

17  
22

# Universidad Autonoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON  
FALSA FE ORIGEN

CARACTERISTICAS CLINICAS DEL SARAMPION EN  
CAVIDAD ORAL Y SU TRATAMIENTO.

**TESIS PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A**

**BLANCA ESTELA CARDENAS RUVALCABA**

Asesor: C.D. Rodolfo Romero Luna

GUAD., JAL.

1986



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CARACTERISTICAS CLINICAS  
DEL SARAMPION EN CAVIDAD  
ORAL Y SU TRATAMIENTO.

I N D I C E

INTRODUCCION . . . . .	1
CAPITULO I. SARAMPION . . . . .	3
ETIOLOGIA . . . . .	3
EPIDEMIOLOGIA . . . . .	9
SIGNOS Y SINTOMAS . . . . .	10
CAPITULO II. COMPLICACIONES . . . . .	16
COMPLICACIONES Y FORMAS CLINICAS . . . . .	16
LAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS . . . . .	17
LAS COMPLICACIONES NERVIOSAS . . . . .	19
OTRAS COMPLICACIONES . . . . .	21
FORMAS CLINICAS . . . . .	23
CAPITULO III. DIAGNOSTICO . . . . .	25
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL . . . . .	25
DIAGNOSTICO DE LABORATORIO . . . . .	26

INMUNIZACION ACTIVA . . . . .	26
TRATAMIENTO CURATIVO . . . . .	27
VACUNACION . . . . .	29
CONCLUSIONES . . . . .	33
BIBLIOGRAFIA . . . . .	35

## INTRODUCCION

El Sarampión: es una enfermedad epidémica, infecciosa, febril, aguda y muy contagiosa, caracterizada por un exantema papuloso.

Esta infección es normalmente benigna en la actualidad y en los países de elevado nivel de vida.

El Sarampión es el más frecuente de las fiebres eruptivas y se contrae generalmente en el transcurso de la infancia. (es causado por un virus).

El Sarampión tiene una gran importancia en la Odontología, ya que es dentro de ella, la atención en niños, y es la etapa en que se presenta más esta enfermedad.

Por tal motivo es para mi en lo personal de gran importancia en la actualidad conocer clínicamente esta patología, por la frecuencia con que se presenta en nuestra consulta, siendo necesario diagnosticarla correctamente por los signos y síntomas antes de que se presente la enfermedad.

Nosotros los cirujanos dentistas tenemos el deber y la obligación de detectar esta enfermedad ya que en muchas ocasiones estas manifestaciones se pueden confundir con las de una gripe o resfriado común, que estos a su vez son iguales a los de sarampión (fiebre, cefalea, anorexia y en algunos niños irritabilidad).

Cuando estos signos nos hacen pensar o sospechar que el paciente puede tener los primeros síntomas del sarampión se debe comunicar inmediatamente a sus padres para prevenir un posible contagio a sus hermanitos o niños que tengan contacto con el paciente, teniéndolo en cuenta para una atención rápida y evitar así una posible complicación mayor por falta de atención acertada o adecuada.

## CAPITULO I

EL SARAMPION. Es una enfermedad infecciosa, febril, aguda, contagiosa, caracterizada por un exantema ligeramente papuloso, algunos de cuyos caracteres son patognómicos.  
(1).

Virus. Grupo de agentes infecciosos a los que se refirieron por primera vez IWANOWSKI en 1892 y BEIJERINCK en 1899, como causantes de la enfermedad del mosaico de la planta del tabaco al comprobar que se hallaban en los filtrados desprovistos de bacterias de jugo infectante.  
(3)

En 1900 descubrió Reed el microorganismo productor de la fiebre amarilla, Twort, en 1916 y dHerelle, en 1917 descubrieron agentes similares productores de lisis transmisible de las bacterias, que se reunieron más tarde en tres grupos, recibiendo hoy los nombres de virus de las plantas, de los animales y bacterianos respectivamente.  
(3).

Se trata de elementos diminutos, ultramicroscópicos, sin metabolismo propio, capaces de replicarse pero sólo en el interior de las células y utilizando el

material enzimático de éstas; desde el punto de vista bioquímico consta de un núcleo de ácido ribonucleico (RNA) o de ácido desoxirribonucleico (DNA), pero nunca de ambos.

El ácido nucleico constituye el material genético de los virus.

El núcleo está rodeado de subunidades agrupadas en compuestos proteínicos que en conjunto forman la llamada "capside" que proporciona la especificidad antigénica y que quizá como estímulo en la aparición de anticuerpos y reacciones inmunitarias del huésped; las formas más voluminosas contienen también lípidos y polizacáridos.

(3)

Fuera de las células los virus se comportan como materia química inerte, pudiendo permanecer en estas condiciones durante decenios sin perder su virulencia.

Observaciones con microscopio electrónico permitieron comprobar que el diámetro de los virus fluctúa entre los 200 MU, o sea justo el límite de resolución



del microscopio de luz, hasta partículas pequeñísimas con diámetro del orden de 10 MU que salvo raras excepciones atraviesan hasta los filtros más finos.

(3)

Si esta infección ha llegado a ser habitualmente benigna en nuestros días, y en los países de elevado nivel de vida, no es lo mismo en los países desfavorecidos, donde sigue siendo una temible enfermedad, que representa todavía una de las principales causas de mortalidad infantil entre los 6 meses y los 5 años. En efecto, la gravedad del sarampión va especialmente ligada al terreno, al estado nutricional y al nivel de vida, la declaración es obligatoria.

(8)

El sarampión es una enfermedad epidémica muy contagiosa, mucho más ampliamente diseminada que cualquier otra fiebre eruptiva; pocas personas llegan a la vida adulta sin haberla contraído.

Generalmente basta un ataque para conferir inmunidad vitalicia. Es muy contagioso, endemoepidémico, debido a un virus específico.

El sarampión es la más frecuente de las fiebres

eruptivas, y se contrae generalmente en el transcurso de la infancia.

(5)

Este enantema muy bien observado y descrito en 1880 por el médico danés Flindt, fue más tarde acuciosamente estudiado por Koplik, quien lo describe en 1896 con estas o parecidas palabras: "A la inspección de la mucosa bucal durante el período de incubación se ve toda la garganta enrojecida y muchas veces sobre el velo del paladar pocas máculas; sobre la membrana mucosa bucal de los labios y mejillas se observa, invariablemente, una erupción definida, integrada por manchitas irregulares de color rojo brillante, en el centro de cada mancha se nota a la luz del día, un punto central minúsculo, blanco azulado.

(7).

Estas máculas, acompañadas de su centro saliente blanco azulado, son absolutamente patognomónicas del comienzo del sarampión.

Algunas veces existen pocas, seis o más, cubriendo otras, gran parte de la mucosa yugo-labial.

(7)

El virus del sarampión, aislado por Enders en 1954, está clasificado en los paramyxovirus (ácido ribonucleico, estructura helicoidal, presencia de una cubierta), es inculcable al mono y cultivable en diversos medios celulares, en particular el riñón humano y el del mono. El efecto citopatógeno característico, incluye la formación de sinsitos y de inclusiones intranucleares e intracitoplasmáticas eosinófilas. La infección se desarrolla de manera cíclica después de la penetración del virus por vía nasofaríngea o conjuntival. El período virémico, contagioso, corresponde a la fase de invasión.

El virus no se encuentra después del segundo día del exantema.

Al final de éste, aparecen los anticuerpos, demostrados por neutralización, fijación del complemento y sobre todo por inhibición de la hemaglutinación.

La inmunización, muy potente, dura toda la vida.

(E)

En la actualidad hay pruebas suficientes de que

el sarampión es causado por un virus filtrable, y en general, se cree que los gérmenes cultivados Tunnicliffe y otros, son invasores secundarios. Hektoen provocó la enfermedad en dos personas que se presentaron voluntariamente, mediante la inoculación de filtrados, libres de bacterias de sangre de pacientes de Sarampión.

El virus existe en la sangre y en las secreciones nasales y bucales de los pacientes desde 24 y a menudo 48 horas antes de la aparición de la erupción, como se ha demostrado en experimentos de inoculación y por infecciones accidentales con transfusiones. Persiste en la sangre y en las secreciones por lo menos hasta 24 horas después de la aparición de la curva de temperatura ha comenzado a descender se dice que es más fácil de cultivar el apógeno de una epidemia, que en su comienzo o final.

(5)

Debe recordarse que esta enfermedad, infectocontagiosa y endemoepidérmica, ataca generalmente en la primera infancia y aparece bruscamente precedida por los "tres catarros" (laríngeo, ocular y nasal). Sobrevienen escalofríos, fiebre, decaimiento y días des-

pués manchas eritematosas, pseudopapulosas, que de la cara descienden al cuerpo para descamar finalmente.

(4)

#### EPIDEMIOLOGIA:

El hombre es el único reservorio conocido. Como la infección es casi siempre aparente, se transmite por contacto directo de un enfermo (en fase preeruptiva) a un receptor.

La receptividad aparece a la edad de 5 a 6 meses; antes, los lactantes son protegidos eficazmente por los anticuerpos maternos.

(4)

La propagación de la enfermedad está en función del contexto sociodemográfico, en las ciudades, el sarampión se presenta como una endemia permanente, de recrudescencia invierno-primaveral, como todas las infecciones aerógenas. La mayoría de los casos son niños en edad preescolar.

En la zona rural, por el contrario, el sarampión aparece en forma de epidemias explosivas, traídas del exterior, que desaparecen por si solas cuando no hay

más sujetos receptivos, separadas unas de otras por intervalos que pueden ser de varios años (varias docenas de años en colectividades muy aisladas) . La enfermedad allí es más a menudo tardía y puede afectar al adulto. (8)

Se distribuye por el calor a 56 grados centígrados en una hora y por el formol en cuatro días a 37 grados.

En su estructura antigénica encontramos un antígeno fijador del complemento y una hemaglutinación. (6)

#### SIGNOS Y SINTOMAS:

El desarrollo cíclico de la enfermedad está cronológicamente bien definido en cuatro fases: incubación, invasión, erupción, descamación. Son las descamaciones lo esencial del sarampión, en cuanto a su gravedad. Sobrevienen habitualmente en el curso de la erupción. (8)

Durante el período de la incubación, dos días antes de que aparezcan las manchas de koplik en la boca, puede haber enrojecimiento de la conjuntiva y en ella

se observa a menudo un derrame mucopurulento.

Casi siempre existe fotofobia, pero la luz solar y el empleo de los ojos no ocasionan perjuicios. Al comenzar la erupción cutánea, pueden aparecer las manchas de koplik en la boca así como en la conjuntiva o en las carúnculas.

(9)

Después de una incubación muda de 10-11 días, la enfermedad comienza brusca o progresivamente por un malestar general febril.

El período de invasión, que va a durar de 3 a 4 días, se caracteriza por un catarro ocular-respiratorio (conjuntivitis, rinitis, tos, signos laríngeos) acompañado de signos digestivos (anorexia, vómitos, dolores abdominales, diarrea) a veces de signos nerviosos (trastornos del comportamiento, sueño, convulsiones), polidenopatías y espienomegalia discreta. El diagnóstico se basa en la observación del signo de koplik, que debe buscarse cuidadosamente en la mucosa bucal, con buena luz.

Es un acumulo de pequeñas manchas blanco-azuladas

sobre fondo eritematoso, que puede estar localizado en la cara interna de la mejilla, a nivel de premolares o extenderse por el resto de la mucosa bucal.

Este enantema patognomónico, que no debe ser confundido con un muguet, se observa a partir de la 36 hora de la enfermedad y desaparece hacia el 2o. día de la erupción.

(8)

A estos síntomas generales acompañan fenómenos de irritación conjuntival apareciendo los ojos lacrimosos, congestionados, sensibles a la luz; además, coriza, estornudos frecuentes, raras veces epistaxis y tos seca. A la inspección, la garganta aparece enrojecida. Después de esta minisión la temperatura comienza de nuevo a elevarse para adquirir máximum durante el período eruptivo.

Precediendo a éste el enantema, éste se observa a la inspección de la mucosa buco-faríngea en estos momentos.

El rostro aparece uniformemente tumefacto, de color rojo obscuro, los ganglios sobre todo del cuello,



están aumentados de tamaño y sensibles, el quebrantamiento general es grande, anorexia completa, la sed exagerada, con frecuencia hay diarrea y el prurito que la erupción provoca añade una molestia más al enfermo.

(7)

Al comienzo es con catarro ocular, fotofobia, estornudos, flujo nasal y malestar.

La temperatura sube a 38° y el primer día aparece un exantema característico. Las manchas de koplik, pequeñas y blanco azuladas en el interior de las mejillas.

(2)

La erupción aparece el 14° día después del contagio; es característica por su aspecto y extensión progresiva en manchas de aceite a partir de la cabeza al resto de los tegmentos.

El primer día es tan discreta que es necesario saber buscarla en el límite del cuero cabelludo, detrás de las orejas y por toda la boca.

Al segundo día es evidente en la cara e invade cuello, tórax y hombros.

Al tercer día se ha extendido a los miembros superiores y a todo el tronco hasta la raíz de los muslos.

Al cuarto día está ya generalizada, con afectación de miembros inferiores. Su aspecto es de maculopápulas de algunos milímetros de diámetro, ligeramente en relieve de contornos irregulares desapareciendo a la presión, aisladas o con tendencia a confundir, pero respetando siempre intervalos de la piel sana. Pueden observarse elementos purpúricos.

El diagnóstico es entonces evidente de visu, dada la facies característica del sarampionoso, abotagada, rojiza, con ojos inyectados y llorosos, párpados hinchados y nariz que gotea.

La fiebre que clásicamente culmina al principio de la erupción y decrece progresivamente, a continuación, puede persistir durante todo el período eruptivo, así como los signos respiratorios.

Al 5o. día (del 3o. al 6o. día) la erupción comienza a difundirse y la fiebre ha desaparecido si no ha habido complicaciones.

Esta es la fase de convalecencia, caracterizada por una descamación fina, purpurácea, acompañada de manchas de color pardo que señalan el emplazamiento de las máculas. El niño adelgazado, fatigado y anoréxico, no recobrará la actividad normal hasta después de algunos días.

El único examen complementario que puede tener interés es la radiografía pulmonar, que muestra habitualmente las relevantes anomalías de la bronconeumopatía viral, que se describe con el nombre de "pulmón saramponoso", ensanchamiento de sobras perihilares, arborizaciones perihilares, aumento de la trama, aceses infiltrados e imágenes pleurales discretas.

(8)

## CAPITULO II

## COMPLICACIONES:

El sarampión puede llegar a ser temible por sus complicaciones, se favorecen por cualquier deficiencia previa del terreno y se observan principalmente en los medios sociales desfavorecidos.

(8)

## COMPLICACIONES Y FORMAS CLINICAS:

Son frecuentes las infecciones bacterianas secundarias, como bronconeumonías y otitis media supurada.

La complicación más grave es la encefalomielitis post-sarampión que afortunadamente no es frecuente pero arroja cifras de mortalidad de 10 a 30 % y en casos de que se recuperen suele dejar secuelas en el 40% aproximadamente.

(6)

Cada trama del árbol respiratorio puede estar afectada.

La rinitis purulenta y la faringitis son banales

pero pueden ser el punto de partida de una otitis media supurada (que es necesario buscar sistemáticamente ante la persistencia de fiebre y diarrea) o de localizaciones respiratorias medias o bajas.

(8)

En la faringe y la tráquea hay relativamente poca necrosis del epitelio, sin embargo, la capa submucosa se infiltra por fagocitos mononucleares, y a veces también con leucocitos polimorfonucleares de la sangre tienden a aumentar en el período de incubación.

(5)

Otras de las complicaciones son bronquitis, bronconeumonía, laringitis, pleuresía, etc.

La conjuntivitis, y también pueden aparecer las lesiones de una estomatitis aftosa.

La conjuntivitis suele ceder cuando empieza la descamación cutánea, además de las típicas manchas de koplík en la mucosa bucal.

(9)

#### LAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS

Debidas casi siempre a sobreinfección bacteriana

eran las más frecuentes y temibles antes de la antibio-  
terapia.

Se favorecen por la hospitalización.

(8)

La tos ronca y áspera indica que el proceso cata-  
rral invadió la laringe y la tráquea, así como las mem-  
branas mucosas visibles.

El enfermo se queja a menudo de dolor en la gargan-  
ta y al hacer la inspección se ve que hay congestión mo-  
derada de las amígdalas, fauces y faringe.

Si la traqueobronquitis es habitualmente benigna,  
sobre todo con la aparición de los antibióticos, no ocu-  
rre lo mismo con las bronconeumonías y laringitis, las  
dos complicaciones más serias, ya que pueden desencade-  
nar destrez respiratorio. La laringitis posteruptiva  
tiene a menudo una evolución obstructiva.

Las bronconeumonías crean un cuadro clínico dramá-  
tico, de instalación más o menos rápida como politmo y  
aleteo nasal, sianosis, fiebre elevada y apatomegalia.

(5)

La radiografía revela opacidades únicas o múltiples, sistematizadas o no. Las formas sub-agudas son actualmente raras, pueden hacer pensar en una tuberculosis, cuya aparición sería favorecida por el sarampión (hace aparecer la energía, tuberculínica transitoria una a cuatro semanas que acompañan actualmente al sarampión).

Puede también aparecer una supuración pulmonar (abscesos, neumopatía bullosa), o pleural (pluritis purulenta, pnoneumotórax), cuyo principal responsable es el estafilococo.

Algunos casos de complicaciones broncopulmonares escapan a la sobre infección bacteriana y parecen debidos tan solo al virus por viliforme: Son trastornos ventilatorios (Atelactacia por obstrucción bronquial o enfisema regional) revelados por la radiografía que pueden dar origen a accidentes tales como neumotórax o enfisemas cervicomedíastínicos.

#### LAS COMPLICACIONES NERVIOSAS:

Han pasado actualmente al primer lugar de los fac-

tores de gravedad del sarampión en los países de nivel de vida elevado.

Su frecuencia puede cifrarse en un 1 por mil.

Se trata en realidad de un grupo heterogéneo de cuadros de patogenia muy diversa: infecciosa (meningitis, absceso cerebral), vascular (tromboflebitis, arteritis), metabólica (deshidratación aguda) anóxica (bronconeumopatía sofocante), hemodinámica (síndrome maligno) que debe diferenciarse de la encefalomielitis aguda sarampionosa propiamente dicha.

Apreciando al 4o. o 5o. día de la erupción, a veces más tarde la encefalitis se manifiesta bruscamente por fiebre, convulsiones de conciencia, signos neurológicos diversos, a veces focales. El LCR es el de una meningitis linfocitaria, el EEG muestra un sufrimiento difuso, a veces asimétrico.

La evolución es mortal en un 10 a un 15 % de los casos, casi la mitad de los supervivientes quedarán afectados de secuelas más o menos serias. La patogenia



es discutida, siendo el aspecto histopatológico más característico, el de una leucoencefalitis perivenosa desmielizante.

Si la hipótesis inmunopatológica ha prevalecido durante largo tiempo, actualmente se postula la intervención directa del virus, apoyada en el descubrimiento de inclusiones intracelulares en el cerebro.

La cuestión del neurotropismo del virus del sarampión ha encontrado recientemente un nuevo desarrollo con los hallazgos virológicos que han aclarado la etiología de la panencefalitis sub-aguda esclerosante, encefalopatía progresiva mortal, atribuida al virus morbiliforme, aunque puede separarla del sarampión un intervalo libre de varios años.

Esta enfermedad plantea el problema de la persistencia del virus en el organismo en una forma latente imperceptible.

#### OTRAS COMPLICACIONES:

Son las queratitis por sobreinfección bacteriana

y la deshidratación aguda, frecuentes y graves en poblaciones de bajo nivel de vida.

Complicaciones poco frecuentes son las trombope-  
nia, responsable de hemorragias, siendo la más banal  
la epistaxis; el síndrome doloroso abdominal, que guar-  
da relación con una adenitis mesentérica o una apendi-  
citis viral, y la miocarditis.

En el digestivo también pueden ser observadas es-  
tomatitis, nomaenteritis: El sistema circulatorio en  
el que pueden ser vistas endocarditis, pericarditis,  
miocarditis.

(8)

El sarampión puede complicarse con cualquier otra  
infección precediéndola o siguiéndola, como por ejemplo:  
difteria, escarlatina, viruela, varicela, revistiendo  
el sarampión cuando sigue a cualquiera de estas infec-  
ciones, mayor gravedad. La coincidencia del sarampión  
con la tosferina, no es rara en la práctica y en gene-  
ral influye desfavorablemente en el estado del enfermi-  
to. (7)

**FORMAS CLINICAS:**

Las formas frustradas, atenuadas, pueden ser resultado de una seroprevención por gamaglobulinas, por vacunación anterior o por la persistencia de Ac maternos en el lactante de 4 a 6 meses.

Las formas malignas se caracterizan por una evolución fatal precoz desde la fase de invasión o en el curso de la erupción. Se trata en realidad de un cuadro heterogéneo que agrupa aspectos anatomoclínicos diferentes: forma sofocante (broncoalveolitis capilar exudativa); forma (ataxoadonámica) con colapso y signos neurovegetativos, cuyo substrato anatómico es el cerebro hemodinámico; forma hemorrágica maligna con trombopenia o sin ella.

Una forma maligna particular y muy atípica ha sido descrita en pacientes con deficiencia inmunitaria (agammaglobulinemia, leucorreticulopatía maligna) o mucoviscidosis; a la neumonía intersticial de células gigantes en relación con un sarampión anormal por la inconstancia de la erupción, la ausencia de evolución cíclica y la persistencia prolongada del virus. En el

adulto, el sarampión es a menudo serio y muy demostrativo. En la mujer embarazada, el sarampión puede ocasionar accidentes obstétricos (aborto, parto prematuro), pero no se ha podido probar formalmente la cicliología sarampionosa de malformación congénita.

En los países del tercer mundo, el sarampión todavía representa una verdadera plaga que conduce a la muerte cada año a una media de 1.2% de niños entre 1 y 5 años, por sobreinfección respiratoria o por deshidratación aguda.

Las encefalopatías y las queratitis son frecuentes. (En los trópicos es aún una de las principales causas de ceguera).

La particular gravedad de la enfermedad en estas regiones no favorecidas se achaca a factores socioculturales (falta de higiene y malos cuidados) sobre todo a la mala nutrición calórico-protéica, que aumenta y agrava la infección sarampionosa. La letalidad media se cifra alrededor del 10%, es decir, mil veces más elevada que en los países desarrollados.

## CAPITULO III

## DIAGNOSTICO:

El diagnóstico clínico es habitualmente evidente en todos los períodos (signos de Kóplik, erupción descamación y manchas de color pardo). Sólo en los raros casos atípicos se suele recurrir a técnicas virológicas.

El aislamiento del virus no es posible hasta el segundo día de la erupción y es fundamentalmente la serología la que nos ayudará (son necesarios dos exámenes sucesivos para mostrar la elevación de anticuerpos, inhibidores de la hemoaglutinación, pues estos persisten a menudo indefinidamente después de la enfermedad), se han propuesto técnicas citológicas (búsqueda de sincitios con cuerpos de inclusión en las secreciones respiratorias u orina), pero no son positivas mas que durante la invasión y el comienzo de la erupción.

(8)

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Debe establecerse con rubeola, exantema súbito,

escarlatina, infecciones por el grupo ECHO y COXSACKIE mononucleosis infecciosa, dermatitis medicamentosa y sífilis tardía.

#### DIAGNOSTICO DE LABORATORIO:

Se utilizan pruebas de neutralización, precipitación y la más importante que es la hemoaglutinación. En la citología hemática generalmente se encuentra leucopenia al aparecer el exantema alcanzando cifras normalmente al séptimo día.

La neutrofilia se presenta durante el período prodómico y al brotar el exantema. Las pruebas cutáneas a la tuberculina se hacen negativas frecuentemente durante el sarampión y la diaorreacción de Ehrlich es casi siempre positiva, a diferencia de lo que sucede en la rubeola donde resulta con frecuencia negativa.

#### INMUNIZACION ACTIVA:

Actualmente se dispone de vacunas muy eficaces preparadas con capas atenuadas. Se aconseja vacunar

a los niños a los 9 meses de edad, aplicándose ésta por vía subcutánea.

(6)

#### TRATAMIENTO CURATIVO:

El aislamiento es de rigor, pero no es útil mas que hasta el tercer día de la erupción. La declaración es obligatoria. Se debe evitar la hospitalización. No puede quedar justificada mas que por particular gravedad de la enfermedad o por razones sociales.

(8)

El tratamiento en gran parte es sintomático.

Es importante dar líquidos suficientes y mantener una secreción urinaria adecuada. En el período febril se darán alimentos suaves y después de él, serán más abundantes.

(5)

El tratamiento local puede contribuir mucho al bienestar del paciente.

Se aplicará en la piel lociones emolientes; se lavarán los ojos con una solución suave de ácido bórico, lavados bucales con solución salina o suavemente alca-

lina.

El sarampión normal de un niño sano no plantea apenas más que un problema de vigilancia, al abrigo del frío, que asegure una hidratación y una alimentación suficiente y evite los picos febriles. El tratamiento medicamentoso se limita a la desinfección rino-faríngea y ocular, a los antitérmicos y a los antitusígenos con fenobarbital si el niño tiene convulsiones febriles.

La sobreinfección respiratoria debe tratarse con una antibioterapia polivalente (tetraciclina, ampicilina, cefalosporina) pueden plantear problemas particulares las otitis supuradas (paracentesis), las laringitis obstructivas (corticoterapia eventualmente intubación o traqueotomía), las bronconeumonías (oxigenoterapia y tónicos cardiacos), las supuraciones (antibioterapia adecuada y drenaje pleural).

(8)

**SARAMPION:** La rinitis se alivia haciendo irrigaciones de lanaris con solución isotónica de cloruro de sodio.



LA TOS: Se alivia con inhalaciones de vapor que contenga Benjuí, mentol o eucalipto.

(1)

Las sulfadrogas pueden estar indicadas, para la mucosa faringe, gargarismos y lavados de la boca con soluciones antisépticas de listerina, glicotimolina, agua oxigenada, etc.

(7)

La prevención del sarampión con gamaglobulinas estándar es muy eficaz si se las suministra a dosis suficientes 1/4 ml/ kgs. de gammaglobulinas al 16% y suficientemente pronto.

Si se inyectan en los cinco días que siguen al contagio, la protección es completa; del 5o. al 8o. día se obtiene una seroatenuación.

La seroprevención es necesaria en las colectividades de niños contaminados de forma accidental y en los individuos debilitados.

#### VACUNACION:

Sólo se utilizan vacunas con virus vivos atenua-

dos. Una sola inoculación subcutánea (o intradérmica, produce en más del 95% de sujetos receptores (a condición de que tenga más de 9 meses) una respuesta serológica que aparece en el curso de la tercera semana. Se observa una reacción clínica discreta y no contagiosa, en uno de cada 10 casos del 6o. al 14o. día. Las complicaciones son excepcionales.

Las únicas contraindicaciones absolutas son las afecciones malignas, las deficiencias inmunitarias congénitas o adquiridas.

Las mujeres embarazadas no deben ser vacunadas. La inmunidad es lo bastante rápida como para proteger contra un contagio simultáneo, de ahí la posibilidad de contraer una epidemia en una comunidad receptiva con una inmediata vacunación colectiva.

La inmunidad es duradera, si no definitiva.

Las vacunas antisarampionosas son muy termosensibles y deben conservarse en el refrigerador hasta el momento de su inoculación para que no pierdan su efi-

ca.ia.

La posibilidad de asociar la vacuna antisarampiosa a la mayoría de las otras vacunas facilita su introducción en los calendarios de vacunación.

En los países en vías de desarrollo, las vacunaciones periódicas en masa contra el sarampión permiten salvar numerosas vidas humanas.

La erradicación de la enfermedad mediante vacunación, posible teóricamente, es particularmente difícil, a pesar de la notable eficacia de la vacuna, dada la necesidad de obtener una tasa de cobertura permanente del 90% en la población receptora.

No existe ningún tratamiento específico, solamente se indica reposo y administración de antipiréticos esperando que la enfermedad cure espontáneamente.

(8)

Sólo en los casos graves debe utilizarse la gammaglobulina humana para tratar de modificar el curso de la enfermedad.

(6)

Las formas malignas requieren una reanimación intensiva, a menudo decepcionante.

En cuanto a las complicaciones nerviosas, su aparición debe hacer un desorden metabólico, o una tromboflebitis.

La encefalomiелitis propiamente dicha no requiere más que un tratamiento sintomático.

(8)

## CONCLUSIONES

En este trabajo con carácter de tesis, a las conclusiones que llegué fueron las siguientes:

Está plenamente comprobado que el sarampión es una enfermedad epidémica muy contagiosa, contrayéndose generalmente en el transcurso de la infancia.

Este virus fue aislado por ENDERS, estando clasificado en los paramyxovirus (ácido ribonucleico, estructura edicoidal, presencia de una cubierta). Siendo su efecto citopatógeno característico la formación de sinsitus y de inclusiones intranucleares e intraplasmáticas eosinófilas.  
(1).

Está comprobado que su transmisión es por contacto directo (fase productora). Su signo característico son las manchas de koplik, y también que en la víspera de la erupción hay elevación de la temperatura a 39° C o más.

Se vio que el diagnóstico diferencial se debe ha-

cer con rubeola, exantema súbito, escarlatina, infecciones por el grupo Echo y Cocksackie, mononucleosis infecciosa y dermatitis medicamentosa.

Para el diagnóstico debe hacerse un aislamiento de rigor y el tratamiento en gran parte es sintomático.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cambell Junathan. y Meakins. Patología y Clinicas Médicas. Tomo UTEHA. Tercera Edición. Edit. Hispano-Americana. México, D. F., 1945. Pág. 99. a 106.
2. Diccionario Enciclopédico Salvat. Tomo XI. 8ava. edición. Editorial Orinoco, 1957. Pág. 395.
3. Diccionario de Medicina. Inglés-Español. 1a. edición. Vol. 4. Editorial Interamericana. México, D. F. Pág. 1237.
4. Fernández Blanco, Milio. Dermatología y Sifilografía. Tercera Edición. Ed. Hachette, S. A. Buenos Aires, Argentina, 1950. Pág. 54
5. Holt, L. E. y Intosh R. Mc. Tratado de Pediatría. Tomo II. UTEHA. Ed. Hispano-Americana. México, D.F., 1943. Págs. 1239 a 1255.
6. Mendiola Gómez, Jaime. Resumen Clínico de Ecología. Editorial U. A. G. Edición 1980. Guadalajara, Jal. , México, enero 1980. Págs. 252 a 255.
7. Pardo Castello, V. Dermatología y Sifilografía. Tercera Edición. Editorial Culturas, S. A. La Habana, Cuba, 1945. Págs. 801 a 811.

8. Pequignot, H. Patología Medica 1982. Edición Toray-Masson, S. A. 1a. Edición. Barcelona. Impresa en España. pág. 669 a 672.
9. V. Zegarelli, Edward. Diagnostico en Patología Oral. 1a. Edición. Salvat. Editores, S. A. Barcelona España, 1972. Pág. 606.