

Lesiones cutáneas vesiculosas de predominio palpebral

M. Feito Rodríguez, P. Ramírez Marín, E. Sendagorta Cudós, R. de Lucas Laguna y P. Herranz Pinto

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años de edad que acude al Servicio de Urgencias por lesiones cutáneas de localización palpebral de 15 días de evolución, temperatura termometrada de 38 °C y malestar general, que se presentaron durante su estancia en un campamento de verano. Entre sus antecedentes figuraba una dermatitis atópica moderada de inicio en la infancia consistente en placas eritematodescarnativas, excoりaciones y liquenificación localizadas principalmente en párpados y flexuras, que había requerido tratamiento con corticoides tópicos de mediana y baja potencia en los brotes (aproximadamente uno al año) e inhibidores de la calcineurina (tacrolimus y pimecrolimus) al inicio de los mismos y como parte del tratamiento de mantenimiento.

En la exploración física destacaba la presencia de eritema y edema palpebral bilateral, bastante simétrico, sobre el que se implantaban múltiples úlceras monomorfas menores de 0,5 cm de diámetro cubiertas de costras melicéricas (fig. 1). Además, se observaron lesiones de similares características salpicadas en escaso número por región cervical (fig. 2) y adenopatías laterocervicales y retroauriculares mayores de 1 cm de diámetro.

Los estudios complementarios practicados, incluyendo hemograma, electrolitos, coagulación, función hepática, función renal, análisis de orina, velocidad de sedimentación globular (VSG), radiografía de tórax y hemocultivos fueron normales o no significativos, destacando únicamente una discreta leucocitosis con desviación izquierda, así como una leve elevación de la VSG. En la exploración oftalmológica se observaron pequeñas úlceras dendríticas corneales sin otros hallazgos de interés.

PREGUNTAS

¿Cuál es su diagnóstico? ¿Qué actitud tomaría?



Figura 1. Se puede apreciar la llamativa afectación cutánea palpebral en el momento del ingreso.



Figura 2. Úlceras monomorfas bien delimitadas, cubiertas por costra hemorrágica, en la región laterocervical.



Figura 3. Obsérvese la importante mejoría cutánea a los 20 días tras el inicio del cuadro.

Correspondencia: Dra. M. Feito Rodríguez.
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz.
Pº de la Castellana, 261. 28046 Madrid. España.
Correo electrónico: marta8marta@hotmail.com

Recibido en agosto de 2006.
Aceptado para su publicación en noviembre de 2006.

ECCEMA HERPETICUM CON AFECTACIÓN OCULAR (INFECCIÓN DISEMINADA POR VHS)

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria cutánea crónica que normalmente afecta a niños, aunque puede persistir hasta la edad adulta. Los pacientes con dermatitis atópica muestran una mayor predisposición a padecer ciertas infecciones virales cutáneas, con frecuencia más diseminadas y/o severas, como reflejo de una disfunción de la inmunidad celular. La alteración de la barrera cutánea que tiene lugar en estos enfermos supondría una vía de acceso fácil para los virus^{1,2}. Una de las entidades más comunes dentro de este grupo es el eccema herpeticum, descrita en 1887 por el dermatólogo austríaco Moriz Kaposi^{3,4}.

Clínicamente se caracteriza por la aparición brusca de lesiones características ampliamente distribuidas sobre las áreas más afectadas, además de fiebre, linfadenopatías, malestar general o irritabilidad⁵. Dichas lesiones consisten en vesículas con umbilicación o erosiones bien delimitadas, monomorfas, a veces confluyentes, con predilección por tronco, cabeza y cuello; si se produce sobreinfección estafilocócica, se observan grandes lesiones con costra y pústulas foliculares. La curación completa se produce en 2 a 6 semanas. En ocasiones requiere una valoración multidisciplinar, con revisiones oftalmológicas (si se sospechan complicaciones, p. ej., queratoconjuntivitis) o neurológicas (si se sospecha meningitis o encefalitis), entre otras¹.

El diagnóstico es principalmente clínico, confirmado por la detección del VHS en el cultivo de las lesiones o mediante la detección de antígenos¹.

El tratamiento principal consiste en la rápida introducción de antivirales sistémicos para acortar la duración y prevenir futuras complicaciones¹, añadiendo antivirales tópicos cuando existe afectación ocular⁶; en caso de sobreinfección secundaria se debe añadir antibioterapia sistémica y tópica. Es conveniente también el uso de antisépticos tópicos, para secar las lesiones y prevenir la sobreinfección de las mismas. La corticoterapia es un tema muy debatido, ya que su deseable efecto antiinflamatorio pudiera conllevar un potencial efecto inmunosupresor¹. Los corticoides tópicos no parecen predisponer al desarrollo de eccema herpeticum⁴, de la misma forma

y aunque no se ha demostrado en la práctica diaria, el uso de los inhibidores tópicos de la calcineurina podría incrementar la incidencia de infección diseminada por VHS⁷, a expensas de estudios más amplios que arrojen conclusiones definitivas al respecto^{8,9}.

La paciente recibió tratamiento con aciclovir y cloxacilina intravenosa durante 10 días, y se le realizaron curas diarias con sulfato de cobre y ácido fusídico tópico; además, se pautó aciclovir en pomada oftálmica y ciclopléjico para el tratamiento de las complicaciones oculares. El cultivo tomado de una de las lesiones para virus herpes simple (VHS) fue positivo. Transcurridos 10 días, la mejoría de la clínica cutánea y ocular era muy evidente, con desaparición de la fiebre e importante mejoría del estado general. A los 20 días persistía la buena evolución, con visualización de lesiones residuales únicamente (fig. 3).

BIBLIOGRAFÍA

1. Wollenberg A, Wetzel S, Burgdorf WH, Haas J. Viral infections in atopic dermatitis: Pathogenic aspects and clinical management. *J Allergy Clin Immunol.* 2003;112:667-74.
2. Donald Y, Leung M. Infection in atopic dermatitis. *Curr Opin Pediatr.* 2003;15:399-404.
3. Kaposi M. *Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.* Berlin: Urban und Schwarzenberg; 1887.
4. Wollenberg A, Zoch C, Wetzel S, Plewig G, Przybilla B. Predisposing factors and clinical features of eczema herpeticum—a retrospective analysis of 100 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49:198-205.
5. Kramer SC, Thomas CJ, Tyler WB, Elston DM. Kaposi's varicelliform eruption: A case report and review of the literature. *Cutis.* 2004;73:115-22.
6. Wilhelmus KR. The treatment of herpes simplex virus epithelial keratitis. *Trans Am Ophthalmol Soc.* 2000;98:505-32.
7. Wahn U, Bos JD, Goodfield M, Caputo R, Papp K, Manjra A, et al. Efficacy and safety of pimecrolimus cream in the long-term management of atopic dermatitis in children. *Pediatrics.* 2002;110(1 Pt 1):e2.
8. Lübke J, Pournaras CC, Saurat JH. Eczema herpeticum during treatment of atopic dermatitis with 0.1% tacrolimus ointment. *Dermatology.* 2000;201:249-51.
9. Lübke J, Sánchez-Politta S, Saurat JH. Adults with atopic dermatitis and herpes simplex and topical therapy with tacrolimus: What kind of prevention? *Arch Dermatol.* 2003;139:670-1.