

Viruela del mono, también en la edad pediátrica



Monkeypox, also in pediatric age

Sra. Editora:

Exponemos el caso de una niña de 3 años de edad que consulta por observación de lesiones cutáneas, sin fiebre, prurito ni otros síntomas. En la exploración física destacan lesiones cutáneas polimorfas localizadas en los glúteos, con elementos papulares, vesiculares y pustulosos umbilicados de 3 mm de diámetro máximo (figs. 1 y 2). No hay evidencia de lesiones orales, perianales ni genitales. Tampoco adenopatías significativas ni visceromegalias, siendo el resto de la exploración normal. El padre obtuvo confirmación pocas horas antes de infección por virus de la viruela del mono (MPXV). No tiene antecedentes de viajes ni contacto con animales. Se realiza frotis de líquido vesicular de las lesiones, que resulta positivo para MPXV (técnica PCR en tiempo real). Se indica aislamiento de contacto y secreciones respiratorias (aérea y gotas) en el domicilio hasta la curación completa de las lesiones cutáneas (a los 10 días de evolución). No hubo complicaciones ni nuevas lesiones en el seguimiento a 2 meses. Por otro lado, tampoco se detectaron nuevos casos en contactos del centro escolar.

El caso descrito corresponde al primer caso pediátrico notificado de esta infección en España (17 de junio de 2022).

La viruela símica es una zoonosis viral producida por MPXV y se ha convertido en el *Orthopoxvirus* más importante a nivel mundial¹. En la actualidad se han documentado numerosos brotes en diferentes países, habiéndose declarado en España más de 2.000 casos hasta julio de 2022. La gravedad de la infección dependerá de la presencia de comorbilidades y la edad, con un 15% de casos fatales reportados y mayor riesgo en niños pequeños en regiones endémicas del África subsahariana².

Produce síntomas similares a los observados en pacientes con viruela, aunque clínicamente es menos grave. El principal mecanismo de transmisión en humanos se produce a través de contacto con mamíferos, principalmente roedores o primates de zonas endémicas. También se ha descrito la transmisión de persona a persona a través de gotas respiratorias, por contacto directo con lesiones cutáneas, fluidos corporales o con objetos contaminados utilizados por personas infectadas¹. En los brotes actuales, el mecanismo de transmisión mayoritario ha sido el contacto sexual.



Figura 1 Lesiones cutáneas en glúteo izquierdo.



Figura 2 Detalle de las lesiones cutáneas de la figura 1.

La infección por MPXV suele ser una enfermedad leve y autolimitada en 2-4 semanas, precisando únicamente tratamiento sintomático. No obstante, en algunos casos puede desarrollarse una enfermedad grave. Las complicaciones pueden incluir infecciones cutáneas bacterianas secundarias, bronconeumonía, sepsis, encefalitis y queratitis. Están indicadas las medidas de aislamiento de contacto y respiratorio (aéreo y gotas) hasta la completa curación de las lesiones cutáneas. Se han ensayado fármacos antivirales en humanos con infección MPXV, como brincidofovir y tecovirimat, no pudiéndose establecer todavía su indicación³. La inmunoprofilaxis postexposición a MPXV, en forma de inmunoglobulina intravenosa o vacuna antivariólica, no está aprobada en edad pediátrica y su uso debería ser compasivo⁴. Ante cualquier caso confirmado, se realizará seguimiento de los contactos estrechos, especialmente los sexuales, durante 3 semanas.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Alerta de viruela del mono en España y a nivel mundial. Protocolo para la detección precoz y manejo de casos ante la alerta de viruela de los monos (Monkeypox)

- en España. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [consultado 16 Jun 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/alertaMonkeypox>.
- Eltvedt AK, Christiansen M, Poulsen A. A case report of Monkeypox in a 4-year-old boy from the DR Congo: Challenges of diagnosis and management. *Case Rep Pediatr*. 2020;2020:8572596, <http://dx.doi.org/10.1155/2020/8572596>.
 - Adler H, Gould S, Hine P, Snell LB, Wong W, Houlihan CF, et al. Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK. *Lancet Infect Dis*. 2022;22:1153–62, [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00228-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00228-6).
 - Rodríguez-Cuadrado F, Pinto-Pulido E, Fernández-Parrado M. Inmunoglobulina anti-Vaccinia y profilaxis postexposición mediante vacuna basada en Vaccinia para el control del brote de viruela símica (Monkeypox). *Actas Dermosifiliogr*. 2022, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2022.08.017>. En prensa.

Marc Roguera Sopena*, Laura Naqui Xicota, Águeda Hernández Rodríguez, María Jesús Méndez Hernández y Carlos Rodrigo Gonzalo de Liria

Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mroguera.germanstrias@gencat.cat (M. Roguera Sopena).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.09.006>
1695-4033/ © 2022 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Enterocolitis necrosante tras administración de inmunoglobulinas y exanguinotransfusión en anemia hemolítica por anti-c[☆]



Necrotizing enterocolitis after intravenous immunoglobulin administration and exchange transfusion in a newborn with hemolytic disease due to anti-c

Sra. Editora:

La enfermedad hemolítica del recién nacido (EHRN) tiene una incidencia de 3 a 80 casos por 100.000 pacientes anualmente. Aunque el antígeno D del sistema Rhesus (Rh) es la causa más frecuente de EHRN por aloinmunización, otros antígenos eritrocitarios pueden causar esta enfermedad, por ejemplo, mediante isoimmunización anti-c. Cuando la incompatibilidad es grave, puede causar anemia fetal, hydrops fetal e incluso la muerte intrauterina. En neonatos, la fototerapia es el tratamiento más común en casos leves y moderados. En casos graves, la inmunoglobulina intravenosa y la exanguinotransfusión pueden ser de utilidad para prevenir la encefalopatía bilirrubínica¹.

Presentamos el caso de una recién nacida pretérmino con EHRN causada por un tipo de anticuerpos poco común (anti-c). La paciente presentó una evolución tórpida, requiriendo tratamiento con inmunoglobulina intravenosa (IVIG) y exanguinotransfusión. A continuación, desarrolló enterocolitis necrosante (ECN).

Se trata de una recién nacida ingresada en nuestro hospital por ictericia desarrollada en las primeras 24 h de vida. Era el segundo bebé de una mujer sana de 37 años y había sido diagnosticada a las 24 semanas de gestación de isoimmunización Rh por anticuerpos anti-c. Se realizaron ecografías

fetales, sin detectarse anomalías en el feto, con la excepción de anemia leve a las 30 semanas de gestación.

La paciente nació a las 35 + 1 semanas de gestación. Su grupo sanguíneo era A Rh positivo, y el test de Coombs directo resultó positivo, con presencia de anticuerpos anti-c. A las 24 h de vida, el examen físico de la paciente fue normal con excepción de la ictericia. Las pruebas de laboratorio confirmaron la hiperbilirrubinemia (bilirrubina total: 13,5 mg/dl, rango normal < 8 mg/dl) en ausencia de anemia (hemoglobina: 16,7 g/dl), iniciándose fototerapia intensiva por una duración de 14 días, con resultados favorables. Los niveles de bilirrubina permanecieron en todo momento bajo el umbral de la exanguinotransfusión. Se realizaron otras pruebas para descartar diagnósticos alternativos a la hiperbilirrubinemia.

A los 14 días de nacer, presentó anemia (hemoglobina: 7,7 g/dl; rango normal: 12,5-20,5), por lo que se administró IVIG (1 g/kg iv en 6 h). La paciente permaneció hemodinámicamente estable antes y durante el tratamiento. Se detectó progresión de la anemia a pesar de la infusión de inmunoglobulinas (concentración de hemoglobina de 6,7 g/dl 12 h tras su administración), por lo que se realizó exanguinotransfusión parcial (80 cc/kg) mediante vía venosa central (vena femoral izquierda). No hubo eventos adversos durante la transfusión. La concentración de hemoglobina aumentó a 12,3 g/dl (fig. 1). A las pocas horas de concluir la exanguinotransfusión, la paciente mostró deterioro general con distensión abdominal y vómitos biliosos. Requirió intubación endotraqueal y soporte hemodinámico con dopamina. La radiografía abdominal era indicativa de ECN (fig. 2). Se llevó a cabo una laparotomía urgente, confirmándose el diagnóstico. Se practicó escisión del íleo distal y el colon ascendente con creación de una ileostomía terminal. Tras la operación, la paciente se recuperó progresivamente y fue dada de alta a los 30 días.

Se ha descrito que la incompatibilidad de grupo sanguíneo menor es responsable del 3 al 5% de los casos de ictericia hemolítica en neonatos². El antígeno c es uno de los más inmunogénicos, por detrás del antígeno D, entrando en juego generalmente en el período prenatal y asociado a un riesgo de EHRN de moderada a grave³.

[☆] Este trabajo fue presentado en el XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Neonatología, en octubre de 2021, con el título «Enterocolitis necrotizante tras la administración de inmunoglobulina intravenosa y transfusión de hematías en pretérmino tardío con enfermedad hemolítica anti-c».