

INFECCIÓN POR VHS1



Claudia Gil Alfosea (Rotatorio Pediatría)
Tutora: Dra. Eva García Cantó (neonatología)

Servicio de Pediatría, HGUA

Anamnesis

Lactante, varón de 38 ddv consulta por fiebre, irritabilidad y rechazo tomas de 1h de evolución

Antecedentes Gestacionales y Perinatales

- Gestación de alto riesgo por trombopenia materna
- Tratamiento con Interferón (1er TMT) y Enoxaparina sódica
- Estudios ecográficos: CIR tipo1
- Lesiones Herpes labial días previos al parto
- RNT 37+2 SG, parto eutócico, T. Apgar 9 / 10
- Ingreso a los 3ddv por ictericia por sumación de factores

Al ingreso:

- Tª 38,8º; FC:140lpm, FR 50rpm TA: 60/30mmHg; Sat O2 96%
- REG. Coloración ictérica, cutis reticular, mala perfusión periférica. Irritabilidad e hipertonía de las 4 extremidades. Fontanela NT y suturas a nivel. No exantemas ni lesiones cutáneas

• Diagnóstico diferencial fiebre sin foco:

- E. Metabólicas → Hipernatremia, deshidratación
- E. neoplásicas, hipertiroidismo, traumatismos, Hemorragias, vacunas, agentes biológicos (interferón), fármacos

- E. Infecciosa →

Tipo: Infección (I) Respiratoria, I. tracto urinario, I. digestiva, sepsis, meningitis

Etiología: Bacteriana (E. grupo B, E. Coli, Listeria monocytogenes), Virica (VHS, Enterovirus) y micótica (poco frecuente)

- **Estudios iniciales:**

- Sedimento urinario: patológico,
- Leucopenia (4040), PCR 7,95 mg/dl y PCT 40,02 ng/mL
- Bq de LCR alterada (80 leucos 100% MNN),
- Tt. Ab empírico con ampicilina y cefotaxima

A las 48h

- **Urocultivo y hemocultivo:** E.coli sensible a cefotaxima y resistente a ampicilina → cefotaxima en monoterapia

A los 4 días

- **PCR + para VHS1 en LCR → Aciclovir 60mg/Kg/día**

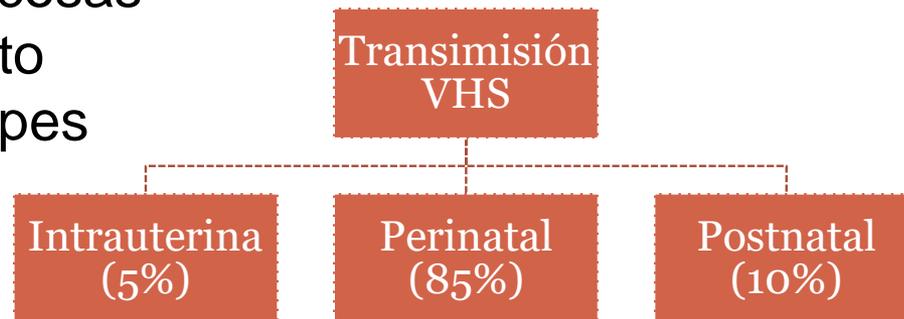
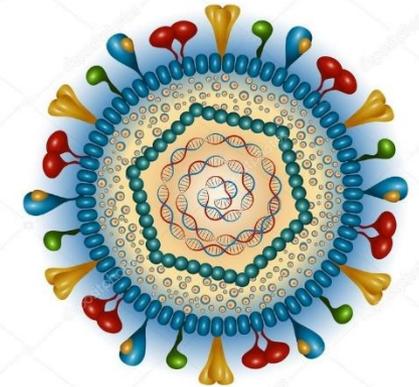
- **Dx:**

- **ITU por E.coli**
- **Sepsis por E.coli (urosepsis)**
- **Sospecha meningoencefalitis por VHS 1**

Infección por herpes:

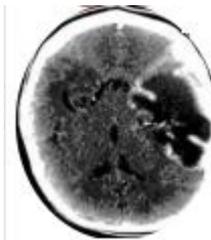
CARACTERISITICAS VHS

- DNA Virus con cápside isocaédrica
- La infección presenta tendencia hacia el tropismo, siendo altamente recurrente
- Fases de infección viral: Fase de entrada y Fase de expresión de los genes virales
- Factores de riesgo de transmisión:
 - Infección genital materna
 - Presencia de Ac maternos
 - Bolsa rota más de 6 h
 - Integridad alterada de barreras cutaneomucosas
 - Tipo de parto
 - Tipo de herpes



• FORMAS CLÍNICAS:

- ✓ **Enf. Cutáneo-ocular-oral:** 2 semanas de vida (sdv)
 - Forma menos grave, mejor pronóstico y buena respuesta al tratamiento
- ✓ **Meningoencefalitis herpética:** 2^a y 3^a sdv
 - Por diseminación hematogena/vía retrógrada
 - Asintomática (al inicio), letargia, irritabilidad, cambios de T^a y convulsiones
- ✓ **Enf. Diseminada:** 1^a sdv
 - Se inicia como sepsis → fallo hepático, CID, IR, ECN y meningoencefalitis



- **PROTOCOLO DIAGNÓSTICO**
 - Hemograma y Bioquímica
 - Cultivo frotis conjuntival, bucal, rectal y cutáneo
 - Cultivos en la madre
 - PCR VHS en sangre y LCR
 - Examen oftalmológico
 - Neuroimagen: EE, RMN cerebral, ecografía abdominal, Rx tórax, ecocardiograma
- **TRATAMIENTO**
 - Infección aguda:
 - Aciclovir 60 mg/kg/día iv + tratamiento de supresión: 900mg/m²/día vo/6 meses
 - 14 días si enf. localizada
 - 21 días si enf. diseminada o meningoencefalitis

- **EN NUESTRO CASO**

- Cultivo frotis conjuntival, bucal, rectal y cutáneo : negativos
- PCR VHS: en LCR
 - 02/04: + para VHS 1 y – para VHS 2
 - 08/04: - para VHS 1 y 2
- Examen oftalmológico: normal
- EEG: normal
- RMN cerebral: normal, tras admón. de contraste sutil realce leptomeningeo generalizado, inespecífico
- Ecografía abdominal /renal, cerebral y cardiaca: normal

Recibió tratamiento antibiótico con cefotaxima 14 días y aciclovir (Iv) 21 días

• CONCLUSIONES

- La transmisión materno-fetal más frecuente es la perinatal
- La forma clínica más frecuente es el herpes neonatal, en concreto la forma localizada de la enfermedad
- Los síntomas sutiles e inespecíficos suponen un desafío clínico
- Es importante seguir el protocolo diagnóstico en todos los pacientes con sospecha
- El tratamiento empírico está justificado ante la sospecha de infección por dicho virus, ya que reduce las secuelas a largo plazo y mejora el pronóstico

- **BIBLIOGRAFIA**

- Baquero-Artiago F, Prieto-Tato L, Ramos-Amador J, Alarcon-Allen A, de la Calle M, Frick MA, et al. Guía de la sociedad Española de Infectología pediátrica sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la Infección neonatal por Virus herpes simplex. An Pediatr. 2018; 89: 64
- Pinninti S, Kimberlin D. Management of neonatal herpes simplex virus infection and exposure. Arch Dis Child Fetal Neonatal. 2014; 99: 240-244
- James S, Kimberlin D. Neonatal herpes simplex virus infection: Epidemiology and treatment. Clin Perinatol. 2015; 42: 47-59
- Bascones-Martínez A, Pousa-Castro X. Herpesvirus. Av Odontoestomatol. 2011; 27: 11-27