

Profilaxis postexposición a varicela

Dra. Patricia Saltigeral Simental*

Dr. Víctor Antonio Monroy Colín**

* Adscrito al Servicio de Infectología del Instituto Nacional de Pediatría

** Servicio de Infectología del Instituto Nacional de Pediatría.

La infección primaria por el virus varicela zoster produce el cuadro clínico de varicela, el cual se manifiesta como un exantema generalizado, pruriginoso, vesicular que típicamente consiste en 250 a 500 lesiones en varios estadios de presentación y resolución, acompañado de fiebre y algunos otros síntomas sistémicos. De manera tradicional se considera a la varicela, como una enfermedad de curso generalmente benigno; sin embargo, existen situaciones especiales en las que la varicela evoluciona a cuadros muy graves que pueden inclusive condicionar la muerte del paciente.

Dentro de las complicaciones de la varicela se encuentran la sobreinfección bacteriana de las lesiones en piel, neumonía, síndrome de choque tóxico por *S. pyogenes*, ataxia aguda cerebelosa, encefalitis, trombocitopenia y algunas más raras como glomerulonefritis, artritis y hepatitis. La varicela tiende a ser más severa en adolescentes y adultos que en niños jóvenes y por otro lado en niños inmunocomprometidos, la varicela se caracteriza por persistencia de la erupción de las lesiones y fiebre alta hasta dos semanas después de iniciado el cuadro además de evolucionar con mayor frecuencia a cuadros de encefalitis, hepatitis o neumonía. La varicela hemorrágica es más frecuente en niños inmunocomprometidos, mientras que la neumonía por varicela es una complicación más común en adultos. En niños con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana se pueden presentar cuadros recurrentes de varicela o bien de herpes zoster diseminado. Finalmente, en aquellos niños que reciben cursos intermitentes de esteroides a dosis altas (dosis iguales o mayores a 2 mg/kg de prednisona o su equivalente) se han reportado casos más severos e incluso fatales de varicela. Es por lo anteriormente descrito que la profilaxis postexposición en todos aquellos contactos susceptibles de un caso de varicela se debe conocer por el personal médico que atienda este tipo de pacientes.

En primer lugar, se debe iniciar el aislamiento por transmisión aérea y de contacto del caso índice el cual debe permanecer aislado durante al menos 5 días después del comienzo de la erupción y durante el tiempo que persistan las vesículas. Los contactos susceptibles deberán aislarse durante 21 días después del inicio de la erupción en el caso índice y deberá prolongarse hasta 28 días en aquellos pacientes que recibieron inmunoglobulina específica para el virus de varicela zoster (VarizIG) o gammaglobulina intravenosa. Los lactantes con embriopatía por varicela no requieren aislamiento. Si la exposición a un caso de varicela se da dentro de un hospital, se deberá identificar al personal y pacientes que estuvieron expuestos y que son susceptibles (investigar antecedente de haber padecido varicela, antecedente de vacuna, fecha del contacto y estado inmunológico). Se deberá egresar a la brevedad a los contactos susceptibles expuestos de ser posible y aislar a todo paciente susceptible que no se pueda egresar.

En segundo término deberá considerarse la aplicación de vacuna de varicela en los 3 a 5 días después de la exposición, aplicación de VarizIG o gammaglobulina intravenosa (una dosis hasta 96 horas después de la exposición) de acuerdo a los lineamientos que se mencionan a continuación. La vacunación postexposición está indicada en niños susceptibles a partir del año de edad, incluso adultos, tan pronto sea posible dentro de las 72 horas y hasta 120 horas después de la exposición. Se recomienda iniciar la quimioprofilaxis con aciclovir intravenoso a dosis de 80 mg/kg/día, en 4 dosis durante 7 días en caso de no contar con VarizIG o gammaglobulina intravenosa o si han transcurrido más de 96 horas con una dosis máxima de 800 mg por día y en mayores de un año a dosis de 1500 mg/m² de superficie corporal en 3 dosis por 7 a 10 días.

La inmunoprofilaxis pasiva con VariZIG o IGIV está indicada en niños inmunocomprometidos sin antecedente de varicela, sin vacuna o con pruebas serológicas negativas que se encuentren en las primeras 96 horas postexposición considerando que aquellos pacientes que reciben mensualmente IGIV (400 mg/kg o más) y que recibieron la última dosis 3 semanas o menos antes de la exposición no requieren VariZIG ni IGIV. También está indicada en los contactos intradomiciliarios que residen en el mismo hogar del caso índice, en compañeros de juego bajo techo cara a cara con un contacto de 5 minutos o más. En el caso de contactos intrahospitalarios se aplicará en aquellos pacientes de la misma habitación que conste de 2 a 4 camas o camas vecinas en una sala o bien contacto cara a cara con el personal, familiar o paciente infeccioso. En recién nacidos hijos de madre que presente varicela 5 días o menos antes del parto o 48 horas después del mismo deberán recibir la VariZIG o IGIV. Asimismo las mujeres embarazadas deben recibir dicha profilaxis además de los prematuros hospitalizados mayores de 28 semanas de gestación con madre sin antecedentes de varicela o evidencia serológica de protección y a los prematuros hospitalizados menores de 28 semanas de gestación o menores de 1000 gr en todos los casos.

Finalmente, recordemos que para la inmunización contra la varicela se encuentra disponible una vacuna de virus vivos atenuados de la cepa Oka para uso en mayores de un año, cuyo esquema de aplicación recomendado es una dosis de 0.5 ml administrados de manera subcutánea al año de edad con un refuerzo a los 4 a 6 años. Para mayores de 13 años, el intervalo mínimo entre las dos dosis es de 28 días. Se encuentra disponible también una vacuna cuadrivalente (MMRV, sarampión, rubéola, parotiditis y varicela). La seroconversión en niños vacunados mayores de un año es de 85% después de una dosis y de casi 100% después de dos dosis. La eficacia de una dosis de vacuna de varicela oscila entre el 70 al 90% contra la infección leve a moderada y es de 95% contra enfermedad grave.

Bibliografía

- Galea S *et al.* The safety profile of varicella vaccine: a 10-year review. *J Infect Dis.* 2008;197:S165-9.
- Brotons M *et al.* Effectiveness of varicella vaccines as postexposure prophylaxis. *Pediatr Infect Dis J.* 2010;29(1):10-3.
- American Academy of Pediatrics. Varicella-zóster virus, infecciones. En: Pickering LK, ed. Red Book: 2009 Informe del Comité de Enfermedades Infecciosas de la American Academy of Pediatrics. Ed. Médica Panamericana, 28a ed, 2011 p.p. 691-704.