



Caso clínico. Dermatología

Herpes simple recidivante: revisión a propósito de un caso clínico

M.^a Cristina Algar Fernández^a, Belén López Sánchez^b, Ainhoa Torres del Nuevo^a, Paloma Germán Ángulo^a, Arturo Muñoz González^a, Mónica Goerlich Buch^a

^aMIR-Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. Toledo. España

^bServicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. Toledo. España.

Publicado en Internet:
16-mayo-2024

M.^a Cristina Algar Fernández:
maria.cristina7@hotmail.es

INTRODUCCIÓN

El virus herpes simple 1 (VHS-1) es un virus ADN, neurotropo, cuyo único reservorio es el hombre y se transmite principalmente a través del contacto estrecho con secreciones orales entre un huésped susceptible y una persona infectada con o sin lesiones visibles.

Tras la primoinfección, permanece en estado de latencia en el ganglio trigeminal, pudiendo reactivarse de modo asintomático y, ocasionalmente, con síntomas clínicos, que pueden ser graves, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos.

RESUMEN DEL CASO

Niña de 4 años derivada a urgencias por lesión facial en mejilla izquierda de 4 días de evolución. Comenzó como una lesión papulo-eritematosa que ha aumentado de tamaño, asociando edema y rubor, costra melicérica y trismus.

Refiere varios episodios similares previos, algunos en la misma localización, siempre en contexto infeccioso. No presenta antecedentes relevantes, vacunación correcta.

A la exploración presenta placa eritematosa mal definida en mejilla izquierda de 5 x 8 cm, que se extiende hacia párpado inferior, región submandibular y mentón ipsilaterales, con costra melicérica y lesión vesículo-ampollosa sobreañadida (Figura 1). Asocia trismus y dolor a la palpación. Resto de exploración normal, TEP estable y normoconstante.

En la analítica destacaba PCR 91,4 mg/l, sin leucocitosis. Se extrae estudio de inmunidad. Exudado en piel para VHS-1: positivo.

A su ingreso se inicia antibioterapia con cefazolina intravenosa, se realizan curas tópicas con mupirocina y sulfato de zinc y se inicia aciclovir oral. La paciente permanece afebril y presenta evolución favorable de la lesión. Se descarta inmunodeficiencia ante estudio de inmunidad normal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La reactivación del VHS-1 puede causar enfermedad sintomática recidivante, con pródromos de ardor y prurito en el lugar de la recidiva.

Es importante desde consultas de Atención Primaria informar de los desencadenantes: fiebre, exposición a la luz solar, estrés, infecciones intercurrentes, menstruación o manipulación dental y, en casos de recidivas frecuentes con síntomas severos, derivar al dermatólogo con el fin de descartar patología de base, como pueden ser las inmunodeficiencias.

En nuestro caso, había presentado cuatro brotes previos con lesiones muy acentuadas y sintomáticas, por lo que fue valorada por Dermatología, descartándose inmunodeficiencia asociada. La profilaxis con aciclovir puede ser necesaria en estos casos.

El diagnóstico diferencial debe plantearse con: enfermedad boca-mano-pie, impétigo contagioso, estomatitis aftosa, erosiones mucocutáneas en el eritema exudativo multiforme y Behçet.

En cuanto al tratamiento, el aciclovir es el fármaco de elección, cuyo inicio precoz (primeras 72 horas) puede reducir la duración de la sintomatología y acortar el tiempo de eliminación del virus.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Los autores han remitido un formulario de consentimiento de los padres/tutores para publicar información de su hijo/a.

Cómo citar este artículo: Algar Fernández MC, López Sánchez B, Torres del Nuevo A, Germán Ángulo P, Muñoz González A, Goerlich Bucha M. Herpes simple recidivante: revisión a propósito de un caso clínico. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2024;(33):e27-e28.

Figura 1. Aspecto de las lesiones que presentó la paciente y su evolución

