



Caso clínico

Debilidad en hemicuerpo izquierdo en paciente con herpes zóster cervical



José Antonio Costa Muñoz^{a,b,f,*}, María Ángeles López Sepúlveda^f, Teresa Such Andrés^f, José Cosín Ahedo^{c,f} y Vicente Peset Mancebo^{d,e,f}

^a Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública, Bromatología, Toxicología y Medicina Legal, Facultad de Farmacia, Universitat de València, Valencia, España

^b Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, UCH CEU San Pablo, Valencia, España

^c Centre de Salut de la Poble Llarga, Agència Valenciana de Salut, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Valencia, España

^d Unidad de Neurología, Servicio de Medicina Interna, Hospital de Sagunt, Agència Valenciana de Salut, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Valencia, España

^e Departamento de Medicina y Cirugía del Sistema Nervioso, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia, Valencia, España

^f Clínica Médica Comarcal, Clínica Atenea, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de febrero de 2019

Aceptado el 13 de marzo de 2019

Palabras clave:

Herpes zóster

Paresia

Radiculopatía

R E S U M E N

El herpes zóster es una enfermedad frecuente en atención primaria; sin embargo, la paresia segmentaria, como es el caso que exponemos, es una complicación rara.

Presentamos el caso de un varón de 63 años que acudió a la consulta por lesiones cutáneas en el brazo izquierdo de 9 días de evolución acompañadas de debilidad en el hemicuerpo izquierdo. Presentaba lesiones compatibles con herpes zóster en el dermatoma C5 izquierdo. La exploración motora mostró hemiparesia izquierda con debilidad en la abducción de hombro (4/5), flexión y extensión del codo (4/5), flexión de dedos de la mano (4/5), flexión dorsal del pie (3/5) y extensión del primer dedo del pie (3/5). Destacaron una disminución de la sensibilidad tacto-algésica e hemicipoestesia izquierda en todo el miembro superior y planta del pie, con disminución del reflejo aquileo izquierdo respecto al derecho y marcha con *steppage* izquierdo. El paciente fue remitido al Servicio de Urgencias por sospecha inicial de mielopatía por herpes zóster. Las RMN cervical y lumbar realizadas mostraron leves cambios degenerativos sin evidencia de estenosis o enfermedad discal significativas. El líquido cefalorraquídeo mostró aumento de proteínas y presencia de leucocitos de predominio mononuclear, con IgM e IgG frente al virus varicela zóster. La electromiografía mostró signos de radiculopatía C5-C6 y L5 izquierdas subagudas y leves, siendo tratado con aciclovir y dexametasona. Ocho meses después del inicio de los síntomas el paciente aún no está completamente recuperado.

Es importante que el médico de familia esté atento a los síntomas y signos de paresia segmentaria como complicación que, aunque es rara, ocurre en una enfermedad frecuente como es el herpes zóster.

© 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Left side body paresis in a patient herpes zoster infection

A B S T R A C T

Herpes zoster is a common disease for family physicians. However, segmental zoster motor paresis is an uncommon phenomenon.

A 63-year-old man develop a herpetic rash in a C5 distribution followed nine days after by left upper and lower limbs paresis. Motor examination revealed weakness with 4/5 strength in shoulder abduction, 4/5 strength in elbow flexors and dorsiflexors, 4/5 strength in hand fingers flexors, 3/5 strength in foot dorsiflexors and 3/5 strength in left extensor hallucis longus. Furthermore, sensation was diminished in

Keywords:

Herpes zoster

Paresis

Radiculopathy

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose.a.costa@uv.es (J.A. Costa Muñoz).

both left upper limb and left sole and left plantar reflex was also diminished. Steppage gait was observed. Patient was referred to the emergency department with herpes zoster myelopathy suspicion. MRI of the neck and lumbar spine revealed mild degenerative changes without evidence of significant spinal stenosis or disc disease. Cerebrospinal fluid showed an increase in proteins and polymorphonuclear leucocytes with presence of both Ig M and Ig G herpes zoster antibodies. Needle electromyography showed in C5-C6 and L5 distribution mild subacute radiculopathy signs. The patient was treated with dexamethasone and acyclovir. Eight months after the beginning of the disease the patient was not fully recovered. Family physicians should be aware of a weird herpes zoster complication like segmental zoster motor paresis that can take place in this common disease.

© 2019 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Contexto

El herpes zóster (HZ) es una enfermedad neurocutánea muy frecuente. Se estima que alrededor de la mitad de las personas que alcancen los 85 años y no estén vacunadas la presentarán en algún momento de su vida¹. La paresia segmentaria por el virus varicela-zóster (VVZ) se considera una complicación rara del HZ que se manifiesta por debilidad de miembros, lesiones nerviosas axonales, radicales, plexurales o de nervios periféricos². Presentamos el caso de un varón que tuvo paresia segmentaria durante un HZ. Creemos que la elevada frecuencia del HZ en las consultas de médico de familia y la posibilidad de una complicación, que aunque infrecuente puede producir secuelas, justifica el conocimiento de esta complicación en atención primaria.

Presentación del caso

Varón de 63 años, mecánico de automóviles, con antecedentes personales de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y diverticulosis colónica en tratamiento crónico con ramipril, bisoprolol, doxazosina, aspirina y atorvastatina. Consultó por debilidad en hemicuero izquierdo de 9 días de evolución, coincidiendo con la aparición de lesiones cutáneas en esa misma localización.

En la exploración destacaba la presencia en dermatoma C5 izquierdo de lesiones de base eritematosa y costra en superficie, compatibles con HZ en resolución. La exploración neurológica sistemática evidenció hemiparesia izquierda con debilidad en la abducción del hombro (4/5), flexión y extensión del codo (4/5), flexión de dedos de la mano (4/5), flexión dorsal del pie (3/5) y extensión del primer dedo del pie (3/5). Destacaban una disminución de la sensibilidad tacto-algésica con una hemihipoestesia izquierda en todo el miembro superior y planta del pie y una disminución del reflejo aquileo izquierdo. Presentaba marcha con *steppage* izquierdo.

El paciente fue remitido al Servicio de Urgencias con sospecha de mielorradiculopatía por HZ. En la RMN cerebral no se objetivaron hallazgos de interés; en la RMN cervical se hallaron cambios espondiloartróticos entre C3-C6 sin estenosis del conducto raquídeo, uncoartrosis e hipertrofia facetaria con reducción foraminal izquierda C3-C4 y estenosis foraminal bilateral, de predominio izquierdo en C5-C6. El estudio lumbar mostró cambios espondiloartróticos en los últimos niveles lumbares con pérdida de altura del espacio L4-L5 e hipertrofia facetaria, con discreta reducción foraminal derecha, sin afectación radicular. A nivel L5-S1 se objetivó reducción foraminal derecha. No se observaron signos de mielopatía. El líquido cefalorraquídeo mostró aumento de proteínas y presencia de leucocitos de predominio mononuclear, así como presencia de Ig M e Ig G frente al VVZ e Ig G positivas con Ig M negativas frente a citomegalovirus, virus de Epstein-Barr y herpes simple tipo 1. La electromiografía mostró signos de radiculopatía C5-C6 izquierda subaguda de grado leve, neuropatía tipo axonotmesis parcial subaguda moderada-severa del nervio axilar izquierdo, con



Figura 1. Asimetría entre ambos antebrazos por paresia izquierda.

moderados signos de denervación, así como signos de radiculopatía izquierda L5 subaguda de grado leve, sin evidencias de afectación de otros territorios. El paciente fue tratado con aciclovir y dexametasona por radiculopatías cervical y lumbar por HZ con seguimiento por el Servicio de Rehabilitación, persistiendo paresia de predominio proximal en miembros superior e inferior izquierdos y atrofas musculares leves braquiales izquierdas 8 meses después del inicio del proceso (fig. 1).

Discusión

La infección por HZ tiene 3 etapas: preruptiva, con presencia de síntomas de tipo neuropático; eruptiva, que dura alrededor de 2 semanas; y crónica, en forma de neuralgia postherpética, presente en entre un 9 y un 45% de los casos. El HZ se produce por reactivación del VVZ que queda acantonado en la raíz dorsal sensitiva tras la varicela, generalmente por fallo en el control que el sistema inmune ejerce sobre la reactivación del virus en situaciones en que

el sistema inmune se ve afectado por la edad, fármacos y factores psicosociales, entre otros³. Con la reactivación, el virus migra distalmente a través de las raíces sensitivas, lo que provoca la erupción cutánea típica y la neuralgia. La afectación de las raíces motoras se ha descrito desde 1949⁴. Se postula que la migración del virus, no solo distalmente sino también en sentido proximal, sería la forma de acceder del virus a los axones motores⁵. Tradicionalmente se consideró que el 1-5% de los casos de HZ pueden producir algún grado de paresia, pero actualmente se estima que puede ocurrir en un 5-30% de los casos. Aparece a las 2-3 semanas de la erupción, aunque puede darse entre horas y un mes después de esta; afecta predominantemente a varones mayores de 50 años, produciendo debilidad de grado leve-moderado con una duración media de 6 meses y buen pronóstico. Más de la mitad se recupera por completo y un tercio presenta una mejoría sustancial entre los 6 y 12 meses del inicio. En estos casos, se asocia en su mayoría a neuralgia postherpética, que persiste en el 92% de los casos al mes y en el 65% a los 3 meses^{6,7}. El tratamiento con terapia antiviral en pacientes con radiculopatía reduce la incidencia de paresia y la progresión y severidad de los cambios electrofisiológicos⁸. Se han descrito casos en los que la administración de corticoides ha mejorado el dolor y la debilidad en pacientes con radiculopatía por VVZ^{9,10}.

Puntos clave

1. El herpes zóster es una infección frecuente en atención primaria.
2. La complicación neurológica más frecuente del herpes zóster es la neuralgia postherpética por afectación de las raíces sensitivas.
3. Existen otras formas de afectación neurológica en el herpes zóster tales como la radiculopatía con afectación de los axones motores que puede producir paresia, cuya frecuencia podría ser mayor de la esperada y que una anamnesis y exploración física adecuadas pueden poner en evidencia.
4. El tratamiento antiviral en los pacientes con radiculopatía por herpes zóster reduce la incidencia y progresión de la paresia. Se han descrito casos en los que la administración de corticoides reduce el dolor y la debilidad en pacientes con radiculopatía por herpes zóster.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en relación con el caso.

Bibliografía

- 1 Cohen JI. Herpes zoster. *N Engl J Med* 2013;369:255-63.
- 2 Thomas SL, Hall AJ. What does epidemiology tell us about risk factors for herpes zoster? *Lancet Infect Dis* 2004;1:26-33.
- 3 Halpen S, Covner A. Motor manifestations of herpes zoster. *Arch Intern Med* 1949;84:907-16.
- 4 Dumitru D. Generalized peripheral neuropathies. En: Dumitru D, editor. *Electrodiagnostic medicine*. Philadelphia: Hanley and Belfus Inc; 1995. p. 803-4.
- 5 Liu Y, Wu BY, Ma ZS, Xu JJ, Yang B, Li H, et al. A retrospective case series of segmental zoster paresis of limbs: clinical, electrophysiological and imaging characteristics. *BMC Neurol* 2018;18(1):121.
- 6 Jones LK, Reda H, Watson JC. Clinical, electrophysiologic and imaging features of zoster-associated limb paresis. *Muscle Nerve* 2014;50(2):177-85.
- 7 Thomas JE, Howard FM. Segmental zoster paresis: a disease profile. *Neurology* 1972;22:4594-666.
- 8 Mondelli M, Romano C, Passero S, Della Porta P, Rossi A. Effects of acyclovir on sensory axonal neuropathy, segmental motor paresis and postherpetic neuralgia in herpes zoster patients. *Eur Neurol* 1996;36:288-92.
- 9 Conliffe T, Dholakia M, Broyer Z. Herpes zoster radiculopathy treated with fluoroscopically-guided selective nerve root injection. *Pain Physician* 2009;12:851-3.
- 10 Shakir A, Kimbrough DA, Mehta B. Postherpetic neuralgia involving the right C5 dermatome treated with a cervical transforaminal epidural steroid injection. A case report. *Arch Phys Med Rehab* 2007;88:255-8.