



CASO CLÍNICO

Varicela en paciente anciano, un diagnóstico a tener en cuenta

Chickenpox in a elderly; a diagnosis to bear in mind

Gustavo Guillermo Garriga Martina*, Pilar Luque Varela, Enrique Herrera Acosta y Enrique Herrera Ceballos

Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España



La introducción en la década de 1990 de la vacunación universal de la varicela en niños ha logrado una reducción en su incidencia de aproximadamente el 90%, tanto en sujetos vacunados como en aquellos adultos y ancianos que no lo están^{1,2}, gracias a la inmunidad de rebaño. A pesar de ello siguen persistiendo casos residuales de la enfermedad incluso durante la edad geriátrica, con la dificultad en el diagnóstico diferencial que esto implica. A continuación, presentamos un caso de varicela en una mujer anciana de 90 años, la tercera persona de mayor edad afectada hasta donde llega nuestro conocimiento^{3,4}.

Nuestra paciente es una mujer de 90 años que acude a urgencias generales por presentar desde hace 3 días sensación de malestar general afebril con epigastralgia y aparición posterior de un brote de lesiones vesiculopustulosas diseminadas por todo el cuerpo, predominantemente en tronco y región inguinal asociando también afectación mucosa del paladar duro. Destacaba la coexistencia de dichas lesiones con otras en estadio de pápulas y de costras, ofreciendo una imagen en «cielo estrellado» (fig. 1), sin otra clínica a nivel sistémico. No recordaba haber pasado la enfermedad en la infancia y negaba potencial contacto con el virus los días previos. En cuanto a su situación basal, era independiente para las ABVD, vivía junto a un hijo y mantenía una buena red de apoyo familiar. Entre sus antecedentes figuraban asma bronquial, insuficiencia cardíaca con fibrilación auricular permanente portadora de marcapasos, hipotiroidismo y colon irritable, tomando como medicación habitual rivaroxaban, Eutirox®, furosemida, espironolactona, digoxina, rabeprazol, montelukast, bromuro de ipratropio y budesonida inhalados.

Ante la sospecha clínica de varicela se tomó una biopsia *punch* de la piel, en la que se apreciaba una vesícula intraepidérmica con cambios citopáticos virales. El exudado de la úlcera mostró una PCR positiva para DNA varicela-zóster que, junto con la clínica, confirmó el diagnóstico de varicela. El estudio analítico de sangre periférica mostró una fórmula leucocitaria respetada, con PCR de 83, AST 219, LDH 517, sin otros hallazgos. La radiografía de tórax descartó



Figura 1. Imagen del hemiabdomen inferior en el que se aprecia erupción en «cielo estrellado», bilateral y sin respetar dermatomos, donde coexisten lesiones en estadio de pápulas eritematosas, vesiculopústulas y costras.

complicación pulmonar. Se comenzó tratamiento con valaciclovir 1 g/cada 8 h/durante 7 días, acompañado de tratamiento sintomático con antiinflamatorios no esteroideos a demanda, con resolución del cuadro con el paso de los días.

A pesar de que la vacunación universal de la varicela ha permitido disminuir la incidencia de la enfermedad aproximadamente un 90% en todos los estratos de edad, en el momento actual se estima que en pacientes mayores de 65 años persiste una incidencia anual de 0,01 casos por cada 1.000 habitantes². En adultos, población geriátrica e inmunodeprimidos suele presentar un cuadro más florido, con más lesiones cutáneas y mayor riesgo de complicaciones, fundamentalmente neumonía (aproximadamente 1/400 casos en adultos inmunocompetentes), hepatitis (elevación de transaminasas en el 51,9% y fallo hepático agudo en el 1,9% de adultos inmunocompetentes) y más raramente encefalitis (<1 por cada 1.000 casos) e ictus isquémico entre otras⁵.

Actualmente se recomienda su tratamiento con antivirales en todos aquellos pacientes adultos o ancianos, con el objetivo de reducir la duración y gravedad de los síntomas, así como, teóricamente, reducir el riesgo de complicaciones. Todos ellos presentan una efectividad similar, por lo que se suele recomendar valaciclovir por su posología más sencilla.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gustavo.garriga.martina@gmail.com (G.G. Garriga Martina).

Por tanto, dada su escasa frecuencia, su mayor severidad y riesgo de complicaciones y la necesidad de tratamiento precoz, destacamos la importancia de mantener esta entidad en mente durante el proceso diagnóstico y nunca descartarla únicamente por la edad del paciente.

Financiación

El presente trabajo no ha precisado de financiación externa.

Bibliografía

1. Lopez AS, Zhang J, Marin M. Epidemiology of varicella during the 2-dose varicella vaccination program – United States, 2005–2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;65:902–5.
2. García Ceno M, Castilla J, Chamorro J, Martínez-Baz I, Martínez-Artola V, Irisarri F, et al. Impact of universal two-dose vaccination on varicella epidemiology in Navarre Spain, 2006 to 2012. *Euro Surveill*. 2013;18:20552.
3. Navaratnam AMD, Ma N, Farrukh M, Abdulla A. Chickenpox: An ageless disease. *BMJ Case Rep*. 2017;2017, pii: bcr-2017-222027.
4. Bendig J, Sindall F. Chickenpox at Ninety Four: A case for Extending the Use of Varicella Vaccine in the UK. *Case Rep Med*. 2010;2010:561707.
5. Bologna J, Schaffer J, Cerroni L. ed. Virus de la varicela-zóster (VVZ; VHH-3). En: *Dermatología*, 4 th ed. 2018. p. 2460–2469.