

4. Vega J, Cisterna M, Bergoeing M, Espinosa R, Zapico A, Chadid P, et al. Enfermedad de Erdheim-Chester. Una causa rara de derrame pericárdico. *Caso clínico. Rev Med Chile*. 2011;139:1054–9.
5. Mazor R, Manevich-Mazor M, Shoenfeld Y. Erdheim-Chester disease: A comprehensive review of the literature. *Orphanet J Rare Dis*. 2013;8:137.

Alba Hernández Marcos^{a,*}, María Ruiz Felipe^b
y Beatriz Sierra Bergua^c

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Servicio de Urgencias, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Sector III, Zaragoza, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Universitat, Sector III, Zaragoza, España
^c Medicina Interna, Servicio de Urgencias, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: albahm7@hotmail.com (A. Hernández Marcos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.03.006>

Importancia del diagnóstico de laboratorio de Zika durante el embarazo y su posible asociación con el síndrome de Guillain-Barré



Relevance of laboratory diagnosis of Zika during pregnancy and its possible association with Guillain-Barré syndrome

Sr. Editor:

La infección por virus Zika (ZIKV), ha generado un gran impacto en América Latina, especialmente por posibles asociaciones con microcefalia congénita y el desarrollo del síndrome de Guillain-Barré (SGB)^{1,2}. En este contexto hemos leído con particular detenimiento la carta de Reyna- Villasmil et al.³, recientemente publicada en MEDICINA CLÍNICA, con relación al desarrollo del SGB en una gestante, aparentemente secundario a la infección por ZIKV. Aprovechamos la ocasión para discutir a fondo múltiples aspectos que no parecen correctos y que deben ser aclarados.

Primero, es importante recordar que no es cualquier «mosquito» involucrado en su transmisión, sino principalmente los del género *Aedes*, entre otros potencialmente (*Anopheles*, *Mansonia* y *Culex*)¹. Clínica y laboratorialmente queda claro que la paciente efectivamente desarrolló un SGB^{2,3}. Sin embargo, surgen dudas con relación al diagnóstico del ZIKV. De acuerdo al reporte solo hay la sospecha clínica de la infección 10 días antes del SGB, afirmando que se realizaron pruebas serológicas para el ZIKV que fueron positivas. No se indica cuál prueba se realizó (ELISA, *Western-blot*, etc.), ni si el resultado fue positivo para IgG, IgM o ambas. Tampoco queda claro si descartaron otras infecciones virales como dengue y *chikungunya* (también asociados con el SGB). Consecuentemente, no es posible asegurar que ese caso esté asociado con infección por el ZIKV. Más aún, es importante mencionar que si no se cuentan con pruebas serológicas para el ZIKV, como es el caso de Venezuela, y de momento Colombia, una alternativa es la RT-PCR en orina, donde se ha reportado hasta por 14 días posterior a la infección viruria. En el caso reportado, habrían tenido aún 4 días para detectarlo y confirmar la etiología.

En la actual epidemia, la asociación embarazo y SGB, podría constituirse como un problema de salud pública, y deben, por ende, reportarse dichos casos ante las autoridades competentes⁴, luego del diagnóstico confirmatorio de la infección por ZIKV. El SGB se considera una enfermedad autoinmune asociada con generación de auto-anticuerpos dirigidos a los gangliosidos y existen muchos auto-anticuerpos que no se han podido identificar. Adicionalmente, es posible que el SGB pueda ser generado por un efecto viral neurotóxico directo inducido por ZIKV².

Los autores indican que el neonato es normal, sin embargo, no se indica si se realizó una evaluación exhaustiva del mismo con el fin de descartar la infección congénita por el ZIKV, incluyendo

en primera instancia el valor del perímetro cefálico, hallazgos al ultrasonido transfontanelar, tomografía cerebral y evaluación oftalmológica, entre otras cosas, que deben considerarse en este contexto. Se debió, además incluir serologías y RT-PCR en sangre de cordón o del recién nacido. En la medida de lo posible, también evaluar placenta y líquido cefalorraquídeo. Finalmente, es importante considerar factores del huésped que puedan estar asociados con la predisposición al desarrollo del SGB, tales como polimorfismos en los genes HLA DR y en el gen del TNF- α ^{5,6}.

En la etiología infecciosa que da origen a los autoanticuerpos se deben investigar agentes como *Campylobacter*, citomegalovirus, Epstein-Barr, varicela-zóster, hepatitis virales y *Mycoplasma pneumoniae*², los cuales podrían haber resultado negativos, ello no es suficiente especialmente en una zona de Venezuela, como Zulia, donde hay una amplia y reconocida circulación de dengue y *chikungunya*, así como de otros posibles diagnósticos diferenciales que debieron evaluarse. Además, el SGB se ha asociado con otros factores predisponentes (drogas, lupus, VIH). Es incluso sorprendente que ni siquiera se menciona si la paciente tenía o no antecedente de las otras arbovirosis circulantes, aun cuando los mismos autores discuten que la infección previa, especialmente por dengue, puede ser un factor de riesgo para el SGB asociado a al ZIKV.

En el embarazo, el SGB puede ocurrir en cualquier trimestre, pero se ha sugerido que en el puerperio puede tener una severidad mayor⁴, por lo cual, además del seguimiento no reportado por los autores, también es de gran importancia en dicho período.

Es de mencionar finalmente, que si bien es de suma importancia reportar casos atípicos de infección por el ZIKV, dado que aún existen muchos aspectos que no se conocen a fondo de la enfermedad, la comunidad médica y científica debe hacer todos los esfuerzos para documentar de forma apropiada esos casos y se eviten las serias dudas que pueden generar, y que como en la presente discusión han sido claramente expuestas.

Bibliografía

1. Rodríguez-Morales AJ, Bandeira AC, Franco-Paredes C. The expanding spectrum of modes of transmission of Zika virus: A global concern. *Ann Clin Microbiol Antimicrob*. 2016;15:13.
2. Cao-Lormeau VM, Blake A, Mons S, Lastère S, Roche C, Vanhomwegen J, et al. Guillain-Barré syndrome outbreak associated with Zika virus infection in French Polynesia: A case-control study. *Lancet*. 2016;387:1531–9.
3. Reyna-Villasmil E, López-Sánchez G, Santos-Bolívar J. Síndrome de Guillain-Barré debido al virus del Zika durante el embarazo. *Med Clin*. 2016;146:331–2.
4. Zafar MSH, Naqash MM, Bhat TA, Malik GM. Guillain-Barré syndrome in pregnancy: An unusual case. *J Fam Med Primary Care*. 2013;2:90–1.
5. Fekih-Mrissa N, Mrad M, Riahi A, Sayeh A, Zaouali J, Gritli N, et al. Association of HLA-DR/DQ polymorphisms with Guillain-Barré syndrome in Tunisian patients. *Clin Neurol Neurosurg*. 2014;121:19–22.
6. Wu LY, Zhou Y, Qin C, Hu BL. The effect of TNF-alpha, FcγR and CD1 polymorphisms on Guillain-Barré syndrome risk: Evidences from a meta-analysis. *J Neuroimmunol*. 2012;243:18–24.

Jorge L. Alvarado-Socarras^{a,b,c}, Juan C. Sepúlveda-Arias^{a,d},
Lysien I. Zambrano^{a,e,f} y Alfonso J. Rodríguez-Morales^{a,b,d,g,*}

^a Red Colombiana de Colaboración en Zika (RECOLZIKA), Pereira, Risaralda, Colombia

^b Organización Latinoamericana para el Fomento de la Investigación en Salud (OLFIS), Bucaramanga, Santander, Colombia

^c Unidad de Neonatología, Departamento de Pediatría, Fundación Cardiovascular de Colombia, Floridablanca, Santander, Colombia

^d Grupo de Investigación Infección e Inmunidad, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia

^e Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras

^f Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM), São Paulo, Brasil

^g Grupo de Investigación Salud Pública e Infección, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arodriguezm@utp.edu.co

(A.J. Rodríguez-Morales).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.03.044>