

Fiebre y exantema

Bloju A, Valles Ugarte ML, Cerrada Cerrada E

Centro de Salud Francia. Fuenlabrada (Madrid)

Varón de 23 años de edad, que consulta por fiebre elevada (hasta 40,5°C) y malestar general; en las últimas 24 horas se ha añadido un exantema pápulo-pustuloso pruriginoso generalizado (exceptuando palmas y plantas).

Entre sus antecedentes patológicos, cuenta con un trastorno de la marcha, secuela de mielomeningocele intervenido en la infancia. No alergias conocidas, no contactos de riesgo, ni viajes recientes.

En la exploración física se halla temperatura de 40°C, presión arterial 116/70 mmHg, sat O₂ 97%, mal estado general, eupneico, buena coloración mucocutánea, erupción generalizada con pápulas, vesículas, pústulas, costras y lesiones por rascado (en diferentes estadios evolutivos), linfadenopatías cervicales dolorosas bilaterales (**Figuras 1, 2 y 3**). Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado. Abdomen sin masas ni visceromegalias.

Hemograma: 6.300 leucocitos (fórmula normal), hemoglobina 16, VCM 89, plaquetas 88.000. PCR:



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

2,8 mg/dl. Bioquímica: glucosa 96, urea 16, creatinina 0,5, Na 136, K 3,5, GPT 89, GGT 67, LDH 474. Coagulación normal.

Radiografía de tórax: compatible con neumonía por varicela (**Figura 4**).



Figura 4.

Con los datos anteriores se diagnostica de infección primaria por varicela y se pauta tratamiento con aciclovir (10 mg/Kg/día). La evolución es favorable.

COMENTARIO

El reservorio de la varicela son los seres humanos. El contagio es respiratorio a través de gotas de saliva (gotas de Pflügge), o mediante el contacto de la mucosa respiratoria, conjuntiva o la piel con líquido proveniente del exudado vesicular.

La infección varicelosa previa confiere inmunidad. Se considera que toda persona no inmune expuesta a un paciente con herpes zoster puede contraer la varicela.

La primera fase es la de incubación, que dura un promedio de 15 días (10-23 días). La segunda fase se inicia con pródromos mínimos en el niño, mucho más acusados en el adulto, y se manifiesta con postración, astenia, fiebre y mialgias. En la tercera fase aparece el exantema (pequeñas máculas que evolucionan a pápulas, vesículas, pústulas

y costras), en oleadas sucesivas (cada 5-6 días), generalmente sin afectación de palmas y plantas; es muy pruriginoso y se acompaña de fiebre variable con cada nueva oleada de lesiones. La fiebre prolongada es indicativa de sobreinfección u otras complicaciones. En las mucosas las vesículas se convierten en úlceras superficiales (aftas bucales).

Las complicaciones más frecuentes son:

- Neumonía varicelosa. Es rara en el niño, pero presenta una incidencia de 20% en adultos. Cursa con fiebre alta, tos, hemoptisis, disnea, pleuritis (20%) y muestra infiltrados nodulares en el estudio radiográfico.

- Encefalitis. Es más frecuente en los niños. Aparece 3-8 días después de la erupción y cursa con afectación cerebelosa aislada, con ataxia, nistagmo, temblor y síndrome vertiginoso. En el LCR aparece pleocitosis ligera y mínima hiperproteíorraquia.

- Otras complicaciones menos frecuentes son la mielitis transversa, la polineuritis, la miocarditis, la glomerulonefritis, las artritis, las púrpuras...

- Sobreinfecciones: otitis media, escarlatina, osteomielitis, neumonías, infecciones con cocos grampositivos.

- Embriopatía por varicela (hipoplasia de extremidades, cicatrices cutáneas, microcefalia, coriorretinitis y cataratas). Se da en el 2% de hijos de madres que padecieron varicela antes de la semana 20 de gestación. Si la infección de la madre sucede 5 días antes o 2 tras el parto puede ser letal para el recién nacido.

El tratamiento es sintomático, con paracetamol, antihistamínicos, sulfato de zinc al 1/1000...

No se recomienda el aciclovir por vía oral para uso sistemático en niños sanos con varicela. Éste debe reservarse para:

- Inmunodeprimidos.
- Pacientes con corticoterapia.
- Pacientes con tratamiento con salicilatos.
- Pacientes mayores de 12 años.
- Lactantes menores de 6 meses.
- Embarazadas (durante el segundo y tercer trimestre).

En los niños la dosis de aciclovir por vía oral es de 80 mg/Kg/día cada 6 horas durante 5 días.

También pueden emplearse famciclovir, valaciclovir y foscarnet (sólo en adultos).

La vacunación con virus atenuado genera inmunidad en el 95% de las ocasiones después de una dosis

y en el 99% con dos. Es eficaz para evitar la infección leve en el 70-85% de los vacunados y la moderada-grave en el 95%. Los estudios sobre la inmunidad adquirida indican una duración de hasta 20 años.

BIBLIOGRAFÍA

- Caetano JS, Neto P, Alves MC, Rodrigues F. [S. pyogenes invasive disease in a paediatric hospital: 1996-2009]. *Acta Med Port* 2010;23:385-90.
- Carvalho Neto AD, Bruck I, Coelho LO, Cruz CR, Liu CB, Gomes AF, Ogata SA, Tahan TT. [Cerebral arterial aneurysm in a child with acquired immunodeficiency syndrome: case report]. *Arq Neuropsiquiatr* 2001;59(2-B):444-8.
- Carrillo JM, Jiménez E, Jiménez R. [Infections in the child with acute leukemia]. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1981;38:313-22.
- Fortún J. [Principal infections in the oncology patient: practical treatment]. *An Sist Sanit Navar* 2004;27 Suppl 3:17-31.
- Gavilán F, Caballero J, Cárdenas M, Moreno J, Martínez L, Gallego C, Sánchez Guijo P, Torre-Cisneros J. [Acyclovir may modulate clonal expansion of cd8+ lymphocytes induced by the Cytomegalovirus antigen]. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1999;17:390-3.
- Ladrière M, Bibes B, Rabaud C, Delaby P, May T, Canton P. [Varicella zoster virus infection after bone marrow transplant. Unusual presentation and importance of prevention]. *Presse Med* 2001;30:1151-4.
- Lopardo H, Mastroianni A, Casimir L. [Bacteremia due to *Abiotrophia defectiva* in a febrile neutropenic pediatric patient]. *Rev Argent Microbiol* 2007;39:93-4.
- Montero Tinnirello J, Rodríguez Pecci MS, De la Fuente Aguado J, Santos Armentia E. [Mild cerebral oedema in a patient with vascular encephalopathy due to varicella-zoster virus: an unexpected complication]. *Neurología* 2010;25:132-4.
- Moreno J, Montero JL, Gavilán F, Costán G, Herrero C, Cárdenas M, Sánchez Guijo P, Torre Cisneros J. [Open clinical trial with oral acyclovir for the prophylaxis of disease by Cytomegalovirus in low risk liver transplant recipients]. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1999;17:382-5.
- Pérez Escuredo J, Llorente JL, Melón S, de Oña M, García Martínez J, Álvarez Marcos C, Hermsen M. [Viral infection of herpes simplex, Epstein-Barr, varicella zoster, human papilloma, cytomegalovirus, or adenovirus are not related to sinonasal adenocarcinomas]. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2007;58:311-5.
- Pérez Yarza EG, Arranz L, Alustiza J, Azkunaga B, Uriz J, Sarasua A, Mendiburu I, Emparanza JI, Grupo Varicela Gipuzkoa. [Hospital admissions for varicella complications in children aged less than 15 years old]. *An Pediatr (Barc)* 2003;59:229-33.
- Sáenz-Francés F, Calvo-González C, Jiménez-Santos M, Méndez-Hernández C, Fernández-Vidal AM, Martínez de la Casa JM, García Sánchez J, García Feijoo J. Herpetic optic neuritis associated with herpetic keratitis. *Eur J Ophthalmol* 2007;17:683-4.
- Sánchez Guerra M, Infante J, Pascual J, Berciano J, Polo J. [Neurologic complications of herpes zoster. A retrospective study in 100 patients]. *Neurología* 2001;16:112-7.
- Vial PA, Ferreccio C, Abarca K, Ortiz E, Noriega M, Pérez C, Labarca J, Torres M, Ferrés M, González C, Acuña G. [Natural history of human immunodeficiency virus infection in a cohort of Chilean patients]. *Rev Med Chil* 1996;124:525-35.
- Rojas Zegers J, Fidel Avendaño L. [Chickenpox, burns and grafts]. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1979;36:633-9.