

Caso clínico

Herpes zoster en un niño inmunocompetente

Jéssica Karen Santos Alcivar,** Guadalupe Olguín García,** Lourdes Alonzo-Romero Pareyón***

RESUMEN

El herpes zoster afecta a 10-30% de la población, puede aparecer en cualquier momento de la vida, aunque su incidencia se incrementa con la edad, por lo que es más frecuente en los adultos mayores de 50 años. En las últimas décadas se ha observado con mayor frecuencia en niños inmunocompetentes. Se comunica el caso de un niño sin inmunodepresión con zoster lumbosacro y se hacen consideraciones acerca del tratamiento en la infancia.

Palabras clave: herpes zoster, niños, inmunocompetente.

ABSTRACT

Herpes zoster affects 10 to 30% of the population and may appear at any age although the incidence of the disease increases with age and is more common in adults older than 50 years. In recent decades, an increased number of cases in pediatric immunocompetent patients has been observed. This paper reports the case of lumbosacral zoster in a child without immunosuppression and discusses therapeutic options in childhood.

Key words: herpes zoster, children, immunocompetent.

Los virus varicela zoster (VVZ) son muy antiguos, se piensa que las propiedades de latencia y reactivación de esos virus fueron evolucionando junto con los seres humanos y los acompañaron durante las primeras migraciones que salieron de África con rumbo a Asia y posteriormente a Europa.¹ En 1952, Weller logró cultivarlo en el laboratorio y en 1965 Hope-Simpson realizó un análisis clínico a través del cual infirió el proceso evolutivo de la enfermedad y la dinámica de sus manifestaciones clínicas.²

El herpes zoster afecta a 10-30% de la población en el curso de la vida y su incidencia y gravedad se incrementan sustancialmente con la edad y la existencia de algunos procesos crónicos. Puede aparecer a cualquier edad, aunque su incidencia se incrementa con la misma, por lo que es más frecuente en los adultos mayores de 50 años.³⁻⁵ Sin embargo, en las últimas décadas se ha observado un incremento en niños inmunocompetentes. La incidencia anual de herpes zoster en niños sanos es de 0.74 casos por cada 1,000 niños menores de nueve años de edad, y de 1.38 casos por cada 1,000 niños entre 10 y 19 años. En la población mayor de 80 años, la incidencia aumenta a 10 casos por cada 1,000. Se reconocen dos factores de riesgo de padecer herpes zoster en la infancia: la varicela materna durante el segundo trimestre del embarazo y la varicela durante el primer año de vida.³ El riesgo aumenta en los niños con neoplasias.⁴

El virus varicela zoster es un alfa-herpes del cual existe un solo serotipo,⁶ es causa de dos enfermedades en la especie humana; una de ellas es la varicela, que es la infección primaria y suele conferir inmunidad de por vida. Tras la recuperación de esta infección inicial, el virus queda latente en las células ganglionares de la médula espinal; en este estado es asintomático y pierde actividad biológica.

* Residente de tercer año.

** Dermatóloga.

*** Jefa del Servicio de Dermatitis Reaccionales.
Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua.

Correspondencia: Dra. Lourdes Alonzo Romero Pareyón. Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Vértiz 464, colonia Buenos Aires, CP 06780, México, DF.
Correo electrónico: alonzo_lourdes@hotmail.com
Recibido: septiembre, 2012. Aceptado: octubre, 2012.

Este artículo debe citarse como: Santos-Alcivar JK, Olguín-García G, Alonzo-Romero Pareyón L. Herpes zoster en un niño inmunocompetente. Dermatol Rev Mex 2012;56(6):437-440.

www.nietoeditores.com.mx

Puede reactivarse en un tiempo variable, se disemina a lo largo del tracto nervioso y ocasiona el herpes zoster –que constituye la expresión de la reactivación endógena de los virus latentes–³ causando dolor o prurito, seguido o acompañado de una erupción, con eritema, vesículas, pústulas y costras que se desprenden en dos o tres semanas; las lesiones clásicamente aparecen a lo largo de una sola metámera y es unilateral. Ocasionalmente, puede acompañarse de otros síntomas, como fiebre, malestar general y adenopatías; cuando afecta a los pares craneales, puede ocasionar trastornos de la visión, del gusto, del equilibrio o de la audición.^{4,7-9} El diagnóstico es fundamentalmente clínico, pero en casos atípicos, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos, puede ser necesario el estudio citológico del contenido de las vesículas (examen de Tzanck) para comprobar si existen células multinucleadas gigantes mediante la tinción de Giemsa. La biopsia no es diagnóstica; el cultivo de virus del líquido vesicular es muy lento, la PCR en sangre puede confirmar el diagnóstico en casos de herpes sin lesiones cutáneas y los estudios serológicos sólo son útiles para hacer un diagnóstico *a posteriori*.

El tratamiento va dirigido a abreviar el curso clínico, mitigar el dolor y prevenir las complicaciones; para el alivio sintomático se indican antiinflamatorios no esteroides y, en ocasiones, opiáceos.^{4,6} El medicamento antiviral de elección es el aciclovir, un análogo nucleósido inhibidor de la replicación y activo contra la mayor parte de los virus de la familia *Herpesviridae*, el cual, a pesar de ser prescrito con mucha frecuencia, tiene un índice bajo de resistencia.^{4-8,10} La dosis en niños es de 500 mg/m² de superficie corporal por dosis o 20 mg/kg de peso por dosis (sin exceder 800 mg) cada cuatro horas, durante siete a diez días; en niños menores de dos años se administra sólo cuatro veces al día. En pacientes con inmunodepresión o casos graves se administra por vía intravenosa a dosis de 10 mg/kg/dosis o 500 mg/m²/dosis cada ocho horas, en infusión en al menos una hora, debe corroborarse una hidratación adecuada.^{11,12}

Los corticoesteroides, como la prednisona, pueden administrarse para reducir la inflamación cuando hay daño de las ramas motoras, a dosis antiinflamatoria de 0.5 mg/kg vía oral, con reducción gradual durante dos semanas.^{4,11-14}

Se aconseja la prevención primaria a través de la vacuna de la varicela con virus vivo atenuado, inicialmente se le atribuía una eficacia de 85% contra toda expresión de varicela y de 95 a 100% contra la enfermedad moderada-

grave, aunque tiempo después de su implantación y uso universal se observaron casos de varicela seis semanas después de la aplicación de la vacuna. En cuanto al herpes zoster, la inmunización no previene su aparición, ya que los virus vacunales también se alojan en los ganglios sensitivos y pueden reactivarse con el tiempo; se han publicado casos de zoster posterior a la aplicación de la vacuna. Los efectos adversos de la aplicación incluyen: dolor local o inflamación en el sitio de la inyección (20%), fiebre o exantema leve (15%) y erupción leve variceliforme de forma localizada o generalizada (5%).^{14,15}

CASO CLÍNICO

Se comunica el caso de un paciente de seis años de edad, quien manifestó una dermatosis diseminada al tronco –región inguinal derecha– y la cara lateral interna del muslo derecho en el tercio distal, así como el tercio medio y proximal de la pierna. La dermatosis era unilateral, constituida por vesículas agrupadas sobre una base eritematosa y escasas costras hemáticas que confluían entre sí, formando varias placas de tamaño variable, de evolución aguda y dolorosa (Figuras 1 y 2). El resto de la piel y los anexos se encontraron sin alteraciones.

Durante el interrogatorio dirigido, el familiar del paciente refirió menos de 24 horas de evolución, con dolor intenso en la región inguinal, posteriormente “manchas” y “granitos” en el muslo, que se diseminaron en forma varicela a los cuatro años de edad; por lo demás estaba sano, sin antecedentes de infecciones repetidas, ni déficit inmunitario. Los antecedentes familiares carecían de interés. Se realizó el diagnóstico clínico de herpes zoster y se inició tratamiento con aciclovir, 400 mg/kg/dosis, cinco tomas al día, fomentos con sulfato de cobre y óxido de cinc. La evolución de la dermatosis fue satisfactoria y el paciente estaba asintomático a los tres días de tratamiento (Figuras 3 y 4). A la semana se hizo seguimiento y se encontraron algunas manchas residuales hiperpigmentadas, escama fina y ausencia de dolor.

COMENTARIO

Aunque el herpes zoster es un padecimiento que se manifiesta hasta en 65% de los casos en mayores de 50 años de edad, y su frecuencia en menores de nueve



Figura 1. Lesiones en la cara externa del muslo.



Figura 2. Lesiones en la cara anterolateral interna del muslo.



Figura 3. Aspecto de la dermatosis a los tres días de tratamiento.

años es baja, en las últimas décadas se ha observado un aumento de casos en niños inmunocompetentes. El dato es relevante en la medida en que el médico de primer contacto suele considerar que el zoster sólo afecta a niños inmunodeprimidos, lo que puede provocar dificultades en la información que se proporciona a los padres y en el manejo del paciente. En las guías de manejo de pacientes con varicela y zoster no se recomienda la administración rutinaria de antivirales en el zoster en la infancia, pero consideramos que la decisión terapéutica debe individualizarse. No debemos olvidar que existen casos publicados de complicaciones motoras del zoster en niños pequeños, como el síndrome de Ramsay Hunt y la vejiga neurogénica, entre otras.⁴ El zoster oftálmico debe tratarse con antivirales, sin importar la edad del paciente, debido a la severidad de las secuelas. A diferencia del adulto mayor, la neuralgia posherpética no es un aspecto de preocupación ya que es excepcional en menores de 40 años, aun cuando se han descrito casos de prurito posherpético persistente en el dermatoma afectado.⁴



Figura 4. Control postratamiento.

En el criterio personal de los autores, el simple hecho de aliviar los síntomas a la mayor brevedad justifica la indicación de aciclovir, independientemente de la posibilidad de secuelas.

REFERENCIAS

1. Gil-Prieto R, San-Martín M, Álvaro-Meca A, González-López A, Gil de Miguel A. Herpes zoster hospitalizations of patients with chronic illnesses in Spain, 1998-2004. *Vacunas* 2011;12(3):95-101.
2. Salleras L, Salleras M. Epidemiology of herpes-zoster, *Vacunas* 2010;11(2):66-73.
3. Morales-Polanco I, Coutin-Marie G. Herpes zoster: caracterización clínico-epidemiológica. Tendencia en cuba y expectativas. *Reporte Técnico de Vigilancia* 2005;10(1).
4. Alonzo-Romero Pareyón L. Herpes zoster. *Dermatol Rev Mex* 2011;55(1):24-39.
5. Iglesias-Escalera G, Rodríguez-Blanco M, Suárez-Otero G, Martín-Morales M, et al. Limp as the clinical presentation of herpes zoster. *An Pediatr (Barc)* 2003;58(4):398-400.
6. Allevato M. Herpes zoster. *Act Terap Dermatol* 2006;29:354.
7. Moya-Mir MS, Mascias-Cadavid C. Herpes zoster en urgencias (revisión). *Emergencias* 2005;17:75-84.
8. Sanz-Pozo B, Quintana-Gómez JL, Martín-González I. Manejo del episodio agudo de herpes zoster y la neuralgia post-herpética. *Medifam* 2002;12(3):175-183.
9. Moraga-Llop F, Campins M. Varicella vaccine. An immunization for children and adults. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000;18(10):516-518.
10. España A, Redondo P. Update in the treatment of herpes zoster. *Actas Dermosifiliogr* 2006;97(2):103-114.
11. Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, et al. Recommendations for the management of herpes zoster. *Clin Infect Dis* 2007;44:S1-26.
12. Kempf W, Meylan P, Gerberc S, et al. Swiss recommendations for the management of varicella zoster virus infections. *Swiss Med Wkly* 2007;137:239-251.
13. García A, Guerra Tapia A, Torregrosa J. Treatment and prevention in herpes zoster. *Med Clin (Barc)* 2005;125(6):215-220.
14. Larralde M, Begoña G, Yulitta H. Varicela y herpes zoster, informe de un caso. *Arch Argent Pediatr* 2007;105(4):333-341.
15. Balatsouras DG, Rallis E, Homsoglou E, Fiska A, Korres SG. Ramsay Hunt syndrome in a 3-month-old infant. *Pediatr Dermatol* 2007;24:34-37.