



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

264/194 - QUÉ SERÁ, SERÁ...

R. Mas Babio^a y F. Atienza Martín^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Virgen de África. DSAP. Sevilla. ^bMédico de Familia. UGC Virgen de África. DSAP. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 75 años que presenta desde hace 2 días una erupción en cara lateral izquierda de cuello, con leve molestia, pero no dolorosa. No ha tenido fiebre, prurito ni otra sintomatología. Se trata de un paciente con EPOC bien controlada.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración general es normal. En el cuello presenta una amplia zona eritematosa que se extiende desde la cara anterolateral del cuello hasta el cuero cabelludo pasando por la zona retroauricular. La piel está bastante enrojecida con pequeñas vesículas que se extienden a lo largo de toda la lesión y al menos dos pústulas de pequeño tamaño. Observamos que el eritema predomina sobre las vesículas, las cuales no son muy numerosas.

Juicio clínico: Se establece la duda diagnóstica entre reacción urticarial y herpes zoster. Se pauta una crema corticoidea y se revisa a los dos días en los que ha disminuido el eritema y las vesículas son más evidentes por lo que establecemos diagnóstico de herpes zoster, pautándose tratamiento con aciclovir oral. A la semana las lesiones han disminuido claramente apareciendo costras y el eritema ha desaparecido casi en su totalidad.

Diagnóstico diferencial: a) Herpes zoster. La mitad de los pacientes manifiestan un cuadro prodrómico de fiebre, malestar, astenia y dolor abdominal que precede en uno o dos días a la aparición de las lesiones mucocutáneas eritematosas y pruriginosas, las cuales evolucionan a pápulas y vesículas que acaban por transformarse en costras. En nuestro paciente no estaba clara esta etiología por sus características morfológicas atípicas, tratándose de una lesión fundamentalmente eritematosa y vesículas pequeñas y juntas. b) Dermatitis herpetiforme. Se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas papulovesiculosas muy pruriginosas. Aunque podría coincidir con la localización característica en el cuello, nuestro paciente no refería ningún tipo de picor. c) Impétigo. Presenta cierto componente vesiculoso. Las vesículas al romperse originan costras melicéricas, lesiones distintas a las que presentaba nuestro paciente. d) Candidiasis. Lesiones mucosas en forma de placas hiperqueratósicas o eritematosas que pueden desprenderse con el rascado. e) Dermatitis de contacto. El paciente no refiere contacto con ningún objeto o sustancia en la zona de la lesión. f) Picadura de insecto. Suelen provocar pápulas inflamatorias urticariformes y dolorosas, que tienden a resolverse en horas o días, y en muchas ocasiones de forma espontánea. No se corresponde con la lesión que presenta nuestro paciente. g) Reacción a medicamento. La reacción cutánea más frecuente en relación con fármacos es el exantema. El paciente no hace referencia al consumo de ningún antibiótico ni medicamento en los últimos días.

Comentario final: El caso pone de manifiesto dos de las características básicas de la atención primaria, por una parte, la incertidumbre en el establecimiento de diagnósticos clásicos y por otra, el uso del tiempo como elemento que permite disminuir la incertidumbre inicial, evitando la indicación apresurada de pruebas complementarias que, en ocasiones, pueden originar una mayor confusión.

Bibliografía

1. Cohen JI. Herpes Zoster. N Engl J Med. 2013;369:255-63.