



Medicentro 2000;4(2)

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

CARTA AL EDITOR

## Eccema herpético. Presentación de un paciente

Por:

Dra. Nancy Alemán Pedraja<sup>1</sup>, Dr. Luis Alberto Monteagudo de la Guardia<sup>2</sup> y Dr. Adrián Gómez Alemán<sup>3</sup>

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

Señor Editor:

La infección por herpes virus en pacientes con dermatitis atópica puede conducir a la diseminación del herpes simple a través de las áreas eccematosas (erupción variceliforme de Kaposi). Lo mismo puede ocurrir en la dermatitis seborreica intensa, el impétigo, la sarna, la enfermedad de Darier, el pénfigo o las quemaduras<sup>1,2</sup>. El eccema herpético es la manifestación más grave del herpes traumático.

En el ataque primario típico aparecen bruscamente numerosas vesículas sobre las áreas de piel eccematosa; aisladas al principio, se agrupan y pueden extenderse también a las zonas vecinas de piel sana. Pueden desprenderse grandes placas de la epidermis, con formación de escaras y posterior reepitelización<sup>3</sup>. La reacción sistémica también es variable, pero no es raro encontrar temperaturas de 39-40°C durante 7 a 10 días y adenopatías regionales.

El episodio primario de eccema herpético seguirá su evolución habitual y cicatrizará en dos a seis semanas. Los pacientes que padecen daño cutáneo crónico pueden tener episodios recurrentes, que son más leves y no se asocian con síntomas sistémicos<sup>4</sup>.

En general, el diagnóstico diferencial con el eccema vacunal es fácil de hacer, si se establece con razonable seguridad que el niño no ha sido expuesto a la vacuna, y por la observación de los racimos característicos del herpes. El diagnóstico se establecerá con certeza examinando el líquido de una vesícula mediante técnicas de diagnóstico viral<sup>5</sup>.

Presentación del paciente:

Paciente LIV de un año de edad, masculino, blanco, con antecedentes de asma bronquial y de erupción cutánea desde el período neonatal, con diagnóstico ulterior de dermatitis atópica, evolución muy tórpida, con exacerbaciones frecuentes y seguimiento en consulta de dermatología, alergología

e inmunología. Ingresa en el Hospital Pediátrico con brote de lesiones y aparición de numerosas vesículas umbilicadas sobre áreas eczematosas, que luego se extendieron a zonas vecinas de piel sana, para luego coalescer en forma de placas erosionadas y costrosas que se hicieron exudativas y se infectaron secundariamente, para lo cual se realizó cultivo con antibiograma y se le administró el tratamiento antibiótico correspondiente. El cuadro se acompañaba de fiebre de 39°C, toma del estado general y adenopatías cervicales e inguinales. Es trasladado de la sala de Pediatría General a la Unidad de Terapia Intensiva, para lograr mejor evolución y tratamiento.

Entre los antecedentes patológicos personales se señalan los padecimientos de asma bronquial y dermatitis atópica, y como antecedentes patológicos familiares se informa que la madre y el padre son asmáticos.

Al realizar examen cutáneo se encuentran lesiones eritematovesiculosas umbilicadas, con depresión central, otras con formación de costras, agrupadas en cara, cuello, región superior del tronco, área del pañal y zonas flexurales (Figura).



Figura: Eccema herpético. Vesículas umbilicadas, erosionadas, con depresión central, otras con formación de costras en cara, cuello, área del pañal y zonas flexurales.

Se le indican exámenes complementarios, cuyos resultados fueron los siguientes:

Frotis de vesícula: Células gigantes epidérmicas multinucleares.

Cultivo con antibiograma: *Staphylococcus aureus*, sensible a amikacina y vancomicina.

Hemograma completo: Dentro de parámetros normales.

Glicemia: 4,0 mmol/l.

Hemocultivo: Sin crecimiento.

Gasometría e ionograma: Normales.

Rayos X de tórax: Normal.

Conteo de plaquetas, urea, creatinina, timol, TGP: Dentro de parámetros normales.

Se utilizó tratamiento local y sistémico. Como tratamiento local se aplicaron fomentos antisépticos, pomadas antibióticas y antivíricas; como tratamiento sistémico se indicó aciclovir (250-10) EV 30 mg/kg/d y antibioticoterapia: vancomicina y amikacina.

La evolución fue satisfactoria, con una estadía hospitalaria de 13 días.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Arnold HL, Odom RB, James WD. Tratado de Dermatología. 4ª ed. España: Salvat; 1993.
2. Fukuzawa M, Oguchi S, Saida T. Kaposi's varicelliform eruption of an elderly patient with multiple myeloma. J Am Acad Dermatol 2000;42(5 pt 2):921-922.
3. Steve K. Virus del herpes simple: eccema herpético. En: Behrman RE, Kliegman RM, Arvim AM. Nelson. Tratado de Pediatría. 15ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 1998. p.1116-1117.
4. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K. Dermatología en Medicina General. Washington: Médica Panamericana; 1997.
5. Rassner G, Steiner U. Atlas y texto de Dermatología. 4ª ed. Madrid: Mosby; 1995.