

---

---

# GAZETA MICROBIOLÓGICA

BOLETIN INFORMATIVO SOBRE MICROBIOLOGIA  
CENTRO DE ANALISIS CLINICA ROTGER

Número 5

Junio de 2006

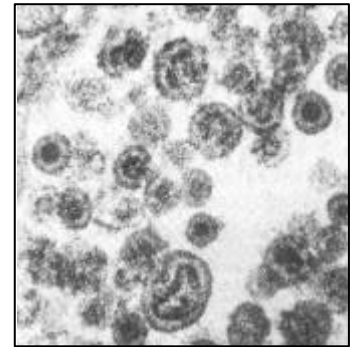
---

---

## La Rubéola

### Primeras noticias acerca de la rubéola

La historia conocida de la rubéola se remonta a mediados del siglo XVIII, cuando fue descrita por primera vez por autores alemanes que la llamaron *Rötheln*. En 1866, el Dr. Henry Veale, cirujano inglés, acuñó el nombre "rubéola" (plural de la palabra latina *rubellus* "rojo"). Fue reconocida oficialmente como enfermedad en 1881 en el Congreso Internacional de Medicina de Londres, pero continuó recibiendo con frecuencia el nombre de "sarampión alemán".



Virus de la rubéola.  
Microscopía electrónica

### Rubéola y embarazo

#### Australia 1940

Tras una grave epidemia de rubéola que azotó a Australia en 1940, el Dr. Norman McAlister Gregg, oftalmólogo, identificó el síndrome de rubéola congénita (SRC). En 1941, el Dr. Gregg notó que había una cantidad desacomodada de bebés con cataratas congénitas entre sus pacientes y, tras consultar con sus colegas, se enteró de que lo mismo ocurría en toda Australia. En su informe, titulado "Las cataratas congénitas tras un episodio de sarampión alemán en la madre", señala que los bebés en general eran "pequeños, malnutridos y difíciles de alimentar", tenían defectos cardíacos congénitos y presentaban un estado eczematoso y fiebre alta.

El Dr. Gregg llegó a la conclusión de que las cataratas que había observado en todo el país eran "el resultado de algún trastorno general de índole tóxica o infecciosa". Se dio cuenta de que los primeros meses del embarazo habían coincidido con el apogeo de la epidemia de "sarampión alemán" y llegó a dos conclusiones correctas:

- 1) la rubéola inhibe el desarrollo del feto
- 2) cuanto antes se contrae la infección en el embarazo, peor es el daño.

Observó que el grupo más afectado era el de madres jóvenes, porque las mujeres de mayor edad tenían mayores probabilidades de haber adquirido inmunidad natural. También comentó en su pronóstico que "en esta etapa no podemos estar seguros de que no haya otros defectos que no son evidentes ahora pero que puedan manifestarse a medida que continúe el desarrollo".

Planteó una pregunta que despertó el interés en la rubéola y el SRC: "¿Qué se puede hacer para evitar una repetición de la tragedia en otra epidemia?" También señaló algo que continúa vigente en la actualidad: "Debemos reconocer y enseñar los posibles peligros de una epidemia de ese tipo". Lamentablemente, la observación del Dr. Gregg no recibió de inmediato la atención que merecía.

El virus de la rubéola no fué aislado hasta 1962 por Parkman y Weller.



Dr. Norman McAlister Gregg

#### Pandemia de 1962-1965.

Las tasas de morbilidad y mortalidad en Estados Unidos fueron sorprendentes. En 1964 y 1965 se produjeron alrededor de doce millones y medio de casos de rubéola adquirida. Como consecuencia se notificaron más de 11.000 abortos (espontáneos y quirúrgicos) y nacieron unos 20.000 niños con rubéola congénita, de los cuales 2.100 murieron durante el período neonatal. Del resto casi 12.000 tenían sordera, 3.500 eran ciegos y 1.800 presentaban retraso mental. Durante éste periodo, el 1% de los niños nacidos en la ciudad de Nueva York nacieron con rubéola. Por fin se reconoció la importancia de la rubéola congénita.

### EL VIRUS

El virus de la rubéola pertenece a la familia *Togaviridae* género *Rubivirus*. Se trata de un virus ARN monocatenario de polaridad positiva. Es icosaédrico y posee envoltura.

El único reservorio es el hombre.

Se transmite vía aérea, a través de las secreciones del tracto respiratorio superior. Periodo de máxima contagiosidad: los días próximos a la aparición del exantema (unos 7 días antes y unos 5 después)

## LA CLINICA

Periodo de incubación: 2-3 semanas.  
En muchas ocasiones es asintomática.  
Signos más característicos:

- adenopatías: típicamente retroauriculares, suboccipitales y laterocervicales posteriores. Son indoloras o poco dolorosas. Aparecen antes que el exantema y duran una o varias semanas.
- exantema: maculopapuloso, comienza en cara y se extiende hacia abajo con rapidez. Dura unos tres días y se extingue en la misma dirección.

Evolución. En la mayoría de los casos es benigna y cura en pocos días. En adultos puede dar artralgias/artritis, encefalitis, trombopenia...etc.



Adenopatía retroauricular

### Síndrome de rubéola congénita (SRC)

Cataratas, sordera, malformaciones cardíacas, retraso de crecimiento, etc.  
Su gravedad aumenta cuanto más precoz es el embarazo.

Puede afectar al 90% de niños nacidos de madres infectadas en las primeras 11 semanas de gestación, y el porcentaje se coloca el alrededor del 20% en las infecciones ocurridas hasta la semana 20.

### Prevención

La vacunación sistemática con triple vírica (sarampión, rubeola, parotiditis) se introdujo en nuestro país en 1981. El 96% de las mujeres adultas españolas en edad fértil tiene anticuerpos antirubéola protectores. La excelente cobertura conseguida en todo el territorio nacional junto con la elevada inmunogenicidad de la cepa utilizada (Wistar RA27/3) ha provocado un descenso importante en la incidencia de rubéola y, como consecuencia, la aparición de casos de SRC se ha convertido en algo excepcional.

El incremento de la inmigración en nuestro país puede cambiar la situación ya que muchas de las personas que llegan provienen de países donde no se vacuna o no se ha vacunado hasta hace muy poco frente a rubéola.

La mejor manera de controlar la enfermedad consiste en una doble estrategia: por un lado seguir vacunando a los niños de forma sistemática (para mantener interrumpida la transmisión en el futuro) y, por otro vacunar a las mujeres en edad fértil que no acrediten estar vacunadas mediante serología (para evitar la aparición SRC en el presente).



Exantema

### Recomendaciones a una mujer seronegativa embarazada

- no se recomienda realizar más determinaciones de anticuerpos salvo aparición de síntomas compatibles con rubéola.
- evitar, en lo posible, convivencia estrecha con niños que sufran una enfermedad exantemática aguda. Sobre todo personal docente, de guarderías, sanitarios...etc
- deberá ser vacunada en el postparto inmediato recomendándole evitar un nuevo embarazo en los tres próximos meses.

## EL DIAGNOSTICO

**Anticuerpos tipo IgG** se utiliza como marcador de exposición previa, asumiendo su positividad como sinónimo de inmunidad.

También puede ser útil para el diagnóstico de una infección aguda:

Seroconversión de IgG: cambio de negativo en una muestra en fase aguda a positivo en una muestra de fase convaleciente

Serorrefuerzo de IgG: aumento de, al menos, cuatro veces el título en la segunda muestra en un estudio en paralelo con la primera.

**Anticuerpos tipo IgM:** es lo más utilizado para el diagnóstico de una infección aguda. Se detecta entre el tercer día y durante las seis primeras semanas, pero puede perdurar hasta 12 meses o incluso años.

Falsos positivos en casos de infección por parvovirus B19, y especialmente por virus del grupo herpes (sobre todo virus de Epstein Barr).

En caso de reinfección la detección de IgM puede resultar negativa.

Por todos estos motivos *no esta indicada la investigación de IgM específica en la embarazada sana y sin antecedentes de contacto con algún caso de rubéola*

### Diagnóstico definitivo de infección intrauterina

Debe realizarse por métodos directos: cultivo del virus o técnicas moleculares (RT-PCR)

### Diagnóstico definitivo de infección en recién nacido

- detección de IgM en cordón umbilical
- identificación del virus en aspirados nasofaríngeos, sangre u orina.

Más información en <http://www.cdc.gov/nip/publications/pink/rubella.pdf>