

HERPES ZÓSTER LOCALIZADO EN INERVACIÓN TRIGEMINAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO

HERPES ZOSTER LOCATED ON TRIGEMINAL INNERVATION IN PEDIATRIC PATIENT

*Álvarez, Manuel Enrique

*Estudiante de XI Semestre de la Escuela de Medicina, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá.

Recibido: 9 de marzo de 2013.

Aceptado: 18 de junio de 2013.

Álvarez, M. Herpes Zóster Localizado en Inervación Trigeminal en Paciente Pediátrico. Rev méd cient. 2013; 26(1): 5-6.



Imagen tomada al sexto día de tratamiento con Aciclovir.

Paciente masculino de 13 años con historia de dolor en molares superiores derechos 6 días previos a la aparición de vesículas en el lado derecho de la cara. Tratado con aciclovir oral los 3 días anteriores a su ingreso hospitalario.

Acude al Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera por dificultad para abrir el ojo derecho por el edema. Examen físico: edema facial en regiones periorbitaria, cigomática y temporal derecha; ala nasal y labio superior derecho. Signo de Hutchinson presente (vesículas y costras melicéricas en región nasociliar del V par craneal). En esta área coexisten lesiones dérmicas primarias en diferentes estadios: vesículas, coalescencia de vesículas y costras melicéricas asentadas sobre una base eritematoedematosa, asociadas a

Herpes Zóster Localizado en Inervación Trigeminal en Paciente Pediátrico by Manuel Enrique, Álvarez is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/).

Permissions beyond the scope of this license may be available at www.revistamedicocientifica.org.



dolor en el área y astenia. Sin afección auditiva. El resto del examen es normal. El paciente cuenta con esquema de vacunación completo y con antecedente de Varicela no complicada a los 4 años.

Tratamiento intrahospitalario: Aciclovir oral (800mg/kg/día c/6h por 5 días), observándose clínica.

El herpes zóster es la patología producida por reactivación del virus de varicela zóster (VVZ) y estadísticamente no es frecuente en población pediátrica.¹ Clínicamente puede encontrarse variaciones del herpes zóster debido a su distribución anatómica, específicamente en el herpes zóster oftálmico; los dermatomas en donde aparece el eritema son los inervados por las ramas trigeminales oftálmicas: supraorbitaria, lacrimal y nasociliar.² Puede iniciar con un pródromo (malestar general, fiebre, cefalea y dolor ocular), posteriormente (1-3 días) aparecen máculas, pápulas y vesículas sobre una base eritematosa, y nuevas lesiones pueden surgir hasta 2-5 días después.^{3,4} Debido a la implicación de la dermis profunda en el herpes zóster oftálmico, puede haber lesiones residuales posterior a la etapa inflamatoria como erosión profunda de cuero cabelludo, hipopigmentación, entropión, ectropión, necrosis labial.⁴ Aunque es variable la aparición de oftalmopatía en pacientes con Herpes zóster oftálmico, algunas revisiones demuestran hasta 100% de incidencia en pacientes con afección nasociliar.²

Tratamiento de elección: Aciclovir oral 800mg c/4-5h 7 días, administrado dentro de las 72 horas de haberse instaurado la clínica herpética. Recomendación: prolongar tratamiento en pacientes que no remitan (aparición de nuevas vesículas).⁵

REFERENCIAS

1. Peñaranda I, Peñaranda M. Herpes Zoster Infantil. A Propósito De Un Caso. Rev Soc Bol Ped. 2003; 42(2): 100-1.
2. Catron T, Gene Hern H. Herpes Zoster Ophthalmicus. West J Emerg Med. 2008 August; 9(3): 174-6.
3. Martínez M. Infecciones virales y exantematosas no tradicionales. Rev Chil Pediatr. 2005; 76(5): 521-7.
4. Liesegang T. Herpes Zoster Ophthalmicus. Ophthalmology. 2008; 115(2): S3-S12.
5. Dworkin R, Johnson R, Breuer J, Gnann J, Levin M, et al. Recommendations for the Management of Herpes Zoster. Clin Infect Dis. 2007; 44(1): 1-26.