

Varicela

Vacunación

Partiendo de un análisis de la etiología, la epidemiología, la clínica y las complicaciones de la varicela, los autores proceden a revisar su tratamiento y profilaxis, incidiendo en la vacunación, con sus indicaciones y contraindicaciones.

GABRIEL CUATRECASAS^a, CARLES MAINOU^b y ALICIA MAINOU^b

^aMédico de familia. EAP Sarriá, Vallvidrera y Les Planes. Barcelona.

^bPediatras. EAP Sarriá, Vallvidrera y Les Planes. Barcelona.

La varicela es una enfermedad contagiosa causada por el virus de la varicela-zoster (VVZ, familia de los *herpesviridae*) y que se presenta exclusivamente en humanos. Su infección se adquiere a través de la mucosa del tracto respiratorio superior o conjuntiva y causa, después de 14 días de incubación, un rash generalizado.

Es la infección exantemática más frecuente y aparece hasta en un 80% de los casos antes de los 10 años de vida. El virus queda latente (acantonado) en las raíces nerviosas craneales y en los ganglios dorsales, y se puede reactivar posteriormente en forma de *herpes zoster*. La etiopatogénesis de estas reactivaciones es aún desconocida, aunque se sabe que aumentan con la edad y la inmunodepresión.

Los adultos presentan una respuesta inmunitaria celular insuficiente y por ello puede ser una infección potencialmente grave (la mortalidad es un 35% mayor en adultos que en niños).

En mujeres embarazadas, la varicela puede ocasionar embriopatías y fetopatías graves. Distinguimos 2 periodos de especial relevancia:

- Semanas 12-20 de gestación: podemos encontrarnos hasta un 2% de varicelas congénitas.
- Transmisiones que se producen entre los 5 días previos y los 2 días posteriores al parto.

Los niños cuyas madres han padecido varicela durante la gestación desarrollarán de forma temprana un herpes zoster. Su transmisión se realiza por contacto directo con la erupción, desde 1-2 días antes de la aparición de la misma hasta 5 días después de la aparición de las vesículas, que contienen altas concentraciones de virus.

Complicaciones

Los niños, en general, no suelen presentar complicaciones graves. Entre las más frecuentes hallamos la sobreinfección bacteriana por *S. aureus* y *S. pyogenes*, seguida de las hepatitis (asintomáticas) causadas por el propio VVZ.

En el rango de edad de niños menores de 5 años y adultos mayores de 20 años destacan también las complicaciones neurológicas.

Tratamiento

En niños sanos, la varicela es una enfermedad leve y su tratamiento es sintomático, orientado a aliviar el picor (antihistamínicos) y el malestar (antitérmicos). El tratamiento específico con aciclovir se prescribe exclusivamente en aquellos casos susceptibles de desarrollar un cuadro florido y grave. Entre sus indicaciones figuran:

- Adolescentes mayores de 12 años.
- Niños que reciben tratamiento con ácido acetilsalicílico de forma crónica.
- Niños que reciben corticoides por vía oral o inhalatoria.
- Niños con afecciones cutáneas o pulmonares crónicas.
- Niños inmunodeprimidos.

Prevención

El principal problema que se plantea a la hora de prevenir la varicela es su contagiosidad 1-2 días antes de la aparición del exantema característico. Los niños con diagnóstico de varicela deben permanecer en casa durante 5 días después del principio de la erupción.

Como profilaxis de esta enfermedad disponemos de tres estrategias:

Inmunidad activa

La *inmunoglobulina antivari-cela* está indicada en la profilaxis postexposición. Es útil administrada dentro de las primeras 96 horas y a ser posible 48 horas después del contacto con el paciente infectado.

Sus indicaciones precisas son las siguientes situaciones postexposición:

- Huésped con posible inmunodeficiencia tanto primaria como secundaria.
- Embarazada que no haya pasado la varicela o seronegativa con menos de 20 semanas de gestación (2% de probabilidad de varicela congénita).
- Recién nacido cuya madre ha padecido varicela dentro de los 5 días previos al parto y 2 posparto.
- Recién nacido prematuro de más de 28 semanas de gestación que se encuentra hospitalizado, cuya madre no

ha padecido la varicela o es seronegativa.

– Recién nacido prematuro de menos de 28 semanas de gestación, independientemente de la situación inmunológica de la madre.

Aciclovir

Se ha demostrado que el aciclovir puede ser eficaz en pacientes susceptibles de contraer varicela cuando se administra durante la segunda mitad del período de incubación.

Inmunidad pasiva

En la actualidad, en España, disponemos de dos vacunas: *Varilrix*, de GlaxoSmithKline y *Varivax*, de Sanofi Pasteur MSD. Las dos son muy similares y derivan de la cepa Oka (virus vivos atenuados) desarrollada por Takahashi et al por propagación del virus salvaje de la varicela-zoster en cultivo celular humano y de cobaya, tras la realización de 35 pases.

Su *eficacia protectora* es alta. La excelente respuesta de los niños pequeños no parece ser interferida por la eventual persistencia de anticuerpos maternos. El 97% de los niños sanos (1-12 años de edad) seroconvierten (gp ELISA > 0,3 U) después de una dosis de vacuna, alcanzando el 76% de ellos títulos de 5 U. Estudios en Japón demostraron que a los 7-10 años de su administración el 97% de estos niños mostraba un título de anticuerpos similar, en el mismo intervalo de tiempo, que los niños que habían padecido la enfermedad por el virus salvaje. Se acepta que la vacuna previene el 70-90% de las infecciones por VVZ (virus varicela zoster) y hasta el 95% de las infecciones graves, durante los 7-10 años posteriores a la vacunación. Ade-



más, en caso de padecerla, se atenuarían mucho sus manifestaciones. En adultos la eficacia de la vacunación sería menor, posiblemente debido al peor comportamiento de la inmunidad celular.

La *seguridad* de la vacuna es muy alta, siendo muy bien tolerada en niños y adultos sanos e inmunodeprimidos. Los efectos secundarios son leves y poco frecuentes (fiebre, leve exantema, síntomas locales en el punto de inoculación) y se registran con mayor frecuencia en adultos.

Vacunación en España

Las *actuales recomendaciones del Consejo Interterritorial de Salud* incluyen la vacunación frente a varicela de to-

dos los adolescentes entre 10 y 14 años que no hayan padecido la enfermedad y, de forma prioritaria, a los siguientes grupos:

- Personas en contacto con personas de alto riesgo de complicaciones, como: personal sanitario y contactos familiares de pacientes inmunodeprimidos.
- Personas de alto riesgo de exposición al VVZ, como: personas en contacto con niños pequeños (guarderías, escuelas, etc.).
- Mujeres en edad fértil no embarazadas. El embarazo debe ser evitado en el mes siguiente a cada dosis de vacuna.
- Viajeros internacionales sin evidencia de inmunidad al VVZ, especialmente cuando se prevea un contacto estrecho con la población local.

Datos epidemiológicos en España

400.000 casos/año
80% de los casos en edades inferiores a 10 años
1-2% hospitalizaciones/año
6-10% de complicaciones graves
5-6 fallecimientos/año

Vacunación universal: controversia

Actualmente hay controversia sobre si conviene incluir la vacunación universal frente a la varicela en el calendario vacunal a partir de los 12 meses de edad.

Argumentos en contra

- La varicela es una enfermedad benigna y con escasas complicaciones.
- Al ser una enfermedad infantil, la vacunación a esta edad y ante la duda de su inmunogenicidad en la edad adulta, podría desplazar la aparición de la varicela hacia edades posteriores con su correspondiente riesgo.
- No se conoce con exactitud la duración de su inmunidad, su inmunogenicidad y efectividad.

- Hay un riesgo potencial de transmisión del virus vacunal (riesgo en contactos no inmunocompetentes).
- No se dispone de datos concluyentes sobre la incidencia de herpes zoster en vacunados.

Argumentos a favor

- La vacunación universal frente a varicela a partir de los 12 meses está impuesta en muchos países desarrollados (por ejemplo, en Estados Unidos), por lo que ya disponemos de experiencia evaluable al respecto. Así, el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría recomienda la vacunación a partir de los 12 meses.

- La vacuna de la varicela es altamente eficaz y segura.
- La vacunación permite erradicar esta enfermedad con una aceptable relación coste/beneficio.

Resumiendo, podemos decir que en la actualidad hay dos tipos de estrategias preventivas: la primera, universal, cuya finalidad primordial es erradicar la enfermedad, vacunando a todos los niños a partir de los 12 meses; la segunda, a nivel individual, es la que se contempla hoy día en nuestro país y recomienda la vacunación a partir de los 10 años de edad de aquellos adolescentes que no hayan padecido la varicela.

- Como profilaxis postexposición, en las primeras 24 horas, en mayores de 12 meses (excluyendo embarazadas).

También está indicada para la prevención en personas susceptibles (cribado serológico previo) en situaciones de alto riesgo. Estas serían:

- Pacientes con leucemia linfoblástica aguda en remisión hematológica > 12 meses, con una cifra > 1.200 linfocitos/mm³ en sangre periférica en las 24 h previas a la vacunación, y sin tratamiento quimioterápico una semana antes y después de la fecha de vacunación.
- Pacientes con tumores sólidos en las mismas circunstancias del punto anterior.
- Pacientes con enfermedades crónicas (metabólicas, pulmonares, etc..) sin afectación inmunitaria por la enfermedad o el tratamiento.
- Pacientes en los que se prevea una futura situación de inmunocompromiso (transplantes).

- Personas susceptibles en contacto con personas de alto riesgo de complicaciones (personal sanitario y contactos familiares de inmunodeprimidos).

Contraindicaciones

Aparte de las contraindicaciones propias de cualquier vacuna, la de la varicela tiene las siguientes:

- Inmunodeficiencia celular congénita o adquirida.
- Tratamiento prolongado con altas dosis de corticoides sistémicos (≥ 2 mg/kg/día de prednisona en niños o 20 mg/día cuando se superen los 10 kg de peso). Cuando se han administrado durante más de 2 semanas, la vacunación ha de distanciarse 1 mes, y la corticoterapia no debe reanudarse hasta al menos 2 semanas después.
- Tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico por el riesgo potencial de aparición de un síndrome de Reye.
 - Linfopenia (< 1.200 linfocitos/mm³).
 - Embarazo y los tres meses anteriores.
- Administración de inmunoglobulinas o productos que las contengan durante los 5 meses anteriores a la vacunación.

Pauta y vías de administración

La vacuna se administra por vía subcutánea. En menores de 12 años bas-

ta una dosis de vacuna 0,5 cc. En mayores de 12 años se administran dos dosis de la misma cantidad con un intervalo de 4-8 semanas. Se puede simultanear con el resto de vacunas. □

Bibliografía general

- American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. Varicella vaccine update. *Pediatrics*. 2000; Jan;105(1 Pt 1):136-41.
- Aristegui J. Varicela: una enfermedad prevenible. Vacunación antivariela: descripción y controversia. *An Pediatr (Barc)*. 2003;59(1):41-6.
- Burton A. Vaccine vanquishes varicella. *Lancet Infect Dis*. 2002;2(4):202.
- Chen TM. Clinical manifestations of varicella-zoster virus infection. *Dermatol Clin*. 2002; 20(2):267-82.
- Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Calendario de Vacunación para 2006. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64(1):74-7.
- García Rojas A. Impacto epidemiológico de la vacunación antivariela. *An Pediatr (Barc)*. 2003;59:58-62.
- Long SS. Principles and Practice of Pediatric Infectious Disease. 2nd ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2003.
- Moraga FE. Complicaciones de la varicela en el niño inmunocompetente. *An Pediatr (Barc)*. 2003;59:18-26.
- Pineda V. Varicela en pacientes de riesgo. *An Pediatr (Barc)*. 2003;59:27-31.
- Salleras L, Pujals JM, Wennberg CA, Salleras M. Vacuna antivariela-zoster. En: Salleras L. Vacunaciones preventivas. Barcelona: Masson; 1998.
- Van Esso D. Varicela. *FMC. Form Med Contin Aten Prim*. 2003;10:567-8.