

REVISTA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA

VOLUMEN 28

ABRIL — JUNIO DE 1960

4 — 6

VIRUELA EN UN NIÑO DE QUINCE DIAS DE EDAD

Por ALBERTO ALBORNOZ-PLATA *,
JOSÉ VICENTE PARDO, y
GABRIEL PÁEZ.

Presentamos un caso de viruela observado en un niño de quince días de nacido: la rareza de la ocurrencia de la enfermedad en esta edad, que da motivo a algunas consideraciones epidemiológicas muy interesantes, y también el hecho de la muy buena respuesta terapéutica obtenida por medio de la oxitetraciclina, pensamos que justifican de por sí la publicación de este caso.

I. *Consideraciones generales de la epidemiología de la viruela.*—Se considera que todo niño es inmune a la viruela, por lo menos en sus cuatro primeros meses de vida, y entre esta edad y los seis meses está indicado hacer la vacunación; esa inmunidad se debe a las defensas que el niño adquiere de la madre, defensas que progresivamente va perdiendo a partir de los

cuatro meses de vida, lo cual se comprueba por el hecho de que la vacuna "prenda" en ese momento.

Durante el embarazo se justifica hacer la vacunación antivariolosa, si la madre tiene más de cuatro años sin haber recibido la vacuna, pues ese es el tiempo mínimo de protección conferido por la vacunación; se aconseja hacer esta vacunación a partir del tercer mes del embarazo; en esa forma la vacunación es perfectamente tolerada por el embarazo: el niño nacido será inmune a la viruela en sus seis primeros meses de vida.

Cuando una persona vacunada previamente entra en contacto con un enfermo de viruela, pueden suceder tres cosas: a) No se contagia, por las defensas que ha proporcionado la vacuna y cuando esta tiene una edad reciente y hasta de cuatro años de aplicada; b) Se contagia y desarrolla una forma leve, si aún tiene algunas defensas, pero no suficientes para evitar

* Profesor Agregado de Higiene en la Facultad Nacional de Medicina.

totalmente la enfermedad: en ese caso desarrollará la forma de la viruela, modificada parcialmente por una vacuna anterior; será un caso de varioloide; c) Si la vacunación es muy antigua, más de cuatro años, la persona se ha vuelto susceptible por haber perdido todos los anticuerpos, y en ese caso desarrollará un cuadro completo de viruela. Una persona con varioloide es contagiante para cualquiera susceptible, y ésta puede desarrollar un cuadro completo de viruela o de varioloide, según que tenga o no antecedentes de una vacunación contra la enfermedad.

El contagio, en caso de viruela o varioloide, siempre es directo: de enfermo a susceptible; la transmisión indirecta es excepcional.

II. *Presentación del caso.*—En el Barrio de Santa Bárbara, de Bogotá, las enfermeras auxiliares del Centro de Higiene número 12 informaron al Director, en el mes de agosto de 1959, que una señora en estado puerperal presentaba una lesión dérmica, y que el niño, de quince días de edad, presentaba igual lesión dérmica, pero en mayor intensidad y con síntomas generales. El Director del Centro de Higiene hizo la visita correspondiente, en unión de dos médicos que había en el momento en práctica de Medicina Preventiva; se comprobó que la madre sufría de varioloide y el niño de viruela. Las historias clínicas de la madre y del niño son las siguientes:

A. A. C., diecisiete años de edad. Profesión: oficios domésticos.

En la visita de control post-parto, practicada el día 12 de agosto de 1959 por las auxiliares del Centro, hallaron una paciente ambulatoria con una lesión dermatológica generalizada. Las auxiliares informaron sobre el particular, y se efectuó la primera visita médica el día 13 de agosto; en esta primera visita se encuentra una paciente en buenas condiciones generales, quien

durante el interrogatorio relata lo siguiente:

El 10 de agosto, en las horas de la tarde, observó malestar general, cefalea frontal y ligera fiebre; simultáneamente apreció la aparición de máculas eritematosas pequeñas, morbiliformes, localizadas en el rostro y los miembros superiores; máculas que desaparecieron a las veinticuatro horas y se transformaron en pápulas. El día de la visita médica, durante el examen físico, se encontró la paciente con una erupción *monomorfa*, caracterizada por vesículas, más numerosas en la cara, miembros superiores e inferiores, y escasas en el tronco, vesículas que distaban entre sí tres centímetros aproximadamente. En posteriores visitas se comprueba que macroscópicamente la lesión corresponde a una viruela: por su evolución rápida, sintomatología escasa y elementos dermatológicos poco numerosos, se trata de una forma atenuada de viruela: varioloide.

Antecedentes.—Descuellan, en primer lugar, las condiciones de vivienda de la paciente; habita en una pieza de una casa de inquilinato, fría, húmeda y antihigiénica. Algunos de los inquilinos de esta casa habían padecido de *viruela*, sin que el Centro hubiera tenido conocimiento alguno. La paciente informa que hace muchos años fue vacunada contra la viruela. Se pudo evidenciar la cicatriz consecutiva a una antigua vacunación. Se siguió como conducta inmediata la vacunación de todos los contactos, incluyendo al niño de la señora A. C., que tenía entonces diez días de edad; se indicó aislamiento de la enferma y cuarentena para los contactos.

A pesar de las medidas profilácticas que se tomaron con la paciente, el día 17 de agosto se presenta la señora al Centro de Higiene con su lesión dermatológica en estado de pústulas, las cuales en algunas partes del cuerpo han

dejado libre el paso a la producción de costras, para informar que su hijo, de quince días de edad, se encuentra enfermo. Se practica la misma tarde la visita médica al niño, sin pasar por alto advertir a la paciente del peligro para la comunidad al no cumplir las medidas de aislamiento que se le han prescrito.

B.—Efectuamos la visita y nos encontramos con un niño de quince días de nacido, que al examen presenta:

Temperatura: 37 grados; pulso: 130 por minuto; al examen de los distintos aparatos no se encuentran alteraciones

patológicas, excepto la piel, donde se aprecia una lesión caracterizada por pápulas de tres milímetros de diámetro, aproximadamente, rodeadas de un halo eritematoso muy pequeño, distribuidas en *todo* el cuerpo, pero mucho más numerosas en la cara y miembros superiores, lesión muy similar a la que fue descrita anteriormente en la madre, y, como en ésta, aparecieron las lesiones sin mayores manifestaciones generales. Se inicia tratamiento con oxitetraciclina (terramicina) en gotas: X gotas (50 mg.), cada seis horas; se aconseja a la madre continuar la lactancia artificial, la cual había co-



Foto número 1.—Erupción generalizada en períodos de pústulas. Se observan lesiones costras en el antebrazo de la madre.



Foto número 2.—Lesiones pustulosas en la frente, miembros y tórax.

menzado desde la iniciación de la enfermedad de ella; además riguroso aislamiento y mantener al niño en condiciones óptimas de higiene, para evitar la infección secundaria de las lesiones.

El 19 de agosto se realiza visita de control y se observa que la lesión ha evolucionado a vesículas que ocupan el lugar de las pápulas; la temperatura es de 37,5°, y al examen clínico se aprecian estertores de pequeña burbuja en ambos campos pulmonares y ligera cianosis; se continúa con el tratamiento de oxitetraciclina y aspirina.

El 22 de agosto el niño no presenta el color cianótico; han desaparecido los

estertores y la fiebre; las vesículas toman carácter pustuloso (véanse fotos). Se realizan posteriormente controles en los siguientes días, apreciándose una evolución muy favorable en la enfermedad.

El 29 se observa que las pústulas se han transformado en costras y el niño está en perfectas condiciones, y prácticamente no han quedado cicatrices.

III. *Comentarios.*—En las historias clínicas anteriores se hizo el diagnóstico de varioloide en la madre, por los datos siguientes:

a) Evaluación clínica de la enfermedad.



Foto número 3.—Lesiones pustulosas en la cara y miembros superiores. Obsérvese su confluencia alrededor de las órbitas, nariz, boca.

b) Características de la erupción.

c) Antecedentes de haber recibido vacuna antivariolosa hace varios años.

d) El hecho de haber estado en contacto la madre con enfermo de viruela comprobada en la misma casa de habitación.

El niño nació sin ninguna inmunidad contra la viruela por la pérdida de defensas contra la enfermedad de la madre durante la evolución del embarazo. La vacunación hecha al niño cuando se diagnosticó el varioloide ma-

terno no alcanzó a prevenirle la infección, pues el período de incubación de la enfermedad (doce días) estaba ya muy adelantado en relación al período de incubación de la vacuna (ocho días); por ese motivo el niño desarrolló un cuadro típico de viruela; posiblemente el desarrollo simultáneo de la enfermedad y de la vacunación efectuada logró que aquella fuese más benigna y sin síntomas generales graves.

El tratamiento por medio de antibióticos de amplio espectro (oxitetraciclina) fue muy eficaz en acortar la

evolución de la enfermedad, en hacerla menos severa, y en especial en evitar las cicatrices consecutivas al exantema.

Resumen y conclusiones.—Se presenta un caso de viruela en un recién nacido; hasta donde sabemos, este es el primer caso publicado en Colombia; el niño se contagió de un varioloide que sufrió la madre en los primeros días de puerperio, y ésta a su vez se contagió de un caso de viruela. El ni-

ño fue tratado con éxito con oxitetraciclina (terramicina), en dosis de 50 mg., cada seis horas. Se hace énfasis en la necesidad de la vacunación antivariolosa en el embarazo, si la futura madre es susceptible, es decir, si no tiene una vacunación reciente. La vacunación antivariolosa, a partir del tercer mes del embarazo, es inofensiva para el embarazo, y en cambio se benefician la madre y el hijo.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

A case is reported of smallpox in a newborn infant. As far as is known this is the first case published in Colombia.

The infant was infected by a varioloid occurring in the mother during the first days of the puerperium; the latter had been caused by contact with a smallpox case.

The infant was successfully treated with a dosage of 50 mg. every six

hours of Oxytetracycline (Terramycin).

It is emphasized that smallpox vaccination is necessary in pregnancy cases, if the future mother is not immune; that is to say, if the mother has not been recently vaccinated.

Smallpox vaccination is inoffensive after the third month of pregnancy and is beneficial both to mother and child.

BIBLIOGRAFIA

1. MAXCY, KENNETH F.: *Preventive Medicine and Hygiene*. 7th. ed. New York, Appleton-Century-Crofts, 1951.
2. SMILLIE, WILSON G.: *Public Health Administration in the United States*. 2nd. ed. New York, Macmillan, 1941.
3. ROSENAU, MILTON J.: *Preventive Medicine and Hygiene*. 6th. ed. New York, Appleton-Century-Crofts, 1940.
4. ALBORNOZ-PLATA, ALBERTO: *Medicina Preventiva y Administración Sanitaria*. Bogotá, Editorial Médica Omnia, 1957.
5. SMILLIE, WILSON G.: *Preventive Medicine and Public Health*. 2nd. ed. New York, Macmillan, 1952.