

Casos de poliomielitis asociados a Virus Sabin Derivados

Dra María Cecilia Freire
Jefa Servicio Neurovirosis
Dpto. Virología INEI_ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"
Centro Regional de Referencia para el Con Sur y Bolivia
Programa de erradicación del Virus Polio salvaje
OPS/OMS

Si bien desde 1984 no se detecta la circulación autóctona del virus polio salvaje en Argentina, y desde 1991 en las Américas, el Plan Global de Erradicación exige continuar con la Vigilancia de la Parálisis Agudas Fláccidas (PAF) en niños menores de 15 años y mantener las coberturas con las 3 primeras dosis de vacuna Sabin por encima del 95 %. Esto se debe a dos razones; la primera de ellas es que no se ha alcanzado la meta global de erradicación existiendo 4 países en el mundo (India, Nigeria, Pakistán y Afganistán) que aún tienen circulación endémica del virus salvaje y la segunda es la emergencia de los virus Sabin derivados (VDPV). Estos últimos provienen de la vacuna Sabin, que por sucesivos pasajes por intestinos de niños susceptibles, se diferencian del virus vacunal recuperando la neurovirulencia y la capacidad de diseminación en poblaciones susceptibles (no vacunadas o mal vacunadas) pudiendo producir brotes. Estos virus tienen una diferencia nucleotídica con respecto al virus Sabin del cual derivan mayor del 1% en la proteína mayor de la cápside VP1. Se los clasifica como "c VDPV" a los circulantes en la población y como "iVDPV" cuando afectan pacientes inmunocomprometidos. Asimismo estos poliovirus derivados tienen la capacidad de recombinarse en células intestinales con otros enterovirus (generalmente del grupo C) en la región de la polimerasa. Entre 2000-2001 en la Isla La Española ocurrió un brote de poliomielitis por un cVDPV1. En nuestro país hasta el momento se detectaron 2 iVDPV1. El primero en 1998 en un niño de Pergamino con una hipogammaglobulinemia y el segundo en el mes de mayo del corriente año en otro niño hipogammaglobulinémico de la Pcia de San Luis. La secuenciación nucleotídica parcial del virus detectado en este último caso presenta una diferencia respecto a la cepa de Sabin 1 vacunal de 3,8 % lo que indicaría que el mismo pudo haber estado circulando en la población a lo largo de casi 4 años. Hasta el momento se han diagnosticado en todo el mundo 43 casos de PAF asociados a un iVDPV.

La única manera de evitar que estos virus se diseminen en la población produciendo brotes es mantener altas las coberturas vacunales con las 3 primeras dosis de Sabin tal como lo indica la recomendación internacional.

También los invitamos a consultar el Boletín de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

[Alerta Epidemiológico 7 - Caso de Parálisis Fláccida por Virus Sabin Derivado](#)