica y otro de Europa del Este⁴).

Recientemente, en el último documento de consenso del Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), se ha modificado el protocolo de cribado gestacional, y se recomienda hacer una determinación serológica del VIH en el tercer trimestre, además de la habitual del primer trimestre, añadiendo, además, en caso de alto riesgo, otra determinación en el segundo trimestre⁵. Sin embargo, las guías norteamericanas de los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) únicamente recomiendan repetir la prueba en el tercer trimestre en las gestantes con alto riesgo de contraer el VIH, definidas como aquellas que reciben atención en áreas con una elevada incidencia de infección por el VIH⁶. La realización de esta segunda determinación se considera coste-eficaz, dado que el coste del TAR supera con creces el gasto en la determinación de una segunda prueba, actualmente en torno a 2 dólares por determinación^{7,8}.

La no realización de la segunda prueba en el tercer trimestre puede llevar a fallos en el diagnóstico de infecciones adquiridas durante el embarazo que pueden ser transmitidas al feto. En nuestro centro hemos atendido recientemente a un neonato varón de 27 días de vida que fue traído a urgencias pediátricas por desnutrición y epistaxis de 2 días de evolución, asociando rechazo parcial de la alimentación, sin otra sintomatología. El embarazo fue controlado en su hospital de área, habiéndose realizado serologías del primer trimestre (VIH, sífilis, virus de la hepatitis B y C) en la 8.ª semana de gestación que fueron negativas. Presentó un parto vaginal eutócico con amniorraxis de 46 h, a la semana 38+4 de gestación, pesando el neonato 2.775 g (percentil 15). Ingresó a los 3 días de vida por pérdida ponderal e hipoglucemia sintomática que se atribuyeron a mala técnica de alimentación por parte de los padres. Reingresó de nuevo a los 27 días de vida con un cuadro de desnutrición presentando un peso de 2.570 g (percentil <3) con talla de 50 cm (percentil 3).

* Corresponding author.

E-mail address: martagonzalezvicent@gmail.com (M. González-Vicent).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.09.003>
0213-005X/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. All rights reserved.

En el estudio de causas de desnutrición en el lactante que incluyó, entre otras, el despistaje de enfermedades metabólicas, cardiopatías congénitas, hemopatías e infecciones congénitas, se solicitó un test serológico y una determinación de carga viral de VIH que resultaron positivos (RNA VIH-1 6.654.360 copias/ml). También se confirmó la infección por el VIH-1 en ambos progenitores, que lo desconocían hasta este momento.

El riesgo de primoinfección por VIH es mayor durante el embarazo debido a que fruto de los cambios hormonales que ocurren durante la gestación, existen alteraciones en la mucosa vaginal y en el sistema inmunitario, que favorecen la adquisición del virus⁹. Además, en estos casos, el riesgo de transmisión perinatal aumenta hasta 8 veces, de ahí la importancia del cumplimiento obligado de los programas de cribado del tercer trimestre en todas las gestantes¹⁰.

Con esta carta queremos advertir del riesgo de fracaso con el sistema de cribado prenatal del primer trimestre, y comunicar un nuevo caso de transmisión materno-fetal del VIH en nuestro entorno, que tuvo además una forma de presentación atípica. Este caso, junto con otros publicados en la literatura¹⁰, serían potencialmente evitables si la recomendación de una segunda prueba serológica en el tercer trimestre fuera de obligado cumplimiento y no se realizara de forma opcional, como hasta ahora.

Bibliografía

1. Global AIDS monitoring 2017: Indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS. Geneva: UNAIDS; 2017.
2. Fowler MG, Qin M, Fiscus SA, Currier JS, Flynn PM, Chipato T, et al. Benefits and risks of antiretroviral therapy for perinatal HIV prevention. *N Engl J Med.* 2016;375:1726–37.
3. Canals F, Masiá M, Gutiérrez F. Developments in early diagnosis and therapy of HIV infection in newborns. *Expert Opin Pharmacother.* 2017;19:13–25.
4. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2016: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida-S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología/Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid. Nov 2017.
5. Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA)/Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Marzo 2018.
6. Laboratory Testing for the Diagnosis of HIV Infection: Updated Recommendations. Centers for Disease Control and Prevention and Association of Public Health Laboratories.
7. Pilcher CD, McPherson JT, Leone PA, Smurzynski M, Owen O'Dowd J, Peace-Brewer AL, et al. Real-time, universal screening for acute HIV infection in a routine HIV counseling and testing population. *JAMA.* 2002;288:216–21.
8. Wilson LS, Basu R, Christenson M, Hensic L, Paoli C, Wara D, et al. Pediatric HIV costs across three treatment eras from 1986 to 2007. *Pediatrics.* 2010;126:541–9.
9. Brabin L. Interactions of the female hormonal environment, susceptibility to viral infections, and disease progression. *AIDS Patient Care STDS.* 2002;6:211–21.
10. Wertz J, Cesario J, Sackrisson J, Kim S, Dola C. Acute HIV Infection in Pregnancy: The Case for Third Trimester Rescreening. *Case Rep Infect Dis.* 2011;2011:340817.

Javier García-Abellán^a, Sergio Padilla^a, María Isabel Serrano^b
y Mar Masiá^{a,*}

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marmasiac@gmail.com (M. Masiá).

^a Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario de Elche, Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España

^b Servicio de Pediatría, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.09.010>

0213-005X/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

Literature review of mosquito-borne viral infections in non-tropical European Union territories: A cause of concern?



Infecciones virales transmitidas por mosquitos en la Unión Europea: revisión de la literatura. ¿Tenemos que preocuparnos?

Increasing globalization in travel and trade, together with global expansion and the establishment of competent vectors, has enabled the introduction into European Union countries of arboviruses that are widely circulating in tropical areas. Furthermore, several European countries have a close link to highly endemic areas for arboviruses: France has important overseas colonies (Americas, Africa and Oceania), or Portuguese island of Madeira, that has strong social and commercial relations with Brazil. Many European countries, including Spain, receive a huge number of immigrants and travellers from Latin America every year. In that sense, viremic international travel returning from epidemic regions to an area where a competent vector is established can trigger outbreaks, as has happened previously.

Global warming has allowed mosquitoes, such as *Aedes o Culex*, to proliferate, adapt to environmental conditions, migrate and spread to new niche areas in Europe that have become warmer.¹

This fact can contribute both to an increased risk of outbreaks of vector-borne diseases in Europe, such as the Dengue or Chikungunya viruses, and to open the door to new arbovirus infections, such as Zika, Ross River, or Mayaro.

Every year more than 200 seasonal cases of West Nile virus are reported, and sporadic and self-limited outbreaks of Dengue (including the recent report of autochthonous cases in Spain) and Chikungunya viral infection. We conducted an electronic literature search through PubMed (keywords used: [Chikungunya] OR [dengue] or [zika] or [west Nile] or [arboviral infection] AND [European autochthonous cases]) restricted to humans, and also consulted data extracted from the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), focusing on the most recent outbreaks arboviral infections in non-tropical European Union territories from 2010 to November 2018 (Table 1).

The presence of a competent vector, optimal climatic conditions and the possibility of returning patients who are viremic are prerequisites for autochthonous transmission of arboviruses, are currently being met in many countries in Europe. Health professionals should be trained to identify arboviral diseases symptoms and to introduce them into the differential diagnosis, not only among patients returning from the tropics, but also in local patients from countries and areas with the presence of suitable vectors, so

Table 1

Outbreaks of mosquito-borne viral infections in non-tropical European Union territories (2010–2018).

	Main mosquito vector	Outbreaks (year, location, confirmed cases)
Chikungunya fever	<i>Aedes albopictus</i>	First case reported: 2007; Ravenna, Italy (229 ^b) ² 2010; Fréjus, France (2) ² 2014; Montpellier, France (12) ³ 2017; Anzio, Italy (102) ⁴ , Le Cannet-des-Mares, France (9) ⁵
Dengue Fever	<i>Aedes albopictus</i> , <i>Aedes aegypti</i> ^a	First case reported: 2010; Nice, France (2) ² 2010; Pejesac, Croatia (17) ² 2012; Madeira, Portugal (2218 ^c) ² 2013; Aix-en-Provence, France (1) ⁷ 2015; Nimes, France (6) ⁶ 2018; Provence-Alpes-Côte d'Azur region, France; Murcia and Cadiz, Spain (3) ¹⁰
West Nile fever	<i>Culex pipiens</i>	First case reported: 1962; Camargue France (2) ⁸ 2010; Austria, Greece, Hungary, Italy, Romania, Spain ^{d,9} 2011; Greece (100); Italy (14), Romania (11), Hungary (3) ⁹ 2012: Greece (161), Italy (50), Hungary (17), Romania (14) ⁹ 2013: Italy (69), Greece (68), Hungary (31), Romania (24), Croatia (16), Czech Republic (1), Slovenia (1) ⁹ 2014: Italy (24), Romania (23), Greece (15) Hungary (11), Austria (1) ⁹ 2015: Italy (60), Romania (19), Hungary (18), Austria (7), Bulgaria (2), France (1), Portugal (1) ⁹ 2016: Romania (93), Italy (76); Hungary (44); Austria (5), Spain (3), Bulgari (2), Cyprus (1), Croatia (1) ⁹ 2017: Romania (66), Italy (57), Greece (48), Hungary (21), Austria (5), Croatia (5), France (1), Bulgari (1) ⁹ 2018: Italy (550), Greece (302), Romania (268), Hungary (212), Croatia (45), France (24), Austria (19), Bulgari (11), Slovenia (3) and the Czech Republic (2) ¹⁰

^a *Aedes aegypti* was the main vector un Madeira's outbreak.

^b Some of the cases were found with active case finding or retrospective serological studies.

^c Information about number of confirmed/probable cases were only provided at the beginning of the epidemic.

^d Number of cases were not reported.