El Rincón del Residente

Coordinadores: M. Cid Sainz*, P. Rodríguez Díaz**, I. Bulnes Rodríguez***, M. García Boyano*
*Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid
**Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid
***Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

*El **Rincón del Residente** es una apuesta arriesgada de Pediatría Integral. No hemos querido hacer una sección por residentes para residentes. Yendo más allá, hemos querido hacer una sección por residentes para todo aquel que pueda estar interesado. Tiene la intención de ser un espacio para publicaciones hechas por residentes sobre casos e imágenes clínicas entre otras. ¡Envíanos tu caso! Normas de publicación en www.sepeap.org*

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico

imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

Exantema vesicular en el miembro inferior de un niño

D. de Juan Vázquez*, E. Álvarez Blanco*, L. Gloria González García**

***Médico Interno Residente**
****Médico Especialista Adjunto. Servicio de Pediatría y sus áreas específicas. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón**

Historia clínica

Niño de 2 años y un mes, sin enfermedades previas y con calendario vacunal al día, que acude por exantema en región lumbar y miembro inferior izquierdo de 6 días de evolución. El exantema se inició en zona lumbar, apareciendo en los días siguientes lesiones en pie izquierdo que se propagaron en sentido ascendente por el miembro. El paciente no manifestaba prurito ni fiebre o síntomas sistémicos, aunque inició cojera de miembro inferior izquierdo.

A la exploración, se visualizan lesiones vesiculares sobre base eritematosa en región lumbar (Fig. 1A), ingle y en la totalidad del miembro inferior izquierdo, con mayor afectación de parte posterior siguiendo el trayecto de los dermatomas, destacando lesiones en hueco poplíteo que limitan la movilidad y podrían ser la causa de la cojera (Figs. 1B, C y D). No presenta lesiones en otras localizaciones ni tuvo contacto con convivientes con lesiones similares.

¿Cuál es el diagnóstico?

a. Herpes zóster.
b. Eccema herpético por virus herpes simplex tipo I.
c. Dermatitis de contacto.
d. Impétigo.
e. Celulitis.

Figura 1.

 https://doi.org/10.63149/j.pedint.101 Pediatr Integral 2025; XXIX (8): 632.e1 – 632.e2

Respuesta correcta

a. Herpes zóster.

Comentario

Las características de las lesiones, definidas como vesículas arracimadas sobre base eritematosa que siguen el recorrido de una metámera, sugieren que estamos ante un herpes zóster.

A diferencia del herpes zóster, el eccema herpético debe sospecharse en pacientes que, sobre lesiones previas de dermatitis atópica, presentan lesiones vesiculares o vesiculopustulosas ocasionadas por el virus herpes simple (VHS), que no siguen una metámera (como en el caso mostrado) y que, habitualmente, muestran concurrencia de primoinfección por VHS, recurrencia del mismo o contacto con un familiar con herpes labial[1]. El impétigo ampolloso, cuya etiología principal es *Staphylococcus aureus,* origina vesículas que evolucionan a ampollas de 1-5 cm y, con su rotura, originan una lesión eritematosa costrosa. En el caso de una dermatitis de contacto, se visualizaría eritema, vesículas con exudación y formación de costras con prurito sin seguir una metámera, destacando el antecedente de contacto con un agente irritante en la zona[2]. Por último, en caso de una celulitis, ante la afectación de la dermis y del tejido celular subcutáneo, se visualizaría una placa eritematosa, caliente, dolorosa a la palpación y mal delimitada.

El diagnóstico de herpes zóster es clínico, no siendo necesaria la realización de pruebas complementarias, aunque, en caso de dudas, la prueba que muestra mayor sensibilidad es la PCR del contenido de las lesiones[3]. En el caso descrito, el paciente recibió la primera dosis de la vacuna monocomponente frente a virus varicela-zóster a los 15 meses en la cara anterolateral externa del muslo del miembro posteriormente afecto, y desarrolló herpes zóster 10 meses después. Se ha descrito este tipo de reacción postvacunal desde meses hasta 10 años después de la administración de la vacuna, tratándose de formas más atenuadas o leves que la infección y afectando habitualmente a dermatomas inferiores, lumbares o, con menor frecuencia, cervicales[3-5]. El herpes zóster postvacunal es una complicación infrecuente, estimándose la incidencia en torno a 0,18 casos/1.000 personas-año[6].

En niños, el herpes zóster es una infección autolimitada (1-3 semanas de duración) que, salvo en inmunodeprimidos, no se asocia a complicaciones como la neuralgia postherpética[2,6]. No parece necesario administrar terapia antiviral, aunque algunos grupos de expertos recomiendan terapia antiviral en las primeras 72 horas del cuadro clínico para acortar la sintomatología[2,7]. En caso de inmunodepresión, se recomienda iniciar terapia antiviral con aciclovir sistémico, pudiendo considerarse además en niños inmunocompetentes con herpes zóster oftálmico o herpes zóster grave[7].

Palabras clave

Herpes zóster; Vesícula; Varicela; Vacunas.
Herpes zoster; Blister; Chickenpox; Vaccines.

Bibliografía

1. Balbín E, Chavarría E, Cueva P, Valdivielso M, Hernanz J. Eccema herpético en un paciente atópico. Acta Pediatr Esp. 2009; 67: 491-2.
2. Martínez-Roig A, Moraga-Llop FA. Infecciones cutáneas de etiología vírica. Pediatr Integral. 2021; 3: 129-39. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-05/infecciones-cutaneas-de-etiologia-virica/.
3. Gómez Sánchez ME, Pérez García LJ, López Villaescusa MT, de Manueles Marcos F, Martínez Martínez ML. Actualización en herpes zóster infantil. A propósito de 4 casos. SEMERGEN - Medicina de Familia. 2016; 42: e47-9.
4. Al-Wattar-Ceballos O, Montero-García M, Gómez-Manzanares M, Mendoza-Chaparro C. Herpes-zóster en un paciente vacunado recientemente de varicela. An Pediatr (Engl Ed). 2025; 102: 503723.
5. Civen R, Chaves SS, Jumaan A, Wu H, Mascola L, Gargiullo P, et al. The incidence and clinical characteristics of herpes zoster among children and adolescents after implementation of varicella vaccination. Pediatr Infect Dis J. 2009; 28: 954-9.
6. Feder HM, Hoss DM. Herpes zoster in otherwise healthy children. Pediatr Infect Dis J. 2004; 23: 451-7.
7. Shivang SS, Marin M, LaRussa PS, Gershon AA. Varicella-Zoster Virus. En: Kliegman RM, editor. Nelson. Tratado de Pediatría. 22.ª ed. Filadelfia: Elsevier; 2025. p. 1999-2005.

Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.
Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 70 % de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

30 Aniversario
Pediatría Integral