



## CARTAS CIENTÍFICAS

## Alerta de rabia terrestre en España en 2013. Actuación pediátrica



## Terrestrial rabies alert in Spain in 2013. Paediatric update

Sr. Editor:

La rabia es una zoonosis vírica de extensión universal. En más del 99% de las infecciones humanas el perro es la principal fuente infectiva.

El virus rábico es un virus ARN del género *Lyssavirus*, de la familia *Rhabdoviridae*, presente en la saliva de los mamíferos enfermos. La infección humana aparece tras la mordedura de estos animales y el riesgo de contraer la enfermedad oscila entre el 5-80%, dependiendo de la intensidad del contacto y la cantidad de inóculo.

En Europa, la epidemiología de esta enfermedad ha cambiado en los últimos años debido a la amplia distribución del virus en murciélagos, la reaparición de rabia en zorros y la importación de perros rabiosos desde el Norte de África<sup>1</sup>.

España se encontraba libre de rabia terrestre desde 1978. En junio del 2013 se confirma un caso de rabia en un perro procedente de Marruecos. Se establece un nivel de alerta 1, delimitándose un Área de Restricción de Actuaciones en varias Comunidades (Cataluña, Castilla-La Mancha y Madrid)<sup>2,3</sup>. Se determina al Hospital Carlos III como centro de referencia, donde se remiten los contactos con algún animal dentro del área mencionada.

Nuestro estudio es de tipo descriptivo, observacional y retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de los casos pediátricos sospechosos durante el periodo de alerta. Se recogieron variables epidemiológicas, así como datos de la fuente de contagio, tipo de contacto según la Clasificación de la OMS<sup>4</sup> (tabla 1) y la actuación realizada.

Durante el periodo de alerta, acudieron al hospital 29 casos sospechosos; 9 (31%) fueron niños. La edad media fue de 9,8 años y un 66,7% eran varones. Las mordeduras fueron debidas en 8 casos a perros y en uno a rata. En todas se realizó limpieza de la herida y profilaxis postinfectiosa con amoxicilina-clavulánico. Según la Clasificación de la OMS, 5 mordeduras fueron consideradas de grado II y 3 de grado III, siendo inicialmente candidatos a profilaxis postexposición.

Tabla 1 Tipo de contactos según la OMS

| Tipos de contactos de la OMS   | Tratamiento postexposición   |
|--|--|
| Tipo 1: tocar o alimentar animales, sufrir lameduras sobre piel íntegra  | No es necesaria profilaxis   |
| Tipo 2: mordiscos en la piel desnuda, arañazos o abrasiones que no sangran   | Vacunación inmediata   |
| Tipo 3: mordeduras o arañazos únicos o múltiples que perforan la dermis, contaminación de mucosas con saliva por lameduras, lameduras de lesiones cutáneas, exposición a murciélagos | Vacunación inmediata y administración de gammaglobulina específica |

Sin embargo, del total de niños, 5 se encontraban fuera del área de restricción y uno fue mordido por un perro vacunado. Por tanto, en solo 3 casos estaba indicado iniciar profilaxis postexposición, que se completó en 2 niños. En el tercero se suspendió al aislarse la fuente (perro) y certificar su vacunación. Las actuaciones realizadas en estos niños se detallan en la tabla 2.

En un caso la pauta vacunal realizada fue: 0, 7, 11, 18 días, existiendo una demora entre la primera y la segunda dosis debido a la situación del paciente.

Durante la alerta no se ha detectado ningún caso de rabia humana y el perro índice ha sido el único caso confirmado. Tal como se ha actuado, las exposiciones de categoría I no exigen profilaxis. En las tipo II es necesaria vacunación inmediata y en caso de exposición de categoría III se recomienda vacunación y gammaglobulina específica. Todas las heridas se deben lavar con agua y jabón durante 15 min. En España solo existen 2 vacunas comercializadas (Rabipur® y Merieux®) que en pauta postexposición, junto con el resto de medidas, presentan una eficacia del 100%<sup>1,4,5</sup>.

La pauta postexposición recomendada en personas no vacunadas consiste en 4 dosis de vacuna administradas por vía intramuscular. La primera dosis debería ser administrada tan pronto como sea posible, considerando este el día 0. Posteriormente, se pondrán el resto de dosis los días

**Tabla 2** Casos que requirieron profilaxis postexposición

|     | Clasificación OMS | Gammaglobulina antirrábica | Vacunación | Pauta (días) |
|-----|-------------------|----------------------------|------------|--------------|
| 1.º | III               | Sí                         | 4 dosis    | 0-3-7-14     |
| 2.º | III               | Sí                         | 1 dosis    | 0            |
| 3.º | III               | Sí                         | 4 dosis    | 0-7-11-18    |

3, 7 y 14. La inmunoglobulina se inyectará en los bordes de la herida, y si no fuese posible, se pondrá el resto en una zona alejada de la vacuna por vía intramuscular<sup>6</sup>.

Ningún caso ha presentado efectos secundarios con la vacuna ni con la gammaglobulina específica, lo que confirma su perfil de seguridad.

Desde 1979 solo se habían declarado en la península casos de rabia por EBLV1 en murciélagos. Además, se detectó la presencia de este virus durante el transcurso de 2 estudios de campo en murciélagos entre 1989 y 2004, lo que confirma la endemicidad de la rabia aérea.

Es, sin embargo, la presencia de rabia terrestre en Europa, y sobre todo en Marruecos, lo que nos sitúa en una posición de amenaza constante de importación de casos.

El 23 de diciembre del 2013, y tras 6 meses, se da por concluido este periodo y se reinstaura en nuestro país el nivel de alerta 0: sin casos de rabia animal.

Durante la situación de alerta ha sido fundamental la coordinación multidisciplinar de los equipos de actuación para evitar que este episodio desencadenase un brote y se destaca como fundamental un Centro de Referencia Pediátrico para Alertas Sanitarias Infecciosas.

## Bibliografía

1. Navarro Alonso JA, Bernal González PJ, Cap. 38 Vacunas en Pediatría. Manual de la AEP. Madrid: Exlibris ediciones; 2012. p. 429-37.
2. Protocolo de actuación ante mordeduras o agresiones de animales (tratamiento postexposición). Ministerio de Sanidad, Servicios

Sociales e Igualdad. [consultado 16 Mar 2014]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/docs/protocoloActuacion\\_mordeduras\\_agresiones\\_animales\\_Junio2013.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/docs/protocoloActuacion_mordeduras_agresiones_animales_Junio2013.pdf)

3. Declaración de foco de rabia canina en Toledo (25 de Jun del 2013). Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [consultado 5 Abr 2014]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/docs/evRabTo\\_25\\_6\\_13.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/docs/evRabTo_25_6_13.pdf)
4. Rabies vaccines: WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*. 2010;32:309-20.
5. Protocolo de vigilancia y alerta de rabia. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. [consultado 13 Feb 2014]. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/zoosis/Plan\\_contingencia\\_control\\_rabia.pdf](https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/zoosis/Plan_contingencia_control_rabia.pdf)
6. Rupprecht CE, Briggs D, Brown CM, Franka R, Katz SL, Kerr HD, et al. Use of a reduced 4- dose vaccine. Schedule for postexposure prophylaxis to prevent human rabies: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR*. 2010;59:1.

E. García García\*, M. García López Hortelano y M.J. Mellado Peña

*Hospital Universitario Infantil La Paz- HCIII, Madrid, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [elisagarciagijon@gmail.com](mailto:elisagarciagijon@gmail.com) (E. García García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.09.009>

## Diagnóstico prenatal de masa abdominal. Revisión del *fetus in fetu*



### Prenatal diagnosis of abdominal mass: Review of the foetus in foetu

Sr. Editor:

El *fetus in fetu* (FiF) es una malformación congénita infrecuente<sup>1</sup>. Su incidencia estimada es de 1:500.000 recién nacidos vivos; se han publicado unos 200 casos<sup>2</sup>. Su etiopatogenia es una embriogénesis anómala en una gestación monocorial biamniótica en la que un feto queda en el interior del otro.

Se presenta un recién nacido a término, varón, con diagnóstico ecográfico de masa abdominal a las 25 semanas

de gestación. Exploración física anodina. Valores séricos elevados de ferritina, LDH,  $\beta$ -HCG y FA; hemograma, función renal,  $\alpha$ -fetoproteína y antígeno carcinoembrionario normales. Catecolaminas urinarias normales. La ecografía abdominal muestra una masa retroperitoneal sólida lobulada bien delimitada rodeada de líquido y con calcificaciones lineales en su interior que recuerdan a estructuras óseas (fig. 1A). En la radiografía de abdomen se visualizan estructuras óseas maduras simulando huesos largos en flanco izquierdo (fig. 1B). La TAC abdominal (fig. 1C) confirma los hallazgos y detalla la relación de la masa con importantes estructuras vasculares y viscerales. La exploración quirúrgica, realizada a los 5 días de vida, revela una masa encapsulada que se secciona obteniendo un líquido translúcido y una masa de aspecto fetiforme con las 4 extremidades y un vestigio de cordón umbilical de 8 mm de longitud que continúa con un tejido membranáceo correspondiente a la bolsa amniótica (fig. 2). El estudio anatomopatológico