

Bibliografía

1. Vital Signs: Incidence and Trends of Infection with Pathogens Transmitted Commonly Through Food. Foodborne Diseases Active Surveillance Network, 10 U.S. Sites, 1996–2010. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2011;60:749–55.
2. Bellver P, García M. Epidemiología de la salmonelosis no tifoidea en un hospital de Pontevedra (1994–1997). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2000;18:125–32.
3. Pérez-Ciordia I, Ferrero M, Sánchez E, Abadías M, Martínez-Navarro F, Herrera D. Enteritis por *Salmonella* en Huesca 1996–1999. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2002;20:16–21.
4. Echeita MA, Aladueña AM, Díez R, Arroyo M, Cerdán F, Gutiérrez R, et al. Distribución de los serotipos y fagotipos de *Salmonella* de origen humano aislados en España en 1997–2001. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23:127–34.
5. Vugia DJ, Samuel M, Farley MM, Marcus M, Shiferaw B, Shallow S, et al. Emerging Infections Program FoodNet Working Group. Invasive *Salmonella* infections in the United States FoodNet, 1996–1999: incidence, serotype distribution, and outcome. *Clin Infect Dis*. 2004;38:149–56.
6. Delgado N, Muñoz JL, Ibáñez R, García-García MI, Serrano R, Muñoz S, et al. Resistencia a antimicrobianos en *Salmonella* no *typhi* en Castilla y León. *Rev Esp Quimioterap*. 2004;17:29–36.
7. Tirado MD, Moreno R, Celados ME, Bellido-Blasco J, Pardo FJ. Evolución de los serotipos, fagotipos y resistencias a antimicrobianos de *Salmonella* sp. en el Departamento de Salud 02 de la provincia de Castellón, España (2000–2006). *Rev Chil Infect*. 2009;26:520–7.

Antonio Moreno-Flores*, Jesús Martínez-López,
Victoria Pulian-Morais y Marta García-Campello

Servicio de Microbiología y Parasitología, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antonio.moreno.flores@sergas.es
(A. Moreno-Flores).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.07.006>

Sarampión en gestante de 12 semanas

Measles in a 12 weeks pregnant woman

Sr. Editor:

Durante los últimos meses hemos diagnosticado varios casos de sarampión en adultos que han requerido ingreso en nuestro hospital, pertenecientes al brote de esta enfermedad exantemática documentado por las autoridades sanitarias españolas y los servicios de epidemiología, y que comenzó en la semana 6 del año 2011¹. La Organización Mundial de la Salud busca la eliminación del sarampión, previo paso de la erradicación, en Europa desde el año 2005², aunque se han observado persistentes brotes en los últimos años en distintas áreas geográficas de España^{1,3}. Los pacientes adultos que requirieron ingreso a nuestro cargo, en la planta de medicina interna-infecciosas, lo hicieron por complicaciones en relación a fiebre persistente, neumonía o simulando un síndrome mononucleósido con hepatitis, manifestaciones bien conocidas de esta enfermedad^{4,5}; sin embargo, el objetivo de nuestra comunicación es llamar la atención al respecto de uno de nuestros casos en que se diagnosticó sarampión en una gestante.

Mujer 37 años gestante de 12 semanas que acudió a urgencias con la presencia de un rash generalizado y fiebre. En la exploración física presentaba unas constantes vitales de 39,5 °C, 98 latidos/min, 95/60 mmHg, 24 respiraciones/min, junto con la aparición de un exantema maculopapular en región retroauricular, cara, cuello y tronco, con máculas con centro grisáceo en la mucosa oral sugerentes de las manchas de Klopik y conjuntivitis bilateral, siendo el resto de exploración física —incluida la exploración obstétrica— normal. La bioquímica hepática reveló la presencia de hepatitis aguda sin colestasis (ALT 197 U/l, AST 235 U/l, GGT 86 U/l, FA 139 U/l, Bil T 0,3 mg/dl) sin criterios de mal pronóstico (hipoglucemia o afectación de la coagulación), PCR 6,95 mg/dl, glucosa 122 mg/dl, INR 1,0, fibrinógeno 688 mg/dl. La serología de virus realizada durante su ingreso confirmó el diagnóstico: *sarampión Ig M positivo, Ig G negativo*; paperas, parvovirus B19, CMV, Epstein-Barr IgM negativo, IgG positivo; Ag HBs y HB core, Ac VHA, Ac VIH, *Toxoplasma* IgM e IgG negativos. Al revisar las serologías realizadas en el primer trimestre (2 semanas antes) se encontraron IgG para rubéola, mientras que el resto de las realizadas habitualmente (hepatitis B y C, VIH, *Toxoplasma* y lúes) fueron negativas. La gestación había sido realizada mediante técnicas de inseminación artificial en nuestro propio centro, efectuándose el seguimiento por el servicio de ginecología-obstetricia en todo momento, que también había

realizado las pruebas de serología rutinarias antes del comienzo del tratamiento de fertilidad y en las que no está incluida esta enfermedad viral. Durante su ingreso se procedió a la revisión del calendario vacunal de la paciente, a través del servicio de preventiva y epidemiología, identificándose que había sido vacunada con la vacuna triple vírica (VTV) dentro de una campaña vacunal ampliada para población susceptible (adultos jóvenes) durante el año 1994, con una sola dosis. La paciente permaneció ingresada en nuestra planta durante 5 días, objetivándose durante su ingreso un síndrome mononucleósido consistente en rash en piel y mucosas mantenido, fiebre persistente que requirió antitérmicos pautados cada 4 h, hepatitis, conjuntivitis bilateral (que requirió seguimiento en oftalmología dada la severidad y la duración de la misma). Todos estos síntomas se presentaron con una mayor intensidad que en otros pacientes adultos con sarampión que requirieron ingreso en nuestra unidad. Desde el punto de vista obstétrico siguió revisiones en la unidad de alto riesgo, sin que se observara alteración fetal. La paciente fue seguida en nuestras consultas hasta confirmar la serología (sarampión IgM negativo, IgG positivo) y la desaparición de los síntomas y de los hallazgos analíticos un mes más tarde (ALT 13 U/l, AST 18 U/l, GGT 12 U/l, FA 49 U/l, Bil T 0,3 mg/dl); en el momento actual se encuentra en la semana 27 de gestación, habiéndose realizado la ecografía de la semana 20 sin incidencias.

Nuestra alerta hace referencia al hecho de que siendo un embarazo programado y deseado, realizado mediante técnicas de fertilidad, ha sido expuesta a una situación de peligro previsible durante su gestación que pudo ser evitable con una actuación sencilla, al no haberse documentando la serología del sarampión dentro del panel de enfermedades infectocontagiosas que se recomiendan examinar previas al inicio del tratamiento. Se sabe que la presencia de síndromes febriles persistentes, como los producidos por enfermedades virales exantemáticas (rubéola, varicela, parvovirus B19 o sarampión), si aparecen durante la gestación están asociados a pérdidas de la gestación durante el primer trimestre, y que determinadas intervenciones a nivel de profilaxis primaria previenen o reducen este riesgo⁶. La probabilidad de padecer infección por el virus del sarampión durante el embarazo es baja, pero está asociada a mayor morbilidad para la madre y está descrito un mayor riesgo de aborto o desarrollo de parto prematuro⁷; sin embargo, no existe evidencia de teratogenicidad⁸. Si la infección por sarampión se produce periparto —lo que se conoce como sarampión neonatal—, se han descrito casos de panencefalitis esclerosante subaguda (SSPE), cuyo periodo de aparición puede ser breve y la afectación fulminante; o si el sarampión se produce en bebés no protegidos, por el paso de anticuerpos maternos durante la gestación, tienen mayor

riesgo de SSPE si desarrollan esta enfermedad durante el primer año de vida⁹.

En la comunidad de Madrid la inmunización sistemática con la VTV frente a sarampión, rubéola y parotiditis fue introducida alrededor de 1981 en una única dosis, con una formalización de su uso de forma universal durante el año 1988 para la población en edad pediátrica (bebés de 12-15 meses) dentro del calendario vacunal programado por las autoridades sanitarias; en 1996 se añadió una segunda dosis a los 11 años, adelantándose la segunda dosis de la VTV a los 4 años desde 1999¹⁰. Asimismo, y para reducir la población en riesgo, se realizó una campaña de vacunación en población general en jóvenes a lo largo del año 1994. Todas estas actuaciones han contribuido a la reducción en la incidencia de nuevos casos de forma drástica desde finales del siglo pasado; sin embargo, desde mediados de la década pasada venimos asistiendo a la aparición de nuevos brotes epidémicos de mayor o menor alcance, que se han relacionado con la llegada de población inmigrante no vacunada que es potencialmente susceptible, así como la tendencia entre determinados sectores de la población a rechazar los beneficios de las vacunas en edad pediátrica, y por tanto aumentando la población en riesgo, que se suma a la población susceptible que corresponde a sujetos no vacunados y nacidos cuando la circulación del virus salvaje había comenzado a declinar, en la actualidad en torno a los 26-30 años¹⁰.

Dada la existencia y la alerta de diferentes brotes de enfermedades exantemáticas en los últimos años, tanto de rubéola, sarampión, paperas o varicela¹, siendo la población susceptible también la que se encuentra en edad fértil, nos planteamos la posibilidad de incluir todas estas pruebas serológicas de forma general cuando una mujer manifieste su deseo o planifique un embarazo. Proponemos que en el caso de ausencia de protección se realice la vacunación previa a la gestación o antes del comienzo de los tratamientos de fertilidad; sabemos que si bien en concreto el sarampión no produce alteración clara en la organogénesis, sí incrementa tanto el riesgo de aborto espontáneo como la posibilidad de parto prematuro, siendo el motivo principal por el que sugerimos esta actuación⁶.

Bibliografía

1. Brotes epidémicos. Semanas 48 a 52. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 17;2011:34.
2. Organización Mundial de la Salud, WHO. Progress towards measles elimination in WHO's European Region, 2005-2008. *Wkly Epidemiol Rec.* 2009;84:57-64.
3. 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.
4. Katz M. Clinical spectrum of measles. *Curr Top Microbiol Immunol.* 1995;191:1-12.
5. Jaing TH, Chu IH, Chiu CH. Infectious mononucleosis-like illness in an infant with measles. *J Paediatr Child Health.* 2000;36:520-1.
6. HPA Rash guidance working group. Guidance on viral rash in pregnancy. Investigation, diagnosis and management of viral rash illness, or exposure to viral rash illness, in pregnancy [en línea]. Londres: Health Protection Agency UK; January 2011 [consultado 25 Jun 2012]. Disponible en: <http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb.C/1294740918985>
7. Eberhart-Phillips JE, Frederick PD, Baron RC, Mascola L. Measles in pregnancy: a descriptive study of 58 cases. *Obstet Gynecol.* 1993;82:797-801.
8. Manikkavasagan G, Ramsay M. The rationale for the use of measles post-exposure prophylaxis in pregnant women: a review. *J Obstet Gynaecol.* 2009;29:572-5.
9. Campbell H, Andrews N, Brown KE, Miller E. Review of the effect of measles vaccination on the epidemiology of SSPE. *Int J Epidemiol.* 2007;36:1334-48.
10. Sanz Moreno JC, García Comas L, Ramírez Fernández R, Ramos Blázquez B, Ordoñas Gavín M. Evolution of measles, rubella and mumps from the third sero-epidemiological survey in the autonomous region of Madrid, Spain. *Rev Esp Salud Pública.* 2009;83:625-37.

Beatriz Díaz-Pollán^{a,*}, M. José Nuñez-Orantos^a, Valentina Isernia^a y José Alberto Mariano-Lázaro^b

^a Medicina Interna III, Unidad de Infecciosas, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Epidemiología y Medicina Preventiva, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bdiazp.hcsc@salud.madrid.org (B. Díaz-Pollán).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.07.002>