

¿Cuál es su diagnóstico? *Respuesta*

SECCIÓN A CARGO DE **PABLO G. DEI-CAS^a**, **CYNTHIA G. BELO^a**, **ELIANA BOFFA^a**,
FEDERICO N. NOVAS^a, **BETTINA L. PARRADO^a**, **IGNACIO DEI-CAS^a**, **CECILIA PATIÑO^a**

LA RESPUESTA CORRECTA ES:

B) Infección por virus varicela zóster (HVZ).

La varicela y el herpes zóster son afecciones de apariencia clínica diferente, causadas por el mismo virus (HSV III). El herpes zóster es poco frecuente en niños, generalmente se observa en aquéllos que tuvieron varicela en el primer año de vida o fueron infectados "in útero", como resultado de una infección materna por el virus HVZ.

Clínicamente, se observa una erupción de vesículas agrupadas, asentadas sobre una base eritematosa, que no sobrepasan la línea media, y en el huésped inmunocompetente respeta la distribución de las metámeras.

El contenido vesicular es seroso, pero en 2 a 4 días puede tornarse purulento. Los síntomas prodrómicos de dolor radicular y/o parestesias en el dermatoma donde estará la erupción son frecuentes en el adulto, pero muy ocasionales en el niño.

Dentro de la primera semana aparecen nuevos grupos de vesículas, y la erupción se resuelve en 7 a 14 días, generalmente sin las algias postherpéticas que ocurren en la edad adulta (neuralgia postherpética). La localización más frecuente es la torácica. Menos comunes son la afectación del trigémino, braquial, crural, etc. El compromiso perianal y genital constituyen una rareza, más aún en la edad pediátrica.

Es una de las virosis más contagiosas, y debe recordarse que los niños con herpes zóster transmiten varicela a huéspedes susceptibles. La mayor contagiosidad se da en los primeros 2 días del brote, pero el período de infectividad puede llegar hasta el quinto día.

Comparativamente, cabe destacarse que tanto

el herpes virus simple tipo 1 como el tipo 2 suelen presentarse sin respetar la unilateralidad ni la configuración metamérica características del herpes zóster, y si bien la afectación genital es más característica de la infección por HSV II, puede verse también por HSV I.

Al considerar otros diagnósticos diferenciales, la dermatitis de contacto irritativa aguda, la cual es un patrón de respuesta inflamatoria de la piel con eritema y vesículas, se acompaña de intenso prurito y se caracteriza por comprometer el área de contacto con el irritante.

El penfigoide ampollar es una entidad rara en la infancia, caracterizada por la presencia de ampollas grandes y tensas de contenido claro o hemorrágico. Presenta signo de Nikolski negativo. En menores de un año es más frecuente en manos y pies, mientras que en niños mayores en área genital y zona de pliegues.

El impétigo ampollar, entidad producida por las toxinas exfoliativas de *Staphylococcus aureus*, se caracteriza por la presencia de vesículas que confluyen formando grandes bullas de contenido amarillo claro, con escaso eritema. Con mayor frecuencia compromete superficies expuestas, y a diferencia de las afecciones por virus herpes, no se acompaña de dolor ni parestesias previas a la erupción.

El diagnóstico del herpes zóster es clínico y se confirma con estudios virológicos, que en el caso expuesto permitieron confirmar nuestra sospecha clínica. Dado que los anticuerpos, IgM e IgG, para virus herpes simple tipo 1 y tipo 2 buscados por técnica de ELISA fueron negativos, se solicitaron anticuerpos de tipo IgM e IgG para virus varicela zóster por la misma técnica, que arrojaron resultado positivo. La inmunofluorescencia indirecta

a. Servicio de Pediatría, Hospital Interzonal General de Agudos Presidente Perón de Avellaneda.

Correspondencia: pediatriaperon@gmail.com

No existen conflictos de interés a declarar.



(IFI) constituye otro procedimiento de diagnóstico serológico útil.

El tratamiento es sintomático, combatiendo el prurito, el dolor, y previniendo una infección secundaria. En los casos particulares de herpes oftálmico o herpes zóster diseminado está indicado el uso de Aciclovir por vía oral a 60 mg/kg/día o por vía intravenosa a 30 mg/kg/día durante 10 días, para prevenir la diseminación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Máximo JA. Dermatología Pediátrica para el médico práctico. 1ª Edición. Buenos Aires: Ediciones Científica Sur. 2013; 8:252-9.
2. Abate H, Agosti M; Aletti A, et al. Comité Nacional

de Infectología. Libro Azul de Infectología Pediátrica. 4ª Edición, 2012; 53: 327-34. Cap. 66; 418-25.

3. Label M, Ackerman M. Penfigoide ampollar. En: Gioseffi M L. En: Dermatología en Pediatría Ambulatoria, Editorial Panamericana, 2017;98:365-8.
4. La Forgia M, Cannavo A, Fortunato L, et al. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso Dermatitis por Contacto, 2015.
5. Zarowsky T. Penfigoide anti-p 200. Revista Argentina de Dermatología 2011;92(2).

Texto recibido: 11 de octubre 2017.

Aprobado: 12 de noviembre 2017.

No existen conflictos de interés a declarar.

Forma de citar: Dei Cas y col. ¿Cuál es su diagnóstico? Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2017;59(267):262-263.

Premios Revista Hospital de Niños al mejor trabajo publicado en el año 2016

PRIMER PREMIO

Sífilis congénita. Seguimiento de casos. Diagnóstico de situación en un hospital de la provincia de Buenos Aires

Autores: Ana María Silva, Federico Bois y Elisa Duro

ACCÉSIT

Epidemiología del Staphylococcus aureus en pediatría 2007-2015

Autores: Sonia Lepetic, Claudio Martignetti, Ana Mariñasny, Darcy Bickham, Federico Díaz y Agustina Dalzotto.