



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

## 160/2181 - ¿Has pasado la varicela?

A.M. Fernández López<sup>a</sup>, M. Martínez Hernández<sup>b</sup>, R.F. Sánchez Lizarraga<sup>c</sup>, E.M. Fernández Cueto<sup>c</sup>, M.S. Fernández Guillén<sup>d</sup>, C. Celada Roldán<sup>e</sup> y M. González<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar. Cartagena. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 2<sup>º</sup> año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 35 años que viene acudiendo a su médico de atención primaria por dolor maxilofacial desde hace 14 años. Dolor consiste en episodios paroxísticos de minutos de duración de sensación de quemazón en la región maxilar derecha irradiando hacia mandíbula. Ocurre en brotes de 2-3 días con más de 20 crisis al día, incluso interfiriéndole para dormir. Empeora francamente con los movimientos de la mandíbula y no refiere zonas gatillo. Refiere chasquidos mandibulares ocasionales e hipertonía mandibular durante el sueño, durmiendo con férula de descarga sin mejoría. Refiere un periodo poscrisis de unas semanas en los que mantiene molestias a dicho nivel, pero luego presenta un período intercrisis libre de síntomas de unos dos meses. No asocia congestión ocular, ni lagrimeo pertinaz, ni rinorrea. Siempre ocurre en el lado derecho. Habitualmente controla el dolor con Enantyum y Yurelax con respuesta parcial. No refiere otros antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés.

**Exploración y pruebas complementarias:** Por todo ello, durante estos años ha sido valorado por otorrinolaringología, neurología, traumatología y maxilofacial habiéndosele realizado múltiples exploraciones incluyendo TAC craneal, TAC maxilofacial, potenciales evocados... que resultaron negativos. En esta ocasión refiere junto al dolor unas lesiones en boca que le han aparecido también en otras ocasiones junto al dolor desapareciendo posteriormente. Buen estado general. Consciente y orientada. Normohidratada y normocoloreada. Afebril. Eupneica en reposo. AC: rítmica y sin soplos. AP: MVC. Exploración neurológica rigurosamente normal. FO sin edema de papila. No se identifican puntos faciales dolorosos ni zonas gatillo, salvo leve molestia a la palpación de la tróclea ocular derecha. No adenopatías cervicales. Lesiones vesiculosa en mucosa oral siguiendo el curso del V pc. No afectación de encías ni labios. Analítica: hematocrito 33,2; neutrófilos 33,2%; linfocitos 57,1%. Resto de bioquímica sin alteraciones.

**Juicio clínico:** Neuralgia por herpes zoster.

**Diagnóstico diferencial:** Cefalea hemicranea paroxística; alteración de la articulación temporomandibular; neuralgia del trigémino; alteración de la glándula parótida; síndrome de Behçet.

**Comentario final:** En el primer contacto del huésped con el virus (primoinfección) se manifiesta como varicela, una enfermedad contagiosa y generalmente benigna que afecta en forma epidémica a niños susceptibles. Pasada la primoinfección los segmentos residuales se acantonan en las raíces de los ganglios

raquídeos o craneales. La migración y colonización de virus a lo largo de la ruta neural puede explicarse, en parte, porque el herpes zoster afecta predominantemente el ganglio sensorial, y la erupción se distribuye localmente a lo largo de un dermatoma sensorial. La reactivación del virus latente de varicela zoster da lugar a la erupción cutánea localizada llamada herpes zoster. Es en la consulta de Atención Primaria donde se puede realizar una anamnesis y exploración continuada de las enfermedades complejas no diagnosticadas, lo que en muchas ocasiones nos llevará a encontrar las causas de dicha enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Stankus SJ, Dlugopolski M, Packer D. Management of herpes zoster and postherpetic neuralgia. *Am Fam Physician*. 2000;61:2437-44.
2. Gnann JW, Hitley R. Herpes zoster. *N Engl J Med*. 2002;347:346.
3. Brooks GF, Butel JS, Morse SA. Herpesvirus. En: Jawetz, Melnick y Adelberg, eds. *Microbiología médica*, 19<sup>a</sup> ed. México: El Manual Moderno, 2008; p.460-1.