

Herpes zóster en un niño

Herpes zoster in a child

Dra. Farah María Kindelán Mercerón ^I y Dr. Jorge Luis Pérez León ^{II}

^I Policlínico Docente "30 de Noviembre", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Policlínico "Porfirio Valiente Bravo", Songo-La Maya, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un niño de 9 años de edad, quien asistió al centro de salud de Santa Lucia, municipio de Itamarandiba, estado brasileño de Minas Gerais, por presentar lesiones inicialmente dolorosas y pruriginosas en el abdomen, que se irradiaban a la espalda unilateralmente. En el examen dermatológico se observaron múltiples vesículas agrupadas en forma de racimo de uvas sobre un fondo eritematoso, localizadas en el lado izquierdo del abdomen y difundidas a la región lumbar, por lo cual se diagnosticó un herpes zóster. Se le indicó el tratamiento oportuno y desaparecieron tanto las lesiones como los síntomas asociados.

Palabras clave: niño, lesión, herpes zóster, Brasil.

ABSTRACT

The case report of a 9 years boy is presented. He attended the health center of Santa Lucía, in Itamarandiba, Brazilian state of Minas Gerais, due to initially painful and pruriginous lesions in the abdomen that irradiated unilaterally to the back. In the dermatologic examination multiple vesicles grouped in a bunch of grapes form on an erythematous base were observed, located in the left side of the abdomen and diffused to the lumbar region, reason why an herpes zoster was diagnosed. The appropriate treatment was indicated and either the lesions or the associated symptoms disappeared.

Key words: child, lesion, herpes zoster, Brazil.

INTRODUCCIÓN

La varicela y el herpes zóster (HZ) son entidades clínicas distintas causadas por el virus de la varicela zóster (VVZ). Ahora bien, la varicela es una enfermedad aguda, altamente contagiosa, que se produce con más frecuencia en la infancia como resultado de una infección primaria en individuos susceptibles. El HZ se caracteriza por el dolor unilateral y la aparición de vesículas sobre una base eritematosa que sigue el territorio de un dermatomo y respeta la línea media, producida años después del primer contacto con el virus. Los principales factores de riesgo de esta enfermedad son: edad avanzada y disfunción inmune celular.¹

El virus de la varicela zóster es el causante de la varicela como primoinfección y del herpes zóster, cuando se produce la reactivación de dicho virus latente en los ganglios sensitivos. En contraste con la primoinfección, que suele ocurrir con más frecuencia en la infancia, el HZ es más frecuente en pacientes mayores de 45 años y que se encuentran inmunodeprimidos.¹⁻³ La aparición de esta afección en niños inmunocompetentes y sin antecedentes personales de varicela es poco frecuente.² También resulta muy rara en niños menores de 10 años, excepto en aquellos que la madre sufre una infección en el útero o presentan el episodio en el primer año de vida. Para ser diagnosticado con herpes zóster es indispensable la exposición previa al VVZ, ya sea debido a una infección primaria por varicela o por la exposición a través de la vacuna.⁴

El herpes zóster en pediatría es una enfermedad poco frecuente y generalmente tiene un curso benigno. Se presenta como una expresión clínica de la reactivación del VVZ, y por lo general, no tiene complicaciones, a diferencia de lo que ocurre en el adulto.¹⁻⁴

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de un escolar del sexo masculino y 9 años de edad, quien asistió al centro de salud de Santa Lucia, Municipio Itamarandiba, estado brasileño de Minas Gerais, por presentar un cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por la aparición de lesiones inicialmente dolorosas y pruriginosas en abdomen, que se irradiaban a la espalda de manera unilateral. Durante el interrogatorio la madre negó antecedentes familiares de infección por herpes y no recordaba si el paciente había padecido previamente de varicela; además, no tenía el esquema de vacunación actualizado.

En el examen físico el paciente mostró buen estado general, afebril, aunque bajo de peso y talla para su edad; presentó dolor descrito como punzante y quemante. En el examen dermatológico se observaron múltiples vesículas agrupadas en forma de racimo de uvas sobre un fondo eritematoso que seguían un patrón de dermatoma, localizadas en el lado izquierdo del abdomen e irradiadas a la región lumbar (figura 1). Teniendo en cuenta estos hallazgos clínicos se diagnosticó un herpes zóster y se inició el tratamiento con aciclovir por vía oral, dosis de 20 mg/kg cada 8 horas, durante 7 días, con lo cual desaparecieron las lesiones y los síntomas asociados.



Fig 1. Se observan múltiples vesículas agrupadas sobre un fondo eritematoso que siguen un patrón de dermatoma.

Luego, en la consulta de control solo se observaron máculas pardas indicativas de hiperpigmentación posterior al proceso inflamatorio (figura 2).



Fig 2. A los 7 días de tratamiento se observaron lesiones maculares hiperpigmentadas pardas.

El dolor desapareció al quinto día, las lesiones se secaron completamente y a los 15 días cayeron las costras sin dejar secuelas. Se realizaron controles semanales durante un mes y el paciente no presentó dolor posterior a la infección (figura 3).



Fig 3. Después de recibir el tratamiento se hallaron lesiones completamente secas y sin costras.

Se realizó seguimiento por 3 meses, sin aparición de nuevas lesiones sugestivas de herpes.

DISCUSIÓN

Como es sabido, el HZ se considera una enfermedad típica de adultos mayores y de pacientes con alteración del sistema inmune; sin embargo, es un proceso relativamente frecuente en niños, tanto inmunodeprimidos como sanos. La incidencia ajustada por edad es de 0,45 por cada 1 000 personas por años en pacientes con edades entre 0 y 14 años, y asciende a 4,5 por cada 1 000 personas por año en aquellos mayores de 75 años. En la población infantil la incidencia es más baja en el grupo de 0 a 5 años (20 por 100 000 personas al año) en comparación con los adolescentes (63 por 100 000 personas al año).⁵⁻⁷

En los últimos años, la incidencia del HZ ha aumentado en la población infantil. Quizá sea debido a que anteriormente muchos casos de esta afección fueron infradiagnosticados cuando las pruebas específicas de laboratorio aún no estaban disponibles, o bien por la confusión frecuente en la infancia con el herpes simple, el impétigo ampolloso o el prurigo estrófulo.^{5,6}

De hecho, el principal factor de riesgo del HZ infantil es la inmunodepresión, y la varicela materna durante el segundo trimestre del embarazo o esta enfermedad durante el primer año de vida del niño. Las 2 últimas situaciones no permiten que se forme una respuesta contra el VVZ duradera por la inmadurez de su sistema inmune; por tanto, el estado inmunológico del niño en el momento de adquirir la primoinfección parece ser el factor determinante.^{6,7}

La exposición previa al virus de la varicela es un requisito indispensable para la reactivación del virus y la presentación de herpes zóster. Esta exposición se puede dar por medio de la infección primaria de varicela o por la vacunación. En la bibliografía médica se han descrito casos de herpes zóster sin previa varicela, cuya presentación es posterior a la aplicación de la vacuna. Esto se debe, en parte, al hecho de que esta vacuna está desarrollada con virus vivo atenuado. La incidencia de herpes zóster en individuos que reciben la vacuna contra la varicela es de 14 casos por 100 000 personas al año, en comparación con 20 a 63 por 100 000 personas al año que presentan herpes zóster después de la infección por varicela.^{7,8}

En los niños la evolución del HZ suele ser favorable, salvo en aquellos que están inmunodeprimidos, pues tienen mayor riesgo de complicaciones. Las formas diseminadas o complicaciones suelen ser raras en la infancia, siendo más frecuentes las sobreinfecciones bacterianas, las cicatrices y la afectación de más de un dermatoma. Al respecto, se había pensado que el HZ infantil podría ser un indicador de una enfermedad maligna subyacente, como la leucemia linfática; sin embargo, este hecho aún no se ha podido demostrar en los distintos estudios.⁷⁻⁹

Cabe destacar que los niños inmunodeprimidos pueden manifestar una enfermedad más grave similar a la de los adultos, que incluye: neuralgia posherpética, afección cutánea rara parecida a la varicela y diseminación visceral con neumonía, hepatitis, encefalitis o un síndrome de coagulación intravascular diseminada.⁷⁻⁹

Al igual que en los adultos, el diagnóstico es clínico y no se necesita realizar pruebas de laboratorio, aunque en ocasiones se requiere de ellas. Al inicio de la enfermedad puede encontrarse una leucopenia que va seguida de una linfocitosis y en el líquido cefalorraquídeo puede presentarse una pleocitosis linfocitaria con proteinorraquia leve o moderada y glucorraquia normal.⁷⁻¹⁰

El tratamiento es mucho más efectivo y previene complicaciones cuando se inicia en las primeras 72 horas de comenzar el cuadro clínico. En niños se usa el Aciclovir oral, 80 mg/kg/día, repartido en 4 dosis durante 7 días o hasta 2 días después de la aparición de nuevas lesiones.⁸⁻¹⁰

Tal como se ha visto, el caso presentado mostró un cuadro clínico indicativo de herpes zóster sin antecedentes de varicela, por lo que se puso de manifiesto que se requiere de una sospecha clínica para realizar el diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albrecht MA, Hirsch M, Edwards M, Mitty J. Epidemiology and pathogenesis of varicella-zoster virus infection: Herpes zoster. Uptodate. 2013 [citado 20 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-varicella-zoster-virus-infection-herpes-zoster>
2. Pinchinat S, Cebrián Cuenca AM, Bricout H, Johnson RW. Similar herpes zoster incidence across Europe: results from a systematic literature review. BMC Infect Dis. 2013; 13:170.
3. Weinmann S, Chun C, Schmid DS, Roberts M, Vandermeer M, Riedlinger K, et al. Incidence and clinical characteristics of herpes zoster among children in the varicella vaccine era, 2005-2009. J Infect Dis. 2013; 208(11):1859-68.

4. Sawant S, Amin A, Kumar S. Herpes zoster in a healthy immunocompetent two-year-old child. *Pediatr Infect Dis J.* 2012; 4:13-4.
5. Caro Gutiérrez d, López Estebaranz JL, Naz Villalba E, Ayala Bernaldo de Quiros L. Herpes zóster en niños vacunados contra el virus varicela zóster: experiencia en nuestro hospital. *Actas Dermosifiliogr.* 2015; 106(4):329-31.
6. García Aguado J. Varicela y herpes zóster. [citado 26 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-varicela-y-herpes-zoster>
7. Albrecht MA. Treatment of varicella-zoster virus infection: Chickenpox. [citado 26 Ago 2014]. Disponible en: http://cursoenarm.net/UPTODATE/contents/mobipreview.htm?29/57/30622?source=see_link
8. Ulman Ca, Trevino JJ, Gandhi RK. Herpes zoster in a 2-year-old vaccinated against varicella. *Dermatol Online J.* 2014; 20(1):21259.
9. Klassen TP, Hartling L, Wiebe N, Belseck EM. Aciclovir para el tratamiento de la varicela en niños y adolescentes sin otra enfermedad. En: *Biblioteca Cochrane Plus.* 2011 [citado 14 Ago 2016]. Disponible en <http://www.cochrane.org/es/CD002980/aciclovir-para-el-tratamiento-de-la-varicela-en-ninos-y-adolescentes-sin-otra-enfermedad>
10. Janniger CK, Eastern JS, Hospenthal DR, Moon JE. Herpes zoster treatment & management. *Medscape.* 2017 [citado 14 Ago 2016]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1132465-treatment>

Recibido: 29 de marzo de 2017.

Aprobado: 10 de junio de 2017.

Farah María Kindelán Mercerón. Policlínico Docente "30 de Noviembre", calle 10, esquina General Miniet, reparto Santa Bárbara, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: jorgeluisperezleon69@gmail.com