

Lesiones vesiculopustulosas en un paciente con dermatitis atópica

Rosa Giménez^a, María Martín^b y Pilar Pérez^b

^aSección de Dermatología. ^bLaboratorio de Microbiología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España.

Caso clínico

Varón de 24 años de edad, con antecedentes personales de asma en tratamiento con salbutamol y dermatitis atópica. Tras suspender el tratamiento habitual de su dermatitis con una pomada de hidrocortisona, presentó unas lesiones de contenido líquido localizadas en cuello y región facial. Fue tratado ambulatoriamente con 40 mg de prednisona por vía oral por sospecharse un rebrote eczematoso. Ingresó en el hospital por presentar un cuadro dermatológico agudo, leucocitosis y fiebre elevada. En las pruebas analíticas el paciente presentaba leucocitos 10.600/ μ l, con 83,7% neutrófilos y 12% linfocitos; el resto del hemograma era normal, así como el estudio de coagulación y el estudio bioquímico. En la exploración se objetivaron lesiones vesiculosas y papulovesiculosas, algunas de aspecto umbilicado, sobre una base eritematosa, localizadas en la región facial, cuello y dorso de las manos (fig. 1). Además se observaron lesiones vesiculosas con tendencia a la formación de costras de aspecto melicérico en toda la región facial (fig. 2), lo que ocasionaba al paciente intensas molestias y un aspecto monstruoso.

Diagnóstico y evolución

De acuerdo con la sintomatología del paciente, se estableció el diagnóstico de erupción variceliforme de Kaposi. Se le practicaron hemocultivos y cultivo de exudado cutáneo. En ambas muestras creció *Staphylococcus aureus*, sensible a cloxacilina. Se instauró tratamiento con 5 mg/kg/día de aciclovir y 2 g/6 h de cloxacilina, implantándose a su vez medidas de aislamiento cutáneo, tratamiento oftalmológico y antisepsia. A los 7 días, el paciente se encontraba afebril, y el proceso evolucionó favorablemente hacia la desecación de las lesiones cutáneas, persistiendo un discreto eritema facial y alguna sinequia palpebral. A los 11 días de su ingreso, recibió el alta hospitalaria aconsejándose el uso de fotoprotectores y la realización de un tratamiento supresor de las posibles recurrencias herpéticas con valaciclovir vía oral en dosis de 500 mg/día.

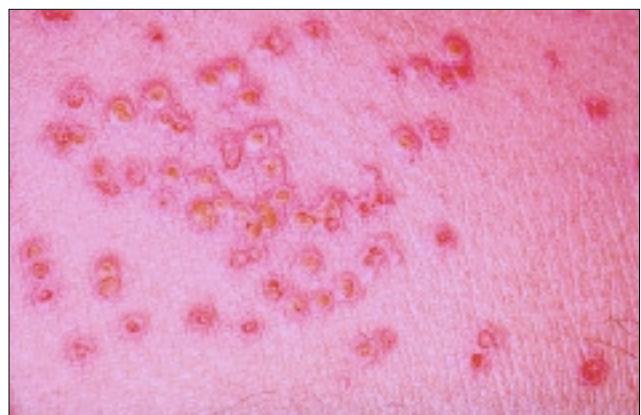


Figura 1. Lesiones papulovesiculares de aspecto umbilicado localizadas en el cuello.

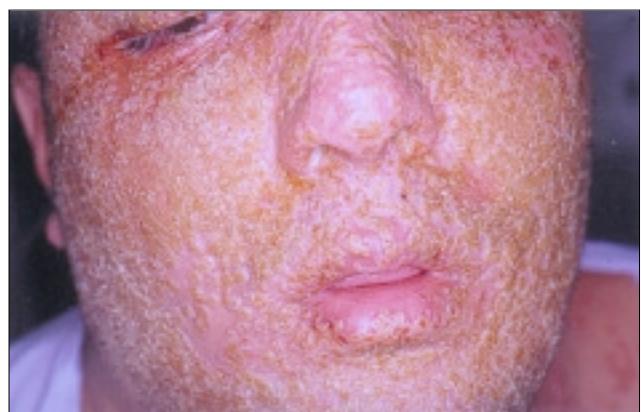


Figura 2. Lesiones vesiculosas y costrosas de aspecto melicérico sobre una base edematosas que afectan a toda la región facial.

Comentario

La erupción variceliforme de Kaposi es el término que se aplica a una erupción cutánea generalizada, que ocasiona normalmente lesiones vesiculosas, y está producida por un virus en pacientes con enfermedad cutánea^{1,2}. La gran mayoría están causadas por virus del herpes simple (VHS) I y II (80% por tipo I, por lo que se denomina también ecema herpético)³, pero también lo pueden producir el virus de la vacuna y el virus Coxsackie A₁₆¹. Es más frecuente en personas que presentan dermatitis atópica, aunque se produce también en otras alteraciones de la piel: enfermedad de Darier, pénfigo foliáceo, pénfigo

Correspondencia: Dra. R. Giménez.
Pago de la Barca, 115. Boecillo. 47151 Valladolid. España.
Correo electrónico: rosagim@hotmail.com

Manuscrito recibido el 15-07-2002; aceptado el 25-07-2002.

benigno familiar, ictiosis, micosis fungoide y mieloma múltiple⁴. La sobreinfección bacteriana es frecuente, siendo *S. aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *S. agalactiae* y *Pseudomonas aeruginosa* las bacterias aisladas más frecuentemente⁵. La mortalidad antes del uso del aciclovir sistémico era elevada, pero en la actualidad, el tratamiento con este fármaco se ha demostrado eficaz para el eczema herpético^{6,7}.

Aunque la mayoría de los casos se producen en infecciones primarias, el 20% pueden ser una infección recurrente endógena. Por ello, los pacientes con dermatitis atópica deben evitar el contacto con personas con infección activa por VHS y es conveniente informar al paciente de que ante cualquier lesión de herpes simple sería conveniente solicitar asistencia médica.

Con este caso queremos destacar que el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado, tanto del eczema herpético como de las sobreinfecciones bacterianas, son necesarios para evitar las posibles complicaciones sistémicas y las secuelas cicatrizales.

Bibliografía

1. Hight AS, Kurtz J. Viral Infections. En: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, editors. Textbook of Dermatology. 5th ed. Oxford: Blackwell Scientific, 1992: p. 867-951.
2. Crumpacker CS, Gulick RM. Herpes Simplex. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K, Freedberg IM, Austen KF, Jhonson RA, et al, editors. Dermatology in general medicine. 4th ed. New York: McGraw-Hill, 1993; p. 2531-43.
3. Goodyear HM, McLeish P, Burchan A, Harper JI. Virus characterization studies in eczema herpeticum. Br J Dermatol 1999;140:378.
4. Fukuzawa M, Oguchi S, Saida T. Kaposi's varicelliform eruption of an elderly patient with multiple myeloma. J Am Acad Dermatol 2000;42:921-2.
5. Brook I, Frazier EH, Yeager JK. Microbiology of infected eczema herpeticum. J Am Acad Dermatol 1998;38:627-9.
6. Embil JM, Hurst L, Doucette K. Photo quiz. Eczema herpeticum. Clin Infect Dis 2001;32:1480,1500-1.
7. Conference de consensus. Texte court. Ann Dermatol Venéreal 2001;128: 1368-75.