

Herpes zóster en lactantes. Presentación de tres casos

Herpes zoster in infants. Three cases report

MSc. Lisbeth Sabido-Toledo^{1*}  <https://orcid.org/0000-0002-1569-2690>

MSc. Gretter Martínez-García¹  <https://orcid.org/0000-0001-7903-0568>

Dra. Ivis Simón-Rodríguez¹  <https://orcid.org/0000-0003-0649-5027>

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Hospital Pediátrico Provincial Docente Eliseo Noel Caamaño. Matanzas, Cuba.

*Autor para correspondencia: lst1674@nauta.cu

RESUMEN

El herpes zóster es una afección infrecuente en lactantes, con una incidencia de 0,74/1 000 habitantes. Se produce por la reactivación del virus de la varicela zóster, tras una primoinfección por varicela. Puede ocurrir intraútero, por lo que resulta relevante conocer los antecedentes maternos. El diagnóstico es clínico y si se realiza de forma adecuada reduce el riesgo de complicaciones. El tratamiento en los niños es sintomático, porque su evolución es más favorable que en los adultos. Debido a la rareza de esta entidad, se presentan tres casos de herpes zóster en lactantes de 4, 6 y 11 meses de edad, que acudieron con lesiones y evolución típica de esta enfermedad al Hospital Pediátrico Provincial Docente Eliseo Noel Caamaño, de Matanzas, entre septiembre y octubre de 2017.

Palabras clave: herpes zóster; varicela zóster; lactante.

ABSTRACT

Herpes zoster is an uncommon affection in infants, with an incidence of 0.74/1 000 inhabitants. It is produced by the reactivation of the varicella-zoster virus, after a primary infection by varicella. This can occur inside the uterus, making it relevant



to know maternal antecedents. The diagnosis is clinical, and if it is made in an appropriate way, reduces complication risk. The treatment in children is symptomatic because its evolution is more favorable than in adults. Due to the rareness of this entity, we present three cases of herpes zoster in nurslings aged 4, 6 and 11 months who assisted the Teaching Pediatric Hospital Eliseo Noel Caamaño, of Matanzas, with lesions and typical evolution of this disease in the period September-October 2017.

Key words: herpes zoster; varicella-zoster; infants.

Recibido: 18/08/2020.

Aceptado: 19/03/2021.

INTRODUCCIÓN

El virus de la varicela zóster (VVZ) pertenece a uno de los ocho tipos de la familia *Herpesviridae*, subfamilia *Alphaherpesvirinae*, y es el causante de la varicela como primoinfección y del herpes zóster. Este último se caracteriza por la presencia de lesiones vesicoampollares que confluyen formando placas de base eritematosa, que siguen el trayecto de un dermatomo y respetan la línea media.

La exposición previa al virus de la varicela es un requisito indispensable para la reactivación del mismo y la presentación de la enfermedad, ya sea por exposición directa o posterior a vacunación. Las proteínas del virus se acumulan principalmente en el citoplasma de las neuronas durante la latencia y migran al núcleo en el momento de la reactivación, donde comienza su replicación y pasan a otras células. Comprometen múltiples neuronas sensoriales y establecen lesiones cutáneas con distribución en el dermatoma específico, que es innervado por el ganglio infectado.⁽¹⁻⁷⁾

La infección materna por este virus puede ocasionar infección fetal por diseminación hematológica, que se limita a la placenta y al feto, dependiendo de la edad gestacional y del estado inmunológico de la madre. La incidencia de varicela/embarazo es baja (2-3/1 000 embarazos) y el índice de infección fetal se calcula de 1/2 000 embarazos.^(1,3,4)

En edades pediátricas es una enfermedad poco frecuente, con una incidencia de 0,45 a 0,74/1000 habitantes, y a diferencia de en los adultos, tiene un curso benigno y no se asocia a complicaciones.⁽⁵⁻⁶⁻¹²⁾

Se reportan tres casos de lactantes valorados, diagnosticados y tratados por herpes zóster en el Hospital Pediátrico Provincial Docente Eliseo Noel Caamaño, de la



ciudad de Matanzas, de forma consecutiva, con menos de un mes de diferencia entre ellos, a pesar de lo poco frecuente que resulta la presentación de esta entidad en menores de un año.

Las características clínicas, su distribución metamérica, los antecedentes maternos y familiares detectados en el interrogatorio, la respuesta favorable al tratamiento y la evolución satisfactoria, permitieron realizar el diagnóstico adecuado en cada caso.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso clínico 1

Motivo de consulta: ampollas en espalda.

Historia de la enfermedad: lactante de 4 meses de edad, masculino, mestizo, de área rural, con antecedentes de salud y antecedentes patológicos familiares (APF): la madre padeció varicela en el último trimestre de la gestación. El paciente hacía aproximadamente 10 días presentaba una lesión en la piel, que la madre describió como ampollitas en la espalda. Fue valorado en el policlínico de su localidad y recibió tratamiento para impétigo contagioso, con antibióticos locales (gentamicina) y sistémicos (cefalexina). A pesar del tratamiento, las lesiones continuaron aumentando, extendiéndose hacia el área lateral y anterior derecha del tronco, acompañadas de llanto ocasional, según refirió la madre, por lo que fue llevado al Cuerpo de Guardia del Hospital Pediátrico Provincial Docente Eliseo Noel Caamaño, para mejor valoración y tratamiento.

Examen físico: lesiones costrosas de aspecto serohemáticas y exulceraciones que confluyen en placas de base eritematosas, de bordes irregulares, no bien definidos, de tamaño variable (1-5 cm), con patrón zosteriforme, de distribución localizada en región intercostal derecha, en toda su extensión. (Figura 1)



Fig. 1. Lesiones con patrón zosteriforme intercostal derecho.



Impresión diagnóstica: herpes zóster intercostal derecho.

Caso clínico 2

Motivo de consulta: lesiones en cara.

Historia de la enfermedad: lactante de 6 meses de edad, blanco, masculino, de área rural, con antecedentes de salud y APF de varicela materna en el segundo trimestre de la gestación. Hacia aproximadamente 7 días presentaba una lesión en la piel, que la madre refirió como ampollitas en la nariz. Fue valorado en su área de salud y recibió tratamiento para impétigo contagioso, con antibióticos locales (gentamicina) y sistémicos (cefalexina). Las lesiones continuaron aumentando y se extendieron al ojo, frente y mitad izquierda de la cabeza, acompañadas de llanto ocasional. Fue llevado al Cuerpo de Guardia para mejor valoración y tratamiento.

Examen físico: lesiones vesicoampollares flácidas de contenido turbio, que confluían sobre base eritematosa, de tamaño variable (0,5-2,5 cm de diámetro), bordes definidos, redondeados, irregulares, que conservaban su individualidad, siguiendo patrón zosteriforme de distribución localizada en hemicara y región parietal izquierda. (Figura 2)



Fig. 2. Lesiones con patrón zosteriforme en hemicara y región parietal izquierda.

Impresión diagnóstica: herpes zóster oftálmico izquierdo.

Comentario: el lactante fue valorado por Oftalmología, no presentando alteraciones en estructuras oculares.

Caso clínico 3

Motivo de consulta: ampollas en brazo derecho.



Historia de la enfermedad actual: lactante de 11 meses, mestizo, masculino, procedente de área rural, con antecedentes de salud y APF de varicela materna en el segundo trimestre de la gestación, y contacto en el hogar con un primo enfermo con varicela en los últimos 21 días. Hacia 5 días fue llevado al Cuerpo de Guardia de su policlínico, por presentar lesiones como ampollitas en mano derecha, las cuales fueron diagnosticadas y tratadas como impétigo. Al continuar apareciendo lesiones, extendiéndose a casi todo el brazo, e iniciar con 38 grados de fiebre y decaimiento, se remitió al Hospital Pediátrico Provincial Docente Eliseo Noel Caamaño, donde se decidió su ingreso para mejor valoración y tratamiento.

Se recogió el antecedente de que la familia le aplicó fomentos locales con plantas y timerosal en las lesiones, lo que empeoró el cuadro.

Examen físico: lesiones vesicoampollares umbilicadas centralmente, que conflúan formando placas, de bordes no bien definidos, de número y tamaño variable, de contenido purulento, siguiendo patrón zosteriforme, de distribución localizada en miembro superior derecho hasta tercio distal de brazo. Tejido celular subcutáneo infiltrado en mano derecha. (Figura 3)



Fig. 3. Lesiones con patrón zosteriforme en brazo derecho.

Impresión diagnóstica: herpes zóster braquial derecho eczematizado e impetiginizado.

Tratamientos:

En los casos uno y dos, teniendo en cuenta el estado de la piel, se impuso tratamiento con fomentos emolientes: agua destilada tres veces al día; antihistamínico: difenhidramina a 5 mg/kg/día cada 8 h; multivitaminas orales: 10 gotas diarias por 30 días, y aciclovir (crema 5 %) dos veces al día en lesiones costrosas por 15 días.

En el caso tres, dadas las características clínicas de eczematización e impetiginización secundaria, se realizaron complementarios al ingreso, con resultados dentro de límites normales, y se impuso tratamiento con fomentos

antisépticos: permanganato de potasio (1/20000) tres veces al día en lesiones vesicoampollares; antibióticos sistémicos: cefazolina (EV) a 80mg/kg/día cada 8 h; crema antibiótica: gentamicina (crema 0,1 %) por 7 días, continuando con aciclovir (crema 5 %) por 15 días y Truabin (IM) en dosis pediátrica, con evolución satisfactoria y alta hospitalaria a los 7 días.

No se impuso tratamiento con antivirales sistémicos, pues todos los casos se diagnosticaron en un período posterior a las 72 h de evolución.

DISCUSIÓN

El herpes zóster se considera una enfermedad típica de adultos mayores y relativamente infrecuente en niños, con una incidencia muy baja en edades entre 0-14 años. Sin embargo, en los últimos años se ha reportado un incremento de la misma en la población infantil, relacionado a un diagnóstico inadecuado al inicio de las manifestaciones clínicas, pues pueden ser confundidas, por el tipo de lesión elemental predominante (vesicoampollas), con entidades como impétigo, herpes simples, dermatitis de contacto, traumas y otros, dependiendo de la localización de la afección.^(1,2,4,5,12)

Los factores que predisponen a padecer esta entidad en infantes son la afectación del sistema inmunológico, ya sea por inmunosupresión en el 89 % de los casos, o por enfermedades autoinmunes u oncológicas. La varicela materna durante el segundo trimestre de la gestación es otro factor de riesgo, ya que no permite formar una respuesta duradera contra el virus por la inmadurez del sistema inmune fetal. En el embarazo, la infección por VVZ puede ocasionar muerte fetal y aborto espontáneo en el 3,7 % de los casos, y varicela congénita en el 4,1 %. Los cuadros de herpes zóster pueden producir alteraciones cromosómicas; la varicela neonatal resulta menos frecuente.^(3,13,14)

En un artículo revisado se reportan 373 mujeres infectadas en diferentes etapas del embarazo: solo 10 lactantes desencadenaron herpes zóster, lo que confirma lo poco frecuente de la enfermedad en este periodo.⁽²⁾

En los niños la evolución es favorable: suelen ser infrecuentes las formas diseminadas y las complicaciones. Se describen como complicaciones las sobreinfecciones bacterianas, las cicatrices, la afección de varios dermatomas y la diseminación visceral, como neumonías, hepatitis, encefalitis o síndrome de coagulación intravascular diseminada.^(4,7-9,15,16)

Los casos presentados coincidieron en la evolución con lo referido en la literatura revisada. Solo un paciente padeció complicación cutánea, sin repercusión sistémica ni compromiso inmunológico, pues presentaba antecedentes de salud. Las complicaciones se presentaron por el uso de sustancias no establecidas en el tratamiento por parte de la familia, conllevando a un empeoramiento del estado de la piel y consecuente sepsis sobreañadida.



El diagnóstico de esta enfermedad es clínico, aunque en casos donde se sospeche compromiso sistémico resultan necesarios complementarios, como hemograma, punción lumbar, Rx de tórax y otros exámenes para definir conducta terapéutica. Con fines académicos pueden realizarse estudios como la técnica citodiagnóstica de Tzanck, la prueba de inmunofluorescencia directa al cultivo viral y la reacción en cadena de la polimerasa. En lesiones atípicas se puede indicar una biopsia cutánea para demostrar los cambios citológicos específicos.⁽⁵⁻¹⁰⁾

El tratamiento en estas edades suele estar orientado al estado de la piel, los síntomas asociados y el uso de vitaminoterapia, dada la evolución favorable de la enfermedad. Solo está recomendado el uso de antivirales orales o sistémicos en pacientes inmunocomprometidos y en casos de herpes zóster oftálmico complicado, siempre iniciando el mismo en las primeras 24-72 h de aparecidas las lesiones dermatológicas.^(11,12,15,16)

Se presentaron tres casos diagnosticados clínicamente de forma consecutiva en un mes, con antecedentes obstétricos similares, pero con formas clínicas diferentes y con un análisis inadecuado en la Atención Primaria al inicio del cuadro cutáneo. Solo uno de ellos presentó piodermatitis y eczematización secundaria, debido al uso de sustancias tópicas por parte de la familia, no establecidas en protocolos de atención dermatológica para estas edades, por lo que fue necesaria la hospitalización del lactante. La evolución con el tratamiento impuesto en todos los casos fue satisfactoria. Se mantuvo seguimiento por tres meses por Dermatología y Pediatría, con resolución de lesiones sin secuelas.

El herpes zóster es una enfermedad con escasa presentación pediátrica y muy rara en lactantes, por lo que resulta necesario conocer, por parte del médico de la Atención Primaria, sus síntomas, signos, evolución y distribución metamérica, para realizar un diagnóstico precoz y oportuno, previniendo complicaciones posteriores en su evolución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonzo L, Pareyón R. Herpes zóster. *Dermatol Rev Mex* [Internet]. 2011 [citado 22/06/2020];55(1):24-39. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2011/rmd111e.pdf>
2. Fernández Quiñones Y, Sánchez Linares V. Herpes zóster en un lactante. *Dermatol Rev Mex* [Internet]. 2015 [citado 22/06/2020];59:39-42. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2015/rmd151f.pdf>
3. Arce M, Paullier F, Notejane M, et al. Características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de niños hospitalizados por herpes zóster en un centro de referencia de Uruguay. Año 2008-2019. *Arch Pediatr Urug* [Internet]. 2020 [citado 22/06/2020];91(3):139-46. Disponible en: <https://www.scienceopen.com/document?vid=8421f36b-b963-43c7-b9df-dba18126e1ae>



4. Cubero Santos A, García Suárez A. Tratamiento con Aciclovir en Varicela y Herpes Zóster [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría de la Atención Primaria; 2018 [citado 22/06/2020]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/tratamiento_con_aciclovir_en_varicela_y_herpes_zoster.pdf
5. Janniger CK, Eastern JS, Hospenthal DR, et al. Herpes zoster treatment & management [Internet]. New York: Medscape; 2017 [citado 22/06/2020]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1132465-treatment>
6. Kindelán Mercerón FM, Pérez León JL. Herpes zóster en un niño. Medisan [Internet]. 2017;21(7). Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1465/html>
7. Habif TP. Herpes simples and other viral infection. Cap. 12. En: Habif TP, ed. Clinical Dermatology. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016.
8. Whitley RJ. Chickenpox and herpes zoster (varicella-zoster virus). Cap. 139. En: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases, updated edition. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2015.
9. Nakandakari M, Dyanne N, De la Rosa JL. Varicela en un lactante. Rev Med Hered [Internet]. 2018 [citado 22/06/2020];29:201-2. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n3/a11v29n3.pdf>
10. Vázquez M, Cravioto P, Galván F, et al. Varicela y herpes zóster: retos para la salud pública. Salud Pública Mex [Internet]. 2017 [citado 22/06/2020];59:650-6. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2017.v59n6/650-656/>
11. García González AI, Rosas Carrasco O. Herpes zoster (HZ) y neuralgia posherpética (NPH) en el adulto mayor: particularidades en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento. Gac Med Mex [Internet]. 2017 [citado 22/06/2020];153:92-101. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2017/n1/GMM_153_2017_1_092-101.pdf
12. Weinmann S, Naleway AL, Koppolu P, et al. Incidence of herpes zoster among children: 2003-2014. Pediatrics. 2019;144(1):e20182917. Citado en PubMed; PMID: 31182552.
13. Caro Gutiérrez D, López Estebaranz JL, Naz Villalba E, et al. Herpes zoster en niños vacunados contra el virus de la Varicela zóster: experiencia en nuestro hospital. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2015 [citado 22/06/2020];106(4):329-31. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-herpes-zoster-ninos-vacunados-contra-articulo-S0001731014004505>
14. Marin M, Leung J, Gershon A. Transmission of vaccine-strain varicella-zoster virus: a systematic review. Pediatrics. 2019;144(3):e20191305. Citado en PubMed; PMID: 31471448.



15. Sauboin C, Holl K, Bonanni P, et al. The impact of childhood varicella vaccination on the incidence of herpes zoster in the general population: modelling the effect of exogenous and endogenous varicella-zoster virus immunity boosting. *BMC Infection Dis.* 2019;19(1):126. Citado en PubMed; PMID: 30727971.

16. Song H, Marley K, Trowbridge R, et al. Herpes zoster at the vaccination site in immunized healthy children. *Pediatr Dermatol.* 2018;35(2):230-3. Citado en PubMed; PMID: 29405375.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Sabido-Toledo L, Martínez-García G, Simón-Rodríguez I. Herpes zóster en lactantes. Presentación de tres casos. *Rev Méd Electrón [Internet].* 2021 Sep.-Oct. [citado: fecha de acceso];43(5). Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4063/5230>

