

Prevalencia de infección por HTLV-1 en inmigrantes subsaharianos asintomáticos recién llegados

Sr. Editor: La infección por el virus T linfotrópico humano tipo 1 (HTLV-1) presenta una distribución mundial, siendo su prevalencia elevada (> 1%) en el Caribe, sur de Japón y África central y occidental¹. Aunque la infección por este virus puede permanecer asintomática durante muchos años, existe evidencia epidemiológica de su papel en la patogenia de cuatro entidades: la leucemia/linfoma T del adulto, la paraparesia espástica tropical, la dermatitis infecciosa y la uveítis asociada a HTLV-1^{1,2}. Además de estas enfermedades ligadas directamente a la infección vírica, las alteraciones inmunológicas inducidas por el HTLV-1 facilitan el desarrollo de un síndrome de hiperinfección por *Strongyloides stercoralis*³.

Desde 1990 se constituyó en España un grupo de estudio de las infecciones por HTLV-1/2, y recientemente se han publicado en esta revista los últimos resultados⁴. Entre los datos más interesantes del estudio destacan la estabilidad en el número de casos, el predominio en población inmigrante y la baja diseminación de la infección a colectivos diferentes de las poblaciones de riesgo⁴.

Sin embargo, la prevalencia real de la infección por HTLV-1 en población inmigrante en España no es bien conocida. Entre los factores limitantes se encuentran el prolongado período de latencia de la infección por HTLV-1, el relativamente corto lapso de tiempo en el que la población inmigrante ha aumentado de forma exponencial en España (10 años) y el potencial sesgo de los estudios centrados en hospitales⁵ o en centros específicos⁶. Por ello, nuestro grupo de trabajo, dentro de un estudio más amplio de infecciones importadas en población inmigrante subsahariana⁷, ha realizado una evaluación de la prevalencia de infección por HTLV-1 en este colectivo.

Para ello, se estudió la presencia de anticuerpos frente a HTLV-1 en una muestra de sueros obtenidos de 101 inmigrantes adultos subsaharianos recién llegados (menos de 6 meses) a las islas Canarias. Todos los sujetos estaban asintomáticos en el momento

del estudio y en ningún caso existían prácticas de riesgo evidentes (empleo de drogas por vía parenteral, transfusiones o trasplantes). En todos los casos se efectuó simultáneamente un estudio serológico para la determinación de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC).

Inicialmente se utilizó un enzoinmunoanálisis (EIA) para la detección de anticuerpos frente a HTLV-1/2 (ABBOTT HTLV-I/HTLV-II EIA, Abbott). Las muestras repetidamente reactivas por EIA se analizaron mediante un inmunoblot en tira, para confirmar la presencia de anticuerpos frente al HTLV-1 y/o HTLV-2 (INNO-LIATM HTLV I/II, Innogenetics N.V.). En ambos casos se siguieron las directrices del fabricante para la interpretación de los resultados.

La mayor parte de los inmigrantes procedía de Nigeria (34) y Sierra Leona (24), y el origen del resto era el siguiente: Ghana (13), Malí (9), Camerún (7), Congo (6), Gambia (3), Guinea (2), Benin (1) y Costa de Marfil (1). La edad media de los sujetos estudiados era de 24 años (SD $\pm$ 5), y en su mayoría se trataba de varones (83,2%).

De las 101 muestras de suero analizadas para HTLV mediante EIA, cuatro resultaron reactivas y sólo una se confirmó positiva para HTLV-1 mediante inmunoblot, sin que se observara ningún caso de infección por HTLV-2. Por otra parte, se detectaron nueve sujetos infectados por VHB (8,9%), uno por VHC (1%) y cinco por VIH (4,9%). Existía una asociación estadística ($p = 0,01$ con el test exacto de Fisher) entre la positividad del EIA y la coinfección por VIH, pero no con la edad, sexo, infección por VHB, VHC u origen concreto. El paciente con resultado positivo en el inmunoblot era un varón natural de Nigeria sin historia de consumo de drogas ni coinfección por el VIH, VHB o VHC.

Los datos de nuestro estudio confirman la baja prevalencia de infección por HTLV-1 en inmigrantes subsaharianos recién llegados (0,96%), similar a la señalada por otros autores en España^{5,6} y otros países mediterráneos⁸. Por ello, y teniendo en cuenta que no existe un tratamiento útil para esta infección, parece poco eficiente la inclusión de un estudio serológico de HTLV-1 en el cribado de población inmigrante subsahariana asintomática.

Sin embargo, parece conveniente la inclusión de esta determinación, en esta población, en varias situaciones concretas^{2,9}: a) donantes de trasplante de órgano sólido, en quienes se ha descrito el desarrollo precoz de enfermedad asociada a la infección por HTLV-1 en el receptor; b) donantes de sangre,

evitando la propagación de la infección, y c) embarazadas, debido al riesgo de transmisión de la enfermedad durante la lactancia.

Además, nos parece interesante señalar que, en presencia de eosinofilia críptica, frecuente en el inmigrante subsahariano¹⁰, existe la posibilidad de una infección por *Strongyloides stercoralis*. En este contexto, la coinfección por HTLV-1 supone un riesgo para el desarrollo de formas diseminadas, por lo que el estudio serológico puede tener utilidad en el seguimiento y/o tratamiento empírico de estos pacientes.

Oscar Sanz-Peláez^{a,b},
Otilia Évora Santana^{c,d},
Cristina Carranza^a
y José Luis Pérez-Arellano^{a,e}

^aDepartamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. ^cServicio de Microbiología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. ^dDepartamento de Ciencias Clínicas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. ^eUnidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. España.

Bibliografía

- Vrieling H, Reesink HW. HTLV-I/II prevalence in different geographic locations. *Transfus Med Rev.* 2004;18:46-57.
- Manns A, Hisada M, La Grenade L. Human T-lymphotropic virus type I infection. *Lancet.* 1999;353(9168):1951-8.
- Carvalho EM, Da Fonseca Porto A. Epidemiological and clinical interaction between HTLV-1 and *Strongyloides stercoralis*. *Parasite Immunol.* 2004;26:487-97.
- Toro C, Soriano V. Infecciones por VIH-2 y HTLV-1/2 en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006;24:481-2.
- Toro C, Jiménez V, Rodríguez C, Del Romero J, Rodes B, Holguín A, et al. Molecular and epidemiological characteristics of blood-borne virus infections among recent immigrants in Spain. *J Med Virol.* 2006;78:1599-608.
- Belza MJ. Prevalence of HIV, HTLV-I and HTLV-II among female sex workers in Spain, 2000-2001. *Eur J Epidemiol.* 2004;19:279-82.
- Sanz-Peláez O, Santana OE, Carranza C, Hernández Cabrera M, Martín Sánchez AM, Carballo S, et al. Enfermedades infecciosas transmisibles en inmigrantes subsaharianos recién llegados a Gran Canaria. *Enf Emerg.* 2006;8:101.
- Ansaldi F, Comar M, D'Agaro P, Grainfienberghi S, Caimi L, Gargiulo F, et al. Seroprevalence of HTLV-I and HTLV-II infection among immigrants in northern Italy. *Eur J Epidemiol.* 2003;18:583-8.
- Toro C, Soriano V. Situación actual de la infección por el VIH-2 y HTLV-1/2 en España: luces y sombras. *Med Clin (Barc).* 2005;124:616-7.
- Pardo J, Carranza C, Muro A, Ángel-Moreno A, Martín AM, Martín T, et al. Helminth-related Eosinophilia in African immigrants, Gran Canaria. *Emerg Infect Dis.* 2006;12:1587-9.