



Localizador: 12032

Viruela de corral, reporte de un caso y revisión de la literatura

Smallpox corral, a case report and review of the literature

Carla Patricia Rosero Arcos,* Sonia Tello Astudillo*

Palabras clave:
Orf, nódulo de *milker*,
nódulo del ordeñador.

Key words:
Orf, *milker's nodule*,
milker nodule.

RESUMEN

La viruela de corral es el nombre genérico que se da a las infecciones en humanos por parapoxvirus de las ovejas y del ganado vacuno, respectivamente llamadas orf y nódulo de *milker* o de los ordeñadores. Estas entidades presentan manifestaciones clínicas y hallazgos histopatológicos muy similares, por lo que su diagnóstico se basa en una adecuada historia clínica. Dichas patologías son zoonosis virales cutáneas benignas, transmitidas a personas en contacto con animales infectados. En el presente trabajo, presentamos un caso en un niño sin contacto previo con ganado vacuno u ovejas.

ABSTRACT

Smallpox poultry is the generic name given to human infections by sheep and cattle parapoxvirus, called orf and *milker nodule* or *milkers*, respectively. These entities have very similar clinical and histopathological findings, so their diagnosis has to be based on an adequate medical history. These pathologies are benign cutaneous viral zoonosis transmitted to humans in contact with infected animals. We present a case involving a child without previous contact with cattle or sheep.

La viruela de corral es una zoonosis viral ocupacional autolimitada que se presenta principalmente en las manos de personas que manipulan ganado vacuno u ovejas infectadas.¹ Fue descrita inicialmente por Kaempfer en 1896, y Friedman-Kein aisló el virus por primera vez.² Reportamos un caso de presentación inusual en un niño, que curiosamente no tuvo contacto con ganado vacuno ni ovejas y que procedía de una zona urbana.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente varón, de cinco años, nacido y residente de Quito-Ecuador, sin antecedentes patológicos de importancia, quien consultó por un cuadro de 10 días de evolución aparecido después de un viaje a Costa (Machala). La reacción, aparentemente, parecía producto de una picadura de insecto; presentaba ampollas violáceas y dolorosas en el primer dedo de la mano derecha que habían crecido progresivamente hacia la palma. Acudió a un hospital pediátrico donde le prescribieron dicloxacilina y le realizaron fasciotomías. Al

no observarse mejoría, fue valorado por un cirujano vascular, quien diagnosticó gangrena y consideró la amputación del dedo, por lo que el paciente fue derivado a nuestro hospital para nueva valoración.

Al examen físico presentaba una dermatosis localizada en primer dedo de la mano derecha, caracterizada por múltiples nódulos translúcidos que confluyan sobre un área edematoso y violácea que afectaba a todo el dedo, con presencia de fasciotomías verticales y salida de líquido hemático y purulento.

Además presentaba lesiones nodulares lineales satélites eritematovioláceas hacia la palma de la mano (*Figura 1*).

Se realizaron los siguientes exámenes: biometría, química sanguínea y elemental de orina, que resultaron normales, y frotis para detectar leishmaniasis y test de Tzanck, los cuales fueron negativos.

Se realizó una biopsia que arrojó el siguiente resultado del estudio histopatológico (*Figuras 2, 3 y 4*): epidermis erosionada, cubierta por material serohemático e hiperplasia pseudoepitelomatosa adyacente. Hubo

* Hospital Dermatológico
Gonzalo González, Servicio
de Dermatología
Laboratorio Clínico y
Patológico, Centro Médico
Axis.

Conflicto de intereses:
Ninguno.

Recibido: 04/Mayo/2012.
Aceptado: 16/Junio/2014.





Figura 1. Lesión violacea con múltiples nódulos superficiales y lesiones satélites en zona palmar.

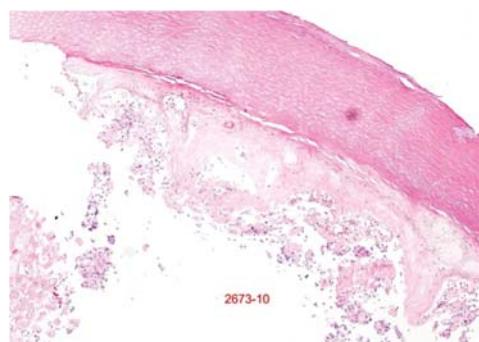


Figura 2. Vista panorámica, se observa en epidermis engrosada con pseudoepitelomatosis, acantolisis y balonización.

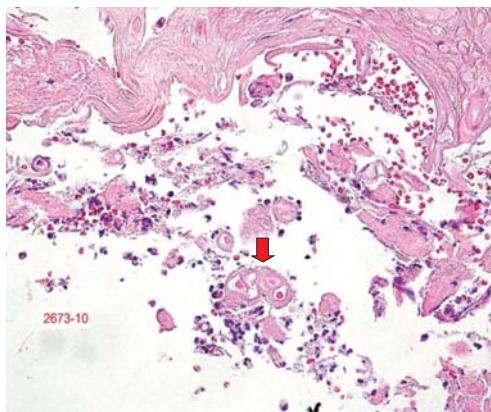


Figura 3. Acercamiento de la lesión, se observa células balonizadas y acantolíticas, (flechas) en algunas células se observan inclusiones intranucleares eosinofílicas.

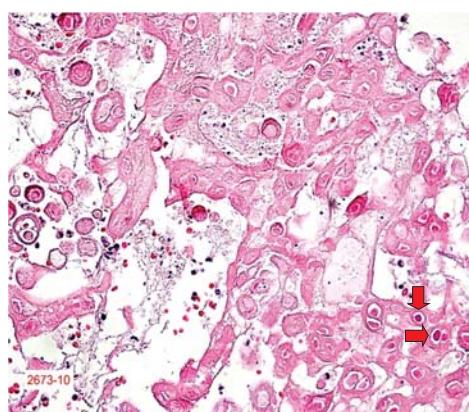


Figura 4. En otro acercamiento puede verse claramente las inclusiones intranucleares eosinofílicas. (Flechas.)

presencia de células balonizadas y acantolíticas. En varias células se observan inclusiones intranucleares eosinofílicas.

Con este resultado se estableció el diagnóstico de nódulo de milker versus Orf.

El paciente recibió tratamiento con cefalexina para la sobreinfección e ibuprofeno como antiinflamatorio, con evolución de las lesiones a fase nodular seca a los ocho días (Figura 5). Posteriormente pasó a fase de costra (Figura 6) con total resolución a las seis semanas.

COMENTARIO

La viruela de corral es el nombre genérico que se les da a las infecciones por parapoxvirus transmitidas a partir del ganado. El nódulo de milker, llamado también pseudoviruela del ganado vacuno o verruga de los ordeñadores,³ es una zoonosis producida por un parapoxvirus. Se adquiere al vincularse con ganado vacuno infectado a través del contacto con sus ubres, hocicos o por la manipulación de su carne. Cuando el parapoxvirus proviene de ovejas, se llama nódulo del ordeñador u Orf; ambas entidades se diferencian por sus aspectos epidemiológicos, ya que clínica e histológicamente son similares.⁴

El nódulo de milker tiene diferentes nombres en español: paravacuna, pseudoviruela del ganado vacuno, verruga de los ordeñadores (en inglés: *milker's nodule*). Algunos autores proponen llamarla nódulo viral de los ordeñadores.⁵

Al encontrarse en ganaderos, ordeñadores, carníceros e incluso veterinarios, se considera una enfermedad ocupacional.^{4,6} En el ganado produce la estomatitis papular bovina.⁷⁻⁹ Existen reportes de la enfermedad sin contacto directo con ganado vacuno u otro animal, como en nuestro caso, por lo que se piensa que hay formas silentes del virus y existentes en otros hábitat.¹⁰ También se ha descrito por contacto con máquinas ordeñadoras.¹¹ La transmisión al hombre es accidental. El agente causal es un virus ADN del género parapoxvirus, de la familia *Poxviridae*, de la especie



Figura 5.

Evolución a fase nodular seca. Lesiones nodulares secas, a los 8 días.



Figura 6. Evolución fase costra. Lesiones en fase costrosa: cuarta semana de evolución.

Pseudocowpox virus, con un diámetro de 160-190 nm, y una longitud de 250-300 nm. Este virus se caracteriza por ser estable en el medio ambiente, termorresistente hasta los 56 °C.^{12,13} El periodo de incubación es entre cinco a 15 días.¹⁴

Clínicamente se presenta como un nódulo en zona distal de extremidades. Se han descrito otras zonas infrecuentes como mejilla, nariz y otras.⁵ Es asintomático, poco doloroso, de evolución rápida (15 días a 2 meses) y, generalmente, no se acompaña de síntomas sistémicos. Cuando los hay, se caracterizan por fiebre, diarrea, linfadenopatías y eritema multiforme. Es posible la sobreinfección bacteriana. El curso clínico se ha dividido en seis etapas: maculopapular, en diana, nodular exudativa, nodular seca, papilomatosa y regresiva. Las lesiones evolucionan a costras y habitualmente no dejan cicatriz. También se ha descrito la presentación vesículo-pustulosa.⁵

El diagnóstico se basa en criterios epidemiológicos, clínicos, e histopatológicos. Actualmente se dispone

de cultivos celulares, microscopía electrónica, pruebas de ELISA y Western blot para detectar el virus.¹⁵ Dichas pruebas no están disponibles en Ecuador, por lo que la biopsia cutánea es el método diagnóstico más útil en estos casos. La histopatología muestra efectos citopáticos virales. La imagen depende de la fase clínica al tomar la biopsia. En la epidermis pueden verse hiperqueratosis, exoserosis, vesiculación, desorganización de los gránulos de queratoquialina y necrosis de queratinocitos. Lo característico es la degeneración balonizante y los cuerpos de inclusión rosados.

En el diagnóstico diferencial se deben considerar las siguientes entidades: carbunclo, granuloma piógeno, tuberculosis cutánea, esporotricosis, micobacteriosis atípicas, chancro sifilítico, entre otras.^{2,16}

Respecto a la actitud terapéutica, la enfermedad se resuelve espontáneamente y suele dejar inmunidad duradera. Actualmente, no existen fármacos antivirales específicos.⁷ Además se debe tratar si hay infección secundaria; en lesiones solitarias, puede emplearse curetaje o criocirugía.⁸

Reportamos este caso para difundir una patología muchas veces olvidada, por su extraña presentación en un niño inmunocompetente sin antecedente de contacto con ganado vacuno u ovino, por lo que creemos que es importante conocer esta entidad y considerarla en nuestro medio.

CONCLUSIONES

Describimos el primer caso de viruela de corral en nuestro hospital en el que no se pudo determinar el

contacto con ganado vacuno u ovejas a pesar de una minuciosa anamnesis. Publicamos este caso con el fin de considerar esta entidad en nuestro medio, de no ignorarla en pacientes que no muestran factores de riesgo y así evitar errores diagnósticos con medidas terapéuticas extremas como la que se propuso en

este caso. Además aportamos una actualización de la literatura.

Correspondencia:
Carla Patricia Rosero Arcos
E-mail: carlirosoro@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Odom R, James W, Berger T. *Andrews' dermatología clínica*. Capítulo 29, Tomo 2. Editorial Marbán, 2004.
2. Claros-González I, Triviño-López A. Nódulo de los ordeñadores. *Patología*. 1996; 29:45-48.
3. Weber O, Mercer AA, Friebe A, Knolle P, Volk HD. Therapeutic immunomodulation using a virus--the potential of inactivated orf virus. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2013; 32: 451-60.
4. Barraiviera SRCS, Marques SA, Stolf HO, Silvares MRC, Marques MEA. Nódulos dos ordenhadores: relato de dez casos. *An Bras Dermatol*. 1997; 72: 477-80.
5. Schatzmayr HG, Lemos ER, Mazur C, Schubach A, et al. Detection of poxviruses in cattle associated with human cases in the State of Rio de Janeiro: preliminary report. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2000; 95(5): 625-627.
6. Azulay R, Azulay D. *Doenças vírois*. En: *Dermatología*. Editora Guanabara Koogan. Río de Janeiro 2004.
7. Dupré A, Auvergnat Jj, Durand R, Catala D. Orf and milker's nodules. *Ann Dermatol Venereol*. 1978; 105: 213-214.
8. Yu YZ, Wu ZJ, Zhu ZB, Pan QZ, Cui YD. Molecular characteristics and immune evasion strategies of ORFV: a review. *Bing Du Xue Bao*. 2012; 28: 278-84.
9. Schuler G, Höningmann H, Wolff K. The syndrome of milker's nodules in burn injury: evidence for indirect viral transmission. *J Am Acad Dermatol*. 1982; 6: 334-339.
10. Almagro M, Maestre J, Martínez P, Lalagon I. Nódulo de los ordeñadores: Trasmisión por fomites e identificación virológica. *Enf Inf Microbiol Clin*. 1991; 9: 286-88.
11. Fitzpatrick T, Jhonson R, Wolff K, Suurmond D. *Atlas color e texto Dermatología*. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Río de Janeiro; 2002, p. 703.
12. Kuokkanen K, Launis J, Mörtsellinen A. Erythema nodosum and erythema multiforme associated with milker's nodules. *Acta Derm Venereol*. 1976; 56: 69-72.
13. Grimalt F. *Dermatología práctica Ibero latinoamericana. Atlas, enfermedades sistémicas asociadas y terapéutica*. Ed. Vicente Torres Lozada-Nieto. México, D.F. 2005, pp. 471-479.
14. Paredes O, García R, Figuero Y. Nódulo de los ordeñadores. *Folia Dermatol Perú*. 2006; 17: 133-136.
15. Domínguez LF, Montes MI. Lesión pustulosa en diana. *Piel*. 1997; 12: 539-41.
16. Finch J, Brett Sloan S, Flowers F, Wells MJ, Krusinski P, Quirk C. *Milker's Nodules Medication*. 2012. <http://emedicine.medscape.com/article/1132823-overview#showall>