



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2228 - LO QUE SE ESCONDE BAJO LA PIEL

I. Asunción Sola^a, B. Blanco Sánchez^a, M. Moreno Alfaro^b y F. Rosique Gómez^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco este. Cartagena. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Cartagena. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco este. Cartagena.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 66 años fumador de 50 paq/año, DM-2, DLP. ERGE. Tratamiento crónico: metformina 850 mg, atorvastatina 20 mg, omeprazol 20 mg ocasional. Acude a consulta por lesiones cutáneas dolorosas en región costal izquierdo. Se trataba de vesículas agrupadas sobre base eritematosa distribuidas a lo largo de dermatoma cérvico- torácico. Tras el diagnóstico de herpes zóster se inicia tratamiento con Famvir. Una semana después el paciente vuelve a consulta en esta ocasión refiere disnea y pirosis de predominio nocturno.

Exploración y pruebas complementarias: AP: disminución de murmullo vesicular en base pulmonar izquierda respecto a contralateral. Rx tórax: elevación de hemidiafragma izquierdo. Sin derrame pleural, no masas ni infiltrados.

Orientación diagnóstica: Tras el hallazgo radiológico se deriva al paciente de forma preferente a consultas de neumología donde se completa el estudio con espirometría y TACAR- descartándose la presencia de masas o atelectasias causantes de la elevación diafragmática. Por lo que se llega al diagnóstico de parálisis diafragmática secundaria a herpes zoster.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia. Lesión traumática. Origen idiopático. Esclerosis múltiple. Hipotiroidismo.

Comentario final: El herpes zoster es una infección frecuente y por lo tanto conocida y que diagnosticamos y tratamos en atención primaria de forma natural. Sin embargo en algunos casos puede presentar complicaciones más allá de las lesiones cutáneas que no pueden pasarnos desapercibidas.

Bibliografía

1. Ashkir ZM, Tsaknis G. A rash and a rare cause of unilateral diaphragmatic paralysis. BMJ Case Rep. 2017; pii: bcr2016218440.
2. Bahadir C, Kalpakcioglu AB, Kurtulus D. Unilateral diaphragmatic paralysis and segmental motor paresis following herpes zoster. Muscle Nerve. 2008;38(2):1070-3.

Palabras clave: Herpes zóster. Parálisis diafragmática. Disnea.