

¿Qué tiene mi bebé? ¿Un herpes en la cabeza?



Marcos del Valle Ferreras, Paloma Germán Angulo, Almudena Vivares López, Cristina Herráiz Perea
Hospital General Universitario de Toledo. Toledo. España.

PUNTOS CLAVE

- El herpes neonatal es una patología que requiere tratamiento inmediato vía intravenosa con aciclovir; por ello, es importante sospecharlo en la exploración física.
- Esta enfermedad, en periodo neonatal, puede tener afectación a nivel cutáneo únicamente, a nivel del sistema nervioso central (SNC) y a nivel multisistémico.
- Se sugiere tratamiento con aciclovir oral durante 6 meses para todas las categorías de enfermedad neonatal por herpes.
- Es importante el ajuste de dosis del aciclovir según el peso del paciente.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: fiebre.

Antecedentes perinatales: embarazo controlado con ecografías normales, parto eutócico a las 36+6 semanas en el que no precisa reanimación. Las pruebas metabólicas resultan normales, así como el cribado auditivo.

Antecedentes familiares: sin interés.

Enfermedad actual: neonato de 6 días de vida que consulta en Atención Primaria por fiebre máxima de 38,4 °C de 24 horas de evolución, sin otra sintomatología acompañante. Al nacimiento presentaba lesiones pequeñas de predominio en espalda, pero que afectaban a toda la superficie corporal, rojas con punta blanquecina (que impresionan de eritema tóxico del recién nacido); también presenta lesiones vesiculocostrosas en

cuero cabelludo que han ido en aumento. Buena realización de tomas, no clínica respiratoria ni digestiva concomitante; niegan mayor irritabilidad, dificultad respiratoria u otros síntomas.

Exploración física: buen estado general, activo y reactivo. Tinte ictérico leve. Bien hidratado y perfundido. Lesiones pequeñas, papuloeritematosas, en toda la superficie corporal, compatibles con eritema tóxico del recién nacido en resolución. Presenta a nivel parietotemporal derecho tres lesiones papulopustulosas, de aproximadamente 3-4 mm de diámetro, no agrupadas (Figura 1), y otra en región occipital de 1 cm de diámetro, con aspecto impetiginizado (Figura 2). No petequias. Fontanela anterior normotensa. Pulsos palpables y simétricos. Caderas estables. No signos de dificultad respiratoria. AC rítmica, sin soplos. AP normal. Abdomen blando, depresible, no masas ni megalias. Genitales externos normales. Reflejos arcaicos normales. Tono muscular normal. ORL: pilares amigdalinos hiperémicos.

Ante la presencia de fiebre y lesiones cutáneas, se deriva a Urgencias Hospitalarias para continuar valoración. En Urgencias se solicita analítica de sangre (bioquímica, hemograma, gasometría venosa, coagulación), sistemático de orina, hemocultivo y urocultivo.

En la analítica de sangre se objetiva linfomonocitosis leve. El sistemático de orina no muestra alteraciones. Se decide ingreso con la sospecha de enfermedad por herpes neonatal, para descartar afectación del SNC o enfermedad diseminada.

A su ingreso se realiza despistaje séptico, así como punción lumbar, aislándose en arrays de líquido cefalorraquídeo (LCR) virus *Herpes simplex* (VHS) tipo I. Se realiza valoración oftalmológica, con resultando normal.

Cómo citar este artículo: Del Valle Ferreras, Germán Angulo P, Vivares López A, Herráiz Perea C. ¿Qué tiene mi bebé? ¿Un herpes en la cabeza? Form Act Pediatr Aten Prim. 2022;15(2):87-9.



Figura 1. Lesiones papulopustulosas, de aproximadamente 3-4 mm de diámetro.

Pruebas complementarias:

- ADN de virus *Herpes simplex 1* en exudado de piel: positivo; ADN de virus *Herpes simplex 2* en exudado piel: indetectable.
- Hemocultivo: crecimiento de *Staphylococcus epidermidis* y *Staphylococcus hominis* (probable contaminación).



Figura 2. Lesión vesiculocostrosa en región occipital.

- Urocultivo negativo.
- Estudio del LCR:
 - Aspecto macroscópico rojo, xantocrómico (inspección visual).
 - Bioquímica: glucosa 41 mg/dl; proteínas totales 229,00 mg/dl; lactato 13,2 mg/dl.
 - Recuento: células nucleadas en LCR 590 /mm³; hemátíes 17 640 /mm³; neutrófilos 13%; linfocitos 41%; monocitos 44%; eosinófilos 2%.
 - *Arrays* meningitis/encefalitis: se detecta material genético de VHS tipo 1.
- Electroencefalograma. Trazado de fondo con buena diferenciación topográfica para la edad del paciente. Patrón de vigilia-sueño diferenciado, dentro de la normalidad para la edad, desprovisto de anomalías epileptiformes valorables específicas. No se registran episodios críticos, movimientos anormales ni apneas durante el registro.
- Ecografía transfontanelar: quiste subependimario izquierdo de 3 mm. Resto, normal.
- Ecografía abdominal normal.
- RM cerebral: estudio sin hallazgos significativos.

Ante la posibilidad de sepsis bacteriana y con la sospecha de infección por VHS, se inicia tratamiento con ampicilina, gentamicina y aciclovir intravenoso, retirándose tratamiento antibiótico a las 24 horas tras aislamiento de VHS tipo 1 en LCR. Se mantiene tratamiento con aciclovir intravenoso a 60 mg/kg/día, completando un ciclo de 21 días. Durante su estancia en planta de hospitalización, se mantiene asintomático. A partir de las 24 horas del ingreso, permanece afebril. Se repite punción lumbar a los 16 días de tratamiento con aciclovir y se comprueba la negativización de *arrays* en LCR para VHS tipo 1.

Tras el diagnóstico de infección del SNC por VHS tipo I en el neonato, se realiza valoración ginecológica a la madre, en la que se confirma infección por VHS tipo 1 en lesiones genitales maternas.

Cuatro meses después, consulta en el Centro de Salud por aparición de una lesión cutánea similar a las del ingreso anterior, de 48 horas de evolución. En la exploración física se aprecia lesión vesiculosa/costrosa localizada en parietal derecho de 1-1,5 cm de diámetro (Figura 3).

Dado el antecedente de infección del SNC por VHS tipo I, ingresa en planta de hospitalización para tratamiento intravenoso con aciclovir, pasando posteriormente a vía oral. Se mantiene afebril durante todo el ingreso. Se realiza toma de muestra de lesión dermatológica donde se aísla VHS tipo I. Dada la buena evolución clínica, se decide alta hospitalaria con tratamiento ambulatorio con aciclovir hasta completar 6 meses, y segui-



Figura 3. Lesión vesiculocostrosa en región parietal derecha.

miento en consulta externa de Pediatría y Atención Primaria para ajuste de aciclovir oral según peso. En el momento del alta presenta exploración física normal.

RAZONAMIENTO CLÍNICO

A los 6 días de vida, estando afebril el paciente, y ante la clínica únicamente de lesiones cutáneas maculoeritematosas pequeñas, se podría sospechar eritema tóxico del recién nacido. Tras la aparición de la fiebre, se deben descartar otras patologías. A pesar del buen estado general del neonato, es necesario descartar sepsis neonatal precoz en este caso. Para ello, es obligado la realización de pruebas complementarias. Ante la normalidad de la analítica, reactantes de fase aguda negativos, y la buena evolución clínica, no parece una sepsis el diagnóstico más probable. Se descarta también razonablemente, la posibilidad de infección del tracto urinario ante la presencia de urocultivo negativo, lo cual siempre tiene que considerarse ante un cuadro de fiebre en un neonato.

Ante la clínica de lesiones herpéticas en cuero cabelludo del paciente, detección de VHS tipo I en *arrays* de LCR, así como en canal del parto, se confirma diagnóstico de infección del SNC neonatal por VHS tipo I.

DISCUSIÓN

La mayoría de los expertos están de acuerdo en que el aciclovir empírico está indicado para recién nacidos con características clínicas que sugieran infección por VHS, tales como vesículas mucocutáneas, convulsiones, dificultad respiratoria, coagulopatía, hepatomegalia, ascitis o transaminasas marcadamente elevadas. Se debe administrar aciclovir intravenoso en el momento en que se sospecha el diagnóstico de VHS neonatal. Después del tratamiento parenteral para todas las formas de enfermedad neonatal por VHS, se sugiere terapia supresora con aciclovir oral a 300 mg/m²/dosis, 3 veces al día durante 6 meses; la dosis debe ajustarse cada mes para tener en cuenta el crecimiento. Esta recomendación se basa en un ensayo clínico aleatorizado en el que la terapia supresora redujo las recurrencias cutáneas y se asoció con mejores resultados neurológicos en lactantes con afectación del SNC. Si hay una enfermedad ocular debido a este virus, muchos expertos sugieren la supresión oral durante un año^{1,2}.

Las vesículas recurrentes son comunes y ocurren en el 50-80% de los recién nacidos, con 1 a 12 episodios en el primer año de vida. Los lactantes que experimentan tres o más episodios antes de los 6 meses de edad presentan riesgo de anomalías neurológicas^{1,2}.

En este caso, en el primer ingreso se mantuvo terapia con aciclovir intravenoso durante 21 días, tal y como se recomienda en todas las guías. Al presentar la recurrencia de las lesiones herpéticas en cuero cabelludo y por el antecedente de afectación del SNC, con el riesgo de provocar secuelas neurológicas, sí que se decidió iniciar terapia supresora con aciclovir oral hasta completar 6 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Demmler-Harrison GJ. Neonatal herpes simplex virus infection: Management and prevention. En: UpToDate [en línea] [consultado el 17/06/2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/neonatal-herpes-simplex-virus-infection-management-and-prevention>
2. Demmler-Harrison GJ. Neonatal herpes simplex virus infection: Clinical features and diagnosis. En: UpToDate [en línea] [consultado el 17/06/2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/neonatal-herpes-simplex-virus-infection-clinical-features-and-diagnosis>