

Acta Médica

Grupo Ángeles

Volumen
Volume **1**

Número
Number **4**

Octubre-Diciembre
October-December **2003**

Artículo:

Manifestaciones clínicas dermatológicas diferentes de enfermedad causadas por el virus varicela zoster en dos hermanos

Derechos reservados, Copyright © 2003:
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*



Edigraphic.com



Manifestaciones clínicas dermatológicas diferentes de enfermedad causadas por el virus varicela zoster en dos hermanos

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

Resumen

En este artículo se presenta a dos hermanos con diferentes manifestaciones clínicas de enfermedad por el virus Varicela Zoster. El hermano mayor con manifestaciones de Herpes Zoster y el otro con cuadro clínico característico de varicela. Existe la sospecha de que el paciente herpes zoster haya padecido varicela subclínica dos años previos. Por la convivencia de ambos hermanos pensamos en el contagio de uno a otro ya que presenta la varicela 15 días después de que el hermano inició con el cuadro clínico de herpes zoster. Se comenta las características clínicas de los dos casos, el diagnóstico diferencial y su forma de transmisión.

Palabras clave: Herpes zoster, varicela.

Summary

This article refers to two siblings with diverse clinical manifestations related to Varicella zoster virus. The eldest brother presented a symptomatology related to Herpes zoster whereas the youngest one had chickenpox clinical manifestations. We conclude that the former brother had chickenpox subclinical stages fifteen days after the youngest one had presented Herpes zoster clinical stages. Therefore, we concluded that the youngest brother contracted the disease at the beginning of the eldest brother Herpes zoster clinical stage. Hereby, we describe the clinical manifestations in both cases, the differential diagnosis, and the diverse ways of transmissions.

Key words: Herpes zoster, varicella.

Acudió a consulta paciente de 4 años de edad quien 2 días previos inició con lesiones dérmicas en cara posterior del hemitórax derecho caracterizadas por máculas, pápulas y vesículas agrupadas, pruriginosas que seguían el trayecto de dos dermatomas (*Figura 1*). Se realizó diagnóstico de herpes zoster. Su hermano de 3 años de edad presentó a los 15 días siguientes lesiones dérmicas caracterizadas por máculas, pápulas, pústulas, vesículas y costras en diferentes estadios, de distribución anárquica con tendencia a ser centripetas de predominio en espalda, con lesiones en piel

cabelluda y manifestaciones sistémicas como febrícula (37.9°C) y adenopatías en cuello (*Figura 2*). Por las características de las lesiones se hizo el diagnóstico clínico de varicela. El esquema de vacunación de los dos pacientes se encontró completo exceptuando la vacuna de la varicela; crecimiento y desarrollo adecuados, sin antecedentes personales de importancia. Al interrogatorio directo a la madre, refirió el antecedente de escasas lesiones dérmicas, aparentemente máculas, pápulas, y vesículas (¿varicela?) sin manifestaciones sistémicas en el paciente con herpes zoster dos años previos al padecimiento actual; no se estableció en ese entonces el diagnóstico de varicela. Negó otro antecedente de importancia como enfermedad subyacente, ingesta de medicamentos así como el antecedente de varicela durante su embarazo.

* Pediatra. División Pediatría. 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.
Correo electrónico: Elizundiaf@yahoo.com

Aceptado: 7-11-2003.

DISCUSIÓN

El virus de varicela zoster causa dos enfermedades con manifestaciones cutáneas: varicela y herpes zoster. La varicela, como infección primaria, generalmente se presenta en la

infancia y se manifiesta por lesiones dérmicas poco pruriginosas caracterizadas por máculas, pápulas, vesículas, pústula y costras en diferentes estadios y se presentan más de 10 brotes sucesivos durante un periodo aproximado de siete días con una distribución anárquica, con tendencia a ser centripeta, presentando además lesiones pápulo-vesiculosa y costra en la piel cabelluda, manifestaciones al estado general variables que van desde febrícula a fiebre mayor de 40°C, modesto ataque al estado general y postración. Es de distribución y susceptibilidad universales con un comportamiento estacional (finales de invierno y principios de primavera)¹ y en los climas tropicales, difiere la presentación estacional.² Herpes zoster es más frecuente en adultos, aunque también puede ocurrir en niños, como el caso que presentamos. Se desarrolla cuando existe disminución en la inmunidad mediada por células que existe normalmente al envejecer o por enfermedades o medicamentos como sería el caso de cáncer, quimioterapia, esteroides, trasplantes de órganos o radiación. Durante la varicela, el virus varicela zoster permanece latente en nervios sensoriales; al haber reactivación del mismo, regresa del ganglio a la piel. Son lesiones agrupadas, dolorosas que siguen el trayecto de uno o más dermatomas.³

La varicela es muy contagiosa, 80 a 90% de las personas susceptibles presentarán manifestaciones clínicas a la exposición del virus. Los casos secundarios de varicela en una familia suelen ser de mayor gravedad que los casos primarios. Aproximadamente el 75% de adultos sin historia de varicela presentan anticuerpos positivos para el virus de varicela zoster, indicando que existe varicela subclínica. Adultos y niños mayores de dos años con herpes zoster generalmente tienen una historia previa de varicela. Herpes zoster es raro en niños, pero se puede presentar en

niños que tuvieron varicela in útero o antes de cumplir su segundo cumpleaños.⁴ Padece varicela en el primer año incrementa el riesgo de presentar herpes zoster en la infancia. Niños que fueron expuestos in útero a varicela zoster en las segundas 20 semanas de gestación pueden presentar herpes zoster en la infancia sin haber padecido varicela extrauterina. Exceptuando a los hijos de madres que manifiestan la varicela 5 días previos o 2 días después al nacimiento, siendo estos casos de muy mal pronóstico.⁵

Existen reportes en la literatura de pacientes en edad pediátrica que presentaron herpes zoster al mismo tiempo que varicela.⁶

El herpes zoster no es contagioso *per se* pero las vesículas en el herpes zoster son contagiosas y puede transmitir



Figura 2. Varicela en el segundo hermano. Máculas, pápulas y vesículas, costras en diferentes estadios, de distribución anárquica y orientación centrípeta.



Figura 1. Herpes zoster en el primer hermano. Máculas, pápulas, y vesículas agrupadas siguiendo el trayecto de varios dermatomas del hemitórax derecho.



Figura 3. Prúrito por piquete de insecto. En otro paciente, máculas, pápulas en el mismo estadio en cara y zonas no cubiertas.

la varicela. Se piensa que es menos contagioso que la varicela y se desconoce si existe contagio por gotas de saliva.⁷

En este artículo suponemos que el contagio se realizó por la convivencia intrafamiliar pero no se tiene la evidencia a ciencia cierta de que así sea, ya que el paciente con varicela pudo haber sido contagiado de alguna otra fuente, aunque la convivencia intrafamiliar puede apoyar que esté relacionado el herpes zoster del hermano mayor con la varicela del menor.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con la enfermedad por herpes simple generalizada, prúigo por piquete de insecto (*Figura 3*), contacto con hiedra venenosa, reacciones alérgicas y la enfermedad por Rickettsiapox.⁸

PUNTOS CLAVE

Los dos casos anteriores representan las características clínicas de un mismo virus así como su alta capacidad de contagio. A pesar de que se reporta que no es de alta contagiosidad el herpes zoster, en este caso reportado el primer paciente presentó herpes zoster contagiando al her-

mano de varicela. Es importante reconocer la existencia de varicela subclínica así como la varicela en la madre durante la segunda mitad del embarazo, la cual posteriormente se puede presentar como herpes zoster en el niño.

REFERENCIAS

1. Thami GP, Kaur S. Varicela, herpes zoster and dissemination. *Pediatr Infect Dis J* 2003; 22(3): 295-6.
2. Red Book 2003. *Report of the Committee on Infectious Diseases*. American Academy of Pediatrics. 26th edition. 2003: 624- 638.
3. Chen TM, George S, Woodruff CA. Clinical manifestations of varicella-zoster virus infection. *Dermatol Clin* 2002; 20 (2): 267-82.
4. Papadopoulos AS, Birnkrant AP. Childhood herpes zoster. *Cutis* 2001; 68 (1): 21-3.
5. Mustonen K et al: . Congenital varicella-zoster virus infection after maternal subclinical infection clinical and neuropathological findings. *J Perinatol* 2001; 21(2): 141-6.
6. Lau BH, Lin MI, Lin HC. Herpes zoster during varicella. *Pediatr Infect Dis J* 2002; 21(2): 915-16.
7. Plumb RL. Childhood herpes zoster. *Cutis* 2003; 71(1): 86.
8. Feder HM, Crider EF. Herpes zoster. *N Engl J Med* 2003; 348(20): 2044-45.

