



Infección neonatal por virus herpes simple

Bárbara Banacloche Campillo, R2

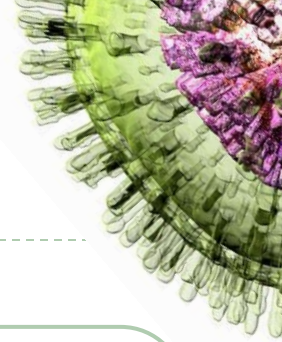
Tutor: José Luis Tarazona

Sección: Neonatología

Índice

- ▶ **Caso clínico**
- ▶ **Epidemiología**
- ▶ **Transmisión**
- ▶ **Clínica**
- ▶ **Pruebas diagnósticas**
- ▶ **Diagnóstico diferencial**
- ▶ **Tratamiento**
- ▶ **Pronóstico**
- ▶ **Conclusiones**

Caso clínico



Anamnesis

- ▶ Neonato mujer de 15 ddv
- ▶ Lesiones en cuero cabelludo y frente vesiculo - pustulo - costrosas de 1 semana de evolución
- ▶ Sin mejoría con mupirocina y amoxicilina – clavulánico VO durante 5 días

Antecedentes personales

- ▶ Embarazo controlado normoevolutivo
- ▶ EG: 39+4sg. Parto mediante vakum. Apgar: 10/10. Peso: 3220gr (AEG).
- ▶ Perinatal inmediato sin incidencias
- ▶ No lesiones sugestivas de infección herpética en genitales de la madre en el momento del parto

Caso clínico

Exploración física

¿Herpes
neonatal?



Pruebas
diagnósticas

+

Aciclovir
+
Cloxacilina



Epidemiología HVS



- ▶ **Incidencia herpes neonatal:** 3 – 30/100.000 nacidos vivos
- ▶ Infrecuente en países desarrollados

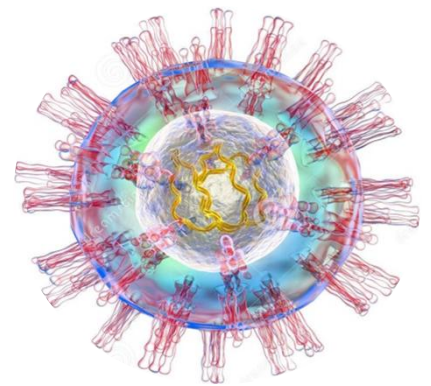
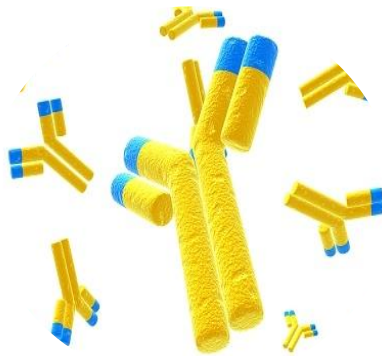
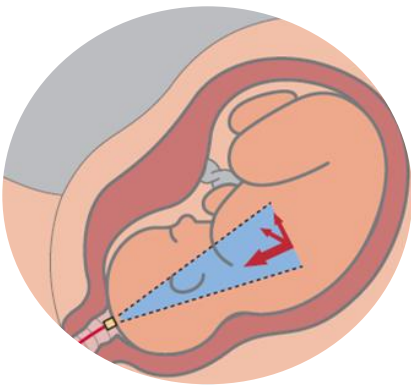
- ▶ **Herpes genital (HG):**
 - ▶ VHS – 2 es la causa más frecuente a nivel mundial
 - ▶ VHS – 1 es actualmente la causa más frecuente de nuevos
 - ▶ En España, ha aumentado en los últimos años

- ▶ **Herpes neonatal (HN):**
 - ▶ Causado por VHS – 1 y VHS – 2
 - ▶ VHS – 2 es el más frecuente en países subdesarrollados
 - ▶ La incidencia de VHS – 1 ha aumentado en países desarrollados

Transmisión de VHS

Factores de riesgo

- ▶ Categoría de la infección genital (+ riesgo en 1er episodio)
- ▶ Presencia de Ac maternos (+ riesgo de transmisión si primoinfección, sobre todo en las últimas 6 semanas de gestación)
- ▶ Duración de bolsa rota: > 4 – 6 horas
- ▶ Alteración de la integridad de las barreras cutáneomucosas en el feto
- ▶ Tipo de parto
- ▶ Tipo de herpes



Transmisión de VHS

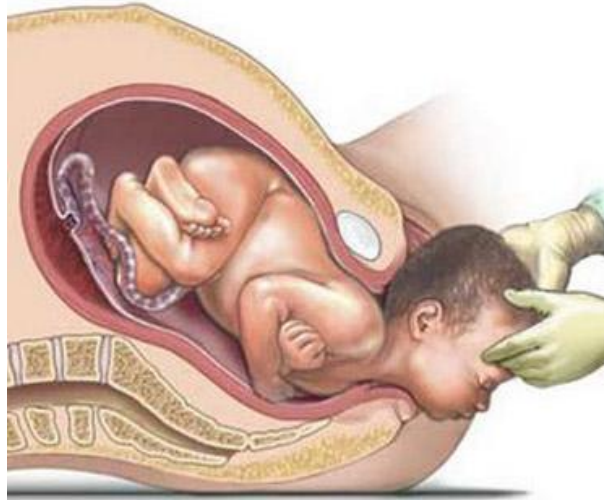


Intrauterina (5%)



- Transplacentaria
- Retrógrada

Perinatal (85%)

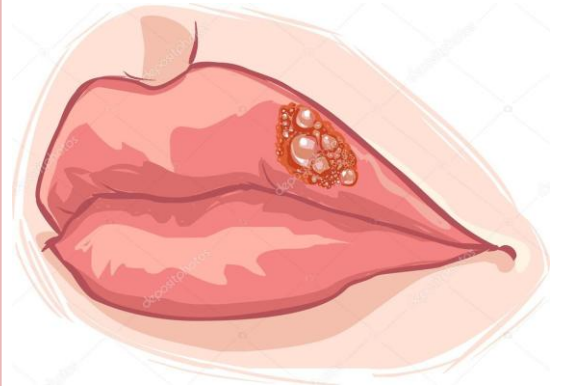


Infección genital activa
síntomática o asintomática



60 – 80% sin Hª previa de HG

Postnatal (15%)



Por contacto íntimo del RN
con una persona que
tiene la infección

Clínica

Infección congénita

- ▶ Raro pero grave
- ▶ Hidrops fetal y muerte fetal // RN que sobreviven → Triada clásica (<30%): afectación cutánea, ocular y SNC

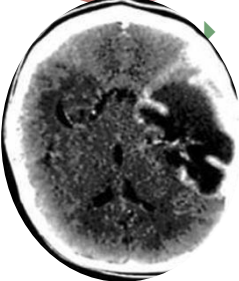
Infección neonatal

▶ Enfermedad cutánea - ocular - oral o SEM (35 - 45%)



- ▶ Dos primeras semanas de vida (pero puede aparecer en < 6 sem)
- ▶ Forma menos grave, mejor pronóstico y buena respuesta al tratamiento
- ▶ Sin tratamiento precoz → 50 – 60% enfermedad diseminada y 75% afectación del SNC

▶ Enfermedad localizada en SNC o meningoencefalitis (30%)



- ▶ Segunda y tercera semana de vida (pero puede aparecer en < 6 sem)
- ▶ Diseminación retrógrada o vía hematógena
- ▶ Con o sin infección cutánea - ocular - oral y con o sin enfermedad diseminada
- ▶ Asintomática al inicio → Convulsiones, letargia, irritabilidad, alteración de Tª.

▶ Enfermedad diseminada (25 -35%)



- ▶ Primera semana de vida.
- ▶ Inicialmente sepsis → fallo hepático, CID, IR por neumonitis, NEC y meningoencefalitis.

Diagnóstico

Signos clínicos iniciales sutiles e inespecíficos → Alto índice de sospecha



▶ **Análisis sanguíneo:** a todos.

▶ **Cultivo (+/- PCR):** conjuntiva, boca, recto, piel.



▶ **PCR VHS:**

▶ De elección en LCR y en sangre/plasma.

▶ Para cualquier forma de presentación.

▶ Punción lumbar:

▶ LCR: pleocitosis (mononuclear), proteinorraquia e hipoglucorraquia moderadas. Hematíes no característicos.

▶ Falsos negativos:

❑ Sangre o proteínas elevadas

❑ En los 3 primeros días de la enfermedad o pasados varios días del tratamiento antiviral

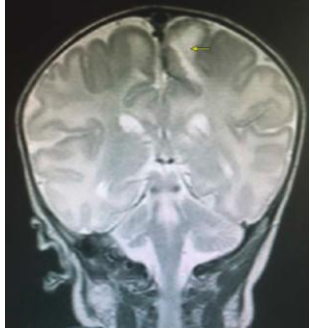
▶ Si PCR inicial negativa y sospecha de afectación del SNC → repetir durante la primera semana y mantener tratamiento hasta entonces



▶ **Examen oftalmológico:** a todos.



Diagnóstico



- ▶ **Neuroimagen**: ecografía cerebral, TC o RM (de elección)
 - ▶ Puede ser normal al inicio
 - ▶ Con la evolución: edema cerebral, hemorragia o lesiones destructivas

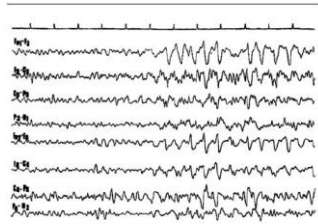
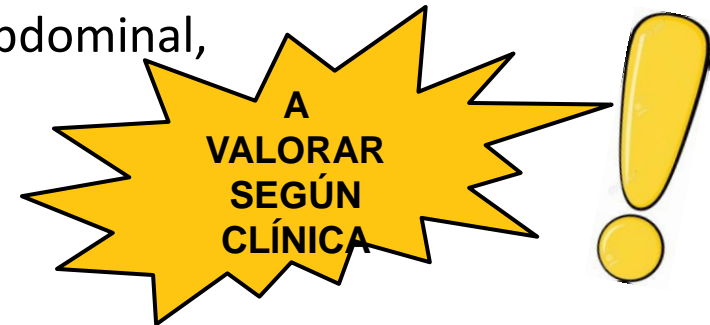


Fig. 3. Trenes de punta y punta-onda lenta, de aspecto periódico, topografiados a nivel de ambas regiones frontotemporales.

- ▶ **Electroencefalograma**: si sospecha de afectación del SNC
 - ▶ Descargas periódicas o cuasiperiódicas focales o multifocales
 - ▶ Es + sensible y precoz que la neuroimagen

- ▶ **Rx abdomen/Ecografía abdominal**: si clínica abdominal, hepatitis o fallo hepático
- ▶ **Rx tórax**: si clínica respiratoria
- ▶ **Ecocardiografía**: si disfunción miocárdica



Pruebas diagnósticas caso clínico



PCR VHS 1 +



Lesiones cutáneas: PCR VHS 1 +

Cultivo: ausencia de gérmenes por cultivo



HC: Negativo a los 5 días



Tinción GRAM

Cultivo bacteriológico

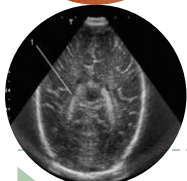
Bioquímica

PCR de herpes I y II: no se detecta

Panel meningitis/meningoencefalitis



FO: Normal. No signos de coriorretinitis.



Ecografía cerebral: sin hallazgos patológicos

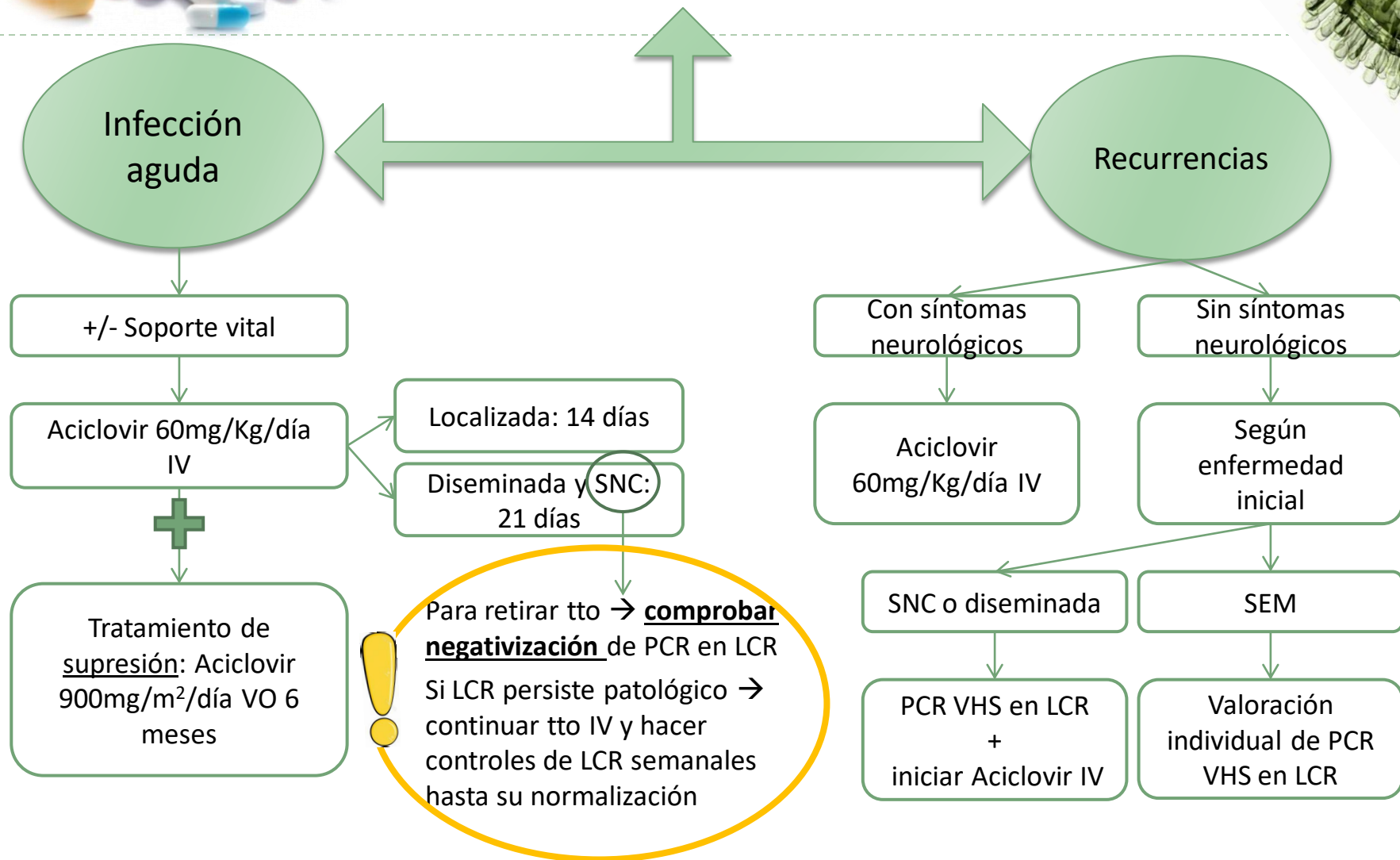
Frotis vaginal madre:

PCR VHS 1 +

Enfermedad
cutánea

PCR VHS + en
sangre no es =
a infección
diseminada

Tratamiento



Caso clínico. Evolución y tratamiento

Hospitalización

▶ Tratamiento:

- ▶ Cloxacilina 6 días
- ▶ Aciclovir IV 2 semanas
- ▶ Mupirocina + Zovirax tópico 6 días

▶ Evolución durante el ingreso:

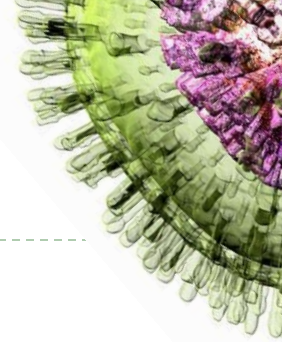
- ▶ Afebril. Resto de constantes clínicas normales
- ▶ Solo lesiones en cuero cabelludo y frente, no orales ni oftálmicas. No enfermedad diseminada ni afectación del SNC

CCEE Infectología Pediátrica

▶ Seguimiento:

- ▶ En tratamiento supresor (Aciclovir 900mg/m²/d)
- ▶ 3/1/19 vista en UPED por aparición de 3 vesículas en frente que desaparecieron en 3 días. Vista en Dermatología → dudosa recidiva
- ▶ AS:
 - BQ: urea 21mg/dL, Cr 0,21mg/dL, iones normales, función hepática normal
 - Hemograma: Leu 13,730 (720 neutrófilos; 11,640 linfocitos; 890 monocitos), Hb 15,10g/dL, Hto 44,1%, plaquetas 418.000/μL

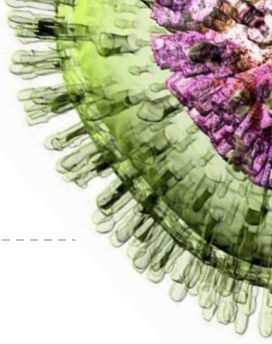
Pronóstico



- ▶ Mortalidad: 0.8 muertes/100.000 nacidos vivos
- ▶ Con la introducción del tratamiento en la infección aguda:
 - ▶ Disminuye mortalidad
 - ▶ Evita la progresión de la enfermedad cutánea
 - ▶ Mejora el pronóstico neurológico en la enfermedad diseminada y en los casos de afectación del SNC
- ▶ Con tratamiento supresor:
 - ▶ Disminuye recurrencias cutáneas
 - ▶ Mejor pronóstico neurológico en lactantes con afectación por herpes del SNC
- ▶ Afectación neurológica:
 - ▶ Enfermedad diseminada: 80% tienen un desarrollo neurológico adecuado
 - ▶ Afectación del SNC: 30% tienen un desarrollo neurológico adecuado

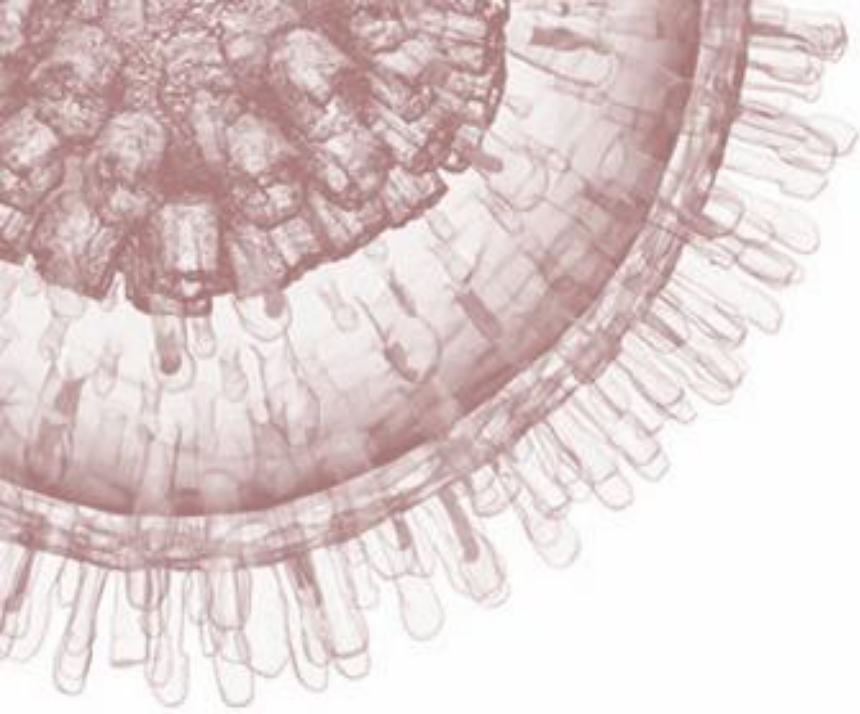


Conclusiones



- ▶ Aumento de la prevalencia de HSV – 1 genital
- ▶ Transmisión materno-fetal: + frecuente perinatal
- ▶ Lo + frecuente es el herpes neonatal, sobre todo la forma localizada
- ▶ Sigue siendo un desafío clínico : signos iniciales sutiles e inespecíficos
- ▶ A todos AS + PCR +/- cultivo de piel y mucosas + PCR en LCR, sangre/plasma + examen oftalmológico
- ▶ El tratamiento empírico está justificado ante la sospecha clínica, ya que el tratamiento precoz disminuye secuelas a largo plazo y mejora la supervivencia
- ▶ El tratamiento de supresión reduce las recurrencias cutáneas y se ha asociado a mejor pronóstico neurológico en lactantes con afectación por herpes del SNC





**Gracias por su
atención**

