

Peligro de un mal uso de corticoides en un zóster. A propósito de un caso

B. Pina
P. Pujol

Hospital Consorci
Sanitari de Terrassa
Barcelona

Resumen

Nuestro propósito es mostrar un caso clínico de panoftalmia ocurrido en un paciente inmunocompetente después de un tratamiento con corticoides sin tratamiento vírico concomitante en un caso de herpes zóster dérmico en la primera y segunda rama del trigémino.

Resum

El nostre propòsit és mostrar un cas clínic de panoftàlmia en un pacient immunocompetent després d'un tractament amb corticoides sense tractament víric concomitant en un cas d'herpes zòster dérmic en la primera i segona branca del trigemí.

Summary

The aim of this communication is to present a clinical case of panoftalmia in a patient with acquired immune deficiency due to an initial treatment with corticosteroids without antiviral treatment in a first and second branch of trigeminal nerve in a dermic herpes zoster infection.

Caso clínico

Paciente de 89 años que como único antecedente de interés presentó un carcinoma basocelular ulcerado en párpado inferior derecho que requirió reconstrucción.

El cuadro se inicia con edema en zona orbitaria del ojo derecho tras ingestión de mejillones por lo que es diagnosticado de reacción alergia y se instaura tratamiento corticoideo (30mg/día vía oral y 60 mg intramusculares).

Tras evolución del cuadro dérmico a lesiones costrosas en hemicara derecha se deriva al servicio de Dermatología y se diagnostica de Herpes Zóster impetiginizado y es derivado a nuestro servicio, al mes.

A su llegada el paciente presenta induración y lesiones costrosas a nivel de la primera rama del trigémino. A nivel ocular (Figura 1 y 2) simbléfaron cicatricial, oftalmoplejia por fibrosis de los anejos oculares y superficie ocular, queratinización corneal y panoftalmia.

La ecografía ocular confirma dichos hallazgos.

En espera de tratamiento quirúrgico se instaura tratamiento antibiótico tópico y vía oral.

En el acto quirúrgico se realiza disección de fondos de saco, peritomía, queratectomía a nivel limbar, identificación de estructuras intraoculares, limpieza y extracción del contenido ocular.

Tras raspado escleral se implanta prótesis de Medpor 20 mm.

Se finaliza la intervención con sutura escleral con material reabsorbible 5/0 y posteriormente sutura conjuntival 8/0 y tarsorrafia (Figura 3 y 4).

El estudio anatomopatológico de la pieza muestra marcada inflamación aguda y crónica compatible con panoftalmia.

A los dos meses el paciente presenta una infrecuente complicación dérmica relacionada con el herpes zóster, dermatosis pustulosa del cuero cabelludo, que se caracteriza por la aparición de placas erosivoco-

Correspondencia:
B. Pina
Hospital Consorci
Sanitari de Terrassa
Ctra. Torrebónica s/n
08227 Terrassa
Barcelona



Figuras 1-4.



strosas y pustulosas en la zona del cuero cabelludo que evolucionan a zonas atróficas y a alopecia (Figura 5 y 6)¹.

Discusión

El virus varicela-zóster pertenece a la familia de los virus herpesviridae (DNA virus). Produce dos entidades clínicas: la primoinfección (varicela) y la reactivación del virus latente en los ganglios de las raíces dorsales (herpes zóster)².

Entre los factores que predisponen a su reactivación encontramos, edad (máxima incidencia entre 60-80 años), neoplasias, VIH+, tratamientos que producen inmunodeficiencia y enfermedades debilitantes.

El Herpes Zóster Oftálmico (reactivación del virus varicela-zóster en la división oftálmica del nervio trigémino) representa un 25% del total de herpes zóster. El primer síntoma es el dolor que se acompaña de parestesias cutáneas dentro de la distribución de uno o más dermatomas. Generalmente a los tres o cuatro días aparecen pápulas que se tornan rápidamente vesículas².

Figuras 5 y 6.



Tabla 1.

Complicaciones oculares:

- **Párpados:**
 - Edema y vesículas
 - Lagofthalmos
 - Entropión
 - Ectropión
 - Necrosis
 - Infección secundaria por *S. aureus* o estreptococo
 - Canaliculitis
- **Conjuntiva:**
 - Conjuntivitis papilar, folicular o membranosa
- **Esclera:**
 - Epiescleritis
 - Escleritis
 - Escleroqueratitis
- **Cónea (en el 40% de herpes zóster oftálmicos):**
 - Dendritas
 - Queratitis: punteada, disciforme, intersticial necrotizante, neurotrófica
- **Iris:**
 - Uveítis
 - Glaucoma secundario
- **Retina:**
 - Vasculitis retiniana
 - Coriorretinitis hemorrágica
 - Necrosis retiniana aguda
 - Desprendimiento de retina no regmatógeno
- **Neuritis óptica:**
 - Retrobulbar
 - Papilitis
 - Neuroretinitis
- **Alteraciones pupilares**
- **Parálisis de nervios craneales**

Las complicaciones oculares (Tabla 1) ocurren en el 50% de los casos, pueden aparecer durante la fase de erupción o meses después.

En cuanto al uso de antivirales para el herpes zóster, iniciándose antes de 72 horas de evolución, son efectivos en el cuadro agudo³ y pueden prevenir o disminuir la severidad de la neuralgia postherpética^{4,5}.

Se recomienda su uso en los casos de alto riesgo de aparición de neuralgia postherpética^{4,6} o enfermedad severa, como son ancianos, inmunodeprimidos y los casos de herpes zóster oftálmico (dado que parecen ser efectivos en la prevención de complicaciones oculares del herpes zóster oftálmico)⁷.

Hasta el momento no ha sido definido el uso de los corticoides, basándose su administración en evidencias clínicas más que en ensayos clínicos. Diversas revisiones sistemáticas sobre tal efecto no han podido llegar a ninguna conclusión por la existencia de resultados contradictorios en los diferentes ensayos revisados⁴.

No se aconseja su uso en menores de 50 años inmunocompetentes ni en inmunodeprimidos³. No obstante, en mayores de 50 años inmunocompetentes asociados a antivirales pueden administrarse con el objetivo de ayudar a disminuir la neuralgia postherpética.

Conclusiones

El uso de corticoides sin tratamiento antivírico en nuestro pacientes facilitó su evolución tórpida al causarles un estado de inmunodeficiencia iatrógena, situación en la que el virus herpes zóster tiene una manifestación más grave.

Bibliografía

1. Wollenberg A, Heckmann M, Braun-Falco O. Erosive pustular dermatosis of the scalp after zoster ophthalmicus and trauma. *Hautarzt* 1992;43:576-9.
2. Arffa RC. En: Grayson. *Enfermedades de la Córnea*. St Louis: Mosby 1992;307-17.
3. Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Harrison Principios de Medicina Interna*. Madrid: MC Graw Hill 2005:1304-7
4. Lancaster T, Silagy C, Gray S. Primary care management of acute herpes zoster: systematic review of evidence from randomized controlled trials. *Br J Gen Pract* 1995;45:39-45.
5. Alper B, Lewis P. Does treatment of acute herpes zoster prevent or shorten postherpetic neuralgia? A systematic review of the literature. *J Fam Pract* 2000;49:255-64.
6. Stankus SJ, Dlugopolski M, Packer D. Management of herpes zoster and postherpetic neuralgia. *Am Fam Physician* 2000;61:2437-44
7. Colin J, Prisant O, Cochener B. Comparison of the efficacy and safety of valaciclovir and acyclovir for the treatment of herpes zoster ophthalmicus. *Ophthalmology* 2000;107(8):1507-11.