

Carta al Director

Laura Sante¹
Beatriz Castro¹
Ana de Lucio²
María Lecuona¹

Herpes zóster en zona perianal y perineal en paciente pediátrico inmunodeprimido

¹Servicio de Microbiología y Control de la Infección del Hospital Universitario de Canarias.

²Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Canarias

Sr. Editor: Presentamos un caso de un paciente varón de 6 años de edad en seguimiento por leucemia linfoblástica aguda (LLA) de estirpe T cortical y clasificado como SCN-3 por parálisis facial. En tratamiento quimioterápico según protocolo PETHEMA 2013; acude al hospital de día para una transfusión de plaquetas, donde, se objetiva eritema en la zona perineal y perianal (figura 1) de 48 horas de evolución, con pequeña placa en bolsa escrotal izquierda, sin exudados. Así mismo, presenta lesiones satélite dispersas compatibles con infección por *Candida* spp. Ante la sospecha de candidiasis cutánea en paciente neutropénico (neutrófilos absolutos < 500) con febrícula de 37,7°C se decide ingreso hospitalario para control estrecho e inicio de antibioterapia endovenosa con cefepima 150 mg/kg/día y antifúngico local (miconazol 4 veces/día). El paciente había presentado varicela a los dos años de edad.

Durante su ingreso se objetiva empeoramiento progresivo de las lesiones con extensión de las mismas. Asociando inflamación a nivel testicular e inguinal izquierda así como picos febriles mantenidos de hasta 39°C (axilar) y dolor punzante. Las lesiones se observan vesiculosas y pruriginosas (figura 2), por lo que se solicita PCR en tiempo real (RT-PCR) (Argene, bioMérieux, Marcy l'Etoile, France) para la familia Herpesviridae; obteniéndose resultado positivo para virus varicela zoster (VZ).

Se suspende tratamiento tópico anterior, iniciándose aciclovir iv 500 mg/m²/8 horas. El paciente queda afebril a las 48 horas de iniciado el tratamiento y recibe el alta seis días después con el tratamiento antiviral oral hasta completar ciclo de 14 días. Se pauta dosis profiláctica mientras continúa con el tratamiento inmunosupresor.

El herpes zóster (HZ) se produce por la reactivación del VZ que queda latente en los ganglios de las raíces dorsales durante la infección primaria en forma clínica de varicela. Puede aparecer en cualquier etapa de la vida, aunque se considera



Figura 1 | Eritema en la zona perineal y perianal.



Figura 2 | Las lesiones se observan vesiculosas y pruriginosas asociando inflamación a nivel testicular e inguinal izquierda.

Correspondencia:
Laura Sante
Servicio de Microbiología y Control de la Infección del Hospital Universitario de Canarias.
E-mail: laurasante@icloud.com

poco frecuente en la infancia, aumentando su frecuencia con la edad, de forma que la incidencia se estima de 1 caso/1000 niños menores de 10 años, incrementándose a 7-8 casos/ 1000 adultos por encima de 50 años¹.

Se ha descrito que el desarrollo de varicela durante el primer año de vida aumenta el riesgo de desarrollar recidiva por HZ en un periodo de latencia menor². Por otro lado, la inmunosupresión, el tratamiento con corticoides y la neoplasia favorecen la aparición del HZ, su severidad y diseminación. Se ha documentado que el riesgo de recurrencia en pacientes con LLA es del 5%³.

El HZ en niños se presenta clínicamente como un exantema eritematoso, maculopapular y posteriormente vesicular. Aunque es menos frecuente en el paciente pediátrico, el HZ puede ser doloroso y/o pruriginoso y de distribución metamérica⁴. En el caso presentado, las vesículas aparecieron 4-5 días después del exantema asociado a dolor intenso. Al cabo de unos 10 días, las vesículas evolucionan a pústulas que se ulceran, formándose costras, pudiendo quedar cicatriz en forma de máculas hipopigmentadas. No suele asociarse fiebre en el HZ infantil².

Las localizaciones de las recidivas por VZ son similares en adultos y niños. Los dermatomas suelen localizarse en las zonas torácicas, lumbo-sacra, oftálmica y ótica, si bien la incidencia de cada una de ellas difiere entre pacientes inmunodeprimidos e inmunocompetentes así como de unos estudios a otros^{5,6}. Se han descrito otras localizaciones menos frecuentes, como en las extremidades inferiores⁴. El HZ perianal y/o perineal no ha sido descrito.

Las complicaciones más comunes del HZ son infecciones bacterianas secundarias (generalmente por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus α*-hemolíticos), secuelas oculares, meningoencefalitis, neumonitis, hepatitis, necrosis retiniana, diseminación visceral y cicatrices de las lesiones hipopigmentadas. La neuralgia postherpética, descrita en adultos, es poco frecuente en niños^{2,6}.

El objetivo del tratamiento es minimizar el dolor, acortar la duración de los síntomas y reducir el riesgo de neuralgia posherpética. El tratamiento de elección es aciclovir⁷; aunque no existe un consenso claro en cuanto a su uso⁴, se recomienda que en niños inmunodeprimidos se pauten para evitar complicaciones de la lesión herpética^{8,9}. Por supuesto, la prevención del VZ es la mejor opción. Aunque se ha debatido mucho si la vacunación podía aumentar la incidencia del HZ en la edad pediátrica, no hay estudios concluyentes que lo demuestren¹⁰, por el contrario, las ventajas epidemiológicas que supone la vacuna justifican su uso⁹.

of herpes zoster in children and adolescents: a population-based study. *Pediatrics*. 1985; 76:512-7.

3. Sørensen GV, Rosthøj S, Würzt M, Danielsen TK, Schrøder H. The epidemiology of herpes zoster in 226 children with acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr Blood Cancer*. 2011;57:993-7.
4. Iglesias Escalera, M.A. Rodríguez Blanco, G. Suárez Otero, M. Martín Morales, U. Periscalb y J. Naveiro. Cojera como presentación clínica de herpes zóster. *An Pediatr* 2003; 58: 395-403.
5. Takayama N, Yamada H, Kaku H, Minamitani M. Herpes zoster in immunocompetent and immunocompromised Japanese children. *Pediatr Int*. 2000; 42:275-9.
6. Grote V, von Kries R, Rosenfeld E, Belohradsky BH, Liese J. Immunocompetent children account for the majority of complications in childhood herpes zoster. *J Infect Dis*. 2007; 196:1455-8.
7. Dekker CL, Prober CG. Pediatric uses of valacyclovir, penciclovir and famciclovir. *Pediatr Infect Dis J*. 2001; 20:1079-81.
8. Wiegering V, Schick J, Beer M, Weissbrich B, Gattenlöhner S, Girschick HJ et al. Varicella-zoster virus infections in immunocompromised patients - a single centre 6-years analysis. *BMC Pediatr*. 2011;11:31.
9. Szenborn L, Kraszewska-Głomba B, Jackowska T, Duszczyk E, Majda-Stanisławska E, Marczyńska M et al. Polish consensus guidelines on the use of acyclovir in the treatment and prevention of VZV and HSV infections. *J Infect Chemother*. 2016; 22:65-71.
10. Weinmann S, Chun C, Schmid DS, Roberts M, Vandermeer M, Riedlinger K et al. Incidence and clinical characteristics of herpes zoster among children in the varicella vaccine era, 2005-2009. *J Infect Dis*. 2013; 208:1859-68.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pinchinat S, Cebrián-Cuenca AM, Bricout H, Johnson RW. Similar herpes zoster incidence across Europe: results from a systematic literature review. *BMC Infect Dis*. 2013; 13:170.
2. Guess HA, Broughton DD, Melton LJ 3rd, Kurland LT. Epidemiology