

Medicentro 2001;5(3)

**HOSPITAL PEDIÁTRICO PROVINCIAL DOCENTE  
"JOSÉ LUIS MIRANDA"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

CARTA AL EDITOR

**Herpes zoster en el lactante. Presentación de un paciente**

Por:

Dra. Nancy Alemán Pedraja<sup>1</sup>, Dr. Luis Alberto Monteagudo de la Guardia<sup>2</sup> y Dra. Maday T. Capote Mira<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Dermatología. Hospital Pediátrico Provincial Docente "José Luis Miranda". Santa Clara. Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Dermatología. Hospital Ginecoobstétrico Docente Provincial "Mariana Grajales". Santa Clara. Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente "José R. León Acosta". Santa Clara. Villa Clara.

**Señor Editor:**

El herpes zoster es una enfermedad localizada que se caracteriza por un dolor radicular unilateral y una erupción vesicular, que generalmente están limitados al dermatoma inervado por un solo ganglio sensitivo espinal o craneano. Es el resultado de la reactivación de una infección endógena que ha persistido en forma latente en los ganglios sensitivos, luego de un ataque anterior de varicela, y constituye una entidad clínica causada por un miembro de la familia de los herpes virus: el virus varicela-zoster (VZ)<sup>1</sup>.

El herpes zoster es muy raro en los niños menores de 10 años, excepto en los tratados con agentes inmunodepresores por un tumor maligno u otros procesos, en los que padecen una infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)<sup>2,3</sup> y en los que han sido contagiados intraútero o durante el primer año de la vida. Cuando ocurre en lactantes, no suele haber antecedentes de varicela posnatal, pero casi siempre la madre ha padecido la enfermedad durante la gestación<sup>4,5</sup>. Presumiblemente la infección primaria por el virus y el establecimiento de la latencia neural ocurren "in útero".

Está caracterizado por un exantema localizado, constituido por numerosas vesículas semejantes a las de la varicela, que aparecen agrupadas sobre una base eritematosa a lo largo del trayecto de un nervio sensitivo. El exantema es unilateral. Con máxima frecuencia se localiza en el tórax, donde sigue el trayecto de un nervio torácico, pero puede aparecer en el abdomen, en una extremidad o en la cara, siguiendo el trayecto del trigémino. Al comienzo existe una sensación dolorosa o de quemazón, localizada a nivel del exantema, pero el dolor es menor que en los adultos y menos intenso cuanto más pequeño es el niño<sup>6</sup>. Los menores

inmunodeprimidos manifiestan una enfermedad más grave y pueden presentar viremia con neumonía, hepatitis, encefalitis, o un síndrome de coagulación vascular diseminada.

### Presentación del paciente

Lactante YGS de tres meses de edad, sexo femenino, blanca, nacida de parto eutócico, a las 39,2 semanas. Antecedentes de varicela a las 36 semanas de gestación.

Historia de la enfermedad actual: Paciente que ingresa en el hospital pediátrico, en la sala de respiratorio con el diagnóstico de bronquiolitis. Al duodécimo día de estancia en sala comenzó a presentar lesiones eritematosas en forma de placas alargadas, luego aparecieron vesículas sobre las mismas, localizadas en la cara interna del muslo derecho, pierna hasta la planta de los pies, por lo que fue interconsultada con la especialidad de Dermatología.

Al realizar el examen cutáneo se observaron lesiones eritematovesiculosas, de forma lineal y en placas, desde cara interna del muslo y pierna derecha hasta la planta del pie (Figura).



**Figura:** Lesiones en placas eritematovesiculosas, de forma lineal, desde cara interna del muslo y pierna derecha hasta la planta del pie.

Dada la historia de la enfermedad y el examen cutáneo, se llegó a la conclusión diagnóstica de un herpes zoster de la rama del ciático.

Se indicó tratamiento sintomático con fomentos de suero fisiológico, loción de calamina y neopolibacín, tres veces al día.

La niña evolucionó satisfactoriamente y fue egresada al decimosexto día.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suga S, Asano Y. Clinical manifestations of the subfamily alpha-herpes virinae in childhood. *Nippon Rinsho* 2000;58(4):890-894.
2. Naburi AE, Leppard B. Herpes Zoster and HIV infection in Tanzania. *Int J STD AIDS* 2000;11(4):254-256.
3. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K. *Dermatología en Medicina General*. Washington: Médica Panamericana; 1997.
4. Harbin A. Virus varicela-zoster. En: Behrman RE, Kliegman RM, Harbin A. *Nelson. Tratado de Pediatría*. 15ª ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 1998. p. 1123-1126.
5. Cruz M, Pi F. Enfermedades exantemáticas vesículo pustulosas. Varicela. En: Cruz M. *Tratado de Pediatría*. 7ª ed. Barcelona: Expaxs; 1994. p. 472-473.
6. Takayama N, Yamada H, Kaku H, Minamitani M. Herpes Zoster in immunocompetent and immunocompromised Japanese children. *Pediatr Int* 2000;42(3):275-279.