

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso"

Herpes zoster oftálmico en pacientes con cáncer de pulmón Ophthalmic herpes zoster in patients with lung cancer

MsC. Nancy Téllez Céspedes,¹ Dra. Ana Lucía Jacas Portuondo,¹ Dr. René Oscar Estrada Ortiz,²
Dra. Natacha López Pupo³ y Dra. Ana Iris Ge Grant⁴

Resumen

Se presentan 2 casos clínicos de ancianos con cáncer del pulmón, que acudieron al Servicio de Dermatología del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" por presentar dolor y lesiones maculares, eritematosas y vesiculosas en la región periorbitaria derecha, de modo que fueron ingresados en la institución con el diagnóstico de herpes zoster oftálmico y tratados con aciclovir, lo cual garantizó una evolución satisfactoria.

Descriptores: HERPES ZOSTER OFTÁLMICO; HERPES ZOSTER OFTÁLMICO/terapia; HERPESVIRUS HUMANO 3; NEOPLASIAS PULMONARES; NEOPLASIAS PULMONARES /complicaciones

Límites: HUMANO; HUMANO FEMENINO, ANCIANO; HUMANO MASCULINO, ANCIANO

Abstract

Two clinical cases of elderly patients with lung cancer who went to the Dermatology Service of "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital for presenting pain and macular, erythematous and vesiculous lesions in the right periorbital region, and so they were admitted in this institution with the diagnosis of ophthalmic herpes zoster and were treated with aciclovir, which guaranteed a satisfactory clinical course are presented.

Subject headings: HERPES ZOSTER OPHTHALMICUS; HERPES ZOSTER OPHTHALMICUS/therapy; HERPESVIRUS 3, HUMAN; LUNG NEOPLASMS; LUNG NEOPLASMS/complications

Limits: HUMAN; HUMAN FEMALE, AGED; HUMAN MALE, AGED

El herpes zoster o zona es llamado por el vulgo como "fuego sagrado", "fuego de san Antonio", "culebrilla" o gangleonitis posterior aguda.

El virus que lo produce es el herpesvirus *varicellae*. La incidencia es superior en mayores de 50 años y en pacientes inmunodeprimidos. En los menores se observa con menor frecuencia y por lo general ocurre cuando la madre tuvo varicela en el embarazo. Hay contagio de herpes zoster por varicela y viceversa y, además, inmunidad cruzada. Su topografía imita el trayecto nervioso, pero no exactamente.^{1,2}

La gangliorradiculitis posterior y la propagación del virus a la piel o mucosas del territorio afectado, se hace por vía neutra, determinando así las formas tan características de las lesiones.

Generalmente afecta un solo piso medular y es homolateral, pero hay excepciones donde toma varios pisos y es bilateral.

Se acepta que el herpes zoster se debe a una reactivación de virus latente en los ganglios sensitivos, acantonado allí desde la primoinfección. El virus llega por vía nerviosa hasta las células epiteliales del dermatoma correspondiente. En ocasiones, el proceso inflamatorio puede alcanzar las neuronas del asta anterior, lo que explica la afección motora acompañante que a veces presentan estos pacientes. No parece probable que los anticuerpos específicos circulantes sean responsables del control del estado de latencia. La conocida asociación entre la reactivación del virus y la inmunodepresión sugiere la participación decisiva de la inmunidad celular en el control de la infección.^{3,4}

Las vesículas de la varicela, del herpes zoster y del herpes simple son histológicamente indistinguibles, pero se diferencian de otras lesiones vesiculares (viruela, vacuna) por la presencia, en la primera, de células gigantes y cuerpos de inclusión intranucleares.

Aparece generalmente sin que exista un factor claro desencadenante. Alrededor de 50 % de los lesionados presentan síntomas constitucionales prodrómicos. El primero de ellos es el dolor o la hiperalgesia en el dermatoma afecto, seguido de 3 a 4 días después de la aparición de cúmulos vesiculares localizados a lo largo de aquel. Los segmentos torácicos son los que se afectan con mayor frecuencia (50 %). De los pares craneales, el trigémino, en particular la rama oftálmica, es el que se halla implicado más a menudo. Las lesiones pueden acompañarse de quemosis y queratoconjuntivitis. Cuando la erupción asienta en un ala nasal debe explorarse cuidadosamente el ojo en busca de queratitis o iridociclitis. En el herpes geniculado, la erupción vesicular se localiza en el meato auditivo externo y en el pabellón de la oreja, y se asocia con la pérdida del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua del mismo lado. Cuando se acompaña de afección del VII par conduce a la parálisis (síndrome de Ramsay-Hunt). Puede demostrarse irritación meníngea concomitante hasta en la mitad de los casos, caracterizada por una pleocitosis mononuclear discreta e hiperproteíorraquia del líquido cefalorraquídeo.⁵

Las lesiones cutáneas aisladas, lejos del dermatoma afectado, no son en absoluto raras, pues aparece una erupción vesicular de hasta 20 elementos en 2-10 % de adultos normales con herpes zoster, en un solo brote y sin el polimorfismo propio de la varicela.

La población adulta con cáncer, sobre todo con la enfermedad de Hodgkin u otros linfomas, es particularmente susceptible al herpes zoster, cuya incidencia en este grupo es 10 veces superior a la de la población control, alrededor de un tercio de ellos presentan diseminación cutánea significativa.^{5,6}

Factores de riesgo

- Antecedentes de varicela
- Inmunodepresión: Por enfermedades (VIH/sida, cáncer), algunos medicamentos, tratamiento del cáncer y trasplantes de órganos
- Edad: (el riesgo aumenta según esta avanza)

Grupos poblacionales de mayor riesgo

- Adultos mayores de 60 años
- Niños que tuvieron varicela antes del primer año de vida
- Personas inmunodeprimidas⁵

Otros factores que predisponen a la aparición de esta afección son: carcinoma mamario, pulmonar, cutáneo, entre otros, además de las lesiones del ganglio de Gessser y la dificultad respiratoria aguda.⁶

Casos clínicos

Caso 1

Anciana de 78 años de edad, de la raza mestiza, con antecedentes de gastritis crónica para lo cual no lleva tratamiento y cáncer de pulmón diagnosticado desde hace aproximadamente 4 meses sin tratamiento alguno, que acude al Servicio de Dermatología por presentar manchas rojas con

vesículas numerosas acompañadas de sensación de ardor y dolor intenso en la región periorbitaria derecha, en la frente y en el ala nasal de ese mismo lado, por lo cual es ingresada.

Antecedentes patológicos familiares: Padre fallecido por cáncer de pulmón

Examen físico

- Aparato respiratorio: disminución del murmullo vesicular en la base de hemitórax izquierdo.
- Piel: Presencia de lesiones maculares, eritematosas y vesiculosas, con eritema moderado en el cuero cabelludo, frente, arco superciliar y ala nasal derechos que se extienden hasta la punta de la nariz, las cuales oscilan entre 0,2 - 0,5 cm, de múltiples diámetros, de contenido transparente y algunas turbias que alternan con costras hemáticas de igual tamaño, húmedas y adheridas que confluyen y forman placas redondeadas de aproximadamente 4 cm, con aumento de la temperatura local y la sensibilidad.
- Mucosas: enrojecimiento conjuntival intenso de ojo derecho.
- Sistema hemolinfopoyético: adenopatías superficiales submaxilar, occipital y retroauricular del lado derecho, de consistencia blanda y ligeramente dolorosas.

Exámenes complementarios realizados

- Citodiagnóstico de Tzank: Informa células multinucleadas gigantes y abundantes linfocitos.
- Hemoglobina: 115g/L, Leucocitos: $5,8 \times 10^9$, Polimorfonucleares: 058, Eosinófilos: 002, Monocitos: 001, Linfocitos: 039.
- Eritrosedimentación: 37 mm/h
- Ecografía abdominal: Hígado de textura normal, colecistectomizada, vías biliares sin alteraciones y ambos riñones con buena relación corticomedular.
- Radiografía de tórax anteroposterior: Discreta acentuación de la trama broncovascular en ambos campos pulmonares con lesiones inflamatorias en la base izquierda.

Esta paciente llegó al Servicio de Dermatología con 48 horas de evolución del herpes zoster oftálmico (**figura**). Fue interconsultada por especialistas de oftalmología y se le indicó tratamiento con aciclovir (400 mg) 5 veces al día durante una semana; prednisona, con una dosis inicial de 40 mg por su acción antiinflamatoria; vitaminoterapia del complejo B inyectable y fomentos de solución salina fisiológica, además de colirio de aciclovir (1 gota cada 4 horas). Egresó a los 7 días, mejorada y sin complicaciones. Se continuó su seguimiento por consulta externa, pero los familiares decidieron no tratar el cáncer diagnosticado en su área de salud.



Figura. *Paciente a los 3 días de evolución del herpes zoster*

Caso 2

Anciana de 70 años de edad, de la raza blanca, con antecedentes de cáncer de colon desde hacía aproximadamente 2 años, por lo cual fue operada y seguía tratamiento quimioterápico, a lo cual se asociaba un cáncer de pulmón metastásico, diagnosticado alrededor de 8 meses antes de acudir al Servicio de Dermatología por presentar numerosas vesículas, acompañadas de dolor intenso, en la región periorbitaria derecha, frente y ala nasal de ese mismo lado; manifestaciones clínicas que justificaron su ingreso en la institución.

Examen físico

- Aparato respiratorio: disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho.
- Piel: Presentaba lesiones maculares, eritematosas y vesiculosas, con eritema moderado en el cuero cabelludo, frente, arco superciliar y ala nasal derechos, que se extendían hasta la punta de la nariz, las cuales fluctuaban entre 0,2 - 0,8 cm, de múltiples diámetros, de contenido transparente y algunas turbias que alternaban con costras hemáticas de igual tamaño, húmedas y adheridas, que confluían y formaban placas redondeadas de aproximadamente 5 cm, con aumento de la temperatura local y la sensibilidad
- Mucosas: enrojecimiento conjuntival intenso de ojo derecho.
- Sistema hemolinfopoyético: adenopatías superficiales submaxilar, occipital y retroauricular del lado derecho, de consistencia blanda y ligeramente dolorosas. Además de adenopatías supraclaviculares y axilares derechas de consistencia pétreas, no dolorosas y adheridas a planos profundos.

Exámenes complementarios

- Citodiagnóstico de Tzank: Abundantes linfocitos
- Hemoglobina: 12 g/L, Leucocitos: $6,2 \times 10^9$, Polimorfonucleares: 056, Eosinófilos: 001, Monocitos: 003, Linfocitos: 040
- Eritrosedimentación: 55 mm/h
- Radiografía de tórax anteroposterior: Moderada acentuación de la trama broncovascular en ambos campos pulmonares, con opacidad en tercio medio del pulmón derecho.

La paciente ingresó en el Servicio de Dermatología con 24 horas de evolución del herpes zoster oftálmico. Se le indicó tratamiento con aciclovir (400 mg, 5 veces al día durante una semana); prednisona con una dosis inicial de 30 mg, por su acción antiinflamatoria; vitaminoterapia del complejo B inyectable y fomentos de solución salina fisiológica. Asistió a interconsulta con oftalmólogos y se le prescribió colirio de aciclovir (1 gota cada 4 horas). Egresó, mejorada, a los 10 días y fue trasladada al Servicio de Neumología para continuar siendo tratada por otros especialistas.

Comentarios

En la actualidad se tiende a relacionar a la acantosis nigricans como la manifestación cutánea fundamental del cáncer de pulmón, pero existen datos que relacionan también al herpes zoster. Los dos casos mostrados avalan la segunda tendencia.⁷

El herpes zoster en Cuba tiende a incrementarse cada vez más, lo cual pudiera estar relacionado con el aumento de la población adulta mayor de 60 años que contribuye al envejecimiento ascendente de la población cubana, además del ascenso de los tumores malignos y la infección por VIH en el país, enfermedades inhibidoras del sistema inmunológico de las personas y consideradas factores de riesgo para la aparición de la enfermedad.^{6, 8}

Para el tratamiento de esta entidad se utilizan actualmente antivirales específicos como el aciclovir y el valaciclovir, activos por vía oral que si se administran dentro de las 72 horas, desde la aparición de la erupción, son capaces de acortar el tiempo de progresión a la cicatrización de las lesiones (etapa de costra), disminuir el dolor agudo e influir sobre la intensidad y duración del dolor crónico. Si la consulta se realiza después de las 72 horas, desde el comienzo de la erupción, pero

aún existen lesiones activas o nuevas, el tratamiento antiviral todavía puede ser beneficioso. Las cremas antivirales tienen mínima o nula absorción a través de la piel, por lo que solo ejercen un efecto local leve y no reemplazan al tratamiento oral.^{9, 10}

Referencias bibliográficas

1. Herpes zoster oftálmico. En: Fichas oftalmológicas (2008). <<http://www.iqb.es/oftalmologia/fichas/ficha005.htm>>[consulta: 8 mayo 2008].
2. Brown M, Scarborough M, Brink N, Manji H, Miller R. Varicella zoster virus-associated neurological disease in HIV-infected patients. J STD AIDS 2001; 12:79-83. <<http://www.amedeo.com/lit.php?id=11236108>>[consulta: 8 mayo 2008].
3. Gershon AA. Prevention and treatment of VZV infections. Herpes 2001; 8:32-6. <<http://amedeo.com/lit.php?id=11867015>>. [consulta: 8 mayo 2008].
4. Gnann JW, Whitley RJ. Clinical practice. Herpes zoster. J Med N Engl 2002; 347:340.
5. Martínez E, Gatell J, Moran Y. High incidence of herpes zoster in patients with AIDS soon after therapy with protease inhibitors. Clin Infect Dis 1998; 27: 1510-3. <<http://www.amedeo.com/lit.php?id=9868668>> [consulta: 8 mayo 2008].
6. Saint-Leger E, Caumes E, Breton G. Clinical and virologic characterization of acyclovir-resistant varicella-zoster viruses. Clin Infect Dis 2001; 33: 206-17 <<http://www.amedeo.com/lit.php?id=11702291>> [consulta: 18 junio 2008].
7. Montoro Cardoso E, Suárez Moreno O, Valdivia Álvarez JA. Micobacterias. En: Llop Hernández A, Valdés-Dapena, Vivanco MM, Zuazo Silva J. Microbiología y parasitología médicas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2001: 363-85.
8. Fitzpatrick TB, Allen JR, Wolff K, Suurmond D. Color atlas and synopsis of clinical dermatology. Common and serious diseases. 4 ed. New York: McGraw-Hill, 2001:666-71.
9. Fauci AS, Lane HC. Human immunodeficiency virus (HIV) disease. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL. Harrison's principles of internal medicine. 15 ed. New York: McGraw-Hill, 2001:1852-913.
10. Manzur Katrib J, Díaz Almeida JG, Cortés Hernández M, Regalado Ortiz González P, Sagaró Delgado B, Abreu Daniel A, et al. Dermatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002: 123-33.

Dra. Nancy Téllez Céspedes. B-42, apto 5, Distrito José Martí, Santiago de Cuba.
Dirección electrónica: grifotc@yahoo.es

¹ **Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Dermatología. Máster en Medicina Bioenergética y Natural**

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba

² **Especialista de I Grado en Dermatología**

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba

³ **Especialista de I Grado Medicina General Integral. Residente de 2do año en Dermatología**

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba

⁴ **Especialista de I Grado Medicina General Integral. Residente de 3er año en Dermatología**

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba

Recibido: 12 de junio del 2008

Aprobado: 19 de enero del 2009

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Téllez Céspedes N, Jacas Portuondo AL, Estrada Ortiz RO, López Pupo N, Ge Grant AI. Herpes zoster oftálmico en pacientes con cáncer de pulmón [artículo en línea] MEDISAN 2009;13(3). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san13309.htm> [consulta: fecha de acceso].