



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

## Erupción acneiforme en paciente oncológico

### Acneiform eruption in oncology patient

Juan Sanz-Correa\* y Ricardo Valverde Garrido

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España



#### Descripción clínica del caso

Varón de 65 años remitido a la consulta de Dermatología por presentar lesiones cutáneas no pruriginosas de un día de evolución que comenzaron en frente y que se extendieron siguiendo un trayecto cráneo-caudal. El mismo día que comenzó con las lesiones tuvo fiebre, diarrea y dolor abdominal. El paciente estaba en seguimiento por oncología por un cáncer de esófago distal localmente avanzado que fue tratado con taxol-carboplatino y nivolumab, suspendidos hace 1 año y 4 meses, respectivamente. Actualmente estaba en tratamiento con alopurinol por una artritis gotosa, cotrimoxazol y prednisona en pauta descendente. El paciente negaba estar tomando y/o haber tomado inhibidores del receptor del factor de crecimiento epidérmico. En la exploración física se observaban pápulas y pústulas de aspecto monomorfo distribuidas en cuero cabelludo, frente, mejillas, tórax, abdomen, espalda y caras extensoras de brazos (fig. 1).

#### Evolución

Se tomó una muestra para PCR de virus herpes de una de las pústulas, se determinó la saturación de oxígeno que fue del 96% y se realizó una radiografía de tórax que fue anodina. El paciente fue ingresado y se pautó valaciclovir oral. A los 3 días presentaba pápulas, pústulas y costras de aspecto polimorfo (fig. 2). A los 5 días se amplificó en la PCR virus varicela-zóster. El paciente afirmó no recordar haber pasado la varicela en la infancia ni haberse vacunado.

#### Comentario final

La varicela es una enfermedad producida por el virus varicela-zóster. Se trata de una enfermedad infecciosa que aparece habitualmente en la infancia con buen pronóstico, mientras que la presentación en adultos es más infrecuente y suele conllevar un



Figura 1. Lesiones de menos de 24 h de evolución, más acneiformes: a) y b) en la espalda, c) en frente y mejillas.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jsorra@salud.madrid.org (J. Sanz-Correa).



**Figura 2.** Día 3 de evolución. Lesiones ya más varioliformes en zona lumbar.

curso más grave<sup>1,2</sup>. Generalmente las lesiones cutáneas en la varicela son polimorfas y suelen aparecer siguiendo una distribución cráneo-caudal. No obstante, en cuadros de muy corta evolución pueden adoptar una morfología acneiforme monomorfa, por lo que es más difícil realizar el diagnóstico<sup>3</sup>. Algunos datos que pueden apoyar el diagnóstico son la afectación frontal y cuero cabelludo y la presencia de síntomas sistémicos tales como fiebre, disnea, dolor abdominal, vómitos o diarrea, entre otros<sup>4,5</sup>. Es importante tener en cuenta, en pacientes inmunodeprimidos, la varicela como diagnóstico diferencial debido a que la afectación puede ser grave<sup>1,2,5</sup>. La saturación de oxígeno y la radiografía de tórax son pruebas útiles para determinar si hay afectación pulmonar<sup>4</sup>. Ante la mínima sospecha clínica puede solicitarse una PCR de virus herpes de alguna de las lesiones con contenido líquido y en pacientes inmunodeprimidos hay que establecer tratamiento empírico con aciclovir, valaciclovir, famciclovir o brivudina orales, si la afectación es leve o moderada, y con aciclovir intravenoso en caso de afectación grave<sup>1,4,6</sup>. Otro aspecto importante a tener en cuenta es que la primoinfección por virus varicela-zóster es muy contagiosa y puede comenzar a transmitirse 2 días antes del inicio de la erupción cutánea. La transmisión del virus suele ser por vía aérea, pero también

puede producirse por contacto con lesiones cutáneas, debido a la gran cantidad de virus que hay en el contenido líquido de las vesículas<sup>1</sup>. Por eso es importante el aislamiento de estos pacientes y que eviten el contacto con personas que no tengan anticuerpos frente al virus varicela-zóster<sup>2,6</sup>. Dentro del diagnóstico diferencial estarían la erupción acneiforme por toxicidad de inhibidores del receptor del factor de crecimiento epidérmico o esteroides, los cuales fueron descartados, el primero por no formar parte de su tratamiento y el segundo debido al descenso en la dosis de prednisona respecto a las semanas previas. Estos cuadros dan lesiones acneiformes monomorfas pero está ausente la sintomatología sistémica<sup>7,8</sup>.

Se destaca la importancia de pensar en un cuadro de varicela en pacientes inmunodeprimidos que presenten una erupción acneiforme monomorfa de muy poco tiempo de evolución acompañado de clínica sistémica y la importancia de valorar la presencia de afectación pulmonar, de instaurar tratamiento precoz ante la mínima sospecha y de aislar al paciente para que no entre en contacto con personas que no hayan pasado la varicela.

## Bibliografía

1. Sauerbrei A, Sauerbrei Andreas Sauerbrei A. Diagnosis, antiviral therapy, and prophylaxis of varicella-zoster virus infections. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2016;35:723–34.
2. Noronha V, Ostwal V, Ramaswamy A, Joshi A, Nair R, Banavali SD, et al. Chicken pox infection in patients undergoing chemotherapy: A retrospective analysis from a tertiary care center in India. *J Infect Public Health*. 2017 Jan;10:8–13.
3. Mori T, Komori S, Fukuda Y, Naito S, Tanaka H, Koyama K. The primary varicella infection near term: a case report. *Arch Gynecol Obstet*. 2003;268:128–30.
4. Arvin AM. Varicella-Zoster Virus [Internet]. *Clin Microbiol Rev*. 1996;9. Disponible en: <http://cmr.asm.org/>.
5. Vadoud-Seyedi R, Liesnard C, Willaert F, Parent D. Fatal Varicella in an Immunocompromised Adult. *Dermatology*. 1993;187:47–9.
6. Reusser P, Reusser P. Current concepts and challenges in the prevention and treatment of viral infections in immunocompromised cancer patients, 6. Springer-Verlag: Support Care Cancer; 1998.
7. Dessinioti C, Antoniou C, Katsambas A. Acneiform eruptions. *Clin Dermatol*. 2014;32:24–34.
8. Martínez de Lagrán Z, Ratón JA, Lasa O, Acebo E, Díaz-Pérez JL. Erupción acneiforme por inhibidores del receptor de crecimiento epidérmico. *Actas Dermosifiliogr*. 2005;96:450–4.