

Comentario editorial

Varicela: nuevas conductas frente a una enfermedad común en pediatría

Dr. José Marcó del Pont*

La varicela es una enfermedad infecciosa de etiología viral, perteneciente al grupo de los Herpesviridae con ADN, que afecta principalmente a los niños en los primeros años de vida.

En la mayoría de los pacientes, su comportamiento es de tipo benigno y no es esperable que se padezcan complicaciones mayores.

Hay un grupo de pacientes en los que la enfermedad puede tener un comportamiento más agresivo, como por ejemplo, las mujeres embarazadas susceptibles, los pacientes inmunocomprometidos y los adultos susceptibles. Son estos los grupos con los que debemos actuar, tanto en su prevención, como en el tratamiento.^{1,2}

Entre las complicaciones relacionadas con la enfermedad se describen: la sobreinfección bacteriana de las lesiones (impétigo) por *Staphylococcus* o *Streptococcus* (la más frecuente), la neumopatía, el compromiso del sistema nervioso central (SNC) (encefalitis), el síndrome de Reye en los pacientes que reciben aspirina, etc.² En relación con la edad, las complicaciones son más frecuentes en menores de 1 año y mayores de 15 años.

El impacto de la enfermedad en EE.UU. provoca más de 4.000.000 de casos anualmente, de los cuales requieren internación 10.000 personas –2-3 casos cada 1.000 niños y 8 cada 1.000 adultos– y se calcula una muerte cada 60.000 casos. En nuestro país, se calculan aproximadamente 400.000 casos anuales. La mortalidad en niños de hasta 12 años es de aproximadamente 2 casos cada 100.000.¹⁻³

En los últimos años se han producido importantes avances en el conocimiento de la enfermedad, tanto en lo que se refiere a su prevención, como también a su tratamiento y se han podido clasificar

mejor los factores de riesgo relacionados con el huésped; esto repercutió favorablemente en la posibilidad de prevenir la enfermedad, tratarla y modificar su evolución.

Actualmente contamos con gammaglobulina de banco, gammaglobulina hiperinmune, antivirales como el aciclovir y vacuna específica a virus vivo atenuado para la prevención y el tratamiento de esta enfermedad. Es evidente que el uso que haremos de cada uno de ellos estará condicionado por la situación clínica enfrentada (prevención-tratamiento), el tipo de

huésped y el tiempo transcurrido desde la exposición o el comienzo de la enfermedad.

Es muy importante categorizar a los pacientes inmunocomprometidos para poder determinar el nivel de riesgo de padecer complicaciones mayores, y también

saber si estamos enfrentados a una enfermedad primaria o si se trata de una recurrencia, por el distinto comportamiento de la enfermedad y su grado de invasividad.

Cuando nos planteamos la necesidad de prevenir la enfermedad, cualquiera de los tratamientos propuestos anteriormente pueden ser de utilidad, incluso la posibilidad –según el riesgo– de tener que asociar alguno de ellos (gammaglobulina + aciclovir en los recién nacidos de madre con varicela 5 días antes del parto o hasta 48 horas posteriores al mismo).

El tratamiento de la varicela con aciclovir ha sido uno de los avances más importantes que determinaron cambios significativos en la evolución de la enfermedad, al disminuir la morbimortalidad, fundamentalmente, en el grupo de pacientes inmunosuprimidos. La decisión de un tratamiento con aciclovir debe estar condicionada por factores de riesgo del

Ver artículos
relacionados en las
páginas 8, 13 y 18

* Servicio de Infectología.
Departamento de
Pediatría.
Hospital Italiano
de Buenos Aires.

paciente y la clasificación adecuada.⁴ Esto está planteado en el trabajo de Rodríguez Brieschke y col.² con un importante número de pacientes inmunocomprometidos, en donde se los clasifica, se describen sus complicaciones y los resultados obtenidos con una baja tasa de mortalidad bajo el tratamiento con aciclovir en el momento del diagnóstico.

En el caso del tratamiento de huéspedes normales sin complicaciones, no se justifica, a mi criterio, el tratamiento con aciclovir por el riesgo de generar resistencia, aunque se sabe que cuando se inicia precozmente es seguro y eficaz.

Lo mismo sucede cuando se plantea la vía a utilizar para el tratamiento: si se debe administrar por vía oral o endovenosa. Si evaluamos adecuadamente los factores de riesgo del paciente y realizamos un seguimiento bajo protocolo, el tratamiento podrá ser efectuado por vía oral, con las ventajas manifiestas que esto nos otorga (costo, comodidad para el paciente y su familia, evitar la internación de una enfermedad infectocontagiosa en áreas de riesgo, etc.). Este aspecto está planteado en el trabajo de Luedicke y col.⁵ sobre una población de niños HIV positivos, en donde la incidencia de infección por VZV fue del 55% y donde no se observaron diferencias, en cuanto a las complicaciones, en aquellos niños tratados con aciclovir oral o EV. En nuestra experiencia, sobre un grupo de pacientes postrasplante hepático, la incidencia de varicela fue del 27%, de los cuales el 70% recibió tratamiento por vía oral en forma ambulatoria, sin observar diferencias con el grupo que requirió internación para su tratamiento endovenoso.^{2,4,5} El tiempo de tratamiento con aciclovir debe ser de 5 a 7 días y se debe iniciar tempranamente al comienzo de los síntomas (48-72 horas). En adolescentes y adultos, también se han incorporado otros fármacos para el tratamiento, como valaciclovir, fanciclovir o foscarnet, para cepas resistentes del VZV al aciclovir.¹

Con respecto a la prevención de la enfermedad, ante la exposición de un individuo susceptible se plantean distintas alternativas como, por ejemplo, el uso de gammaglobulina. Esta se debe aplicar dentro de las 72 horas de haberse producido el contacto con el caso índice. Los grupos de pacientes que pueden beneficiarse son: la mujer embarazada susceptible en contacto directo con varicela en el

primer trimestre de embarazo (hay mayor riesgo de afectación fetal, entre 2 a 2,4%, si la enfermedad ocurre entre las 13 y las 20 semanas de gestación), el recién nacido cuya madre presentó la enfermedad en los 5 días anteriores al parto y hasta 48 horas de haberse producido el mismo, los pacientes profundamente inmunocomprometidos, como los trasplantados de médula ósea, etc. Hay que tener en cuenta que la gammaglobulina hiperinmune es una medicación de alto costo y a veces de difícil acceso.¹

Otra alternativa útil y efectiva es el uso de aciclovir por vía oral, durante 5 a 7 días, a partir del séptimo día del contacto con el caso índice, con una alta eficacia en la prevención de la enfermedad (85%). Es interesante mencionar que aquellos pacientes que no presentan la enfermedad clínica, al cabo de cierto tiempo producen anticuerpos protectores en el 70%.⁶ En este mismo sentido, el trabajo de Goldstein G. y col. también plantea el uso de aciclovir oral para la profilaxis posexposición con un diseño de casos y controles.⁷ La duda que queda –y que obligará a realizar un seguimiento a largo plazo– es si en aquellos pacientes que no presentaron enfermedad clínica, la protección que lograron será duradera.

También contamos hoy con experiencias en el uso de esta medicación en pacientes inmunocomprometidos,⁶ pero no hay suficiente experiencia como profilaxis en la mujer embarazada.

Desde la incorporación de la vacuna específica a virus vivo atenuado, se suma un elemento más para la prevención de la enfermedad. Ésta puede indicarse a partir del año de edad. Ya está demostrado en la bibliografía que puede utilizarse como un mecanismo de bloqueo de la enfermedad, si se utiliza dentro de las 24-48 horas (93% de eficacia) del contacto con el caso índice y en aquellos pacientes que pueden recibir vacunas a virus vivo.⁸ Con el correr del tiempo pudimos observar que pacientes adecuadamente vacunados y expuestos a varicela cursaban la enfermedad, pero en su gran mayoría, presentaban características leves. Ante esta situación, realizamos un estudio sobre la eficacia clínica de la vacuna en una población de 202 niños vacunados y observamos que el 82,5% de los expuestos al caso índice no presentaron la enfermedad. En el 17,5% que

la presentó, fue de una forma leve en el 95%. Esta observación nos plantea como interrogante, si no se debería atrasar la aplicación de la vacuna hasta los 18 meses de edad y la posibilidad, si queremos erradicar la enfermedad, de aplicar una segunda dosis entre los 4 y los 6 años de edad.⁹

En los países en donde se ha incorporado la vacuna, el número de internaciones por varicela complicada se ha reducido, como así también, la infección en niños mayores y en adultos. No se han observado complicaciones importantes, ni tampoco mayor incidencia de herpes zóster en la población vacunada. No se ha demostrado que la vacuna aumente el riesgo de reactivación de herpes zóster, tanto en huéspedes normales, como en pacientes inmunosuprimidos; por el contrario, los pacientes vacunados presentan una menor frecuencia de recurrencia si lo comparamos con el virus salvaje.

Quedan todavía algunos interrogantes, como la posibilidad de trasladar una enfermedad de aparición temprana en la vida, a etapas más tardías con un comportamiento diferente si se mantiene el plan de vacunación actual. Si los pacientes que presentan la enfermedad después de la vacunación tendrán el mismo comportamiento, si la padecen en etapas más tardías de la vida.

Debemos conocer también que para que una vacuna tenga el impacto epidemiológico deseado deberá estar cubierto más del 90% de la población y esto sería posible sólo con la incorporación al calendario nacional de vacunación, hecho que por ahora, parece poco factible frente a otras prioridades, como por ejemplo, la hepatitis A. Por lo tanto, por el momento, queda en manos de los pediatras, la decisión individual de indicar la vacuna.

Creo que no podemos desconocer la importancia que tiene la protección de la vacuna sobre aquellos pacientes de mayor riesgo que pueden recibir vacuna a virus atenuado, como así también sus contactos cercanos. Hay que tener en cuenta que en la gran mayoría de las veces desconocemos la fuente de contagio.²

Con respecto a costos y beneficios, en

aquellos países que han incorporado la vacuna en forma masiva se ha demostrado una disminución significativa de los costos que la enfermedad ocasiona, así como de sus complicaciones, con el ahorro económico correspondiente.

Es interesante y esperanzador observar los distintos grupos que existen en nuestro país trabajando e investigando sobre una enfermedad tan común en pediatría que nos permiten, de acuerdo con los resultados obtenidos en sus distintas experiencias, adoptar las diferentes alternativas planteadas, tanto para su prevención, como para su tratamiento y que beneficiará directamente o indirectamente la salud y el bienestar de nuestros niños. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Report of the Committee on Infectious Diseases. American Academy of Pediatrics. 2000, 624-38.
2. Rodríguez Brieschke M, Sarkis C, Rodríguez T, González F, Latella A, Paganini H. Varicela en el niño inmunocomprometido en la era del aciclovir. Arch. argent. pediatr 2004, 102(1): xxxxxx
3. Libro Azul de Infectología Pediátrica. Comité Nacional de Infectología Pediátrica. Sociedad Argentina de Pediatría. 2000; 506-14.
4. Marcó del Pont J, et al. Nueva forma de tratamiento de varicela zóster en pacientes pediátricos con trasplante hepático. Congreso Argentino de Infectología Pediátrica. Mayo 1999. Rosario Santa Fe. Argentina. Resumen.
5. Luedicke N, Pueyo S, Rezzonico G, Lancieri I. Evolución de la infección por virus varicela-zóster en niños infectados perinatalmente con el virus de la inmunodeficiencia humana. Arch. argent. pediatr 2004, 102(1): 18-21.
6. Marcó del Pont J y col. Prevención de varicela con aciclovir oral en contactos susceptibles. Arch. argent. pediatr 2002, 100(5): 482-85.
7. Goldstein G, García A, Aguirre A, Dieser P, Gaivironsky R, Polack N. Aciclovir oral para profilaxis posexposición familiar a varicela. Arch. argent. pediatr 2004, 102(1): 13-17.
8. Gentile A, Marcó del Pont J, Martínez Iriart E, Pueta G, Joaquín W, Castrillon S, Serantes M, Lamy P, Ruttimann R. Efectividad de la vacuna anti-varicela zóster como profilaxis posexposición. Arch. argent. pediatr 2002(1); 100: 25-30.
9. Marcó del Pont J, Rocha M, Caruso E, Rey M, Frangi V, Eymann FA. Efectividad de la vacuna contra varicela en pediatría. Departamento de Pediatría. Hospital Italiano. Buenos Aires. Argentina. Trabajo Libre. 33° Congreso Argentino de Pediatría. Mar del Plata, Octubre 2003.