

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas

www.evidenciasenpediatria.es

Comentario Asociado

Herpes zóster en niños menores de 2 años

Álvez González F

Pediatra. Consultor Senior Grupo de Investigación en Genética, Vacunas e Infecciones Pediátricas (GENVIP). Unidad de Infectología y Vacunas. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España.

Correspondencia: Fernando Álvez González, fernanalvez@hotmail.com

Fecha de recepción: 5 de febrero de 2020 • Fecha de aceptación: 5 de marzo de 2020

Fecha de publicación del artículo: 18 de marzo de 2020

Evid Pediatr. 2020;16:1.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Álvez González F. Herpes zóster en niños menores de 2 años. Evid Pediatr. 2020;16:1.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en <http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2020;16:1>

©2005-20 • ISSN: 1885-7388

Herpes zóster en niños menores de 2 años

Álvez González F

Pediatra. Consultor Senior Grupo de Investigación en Genética, Vacunas e Infecciones Pediátricas (GENVIP). Unidad de Infectología y Vacunas. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España.

Correspondencia: Fernando Álvez González, fernanalvez@hotmail.com

En el artículo valorado críticamente publicado recientemente en *Evidencias en Pediatría*¹, los autores destacan los conocidos beneficios con 2 dosis de la vacuna frente a la varicela en la incidencia del herpes zóster (HZ) excepto en menores de 2 años^{1,2}. Por la preocupación que pueda generar en la práctica clínica la mayor tendencia de HZ en niños tan jóvenes, al estar así destacado en el título del artículo¹, conviene hacer algunos comentarios que pueden ser de interés.

El HZ es poco frecuente en niños <10 años y muy raro en lactantes, pero, cuanto más precozmente se presenta la varicela, más probable es este proceso en niños tan pequeños. Información suficiente de la literatura médica señala que padecer la varicela antes del segundo año de vida (sobre todo en el primer año) incrementa en gran cuantía el riesgo de HZ, debido a la inmadurez de la respuesta inmune a esta edad^{3,4}. Si no hay evidencia de haber padecido un proceso típico de varicela, los casos de HZ pueden ser debidos, en este grupo de edad, tanto a la cepa del virus vacunal de la primera dosis, como a una infección por el virus varicela-zóster (VVZ) natural, con clínica muy indolente antes o después de la vacunación. En el primer año de vida, ante una infección por el VVZ natural, los lactantes están protegidos por anticuerpos específicos transmitidos por la madre, pero son incapaces de establecer una inmunidad humoral y celular adecuadas frente al VVZ, con el consiguiente riesgo de HZ precoz^{4,5}. Tras la primera dosis de la vacuna, a los 12-15 meses de edad, existe un riesgo potencial de reactivación del virus vacunal en la primera infancia, pero la incidencia de HZ relacionada a la vacuna es siempre más baja que tras haber padecido la varicela^{3,6}. Por otro lado, la adquisición de la varicela durante el embarazo también es un riesgo alto de HZ en niños menores de 2 años. Si la exposición intraútero sucede entre la 25 y 36 semanas de gestación, alrededor del 2% de niños presentarán una varicela subclínica, estando así en riesgo de HZ en el primer año de vida^{3,4}.

Con la primera dosis de vacuna se alcanza una excelente protección frente a varicela moderada o grave, pero es un 70% menos eficaz en la prevención de una varicela modificada o atenuada (*breakthrough*), proceso que también pueden presentar los niños menores de 2 años, favoreciendo así la latencia del virus. El riesgo relativo de desarrollar HZ en vacunados es más alto en los que presentaron una erupción como reacción a la vacuna o una varicela modificada³.

Se sabe que la incidencia de HZ es más baja en niños que reciben dos dosis de vacuna⁶ por lo que hay alguna propuesta de administrar precozmente dos dosis antes de los dos años de edad, con la primera a los 12-15 meses y la segunda 1-3 meses después (preferiblemente, y si es posible, antes de entrar en la guardería). El objetivo es, además de prevenir la enfermedad, minimizar la aparición de varicelas modificadas, (el esquema con dos dosis en menos intervalo de tiempo demostró un 95% de eficacia en la prevención de la varicela modificada), reducir la transmisión del virus y, como consecuencia, la aparición del HZ antes de los 2 años⁷.

Se puede considerar que alcanzando una alta implementación del calendario vacunal con dos dosis de vacuna (12-15 meses y 3-4 años y con rescate en los no vacunados) en toda la población infantil, los niños menores de 2 años, especialmente si han recibido la primera dosis, estarán menos expuestos al VVZ natural. Las mujeres llegarán al embarazo con protección, haciendo aún más improbable la transmisión intrauterina. Por lo tanto, teóricamente, muy pocos estarán en riesgo de HZ antes de los 2 años, independientemente del origen del contacto con el VVZ (virus vacunal, no vacunados o varicela modificada)⁶, porque sin latencia no hay HZ.

Por último y muy importante, un aspecto médico tranquilizador es señalar que la expresión clínica del HZ asociada a la vacuna en niños inmunocompetentes tan jóvenes y en niños mayores es más débil y atenuada que la debida al virus natural y con una evolución en muchos casos benigna y autolimitada. La carga viral es bastante más atenuada, con una tasa más baja de reactivación de la cepa incluida en la vacuna, así como por la erupción tan tenue que suele suceder tras la vacunación o una varicela modificada^{3,4}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Rubio MV, García Vera C. Vacunar contra la varicela reduce la incidencia de herpes zóster pediátrico, excepto en menores de dos años. *Evid Pediatr.* 2020;16:6.
2. Weinmann S, Naleway AL, Koppolu P, Baxter R, Belongia EA, Hambidge SJ, et al. Incidence of Herpes Zoster Among Children. *Pediatrics.* 2019;144:2003-14.
3. Leung AKC, Barankin B. Herpes zoster in childhood. *Open J Pediatr.* 2015;5:39-44.

4. Wen SY, Liu WL. Epidemiology of pediatric herpes zoster after varicella infection: a population-based study. *Pediatrics*. 2015;135:e565-571.
5. Rodríguez-Fanjul X, Noguera A, Vicente A, González-Enseñat MA, Jiménez R, Fortuny C. Herpes zoster in healthy infants and toddlers after perinatal exposure to varicella-zoster virus. *Pediatr Infect Dis J*. 2010;29:574-6.
6. Weinmann S, Chun C, Schmid DS, Roberts M, Vandermeer M, Riedlinger K, et al. Incidence and clinical characteristics of herpes zoster among children in the varicella vaccine era, 2005-2009. *J Infect Dis*. 2013;208:1859-68.
7. Prymula R, Bergsaker MR, Esposito S, Gothefors L, Man S, Snegova N, et al. Protection against varicella with two doses of combined measles-mumps-rubella-varicella vaccine versus one dose of monovalent varicella vaccine: a multicentre, observer-blind, randomised, controlled trial. *Lancet*. 2014;383:1313-24.