

Dra. Cristina de Jesús Herrera Castillo
Pediatra Infectóloga
UMAE Hospital de Pediatría CMN SXXI

From the editors

Editorial



Varicela neonatal

El virus de la varicela zoster (VZV) causa dos enfermedades clínicamente distintas: la varicela, cuya aparición es estacional y epidémica, y cuya recidiva produce la enfermedad localizada; y el herpes zóster. El VZV es uno de los miembros de la familia Herpesviridae, tiene un ADN de doble cadena localizado en un núcleo central de 150-200 nm, rodeado por una envoltura lipídica con espículas de glicoproteínas. Únicamente los viriones con envoltura son infecciosos. Esta envoltura es sensible al detergente, al éter y al aire seco. Tiene un elevado grado de asociación celular y se extiende de célula a célula por contacto directo. El hombre es el único reservorio conocido.¹

En México, se encuentra entre las 20 principales causas de morbilidad (SUAVE Semana 30 2010), con un total de 165 812 casos (tasa 155.43 por 100,000 habitantes), afectando principalmente a menores de 10 años de edad, con un mayor número de casos en niños de 1 a 4 años (55 997 casos). Le siguen la población de 5 a 9 años (44 111 casos), y los menores de un año (10 352 casos). La varicela tiene una presentación cíclica en la república Mexicana, con mayor incidencia cada 4 a 6 años.²

La varicela se produce en personas susceptibles que han estado expuestas al virus después de un contacto personal estrecho. En la varicela congénita se han propuesto las rutas de las vellosidades coriónicas (normales o patológicas) y la posible contaminación por el líquido amniótico.

El periodo de incubación oscila entre 13 y 17 días (2-23 días). Esta enfermedad se considera congénita cuando la infección se presenta durante la gestación –lo cual se asocia en los primeros trimestres del embarazo con malformaciones congénitas– y puede incluir los casos en que el exantema aparece dentro de los primeros 10 días después del nacimiento. La varicela neonatal incluye aquellos casos en que la madre sufre la infección dentro de los 5 a 2 días antes del parto. Las lesiones dérmicas aparecen entre los 10-15 días de vida. En estos casos no hay adecuada transferencia de anticuerpos maternos, por lo que el curso del recién nacido es grave y en muchas ocasiones fatal. Por otra parte, cuando han transcurrido más de cinco días antes del parto (6 a 15 días) hay posibilidades de transmisión de anticuerpos maternos y el curso clínico del recién nacido puede ser más favorable. Cuando el exantema aparece después de la tercera semana de vida del recién nacido lo más probable es que la infección haya sido ambiental y el curso clínico dependerá de los anticuerpos que pueda generar el neonato, pero habitualmente el curso es grave. El caso descrito en este número de la revista por Lemus Varela y colaboradores, corresponde a este último grupo clínico de caso, por lo que el desenlace del paciente fue fatal.³⁻⁵

Las complicaciones por la varicela son múltiples: neumonía y bronconeumonía, complicaciones neurológica (encefalitis, ataxia cerebelar, cerebelitis y síndrome de Reye); complicaciones cutáneas (infecciones piogénicas secundarias, purpura fulminante, varicela hemorrágica), y de otra índole (trombocitopenia, artritis, hepatitis, iritis, uveítis, glomerulonefritis, angeítis granulomatosa). El curso clínico del caso presentado fue con afección pulmonar y muy probablemente trastornos hemorragíparos.

El lapso de contagiosidad de la varicela comprende los 4 días previos a la aparición del exantema y 5 días después de la primera lesión cutánea, por lo que el cuidado en las salas de neonatología debe ser extremo, ya que la diseminación de la infección puede ser muy fácil, y con muy mal pronóstico para los neonatos o lactantes que sufren la infección.

El único producto aprobado para la profilaxis postexposición de varicela es la gammaglobulina hiperinmune contra varicela zoster, la cual debe aplicarse en las primeras 96h de exposición. Sin embargo, en el caso de no contar con este medicamento, el aciclovir 40-80 mg/kg 7-9 días después de la exposición, o la vacuna-cepa Oka una dosis 0-3 días posterior a la exposición, se han propuesto como eficaces, sin que exista una recomendación absoluta basada en evidencias.

A pesar de que el caso clínico que se publica en el presente número se puede considerar raro por frecuencia, tiene múltiples implicaciones de pronóstico y decisiones terapéuticas.

Referencias

- Muñoz HO, Santos PJ, Solórzano SF. Varicela Zoster. *Infectología Clínica Kumate-Gutiérrez*. México, Méndez Editores, 2008: 421-433.
- SUAVE 2010. Semana 30. 20 principales causas de Morbilidad en México.
- Padrón AC, Gamboa MJD, Ontiveros NPG, Valencia MPF. "Congenital and neonatal varicella. A report on 9 cases". *Bol Med Hosp Infant Mex* 1990; 47: 777-782.
- Reyna FJ, Ortiz IJ, Pérez AB. "Lesiones cutáneas no cicatrizales como único dato clínico del síndrome de varicela congénita: reporte de un caso". *Bol Med Hosp Infant Mex* 2006; 63: 268-270.
- Thakur AK, Sahay AK. "Neonatal varicella". *Indian Pediatr* 2010; 47: 181.