

## Herpes zóster de extremidades inferiores

Dr. Edgardo Rafael Malaspina Guerra

### RESUMEN

*El herpes zóster es causado por el virus de la varicela zoster (VZV). Después de provocar varicela, el virus permanece latente en la raíz dorsal y los ganglios del nervio craneal y puede reactivarse como consecuencia de la disminución de la inmunidad celular específica del VZV, y reaparecer como herpes zoster (culebrilla) (1). El herpes zoster por lo general se acompaña de una erupción vesicular unilateral sobre un dermatoma, a menudo con dolor intenso. Los dermatomas que con más frecuencia se lesionan son T3 a L3. En algunos casos, se presenta dolor en el dermatoma 48 a 72 horas antes de que se presenten las lesiones. Esta enfermedad dura entre siete y diez días, y suele dejar manchas hipercrómicas en piel (2). A pesar de que el herpes zóster puede diseminarse a otras regiones de la piel y a las vísceras (3); no obstante, la mayoría de los manuales médicos y artículos en revistas especializadas, relacionados con esta enfermedad viral, se refieren al proceso patológico en los ganglios de los nervios craneales; y en general, al que compromete la cabeza y el tronco del cuerpo humano (4). Se presenta un caso clínico de herpes zóster de las extremidades inferiores.*

**Palabras clave:** Enfermedad viral, herpes zóster, extremidades inferiores, neuropatía posherpética.

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2020.128.s1.10>

<sup>1</sup>Profesor jubilado de la Universidad Experimental Rómulo Gallegos. Área de Ciencias de la Salud. Programa de Medicina "Doctor José Francisco Torrealba". Sede San Juan de los Morros.

<sup>2</sup>Médico. Ambulatorio Las Mercedes. San Juan de los Morros. Edo. Guárico.

ORCID: 0000-0002-8624-3382, E-mail: edgardomalaspina@gmail.com

### SUMMARY

*Herpes zoster is caused by the varicella-zoster virus (VZV). After causing chickenpox, the virus remains dormant in the dorsal root and cranial nerve ganglia and may reactivate as a result of decreased VZV-specific cellular immunity, and reappear as herpes zoster (shingles) (1). Herpes zoster is usually accompanied by a unilateral vesicular rash on a dermatome, often with severe pain. The dermatomes that are most frequently affected are T3 to L3. In some cases, appears in the dermatome 48 to 72 hours before the lesions appear. This disease lasts between seven and 10 days, in some cases, hyperchromic lesions may remain on the skin (2). Although herpes zoster can spread to other regions of the skin and the viscera (3); however, most of the medical manuals and articles in specialized magazines related to this viral disease refer to the pathological process in the cranial nerve ganglia; and in general, the one that involves the head and trunk of the human body (4). We present a clinical case of herpes zoster of the lower extremities.*

**Key words:** Viral disease, herpes zoster, lower extremities, postherpetic neuropathy.

**Consentimiento informado:** El autor ha obtenido el consentimiento del paciente para el presente artículo con sus respectivas tomas fotográficas.

**Conflicto de intereses:** El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

## CASO CLÍNICO

### Motivo de consulta y enfermedad actual

Hombre de 60 años acude a la consulta por presentar dolor en extremidad inferior derecha desde hace cinco días con parestesia lateral del pie y en el quinto dedo.

### Exploración física

Buen estado general. Afebril. En antecedentes: Hipertensión arterial esencial y diabetes mellitus, ambas enfermedades con tratamiento. Teniendo en cuenta la patología de base se diagnostica neuropatía diabética y se inicia tratamiento con gabapentina y acetaminofén.

### Exámenes de laboratorio

Hemoglobina: 14,5 mg/dL; Leucocitos: 9 500; Plaquetas: 355 000; Glicemia: 109 mg/dL.

HbA1C: 5,9 %; Creatinina: 0,6 mg/dL.

### Juicio clínico, evolución y tratamiento

El paciente acude a la consulta nuevamente por aparición de vesículas y flictenas, características y propias del herpes zóster, en extremidad inferior derecha, cuya extensión se manifestó desde el tercio inferior del glúteo, pasando por la fosa poplítea (Figura 1), hasta el talón, donde se ramifican medial y lateralmente. Las mencionadas manifestaciones dermatológicas se acompañaban en lo sucesivo de dolor urente y prurito. Se inició tratamiento con aciclovir (800 mg 5 veces al día por 7 días); pregabalina (900 mg al día); tramadol clorhidrato (100 mg, en la noche); ante el insomnio se recurrió a bromazepam de 3 mg. Las lesiones fueron manejadas tópicamente con aciclovir, betametasona, y calamina + difenhidramina. Luego del tratamiento se observó evolución satisfactoria de la enfermedad: atenuación del dolor y desaparición de las flictenas con formación de costras (Figura 2).



Figura 1.



Figura 2.

## DISCUSIÓN

El zóster es una infección viral que causa una erupción dolorosa. Si bien puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo, se presenta, con mayor frecuencia, como una franja de flictenas alrededor del lado izquierdo o derecho del torso (4,5). Por lo que un cuadro clínico de esta enfermedad fuera de las zonas comúnmente estudiadas reviste cierto interés para su reporte. Teniendo en cuenta que la proyección anatómica de las lesiones dermatológicas en el presente caso podemos suponer que la afección viral ocurre a través del trayecto del nervio tibial o nervio ciático poplíteo interno, el cual es una rama del nervio ciático. El nervio tibial pasa a través de la fosa poplítea, cubre el músculo sóleo y llega hasta el pie, donde se divide en sus dos ramas, los nervios plantares medial y lateral. El nervio plantar lateral provee la información sensitiva de la piel de la cara lateral de dos tercios anteriores de la planta del pie, así como las superficies plantares del quinto dedo, y la mitad del cuarto (6). Esta última peculiaridad explica la parestesia lateral en el pie y del dedo señalado.

Otro dato importante de reseñar es el hecho de que en la región plantar no se observaron las típicas lesiones en forma de vesículas y flictenas, sino protuberancias o nódulos hiperémicos (Figuras 3 y 4) dolorosos al caminar y al aplicar presión sobre las mismas.



Figura 3.



Figura 4.

## REFERENCIAS

1. Directriz Herpes Zoster de la Sociedad Alemana de Dermatología (DDG). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12637076/> J Clin Virol. 2003;26(3):277-289.
2. Harrison. Manual de Medicina Interna. Edición 17. Pag.570.
3. [https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/enfermedades-infecciosas/virus-herpes/herpesz%C3%B3ster?query=herpes%20z%C3%B3ster#v1019800\\_es](https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/enfermedades-infecciosas/virus-herpes/herpesz%C3%B3ster?query=herpes%20z%C3%B3ster#v1019800_es) (24.06.2020).
4. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2012000100012](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000100012) (7.7.2020)
5. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/shingles/symptoms-causes/syc-20353054> (25.06.2020)
6. Ameerally PH. Lo esencial en Anatomía. Madrid. 2018:111.