

# Piel con pequeñas lesiones vesiculares

(Skin with small vesicular lesions)

Alexandra Balma-Mena, Irene Lara-Corrales

## ¿Cuál es su diagnóstico?

ISSN 1409-0090/2009/21/1/62-63  
Acta Pediátrica Costarricense, ©2009  
Asociación Costarricense de Pediatría

Paciente femenina de 3 años de edad, conocida en la División de Dermatología Pediátrica por dermatitis atópica que se ha mantenido bajo control con esteroides tópicos y humectantes. La paciente ingresa al servicio de emergencias porque presenta exacerbación de sus lesiones durante los últimos 3 días. La madre refiere que la niña empezó con “pequeñas bombitas de agua” en la piel y estas se extendieron por su región inguinal izquierda y luego por la pierna izquierda. La madre ha continuado el uso de betametasona dos veces al día sobre las regiones afectadas sin ninguna mejoría.

La valoración clínica revela múltiples pápulas eritematosas, algunas confluyen formando placas; las lesiones individuales tiene aspecto de “saca bocado”. También se observan pequeñas vesículas con una base eritematosa en la piel afectada.

### Preguntas

1. ¿Cuál es su diagnóstico?
2. ¿Cuál sería el manejo para el problema de esta niña?

### Repuestas:

1. **Diagnóstico:** eczema herpético.

Este es el producto de la sobre infección con virus herpes simplex 1 o 2 de la piel afectada por alguna dermatosis. Aunque es más frecuente en pacientes con dermatitis atópica, también se describe en casos con psoriasis, dermatitis de contacto, ictiosis y quemaduras. <sup>(1-7)</sup> Alrededor de un 3% de pacientes menores de 5 años con dermatitis atópica están en riesgo de desarrollar eczema herpético (8). Inicialmente este problema se



“The Hospital for Sick Children”, División de Dermatología Pediátrica.

**Correspondencia:** Dra. Irene Lara, Hospital for Sick Children 555 University Avenue Toronto, ON M5G1H4, Canada. Correo electrónico: irelaraco@gmail.com

presenta como una erupción monomórfica de vesículas, que pueden convertirse en pústulas o pequeñas pápulas hemorrágicas que confluyen formando erosiones hemorrágicas, típicamente dolorosas que pueden fácilmente sobre infectarse con bacterias o levaduras. Las lesiones sanan al cabo de 2 a 6 semanas (en promedio 16 días), dejando pequeñas cicatrices “en sacabocado” o una característica hipopigmentación post-inflamatoria.<sup>(1,2)</sup> La cabeza, el cuello y el tronco se ven más afectados, pero puede presentarse en cualquier parte del cuerpo. Aunque se puede dar en forma localizada, de no tratarse puede generalizarse al cabo de 7 a 10 días.<sup>(1)</sup> El brote inicial puede acompañarse de síntomas sistémicos como malestar general, fiebre y linfadenopatías.

**2. Manejo:** Al hacer el diagnóstico de eczema herpético se debe:

- a. Suspender el uso de esteroides tópicos o de inhibidores de calcineurina mientras se encuentren vesículas en la piel.<sup>(9)</sup>
- b. Dependiendo de la severidad del cuadro se debe considerar el uso de aciclovir oral o intravenoso; en pacientes menores de un año se recomienda el tratamiento intravenoso. En razón de la baja biodisponibilidad del aciclovir oral en comparación al intravenoso, se debe reservar para casos leves a una dosis de 10 mg/Kg/dosis, 3 dosis diarias por 10 días.<sup>(9)</sup>
- c. Si se sospecha sobre infección bacteriana o por levaduras se debe tomar un frotis de las regiones afectadas para cultivo. Se puede iniciar tratamiento antibiótico empírico mientras se recibe el resultado final del cultivo. La terapia empírica inicial debe considerar que las bacterias más frecuentemente encontradas en estos pacientes son *Estafilococos aureus*, *Estreptococos piógenos* y *Pseudomonas aeruginosa*.<sup>(3)</sup>
- d. Se puede considerar el uso de antisépticos tópicos que pueden ayudar a secar las vesículas.

## ☑ Referencias

1. Santmyire-Rosenberger BR, Nigra TP. Psoriasis herpeticum: Three cases of Kaposi's varicelliform eruption in psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53: 52-56.
2. Wollenberg A, Zoch C, Wetzel S, et al. Predisposing factors and clinical features of eczema herpeticum: A retrospective analysis of 100 cases. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: 198-205.
3. Bartralot R, García-Patos V, Rodríguez-Cano L, et al. Kaposi's varicelliform eruption in a patient with healing second degree burns. *Clin Exp Dermatol* 1996; 21:127-130.
4. Morganroth GS, Glick SA, Perez MI, et al. Kaposi's varicelliform eruption complicating irritant contact dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27:1030-1031.
5. Hayashi S, Yamada Y, Dekio S, et al. Kaposi's varicelliform eruption in a patient with mycosis fungoides. *Clin Exp Dermatol* 1997; 22:41-43.
6. Flint LD, Spencer DM, Wilkin JK. Eczema herpeticum in association with familial benign chronic pemphigus. *J Am Acad Dermatol* 1993; 28: 257-259.
7. Brion N, Guillaume JC, Dubertret L, et al. Disseminated cutaneous herpes of the adult and Sézary syndrome. *Ann Dermatol Venereol* 1981; 108: 517-521.
8. Bajoghli A, Franz B, Robin T. Pathological Case of the Month. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 891-892.
9. Mancini AJ, Bodemer C. Viral Infections. En: Schachner LA, Hansen R, eds. *Pediatric Dermatology*, 3ra ed España: Mosby, 2003: 1077-1080.