

Más allá del exantema: el impacto neuropsiquiátrico del sarampión y la urgencia de la prevención

Beyond the Rash: The Neuropsychiatric Impact of Measles and the Urgency of Prevention

Julio Torales^{1,2,3}, Gladys Estigarribia^{3,4}, Guillermo Sequera⁵

¹ Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Grupo de Investigación sobre Epidemiología de los Trastornos Mentales, Psicopatología y Neurociencias, San Lorenzo, Paraguay.

² Universidad de Los Lagos, Vicerrectoría de Investigación y Postgrado, Osorno, Chile.

³ Universidad Sudamericana, Facultad de Ciencias de la Salud, Pedro Juan Caballero, Paraguay.

⁴ Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Filial Santa Rosa del Aguaray, Cátedra de Microbiología, Santa Rosa del Aguaray, Paraguay.

⁵ Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Salud Pública, San Lorenzo, Paraguay.



Recibido: 09/08/2025

Aceptado: 11/08/2025

Publicado: 11/08/2025

Autor correspondiente

Guillermo Sequera, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay
guillesequera@gmail.com

Editor Responsable

Iván Barrios, PhD
Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay.

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Fuente de financiación

Los autores no recibieron apoyo financiero para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Este artículo es publicado bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](#).



Estimado editor:

El pasado 7 de agosto de 2025, la Dirección General de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud Pública de Paraguay emitió una alerta epidemiológica por sarampión, tras la confirmación de cuatro casos en el departamento de San Pedro, todos ellos sin antecedentes de vacunación documentada (1). El último brote con transmisión autóctona en el país se registró en 1998. Más recientemente, en 2023, se notificó un caso confirmado de fuente de infección desconocida, que no generó casos secundarios (1). Esta señal de alarma no es un hecho aislado: se enmarca en un contexto global de reemergencia del virus, favorecido por las brechas en la cobertura vacunal, la circulación internacional de personas y la complacencia que a veces se instala cuando una enfermedad ha sido declarada eliminada en un país. La rápida diseminación y el riesgo de brotes secundarios en comunidades vulnerables invitan a replantear una pregunta que, pese a décadas de evidencia científica, sigue sin recibir suficiente atención en el discurso público: ¿continuamos subestimando al sarampión como una enfermedad meramente febril y exantemática?

El sarampión es, en efecto, mucho más que fiebre y erupción cutánea. Es una infección viral sistémica con un potencial devastador sobre el sistema nervioso central y la salud mental, no solo en el momento agudo, sino también meses o incluso años después de la resolución aparente del cuadro inicial. La literatura médica es contundente al respecto: las complicaciones neurológicas no son anecdóticas, y su carga, tanto en morbilidad como en mortalidad, es desproporcionada si se considera que estamos ante una enfermedad prevenible por vacunación (2–4).

Durante la fase aguda, el virus puede atravesar la barrera hematoencefálica y producir una encefalitis primaria, que afecta aproximadamente a 1 de cada 1 000 personas infectadas y se asocia con un riesgo elevado de muerte o de secuelas neurológicas permanentes, incluyendo déficits motores, epilepsia y trastornos cognitivos (2). También puede desencadenar, en un plazo de días a semanas tras la infección, una encefalomiелitis aguda diseminada (ADEM, por sus siglas en inglés), de probable mecanismo autoinmune, que cursa con inflamación difusa del cerebro y la médula espinal, dejando a menudo secuelas funcionales duraderas como espasticidad, problemas de coordinación o dificultades para el aprendizaje (3).

Sin embargo, la complicación más temida por su curso implacable y su desenlace casi siempre fatal es la panencefalitis esclerosante subaguda (SSPE, por sus siglas en inglés). Esta es una encefalopatía progresiva causada por la persistencia de una forma mutada del virus en el tejido cerebral, que aparece en promedio entre 7 y 10 años después de la infección inicial, aunque se han descrito intervalos más cortos en lactantes y más prolongados en adolescentes y adultos jóvenes (4,5). La SSPE tiene la particularidad de iniciar, en muchos casos, con síntomas psiquiátricos o neuroconductuales sutiles: cambios en la personalidad, disminución del rendimiento escolar, irritabilidad, apatía o incluso manifestaciones psicóticas, lo que puede llevar a diagnósticos erróneos iniciales y retrasar el abordaje correcto (6,7). A medida que progresa, la enfermedad produce mioclonías, ataxia, deterioro cognitivo severo, pérdida de la visión, parálisis y, finalmente, coma y muerte. La prevalencia estimada es baja, de 1 a 3 casos por cada 100 000 infecciones, pero es significativamente mayor en niños infectados antes de los dos años de edad (5). El pronóstico es sombrío: la mayoría de los pacientes fallece en un plazo de uno a tres años desde el inicio de los síntomas, aunque existen reportes excepcionales de supervivencia prolongada con cuidados intensivos y medidas paliativas (8).

Más allá de la encefalitis aguda y la SSPE, el sarampión puede producir otras secuelas neurológicas y psiquiátricas de gran relevancia clínica. Entre ellas, la encefalitis por cuerpos de inclusión, que afecta principalmente a niños inmunocomprometidos y se asocia con deterioro neurológico rápido y muerte (9), así como casos de epilepsia crónica, déficits sensoriales como sordera o ceguera, y trastornos motores persistentes. En el plano psiquiátrico, se han documentado depresiones refractarias, trastornos de ansiedad y síndromes demenciales secundarios, tanto como consecuencia directa de la agresión viral como de la inflamación postinfecciosa.

A este espectro de complicaciones se suma un fenómeno inmunológico menos visible pero de gran importancia en salud pública: la llamada “amnesia inmunológica”. Estudios recientes han demostrado que el virus del sarampión no solo causa inmunosupresión transitoria, sino que borra selectivamente parte de la memoria inmunológica adquirida frente a patógenos previos, reduciendo la diversidad de anticuerpos protectores y dejando a la persona vulnerable a una amplia gama de infecciones durante meses o incluso años después de la recuperación clínica (10). Este efecto, que puede afectar entre el 11 % y el 73 % del repertorio de anticuerpos, contribuye a un aumento documentado en la mortalidad infantil por enfermedades infecciosas no relacionadas directamente con el sarampión, en poblaciones que han atravesado brotes (10).

Si bien el impacto del sarampión sobre el sistema nervioso central y la inmunidad es evidente, no debe subestimarse su repercusión en la salud mental y el tejido social. Brotes recientes han mostrado que la percepción de riesgo, el estrés comunitario y el temor a contagiar a personas vulnerables —como lactantes o inmunocomprometidos— generan un clima de ansiedad colectiva, que puede traducirse en sobrecarga para los servicios de salud, ausentismo escolar y laboral, y deterioro de la confianza en las instituciones sanitarias. En este sentido, toda estrategia de respuesta debe integrar no solo la vigilancia epidemiológica y la vacunación, sino también una comunicación de riesgo clara y acciones psicosociales que mitiguen el impacto emocional en la comunidad (11,12).

La vacunación, ya sea con la triple viral (SRP) utilizada en la población pediátrica o con la doble viral (SR) empleada habitualmente en campañas para adultos, es una intervención segura, costo-efectiva y decisiva para prevenir no solo el cuadro exantemático típico, sino también toda la cascada de complicaciones neurológicas, psiquiátricas e inmunológicas aquí descritas. Pese a su efectividad probada, los descensos en la cobertura vacunal han permitido la reaparición de brotes en países que habían declarado la eliminación del sarampión, como se ha observado recientemente en Bolivia, Brasil, Estados Unidos y ahora en Paraguay (1). La experiencia internacional demuestra que la complacencia es un terreno fértil para el regreso de enfermedades prevenibles, y que recuperar las coberturas perdidas requiere esfuerzos coordinados y sostenidos en vacunación, comunicación pública y acceso equitativo a los servicios de salud.

Probablemente personas nacidas antes de 1965 en Paraguay cuentan con la inmunidad natural del sarampión, tras las grandes epidemias sufridas en aquellos tiempos. La inmunidad adquirida por vacunación del sarampión es también muy buena, pero en muchos casos se requieren de refuerzos, principalmente si han pasado varias décadas de la vacunación y si uno se expone de manera importante,

como puede ser el personal de blanco. En estos casos, un refuerzo es oportuno en el actual escenario. Además, existen reportes de casos atípicos en personas previamente vacunadas, con presentaciones clínicas menos evidentes (“sarampión modificado” o “decapitado”) que pueden retrasar el diagnóstico. Un ejemplo ocurrió en Uruguay en 2020, cuando un viajero infectado transmitió el virus a personal sanitario vacunado, generando manifestaciones cutáneas leves y confirmación diagnóstica solo mediante laboratorio (13). Estos fenómenos obligan a mantener un alto índice de sospecha clínica incluso en individuos inmunizados, especialmente en contextos de brotes o exposición confirmada.

En conclusión, el sarampión debe ser comprendido y abordado como un problema de salud pública de alcance neurológico y psiquiátrico, además de infeccioso. Las complicaciones como la SSPE, aunque poco frecuentes, son devastadoras y casi siempre fatales, y su existencia obliga a replantear la narrativa que minimiza la enfermedad como una afección pasajera de la infancia. En este momento, la respuesta a la alerta sanitaria emitida en Paraguay debería ser contundente: reforzar las campañas de vacunación, garantizar la cobertura en todos los grupos etarios en riesgo, y educar a la población sobre la verdadera naturaleza y gravedad de esta enfermedad. No se trata solo de evitar fiebre y exantema; se trata de proteger el cerebro, la mente y la vida de generaciones enteras.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORES

JT, GE, GS han participado de la concepción y diseño del trabajo, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.

DISPONIBILIDAD DE DATOS

No existen datos asociados con este envío.

COMENTARIOS DE LOS REVISORES

Las cartas al editor son aprobadas directamente por el editor Jefe sin necesidad de revisión por pares externos.

REFERENCIAS

1. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Paraguay activa alerta por sarampión ante riesgo de dispersión relacionados a casos de importación. Internet. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2025. citado 2025 ago 11. Disponible en: <https://dgvs.mspbs.gov.py/paraguay-activa-alerta-por-sarampion-ante-riesgo-de-dispersion-relacionados-a-casos-de-importacion>
2. Bidari S, Yang W. Global resurgence of measles in the vaccination era and influencing factors. *Int J Infect Dis*. 2024;147:107189. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2024.107189>
3. Ali D, Detroz A, Gorur Y, Bosquee L, Villalba NL, Cardos B. Measles-induced Acute Disseminated Encephalomyelitis in a Non-vaccinated Patient. *Eur J Case Rep Intern Med*. 2020;7(6):001332. https://doi.org/10.12890/2020_001332
4. Garg RK, Pandey S. Subacute Sclerosing Panencephalitis: Recent Advances in Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. *Ann Indian Acad Neurol*. 2025;28(2):159-168. https://doi.org/10.4103/aian.aian_1112_24
5. Parums DV. A Review of the Resurgence of Measles, a Vaccine-Preventable Disease, as Current Concerns Contrast with Past Hopes for Measles Elimination. *Med Sci Monit*. 2024;30:e944436. <https://doi.org/10.12659/MSM.944436>
6. Roche Z, Belyayeva M. Subacute Sclerosing Panencephalitis. [Updated 2023 May 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560673/>
7. Errichiello G, Tengattini F, Gioacchini S, De Leva MF, Graziano S, Bruno G, et al. Subacute sclerosing panencephalitis as a re-emerging condition due to low vaccination coverage: a case-series. *Ital J Pediatr*. 2025;51:173. <https://doi.org/10.1186/s13052-025-02026-3>
8. Makharia A, Agarwal A, Garg A, Srivastava AK, Garg D. Prolonged survival in subacute sclerosing panencephalitis: case series with a review of literature on “long survivors”. *Ann Indian Acad Neurol*. 2025;28(2):268-272. https://doi.org/10.4103/aian.aian_871_24
9. Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Measles in 2019 — Going Backward. *N Engl J Med*. 2019;380(23):2185–2187. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1905099>
10. Mina MJ, Kula T, Leng Y, Li M, de Vries RD, Knip M, et al. Measles virus infection diminishes preexisting antibodies that offer protection from other pathogens. *Science*. 2019;366(6465):599-606. <https://doi.org/10.1126/science.aay6485>
11. Cole SW. The Conserved Transcriptional Response to Adversity. *Curr Opin Behav Sci*. 2019;28:31-37. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2019.01.008>
12. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol Bull*. 2004;130(4):601-30. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601>
13. Ministerio de Salud Pública. Situación epidemiológica de sarampión [Internet]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2025 may 14 [citado 2025 ago 11]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/situacion-epidemiologica-sarampion>