

424/2209 - DOCTOR, ME DUELE LA ESPALDA...

L. Pache Ferrero¹, A. Cuvillo Mergelina², C. Quirós Ambel³ y C. Escalona García⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Urbano I. Mérida. Badajoz. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 89 años con AP de cardiopatía isquémica, anemia y linfopenias, IRC, cólicos renales, ITUs repetición, entre otros, que acude a la consulta de atención primaria porque desde hacía 24 horas, presentaba dolor intenso a nivel dorsal alto, lacinante junto con prurito. El dolor no se modifica al movimiento ni con la inspiración. Además, refiere que esta mañana le han salido lesiones cutáneas al mismo nivel que el dolor. No fiebre, pero sí pérdida de apetito.

Exploración y pruebas complementarias: Escala EVA: 8. Constantes normales. REG. Eupneico. Normohidratado. Normocoloreado. ACP: Normal. ABD: Sin alteraciones. CYC: no adenopatías. conjuntivas sin alteraciones. MII: Sin alteraciones. Lesiones maculopapulosas que se extienden a nivel de dermatoma T2-3-4-5, sin sobrepasar línea media, tanto a nivel de tórax como a nivel dorsal de gran extensión. Base eritematosa con algunas lesiones ampollosas, necróticas y ulceradas, dolorosas a la palpación, algunas de ellas exudativas con material seroso. Signos de sobreinfección leve. Lesión satélite asilada en arcos costales inferiores. Laboratorio: sin alteraciones. Rx tórax: sin alteraciones.

Orientación diagnóstica: Virus herpes zoster.

Diagnóstico diferencial: Impétigo. Penfigoide. Enfermedades ampollosas. Trauma, neoplasia, fractura, inflamación (colestitis, apendicitis), infección. Mononeuritis diabética. Patología vertebral: aplastamiento, degeneración, neoplasia. Isquemia cardiaca.

Comentario final: El herpes zoster es el resultado de la reactivación del virus de la varicela zoster, siendo más frecuente en pacientes con edad avanzada y con la inmunidad disminuida. El curso clínico del herpes zoster es benigno y la principal complicación es la neuralgia postherpética. Una vez diagnosticado clínicamente el herpes zoster, el médico de atención primaria debe conocer los criterios de derivación a urgencias hospitalarias, en general, pacientes immunodeprimidos y los pacientes con zoster oftálmico. En el resto pacientes hay que valorar el beneficio del tratamiento con antivirales, teniendo siempre en cuenta que el dolor de esta entidad es intenso y es necesario tratamiento analgésico intenso. Además, desde atención primaria es importante fomentar la prevención mediante vacunación de la población con un mayor número de factores de riesgo y de complicaciones.

Bibliografía

1. Dayan RR, Peleg R. Herpes zoster-typical and atypical presentations. Postgrad Med. 2017;129(6):567-71.
2. Prevención del Herpes Zoster y neuralgia postherpética. Asociación de Microbiología y Salud, 2014.

Palabras clave: Herpes zoster. Neuralgia postherpética. Fármacos antivirales.