



IMÁGENES

Herpes zóster oftálmico

Herpes zoster ophthalmicus

Alba Palmerín-Donoso^{a,*}, Manuel Tejero-Mas^b y Francisco Buitrago-Ramírez^c^a Médico interno residente, Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Valdepasillas, Badajoz, España^b Médico interno residente, Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud La Paz, Badajoz, España^c Médico de Familia, Centro de Salud La Paz, Badajoz, España

Texto explicativo

Paciente de 49 años que consulta de forma urgente por haberse despertado con múltiples lesiones vesiculosas coalescentes sobre base eritematosa en la superficie frontal y palpebral derecha (fig. 1). Refiere dolor intenso y episodios de calambre y quemazón sobre la superficie afectada desde el día previo a la aparición de las lesiones. Niega pérdida de visión asociada, lagrimeo o fotofobia. Presenta sarcoidosis, por lo que recibe tratamiento inmunosupresor con metotrexato y azatioprina. En la exploración, se observan algunas vesículas en cuero cabelludo, llamando la atención el respeto de la nariz y de la línea media. Así, se realiza el diagnóstico de herpes zóster con afectación de la rama oftálmica trigeminal (HZO) y se solicita valoración por el Servicio de Oftalmología, quien objetiva una reacción folicular e hiperemia conjuntival leve, descartando enfermedad ocular clínicamente significativa. Se pautó aciclovir por vía oral durante 3 semanas y se suspendió temporalmente el tratamiento inmunosupresor. Para el control del dolor se empleó pregabalina¹, que siguió siendo administrada varias semanas después de la resolución de las lesiones por persistencia de episodios de parestesias y calambres en la superficie afectada.

El herpes zóster es una enfermedad muy frecuente, de hecho, la mitad de los individuos que alcancen los 85 años la presentarán en algún momento de su vida². Tiene 3 etapas diferenciadas¹, todas ellas presentes en nuestra paciente: preeruptiva (con pródromos de síntomas neuropáticos), eruptiva (de unas 2 semanas de duración) y crónica (neuralgia postherpética)³. La neuralgia postherpética constituye la complicación más frecuente¹, apareciendo entre el 9 y el 45% de los casos³ y hasta en el 20% de los pacientes con HZO².

La afectación de varios dermatomas es rara². Cuando existen vesículas que atraviesan la línea media (para afectar al mismo dermatoma de la región del cuerpo contralateral) debe ponerse en duda el diagnóstico de herpes zóster².

El HZO supone entre el 10 y el 20% del total de casos de herpes zóster y puede asociar afectación ocular, desde banal (como en este caso), a grave, con pérdida de visión irreversible por afectación de la retina^{3,4}. La afectación cutánea puede generar cicatrices y particularmente, a nivel de los párpados, dar lugar a un lagofthalmos (incapacidad para cerrar el ojo)². La queratitis es la complicación oftalmológica más frecuente, seguida de la uveítis^{3,4}. Algunos autores apuntan que hasta el 60% de los pacientes con HZO pueden tener exclusivamente afectación cutánea, por lo que probablemente, aunque la valoración por el oftalmólogo puede ayudar a la prevención de secuelas³, no todos los pacientes precisen valoración urgente².

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alba0217@gmail.com (A. Palmerín-Donoso).



Figura 1 Lesiones vesiculosas coalescentes sobre base eritematosa distribuidas en el dermatoma correspondiente a la rama oftálmica del trigémino.

La instauración del tratamiento en las primeras 72 h del cuadro clínico disminuye la duración de la neuralgia postherpética y mejora los resultados terapéuticos^{2,3}. La duración estándar de la terapia antiviral es de 7-10 días³. Sin embargo, el virus de la varicela puede persistir en la córnea hasta un mes, motivo por el que en pacientes de edad avanzada y en inmunocomprometidos es razonable prolongar la duración del tratamiento (aunque no existen ensayos clínicos que demuestren la eficacia de esta actitud)³.

La rama oftálmica del trigémino tiene 3 ramificaciones principales: lagrimal, frontal y nasociliar. Esta última inerva la punta de la nariz y el globo ocular, incluyendo córnea y úvea³. Las vesículas en la punta de la nariz (signo de Hutchinson), ausentes en nuestra paciente, suelen asociarse a afectación oftalmológica^{3,4}, sin embargo, la tercera parte de los pacientes con signo de Hutchinson negativo pueden desarrollar enfermedad ocular².

Los pacientes inmunocomprometidos tienen riesgo de presentar formas más severas de la enfermedad², motivo por el que se suspendieron los inmunosupresores de la paciente.

Bibliografía

1. Calvo-Mosquera G, González-Cal A, Calvo-Rodríguez D, Primucci CY, Plamenov-Dipchikov P. Dolor en el herpes zóster: prevención y tratamiento. *Semergen*. 2017;43:318-27.
2. Anderson E, Fantus RJ, Haddadin RI. Diagnosis and management of herpes zoster ophthalmicus. *Disease-a-Month*. 2017;63:38-44.
3. Vrcek I, Choudhury E, Durairaj V. Herpes zoster ophthalmicus: A review for the internist. *Am J Med*. 2017;130:21-6.
4. Johnson JL, Amzat R, Martin N. Herpes zoster ophthalmicus. *Prim Care Clin Office Pract*. 2015;42:285-303.