



CARTA AL DIRECTOR

Debilidad tras erupción cutánea en varón de 66 años

Debility after a skin rash in a 66 year-old male

Sr. Director:

La paresia segmentaria por herpes zóster (PPH) se caracteriza por debilidad motora focal que aparece en el mismo segmento donde ocurrió la erupción cutánea. Es una complicación relativamente rara, estimándose su frecuencia en un 3% de los casos¹.

Presentamos el caso de un varón de 66 años que consultaba por paresia en miembro inferior derecho y fue derivado a urgencias por sospecha de accidente cerebrovascular. Entre sus antecedentes personales destacaba diabetes mellitus tipo II a tratamiento con insulina. El paciente relataba la aparición 3 meses antes de un cuadro de herpes zóster con vesículas que afectaba a la cara anterior del muslo derecho que fue tratado en dosis y tiempo correctos por su médico de atención primaria con aciclovir. En las 1-2 semanas siguientes refería pérdida de fuerza de predominio proximal en miembro inferior derecho con dolor, que no había mejorado. En la exploración neurológica destacaba debilidad en miembro inferior derecho que afectaba fundamentalmente a la musculatura proximal (psoas y cuádriceps), en cuanto a la sensibilidad presentaba hipoestesia en región anterior del muslo (dermatomas L3-L4), el reflejo rotuliano estaba abolido. Además se apreciaba (fig. 1) atrofia en muslo derecho con foliculitis postherpética sin lesiones herpéticas activas. La electromiografía puso de manifiesto signos compatibles con radiculopatía L3-L4 derecha activa. La RM lumbar fue normal. El paciente realizó tratamiento rehabilitación con mejoría progresiva.

La PPH ha sido infraestimada debido a que el dolor a menudo limita el movimiento voluntario y puede enmascarar la debilidad. Los miembros superiores son ligeramente más afectados que los inferiores. Dentro de los miembros superiores la debilidad es más frecuente en la musculatura proximal o segmentos C5-C7, en las extremidades inferiores en la musculatura proximal de los segmentos L1-L4. La debilidad en la mayoría de los casos ocurre en las 2 semanas siguientes al comienzo del dolor y exantema cutáneo². La media de edad de los pacientes afectados es de 70 años y se ha sugerido que la edad constituye un factor de riesgo



Figura 1 Muslo derecho con atrofia y foliculitis postherpética.

para desarrollar PPH³. El mecanismo exacto de la PPH es desconocido. La asociación entre miotomo y dermatomo afectado en el exantema ha creado la hipótesis de que el virus puede diseminarse desde el ganglio dorsal a la neurona del asta anterior y la raíz espinal anterior ocasionando una inflamación de la zona, lo que originaría la paresia de los músculos dependientes de la raíz anterior⁴. No obstante, la afectación del plexo braquial o lumbar y del nervio periférico también ha sido descrita. El pronóstico de la PPH es bueno en general. Más de la mitad de los pacientes muestran recuperación funcional completa, y el 75% de los pacientes muestran recuperación parcial o completa en el primer o segundo año. La terapia antiviral reduce la incidencia y la severidad de la PPH. El inicio temprano de la rehabilitación es recomendable para mejorar el resultado². Conocer esta entidad es importante a fin de incluir la PPH en el diagnóstico diferencial de la paresia de comienzo agudo.

Bibliografía

1. Yawn BP, Saddier P, Wollan PC, Sauver JL, Sy LS. A population-based study of the incidence and complication rates of herpes zoster before zoster vaccine introduction. *Mayo Clin Proc.* 2007;82:1341–9.

2. Kawajiri S, Tani M, Noda K, Fujishima K, Hattori N, Okuma Y. Segmental Zoster paresis of limbs Report of three cases and review of literature. *The Neurologist*. 2007;13:313–7.
3. Akiyama N. Herpes zoster infection complicated by motor paralysis. *J Dermatol*. 2000;27:252–7.
4. Denny-Brown D, Adams RD, Fitzgerald PJ. Pathological features of herpes zoster. A note on geniculate herpes. *Arch Neurol Psychiat*. 1944;51:216–31.

^a *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud del Ventorrillo, A Coruña, España*

^b *Servicio de Neurología, Hospital Universitario de A Coruña (CHUAC), A Coruña, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ernazabal@hotmail.com
(E. Rubio-Nazábal).

P. Álvarez-Pérez^a y E. Rubio-Nazábal^{b,*}