

Herpes zoster de poco frecuente localización en un adolescente inmunocompetente

Herpes zoster of scarcely frequent localization on an immune-compromised adolescent

Rolando Bonal Ruiz, Paula Barreto de Lima

Policlínico "Ramón López Peña". Santiago de Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso de un paciente de 16 años, inmunocompetente, con herpes zoster localizado en la región glútea izquierda, que evolucionó satisfactoriamente. El paciente tiene antecedente de no estar vacunado con la vacuna antivariola ni haberse contagiado de la varicela, su madre padeció esta enfermedad a las 28 semanas de su embarazo. El herpes zoster aparece cada vez más en la adolescencia e infancia. La localización glútea es una localización poco frecuente.

Palabras clave: herpes zoster; inmunocompetencia; adolescencia.

ABSTRACT

The case is described of an immunocompetent 16-year-old female patient with herpes zoster located in the left gluteal region, which evolved satisfactorily. The patient has a history of not being vaccinated with the vaccine anivaricela nor infected with chickenpox, her mother suffered from this disease at 28 weeks of pregnancy. Herpes zoster appears more and more in adolescence and childhood. The gluteal location is a rare location.

Key words: herpes zoster; immunocompetence; adolescence.

INTRODUCCIÓN

El herpes zoster es una afección aguda de localización unilateral, caracterizada por la aparición de vesículas agrupadas sobre una base inflamatoria eritematosa, situada dentro de uno o más dermatomas, asociado a dolor intenso que puede preceder a lesiones 48 ó 72 horas antes.¹ El herpes zoster es una reactivación de la varicela zoster, que persistió en forma latente en un ganglio sensitivo después de adquirir la varicela o menos frecuente después de recibir la vacuna contra la varicela; la varicela y el herpes zoster son dos enfermedades distintas producidas por el mismo virus, la duración de la enfermedad es de 7 a 10 días pero puede tardar de 2 a 4 semanas para que la piel normalice.¹

El herpes zoster es llamado popularmente "culebrilla" en países de habla hispana y en Brasil es denominado "cobreiro". Uno de los factores de riesgos más frecuentes es su aparición en personas inmunocomprometidas, haciéndose más grave en ellos, sobre todo en pacientes con enfermedad de Hodgking o linfomas no hodgkinianos y en personas mayores de edad, sin embargo "el herpes zoster puede presentarse en personas previamente sanas y afecta igualmente a ambos sexos, en las edades comprendidas entre 45 y 70 años, aunque puede aparecer a cualquier edad".²

La desecación comienza entre el cuarto y el quinto día y termina entre el octavo y el décimo día.

El diagnóstico es eminentemente clínico, pero se puede confirmar con estudios histopatológicos, citodiagnóstico y sobre todo con el aislamiento del virus en cultivos de células inoculadas por medios moleculares (reacción en cadena de polimerasa), tinción inmunofluorescentes de células de base de la lesión (test de Tzanck) o estudio serológico (seroconversión o un incremento de cuatro tantos o más en los títulos de anticuerpos entre las muestras de suero de fase convaleciente y aguda).^{3,4}

Presentación de caso

Adolescente de 16 años, sexo masculino, mestizo, aparentemente sano, con funciones inmunológicas íntegras, pues no demostró estar inmunodeprimido en su historia de vida; no hábitos tóxicos; inició las relaciones sexuales activas desde los 13 años, sin antecedentes de alergias, enfermedades reumáticas u otras afecciones, niega contacto en los últimos 30 días con personas con varicela, ni haber viajado en esos días fuera de la localidad. La madre dice que tuvo varicela en el séptimo mes del embarazo, el paciente nunca recibió antes la vacuna contra la varicela. El cuadro clínico comenzó un domingo, con fiebre de 39^o C y dolor moderado en la región lumbar y región glútea sobre todo del lado izquierdo, fue llevado por su madre a la consulta de urgencia del hospital del pueblo donde vive, allí le fue indicado una dipirona intramuscular y dipirona 300 mg, 1 comprimido cada 8 horas, abundante líquido y observación estricta. Al segundo día la fiebre continuaba y el dolor era más en las piernas, la madre le dio por su cuenta diclofenac potásico, 50 mg cada 8 horas. Al tercer día por mañana aparecieron lesiones cutáneas dolorosas en la región glútea izquierda consistentes en vesículas agrupadas en racimo, sobre una base eritematosa, en la parte superior y externa del dermatoma S1 y L5 (región glútea izquierda) (figura 1).



Fig. 1. Lesiones cutáneas primer día.

La madre lo llevó al puesto de salud de atención básica, allí el médico le indicó Aciclovir 800 mg 5 veces al día (cada 4 horas) por 7 días, amitriptilina 25 mg 1 comprimido al acostarse de noche; paracetamol 500 mg cada 8 horas, se le indicó hemograma completo, anticuerpos anti HIV I y II, sedimento urinario; se intentó indicar citología de Tzanck,⁵ pero en el pueblo no había condiciones de realizar ese examen, además, no fue necesario por la sintomatología típica del paciente; se le pidió permiso a la madre para fotografiar las lesiones y si fuera posible seguir la evolución del paciente y publicarlo (consentimiento informado), tanto la madre como el joven aceptaron. En la madrugada de ese día el paciente tuvo dificultades para orinar, haciéndose difícil y doloroso, solo consiguió hacerlo al amanecer, esto puede ser explicado por la neuritis inducida o la mielitis asociada a la infección viral que provocaría hemicititis ipsilateral según un reporte de Marques y Hortense (2014)⁶ al describir un caso de herpes zoster en el dermatoma S2-S4 que provocó retención urinaria aguda en un paciente de 65 años.

Al cuarto día las lesiones en forma de vesículas pustulosas muy diseminadas se extendieron al tronco y abdomen pero desaparecieron a los 2 días. Fue indicado a usar también compresas frías de hojas de guayaba, usando gasas esterilizadas (se orientó hacer infusión de 7 hojas de guayaba en un litro de agua, dejar enfriar y luego colocar en primer estante del refrigerador o nevera), usando esas compresas por 15 minutos varias veces al día; las hojas de guayaba (*psidium guajava*) tienen propiedades antiinflamatorias, cicatrizantes, astringentes,⁷ antibacterianas, antioxidantes, citotóxicas,⁸ incluso antivirales.⁹

Al sexto día se atenuaron las vesículas pustulosas persistiendo en las piernas, ese mismo día desapareció la fiebre ([figura 2](#)).

El paciente evolucionó clínicamente bien ([figura 3](#)) y a los 14 días habían desaparecido las lesiones, los exámenes indicados resultaron ser normales, hemograma: 12, 6 g%, leucograma: normal, sumario de orina normal y el test de HIV I y II: resultaron ser negativos.



Fig. 2. 6to día.



Fig. 3. 12mo día.

DISCUSIÓN

Aunque la literatura comúnmente refiere que el herpes zoster es más frecuente en adultos y en pacientes comprometidos, cada día aparecen más casos en la niñez¹⁰ y adolescencia en pacientes inmunocompetentes, sobre todo después de la vacunación contra la varicela zoster,¹¹ aunque han aparecido otros casos que no tienen este antecedente. En el 2015 fue notificado en Ceará, Brasil, un caso semejante en un adolescente de 13 años,¹² también inmunocompetente, sin estar vacunado contra la varicela, con la misma localización del caso presentado aquí, solo que en nuestro caso el paciente tenía otras vesículas pustulosas dispersas fuera del área circunscrita del glúteo. El caso de Ceará no mencionaba si la madre había tenido varicela en el embarazo. Según *Feder y Hoss* (2004),¹² la incidencia del herpes zoster aumenta con la edad, aunque los niños que han tenido varicela durante el primer año de vida (o en el útero) están en mayor riesgo de desarrollar herpes zoster (en edades tempranas). Según varios estudios, los hijos de mujeres que han contraído la varicela durante el embarazo, pueden desarrollar el herpes zoster durante la primera infancia.^{13,14}

En la literatura se reportan varios casos de herpes zoster en la infancia,¹³ Gómez Sánchez y cols. han presentado recientemente 4 casos en niños saludables, de 1 a 7 años,¹⁴ aunque también asociadas a asma,¹⁵ artritis reumatoidea juvenil,¹⁶ y leucemia linfoblástica.¹⁷ También hay casos presentados en adolescentes inmunocompetentes; generalmente la localización del herpes zoster es asimétrica, de un solo lado del cuerpo, y afecta generalmente los dermatomas del T3 a L3, sin embargo, *Leung y Barank* (2015)¹⁸ describen el caso de un adolescente de 15 años inmunocompetente con una localización simétrica bilateral.

CONCLUSIONES

Aunque el herpes zoster es más frecuente en personas adultas e inmunocomprometidas, aparecen cada día más reportes de caso de afectación en la niñez o en adolescentes saludables, sobre todo si las madres habían tenido varicela durante en el embarazo, hallazgo que puede tener valor docente y la necesidad de mayor presentaciones para una mejor confirmación, el diagnóstico definitivo se hizo clínicamente por la presencia de vesículas agrupadas sobre una base eritematosa, limitada a un solo dermatoma en una parte unilateral del cuerpo, precedido de dolor intenso, lo interesante del caso es la localización inusual: región glútea izquierda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kasper DL. Harrison's Principles of Internal. In: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. Medicine 19th edition. New York: McGraw Hill Education Medical; 2015. p. 523-4.
2. Manzur J, Almeida JD, Cortes M. Dermatología. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2002. p. 178.
3. Macarena G, Candelaria M. Actualización en Herpes Zóster. Archivos de Medicina Familiar y General. 2015 [citado 25 Oct 2016]; 12(1):45-48. Disponible en: <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/view/188/152>.

4. Murray P, Rosenthal KS, Pfaller MA. Microbiología Médica. Tradução da 7ma edição. Saunders. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda. 2014.
5. Messeguer F, Agusti-Mejias A, Agusti P, Alegre V. La utilidad del test de Tzanck para confirmar el diagnóstico de herpes cutáneo. SEMERGEM. 2012 [citado 25 Oct 2016];38(3):199-200. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-la-utilidad-del-test-tzanck-90122758>
6. Marques SA, Hortense J. Herpes zoster-associated acute urinary retention in immunocompetent patient. An Bras Dermatol. 2014;89(6):985-7.
7. Rodríguez Amado R, Lafourcade Prada A, Pérez Rondón L. Hojas de Psidium guajava L. Revista Cubana de Farm. 2013;47(1):127-35.
8. Ashraf A, Sarfraz RA, Rashid MA, Mahmood A, Shahid M, Noor N. Chemical composition, antioxidant, antitumor, anticancer and cytotoxic effects of Psidium guajava leaf extracts. Pharm Biol. 2016;54(10):1971-81.
9. Sriwilaijaroen N, Fukumoto S, Kumagai K, Hiramatsu H, Odagiri T, Tashiro M, et al. Antiviral effects of Psidium guajava Linn. (guava) tea on the growth of clinical isolated H1N1 viruses: its role in viral hemagglutination and neuraminidase inhibition. Antiviral Res. 2012;94(2):139-46.
10. Peterson N, Goodman S, Peterson M, Peterson W. Herpes zoster in children. Cutis. 2016;97(2):94-5.
11. Civen R, Marin M, Zhang J, Abraham A, Harpaz R, Mascola L, et al. Update on Incidence of Herpes Zoster Among Children and Adolescents After Implementation of Varicella Vaccination, Antelope Valley, CA, 2000 to 2010. Pediatr Infect Dis J. 2016;35(10):1132-6.
12. Frota AS, Lima VRS, Queiroz HMC, Maia IL, Accioly Filho JW, Brasil MG, et al. Herpes zoster na adolescência: caso clínico. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(36):1-7.
13. Wormsbecker AE, Wang J, Rosella LC, Kwong JC, Seo CY, Crowcroft NS, et al. Twenty Years of Medically-Attended Pediatric Varicella and Herpes Zoster in Ontario, Canada: A Population-Based Study. PLoS One. 2015 Jul 15;10(7):e0129483. doi: 10.1371/journal.pone.0129483
14. Gómez Sánchez ME, Pérez García LJ, López Villaescusa MT, de Manuel Marcos F, Martínez Martínez ML. Actualización en herpes zóster infantil. A propósito de 4 casos. SEMERGEN. 2016 [citado 25 Oct 2016];42(5):e47-e49. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-actualizacion-herpes-zoster-infantil-a-S1138359315002439>
15. Wi CI, Kim BS, Mehra S, Yawn BP, Park MA, Juhn YJ. Risk of herpes zoster in children with asthma. Allergy Asthma Proc. 2015 Sep-Oct;36(5):372-8.
16. Beukelman T, Xie F, Baddley JW, Chen L, Delzell E, Grijalva CG, et al. Brief report: incidence of selected opportunistic infections among children with juvenile idiopathic arthritis. Arthritis Rheum. 2013 May;65(5):1384-9.

17. Sørensen GV, Rosthøj S, Würtz M, Danielsen TK, Schrøder H. The epidemiology of herpes zoster in 226 children with acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr Blood Cancer*. 2011;57(6):993-7.

18. Leung AK, Barankin B. Bilateral symmetrical herpes zoster in an immunocompetent 15-year-old adolescent boy. *Case Rep Pediatr*. 2015;2015:121549. doi: 10.1155/2015/12154

Recibido: 2016-10-25.

Aprobado: 2016-12-02.

Rolando Bonal Ruiz. Especialista de II grado en Medicina General Integral. Prof. e investigador Auxiliar. Policlínico "Ramón López Pena". Santiago de Cuba. Dirección electrónica: rolandobonal@yahoo.es