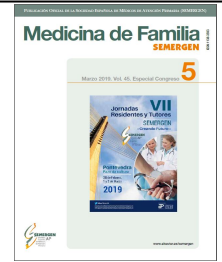




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

413/39 - LA VARICELA ATACA DE NUEVO

S. Basoco Lizana¹, P. Morán Oliva², E. Díaz García³

¹Médico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mendiguchía Carriche. Madrid. ²Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mendiguchía Carriche. Madrid. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Mendiguchia Carriche. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 37 años. Fumador y sin antecedentes médicos de interés, excepto varicela en la infancia. Acude al Centro de Salud por lesiones eritematosas pruriginosas y ampollas con descamación en tronco y espalda de un mes de evolución. Niega otra sintomatología asociada. No refiere relaciones sexuales de riesgo. Ante la extensión del cuadro derivamos a Urgencias para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: TA 120/80 mmHg. FC 83 lpm. Consciente y orientado en las 3 esferas, no focalidad neurológica. Eupneico en reposo. ORL: no lesiones visibles en pabellones auditivos, conducto auditivo externo ni mucosa oral. ACP: rítmico, MVC sin ruidos sobreañadidos. Piel: lesiones eritematosas con costra en tronco (C4-T2) y región dorsal (C6-L1), no dolorosas a la palpación, en diferentes estadios evolutivos, sin signos de sobreinfección. Resto de piel sin lesiones. Serología VHB, VHC y VIH negativas. Analítica sin alteraciones significativas. Se inicia tratamiento con valaciclovir 1 gramo vía oral cada 8 horas durante 7 días y solución de sulfato de cobre tópica, con evolución favorable de las lesiones.

Juicio clínico: Herpes zoster diseminado.

Diagnóstico diferencial: Infecciones por virus herpes simple en dermatomas, dermatitis de contacto, reacciones por artrópodos, infecciones bacterianas o virales localizadas.

Comentario final: El virus varicela-zoster durante la primoinfección alcanza los ganglios dorsales, donde queda en estado latente. Después puede reactivarse mediado por disminución de la inmunidad celular tipo T (VIH, inmunodeprimidos o personas de edad avanzada más frecuentemente), aunque en ciertos casos puede aparecer en pacientes inmunocompetentes. De forma habitual suele afectar a un dermatoma aunque puede presentarse de forma atípica; como la forma diseminada, caracterizada por la aparición de más de 20 vesículas fuera del dermatoma primario, atribuible a una diseminación hematogénica del virus, poco frecuente en pacientes inmunocompetentes sin otra comorbilidad, y con fisiopatología poco conocida. Como Médicos de Atención Primaria tenemos que tener presentes las posibles complicaciones de este cuadro y derivar a Atención Hospitalaria cuando sea necesario.

Bibliografía

Alonzo-Romero Pareyón L. Herpes Zoster. Dermatología Rev Mex. 2011;55(1):24-39. Albrecht MA, Levin MJ. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of herpes zoster. UpToDate, 2018.

Palabras clave: Herpes zoster. Vesículas. Dermatóma.