

confusional agudo en un paciente que presentaba cuadro febril y estado de ansiedad previo¹⁰.

Con este caso queremos llamar la atención sobre un efecto secundario raramente descrito, potencialmente grave y reversible inducido por levofloxacin, que en nuestro caso se produjo en una persona joven y sin factores de riesgo asociados para la neurotoxicidad del fármaco.

Bibliografía

1. Hopper DC. Levofloxacin. En: Grayson ML, editor. Kucer's The Use of Antibiotics a Clinical Review of Antibacterial, Antifungal, Antiparasitic and Antiviral Drugs. London: Hodden Arnold, ASM Press; 2010. p. 1396–411.
2. Tomé AM, Filipe A. Quinolones. Review of psychiatric and neurological adverse reactions. Drug Sat. 2011;34:465–88.
3. Owens RC, Ambrose PG. Antimicrobial safety: Focus on fluorquinolones. CID. 2005;41:S144–57.
4. Liu HH. Safety profile of the fluoroquinolones. Focus on levofloxacin. Drug Sat. 2010;83:353–69.
5. De Sarro A, de Sarro G. Adverse reactions to fluoroquinolones. An overview on mechanistic aspects. Curr Med Chem. 2001;8:371–84.
6. Bellon A, Pérez-García G, Coverdale JH, Chacko RC. Seizures associated with levofloxacin: Case presentation and literature review. Eur J Clin Pharmacol. 2009;65:959–62.

7. Slobodin G, Elias N, Zaygraikin N, Sheikh-Ahmad M, Sabetay S, Weller B, et al. Levofloxacin-induced delirium. Neural Sci. 2009;30:159–61.
8. Mehlhorn AJ, Brown DA. Safety concerns with fluoroquinolones. Ann Pharmacother. 2007;41:1859–66.
9. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Levofloxacin. Centro información online de medicamentos (CIMA). Mayo 2011 [consultado 6 Abr 2013]. Disponible en: www.aemps.gob.es/cima
10. Pedrós A, Gómez JE, Navarro LA, Tomás A. Levofloxacin y síndrome confusional agudo. Med Clin. 2002;119:36–9.

Eduardo Rubio-Nazabal^{a,*}, Purificación Álvarez-Pérez^b
y Yfrén Sánchez-Vidal^c

^a Servicio de Neurología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), A Coruña, España

^b Medicina de Familia, Centro de Salud del Ventorrillo, A Coruña, España

^c Servicio de Medicina Interna, Unidad de Infecciosas, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), A Coruña, España

* Autor par correspondencia.

Correo electrónico: ernazabal@hotmail.com (E. Rubio-Nazabal).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.04.011>

Síndrome de la varicela congénita y herpes zoster neonatal

Congenital varicella syndrome and neonatal herpes zoster

Sr. Editor:

La primoinfección por el virus de la varicela-zoster (VVZ) durante el primer y segundo trimestres del embarazo puede producir el síndrome de la varicela congénita (SVC). Se estima un riesgo de embriopatía varicelosa del 0,4%¹ en las 12 primeras semanas y del 2% entre las semanas 13 y 20. Presentamos un caso de varicela congénita con herpes zoster neonatal.

Prematuro tardío de 35 semanas de gestación. En la semana 14 la madre recibió 2 tandas de corticoides sistémicos debido a un exantema vesiculoso pruriginoso, más tarde reconocido como varicela. La IgM materna fue positiva a varicela en la semana 19. El resto de serologías fueron negativas (herpes I y II, toxoplasma, rubéola, citomegalovirus, sífilis, parvovirus B19, VHB, VHC, VIH) En las ecografías prenatales en la semana 20 se apreció un retraso

del crecimiento intrauterino y calcificaciones hepáticas, cardíacas y cerebrales. El recién nacido presentó una lesión hiperpigmentada de 2 × 2 cm sugestiva de aplasia cutis en el muslo derecho (fig. 1), lesiones siguiendo un dermatoma en la pierna derecha e hipotonía global, con escaso esfuerzo respiratorio, ductus arterioso persistente, hipertensión pulmonar y coriorretinitis. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en sangre y líquido cefalorraquídeo fueron negativas para VVZ. En el día 21 de vida aparece un rash máculo-pápulo-vesicular siguiendo una distribución metamérica en el brazo derecho, sugestivo de varicela-zoster (fig. 1). El recién nacido falleció a los 30 días de vida.

La primoinfección por virus de la varicela durante el embarazo puede producir graves problemas en la madre y severas malformaciones en el feto. La tasa de mujeres en edad fértil seronegativas varía entre el 5 y el 9%, calculándose un caso de infección por cada 10.000 gestantes¹. La primoinfección materna en el primer/segundo trimestre del embarazo puede suponer una infección intraútero en el 25% de los casos. El porcentaje de aborto varía entre el 3 y el 8%. Se estima que la proporción de casos de síndrome de



Figura 1. Aplasia cutis y herpes zoster neonatal.

la varicela congénita es del 2%¹ de los fetos infectados, si la infección ocurre antes de la semana 20 de embarazo, aunque estudios recientes en España dan una cifra del 0,39%².

El síndrome de la varicela congénita fue descrito por Laforet y Lynch en 1947, y desde entonces se han publicado menos de 200 casos. Las lesiones típicas son afectación cutánea en forma de cicatrices o zonas hipoplásicas siguiendo un patrón de dermatomas, alteraciones cerebrales, oculares e hipoplasia de miembros. Otros síntomas asociados son retraso del crecimiento intrauterino, alteraciones gastrointestinales, genitourinarias, etc. La mortalidad está en torno al 30% en los primeros meses de vida. Se han descrito casos en prematuros de muy bajo peso³ y en infecciones en las semanas 25 y 28 del embarazo. Algunos autores⁴ postulan que el SVC es una reactivación de la infección por varicela, siendo las características del síndrome efectos de un herpes zoster con afectación cerebral, y que la rápida reactivación del virus se debe a la inmadurez inmunológica del feto. Solo se ha descrito un caso de afectación neonatal tras herpes zoster materno⁵. En otra revisión de 96 SVC, solamente 15 presentaron herpes zoster en la infancia. Algunos autores postulan que toda lesión sugerente de herpes zoster neonatal sin confirmación microbiológica debe ser puesta en duda dada su extrema rareza⁶.

El diagnóstico diferencial debe incluir otras infecciones congénitas, como CMV, rubéola, toxoplasma, herpes, coxsackie, etc., y el síndrome MIDAS⁷ (defectos cutáneos siguiendo dermatomas y microftalmia).

Los criterios diagnósticos de Alkalay et al.⁸ incluyen: a) presencia de varicela en la gestante; b) presencia de lesiones cutáneas congénitas siguiendo dermatomas y/o alteraciones neurológicas, oculares o hipoplasia de miembros, y c) demostración de ADN viral en el niño, IgM específica o persistencia de la IgG más de 7 meses y/o la aparición de un herpes zoster en la infancia temprana. La presencia de IgM específica se da en menos del 30% de los casos y la presencia de ADN es inferior al 5%¹.

Debido a las devastadoras consecuencias de una neumonía grave por VVZ, las mujeres VVZ negativas deberían ser vacunadas al menos 4 semanas antes de la gestación. Una vez que se ha producido el contacto, la administración de gammaglobulina específica anti-VVZ en las primeras 96 h parece reducir el riesgo de varicela materna, aunque el efecto protector sobre el SVC, así como con el uso de aciclovir y otros antivirales, no está demostrado.

El uso de corticoides sistémicos y la aparición de varicela grave ha sido objeto de varios estudios, con resultados contradictorios según la dosis, la duración y la vía de administración^{9,10}.

Bibliografía

1. Sauerbrei A, Wutzler P. The congenital varicella syndrome. *J Perinatol*. 2000;20:548–54.
2. Sanchez MA, Bello-Munoz JC, Cebrecos I, Sanz TH, Martinez JS, Moratona EC, et al. The prevalence of congenital varicella syndrome after a maternal infection, but before 20 weeks of pregnancy: A prospective cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011;24:341–7.
3. Neubauer V, Griesmaier E, Trawogger R, Kiechl-Kohlendorfer U. Congenital varicella syndrome in a very low birthweight preterm infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2011;96:F296–7.
4. Higa K, Dan K, Manabe H. Varicella zoster virus infections during pregnancy: Hypothesis concerning the mechanisms of congenital malformation. *Obst Gynecol*. 1987;69:214–21.
5. Bernischke K, Coen R, Patterson B, Key T. Villitis of known origin: Varicella and toxoplasma. *Placenta*. 1999;20:395–9.
6. Del Boz J, Affumicato L, Martín T, Moreno-Pérez D, Vera A. Herpes simple zosteriforme neonatal. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:163–5.
7. Spranger S, Stute H, Blankenagel A, Jauch A, Hager D, Tariverdian G. MIDAS Syndrom. Eine X chromosomale Erkrankung. Differentialdiagnose zum congenitalem Varicellenyndrom. *Monatsschr Kinderheilkd*. 1998;146:761–5.
8. Alkalay AL, Pomenrance JJ, Rimoin DL. Fetal varicella syndrome. *J Pediatr*. 1987;111:320–3.
9. Dowell SF, Bresee JS. Severe varicella associated with steroid use. *Pediatrics*. 1993;92:223–8.
10. Pineda V. Varicela en pacientes de riesgo. *An Pediatr*. 2003;59 Supl 1:27–31.

Jose María Lloreda-García^{a,*}, Carmen Martínez-Ferrández^a,
Salvador Gil-Sánchez^a
y Salvador Ibáñez-Micó^b

^a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Servicio de Pediatría, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

^b Sección de Neurología Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jmlloreda@gmail.com,
jmlloreda@yahoo.es (J.M. Lloreda-García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.04.012>