

Acta Médica

Grupo Ángeles

Volumen
Volume **3**

Número
Number **1**

Enero-Marzo
January-March **2005**

Artículo:

Celulitis asociada a herpes simple

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Grupo Ángeles Servicios de Salud

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



medigraphic.com



Celulitis asociada a herpes simple

Fernando Elizundia Charles,* Erika Mueller Wust, José Manuel Sampedro Pereda,**
Rolando Limón Arce****

CASO CLÍNICO

Acudió a consulta paciente masculino de 13 años de edad por presentar lesión en cara de 24 horas de evolución, localizada en región malar, párpado inferior y mejilla derechos, que se extendía al ángulo maxilar y cuello del mismo lado caracterizada por eritema, aumento de volumen, con presencia de costra melicérica de 1 cm de diámetro en el área malar de ese lado; a la palpación muy doloroso y con aumento de la temperatura local.

El paciente presentaba aspecto séptico y fiebre de 39.2º C, ataque al estado general. Estableciendo el diagnóstico clínico de celulitis. Biometría hemática con 28,000 leucocitos, 80% de neutrófilos y bandas de 8%. Velocidad de sedimentación globular de 35 mm, proteína C reactiva positiva, estreptolisinas negativas. Se inició tratamiento con ceftriaxona 100 mg/kg/peso con notable mejoría clínica a las 24 horas de iniciado el tratamiento. Biometría hemática de control con 14,000 leucocitos. A las 72 horas con mejoría clínica, la lesión de menor tamaño, más localizada. (*Figura 1*), costra melicérica disminuyó a 0.5 cm.

Se realizó cultivo de la lesión con costra melicérica siendo positivo para *Streptococo B hemolítico* y se continuó tratamiento con penicilina sódica cristalina a 50,000 U/kg/dosis por cinco días. Se da de alta hospitalaria por mejoría manejándose ambulatoriamente con tratamiento a base de penicilina por 10 días más. Mejoría notable

pero presentando aún costra melicérica de 0.5 cm en la región malar.

Regresa a consulta 4 meses después con costra melicérica en la misma localización que la primera ocasión, con eritema y aumento de volumen en región malar sin extenderse más allá de esa región. Se da tratamiento ambulatorio con penicilina, con mejoría clínica, disminuyendo el tamaño de la lesión, pero continuando pequeña lesión melicérica de aproximadamente 0.3 cm en el mismo sitio que en el inicio.

Seis meses después acude por presentar lesión melicérica de 3 cm, en esta ocasión sin datos clínicos de celulitis, pero con presencia de pequeñas vesículas amarillentas (*Figura 2*). Se realiza frotis de Tzank siendo éste positivo para herpes simple. Se realiza examen inmunológico anti-herpes 1 IgG 2.61 UL/mL positivo. Se inicia tratamiento con aciclovir vía oral por 15 días desapareciendo la lesión (*Figura 3*).

DISCUSIÓN

Paciente masculino que acude a consulta con datos clínicos de una celulitis en región malar y párpado inferior del lado derecho con probable sitio primario de infección la lesión en piel (costra melicérica de 3 cm de diámetro) localizada en la región malar derecha; el cultivo de la lesión reportó *Streptococcus pyogenes*. La celulitis sanó después del tratamiento con antibiótico pero la lesión primaria continuó a pesar del tratamiento. El paciente presentó un cuadro similar 4 meses después pero más leve con la misma lesión inicial en la cara. Con el antecedente de la reactivación de la misma lesión inicial en el mismo lugar se realizó la prueba de Tzanck y anticuerpos específicos siendo éstos positivos para herpes simple tipo 1.

La lesión inicial del herpes simple fue la puerta de entrada de la infección bacteriana secundaria por *Streptococo B hemolítico*, el cual provocó la celulitis en este paciente.

La familia del herpes, según Feigin, comprende el herpes virus 1 que es el labial, el herpes virus 2 (genital), el herpesvirus 3 (varicela zoster), herpes virus 4 (Ebstein-Barr), herpes virus 5 (citomegalovirus), herpes virus 6 (exantema súbito), herpes virus 7 (exantema súbito), herpes virus 8 (Kaposi).¹ Las infecciones por herpes simple tienen varias

* Jefe de la División de Pediatría, Hospital Ángeles Lomas.

** Pediátra, Hospital Ángeles Lomas.

Correspondencia:

Dr. Fernando Elizundia Charles
Hospital Ángeles Lomas. División de Pediatría
Av. Vialidad de la Barranca s/n. Colonia Valle
de las Palmas. Huixquilucan. Estado de México.
C. P. 52763. Consultorio 535.
Correo electrónico: Elizundiaf@yahoo.com

Aceptado: 6-09-2004

presentaciones dependiendo del estado inmunológico del paciente y de la vía de transmisión. El periodo de incubación de este virus es de 2 a 14 días.

Las manifestaciones mucocutáneas del herpes simple se pueden presentar como herpes labial, gingivoestomatitis, eczema herpeticum, conjuntivitis herpética, herpes gladiatorium y herpes genital.



Figura 1. Setenta y dos horas después de iniciado el tratamiento se aprecia disminución notable de zona de celulitis como se describe en el texto.



Figura 2. Lesiones vesiculares aglomeradas en la región malar derecha (mismo sitio que la lesión inicial).



Figura 3. Diez días después de tratamiento con aciclovir.

La infección por el HSV1 resulta del contagio directo con las secreciones orales o una lesión. La infección por el HSV2 resulta del contacto directo de secreciones genitales infectadas o lesiones durante la actividad sexual.

La mayor concentración del virus herpes simple se encuentra en la infección sintomática primaria, a comparación de la infección recurrente asintomática en la que existe menor carga viral.² La lesión cutánea en una infección viral primaria es típicamente de una semana, pudiendo ser más largo; la lesión en una recurrencia dura generalmente sólo 3-4 días. La reactivación asintomática del herpes oral o genital es común y persiste toda la vida. La mayoría de las infecciones virales por herpes simple en niños son asintomáticas. El contagio generalmente es por contacto directo con la secreción o con la lesión. La vesícula herpética puede aparecer en otra localización, generalmente por autoinoculación en algún lugar en donde exista falla de continuidad de la epidermis. El herpes gladiatorium se describe como infección mucocutánea del herpes simple en tórax, pabellón auricular, cara y manos que ocurre generalmente por entrada del virus en una lesión previa de la epidermis al haber tenido un brote labial o genital. La conjuntivitis y la queratitis generalmente ocurren por autoinoculación de las lesiones orales. No importa el sitio en el que se encuentre la infección, el HSV persiste de por vida en una forma latente. La reactivación del virus latente generalmente ocurre en la ausencia de síntomas.³

Clínicamente se necesita tener en mente la presencia del herpes virus, cuando se localiza en sitios comunes se realiza clínicamente el diagnóstico y no es necesario realizar cultivo.⁴ En los casos de infecciones atípicas incluyendo los casos de los pacientes inmunocomprometidos requerirán cultivo y pruebas de susceptibilidad antiviral para guiarse hacia un tratamiento específico.

El HSV crece en cultivo celular, sobre todo si se obtiene del líquido de unas vesículas.

Los efectos citopatogénicos de este virus se observan por lo general los primeros 3 días de la inoculación pudiéndose identificar rápidamente con buenas técnicas de cultivo. Los cultivos que permanecen negativos después de 15 días son considerados como negativos. El cultivo se puede realizar de vesículas de piel, boca, nasofaringe, conjuntivas; o bien de orina, sangre, materia fecal, recto y líquido cefalorraquídeo.

Los anticuerpos fluorescentes realizados en material obtenido de las vesículas son tan específicos como el cultivo viral pero con menor sensibilidad. En pacientes con enfermedad congénita pueden tener resultado seronegativo.⁵

La reacción en cadena de polimerasa (PCR) del líquido cefalorraquídeo es un método con adecuada sensibilidad para detectar el DNA del virus herpes simple.

La preparación de Tzanck es útil solamente en caso de ser positiva como una prueba de diagnóstico rápida, indicando la presencia de un DNA virus.

El tratamiento depende de la localización de este virus. En casos como el de nuestro paciente en que la lesión se encuentra en piel, el tratamiento con aciclovir tiene un efecto pobre, pero en estudios pequeños se ha comprobado que al utilizarlo en etapas tempranas puede reducir uno o dos días la sintomatología y la lesión. El aciclovir tópico es ineffectivo.⁶

La complicación más común de las lesiones en piel por el herpes simple tipo 1 es la presencia de bacterias en la piel lesionada por el virus, favoreciendo el crecimiento de estas mismas desarrollando otro cuadro clínico como en el caso del paciente comentado.

El pronóstico es bueno, siendo necesario tener informado al paciente que el virus no desaparece y es posible que vuelva a aparecer en el mismo sitio que apareció la primera vez.

PUNTOS CLAVE

Lesión dérmica de aspecto melicérico en región malar derecha, siendo éste el sitio primario de infección por herpes simple. Zona de celulitis extensa en región malar, mejilla, cuello, párpado y párpado inferior. Persistencia de las lesiones vesiculosa acuminadas en el mismo sitio de la infección inicial. Prueba de Tzanck positiva e inmunológica positiva para herpes simple No. 1.

REFERENCIAS

1. Feigin R. *Tratado de Infecciones en Pediatría*. 3^a ed. Interamericana-McGraw-Hill; 1992: 1473-1474.
2. Waggoner-Fountain L, Grossman L. Herpes Simplex Virus, *Ped in Rev* 2004; 25(3): 86-92.
3. American Academy of Pediatrics: *Herpes simplex*. In: Pickering LK, Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 26^a ed. Elk Grove Village, Ill. American Academy of Pediatrics; 2003: 344-353.
4. Langenberg AG et al. A prospective study of new infections with herpes simplex virus type I and type 2. Chiron HSV Vaccine Study Group. *N Engl J Med* 1999; 341: 1431-1438.
5. Overall JC Jr. Herpes simplex virus infection of the fetus and newborn. *Pediatr Ann* 1994; 23: 131-136.
6. Leflore S et al. A risk-benefit evaluation of acyclovir for the treatment and prophylaxis of herpes simplex virus infections. *Drug Safety* 2000; 23: 131-142.

