



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2267 - ¿Una varicela que no cura?

N. Rodoreda Perales^a, M. Sant Vidal^b y P. Font Roura^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunicativa. Centro de Salud Can Gibert del Plà. Girona. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunicativa. Centro de Salud Ca N'Oriac. Sabadell. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Can Gibert del Plà. Girona.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: mujer de 53 años, autónoma, No alergias medicamentosas conocidas, hábitos tóxicos: fumadora de 1 paq/día. Antecedentes patológicos: dislipemia. Motivo de consulta: refiere cuadro de 1 semana de evolución de pápulas generalizadas, con prurito. No refiere fiebre, ni toma de fármacos, contacto alérgeno ni otra clínica. Evolución: reconsulta 2 semanas después por persistencia de la clínica con aparición continua de nuevas lesiones. Se pide analítica con hemograma, bioquímica y serologías (varicela y VIH) que son negativas. Se decide entonces con consentimiento informado y escrito por paciente, realizar en el centro de atención primaria, en la consulta de pequeña cirugía, punch de piel sana y con lesión en conserva con formol y se envía a APA con resultado de: dermatitis espongiforme con vesiculación intraepidérmica y abundantes eosinófilos. Se comenta caso con Anatomía Patológica y nos explican posibles diagnósticos de: pénfigo, (ya que se puede presentar en fase prodrómica patrón espongiforme), eccema de contacto, reacciones a fármacos o a artrópodos, y nos recomiendan estudio con Inmunofluorescencia directa (ID). La paciente refiere en el último contacto telefónico que las lesiones empiezan a curar y ya no aparecen de nuevas, deniega tratamiento empírico con corticoides. Pendiente de visita con dermatología y resultado ID (caso muy reciente).

Exploración y pruebas complementarias: General y por sistemas (neurológico, cardiorrespiratorio, abdomen y ORL): sin incidencias. Piel: pápulo vesículas generalizadas (en extremidades superiores e inferiores, tronco y espalda) en distintos estadios evolutivos, (pápula, vesícula, costra) con prurito adyacente leve. Sin afectación de mucosas. No lesión en diana. Pruebas complementarias: analítica: hemograma, bioquímica sin encuentros, serologías: con AC VIH negativa, IgM virus varicela-zoster negativa, IgG Virus varicela-zoster positiva. APA biopsia Punch piel: dermatitis espongiforme con vesiculación intraepidérmica y abundantes eosinófilos. Inmunofluorescencia directa: pendiente.

Juicio clínico: Dermatitis ampulosa a estudio.

Diagnóstico diferencial: Varicela, VIH, eritema multiforme, eccema de contacto, toxicodermias, picadas de artrópodos dermatitis ampulosas autoinmunes: intraepidérmicas (pénfigos, paraneoplasias), subepidérmicas (pemfigoide, dermatosis IgA adulto, dermatitis herpetiforme, epidermolisis ampulosa adquirida).

Comentario final: Cuando nos encontramos con una entidad típica (varicela) que no evoluciona de manera habitual hay que valorar otras entidades. En el caso que nos ocupa hay que hacer el diagnóstico diferencial de enfermedades ampulosas que se obtiene mediante una buena anamnesis, exploración analítica y una biopsia en el centro de salud mismo, si hay posibilidad y material para ello, para adelantar el diagnóstico en largas

lista de espera de especialistas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albrecht M. Clinical features of varicella-zoster virus infection: Chickenpox. En: UpToDate. Literature review current through: Aug 2015. | This topic last updated: Jun 30, 2014.
2. Pohla-Gubo G, Hintner H. Direct and indirect immunofluorescence for the diagnosis of bullous autoimmune diseases. *Dermatol Clin.* 2011;29:365.
3. Hull C, Zone J. Approach to the patient with cutaneous blisters. Literature review current through: Aug 2015. | This topic last updated: Jun 12, 2015.
4. Web docente de Dermatología. Lleida. Casanova JM, Baradad M, Soria X, Sanmartín V, Martí RM (actualizado en octubre de 2011; citado 8/8/2015). Disponible en: <http://www.dermatoweb.net/>