

VARICELA PERINATAL EN EL HOSPITAL PUERTO LEMPIRA. REPORTE DE UN CASO

Perinatal Varicella at Puerto Lempira Hospital. Case report

Gerardo Ismael Castro¹, Cindy Desiree Zavala², Orlando Arturo López²,
Izage Kianifar Aguilar².

¹Médico Especialista en Pediatría, Hospital Puerto Lempira.

²Médico en Servicio Social, Hospital Puerto Lempira.

RESUMEN. Antecedentes: La varicela es una enfermedad exantemática que se presenta predominantemente en la infancia, siendo muy contagiosa por lo que su presencia durante el embarazo, en el feto y el recién nacido pueden representar un verdadero problema. 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. **Caso clínico:** Se expone el caso de un neonato de 14 días de vida el cual es llevado a emergencias por presentar lesiones vesiculosas generalizadas acompañado de irritabilidad, sin ningún otro síntoma acompañante, con antecedente de su madre y su hermano mayor de presentar las mismas lesiones una semana antes del nacimiento, por lo cual se ingresó con el diagnóstico y tratamiento de varicela perinatal, con evolución satisfactoria a las dos semanas de tratamiento, sin complicaciones. **Conclusión:** El empleo temprano de Aciclovir oral contribuyó a la remisión satisfactoria del cuadro, aunado a la protección parcial por las IgG de la madre adquirida vía transplacentaria. La infección por VVZ en la embarazada se ha demostrado como un agente teratógeno reconocido y la varicela perinatal puede ser muy grave, pero aquí radica la importancia del periodo de gestación en la cual ocurre la transmisión, siendo la falta de control prenatal un detonante que contribuye al aumento de morbimortalidad perinatal.

Palabras Clave: Aciclovir, anticuerpos maternos, transmisión vertical, varicela perinatal.

INTRODUCCIÓN

En nuestro medio aproximadamente el 85% de las embarazadas son inmunes a este virus y la frecuencia de infecciones en el embarazo es de 2- 3/1000.¹

El mayor riesgo de adquirir varicela perinatal ocurre cuando la madre presenta varicela entre 5 días antes y 2 días después del parto. El recién nacido presentará la infección después del período de incubación, esto es, entre los 5 y 10 días de vida. Por recibir una alta tasa de virus vía transplacentaria sin anticuerpos maternos, el recién nacido tiene riesgo de desarrollar formas graves de la infección, como son varicela diseminada y encefalitis, con una mortalidad de 30%.²

El caso clínico a presentar en un neonato de 14 días se redirecciona a que la inmunidad transplacentaria cumplió su función de protección para evitar complicaciones pulmonares, neurológicas y de otra índole, dado que con su tratamiento de Aciclovir la resolución fue satisfactoria.

CASO CLÍNICO

Recién nacida de 14 días es recibida en la emergencia por presentar lesiones vesiculosas de inicio súbito, generalizadas con predominio en tronco y extremidades, acompañada de fie-

bre e irritabilidad. Madre con antecedente de presentar lesiones similares 1 semana antes del parto, al igual que su hijo mayor. Se reporta parto extra hospitalario con partera, eutócico. Al ingreso examen físico denota exantema polimorfo generalizado pápulo –vesícula –ampollas de distribución centripeta, sin enantema (fig.1 a, b, c), peso de 3600 gr, sin alteración neurológica, oftálmica ni respiratoria. Se inició tratamiento con Aciclovir vía oral por no contar con la vía intravenosa a 75 mg cada 6 horas. Exámenes de laboratorio: hematocrito 40%, Hb 14 mg/dl, tipo sanguíneo O, Rh positivo, PCR negativo, RPR no reactivo. Se brindó tratamiento por dos semanas con respuesta favorable, lesiones dérmicas en resolución al alta, mayoritariamente costrosas. Se citó a la semana siguiente con mejoría total del cuadro.

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.⁴

La afectación fetal o del recién nacido tiene gran interés por la importante morbimortalidad que puede comportar, 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.⁵

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

Recibido para publicación el 08/2016, aceptado el 10/2016
Dirección para correspondencia: Dra. Cindy Desiree Zavala
Correo electrónico: cindyzavala979@gmail.com

CONFLICTOS DE INTERÉS. Los autores declaran no tener conflictos de interés en esta investigación.



Figura 1. A, B, C Exantema polimorfo generalizado pápulo –vesículo –ampollosas de distribución centrípeta.

dentro de los primeros 10 días después del nacimiento.⁶

El neonato se infecta vía transplacentaria, por aspiración de secreciones del canal del parto, o bien por vía respiratoria postnatalmente. Un adulto con infección activa por VHZ puede ser también foco de contagio para el neonato.

Respecto a la transmisión vertical de la varicela:

1.- Si el exantema materno precede al parto en un período superior a 5-8 días, se producirán IgG específicas que atraviesan la placenta y el recién nacido estará parcialmente protegido contra la enfermedad, la cual si se expresa clínicamente lo hará en la primera semana de vida y la evolución será benigna con alta probabilidad.⁷

2.- Si la infección materna ocurre los 4-5 días previos al parto o los 2 primeros postparto, se transmitirá al feto la viremia sin producirse las IgG maternas protectoras. El neonato manifestará la enfermedad entre 5-15 días tras el nacimiento. La erupción será generalizada con posible evolución ulcero-necrotizante o hemorrágica y complicaciones viscerales y pulmonares. La mortalidad puede alcanzar el 20-30%.

3.- El período de incubación de la varicela transmitida vía vertical es más corto (entre 9 y 15 días), pues se produce directamente la viremia fetal desde el torrente sanguíneo materno por paso masivo transplacentaria, obviando la replicación vírica local previa (nasofaringe) en la transmisión horizontal.⁸

En series amplias de varicela congénita, se han encontrado períodos de incubación de hasta 16 días e incluso menores de 6 días. Inmunológicamente, al ser las IgG anti VZ capaces de paso transplacentaria, los hijos de madres inmunes nacerán protegidos, al menos parcialmente, contra la enfermedad.⁹

El diagnóstico es eminentemente clínico, sólo en casos atípicos o de pacientes inmunodeprimidos puede ser necesario recurrir al laboratorio. Para ello disponemos de Métodos biológicos

directos: basados en el cultivo viral, visión directa en microscopio electrónico, detección de antígenos virales por inmunofluorescencia y de PCR. Métodos biológicos indirectos: Detección de Ac. Frente a VVZ. Se puede aplicar la fijación de complemento (hoy poco utilizado por ser de baja sensibilidad), técnicas de ELISA o las más sensibles de Ac. Fluorescentes frente a antígenos de membrana (AMA).¹⁰

Varios estudios concluyen que el tratamiento con Aciclovir oral dentro de las primeras 24-48 horas del debut de la enfermedad debe administrarse a recién nacidos a término y pre términos con clínica de varicela a dosis de 80 mg/K/día en 4 dosis vía oral, disminuye los síntomas generales y el exantema, acorta la evolución y disminuye la incidencia de complicaciones.¹¹

Es una droga segura y bien tolerada incluso en neonatos. La inmunoglobulina específica está indicada en hijos de madres que desarrollan varicela 5-7 días ante parto o 2 días postparto; neonatos que presentan la erupción después del 10º día vida; grandes prematuros; madres seronegativas expuestas; y ante la duda siempre debe administrarse también, a dosis de 1 ml/K endovenosa dentro de los 4 primeros días del contagio.¹²

En nuestro caso clínico, suponemos que el sujeto contagiante fue su primer hijo que debutó con varicela 1 semana antes que nuestra paciente y que tuvo contactos repetidos con la madre no inmune días previos al parto (durante su período de incubación). El exantema presente a los 14 días de vida del recién nacido, lo sitúa en un período de incubación quizás excesivamente corto para el contagio postnatal (13-14 días) y en el límite alto para la transmisión vertical. El antecedente materno de varicela en la última semana ante parto, y la clínica que presentó la paciente establece el diagnóstico de varicela congénita el cual no pudo confirmarse por laboratorio.

REFERENCIAS

1. Salvia MD, Álvarez E, Bosch J, Goncá A. Infecciones congénitas. En: SE-NAEP. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Neonatología. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2011. p. 143-51.
2. Whitley R J. Varicella - Zoster virus. Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. Mandell G, Bennett J, Dolin R, editors. Fifth edition, 2000 Churchill Livingstone, Philadelphia, pp: 1586-98.
3. 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.
4. Kawana T. Vertical transmission of alpha herpes virus. Jap J Clin Med 2000; 58: 871-6.
5. González SN, Torales TAN, Gómez BD. Varicela. Infectología clínica pediátrica. 7a ed. México: MacGraw Hill Interamericana; 2007. pp. 377-402
6. 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.
7. Mandelbrot L. Fetal varicella - diagnosis, management, and outcome. Prenat Diagn. 2012; 32:511-8.
8. Enders G, Miller E, Cradock-Watson J, Bolley Y, Ridehalgh M. Consequences of varicella and herpes zoster in pregnancy: prospective study of 1.379 cases. Lancet. 1994; 343:1548-1551.
9. Martin KA, Junker AK, Thomas EE, Van Allen MI, Friedman JM. Occurrence of chickenpox during pregnancy in women seropositive for varicella-zoster virus. J Infect Dis. 1994; 170:991-995.
10. Gershon AA, Steinberg AP, Gelb L. Clinical reinfection with varicella-zoster virus. J Infect Dis. 1984; 149:137-142.
11. Catania S, Ajassa C, Magno MS et al. Acyclovir in the treatment of varicella in immunocompetent children. Riv Eur Sci Med Farmacol. 1995; 4:115-123.
12. Espino Aguilar R, de la Torre Cecilia MC, Huertas Muñoz MD et al. Varicela neonatal: Indicaciones para el uso de inmunoglobulina específica Varicela Zoster. An Esp Pediatr 1989; 31:201-204.

ABSTRACT. Background: Chickenpox is a pox disease that predominantly occurs in childhood, being highly contagious so its presence during the pregnancy, the fetus and the newborn can be a real problem. The first case of congenital Varicella are report in 1878; occurred in a newborn of a day of life for what he did to think that infection had been acquired in utero. **Clinical case:** The case of a newborn of 14 days of life which is brought to the emergency by generalized squito injury accompanied by irritability, without any other symptoms companion, with a history of his mother and his older brother to present the same injury a week before the birth, is exposed it is joined with the diagnosis and treatment of perinatal Varicella, with satisfactory evolution within two weeks of treatment, with no complications. **Conclusion:** The early use of oral acyclovir contributed to satisfactory remission from the box, in addition to the partial protection by the mother via transplacental acquired IgG. VZV infection in pregnant women has been shown as an agent recognized teratogen and perinatal Varicella can be very serious, but here lies the importance of the period of gestation in which occurs the transmission, lack of prenatal care to be a trigger that contributes to the increase in perinatal morbidity and mortality.

Keywords: Acyclovir, maternal antibodies, vertical transmission, perinatal Varicella.