

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen **71**
Volume

Número **6**
Number

Noviembre-Diciembre **2004**
November-December




Artículo:

Varicela perinatal.

Diez años de experiencia hospitalaria

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.Medigraphic.com

Varicela perinatal. Diez años de experiencia hospitalaria

(Perinatal varicella. Ten years of hospital experience)

Baltazar Casimiro-Pantoja,* Ireri García-Juárez,** Heriberto Villaseñor-Acosta,** Adriana Calderón-Zavala,** Mayela Peña Chávez**

RESUMEN

Objetivo. Conocer la frecuencia de varicela durante el embarazo y la transmisión de esta enfermedad a niños recién nacidos.
Material y métodos. Se revisaron los expedientes clínicos del hospital de 20 mujeres embarazadas que cursaron con varicela en algún momento de su embarazo, entre 1992 y 2002, y de sus 22 neonatos. Se obtuvo información del momento de inicio de su enfermedad, evolución, manejo y complicaciones.

Resultados. De 53,500 mujeres embarazadas atendidas en el hospital, 20 presentaron varicela: la tasa de infección materna fue de 3.7/10,000. Ocho de los 22 niños cursaron con varicela neonatal; ninguno con varicela congénita. Dos tuvieron complicaciones (celulitis y sepsis) y un niño falleció. Siete de los ocho con varicela fueron tratados con aciclovir y cinco recibieron, además, gammaglobulina humana.

Conclusiones. La frecuencia de varicela en el embarazo es similar a la informada por otros.

Palabras clave: Varicela en el embarazo, varicela neonatal, tratamiento de la varicela.

SUMMARY

Objective. To know the frequency rate of chickenpox in pregnancy women attended in the hospital and the frequency of transmission to the newborns, complications and mortality.

Material and methods. The hospital files in between 1992-2002 were reviewed. Twenty pregnant women with varicella and its 22 neonates were studied. Data about the clinical disease, its evolution, complications and treatment was obtained.

Results. The frequency rate, in relation to 53,500 pregnant women attended was 3.7/10,000; eight newborns developed neonatal chickenpox; there were not cases of congenital infection; two of children with perinatal varicella had complications, (skin infection and sepsis), one child was dead. Seven of the 8 children with neonatal varicella received treatment with aciclovir, and five further received human gammaglobulin.

Conclusions. The women with chickenpox is the same of the rate reported in the literature.

Key words: Varicella in pregnancy, neonatal chickenpox, varicella treatment.

Como es bien conocido, la varicela puede ser transmitida por contacto directo con las lesiones dérmicas o mediante transmisión respiratoria.^{1,2} Aunque esta enfermedad es rara en los niños recién nacidos, pues las mujeres que la han padecido transfieren anticuerpos a su hijo durante la gestación, cuando este padecimiento se presenta durante

el embarazo suele ser grave, ya que ocurren mayor número de complicaciones que ponen en riesgo de muerte al binomio.^{3,4}

Estudios epidemiológicos señalan que 3.3% de mujeres alemanas en edad fértil, son susceptibles a la varicela y en los Estados Unidos de Norteamérica 9% están bajo esta misma condición.² La incidencia de esta enfermedad durante el embarazo se estima entre 1 y 7/10,000 mujeres, pues más de 90% de ellas, en edad reproductiva, tienen anticuerpos protectores.⁵⁻⁷

La información en México, acerca de la varicela neonatal, es escasa. Un reporte hecho en 1990 informa que

* Facultad de Medicina "Dr. Ignacio Chávez" UMSNH.

** Servicio de Pediatría, Unidad de Ginecoobstetricia, Hospital General Regional-1 del Instituto Mexicano del Seguro Social; Morelia Michoacán, México.

en el Hospital Infantil de México en un lapso de 45 años habían sido atendidos tres recién nacidos con el antecedente de haber sido contagiados por su madre.⁸ Por esta razón se pensó pertinente conocer la frecuencia de esta enfermedad en recién nacidos y de manera particular, los hijos de aquellas mujeres atendidas que nacieron en un hospital general, de un instituto de seguridad. Los resultados obtenidos son motivo de este informe.

MATERIAL Y MÉTODOS

El material de estudio se integró con 20 mujeres que enfermaron de varicela durante el embarazo y sus 22 hijos recién nacidos, pues dos de ellas tuvieron gemelos. La información fue colectada de los expedientes clínicos por un periodo de poco más de 10 años, de febrero de 1992 a agosto de 2002, se obtuvo de los expedientes de las madres que ingresaron para atención de parto a la unidad de ginecoobstetricia del hospital. Se incluyeron en el estudio aquellas madres que en algún momento de su embarazo cursaron con varicela y se dio seguimiento a sus hijos para saber si habían sido contagiados por ellas. El diagnóstico clínico de la enfermedad en las mujeres fue hecho por los obstetras y el correspondiente a los niños por los pediatras; éste se basó, principalmente, en la presencia de exantema con máculas, pápulas, vesículas y costras, en diferentes estadios de evolución y la presencia de fiebre. Se obtuvieron datos de las mujeres y niños, que incluían: la edad materna, semanas de gestación al momento de la

aparición de las lesiones dérmicas, edad de los niños al iniciar las manifestaciones dérmicas; evolución clínica, manejo y tratamiento, complicaciones y condición al egresar.

Para el manejo de los datos se usó la estadística descriptiva: resumiendo la información con medidas de tendencia central porcentajes, tasas e intervalos de confianza.

RESULTADOS

En los 10 años hubo en el hospital 53,500 mujeres embarazadas que fueron atendidas en la unidad de ginecoobstetricia, de tal manera que la tasa de varicela en el embarazo fue de 3.7/10,000 embarazos. De los 22 neonatos se excluyeron dos por no contar con seguimiento de ellos. La media de edad de las madres fue de 22 años (IC 95% 17-30). La transmisión de la enfermedad a sus hijos, por las mujeres fue de 40% (*Cuadro 1*). Ninguna presentó la enfermedad antes de la semana 20 de gestación, seis de ellas la tuvieron entre las semanas 21-38, 12 iniciaron su padecimiento cinco días antes del nacimiento y en dos las manifestaciones de la enfermedad ocurrieron en las 48 horas del posparto. Los hijos de estas 12 madres 8/12 (0.60) desarrollaron varicela, predominando el sexo masculino: la razón masculino/femenino fue de 1.6:1. Todos fueron de término, con una media de peso de 3,019 g. Ninguna madre mencionó haber recibido gammaglobulina hiperinmune para el virus varicela-zoster (VZIG). Durante su enfermedad fueron manejadas con medidas generales, sin complicaciones.

Cuadro 1. Características de la madre y de los niños al nacer.

Datos de la madre		Datos del recién nacido	
Madres infectadas	n = 20	Varicela neonatal	n = 8 (0.40)
Embarazo gemelar	n = 2	Varicela congénita	0
Edad materna	Media: 22 años**	Sanos	n = 12 (0.60)
Tasa*	3.7/10,000 embarazos	Excluidos	n = 2
Edad gestacional ⁺	< 20 sem: 0 21-38 sem: n = 6 5 días previos al nacimiento: n = 12 2 días después del nacimiento: n = 2	Edad gestacional al nacimiento	Todos de término y eutróficos
Inicio de la varicela en la madre	Media de 5 días	Inicio de varicela en los neonatos	Media: 9 días de vida
Tratamiento	Medidas generales	Tratamiento	Aciclovir/gammaglobulina: 5 Aciclovir: n = 2 Ribavirina: n = 1
Profilaxis	Ninguna	Profilaxis	n = 3
Complicaciones	Ninguna	Complicaciones	Celulitis 1/8, sepsis 1/8
Mortalidad	Ninguna	Mortalidad	1/8 (0.12)

⁺ Al momento de la infección

* 53,500 embarazos en 10 años

** (IC_{95%} 17-30) años

Cuadro 2. Respuesta clínica, evolución, manejo y profilaxis en los recién nacidos con varicela y no infectados.

	Momento de inicio de la varicela en la madre	Inicio de la varicela en los recién nacidos	Evolución	Manejo	Profilaxis	Condiciones al egreso
1	Dos días antes del nacimiento	Siete días	Varicela neonatal	Aciclovir y gammaglobulina	Ninguna	Sano
2	Ocho días antes del nacimiento	Diez días	Varicela neonatal	Aciclovir y gammaglobulina	Ninguna	Sano
3	Siete días antes del nacimiento	Nueve días	Varicela neonatal	Aciclovir y gammaglobulina	Ninguna	Sano
4	Dos días antes del nacimiento	—	Sano	—	Sí	Sano
5	Semana 38	—	Sano	—	Ninguna	Sano
6	Dos días antes del nacimiento	—	Sano	—	Sí	Sano
7	Un día antes del nacimiento	—	Sano	—	Ninguna	Sano
8	Dos días después del parto	Seis días	Varicela neonatal	Aciclovir y gammaglobulina	Ninguna	Sano
9	Dos días antes del nacimiento	—	Sano	—	Sí	Sano
10	Tercer trimestre	—	Sano	—	Ninguna	Sano
11	Semana 21	—	Sano	—	Ninguna	Sano
12	Cinco días antes del nacimiento	Cinco días	Varicela neonatal	Aciclovir	Ninguna	Defunción
13	Tres días antes del nacimiento	—	Sano	—	Ninguna	Sano
14	Cinco días antes del nacimiento	Seis días	Varicela neonatal	—	Ninguna	Sano
15	Dos días antes del nacimiento	15 días	Varicela neonatal	Aciclovir	Ninguna	—
16	Cuatro semanas antes del nacimiento	—	Sano	—	Ninguna	—
17	Semana 24	—	Sano	—	Ninguna	—
18	Un día después del parto	15 días	Varicela neonatal	Ribavirina	Ninguna	—
19	Semana 24	—	Sano	—	Ninguna	—
20	Siete días antes del nacimiento	—	Sano	—	Ninguna	—

Ningún niño con varicela recibió profilaxis al nacer: el promedio de días de inicio de la enfermedad en su madre fue de cinco días antes del nacimiento. De los niños no infectados, que sí recibieron la profilaxis al nacimiento, ninguno tuvo varicela.

En los neonatos la media de inicio del cuadro clínico, al comenzar la enfermedad de la madre, fue de nueve días (IC_{95%} 2.17-20.17); dos tuvieron complicaciones de tipo infeccioso (uno celulitis y el otro sepsis) la proporción de muertos fue de uno en ocho (0.12) con una tasa de mortalidad general de 1.25/10,000. Recibieron: aciclovir, cinco niños (a dosis de 20 mg/kg/día repartido en tres dosis) por cinco días y gammaglobulina humana no específica contra Zoster (a dosis de 50 mg/kg/día). Dos niños recibieron sólo aciclovir y uno ribavirina.

La aparición de las lesiones maternas antes del momento del parto tuvo una media de 4.1 días (IC_{95%} 2.2-5.6), siendo menor en los niños infectados que en aquéllos no infectados: 4 vs 9. Tres recibieron al nacimiento gammaglobulina no específica o (3/2 = 0.15); también se les administró aciclovir en las primeras 24 horas después del nacimiento: ninguno desarrolló varicela. En estos niños las lesiones maternas aparecieron, en promedio, dos días antes del nacimiento. De los infectados todos recibieron profilaxis al nacer; en este

grupo el promedio de días al iniciar la varicela en la madre, antes del parto, fue de cinco días (*Cuadro 2*).

DISCUSIÓN

En los recién nacidos la infección por varicela ocurre rara vez: generalmente esta enfermedad se presenta en una etapa temprana de la vida y en la niñez, pocas veces en la adolescencia y excepcionalmente después de esta etapa de la vida.^{3,9} En este trabajo las mujeres que cursaron con varicela fueron jóvenes con un promedio de edad de 22 años, por lo que cabría esperar que sólo 5 a 10% de ellas, por arriba de 15 años, fuesen susceptibles según estimaciones hechas en otros países.^{1,2}

Así, la inmunidad natural para esta enfermedad en la mayoría de las mujeres en edad reproductiva, hace pensar que las pocas susceptibles en su edad fértil serían las beneficiadas por la inmunización contra la varicela antes de llegar a embarazarse, ya que esta vacuna no se recomienda durante el embarazo por el riesgo de varicela fetal.¹⁰

Las madres que padecieron varicela tuvieron una evolución benigna, a diferencia de lo descrito en la literatura:^{4,5} las que enfermaron no presentaron complicaciones ni ocurrió ningún fallecimiento. Como contraste los recién nacidos con varicela que tuvieron complicaciones (y la muerte en uno de ellos), así como sus madres que iniciaron su enfermedad cinco días antes y dos días después del nacimiento de su hijo, tuvieron una buena evolución. Este hecho contrasta con informes en los que se dice que si la enfermedad se presenta en la mujer cinco días antes del parto o dos días después del nacimiento del niño, el riesgo de enfermedad y muerte para el recién nacido es mayor: debido a la mayor probabilidad de transmisión del virus. En este periodo neonatal la diseminación del virus ocurre en 50% de los casos y la letalidad varía entre 20 y 30%: esto se debe a que los niños expuestos a la viremia materna no tienen anticuerpos y carecen de respuesta mediada por células para evitar la diseminación hematogénica del VZV.^{9,11-13} Cabe hacer notar que no hubo ningún caso de varicela congénita, pues las mujeres tuvieron la enfermedad después de la vigésima semana de gestación: que es cuando el virus puede dar lugar a este síndrome en 1.3% de los casos.^{2,5}

Tal parece que la profilaxis redujo la morbilidad en los niños no infectados que se encontraban en el periodo de riesgo de mayor transmisión del virus, lo que pudo ser la razón de la baja comorbilidad y mortalidad asociadas a esta enfermedad, en los niños con riesgo alto de infección. Es conveniente señalar que la administración posnatal de VZIG está indicada en todos los recién nacidos expuestos^{3,4,9,15-17} y es aún limitada la experiencia en casos de erupción materna en el periodo de mayor riesgo de transmisión, pero se recomienda su administración debido a la protección que puede brindar. Con respecto al uso de aciclovir, su empleo es aún motivo de controversia: hay autores que no recomiendan su uso como profilaxis, sólo como medida terapéutica.⁷

Es necesario comentar que se usó como profilaxis gammaglobulina humana, ya que estuvo a nuestro alcance emplear VZIG y aciclovir; sin embargo, el resultado con empleo de esta alternativa fue buena, tal como ha sido sugerida cuando no se cuenta con VZIG.¹⁰ Aun cuando los resultados obtenidos con el uso de gammaglobulina humana parecen buenos, es necesario contar con estudios con diseños apropiados para aclarar su bondad, a pesar de la dificultad que implica coleccionar un número suficiente de niños para investigar este problema.

AGRADECIMIENTOS

Dra. Leticia Rodríguez Casillas. Jefe del Servicio de Pediatría HGR-1

Referencias

1. Singavalanija S, Limpongsanurak W, Horpoapan S, Ratrisawadi V. Neonatal varicella: a report of 26 cases. *J Med Assoc Thai* 1999; 82: 957-62.
2. Barlett J, Borio L, Radonovich L. Smallpox vaccination in 2003: key information for clinicians. *Clin Infect Dis* 2003; 36: 883-902.
3. Kawana T. Vertical transmission of alpha herpes virus. *Jap J Clin Med* 2000; 58: 871-6.
4. Ibáñez MI, González DE, Rodríguez-Miguel JM. Varicela neonatal: a propósito de un caso con bronconeumonía y edema hemorrágico pulmonar. *Anal Pediatr* 2001; 55: 58-60.
5. De Hoyos MC, Pascual JM, Aragón MP, Ortiz LR. Varicela perinatal. Un riesgo potencial. *Bol Pediatr* 1997; 37: 239-42.
6. Sever JL. Changing perspectives of the effects of infectious diseases. *Prog Clin Biol Res* 1985; 163: 135-42.
7. Henderson JL, Weiner CP. Congenital infection. *Current Opin Obstet Gynecol* 1995; 7: 130-4.
8. Kind C, Duc G. Prenatal and perinatal infections-problems for the practicing pediatrician: group B streptococci, varicella, toxoplasmosis. *J Suisse Med* 1996; 126: 264-76.
9. Goldberg JM, Ziel HK, Burchette MA. Evaluation of varicella immune status in an obstetric population in relation to place of birth. *Am J Perinatol* 2002; 19: 387-93.
10. Takayama M, Takayama N. A neonatal varicella case confirmed early to be infected with Varicella Zoster virus using PCR analysis. *J Jap Assoc Infect Dis* 2000; 74: 392-4.
11. Carter PE, Duffy P. The congenital varicella syndrome. *J Perinatol* 2000; 20: 548-54.
12. Reynolds L, Struik S, Nadel S. Neonatal varicella: varicella Zoster immunoglobulin (VZIG) does not prevent disease. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 1999; 81: F69-70.
13. Seidman DS, Stevenson DK, Arvin AM. Varicella vaccine in pregnancy: Routine screening and vaccination should be considered. *BMJ* 1996; 313: 701-2.
14. Sever JL. Changing perspectives of the effects of infectious diseases. *Prog Clin Biol Res* 1985; 163: 135-42.
15. Henderson JL, Weiner CP. Congenital infection. *Current Opin Obstet Gynecol* 1995; 7: 130-4.
16. Kind C, Duc G. Prenatal and perinatal infections-problems for the practicing pediatrician: group B streptococci, varicella, toxoplasmosis. *J Suisse Med* 1996; 126: 264-76.
17. Goldberg JM, Ziel HK, Burchette MA. Evaluation of varicella immune status in an obstetric population in relation to place of birth. *Am J Perinatol* 2002; 19: 387-93.

Correspondencia:

Dra. Ileri García Juárez.
"Médica Arcos" Alfareros de Capula
No. 11 Interior 311,
Col. Vasco de Quiroga, C.P. 58000,
Morelia, Michoacán, México.