

HOSPITAL DOCENTE “LEOPOLDITO MARTÍNEZ” SAN JOSÉ DE LAS LAJAS. LA HABANA

HERPES SIMPLE ZOSTERIFORME EN LACTANTE

Dra. Elisa Ruiz Hernández¹, Dra. Alicia Bravo Hernández²

1. Especialista de I grado en Pediatría. Profesor Asistente.
2. Especialista de I grado en Dermatología. Profesor Asistente. Master en Medicina Bioenergética y Natural

Resumen

Se presentó el caso clínico de un lactante de 9 meses de nacido, con herpes simple zosteriforme recidivante, que siguió el trayecto del nervio facial, y secundariamente se infectó por bacterias. El paciente tiene antecedentes patológicos personales de atopia y familiares de herpes simple labial, ambas de importancia para la enfermedad. La evolución clínica fue satisfactoria y después del tratamiento indicado, solo se encontró escasa manchas residuales hipercrómicas que esperamos sean temporales. El caso se presenta por ser una enfermedad rara, poco frecuente a esta edad en la especialidad de pediatría y dermatología; y aprovechamos para hacer una revisión sobre el tema con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento y mejorar manejo de la misma.

Palabras claves: herpes simple, lactante.

Descriptores DeCS: **HERPES SIMPLE; LACTANTE**

Introducción

El Herpes Zoster puede confundirse con algunos Herpes Simple, profundo y zosteriforme de los cuales se diferencia porque las vesículas del herpes simple aparecen siempre simultáneamente y

se encuentran en la misma fase evolutiva; los del herpes zoster aparecen sucesivamente en distinta edad; el herpes simple zosteriforme recidiva con frecuencia y se localiza hemilateral en un territorio de un nervio. El inicio de del cuadro clínico es brusco, aparecen maculas, y forman 1 o varias vesículas, agrupadas en racimos sobre una base eritematosas, a veces se transforma en pústulas que posteriormente se erosionan y forman costras.

El herpes simple recidivante es frecuente en la cara de los niños, principalmente de 6 meses a 3 años. Los anticuerpos circulantes que se encuentran en el recién nacido transmitido por la madre disminuyen a los 6 meses¹⁻³.

El herpes zoster es una enfermedad aguda, con una distribución unilateral, caracterizada por la aparición de vesículas agrupadas en una placa inflamatoria, que se localiza en el trayecto de un nervio generalmente es contagiosa y no es recidivante La involución de las vesículas pueden quedar una hipo o hiperpigmentacion Las complicaciones son raras en niños y no dejan secuelas. 4-6



Figura 1. Trayecto del nervio facial. Tomado del Atlas de Anatomía Humana del autor R. D. Sinelnikov

El Herpes Simple es causado por el herpes virus humano tipo 1 y 2. El herpes simple tipo 1 se propaga por contacto, en general de saliva infectada o por gotitas respiratorias. El periodo de incubación es de 3 a 5 días, con límite de 2 a 12 días. Los síntomas duran de 2 a 3 semanas pueden desaparecer espontáneamente si no existen infecciones bacterianas subyacentes, como cepas de estafilococo o estreptococo asociadas. Las lesiones pueden repetir a intervalos variables en la misma ubicación y cura sin dejar cicatriz habitualmente de 8 a 10 días o una macula temporal.⁷⁻⁹

No hay tratamiento eficaz para erradicar la infección latente. El aciclovir es el fármaco de elección, además de fomento antiséptico y las cremas antibióticas o antivirales según el estado de la piel lo requiera, y de manejar el dolor.^{10,2}

A continuación se presenta un caso clínico de un lactante de 9 meses de nacido con herpes simple zosteriforme recidivante secundariamente infectado por bacterias, por ser una enfermedad rara a esta edad en la especialidad de pediatría y dermatología.

Presentación del caso

MI: lesiones vesiculosas

Antecedentes perinatales: peso al nacer 7.8 libras, Apgar 9/9, parto distórsico anterior. Lactancia materna hasta los 4 meses después lactancia artificial hasta lo actual.

Antecedentes patológicos familiares: un familiar con antecedentes de herpes simple labial

Antecedentes patológico personales: enfermedad respiratoria de causa alérgica por lo que lleva tratamiento con ketotifeno desde hace 3 meses.

Paciente de 9 meses de edad, masculino que comienza hace 5 días, con una lesión eritematosa en la mejilla derecha que se abulta ligeramente, a los 2 días de comenzar el cuadro aparece en la región auricular inferior otra lesión con igual característica, al día siguiente comenzaron aparecer más vesículas, de contenido transparente, en las lesiones descritas anteriormente, siguiendo un recorrido lineal, unilateral en la mejilla derecha solamente. Con los días en el centro de la lesión se observa costras, algunas oscuras y otras mielicéricas. El borde de la lesión a partir del 7 días aumentó el halo eritematoso. El paciente presentó pérdida del apetito. El sueño y otras actividades fisiológicas normales. No fiebre. No prurito. No secreción purulenta. Al mes de presentar lesiones residuales presenta lesión única, macular con presencia en 24 horas de vesículas transparente en el mismo lugar por el comienzo del cuadro anterior.

Examen físico de piel: lesiones costrosas mielicéricas en la mayoría de su trayecto, con un halo eritematoso bien marcado alrededor de la lesiones, con erosión profunda de la piel, localizada en hemicara derecha siguiendo un trayecto lineal del nervio facial, pero con la misma fase evolutiva toda las lesiones. No adenopatía. Orafarigen y conducto auditivo normal.



Imagen 1: Lactante de 9 meses, con Herpes zoster en fase costrosa, a los 10 días de evolución de la primoinfección.

Exámenes complementarios: Hemograma con diferencial, HIV normal. Citodiagnóstico constituido por material hemático escaso. Población de linfocitos y polimorfonucleares neutrófilo y células que tiene inclusión en su núcleo. Exudado bacteriológico de la lesión con presencia de estafilococo Coagulasa positiva con antibiograma.



Imagen 2: Lactante de 9 meses, con Herpes zoster en fase residual, a los 15 días del tratamiento indicado en primoinfección.

Tratamiento: Recibió aplicaciones tópicas con fomento de sábila, mientras presentaba las vesículas, después crema de aciclovir 5%: 4 veces al día por 10 días. Por vía oral ingirió polivit y cefazolina intramuscular por 7 días. Interconsulta con inmunología pediátrica.

Comentario

El caso clínico presentado de un lactante con herpes simple zosteriforme recidivante, que tomó el trayecto del nervio facial, y posteriormente se infectó por un estafilococo coagulasa positivo. El caso es raro, poco frecuente en el trabajo diario de la especialidad de pediatría y de dermatología a esta edad. El paciente tiene antecedentes patológicos personales de atopia y familiares de herpes simple labial, de importancia en dicha enfermedad, además de la escasa lactancia materna recibida, lo que pudiera existir un deterioro del sistema inmunológico relacionado con el cuadro clínico y la enfermedad alérgica respiratoria del lactante. El caso evolucionó satisfactoriamente, y después del tratamiento indicado solo encontramos escasa manchas residuales hipercrómicas, que esperamos sean temporales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gray Prieto J, Piñol Aguade JM, Masacaro J, Jaqueti G, Gonzalez Gonzalez G. Capítulo XIV. Enfermedades producidas por virus filtrables. En: Dermatología. 7 ed. Barcelona: Científico Médica; 1971. p. 416-421.

2. Enfermedades dermatológicas infecciosas frecuentes en el niño. En: Moneda Pire J de la, Falcón Lincheta LM. Dermatología. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2005 (Pediatria 8). p. 4-59.
3. Pérez Hernández M, Navarro Domínguez JL. Capítulo 11 Virus cutáneas. En: Manssur Katrib J, Díaz Almeida JG, Cortes Hernández M, Ortiz González PR, Sagaró Delgado B, Abreu Daniel A, et al .Dermatología 7. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2002. p. 164-167.
4. Ferrándiz C. Herpes zoster (en línea). 2008. Wikipedia, la enciclopedia libre. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Herpes_zoster . Acceso: 6/02/2009.
5. Wareham D, Breuer J. Actualización sobre herpes zoster (en línea). Diario salud.net: información de medicina y salud. 2007. Disponible en: <http://www.diariosalud.net/content/view/8072/245/> .Acceso: 19/02/2009.
6. Dugdate DC. Zoster o culebrilla (en línea). 2008. Disponible en: <http://www.tecnologiahechapalabra.com/salud/especialidades/articulo.asp?i=1920> Acceso: 27/01/2009.
7. Capítulo 35 Herpes virus En: Jawetz E, Melnick JL, Adelberg EA, Butel JS, Brooks GF, Ornston LN, et al. Microbiología médica. 14 ed. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2006. p. 451-60.
8. Herpes simple. En: Benenson A, Tigert WD, Chin J. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. La Habana: Ciencias Médicas; 2007. p. 213-426.
9. Fernández Hernández BG, Ortiz González PG, Grillo Martínez R, Puertas Gómez J, Daniel Simón R, Cortés Hernández M. Capítulo XIX. Virosis cutáneas En: Dermatología. La Habana: Científico Técnica; 1986. p. 222-52.
10. Maldonado AM, Ceriatti SF, Toranzo VA, Witowski EM, Sabini LI. Modificaciones de parámetros inmunológicos por aciclovir en niños alérgicos con infección de virus herpes simple tipo 1 (VHS-1). Archivos de Alergia e Inmunología Clínica (periódica en línea). 2006; 37 (3). Disponible en: http://www.llave.connmed.com.ar/portalnoticias_vernoticia.php?codigonoticia=10443 Acceso: 19/05/2009.

SUMMARY

It was presented the clinical case of a nursing child of 9 months of age, with recurrent zosteriform herpes simplex, which followed the path of the facial nerve, and secondarily infected by bacteria. The patient has personal pathological medical history of atopy and family with herpes simplex labialis, both important for the disease. The clinical progress was satisfactory and after treatment indicated, we only found low residual hyperchromic spots that we hope are temporary. The case was presented as being a rare pathology, uncommon at this age in the specialty of pediatrics and dermatology, and we took the opportunity to do a review on the topic with the aim of raising the level of knowledge and improve management of it.

Subjects Headings: **HERPES SIMPLEX; INFANT**

Dra. Elisa Ruiz Hernández
E-mail: eruiz@infomed.sld.cu