



# REVISTA MÉDICA INTERNACIONAL SOBRE EL SÍNDROME DE DOWN

www.elsevier.es/sd



## EDITORIAL

# Virus respiratorio sincitial y síndrome de Down

## Respiratory syncytial virus and Down's syndrome

J. Figueras Aloy

*Jefe de Servicio de Neonatología, Hospital Clínic, Catedrático de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España*

La infección por el virus respiratorio sincitial (VRS) causa una enfermedad respiratoria aguda en individuos de cualquier edad. Cuando la enfermedad se limita a las vías respiratorias altas, los síntomas desaparecen espontáneamente en un plazo de 4-7 días. Entre el 20 y el 40% de los lactantes infectados por VRS presentarán una infección de las vías respiratorias bajas, habitualmente bronquiolitis o neumonía, que es más grave cuando hay factores de riesgo, como por ejemplo: niños pretérmino con edad gestacional  $\leq 35$  semanas, neumopatías crónicas (displasia broncopulmonar, fibrosis quística) o cardiopatía congénita, niños inmunodeprimidos y trasplantados.

Los niños con síndrome de Down (SD) se encuentran también en el grupo de riesgo por las razones siguientes: nacer con cardiopatía congénita (más del 40%); presentar alteraciones morfológicas de las vías respiratorias superiores y, en algunos casos, dismorfias de las vías inferiores y del propio desarrollo pulmonar; nacer prematuros o con peso inferior a 2.500 g; tener una cierta inmunodeficiencia, y la hipotonía muscular que dificulta la movilización y el drenaje de las secreciones respiratorias, lo que facilita la consiguiente infección.

En el estudio CIVIC 21 (An Pediatr (Barc). 2009;71:38-46), la tasa de hospitalización por infecciones respiratorias de los niños con SD fue del 19,1 frente al 11% de los niños sin síndrome de Down, con una *odds ratio* (OR) de 1,66 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,12-2,48). En el subgrupo de los niños con SD que ingresaron por infección por VRS, los porcentajes de ingreso fueron del 23% cuando tenían una cardiopatía congénita hemodinámicamente significativa; del 26,3% si la cardiopatía no era significativa, y del 11,4% si no presentaban ninguna cardiopatía. En el estudio multivariante, la trisomía 21 fue factor de riesgo de hospitalización por infección por VRS, con una OR de 2,12 (IC del 95%, 1,28-3,52) (PIDJ. 2010;29:1077-82).

En la bibliografía internacional, en un estudio realizado en los Países Bajos (Pediatrics. 2007;120:e1076-e81), se comparó a 395 niños con SD frente a hermanos sanos como

control. Se hospitalizó a un 9,9% de niños con SD por infección de las vías bajas por VRS, frente al 0,7% que ingresaron en el grupo control. En el subgrupo de SD a término sin cardiopatía, el porcentaje de ingresos fue del 7,6%. Recientemente, Megged y Schlesinger refieren hallazgos similares (PIDJ. 2010;29:672-3).

La prevención de la infección por VRS incluye medidas higiénicas y la administración de anticuerpos monoclonales específicos (Palivizumab®).

### Medidas higiénicas

Se recomienda establecer programas educativos y de divulgación sobre la infección por VRS y las barreras higiénicas, destinados a los padres y al personal sanitario. En el ambiente familiar, las medidas preventivas incluyen no exponer al niño al humo del tabaco ni a entornos contagiosos (guarderías, grandes almacenes, salas de espera, fiestas infantiles, habitación compartida con un hermano mayor), insistir en el lavado de manos, evitar la exposición a personas resfriadas y preconizar la utilización de pañuelos desechables.

### Palivizumab®

Con los resultados de los estudios CIVIC y CIVIC 21, la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas recomienda, en los niños con SD, la administración de Palivizumab® hasta los 24 meses de edad, si presentan una cardiopatía, sea o no hemodinámicamente significativa, y hasta los 12 meses si no tienen cardiopatía.

Estas estrategias de prevención disminuyen la incidencia de la infección por VRS, su gravedad (necesidad de ingreso) y también el posterior desarrollo de sibilancias de repetición.