



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/169 - HERPES ZOSTER BRAQUIAL: CÚMULO DE COMPLICACIONES

M. Gros Alcalde¹, P. Notivol Rubio¹, P. Castillo Aguirre¹, B. Meléndez Sancho¹, E. Vicente Amatriain¹, C. Ascaso Martorell²

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. ²Facultativa del Servicio de Urgencias Hospitalarias. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 84 años que acude al servicio de urgencias por presentar inflamación en extremidad superior derecha (ESD) desde hace 2-3 días que ha empeorado a pesar de tratamiento corticoideo pautado de forma ambulatoria. La paciente fue diagnosticada hace 1 mes de herpes zóster en dicha extremidad. Fue tratada con antivirales (famciclovir) y analgesia (tramadol-paracetamol). Una semana más tarde la paciente acude a urgencias con un cuadro suboclusivo que requirió ingreso en el servicio de digestivo, aunque se atribuyó al uso de analgésicos (tramadol) y se resolvió con enemas y laxantes osmóticos. Quince días más tarde acude de nuevo por inflamación en extremidad superior derecha y persistencia del dolor. A la exploración se aprecia inflamación y empastamiento de toda la ESD con diámetro aumentado respecto a la contralateral, la paciente aqueja dolor y dificultad para la motilidad de dicho brazo, aunque refiere que ésta ha mejorado parcialmente desde el inicio del proceso. Se aprecia incapacidad para la motilidad de dicho brazo, incapacidad de la elevación ni separación contra gravedad, incapacidad para la prensión ni para la motilidad de la mano, todo ello compatible con plexopatía secundaria a infección por herpes zoster. Refiere la paciente que aparecieron desde el inicio del cuadro herpético. El pulso radial está presente y se aprecia buen relleno capilar ungueal. Ante la sospecha de TVP por inmovilidad braquial se consulta a C. vascular quienes realizan estudio eco-doppler confirmando la presencia de trombosis humeral por lo que pautan tratamiento con Heparinas de bajo peso a dosis terapéuticas y seguimiento por su parte de forma ambulatoria.

Exploración y pruebas complementarias: Primera visita a Urgencias: inflamación en Extremidad superior derecha (ESD). Segunda visita: abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, peristaltismo algo disminuido. Tercera visita: Inflamación en ESD, incapacidad para la motilidad de dicha extremidad. Pulso radial presente y buen relleno capilar ungueal. Eco doppler: trombosis humeral.

Juicio clínico: El herpes zóster es una entidad conocida, con tratamiento efectivo, cuya secuela más frecuente es la neuralgia postherpética, que ocurre hasta en 40% de los pacientes. Al afrontarla hay que tener en cuenta los factores que la desencadenan (inmunodepresión y sus causas) y sus posibles complicaciones (síndrome de Ramsay-Hunt, diseminación herpética generalizada...). La afectación motora cursa solamente en el 1-5% de los casos, siendo la más característica la parálisis facial (síndrome de Ramsay Hunt), mientras la braquial se ha descrito en muy pocos casos.

Diagnóstico diferencial: Diferenciamos los tres cuadros sucedidos a lo largo de la evolución de la paciente: suboclusión intestinal: estreñimiento crónico, secundario al tratamiento con Zaldiar. Plejia: secundaria a

herpes zóster, ictus, enfermedad vascular. Trombosis humeral: coagulopatía, placa de ateroma, secundario a estasis por inmovilización de extremidad.

Comentario final: Este caso nos muestra la importancia de pensar en los efectos secundarios de los fármacos y en las complicaciones con poca prevalencia secundarias a enfermedades conocidas como causa de la clínica de los pacientes.

Bibliografía

Muñoz Escudero F, et al. Plexitis braquial unilateral secundaria a infección por herpes zóster a propósito de 2 casos. Rev Clin Esp. 2012;212:553-4.