

Comunicaciones breves

Varicela y herpes zoster, informe de un caso

Dres. Margarita Larralde*, Begoña Gomar* y Horacio Yulitta**

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino de tres años de edad traído a la consulta por presentar un cuadro clínico de varicela y herpes zoster.

No tiene antecedentes personales ni familiares patológicos de relevancia, su esquema de vacunación es completo e incluye la vacuna de varicela al año de vida.

Se indicó tratamiento ambulatorio con aciclovir.

Se trata de una patología poco frecuente: se hallaron sólo tres casos publicados en la bibliografía internacional.

Palabras clave: varicela, herpes zoster, aciclovir, vacuna de varicela.

SUMMARY

We present a three years old boy, with clinical manifestation of varicella and herpes zoster 2 years after vaccination.

This pathology is uncommon, but in this case it developed in an otherwise healthy, immunized child.

We treated him with oral aciclovir for one week with excellent evolution.

Only three cases have been reported in the international literature.

Key words: varicella, herpes zoster, aciclovir, varicella vaccine.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de tres años de edad, sin antecedentes patológicos personales ni familiares de relevancia. Con esquema de vacunación completa que incluyó inmunización para varicela al año de vida.

Acude a la consulta de pediatría por presentar, en el tórax anterior (*Figura 1*) y en la mucosa oral (*Figura 2*), lesiones eritemato-pápulo-vesiculares, de dos días de evolución, sin prurito ni otros síntomas acompañantes. Dos días después del inicio del cuadro se observan, en muslo, genitales y glúteo izquierdo, lesiones eritemato-vesiculares que confluyen entre sí formando racimos, en los dermatomas S1 y S2 (*Figura 3*).

Se realiza consulta a dermatología pediátrica y se confirma el diagnóstico clínico de varicela y herpes zoster. Los estudios virológicos informan antígeno de virus varicela-zoster positivo.

Por el buen estado del paciente se decide el manejo ambulatorio con aciclovir a 80 mg/kg/día durante una semana, con buena evolución.

INTRODUCCIÓN

El herpes zoster es causado por la reactivación del virus de la varicela que se ha mantenido latente en los ganglios nerviosos sensoriales. El tiempo que media entre la primoinfección y la reactivación es variable, puede ir de meses a años, pero en los niños es poco frecuente, a menos que exista algún factor de riesgo, como la varicela durante el primer año de vida o algún trastorno de la inmunidad.

Presentamos un caso en que se observan, simultáneamente, lesiones de varicela y herpes zoster; se han comunicado únicamente tres casos similares en la bibliografía internacional.

COMENTARIO

El mecanismo por el cual se producen estas dos enfermedades de manera simultánea es desconocido. Se postula la teoría de que en el momento de la primoinfección y la viremia, se afectan los ganglios nerviosos sensoriales con una inmediata replicación viral y afección de los dermatomas involucrados.¹

Se han comunicado varios casos pediátricos de herpes zoster meses después de la administración

FIGURA 1. Lesiones eritemato-pápulo-vesiculares en el tórax anterior



* Hospital Alemán, Servicio de Dermatología.

**Hospital Alemán, Servicio de Pediatría.

de la vacuna de la varicela en los que, mediante estudios de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), se ha podido determinar que el virus reactivado es el de la vacuna.²

No hay datos que indiquen que el riesgo de presentar herpes zoster sea mayor en niños vacunados que en los que adquieren inmunidad por el virus salvaje.³

La vacuna de la varicela se elabora con una cepa de virus atenuado, aislado por primera vez en 1974 en Japón (cepa de Oka, aislado en las lesiones de un niño con ese nombre).⁴ Inicialmente, se hablaba de una eficacia de 85% contra toda enfermedad y 95-100% contra enfermedad moderada-grave; luego de su implementación y uso universal se observaron casos de varicela 6 semanas después de la aplicación de la vacuna; estos casos, denominados "intercurrentes" (*breakthrough cases*), son leves, presentan menos de 50 lesiones y, por lo general, exhiben un aspecto monomorfo y no dejan cicatrices.

Los efectos adversos de la aplicación de la vacuna incluyen: dolor local o inflamación en el sitio de la inyección (20%), fiebre o exantema leve (15%), erupción leve variceliforme de forma localizada o generalizada (5%).⁵

La varicela no siempre se trata con aciclovir. Nosotros seguimos los criterios del Comité de Enfermedades Infecciosas de la Academia Estadounidense de Pediatría⁶ y lo indicamos en pacientes con riesgo de enfermedad grave como adolescentes no embarazadas mayores de 13 años, adultos, casos secundarios de contacto intrafamiliar, niños con enfermedad pulmonar crónica, los que reciben esteroides sistémicos o por vía intranasal, los que reciben tratamiento prolongado con salicilatos (ries-

go de síndrome de Reye), varicela neonatal y otros niños con inmunodeficiencia primarias o secundarias.⁷ La indicación de aciclovir debe hacerse lo más precozmente posible, lo ideal es dentro de las primeras 24 h y no después de las 72 h de iniciada la enfermedad, ya que el mecanismo de acción consiste en frenar la replicación del virus.

CONCLUSIONES

El uso de la vacuna de la varicela es importante y necesario para disminuir las manifestaciones moderadas y graves de esta enfermedad.

Presentamos este caso para llamar la atención sobre la posibilidad de ver tanto varicela como herpes zoster en niños sanos e inmunizados.

El diagnóstico de esta patología es clínico, en nuestro caso se indicaron estudios de laboratorio para confirmarlo debido a la rareza de la presentación.

Sería interesante poder realizar la PCR a todos los pacientes vacunados que presenten lesiones de varicela o herpes zoster y determinar qué cantidad de estos son producidos por virus salvajes y cuáles por el virus de la vacuna. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Lau BH, Lin MI, et al. Herpes zoster during varicella. *Pediatr Infect Dis J* 2001; 20:915-916.
2. Uebe A, Sauerbrei A, et al. Herpes zoster by reactivated vaccine varicella zoster virus in healthy child. *Eur J Pediatr* 2002; 161:442-444.
3. Brunell PA, Argaw T. Chickenpox attributable to a vaccine virus contracted from a vaccine with zoster. *Pediatrics* 2000; 106: E28.
4. Abarca K. Vacuna anti-varicela. *Rev Chil Infect* 2006; 23:56-59.
5. Cortés Rico O, Monton Álvarez JL. Vacuna de la varicela. *Terapéutica* 2004; 67:50-54.

FIGURA 2. Vesícula a nivel de la lengua



FIGURA 3. Lesiones confluyentes, en racimos a nivel de los dermatomas S1 y S2



6. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Disease. The use of oral acyclovir in otherwise healthy children with varicella. *Pediatrics* 1993; 91:674-676.
 7. Luedicke N, Pueyo ST, Rezzónico G, Lancieri I. Evolución de la enfermedad por virus varicela zoster en niños infectados perinatalmente con el virus de la inmunodeficiencia humana. *Arch Argent Pediatr* 2004; 102:18-21.
 8. Andreas S. Molecular diagnosis of zoster post varicella vaccination. *J Clin Virol* 2003; 27:190-199.
-