

Respuesta de los autores**Author's reply**

Sr. Editor:

Uno de los problemas que plantea el estudio de la infección por los virus linfotrópicos humanos tipos 1 y 2 (HTLV-1/2) es la falta de automatización y rapidez de los ensayos inmunológicos (EIA) habitualmente utilizados en el diagnóstico. Esto, unido a la ausencia de técnicas rápidas de detección de Ac frente a estos virus, ha dificultado la generalización de dicha determinación y supuesto una seria limitación en situaciones de urgencia como son los trasplantes. Pardo et al comunican su experiencia con un nuevo EIA para la detección de Ac anti-HTLV-1/2 totalmente automatizado y de rápida ejecución. Los autores introducen dicho ensayo precisamente en el colectivo de sujetos sometidos a explante de órganos para donación¹. Actualmente en nuestro país el cribado de la infección por HTLV-1/2 es obligatorio únicamente en los sujetos donantes de órganos que presentan factores de riesgo (inmigrantes que hayan nacido o vivido en zonas endémicas, viajeros a dichas zonas endémicas y familiares de estos inmigrantes y/o viajeros)^{2,3}. No obstante, este cribado selectivo quizás merezca ser reconsiderado a la luz de los nuevos datos. En primer lugar, por el conocido mal pronóstico que suele acompañar a los casos de infección por HTLV-1 postrasplante y del que se comunicaron los primeros casos en nuestro país en el año 2000⁴. En segundo lugar, por el incremento constante de población inmigrante que ha tenido lugar en España desde hace ya una década y que puede haber motivado la propagación del virus fuera de su tradicional colectivo de riesgo. Son diversos los estudios realizados de seroprevalencia para conocer la evolución de estos virus en nuestro país a lo largo de estos años. Destacar el amplio estudio recientemente llevado a cabo por Piron et al del Banco de Sangre y Tejidos de Cataluña sobre donantes de sangre durante el periodo 2008–2009⁵. En dicho trabajo se analizaron 11.861 muestras correspondientes a 8.721 donaciones, encontrando 7 sujetos portadores de infección por HTLV-1. Todos procedían de zonas endémicas excepto un donante español que había contraído la infección por vía sexual. Los ensayos automatizados, junto con la progresiva incorporación de plataformas para automatizar los EIA, podrá facilitar la realización de estudios de seroprevalencia periódicos frente a HTLV-1/2, entre otros en el colectivo de donantes de órganos, y conocer cuál es la actitud más adecuada a seguir en cada momento.

Pardo et al sugieren la extensión del cribado de la infección HTLV-1/2 a pacientes con infección por VIH y a otros colectivos de riesgo de infecciones por vía parenteral¹. Cuando se analizan estos grupos, la mayoría de casos identificados obedecen a infecciones por HTLV-2, como sucede en el citado estudio^{1,6}. Los trabajos realizados en nuestro país por parte del «Grupo Español de Estudio de HTLV-1/2 y VIH-2» muestran que de forma global alrededor de un 4% de los sujetos con infección por VIH y

antecedentes de consumo de drogas por vía parenteral podrían estar coinfectados con HTLV-2⁷. Teniendo en cuenta que en España se estima que viven alrededor de 140.000 portadores del VIH, y que un 50–60% de ellos lo han adquirido por vía parenteral, probablemente un mínimo de 2.800 personas podrían estar coinfectadas con VIH/HTLV-2. Hasta hace poco el papel patogénico de este virus era discutido, sin embargo, en los últimos años se ha observado que un 1% de los pacientes portadores pueden desarrollar cuadros neurológicos similares a los descritos para HTLV-1 en algún momento de su vida, si bien con unos síntomas clínicos más larvados^{8,9}. El escaso riesgo de desarrollar clínica no parece justificar la extensión del cribado de la infección por HTLV-2 a los grupos de riesgo de transmisión de infecciones por vía parenteral, como sugieren Pardo et al. No obstante, sí que sería oportuno, considerando los datos anteriores y la posibilidad de generalización de esta determinación, su inclusión en los protocolos diagnósticos de aquellos pacientes que presenten síndromes neurológicos sin filiar pertenecientes a estos colectivos de riesgo.

Bibliografía

- Pardo F, Tirado MD, Sabater S, Granados J. Virus linfotrópico humano de tipo 1 y 2: nuevas perspectivas. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010. doi:10.1016/j.eimc.2009.11.015.
- Ministerio de Sanidad. Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Documentos de consenso. Criterios de selección del donante de órganos respecto a la transmisión de infecciones. 2ª ed. 2004.
- Toro C, Benito R, Aguilera A, Bassani S, Rodríguez C, Calderón E, et al. Infection with human T lymphotropic virus type 1 in organ transplant donors and recipients in Spain. *J Med Virol.* 2005;76:268–70.
- Toro C, Rodés B, Poveda E, Soriano V. Rapid development of subacute myelopathy in three organ transplant recipients after transmission of human T-cell lymphotropic virus type I from a single donor. *Transplantation.* 2003;75:102–4.
- Pirón M, Romero A, Casamitjana N, Molina I, Bárbaro V, Kashima S, et al. Seroprevalencia del virus HTLV-I/II en donantes de sangre de América Central y del Sur en una zona no endémica. XX Congreso Nacional de la Sociedad Española de transfusión sanguínea y terapia celular. Tarragona, España; ID: 2009; p. 113.
- Toro C, Soriano V, Grupo Español de Estudio del VIH-2 y HTLV-1/2. Actualización sobre las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 2 y por los virus linfotrópicos humanos de tipo 1 y 2 en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2009;27:377–9.
- Toro C, Soriano V, Grupo Español de Estudio del VIH-2 y HTLV-1/2. Situación actual de la infección por el VIH-2 y el HTLV-1/2 en España: luces y sombras. *Med Clin (Barc).* 2005;124:616–7.
- Orland JR, Engstrom J, Friley J, Sacher RA, Smith JW, Nass C, et al. Prevalence and clinical features of HTLV neurologic disease in the HTLV Outcomes Study. *Neurology.* 2003;61:1588–94.
- Toro C, Blanco F, García-Gascó P, Sheldon J, Benito JM, Rallón NI, et al. Human T lymphotropic virus type 1-associated myelopathy/tropical spastic paraparesis in an HIV-positive patient coinfecting with human T lymphotropic virus type 2 following initiation of antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis.* 2007;45:e118–20.

Carlos Toro

Servicio de Microbiología, Hospital Carlos III, Madrid, España
Correo electrónico: carlostororueda@hotmail.com

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.eimc.2009.11.015