



242/1605 - APARICIÓN SIMULTÁNEA DE DOBLE PATOLOGÍA PAROTÍDEA Y HERPÉTICA

C. García-Giralda Núñez^a, F. Rodríguez Rubio^b, E. Pérez Pagán^b, M. Ibáñez López^b, A. Durán Aaron^b y M. Cano Torrente^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caravaca de la Cruz. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Área IV. Lorca. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 70 años, sin antecedentes médicos o quirúrgicos de interés, que consulta por aparición de bultoma intensamente doloroso en ángulo mandibular izquierdo y otalgia homolateral de tipo pulsátil. No refiere fiebre, aunque sí antecedente de infecciones respiratoria alta en los días previos, sin otra clínica asociada. Nos disponemos a explorar al paciente y hallamos en región supraciliar homolateral, lesión eritematosa con aparición incipiente de vesículas. Interrogamos al paciente acerca de esas lesiones y cree haber sido picado por un insecto. Refiere sensación de entumecimiento e hiperestesia en región frontotemporal izquierda de veinticuatro horas de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado. Eupneico y afebril. Pares craneales conservados y simétricos, sin alteraciones de la marcha o el lenguaje, hiperestesia al roce en región frontotemporal izquierda. Dolor a la palpación en región mastoidea izquierda, induración y aumento de la temperatura local. Lesiones vesiculosas agrupadas sobre base eritematosa en región supraciliar izquierda y región frontotemporal homolateral. Faringe ligeramente hiperémica, sin exudados amigdalares, sin alteraciones en morfología de conducto de stenson. Conducto auditivos externos no hiperémicos, sin secreciones, membranas timpánicas íntegras, sin lesiones vesiculosas. Leucocitos 7.000, neutrófilos 67%, linfocitos 20%, hemoglobina 16 g/dL, hematocrito 48%, plaquetas 176.000, glucosa 105, urea 39, creatinina 1,1, sodio 141, potasio 3,8, amilasa 56, PCR 2.

Juicio clínico: Parotiditis unilateral izquierda coincidente con herpes zoster en primera rama de nervio trigémino izquierdo en contexto viriásico.

Diagnóstico diferencial: Parotiditis aguda epidémica, VIH, influenza A, sialoadenitis supurativa aguda, dermatitis de contacto, parálisis de Bell, varicela, herpes simple, erisipela.

Comentario final: Para aliviar el intenso dolor padecido por el paciente se administra medicación analgésica intramuscular y se cursa analítica urgente. Ante la sospecha de afectación vírica de parótida y primera rama de trigémino se prescribe tratamiento con brivudina y analgésicos orales. Se vuelve a citar al paciente para nueva revaloración a la semana, disminuyendo de forma considerable la clínica y con remisión parcial progresiva de las lesiones vesiculosas.

Bibliografía

1. Weinberg JM. Herpes zoster: Epidemiology, natural history, and common complications. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57(6)Suppl 1:S130-S135.
2. Royuela E, Castellanos A, Sánchez-Herrero C, Sanz JC, De Ory F, Echevarria JE. Mumps virus diagnosis and genotyping using a novel single RT-PCR. 2011;52(4):359-62.

Palabras clave: Parotiditis. Herpes Zoster.