

IMÁGENES EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Herpes zóster crural y en la región glútea en un hombre añoso

Femoral and gluteal herpes zoster in an elderly male

Dr. Pablo Blanco¹  • Dr. Fernando Laferrara^{1, 2} 

Recibido: 2020 septiembre 26/ Aceptado: 2020 septiembre 26/ Publicado online: 2020 septiembre 26
©El autor(es) 2020 por Revista del Hospital "Dr. Emilio Ferreyra". Este artículo es de acceso abierto.

Un hombre de 84 años de edad se presentó al servicio de emergencias refiriendo un dolor continuo, urente y muy intenso en la región inguinal derecha y en la raíz del muslo ipsilateral, de tres días de evolución. El día previo había consultado por igual motivo, habiéndose solicitado una ecografía para descartar trombosis venosa profunda. Como antecedente de relevancia, el paciente fue intervenido quirúrgicamente 8 años atrás por un carcinoma de células de Merkel del párpado superior izquierdo, con buena evolución.

Los signos vitales eran normales. No presentaba compromiso del estado general. En el examen físico se destacaban varias lesiones eritemato-pápulo-vesiculares en la cara interna del muslo derecho, y algunas en la cara interna de la pierna (**Fig. 1a y b**). Además, se observaron similares lesiones en la región glútea ipsilateral (**Fig. 1c**). Considerando las características de las lesiones de la piel y el dolor de tipo neuropático, se concluyó el diagnóstico de herpes zóster (dermatomas L2 a L5; **Fig. 1d**). Se indicó tratamiento con valaciclovir 1 gramo cada 8 horas por 7 días y pregabalina 75 mg por día, con excelente respuesta clínica. Con los días, las lesiones evolucionaron a pústulas y costras (**Fig. 2**).

La infección por el virus de la varicela zóster (VVZ) puede manifestarse de dos maneras distintas: por un lado, como varicela, resultado de la primoinfección por el VVZ y que se presenta como una enfermedad exantemática generalmente en la infancia, y por el otro, el herpes zóster (HZ), resultado de la reactivación del VVZ que se encuentra latente en las raíces nerviosas sensitivas de los nervios craneales o raquídeos a los cuales ganó acceso durante la varicela [1-3].

Dicha reactivación guarda estrecha relación con una incompetencia de la inmunidad celular, de ahí que el HZ sea más frecuente en personas añosas ("inmunosenescencia"), al igual que en individuos con cáncer, linfoma, uso crónico de corticoesteroides, trasplantados o infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana, entre otros predisponentes [1-3].

La forma clínica más común del HZ involucra a un dermatoma torácico, es unilateral y no cruza la línea media. Las lesiones son como las descritas en nuestro paciente: pápulas eritematosas donde asientan vesículas con contenido claro y que duran aproximadamente 5 días, para posteriormente volverse pustulosas y con formación de costras [2]. El dolor neuropático y las parestesias son característicos en la distribución del dermatoma afectado. El HZ oftálmico (compromiso de la rama oftálmica del trigémino) le sigue en frecuencia al HZ torácico. Otras formas menos comunes son el síndrome de Ramsay-Hunt (compromiso del nervio facial), la forma lumbar, cervical, crural y ciática. Se describen además presentaciones atípicas, como el *zoster sine herpette*, HZ bilateral, meningitis, encefalitis, mielitis y necrosis retiniana aguda, entre otras [1-3].

El diagnóstico del HZ es eminentemente clínico, aunque en algunas circunstancias puede ser necesario el uso de la reacción en cadena de la polimerasa para detectar el virus, particularmente en el líquido cefalorraquídeo en caso de sospecha de vasculopatía cerebral, meningoencefalitis o mielitis, e incluso en el *zoster sine herpette*. Los diagnósticos diferenciales se limitan por lo general a la dermatitis por contacto y al herpes simple [2].

El tratamiento consiste en antivirales por vía oral como el aciclovir, valaciclovir como fue usado en nuestro paciente, o el famciclovir, además de analgésicos, que pueden ser no esteroides, opioides como la oxycodona o bien anticonvulsivantes como la pregabalina, como fue indicada en nuestro paciente. Se recomienda que el tratamiento antiviral se inicie antes de las 72 horas de la aparición de las lesiones y no tiene utilidad cuando se evidencian costras [1-3]. Las formas que involucran al sistema nervioso requerirán intervención y tratamiento intravenoso (aciclovir 10-15 mg/kg cada 8 horas) [2-3].

✉ Pablo Blanco • ohтусabes@gmail.com

¹Departamento de Docencia e Investigación, Hospital "Dr. Emilio Ferreyra", Avenida 59 nro. 4801, B7630HAH Necochea, Argentina.

²Departamento de Emergencias, Hospital "Dr. Emilio Ferreyra", Avenida 59 nro. 4801, B7630HAH Necochea, Argentina.

La complicación más frecuente del HZ es la neuralgia posherpética (NPH), definida como el dolor neuropático que persiste por más de 90 días [3]. La NPH afecta considerablemente la calidad de vida de los pacientes y es de difícil tratamiento.

La prevención del HZ y de sus complicaciones es mediante la vacunación. Existe una forma a virus inactivado (Zostavax®) y una vacuna recombinante a virus inactivado (Shingrix®). Zostavax® es la única disponible en Argentina, habiéndose aprobado para su aplicación en personas inmunocompetentes mayores de 50 años. En los individuos que cursaron un episodio de HZ, la misma puede ser aplicada a los 3 años del mismo. Es una vacuna bien tolerada y no se encuentra por el momento en el Calendario Nacional Vacunación de Argentina, lo que, sumado a su elevado costo, no la hacen de aplicación sistemática en la población.

Acceso abierto

© Esta revista se distribuye bajo una Licencia *Creative Commons* Atribución 4.0 Internacional (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), la cual permite el uso, distribución y reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se otorgue el crédito apropiado al autor o autores originales y a la fuente, se proporcione un enlace a la licencia *Creative Commons* y se indique si se realizaron cambios.

Abreviaturas

VVZ: virus de la varicela zóster; HZ: herpes zóster; NPH: neuralgia posherpética.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Consentimiento informado

Se obtuvo consentimiento informado del paciente involucrado en el artículo.

Referencias bibliográficas

1. 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 [Herpes zoster and post-herpetic neuralgia in the elderly: Particularities in prevention, diagnosis, and treatment]. *Gac Med Mex*. 2017;153(1):92-101.
2. Schmader K. Herpes Zoster. *Ann Intern Med*. 2018;169(3):ITC19-ITC31.
3. Dayan RR, Peleg R. Herpes zoster - typical and atypical presentations. *Postgrad Med*. 2017;129(6):567-571.

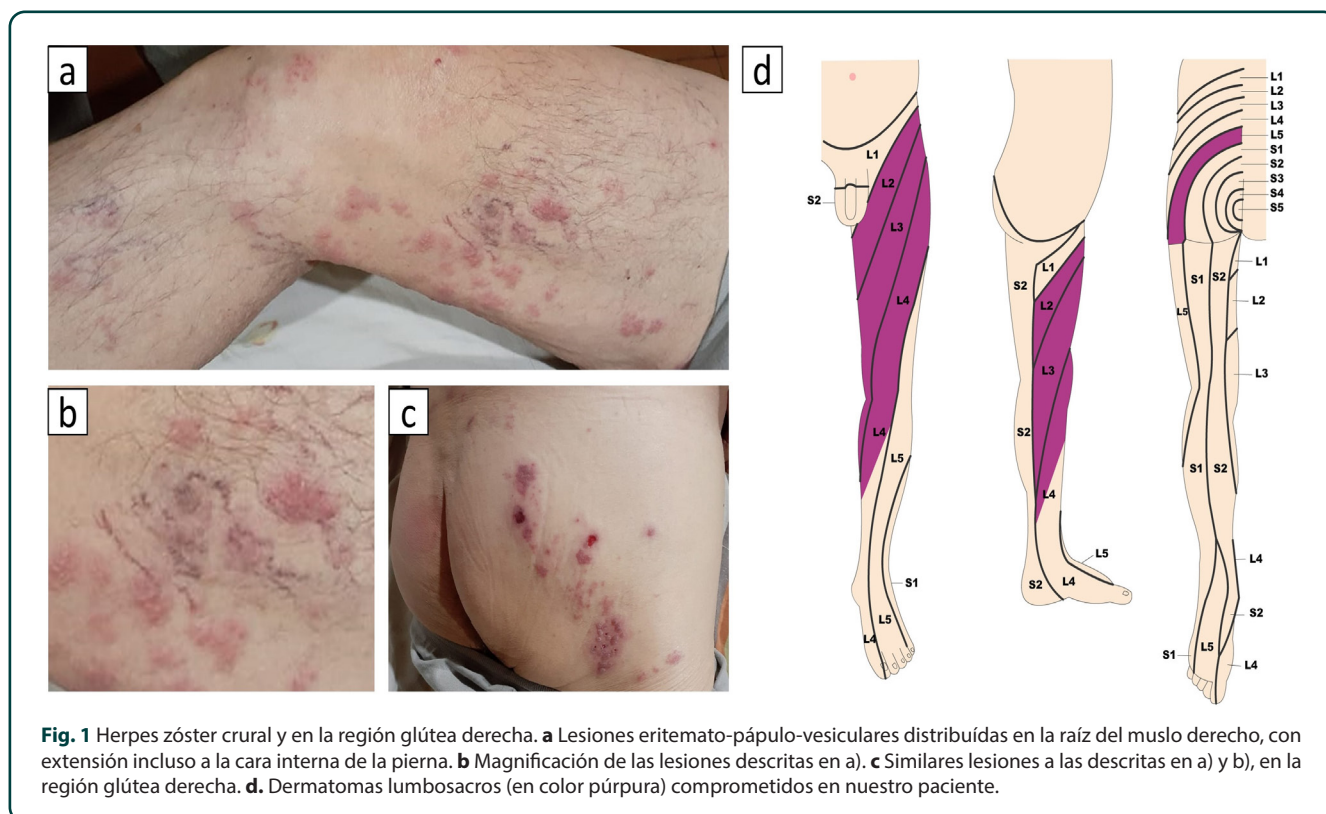


Fig. 1 Herpes zóster crural y en la región glútea derecha. **a** Lesiones eritemato-pápulo-vesiculares distribuidas en la raíz del muslo derecho, con extensión incluso a la cara interna de la pierna. **b** Magnificación de las lesiones descritas en a). **c** Similares lesiones a las descritas en a) y b), en la región glútea derecha. **d**. Dermatomas lumbosacros (en color púrpura) comprometidos en nuestro paciente.

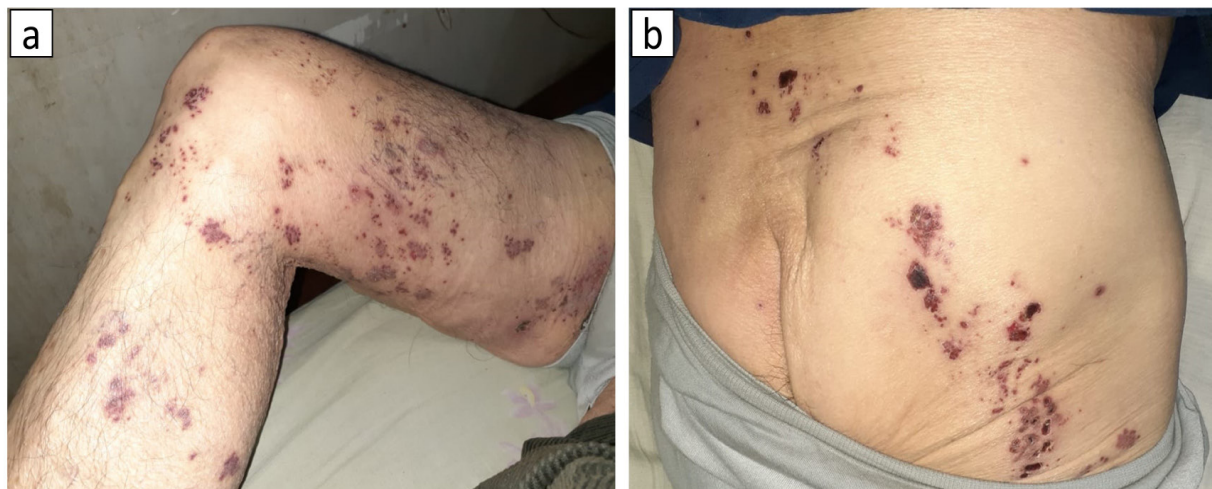


Fig. 2 Herpes zóster crural y en la región glútea y evolución de las lesiones con el paso de los días. **a** Costras en la región crural derecha y en la cara interna de la pierna. **b** Costras en la región glútea derecha.

Citar este artículo

Blanco P, Laferrara F. Herpes zóster crural y en la región glútea en un hombre añoso. 2020; 1(2):e47-e49.
doi: 10.5281/zenodo.4051712