



COMUNICACIONES CLÍNICAS

Afectación atípica de palmas y plantas en la neumonía por varicela

Atypical palm and sole involvement in chickenpox pneumonia

D. Bernal-Bello^{a,*}, J. García de Tena^{a,b}, L. Abejón-López^a, T. Megino-Moreno^a,
J. Barrio-Gordillo^a y M. Rodríguez-Zapata^{a,b}

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

^b Departamento de Medicina, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

Recibido el 24 de septiembre de 2011; aceptado el 17 de octubre de 2011

Disponible en Internet el 12 de diciembre de 2011

Introducción

La varicela es una enfermedad exantemática causada por el virus varicela-zóster (VVZ). Afecta predominantemente a los niños y en menor medida a los adultos, en los que son más prevalentes las principales complicaciones, destacando entre ellas la neumonía. El exantema propio de la enfermedad es polimórfico, siendo inicialmente máculo-papular con rápida evolución a vesículas y costras; suele ser de predominio facial y troncular, tendiendo a respetar las extremidades¹. La afectación palmoplantar se ha documentado de forma excepcional asociada a enfermedad diseminada en pacientes, preferentemente de corta edad, con comorbilidad asociada.

Caso clínico

Un varón de 41 años, fumador activo (índice paquete-año estimado de 25), con hipercolesterolemia en tratamiento dietético y sin otros antecedentes de interés consultó por fiebre, exantema, tos no productiva y disnea progresiva, hasta hacerse de mínimos esfuerzos, de 5 días de evolución. Había sido tratado durante las dos semanas previas con prednisona a dosis de 15 mg/día, en pauta descendente, debido a una lumbalgia de características mecánicas en relación a

sobreesfuerzo laboral con ausencia de respuesta a antiinflamatorios no esteroideos. Sus dos hijas habían padecido un cuadro exantemático, con diagnóstico de varicela, hacía 20 y 7 días respectivamente. El paciente no había contraído anteriormente la varicela ni tenía historia de inmunización previa frente al VVZ.

Sus constantes vitales al ingreso fueron las siguientes: tensión arterial 111/80 mmHg; frecuencia cardíaca 108 lpm; saturación de oxígeno respirando aire ambiente 91%; temperatura axilar 37,6 °C; frecuencia respiratoria 20 rpm. Presentaba un exantema preferentemente localizado en tronco y raíz de miembros pápulovesicular con zonas de evolución a costras, algunas de ellas impetiginizadas. Las lesiones se extendían, en menor densidad, a plantas y palmas (fig. 1). En la auscultación pulmonar se evidenciaban crepitantes bilaterales de predominio en ambas bases pulmonares. El resto de la exploración no ofreció datos significativos.

En la analítica de ingreso destacaba: 9.930 leucocitos/μl, con fórmula leucocitaria sin alteraciones, hemoglobina 18,4 g/dL, 82.000 plaquetas/μl, creatinina 1,53 mg/dL, iones en rango normal, alanina-amino-transferasa 317 U/L; aspártico-amino-transferasa 217 U/L, gamma-glutamil-transpeptidasa 783 U/L; fosfatasa alcalina 192 U/L, bilirrubina 1,5 mg/dL y láctico-deshidrogenasa 1.229 U/L. La coagulación mostraba valores normales de fibrinógeno y actividad de protrombina, y un tiempo de céfalina alargado. La gasometría arterial basal arrojaba los siguientes

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dbernal@sescam.jccm.es (D. Bernal-Bello).



Figura 1 Pápulas y vesículas en región palmar. Se aprecia la menor densidad de las lesiones con respecto al tronco y la raíz del miembro.

parámetros: pH 7,38; pCO₂ 32 mmHg; pO₂ 58 mmHg; HCO₃- 18,9 mEq/L y exceso de bases de -4,9 mmol/L.

En la radiografía de tórax se apreciaba un infiltrado intersticial con cierto predominio bibasal, sin derrame pleural acompañante (fig. 2). A la vista de los hallazgos, y ante la sospecha de neumonía por VVZ, se inició tratamiento empírico con aciclovir (10 mg/kg/8 horas) y amoxicilina-ácido clavulánico (1 g/8 horas) intravenosos, dado que algunas lesiones presentaban datos sugerentes de sobreinfección bacteriana. Los cultivos de sangre y orina fueron negativos, así como la antigenuria de neumococo y *Legionella* en orina y la serologías de *Treponema pallidum*, *Rickettsia* spp., *Leishmania* spp., VIH, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr y virus de Coxsackie. Tanto la serología frente a varicela (IgM positiva/IgG negativa) como la positividad de la amplificación del DNA viral mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) a partir del contenido vesicular, permitieron establecer el diagnóstico de infección por VVZ.

La evolución durante el ingreso fue satisfactoria, experimentando mejoría desde el punto de vista respiratorio, lo que permitió la suspensión de la oxigenoterapia al sexto día. De igual forma, se produjo la corrección progresiva de la trombopenia, la insuficiencia renal y las alteraciones

del perfil hepático observadas al ingreso, y el paciente fue dado de alta tras 10 días de estancia hospitalaria. Todas las lesiones cutáneas se encontraban ya en fase costrosa y habían disminuido cuantitativamente en todos los territorios afectados, incluido el palmoplantar. Se pudo constatar su completa desaparición y la ausencia de lesiones residuales en un control en consulta externa realizado dos meses después.

Discusión

La varicela es la expresión clínica de la infección por el VVZ, o herpesvirus humano tipo 3, en un paciente previamente no inmunizado. Su transmisión se produce fundamentalmente por vía aérea y se caracteriza por un alto índice de contagiosidad y un período de incubación de aproximadamente 14 días².

Si bien en el adulto inmunocompetente puede asociar complicaciones fruto de la invasión visceral del virus, la susceptibilidad a padecer enfermedad diseminada por varicela es mayor en aquellos pacientes con antecedentes de patología crónica debilitante, tratamiento inmunosupresor, infección por VIH o trasplante de órgano sólido, fundamentalmente por deterioro de la respuesta inmune celular.

La afectación pulmonar ocupa un lugar importante dentro de las complicaciones extracutáneas de la varicela. La neumonía conduce a menudo a la hospitalización y constituye la complicación fundamental en adultos. Además, asocia una mortalidad global que se ha establecido entre el 10 y 30%, especialmente en aquellos pacientes con insuficiencia respiratoria que requieren ventilación mecánica. No obstante, dicha mortalidad parece haber disminuido de forma notable, no habiéndose documentado fallecimientos por esta entidad en series publicadas recientemente³. La radiografía de tórax suele mostrar infiltrados bilaterales difusos de predominio intersticial, pudiendo asociar un componente micronodular al inicio del cuadro.

La erupción cutánea, signo cardinal de la varicela, es habitualmente pruriginosa e incluye maculopápulas, vesículas y costras en diferentes fases evolutivas. La formación de vesículas nuevas generalmente se detiene en menos de una semana desde la aparición de las primeras lesiones, progresando la mayoría de ellas a fase costrosa a partir del sexto día en pacientes inmunocompetentes². Suele iniciarse en la región cérvicofacial y compromete rápidamente al tronco, donde se establece la mayor densidad de lesiones.

La afectación palmoplantar de la varicela es un hallazgo infrecuente que ha sido descrito fundamentalmente en niños con comorbilidad asociada, ya sea en forma de inmunosupresión, coinfección con otros virus, como Coxsackie A16 (íntimamente relacionado con la enfermedad mano-pie-boca)⁴, dermatosis preexistentes o exposición solar prolongada^{5,6}. En el adulto, el compromiso de palmas y plantas es excepcional, habiéndose documentado un caso en relación con patología linfoproliferativa tratado con quimioterapia⁷. Hasta el momento, no se han descrito casos en adultos inmunocompetentes. Pensamos que el tratamiento corticoideo que había recibido nuestro paciente por la lumbalgia, aún a bajas dosis y de forma transitoria, puede haber desempeñado un papel significativo, no solo en el desarrollo de la neumonitis, sino también en la extensión de las



Figura 2 Infiltrado intersticial de predominio bibasal.

lesiones al área palmoplantar, debido al efecto inmunosupresor de los esteroides.

En ese sentido existen pocos casos publicados de diseminación grave del VVZ atribuidos a tratamiento corticoideo, siendo el riesgo especialmente elevado cuando su administración se produce en el período de incubación^{8,9}. Se estima que el riesgo de varicela grave en pacientes que reciben esteroides es aproximadamente 178 veces mayor que en la población general¹⁰ siendo más frecuente con dosis altas (> 2 mg/kg/día). La duración del tratamiento corticoideo, sin embargo, no guarda relación directa con la probabilidad de diseminación, habiéndose descrito casos fulminantes con ciclos cortos y transitorios de esteroides¹¹.

Aunque los hallazgos clínicos son muy sugerentes, el diagnóstico de la varicela se puede confirmar mediante la serología y la PCR del líquido procedente de las vesículas¹². El aciclovir, un análogo de nucleósido que inhibe la replicación del virus del herpes humano, es una terapia eficaz para la varicela primaria tanto en huéspedes sanos como inmunosuprimidos. La administración intravenosa se recomienda en niños o adultos que desarrollan enfermedad diseminada, con neumonía, encefalitis o hepatitis, especialmente aquellos con compromiso de la inmunidad.

En resumen, asumiendo la excepcionalidad de la afectación de palmas y plantas producida por el VVZ, condicionada a la presencia de inmunodepresión o comorbilidad, consideramos que habría que incorporar esta infección viral al diagnóstico diferencial de entidades asociadas a exantema palmoplantar y que la presencia del compromiso de dicho territorio debe hacer sospechar al clínico un estado de inmunodepresión subyacente o afectación visceral acompañante.

Bibliografía

1. Heininger U, Seward JF. Varicella. Lancet. 2006;368:1365-76.
2. Straus SE, Ostroff JM, Inchausp G, Felser JM, Freifeld A, Croen KD, et al. NIH conference. Varicella-zoster virus infections. Biology, natural history, treatment, and prevention. Ann Intern Med. 1988;108:221-37.
3. Avnon LS, Smolikov A, Almog Y. Varicella pneumonia in southern Israel: clinical characteristics, diagnosis and therapeutic considerations. Isr Med Assoc J. 2009;11:261-5.
4. Na SY, Son YM, Lee HY, Baek JO, Roh JY, Lee JR. A Case of varicella combined with hand-foot-mouth disease in a healthy child. Ann Dermatol. 2009;21:98-101.
5. Nagore E, Sánchez-Motilla JM, Julve N, Lecuona C, Oliver V. Atypical involvement of the palms and soles in a varicella infection. Acta Derm Venereol. 1999;79:322.
6. Auvin S, Catteau B, Ganga-Zandzou PS, Ythier H. Atypical varicella with palm and sole involvement. Int J Dermatol. 2002;41:903-5.
7. Osawa M, Umemoto N, Tajima N, Sugawara H, Nishida J, Kakurai M, et al. Atypical varicella mimicking hand-foot-mouth disease in an adult patient with malignant lymphoma during chemotherapy. Br J Dermatol. 2004;151: 254-6.
8. Silk HJ, Guay-Woodford L, Pérez-Atayde AR, Geha RS, Broff MD. Fatal varicella in steroid-dependent asthma. J Allergy Clin Immunol. 1988;81:47-51.
9. Wu CT, Tsai SC, Lin JJ, Hsia SH. Disseminated varicella infection in a child receiving short-term steroids for asthma. Pediatr Dermatol. 2008;25:484-6.
10. Dowell SF, Bresee JS. Severe varicella associated with steroid use. Paediatrics. 1993;92:223-8.
11. Hyvernat H, Roger PM, Pereira C, Saint-Paul MC, Vandebos F, Bernardin G. Fatal varicella hepatitis in an asthmatic adult after short-term corticosteroid treatment. Eur J Intern Med. 2005;16:361-2.
12. Schmutzhard J, Merete Riedel H, Zwegberg Wirgart B, Grillner L. Detection of herpes simplex virus type 1, herpes simplex virus type 2 and varicella-zoster virus in skin lesions. Comparison of real-time PCR, nested PCR and virus isolation. J Clin Virol. 2004;29:120-6.