

neuroradiológica^{5,6}. En la EMAD se encuentran lesiones desmielinizantes, hiperintensas en T2 en el mismo estadio evolutivo, con frecuencia bilaterales, más habitualmente supratentoriales y, en ocasiones, afectación de tálamos y ganglios basales. La diferenciación radiológica con esclerosis múltiple y vasculitis por otras enfermedades autoinmunitarias puede no ser sencilla^{2,6,9}. El tratamiento mejora el pronóstico si se instaura tempranamente y se basa en el uso de corticoides sistémicos, con mejores resultados para la metilprednisolona que para la dexametasona^{2,7,8}. Puede emplearse también gammaglobulina. En el seguimiento pueden observarse déficits neurológicos residuales, pero la resolución completa clínica y radiológica es la norma habitual (en torno al 90% de casos)^{2,7}.

La naturaleza postinfecciosa por VEB se basa en la positividad del anticuerpo contra el VCA del VEB (sólo positivo en la fase aguda) y en la coherencia clínica con la afectación difusa de sustancia blanca. En el caso presentado, se inició tratamiento con ganciclovir por la imposibilidad inicial de descartar una encefalitis por CMV (durante los controles posteriores no se observó aumento del título de IgG, por lo que se descartó como agente etiológico).

El VEB es un herpes virus con un amplio espectro de sintomatología clínica. Muestra neurotropismo directo y es un agente implicado en la meningoencefalitis. Por otro lado, la infección por VEB puede desencadenar trastornos neurológicos parainfecciosos, como el síndrome de Guillain-Barré, cerebelitis aguda y también casos con EMAD, como el que se ha presentado. El VEB tiene un antígeno de la cápside (*Epstein-Barr nuclear antigen [EBNA]*) que comparte un pentapéptido con la proteína básica de mielina. La respuesta inmunitaria contra el virus produce desmielinización del sistema nervioso dada esta semejanza estructural.

Bibliografía

1. Tenenbaum S, Chitnis T, Ness J, Hahn JS, International Pediatric MS Study Group. Acute disseminated encephalomyelitis. *Neurology*. 2007;68:S23–36.

doi:10.1016/j.anpedi.2009.07.014

2. Tenenbaum S, Chamoles N, Fejerman N. Acute disseminated encephalomyelitis: A long-term follow-up study of 84 pediatric patients. *Neurology*. 2002;59:1224–31.
3. Erazo-Torricelli R. Encefalomielit aguda diseminada en la niñez. *Rev Neurol*. 2006;42:S75–82.
4. Wingerchuk DM. Postinfectious encephalomyelitis. *Curr Neurol Neurosc Rep*. 2003;3:256–64.
5. Hynson JL, Kornberg AJ, Coleman LT, Shield L, Harvey AS, Kean MJ. Clinical and neuroradiologic features of acute disseminated encephalomyelitis in children. *Neurology*. 2001;56:1308–12.
6. Tur C, Téllez N, Rovira A, Tintoré M, Río J, Nos C, et al. Acute disseminated encephalomyelitis: Study of factors involved in a possible development towards multiple sclerosis. *Neurología*. 2008;23:546–54.
7. Lu RP, Keilson G. Combination regimen of methylprednisolone, IV immunoglobulin, and plasmapheresis early in the treatment of acute disseminated encephalomyelitis. *J Clin Apher*. 2006;21:260–5.
8. Martínez Antón A, Ramos Amador JT, Rojo Conejo P, Gómez Sánchez E, Salinas Sanz JA. Spectacular response of acute disseminated encephalomyelitis after high-dose steroid therapy. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63:462–3.
9. Barkovich AJ. Trastornos tóxicos y metabólicos del cerebro. En: *Neuroimagenología pediátrica*. 1 ed. Buenos Aires: Journal; 2001. p. 108–12.

L. González Martín*, E. Pérez Gutiérrez, C. Alcalde Martín y C. Gutiérrez Abad

Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lgonzalemartin@gmail.com (L. González Martín).

Tratamiento supresor del herpes simple labial recurrente con valaciclovir en adolescentes.

Chronic suppressive therapy in recurrent herpes labia with valacyclovir in adolescents. Our experience

Sr. Editor:

El herpes simple labial es una afección vírica producida principalmente por el VHS-1, que se presenta aproximadamente en un 33% de los niños de edad escolar. En la mayoría de los casos los pacientes suelen presentar pocos episodios durante su vida, pero hay circunstancias en las que el paciente, después de la primoinfección, desarrolla nume-

rosos episodios en breves intervalos de tiempo, lo que limita de forma importante su calidad de vida. El herpes labial recurrente (HLR) parece ser más frecuente en niños inmunodeprimidos (VIH, afectados de linfomas/leucemias, en tratamientos con corticoides prolongados, etc.) y en niños con un nivel socioeconómico bajo¹, aunque también se presenta en pacientes inmunocompetentes.

El porcentaje de pacientes que requieren un tratamiento supresor de herpes simple se estipula entre un 5–10% de los que presentan herpes labial (con un número de episodios anuales superior a 6). Este porcentaje su duplica cuando se considera el herpes genital recurrente. Este tratamiento se recomienda a pacientes cuyos episodios son extremadamente sintomáticos o bien cuya calidad de vida física y psicológica está altamente deteriorada².

Revisamos los casos diagnosticados de HLR diagnosticados en nuestra unidad entre 2004 y 2007 en niños mayores de 12

Tabla 1 Características epidemiológicas de nuestra serie

Edad	Sexo	Número de episodios al año (pretratamiento)	Número de episodios al año (postratamiento)	Puntuación cDLQI pretratamiento	Puntuación cDLQI postratamiento
12	M	7	2	18	6
14	M	6	1	19	5
14	V	6	1	17	5
13	V	8	3	21	6

cDLQI: test de calidad de vida dermatológica (versión adaptada a la población pediátrica pretratamiento y postratamiento); M: mujer; V: varón.

años, con más de 6 episodios de herpes labial al año y que habían recibido tratamiento supresor con valaciclovir (500 mg/día) durante 4 meses. Ninguno de los pacientes presentaba antecedentes personales de interés y todos ellos eran inmunocompetentes.

En todos los casos, los padres firmaron consentimiento informado previo a la realización del tratamiento y se practicó un control analítico inicial, a los 3 meses y al finalizar el tratamiento, que incluía hemograma completo y bioquímica general con perfiles hepáticos y renal. El período de seguimiento para comprobar el número de episodios al año tras la conclusión del tratamiento supresor se estableció en un año. Se realizó el test de calidad de vida dermatológica en su versión adaptada a población pediátrica pretratamiento y postratamiento (cDLQI). En la [tabla 1](#) se recogen las principales características epidemiológicas y de respuesta de nuestra serie.

Ninguno de los pacientes desarrolló alteraciones analíticas durante el período de tratamiento y, dentro de los efectos secundarios, 2 de los 5 pacientes desarrollaron náuseas ocasionales en las 2 primeras semanas de tratamiento, que en ningún caso obligó a suspenderlo.

La eficacia de aciclovir y valaciclovir en su uso como tratamiento supresor para el HLR se ha demostrado en diferentes ensayos clínicos^{3,4}. Las pautas utilizadas han variado de un ensayo clínico a otro: 800 mg/día de aciclovir, 500 mg o 1 g/día de valaciclovir en ensayos clínicos en población adulta (nivel de evidencia II).

Los resultados han sido más prometedores con 500 mg/día de valaciclovir: se consiguió que el 60% de los pacientes del grupo tratado permaneciese libre de enfermedad durante el tratamiento y que el tiempo que mediaba hasta la aparición de un nuevo episodio fuese estadísticamente superior (13,1 semanas) en comparación con el grupo placebo (9,6 semanas)³. Incluso la comparación de tratamiento continuo e intermitente parece más favorable a la primera en los últimos estudios realizados al respecto⁵.

Mediante la presente carta queremos reflejar nuestra experiencia positiva en el tratamiento supresor con valaciclovir

para pacientes adolescentes con HLR, si bien son necesarios estudios o series más regladas para definir pautas posológicas más adecuadas. Somos conscientes de que el tamaño de nuestra serie es escaso, posiblemente debido al estado de inmunocompetencia de nuestros pacientes y a que es una enfermedad en muchos casos infradiagnosticada. Creemos también importante la reducción de la puntuación en el índice cDLQI, que traduce una mejoría importante en la calidad de vida de estos pacientes y, por extensión, de sus padres.

Bibliografía

1. Rioboo-Crespo Mdel R, Planells-del Pozo P, Rioboo-García R. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005;10:376–87.
2. Cernik C, Gallina K, Brodell RT. The treatment of herpes simplex infections: An evidence-based review. *Arch Intern Med*. 2008; 168:1137–44.
3. Rooney JF, Straus SE, Mannix ML, Wohlenberg CR, Alling DW, Dumois JA, et al. Oral acyclovir to suppress frequently recurrent herpes labialis. A double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med*. 1993;118:268–72.
4. Baker D, Eisen D. Valacyclovir for prevention of recurrent herpes labialis: 2 double-blind, placebo-controlled studies. *Cutis*. 2003; 71:239–42.
5. Gilbert SC. Suppressive therapy versus episodic therapy with oral valacyclovir for recurrent herpes labialis: Efficacy and tolerability in an open-label, crossover study. *J Drugs Dermatol*. 2007;6:400–5.

R. Ruiz-Villaverde* y D. Sánchez-Cano

Unidad de Dermatología, Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, Jaén, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ismenios@hotmail.com (R. Ruiz-Villaverde).