

Volviendo al reporte de Marco et al., sería útil conocer las Cts de las muestras positivas por rt-PCR a los tres y cinco días del testado inicial, sobre todo para saber el real riesgo de contagiosidad de estos pacientes. Las Cts superiores a 25–30 tienen un riesgo bajo de transmisión viral y una alta probabilidad de resultar negativas en un TRA, con independencia de la presencia o ausencia de síntomas. La negatividad en TRA y positividad en rt-PCR posterior en sujetos ya aislados, básicamente sugiere que el Ct es elevado y estamos capturando la fase final o una infección ya resuelta.

Esto es especialmente cierto con TMA, una técnica ultrasensible que detecta hasta 60 copias de SARS-CoV-2 (en lugar de las 3.000–5.000 copias de la rt-PCR)<sup>6</sup>. La TMA es la técnica más habitualmente usada en la actualidad en grandes estrategias de cribado, por la posibilidad de agrupar muestras en el laboratorio (*pooling*) y se puede mantener positiva hasta más allá de las ocho semanas del contagio.

En resumen, creemos que TRA y NAAT (rt-PCR o TMA) capturan fenómenos distintos. Cuando se desee identificar de una manera sencilla sujetos con potencial de transmisión de SARS-CoV-2, los TRA son la herramienta idónea. Cuando se desee un cribado para una cohorte transversal que identifique al mayor número posible de sujetos infectados (actual o recientemente), la NAAT será la técnica que capturará el mayor número de casos.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Marco A, Solé C, Abdo IJ, Turu E. Low sensitivity of rapid antigenic tests as a screening method in an outbreak of SARS-CoV-2 infection in prison. *Enferm infect y microbiol clin*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2021.01.016>.

2. Pray IW, Ford L, Cole D, Lee C, Bigouette JP, Abedi GR, et al. Performance of an Antigen-Based Test for Asymptomatic and Symptomatic SARS-CoV-2 Testing at Two University Campuses – Wisconsin September–October 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;69:1642–7.
3. Porte L, Legarraga P, Vollrath V, Aguilera X, Munita JM, Araos R, et al. Evaluation of a novel antigen-based rapid detection test for the diagnosis of SARS-CoV-2 in respiratory samples. *Int J Infect Dis IJID Off Publ Int Soc Infect Dis*. 2020 Oct;99:328–33.
4. Alemany A, Baro B, Ouchi D, Ubals M, Corbacho-Monné M, Rodon J, et al. Analytical and Clinical Performance of the Panbio COVID-19 Antigen-Detecting Rapid Diagnostic Test. *J Infect [Internet]*. 2021 [consultado 8 Ene 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1101/2020.10.30.20223198>.
5. Mina MJ, Parker R, Larremore DB. Rethinking Covid-19 Test Sensitivity – A Strategy for Containment. *N Engl J Med*. 2020;383 [consultado 7 Oct 2020].
6. Chan JF-W, Yip CC-Y, To KK-W, Tang TH-C, Wong SC-Y, Leung K-H, et al. Improved Molecular Diagnosis of COVID-19 by the Novel Highly Sensitive and Specific COVID-19-RdRp/Hex Real-Time Reverse Transcription-PCR Assay Validated In Vitro and with Clinical Specimens. *J Clin Microbiol*. 2020 Apr;58(5).

Boris Revollo Barriga\* y Josep M. Llibre Codina

*Servicio de enfermedades infecciosas y Fundación Lucha contra el Sida y Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [brevollo@flsida.org](mailto:brevollo@flsida.org)  
(B. Revollo Barriga).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2021.06.001>

0213-005X/ © 2021 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Respuesta a «Test rápidos antigénicos o PCR en tiempo real para SARS-CoV-2, ¿qué test usar y por qué?»



### Reply to «Antigen-detecting rapid tests or real-time PCR, what test to use and why?»

Sr. Editor:

Agradecemos los comentarios de Revollo y Llibre<sup>1</sup> a la carta recientemente publicada por nuestro grupo sobre un brote de infección por SARS-CoV-2 ocurrido en la prisión de Figueras (Girona)<sup>2</sup>. Recordamos que entre el 23 y el 25 de diciembre se detectó la infección mediante test rápido antigénico (TRA) en 3 reclusos sintomáticos leves. Por ello, la tarde del 25 de diciembre se cribó con TRA a los 81 internos restantes de ese módulo penitenciario, obteniéndose 9 resultados positivos. El 28 de diciembre se realizó rt-PCR a los 72 casos con TRA previo negativo y en 27 (37,5%) la rt-PCR fue positiva. La sensibilidad del TRA en este escenario fue del 25%, muy baja, y por eso la comunicamos.

Por motivos de extensión, en nuestra carta inicial no incluimos algún dato de la población estudiada que, dados los comentarios de Revollo y Llibre, puede ser relevante. En las prisiones de Cataluña desde el 1 de julio de 2020 se criba con rt-PCR a la población que ingresa en prisión. El 46,2% de los infectados del brote habían ingresado después de esa fecha y disponían de una rt-PCR previa negativa, y el resto de infectados llevaban en prisión muchos meses y no habían sido diagnosticados de infección por SARS-CoV-2 ni habían sido estudiados por contacto estrecho con algún infectado. Por consiguiente, la posibilidad de que hubiera una rt-

PCR persistentemente positiva o residual en algún infectado, riesgo comentado por Revollo y Llibre, la estimamos extremadamente improbable. En cuanto al uso de los umbrales de ciclo o rt-«*cycle threshold*» (Ct), al que también aluden, su utilidad en fases iniciales de la infección es baja, ya que los valores son variables en el tiempo<sup>3</sup>. De hecho, nosotros los empleamos muy poco, casi exclusivamente para evaluar la contagiosidad en casos con PCR persistentemente positiva en los que el aislamiento se prolonga y el «alta terapéutica» sin conocer la contagiosidad resulta un riesgo en un medio cerrado.

Coincidimos con Revollo y Llibre en la alta sensibilidad de los TRA para detectar casos sintomáticos con elevada carga viral y potencial de transmisión, muy frecuentes en los 5 primeros días. Sin embargo, con los datos actuales no hay la misma seguridad en cuanto a su uso en pacientes presintomáticos o asintomáticos. Los CDC sugieren que en ocasiones los TRA negativos deben ser considerados «presuntivos» y en algunas circunstancias (contacto con infectado o prevalencia de infección comunitaria alta) plantean la conveniencia de confirmar el resultado con una prueba que amplifique ácidos nucleicos (NAAT) de SARS-CoV-2<sup>4</sup>. Otras agencias, como la Cochrane, también han confirmado que en general hay menor sensibilidad del TRA en pacientes asintomáticos y más en entornos con alta prevalencia de infección<sup>5</sup>. Aunque es cierto que los TRA han mostrado alta sensibilidad cuando se trata de infectados con Ct < 25, como refieren Revollo y Llibre, los umbrales de ciclo, como se ha comentado, son dinámicos y varían con el tiempo y, además, los casos con Ct < 25 posiblemente no incluyan todos los casos con potencial de riesgo.

Por otra parte, las estrategias diagnósticas no pueden ser similares en un escenario con baja o nula circulación viral (escenario A) que en uno con alta circulación viral y brotes localizados (escena-

rio B) donde la infección en pacientes asintomáticos puede llegar a ser del 70% o más<sup>6</sup>. El TRA es una prueba con alta especificidad (próxima al 100%) y puede ser apto para cribar poblaciones del escenario A, aun asumiendo que implica riesgos<sup>5</sup>, limitados y posiblemente asumibles en determinadas circunstancias. Sin embargo, lo que quizá sea asumible en un escenario A, como la prueba piloto del concierto de *Love of Lesbian* de Barcelona en la que participaron Revollo y Llibre<sup>7</sup>, no lo sea en el entorno de un brote, y menos en un medio cerrado como la prisión, salvo que los resultados negativos del cribado con TRA se confirmen con una rt-PCR posterior, como actualmente sugieren las guías y protocolos del Ministerio de Sanidad de España<sup>8</sup>, del eCDC<sup>9</sup> y de los CDC<sup>4</sup>.

**Confidencialidad**

Hemos seguido los protocolos de nuestro centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Financiación**

No hay.

**Conflicto de intereses**

No hay.

**Bibliografía**

1. Revollo B, Llibre JM. Test rápidos antigénicos o PCR en tiempo real para SARS-CoV-2, ¿qué test usar y por qué? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2021.06.001>.
2. Marco A, Solé C, Abdo IJ, Turu E. Baja sensibilidad de los test rápidos antigénicos como método de cribado en un brote de infección por SARS-CoV-2 en prisión. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2021.01.016>.
3. Romero-Alvarez D, Garzon-Chavez D, Espinosa F, Ligna E, Teran E, Mora F, et al. Cycle threshold values in the context of multiple RT-

PCR testing for SARS-CoV-2. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:1311–7, <http://dx.doi.org/10.2147/RMHP.S282962>.

4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim Guidance for Antigen Testing for SARS-CoV-2. Actualizado 13 May 2021 [consultado 6 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/antigen-tests-guidelines.html>.
5. Dinnes J, Deeks JJ, Berhane S, Taylor M, Adriano A, Davenport C, et al. Rapid, point-of-care antigen and molecular-based tests for diagnosis of SARS-CoV-2 infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD013705.pub2>.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). COVID-19 Pandemic Planning Scenarios [consultado 6 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/planning-scenarios.html>.
7. Diario Médico. Solo 6 positivos en el concierto masivo ‘piloto’ de *Love of Lesbian* en Barcelona. [consultado 6 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.diariomedico.com/medicina/medicina-preventiva/solo-6-positivos-en-el-concierto-masivo-piloto-de-love-lesbian-en-barcelona.html>.
8. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad. Actualizado 26 Feb 2021 [consultado 6 Jun 2021]. Disponible en: [https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19.Estrategia.vigilancia\\_y\\_control.e-indicadores.pdf](https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19.Estrategia.vigilancia_y_control.e-indicadores.pdf).
9. European Centre for Disease Prevention and Control: Options for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and the UK; 19 Nov 2020 [consultado 6 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/options-use-rapid-antigen-tests-covid-19-eueea-and-uk>.

Andrés Marco<sup>a,b,\*</sup>, Concepció Solé<sup>c</sup>, Indiana J Abdo<sup>c</sup> y Elisabet Turu<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Programa de Salud Penitenciaria, Instituto Catalán de la Salud, Cataluña, España

<sup>b</sup> CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

<sup>c</sup> Equipo de Atención Primaria Penitenciaria, Figueres, Girona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [amarco@gencat.cat](mailto:amarco@gencat.cat) (A. Marco).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2021.06.015>

0213-005X/ © 2021 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**Guillain-Barré-like syndrome as a rare presentation of severe primary HIV-infection**



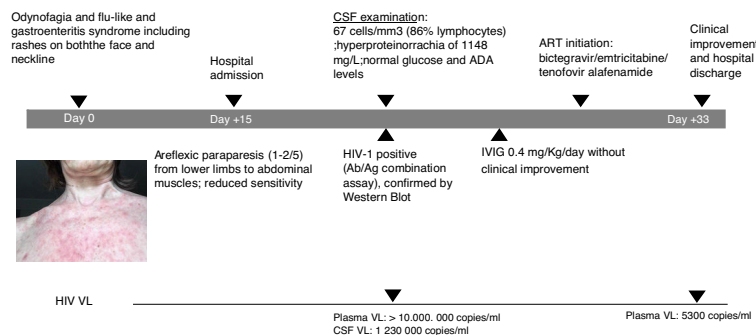
**Síndrome de Guillain-Barré como rara forma de presentación de primoinfección grave por HIV**

Dear Editor,

Several types of central and peripheral neurologic complications during primary and chronic HIV infection have been described

in people living with HIV (PLWH).<sup>1</sup> For instance, Guillain-Barré syndrome (GBS) is an acute inflammatory demyelinating polyneuropathy (AIDP) that has rarely been reported as a neurologic complication during primary HIV infection (PHI).<sup>2</sup>

A 60-year-old female patient, originally from South America and on travel in Europe during the prior three weeks, presented with progressive lower limb weakness and pain, paresthesia and unstable gait. Two weeks prior to admission, she described odynophagia, diarrhoea and a flu-like syndrome with rashes present on both the face and neckline (Fig. 1). She was afebrile and



**Fig. 1.** Main clinical features, laboratory findings and therapeutic interventions.