



Novus Diagnostics S.A.
Donde la calidad es un hábito

NEWSLETTER

TR-008

TORCH- Rubeola

Esta semana continuamos con las infecciones perinatales comprendidas en las infecciones TORCH. En este Newsletter estaremos actualizando sobre la Rubeola y la importancia de su diagnóstico prenatal.

¿Qué es la rubeola?

La rubeola es una infección viral producida por el virus de la rubeola, el cual pertenece a la familia de los Togaviridae y es un virus RNA de una sola cadena. Su transmisión se realiza vía respiratoria por la inhalación de partículas infectadas y los síntomas suelen iniciar a las 2-3 semanas después del contagio.

Habitualmente, la enfermedad viral causada por la rubeola ocurre durante la infancia, pero en 1941 se encontró relación entre defectos congénitos y el contagio durante el embarazo. Es por esta razón que se desarrolló la vacuna para la rubeola y desde entonces la vacunación mundial ha supuesto una disminución del 97% de casos desde el 2000 al 2016.

Aún con las ventajas que ha aportado la vacuna para la rubeola, ésta es la causa infecciosa más común de alteraciones al nacimiento y se estima que anualmente 100 000 infantes nacen con el síndrome de rubeola congénita a nivel mundial.

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de la rubeola?

En más del 50% de los casos, la infección suele pasar desapercibida. En casos sintomáticos, tras un periodo de incubación de 13 a 20 días, puede aparecer fiebre, malestar general y aumento de ganglios linfáticos en particular los ganglios postero auriculares (detrás de la oreja). También suele manifestarse con un rash maculopapular caracterizado por pápulas pequeñas de color rosa y de una duración de 1 a 3 días.

Las complicaciones más comunes de la enfermedad son la poliartritis y la poliartralgia y suelen ser más frecuentes en mujeres adultas. Estos síntomas tienen una duración de 3 a 4 días, pero pueden persistir durante un mes. Otras manifestaciones raras son la encefalitis, trombocitopenia, trastornos hemorrágicos y síndrome de Guillain-Barré.

En cuanto al embarazo, el virus de la rubeola es capaz de atravesar la barrera placentaria y el riesgo de desarrollar rubeola congénita es mayor cuando el contagio ocurre en el primer trimestre (80%-100%), disminuye en el segundo trimestre (10%-20%) y vuelve a aumentar en el tercer trimestre (60%). Las manifestaciones perinatales más frecuentes son el aborto, mortinato o el síndrome de rubeola congénita. También puede haber bajo peso al nacer, hepatoesplenomegalia, trombocitopenia, lesiones óseas y rash purpúrico en “magdalena de arándanos”.

El síndrome de rubeola congénita incluye:

Alteraciones oculares:
cataratas, glaucoma,
retinopatía y microftalmia

Alteraciones cardíacas:
ductus arterioso persistente,
estenosis de la arteria pulmonar
y coartación aórtica

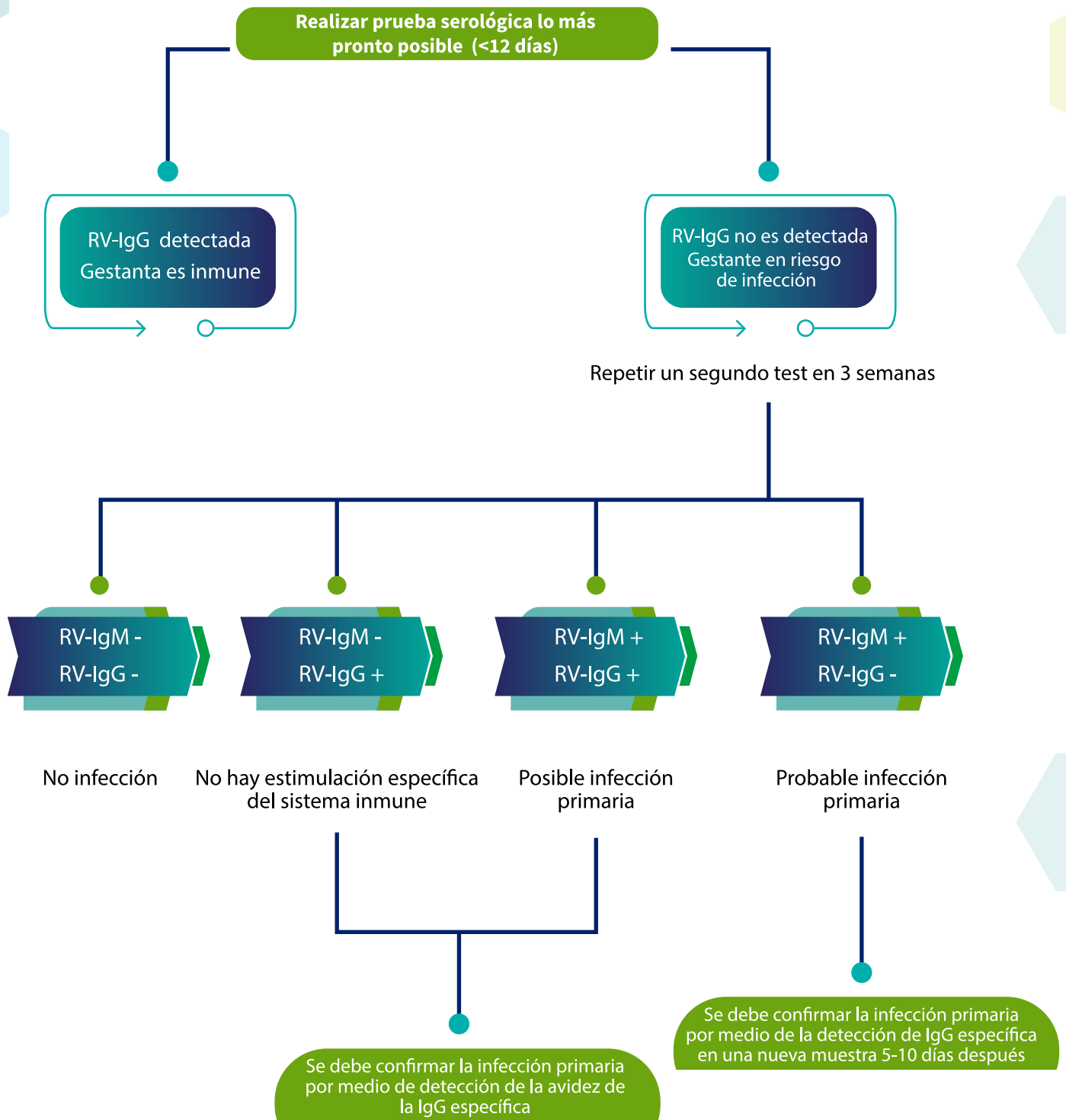
Manifestaciones tardías:
diabetes mellitus, disfunción tiroidea,
hipertensión, desordenes conductuales
e intelectuales, y panencefalitis.

¿Cómo se hace el diagnóstico de la rubeola?

El diagnóstico clínico de la rubeola es difícil ya que las manifestaciones clínicas no son específicas de la enfermedad y pueden confundirse con otras infecciones virales como el parvovirus B19, el herpes virus 6 y 7, enterovirus, toxoplasmosis y reacciones alérgicas.

Por lo tanto, el diagnóstico por laboratorio es esencial para confirmar la infección reciente y se basa principalmente en demostrar la seroconversión a través de la IgG, IgM y de la avididad de la IgG. La IgM específica aparece a partir del tercer día tras el rash y desaparece de 4 a 12 semanas después. La IgG específica medida por ELISA (enzimoimmunoensayo) aparece pocos días después, de 5 a 8 días tras el inicio del rash y persiste durante toda la vida. Las concentraciones de IgG son variables y dependientes del paciente por lo que títulos elevados de IgG no indican necesariamente una infección primaria reciente. Por esta razón es importante conocer la avididad de la IgG específica para poder confirmar la infección primaria (figura 1). Una baja avididad de IgG específica para rubeola frecuentemente está asociada con infecciones primarias recientes (<1-3 meses) y una avididad elevada excluye una infección primaria reciente. En casos de títulos bajos de IgG específica, la interpretación de la avididad debe ser manejada con cautela.

Las técnicas disponibles para la detección de IgG e IgM son enzimoimmunoensayo (ELISA) e inmunoblot.



(Adaptado a partir de Bouthry E, Picone O, Hamdi G, Grangeot-Keros L, Ayoubi JM, Vauloup-Fellous C. Rubella and pregnancy: diagnosis, management and outcomes. *Prenat Diagn.* 2014 Dec;34(13):1246-53. doi: 10.1002/pd.4467. Epub 2014 Sep 16. PMID: 25066688)

El diagnóstico también se puede realizar por medio de PCR (reacción en cadena de la polimerasa) de secreciones nasofaríngeas para la detección del virus.

En cuanto al recién nacido, el diagnóstico de la infección congénita también se basa en la detección de IgM específica mediante ELISA debido a su alta sensibilidad y especificidad en menores de 3 meses. En caso de positividad, se debe de confirmar por medio del aislamiento del virus de la rubeola o la detección del genoma viral en frote nasofaríngeo, urinario o saliva (la excreción del virus en saliva y orina puede durar meses o años) por RT-PCR.

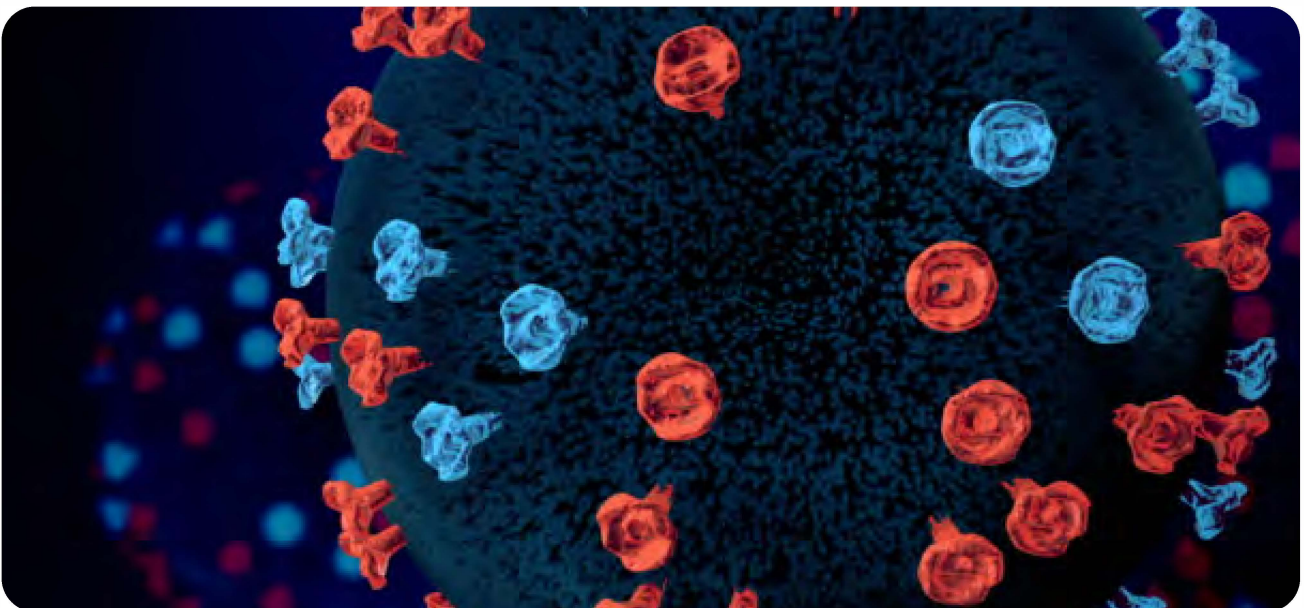
¿Cómo se trata la rubeola?

En mujeres gestantes, el manejo depende de la edad gestacional a la que ocurre infección:

Menor de 18 semanas:
el feto se encuentra un riesgo elevado de infección y de síntomas graves. En los países con legislaciones que lo permitan, se recomienda la finalización del embarazo. Si se continúa con el embarazo, se recomienda seguimiento cercano por ecografía fetal.

Mayor de 18 semanas:
se recomienda monitorización ecográfica del feto y examen físico completo del neonato, así como medición de IgM específica.

No existe un tratamiento específico para el virus de la rubeola o para la rubeola congénita. Se considera que el neonato es contagioso durante el primer año de su vida a menos que se obtengan PCR seriadas negativas tras los 3 meses de edad.



Bibliografía:

1. *Leeper C, Lutzkanin A 3rd. Infections During Pregnancy. Prim Care. 2018 Sep;45(3):567-586. doi: 10.1016/j.pop.2018.05.013. Epub 2018 Jul 9. PMID: 30115342.*
2. *Bouthry E, Picone O, Hamdi G, Grangeot-Keros L, Ayoubi JM, Vauloup-Fellous C. Rubella and pregnancy: diagnosis, management and outcomes. Prenat Diagn. 2014 Dec;34(13):1246-53. doi: 10.1002/pd.4467. Epub 2014 Sep 16. PMID: 25066688*
3. *Summary of Key Points. Rubella vaccines: WHO position paper. World Health Organization. July 2020.*



Dra. Alexa Núñez (PhD MD)

Médico y Cirujano egresada de la Universidad Francisco Marroquín de Guatemala. Realizó su formación en Neumología en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona y posteriormente Doctorado en Medicina en la Universidad Autónoma de Barcelona, España. En la actualidad trabaja como Gerente de Mercadeo Científico de Novus Diagnostics de Guatemala.