

Varicela y herpes zóster

Jaime García Aguado

Pediatra. Centro de Salud Villablanca. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. España.

Bibliografía revisada hasta: 14-oct-2013

Fecha de publicación: 26-ago-2014

Guía-ABE_Varicela y herpes zóster (v.3.1/2014)

Cita sugerida: García Aguado J. Varicela y herpes zóster (v.3.1/2014). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 26-ago-2014; consultado el dd-mm-aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Introducción / puntos clave

La varicela es una enfermedad generalmente leve¹, manifestada por fiebre, malestar y una erupción cutánea pruriginosa y de distribución centrípeta, consistente en máculas que evolucionan a vesículas y posteriormente se ulceran, apareciendo costras. El periodo de aparición de costras es de 1 a 4 días, aunque no se caen por completo hasta después de 1-2 semanas. En niños vacunados la enfermedad se presenta de forma más leve, con pocas lesiones, la mayoría o incluso todas maculopápulas, por lo que puede confundirse fácilmente. Es posible la infección asintomática. La reinfección sintomática es poco frecuente en inmunocompetentes.

Tras la primoinfección, el virus permanece latente en los ganglios de las raíces posteriores y de los nervios craneales. Su posterior reactivación origina el herpes zóster, trastorno en el que las vesículas aparecen siguiendo el trayecto de una metámera.

El **periodo de incubación** de la varicela es de unos 15 días, con un rango de 10 a 21. El periodo de contagio abarca desde 1-2 días antes de la aparición del exantema hasta unos 5-6 días después, cuando todas las lesiones están en fase de costra. Puede ser mayor en inmunodeprimidos. El riesgo infeccioso es mayor antes de la aparición del exantema. La varicela es una enfermedad muy contagiosa: hasta el 90% de los contactos susceptibles adquiere la enfermedad. Los pacientes con herpes zóster localizado son menos contagiosos.

En niños sanos no está indicado el **tratamiento** con antivirales en la varicela ni en el herpes zóster.

La **complicación** más frecuente es la sobreinfección bacteriana, que se manifiesta por aumento de la fiebre, a menudo tras una mejoría inicial, o por la aparición eritema y dolor alrededor de las lesiones cutáneas.

La **varicela durante el embarazo** conlleva un mayor riesgo de neumonía grave para la madre. El riesgo para el feto depende del momento en que se produzca la infección materna. En las primeras 20 semanas, puede producir un síndrome de varicela congénita (riesgo 1-2%), con hipoplasia de miembros, microcefalia, cataratas, retraso del crecimiento y cicatrices cutáneas. Después de las 20 semanas, el riesgo de afectación fetal es sustancialmente menor. La infección durante el 2.º o 3.º trimestre de la gestación puede ser causa de herpes zóster en el lactante.

Los **neonatos** cuyas madres desarrollan la varicela en el periodo que abarca de los 7 días antes a los 7 días después del parto tienen riesgo de infección neonatal grave. Si la madre desarrolla la varicela antes de los 7 días previos al parto, el riesgo para el neonato es menor, dado que tendrá transferencia de anticuerpos maternos. Cuando la varicela neonatal debuta en los primeros 10-12 días de vida es que la infección se adquirió probablemente intraútero, dado el periodo de incubación.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: se han actualizado las recomendaciones de la profilaxis posexposición y se ha incluido una tabla con las medidas de aislamiento. Se ha actualizado, también, la información relativa a las condiciones de prescripción y dispensación de las vacunas frente a la varicela.

Microorganismo causal
Virus de la varicela-zóster (<i>Herpesvirus hominis</i> tipo 3)

Estudios complementarios	
Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
No son necesarios, el diagnóstico es clínico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afectación general importante o fiebre persistente >5 días: hemograma, reactantes de fase aguda, hemocultivo ▪ En casos de alto riesgo (inmunodeprimidos, etc.) puede ser necesaria la confirmación etiológica mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR), inmunofluorescencia directa o cultivo de líquido extraído de las lesiones cutáneas ▪ Un aumento de cuatro veces en la IgG específica en suero permite confirmar el diagnóstico retrospectivamente

Indicaciones de ingreso hospitalario
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentación con afectación general importante y fiebre persistente ▪ Inmunodeprimidos con varicela o herpes zóster ▪ Aparición de complicaciones graves: neumonía, ataxia, encefalitis, hepatitis grave, trombocitopenia, fascitis necrosante ▪ Lactantes menores de cuatro semanas de edad con sospecha de varicela ▪ Recién nacidos cuya madre desarrolla la varicela entre 5 días antes y 2 días después del parto

Tratamiento antimicrobiano empírico	
Situación	Tratamiento de elección
Varicela y herpes zóster en niños y adolescentes sanos	No está indicado ²
Varicela en grupos con riesgo alto de desarrollar complicaciones graves ³	Aciclovir, VO: 20 mg/kg/dosis (máximo 800 mg/dosis), 4 veces al día, durante 5 días ^{4,5}
Varicela en inmunodeprimidos ⁶ , recién nacidos o pacientes con complicaciones graves	Aciclovir, IV ⁷ : <ul style="list-style-type: none"> ▪ <1 año: 10 mg/kg/dosis, cada 8 horas, durante 7-10 días ▪ ≥1 año: 500 mg/m²/dosis, cada 8 horas, durante 7-10 días o 10 mg/kg/dosis, cada 8 horas, durante 7-10 días⁸
Herpes zóster en inmunodeprimidos	
Varicela con afectación general importante y fiebre persistente	Antibióticos empíricos para cubrir a <i>Staphylococcus aureus</i> y <i>Streptococcus pyogenes</i> , hasta ver resultado de hemocultivo : penicilina + clindamicina, IV

Profilaxis posexposición		
Situación	Tratamiento de elección	Alternativas
Exposición significativa ⁹ en individuos sanos susceptibles	La vacuna de la varicela ¹⁰ es eficaz para prevenir o, al menos, disminuir la gravedad de la enfermedad si se administra en los 3-5 días siguientes a la exposición	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recién nacidos cuya madre desarrolla varicela entre los 5 días antes del parto y los 2 días después¹¹ ▪ Exposición significativa⁹ en: <ul style="list-style-type: none"> - Inmunodeprimidos⁶ que no han pasado la varicela, no están vacunados y son seronegativos para el VZV - Prematuros hospitalizados, nacidos a las ≥ 28 semanas y cuya madre no tiene evidencia de inmunidad¹² - Prematuros hospitalizados, nacidos antes de las 28 semanas o con peso ≤ 1000 g al nacer, independientemente del estado inmunitario de la madre - Recién nacidos de madre sin evidencia de inmunidad en los primeros 7-14 días de vida - Mujeres embarazadas sin evidencia de inmunidad 	Gammaglobulina antivariçela, IV ¹³ : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 25 UI/kg en dosis única ▪ Debe ser administrada lo más pronto posible dentro de las 96 horas (4 días) tras la exposición, aunque puede darse hasta 10 días después 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si la gammaglobulina antivariçela no está disponible, se puede administrar IG inespecífica¹⁴ en dosis única de 400 mg/kg, IV ▪ En ausencia de gammaglobulina antivariçela, algunos expertos recomiendan la profilaxis con aciclovir, VO (20 mg/kg/dosis, 4 veces al día, máx. 800 mg/dosis) durante 7 días, comenzando en los 7-10 días tras la exposición

Medidas de aislamiento: precauciones contra la transmisión aérea y por contacto	
Situación	Duración
Varicela en inmunocompetentes	Durante un mínimo de 5 días tras la erupción y hasta que todas las lesiones estén en fase de costra
Varicela atenuada en niños vacunados	Hasta que no aparezcan nuevas lesiones durante un periodo de 24 horas
Pacientes expuestos sin evidencia de inmunidad	De 8 a 21 días después de la exposición al caso índice (hasta 28 días si han recibido gammaglobulina antivariçela o IG)
Varicela o zóster (localizado o diseminado) en inmunodeprimidos	Mientras dure la enfermedad
Zóster localizado en inmunocompetentes	Hasta que todas las lesiones hayan formado costra

Otras medidas terapéuticas

- El paracetamol es de utilidad para disminuir la fiebre o los síntomas generales. El uso de ibuprofeno en pacientes con varicela se ha asociado en algunos estudios a un mayor riesgo de infección invasiva por estreptococo del grupo A. Aunque el grado de evidencia no es suficiente para establecer de forma definitiva una relación de causa-efecto, es prudente no recomendar ibuprofeno como antipirético de primera elección en la varicela. Se ha de evitar la aspirina, por su asociación con el síndrome de Reye
- Pueden utilizarse antihistamínicos sedantes como la hidroxizina¹⁵ o la dexclorfeniramina¹⁶ para ayudar a disminuir el prurito, aunque no hay estudios que avalen su eficacia
- Se recomienda mantener una adecuada higiene cutánea para disminuir el riesgo de sobreinfección bacteriana, y tener las uñas bien cortadas para evitar el rascado profundo
- Evitar el contacto con personas susceptibles durante el periodo de contagio, especialmente recién nacidos, mujeres embarazadas e inmunodeprimidos

Referencias bibliográficas

Albrecht MA. Treatment of varicella-zoster virus infection: Chickenpox. En: Basow DS (Ed). UpToDate. Waltham, MA; 2013.

American Academy of Pediatrics. Varicella-Zoster Infections. En: Pickering LK, ed. *Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 29th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2012. p. 774-89. Disponible en <http://aapredbook.aappublications.org> [Consultado el 20/08/2013].

Cohen A, et al. Congenital varicella syndrome: the evidence for secondary prevention with varicella-zoster immune globulin. *CMAJ*. 2011;183:204-8.

Harris D, et al. [Should acyclovir be prescribed for immunocompetent children presenting with chickenpox?](#) *Arch Dis Child*. 2005;90:648-50.

Klassen TP, et al. Aciclovir para el tratamiento de la varicela en niños y adolescentes sin otra enfermedad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en www.update-software.com. [Consultado el 14/08/2013].

Lamont RF, et al. Varicella Zoster Virus (Chickenpox) Infection in Pregnancy. *BJOG*. 2011;118:1155-62.

Leroy S, et al. Quel niveau de preuve de l'efficacité et de la sécurité de l'ibuprofène dans ses indications pédiatriques ? *Arch Pediatr*. 2007;14:477-84.

Macartney K, et al. Vacunas para la profilaxis posterior a la exposición contra la varicela en niños y adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. [Consultado el 14/08/2013].

Marin M, et al.; Advisory Committee on Immunization Practices, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). [Prevention of varicella: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices \(ACIP\)](#). *MMWR Recomm Rep*. 2007;56:1-40.

Speer ME. Varicella-zoster infection in the newborn. En: Basow DS (Ed). UpToDate. Waltham, MA; 2013.

Abreviaturas: **IgG:** inmunoglobulina de clase G. **IG:** inmunoglobulina. **IV:** vía intravenosa. **PCR:** reacción en cadena de la polimerasa. **VO:** vía oral.



<http://pediamecum.es/>

Notas aclaratorias

- ¹ Los recién nacidos, los inmunodeprimidos y las mujeres embarazadas tienen riesgo alto de desarrollar enfermedad grave o complicaciones.
- ² En individuos sanos, el aciclovir acorta el curso clínico de la varicela cuando se administra en las primeras 24 horas, pero no se recomienda su uso en niños porque el beneficio es marginal y no justifica el coste. Algunos expertos recomiendan aciclovir oral para tratar la varicela en mayores de 12 años no vacunados, por el mayor riesgo de enfermedad grave.
- ³ Grupos de riesgo: a) trastornos cutáneos o pulmonares crónicos; b) ingesta crónica de salicilatos; c) niños en tratamiento con ciclos cortos de corticoides orales o en tratamiento con corticoides inhalados; y d) algunos expertos también consideran la administración de aciclovir en los casos secundarios dentro de la familia.
- ⁴ El tratamiento debe iniciarse en las primeras 72 horas, siendo más eficaz cuanto más precoz sea su administración.
- ⁵ Aciclovir, VO. Presentaciones comerciales disponibles: Zovirax[®]: suspensión oral, 80 mg/ml. Aciclovir[®] EFG: comp. de 200 y 800 mg.
- ⁶ Incluidos los pacientes que hayan recibido corticoides sistémicos en los últimos tres meses, en dosis equivalente a 2 mg/kg/día de prednisona durante al menos una semana o 1 mg/kg/día durante un mes.
- ⁷ El aciclovir IV debe administrarse en infusión lenta durante una hora, para evitar el riesgo de cristaluria y daño tubular renal.
- ⁸ Para evitar la dosis excesiva en pacientes obesos, la dosis parenteral de aciclovir debe calcularse atendiendo al peso corporal ideal.
- ⁹ Se considera significativo el contacto en la misma habitación (domicilio, aula, hospital) durante un periodo de tiempo ≥ 15 minutos o el contacto cara a cara (conversación) durante ≥ 5 minutos.
- ¹⁰ Presentaciones comerciales disponibles: Varivax[®] (Sanofi Pasteur MSD) y Varilrix[®] (GSK). Ambas vacunas están autorizadas para su uso a partir de los 12 meses de edad, y ambas, también, están catalogadas en España como de "uso hospitalario", por lo que no están disponibles en las oficinas de farmacia.
- ¹¹ Aunque el riesgo es mayor para los neonatos cuya madre desarrolla la varicela entre 5 días antes y 2 días después el parto, la profilaxis con inmunoglobulina antivariela puede ser beneficiosa para los niños cuya madre inicia la varicela desde 7 días antes a 7 días después del parto.
- ¹² En algunas guías se amplía esta recomendación a todos los recién nacidos ingresados en unidad de cuidados intensivos y cuyas madres no tengan evidencia de inmunidad.
- ¹³ Presentaciones comerciales disponibles: Varitect[®]: 25 UI/ml, en viales de 5 ml, 20 ml y 50 ml. Puede diluirse en 100–500 ml de suero fisiológico y se administrará a una velocidad máxima de 1 ml/min. No está comercializada en España, pero se puede solicitar como medicamento extranjero a través de las consejerías de sanidad de las comunidades autónomas.
- ¹⁴ Presentaciones comerciales disponibles: Flebogamma[®], Gammagard[®], Intratect[®], Kiovig[®], Octagamocta[®], Privigen[®]. Se administra en infusión IV, sin diluir. Algunas especialidades (Kiovig[®]) pueden diluirse en suero glucosado al 5%.
- ¹⁵ Hidroxizina: aprobada para niños desde los 12 meses de edad. Presentaciones comerciales disponibles: Atarax[®]: suspensión oral, 2 mg/ml; comp. 25 mg. Dosis recomendada 2 mg/kg/día (1 ml/kg/día de la suspensión oral), repartido en 3-4 dosis.
- ¹⁶ Dexclorfeniramina: aprobada para niños desde los 2 años de edad. Presentaciones comerciales disponibles: Polaramine[®]: jarabe 2 mg/5 ml; tabletas ranuradas 2 mg; grageas 6 mg. Dosis recomendada 0,16 mg/kg/día (0,4 ml/kg/día del jarabe), repartido en 4 dosis.

Notas: la Guía-ABE se actualiza periódicamente. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.



[i] Más información en: <http://www.guia-abe.es>

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com



Algunos derechos reservados

Con la colaboración de:



[©] Guía-ABE, 2014. ISSN: 2174-3568.