

Historia Clínica

SECCIÓN A CARGO DE ELIZABETH SAPIA

SOFIA ESCANDE^a, ERNESTINA SARMIENTO^b, FLORENCIA LUCANO^c, SOLEDAD VARADY^d

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: E.L.

Edad: 6 meses.

Motivo de consulta: Rash y fiebre.

Motivo de internación: Sospecha de Sarampión.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de seis meses de vida que comienza 8 días previos a la consulta con rinorrea, tos y conjuntivitis. A las 96 hs. agrega síndrome febril con cuatro registros febriles/día, máximo de 39°-40° y rash morbiliforme en sitio de implantación de cuero cabelludo que progresa hacia la región retroauricular, tronco y extremidades con posterior afectación de la cara. Concorre al consultorio de Infectología y por ser un caso sospechoso de Sarampión se realiza la denuncia epidemiológica y se decide su internación.

ANTECEDENTES PERSONALES

Perinatólogico

Nacido de término con peso adecuado para la edad gestacional (40 semanas/3.060 kg).

Embarazo controlado. Serologías negativas.

Internación a los 18 días de vida por sospecha de BRUE (*Brief resolved unexplained event*).

Pendiente vacunas de los 6 meses.

La madre recibió dosis de triple viral durante el puerperio.

Examen físico

Paciente en buen estado general, clínica y hemodinámicamente estable. Normohidratado, normoperfundido, afebril. Vigil, reactivo, conectado. Exantema en sitio de implantación de cuero cabelludo que progresa a región retroauricular, tronco y extremidades con posterior afectación de cara.

Lesiones máculo papulosas, de contorno irregular de coloración rosada asociado a rash morbiliforme con áreas de piel sana. (*Foto 1*)

Rinorrea anterior abundante. Fauces eritematosas. Secreción conjuntival.

Buena entrada de aire bilateral con leve tiraje intercostal. Sibilancias aisladas en ambos campos pulmonares. Hernia umbilical reductible. Diuresis y catarsis conservada. Buena tolerancia a la vía oral y conducta alimentaria.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Por sospecha de Sarampión en un paciente que cursa síndrome febril asociado a exantema morbiliforme se realiza:

- Hemograma: Glóbulos blancos 10.900/mm³ (3 MM/ 6 NC/ 62 NS/ 25 L/ 4 M), Hemoglobina 11,4 g/dl, Hematocrito 34%, Plaquetas 350.000/mm³
- Rx Tórax frente: infiltrado leve inespecífico, sin imagen de condensación.
- PCR y estudio serológico para sarampión: PCR e IgM para sarampión en sangre positiva Cepa D8 linaje HuluLangat.

Foto 1. Exantema morbiliforme.



a. Residente de tercer año Clínica Pediátrica.

b. Jefa de Residentes Clínica Pediátrica.

c. Residente de cuarto año Clínica Pediátrica.

d. Residente de cuarto año Clínica Pediátrica.

- Muestra de orina para PCR para sarampión: positiva.
- PCR de aspirado nasofaríngeo para sarampión: positiva
- Serología para rubéola: IgM negativa.
- Inmunofluorescencia indirecta para detección de virus respiratorios en aspirado nasofaríngeo: negativo.

Diagnósticos diferenciales

- Rubéola.
- Eritema infeccioso.
- Exantema súbito.
- Varicela.
- Exantema viral (Adenovirus, Coxsackievirus).

TRATAMIENTO

Control de signos vitales.

EVOLUCIÓN

El paciente —como consta en antecedentes no presenta cobertura para sarampión—, de todos modos su evolución es favorable sin complicaciones. Al inicio de la internación se exacerba el exantema en cara con posterior atenuación del rash en tronco y extremidades y defervescencia. Luego de haber cumplido 8 días de aislamiento respiratorio (*) desde la aparición del exantema, se otorga el egreso hospitalario y continúa en seguimiento por pediatra de cabecera.

COMENTARIO

Etiología

Enfermedad infecciosa viral aguda enantemo-exantemática, potencialmente grave, transmisible y extremadamente contagiosa. Es causada por el virus de sarampión, virus RNA con 1 solo serotipo, miembro del género Morbilivirus en la Familia Paramyxoviridae. El único reservorio natural es el ser humano.^{1,2}

Transmisión

De persona a persona, por contacto directo con gotas de secreciones infecciosas o por diseminación a través del aire. De todas las enfermedades infec-

ciosas, es una de las más altamente transmisible. El virus puede permanecer como gotas suspendidas en el aire por dos a tres horas.

Período de incubación

8 a 12 días desde la exposición al comienzo de los síntomas (rango de 7 a 21 días).

Cuadro clínico

Se caracteriza por fiebre, con tos, coriza y conjuntivitis (triple catarro) de 3 a 4 días de evolución seguido por un rash maculopapular de comienzo en la cara (región retroauricular) que se disemina en forma centrífuga en sentido céfalo-caudal. Invade toda la piel, incluyendo palmas y plantas. Las lesiones son máculo-pápulas redondeadas u ovaladas, de contorno irregular y color rosado o rojo, en ocasiones ligeramente hemorrágicas, que tienden a confluir, dejando entre sí áreas de piel sana (exantema morbiliforme). El desarrollo del exantema dura 1 a 3 días. El rash característico puede no observarse en pacientes inmunocomprometidos. Durante el período prodrómico puede presentar un enantema característico patognomónico: las manchas de Koplik. Son lesiones bucales que se manifiestan como puntos blancogrisáceos rodeados de un halo hiperémico, rojizo, a veces hemorrágico, se presentan dos días antes del rash, desaparecen al segundo día del exantema y pueden dejar un eritema residual brillante.

COMPLICACIONES

- Propias de la infección viral como laringotraqueobronquitis (croup), neumonitis, meningoencefalitis, diarrea, etc.
- Secundarias a sobreinfección bacteriana como otitis media aguda, bronconeumonía, que ocurren en niños pequeños, siendo más grave en lactantes y en huéspedes inmunocomprometidos. La encefalitis aguda, que a menudo resulta en daño cerebral permanente ocurre en 1/1.000 casos.^{1,3}

Pronóstico

En la era post-eliminación del sarampión, la muerte resultante de complicaciones respiratorias y neurológicas, ha ocurrido en 1 a 3 de cada 1.000 casos reportados (en países desarrollados). La tasa de mortalidad se incrementa en menores de 5 años de edad e inmunocomprometidos.⁴ La panencefalitis esclerosante subaguda es una enfermedad degenerativa del SNC, caracterizada

* Técnica preventiva que trata de evitar la relación o el contacto próximos o directos de un enfermo con las personas sanas de su entorno, al objeto de dificultar la transmisión por vía aérea de alguna enfermedad respiratoria de naturaleza infectocontagiosa.



por deterioro intelectual y convulsiones, puede presentarse entre los 7 a 11 años después de una infección por virus salvaje, con tasas de 4 a 11 por cada 100.000 casos de sarampión, ocasionalmente más elevadas si el sarampión ocurre antes de los 2 años de edad.

DIAGNÓSTICO

Serológico por detección de anticuerpos IgM o bien un aumento significativo en la concentración de anticuerpos de tipo IgG en muestras pareadas de suero en la etapa aguda y de convalecencia (tomadas con 10 días de intervalo) o por métodos directos mediante la detección del RNA viral de sarampión (RT-PCR) a partir de muestras clínicas como sangre, orina o secreciones nasofaríngeas.

TRATAMIENTO

Sintomático.

ASLAMIENTO

Evicción escolar hasta una semana después que aparece la erupción. Aislamiento respiratorio hasta los siete días posteriores al inicio del exantema.⁵

PREVENCIÓN

Verificar esquema de vacunación completo para la edad:

- 12 meses a 4 años: una dosis de vacuna triple viral.
- A partir de los 5 años: dos dosis de vacuna doble o triple viral.
- Adultos: Aquellos que nacieron antes de 1965 se consideran inmunes (no requieren vacunación).

Aquellos que nacieron después de 1965 deben tener dos dosis de vacuna doble o triple viral.

- Todo personal de salud deberá contar con dos dosis de vacuna triple viral.

La campaña de seguimiento de sarampión en Argentina, se efectuó este año 2018 entre el mes de octubre y noviembre. Ante la situación epidemiológica actual se acordó vacunar a los niños de entre 6 y 11 meses con una dosis extra no incorporada al calendario.

Situación actual

Ante algunas posturas opositoras a la vacunación, se debe recordar que vacunar implica la protección individual y también mediante efecto rebaño protección de toda la población, especialmente a aquellos que no han sido inmunizados o no han conseguido una protección adecuada.

CONCLUSIÓN

Ante la presencia de un paciente cursando fiebre asociada a exantema sin cobertura vaccinal adecuada, tener presente el diagnóstico probable de sarampión o rubéola. Deberá informarse a la autoridad sanitaria y recolectar las muestras para el diagnóstico etiológico.

AGRADECIMIENTOS

Médicos de planta de la Unidad 9 del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

BIBLIOGRAFÍA

1. Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases. 31st Edition Editorial Kimberlin D. American Academy of Pediatrics.
2. López Eduardo L. Manual Práctico de Infectología Pediátrica. Buenos Aires: Editorial Kliczkowski; 2002.
3. Orenstein W, Perry R, Halsey N. The Clinical Significance of Measles: A Review. *J Infect Dis* 2004; 189 (1): S4-S16.
4. Alerta epidemiológica del Departamento de Medicina, Servicio de Infectología, División Promoción y Protección de la Salud y Laboratorio de Virología del HNRG. 2018.
5. Mandell, Douglas y Bennet. Enfermedades infecciosas, principios y práctica. 8ª edición. Elsevier; 2015.