

nuestra paciente por no haber podido obtener una cantidad de muestra suficiente.

Entre las variantes del SGB se encuentra la PFCB que se caracteriza por aparición de forma más o menos brusca de un cuadro de disfagia, debilidad marcada de musculatura orofaríngea, cuello, hombros y brazos. Actualmente, algunos autores sugieren que las variantes del SGB podrían tratarse de un espectro continuo que abarcase desde la forma clásica hasta formas atípicas⁶. Tras realizar una búsqueda en Pubmed, hemos encontrado en la literatura 6 casos en edad pediátrica similares a nuestra paciente^{2,7,8}. En los casos encontrados, los ROT bicipitales estaban abolidos, en 2 existió antecedente de infección por *Campylobacter* y en uno se objetivó disociación albúmino-citológica⁸. Todos presentaron alteraciones en el estudio neurofisiológico, siendo el hallazgo más frecuente la lesión aguda motora axonal; en nuestra paciente la lesión fue de tipo desmielinizante. La evolución del cuadro oscila entre 10 días y 11 semanas. Únicamente un paciente falleció, por no recibir el tratamiento inmunomodulador adecuado⁸. En la población pediátrica este síndrome es extremadamente raro, pero su evolución suele ser favorable^{9,10}.

En resumen, la PFCB es una variante rara del SGB en pediatría. Es importante conocer su existencia porque el inicio precoz de un tratamiento adecuado puede evitar posibles complicaciones.

Bibliografía

1. MacLennan SC, Fahey M, Lawson JA. Pharyngeal-cervical-brachial variant Guillain-Barre syndrome in a child. *J Child Neurol.* 2004;19:626-7.
2. Hergüner MÖ, Tepe T, Altunbasak S, Baytok V. A rare form of Guillain Barré syndrome: pharyngeal-cervical-brachial variant. *The Turkish Journal of Pediatrics.* 2008;50:91-3.
3. Vucic S, Kiernan MC, Cornblath DR. Guillain-Barré syndrome: An update. *J Clin Neurosci.* 2009;16:733-41.
4. Winer JB. Guillain-Barré syndrome: Clinical variants and their pathogenesis. *J Neuroimmunol.* 2011;231:70-2.
5. Nagashima T, Koga M, Odaka M, Hirata K, Yuki N. Clinical correlates of serum antiGT1a IgG antibodies. *J Neurol Sci.* 2004;219:139-45.
6. Nagashima T, Koga M, Odaka M, Hirata K, Yuki N. Continuous spectrum of pharyngeal-cervical-brachial variant of Guillain-Barré syndrome. *Arch Neurol.* 2007;64:1519-23.
7. Mogale KD, Antony JH, Ryan MM. The pharyngeal-cervical-brachial form of Guillain-Barré syndrome in childhood. *Pediatr Neurol.* 2005;33:285-8.
8. Rousseff RT, Khuraibet AJ, Neubauer D. The child in the Barrel syndrome-severe pharyngeal-cervical-brachial variant of Guillain-Barre syndrome in a toddler. *Neuropediatrics.* 2008;39:354-6.
9. Buompadre MC, Gáñez LA, Miranda M, Arroyo HA. Variantes inusuales del síndrome de Guillain-Barré en la infancia. *Rev Neurol.* 2006;42:85-90.
10. Cerilosa-Cardoso A, Capote-Moreira G, Scavone-Mauro C. Síndrome de Guillain-Barré en pediatría. Diferentes formas de presentación y dificultades en el diagnóstico precoz. *Rev Neurol.* 2007;44:725-32.

M. Fernández- García^{a,*}, A. Pérez-Villena^b,
A. Martínez De Azagra^a y V. Cantarín Extremera^b

^a Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España
^b Sección de Neurología, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mafg4483@hotmail.com
(M. Fernández- García).

doi:10.1016/j.anpedi.2012.03.022

Documento de consenso para la vacunación en inmunodeprimidos: algunas consideraciones

Consensus document on vaccination in the immunocompromised: some considerations

Sr. Editor:

Hemos leído el interesante artículo de Mellado Peña et al.¹, como documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica y el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría, sobre la vacunación en inmunodeprimidos, tema complejo, por las múltiples y variadas situaciones de inmunodepresión que pueden presentarse en estos pacientes, y también debatido, ya que en algunas ocasiones no hay un criterio unánime entre los profesionales. Por ello, queremos hacer algunos comentarios y aportaciones.

Respecto de la tabla 1, que muestra las recomendaciones para la inmunización de niños con trasplante de órganos sólidos (TOS), deseamos hacer dos puntualizaciones. La primera se refiere a lo que se señala en el séptimo subapartado de las recomendaciones del periodo pretrasplante, donde se indica «No vacunar al paciente (refiriéndose a la vacuna de la varicela), por ser una vacuna de virus vivos». Precisamente, la vacunación de un niño candidato a un TOS con vacunas de virus atenuados debe hacerse antes del trasplante, y siempre como mínimo un mes antes de este. En el caso de la varicela puede hacerse a partir de los 12 meses de edad, y en el de la triple vírica a partir de los 6 meses de edad, si se considera que el trasplante ha de realizarse antes de cumplir el año de edad. Si la vacunación con vacunas atenuadas no se hace en el pretrasplante será muy difícil, o incluso imposible, hacerla en el posttrasplante, dada la situación permanente de inmunosupresión farmacológica de estos pacientes para evitar el rechazo del órgano trasplantado²⁻⁶. Además, en el periodo pretrasplante, el intervalo mínimo entre las 2 dosis de vacuna triple vírica

es de 4 semanas y no de 6 semanas como proponen los autores en la tabla²⁻⁶. La segunda puntualización es sobre el tercer subapartado del periodo postrasplante, donde dice: «Se recomienda una dosis de refuerzo de VPI y de DTPa o dtpa (mejor denominarla dTpa) a partir de los 6 meses postrasplante, aunque estas vacunas estén al día». Creemos que si el paciente está bien vacunado, es decir, ha recibido 4 dosis de vacuna (o 3 si se vacunó a partir de los 7 años de edad), la única razón para administrar una dosis de recuerdo es si ha de viajar a un país endémico o con brotes de poliomielitis, o si se ha hecho una herida tetanígena y han transcurrido más de 5 años desde la última dosis.

En relación con la vacunación en los niños con trasplante de progenitores hematopoyéticos, se cita en la tabla 2 (supraíndice 2) que el intervalo entre las dosis de vacunas debe ser de al menos 2 meses. Esta recomendación puede ser aplicable a algunas vacunas y dosis, por ejemplo, entre la segunda y la tercera dosis de vacuna de la hepatitis B, pero para otras, como la DTPa/dTpa, la VPI, la de *Haemophilus influenzae* tipo b y la anti-neumocócica 13-valente, el intervalo mínimo es de un mes⁴.

En la tabla 5 se encuentran las recomendaciones generales de administración de vacunas en condiciones especiales. La vacuna antimeningocócica debe considerarse en los pacientes con asplenia funcional o anatómica y con deficiencias del complemento, independientemente de su edad (no en los mayores de 2 años como se señala a pie de tabla), ya que la vacuna indicada en estos casos en nuestro entorno, por la epidemiología de la enfermedad meningocócica, es la antimeningocócica C conjugada, que es inmunógena a partir de los 2 meses de edad².

Por último, en la tabla 9, cuando se comenta la vacunación del paciente infectado por el VIH, se considera un valor de linfocitos CD4 > 200/ μ l o del 15% (pie de tabla) para la administración con seguridad de la vacuna triple vírica. Este valor > 200/ μ l es adecuado para niños a partir de los 6 años de edad, pero en los menores de esta edad los valores adecuados son los siguientes: > 750/ μ l en los menores de un año y > 500/ μ l en los de 1 a 5 años de edad^{7,8}.

Bibliografía

1. Mellado Peña MJ, Moreno-Pérez D, Ruiz Contreras J, Hernández-Sampelayo Matos T, Navarro Gómez ML. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica y el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría para la vacunación en inmunodeprimidos. *An Pediatr (Barc)*. 2011;75:e1-22.
2. Moraga-Llop FA, Campins Martí M. Vacunación y trasplante de órgano sólido en el niño. En: Campins Martí M, Moraga Llop FA, editores. *Vacunas 2008*. Madrid: GlaxoSmithKline; 2008. p. 85-112.
3. Iglesias Berengué J, López Espinosa J, Campins Martí M, Ortega López J, Moraga-Llop FA. Vacunaciones y trasplante de órgano sólido: revisión y recomendaciones. *An Pediatr*. 2003;58:364-75.
4. Kroger AT, Sumaya CV, Pickering LK, Atkinson WL. Centers for Disease Control and Prevention. General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR*. 2011;60(No. RR 2).
5. Avery RK, Michaels M. Update on immunizations in solid organ transplant recipients: what clinicians need to know. *Am J Transplant*. 2008;8:9-14.
6. Chow J, Golan Y. Vaccination of solid-organ transplantation candidates. *Clin Infect Dis*. 2009;49:1550-6.
7. American Academy of Pediatrics. Human immunodeficiency virus infection. En: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, editores. *Red Book 2009: report of the Committee on Infectious Diseases*. 28th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2009. p. 380-400.
8. Menson EN, Mellado MJ, Bamford A, Castelli G, Duiculescu D, Marczyńska M, et al. Guidance on vaccination of HIV-infected children in Europe. *HIV Medicine*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-1293.2011.00982.x>.

F.A. Moraga-Llop^{a,*} y M. Campins Martí^b

^a Área Pediátrica, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fmoraga@acmcb.es (F.A. Moraga-Llop).

doi:10.1016/j.anpedi.2012.03.019