Semergen. 2018;44(Espec Congr 1):30

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

349/18 - EL RUGBY EN DERMATOLOGÍA

A. Hernández Costa[1]; L. Cabrera Sánchez[2]; I. González Riquelme[3]; E. Marín Arranz[4]; M. Carrión Fernández[4]; M. Pérez Valencia[1].

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia.; [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia.; [3]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia.; [4]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espinardo. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 18 años que acude a consulta de Atención Primaria por aparición de “pupas” desde hace una semana en la mano, que no desaparecen. Alérgico a penicilina. Sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. Estudiante y jugador de rugby profesional. Presenta lesiones localizadas a nivel palmar en mano derecha muy pruriginosas, sin presentar lesiones en mucosas. No refiere cuadro febril ni otra sintomatología asociada. No adenopatías. Refiere contacto previo con varicela en la infancia. En casa ha estado tratado con clorhexidina en solución. A la exploración física presentaba vesículas agrupadas con base eritematosa. Se realizó un cultivo virológico y se derivó de forma preferente a Dermatología. Afortunadamente la consulta fue citada para menos de una semana persistiendo las vesículas, solicitando el dermatólogo un frotis con citodiagnóstico de Tzanck con resultado positivo para herpes simple y un cultivo en medio viral que fue también positivo, aunque su aparición fue más tardía. Se realizó tratamiento con mupirocina tópica dado que por tiempo de evolución el Aciclovir no era útil.

Exploración y pruebas complementarias: Vesículas unilaterales agrupadas sobre base eritematosa, confluentes que evolucionan a la formación de costras. Frotis con citodiagnóstico de Tzanck: células multinuceladas e inclusiones intranucleares. Cultivo virológico: VHS-I positivo.

Juicio clínico: Lesiones por virus Herpes simple tipo 1 (extragenital). Posible herpes *gladiatorum*.

Diagnóstico diferencial: Impétigo. Dermatitis de contacto. Quemadura. Dermatitis atópica. Herpes zoster.

Comentario final: El VHS-1 es una infección muy prevalente aunque en la mayoría de ocasiones genera infecciones subclínicas. Se transmite de persona a persona a través de secreciones infectadas. El periodo de incubación varía entre 1-26 días. La inoculación del VHS permite su entrada a epidermis, dermis y a las terminaciones nerviosas autonómicas, produciendo las típicas lesiones de la primoinfección herpética, que pueden persistir 10-14 días. Posteriormente, el virus permanece en estado de latencia en los ganglios nerviosos sensitivos pudiendo reactivarse. Para confirmar se realiza un cultivo virológico, a partir del líquido vesicular y células epidérmicas. Las serologías no son útiles. Es útil el test de Tzanck, inmediato y demuestra los cambios citopáticos en

las células epiteliales. Cura sin tratamiento. Los antivíricos acortan la fase de curación si se dan en las primeras horas. En este caso con más de 7 días no se trató. La infección por herpes simple en la superficie corporal de luchadores y jugadores de rugby, conocida como herpes *gladiatorum*, suele presentarse en el tórax, orejas, cara, brazos y manos. Se favorece debido a pequeños traumatismos durante la práctica del deporte sobre la piel queratinizada. Puede ocasionar pequeñas epidemias en los equipos. Sospechamos que sea el caso de nuestro paciente.

Bibliografía

Anderson BJ. The epidemiology and clinical analysis of several outbreaks of herpes gladiatorum. Med Sci Sports Exerc 2003; 35:1809-16.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.