

Herpes zóster en un lactante. Un caso con afección de varias dermatómeras en un inmunocompetente

Herpes Zoster in an Infant. A Case with Several Dermatomes Conditions in an Immunocompetent

Carlos Daniel Sánchez Cárdenas¹ y Pablo Campos Macías²

¹ Facultad de Medicina, Universidad de Guanajuato.

² Dermatólogo, profesor de la Facultad de Medicina, Universidad de Guanajuato; Hospital "Aranda de la Parra".

RESUMEN

La aparición de herpes zóster (HZ) en un lactante sin antecedente de varicela es rara, y sucede cuando la madre ha tenido la enfermedad durante el embarazo. El herpes zóster que afecta varias dermatómeras no contiguas es excepcional, tanto en personas inmunocompetentes como inmunocomprometidas. Reportamos el caso de un bebé de 17 meses de edad, con un herpes *multiplex unilateralis* en dermatómeras no contiguas, previamente sano. Su madre tuvo varicela durante el tercer trimestre del embarazo.

PALABRAS CLAVE: Herpes zóster, multidermatomera, inmunocompetente.

ABSTRACT

The appearance of herpes zoster (HZ) in a child without a history of varicella is rare, and it may happen when the mother has had the disease during pregnancy. Noncontiguous multidermatomal HZ is exceptional in both immunocompetent and immunocompromised person. We report a 17-months-old-healthy boy, he presents herpes *multiplex unilateralis* with noncontiguous dermatomes. His mother had varicella during pregnancy (third trimester).

KEYWORDS: herpes zoster, multidermatomal, immunocompetent.

Introducción

El virus varicela zóster (vvz) es un virus neurotrópico que causa dos entidades clínicas diferentes en el ser humano: varicela posterior a la primoinfección, caracterizada por virema y una erupción vesicular diseminada, donde el virus se establece de forma latente y de por vida en los ganglios sensoriales y, posterior a su reactivación, herpes zóster, con diseminación del virus a través del nervio sensorial a la dermatomera correspondiente.

Su mayor incidencia ocurre en adultos, y se incrementa de forma significativa en mayores de 50 años;¹ es poco frecuente en niños inmunocompetentes.¹⁻⁴

La mayoría de los casos se diagnostican clínicamente; en presentaciones atípicas se puede solicitar la reacción de polimerasa en cadena (PCR), con una sensibilidad y especificidad de 95 y 100%, o una inmunofluorescencia directa.⁵ El cultivo, aunque es específico, difícilmente se obtiene ya que el vvz es muy lábil.⁶

Caso clínico

Presentamos el caso de un bebé de 17 meses de edad. Inicia el padecimiento seis días antes de la valoración, con dermatosis diseminada en cara y tronco, afecta la oreja y la región posteroinferior de la mejilla izquierda, siguiendo la rama mandibular del trigémino (figuras 1 a 2), y en el tronco, el tercio inferior del hemitórax izquierdo en los segmentos correspondientes a las dermatómeras T8 y T9 (figura 3), caracterizada por vesículas múltiples confluentes sobre una base eritematosa.

Se refiere que la madre, de 21 años de edad, cursó con varicela durante el séptimo mes de embarazo, sin complicaciones posteriores y un parto normal. Estudios complementarios incluyeron biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina y determinación de VIH, no se encontraron anomalías. Se prescribió tratamiento con aciclovir 20 mg/kg cada 6 horas, lociones, polvos secantes locales y paracetamol para controlar

CORRESPONDENCIA

Pablo Campos Macías ■ camposdoctor@gmail.com ■ Teléfono: 52 (477) 7163611
Hidalgo 327, 6º piso, Col. Centro, CP 37000 León, Guanajuato



Figura 1. Herpes zóster dúplex que afecta dos dermatómeras no contiguas.



Figura 2. Herpes zóster que afecta la rama mandibular del trigémino.



Figura 3. Herpes zóster que afecta segmentos correspondientes a las dermatómeras T8 y T9.

el dolor. La evolución fue favorable. Un año después, el lactante no presenta complicaciones.

Comentario

La incidencia de herpes zóster en la niñez, sin una historia de varicela, es muy rara y puede ocurrir cuando la madre ha tenido la enfermedad durante el embarazo.¹

La primoinfección por VVZ durante el embarazo puede causar un amplio espectro de alteraciones, desde un estado de latencia asintomático, hasta graves defectos congénitos e incluso un desenlace fatal.^{7,8} Las complicaciones en etapa fetal se presentan en 1 a 2% de los casos en los que la infección en la madre ocurre en el primer trimestre, se puede presentar aborto o malformaciones como extremidades hipoplásicas, lesiones cutáneas cicatrizales, atrofia cortical, anomalías oculares, retraso psicomotor y bajo peso al nacer. Cerca de 30% de los recién nacidos con síndrome de varicela congénita fallecen durante los primeros meses de vida. Después de las 20 semanas de gestación, el riesgo de malformaciones congénitas es raro.⁹⁻¹¹

Cuando la infección en la madre ocurre en la etapa perinatal, el riesgo de varicela neonatal es alto debido al poco desarrollo del sistema inmune infantil. Cuando la primoinfección se da después del primer trimestre y antes de la etapa perinatal, el bebé nace sin alteraciones pero con la presencia latente del virus, cuya reactivación una vez que desaparece en el primer año la IgG materna que lo controla, favorece la presencia de herpes zóster en la infancia. La baja incidencia de herpes zóster durante la niñez se debe a que más de 90% de los adultos en edad reproductiva tuvieron varicela en la infancia y desarrollaron inmunidad adquirida, lo cual se traduce en una muy

baja incidencia de primoinfección durante el embarazo.¹² Existen pocos reportes de frecuencia, se mencionan incidencias de 0.74×1000 en la primera década, en general en niños inmunocomprometidos o que tuvieron contacto con el VVZ en la etapa intrauterina o durante el primer año de vida.¹³

La característica clínica del herpes zóster es la afección de un nervio con sintomatología y lesiones en la dermatómera correspondiente, de forma ocasional se pueden encontrar vesículas fuera de la dermatómera afectada en pacientes inmunocompetentes. La presencia de más de 20 lesiones a distancia se denomina herpes zóster diseminado y se reporta en pacientes seniles o inmunodeficientes.⁶ La afección de más de una dermatómera y no contiguas es más raro, la mayoría sucede en pacientes inmunocomprometidos.¹⁴

Se ha propuesto el término zóster múltiple cuando están involucradas varias dermatómeras, y cuando son dos no contiguas se le llama herpes zóster duplex unilateralis o bilateralis.¹⁴⁻¹⁶ La presencia de herpes zóster en más de una dermatómera es rara, y la mayoría de los reportes refieren pacientes inmunosuprimidos.^{14,16-19}

El caso que reportamos es relevante por su comportamiento: herpes zóster en un bebé de 17 meses de edad, con el antecedente de primoinfección *in utero*, su madre presentó varicela en el séptimo mes de embarazo, sin complicaciones neonatales ni en su desarrollo posterior y una presentación clínica muy poco habitual de HZ duplex unilateralis, con afección de dos dermatómeras no contiguas, correspondientes a la rama mandibular del trigémino y los segmentos correspondientes en el tronco a T8 y T9, ambas del hemicuerpo izquierdo. El paciente no presentaba ninguna enfermedad subyacente, su estado de inmunocompetencia se corroboró mediante estudios de laboratorio complementarios y su evolución un año después es normal. Hay muy pocos casos de HZ en niños inmunocompetentes con afección de dos o más dermatómeras reportados en la literatura.^{2,16,20-22}

BIBLIOGRAFÍA

- Weinberg JM. Herpes zoster: epidemiology, natural history, and common complications. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57: S130-5.
- Leung AK, Barankin B. Bilateral symmetrical herpes zoster in an immunocompetent 15-year-old adolescent boy. *Case Rep Pediatr* 2015. Artículo ID 121549. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/121549>
- Rimland D, Moanna A. Increasing incidence of herpes zoster among veterans. *Clin Infect Dis* 2010; 50: 1000-5.
- Cohen JI. Herpes zoster. *N Engl J Med* 2013; 369: 255-63.
- Sauerbrei A, Eichhorn U, Schacke M, Wutzler PJ. Laboratory diagnosis of herpes zoster. *J Clin Virol* 1999; 14: 31-6.
- Macrary ML, Severson J, Tyring SK. Varicella zoster virus. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 1-14.
- Paryani SG, Arvin AM. Intrauterine infection with varicella zoster virus after maternal varicella. *N Engl J Med* 1986; 314: 1542-6.
- Macrary ML, Severson J, Tyring SK. Varicella zoster virus. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 1-14.
- Enders G, Miller E, Cradock-Watson J et al. Consequences of varicella and herpes zoster in pregnancy: prospective study of 1739 cases. *Lancet* 1994; 343: 1548-51.
- Pastuszak AL, Levy M, Schick B et al. Outcome after maternal varicella infection in the first 20 weeks of pregnancy. *N Engl J Med* 1994; 330: 901-5.
- Sauerbrei A, Wutzler P. The congenital varicella syndrome. *J Perinatol* 2000; 20: 548-54.
- Gershon AA, Raker R, Steinberg S et al. Antibody to varicella-zoster virus in parturient women and their offspring during the first year of life. *Pediatrics* 1976; 58: 692-6.
- Kakourou T, Theodoridou M, Moustros G. Herpes zoster in children. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39: 207-10.
- Vu AQ, Radonich MA, Heald PW. Herpes zoster in seven disparate dermatomes (zoster multiplex): report of a case and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40: 868-9.
- Thomas SL, Hall AJ. What does epidemiology tell us about risk factors for herpes zoster? *Lancet Infect Dis* 2004; 4: 26-33.
- Takaoka Y, Miyachi Y, Yoshikawa Y et al. Bilateral disseminated herpes zoster in an immunocompetent host. *Dermatol Online J* 2013; 19: 13.
- Rajashekhar T, Sing G, Shivakumar V, Okade R. Recurrent herpes zoster duplex symmetricus in HIV infection. *Indian J Dermatol* 2008; 53(1): 33-4.
- Seok B, Ho Ch, Guk I et al. Case of human immunodeficiency virus infection initially presented with disseminated herpes zoster. *Ann Dermatol* 2010; 22(2): 199-202.
- Ho K, Hee J, Joon B et al. Herpes zoster duplex bilateralis in a patient with breast cancer. *Cancer Res Treat* 2009; 41(1): 50-2.
- Ezluka R, Olomukoro Ch, Owa A. Disseminated herpes zoster phthalmicus in an immunocompetent 8 year old boy. *Clinics and Practice* 2013; 3(e16): 40-2.
- Gahalaut P, Chauhan S. Herpes zoster duplex bilateralis in an immunocompetent host. *Indian Dermatol Online* 2012; 3(1): 31-33.
- Brar BK, Gupta R, Saghni R. Bilateral herpes-zoster of widely separated dermatomes in a non-immunocompromised female. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2002; 68: 48-9.