

Juan Rodríguez-García¹
Rafael Fernández-Santos²
Enrique Ruiz de Gopegui-
Bordes³
Olga Hidalgo-Pardo¹

Prevención de la enfermedad neumocócica invasiva en el paciente asplénico

¹Servicio de Medicina Preventiva. Unidad vacunación paciente inmunodeprimido. Hospital Universitario Son Espases. Mallorca. Islas Baleares. España.

²Servicio de Medicina Preventiva. Unidad vacunación paciente inmunodeprimido. Hospital Obispo Polanco. Teruel. España.

³Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Son Espases. Mallorca. Islas Baleares. España.

Article history

Received: 21 August 2019; Accepted: 9 October 2019; Published: 3 January 2020

Sr. Editor: La sepsis masiva postesplenectomía es una complicación grave alcanzando una mortalidad mayor del 38% [1]. *Streptococcus pneumoniae* es el microorganismo más frecuente causando el 50-90% de estas infecciones [2]. Sin embargo, las coberturas de vacunación siguen siendo bajas [1, 3] por lo que es importante el inicio precoz de antibioterapia empírica ante la aparición de fiebre en el paciente asplénico [4].

Varón de 49 años esplenectomizado por rotura esplénica tras accidente de tráfico. Fumador de 20 cigarrillos/día sin otros antecedentes de interés. Vacunado con Prevenar-13® (VC13) a los 18 días post-esplenectomía. Acudió a Urgencias a los 8 meses post-esplenectomía por fiebre (40,3°C) y escalofríos de comienzo brusco. Tos y expectoración verdosa en los últimos días. Exploración en urgencias sin alteraciones significativas. 22,2 x 10³ leucocitos/ μ L (92,8% neutrófilos). No otras alteraciones analíticas. Posible infiltrado basal izquierdo retrocardíaco. Se pautaron antitérmicos y antibioterapia endovenosa empírica (ceftriaxona y levofloxacino) y se cursó ingreso. En los hemocultivos se identificó *S. pneumoniae* sensible a la antibioterapia pautada. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta a los 6 días. Recibió 10 días de ceftriaxona intravenosa y amoxicilina oral 5 días más.

Antes del alta recibió la vacuna antineumocócica 23 valente (VP23) y se citó en consultas para completar vacunación. No padeció nuevos episodios de infección por neumococo durante los tres años posteriores a la administración de VP23. El serotipo responsable del cuadro identificado con posterioridad al episodio fue el 10A, un serotipo cuyo antígeno capsular es exclusivo de VP23.

En esplenectomías urgentes, se recomienda la vacunación antineumocócica a partir de las 2 semanas postcirugía utilizan-

do la pauta secuencial (VC13 seguida de VP23). El intervalo mínimo entre estas vacunas es de 8 semanas [5-9]. Sin embargo, no existe acuerdo sobre cuál es el intervalo óptimo, situándose entre el mínimo de 8 semanas recomendado por la mayoría de organismos internacionales [2, 5, 9] y 1 año o más recomendado por las Sociedades Científicas y la Ponencia de Vacunas del Consejo Interterritorial (PV-CISNS) en España [6-7].

Así el Consenso de las Sociedades Científicas Españolas cambió la recomendación en 2017 de 8 semanas a 1 año como intervalo óptimo [6, 8] y la PV-CISNS en 2018 recomendó el intervalo de 1 año entre las 2 vacunas, porque "los intervalos de 8 semanas pueden asociarse a mayor reactividad local y a una posible reducción de la inmunogenicidad respecto intervalos de 1 año o más" [7]. Esto lo basa en el documento del *Advisory Committee on Immunization Practices* (APIC) que en 2015 estableció la sustitución del intervalo 6-12 meses a 1 o más años, pero exclusivamente para adultos inmunocompetentes de 65 años o más manteniendo el intervalo de 8 semanas para todos los demás grupos de riesgo incluyendo asplénicos. Este intervalo sigue siendo el recomendado para estos pacientes por el APIC en su última actualización de 2018 [9]. Además, señala que este aumento en el intervalo recomendado para pacientes sin factores de riesgo, se basa exclusivamente en tratar de armonizar la pauta con la del paciente [de 65 o más años] que ya había recibido VP23, es decir, establecer el mismo intervalo de 1 año en la pauta VP23-VC13 y VC13-VP23 [5]. Respecto a la inmunogenicidad y reactividad de los intervalos de 1 año frente a 8 semanas el APIC señala que no existe nueva evidencia ni estudios de inmunogenicidad que evalúen el intervalo óptimo entre las dos vacunas y que el único estudio en el que se comparan dos intervalos (8 semanas vs. 6 meses) no halló diferencias en la inmunogenicidad entre las dos pautas aunque el de 8 semanas mostró más inflamación local [5].

Debemos considerar además la ventana de riesgo para proteger contra la enfermedad causada por los serotipos exclusivos de VP23, ya que aproximadamente el 25% de la Enfermedad Neumocócica Invasiva (ENI) en adultos de España de debe

Correspondencia:
Juan Rodríguez García
Servicio de Medicina Preventiva. Unidad vacunación. Hospital Universitario Son Espases.
Carretera Valldemossa 79. 07120. Mallorca. Islas Baleares. España.
Tfno.: (0034) 87 1205000.
E-mail: juan.rodriguezgarcia@ssib.es

a serotipos exclusivos de VP23 respecto al 50% causada por serotipos comunes. Esta relación llega a invertirse en los últimos años suponiendo el 40,2% y 37,3% para serotipos exclusivos de VP23 y comunes respectivamente, debido a la inmunidad de grupo conseguida con la vacunación de los niños [10]. El intervalo de 8 semanas recomendado por la mayoría de Organismos de otros países [2,9], minimiza la ventana de riesgo de ENI causada por serotipos exclusivos de VP23 [5].

En el presente caso, el comienzo precoz de la antibioterapia empírica contribuyó a la evolución favorable del cuadro invasivo a pesar de la asplenia. Sin embargo, este episodio podría haberse evitado administrando VP23 de forma precoz según el intervalo mínimo de 8 semanas, si bien la mayor reactividad local debe tenerse en cuenta. Mientras la investigación sobre el intervalo óptimo continúa, debería decidirse individualmente el momento óptimo tras VC13, para administrar VP23 y mantener una alta sospecha clínica de ENI ante la aparición de fiebre en el paciente esplenectomizado.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

El primer autor ha recibido honorarios como ponente y subvenciones para actividades científicas por GSK, Pfizer y Pasteur. No existen otros conflictos de interés por parte de los autores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Di Sabatino A, Lenti MV, Tinozzi FP, Lanave M, Aquino I, Klersy C, et al. Vaccination coverage and mortality after splenectomy: results from an Italian single-centre study. *Intern Emerg Med*. 2017;12(8):1139-1147. doi: 10.1007/s11739-017-1730-9
2. Kuchar E, Miśkiewicz K, Karlikowska M. A review of guidance on immunization in persons with defective or deficient splenic function. *Br J Haematol*. 2015;171(5):683-94. doi: 10.1111/bjh.13660
3. Fuentes-Ferrer ME, Cano-Escudero S, Mato-Chain G, Mariano-Lázaro A, Fereres Castiel J. Vaccination coverage against *Streptococcus pneumoniae* in splenectomized patients in a fourth-level hospital (1999-2004). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008;26 (4):194-8. PMID: 18381038
4. Jover-García J, González-Cantó J, López-Millán C. Púrpura fulminante y síndrome de Waterhouse-Friderichsen asociado a sepsis por *streptococcus pneumoniae* en un adulto asplénico. *Med Clin Pract*. 2018;1:6-7
5. Kobayashi M, Bennett NM, Gierke R, Almendares O, Moore MR, Whitney CG, et al. Intervals Between PCV13 and PPSV23 Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015;64:944-7. Erratum in: *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015;64 (34):1204. doi: 10.15585/mmwr.mm6434a4
6. González-Romo F, Picazo JJ, García Rojas A, Labrador Horrillo M, Barrios V, Magro MC, et al. Consensus document on pneumococcal vaccination in adults at risk by age and underlying clinical conditions. 2017 Update. *Rev Esp Quimioter*. 2017;30(2):142-168. PMID: 28198169
7. Grupo de trabajo vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, julio 2018.
8. Picazo JJ, González-Romo F, García Rojas A, Peréz-Trallero E, Gil Gregorio P, de la Cámara R, et al. Consensus document on pneumococcal vaccination in adults with risk underlying clinical conditions. *Rev Esp Quimioter*. 2013;26(3):232-52. PMID: 24080892.
9. Kim DK, Riley LE, Hunter P; Advisory Committee on Immunization Practices. Recommended Immunization Schedule for Adults Aged 19 Years or Older, United States, 2018. *Ann Intern Med*. 2018;168(3):210-220. doi: 10.7326/M17-3439.
10. Fenoll A, Ardanuy C, Liñares J, Cercenado E, Marco F, Fleites A, et al. ODIN Study Group. Serotypes and genotypes of *S. pneumoniae* isolates from adult invasive disease in Spain: A 5-year prospective surveillance after pediatric PCV13 licensure. The ODIN study. *Vaccine*. 2018;36(52):7993-8000. doi: 10.1016/j.vaccine.2018.10.098.