

Erupción vesiculosa aguda en tronco

Gaston Roustan^a, Francisca Portero^b y Paloma Martín^b

Servicios de ^aDermatología y ^bMicrobiología. Clínica Universitaria Puerta de Hierro. Madrid. España.

Caso clínico

Se trataba de un paciente varón de 36 años de edad, diagnosticado de enfermedad de Darier, que, sin haber recibido tratamientos previos, presentó una erupción cutánea vesiculosa en el tronco de 2 días de evolución acompañada de dolor local intenso y malestar general.

En la exploración física se observaron numerosas lesiones vesiculosas pequeñas, de contenido claro, muchas de ellas umbilicadas en su centro, que se distribuían por la parte central y superior del tórax (fig. 1). Algunas vesículas se habían roto formando costras. No tenía lesiones similares en ninguna otra localización. Presentaba también lesiones cutáneas crónicas características de la enfermedad de Darier en otras partes del tronco y en extremidades.

Las exploraciones complementarias realizadas fueron todas normales. Se practicó biopsia cutánea y se tomó una muestra para cultivo microbiológico (bacterias, virus, hongos) mediante punción.

Diagnóstico y evolución

En el estudio histopatológico se encontró una vesícula subepidérmica con gran número de neutrófilos en su interior y la presencia de células gigantes multinucleadas y células balonzantes (fig. 2), hallazgos característicos de la infección por virus herpes. En el cultivo celular (MRC-5) se observó a las 48 h un efecto citopático compatible con la infección por el virus de herpes simple, identificado como tipo 1 con técnicas de inmunofluorescencia (fig. 3).

Asimismo, en el cultivo bacteriológico creció *Staphylococcus aureus*.

El diagnóstico fue de erupción variceliforme de Kaposi. Se administró tratamiento con famciclovir oral en dosis de 250 mg/8 h y 500 mg/12 h de cefadroxilo oral durante 7 días, con el cual se consiguió la remisión completa de las lesiones cutáneas. El paciente no ha vuelto a tener un episodio similar.



Figura 1. Numerosas vesículas umbilicadas en cara anterior del tórax.

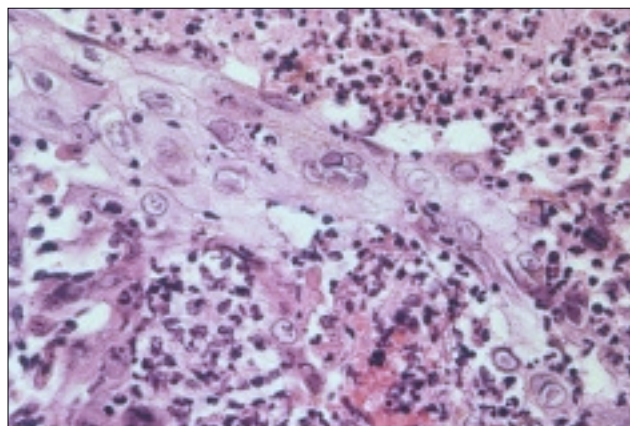


Figura 2. Células balonzantes en epidermis rodeadas de infiltrado inflamatorio neutrofilico.

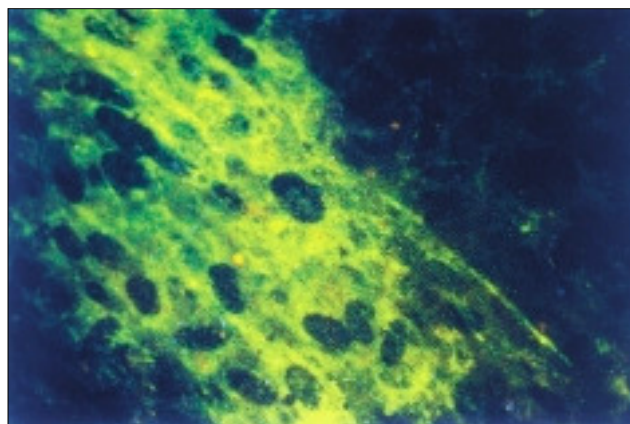


Figura 3. Cultivo celular: fluorescencia verde manzana.

Correspondencia: Dr. G. Roustan.
Pl. de España, 18; 26-7. 28008 Madrid. España.
Correo electrónico: monrou@inicia.es

Manuscrito recibido el 23-01-2002; aceptado el 30-04-2002.

Comentario

La enfermedad de Darier¹ es un raro trastorno genético hereditario de la queratinización de patrón autosómico dominante, caracterizado por pápulas hiperqueratósicas que se manifiestan durante la pubertad y se localizan en frente, tórax anterior, espalda y cuero cabelludo. El proceso presenta un curso crónico, con exacerbaciones y remisiones, y es frecuente la sobreinfección bacteriana de las lesiones cutáneas. Más rara resulta la sobreinfección micótica o viral.

La erupción variceliforme de Kaposi² es una forma clínica rara de infección por herpes simple que ocurre en pacientes diagnosticados previamente de dermatosis. Se suele aislar sobre todo el virus del herpes simple tipo I, aunque también se ha encontrado el tipo II, el virus Coxsackie A 16 y, antiguamente, el virus Vaccinia. La mayoría de los casos se observan en niños con dermatitis o eccema atópico, por lo que clásicamente se denominaba eccema herpético. Se han descrito algunos casos en otras dermatosis, sobre todo en la enfermedad de Darier, y también en ictiosis vulgar, pénfigo, micosis fungoide, histiocitosis y dermatitis seborreica³.

Generalmente se produce en la primoinfección herpética⁴, sobre todo en los casos de dermatitis atópica en niños, aunque también puede presentarse en infecciones recurrentes. La transmisión suele ser por otras personas con herpes labial o por autoinoculación. El mecanismo patogénico es desconocido. Goodyear et al⁵ han observado que el virus del herpes simple se replica más fácilmente en piel ecematososa o con enfermedad de Darier que en piel normal.

La erupción variceliforme de Kaposi² se caracteriza clínicamente por la aparición súbita de múltiples lesiones vesiculosas pequeñas con una depresión central que se localizan sobre todo en la cara o el cuello. La zona facial suele estar afectada en la mayoría de los casos, y puede extenderse rápidamente a tronco y extremidades, con una distribución bilateral y simétrica. Aparecen sobre la piel previamente afectada por su enfermedad de base, aunque también se encuentran sobre piel previamente normal. Posteriormente, las vesículas se rellenan de material purulento y, más tarde, se rompen formándose áreas erosionadas y costras, con frecuente sobreinfección bacteriana, especialmente por *S. aureus*. En la mayoría de los casos el proceso se acompaña de afectación del estado general: malestar, fiebre, cefalea, astenia y linfadenopatías.

El diagnóstico de la erupción variceliforme de Kaposi es preferentemente clínico. Debería realizarse un Tzank y posteriormente un cultivo viral (durante los primeros 3-4 días) para confirmar e identificar del virus. Los hallazgos histopatológicos también son patognomónicos pero, como en el Tzank, no puede identificarse el tipo de virus del herpes.

La erupción variceliforme de Kaposi puede ser grave e incluso mortal⁶. En ocasiones se complica con afectación multiorgánica: diarrea, queratitis, bronconeumonía, afectación del sistema nervioso central y sepsis. Se aconseja la instauración de tratamiento antiviral por vía oral o intravenosa, dependiendo de la gravedad del cuadro, asociado a antibióticos si existe también sobreinfección bacteriana. El aciclovir resulta de elección en niños, y puede utilizarse el famciclovir o el valaciclovir en adultos. Las lesiones cutáneas suelen curar sin dejar rastro, aunque en ocasiones dejan cicatriz. Aunque es un proceso raro, hay pacientes con erupción variceliforme recurrente, en los se debe valorar el tratamiento supresivo.

En conclusión, se ha descrito un caso de erupción variceliforme de Kaposi en un paciente con enfermedad de Darier, sin relación con el empeoramiento de la enfermedad cutánea. Es particularmente sobresaliente su distribución exclusiva en el tronco sin signos ni antecedentes recientes de herpes simple orofacial. Llamamos la atención sobre esta rara forma clínica de infección por herpes simple que puede producirse en pacientes con enfermedades cutáneas diversas y no sólo relacionada con la dermatitis o eccema tópico.

Bibliografía

1. Pantazi V, Potouridou I, Katsarou A, Papadogiorgaki H, Katsambas A. Darier's disease complicated by Kaposi's varicelliform eruption due to herpes simplex virus. JEADV 2000;14:209-11.
2. Bork K, Bräuninger W. Increasing incidence of eczema herpeticum: Analysis of seventy-five cases. J Am Acad Dermatol 1988;19:1024-9.
3. Martín González M, Sendagorta Gomendio E, Soria Martínez C, Allegue Rodríguez F, Ledo Pozueta A. Erupción variceliforme de Kaposi precipitada por fotoquimioterapia en un paciente con síndrome de Sézary. Actas Dermosifiliogr 1987;78:683-5.
4. Lobera Gutiérrez E, Domínguez Rovira S, Vicente Villa MA, González Enseñat MA, Payeras Grau J. Erupción variceliforme de Kaposi en dos pacientes afectados de dermatitis atópica. An Esp Pediatr 1998;48:303-5.
5. Goodyear HM, Davies JA, McLeish P, Buchan A, Skinner GRB, Winther M, et al. Growth of herpes simplex type 1 on skin explants of atopic eczema. Clin Exp Dermatol 1996;21:185-6.
6. Sanderson IR, Brueton LA, Savage MO, Harper JI. Eczema herpeticum. A potentially fatal disease. BMJ 1987;294:693-4.