

Casos Clínicos:

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL HERPES ZOSTER EN LA REGIÓN MAXILOFACIAL**

**Recibido para arbitraje: 27/11/2008**

**Aceptado para publicación: 10/12/2009**

- **José Paulo da Silva Filho, Alfredo Lucas Neto** Alumnos del 20 año de Especialización en Cirugía y Traumatología Buco-Maxilofacial - FOP\UPE
- **Diego Moura Soares** Alumno del pregrado de la Facultad de Odontología de Caruaru-PE-ASCES
- **Marvis Allais Especialista**, MSc, PhD en Cirugía y Traumatología Buco-Maxilofacial. Profesora del postgrado en Cirugía Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad Central da Venezuela
- **Emanuel Dias de Oliveira e Silva** Especialista en Cirugía y Traumatología Buco-Maxilofacial. Coordinador del Programa de Residencia y Especialización en Cirugía y Traumatología Buco-Maxilofacial HUOC- UPE

**RESUMEN**

El Herpes zoster, es una enfermedad viral causada por el virus varicela-zoster, el mismo causante de la varicela. Ocurre a partir de la reactivación del virus latente presente en los ganglios, lo que provoca afecciones en la piel, de mayor o menor gravedad, afectando generalmente individuos inmunocomprometidos. La lesión está caracterizada por presentar vesículas con regiones rojizas que acompañan alguna ramificación nerviosa, que en la mayoría de los casos se presenta de forma unilateral unilateral. El diagnóstico en la mayoría de los casos es extremadamente clínico, pudiendo ser realizados algunos exámenes complementarios. El presente trabajo tiene como objetivo mostrar las manifestaciones clínicas del herpes zoster en la región maxilofacial, así como realizar una revisión de la literatura.

**Palabras claves:** Herpes zoster, región maxilofacial, virus varicela-zoster

**RESUMO**

O Herpes zoster, é uma doença viral causada pelo vírus varicela-zoster, o mesmo causador da varicela. Ocorre a partir da reativação do vírus latente presente nos gânglios, o que provoca afecções na pele, de maior ou menor gravidade, acometendo geralmente indivíduos imunocomprometidos. A lesão é caracterizada por apresentar vesículas com regiões avermelhadas que acompanham um ramo nervoso, sendo unilateral. O diagnóstico na maioria das vezes é extremamente clínico, podendo ser realizados alguns exames complementares. O presente trabalho tem como objetivo demonstrar as manifestações clínicas do herpes zoster na região maxilofacial, além de realizar uma breve revista da literatura.

**DESCRITORES:** Herpes zoster, região maxilofacial, vírus varicela-zoster

#### ABSTRACT

The Herpes zoster, is a viral disease caused by the varicella-zoster virus, that the same causer of varicella. It occurs from the reactivation of latent virus present in the lymph nodes, what provoke affection in the skin, of greater or lesser severity, generally affecting immunocompromised individuals. The lesion is characterized to present vesicles with red regions that accompany a branch nervous, being unilateral. The diagnosis the most of the time is extremely clinical, and can be made some complementary tests. This work objective to report two cases of herpes zoster in maxillofacial region, and accomplish a brief review of literature.

**KEYWORDS:** Herpes zoster, maxillofacial region, varicella-zoster virus.

#### REVISION DE LA LITERATURA

La transmisión del VVZ se presenta de forma epidémica por aerosoles o por el contacto directo con las lesiones cutáneas de la enfermedad, que a partir de ese momento ocurre su diseminación por vía hematógena. La infección aguda de este virus causa la varicela, conocida popularmente como lechina. Con una infección previa de la varicela, el VVZ puede infectar los neurónios y/o células satélites de los neurónios en los ganglios de la raíz nerviosa y permanecer latente por largos períodos de tiempo, cuando se presenta la reactivación de este virus latente, ocurre la infección de los nervios sensitivos, estos llevan el virus para los dermatomas, causando vesículas, una de las principales expresiones clínicas del Herpes Zoster (5,7,8,12).

Según Sampaio y Rivitti (2001); Azulay y Azulay (2004) algunos individuos pueden desarrollar un cuadro clínico de herpes zoster posterior al contacto con la enfermedad de la varicela u otros pacientes enfermos de H. Zoster caracterizando así un cuadro de reinfección en pacientes previamente inmunizados.

La reactivación del virus varicela-zoster, frecuentemente ocurre en individuos ancianos e inmunodeficientes, pudiendo estar asociado a patologías como: lupus eritematoso, SIDA, leucemias y linfomas. Tratamientos con algunas drogas inmunosupresoras, como drogas citotóxicas, corticoides y radiación, también pueden contribuir para la reactivación del virus (1,3,4).

El diagnóstico para el H. Zoster es la mayoría de las veces a través del examen clínico, siendo realizado a partir del aspecto de las lesiones que en general es típico para el diagnóstico del mismo (6,10).

Algunos exámenes de laboratorio como tests serológicos, inmunohistoquímica, cultivo del fluido de las vesículas, pueden utilizarse como métodos auxiliares en el diagnóstico; pero la mayoría de estos exámenes son inespecíficos para el zoster, pudiendo presentar los mismos resultados para varicela o herpes simples (12,13). Actualmente, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) también puede ser utilizada como un método de diagnóstico para el zoster, ya que esta técnica presenta una mayor especificidad y sensibilidad de que las utilizadas habitualmente (6).

Los nervios frecuentemente afectados son los intercostales (50%), seguido por el trigémino

(15%), cervical, lumbar y lumbosacro (4,11). Con relación a los nervios craneanos, el trigémino es el que presenta mayor incidencia de afección, siendo la región correspondiente a la rama oftálmica la más afectada (4,13).

La afección orbitaria por el virus del herpes zoster oftálmico es extremadamente raro, y cuando ocurre puede manifestarse como vasculitis extensa, proceso hemorrágico, perineuritis y proceso inflamatorio acometiendo todo el contenido orbital incluyendo músculos extra-oculares y el nervio óptico (13)

El dolor es especialmente fuerte cuando el nervio trigémino está afectado, causando en algunos casos parálisis facial (7). Ésta ha sido comúnmente observada en asociación con el herpes zoster que afecta regiones faciales o del canal auditivo externo, en esos casos ella se da a partir de la compresión del nervio facial, por causa del edema que el zoster produce, pudiendo causar el síndrome de Ramsay Hunt, cuando el canal auditivo externo es acometido por el virus zoster, provocando así vértigo, zumbido, dolores auriculares y pérdida auditiva (5,12,15).

Las manifestaciones bucales en casos de herpes zoster, ocurren cuando las ramas maxilar y/o mandibular del trigémino están afectadas. En esos casos úlceras y erosiones pueden ser observadas a lo largo de las divisiones maxilar y mandibular del nervio. Cuando el nervio maxilar se encuentra afectado lesiones vesiculares están presentes en la mucosa vestibular y en el paladar, y los dientes superiores del lado afectado estarán sensibles o con dolor. Si el nervio mandibular se encuentra atingido toda la extensión de la mandíbula, lengua y labio unilateralmente se verán afectados, y los dientes inferiores también podrán presentar algún tipo de dolor (15).

Previo a la aparición de las lesiones en la piel, los pacientes presentaran como signos y síntomas prodrómicos dolor de cabeza, fiebre, prurito, hormigueo, parestesia, ardor y dolor a nivel del dermatomo afectado (10,13).

La fase aguda de la enfermedad esta representada por el surgimiento de grupos de vesículas en base eritematosa, siendo en general, unilateral, sin ultrapasar la línea media y acompañando el trayecto del nervio afectado. Pasados de tres a cuatro días las vesículas comienzan a pustular y ulcerar, siendo que algunos días después comienza la formación de costras en esas vesículas ulceradas, pudiendo ocurrir infección secundaria, generalmente por estreptococos. Esa fase dura en torno de dos a cuatro semanas, y puede evolucionar para la cura (1,5).

La neuralgia pós-herpética es la complicación mas común del herpes zoster, estando caracterizada por un síndrome neuropático doloroso que puede surgir posterior al término de la fase aguda de la enfermedad y persistir por meses hasta años. El dolor está descrito como un ardor continuo y localizado, latente, punzante y frecuentemente provocado por leves toques que estimulan las terminaciones nerviosas. Ocurre generalmente en individuos mayores a 50 años, y en algunos casos genera depresión pudiendo llevar al paciente a intentar el suicidio (5,11,16).

El tratamiento del herpes zoster es realizado en base de medicamentos antivirales, pues está comprobado que en infecciones no complicadas, acelera la cicatrización, reduciendo el número de días de desarrollo de las nuevas lesiones y aliviando el dolor. El protocolo más utilizado

para este tipo de enfermedades es el tratamiento con aciclovir, el cual es realizado en dosis de 800 mg, vía oral, cinco veces por día (dosis diaria de 4,0 g), durante siete días, pudiendo ser sustituido por famciclovir de 250 mg, por vía oral, tres veces por día, durante siete días. El valaciclovir con dosis diaria de 3g, también puede ser utilizado (12,17).

El aciclovir, valaciclovir y el famciclovir son antivirales que además de reducir la intensidad y duración de los síntomas, contribuyen para la disminución de la frecuencia y duración de la neuralgia póst-herpética. La eficacia clínica del aciclovir y del valaciclovir depende del tiempo de iniciación del tratamiento y de una dosis mínima que asegure la concentración tisular que permita la inhibición de la replicación viral (18).

Compresas con antisépticos, para prevenir infecciones secundarias, y analgésicos en caso de ser necesarios, variando en función de la intensidad del dolor, también puede ser prescrito (11).

En casos de herpes zoster generalizado, el tratamiento más indicado es la administración del aciclovir endovenoso, en dosis de 10mg/kg en solución aplicada mínimo por 1 hora, tres veces por día, durante siete días o hasta que exista la formación de costras en las lesiones (12,13).

### **CASO CLÍNICO 1**

Paciente masculino de 62 años, quien asistió a la Emergencia del Hospital Getúlio Vargas, Recife-PE, donde fue atendido por el equipo de Medicina Interna con queja principal de dolor en la región facial. Fue realizado el examen clínico e internado con diagnóstico de infección facial. Fue solicitada la evaluación por parte del equipo Cirugía Buco-Maxilofacial, donde se observó lesión extensa en región facial izquierda, extendiéndose desde la región del pabellón auricular izquierdo hasta la región del labio inferior, acometiendo también la región de mucosa vestibular izquierda y toda la lengua del lado izquierdo, con signos de infección (Fig. 1, Fig. 2, Fig 3). Un abordaje interdisciplinario fue realizado, constatándose el diagnóstico de Herpes Zoster. Fue indicado Rocefin® (Ceftriaxona ácida en forma de sal disódica) 1g a cada 6 horas asociado a Metronidazol de 500mg a cada 8 horas endovenoso para el tratamiento de la infección. Para tratar el Herpes Zoster fue prescrito aciclovir de 10mg/Kg, a cada 8 horas endovenoso por siete días. El paciente al 5º día de hospitalización demostraba mejoría acentuada del cuadro, y posterior al alta hospitalaria (7 días) el paciente fue orientado a regresar al ambulatorio para acompañamiento clínico, lo cual no cumplió, imposibilitando el seguimiento del caso.



Fig. 1  
Vista frontal del Herpes Zoster en región facial izquierda, afectando el trigemino



Fig. 2  
Vista lateral de la lesión desde la región del pabellón auricular izquierdo hasta la región del labio inferior.



Fig. 3  
Lesión en región de mucosa vestibular y lengua  
del lado izquierdo.

## CASO CLÍNICO 2

Paciente de 38 años de edad, sexo masculino, compareció a la Emergencia del Hospital de la Restauración, Recife-PE, con queja principal de dolor en la región facial, donde fue atendido por el equipo de Medicina Interna y solicitada la interconsulta por parte del equipo de Cirugía Buco-Maxilofacial. Al examen clínico se observa lesión que se extiende de la región del hueso frontal a la región palpebral izquierda, presentando hiperemia, superficie vesicular, con edema en región superciliar y pálebra izquierda, con oclusión palpebral del mismo lado (Fig. 4, Fig. 5, Fig. 6). Posterior al examen clínico y anamnesis se diagnóstico como Herpes Zoster, y en donde instauró el tratamiento con aciclovir en dosis de 800mg, por vía oral, cinco veces al día (4g día) durante siete días, obteniendo así excelentes resultados.

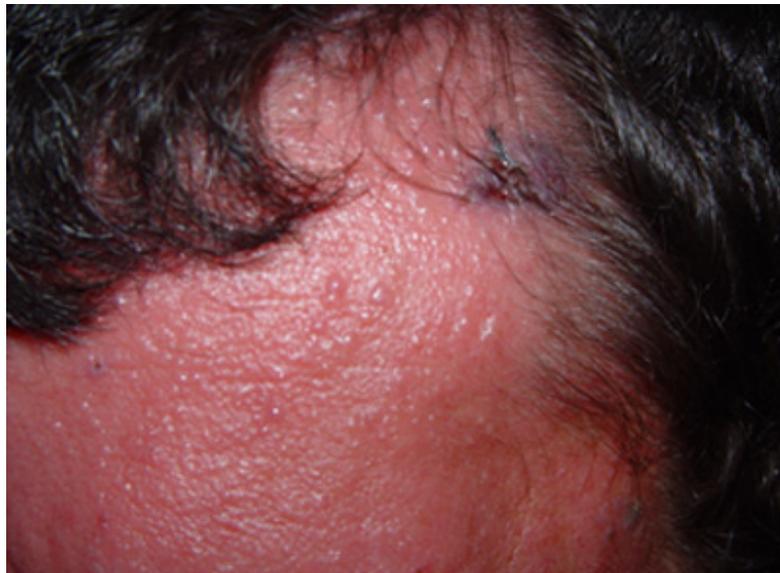


Fig. 4

Lesión del Herpes Zoster que se extiende desde la región del hueso frontal a la región de la pálebra izquierda con oclusión palpebral.



Fig. 5

Lesión que presenta hiperemia, superficie vesicular y edema en región superciliar y pálebra izquierda



Fig. 6  
Lesión ulcerativa de las vesículas en la región frontal.

### CONSIDERACIONES FINALES

La importancia de un diagnóstico preciso para los casos de herpes zoster, es necesario, ya que el pronóstico dependerá del período de evolución de la lesión en que se inició el tratamiento.

A pesar de ser rara la afección ocular en casos de herpes zoster oftálmico, es extremadamente importante que el paciente sea evaluado a lo largo del tratamiento por un profesional especializado, para que posibles complicaciones, como ceguera y síndrome del ápice orbitario, sean evitadas.

La administración de la terapéutica correcta (dosis y tiempo de exposición al fármaco) y período en que es iniciado el tratamiento, irá a influenciar directamente en el pronóstico y en la posibilidad de evitar la aparición de la neuralgia pós-herpética. Es importante que el odontólogo tenga conocimiento de este tipo de enfermedades que pueden ser diagnósticas por medio de la aparición de lesiones bucales o dermatológicas, ayudando a su correcto y rápido tratamiento.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oxman MN, Levin MJ, Johnson GR, Schmader KE, Straus SE, Gelb LD, Arbeit RD, Simberkoff MS, Gershon AA, Davis LE, Weinberg A, Boardman KD, Williams HM, Zhang JH, Peduzzi PN, Beisel CE, Morrison VA, Guatelli JC, Brooks PA, Kauffman CA, Pachucki CT, Neuzil KM, Betts RF, Wright PF, Griffin MR, Brunell P, Soto NE, Marques AR, Keay SK, Goodman RP, Cotton DJ, Gnann JW Jr, Loutit J, Holodniy M, Keitel WA, Crawford GE, Yeh SS, Lobo Z, Toney JF, Greenberg RN, Keller PM, Harbecke R, Hayward AR, Irwin MR, Kyriakides TC, Chan CY, Chan IS, Wang WW, Annunziato PW, Silber JL; Shingles Prevention Study Group. A Vaccine to Prevent Herpes Zoster and Postherpetic

- Neuralgia in Older Adults. *N. Engl. J. Medic.* (2005); 352(22): 2271-84.
2. Larralde M, Gomaar B, Yulitta H. Varicela y herpes zoster: informe de un caso. *Arch. Argent. Pediatr* (2007); 105(4):339-341.
  3. Neves P, Facó MM, Sallum AME, Campos LMA, Rossi Júnior A, da Silva CAA. Herpes Zoster em Pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil. *Rev Bras Reumatol.* (2007); 47(2):135-39
  4. Cambier, J.; Masson, M.; Dehen, H. *Neurologia*. 11ª ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2005.
  5. Neville BW. *Patología Oral & Maxilofacial*. 2ª ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2004.
  6. Rebello AS, Carvalho MGC, Rebello MCS, Fischer J, Carvalho PC, Carvalho JFO. Molecular detection of simultaneous reactivation of VZV and HSV in a patient with a clinical history of roseola infantum. *J. Bras. Patol. Med. Lab.* (2003); 39(3): 207-9
  7. Robbins SL, Cotran RS. *Patología*. 7ª ed. Elsevier: Rio de Janeiro, 2005.
  8. Azualy RD, Azulay DR. *Dermatología*. 3ª ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2004.
  9. Ekman LL. *Neurociência: Fundamentos para a reabilitação*. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2000.
  10. Sanz Pozo B, Criado Vega E, Quintana Gómez JL, Ramírez de Molina V, Merino Moína M, Bravo Acuña J. How do we treat herpes zoster in Primary Health Care? *Medifam.* (2002); 12(9):36-48.
  11. Azualy RD, Azulay DR. *Dermatología*. 4ª ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2006.
  12. Sampaio S, Rivitti E. *Dermatología*. 2ª ed. Artes Médicas: São Paulo, 2001.
  13. Bondi EE, Jegasothy BV, Lazarus GS. *Dermatología: diagnóstico e tratamento*. Artes médicas: Porto Alegre, 1993.
  14. Malta JBN, Bernal HC, Ramalho AM, Sibinelli MA, Vital Filho J. Orbital apex syndrome and herpes zoster ophthalmicus in an HIV positive patient: case report. *Arq Bras Oftalmol.* (2004);67(6):939-41
  15. Prabhu, S. R. *Medicina Oral*. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2007.
  16. Da Silva LJ, Richtmann R. Vaccines under development: group B streptococcus, herpes-zoster, HIV, malaria and dengue. *J. Pediatr.* (2006) ;82(3) 115-24
  17. Wilson DD. Herpes zoster: prevention, diagnosis and treatment. *The Nurse Practitioner.* 32.9 (Sept 2007): 19(7). Academic OneFile. Gale. Associação Caruaruense de Ensino

Superior.

18. Fica CA, Jadue AC, Donaire RL. Erroneous prescriptions of aciclovir and valaciclovir in herpes zoster treatment. *Rev. chil. infectol.*, 2007; 24(2):106-110.