



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/756 - Virus Varicela Zóster

B. Saínz Santos<sup>a</sup>, I. Rodríguez Marcos<sup>b</sup>, A. Marcos Martín<sup>c</sup>, D. Iturbe Fernández<sup>d</sup>, P. Jiménez Sahelices<sup>b</sup>, C. Fernández Pereda<sup>e</sup>, I. Santos Donado<sup>f</sup> y A.S. Sainz Arroyo<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Zona 1. Santander.

<sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Los Castros. Santander. Área I. <sup>d</sup>Médico Especialista en Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>e</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Benavente Sur. Zamora. <sup>g</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 79 años con antecedentes de HTA, DM2, DLP, angor atípico y meningioma en ángulo pontocerebeloso (no subsidiario de tratamiento), que acude a la consulta de AP por cuadro de 15 días de evolución de dolor urente en extremidad inferior izquierda, parestesias locales y pérdida de fuerza en pie izquierdo que dificulta la deambulación. No fiebre ni otra clínica sistémica. Refiere episodio de dolor similar en zona lumbar irradiado a extremidad izquierda, hace unas semanas, durante su ingreso en Cardiología por episodio de angor, que ha desaparecido persistiendo las molestias en la pierna izda.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 130/75. FC 76 lpm. T<sup>a</sup> 35,6 °C. ACP: normal. Abdomen: anodino. EEI: pulsos periféricos presentes. Lesiones vesiculosas con base eritematosa en dorso de pie izquierdo y cara postero-lateral externa de EII. Exploración neurológica: CyOx3. Lenguaje normal. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Movimientos oculares normales, resto pares craneales normales. Balance motor en EII: tibial anterior 2/5, peroneo 2-3/5, tibial posterior 2-3/5, extensor del primer dedo 2/5. Hipoestesia-disestesia en cara anterior de EEI y planta del pie. Romberg inestable, marcha con estepaje izdo. No signos meníngeos ni radiculopatías. Bioquímica: glucosa 136; urea 58; creatinina 1,33. hemograma: 9.000 leucocitos con fórmula normal; Hb 11,3; plaquetas 363.000. TP 100%. E y S orina: hematías 15-20/campo. LCR: glucosa 98, proteínas 78, hematías 15, células 5. Cultivo: Gram-; cultivo aerobio -. Serología: VIH-; VHS 1 y 2 IgG+/IgM-; VVZ IgG+/IgM+. TC craneal: lesión en ángulo pontocerebeloso izquierdo sugestiva de meningioma. EMG/ENG: signos compatibles con afectación del nervio ciático-poplíteo externo izquierdo de tipo preferentemente axonal e intensidad severa sin que se objetiven signos de denervación activa debido al escaso tiempo de evolución. RMN cerebral: meningioma en ángulo pontocerebeloso izquierdo sin cambios respecto a estudios previos.

**Juicio clínico:** Neuropatía de nervio ciático-poplíteo externo izquierdo asociado a infección por virus varicela zóster.

**Diagnóstico diferencial:** ACVA. Progresión meningioma. Patología vertebral. Sd. Guillain-Barré.

**Comentario final:** El paciente recibe tratamiento con aciclovir y gabapentina por vía oral con mejoría franca del dolor neuropático, pero persistiendo el déficit motor distal. La neuropatía motora somática periférica es una complicación muy poco frecuente pero importante de las infecciones por herpes zóster. Los síntomas se manifiestan casi siempre dos semanas después de la aparición de la erupción cutánea en el segmento correspondiente con alteraciones motoras segmentarias, parálisis o paresia de las extremidades. En estas radiculopatías hay alteraciones de la sensibilidad superficial durante el ataque agudo. En el 90% de los casos existe correlación entre el dermatoma y el miotoma afectado. La evolución suele ser favorable con alivio antes del año; en 20% de los casos persiste la debilidad muscular.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Hope-Simpson R. The nature of herpes zoster: A long-term study and a new hypothesis. Proc R Soc Med. 1965;58:9-20.
2. Laguna P. Complicaciones del herpes zoster. Emergencias. 2000;12:S19-S28.