

CARTAS AL EDITOR

Neumonía sarampionosa

Measles pneumonia

Sr. Editor:

En 2004, España fue declarada libre de sarampión autóctono¹. Esta situación no es irreversible: el virus puede ser reintroducido a través de población no vacunada procedente de otros países y contagiar a individuos autóctonos susceptibles, fundamentalmente menores de 15 meses y mayores no vacunados que no hayan pasado la enfermedad. El fallo vacunal es excepcional¹⁻³. Desde 2004, se han registrado en Europa y en nuestro país brotes epidémicos que han afectado a población autóctona²⁻⁷. Durante los primeros meses de 2011 se está registrando un nuevo brote en la Comunidad de Madrid⁸. La neumonía es una de las complicaciones más frecuentes y la mayor causa de mortalidad de la enfermedad⁹.

Se presenta el caso de una lactante de 7 meses que acude a urgencias derivada por su pediatra por sospecha de enfermedad de Kawasaki (EK). Sin antecedentes de interés. Presenta fiebre de 40°C de 72 h de evolución, asociada a hiperemia conjuntival bilateral seropurulenta, rinorrea y, durante las últimas 24 h, un exantema eritematoso confluyente, no pruriginoso y de evolución céfalo-caudal (fig. 1). Sin manchas de Koplik. Labios eritematosos no fisurados. El resto de la exploración fue normal. Hemograma y bioquímica, sin alteraciones. Test rápido de adenovirus negativo. Se solicita urocultivo, hemocultivo y serología para virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, parvovirus B19 y sarampión. Ingresa para tratamiento sintomático y observación clínica, con aislamiento respiratorio y de contacto.

El primer día de ingreso persiste febril e inicia tos. La serología de sarampión (IgM e IgG) es dudosa; el resto, negativo. Se comunica la sospecha de sarampión a Salud Pública y se extraen muestras de orina, sangre y exudado orofaríngeo para estudio mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Se solicita pro-BNP por la sospecha inicial de EK, cuyo resultado fue < 50 pg/ml (no significativo). Al día siguiente, inicia tiraje subcostal, taquipnea (50 rpm) y SatO₂ < 94%, hasta entonces normal. Auscultación con espiración alargada sin ruidos patológicos. Radiografía de tórax: atrapamiento aéreo, sin otros hallazgos. Se inicia oxigenoterapia y antibioterapia con cefotaxima. Empeoramiento 24 h después, con taquicardia, aleteo nasal, frecuencia respiratoria 60 rpm e hipoventilación con subcrepitantes finos



Figura 1 Exantema morbiliforme de evolución céfalo-caudal.

en ambas bases pulmonares. Nueva radiografía de tórax: infiltrado perihiliar intersticial, compatible con neumonía sarampionosa o edema pulmonar, y enfisema subcutáneo axilar izquierdo (fig. 2). Ecocardiografía normal. Se añade cloxacilina y clindamicina, se solicita nueva serología para sarampión y se traslada a UCIP de nuestro hospital de referencia, donde permanece 6 días. Precisa ventilación mecánica no invasiva durante 72 h, drenaje torácico por neumotórax derecho, furosemida y fármacos vasoactivos. Desarrolla un cuadro compatible con síndrome de dificultad respiratoria aguda moderado, según la escala de Murray¹⁰. La segunda serología tampoco es concluyente. La PCR para sarampión es positiva en las tres muestras recogidas. Evolución clínica satisfactoria, con mejoría del cuadro respiratorio y descamación generalizada. La madre refiere



Figura 2 Infiltrado perihiliar intersticial, compatible con neumonía sarampionosa o edema pulmonar, y enfisema subcutáneo axilar izquierdo.

haber pasado la enfermedad en su infancia. No se describen otros casos intrafamiliares. Posteriormente, se confirman, mediante serología y PCR, otros 2 casos no complicados en la escuela infantil de la menor.

La neumonía sarampionosa se comporta de un modo similar a la bronquiolitis aguda y facilita la sobreinfección pulmonar por *Streptococcus pneumoniae* y *Staphylococcus aureus*⁹. La vacuna contra el sarampión y el uso de antibióticos han conseguido reducir las tasas de mortalidad en países desarrollados, aunque permanece en 1-3/1.000 casos⁹. En 2006 se registró un brote en Alemania, con una mortalidad del 1,7%, debido a casos de encefalitis⁴. En nuestro país, en dos brotes recientes registrados en Barcelona y Cádiz, solo un 2,2 y un 8,4% precisaron hospitalización, y no se registró ningún fallecimiento^{2,3}.

El diagnóstico debe basarse en la sospecha clínica y en la evolución clínica compatible con la enfermedad. La IgM para sarampión y la PCR deben solicitarse siempre. Ambas técnicas pueden presentar falsos negativos, por lo que se recomienda su uso conjunto para facilitar el diagnóstico. Cualquier resultado positivo confirma el caso^{2,3}.

No se recomienda administrar la vacuna en menores de 15 meses, por la interferencia de los anticuerpos maternos con los virus vacunales. Sin embargo, a partir de los 6 meses dichos anticuerpos van desapareciendo y el niño se convierte en susceptible⁵. En los hijos de las madres que fueron vacunadas a partir de 1981, se desconoce cuál es la efectividad y la duración de la seroprotección de origen materno. Por dicho motivo, tras el brote de Barcelona en 2006-2007, se decidió adelantar la primovacuna a los 12 meses en Cataluña⁵.

El objetivo de la Organización Mundial de la Salud de erradicar el sarampión de los países desarrollados antes de 2015

parece difícil de alcanzar⁶. A pesar de la alta protección que ofrece la vacuna, existen grupos de riesgo que pueden desarrollar y contagiar la enfermedad, así como padecer cuadros clínicos severos como el que se presenta. Deben realizarse más estudios sobre el estado de seroprotección de nuestros lactantes autóctonos para definir la conveniencia o no de adelantar la primovacuna en todas las comunidades autónomas.

Bibliografía

1. Vidal J. Sarampión. Riesgo de reemergencia. *Vacunas*. 2009;10:111-2.
2. Monfort L, Muñoz D, Trenchs V, Hernández S, García JJ, Aguilar AC, et al. Brote de sarampión en Barcelona. Características clínicas y epidemiológicas. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28:82-6.
3. Nieto Vera J, Rodríguez Benjumea LM, Mosquera Gutiérrez MM, Mayoral Cortes JM, Masa Calles J. Brote de sarampión en campo de Gibraltar, Cádiz, durante el período febrero-julio 2008. *Rev Esp Salud Pública*. 2010;84:203-14.
4. Arenz S, Fischer R, Wildner M. Measles outbreak in Germany: clinical presentation and outcome of children hospitalized for measles in 2006. *Pediatr Infect Dis J*. 2009;28:1030-2.
5. Muñoz M, Tobeña M, Pinós L, Cebrián R, Sancosmed M. Sarampión. Un diagnóstico que no debe olvidarse. *Vacunas*. 2008;9:36-8.
6. Stein-Zamir C, Abramson N, Shoob H, Zentner G. An outbreak of measles in an ultra-orthodox Jewish community in Jerusalem, Israel, 2007 - an in-depth report. *Eurosurveillance*. 2008;13.
7. Piastra M, Onesimo R, De Luca D, Lancella L, Marzano L, De Rosa G, et al. Measles-induced respiratory distress, air-leak and ARDS. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2010;29:181-5.
8. Informes Semanales de Vigilancia de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Servicio de Vigilancia Epidemiológica del Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III) [consultado 1/5/2011]. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/boletin_red/.
9. Maldonado Y. Capítulo 225. Sarampión. En: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editores. *Nelson. Tratado de Pediatría*. 17.ª ed. Ed. Elsevier; 2004. p. 1026-30.
10. Murray JF, Matthay Ma, Luce LM, Flick MR. An expanded definition of the adult respiratory distress syndrome. *Am Rev Respir Dis*. 1988;139:720-3.

R. Piñero Pérez*, M. de Ceano-Vivas La Calle, E. Casado Verrier, C. de Lucas Collantes, A. López López y M.J. Cilleruelo Ortega

Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: roipineiro@telefonica.net (R. Piñero Pérez).

doi:10.1016/j.anpedi.2011.07.005