

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores confirman que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Rosman IS, Berk DR, Bayliss SJ, White AJ, Merrit DF. Acute genital ulcers in nonsexually active young girls: Case series, review of the literature, and evaluation and management recommendations. *Pediatr Dermatol.* 2012;29:147–53.
2. Burguete Archel E, Ruiz Goikoetxea M, Recari Elizalde E, Beristain Rementería X, Gómez Gómez L, Iceta Lizarraga A. Lipschütz ulcer in a 17-month-old girl: A rare manifestation of Epstein-Barr primoinfection. *Eur J Pediatr.* 2013;172:1121–3.
3. Martín JM, Godoy R, Calduch L, Villalon G, Jordá E. Lipschütz acute vulval ulcers associated with primary cytomegalovirus infection. *Pediatr Dermatol.* 2008;25:113–5.

4. Wetter DA, Bruce AJ, MacLaughlin KL, Rogers RS 3rd. Ulcus vulvae acutum in a 13-year-old girl after influenza A infection. *Skinmed.* 2008;7:95–8.
5. Haidari G, MacMahon E, Tong CY, White JA. Genital ulcers: It is not always simplex. ... *Int J STD AIDS.* 2015;26:72–3.
6. Chanal J, Carlotti A, Laude H, Wallet-Faber N, Avril MF, Dupin N. Lipschütz genital ulceration associated with mumps. *Dermatology.* 2010;221:292–5.
7. Pelletier F, Aubin F, Puzenat E, Deprez P, Blanc D, Estavoyer JM, et al. Lipschütz genital ulceration: A rare manifestation of paratyphoid fever. *Eur J Dermatol.* 2003;13:297–8.
8. Finch JJ, Wald J, Ferenczi K, Khalid S, Murphy M. Disseminated Lyme disease presenting with nonsexual acute genital ulcers. *JAMA Dermatol.* 2014;150:1202–4.
9. Brinca A, Canelas MM, Carvalho MJ, Vieira R, Figueiredo A. Lipschütz ulcer (ulcus vulvae acutum): A rare cause of genital lesion. *An Bras Dermatol.* 2012;87:622–4.
10. Dixit S, Bradford J, Fischer G. Management of nonsexually acquired genital ulceration using oral and topical corticosteroids followed by doxycycline prophylaxis. *J Am Acad Dermatol.* 2013;68:797–802.

A. Gibert* e Y. Bell

Centre d'Atenció Primària Vallirana, Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent, Institut Català de la Salut, Vallirana, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: agibert.cp.ics@gencat.cat (A. Gibert).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.01.005>

Varicela con afectación palmoplantar: a propósito de un caso



Varicella with palmoplantar involvement: Presentation of a case

La paciente, una niña de 9 años de edad, acude a nuestra consulta en Atención Primaria de urgencias por presentar fiebre de 39°C en las últimas 48h. El cuadro se acompaña de varias lesiones pruriginosas en el tronco, el abdomen, los miembros inferiores y superiores, en la región facial y a nivel palmoplantar. No ha presentado otra clínica ni sintomatología asociada.

La paciente no presentaba alergias medicamentosas conocidas ni otros antecedentes médicos de interés. Había recibido las dosis correspondientes según el calendario de vacunas, así como también la vacuna antineumocócica y de rotavirus.

En la exploración física se objetivó buen estado general. La paciente se encontraba consciente, orientada y colaboradora. Estaba bien hidratada y perfundida, presentando febrícula en la consulta. En la auscultación cardiopulmonar, la paciente se encontraba rítmica y sin soplos. No presentaba ruidos patológicos sobreañadidos y tenía buena entrada de aire bilateral. El abdomen era blando y depresible, no dolo-

roso a la palpación, sin presentar masas ni megalias. El signo de Bloomberg era negativo. En la exploración otorrinolaringológica no presentaba exudado amigdalario ni vesículas en el paladar.

A nivel dérmico se observaban lesiones en diferentes estadios, pápulas eritematosas en el abdomen, a nivel periumbilical. Se objetivaron también vesículas y algunas costras, así como 2 lesiones papulosas eritematosas a nivel palmoplantar (figs. 1 y 2).

Ante la presencia de afectación palmoplantar se valoraron los siguientes diagnósticos diferenciales:

- Enfermedad boca-mano-pie.
- Herpes simple diseminado.
- Eritema multiforme.
- Varicela.
- Exantema vesicular (Coxsackie, Echovirus).
- Impétigo.
- Picaduras de insectos.
- Sarampión.
- Rickettsiosis.

No obstante, ante la alta sospecha de varicela por la presencia de fiebre y lesiones en diferentes estadios, se realizó una anamnesis dirigida, preguntando sobre la existencia de antecedentes epidemiológicos de interés. La madre de la



Figura 1 Vesículas en diferentes estadios en la espalda.



Figura 2 Vesículas a nivel palmoplantar.

paciente nos refirió que varios de sus compañeros de colegio habían presentado cuadro de varicela en los días previos. Se diagnosticó de varicela, presentando buena evolución de esta. Cuarenta y ocho horas más tarde la paciente se encontraba afebril. Se pautó tratamiento con antihistamínicos por vía oral para el prurito, así como antitérmicos habituales. Por vía tópica se utilizó calamina.

El virus de la varicela-zóster (VVZ) está causado por el herpesvirus humano tipo 3. La infección por VVZ causa 2 formas clínicamente diferentes: la varicela y el herpes zóster.

La primoinfección por el VVZ consiste en la erupción de vesículas en diferentes estadios, conocida con el nombre de varicela. Su reactivación endógena, latente típicamente a nivel ganglionar, produce una infección cutánea localizada conocida como herpes zóster o culebrilla. Se trata de una enfermedad con distribución mundial. En zonas donde no está implantada la vacunación, más del 90% de los casos afectan a niños menores de 10 años de edad¹.

La infección primaria por varicela en niños durante la infancia es generalmente una enfermedad leve, autolimitada y benigna en comparación con las presentaciones más graves en los adultos o pacientes inmunocomprometidos de cualquier edad. Los casos secundarios en los contactos familiares parecen ser más severos que los casos primarios. Es excepcional un segundo episodio de infección por varicela en individuos inmunocompetentes, aunque la reinfección subclínica con VVZ es común.

Se trata de una enfermedad muy contagiosa. Se transmite a través de las secreciones nasofaríngeas de la vía aérea de una persona infectada o por contacto cutáneo directo con el líquido de vesículas de las lesiones en la piel. Incluso hay descritos casos de transmisión de varicela a niños no inmunizados a partir de aerosoles de vesículas de herpes zóster. El período promedio de incubación de la infección por varicela es de 14 a 16 días, aunque este intervalo puede variar de 10 a 21 días. El período de infectividad se considera generalmente desde 48 h antes de la aparición de la erupción hasta que las lesiones de la piel se encuentran todas ellas en fase de costra.

Las manifestaciones clínicas de la varicela en niños sanos se suelen desarrollar dentro de los 15 días después de la exposición y suelen incluir un pródromo de fiebre, malestar general, o faringitis, pérdida de apetito, seguido por el

desarrollo de una erupción vesicular generalizada, por lo general en 24 h.

El exantema propio de la enfermedad es polimórfico, siendo inicialmente maculopapular con rápida evolución a vesículas y costras; suele ser de predominio facial y troncular, tendiendo a respetar las extremidades¹. La erupción vesicular de la varicela suele ser pruriginosa y aparece en cultivos sucesivos durante varios días. Las lesiones comienzan como máculas que se convierten rápidamente en pápulas, seguidas de las vesículas características; estas lesiones pueden desarrollar un componente pustuloso seguido por la formación de pápulas costrosas. El paciente con varicela normalmente tiene lesiones en diferentes etapas de desarrollo en la cara, el tronco y las extremidades, dando la imagen típica de «cielo estrellado». Las costras tienden a desprenderse en una o 2 semanas y dejan un área temporal de hipopigmentación en la piel. En algunas ocasiones se objetivan cicatrices residuales debido a la manipulación o sobreinfección bacteriana de las mismas.

La afectación palmoplantar de la varicela es un hallazgo infrecuente que ha sido descrito fundamentalmente en niños con comorbilidad asociada, ya sea en forma de inmunosupresión, o por coinfección con otros virus, como Coxsackie A16 (íntimamente relacionado con la enfermedad manopie-boca)^{2,3}, dermatosis preexistentes o exposición solar prolongada⁴. Hay casos descritos en adultos asociados a inmunodepresión o al tratamiento previo con corticoides a altas dosis (> 2 mg/kg/d), con evolución más tórpida y desarrollo de complicaciones como neumonía⁵. Es extremadamente inusual la presencia de afectación palmoplantar en niños inmunocomprometidos³, explicando esta localización por la presencia de agentes físicos (presión, trauma, maceración, exposición al sol o al frío)⁶ o químicos que pueden exacerbar o acelerar exantemas virales.

Como complicaciones de la enfermedad cabe destacar las infecciones a nivel cutáneo (*Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*), puesto que son las que acontecen con mayor frecuencia. A nivel respiratorio, pueden cursar como neumonitis intersticiales y neumonías⁷ con afectación radiológica (infiltrado intersticial lobulillar difuso). Entre las complicaciones a nivel neurológico hay que mencionar las convulsiones y la meningoencefalitis, así como la ataxia cerebelosa⁸. Existen complicaciones menos frecuentes⁹,

a nivel hematológico (neutropenia, púrpura de Schönlein-Henoch, púrpura trombocitopénica), así como hepatitis y complicaciones osteoarticulares (sinovitis, artritis séptica). Existen casos de varicela materna en el primer trimestre del embarazo, que puede causar el síndrome de varicela fetal en el 2% de los fetos expuestos.

El diagnóstico de la enfermedad es clínico, pudiéndose realizar un cultivo o constatar la seroconversión por un aumento de los títulos de anticuerpos. Un método más rápido es la realización del test de Tzanck (citología del raspado de la base de una vesícula, en el que se muestran las células multinucleadas acantolíticas y células gigantes).

El tratamiento se basa en medidas tópicas, como loción de calamina o baños con jabón de avena, y antihistamínicos orales para aliviar el prurito. El tratamiento antiviral no se recomienda en niños de manera sistemática, estando indicado en pacientes inmunodeprimidos, neonatos o en aquellas formas severas de la enfermedad, siendo de elección el tratamiento con aciclovir¹⁰. Si hay signos de sobreinfección bacteriana se debe tratar con antibioterapia tópica u oral, según la severidad de esta. Es importante el diagnóstico de las posibles complicaciones para tomar las medidas oportunas. Se contraindica el uso de salicilatos (por riesgo de síndrome de Reye).

Existen 2 vacunas monovalentes contra la varicela, y una tetravalente (sarampión, rubéola, parotiditis y varicela) registrada, pero no comercializada en España. En la mayoría de las comunidades autónomas, esta vacuna se utiliza a partir de los 10 años de edad para todos aquellos niños/adolescentes sin historia previa de enfermedad o de vacunación. En comunidades como Navarra y en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla se ha incluido en el calendario de vacunación infantil para su utilización sistemática a los 15-18 meses de edad (primera dosis) y una segunda dosis a los 2-3 años. Está indicada en determinados grupos con comorbilidades o situaciones específicas.

El interés de este caso clínico para el ámbito de la Atención Primaria y la Medicina Familiar radica en la importancia de la clínica a la hora de evaluar y diagnosticar a nuestros pacientes, así como la esencialidad de una anamnesis exhaustiva. Pone también de manifiesto el valor de barajar la posibilidad de enfermedades muy prevalentes con expresiones atípicas, como el caso clínico propone.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Kaewpoowat Q, Salazar L, Aguilera E, Wootton SH, Hasbun R. Herpes simplex and varicella zoster CNS infections: Clinical presentations, treatments and outcomes. *Infection*. 2015;1-9.
2. Na SY, Son YM, Lee HY, Baek JO, Roh JY, Lee JR. A case of varicella combined with hand-foot-mouth disease in a healthy child. *Ann Dermatol*. 2009;21:98-101.
3. Auvin S, Catteau B, Ganga-Zandzou PS, Ythier H. Atypical varicella with palm and sole involvement. *Int J Dermatol*. 2002;41:903-5.
4. Nagore E, Sánchez-Motilla JM, Julve N, Lecuona C, Oliver V. Atypical involvement of the palms and soles in a varicella infection. *Acta Derm Venereol*. 1999;79:322.
5. Bernal-Bello D, García de Tena J, Abejón-López J, Megino-Moreno T, Barrio-Gordillo J, Rodríguez-Zapata M. Afectación atípica de palmas y plantas en la neumonía por varicela. *Rev Clin Esp*. 2012;212:25-7.
6. Guerrero Vázquez J. Varicela atípica. *WebPediatria.com*. 2011;1:3 [consultado 28 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.WebPediatria.com>.
7. Abreu C, Santos L, Magro F. Varicella complicated by severe pneumonia and shock in an immunosuppressed Crohn's disease patient under azathioprine and anti-tumour necrosis factor alpha. *J Crohns Colitis*. 2015;9:1176-8.
8. Gilden D. Varicella-zoster virus infections. *Continuum (Minneapolis)*. 2015;21:1692-703.
9. Bunyaratavej S, Prasertyothin S, Leeyaphan C. Atypical presentation of recurrent varicella zoster virus infection: A case report and review of the literature. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2015;46:27-9.
10. Szenborn L, Kraszewska-Głomba B, Jackowska T, Duszczyk E, Majda-Stanisławska E, Marczyńska M, et al. Polish consensus guidelines on the use of acyclovir in the treatment and prevention of VZV and HSV infections. *J Infect Chemother*. 2016;22:65-71.

M. Huesa Andrade* y M. González Lavandeira

Medicina de Familia, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: macahuesa@gmail.com

(M. Huesa Andrade).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2016.01.004>