

HAGA SU DIAGNOSTICO

Dres. V. Miranda, J. Claus, M. Balestrini

CASO CLINICO

Se presenta una recién nacida de término, peso adecuado para edad gestacional, sexo femenino, embarazo controlado, serologías maternas negativas, parto domiciliario, con diagnóstico de cardiopatía congénita: comunicación interventricular y coartación de aorta.

Al séptimo día de vida es intervenida quirúrgicamente por su cardiopatía congénita y se le realiza cirugía cardiovascular correctora con bomba extracorpórea. En el curso del 6to. día posoperatorio (POP) presenta episodio convulsivo por lo que se realiza tomografía axial computada (TAC) de cerebro que presenta imágenes hipodensas tenues a nivel de región medial del lóbulo temporal izquierdo, particularmente visible en los cortes coronales. El estudio polisomnográfico se encuentra alterado, con trazados desorganizados discontinuos, asimetría y con presencia de actividad lenta theta difusa a continuación de la actividad de base de hasta 10 seg de duración a predominio de hemisferio izquierdo, sincrónico y asincrónico, por lo que queda medicada con anticonvulsivantes. La paciente evoluciona favorablemente desde el punto de vista cardiovascular, puede ser extubada, se retira asistencia respiratoria mecánica y no tiene requerimientos de inotrópicos. Los episodios convulsivos fueron controlados con la medicación anticonvulsivante y un estudio poli-

somnográfico posterior no presenta descargas patológicas. Permanece internada para recuperación nutricional.

A los 15 días de vida presenta lesiones vesiculosas en cuero cabelludo localizadas y una lesión única de igual característica en espalda, todas con contenido seroso en su interior (Figura 1).



Figura 1: Lesiones cuero cabelludo.

HERPES SIMPLE NEONATAL

La infección por virus herpes simple (VHS) es de distribución universal, no tiene vector animal y su único reservorio es el ser humano. Es responsable de manifestaciones bucolabiales y se transmite por contacto íntimo directo de personas infectadas. El virus puede causar enfermedad genital y su incidencia no presenta variación estacional. No hay estadísticas nacionales de prevalencia del herpes virus.

La infección materna es asintomática si bien puede manifestarse con lesiones cutáneas, bucofaringeas y genitales. La infección genital recurrente es la forma de transmisión más frecuente durante el embarazo. La mayoría de las embarazadas con infección primaria no refieren síntomas clínicos de la enfermedad.

La infección materna puede ser primaria cuando el contacto con el VHS 1 o 2 se produce por primera vez. En este caso la replicación viral es alta, la excreción dura alrededor de 3 semanas y la probabilidad de transmisión al feto es de un 50%. O puede presentarse como primer episodio no primario cuando la madre presenta una infección previa por uno de los dos virus, y por la presencia de anticuerpos contra el otro tipo viral la probabilidad de transmisión es del 30%.

La incidencia de la enfermedad neonatal es variable, se estima que se presenta entre 1/3.000 y 1/20.000 nacidos vivos, con una media de 1/3.200 nacidos vivos.

La transmisión neonatal puede ser:

- Intrauterina: se presenta en un 5% por vía transplacentaria o ascendente.
- Perinatal: 80-90% de los casos, es la forma más frecuente.
- Posnatal: 10% puede ser transmitida por la madre, familiares o el ambiente hospitalario.

Presentación clínica:

Encefalitis con afección cutánea: un tercio de los pacientes presentan compromiso del SNC con manifestación de enfermedad mucocutánea o sin ella. Presenta convulsiones generalizadas o focales, fiebre, irritabilidad, temblores, dificultad para la succión, abombamiento de la fontanela, inestabilidad térmica. La afección central es por lo general del lóbulo temporal, con calcificaciones y atrofia cerebral. El electroencefalograma, tomografía axial computada y resonancia magnética de cerebro son necesarios para determinar la magnitud de las lesiones en el SNC.

Enfermedad diseminada: cerca de la mitad de los casos presentan compromiso de múltiples órganos, presentación clínica: letargia, dificultad de succión, fiebre, dificultad respiratoria, apnea, neumonitis, hepatomegalia, ictericia, convulsiones, trastorno de la coagulación. El compromiso del SNC con encefalitis es común en esta forma de presentación y se observa en 60% de los pacientes, las manifestaciones cutáneas en 20% de los recién nacidos, con compromiso del hígado y los pulmones, asociado a coagulopatía.

Infección intrauterina: tiene un incidencia de 1/30.000 partos. Los recién nacidos con infección intrauterina presentan una triada característica: compromiso cutáneo, ocular y del sistema nervioso. Lesiones cutáneas: lesiones cicatrizales de hipopigmentación en la piel, aplasia cutánea o exantema maculopapular eritematoso. Lesiones oculares: microftalmía, displasia retiniana, atrofia de nervio óptico o coriorretinitis.

Las manifestaciones neurológicas incluyen: microcefalia, encefalomalacia, hidranencefalia o calcificación endocraneal.

Los estudios serológicos no juegan ningún papel en el diagnóstico de la enfermedad de VHS neonatal. El aislamiento de VHS por cultivo sigue siendo el método de diagnóstico definitivo para establecer enfermedad VHS. Si las lesiones en piel están presentes, un raspado de las vesículas se debe transferir en medio de transporte viral apropiado en hielo para un diagnóstico con laboratorio de virología. Dichas muestras se inoculan en los sistemas de cultivo de células, las cuales son monitoreadas a continuación para observar los efectos citopáticos característicos de la replicación del VHS. Otros sitios desde los cuales se puede aislar el virus incluyen el LCR, orina, sangre, heces o en el recto, orofaringe y la conjuntiva.

El diagnóstico de las infecciones neonatales por VHS ha sido revolucionado por la aplicación de la tecnología de PCR en toma de muestra de líquido cefalorraquídeo y tomas de muestras de lesiones cutáneas con una sensibilidad global del 80% y una especificidad global de 71%.

El tratamiento se realiza con Aciclovir endovenoso (EV) 60 mg/ kg /día, dividido en 3 dosis durante 21 días. Cuando hay compromiso de SNC o enfermedad diseminada debe realizarse punción de líquido cefalorraquídeo con control de PCR, y en caso de que la PCR sea positiva la terapia con EV debe durar hasta negativizar la prueba, continuando el tratamiento con Aciclovir vía oral 40 mg/día cada 12 hs por 6 meses con controles de laboratorio dado que puede presentar como efecto adverso neutropenia, anemia y aumento de enzima hepáticas, urea y creatinina.

En la paciente las lesiones en cuero cabelludo evolucionaron a lesiones costrosas en el término de 7 días. Se realizó examen complementario oftalmológico evidenciándose lesiones coriorretinales inactivas en relación a arco inferior y una lesión activa blanquecina. Se tomó muestra para tinción histopatológica Tzank y se realizó hisopado de lesiones para PCR y punción lumbar para PCR en búsqueda de Herpes simple I y II. El líquido cefalorraquídeo se informó: límpido, xantocrómico, 25 leucocitos/ campo (75/ 25), glucorraquia 41 mg/ dl, proteinorraquia 259 mg/ dl, cloruro 124 meq/l. Los resultados de los estudios complementarios informaron:

- Tinción Histopatológica Tzank: Negativa.
- PCR en hisopado de lesión: Positiva para Herpes.

- PCR en Líquido cefalorraquídeo: Positiva para Herpes.

Se inició tratamiento con Aciclovir endovenoso desde el momento en que se evidenciaron las vesículas en cuero cabelludo ante la sospecha de Herpes simple neonatal.

LECTURA RECOMENDADA

- James SH, Kimberlin DW. Neonatal herpes simplex virus infection: epidemiology and treatment. Clin Perinatol 2015; 42: 47-59.
- Israele V. Infecciones Virales congénitas y adquiridas. En Pueyo de Casabé S, Valverde R. Dermatología Neonatal. Buenos Aires. Artes Gráficas Buschi 2005; 33: 521-524.
- Lúbe Antunes de S Thiago Pereira A. Herpes simple neonatal. En Ceriani Cernadas JM, Mariani G, Lázaro C. Programa de Actualización de Neonatología (PRONEO). Editorial Médica Panamericana. 2012 Módulo 4. Pags 112-141.
- Kimberlin DW. Neonatal herpes simplex infection. Clin Microbiol Rev. 2004; 17:1-13.