

SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA: CASUÍSTICA EN MAH

*Dr. Alberto Fidel Muñoz
Fonoaudióloga Andrea Bertoia
Fonoaudióloga Paula Campodónico*

Consideraciones generales

El virus de la rubéola, contiene ácido ribonucleico, clasificado como un rubivirus, dentro de la familia de los togavirus.

A partir de su reservorio humano exclusivo, el virus rubéola se disemina por aerosolización de secreciones fauciales y nasofaríngeas, eliminadas por el individuo infectado, durante el período comprendido entre la semana previa y la posterior al inicio del cuadro clínico, siendo necesario para que se establezca el contagio, una exposición prolongada.

Se manifiesta como una enfermedad clínica autolimitada, a fines de invierno y primavera generalmente, aunque con menor proporción puede ocurrir durante todo el año, típica de la infancia. Se caracteriza por erupción que habitualmente comienza en la cara, linfadenopatías de localización postauricular, suboccipital y laterocervical, que aparecen antes de la erupción, escasa fiebre y ocasionalmente alguna manifestación respiratoria alta; rara vez presenta complicaciones excepto durante el embarazo, cuadro denominado **SRC o SÍNDROME de RUBEOLA CONGÉNITA:**

La infección congénita se produce en un organismo totalmente inmaduro y presenta las características típicas de las infecciones virales crónicas y persistentes, la infección fetal se produciría a través de la placenta, por virus presentes en la sangre materna (viremia), hay riesgo de SRC, cuando la viremia materna ocurre luego de 12 días de la última menstruación (cerca de la implantación), hasta las 20 semanas de la gestación, luego de este período, la infección fetal en general resulta asintomática

La infección fetal puede producir aborto espontáneo, muerte fetal, malformaciones congénitas o infección asintomática en el recién nacido.

El riesgo de malformaciones durante las primeras 8 semanas de gestación es de 50 a 80 %, entre las 9 y 12 semanas del 40 al 50 %, y posteriormente es de 16 %.

Se pueden clasificar las manifestaciones clínicas del SRC, en tres categorías:

a) Manifestaciones transitorias en recién nacidos y niños: serían el reflejo de la infección viral persistente, como hepatoesplenomegalia, hepatitis, ictericia, púrpura trombocitopénica, lesiones dérmicas, erupción crónica, adenomegalias, neumonía intersticial, diarrea, miocarditis, meningoencefalitis.

b) Manifestaciones permanentes: dependientes de defectos en la organogénesis o por destrucción de tejidos, ductus arterioso, estenosis de la válvula pulmonar, estenosis de la arteria pulmonar, y ocasionalmente estenosis aórtica y tetralogía de Fallot. Retinopatía, cataratas, microftalmia y glaucoma. Microcefalia, retraso motor, discapacidad mental, asociados a la meningoencefalitis presente en el recién nacido.

Puede haber trastornos psiquiátricos y autismo, etc.

La HIPOACUSIA es la manifestación mas frecuente en cerca del 80 % de los afectados, y es la secuela más importante de la embriopatía.

c) Manifestaciones tardías en el desarrollo: incluyen la hipoacusia progresiva con el tiempo, endocrinopatías (diabetes, hipertiroidismo, hipotiroidismo), daño ocular y progresión del daño en el sistema nervioso central.

Prevención

1-Generalidades

El dato más significativo a tener en cuenta en el SRC en particular y a diferencia de muchos otros, es que la Rubéola es una de las pocas infecciones congénitas que puede prevenirse mediante la aplicación de "una simple vacuna".

Si bien se tiene referencia de que la Vacuna Triple Viral (que inmuniza contra el sarampión, paperas y rubéola) se comercializa en Argentina desde el año 1976, fue mucho más tarde cuando se incorporó al Calendario Oficial de Vacunación. Hasta ese momento, solo eran vacunados algunos niños pertenecientes a grupos sociales

que tenían acceso a la información sobre su existencia y que además, pudieran costearla.

El registro más importante de casos de SRC se presentó en 1997 con un número de casos superior a 50.000, un año antes de que se incorporara la vacuna Triple Viral al Calendario Oficial de Vacunación. El diagrama de vacunación incluía una primera dosis de TRIPLE VIRAL al año de edad y un refuerzo al ingreso escolar.

Con el objetivo de lograr la prevención de la rubéola y el control acelerado del síndrome de rubéola congénita (SRC) se implementaron las siguientes estrategias de vacunación a partir del año 2003 que quedaron incorporadas al Calendario Oficial de Vacunación:

1. Indicar una dosis de vacuna triple viral a los preadolescentes (11 ó 12 años según las jurisdicciones del país) como única dosis en el marco de los programas de salud escolar. La táctica para administrar la vacuna será decisión del ámbito local. Los niños que tengan documentación de dos dosis de vacuna triple viral previas, no requieren re vacunación.
2. Indicar la vacunación en mujeres en edad fértil (post-parto y post-aborto inmediato) con una dosis de vacuna doble viral por única vez. La estrategia de vacunación para la prevención de rubéola y el control acelerado de SRC se complementará con la vigilancia integrada de rubéola-sarampión y un registro de casos de SRC a los fines de objetivar el impacto de la enfermedad y monitorear las estrategias de vacunación.

Cabe mencionar aquí, que en los países mas desarrollados, el SRC ha dejado de existir como una de las causas principales de hipoacusia. al respecto es útil, el siguiente aporte de la Organización Mundial de la Salud:

En setiembre de 2003, durante la reunión anual de ministros de Salud del continente en Washington, D.C., la OPS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) anunciaron que se unirían para llegar a la meta de erradicación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita para 2010.

2- Campaña Nacional de Vacunación año 2006.

Con la iniciativa y apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, y para lograr en el año 2010 la erradicación del SRC, los

países miembros firmaron un compromiso destinado a cumplir este objetivo en Septiembre del 2003, en el estado de Washington, EEUU.

En nuestro país, al igual que en otros países de América Latina, durante el año 2006 se llevó a cabo una Campaña Nacional de Vacunación desde la órbita del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación contra el SRC.

El objetivo de dicha Campaña fue vacunar a todas las mujeres de 15 a 39 años, (hayan recibido o no vacunación previa, tengan o no conocimiento de haber padecido dicha enfermedad), lo que hacía un total de 7.400.000 personas. Como estrategia complementaria se vacunarían a todos los varones en población de riesgo (trabajadores de la salud, fuerzas armadas, aeropuertos etc.).

La Campaña se llevó a cabo en los meses de Octubre y Septiembre de 2006 y se utilizó la vacuna Doble Viral.

Datos referidos por la Dra. Sandra Sagardini, coordinadora general de la Campaña de Vacunación contra el SRC, muestran *que se vacunaron 6.674.419 de mujeres, lo que equivale a un 98.2 % de la población a la cual fue dirigida esta iniciativa.*

Evaluación Audiológica.

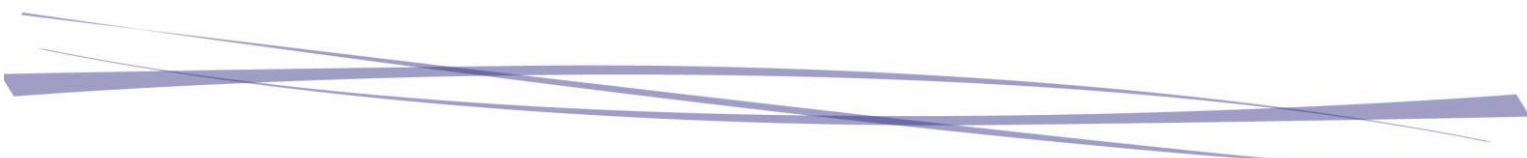
Detallaremos los exámenes que hemos tomado a nuestros pacientes, dependiendo de la edad, patologías asociadas y grado de hipoacusia.
Estudios previos:

Examen otorrinolaringológico, si es que el paciente no trae la orden de su O.R.L

Anamnesis fonoaudiológica: en ésta tendremos en cuenta los siguientes puntos:

- datos personales
- antecedentes hereditarios y familiares
- antecedentes prenatales, natales y posnatales
- antecedentes de orientación diagnóstica
- Cuestionario a los padres.

Los estudios objetivos requeridos al momento de realizar la selección de otoamplifonos fueron los siguientes: Audiometría por respuestas eléctricas del tronco cerebral (BERA), no lo realizamos en la MAH, pero es de suma importancia contar con el mismo en el momento de evaluación.



Tanto la otoemisiones acústicas como la impedanciometría son estudios que los realizamos en la MAH, si es que no fueron realizados previamente.

La evaluación subjetiva que realizamos teniendo en cuenta las características individuales de cada paciente es la siguiente:

Prueba de sonidos complejos: utilizamos instrumentos musicales (pandereta, flauta, tambor), juguetes sonoros. Este material clasificado por su tonalidad e intensidad. Condicionamos a los pacientes mediante el uso de los instrumentos. Esta prueba nos ayuda a tener una aproximación al comportamiento auditivo: localización unilateral o bilateral y gama de frecuencias que el paciente percibe.

Prueba de sonidos puros: - audiómetro pediátrico manual con el que observamos la reacción del paciente ante tonos "warble", de frecuencia variable, a distintas distancias e intensidades. Permite la observación de la conducta auditiva y el condicionamiento previo a las diferentes técnicas audiométricas.

-audiometría por observación del cambio del comportamiento (sin reflejos condicionados). Lo hemos realizado en nuestros pacientes pequeños y en aquellos que presentaban patologías asociadas. Se examinan ambos oídos al mismo tiempo, a campo libre.

Algunas de las respuestas que tienen carácter de reflejo suelen ser: reflejo palpebral, reflejo de Moro, cambio del pulso, llanto.

-audiometría por observación de la conducta (con reflejos condicionados), utilizamos el método de Suzuki y Ogiba. Basado en el reflejo cocleotocefalógico y se trata de obtener un reflejo de orientación-investigación hacia una fuente sonora y visual

-audiometría facilitada por el juego: primero condicionamos al paciente con juegos de encastre, enhebrado. Realizamos la audiometría a campo libre y luego con auriculares si es que el paciente accede a dicha técnica, que nos permitirá tener respuestas a diferentes intensidades y frecuencias de cada oído por separado.

-audiometría tonal liminar clásica.

Luego de la evaluación auditiva sin equipamiento, se procedió a realizar la verificación subjetiva.

Inicialmente se determina la ganancia funcional con distintos

audífonos. El uso del audiograma del habla en esta medición brinda una visión aproximada de lo que se puede esperar de la percepción de los sonidos verbales amplificados; permite conocer la zona que ocupan los distintos elementos del habla dentro del audiograma.

Test de Ling: o de los seis sonidos: el cual evalúa la detección y la identificación de los sonidos del habla. Los fonemas son: a, u, i, m, sh, s; que representan el espectro frecuencial del audiograma del habla. La realizamos a 50 cm del paciente y se va aumentando la distancia hasta 3 metros. Cuanto mayor sea la distancia a la que el paciente pueda percibir fonemas, más eficiente será su audición social.

Luego de elegir el audífono adecuado, tomamos este Test y observamos la detección y/o identificación de los sonidos.

Pruebas de inteligibilidad del habla: cuando los pacientes están en condiciones de responder a la logaudiometría se realiza la verificación con listas de palabras.

Verificación de la capacidad auditiva: la mayoría de los pacientes de este trabajo salvo excepciones poseen hipoacusia profunda. En estos casos la verificación la realizamos mediante pruebas como: ESP (estándar y verbal bajo) y PIP-S, PIP-V y PIP-C (prueba de identificación de palabras por medio de suprasegmentos).

Todos los niños fueron equipados con audífonos retroauriculares ya que resultan más versátiles debido a sus características electroacústicas, tamaño y opciones tales como entrada directa de audio, trabas de seguridad, bobina telefónica y posibilidad de adaptación de Sistemas de Frecuencia Modulada.

Estadística de SRC en la MUTUALIDAD Argentina de Hipoacúsicos.

En nuestra Institución, hemos detectado gran cantidad de pacientes con etiología rubeólica de su hipoacusia, comprendidos entre 0 a 22 años de edad al mes de Diciembre del año 2006.

Teniendo en cuenta que en los países del primer mundo, ya no existe esta enfermedad como etiología probable de hipoacusia, aún el mínimo porcentaje que se obtenga no deja de ser desalentador.

Los datos significativos a tener en cuenta de nuestra población son los siguientes:

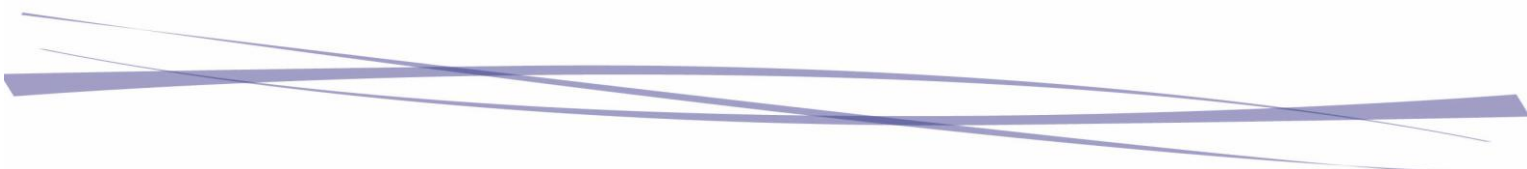
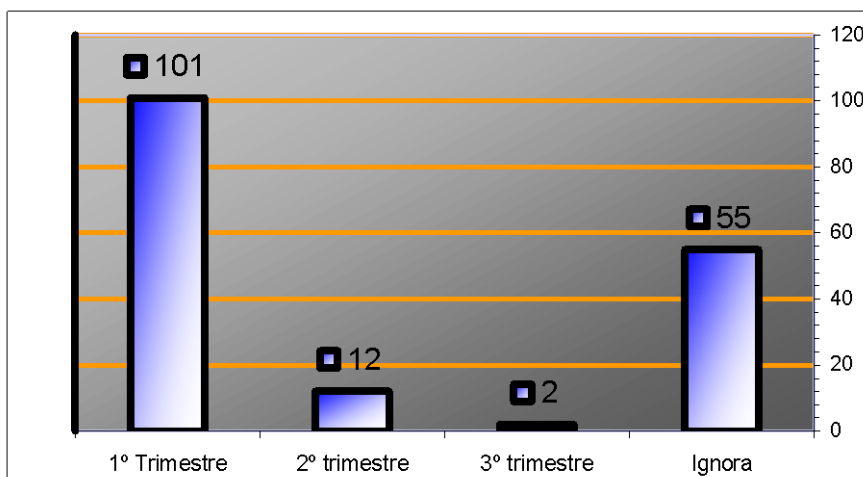


Tabla N°1

Edad del Paciente al 2006	Cantidad de casos
De 0 a 5 años	0
De 5 a 10 años	34
De 10 a 15 años	77
De 15 a 22 años	59
+ de 22 años	0

Gráfico N°1



Trimestre de contagio (según interrogatorio)

Gráfico N°2- Cantidad de casos distribuidos por edades

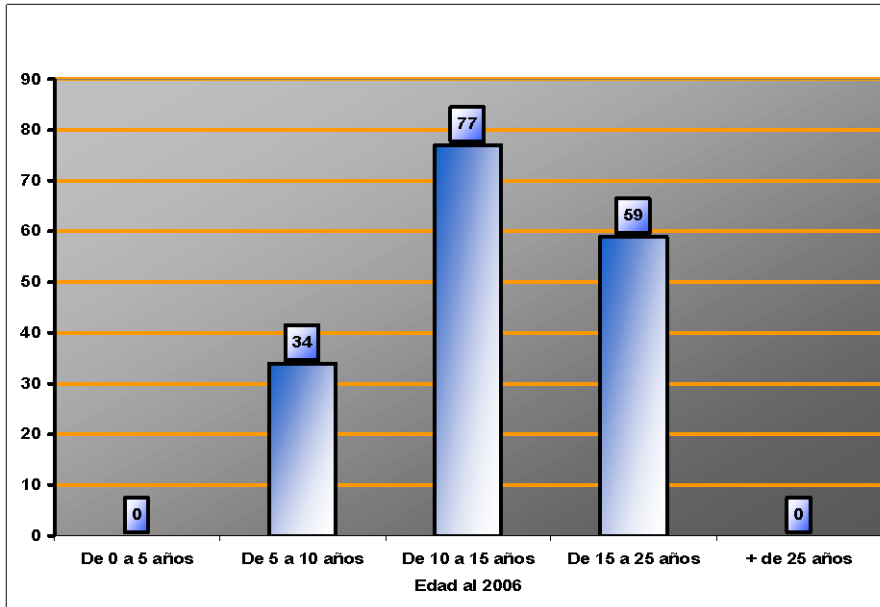
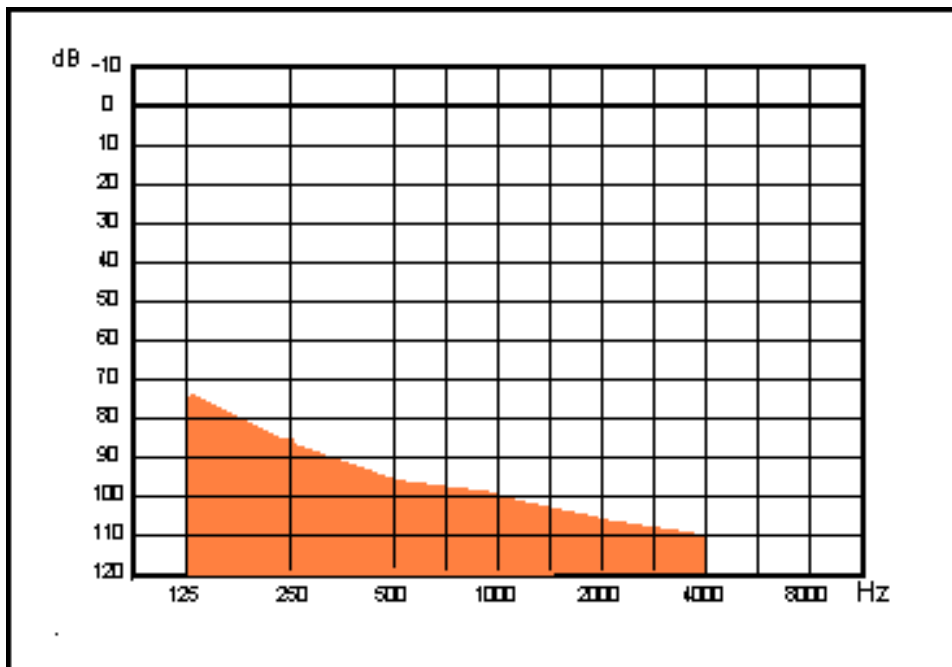
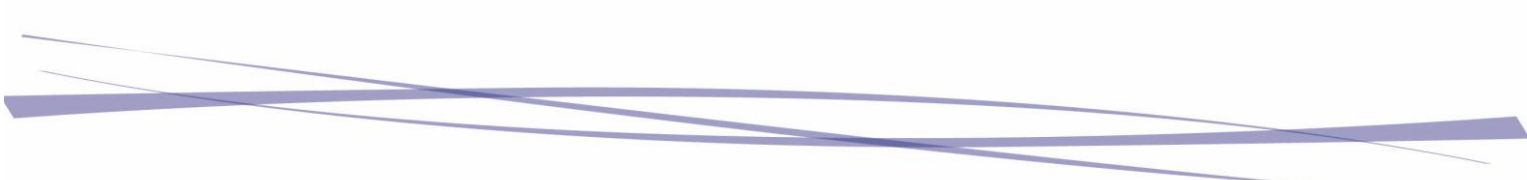


Gráfico N°3- Nivel promedio de hipoacusia



Nivel promedio de hipoacusia



Conclusiones

Las conclusiones del presente trabajo queremos plantearlas desde dos ópticas. La primera tiene que ver con los resultados obtenidos del relevamiento realizado en nuestra población. La segunda, esta relacionada con la prevención del SRC.

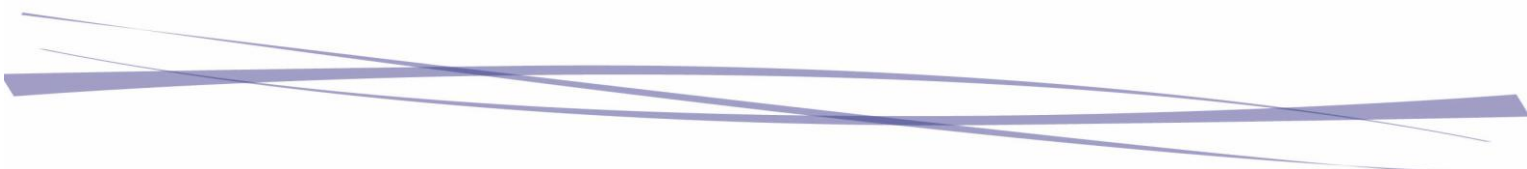
Podemos observar que el 53.5% de nuestra población fue equipada en forma biaural, dato mas que significativo al momento de que los pacientes iniciaran su Habilitación Auditiva, y como punto de partida para el posible Implante Coclear que en el futuro hayan podido recibir.

Según los resultados obtenidos en este relevamiento, podríamos concluir que, si bien el porcentaje de pacientes con etiología rubeólica no es significativo en cuanto a la cifra 5% teniendo en cuenta que en los países desarrollados desde hace muchos años ha dejado de existir como causa de hipoacusia, es realmente alarmante como en nuestro país, recién en el año 2006 se llevó a cabo la Primer Campaña masiva de vacunación.

En relación a la inmunización contra el SRC, si tenemos en cuenta que la vacuna para prevenir esta enfermedad circula en Argentina al menos desde el año 1976 (dato referido por Laboratorio MSD), podríamos preguntarnos porque se demoró tanto su inclusión en el Calendario de Vacunación Oficial?

Si tenemos en cuenta que para que la vacunación masiva contra la Rubéola resulte una medida eficaz en la prevención del SRC se requiere una cobertura vacunal mayor del 90 % (Infectología, Dr. Stambulian, FUNCEI), el porcentaje alcanzado con la reciente Capaña del 97.2 % es mas que significativo y los objetivos iniciales se cumplieron exitosamente.

Finalmente queda planteado un desafío, realizar un nuevo trabajo de este tipo dentro de 10 años y observar la significativa disminución o la ausencia del SRC como causa de hipoacusia.



Bibliografía

- *Prof.DR. D.Stamboulian Infectología. Para la práctica diaria I.-*
- *Libro Azul de Infectología Pediátrica.2º Edición.S.A.P. Año 2000.-*
- *Georges Peter G.Scott Gebiuk y col. Red Book. Enfermedades Infecciosas en Pediatría. Edición 20º Ed Panamericana.-*
- *Carballal Guadalupe.Oubiña José Raul. Virología Médica. Ed El Ateneo*