



Localizador: 16040

Herpes zóster hemorrágico multimetamérico. A propósito de un caso

Multimetameric bleeding herpes zoster. A case report

Eva María García Atienza,* Cristina Faura-Berruga,† José Luis Agudo Mena§

Palabras clave:
Herpes hemorrágico,
inmunodeprimido,
antiviral.

Key words:
Bleeding herpes,
immunosuppressed,
antiviral.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una mujer de 80 años que consulta por lesiones dolorosas de aspecto vesiculoso y de localización facial de seis días de evolución. La paciente fue diagnosticada finalmente de herpes zóster hemorrágico y multimetamérico. Esta variante clínica es una forma de presentación poco frecuente del virus varicela zóster.

ABSTRACT

We report the clinical case of a 80 years old woman who complains of painful vesicular lesions in the right six days duration hemifacial region. The patient was eventually diagnosed with herpes zoster bleeding. This clinical manifestation must be regarded as an unusual presentation of varicella zoster virus.

INTRODUCCIÓN

El herpes zóster es la manifestación cutánea aguda asociada a la reactivación del virus varicela zóster (VVZ). Cuando un paciente se expone por primera vez al VVZ, la primoinfección que sufre es lo que llamamos varicela y posteriormente, dicho virus queda de forma latente en algún ganglio sensitivo pudiendo reactivarse ante cualquier alteración de la inmunidad celular.

Los pacientes con herpes zóster presentan de forma característica dolor intenso unilateral acompañado de una erupción vesicular o ampollosa limitada a los dermatomas inervados por el ganglio sensorial afectado.

La complicación aguda más frecuente es la neuralgia postherpética y la más grave, la diseminación del herpes zóster con compromiso sistémico.

El herpes zóster hemorrágico es una forma de presentación clínica atípica del virus varicela zóster y se relaciona frecuentemente con inmunodepresión, coagulopatía o trombocitopenia.¹

días de evolución. La clínica no se acompañaba de fiebre ni de ninguna otra sintomatología sistémica. Como único antecedente destacaba una hipertensión esencial leve en tratamiento farmacológico con doxazosina.

En la exploración física presentaba vesículas hemorrágicas sobre una base eritematosa agrupadas en la región cervical, la rama mandibular y el pabellón auricular derecho, afectación coincidente con los dermatomas C2-C4 (*Figuras 1A y B*). En la exploración de la cavidad oral, también se observaron las mismas vesículas hemorrágicas agrupadas en la mucosa yugal derecha (*Figura 2*).

En los análisis de laboratorio sólo se objetivó una plaquetopenia (1,000/mm³). Debido a la trombopenia hallada, la paciente fue ingresada y estudiada por el Servicio de Hematología donde se le realizó: un aspirado de médula ósea en el que se observó una hiperplasia moderada de la serie megacariocítica (la cito-metría de flujo del aspirado de médula ósea no objetivó células anormales) y una tomografía axial computarizada (TAC) que evidenció un aumento de partes blandas a nivel laterocervical derecho compatibles con adenopatías reactivas a la infección por VVZ.

Por lo anterior, nuestra paciente fue diagnosticada de herpes zóster hemorrágico derecho multimetamérico (C2, C3 y C4) asociado a una

* MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 8. Albacete.

† Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

‡ MIR de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

§ MIR de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Conflictos de intereses:
Ninguno

Recibido:
09/Septiembre/2016.

Aceptado:
18/ Octubre/2016.



CASO CLÍNICO

Mujer de 80 años que acudió al Servicio de Urgencias por presentar lesiones vesiculosas dolorosas en la región hemifacial derecha de seis

trombopenia periférica. Durante el ingreso la paciente fue tratada con aciclovir intravenoso a dosis de 10 mg/kg cada ocho horas.

La trombopenia fue catalogada de origen periférico probablemente secundaria a una infección viral y asociada a un mecanismo inmunológico, por lo que se inició tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas a dosis de 1 g/kg durante dos días, sin observarse mejoría en el recuento plaquetario. Posteriormente se trató con vincristina, romiprostim y prednisona 1 mg/kg al día obteniendo una respuesta inmediata, aunque transitoria (recuento plaquetario al alta 365,000/mm³). Fue necesario un tratamiento de mantenimiento con prednisona vía oral durante cinco meses tras el alta. Desde entonces, la paciente realiza revisiones cada seis meses sin recidivas ni nuevos episodios de trombopenia.



Figura 1A y B. Vesículas hemorrágicas sobre una base eritematosa agrupadas en la región cervical, la rama mandibular y el pabellón auricular derecho.

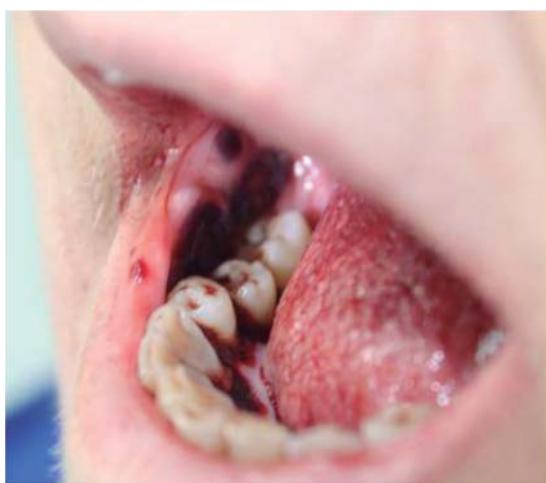


Figura 2. Vesículas hemorrágicas agrupadas en la mucosa yugal.

COMENTARIOS

El herpes zóster (HZ) es una enfermedad neurocutánea que se manifiesta como un dolor de tipo neurálgico, seguido de una erupción vesicular agrupada sobre base eritematosa, localizada en la zona inervada por el ganglio sensorial afectado. Puede estar acompañado de fiebre, sensación de malestar general y adenopatías. En la mayoría de los casos suele localizarse a nivel intercostal, seguido en frecuencia del territorio trigeminal. Por lo regular las lesiones se resuelven de 7 a 10 días con la formación de costras. Un paciente con herpes zóster puede contagiar la varicela hasta que las lesiones no estén en fase costrosa.²

Los factores desencadenantes no se conocen con precisión, pero se sabe que su incidencia es más frecuente en aquellas personas con déficit de inmunidad celular, como ancianos y pacientes con VIH o linfomas. Su incidencia oscila desde 0.3 casos por cada 1,000 habitantes en menores de 10 años hasta 10 casos por cada 1,000 en mayores de 80 años.³ El herpes zóster tiene una elevada prevalencia en los enfermos inmunodeprimidos y a menudo presenta características atípicas de mayor gravedad, extensión y tendencia a la cronicidad.²

El diagnóstico del HZ es clínico; sin embargo, puede realizarse el citodiagnóstico de Tzanck: mediante el raspado de una lesión vesicular es posible observar los cambios citopáticos de las células infectadas por el virus.²

En cuanto a las complicaciones agudas, la más frecuente es la neuralgia postherpética (dolor tipo urente y en algunas ocasiones acompañado de hiperalgesia de la zona previamente afectada); mientras que la más grave es la diseminación del herpes zóster.² Otra complicación frecuente es la sobreinfección bacteriana de las lesiones cutáneas por cocos grampositivos que suele producirse en personas ancianas y diabéticas.²

La presencia de los siguientes signos/síntomas nos harían sospechar una complicación grave del HZ: presencia de vesículas/ampollas hemorrágicas, afectación multimetamérica, síntomas o signos neurológicos (a descartar encefalitis), síntomas o signos neumológicos en pacientes ancianos, broncópatas o fumadores (a descartar neumonitis/neumonía) y HZ diseminado (la presencia de más de 20 lesiones fuera del dermatoma o dermatomas afectados).

En estos casos hay un alto grado de diseminación sistémica viral que provoca principalmente afectación pulmonar, hepática y cerebral que puede llegar a ser mortal; siendo primordial en estos pacientes una derivación y tratamiento urgente.

El tratamiento sistémico del herpes zóster está indicado siempre en pacientes inmunodeprimidos y en aquellos

pacientes inmunocompetentes que presenten: dolor moderado o intenso, exantema moderado o grave o mayores de 50 años.⁴ El objetivo del tratamiento antivírico es evitar la aparición de complicaciones agudas y crónicas.² Si la afectación es exclusivamente cutánea, el pronóstico es bueno.

Para su tratamiento en pacientes inmunocompetentes contamos con diferentes fármacos por vía oral: aciclovir 800 mg cinco veces al día, famciclovir 750 mg al día, valaciclovir 1 g cada ocho horas o brivudina 125 mg al día, todos ellos durante siete días.

En caso de encontrarnos ante un herpes zóster complicado (por ejemplo: diseminado, hemorrágico, encefalitis, etcétera) el tratamiento requeriría ingreso hospitalario y aplicación de la medicación vía intravenosa: en pacientes inmunocompetentes aciclovir 5 mg/kg de peso cada ocho horas y en pacientes inmunodeprimidos aciclovir 10 mg/kg cada ocho horas; todos ellos con una duración entre siete y diez días.

CONCLUSIÓN

El herpes zóster se debe a la reactivación del VVZ que ha permanecido latente en algún ganglio sensitivo tras

la primoinfección primaria. Existen ciertas manifestaciones clínicas, como es el caso del herpes zóster hemorrágico, que indican una mayor severidad de la enfermedad y por lo tanto, son pacientes que precisarán un ingreso hospitalario para recibir tratamiento intravenoso. En estos casos además es importante descartar las causas que produzcan inmunodepresión (VIH, neoplasias hematológicas o tratamientos inmunosupresores).

Para evitar complicaciones graves será fundamental el inicio del tratamiento antiviral de forma temprana (primeras 24-48 horas).⁵ En la actualidad disponemos de diferentes antiviricos para el tratamiento del herpes zóster (aciclovir, brivudina, famciclovir y valaciclovir).²

Correspondencia:

Eva María García Atienza

Centro de Salud Zona 8

C. San Juan Núm. 37

02006 – Albacete

Tel.: 618253896

E-mail: evagatienza@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Vitale J, Carbone F. Haemorrhagic herpes zoster. *Lancet*. 2011; 378: 1324.
2. López VM, Martínez MM, Faura BC, Pérez GL. Herpes zoster diseminado. *Rev Clin Med Fam*. 2012; 5: 64-66.
3. Simpson D, Lyseng-Williamson KA. Famciclovir: a review of its use in herpes zoster and genital and orolabial herpes. *Drugs*. 2006; 66: 2397-2416.
4. Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, Gnann JW, Levin MJ, Backonja M et al. Recommendations for the management of herpes zoster. *Clin Infect Dis*. 2007; 44 (Suppl 1): S1-26.
5. Tuset M, López-Suñé E, Cervera C, Moreno A, Miró JM. Características de los fármacos antiviricos frente a virus del grupo herpes actualización 2009. *Enferm Infect Microbiol Clin*. 2010; 28: 199e1-199e33.
6. Ortiz-Brugués A, Soria-Gili X, Casanova-Seuma JM. Herpes zoster diseminado infantil. *Actas Dermosifiliogr*. 2013; 104: 441-442.
7. Westerdorp H, Sinnige HA. A patient with haemorrhagic bullae. *Neth J Med*. 2012; 70: 189-195.