



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Herpes zóster en inmunocompetente vacunada frente a varicela



Herpes zoster in a varicella-vaccinated immunocompetent patient

L. Díaz-Rueda^{a,*}, R. Núñez-Ramos^a, L. Maroñas Jiménez^b y P. Rojo Conejo^{a,c}

^a Servicio de Pediatría, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

^c Sección de Infectología Pediátrica, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

Recibido el 21 de abril de 2014; aceptado el 1 de julio de 2014

Disponible en Internet el 6 de agosto de 2014

Lactante de 19 meses, sin antecedentes, bien vacunada, incluyendo varicela a los 15 meses. Consulta en Urgencias por un exantema eritemato-vesiculoso de distribución metamérica (fig. 1) iniciado en las 72 h previas. Se encontraba clínicamente bien, afebril, sin dolor ni picor. Su madre tuvo la varicela en la infancia, presentando un embarazo sin complicaciones. Valorado con Dermatología, se llegó al diagnóstico clínico de herpes zóster (HZ) no complicado. Recibió tratamiento sintomático, presentando a la semana del inicio del proceso una franca mejoría de las lesiones (fig. 2).

El virus de la varicela zóster (VVZ) causa 2 entidades clínicamente diferentes: la primoinfección y la reactivación con erupción cutánea, conocida como HZ. A diferencia del adulto, en el que causa gran morbilidad por los cuadros neurálgicos que desencadena, en pediatría suele tratarse de un proceso autolimitado y bien tolerado¹.

A pesar de su seguridad, entre los efectos adversos de la vacuna frente a VVZ se describe la varicela modificada, con menor compromiso sistémico y cutáneo, y la posibilidad de reactivación del virus latente en la infancia en forma de HZ, ambas muy poco frecuentes^{2,3}. En niños inmunocompetentes, el manejo del HZ es sintomático, con soluciones tópicas astringentes y analgesia pautada, pero ante lesio-



Figura 1 Se observan vesículas agrupadas en racimos sobre una base eritemato-edematosa, que se distribuyen de forma unilateral y metamérica en territorio laterotorácico izquierdo. Las lesiones respetan la línea media.

nes necróticas, bilaterales o diseminadas se debe descartar inmunosupresión subyacente y tratar con aciclovir. Nuestro caso ilustra que el HZ sigue siendo una opción diagnóstica en niños que presentan exantemas vesiculosos de distribución metamérica a pesar de la historia previa de vacunación⁴.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lauradiarueda@gmail.com (L. Díaz-Rueda).



Figura 2 Tras 6 días de tratamiento tópico con fomentos de sulfato de cinc, la mayoría de las lesiones muestran un aspecto costroso residual, con desaparición del eritema y la vesiculación.

Agradecimientos

Servicio de Urgencias Pediátricas, Servicio de Infectología Pediátrica y Servicio de Dermatología del Hospital 12 de Octubre.

Bibliografía

1. Gershon AA. Varicella-zoster virus infections. *Pediatr Rev.* 2008;29:5–10.
2. Ulman CA, Trevino JJ, Gandhi RK. Herpes zoster in a 2-year-old vaccinated against varicella. *Dermatol Online J.* 2014;20:21259.
3. Gil-Prieto R, Walter S, Gonzalez-Escalada A, Garcia-Garcia L, Marín-García P, Gil-de-Miguel A. Different vaccination strategies in Spain and its impact on severe varicella and zoster. *Vaccine.* 2014;32:277–83.
4. Moreno-Pérez D, Alvarez García FJ, Aristegui Fernández J, Cilleruelo Ortega MJ, Corretger Rauet JM, García Sánchez N, et al. Immunisation schedule of the Spanish Association of Paediatrics: 2014 recommendations. *An Pediatr (Barc).* 2014;80:1–55.