

Herpes zóster de localización sacro-isquiática.

Presentación de un caso

Yurien Ferrera Martínez¹, Alfredo A. Laffita Batista²,
Margarita Salabarría Fernández³

Resumen

Introducción El herpes zóster es producido por la reactivación del virus varicela-zóster. Tiene una incidencia de tres casos por cada mil habitantes al año, y las probabilidades de padecerla aumentan con la edad. Sus principales factores de riesgo son los estados de inmunosupresión; la mayor parte de las veces a consecuencia de enfermedades crónico-degenerativas. El herpes zóster puede, además, manifestarse en formas atípicas en un número limitado de casos, como las presentaciones ampollosas, hemorrágica, o ambas.

Objetivo Conocer una forma atípica de herpes zóster en una paciente que acudió a consulta de ginecología en el Hospital Materno de Guanabacoa en 2018, cómo fue su tratamiento y su evolución.

Método Se realizó la presentación de un caso atípico de herpes zóster, con neuralgia postherpética, en una paciente de 60 años, blanca, con antecedentes de obesidad, que acudió a consulta de Ginecología del Hospital Materno de Guanabacoa por lesiones cutáneas y mucosas.

Resultados Se considera de interés este caso dada la asociación con la ginecología que demuestra, que, aunque la incidencia de herpes zóster es baja, es importante considerar la posibilidad de esta enfermedad en esta forma de presentación que involucra al sistema ginecológico.

Conclusión Se concluye que esta es una variedad clínica de herpes zóster atípica de la cual existen escasas referencias en la bibliografía, de ahí la importancia de su reconocimiento.

Palabras clave

Herpes zóster, neuralgia, localización atípica.

■ INTRODUCCIÓN[1]

El virus varicela-zóster (VZV) pertenece a la familia de los herpes virus y tiene la particularidad de ser el agente causal

1. Médica. Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral, Especialista de 1er. Grado en Ginecología y Obstetricia, Máster en atención Integral a la Mujer, Profesora asistente en Ginecología y Obstetricia.

2. Médico. Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral, Especialista de 2do. Grado en Ginecología y Obstetricia, Máster en atención Integral a la Mujer, Profesor asistente en Ginecología y Obstetricia.

3. Médica. Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral, Especialista de 2do. Grado en Ginecología y Obstetricia, Máster en atención Integral a la Mujer, Profesora asistente en Ginecología y Obstetricia. Autor correspondiente: Dr. Alfredo Laffita Batista. Correo electrónico: laffita@infomed.sld.cu, docenarias@infomed.sld.cu

de dos enfermedades diferentes: la varicela, que aparece durante la primo-infección y ocurre habitualmente en la infancia, y el herpes zóster, que resulta de la reactivación del virus en estado latente desde la curación de la varicela en los ganglios de las raíces dorsales de los nervios espinales. Esta reactivación ocurre más frecuentemente en personas mayores de 50 años de edad o por estados de inmunodepresión. Generalmente el cuadro clínico del herpes zóster es benigno y autolimitado, pero en ocasiones puede conducir a situaciones graves que son causa de importante morbimortalidad. Las complicaciones viscerales del herpes zoster son excepcionales en pacientes inmunocompetentes, mientras que pueden producirse hasta en el 10% de los pacientes con herpes zóster diseminado e inmunodepresión secundaria a infección por VIH, enferme-

dades neoplásicas (especialmente linfoma de Hodgkin y leucemia linfocítica), administración de tratamientos inmunosupresores, trasplante de médula ósea y de órganos sólidos, etc.(1) Los órganos afectados más frecuentemente son los pulmones y los intraabdominales (hígado, tubo digestivo, páncreas y bazo). Con frecuencia se asocia a complicaciones neurológicas.(2) La disfunción urinaria es una complicación rara pero importante de la afectación lumbosacra.

CLÍNICA

Esta es una afección inflamatoria aguda de uno o varios ganglios sensitivos, raquídeos o intracraneales, producida por el virus de la varicela-zoster y caracterizada por la erupción de vesículas de aspecto perlado reunidas en grupos en el trayecto de un nervio cutáneo. Está generalmente asociada con dolor intenso de carácter neurológico.

La erupción de vesículas que aparecen en la piel se corresponde al trayecto de un nervio o a veces más, hasta cuatro. La causa es un proceso inflamatorio o irritativo de los ganglios espinales de dichos nervios, con reacción ligera del líquido cefalorraquídeo.

Se caracteriza por la distribución de las vesículas en relación con los nervios lesionados; generalmente, hemilateral: la erupción termina precisamente en la línea media, en cuyo punto muchas veces alcanza su máxima intensidad. Por lo general, la erupción es precedida de intensas neuralgias y va seguida de cicatrices costrosas, y luego, pigmentadas, que duran bastante tiempo.

Estas cicatrices pueden ser, muy dolorosas durante algunas semanas.

La reactivación del VZV latente afecta a los nervios periféricos —neuropatía gangliorrádica(3) y la piel, donde puede producir pequeñas ampollas dolorosas en forma de anillo agrupadas a lo largo de un dermatoma. Coloquialmente, se le conoce como culebrilla, culebrina o culebrón. En algunas zonas del Mediterráneo, como España, Italia y Malta, también se le denomina «fuego de San Antonio»

Su distribución es universal, más común entre personas con edades avanzadas o con alteraciones de su sistema inmunitario.(4) Se trata de una enfermedad de fácil diagnóstico, si se desarrollan todos los síntomas, ya que el patrón de distribución de las lesiones es característico. Además, pueden realizarse diferentes pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico.(5) El tratamiento es paliativo, basado en analgésicos para controlar el dolor y antivirales para detener la infección. Existe una vacuna preventiva que se está comenzando a administrar en aquellas poblaciones de riesgo.(6)

La principal secuela que puede aparecer tras la desaparición de los signos cutáneos es la neuralgia postherpética (NPH), que consiste en una sensación dolorosa crónica en el dermatoma afectado y que puede durar desde varias semanas hasta años.(7)

EPIDEMIOLOGÍA

El herpes zóster es una enfermedad distribuida mundialmente. A diferencia de la varicela, el herpes zóster no presenta estacionalidad. Se calcula que afecta alrededor del 20 % de la población, presentando un mayor riesgo las personas caucásicas que las de otras etnias.(8–9) Puede aparecer a cualquier edad, aunque es más común en personas mayores de 50 años. Otros factores de riesgo son el estrés, la exposición a inmunotoxinas y los traumatismos. Aproximadamente, el 4 % de los enfermos padecen un segundo episodio de herpes zóster, y en algunos pacientes se han descrito más.(8)

La incidencia de esta patología varía en los diferentes grupos de edad. La frecuencia anual del herpes zóster es de 4,8 casos por cada 1000 habitantes y cerca del 75 % de los casos ocurren en mayores de 50 años.(8) La incidencia anual es de 1 a 3 casos por cada 1000 habitantes en menores de 50 años, mientras que para las personas con edades comprendidas entre los 50 y los 79 años, es de 5 a 7 casos por cada 1000. La incidencia se eleva hasta cerca de 11 casos por cada 1000 individuos mayores de 80 años. En niños de corta edad, el herpes zóster es raro. Si durante la gestación la madre ha padecido varicela, puede que haya ocurrido una primoinfección del feto en el útero y que desarrolle herpes zóster en la lactancia.(10)

En un estudio, se estimó que el 26 % de los pacientes que contraen el herpes zóster desarrollan complicaciones. La neuralgia postherpética se presenta en aproximadamente el 20 % de los pacientes. En California en 1994 se encontraron tasas de hospitalización de 2,1 pacientes por cada 100 000 personas al año, llegando a 9,3 por cada 100 000 personas al año para mayores de 60 años. Un análisis anterior en Connecticut halló una tasa de hospitalización aún mayor, posiblemente debido a la prevalencia del VIH en el primer estudio, o la introducción de los antivirales en California antes de 1994.(10)

■ PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente NP, de 60 años de edad, de sexo femenino y, blanca. El antecedente patológico personal fue la obesidad. No refería estar tomando regularmente ningún tratamiento médico.

Acude a la consulta de ginecología del Hospital Ginecobstétrico de Guanabacoa porque refiere que comienza con dolor y sensación hiperestésica en la zona de los labios mayores, la cual definía como de “pinchazos y ardor quemante”, de aparición súbita, y que al siguiente día observó unas «burbujitas» en el área de las molestias (Figura 1), en la región de la vulva del lado derecho, toda esta sintomatología comenzó 3 días antes de la consulta.

La paciente refirió como antecedentes haber ido a la playa y estar muy estresada por cuidar de una persona anciana en días anteriores a la aparición de este cuadro.



Figura 1.

EXAMEN FÍSICO

Al llegar al cuerpo de guardia se examinó a la paciente y se pensó en la posibilidad de una vulvitis herpética, pero al continuar el examen físico se observaron lesiones de tipo ampollas en el muslo derecho (Figura 2). Siguiendo el trayecto del nervio sacro se observaron lesiones de este tipo en la región anal derecha y el glúteo derecho (Figura 3) por



Figura 2.

lo que se realiza interconsulta del caso con la especialista en Dermatología. Se reevalúa el caso y se comienza a pensar en el herpes zóster de localización sacro isquiática que es una forma de presentación muy rara.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Se le realizaron exámenes complementarios y se obtuvo un leucograma normal y a predominio viral. Pensando en que pudiera estar asociado a una enfermedad inmunosupresora, se realizaron pruebas de VIH y serología con resultados

negativos.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico fue eminentemente clínico, pero se puede confirmar con estudios histopatológicos, citodiagnóstico y sobre todo con el aislamiento del virus por medios moleculares (reacción en cadena de polimerasa) en cultivos de células inoculadas, tinción inmunofluorescente de células de base de la lesión (test de Tzanck) o estudio serológico (seroconversión o un incremento de cuatro veces o más en los títulos de anticuerpos entre las muestras de suero de fase convaleciente y aguda).(11) La paciente fue valorada por dermatología y el diagnóstico de herpes zóster confirmado en tres ocasiones.

TRATAMIENTO

Se indicó tratamiento de medicina natural y tradicional con fomentos de hojas de guayaba y tratamiento antiviral con aciclovir en tabletas de 200mg y en crema, además de vitaminoterapia y analgésicos para el dolor.

EVOLUCIÓN

A los cinco días se comenzaron a secar las lesiones. Continuó con una evolución satisfactoria.

El examen físico de la piel a los siete días de iniciado el cuadro clínico mostró eritema en la región de la vulva y



Figura 3. ■ DISCUSIÓN

glúteo derecho y con zonas de costras secas. La desecación comienza entre el cuarto y el quinto día y termina entre el octavo y el décimo día.

Se siguió la paciente por consulta y tres meses después de comenzada la enfermedad y ya sin lesiones visibles en las zonas afectadas, la paciente mantiene una sensación de parestesia.

Estadísticamente, los dermatomas más afectados son los torácicos (50–66%), seguidos de los craneales (13–20%), los lumbares (12–14%), los cervicales (11–14%) y los sacros (2–4%). En los niños la localización más frecuente es la cervical, seguida de la lumbosacra y de los miembros.(12–13)

El herpes zóster de raíces sacras es una forma clínica especial por su localización. La erupción cutánea se localiza en nalga, región sacra y periné. Las disfunciones urinarias secundarias al virus de la varicela zóster con afectación

sacra son consideradas una complicación con baja frecuencia de aparición en la población general. La mielitis se produce por afectación supra sacra de la medula espinal, dando lugar a una vejiga espástica.

La neuritis es generalmente el resultado de una diseminación retrógrada del virus en los ganglios dorsales hacia las neuronas motoras sacras, afectando el reflejo del detrusor.(14) La mayoría de los pacientes reportados en la literatura tiene una erupción zosteriforme en los dermatomas S2-S4.(15)

Herpes zoster of sacral-ischial location. Presentation of a case

Summary

Introduction: *Herpes zoster (shingles) is caused by a reactivation of varicella-zoster virus. It has an incidence of three cases per thousand inhabitants per year, and the chances of suffering it increase with age. Its main risk factors are immunosuppressive states; mostly as a result of chronic-degenerative diseases. Herpes zoster can also appear, in a limited number of cases, in atypical forms, such as blisters, hemorrhagic, or both.*

Objective *Know an atypical form of herpes zoster in a patient who attended gynecological consultation at the Hospital Materno de Guanabacoa in 2018, her treatment and evolution.*

Method *We presented an atypical case of herpes zoster, with post-herpetic neuralgia, in a 60-year-old, white, female patient with a history of obesity who attended the gynecology clinic of the Hospital Materno de Guanabacoa for cutaneous and mucous lesions.*

Results *This case is considered of interest given the association of this pathology with gynecology, which, although the incidence of herpes zoster is low, it is important to consider the possibility of this disease in another presentation form that involves the gynecological system.*

Conclusion *It is concluded that this is a clinically atypical herpes zoster variety, of which there are few references in the literature, hence the importance of its recognition.*

Keywords

Herpes, zoster, neuralgia, atypical

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Sørensen GV, Rosthøj S, Würtz M, Danielsen TK, Schrøder H. The epidemiology of herpes zoster in 226 children with acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr. Blood Cancer* 2011; 57:993–7.
2. Laguna del Estal P. Complicaciones del herpes zóster. *Emergencias* 2000; 12: S19–S28.
3. Gatti A, Pica F, Boccia MT, De Antoni F, Sabato AF, Volpi A. No evidence of family history as a risk factor for herpes zoster in patients with post-herpetic neuralgia. *J Med Virol.* 2010; 82:1007–11.
4. Chen PH, Hsueh HF, Hong CZ. Herpes zoster-associated voiding dysfunction: a retrospective study and literature review. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83:1624–8.

5. Wormsbecker AE, Wang J, Rosella LC, Kwong JC, Seo CY, Crowcroft NS, et al. Twenty Years of Medically-Attended Pediatric Varicella and Herpes Zoster in Ontario, Canada: A Population-Based Study. *PLoS One.* 2015;10 e0129483. doi:10.1371/journal.pone.0129483

6. Ruíz-Aragón J, García-Cenoz M, Márquez-Peláez S, Navarro-Palenzuela C. Evaluación de la vacuna para la prevención del herpes zóster en adultos: revisión sistemática de la literatura. *Vacunas* [Internet]. 2014 jan-apr [citado 13 abr 2015];15(1-2):13-20. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1576988714000375>

7. de Juanes JR, Arrazola P, García de Codes A, Ariza C, Gil R, San Martín M, et al. Hospitalizaciones por herpes zoster y neuralgia postherpética en la Comunidad de Madrid, 1998–2003. *Vacunas* 2011; 12:129–35. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-vacunas-72-articulo-hospitalizaciones-por-herpes-zoster-neuralgia-X1576988711917786> Fecha de acceso: 13 abr 2015

8. Manzur J, Almeida JD, Cortes M. *Dermatología. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2002. p. 178.*

9. Glujoy M, Marino C. Actualización en Herpes Zóster. *Archivos de Medicina Familiar y General.* 2015; 12:45–48. Disponible en: <http://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/67> Fecha de acceso: 25 Oct 2016

10. Frota AS, Lima VRS, Queiroz HMC, Maia IL, Accioly Filho JW, Brasil MG, et al. Herpes zoster na adolescência: caso clínico. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015; 10:1–7. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)704](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)704)

11. Messeguer F, Agusti-Mejias A, Agusti P, Alegre V. La utilidad del test de Tzanck para confirmar el diagnóstico de herpes cutáneo. *SEMERGEM.* 2012; 38:199–200. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359311004096> Fecha de acceso: 25 Oct 2016

12. Peterson N, Goodman S, Peterson M, Peterson W. Herpes zoster in children. *Cutis.* 2016; 97:94–5

13. Morales, I., Coutin, G. (2005). Herpes Zoster. Caracterización clínica epidemiológica. Tendencia en Cuba y expectativas. Disponible en: http://bvs.sld.cu/uats/rtv_files/2005/rtv0105.pdf

14. Schmutzhard E. Infections of the CNS with special emphasis on herpes simplex infections. *J Neurol* 2001; 248:469–77.

15. Alfonso Rittoles A. Ricardo Fonseca ME, Feliu Lamarque N, Benítez Mazorra D. Herpes simple y varicela zoster en pacientes seropositivos al VIH y SIDA. Diagnosticado en el Instituto "Pedro Kourí". Función de la enfermera. *Rev Cubana Enfermer* 1997; 13:41–46.