



IMÁGENES

Picaduras de insecto diagnosticadas inicialmente como varicela

Insect bites initially diagnosed as varicella

Daniel Morgado-Carrasco*, Constanza Riquelme-Mc Loughlin y Pilar Iranzo

Servicio de Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España



Mujer de 72 años sin antecedentes patológicos relevantes, consultó por lesiones cutáneas pruriginosas en tronco y extremidades de 2 días de evolución, después de pernoctar en un hotel. No presentaba fiebre, ni síntomas respiratorios u otra sintomatología sistémica. En el servicio de Urgencias se le diagnosticó de varicela, debido a la presencia de pápulas, vesículas y ampollas pruriginosas. Se inició tratamiento con valaciclovir y se interconsultó al servicio de Dermatología. Al examen físico, destacaban numerosas ampollas en los brazos y pápulas pruriginosas en la espalda (fig. 1), muchas de ellas seguían un trayecto lineal (fig. 2). Se diagnosticó de reacción alérgica a picaduras de insecto, probablemente chinches (*Cimex lectularius*), suspendiéndose el valaciclovir e indicándose betametasona tópica y cetirizina 10 mg/día durante 10 días. La paciente evolucionó satisfactoriamente con resolución completa de las lesiones después de algunas semanas.

Las reacciones cutáneas a picaduras de insecto son reacciones de hipersensibilidad muy frecuentes en la práctica clínica. Se caracterizan por pápulas, nódulos, vesículas, ampollas o necrosis cutánea. Son intensamente pruriginosas y localizadas generalmente en las extremidades, pudiendo ser aisladas o agrupadas, algunas veces con distribución

lineal¹. Los chinches son insectos del orden Hemiptera de forma oval, sin alas, de aproximadamente 5 mm de diámetro en estado adulto. Se alimentan de noche, pueden esconderse a varios metros de distancia de la cama y permanecer casi un año sin alimentarse, lo que puede dificultar su detección. Se ha descrito la resistencia de estos insectos a múltiples tipos de insecticidas². La infestación por estos agentes se ve favorecida por condiciones higiénicas deficientes³, se ha descrito en alojamientos de alto recambio como hoteles y hostales, y pueden ser llevados en el equipaje a otros lugares, favoreciendo su propagación^{1,4}.

Es importante conocer esta entidad, ya que el diagnóstico diferencial es amplio, pudiendo confundirse con enfermedades potencialmente graves como varicela, infección por virus herpes simple, enfermedades ampollosas autoinmunes, y llevar a tratamientos con posibles efectos adversos importantes. Algunas claves para el diagnóstico son la distribución simétrica, lineal, de predominio en extremidades, de lesiones cutáneas en forma de diana que demoran tiempo en desaparecer, presencia de mascotas en el hogar, edad entre los 2 a 10 años y la afectación de un solo miembro de la familia¹.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: morgadodaniel8@gmail.com
(D. Morgado-Carrasco).



Figura 1 (a). Pápulas eritematosas y ampollas en el antebrazo. (b) Múltiples pápulas eritematosas, algunas de ellas agrupadas, en la espalda.



Figura 2 Pápulas eritematosas de distribución lineal en la espalda.

3. Shindelar AK. The Let's Beat the Bug! Campaign-A statewide active public education against bed bugs in Minnesota. *J Environ Health*. 2017;79:22-7.
4. Hentley WT, Webster B, Evison SEF, Siva-Jothy MT. Bed bug aggregation on dirty laundry: A mechanism for passive dispersal. *Sci Rep*. 2017;7:11668.

Bibliografía

1. Singh S, Mann BK. Insect bite reactions. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2013;79:151-64.
2. Agnew JL, Romero A. Behavioral responses of the common bed bug, *Cimex lectularius*, to insecticide dusts. *Insects*. 2017;8.