

Seroprevalencia de hepatitis A

Sr. Editor: Hemos leído el interesante artículo de González-Praetorius et al¹ sobre "Prevalencia de hepatitis A en la provincia de Guadalajara". Los autores encuentran diferencias en la prevalencia de anticuerpos frente al virus de la hepatitis A (VHA) según los diferentes estratos de edad, y también entre la población urbana y la rural. Sin embargo, en este trabajo no se expone si tuvieron en cuenta la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como factor predisponente para la hepatitis A. Este dato podría ser interesante, puesto que algunos autores han sugerido que los pacientes expuestos al VIH presentan con mayor frecuencia hepatitis A^{2,3}.

Para analizar esta hipótesis se ha comparado la seroprevalencia del VHA en 111 pacientes adultos, infectados por el virus C de la hepatitis (VHC) seguidos en la consulta de infectología. De ellos, 31 (28%) eran mujeres, 69 (62%) tenían antecedentes de ser usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) y 59 (53%) estaban coinfectados por el VIH. La seroprevalencia del VHA en el total de la muestra fue del 79%, del 83% en los infectados

por VIH y del 75% en el resto (no significativo [NSI]) (tabla 1) (fig. 1). En mujeres y varones, las tasas de anticuerpos frente al VHA fueron del 78 y 80%, respectivamente.

Se realizó un análisis de regresión logística, y no se encontró asociación entre presencia de anticuerpos VHA y la infección por el VIH o el antecedente de UDVP. Por el contrario, coincidiendo con los datos González-Praetorius, se halló relación entre la presencia de anticuerpos frente al VHA y la edad, tanto en el análisis univariante como en el multivariante ($p < 0,001$).

En conclusión, nuestros datos sugieren que la infección por el VIH no se asocia a una mayor seroprevalencia del VHA.

Ángel Chocarro, Anunciación González e Isidra García

Unidad de Infectología. Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. España.

Bibliografía

- González-Praetorius A, Rodríguez-Avil C, Fernández C, Pérez-Pomata MT, Gimeno C, Bisquert J. Prevalencia de hepatitis A en la provincia de Guadalajara. ¿Es España un país

de baja endemicia? *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001;19:428-31.

- Kocurek K, Hollander H. Primary and preventive care for the HIV-infected adult. En: Sande MA, Volberding PA, editors. *The medical management of AIDS*, 6ª ed. Philadelphia: WB Saunders, 1999; p. 125-38.
- Fonquernie L, Meynard JL, Charrois A, Delamare C, Meyohas MC, Frottier J. Occurrence of acute hepatitis A in patients infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 2001;32:297-9.

Discrepancia entre las pruebas de Coombs a *Brucella* y Brucellacapt

Sr. Editor: Hemos leído atentamente los artículos de Ortega et al¹ y de Benito et al² sobre casos de brucelosis aguda con serología convencional negativa y prueba de Brucellacapt (Vircell, España) positiva. Consideramos de interés presentar un caso con cierto parecido y efectuar algunas consideraciones.

Se trataba de una mujer de 30 años sin antecedentes patológicos de interés que consultó en el servicio de urgencias por coxalgia en cadera derecha de 15 días de evolución progresiva, refractaria al tratamiento con antiinflamatorios. En la exploración física la paciente estaba afebril y con buen estado general. Se observó una limitación dolorosa de la movilidad de la cadera derecha a 80-90° de flexión, 45° de abducción y 15-20° de rotación. La radiología convencional fue normal y en la analítica únicamente destacó una proteína C reactiva (PCR) de 108 mg/l (VR, 0-6).

Se practicó serología de brucelosis en la muestra de suero obtenida en el servicio de urgencias debido a que existía un entorno epidemiológico familiar compatible con la infección por *Brucella*, obteniéndose los siguientes resultados: rosa de Bengala, positivo; seroaglutinación en tubo (SAT), negativo; Brucellacapt, título 1/2560; ELISA, inmunoglobulina M (IgM) negativo; ELISA, IgG positivo, y ELISA, IgA positivo muy alto. La prueba de Coombs presentó un patrón de posible aglutinación muy débil y dudoso en la dilución 1/1280 que no podía considerarse positivo, el resto de diluciones fueron claramente negativas. Los hemocultivos fueron negativos. La resonancia magnética (RM) de cadera fue compatible con artritis inflamatoria/infecciosa de cadera derecha y la gammagrafía ósea mostró hipercaptación en la articulación coxofemoral derecha. Se estableció el diagnóstico de artritis de cadera por *Brucella* sp.

TABLA 1. Distribución de los pacientes según los diferentes estratos de edad, infección VIH y anti-VHA

Grupo de edad (años)	Total	VIH+		VIH-	
		VHA+	VHA-	VHA+	VHA-
14-29	13	0	2	4	7
30-44	79	43	8	22	6
45-59	12	5	0	7	0
> 60	7	1	0	6	0

VHA: virus A de la hepatitis; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

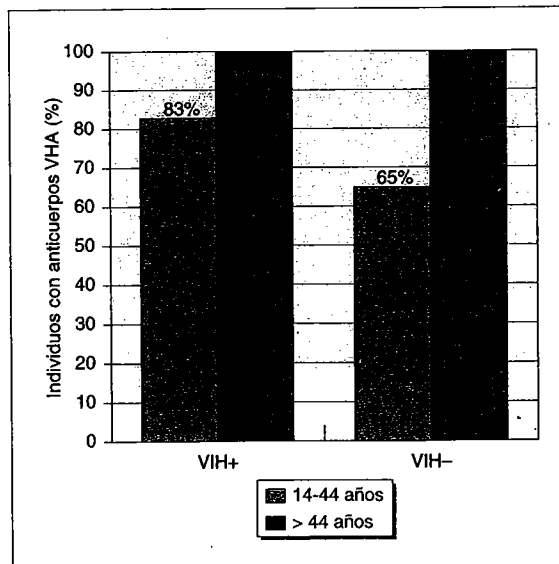


Figura 1. Seroprevalencia del virus A de la hepatitis (VHA) según edad e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH=).

La negatividad de la prueba de la SAT en la brucelosis de larga evolución y en los casos de contacto previo con *Brucella* ya se ha descrito previamente^{3,4}. En un trabajo previo⁵, efectuado en una zona endémica, presentamos una casuística en la que el 36% (24/66) de los casos eran individuos con historia previa de brucelosis que presentaron títulos de SAT < 1/160 y fueron diagnosticados mediante la prueba de Coombs.

A nuestro entender en los casos comunicados destaca la discrepancia entre las pruebas de Coombs y Brucellacapt, ya que ambas se han diseñado para poner de manifiesto anticuerpos no aglutinantes. Por otra parte, en las series publicadas⁵⁻⁷ que agrupan un total de 260 casos, no se observa ninguna discrepancia de estas características.

En nuestro paciente y en uno de los de Benito et al² (sería de interés disponer de datos sobre el de Ortega et al¹) se pusieron de manifiesto anticuerpos específicos de clase IgA (en nuestro caso a concentraciones muy altas), por lo que podría plantearse la hipótesis de que ésta puede ser la causa de la discrepancia. A menudo la prueba de Coombs se efectúa con una antiglobulina anti-IgG que no puede unirse a los complejos *Brucella*-IgA. Para detectar estos inmunocomplejos es necesario usar una antiglobulina anti-IgG + anti-IgA. Sin embargo, en nuestro caso también había anticuerpos de clase IgG, detectados por la técnica ELISA, en concentración muy inferior a los de clase IgA, pero suficiente para haber sido detec-

tados por la prueba de Coombs. Como apuntan Benito et al², la IgA específica puede tener un efecto bloqueador sobre la IgG, y aunque este ha sido descrito en la prueba de SAT y sobre las IgG aglutinantes⁸, es plausible que también pueda afectar la prueba de Coombs y las IgG no aglutinantes, ya que, en nuestro caso, tras absorber el suero de la paciente con una globulina anti-IgA, la reacción de la prueba de Coombs en la dilución 1/1280 se positivizó claramente.

Entendemos que se plantean las siguientes preguntas: el posible bloqueo de IgA sobre IgG, ¿por qué se produce en la prueba de Coombs y no en la de Brucellacapt? y ¿por qué la IgA específica es detectada por la prueba de Brucellacapt y no por la de Coombs a pesar de usar una globulina anti-IgG más anti-IgA? El fundamento de ambas pruebas (antígeno más anticuerpo más antiglobulina) es el mismo, y por tanto sería de esperar que las uniones antígeno-anticuerpo tuvieran el mismo comportamiento. ¿Es debida la diferencia a que la prueba de Brucellacapt es en un solo paso y la de Coombs en dos pasos? ¿O quizás es debida a algún factor en el diseño de las pruebas que afecta la afinidad de los anticuerpos? Consideramos que el estudio de estos casos debe complementarse mediante pruebas de ELISA IgG, IgA e IgM, prueba de Coombs con antiglobulina total anti-IgG más anti-IgA, prueba de Coombs previa absorción del suero con anti-IgA, etc. Ello nos proporcionará datos para avanzar en el conocimiento de la causa de es-

tas discrepancias entre Coombs y Brucellacapt.

Jordi Serra^a y María Luisa Gozzi^b
 Servicios de ^aAnálisis Clínicos
 y ^bTraumatología. Hospital Comarcal del
 Pallars. Tremp. Lleida. España.

Bibliografía

1. Ortega M, Lara A, Pérez MJ, Díaz V, Ruiz Rodríguez M. Bacteriemia por *Brucella* sp. con serología convencional negativa. *Enf Infecc Microbiol Clin* 2001;19:34.
2. Benito R, Estrellá M, Gil J, Rubio M. Bacteriemia por *Brucella* con serología convencional negativa. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001;19:70-1.
3. Foz A, Garriga S. Relation entre la fixation du complement et "les anticorps incomplets" (test de Coombs) dans le brucellose humaine. *Rev Immunol* 1954;18:288-9.
4. Kerr WR, Coghlan JD, Payne DJ, Robertson L. The laboratory diagnosis of chronic brucellosis. *Lancet* 1966;2:1181-3.
5. Serra J, Velasco J, Godoy P, Mendoza J. ¿Puede sustituir la prueba de Brucellacapt® a la prueba de Coombs en el diagnóstico de la brucelosis humana? *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001;19:202-5.
6. Gómez MC, Rosa C, Geijo P, Escribano MA. Estudio comparativo del test Brucellacapt con el test de Coombs para *Brucella*. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1999;17:283-5.
7. Orduña A, Almaraz A, Prado A, Gutiérrez MP, García-Pascual A, Dueñas A, et al. Evaluation of an Immunocapture-Agglutination Test (Brucellacapt) for Serodiagnosis of Human Brucellosis. *J Clin Microbiol* 2000;4000-5.
8. Hall WH, Manion RE, Zinneman HH. Blocking serum lysis of *Brucella abortus* by hyperimmune rabbit immunoglobulin A. *J Immunol* 1971;107:41-6.

Respuestas a las preguntas de formación continuada

- | | |
|-------|--------|
| 1. c; | 6. b; |
| 2. e; | 7. c; |
| 3. a; | 8. a; |
| 4. d; | 9. e; |
| 5. b; | 10. e; |