

El sarampión como enfermedad reemergente

Measles as a Reemerging Disease

Sr. Director:

El sarampión es una enfermedad altamente contagiosa producida por un virus de la familia *Paramyxoviridae*. Dado que el ser humano es el único reservorio del virus y que existe una vacuna eficaz, el sarampión se considera una enfermedad erradicable. La Sección Europea de la OMS planteó en el año 1998 el objetivo de conseguir la erradicación del sarampión autóctono en 2007. Sin embargo, desde 2009 se han producido varios brotes de esta enfermedad¹⁻³. Estos brotes han afectado prácticamente a todos los grupos de edad y se han relacionado con una disminución en las tasas de administración de la vacuna, probablemente debido al miedo de los padres a eventuales efectos adversos, así como a la existencia de colectivos marginales que no acceden a los servicios sanitarios^{4,5}.

Actualmente existe un brote en nuestra área sanitaria (Alicante, área de salud 19 de la Comunidad Valenciana) que todavía continúa, lo que nos ha dado la oportunidad de observar en nuestro Servicio varios casos de sarampión. Los datos provisionales obtenidos a través de la Sección de Epidemiología del Centro de Salud Pública de Alicante indican que desde el 1 de enero hasta el 1 de abril de 2012 se han registrado en nuestra área sanitaria un total de 339 casos, de los cuales 170 se han confirmado por serología y 112 por vínculo epidemiológico, mientras que el resto continúa pendiente. El rango de edad de los pacientes afectados se sitúa entre los 2 meses y los 60 años, con un predominio de los mayores de 20 años (127 casos), sin existir apenas diferencias en cuanto al sexo (el 55,16% son varones). Un total de 40 casos (12%) ha requerido ingreso hospitalario. Se han detectado como complicaciones 37 otitis y 9 neumonías hasta la fecha, sin haberse producido ningún fallecimiento.

Recientemente hemos atendido 2 ingresos por este motivo. Se trataba de dos varones de 31 y 28 años, de nacionalidad española, que se presentaron con la clínica típica, consistente en una fase prodrómica de fiebre y mal-estar general asociada al desarrollo, varios días después, un exantema difuso no pruriginoso. El exantema se había iniciado en la cabeza en ambos casos, con extensión posterior al tronco (fig. 1) y las extremidades (fig. 2), era maculopapular y confluyente y se acompañaba de afectación ocular marcada en forma de una conjuntivitis bilateral no purulenta, asociada a fotofobia. Queremos destacar el hecho de no haber observado en ninguno de los 2 pacientes las características manchas de Koplik, que si bien se han descrito como patognomónicas, aparecen en un porcentaje variable de los casos (50-70%)^{6,7}. El motivo del ingreso en los 2 casos fue el quebrantamiento del estado general. La serología de virus exantemáticos proporcionó finalmente la clave para los diagnósticos, al resultar positiva la IgM de sarampión. Ninguno de los 2 pacientes recordaba vacunación previa frente a sarampión. El tratamiento sintomático permitió el alta hospitalaria a los 3 y 4 días del ingreso, respectivamente.



Figura 1 Exantema consistente en máculas y pápulas de color rojo intenso que afecta al tronco.

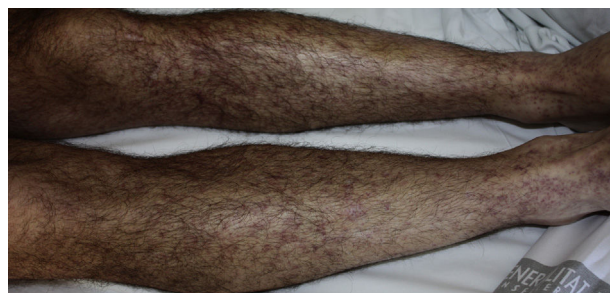


Figura 2 Múltiples máculas y pápulas, algunas confluentes, en ambas piernas.

El motivo de la presente carta es insistir en la vigencia del sarampión en la actualidad, como ha demostrado el presente brote en nuestra área sanitaria y los que se han producido en otras, tanto en España como en el resto de Europa. Debemos por tanto tener en mente esta entidad, que a pesar de ser bien conocida estaba algo olvidada en los últimos años debido a su reducida incidencia, y considerarla en nuestro diagnóstico diferencial de los cuadros febriles y exantemáticos.

Agradecimientos

Queremos agradecer a la Dra. María Vicenta Rigo Medrano, jefa de Sección de Epidemiología del Centro de Salud Pública de Alicante, su colaboración proporcionándonos los datos epidemiológicos que aparecen en este artículo.

Bibliografía

1. Increased transmission and outbreaks of measles, European Region, 2011. *Wkly Epidemiol Rec.* 2011;86:559-64.
2. Delgado de los Reyes J, Arencibia Jimenez M, Navarro Gracia J, Alonso Echabe E, Garcia Puente P, Banqueri Guerrero E, et al. Ongoing measles outbreak in Elche Spain, 29 January to 9 March 2012. *Euro Surveill.* 2012;17, pii: 20119.
3. Monfort L, Muñoz D, Trenchs V, Hernández S, García JJ, Aguilar AC, et al. Measles outbreak in Barcelona. Clinical and epidemiological characteristics. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010;28: 82-6.

4. Romero MM, Diz SM, Iglesias FG. Why don't parents vaccinate their children? Reflections on a measles outbreak in a neighbourhood of Granada. *An Pediatr (Barc)*. 2011;75:209-10.
5. Van Esso DL. Los padres frente a la vacunación. *Vacunas*. 2010;11:133-4.
6. Jiménez Gómez N, Ballester Martínez MA, Alcántara González J, Jaén Olasolo P. Koplik spots as a diagnostic clue in a case of measles. *Med Clin (Barc)*. 2012;139:560.
7. Lefebvre N, Camuset G, Bui E, Christmann D, Hansmann Y. Koplik spots: a clinical sign with epidemiological implications for measles control. *Dermatology*. 2010;220:280-1.

N. Latorre* y M. Blanes

Sección de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nuria.latorre-martinez@hotmail.com (N. Latorre).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.06.016>

Dermatoscopia de la necrobiosis lipóidica

Dermoscopy of Necrobiosis Lipoidica

Sr. Director:

La necrobiosis lipóidica (NL) es un proceso degenerativo del tejido conectivo poco frecuente y de etiología desconocida. Aunque clásicamente se ha relacionado con la diabetes mellitus (DM), esta asociación no está presente en todos los pacientes^{1,2}.

Tradicionalmente el diagnóstico de la NL se ha basado en la presentación clínica y los hallazgos histológicos, ya que en muchos casos son distintivos. Sin embargo, debido a la cambiante apariencia de las lesiones a lo largo de su evolución y los casos de presentación atípica, el diagnóstico puede resultar difícil^{1,2}. Presentamos 3 pacientes con lesiones de NL de diferente tiempo de evolución con el objetivo de establecer una correlación entre las estructuras dermatoscópicas y los hallazgos histológicos.

Paciente 1: mujer de 65 años sin antecedentes de interés con placa eritematoviolácea asintomática en la

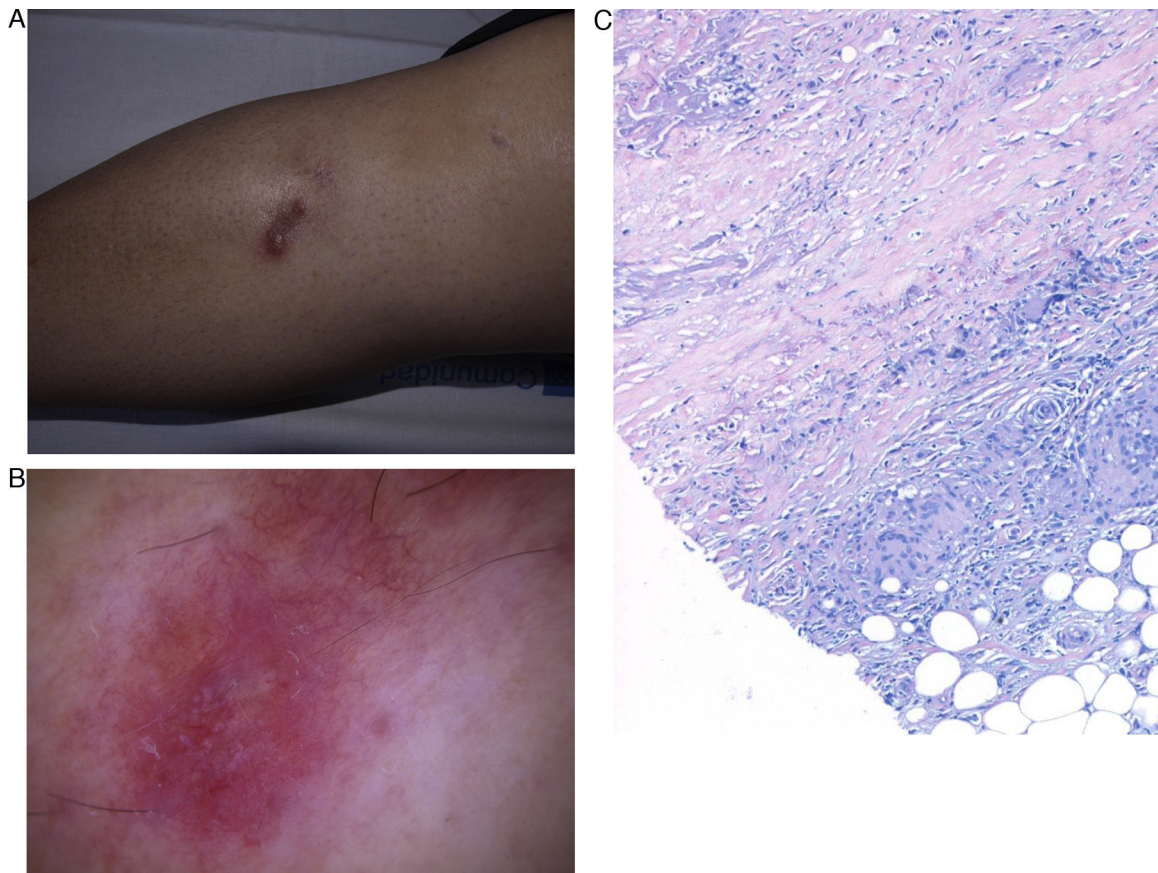


Figura 1 A. Placa eritematoviolácea de 2 cm de diámetro mayor, de bordes bien definidos en la región pretibial derecha. B. Vasos en coma, estructuras blanquecinas sobre fondo rosado, zonas de color marrón-anaranjado y vasos en malla en el polo superior de la imagen dermatoscópica. C. Histológicamente se observan en la dermis bandas alternas de granuloma en empalizada y colágeno alterado, además de un intenso infiltrado inflamatorio perivascular (hematoxilina-eosina $\times 100$).