

Varicela neonatal tardía: presentación en un paciente pediátrico


Late neonatal chickenpox: presentation in a pediatric patient

Planchet, Jenny; Sánchez, Ana; León, Geraldine; Gutiérrez, Liliana

 Jenny Planchet
planchetjenny@gmail.com
Universidad Central de Venezuela, Venezuela

 Ana Sánchez
drasanchezana91@gmail.com
Hospital Universitario de Caracas, Venezuela

 Geraldine León
leongeraldine202@gmail.com
Hospital Universitario de Caracas, Venezuela

 Liliana Gutiérrez
lilianagutierrezbrito7@gmail.com
Hospital Universitario de Caracas, Venezuela

Revista Digital de Postgrado
Universidad Central de Venezuela, Venezuela
ISSN-e: 2244-761X
Periodicidad: Cuatrimestral
vol. 13, núm. 1, e386, 2024
revistadpgmeducv@gmail.com

Recepción: 12 de febrero de 2024
Aprobación: 01 de abril de 2024

DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2024.13.1.e386>

Cómo citar: Planchet J, Sánchez A, León G, Gutiérrez L. Varicela neonatal tardía: presentación en un paciente pediátrico. Rev. Digit Postgrado.2024;13(1):e386.doi: 10.37910/RDP.2024.13.1.e386

Resumen: La varicela es una infección poco frecuente durante la gestación, el riesgo para el feto y las manifestaciones clínicas, variarán en función del momento del embarazo en que se produce la infección materna, cuando la erupción maculopapular materna se produce entre los 5 días previos al parto y las 48 horas posteriores, se habla de varicela neonatal tardía. La clínica es grave, con afectación visceral (pulmonar, cerebral, hepática, hemorragias cutáneas, etc.) y un 30 % de los casos desarrollarán una varicela fulminante. Se presenta el caso de neonato masculino que consultó por lesiones en piel, tipo pápulas eritematosas y vesiculares pleomorfas, de distribución dispersa. Con evolución clínica tórpida, permaneció 24 horas en la institución, con franco deterioro respiratorio y neurológico, compatible con cuadro de varicela neonatal tardía fulminante.

Palabras clave: Varicela neonatal tardía, Neumonitis, Varicela.

Abstract: Chickenpox is considered a rare infection during pregnancy, the risk to the fetus and the clinical manifestations will vary depending on the time of pregnancy when the maternal infection occurs, when the maternal maculo-papular injuries occurs within the previous 5 days after delivery and 48 hours after, there is talk of late neonatal chickenpox. The symptoms are severe with visceral involvement (lung, brain, liver, skin bleeding, etc.) and 30% of cases will develop fulminant chickenpox. We present the case of a male neonate who consults due to skin lesions, such as erythematous papules and pleomorphic vesicles, with scattered distribution. With a torpid clinical course, who remains in the institution for 24 hours, with frank respiratory and neurological deterioration compatible with late-neonatal fulminant varicella symptoms.

Keywords: Late neonatal chickenpox, Pneumonitis, Chickenpox.

INTRODUCCIÓN

La varicela es una enfermedad causada por el virus varicela zoster, virus DNA del grupo herpes, altamente contagioso, cuyo único reservorio es el ser humano. La transmisión de persona a persona se produce por vía respiratoria o contacto directo con líquido de las vesículas, o lesiones de zoster en piel y fómites. El periodo de contagio comprende desde 2 días antes del inicio del exantema, hasta que las lesiones están en fase de costra, alrededor del 5º día. El periodo de incubación suele ser de 14-16 días, pudiendo ir de 10 a 21 días. Durante la gestación es poco frecuente, apareciendo en un 0,7 por mil embarazadas. Un 20 % de los neonatos desarrollan la enfermedad cuando la varicela aparece en la segunda o tercera semanas antes del parto.⁽¹⁾

El riesgo para el feto y las manifestaciones clínicas variarán en función del momento del embarazo en que se produce la infección materna pudiendo producirse: 1. Síndrome de varicela fetal (SVF). 2. Varicela fetal asintomática. 3. Varicela perinatal, 3.1. Varicela neonatal precoz. 3.2. Varicela neonatal tardía; 4. Varicela neonatal adquirida.

En el caso de varicela perinatal, se produce cuando la varicela materna ocurre entre los 21 días previos y los 2 días posteriores al parto. La erupción maculo-papular neonatal aparece en los primeros 15 días de vida. Se diferencian dos tipos: Varicela Neonatal Precoz, se produce cuando la varicela materna ocurre entre el día 21º y 5º preparto y la varicela neonatal se inicia en los 5 primeros días de vida y 15º día de vida. La clínica es leve porque han podido pasar anticuerpos maternos al recién nacido, no hay mortalidad. La varicela neonatal tardía, se produce cuando el rash materno aparece entre los 5 días previos al parto y las 48 horas posteriores. Se infecta del 17 al 30 % de los recién nacidos. La clínica es grave con afectación visceral (pulmonar, cerebral, hepática, hemorragias cutáneas, etc.) y un 30 % de los casos desarrollan una varicela fulminante.

La baja incidencia en el embarazo y la baja tasa de transmisión (17- 30 % al final del embarazo) motivan que la incidencia de varicela neonatal sea muy baja, estimándose una incidencia en países europeos de 0,16 casos /100.000 nacidos vivos. La afectación fetal o del recién nacido tiene gran interés por la importante morbimortalidad, ya que en los casos de infección sistémica grave la mortalidad puede alcanzar un 30 %.^(1,2)

En el contexto nacional, no existen referencias recientes reportadas en la literatura, además la infección por el virus de la varicela en la población en general no es frecuente, y la inmunización activa y pasiva no está disponible, por lo que es necesario estar actualizado en la atención de los grupos vulnerables de padecer esta infección.

CASO CLÍNICO

Se presenta caso de neonato masculino de 13 días de vida, quien inició enfermedad actual 3 días previos a su ingreso, cuando la madre evidenció eritema en tórax anterior, progresando a lesiones papulares generalizadas, a las 48 horas presentó lesiones tipo vesículas en palmas y plantas (Figura 1), concomitante alza térmica no cuantificada; la madre acudió a la emergencia del Hospital Universitario de Caracas, donde previa evaluación, se decidió su ingreso.

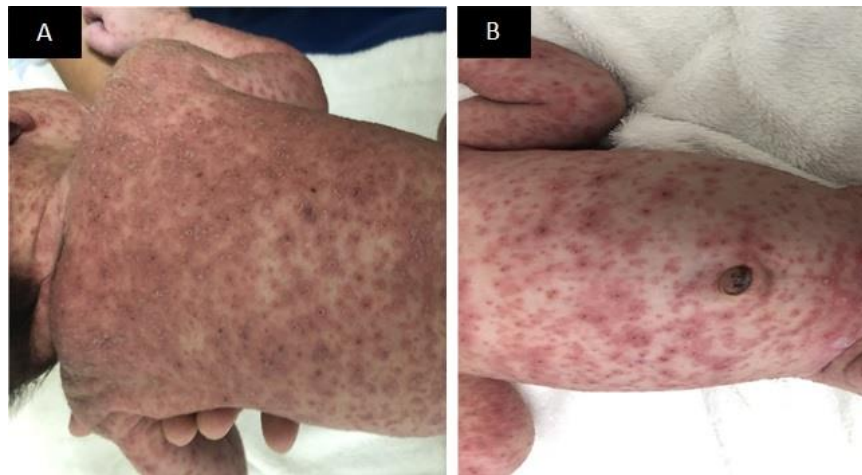


FIGURA 1. AB
Se evidencian lesiones vesículo-papulares generalizadas

Como antecedentes de importancia, el paciente es producto de madre de 22 años de edad. Embarazo planificado y controlado desde el tercer mes de gestación, cuyo único hallazgo positivo al interrogatorio durante el periodo neonatal, fueron lesiones tipo vesículas en cara y tórax dos días previos al parto. A las 40 semanas más 3 días de gestación, nació por parto eutócico simple, la madre presentó episodio febril de 38.9°C al momento del parto. Inició los síntomas descritos a los 11 días de vida. Sin otros antecedentes ni datos epidemiológicos pertinentes para la enfermedad.

El infante ingresó en regulares condiciones generales, con signos de dificultad respiratoria dados por tiraje intercostal y subcostal de leve a moderado; fontanela anterior permeable, normotensa, evidenciándose en piel múltiples lesiones tipo pápulas eritematosas y vesiculares, de contenido seroso, otras con umbilicación central y otras decapitadas, localizadas en cuero cabelludo, cara, cuello, extremidades, tronco incluyendo palmas y plantas; también múltiples lesiones tipo vesículas en ambas fosas nasales, lesiones vesículo-costrosas en pabellones auriculares (Figura 1), vesículas en paladar blando y paladar duro, adenomegalias en cadenas ganglionares latero cervicales bilaterales, en extremidades se observaron lesiones tipo papular, vesiculares, en palmas y plantas (Figura 2). A la evaluación cardiopulmonar: tiraje intercostal, subcostal, de moderado a severo, ruidos respiratorios audibles en ambos hemitórax, sin agregados. Ruidos cardiacos rítmicos, regulares, sin soplos, sin galope, neurológico sin alteraciones.

En vista de hallazgos en anamnesis y al examen físico, es ingresado con diagnóstico de varicela neonatal tardía. Se inició protocolo de tratamiento con Aciclovir EV a dosis de 150 mg/mt2SC/kg de peso diario, dividido en 3 dosis endovenosas. Para dar cobertura a sobreinfecciones por gérmenes de acuerdo al grupo etario, se decidió indicar antibioticoterapia a base de Cefotaxime a 150 mg/kg/día, y Oxacilina a 100 mg/kg/día, además, dieta absoluta e hidratación parenteral compuesta más el 10 % tomando en cuenta pérdidas insensibles.

Exámenes de laboratorio al momento de su ingreso, incluyeron: Hematología completa, química sanguínea, función hepática, electrolitos, PCR para Varicela Zoster y serologías para HIV, VDRL. Además, lo evaluó el servicio de dermatología, y se le realizó tanto ultrasonido abdominal (en vista de hepatomegalia al examen físico), como transfontanelar.

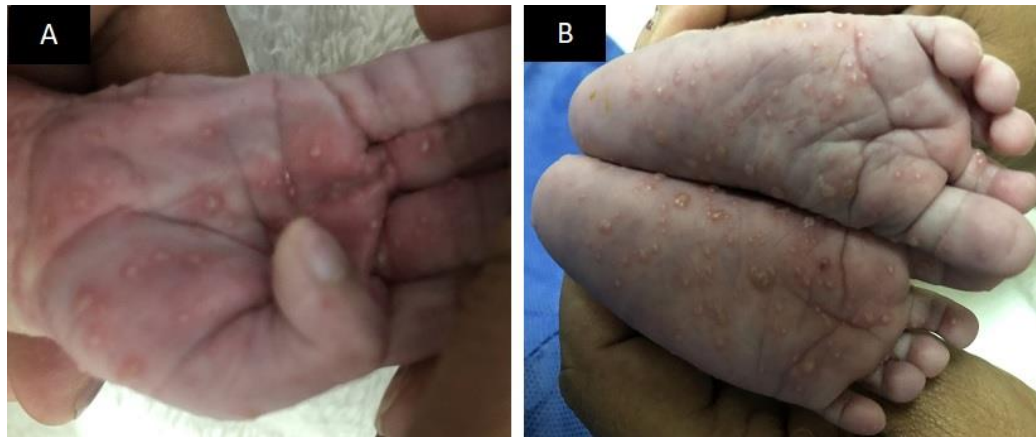


FIGURA 2. AB

Se evidencian lesiones tipo maculas y vesículas en palmas y plantas

Permaneció en el área de emergencia pediátrica bajo vigilancia médica estricta. A las 6 horas de evolución intrahospitalaria se realizó cateterización de acceso venoso central, el cual se llevó a cabo sin complicaciones. Resultados de paraclínicos GB: 5.900/mm³, Neutrófilos: 65.1%, Linfocitos: 31%, Hemoglobina: 15.4gr/dl. Hematocrito: 31.5%, Plaquetas: 94.000/ mm³, VDRL: No reactivo, HIV: Negativo.

Fue evaluado por el servicio de dermatología, quienes le realizaron prueba directa parasitológica que resultó negativa, Gram de vesícula: escasos PMN, cocos (positivo), Giemsa: ausencia de células gigantes multinucleadas, sugirieron como impresión diagnóstica: exantema viral vs. sífilis congénita vs. eritema tóxico neonatal vs. ectoparasitosis. Se descartaron sífilis congénita y ectoparasitosis.

El paciente presentó deterioro respiratorio, desaturado por oximetría de pulso, que se corrigió satisfactoriamente con oxigenoterapia. En radiografía de tórax se observó infiltrado intersticial difuso bilateral, por lo que se asoció el diagnóstico de Neumonitis como complicación de Varicela neonatal tardía (Figura 3). Aproximadamente a las 23 horas de hospitalización, progresó el deterioro respiratorio, dado por aumento del tiraje reportado al ingreso, y desaturación por oximetría, que no se corrigió con O₂, evidenciándose durante evaluación una parada cardiopulmonar (FC y FR en 0), se aplicaron maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, obteniéndose restitución de FC y FR, procediéndose a intubación orotraqueal.



FIGURA 3.

Rayos X de tórax de poca calidad técnica, mal colimada muy penetrada, rotada a la izquierda, sin lesiones en estructuras blandas ni óseas, con patrón intersticial bilateral con imagen con tendencia a la consolidación en tercio medio de campo pulmonar derecho

Rotación de la antibioticoterapia a Vancomicina, resultados de hematología completa de control, que reportó descenso de 3 gramos en cifras de hemoglobina y trombocitopenia con respecto a la hematología de ingreso. A las 26 horas de hospitalización, el paciente presentó nuevo deterioro respiratorio, conectándose a ventilación mecánica asistida. Se replanteó diagnóstico a: 1. Enfermedad exantemática, 1.1 Varicela neonatal fulminante, 1.2 sepsis punto de partida piel y partes blandas con falla multiorgánica, dado por falla hematológica y respiratoria posterior a varicela neonatal tardía.

Presentó espontáneamente sangrado activo a través de sitios de venopunción, vía venosa central, sonda oro gástrica y tubo orotraqueal con posterior parada cardiorrespiratoria con FC Y FR en 0, se inició nuevamente maniobras de RCP básica y avanzada durante 20 minutos, con administración de 3 dosis de adrenalina, sin respuesta alguna, por lo que el paciente falleció.

DISCUSIÓN

En nuestro país no se han reportado casos de varicela neonatal; la Varicela Perinatal según Macías y et al., ocurre en 0.7 % a 0.13 % de las mujeres embarazadas en países desarrollados y el riesgo de infección en el feto y el neonato es 1-7 casos por 10.000 embarazos; sin embargo, esta infección es importante por las posibles complicaciones materno fetales y neonatales.⁽²⁾

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. En el caso del paciente, es relevante el antecedente materno de lesiones vesiculares 2 días previos al parto con episodios febriles incluso durante el trabajo de parto, con posterior progresión de lesiones vesiculares a pústulas decapitadas pruriginosas. Las lesiones cutáneas neonatales aparecen en este caso a los 10 días de vida y la fiebre a los 12 días. 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 sufran la infección.

El cuadro clínico inicial del paciente estuvo dominado por las lesiones cutáneas descritas como exantema y lesiones pleomórficas y signos de dificultad respiratoria inicial, descritas ambos hallazgos como manifestaciones de varicela neonatal. Según Macías y Estrada, si bien el diagnóstico de varicela postnatal es eminentemente clínico, pues las lesiones cutáneas y su distribución corporal, así como el antecedente de contacto, permiten establecer con elevada seguridad esta patología.⁽²⁾

Es de suma importancia tratar de confirmar la etiología viral de la misma, actualmente la PCR se considera el estándar de oro para el diagnóstico. Sin embargo, como limitación diagnóstica en el caso, se solicitó de entrada PCR para varicela zoster y no se logró por no contar en la institución con dicho estudio, ni los familiares lograron su canalización extrahospitalaria. A nivel de paraclínicos, según Martínez-Ruiz, antes de la erupción puede existir: leucopenia, trombocitopenia y linfocitosis "relativa" y posteriormente leucocitosis moderada y linfocitosis absoluta.⁽³⁾ En el caso del paciente en estudio, los exámenes paraclínicos resultaron como la literatura reportada, posteriormente influenciada por la sobreinfección de las lesiones iniciales y su progresivo deterioro clínico.

Para Herrera Castillo y et al., la verdadera importancia clínica de esta enfermedad viene condicionada por la aparición de diversas complicaciones; entre las que se encuentran: sobreinfecciones bacterianas cutáneas o respiratorias, como la neumonía y la otitis, neumonitis por el virus varicela zóster (VVZ), complicaciones neurológicas e infecciones invasivas por el estreptococo del grupo A, complicaciones

cutáneas (infecciones piógenas secundarias, purpura fulminante, varicela hemorrágica), y de otra índole (trombocitopenia, artritis, hepatitis, iritis, uveítis, glomerulonefritis, angeítis granulomatosa).⁽⁴⁾

La literatura describe el curso clínico del presente caso, dado por las complicaciones cutáneas del paciente con diagnóstico de sepsis con punto de partida en piel y partes blandas, y la afectación pulmonar interpretada según imágenes y clínica, como Neumonitis por VVZ, con progresión a insuficiencia respiratoria que ameritó ventilación mecánica, y posterior desenlace de parada respiratoria y muerte del paciente.^(1, 4, 5)

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. 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 recién nacidos cuyas madres hayan padecido la varicela cinco días antes o dos días después del parto, suelen fallecer.⁽⁶⁾

Según Lemus y et al., las complicaciones de la varicela suelen ocurrir en niños inmunocomprometidos e inmunocompetentes sin distinción, la mortalidad en la forma grave es de un 30 %, siendo el tratamiento postinfección: inmunoglobulina en dosis única de 400 mg/kg.^(7, 8) En todos los casos, relacionan los cuadros clínicos dependiendo del momento de presentación clínica materna, a su vez esto relacionado con las posibles complicaciones del paciente; en el presente caso se evidenció los inicios de la clínica entre 5° y 15° día de vida. Con síntomas clínicos grave: con afectación visceral (pulmonar, cerebral, hepática, hemorragias cutáneas, etc.), así mismo se incluye en el 30 % de los casos desarrollan una varicela fulminante.⁽¹⁾ Por otra parte de acuerdo con la edad de los recién nacidos, las complicaciones músculoesqueléticas 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 el 70 % de los casos.⁽⁹⁾

Generalmente 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 virus herpes zóster (VHZ) puede ser también foco de contagio para el neonato. Respecto a la transmisión vertical de la varicela: si la infección materna ocurre los 4-5 días previos al parto o los 2 primeros postpartos, se transmitirá al feto la viremia sin producirse las IgG maternas protectoras. El neonato manifestará la enfermedad entre 5-15 días tras el nacimiento, como en el caso del paciente reportado. La erupción será generalizada con posible evolución ulcero-necrotizante o hemorrágica y complicaciones viscerales y pulmonares. 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 transplacentario, obviando la replicación vírica local previa (nasofaringe) en la transmisión horizontal.⁽⁶⁾

Esta patología se puede prevenir por medio de la vacunación a las mujeres en edad fértil que no presenten historia de varicela en la niñez y/o niveles de IgG anti-VVZ negativos.⁽¹⁰⁾

CONCLUSIONES

Actualmente, en nuestro país no contamos con estadísticas actuales de varicela durante la gestación o varicela neonatal; dependiendo del momento de presentación de los síntomas clínicos, así será la evolución y el riesgo del paciente.

La varicela neonatal es importante contemplarla y conocerla por las complicaciones maternas fetales y neonatales. Siempre se debe tener en cuenta esta patología por antecedentes maternos, además de contemplar un diagnóstico precoz que es de suma importancia por la evolución clínica de esta enfermedad, condicionada por la aparición de diversas complicaciones; en las que se encuentran sobreinfecciones

bacterianas cutáneas o respiratorias, como la neumonía, otitis y neumonitis. Tener en cuenta que la diseminación de la infección puede ser muy fácil, y con muy mal pronóstico para los neonatos o lactantes, por tal motivo se deben tomar las medidas necesarias para prevenir su diseminación, además es muy importante confirmar la etiología viral, para lo cual la PCR se considera el estándar de oro para el diagnóstico, y para el tratamiento postexposición, el uso de inmunoglobulina.

Este caso clínico presentado se correlaciona con los cuadros posnatales descritos en diversos estudios, en especial la presentación clínica grave de la enfermedad, complicaciones y desenlace letal del paciente.

REFERENCIAS

1. Romero A, Albañil B. Varicela Congénita y Neonatal. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. (AEPap) 2015; 1-19. (Citado junio 2020). Disponible en: [internet] https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos_adjuntos/varicela_documento_con_formato_final_bibli.pdf
2. Macías V, Estrada X. Varicela neonatal complicada: A propósito de un caso. Revista de Medicina Guayaquil. 2006; 12(4): 300-304. (Citada junio 2020). Disponible en: [internet] <https://core.ac.uk/download/pdf/268482101.pdf>
3. Martínez E, Reyes U, García E. Varicela congénita: reporte de un caso. Revista mexicana de pediatría. 2015; 82(1): 32-35. (Citado abril 2020). Disponible en: [internet] <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2015/sp151g.pdf>
4. Herrera C. Varicela neonatal. Enfermedades infecciosas y microbiológicas. 2010; 30(4). (Citado junio 2020). Disponible: [internet] <https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2010/ei104a.pdf>
5. Lemus V, Díaz P, Espinoza O. Varicela de adquisición postnatal en el recién nacido. Reporte de un caso. Enfermedades infecciosas y microbiología. Enf Inf Microbiol .2010; 30 (4): 139-141. (Citado marzo 2020). Disponible: [internet] <https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2010/ei104f.pdf>
6. Castro G, Zavala C, López O, Aguilar I. Varicela perinatal en el hospital Puerto Lempira. Reporte de un caso. Rev Med Hondur. 2016; 84(3-4): 107-109.
7. De Hoyos M, Pascual J, Aragón M, Ortiz R. Varicela perinatal; Un riesgo potencial. 1996. Servicio de microbiología. BOL PEDIATR. 1997; 37: 239-242. (Citado junio 2020). Disponible en: [internet] http://www.sccalp.org/boletin/162/BolPediatr1997_37_239-242.pdf
8. Álvarez T. Atención al neonato expuesto o infectado con el virus varicela-zoster Revista Cubana de Pediatría. 2020; 92(1): e843. (Citado enero 2021). Disponible en: [internet] https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES
9. Martínez E, Reyes U, García E, López G, Pérez O. Varicela congénita: reporte de un caso. Rev Mex Pediatr 2015; 82(1): 32-35. (Citado enero 2021). Disponible en: [internet] www.medigraphic.org.mx
10. Agüero A, Salazar J, Valverde A. Varicela en el embarazo, infección potencialmente peligrosa para la madre y el feto. Revista Médica Sinergia. 2020; 5(2): 1-13. (Citado en enero 2021). Disponible en [internet] doi: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i2.331>.