

Descripción del caso presentado en el número anterior: Infección por herpes virus tipo 1

Previous issue clinical case presentation: HSV infection (type 1)

Dra. María Laura Gioseffi^a, Dra. Ana Giachetti^a, Dra. Silvina De Freijo^a, Dra. Magdalena Sojo^a,
Dra. Beatriz Livellara^b, Miguel Galli^c y Dra. Mariana Leist^d

Cuadro clínico:

Niña de 13 años de edad, sana, que consulta por presentar desde hace 36 horas una lesión cutánea submentoneana en cara anterior del cuello.

Se observa placa eritematosa dolorosa, levemente pruriginosa, con vesículas en su superficie y otras satélite. También presenta una placa costrosa pequeña supralabial derecha y adenopatías submaxilares bilaterales dolorosas. Es el primer episodio, no hay convivientes afectados y no refiere enfermedad alguna reciente.

Orientación diagnóstica: la presencia de una placa eritematosa con vesículas en su superficie y otra lesión satélite similar contigua al labio, obliga a considerar la infección por herpes virus (HSV).

Conducta: ante la sospecha clínica se realizó inmunofluorescencia directa en una muestra tomada de la lesión. Rápidamente, se informó resultado positivo para HSV de tipo 1.

Se indicó localmente agua blanca del Códex diluida al medio para favorecer el secado de las lesiones, ibuprofeno por vía oral según necesidad y acyclovir 15 mg/kg/día por vía oral durante 5 días, teniendo en cuenta la intensidad del dolor y la precocidad del diagnóstico.

La evolución fue muy favorable, cedió el dolor, se detuvo la aparición de nuevas vesículas, se secaron las existentes y, a los 10 días, las costras se habían desprendido.

Algunos conceptos sobre la infección por herpes virus de tipo 1

La familia *Herpesviridae* incluye a los virus herpes simple 1 (HSV-1), herpes simple 2 (HSV-2), varicela zóster (VZV), Epstein-Bar (EBV), citomegalovirus (CMV), HHV6, HH7 y HH8. Son virus ADN de doble cadena.

a. Sección Dermatología Pediátrica.
b. Biología Molecular. Laboratorio Central.
c. Virología. Laboratorio Central.
d. Clínica Pediátrica.
Hospital Italiano de Buenos Aires.

Correspondencia: Dra. María L. Gioseffi:
lauragioseffi@fibertel.com.ar

Recibido: 21-9-09
Aceptado: 23-9-09

La primoinfección afecta boca, labios, ojos. El 90% de los adultos y 18-35% de los niños de 5 años son positivos para HSV-1. El contagio se produce por contacto con piel o secreciones orales infectadas. Es frecuentemente asintomática, pero puede producir una variedad de signos y síntomas.

Las formas clínicas más habituales son:

- Gingivostomatitis herpética primaria: es la principal manifestación de la infección primaria por HSV-1 en la infancia.
- Lesiones herpéticas primarias en piel: más frecuentes en cara y extremidades. Son vesículas agrupadas o erosiones sobre base eritematosa. Pueden presentarse: fiebre, dolor, ardor.
- Infección primaria neonatal: el 30% es por HSV-1 y el 70% por HSV-2.
- Infección ocular: es la primera causa de queratoconjuntivitis con opacidad corneal y pérdida de la visión.
- Eccema herpético o erupción variceliforme de Kaposi: infección extendida de HSV-1 en sitios de eccema u otra enfermedad cutánea preexistente.
- Panadizo herpético: localizado en la falange distal en dedos de la mano. Presenta eritema, dolor, vesículas y pústulas. En niños, se produce por contagio desde las secreciones orales.

Diagnóstico

Vesículas agrupadas sobre una base eritematosa, habitualmente dolorosa, es el signo clínico característico. Los exámenes complementarios más utilizados son inmunofluorescencia directa (IFD) y reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

- IFD: es un método de diagnóstico rápido que mediante anticuerpos monoclonales marcados con fluoresceína identifica el antígeno viral. La sensibilidad depende del tiempo de evolución de la lesión (vesícula 94%, costra 27%).

El material se toma de la vesícula más reciente mediante un hisopo y se transporta en medio adecuado. Es importante una buena técnica en el hisopado para rescatar la mayor cantidad de células posibles. La IFD es de gran utilidad para realizar un diagnóstico rápido, certero y no invasivo.

- PCR: su especificidad es del 100%. Es la técnica de elección en LCR.

- Cultivo viral: es específico y se utiliza para determinar variedad de cepas.
- Serología: dosaje de anticuerpos específicos.

Diagnósticos diferenciales

- Herpes zóster: vesículas agminadas sobre base eritematosa con patrón metamérico. Pródromos, prurito, ardor, dolor.
- Dermatitis por contacto: existe antecedente de contacto con el alérgeno. Eritema, vesículas y costras pequeñas. Sin aura ni patrón metamérico. Intenso prurito.
- Impétigo: costra melicérica, exudado y muy frecuentemente con pequeñas lesiones satélites. A diferencia del herpes labial, no se ubica en la mucosa. Se halla en la piel en contigüidad o próximo al labio. Cuando se ubica en esa zona su presencia en las fosas nasales avalla el diagnóstico.
- Eccema: placa eritematosa con vesículas, escamas, costras. Intenso prurito. Pesquisa de xerodermia y de otras áreas eczematosas.

Tratamiento

Dependerá del lugar de la afección, la gravedad, la frecuencia y la condición inmunológica del huésped.

Los antivirales actúan durante la replicación

viral activa. Son beneficiosos cuando se administran hasta 72 horas luego del inicio del cuadro. Reducen la gravedad y acortan la duración. El acyclovir se administra a 15 mg/kg/dosis en 4-5 tomas diarias por 5-7 días. En forma tópica tiene escasa penetración y solo es eficaz en el período de "aura". Un ejemplo es el uso en el herpes labial, en la instancia previa a la aparición de las vesículas.

Pueden utilizarse según necesidad analgésicos y antisépticos.

El compromiso ocular requiere tratamiento local y sistémico asociado, al ser la córnea un órgano avascular.

Si las recurrencias fueran más de 5 a 6 por año o más de 2 episodios cada 4 meses puede utilizarse acyclovir como terapia supresiva a 400 mg/día por 6 meses. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Mancini A, Bodemer C. Viral infections. En: Schachner L, Hansen R. Pediatric Dermatology. Filadelfia: Mosby; 2003. Págs. 1077-1080.
- Herpes Simplex. UpToDate on line. [Acceso: 14-8-09]. [Disponible en: <http://illman2.osr.columbia.edu:2048>].
- Israele V. Infecciones virales congénitas y adquiridas. En: Pueyo S, Valverde R. Dermatología Neonatal. Buenos Aires: Artes Gráficas Buschi; 2005. Págs 521-524.
- Hurwitz S. Viral Diseases of the skin. En: Hurwitz S. Clinical Pediatric Dermatology. Filadelfia: WB Saunders; 2003. Págs. 318-324.

Presentación del nuevo caso clínico

En el próximo número se publicará el diagnóstico, manejo y tratamiento de este caso.

Paciente de sexo femenino de 15 años de edad, sin antecedentes patológicos previos, que consulta por presentar, desde hace 3 meses, tumoración dolorosa de 1,5 x 1,5 cm, localizada en cara anterior de falange distal del dedo gordo derecho.

La lesión compromete la placa ungueal y la desplaza anteriormente. En el último mes, la piel suprayacente presentó erosiones superficiales, que evolucionaron a costras (Figuras 1 y 2).

La lesión, dado su tamaño, le impedía utilizar su calzado habitual y en ocasiones era levemente dolorosa.

¿Cuál es su diagnóstico?

- 1- Verruga vulgar.
- 2- Exostosis subungueal.
- 3- Osteocondroma.
- 4- Granuloma piógeno.
- 5- Onicocriptosis
- 6- Melanoma.

Para poder votar ingrese a:
<http://www.sap.org.ar/archivos>

FIGURA 1. Tumoración en cara anterior de falange distal del dedo gordo



FIGURA 2. Vista lateral de la tumoración del dedo gordo

