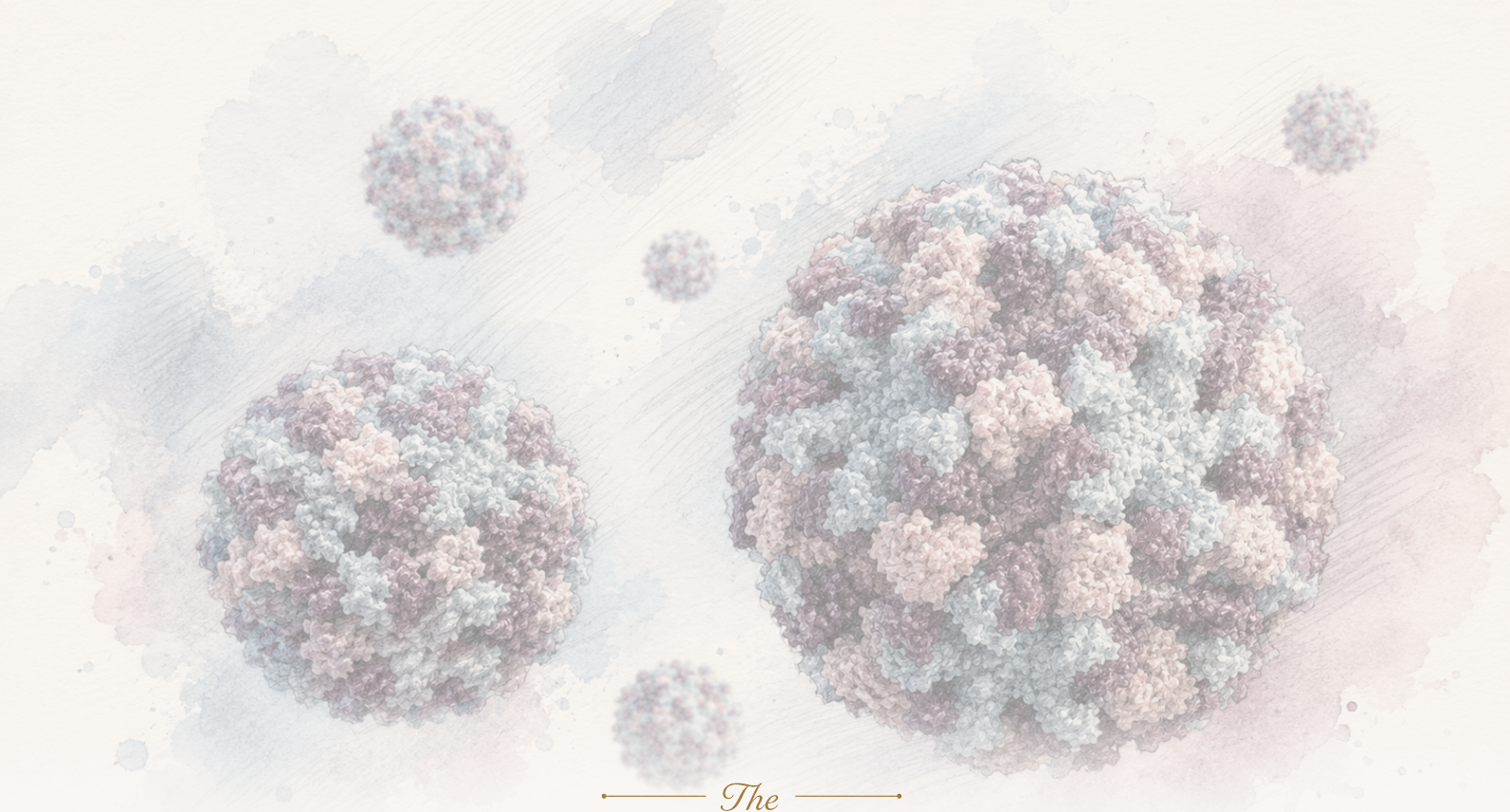




The CLEAN PAPER

WHAT THE PAPER SAYS · WHAT IT DOESN'T · WHY IT MATTERS

Una vacuna oral contra el norovirus redujo la infección en un ensayo de desafío, pero falló su criterio clínico

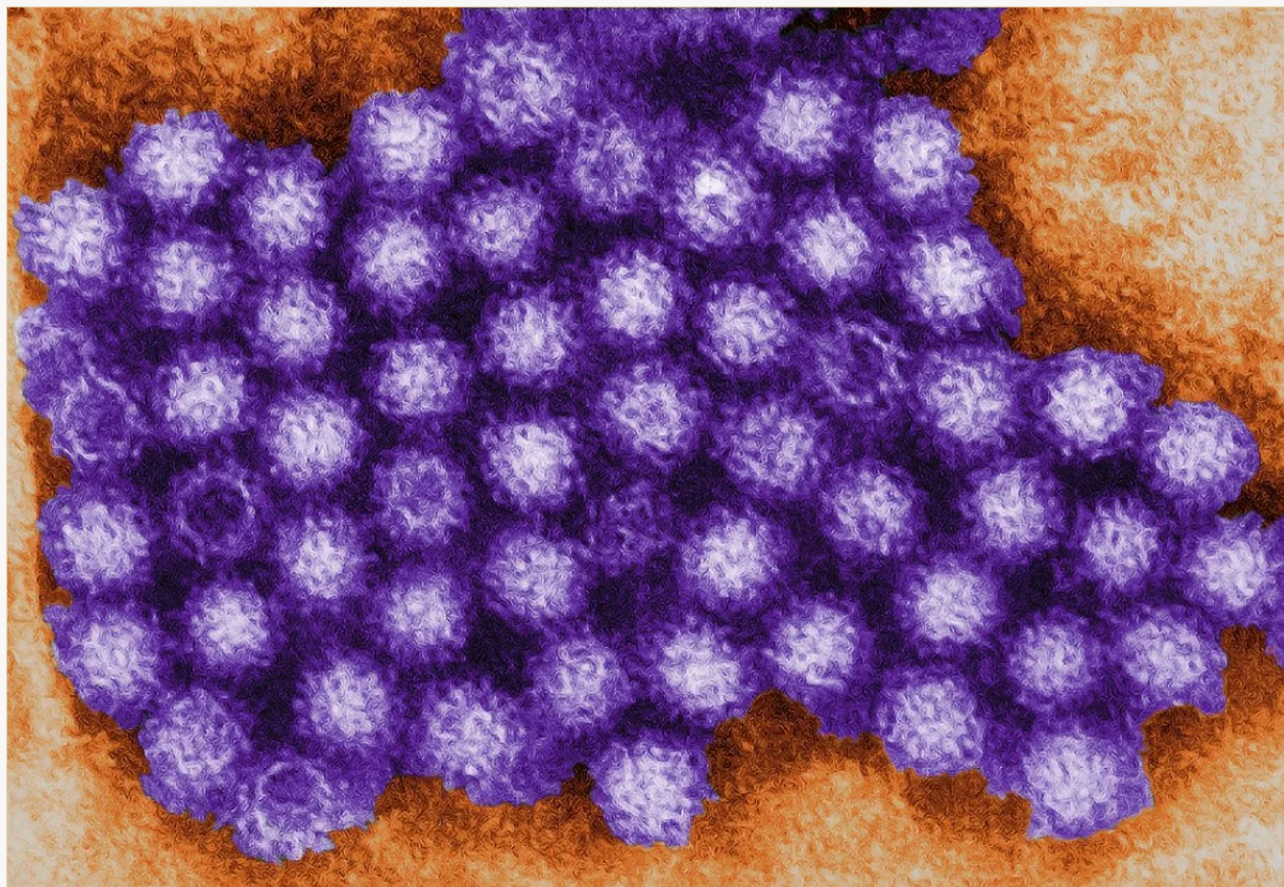
Un estudio de fase 2b con desafío humano probó una vacuna oral en tableta contra el norovirus GI.1. Los adultos vacunados tuvieron menos probabilidad de infección detectable por qPCR tras el desafío, mostraron respuestas inmunes mucosales y eliminaron menos ARN viral en algunos momentos. Pero no se alcanzó el criterio clínico preespecificado de gastroenteritis, el ensayo usó un desafío controlado de dosis alta en adultos sanos y no midió transmisión en el mundo real ni protección contra los genotipos GII.4 actualmente dominantes. Es un paso prometedor hacia una vacuna contra el norovirus, no prueba de que una ya haya llegado.

Written by Cinzia Vaglio · Cross-checked by Lucio Vaglio · Edited by Michele Renda · Figures by Laura Nesso and Nova Vela · AI-assisted, human-reviewed

Paper: *An oral norovirus vaccine generates mucosal immunity and reduces viral shedding in a phase 2 placebo-controlled challenge study*, Becca A. Flitter, Joshua Gillard, Susan N. Greco, Maria D. Apkarian, Nick P. D'Amato, Lam Quynh Nguyen, Elena D. Neuhaus, Darreann Carmela M. Hailey, Marcela F. Pasetti, Mallory Shriver, Christina Quigley, Robert W. Frencck Jr., Lisa C. Lindesmith, Ralph S. Baric, Lee-Jen Wei, Sean N. Tucker & James F. Cummings, *Science Translational Medicine* (2025)
· DOI: [10.1126/scitranslmed.adh9906](https://doi.org/10.1126/scitranslmed.adh9906)

Un ensayo de desafío es un atajo útil, no la meta

El norovirus es el virus que mucha gente conoce como una enfermedad estomacal repentina y miserable: vómitos, diarrea, calambres y unos días de trastorno agudo. Se propaga fácilmente en lugares donde las personas comparten aire, superficies, baños, comida y cuidados: escuelas, residencias, hospitales, bases militares, guarderías. Todavía no existe una vacuna autorizada contra el norovirus.



Micrografía electrónica de transmisión coloreada del CDC de viriones de norovirus. El estudio comentado aquí probó una candidata a vacuna oral contra un desafío controlado con norovirus GI.1.

CDC / Charles D. Humphrey Public domain

Eso hace que este estudio sea genuinamente interesante. Los autores probaron una vacuna oral en tableta, VXA-G1.1-NN, en un ensayo aleatorizado, controlado con placebo, de desafío humano. Adultos fueron vacunados y luego expuestos deliberadamente a norovirus GI.1. La vacuna redujo la infección detectable por qPCR, produjo respuestas inmunes sistémicas y mucosales, y redujo el ARN viral en heces y vómito en algunos momentos.

En un ensayo de desafío humano, la exposición no es accidental. Voluntarios sanos reciben vacuna o placebo, y luego reciben intencionalmente una dosis medida del patógeno en un entorno controlado. Ese diseño puede revelar una señal rápidamente, pero no es lo mismo que observar una vacuna funcionando en brotes ordinarios.

Pero esto no es el titular «ya llegó una vacuna contra el norovirus». Es un resultado más estrecho

y más útil: en un modelo controlado de desafío de fase 2b, una candidata a vacuna oral mostró una señal significativa de infección y posibles correlatos de protección, mientras falló el criterio preespecificado de gastroenteritis clínica. El grupo vacunado tuvo menos casos de gastroenteritis clínica por norovirus, pero la diferencia fue demasiado incierta para contar como un resultado clínico claro. El estudio tampoco probó los genotipos que han dominado en las últimas décadas.

La diferencia importa. Un estudio de desafío puede revelar una señal más rápido que un ensayo de campo. Puede ayudar a los desarrolladores a saber qué marcadores inmunes siguen la protección. No puede sustituir la evidencia más difícil necesaria antes de que una vacuna sea autorizada y usada a escala poblacional.

The primary clinical endpoint comes first

The trial showed a promising infection signal, not a vaccine-arrived result.

**PRIMARY
NOT MET**

Norovirus gastroenteritis

44.7% vaccine vs 56.9% placebo; $P = 0.178$

Clinical endpoint: symptoms + qPCR infection

**SIGNAL
SIGNIFICANT**

qPCR-detectable infection

57.1% vaccine vs 81.5% placebo; $P = 0.003$

Broader measure: viral RNA detected by qPCR

**FUTURE
GUIDANCE**

Candidate correlates

Fecal IgA + serum blocking antibody predict infection status

Useful for later trials; not licensure evidence

Diapositiva provisional de revisión: el criterio preespecificado de gastroenteritis clínica viene primero y no se alcanzó; la señal de infección por qPCR fue significativa pero más amplia; los correlatos inmunes son un camino para ensayos futuros, no prueba de una vacuna lista para usar.

The Clean Paper CC BY 4.0

Qué hicieron los autores

El equipo realizó un estudio de fase 2b de un solo centro, doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo en adultos sanos de 18 a 49 años. Los participantes fueron asignados a recibir la tableta oral VXA-G1.1-NN o placebo.

El estudio reclutó a **165 personas**: 86 en el grupo vacuna y 79 en el grupo placebo. Tras la vacunación, **141 participantes** recibieron un desafío oral con norovirus GI.1 vivo: 76 en el grupo vacuna y 65 en

el grupo placebo.

El ensayo siguió dos preguntas conectadas.

Primera: ¿redujo la vacuna la evidencia de gastroenteritis por norovirus tras el desafío? El criterio primario de eficacia preespecificado fue un compuesto: síntomas que cumplieran una definición de gastroenteritis aguda más evidencia por qPCR de infección por norovirus. En términos simples, el criterio clínico primario exigía tanto enfermedad como evidencia de laboratorio de infección, no solo una prueba molecular positiva.

Segunda: ¿generó la vacuna señales inmunes que pudieran ayudar a explicar la protección? Los autores midieron anticuerpos séricos, IgA mucosal en muestras fecales, nasales y de saliva, células secretoras de anticuerpos, plasmablastos con homing mucosal, ARN viral en heces y emesis, y modelos de aprendizaje automático de correlatos inmunes.

Ese es el valor del diseño. No es solo un estudio de «¿se enfermó la gente?». También es un estudio de qué tipos de respuesta inmune podrían importar para el futuro desarrollo de vacunas contra el norovirus.

Qué encontraron

El criterio clínico preespecificado no se alcanzó. La gastroenteritis por norovirus ocurrió en **44,7 %** del grupo vacuna y **56,9 %** del grupo placebo. Es una diferencia de **12,2 puntos porcentuales** y una **reducción relativa de 21 %**, pero el intervalo de confianza cruzó cero (IC 95 % -4,24 a 28,61) y el resultado **no fue estadísticamente significativo** ($P = 0,178$). Para planificar, los autores habían modelado una separación clínica mucho mayor: alrededor de 40 % de gastroenteritis en placebo frente a 12 % en vacunados. El resultado observado fue en la dirección esperada, pero no estuvo cerca de esa hipótesis de planificación.

La señal de eficacia más fuerte estuvo en la infección medida por qPCR, una medida más amplia y permisiva que la gastroenteritis clínica. Después del desafío, **57,1 %** de los participantes vacunados tuvo infección por norovirus detectable por qPCR, frente a **81,5 %** de los participantes placebo. La diferencia fue de **23,6 puntos porcentuales** (IC 95 % 7,4 a 38,0, $P = 0,003$), una **reducción relativa de 30 %**.

Esa jerarquía es central. La vacuna redujo la infección detectable en este modelo de desafío. El grupo vacunado también tuvo menos casos de gastroenteritis clínica por norovirus, pero la diferencia fue demasiado incierta para contar como un resultado claro. En términos estadísticos, el ensayo falló su criterio clínico primario. Un lector debe mantener ambos hechos a la vez.

La lectura de seguridad fue tranquilizadora pero acotada. Los autores no reportan eventos adversos graves relacionados con la vacuna ni toxicidades limitantes de dosis. La mayoría de los eventos adversos solicitados tras la vacunación fueron leves, sin eventos solicitados severos reportados en la primera semana. La formulación correcta es que la vacuna fue **bien tolerada en este ensayo**, no que las preguntas raras de seguridad estén resueltas.

La respuesta inmune fue amplia. Para el día 28, comparado con placebo, el grupo vacuna tenía IgA sérica específica de VP1, IgG sérica y títulos de anticuerpos bloqueantes funcionales más altos. También aumentó la IgA específica de VP1 en muestras fecales, fluido de revestimiento nasal y saliva. En sangre, estimuló células secretoras de anticuerpos y plasmablastos con homing mucosal: el tipo de respuesta que una vacuna oral mucosal intenta provocar.

El resultado de eliminación viral también es útil, pero fácil de exagerar. Los niveles de ARN viral fueron más bajos en emesis el día 2 del desafío y más bajos en heces los días 4 y 8. La proporción de personas qPCR-positivas sin síntomas de gastroenteritis aguda fue 13,1 % en el grupo vacuna frente a 24,6 % en placebo, pero esa comparación no alcanzó significación estadística convencional ($P = 0,087$). La qPCR detecta ARN viral; no es lo mismo que medir directamente virus infeccioso.

Por qué importan los marcadores inmunes

El desarrollo de vacunas contra el norovirus tiene un problema práctico: los grandes ensayos de campo son difíciles. Los brotes son cortos, impredecibles y agrupados. Si los desarrolladores no saben qué respuestas inmunes predicen protección, es difícil decidir qué candidatas merecen el gasto y la escala de ensayos posteriores.

Por eso importa la parte de correlatos de protección del artículo. Los autores entrenaron modelos usando datos inmunes de participantes vacunados antes del desafío. En esos modelos destacaron dos características: **anticuerpo bloqueante sérico** e **IgA fecal**. El anticuerpo bloqueante sérico mide qué tan bien los anticuerpos bloquean la unión del virus en el ensayo; la IgA fecal es una señal de anticuerpos medida en heces, más cercana a la superficie intestinal donde actúa el norovirus.

El modelo Lasso predijo el estado de infección con un área bajo la curva de 0,76; el modelo random forest tuvo un AUC de 0,73. AUC es una puntuación de rendimiento del modelo: 0,5 no sería mejor que el azar, 1,0 sería separación perfecta. Puntuaciones alrededor de 0,73 a 0,76 son útiles pero no decisivas. Significan que los marcadores inmunes ayudaron a distinguir participantes infectados de no infectados en este estudio; no crean una prueba diagnóstica y no convierten el ensayo en evidencia para autorización.

Sí sugieren que una combinación de anticuerpo sérico funcional e IgA local intestinal puede ayudar a predecir quién queda protegido después de esta vacuna.

Eso encaja con la historia biológica. El norovirus infecta superficies mucosas. Una vacuna administrada por boca intenta generar protección en la barrera donde el virus entra y se replica, no solo en el torrente sanguíneo. El mensaje mecanístico más fuerte del artículo no es «la vacuna en tableta resuelve el norovirus». Es: la inmunidad mucosal, especialmente la IgA fecal junto con anticuerpo bloqueante funcional, parece lo bastante importante para guiar la siguiente ronda de desarrollo de vacunas.

Qué no prueba esto

- **No** muestra que una vacuna contra el norovirus esté aprobada o disponible. Es un estudio de desafío de fase 2b.
- **No** prueba protección en el mundo real. El estudio usó un desafío controlado, no exposición natural en escuelas, residencias, hospitales, cruceros u hogares.
- **No** prueba protección contra todos los norovirus. Este desafío usó GI.1; GII.4 ha sido más prevalente durante las últimas dos décadas.
- **No** convierte la menor tasa de gastroenteritis en un resultado clínico claro. La señal de infección por qPCR fue significativa; el criterio preespecificado de gastroenteritis clínica no lo fue.
- **No** prueba que reducir la eliminación viral bloquee la transmisión. El ensayo midió ARN viral en muestras, no contagio de persona a persona.
- **No** resuelve preguntas raras de seguridad. No encontró señal grave relacionada con la vacuna en este ensayo, pero no era una gran base de datos de seguridad.
- **No** borra el contexto de conflicto de intereses. El estudio fue financiado por Vaxart, y varios autores eran empleados, accionistas, consultores o titulares de patentes de Vaxart.

Ninguno de esos puntos cancela el resultado. Definen su tamaño.

El caveat del modelo de desafío

Los autores son explícitos sobre una gran limitación: los estudios de desafío usan una dosis diseñada para infectar a suficientes personas como para que el análisis funcione. En este artículo escriben que los estudios de desafío controlado usan rutinariamente una dosis infecciosa **tres a cinco órdenes de magnitud más alta** que la exposición natural típica. El inóculo es la dosis inicial de virus dada a los participantes; aquí fue una dosis oral medida de virus Norwalk GI.1 vivo.

Eso corta en dos direcciones.

Por un lado, el modelo es poderoso. Permite probar una vacuna de forma controlada, con tiempo conocido, genotipo conocido, muestreo intensivo y mediciones inmunes alrededor del desafío. Por eso el estudio puede decir tanto sobre infección, eliminación viral y correlatos.

Por otro lado, el modelo es artificial. Una dosis de desafío muy alta puede abrumar algunas defensas inmunes o cambiar la relación entre infección y síntomas. En este estudio, la tasa de ataque placebo para infección por qPCR fue alta — alrededor de 82 % — mientras que la tasa de ataque de gastroenteritis fue menor, alrededor de 57 %. Tasa de ataque aquí significa la proporción de participantes de ese grupo que tuvieron el resultado. Los autores dicen que la menor tasa de enfermedad clínica pudo haber reducido la potencia para detectar diferencias de enfermedad clínica. También señalan que no está claro si los síntomas intestinales en el estudio de desafío fueron provocados por replicación viral activa, por el gran inóculo o por ambos.

Así que la lectura más cuidadosa no es «la vacuna solo funciona hasta aquí» ni «la vacuna funcionaría mejor fuera del desafío». Es: el modelo de desafío es una prueba deliberadamente dura e informativa,

y sus resultados aún necesitan confirmación de campo.

Por qué importa

La versión pública obvia de esta historia es tentadora: una vacuna en pastilla redujo la infección por norovirus, así que la vacuna contra el virus estomacal ya casi está aquí. Es demasiado rápido.

La historia más útil es que el desarrollo de vacunas contra el norovirus quizá por fin tenga un camino más claro. Esta candidata mostró una señal real de infección en un estudio de desafío humano, estimuló respuestas inmunes mucosales y señaló marcadores inmunes que podrían ayudar a ensayos futuros. Eso es progreso.

También sigue siendo temprano. El mundo no necesita una vacuna que funcione solo en un único modelo de desafío GI.1 en adultos jóvenes sanos. Necesita evidencia de que una vacuna pueda proteger a las personas y lugares donde el norovirus causa más daño: adultos mayores, niños, centros de cuidado, hospitales y brotes reales mixtos impulsados por genotipos cambiantes.

Este artículo ayuda a tender ese puente. No lo cierra.

En pocas palabras

Un estudio de desafío humano de fase 2b, aleatorizado y controlado con placebo, probó la candidata a vacuna oral en tableta VXA-GI.1-NN en adultos sanos. Tras desafío con norovirus GI.1, el criterio preespecificado de gastroenteritis clínica fue 44,7 % en participantes vacunados frente a 56,9 % en placebo, una reducción relativa de 21 % que no fue estadísticamente significativa. La infección detectable por qPCR, una medida más amplia, ocurrió en 57,1 % frente a 81,5 %, una reducción relativa significativa de 30 %. La vacuna fue bien tolerada en este ensayo, generó respuestas de anticuerpos séricos y mucosales, redujo la eliminación de ARN viral en momentos seleccionados e identificó anticuerpo bloqueante sérico más IgA fecal como correlatos candidatos de protección. El resultado es prometedor, pero no es una vacuna autorizada, no es evidencia de fase 3 en mundo real, no es prueba de reducción de transmisión y no es prueba contra todos los genotipos de norovirus.

Sin rodeos

Lo que muestra el artículo: En un estudio controlado de desafío con norovirus GI.1, una candidata a vacuna oral en tableta falló el criterio preespecificado de gastroenteritis clínica pero redujo la infección detectable por qPCR, produjo respuestas inmunes mucosales, no mostró señal grave de seguridad relacionada con la vacuna y redujo ARN viral en heces o emesis en algunos momentos.

Lo que es plausible pero no está probado: Que esta plataforma vacunal pueda reducir la transmisión

al bajar la eliminación viral; que la IgA fecal y el anticuerpo bloqueante sérico puedan guiar el desarrollo posterior de vacunas; que una vacuna bivalente relacionada pueda funcionar contra genotipos más relevantes.

Lo que no muestra: Que una vacuna contra el norovirus esté aprobada o lista; que se prevengan brotes reales; que cubra enfermedad por GII.4; que la gastroenteritis clínica se redujera significativamente; que se midiera transmisión de persona a persona; que las preguntas raras de seguridad estén resueltas.

Principales limitaciones: Población de desafío de adultos sanos; una sola cepa de desafío GI.1; inóculo artificial alto; criterio preespecificado de gastroenteritis clínica no alcanzado; ARN por qPCR no es lo mismo que virus infeccioso; ensayo financiado por la empresa con conflictos sustanciales de autores; sin eficacia de campo de fase 3.

¿Cuánta confianza debería tener un lector general? Alta en que esta candidata oral generó la respuesta inmune mucosal pretendida y redujo la infección por qPCR en este modelo de desafío. Moderada en que pueda reducir la eliminación viral y ayudar al desarrollo futuro. Baja para cualquier afirmación de que una vacuna contra el norovirus ya está disponible, es ampliamente protectora o está probada para detener la transmisión real.

Fuentes

Flitter et al., Science Translational Medicine (2025)
<https://doi.org/10.1126/scitranslmed.adh9906>

ClinicalTrials.gov, NCT05212168
<https://clinicaltrials.gov/study/NCT05212168>

Zenodo analysis code record, DOI 10.5281/zenodo.15178451
<https://zenodo.org/records/15178451>