



# Caso clínico. Dermatología

## Lesiones reincidentes. La utilidad de la toma de muestras microbiológicas

Ainoa Buendía de Guezala<sup>a</sup>, Diana Gutiérrez Buendía<sup>b</sup>, Ariana Méndez Sierra<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS La Barrera. Castro Urdiales. Cantabria. España.

<sup>b</sup>CS de Santoña. Santoña. Cantabria. España.

Publicado en Internet:  
26-mayo-2025

Ainoa Buendía de Guezala:  
ainoabg93@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

El herpes zoster es un síndrome clínico asociado a la reactivación del virus varicela-zoster, apareciendo años tras la primoinfección. Se manifiesta como una erupción cutánea vesicular dolorosa unilateral en un dermatoma, aunque puede afectar a dermatomas adyacentes. La localización habitual es torácica, lumbar, cervical y área del trigémino. Puede ir precedida de un pródromo de dolor o parestesias de 1 a 5 días previos.

El virus herpes simple 1 y 2 (VHS-1 y VHS-2) permanecen en estado de latencia de por vida tras la primoinfección, pudiendo reactivarse posteriormente debido a sus capacidades de cronificarse en los ganglios sensitivos. El VHS-1 permanece en el ganglio trigeminal y el VHS-2 tiene tropismo por los ganglios sacros.

### RESUMEN DEL CASO

Adolescente de 13 años que acude a nuestra consulta por una lesión en la zona de la clavícula derecha de 2 días de evolución. Refiere en días previos sensación de dolor en el cuello, actualmente sin dolor, prurito ni parestesias. Está afebril y no tiene otros síntomas concomitantes. Hace 2 años presentó una lesión parecida en la misma localización. La madre recuerda que pasó la varicela, niega haber presentado lesiones similares en zona peribucal. No presenta antecedentes de dermatitis atópica ni ambiente epidémico familiar.

A la exploración destacan dos zonas lineales con lesiones vesiculosas de contenido claro-purulento con halo eritematosos agrupadas y algunas de ellas confluyentes (**Figura 1**). No presenta adenopatías locorreionales ni lesiones a otros niveles.

Ante lesiones de características herpéticas se toma muestra de contenido de las vesículas para filiar patógeno y se manda en medio de virus al hospital de referencia. Se indican

medidas de higiene para evitar contagios en convivientes y se pautan curas con solución secante con sulfatos de zinc, cobre y aluminio. A la semana acude a control clínico con buena evolución de las lesiones, con resultado positivo para VHS-1 en la reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

**Figura 1. Lesiones vesiculosas**



**Cómo citar este artículo:** Buendía de Guezala A, Gutiérrez Buendía D, Méndez Sierra A. Lesiones reincidentes. La utilidad de la toma de muestras microbiológicas. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2025;(34):e13-e14.

## CONCLUSIONES

---

- En las infecciones de herpes zoster y herpes simple el diagnóstico es clínico. En pacientes inmunodeprimidos, infecciones graves o cuadros atípicos está indicado el uso de métodos de confirmación microbiológica como la PCR.
- La edad es el principal factor de riesgo para presentar herpes zoster, por lo que es extraña su aparición en la infancia. En Pediatría existen dos situaciones de riesgo para padecer herpes zoster: los niños inmunodeprimidos y los niños que pasan la varicela antes del primer año de vida.

## 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.