

HERPES ZOSTER OFTÁLMICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

HERPES OPHTHALMIC ZOSTER. PRESENTATION OF A CASE

Autores: Manuel Agustín Pérez de Corcho Rodríguez¹

Manuel Pérez de Corcho Iriarte²

Jorge José Pérez Assef³

George Ramón de la Calle Pérez⁴

Dunia Sotolongo Díaz⁵

Anisia Yolanda Pérez Jiménez⁶

Institución: ¹⁻³⁻⁴⁻⁵Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces

Iraola Ciego de Ávila

²Universidad de Ciencias Médicas Facultad de Ciencias Médicas “José Assef

Yara” Ciego de Ávila

⁶Directora Revista MediCiego Centro Provincial de Información de Ciencias

Médicas de Ciego de Ávila

Correo electrónico: manolito@ali.cav.sld.cu

RESUMEN

Se realizó una investigación explicativa, se desarrolló desde una perspectiva dialéctica materialista, sobre la infección por el virus de la varicela-zoster (VVZ). Los métodos y técnicas de investigación permitieron el análisis para procesar toda la información de la investigación, a través de medios automatizados, todos los datos obtenidos se compararon con la literatura nacional y extranjera actualizada. El caso que se analizó es el de una persona no inmune que persistió en estado latente, acantonado en los ganglios sensitivos, durante el transcurso de su vida, reactivándose dando lugar a una forma clínica Oftálmica del virus del Herpes Zoster. El objetivo principal es proporcionar habilidades necesarias para la prevención, diagnóstico y tratamiento del VVZ en la práctica médica diaria. Los antecedentes de esteatosis hepática grado II, glaucoma, sinusitis crónica, absceso alveolar y otitis externa, con lesiones eritemato- vesícula- postulosas, acompañado de

escozor, edema palpebral inflamatorio severo, según el método clínico, indicó que los síntomas eran del virus de la varicela-zoster, forma clínica oftálmica. Al proporcionar habilidades necesarias para la prevención, diagnóstico y tratamiento del virus de la varicela-zoster (VVZ), forma clínica oftálmica, aumenta la calidad de vida y las consecuencias sociales que produce.

Palabras clave: Varicela-Zoster, Oftálmica.

ABSTRACT

An explanatory research was carried out, from a materialistic dialectical perspective, on the infection with the varicella-zoster virus (VZV). The methods and techniques of investigation allowed the analysis to process all the information of the investigation, through automated means, all the obtained data were compared with the updated national and foreign literature. The case that was analyzed is that of a nonimmune person who persisted in latent state, cornered in the sensory ganglia, during the course of its life, reactivating giving rise to a clinical form Ophthalmic of the virus of Herpes Zoster. The main objective is to provide skills necessary for the prevention, diagnosis and treatment of VZV in daily medical practice. The history of grade II hepatic steatosis, glaucoma, chronic sinusitis, alveolar abscess and otitis externa, with erythematous vesicular-postulatory lesions, accompanied by stinging, severe inflammatory eyelid edema, according to the clinical method, indicated that the symptoms were of the virus of the Varicella-zoster, clinical ophthalmic form. By providing necessary skills for the prevention, diagnosis and treatment of varicella-zoster virus (VZV), clinical ophthalmic form, it increases the quality of life and the social consequences it produces.

Key words: Chicken Pox Zoster, Ophthalmic.

INTRODUCCIÓN

Se realizó una investigación explicativa, la que se desarrolló desde una perspectiva dialéctica materialista, sobre la infección por el virus de la varicela-zoster (VVZ) en una persona no inmune que persistió en estado latente, acantonado en los ganglios sensitivos, durante el transcurso de su vida,

reactivándose dando lugar a una forma clínica Oftálmica del virus del Herpes Zoster (Goldman, et al., 2012).

El VVZ es un miembro de la familia Herpesviridae, constituido por un núcleo de DNA bicatenario protegido por un cápside icosaédrico y rodeado de una envoltura lipoproteica. La partícula madura mide 150-200 nm de diámetro y su morfología al microscopio electrónico es similar a la de otros miembros del grupo (Beers, et al., 2007).

El único reservorio conocido del virus es el ser humano, es extremadamente contagioso y la transmisión ocurre por contacto con las mucosas respiratoria, conjuntiva o la piel, la persona es contagiosa desde un día antes hasta unos 5 días después de la aparición del exantema, o hasta que las lesiones alcanzan el estado de costra (Dennis, et al., 2006).

Más del 90% de los casos ocurren antes de los 9 años es rara en la población adulta, ocurre en primavera e invierno, la persona no inmune expuesta a un paciente con herpes zoster puede contraer varicela, o situación inversa, la transferencia transplacentaria de inmunidad pasiva protege normalmente al niño durante los primeros meses de vida (Alonso, et al., 2006).

Las vesículas de la varicela, del herpes zóster y del herpes son histológicamente indistinguibles, diferenciándose de otras lesiones vesiculares (viruela, vacuna) por la presencia en las primeras de células gigantes y cuerpos de inclusión intranucleares.

El período de incubación del VVZ es de 15 días de promedio de 10 a 23 días. El 50% de los afectados presentan síntomas constitucionales prodrómicos, dolor (Fano, et al., 2016).

Los segmentos torácicos son los que se afectan con mayor frecuencia en un 50%. De los pares craneales, el trigémino, en particular la rama oftálmica, es el que se halla implicado más a menudo. Las lesiones pueden acompañarse de quemosis y queratoconjuntivitis. Cuando la erupción asienta en un ala nasal debe explorarse cuidadosamente el ojo en busca de queratitis o iridociclitis. En el herpes geniculado la erupción vesicular se localiza en el meato auditivo externo y en el pabellón de la oreja. Se asocia a pérdida del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua del mismo lado. Cuando se acompaña de afección del VII par conduce a la parálisis (síndrome de Ramsay-Hunt). Puede

existir irritación meníngea concomitante hasta en la mitad de los casos, caracterizada por una pleocitosis mononuclear discreta e hiperproteínoorraquia del Líquido Céfalo Raquídeo (American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus, 2015).

La novedad científica radica en que la forma clínica Oftálmica del virus del Herpes Zoster revelo una Diabetes Mellitus tipo II y se asoció a una Hipertensión Arterial Esencial (Goldman, et al., 2012).

El objetivo de la investigación es proporcionar habilidades necesarias para la prevención, diagnóstico y tratamiento del VVZ en la práctica médica diaria. (Beers, et al., 2007).

MATERIALES Y MÉTODOS

Los métodos y técnicas de investigación permitieron el análisis para procesar toda la información de la investigación, a través de medios automatizados, todos los datos obtenidos se compararon con la literatura nacional y extranjera actualizada (American Uveitis Society, 2015).

RESULTADO Y DISCUSIÓN

Persona OIH, con HC # 676490, de 49 años de edad, femenina, color de la piel blanca, con antecedentes de esteatosis hepática grado II, glaucoma, sinusitis crónica, absceso alveolar y otitis externa, que desde hace 9 días comienza con «enrojecimiento en la cara», acompañado de «inflamación en los ojos», «dolor y ardor intenso», por lo que es ingresada el 21 de abril hasta el 30 de abril de 2015 8.30 AM, en la cama # 22 de la Sala A de Infectología del Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila, con diagnósticos de, virus de la varicela-zoster forma clínica oftálmica, esteatosis hepática grado I, glaucoma, sinusitis crónica, absceso alveolar, otitis externa, celulitis severa y diabetes mellitus tipo II.

Examen físico: cuadro cutáneo localizado en arco superciliar izquierdo, dado por lesiones eritemato-vesícula-postulosas, acompañado de escozor, edema palpebral inflamatorio severo, que dificulta apertura ocular (Figura No.1-2), con abundantes secreciones y signos inflamatorios (tumor, calor y rubor), hiperemia conjuntival leve, lesión epitelial corneal dendriforme en h12-h1, pequeña de 2

milímetros (Figura No.2-3). FO: papilas de bordes deprimidos, excavación 0.2, ANR conservado, retina aplicada, macula lustrada, no alteraciones vasculares.

Figura No.1



Figura No.2



Figura No.3

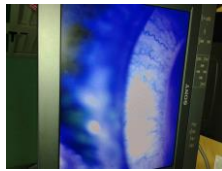


Figura No.4



Exámenes complementarios:

Electrocardiograma: Dentro de límites normales, Rayos X de Tórax AP: fibroenfisema pulmonar, Hemoglobina 116 g/L. Eritrosedimentación 10 mm, Leucocitos $5,6 \times 10^9/L$. Segmentados 0,54, linfocitos 0,46, Coagulograma: TC 8,5 minutos, Conteo de plaquetas $210 \times 10^9/L$ Lipidograma: colesterol 6.78 mm/L, triglicéridos 1.79 mm/L, Creatinina sérica 147 mm/L, Amilasa sérica 102 U/I, TGP 24.54 UI, Ácido úrico 384 mm/L (normal en la mujer 178 a 327 mm/L, Glucemia 10,5 mm/L, Exudado ocular: estafilococo coagulasa negativo patógeno, Exudado faríngeo: flora normal, Exudado nasal: flora normal, Serología VDRL: No reactiva Microelisa: realizada (22-4-15).. Ecografía abdominal: Hígado con aumento de la ecofrefringencia, que rebasa el reborde costal 2 centímetros, vesícula sin litiasis, vías biliares normales, páncreas normal, bazo normal, ambos riñones de tamaño normal, buen parénquima, no dilatación, vejiga vacía (24-4-15) (Goldman, et al., 2012).

El Herpes Zoster Oftálmico, en esta persona, por ser miembro del Colegio Electoral del CDR # 10 Zona # 83 del Consejo Popular Indalecio Montejó, como consecuencia social, impidió que culminara su útil labor. El método clínico, indicó que los síntomas eran del virus de la varicela-zoster, forma clínica oftálmica. Los factores contribuyentes como la Diabetes Mellitus tipo II, una persona no inmune, entre otros constituyen un problema científico social importante (López, et al., 2016; Aldaz, et al., 2016).

El aislamiento y la identificación del virus o en su defecto la serología seriada son los métodos más seguros para establecer el diagnóstico. El VVZ se recupera fácilmente de las lesiones vesiculares durante los primeros 4 días de la erupción. La reacción en cadena de la polimerasa para la detección del DNA

vírico en el exudado vesicular resulta altamente sensible y específica. También, la presencia de antígeno vírico puede demostrarse por inmunofluorescencia. El diagnóstico serológico recomendable en la actualidad consiste en una técnica de inmunofluorescencia con anticuerpos antimembrana, que es el método más sensible y específico de todos los disponibles. También puede utilizarse el método de ELISA, aunque su sensibilidad es discretamente inferior a la de la técnica de inmunofluorescencia.

El diagnóstico al egreso: virus de la varicela-zoster forma clínica oftálmica (Figura No.5), queratitis dendrítica ojo izquierdo, esteatosis hepática grado II, glaucoma, sinusitis crónica, absceso alveolar, otitis externa, celulitis severa, fibroenfisema pulmonar, hiperuricemia esencial y diabetes mellitus tipo II (Beers, et al., 2007).

Figura No.5



El diagnóstico diferencial, se establece con la viruela, la vacuna diseminada, las erupciones vesiculares por enterovirus en los niños, erupción variceliforme diseminada por el VIH/SIDA (Goldman, et al., 2012).

En el tratamiento se utilizó Aciclovir (800 mg por vía oral 5 veces al día durante 10 días), ungüento oftálmico de Aciclovir (en el fondo de saco conjuntival 5 veces al día durante 10 días), prednisolona (1 gota cada 4 horas durante 10 días), homatropina (1 gota cada 8 horas), lágrimas artificiales (1 gota cada 8 horas y ungüento oftálmico como lubricante), Aciclovir (crema cada 8 horas durante 10 días en la piel lesionada), limpieza mecánica y compresas frías en las lesiones de la piel.

La evolución, fue favorable, egresada el 30 de abril de 2015 9.00 AM, con un pronóstico benigno. Estadía 9 días, al lograr la resolución total de las lesiones en piel y ojos (Dennis, et al., 2006).

CONCLUSIONES

Al proporcionar habilidades necesarias para la prevención, diagnóstico y tratamiento del virus de la varicela-zoster (VVZ), forma clínica oftálmica, aumenta la calidad de vida y disminuye las consecuencias sociales que produce, el diagnóstico diferencial se estableció con la viruela, la vacuna diseminada, las erupciones vesiculares por enterovirus en los niños, erupción variceliforme diseminada por el VIH/SIDA, con mejoría clínica evidente con Aciclovir, prednisolona, homatropina, lágrimas artificiales y ungüento oftálmico como lubricante.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- GOLDMAN, L.; SCHAFER, A.I.; AREND, W.P.; ARMITAGE, J.O.; CLEMMONS, D.R.; JEFREY, M. Y DRAZEN, J.M.: *Goldman's Cecil Medicine*, 24th ed. EEUU: Saunders, an Elsevier, 2012.
- BEERS, M.H.; PORTER, R.S.; JONES, T.V.; KAPLAN, J.L. Y BERKWITS, M.: *El Manual Merck*, 11th ed. Madrid: Elsevier, 2007.
- DENNIS, L.; KASPER, E.; BRAUNWALD ANTHONY, S.; FAUCI STEPHEN, L.; HAUSER DAN, L.; LONGO, J.; LARRY JAMESON, K. Y ISSELBACHER, J.: *Principios de Medicina Interna*, 16 ed. EEUU: The McGraw-Hill Companies, 2006.
- ALONSO ORTA, I.; ALONSO LÓPEZ, C.; ALONSO CARBONELL, L.; CALVO BARBADO, D.M.; CIRES PUJOL, M. Y CRUZ BARRIOS, M.A.: *Formulario Nacional de Medicamentos*, 2nd ed. La Habana: Ciencias Médicas, 2006.
- FANO MACHÍN, Y.; ESTRADA ABREU, Y. DE LA C.: «Herpes Zoster Oftálmico. Presentación de un caso», *Rev haban cienc méd*, 14(1), pp. 43-48. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2015000100007&lng=es. Visitado el 3 de septiembre de 2016.
- American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus: Herpes Eye Disease, Visitado el 19 de marzo de 2015.
- American Uveitis Society: Herpes Zoster Ophthalmicus Visitado el 19 de marzo de 2015.

LÓPEZ VILLAESCUSA, M.T.; MARTÍNEZ MARTÍNEZ, M.L.; FAURA BERRUGA, C. Y PÉREZ GARCÍA, L.: «*Herpes Zoster* diseminado», *Rev Clin Med Fam*, 5(1), pp. 64-66. Disponible en

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2012000100012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100012>.

Visitado el 26 de noviembre de 2014.

ALDAZ, P.; DÍAZ, J.A.; LOAYSSA, J.R.; DRONDA, M.J.; OSACÁRIZ, M. Y CASTILLA, J.: «Incidencia de *Herpes Zoster* en pacientes diabéticos», *Anales Sis San Navarra*, 36(1), pp. 57-62. Disponible en

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272013000100006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272013000100006>.

Visitado el 28 de noviembre de 2014.