



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/195 - EDEMA DE PARED ABDOMINAL COMO COMPLICACIÓN DE HERPES ZÓSTER CUTÁNEO A PROPÓSITO DE UN CASO

Á. Alborch Ferrís^a, M. March Bono^b, M. Morant Llidó^c, P. Sánchez Amador^d, A. Nadal Mañez^e y J. Espluges Marrahi^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Pobla Llarga. Valencia.

^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Pobla Llarga. Valencia.

^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Enguera. Valencia. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Enguera. Valencia. ^eMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de Castellón. Hospital Lluís Alcanyís. Valencia. ^fMédico de Urgencias. Hospital Lluís Alcanyís. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 68 años con AP de herpes zoster en hemiabdomen izquierdo diagnosticado y tratado recientemente en AP, que consulta en urgencias por notar una tumoración de unos 20 días de evolución que coincide con la zona afectada por herpes zoster. Explica aumento progresivo del tamaño de la tumefacción y dolor en la zona. No otra clínica asociada por sistemas y aparatos. Su MAP por este motivo le había remitido a cirugía para valoración.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración inicial: buen estado general. Eupneico en reposo. ACR: tonos rítmicos, MVC. Abdomen globuloso, lesiones residuales de VHZ en hemiabdomen izquierdo coincidentes con edema perilesional en el mismo trayecto (no se palpa masa, impresiona de edema de pared). Hemograma: leucocitos $8,00 \times 10^9/l$; granulocitos % 56,20%, plaquetas $198,00 \times 10^9/l$, hematíes $4,34 \times 10^{12}/l$, hemoglobina 13,70 g/dl. Bioquímica: PCR 1,1 mg/l. Rx abdomen: inespecífico con abundante materia fecal. A pesar de la sospecha clínica de edema de pared secundario a lesiones por virus herpes zóster se le solicitó un eco abdominal informada como normal (sin alteraciones en la musculatura de la pared abdominal ni edema en tejido celular subcutáneo). Acudió a consulta con cirugía según lo previsto, donde la exploración física en ese momento era normal, sin apreciar edema de pared abdominal.

Juicio clínico: Edema de pared abdominal secundario a lesiones herpéticas por VHZ.

Diagnóstico diferencial: Tumoración de partes blandas, absceso de pared abdominal, tumoración renal, visceral o de bazo.

Comentario final: La clínica típica del VHZ es de dolor unilateral (generalmente un dermatoma) de tipo urente asociado a alteraciones sensitivas en la zona (de tipo parestesias), seguido de la aparición en la zona de lesiones vesiculosas. Puede ocasionar: dolor abdominal, malestar general, dolor articular, infl. gl. linfáticos, etc. En los manuales de consulta y en búsquedas bibliográficas no se describe la clínica del paciente del caso (susceptible de búsqueda más intensiva). Importante

diferenciar en la exploración física las diferencias entre masa (aumento tamaño de un órgano o tj.) de edema (líquido en espacio intersticial sin masa palpable debido entre otros a procesos inflamatorios/infecciosos).

Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000858.htm>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
3. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna 19ª ed. McGraw-Hill; 2015.