

Imágenes

Herpes zoster sobreinfectado

J.A. García Fraga, P. Mayán Conesa*

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, UNIDAD DOCENTE DE A CORUÑA. *MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, SERVICIO DE URGENCIAS. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO JUAN CANALEJO. A CORUÑA.

Presentamos la imagen correspondiente a un herpes zoster acontecido sobre un paciente de 70 años inmunocompetente. En un primer momento el paciente presenta fiebre, cefalea y náuseas con parestesias en el dermatoma correspondiente. Posteriormente al cabo de unas 48 horas se observa unas placas sobrelevadas y aparición de vesículas superpuestas en racimo parte de las cuales dejarán paso a costras. El paciente es tratado con aciclovir. Al 6º día de evolución presenta datos de infección bacteriana secundaria sobre la lesión cutánea (Figura 1) por lo que se decide ingreso hospitalario y administración de antibioterapia intravenosa con resolución completa del cuadro sin otras complicaciones.

COMENTARIO

En el ámbito de la atención primaria, según algunas series, la incidencia anual de herpes zoster oscila entre 1,24 y 5,8 por 1000 habitantes¹ siendo subsidiarios de atención en los servicios de urgencia hospitalarios el 10% de éstos. Así podemos decir que uno de cada aproximadamente 1.580 pacientes en urgencias corresponde a esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Moya Mir MS, Laguna P, Grupo para el Estudio Piloto de Herpes Zoster. Herpes zoster. Revisión de la enfermedad y presentación de los resultados de un estudio piloto sobre su incidencia y manifestaciones clínicas. Madrid. TCC. 1997
 2- Moya Mir MS, Mascias Cadavid. Herpes zoster en urgencias. Emergencias 2005;17:75-84

Las complicaciones ocurren en un pequeño número de casos siendo la más frecuente, a excepción de la NPH, la diseminación cutánea y sobreinfección bacteriana dérmica², entendiéndose la diseminación cutánea como una erupción cutánea variceliforme formada por 20 o más lesiones³ fuera del dermatoma afectado, la cual se produce presumiblemente por difusión hematogena del virus desde el ganglio, nervio o piel afectados.

Es más frecuente en personas con lesiones cutáneas previas, como puede ser la atopía, e inmunodeprimidos sobre todo en sujetos que presentan VIH, neoplasias (especialmente enfermedad de Hodgkin u otros linfomas) o tratamiento inmunosupresor³.

La diseminación cutánea se sigue de afectación visceral en un 10% de estos pacientes de alto riesgo².

La sobreinfección bacteriana se puede expresar como impetiginización, celulitis, herpes gangrenosum, fascitis necrotizante e incluso sepsis⁴. Igualmente están descritos fenómenos de retraso en la cicatrización y dermatosis tardías que se originan sobre cicatrices tales como liquen escleroso o granuloma anular⁵ entre otros.

- 3- McCrary ML, Severson J, Tyring SK. Varicella zoster virus. J Am Acad Dermatol 1999;41:1

- 4- Laguna del Estal. Complicaciones del herpes zoster. Emergencias 2004;12:19-28

- 5- Friedman SJ, Fox BJ, Albert HL. Granuloma annulare arising in herpes zoster scars. Report two cases and review of the literature. J Am Acad Dermatol 1986;14:764-70.

Correspondencia: Plácido Mayán Conesa
 Servicio de Urgencias.
 Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo.
 Las Jubias s/n.
 A Coruña. 15006.
 pmayan@canalejo.org

Fecha de recepción: 21-12-2005

Fecha de aceptación: 19-6-2006



Figura 1.