

Herpes zóster diseminado

Disseminated herpes zoster

Vanessa L. Melo,¹ Baltazar A. Paniagua,² Viviana L. Escobar Solari,³ Carlos G. Ford⁴ y Manuel F. Giménez⁵

RESUMEN

El herpes zóster diseminado es una erupción generalizada de más de 20 vesículas extra-dermatomas que ocurren dentro de la semana del inicio del herpes zóster clásico. Presentamos un paciente inmunocompetente con herpes zóster diseminado, con buena respuesta terapéutica de las lesiones cutáneas tratadas con aciclovir vía oral a una dosis de 4 g/día durante 10 días.

El herpes zóster diseminado es una infección potencialmente grave que se puede presentar en ausencia de inmunosupresión.

El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno reducen la morbimortalidad y la gravedad de las complicaciones (*Dermatol. Argent., 2015, 21 (1): 59-62*).

Palabras clave:

herpes zóster diseminado, inmunocompetente, neuralgia herpética aguda.

ABSTRACT

Disseminated herpes zoster is a generalized rash of more than 20 vesicles outside the affected dermatome that appear during the first week after the onset of classic herpes Zoster.

We describe a case of disseminated herpes zoster in an immunocompetent male patient with a good therapeutic response of the skin lesions treated with Acyclovir that was administered orally at doses of 4g per day for 10 days.

Disseminated herpes zoster is an acute infection that can occur in the absence of immunosuppression.

Therefore, early diagnosis and timely treatment reduce morbid mortality and severe complications (*Dermatol. Argent., 2015, 21 (1): 59-62*).

Keywords:

disseminated herpes zoster, immunocompetent, acute herpetic neuralgia.

Fecha de recepción: 18/12/2014 | **Fecha de aprobación:** 29/12/2014

¹ Médica residente de 4º año

² Médico de planta e instructor

³ Jefa de Residentes

⁴ Bioquímico del Servicio de Inmunología del Hospital Dr. Julio C. Perrando

⁵ Médico de planta, jefe de Docencia e Investigación y profesor titular de la Cátedra de Dermatología de la UNNE

Centro Dermatológico Manuel M. Giménez, Resistencia, provincia de Chaco, República Argentina.

Correspondencia: Vanesa Lisa Melo: vanesamelo347@hotmail.com

Caso clínico

Paciente masculino de 78 años, sin antecedentes patológicos de importancia, que consultó por lesión erosivo-necrótica en región nasomalar derecha, con compromiso de paladar duro, labios y ojo homolateral. Refirió su aparición 6 días previos con eritema y vesículas más de 20 elementos de distribución metamérica (nervio trigémino), acompañados de ardor y dolor, por lo cual consultó al médico clínico de cabecera, quien interpretó dicho cuadro como celulitis facial e inició tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico 500/125 (1,5 g/día) e ibuprofeno 1200 mg/día, sin respuesta favorable.

Evolucionó con necrosis en dicha zona, con el agregado de una erupción variceliforme al 8° día del cuadro inicial, distribuidas en tronco y miembros superiores, por lo cual el médico de cabecera decidió su internación, solicitando interconsulta a nuestro Servicio (fotos 1 y 3).

Con la sospecha clínica de herpes zóster diseminado (HZD) se instauró tratamiento con aciclovir 4 g/día vía oral, dipirona 2 g/día y antisépticos locales. Se solicitaron exámenes complementarios: laboratorio de rutina: GB: 4.800 cél/ml / neutrófilos 69% / linfocitos 26%; serología:

as: HIV (virus de inmunodeficiencia humana), VHB (virus de hepatitis B), VHC (virus de hepatitis C), VHS 1 y 2 (virus herpes simples): no reactivos y virus varicela zóster (VVZ) (IgG) positivo; citodiagnóstico de Tzanck (vesículas en tronco): positivo; IFD (inmunofluorescencia directa) para VVZ: negativo, y PCR (reacción en cadena de la polimerasa) para VVZ (lesión en cara y tronco): positivo. Confirmando el diagnóstico de HZD, se decidió continuar esquema con aciclovir 4 g/día; completó 10 días de tratamiento con buena evolución de lesiones (necrosis y vesículas) (fotos 2 y 4).

Se realizó interconsulta con el Servicio de Oftalmología, por evidenciarse compromiso nasal y ocular (signo de Hutchinson), que interpretó como herpes oftálmico e indicó ungüentos con aciclovir y controles periódicos, con buena evolución, sin secuelas.

Persistió con dolor en el área correspondiente a la rama nasociliar del nervio trigémino, que no cedió con analgésicos comunes; el Servicio de Neurología lo interpretó como neuralgia aguda e inició pregabalina hasta llegar a la dosis de 150 mg/día, con buena evolución y tolerancia al mes de tratamiento, el cual cumplió por 3 meses.

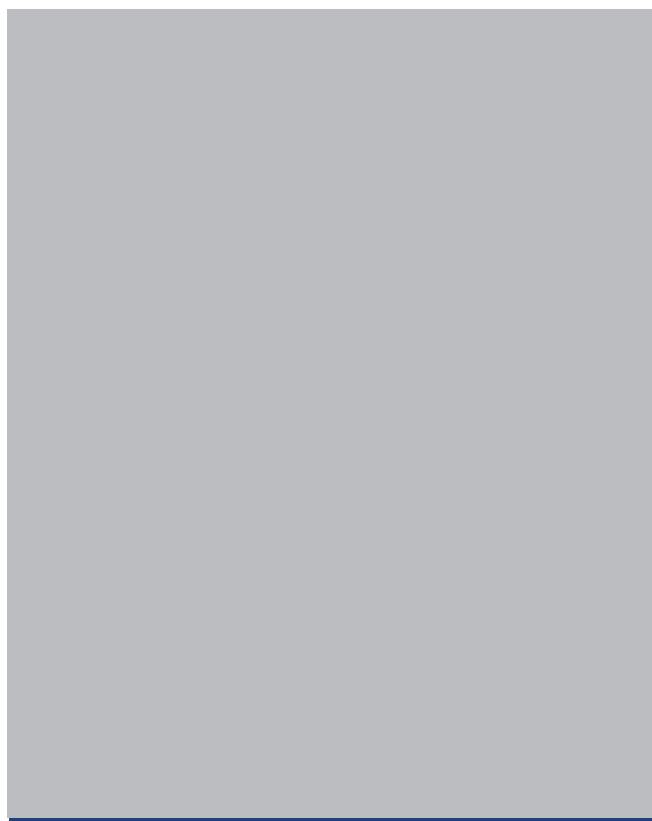


FOTO 1. Lesión erosivo costrosa necrótica naso-malar derecha.

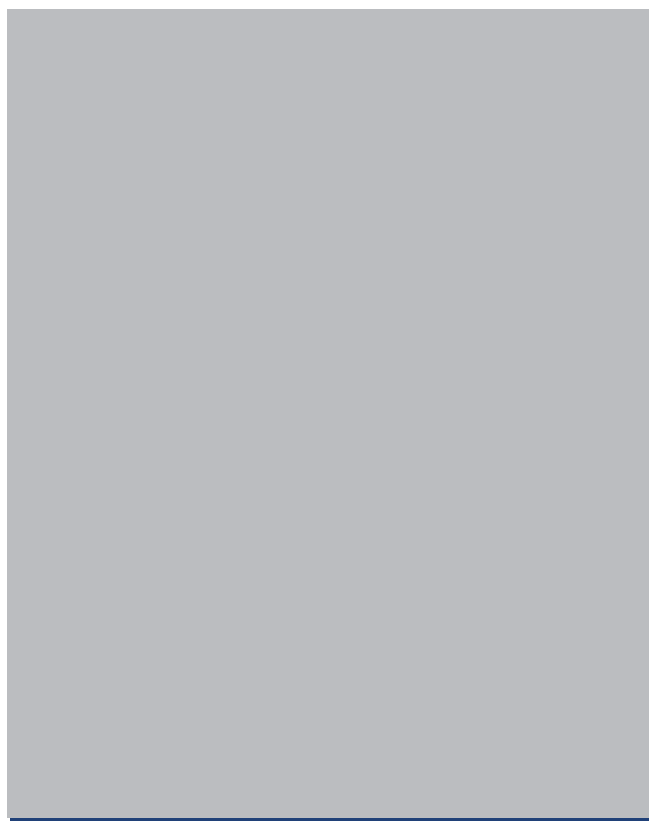


FOTO 2. Buena evolución, 2 meses postratamiento.



FOTO 3. Vesículas distribuidas en tronco anterior.



FOTO 4. Lesiones eritematocostrosas en involución, postratamiento.

Comentario

El herpes zóster clásico resulta de la reactivación del virus varicela zóster (VVZ), el cual permanece latente en ganglios sensoriales raquídeos y de los pares craneales. El 60% ocurre en individuos mayores de 50 años, caracterizándose por presentar erupción de vesículas que se limitan al dermatoma inervado por el nervio.^{1,2} En cambio, el herpes zóster diseminado (HZD) se define como una erupción generalizada de más de 20 vesículas extra-dermatomas que ocurren dentro de la semana de inicio del herpes zóster clásico. Esta complicación se ha descrito con mayor frecuencia (10-40%) en personas inmunocomprometidas (VIH, neoplasias, desnutrición e inmunosupresión por drogas).³⁻⁵

Durante el envejecimiento hay pérdida progresiva de la función, número y fenotipo de células del sistema inmune, principalmente de las células NK, las cuales vinculan a la inmunidad innata y celular con la adaptativa, y son importantes en la actividad antiviral y antitumoral.

Mientras que el papel de las células NK está claramente establecido en determinadas patologías como el cáncer, su papel en las enfermedades autoinmunes o en la inmunovigilancia de enfermedades infecciosas crónicas está menos descrito.

Los factores asociados con un mayor riesgo de HZ en el adulto no están del todo aclarados. Sin embargo, hay evidencia de que la inmunidad celular juega un papel fundamental en la limitación de la incidencia de HZ y sus complicaciones.^{6,7}

En este caso se descartaron las causas más comunes de inmunosupresión y se asumió a la depresión celular relacionada con la edad como un factor determinante en la forma clínica de HZD.

Los ancianos también deben ser reconocidos como un grupo de riesgo para el compromiso de órganos internos, especialmente los pulmones, hígado y cerebro. Otras complicaciones incluyen ulceración corneal y neuralgia posherpética.⁸ Se destaca que nuestro paciente presentó neuralgia aguda asociada al herpes, por lo cual se realizó tratamiento profiláctico con pregabalina, con buena respuesta terapéutica.

El tratamiento de elección para esta entidad es con aciclovir intravenoso 10 mg/kg cada 8 horas durante 7 a 10 días; sin embargo, en pacientes con buen estado general, sin compromiso sistémico, es posible realizar tratamiento vía oral, como en el caso de nuestro paciente, quien presentó buena evolución.

El HZD es una patología potencialmente grave que se puede presentar en ausencia de inmunosupresión y en sujetos sanos. Por lo tanto el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno reducen la morbilidad y la gravedad de sus complicaciones.

Bibliografía

1. Burdett C., Mendoza N., Arora A., Bartlett B. *et ál.* A rare case of disseminated shingles in an immunocompetent patient following a 7 day treatment with oral valacyclovir, *J. Clin. Virol.*, 2008, 43: 233-235.
2. Insinga R., Itzler R., Pellissier J., Saddier P. *et ál.* The incidence of herpes zoster in a United States administrative database, *J. Gen. Intern. Med.*, 2005, 20: 748-753.
3. Arvin A. Varicella zoster virus, *Microbiol. Rev.*, 1996, 9: 361-381.
4. Brown T.J., McCrary M., Tyring S.K. Varicella- Zoster Virus, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2002, 47: 972-997.
5. Sauerbrei A., Sommer M., Wutzler P. Virologic diagnosis of herpes zoster, *Hautarzt.*, 1990, 50: 873-878.
6. Camous X., Pera A., Solana R. NK Cells in healthy aging and age-associated diseases, *Science*, 2008, 49: 5077-5082.
7. Derhovanessian E., Solana A., Larbi A., Pawelec G. Immunity, ageing and cancer, *Immunity and Ageing*, 2008, 5: 1-16.
8. Bermejo A., Leiro V., Pizzariello G. Neuralgia posherpética. Un desafío terapéutico, *Dermatol. Argent.*, 2004, 3: 200-203.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ CASO CLÍNICO | Elección múltiple: Sífilis

María Lucila Marchetta, María Agustina Cione y Elena Placenti



Antecedentes: Paciente de sexo femenino de 43 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia.

Enfermedad actual: Dermatitis generalizada de un mes de evolución, asociada a síndrome febril.

Examen físico: En cavidad oral erosiones redondeadas, de fondo blanquecino, rodeadas de halo eritematoso, dolorosas (foto 1). A nivel de cara, tronco y miembros superiores, múltiples pápulas y placas eritematosas, cubiertas en su superficie por finas escamas blanquecinas (foto 2). Adenopatías generalizadas.

Estudios complementarios: Laboratorio: ERS 72 mm. Serologías HBV, HCV y HIV: no reactivas.



FOTO 1

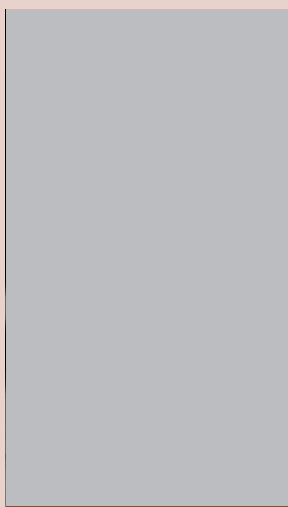


FOTO 2

1. ¿Cuál es su diagnóstico más probable en este caso?

- a. Farmacodermia
- b. LECSA
- c. Sífilis secundaria
- d. Micosis fungoide
- e. Parapsoriasis

2. ¿Qué estudio solicitaría para arribar al diagnóstico?

- a. Colagenograma y rutina de laboratorio
- b. Biopsia de piel para histopatología
- c. VDRL y/o campo oscuro de lesiones orales
- d. Citometría de flujo de sangre periférica y médula ósea
- e. Biopsia ganglionar

3. En relación con la patología del paciente presentado, ¿cuáles de las siguientes afirmaciones son correctas?

- a. Generalmente el antecedente de consumo de fármaco precede 1-4 semanas el inicio de la dermatosis
- b. Es más frecuente en mujeres, y se caracteriza por la fotosensibilidad
- c. Puede preceder en años el desarrollo de micosis fungoide
- d. La presencia del exantema que compromete palmas y plantas sugiere fuertemente el diagnóstico
- e. Se inicia en la piel, se caracteriza por el epidermotropismo y la proliferación de linfocitos T neoplásicos con núcleo cerebriforme

4. ¿Qué tratamiento considera de elección?

- a. Metilprednisona 0,5-1 mg/kg/día
- b. 3 dosis de penicilina G benzatínica 2400000 UI/sem IM
- c. Hidroxicloroquina 6,5 mg/kg/día
- d. Corticoides tópicos de alta potencia
- e. Fototerapia

La solución, en la pág. 66