

lesiones únicas incluyen el uso del láser de dióxido de carbono, el raspado y la crioterapia^{1,3,6}. La fototerapia con UVB de banda estrecha en dosis de 400 mJ/cm hasta 1.500 mJ/cm 2 veces a la semana durante 5 semanas puede ser útil en la resolución del prurito y las lesiones difusas de la piel^{6,8}. La doxiciclina o clindamicina oral también han mostrado resultados favorables debido a la teoría infecciosa que se ha planteado^{5,6,9}. La isotretinoína en dosis de 1 mg/kg/día seguido por una reducción de la dosis o alopurinol en dosis de 100 mg día durante 2 meses ha mostrado efectividad en casos refractarios de las lesiones^{5,10,11}. La interrupción de alguna de las terapias mencionadas resulta en la reaparición de las lesiones^{1,5,12}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Nair P, Jivani N, Diwan N. Kyrle's disease in a patient of diabetes mellitus and chronic renal failure on dialysis. *J Fam Med Prim Care*. 2015;4(2):284.
- Arredondo MI, Londoño Á, Restrepo R. Enfermedades con eliminación transepidermica. *Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dermatol*. 2008;16(3):185-195. Disponible en: <http://www.revistasocolderma.com/numeros/septiembre08/pdfs/Articulo de revision - Enfermedades con eliminacion transepidermica. pdf>.
- García-Malinis AJ, del Valle Sánchez E, Sánchez-Salas MP, del Prado E, Coscojuela C, Gilaberte Y. Acquired perforating dermatosis: clinicopathological study of 31 cases, emphasizing pathogenesis and treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(10):1757-1763.
- Saray Y, Seçkin D, Bilezikli B. Acquired perforating dermatosis: clinicopathological features in twenty-two cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006;20(6):679-688.
- Espín MG, Marín CV, del Pilar Beruchi M, Lago R, Segovia F, Abuchanab M. Acquired perforating dermatosis. Case report of two patients with diabetes mellitus and chronic renal disease undergoing hemodialysis | Dermatosis perforante adquirida. Reporte de dos casos en pacientes con diabetes mellitus y enfermedad renal crónica. *Rev Nefrol Dial Traspl*. 2018;38(3):222-229.
- Maiberger M, Nunley J. Perforating dermatoses - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2020 [cited 18 Jul 2020]. Disponible en: https://www.uptodate-com.ezproxo.javeriana.edu.co/contents/perforating-dermatoses?search=perforating dermatosis§ionRank=1&usage_type=default&anchor=H3793147941&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H3793147941.
- Swetha C, Samuel S, Srinivas B, Unnikrishnan R, Anjana R, Mohan V. A case of Kyrle's disease with diabetes and renal insufficiency. *J Diabetol*. 2014;2(6):1-4.
- Ohe S, Danno K, Sasaki H, Isei T, Okamoto H, Horio T. Treatment of acquired perforating dermatosis with narrow-band ultraviolet B. *J Am Acad Dermatol*. 2004;50(6):892-894.
- Brinkmeier T, Schaller J, Herbst RA, Frosch PJ. Successful treatment of acquired reactive perforating collagenosis with doxycycline. *Acta Derm Venereol*. 2002;82(5):393-395.
- Saleh HA, Lloyd KM, Fatteh S. Kyrle's disease. Effectively treated with isotretinoin. *J Fla Med Assoc*. 1993;80(6):395-397. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/MED/8340774>.
- Hoque SR, Ameen M, Holden CA. Acquired reactive perforating collagenosis: four patients with a giant variant treated with allopurinol. *Br J Dermatol*. 2006;154(4):759-762.
- Hood AF, Hardegen GL, Zarate AR, Nigra TP, Gelfand MC. Kyrle's disease in patients with chronic renal failure. *Arch Dermatol*. 1982;118(2):85-88.

Vanessa Gómez-Chicre^{a,b}, Juan Felipe Ochoa-Bermúdez^{b,c,*}, Lina Gómez-Martínez^c, Paola Valencia-Aguirre^c, Alix Jessica Valderrama^b y Hugo Herrera^d

^aUniversidad de la Sabana, Chia, Colombia

^bDivisión de Dermatología, Fundación Cardio Infantil, Bogotá, Colombia

^cUniversidad del Rosario, Bogotá, Colombia

^dDivisión de Patología, Fundación Cardio Infantil, Bogotá, Colombia

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanfelipeochoab@gmail.com (J.F. Ochoa-Bermúdez).

<https://doi.org/10.1016/j.piel.2020.12.013>

0213-9251/

© 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Herpes zóster oftálmico en el contexto de la pandemia por COVID-19

Ophthalmic herpes zoster in the context of the COVID-19 pandemic



Se estima que en torno a un 10% de los casos de herpes zóster (HZ) involucran al dermatómo correspondiente a la rama oftálmica del nervio trigémino (V1), hablando en este caso de herpes zóster oftálmico (HZO)¹. Es importante un diagnóstico

y tratamiento precoces, ya que es frecuente la aparición de complicaciones oftalmológicas o a nivel del sistema nervioso central². Se ha comunicado un aumento de casos de HZ coincidiendo con la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19),

Tabla 1 – Características clínicas de los 3 pacientes con herpes zóster oftálmico

	Sexo	Edad	Estado inmunitario	Afectación ocular	PCR SARS-CoV-2	Tratamiento
1	Varón	62	Inmunodeprimido	Sí	Negativa	Aciclovir 500 mg/8 h iv 7 días
2	Varón	84	Inmunocompetente	No	Positivo (no requirió ingreso hospitalario)	Brivudina 125 mg oral, 7 días
3	Varón	100	Inmunodeprimido	Sí	Negativa	Aciclovir 250 mg/8 h iv 7 días



Figura 1 – Pacientes con herpes zóster en territorio V1. A destacar, marcada distribución unilateral abarcando desde el vértex hasta la región infraorbitaria, involucrando asimismo la raíz, la parte lateral y la punta de nariz. A y C) Eritema y costras hemorrágicas y necróticas. B) Eritema y vesiculación, con costras melicéricas sobre la región ciliar.

afectando tanto a los pacientes COVID-19 positivo, achacándose a factores inmunológicos, como a los pacientes COVID-19 negativo, en probable relación a un aumento de estrés psicológico³. Presentamos 3 casos de HZ en territorio V1 con PCR para SARS-CoV-2 negativa diagnosticados durante la pandemia de COVID-19, cuyas características se resumen en la tabla 1.

Un varón de 63 años, tratado con metotrexato por artritis reumatoide, refería lesiones en aumento en la hemifrente derecha y dolor urente local desde hacía 10 días. En la exploración se observaron lesiones hemorrágicas y necróticas agrupadas afectando la región frontal y el arco ciliar derechos (fig. 1A). La sospecha clínica fue de HZ en territorio V1, siendo un posible desencadenante una quemadura química sufrida unas semanas antes. Se realizó una valoración por parte de oftalmología con el diagnóstico de queratouveítis herpética asociada a la reactivación del VVZ. Se decidió realizar el ingreso hospitalario y tratamiento con aciclovir intravenoso durante 7 días junto a curas locales, con evolución favorable.

Un varón de 84 años, con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II, acudió por lesiones cutáneas dolorosas en la hemicara derecha de 3 días de evolución. Se apreciaban vesículas agrupadas sobre un fondo eritematoso en la hemifrente y la región frontoparietal derechas (fig. 1B) sin afectación oftalmológica. Ante el diagnóstico clínico y la ausencia de criterios de riesgo se decidió seguir un tratamiento

domiciliario con brivudina 125 mg durante 7 días. Al ser contacto de riesgo de un paciente con SARS-CoV-2 + se realizó PCR con resultado positivo dado su carácter asintomático, pero se dio de alta con seguimiento domiciliario por AP.

Un varón de 100 años, institucionalizado y con historia personal de hipertensión arterial y amaurosis, fue remitido por lesiones eritematocostrosas y necróticas de 5 días de evolución que abarcaban el ápex nasal, la zona periorbitaria y la zona frontoparietal izquierdas, respetando la línea media (fig. 1C). A nivel ocular presentaba afectación corneal con ampollas epiteliales en el ojo izquierdo. Se inició tratamiento hospitalario con aciclovir intravenoso durante 7 días y curas locales, con resolución sin desarrollar complicaciones.

El nervio oftálmico conduce la información sensitiva de la región frontoparietal, el párpado superior y la córnea, la nariz y la mucosa nasal. Entre sus divisiones se encuentra el nervio nasociliar, que recoge buena parte de la información sensitiva del área orbitaria, la nariz y el seno etmoidal. Así, la presencia de lesiones herpéticas en el área nasal (signo de Hutchinson) aumenta considerablemente la probabilidad de padecer complicaciones oculares (fig. 1). Dada la potencial morbilidad asociada, las guías de la Asociación Europea de Dermatología y Venereología^{4,5} recomiendan en todos los casos de HZO la valoración por el oftalmólogo y el inicio de terapia antiviral, ya sea oral o intravenosa en función de las características del paciente, y de ser posible antes de las primeras 72 h. Sin

tratamiento antiviral temprano, la mitad de los pacientes con HZO tendrán afectación ocular, de etiología infecciosa o inflamatoria⁶, siendo la queratitis la más común y la necrosis retiniana aguda la más temida. Además, existe riesgo de secuelas neurológicas permanentes y de neuralgia posherpética.

El principal factor de riesgo para desarrollar HZ, incluyendo a HZO, es la edad⁷. Se han realizado estudios de casos y controles como el de Zhang et al.⁸ que apoyan la teoría de que los traumatismos mecánicos también actuarían como desencadenantes de esta entidad, y, como ocurría en el primer caso, el HZO tras una quemadura química también ha sido descrito^{9,10}. Asimismo, la inmunodepresión es un factor de riesgo importante para padecer HZ, y en este contexto se ha descrito un aumento de los casos en los pacientes COVID-19 positivo en relación con el estado de linfopenia y la alteración funcional de los linfocitos T, incluso como manifestación de una infección latente¹¹. Tartari et al.¹² comunicaron 3 casos de HZ necrosante en los pacientes COVID-19 positivo con linfopenia, afectándose en todos ellos la segunda rama del trigémino. En los pacientes con negatividad para SARS-CoV-2 el aumento de casos de HZ se puede achacar, mayoritariamente, a un aumento de estrés psicológico, aunque no está del todo clara la fisiopatología. Kim et al.¹³ observaron que, en comparación con los controles, los pacientes recientemente diagnosticados de HZ tenían una reducción en la secreción de interferón-gamma por parte de las células NK, así como frecuentes eventos de estrés psicológico previo. No obstante, la actividad reducida de las células NK no parecía ser un mediador inmunológico entre el estrés y el HZ.

En conclusión, dado el incremento de diagnósticos de HZ (incluyendo HZO) durante la pandemia de COVID-19, y dada la probabilidad de presentación como única manifestación, recomendamos estar alertas y evaluar la realización de un cribado de SARS-CoV-2 mediante una correcta anamnesis en todos los pacientes que se diagnostiquen de HZ si acompañan sintomatología sugerente.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Liesegang TJ. Herpes zoster ophthalmicus. *Ophthalmology*. 2008;115:S3-S12.
2. O'Connor KM, Paauw DS. Herpes zoster. *Med Clin North Am*. 2013;97(4):503-522.
3. Ertugrul G, Aktas H. Herpes zoster cases increased during COVID-19 outbreak. Is it possible a relation? *J Dermatolog Treat*.

2020. <https://doi.org/10.1080/09546634.2020.1789040> (Online ahead of print).
4. Werner RN, Nikkels AF, Marinović B, et al. European consensus-based (S2k) guideline on the management of herpes zoster - guided by the European Dermatology Forum (EDF) in cooperation with the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), part 1: diagnosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(1):9-19.
5. Werner RN, Nikkels AF, Marinović B, et al. European consensus-based (S2k) guideline on the management of herpes zoster - guided by the European Dermatology Forum (EDF) in cooperation with the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), part 2: treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(1):20-29.
6. Freund PR, Chen SH. Herpes zoster ophthalmicus. *Can Med Assoc J*. 2018;190(21):E656.
7. Yawn BP, Saddier P, Wollan PC, Sauver St JL, Kurland MJ, Sy LS. A population-based study of the incidence and complication rates of herpes zoster before zoster vaccine introduction. *Mayo Clin Proc*. 2007;82(11):1341-1349.
8. Zhang JX, Joesoef RM, Bialek S, Wang C, Harpaz R. Association of physical trauma with risk of herpes zoster among medicare beneficiaries in the United States. *J Infect Dis*. 2013;207(6):1007-1011.
9. Wurzer P, Guillory A, Parvizi D, et al. Human herpes viruses in burn patients: a systematic review. *Burns*. 2017;43(1):25-33.
10. Crowley TP, Stevenson S. Herpes zoster masquerading as a chemical burn secondary to hair dye. *J Burn Care Res*. 2017;38(2):e580-e581.
11. Elsaie ML, Youssef EA, Nada HA. Herpes zoster might be an indicator for latent COVID 19 infection. *Dermatol Ther*. 2020: e13666.
12. Tartari F, Spadotto A, Zengarini C, et al. Herpes zoster in COVID-19-positive patients. *Int J Dermatol*. 2020;59(8):1028-1029.
13. Kim CK, Choi YM, Bae E, Jue MS, So HS, Hwang ES. Reduced NK cell IFN- γ secretion and psychological stress are independently associated with herpes zoster. *PLoS One*. 2018;13(2): e0193299.

Angela Ayén-Rodríguez, Jose María Llamas-Molina y Ricardo Ruiz-Villaverde*

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ismenios@hotmail.com

(R. Ruiz-Villaverde).

<https://doi.org/10.1016/j.piel.2020.12.013>

0213-9251/

© 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.