

387/101 - ¡CUIDADO CON EL HERPES ZÓSTER!

L. Salag Rubio¹, C. Marinero Noval², R. Maye Soroa¹, D. San José de la Fuente³, L. Rodríguez Vélez⁴, M. Alonso Santiago¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. Asturias. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 83 años, solicita valoración en domicilio por alteración del comportamiento. Como antecedente, destaca hipertensión arterial tratada con valsartán. Hace 20 días fue diagnosticada de herpes zóster (HZ) en primera rama del trigémino derecho en seguimiento por oftalmología y en tratamiento con famciclovir oral y aciclovir tópico. Desde hace 48 horas presenta agitación psicomotriz, habla incoherente y torpeza motora con dificultad para la marcha; que sus familiares relacionan tras inicio de tratamiento con pregabalina, indicado por dolor neuropático.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 38,4 °C, TA: 132/83 mmHg, FC: 85 lpm. REG, obnubilada, inquieta, afasia sensitiva, apraxia de la marcha. Lesiones costrosas en distribución metamérica a nivel frontal y periorbicular derechos. Meníngeos negativos. Se descartó afectación corneal por parte de oftalmología. El resto de exploración era normal. Ante la sospecha de encefalitis herpética se remitió a urgencias hospitalarias; donde se realizó analítica sanguínea que mostró anemia normocítica y elevación de reactantes de fase aguda; TAC craneal con moderada atrofia corticosubcortical; la punción lumbar mostró un LCR con 75 células con predominio linfocitario; la PCR para virus del herpes simple (VHS) fue negativa. Hemocultivos negativos.

Juicio clínico: Herpes zóster en primera rama del trigémino. Pleiocitosis de LCR.

Diagnóstico diferencial: Dado que el inicio de los síntomas coincidió con el inicio de la pregabalina, se consideró la posibilidad de efecto adverso medicamentoso; sin embargo, ante los datos obtenidos en la anamnesis y exploración (antecedente de HZ, fiebre y exploración neurológica), se estableció como diagnóstico de sospecha una encefalitis por VHS o una meningitis vírica.

Comentario final: Todo paciente con sospecha de padecer HZ oftálmico requiere valoración por oftalmólogo para descartar patología corneal. Por otro lado, aunque la complicación más frecuente es la neuralgia postherpética, no hay que menospreciar el riesgo de afectación del SNC: encefalitis o angitis granulomatosa cerebral. En este sentido, la asociación de fiebre y focalidad del lóbulo temporal sugiere encefalitis por VHS y se debe iniciar tratamiento empírico con aciclovir endovenoso de forma precoz.

Bibliografía

Anderson E, et al. Diagnosis and management of herpes zoster ophthalmicus. Disease-a-Month. 2017;63:38-44.

Yawn BP, et al: Herpes zoster eye complications: rates and trends. Mayo Clin Proc. 2013;88:562-70.