

Caso para el diagnóstico.

Dermatosis vesiculosa con evolución de 2 meses

Dra. Larissa López,* Dra. Priscila Cantú**



Figura 1. Vesículas serosas.



Figura 2. Vesículas con base eritematosa.

Paciente masculino de 2 meses de edad, quien es traído por su madre por presentar dermatosis generalizada, de predominio en cara y piel cabelluda (*Figura 1*), afectando también mucosas y genitales, constituida por numerosas vesículas de contenido seroso, base eritematosa, algunas confluentes, otras aisladas (*Figuras 2*), aparentemente asintomáticas, crónicas. Al interrogatorio, la madre refería 2 meses de evolución, con aparición súbita e incremento gradual en el número de lesio-

nes, como tratamiento utilizó baños coloides sin obtener mejoría, así como notar malestar general y febrícula 2 días previos.

La evolución de dos meses no corresponde a enfermedades de aparición súbita por lo que se inició el estudio de esta dermatosis ampollosa pensando entre otros diagnósticos en histiocitosis.

¿Cuál es su diagnóstico?

* Dermatóloga Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente del 3er año Dermatología, CDP.

RESPUESTA: VARICELA

En el INP se realizó citodiagnóstico de Tzanck, el cual fue positivo y junto con su evaluación general y con los estudios de laboratorio se llegó al diagnóstico de varicela. Recibió tratamiento antiviral IV y hospitalización por 10 días.

DISCUSIÓN

La varicela es una enfermedad exantemática común de la infancia, causada por el virus de varicela-zoster (VVZ), que pertenece a la subfamilia de *Alfaherpesvirinae*. Es un virus DNA de doble cadena capaz de producir dos enfermedades clínicamente diferentes: varicela y herpes zoster.

La varicela es más frecuente entre las edades 3 y 10 años (90% de los casos) y muy contagiosa.¹ Tiene una distribución mundial y afecta tanto a hombres como mujeres de cualquier raza, con picos de incidencia en los meses de invierno y primavera. Se contagia de persona a persona a través de la saliva y la inoculación generalmente ocurre al estar en contacto con la conjuntiva o mucosa de la vía respiratoria superior.² Se afecta primero el tronco, después la piel cabelluda, cara, genitales y extremidades. Puede afectar mucosa oral y ocular causando pequeñas ulceraciones dolorosas (exantema). Tiene un periodo de incubación de 14 a 21 días, puede existir un periodo prodromico corto (1-3 días).

El inicio de la enfermedad en niños sanos es con una triada de exantema, malestar general y fiebre.³ Generalmente es autolimitada.

La presentación clínica es con lesiones vesiculares, pustulas, costras y cicatrices deprimidas. Puede haber grados variables de prurito, el cual puede ser abrupto. Cada persona con antecedente de varicela tiene 20% de posibilidades de presentar herpes zoster durante la vida.⁴ Los casos son más graves cuando afecta a menores de un año (como el caso aquí presentado) y mayores de 14 años.

Los pacientes se consideran contagiosos por lo menos 4 días previos y 5 días después de la aparición del exantema, hasta que la lesión encostra, generalmente 5-6 días después de la aparición del exantema. Las lesiones pueden progresar de pápulas a costras en 8-12 horas. La varicela presenta típicamente distintos brotes de la enfermedad, y se observan todas las lesiones clínicas en diferentes estadios de evolución que dan la imagen de "cielo estrellado", ya que la mayoría de las lesiones sanan en 2 semanas

sin cicatrices, pero hay excepciones, sobre todo en pacientes inmunocomprometidos.⁵

La complicación más frecuente en piel es la infección secundaria principalmente por estafilococo y estreptococo que aumenta la predisposición a las cicatrices. La complicación extracutánea más común es la afectación del sistema nervioso central. Esto incluye síndrome de Reye (de las más comunes y asociada con la ingesta de aspirina), ataxia cerebral aguda, encefalitis, meningoencefalitis, poliradiculitis y mielitis (Síndrome de Guillain-Barre). En adultos, la neumonía por varicela es una complicación frecuente: 1 de 400 casos. Otras complicaciones raras son: miocarditis, glomerulonefritis, apendicitis, pancreatitis, hepatitis, púrpura de Henoch-Schonlein, vasculitis, artritis, neuritis óptica, queratitis.

El diagnóstico es principalmente clínico, sin embargo se puede realizar el citodiagnóstico de Tzanck. También se pueden realizar cultivo, serología e inmunofluorescencia directa, así como técnicas moleculares, aunque por lo general no son necesarias. Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran: exantemas bacterianos, prúrito por insectos, dermatitis reaccionales por fármacos, penfigoide vesicular y dermatitis herpetiforme.

La incidencia de varicela ha disminuido con la introducción de la vacuna contra VVZ en 1995, la cual se aplica a nivel privado en México, a niños mayores de 12 meses.⁶⁻⁸

El pronóstico en general es bueno, la mortalidad es de 2 casos por 100,000, aunque puede aumentar dependiendo de la edad y la inmunocompetencia del paciente.

El tratamiento es sintomático con antipruriginosos como calamina, fomentos con agua templada, pastas y antihistamínicos que acortan el tiempo de las lesiones. Se recomienda utilizar acetaminofen como antipirético. En algunos casos se usa aciclovir. La dosis recomendada es de 20 mg/kg sin pasar de 800 mg cuatro veces al día por 5 días. En adolescentes y adultos el tratamiento es obligado, la dosis de aciclovir es de 800 mg cinco veces al día por siete días. En neonatos la vía de administración es intravenosa en dosis de 10 mg/kg cada 8 horas por 7 días.

En este caso se consideró el diagnóstico de enfermedad ampollosa a descartar histiocitosis por el tiempo de evolución que refería la madre (2 meses), así como no encontrar diversidad en el estadio de las lesiones (pápulas, vesículas, pustulas, costras) como es característico en la varicela, así como la corta edad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beirana A. Varicela. Una Revisión. *Dermatología CMQ* 2005; 3: 147-156.
2. Parang NM, Archana C. Varicella <http://www.emedicine.com/ped/topic2385.htm>
3. Janninger C. Chickenpox. *Cutis* 2000; 66: 355-357.
4. McCrary M, Severson J, Tyring S. Varicella zoster virus. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 1-14.
5. Rockley P. Pathophysiology and clinical manifestations of varicella zoster virus infections. *Int J Dermatol* 1994; 33: 227-231.
6. Resnick S. New aspects of exanthematous diseases of childhood. *Dermatol Clin* 1997; 15: 257-266.
7. Davis MM, Patel MS, Gebremariam A. Decline in varicella-related hospitalizations and expenditures for children and adults after introduction of varicella vaccine in the United States. *Pediatrics* 2004; 114: 786-792.
8. McCrary ML, Severson J, Tyring SK. Varicella zoster virus. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41(1): 1-14; quiz 15-6.