

# Varicela y herpes zóster

Jaime García Aguado [jgaguados@gmail.com]

Pediatra. Centro de Salud Villablanca [Servicio Madrileño de Salud, Área 1]. Madrid.

Fecha de actualización: 14/04/2008  
Guía\_ABE\_Varicela y herpes zóster (v.2/2008)

**Cita sugerida:** García Aguado J. Varicela y herpes zóster (v.2/2008). Guía\_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 14/04/2008; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en <http://infodoctor.org/gipi/>

## Introducción y puntos clave

La varicela es una enfermedad generalmente leve<sup>1</sup>, que se manifiesta 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. Es posible la infección asintomática.

Tras la primoinfección, el virus permanece latente en las raíces de los ganglios dorsales de la médula espinal. Su posterior reactivación origina los brotes de herpes zóster, trastorno en el que las vesículas aparecen siguiendo el trayecto de una metámera. La neuralgia postherpética, principal complicación del herpes zóster, es muy rara en la infancia.

El periodo de incubación de la varicela es de unos 14 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. 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.

El diagnóstico es clínico la mayoría de las veces, siendo característica la existencia simultánea de lesiones en estadio de mácula, vesícula y costra. La varicela en individuos vacunados se presenta de forma más leve, con pocas lesiones, la mayoría o incluso todas maculopápulas, por lo que puede confundirse fácilmente.

En niños sanos no está indicado el uso de 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.

**Cambios más importantes respecto a la versión anterior:** se incluye una tabla con las indicaciones de uso de la inmunoglobulina anti-varicela/zóster y de la vacuna atenuada en la profilaxis postexposición. Se recomienda ser prudentes con el uso del ibuprofeno en la varicela y usar de primera elección el paracetamol como antitérmico.

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

Estudios complementarios (../..)		
	Indicados en la evaluación inicial <sup>2</sup>	Indicados en situaciones especiales
Laboratorio	No son necesarios	
Microbiología	No son necesarios	▪ En casos de alto riesgo (inmunodeprimidos, etc.) puede ser necesaria la confirmación



Estudios complementarios (../..)		
	Indicados en la evaluación inicial <sup>2</sup>	Indicados en situaciones especiales
		<p>etiología mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR), inmunofluorescencia directa o cultivo de líquido extraído de las lesiones cutáneas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un aumento de cuatro veces en la IgG específica permite confirmar el diagnóstico retrospectivamente</li> </ul>
Pruebas de imagen	No son necesarias	

Indicaciones de ingreso hospitalario
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inmunodeprimidos con varicela o herpes zóster</li> <li>▪ Aparición de complicaciones graves: neumonía, ataxia, encefalitis, hepatitis grave, trombocitopenia, fascitis necrosante</li> <li>▪ Menores de un mes de edad con sospecha de varicela</li> <li>▪ Recién nacidos cuya madre desarrolla la varicela entre 5 días antes y 2 días después del parto</li> </ul>

Tratamiento antimicrobiano empírico	
Situación	Tratamiento de elección
Varicela y herpes zóster en niños y adolescentes sanos	No está indicado <sup>3</sup>
Varicela en grupos con riesgo alto de desarrollar complicaciones graves <sup>4</sup>	Aciclovir, VO: 20 mg/kg/dosis (máximo 800 mg/dosis), 4 veces al día, durante 5 días <sup>5,6</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Varicela en inmunodeprimidos, recién nacidos o pacientes con complicaciones graves</li> <li>▪ Herpes zóster en inmunodeprimidos</li> </ul>	<p>Aciclovir, IV<sup>7</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ &lt; 1 año: 10 mg/kg/dosis, cada 8 horas, durante 7-10 días</li> <li>▪ ≥ 1 año: 500 mg/m<sup>2</sup>/dosis, cada 8 horas, durante 7-10 días, o 10 mg/kg/dosis, cada 8 horas, durante 7-10 días<sup>8</sup></li> </ul>

Profilaxis postexposición (../..)		
Situación	Tratamiento de elección	Alternativa
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recién nacidos cuya madre desarrolla varicela entre los 5 días antes del parto y los 2 días después</li> <li>▪ Exposición significativa<sup>9</sup> en: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inmunodeprimidos que no han pasado la varicela, no están vacunados y son seronegativos para el VZV</li> <li>- Prematuros nacidos a las ≥ 28 semanas y</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gammaglobulina antivariélica, IV<sup>10</sup>: 25 UI/kg en dosis única</li> <li>▪ Debe administrarse en un plazo máximo de 96 horas tras la exposición</li> </ul>	<p>Si la gammaglobulina antivariélica no está disponible en el plazo de 96 horas, se puede administrar IgG inespecífica<sup>11</sup> en dosis única de 400 mg/kg, IV</p>



Profilaxis postexposición (../..)		
Situación	Tratamiento de elección	Alternativa
cuya madre no tiene evidencia de inmunidad - Prematuros nacidos antes de las 28 semanas o con peso $\leq$ 1.000 g al nacer, independientemente del estado inmunitario de la madre		
Exposición significativa <sup>9</sup> en individuos sanos susceptibles	La vacuna de la varicela <sup>12</sup> 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	

Otras medidas terapéuticas
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 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 invasora 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</li><li>▪ Pueden utilizarse antihistamínicos sedantes como la hidroxizina<sup>13</sup> o la dexclorfeniramina<sup>14</sup> para ayudar a disminuir el prurito, aunque no hay estudios que avalen su eficacia</li><li>▪ 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</li><li>▪ Evitar el contacto con personas susceptibles durante el periodo de contagio, especialmente recién nacidos, mujeres embarazadas e inmunodeprimidos</li></ul>

Referencias bibliográficas (../..)
Albrecht MA. Treatment and prevention of chickenpox. UpToDate v/16.1 [actualizado el 10/01/2008; consultado el 14/04/2008]. Disponible en <a href="http://www.uptodate.com">www.uptodate.com</a>
American Academy of Pediatrics. Varicella-Zoster Infections. En: Pickering LK, ed. Red Book: 2006 Report of the Committee on Infectious Diseases. 26 <sup>th</sup> ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2006. p. 711-25. [consultado el 14/04/08]. Disponible en <a href="http://aapredbook.aappublications.org">http://aapredbook.aappublications.org</a>
CKS (2008). Chickenpox (Topic Review). Clinical Knowledge Summaries Service. [consultado el 14/04/08]. Disponible en <a href="http://www.cks.library.nhs.uk/chickenpox">www.cks.library.nhs.uk/chickenpox</a>
Harris D, Redhead J. Should acyclovir be prescribed for immunocompetent children presenting with chickenpox? Arch Dis Child. 2005;90:648-50. [consultado el 14/04/08]. Disponible en <a href="http://adc.bmjournals.com/cgi/content/full/90/6/648">http://adc.bmjournals.com/cgi/content/full/90/6/648</a>
Klassen TP, Hartling L, Wiebe N, Belseck EM. Aciclovir para el tratamiento de la varicela en niños y adolescentes sin otra enfermedad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <a href="http://www.update-software.com">www.update-software.com</a> . (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
Leroy S, Mosca A, Landre-Peigne C, Cosson MA, Pons G. Quel niveau de preuve de l'efficacité et de la sécurité de l'ibuprofène dans ses indications pédiatriques? Arch Pediatr. 2007;14:477-84.
Marin M, Güris D, Chaves SS, Schmid S, Seward JF; 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. [consultado el 14/04/08]. Disponible en



### Referencias bibliográficas (../..)

[www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5604a1.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5604a1.htm)

Mikaeloff Y, Kezouh A, Suissa S. Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and the risk of severe skin and soft tissue complications in patients with varicella or zoster disease. *Br J Clin Pharmacol*. 2008;65(2):203-9.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Chickenpox in pregnancy. Green-top Guideline Nº 13. September, 2007. [consultado el 14/04/08]. Disponible en [www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=514](http://www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=514)

Watson B, Seward J, Yang A, Witte P, Lutz J, Chan C, et al. Postexposure effectiveness of varicella vaccine. *Pediatrics*. 2000;105:84-8. [consultado el 18/04/08]. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/105/1/84>

**Abreviaturas:** **Comp:** comprimido. **IgG:** inmunoglobulina de clase G. **IV:** vía intravenosa. **PCR:** reacción en cadena de la polimerasa. **VO:** vía oral. **VZV:** virus varicela-zóster.

### Notas aclaratorias

<sup>1</sup> Los recién nacidos, los inmunodeprimidos y las mujeres embarazadas tienen riesgo alto de desarrollar enfermedad grave o complicaciones.

<sup>2</sup> En general no son necesarios los estudios complementarios; el diagnóstico es clínico.

<sup>3</sup> En individuos sanos, el aciclovir acorta el curso clínico de la varicela cuando se administra en las primeras 24 horas que siguen a la exposición, 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 por el mayor riesgo de enfermedad grave.

<sup>4</sup> Grupos de riesgo:

- Administración de 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.
- Trastornos cutáneos o pulmonares crónicos.
- Ingesta crónica de salicilatos.
- Algunos expertos también consideran la administración de aciclovir en los casos secundarios dentro de la familia.

<sup>5</sup> El tratamiento debe iniciarse en las primeras 72 horas, siendo más eficaz cuanto más precoz sea su administración.

<sup>6</sup> Aciclovir, VO. Presentaciones comerciales disponibles: Zovirax®, Virherpes®: suspensión oral, 80 mg/ml. Aciclovir® EFG: comp. de 200 y 800 mg.

<sup>7</sup> El aciclovir IV debe administrarse en infusión lenta durante una hora para evitar el riesgo de cristaluria y daño tubular renal.

<sup>8</sup> Para evitar la dosis excesiva en pacientes obesos, la dosis parenteral de aciclovir debe calcularse atendiendo al peso corporal ideal.

<sup>9</sup> Aunque no hay unanimidad entre los expertos, puede considerarse significativo el contacto en la misma habitación (domicilio, aula, hospital) durante un periodo de tiempo  $\geq 15$  minutos o el contacto cara a cara (conversación) durante  $\geq 5$  minutos.

<sup>10</sup> Presentaciones comerciales disponibles: Varitect®: 25 UI/ml, en viales de 5 ml, 20 ml y 50 ml. Puede administrarse directamente a una velocidad máxima de 1 ml/min o diluirse en 100 - 500 ml de suero fisiológico. No está comercializada en España, pero se puede solicitar como medicamento extranjero a través de las consejerías de sanidad de las comunidades autónomas.

<sup>11</sup> Presentaciones comerciales disponibles: Endobulín®, Flebogamma®, Gammagard®, Octagamocta®. Viales de 500 mg/10 ml, 2,5 g/50 ml, 5 g/100 ml y 10 g/200 ml. Se administra en infusión IV, sin diluir. Algunas especialidades (Endobulín®) pueden diluirse en suero glucosado 5%.



- <sup>12</sup> Presentaciones comerciales disponibles: Varivax®, aprobada para niños mayores de 1 año de edad; Varilrix®, aprobada para niños y adolescentes de 13 o más años de edad, y en niños de 1 a 12 años con riesgo de desarrollar varicela grave o contactos de otros pacientes con riesgo.
- <sup>13</sup> Hidroxizina: aprobada para niños mayores de 1 año 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.
- <sup>14</sup> Dexclorfeniramina: aprobada para niños mayores de 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 al menos una vez al año. Próxima revisión prevista en 2009. 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.

[Ⓞ] Más información en: <http://infodoctor.org/gipi/>

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

Con la colaboración de:



[©] Guía\_ABE, 2008. ISBN: 978-84-95028-75-4