



Varicela congénita: reporte de un caso

Emilio Martínez-Ruiz,¹ Ulises Reyes-Gómez,^{1,*} Edith García-Sánchez,¹
Gerardo López-Cruz,¹ Ofelia Pérez-Pacheco¹

¹ Departamento de Investigación Pediátrica. Clínica Diana de Especialidades, Oaxaca, Oax., México.

RESUMEN

Neonato de 36 semanas de gestación que nació por vía abdominal, fue la primera gestación con el antecedente materno de haber tenido varicela en el séptimo mes de la gestación: había sido tratada por ocho días con aciclovir oral; al nacer el niño mostró lesiones vesiculares con predominio en el cuero cabelludo y la parte frontal de la cara, tenía discreta hepatomegalia y la placenta mostró calcificaciones, fue por esto que se le dio por cinco días aciclovir parenteral, y después por ocho días más lo recibió por vía oral; después de 12 días no hubo respuesta, por lo que se le dio ribavirina, remitiendo las lesiones. Tanto en los tamizajes auditivo y metabólico, como en la observación oftalmológica no se encontró nada anormal. El uso del aciclovir en las mujeres embarazadas y con varicela, puede ser una buena alternativa para evitar esta enfermedad y de manera especial en los niños para evitar que se manifieste un cuadro clínico "grave" o bien la muerte.

Palabras clave: Aciclovir, ribavirina, varicela congénita.

Las complicaciones de la varicela suelen ocurrir en niños inmunocomprometidos e inmunocompetentes, manifestando sobreinfecciones bacterianas en la piel y tegumentos como: celulitis, impétigo, lesiones bullosas, abscesos y sobreinfecciones graves como la fascitis necrotizante, también complicaciones neurológicas, respiratorias, gastrointestinales, osteoarticulares y hematológicas;¹⁻⁴ esta enfermedad es frecuente en niños entre los dos y nueve años de edad y los recién nacidos

* Correspondencia: URG, reyesgu_10@hotmail.com

Conflictos de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Martínez-Ruiz E, Reyes-Gómez U, García-Sánchez E, López-Cruz G, Pérez-Pacheco O. Varicela congénita: reporte de un caso. Rev Mex Pediatr 2015; 82(1):32-35.

Financiamiento: No tuvo apoyo financiero público ni privado.

ABSTRACT

We inform the case of a male neonate, born at the 36 weeks by a cesarean section. First child from a mother who had chickenpox infection during the 7th month of this pregnancy. Treated for 8 days with oral acyclovir before delivery. The first day of life, the infant showed vesicular lesions on scalp and face and discrete hepatomegaly. Placenta with several areas of calcification. So, parenteral acyclovir was administered IV for 5 days, plus oral acyclovir for 8 more days. At day 12, Ribavirin was added resulting in remission of he lesions. The hearing, eye and metabolic screenings were normal. The use of acyclovir in pregnant women with acute chickenpox is a good alternative to prevent severe congenital varicella, or even death.

Congenital varicella, report of one case.

Key words: Acyclovir, ribavirin, congenital varicella.

excepcionalmente la padecen, pues la generalidad de las mujeres poseen los anticuerpos específicos por haber sido vacunadas o haber padecido la enfermedad en su niñez, de tal manera que los virus atraviesan la placenta confiriendo a los niños inmunidad pasiva; aunque puede ocurrir la infección al feto en alrededor de 25% de las mujeres embarazadas con varicela.⁵

Estudios epidemiológicos en Alemania han estimado que 3.3% de las mujeres en edad fértil son susceptibles a la varicela y como contraste ocurre en 9% de las mujeres en EUA. Por otra parte, se estima que durante el embarazo esta enfermedad ocurre en 1 a 7 mujeres por 10,000 y de ellas más de 90% están en la edad reproductiva y tienen anticuerpos protectores.⁶

Cabe mencionar que en EUA ocurren anualmente 3.8 millones de casos y el grupo de mayor riesgo se

registra en niños de cinco a nueve años; a diferencia de lo informado en la última década en Francia, donde la incidencia anual es de 1.35 casos de varicela por 100 habitantes, 92% son niños menores de 14 años y 5% menores de un año,¹ registrando una incidencia de 299.32 casos por 100,000 habitantes.⁷ A este respecto, es oportuno mencionar que el primer caso de varicela congénita se informó en 1878; ocurrió en un recién nacido de un día de vida por lo que hizo pensar que la infección había sido adquirida *in utero*.⁸

CASO CLÍNICO

Niño recién nacido (RN), producto de la primera gestación de una madre de 18 años de edad. Entre los antecedentes, la madre cursó con varicela al séptimo mes del embarazo y fue tratada con aciclovir oral (400 mg cada 8 horas, por 8 días) y hasta la semana 36 acudió al Servicio de Urgencias por ruptura prematura de membranas de 13 horas de evolución. Debido a manifestar taquicardia como “sufrimiento fetal” agudo se interrumpió el embarazo. RN del sexo masculino con peso de 2,800 g, longitud de 48 cm y perímetro cefálico de 32 cm; la edad de gestación se estimó por el método de Capurro en 36 semanas y tuvo Silverman Anderson de 2 y Apgar 7/9; se dieron los cuidados habituales y al explorar al RN se le encontraron lesiones vesiculares en el cuero cabelludo, en la parte frontal de la cara y algunas otras en tórax (*Figuras 1 y 2*). En abdomen con hepatomegalia, en la placenta una revisión detenida mostró múltiples calcificaciones (*Figura 3*). En cuanto a los exámenes de laboratorio, grupo sanguíneo O Rh positivo, proteína C

reactiva de 0 y leucocitosis de 19,000 x mm³; linfocitos 7%, eritroblastos maduros 5; bandas 3, Hb 16.5 g/dL y plaquetas 315,000 x mm³. Con buena tolerancia por la vía oral (leche materna); se inició aciclovir 15 mg/kg cada 8 horas por vía parenteral por 5 días; ya estable, pasó al alojamiento conjunto y egresó con aciclovir oral. Nueve días después en control de la consulta externa persistían algunas lesiones y costras, sobre todo frontales (*Figura 3*); continuó con aciclovir oral por dos semanas más y en su segunda revisión clínica aún tenía lesiones de varicela únicamente en el cuero cabelludo. Se cambió el tratamiento a ribavirina (20 mg/kg/día), desapareciendo las lesiones. El tamiz auditivo, el neonatal amplificado y la valoración oftalmológica fueron normales.



Figura 1. Discretas lesiones vesiculares en el tórax.



Figura 2. Escasas vesículas y costras.



Figura 3. Grandes zonas de calcificación y áreas de fibrosis macroscópicas.

DISCUSIÓN

En México, la varicela aún se encuentra entre las 20 principales causas de morbilidad, sobre todo en los menores de un año. El Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) en la semana 30 del año 2010 reportó 10,352 niños con varicela.⁹ Por eso, el manejo de recién nacidos expuestos a este virus desde su gestación temprana, ocurre ordinariamente entre los 21 días antes del parto y 5 días después, por lo que en estos RN se deben investigar anomalías de los sistemas nervioso central, esquelético, ocular, gastrointestinal y genitourinario. En aquellos recién nacidos con sospecha de varicela, se debe iniciar tempranamente la administración de aciclovir por vía endovenosa por 5 a 7 días en dosis de 10 a 15 mg/kg cada 8 horas y si son prematuros se debe ajustar la dosis para detener así la evolución de una enfermedad ocular.⁴

La infección por varicela generalmente ocurre a una etapa temprana de la vida o en la niñez, pocas veces en la adolescencia y excepcionalmente después de esta etapa. Esta enfermedad ocurre rara vez en los recién nacidos;¹⁰ la varicela congénita es más grave y conlleva mayor riesgo, ya que 5% de los RN cuyas madres hayan padecido la varicela cinco días antes o dos días después del parto, suele fallecer.¹¹

Hay un reporte que informa acerca de la varicela perinatal, en el que las mujeres que cursaron con varicela fueron jóvenes con un promedio de edad de 22 años.⁶ Cabría esperar que sólo 5 a 10% de ellas, por arriba de 15 años, fueran susceptibles según estimaciones hechas en otros países. A este respecto, en México se publicó un estudio en el que se comparó el uso de ribavirina versus aciclovir en niños con varicela, concluyendo que la administración de ribavirina es una estrategia eficaz que impacta en la evolución de la enfermedad, reduce el número de brotes y lesiones y acorta la duración de la enfermedad, lo que parece que contribuye a mejorar en el niño la sintomatología asociada de manera secundaria y parece disminuir las complicaciones bacterianas de la piel y tejidos blandos,¹² semejante a lo observado en este caso, en el que se dio aciclovir, pero por la persistencia de las lesiones se cambió a ribavirina con mejor respuesta.

Parece conveniente mencionar que de acuerdo con la edad de los recién nacidos, las complicaciones musculoesqueléticas por varicela son raras, en tanto que los abscesos musculares ocurren por *Staphylococcus* y *Streptococcus* beta hemolítico del grupo A¹³ y las lesiones en la piel de tipo cicatricial se describen en 70% de los casos.^{14,15}

Si la mujer embarazada está en contacto con un enfermo, se debe administrar gammaglobulina hiperinmune contra la varicela zóster (VZIG) en las primeras 96 horas de exposición, o bien aciclovir oral. Aun cuando no hay estudios del uso de aciclovir en embarazadas para prevenir la varicela fetal, estudios preliminares no muestran efectos adversos en el feto; su paso a través de la placenta al feto es exitoso, sin efectos adversos, incluso su empleo en prematuros ha sido bien tolerado.¹⁶⁻¹⁹

El virus zóster de la varicela también se expresa en los fetos causando anomalías cromosómicas.¹⁰ Se ha demostrado que después de 24 horas de la infección ocurren rupturas cromatídicas y cromosómicas en 26 a 45% de los casos, en contraste del 2% de los cultivos control. Cabe mencionar que en la fase aguda de la enfermedad, al día cinco de aparecer el exantema, los leucocitos de sangre periférica registraron una incidencia de 17 a 28% de rupturas cromosómicas, lo que contrasta con 6% de los casos del grupo control. Sin embargo, un mes después de la infección desaparecieron estas anomalías. Tal parece, en conclusión, que la varicela en la mujer embarazada pone en alto riesgo al feto y el RN y parece ser que el empleo de aciclovir, como tratamiento específico, evita daños al feto; como en este caso en el que se evitó daño severo, aunado al empleo temprano de aciclovir parenteral.

REFERENCIAS

1. Cabanillas J. Complicaciones respiratorias y neurológicas de varicela en la Institución de Salud del Niño. *ISSN*. 2002; 4(2): 15-21.
2. Pérez YE, Arranz L, Azkunaga B, Uriz J, Sarasua A, Mendiburo I et al. Hospitalizaciones por complicaciones de la varicela en niños menores de 15 años. *An Pediatr*. 2003; 59: 229-233.
3. Reyes GU, Pérez PO, Ramírez PB, Reyes HU, Reyes HD, Ibáñez CM. Pancreatitis asociada a varicela. Reporte de un caso pediátrico. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*. 2009; 29(3): 119-122.
4. Rodríguez BI, Abrego MV, Cavazos EME, Gallego CC. Varicela y el binomio madre-hijo. *Medicina Universitaria*. 2009; 11(43): 114-121.
5. García GJL, Sánchez MV, Reyes GU, López. Varicela neonatal: informe de dos casos clínicos. *Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría*. 2003; 10: 59-63.
6. Casimiro PB, García JL, Villaseñor AH, Calderón ZA, Peña CM. Varicela perinatal. Diez años de experiencia hospitalaria. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2004; 71(6): 269-272.
7. Becerril PR, Reyes BME, Fuentes CMC, Garibay VM. Evaluación del tratamiento de la varicela con ribavirina o metisoprinol en niños. *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría*. 2009; 23(90): 14-18.
8. Urdaneta CE, Rodríguez SYA, Gutiérrez FB, Vegas MM, Vargas CY. Varicela neonatal y bronconeumonía en un recién nacido. *Rev Mex Ped*. 2006; 73(2): 73-77.
9. Herrera CC. Varicela neonatal editorial. *Rev Enf Infec Microbiol*. 2010; 30(4): 117.
10. Goldberg JM, Ziel HK, Burchette MA. Evaluation of varicella immune status in a obstetric population in relation to place of birth. *Am J Perinatol*. 2002; 19: 387-393.

11. González SN, Torales TAN, Gómez BD. *Varicela. Infectología clínica pediátrica.* 7a ed. México: MacGraw Hill Interamericana; 2007. pp. 377-402.
12. Coria JJ, Llorens F, Caria JA. Ribavirina como tratamiento para varicela: experiencia en México. *Rev Enf Infect Ped.* 2011; 82: 46-50.
13. Reyes GU, López CG, Sánchez CN, Córdova MA, Velasco MA, García GJ. Absceso muscular pos-tvaricela en pediatría. Análisis de un caso. *Rev Mex Puer Ped.* 2003; 10(59): 140-144.
14. Reyna FJ, Ortiz IFJ, Pérez AB. Lesiones cutáneas no cicatrizables como único dato clínico del síndrome de varicela congénita: reporte de un caso. *Bol Med Hosp Inf Mex.* 2006; 63: 264-267.
15. Kind C, Duc G. Prenatal and perinatal infections-problems for the practicing pediatrician: group B streptococci, varicella, toxoplasmosis. *J Suisse Med.* 1996; 126: 264-276.
16. Chapman SJ. Varicella in pregnancy. *Semin Perinatol.* 1998; 22(4): 339-346.
17. Da Silva O, Hammerberg O. Fetal varicella syndrome. *Pediatr Infect Dis J.* 1990; 9: 854-855.
18. Corbeel L. Congenital varicella syndrome. *Eur J Pediatr.* 2004; 163: 345-346.
19. Sauerbrei A, Wutzler P. The congenital varicella syndrome. *J Perinatol.* 2000; 20(8): 548-554.