



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 ≤ 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.