

Caso clínico

Herpes zoster ampolloso y hemorrágico

Rosa María Ponce Olivera,* Andrés Tirado Sánchez,** Valeria Lyzzete Díaz Molina***

RESUMEN

El herpes zoster es una dermatosis viral relativamente común que afecta principalmente a pacientes que tienen algún tipo de inmunodepresión, la mayor parte de las veces a consecuencia de enfermedades crónico-degenerativas. El herpes zoster puede, además, manifestarse en un número limitado de casos con formas atípicas, como la presentación ampolloso, hemorrágico, o ambas. Se comunica el caso de un paciente de 58 años de edad con diagnóstico de herpes zoster ampolloso y hemorrágico, por ser muy representativo y porque existen escasas referencias en la bibliografía sobre esta forma clínica.

Palabras clave: herpes zoster, hemorrágico, ampolloso, citodiagnóstico de Tzanck.

ABSTRACT

Herpes zoster is a relatively common viral skin disease that affects primarily to patients with immunosuppression, most often as a result of chronic degenerative diseases. Herpes zoster can also occur in a limited number of cases with atypical forms, such as bullous and/or hemorrhagic presentation. We report the case of a 58 years-old male patient, with a diagnosis of hemorrhagic and bullous herpes zoster, because the case is very representative and there are only a few references about this clinical form.

Key words: herpes zoster, hemorrhagic, bullous, Tzanck smear.

El herpes zoster resulta de la reactivación del virus varicela zoster (VVZ) que permanece latente en las raíces dorsales de los ganglios espinales después de la infección primaria (manifestada clínicamente como varicela), la cual ocurre comúnmente en la niñez.¹⁻³ La incidencia entre la población general se estima en 0.8 a 4.8 casos por cada mil personas por año, con un importante incremento en mayores de 80 años de edad. Este aumento en la incidencia entre

pacientes ancianos puede explicarse por la declinación de la inmunidad celular propia del envejecimiento.¹ Asimismo, los pacientes con disminución de la inmunidad celular por diversas causas (farmacológicas o comorbilidades) son la población más susceptible de sufrir esta enfermedad;⁴ sin embargo, las causas exactas que motivan la latencia y posterior reactivación del virus aún están lejos de ser completamente conocidas.²

El cuadro clínico típico lo constituye una dermatosis localizada que afecta el trayecto de un dermatomo, y se distingue por la aparición de vesículas que tienden a agruparse sobre una base eritematosa. La dermatosis se acompaña de dolor urente de intensidad variable y alteraciones de la sensibilidad del dermatomo afectado.

Con base en la topografía de las lesiones, el herpes zoster puede clasificarse en: clásico, doble o diseminado. La forma clásica es la típica distribución en un solo dermatomo. La forma doble afecta dos dermatomos, y puede ser uni o bilateral, ya sea asimétrico o simétrico (la subvariedad simétrica se considera extremadamente rara).⁵ La forma diseminada consiste en la aparición de 20 lesiones o más fuera del dermatomo principal o del dermatomo inmediatamente adyacente.¹

* Jefa del Servicio de Dermatología.
 ** Médico adscrito al Servicio de Dermatología.
 *** Residente de tercer año de Dermatología.
 Hospital General de México.

Correspondencia: Dra. Rosa María Ponce Olivera. Servicio de Dermatología, Hospital General de México. Dr. Balmis núm. 148, colonia Doctores, CP 06726, México, DF. Correo electrónico: doctoraponce@hotmail.com
 Recibido: septiembre, 2012. Aceptado: noviembre, 2012.

Este artículo debe citarse como: Ponce-Olivera RM, Tirado-Sánchez A, Díaz-Molina VL. Herpes zoster ampolloso y hemorrágico. Dermatol Rev Mex 2012;56(6):414-417.

www.nietoeditores.com.mx

Con respecto a variedades clínicas especiales del herpes zoster, existe el "herpes sin herpes" o *herpete sine herpete*, que se distingue por dolor neuropático típico del herpes zoster, que sigue el trayecto de un dermatomo pero sin lesiones cutáneas.^{3,5,6} En este caso, el diagnóstico debe ser confirmado por serología, reacción en cadena de la polimerasa (PCR), o ambas. La variedad úlcero-necrótico-gangrenosa afecta casi exclusivamente a pacientes inmunodeprimidos que padecen SIDA o enfermedades neoplásicas.⁵ Las variedades ampollosa, hemorrágica y necrótica frecuentemente se reportan en pacientes con VIH,² mas no son privativas de esta afección; mientras que las variedades queratósica o costro-verruginosa,^{1,5} la parecida al ectima y la generalizada atípica³ son vistas casi exclusivamente en pacientes con SIDA.

A continuación, se describe el caso de un paciente con hepatopatía crónica que sufrió una forma ampollosa y hemorrágica del herpes zoster.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 58 años de edad con hepatopatía crónica (cirrosis hepática alcohol-nutricional), que había tenido al menos tres episodios de sangrado de tubo digestivo alto en el lapso de seis años, que ameritaron transfusión sanguínea y manejo con soluciones cristaloides y coloides. El paciente acudió al Servicio de Dermatología del Hospital General de México debido a una dermatosis localizada que afectaba el muslo y el tercio proximal de la pierna derecha, en todas sus caras (Figura 1), la cual estaba constituida por escasas vesículas y principalmente por ampollas flácidas de fácil rotura, que dejaban zonas denudadas (Figura 2), algunas de contenido hemorrágico, asentadas sobre un fondo eritematoso, y algunas manchas por extravasación (Figura 3). La dermatosis causaba dolor urente intenso. El paciente había sido manejado con aciclovir, a dosis de 200 mg cada cuatro horas durante tres días, y curaciones con yodopovidona.

Ante el carácter ampollosa de la dermatosis, se realizó un citodiagnóstico de Tzanck en una de las ampollas, con el que se apreciaron células gigantes multinucleadas con degeneración balonizante, citoplasma pálido y cuerpos de inclusión intracitoplásmicos; en la base y en el contenido no se encontraron células acantolíticas (Figura 4).

Con esta correlación, se diagnosticó herpes zoster ampollosa y hemorrágica que afectaba el dermatomo



Figura 1. Aspecto de la dermatosis localizada únicamente en la extremidad pélvica derecha, que afecta el territorio del dermatomo L2.



Figura 2. Ampollas flácidas y vesículas de contenido sero-hemorrágico y zonas denudadas secundarias a la rotura de las mismas.

lumbar 2 (L2). Se le prescribió al paciente aciclovir a dosis de 800 mg cinco veces al día durante siete días, y se egresó en contrarreferencia a su unidad de origen, el



Figura 3. Ampollas flácidas y escasas vesículas de contenido hemorrágico.

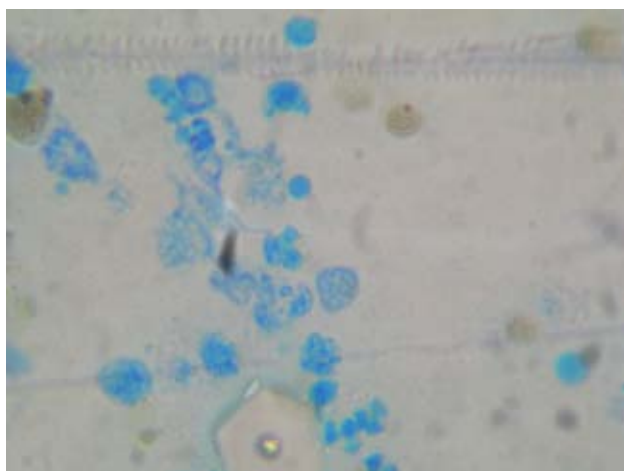


Figura 4. Citodiagnóstico de Tzanck de una de las ampollas, donde se aprecian células gigantes multinucleadas con degeneración balonizante.

Hospital General de Pachuca, Hidalgo. No se realizó estudio histopatológico ni virológico, ni el paciente acudió a consultas subsecuentes.

DISCUSIÓN

El herpes zoster es una enfermedad que el dermatólogo ve con cierta regularidad, principalmente en pacientes con algún tipo de decremento en la respuesta inmunitaria celular por diversas causas. Puede manifestarse como un cuadro clínico típico o, bien, en un limitado número de casos, de manera atípica; como en este paciente, en quien,

de acuerdo con los hallazgos clínicos y citológicos de la tinción de Tzanck, se diagnosticó herpes zoster de variedad morfológica ampollosa y hemorrágica.

Se cree que la variedad ampollosa se debe a la rápida aparición de numerosas vesículas adyacentes que coalescen;⁵ por otra parte, se considera que el herpes zoster muy rara vez es hemorrágico.⁷

Las variedades ampollosa y hemorrágica se han mencionado escasamente en la bibliografía, y casi siempre se vinculan con la inmunodepresión. Respecto a ello, debe considerarse que este paciente tenía como único antecedente de importancia una hepatopatía crónica por cirrosis hepática alcoholo-nutricional.

El diagnóstico clínico es suficiente en la mayoría de los casos de herpes zoster; sin embargo, los estudios complementarios son útiles y necesarios cuando las lesiones cutáneas son atípicas.^{1,6} Entre los auxiliares diagnósticos se encuentran la tinción o citodiagnóstico de Tzanck, serología, microscopía electrónica, biopsia de piel con inmunohistoquímica, cultivo viral y detección del virus por reacción en cadena de la polimerasa (PCR).^{1,4,8}

En este caso, el citodiagnóstico de Tzanck fue la prueba complementaria que decidió realizarse por su bajo costo, rapidez en la obtención de resultados y accesibilidad. En la bibliografía se refiere que ante infecciones herpéticas, los hallazgos característicos en el citodiagnóstico de Tzanck serán las células epiteliales gigantes multinucleadas y degeneración balonizante de las células,⁹ como ocurrió en este paciente.

Debido a la apariencia atípica de las lesiones, este padecimiento puede confundirse con otros.⁴ En tal caso las pruebas complementarias son de gran valor para el diagnóstico y la evolución del paciente, ya que la detección temprana es fundamental para dar el tratamiento adecuado.^{4,9}

En este caso, decidió instituirse tratamiento con aciclovir, ya que ha demostrado eficacia en el manejo del herpes zoster, así como en la reducción de las complicaciones.¹ El valaciclovir o famciclovir producen resultados similares a los obtenidos con aciclovir.¹ Cuando no hay respuesta a los cinco o siete días de empezar el tratamiento, debe sospecharse resistencia al aciclovir, incluso pueden manifestarse resistencias cruzadas con fármacos como el valaciclovir y el famciclovir. En casos de resistencia, se recomienda iniciar prontamente el tratamiento con antivirales como foscarnet, cidofovir y vidarabina.

REFERENCIAS

1. Mandal B. Herpes zoster in immunocompromised populations. *Indian J Dermatol* 2006;51(4):235-243.
2. Unger S, Lynfield Y, Alapati U. An atypical presentation of a common disease. *Arch Dermatol* 1998;134(19):1279-1284.
3. Veraldi S, Carrera C, Gianotti R, Caputo R. Bullous herpes zoster. *Acta Derm Venereol* 2000;80(1):55.
4. Das AL, Sayal SK, Gupta CM, Chatterjee M. Herpes zoster in patients with HIV infection. *Indian J Dermatol Leprol Venereol* 1997;63(2):101-104.
5. Steininger C, Huber J, Hauswirth A. Hemorrhagic herpes zoster. *Wien Klin Wochenschr* 2007;119(7-8):217.
6. Khera P, Haught JM, McSorley J, English JC. Atypical presentations of herpesvirus infections in patients with chronic lymphocytic leukemia. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:484-486.
7. Gnann J. Varicella-zoster virus: Atypical presentations and unusual complications. *J Infect Dis* 2002;186(Suppl 1):S91-98.
8. Nikkels AF, Piérard GE. Necrotizing varicella zoster virus folliculitis. *Eur J Dermatol* 2003;13:587-589.
9. Böer A, Herder N, Blödorn-Schlicht N, Steinkraus V, Falk TM. Refining criteria for diagnosis of cutaneous infections caused by herpes viruses through correlation of morphology with molecular pathology. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2006;72:270-275.