



212/2665 - SECUELA POCO FRECUENTE DE UN HERPES ZOSTER

R. Antón Solla^a, T. Gómez Fernández^b, S. Rodríguez Gómez^a, M. Sotelo Pérez^b y S. García Saiz^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Cuña-Mariñamansa. Ourense. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle-Inclán. Ourense. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Carballeira. Ourense.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 77 años con alergia a penicilina y antecedentes de HTA, asma, trastorno ansioso depresivo. Sin hábitos tóxicos; con tratamiento habitual con: Rilast Turbuhaler, pantoprazol, Xeristar. Acude a servicio de Urgencias por dolor de características neuropáticas en cara externa de brazo derecho y hombro (dermatoma C5-C6) de un mes de evolución, y cicatrices residuales de episodio previo de infección por VVZ en la región.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes dentro de la normalidad, Afebril. Cabeza y cuello: no bocio, no adenopatías; auscultación cardiopulmonar, abdomen, y exploración neurológica normal. Piel y faneras: sin estigmas de infección aguda por herpes zóster salvo pequeñas cicatrices/lesiones costrosas de infección previa hacia un mes. Miembro superior derecho: claudicación e impotencia funcional para los arcos de movilidad de hombro respetando brazo y mano. Atrofia marcada de deltoides y bíceps. Rx tórax, cervical, hombro: sin alteraciones. TAC craneal sin patología. Valoración por servicio de Neurología con tratamiento farmacológico (carbamecepina-amitriptilina) y consulta posterior.

Juicio clínico: Plexopatía braquial dolorosa con afectación motora secundaria a herpes zóster.

Diagnóstico diferencial: Tumoral, infección por tuberculosis, lepra, enfermedad de Lyme, fármacos, lupus, polineuropatía desmielinizante crónica, traumática, idiopática.

Comentario final: El herpes zóster es una reactivación del virus varicela zóster, el principal factor de riesgo es la edad. Las complicaciones más frecuentes del herpes zóster son: sobreinfecciones bacterianas, neuralgia posterior (más frecuente), diseminación a sistema nervioso central, afectación ocular, ótica. La neuropatía motora es una complicación rara (0,5-5%) comienza a las 2-4 semanas de la erupción vesiculosa. Produciendo una parálisis o paresia de miotoma correspondiente a dermatoma afecto. Suele desaparecer antes del año, sin secuelas en el 75% casos.

Bibliografía

1. Jiménez-Arnau AM. Herpes-Zoster: etiopatogenia y clínica. Act Dermatol. 1998;2:79-89.
2. Tilden DH, Kleindschmidt-DeMasters BK, LaGuardia JJ, et al. Neurological complications of the reactivation of varicella-zoster virus. N Eng J Med. 2000;342:635-45.

Palabras clave: *Herpes zoster. Neuropatía motora.*