

Herpes Zóster con escasa y tardía repercusión cutánea

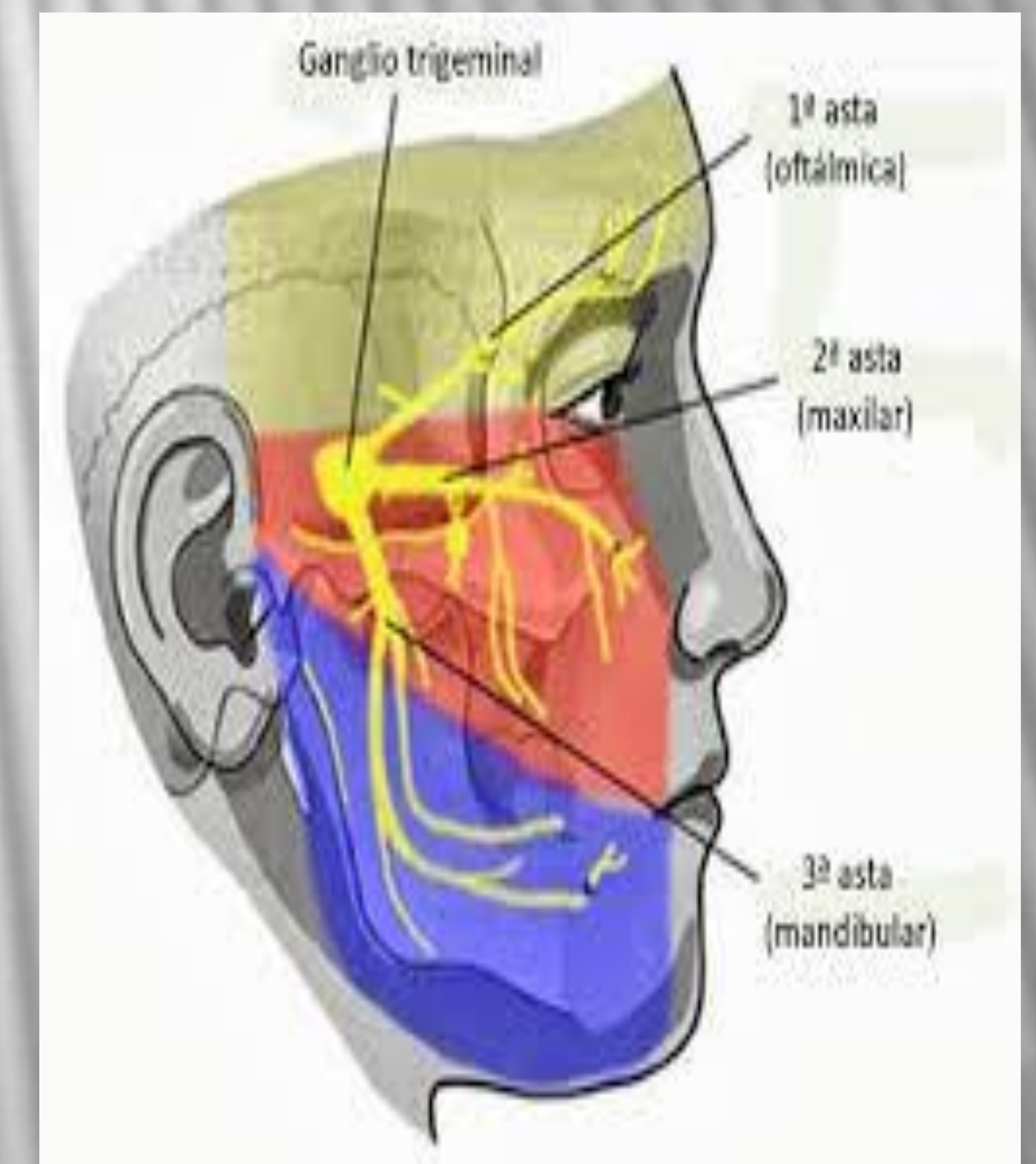
Ana Sánchez-Harguindey Pereira. MIR III Familia. CS Sagrado Corazón. Lugo
Nuria Mota Escribano. MIR IV Familia. CS A Milagrosa. Lugo
M^a Remedios González Sánchez. CS A Milagrosa. Lugo

INTRODUCCIÓN

El Herpes Zóster puede presentar como primer síntoma dolor en la zona del dermatoma afecto en ausencia de lesiones cutáneas. Debe, por lo tanto, incluirse esta entidad en el diagnóstico diferencial de cefaleas unilaterales y así poder instaurar un tratamiento correcto del dolor neuropático.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- × Mujer de 73 años.
- × **AP:** No AMC. Hipertensa a tratamiento.
- × **Enfermedad actual:** Cefalea de localización temporal izquierda, de tipo pinchazo, de un día de evolución, sin otra sintomatología acompañante.
- × **Exploración física:** TA: 125/80. Afebril. Exploración neurológica rigurosamente normal, sin focalidad. ORL sin alteraciones. No evidencia de lesiones cutáneas a la exploración de cabeza y cuello. ACP: normal.
- × **Diagnóstico diferencial:** Neuralgia del Trigémino, Síndrome de SUNCT, Cefalea de Horton y Hemicránea paroxística.
- × **Analítica:** Hemograma y VSG normal.
- × **Tratamiento y evolución:** Se inició tratamiento analgésico durante dos días con Gabapentina con escasa mejoría sintomática, por lo que se comentó el caso con el Servicio de Neurología que indicó tratamiento con Indometacina ante la sospecha de Cefalea Epicránea Fúgax. La paciente acudió al 5º día nuevamente a la consulta de Atención Primaria por evolución tórpida y aparición de lesiones vesiculosas en el territorio del nervio Trigémino.
- × **Diagnóstico final:** Herpes Zóster.
- × Tras el diagnóstico de Herpes Zóster e inicio de tratamiento antiviral el cuadro evolucionó favorablemente. El dolor neuropático fue tratado con Gabapentina y Amitriptilina, persistiendo únicamente leves parestesias.



ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El Herpes Zóster es más frecuente en personas de edad avanzada e inmunodeprimidos. Se trata de una enfermedad caracterizada por una erupción dérmica vesicular distribuida en la región de un dermatoma. Sin embargo, puede presentarse con pródromos de dolor en el dermatoma afecto, de duración variable, por lo que ha de tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de síntomas como la cefalea localizada. Deberá reevaluarse al paciente pasados unos días para vigilar la aparición del rash cutáneo. La neuralgia post-herpética es la complicación más frecuente en pacientes inmunocompetentes. Es fundamental el tratamiento con antivirales orales en las primeras 72 horas de aparición de las lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Gnann JW Jr, Whitley RJ. Clinical practice. Herpes zoster. N Engl J Med 2002; 347:340.
- 2 Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, et al. Recommendations for the management of herpes zoster. Clin Infect Dis 2007; 44 Suppl 1:S1.
- 3 Wood M. Understanding pain in herpes zoster: an essential for optimizing treatment. J Infect Dis 2002; 186 Suppl 1:S78. Búsqueda PubMed, Google académico, UpToDate.