

# Caso clínico: Herpes Zoster diseminado en paciente adulta mayor inmunocompetente

Adriana Elizabeth Araujo Yáñez<sup>1</sup>, Johanna Cecilia Enríquez Cruz<sup>1</sup>, Sayonara del Rocío Zaputt Cabrera<sup>1</sup>

1. Unidad de Dermatología Clínica, Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca – Ecuador.

## CORRESPONDENCIA:

Johanna Cecilia Enríquez Cruz  
Correo electrónico: joys\_feliz@hotmail.com  
Dirección: Avenida Pumapungo y calle Renacimiento El Grial  
Código postal: EC010109  
Teléfono: 0998361969-0983020304

Fecha de Recepción: 12-12-2019.

Fecha de Aceptación: 01-03-2020.

Fecha de Publicación: 30-03-2020.

## MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Araujo A, Enríquez J, Zaputt S. Caso clínico: Herpes Zoster diseminado en paciente adulta mayor inmunocompetente. Rev Med HJCA 2020; 12(1): 58-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2020.12.1.cc.08>

## ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2020 Araujo et al. Licencia RevMed HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

\* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).



## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El Herpes Zoster cutáneo diseminado (HZCD) se define como la presencia de más de 20 vesículas por fuera del área y adyacencias del dermatoma primariamente comprometido, afectación de más de 2 dermatomas contiguos o que haya compromiso sistémico. Es una patología con una prevalencia entre 10 y 40% entre pacientes inmunocomprometidos, pero en pacientes inmunocompetentes se presentan casos aislados. Se presenta un caso de una paciente adulta mayor, sin antecedentes patológicos de importancia, inmunocompetente que desarrolló HZCD.

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 89 años, sin antecedentes patológicos, consultó por lesiones dolorosas, pruriginosas y ampollas en la cara interna del muslo derecho y el tercio proximal de la pierna ipsilateral de 10 días de evolución. Días después del inicio del cuadro las lesiones se diseminan y la paciente recibe tratamiento tópico que no especificó; 72 horas después empeora su estado general por lo que es trasladada al Servicio de Emergencia.

**EVOLUCIÓN:** La paciente fue diagnosticada de Herpes Zoster diseminado. Presentó evolución favorable, tras la administración del tratamiento antiviral intravenoso y fue dada de alta sin complicaciones, al día 10 de hospitalización.

**CONCLUSIÓN:** El diagnóstico de herpes zoster diseminado debe ser considerado tanto en pacientes inmunocompetentes como inmunodeprimidos. La evolución depende en gran medida de la rapidez con la que se instale el tratamiento específico.

**PALABRAS CLAVE:** HERPES ZOSTER, ENFERMEDADES CUTÁNEAS VESÍCULOAMPOLLOSAS, ANTIVIRALES.

## ABSTRACT

**Case Report: Disseminated Herpes Zoster, in an immunocompetent elderly patient.**

**BACKGROUND:** Disseminated cutaneous Herpes Zoster is defined as the presence of more than 20 vesicles outside the area and adjacencies of the primarily affected dermatome, the involvement of more than 2 contiguous dermatomes or the presence of systemic disease. Its prevalence among immunodepressed patients is 10- 40%, but between immunocompetent patients only isolated cases are reported. We present a case of an elderly immunocompetent patient, with no pathological history, that developed HZCD.

**CASE REPORT:** An 89 year old woman, with no medical background, presented with 10 day evolution itchy, painful blistering lesions on the inner right thigh and the proximal third of the ipsilateral leg. Days after the lesions disseminated and the patient received topical treatment, she couldn't specify the treatment; after 3 days her general condition worsened, and she was brought to the Emergency Room.

**EVOLUTION:** Patient was diagnosed with Disseminated Herpes Zoster. She had a good outcome, after completing the intravenous antiviral treatment and she was discharged with no complications, after 10 days of being hospitalized.

**CONCLUSION:** Diagnosis of disseminated herpes zoster should be considered in both immunocompetent and immunocompromised patients. The outcome strongly depends on the promptness of the specific therapy instauration.

**KEYWORDS:** HERPES ZOSTER, SKIN DISEASES, VESICULOBULLOUS, ANTIVIRAL AGENTS.

## INTRODUCCIÓN

El herpes zóster (HZ) es una expresión cutánea de reactivación de la primoinfección del virus de varicela zoster (VZV), comúnmente luego de algunos años de permanecer latente en los ganglios sensitivos de la raíz dorsal. Por esta razón, su presentación clínica abarca típicamente un dermatoma específico. Se ha evidenciado que preferentemente se localiza en dermatomas torácicos. [1-5].

Se define como herpes zoster cutáneo diseminado (HZCD): a la presencia de más de 20 vesículas por fuera del área y adyacencias del dermatoma primariamente comprometido, cuando están involucrados más de 2 dermatomas contiguos o existe compromiso sistémico [5-7].

En cuanto a su epidemiología, el HZCD es considerado como una entidad poco frecuente. El Herpes Zoster afecta al 15% de los pacientes inmunocompetentes y al 50% de los inmunodeprimidos a lo largo de su vida, a nivel mundial. Se reporta que en pacientes inmunodeprimidos el HZCD se puede presentar en un 10 a 40%, siendo de las infecciones más frecuentes observadas en receptores de trasplante medular; sin embargo en personas inmunocompetentes se reportan pocos casos aislados de HZCD. Debe tenerse en cuenta que un diagnóstico tardío lleva a altos rangos de complicaciones y mortalidad pese al uso de terapia antiviral [5, 7, 8].

Los objetivos terapéuticos del tratamiento para el herpes Zoster se resumen en: un adecuado manejo del dolor y la sintomatología aguda, acortar la duración de la enfermedad, prevenir el contagio del virus a terceras personas y prevenir la aparición de complicaciones, como la neuralgia post-herpética (NPH), que es la complicación más frecuente y de difícil control. [4]

En cuanto al tratamiento en pacientes inmunocompetentes con diagnóstico de herpes Zoster se recomienda antivirales (aciclovir) una dosis de 800mg 5 veces por día, vía oral por un periodo de 7-10 días, sin embargo en pacientes inmunodeprimidos o con complicaciones asociadas, por ejemplo diseminación de la enfermedad, se recomienda el uso parenteral de aciclovir en dosis de 10mg/kg/ cada 8 horas por 7 a 10 días o hasta la desaparición de las lesiones primarias.[9-11]

A continuación, se presenta el caso clínico de una paciente inmunocompetente, sin antecedentes de importancia, con diagnóstico de herpes zoster diseminado.

## CASO CLÍNICO

Se trató de una paciente adulta mayor, de 89 años de edad, con niveles altos de funcionalidad previa, sin antecedentes médicos de importancia, proveniente de una zona rural, dedicada a la agricultura implicando exposición prolongada a carburantes de biomasa. Consultó por un cuadro clínico caracterizado por de lesiones ampollas en la cara interna del muslo derecho y el tercio proximal de la pierna ipsilateral, dolorosas y pruriginosas, de 10 días de evolución y sin causa aparente.

Las lesiones descritas se generalizaron tras una semana de su aparición, lo que llevó a la paciente a buscar atención médica privada. Tras 72 horas de terapia ambulatoria fallida con medicación tópica que la paciente no pudo especificar, presentó empeoramiento marcado de su estado general, razón por la que fue trasladada por sus familiares al Servicio de Emergencia donde se decidió su internación.

Sus constantes vitales de inicio fueron normales. Al examen físico presentó lesiones vesiculares diseminadas en tronco y extremidades, a nivel del muslo derecho (dermatoma L2) presentó sobre una

base eritematosa múltiples ampollas de contenido hemorrágico con áreas denudadas (ver figura 1,2,3).

En el análisis de laboratorio se destacó: conteo normal de leucocitos (5 580/uL) con linopenia (600 /uL), hipoalbuminemia moderada (2.8 mg/dL). Se investigó serología para HIV, Hepatitis B y C y VDRL, todos con resultados negativos.

**Imagen 1. Lesiones de Herpes Zoster en el miembro inferior. Nótese las ampollas de contenido hemorrágico que se agrupan en racimos sobre una base eritematosa, (día 1 de evaluación).**



**Imagen 2. Lesiones de Herpes Zoster diseminadas. Véase la presencia de lesiones sin respetar la clásica distribución en dermatomas (día 1 de evaluación).**



**Imagen 3. Herpes Zoster diseminado. Lesiones distribuidas en un dermatoma combinadas con lesiones fuera de él (día 1 de evaluación).**



## EVOLUCIÓN

Al ingreso se propuso diagnóstico de pénfigo vulgar, iniciándose tratamiento a base de prednisona oral y doxiciclina; se solicitó interconsulta con el Servicio de Dermatología para realización de biopsia cutánea y definir tipo de pénfigo. Sin embargo, tras la valoración del paciente, el servicio realizó diagnóstico de herpes zoster diseminado, en base a las características de las lesiones y su distribución. Se suspendió tratamiento inicial y se indicó aciclovir vía parenteral 10mg/kg/dosis, cada 8 horas, hasta inicio de remisión de lesiones y luego cambiar a vía oral de ser necesario.

En cuanto al manejo del dolor, se administró tramadol en dosis de 50mg QD, sin embargo la paciente no podía conciliar el sueño, por lo que se agregó quetiapina 12.5mg hora sueño, con buena respuesta.

Tras 10 días de terapia antiviral vía venosa se notó gran mejoría; las lesiones dérmicas se redujeron en tamaño y cantidad, además se pudo controlar de forma adecuada el dolor y el estado general de la paciente; por lo que fue dada de alta sin complicaciones, con indicaciones de cuidado en domicilio y se suspendió tratamiento con Aciclovir. (Ver imagen 4,5).

Posterior a la alta médica, la paciente no acudió a controles subsecuentes.

**Imagen 4. Evolución de las lesiones con el tratamiento. Zonas erosionadas de bordes netos irregulares, con algunas costras hemáticas en la periferia, 10 días post tratamiento.**



**Imagen 5. Lesiones dorsales en cicatrización. Lesiones cicatriciales eritematosas ovaladas de aproximadamente 5mm en región dorsal, 10 días post tratamiento.**



## DISCUSIÓN

El herpes zoster afecta principalmente a los adultos, mayores de 50 años, con incidencia de 2.5 por cada 1000 personas/año a nivel mundial. [3] El presente caso nos ilustra una situación poco frecuente; una paciente femenina, adulta mayor, inmunocompetente que desarrolla herpes cutáneo diseminado. Comúnmente esta patología se presenta en pacientes inmunodeprimidos, en un porcentaje cercano al 40%; siendo los casos en pacientes inmunocompetentes infrecuentes [2, 3, 5, 12].

En relación a la literatura revisada se encontró que uno de los factores predisponentes para la instauración de esta patología en pacientes inmunocompetentes es la edad. En una serie de casos realizada en Buenos Aires con 41 pacientes diagnosticados clínicamente de HZCD y confirmados mediante virología, se reportó que la mayoría de pacientes inmunocompetentes presentaban mayor edad al diagnóstico en comparación con los inmunodeprimidos (82 vs 60.5 años,  $p < 0.01$ ), lo que concuerda con la edad de presentación de nuestra paciente [5, 9, 13].

Referente al resto de características poblacionales, Boella et al., concluyen que no hay diferencia significativa en predominancia

del sexo, al igual que en otros estudios citados; analizan además los factores predisponentes más frecuentes para HZCD en pacientes inmunocompetentes, entre los que predomina el estrés en un 52.94% de los pacientes inmunocompetentes vs. 29.17% de pacientes inmunodeprimidos. En cuanto a la presentación clínica en pacientes inmunocompetentes es de características más típicas, es decir comenzó en dermatomas definidos y luego se extendió a otros o se generalizó por completo, como en el caso presentado; 23.53 de pacientes inmunocompetentes presentaron manifestaciones atípicas, en comparación con el grupo de pacientes inmunodeprimidos en los que la presentación atípica fue del 33.33% [5, 8, 14, 15].

Dentro del mismo estudio se reportan complicaciones en un 56% de los pacientes, que afectaron casi por igual a inmunocompetentes e inmunodeprimidos. La complicación más frecuente fue la sobreinfección bacteriana, que se observó en un mayor número de casos en pacientes inmunodeprimidos (41% vs 29%), la segunda complicación más frecuente fue la NPH, que se halló en mayor porcentaje en pacientes inmunocompetentes (29% vs 20.8%) [5], pero en otras publicaciones se reportó que aumenta hasta 60% en pacientes mayores de 60 años [1, 3].

Con respecto a la evolución, el 85.37% de los pacientes presentan remisión con el tratamiento antiviral sistémico instaurado, al igual que en el caso de nuestra paciente que luego de 10 días de aciclovir intravenoso presentó remisión de las lesiones dérmicas. [8, 16]

En estos últimos años se han publicado dos ensayos aleatorios, controlados con placebo (ZOE-50 and ZOE-70), que tiene por objeto evaluar la funcionalidad de la vacuna (HZ/su); esta contiene glicoproteína E recombinante del virus de la varicela-zóster, como estrategia de prevención de herpes zoster y NPH. Un total de 15 411 pacientes fueron evaluados hasta 3.2 años luego de recibir vacuna o placebo, se confirmó HZ en 6 pacientes del grupo de vacuna vs 210 en el grupo placebo, demostrando una eficacia del 97.2% (95% [CI], 93.7 a 99.0;  $p < 0.001$ ) en prevención de HZ y la eficacia de la vacuna contra la neuralgia postherpética fue del 88.8% (IC del 95%: 68.7 a 97.1;  $p < 0.001$ ) [17].

## CONCLUSIÓN

El diagnóstico de herpes zoster diseminado debe estar considerado tanto en pacientes inmunocompetentes como inmunodeprimidos, siendo más frecuente en el segundo grupo, sin embargo, se ha demostrado que el factor edad aumenta mucho la probabilidad diagnóstica en pacientes inmunocompetentes.

La instauración oportuna del tratamiento antiviral es de suma importancia ya que disminuye la progresión de la enfermedad, previene complicaciones y disminuye el riesgo de neuralgia postherpética.

Es preciso tener especial atención con el manejo cuidadoso de las vesículas y ampollas, ya que al comprometerse un área cutánea grande, existe alto riesgo de sobreinfección así como de lesiones cicatriciales.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda el diagnóstico oportuno y la pronta instauración del tratamiento de esta patología, el adecuado manejo de las complicaciones y el uso de vacuna profiláctica en pacientes adultos mayores, que ha demostrado gran validez en cuanto a prevención de herpes zoster y de neuralgia postherpética.



## ABREVIATURAS

HIV: Virus de la Inmunodeficiencia Humana, HZ: herpes zoster, HZCD: herpes zóster cutáneo diseminado, mg/dl: miligramos por decilitro, QD: una vez al día, VDRL: Venereal Disease Research Laboratory, VZ: virus de varicela zoster, NPH: neuralgia postherpética, uL: microlitro.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos de forma especial a todo el servicio de dermatología clínica.

## FINANCIAMIENTO

Este estudio es autofinanciado.




## DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

La historia clínica y los datos fueron obtenidos del sistema médico AS 400 del HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

## CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

SZ, AA, JE: revisión bibliográfica, redacción del manuscrito, recolección de datos e imágenes.

## INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Johanna Cecilia Enríquez Cruz. Médico General en Funciones Hospitalarias. Servicio de Dermatología del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8786-5856>  
- Adriana Elizabeth Araujo Yáñez. Médico Especialista en Dermatología. Servicio de Dermatología del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9223-4231>  
- Sayonara del Rocío Zaputt Cabrera. Médico Especialista en Dermatología. Servicio de Dermatología del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8633-6167>

## CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores reportan no tener conflicto de intereses.

## CONSENTIMIENTO PARA PUBLICAR

Todos los autores leyeron el manuscrito final de este artículo y firmaron el consentimiento de publicación.

## APROBACIÓN ÉTICA Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Los autores cuentan con el consentimiento escrito y firmado por el paciente en el cuál acepta el uso de la información de su historial médico y sus imágenes para la publicación del presente caso.

## CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Araujo A, Enríquez J, Zaputt S. Caso clínico: Herpes Zoster diseminado en paciente adulta mayor inmunocompetente. Rev Med HJCA 2020; 12(1): 58-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2020.12.1.cc.08>

## PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <https://publons.com/publon/34917420/>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kovac M, Lal H, Cunningham AL, Levin MJ, Johnson RW, Campora L, et al. Complications of herpes zoster in immunocompetent older adults: Incidence in vaccine and placebo groups in two large phase 3 trials. *Vaccine*. 2018;36(12):1537-41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29463421>
2. Malkud S, Patil SM. Disseminated Cutaneous Herpes Zoster in a Patient with Uncontrolled Diabetes Mellitus. *J Clin Diagn Res*. 2015;9(7):WD01-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26393187>
3. Gallegos N, Segura T, Barbosa A, Tirado A, Mercadillo P, et al. Herpes zoster diseminado en paciente con tratamiento con leflunomida. *Dermatología*. 2017;61:240-244. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2017/rmd173i.pdf>
4. Acosta V, Mantiñán I. HERPES ZOSTER DISEMINADO EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. *Semergen*. 2016;15. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-congresos-38-congreso-nacional-semergen-45-session-area-enfermedades-infecciosas-3106-comunicacion-herpes-zoster-diseminado-paciente-inmunocompetente-34851-pdf>
5. Bollea-Garlatti ML, Bollea-Garlatti LA, Vacas AS, Torre AC, Kowalczyk AM, Galimberti RL, et al. Clinical Characteristics and Outcomes in a Population With Disseminated Herpes Zoster: A Retrospective Cohort Study. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108(2):145-52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27938930>
6. Brănișteanu DE, Stoleriu G, Oanță A, Dorobăț CM, Petrariu FD, Anchidin DM, et al. Clinical-epidemiological trends of herpes zoster: a 5-year study. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*. 2014;118(3):817-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25341306>
7. Osborn LP, Cohen PR. Non-dermatomal varicella-zoster skin infection: disseminated cutaneous herpes zoster without dermatome in an immunosuppressed woman. *Dermatol Online J*. 2017;23(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29469780>
8. Lewis DJ, Schlichte MJ, Dao H. Atypical disseminated herpes zoster: management guidelines in immunocompromised patients. *Cutis*. 2017;100(5):321;4;30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29232422>

9. Uchida K, Teske N, Christensen J. Disseminated Zoster After Trauma in an Immunocompetent Patient. *Am J Med.* 2017;130(12):e539-e540. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28729084>
10. Rueda JM, Feito-Rodríguez M, Nieto D, de Lucas-Laguna R. Disseminated Herpes Zoster After Varicella Vaccination in a Healthy Boy. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108(6):587-58. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-disseminated-herpes-zoster-after-varicella-articulo-S1578219017301464>
11. Bookstaver PB, Mohorn PL, Shah A, Tesh LD, Quidley AM, Kothari R, et al. Management of Viral Central Nervous System Infections: A Primer for Clinicians. *J Cent Nerv Syst Dis.* 2017;9:1179573517703342. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28579869>
12. Shum D, Arenas CG. Disseminated herpes zoster. *J Am Osteopath Assoc.* 2015;115(3):175. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25722364>
13. Buvelot H, Lebowitz D, Huttner B, Schibler M, Kaiser L, Abbas M. [Varicella Zoster infections in adults: beyond shingles?]. *Rev Med Suisse.* 2016;12(514):738-43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27263149>
14. Amarouch H, Zaouri H, Hassam B, Ismaili N. Atypical and disseminated herpes zoster. *Br J Hosp Med (Lond).* 2016;77(7):427. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/305038878\\_Atypical\\_and\\_disseminated\\_herpes\\_zoster](https://www.researchgate.net/publication/305038878_Atypical_and_disseminated_herpes_zoster)
15. Kubota Y, Kosaka K, Hokazono T, Yamaji Y, Tezuka T, Akita S, et al. Disseminated zoster in an adult patient with extensive burns: a case report. *Virol J.* 2019;16(1):68. Disponible en: <https://virologyj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12985-019-1179-8>
16. Petrun B, Williams V, Brice S. Disseminated varicella-zoster virus in an immunocompetent adult. *Dermatol Online J.* 2015;21(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25780980>
17. Lal H, Cunningham A, Godeaux O, Chlibek R, Diez-Domingo J, Hwang S-J, et al. Efficacy of an Adjuvanted Herpes Zoster Subunit Vaccine in Older Adults. *N ENGL J MED.* 2015; 372(22):2086-2096. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1501184?articleTools=true>