

Herpes zoster oftálmico en niño de 3 años sin inmunodepresión no vacunado: revisión bibliográfica

MARCOS LUCIANO ROSSI, MARÍA JOSÉ RIERA, MAURICIO MAGURNO

RESUMEN

OBJETIVO: El herpes zoster oftálmico (HZO) es una enfermedad que afecta a personas a partir de la sexta década de vida o a adultos inmunosuprimidos. En niños, la presentación de la enfermedad es rara, pero puede ocurrir en aquellos con alguna causa de inmunosupresión o que han sido vacunados, siendo excepcional en inmunocompetentes no vacunados.

CASO CLÍNICO: Niño de 3 años de edad inmunocompetente, no vacunado para varicela, que se presenta a consulta con cuadro de herpes zoster oftálmico, que presenta buena respuesta al tratamiento oral y tópico con aciclovir.

CONCLUSIÓN: EL HZO puede afectar niños sanos. El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado reducen el riesgo de complicaciones severas. Esta enfermedad debe alertarnos en la búsqueda de causas de inmunosupresión (oncológicas e infecciosas).

PALABRAS CLAVE: herpes zoster oftálmico, inmunocompetente, niños.

Herpes zoster ophthalmicus in children under 3 years without immunosuppression or vaccination: review of the literature

ABSTRACT

PURPOSE: Herpes zoster ophthalmicus (HZO) is a disease that affects people from the sixth decade of life or immunocompromised adults. In children, the presentation of the disease is rare but can occur in those with any cause of immunosuppression or who have been vaccinated, being exceptional in immunocompetent unvaccinated.

CASE REPORT: A 3-year-old child immunocompetent unvaccinated for chickenpox, developed a HZO disease with good response to oral and topical treatment with acyclovir.

CONCLUSION: HZO can affect healthy children, early diagnosis and appropriate treatment reduces the risk of severe complications. This disease should alert in the search for causes of immunosuppression (neoplasias and infectious diseases).

KEY WORDS: herpes zoster ophthalmicus, immunocompetent, children.

El virus *Herpes varicela zoster* (HVZ) es el causante de la enfermedad conocida como varicela, que se manifiesta más frecuentemente en niños en la segunda infancia. Esta enfermedad es autolimitada permitiendo la llegada del virus a los ganglios nerviosos radiculares y al ganglio de Gasser. Luego en la tercera edad y en algunos casos en adultos o niños inmunodeprimidos puede ocasionar la reactivación de la enfermedad con un cuadro conocido como zoster por su afectación metamérica¹.

Cuando la metámera involucrada corresponde al nervio oftálmico, la enfermedad se denomina herpes zoster oftálmico (HZO). La mayoría de los pacientes se encuentra en la sexta a novena década de la vida, en personas sanas y sin factores predisponentes específicos; no

obstante, el HZO es más frecuente en pacientes que reciben tratamiento inmunodepresor, en presencia de un proceso maligno sistémico, enfermedad debilitante o infección por el HIV y después de una cirugía mayor, traumatismo o radioterapia². Aproximadamente un 2% de la población inmunocompetente desarrollará HZO³.

En niños, la presentación de la enfermedad es rara, pero puede ocurrir en aquellos con alguna causa de inmunosupresión o que han sido vacunados, siendo excepcional en inmunocompetentes no vacunados. Es infrecuente la aparición de neuralgia pos-herpética en la edad pediátrica⁴.

Caso clínico

Un niño de 3 años de edad sin antecedentes

Recibido:
27 sep. 2009
Aceptado:
15 oct. 2009

Autor responsable:
Dr. Marcos Luciano Rossi
Instituto Santa Lucía
Rivadavia 493,
Paraná, Entre Ríos.
luciano.rossi_81@hotmail.com

Los autores no tienen
conflictos de interés.

patológicos de jerarquía fue visto en consulta derivado por un dermatólogo con cuadro de lesiones máculo-papulo-vesículo-costrosas en ala de nariz, párpado superior y frente izquierda (fig. 1) de 3 días de evolución, compatibles con herpes zoster. El paciente no tenía antecedente de varicela y no había sido vacunado contra varicela. En el examen se constató una agudeza visual (AV) 10/10 en ambos ojos (AO), queratitis epitelial en sector nasal de OI con trayecto dendrítico con infiltrado estromal en mismo sector, compatible con queratitis herpética (fig. 2), sin lesiones en fondo de ojos. Se le indicó tratamiento con aciclovir oral y en ungüento oftálmico e interconsulta con pediatra para rea-



Figura 1. Lesiones máculo-papulo-vesículo-costrosas en ala de nariz, párpado superior y frente izquierda, compatibles con *Herpes zóster* (signo de Huntchinson).

lizar control de causas de inmunosupresión (oncológicas e infecciosas). Dos días después se constató buena evolución y resolución del cuadro corneal a los 5 días de su primera consulta, quedando leve opacidad estromal en sector nasal, pero con AV 10/10 en AO, sin neuralgia. En los resultados de laboratorio y estudios por imágenes no se halló causa de inmunosupresión.

Discusión

Es conocido que el HZO es más frecuente en personas mayores de 60 años, pudiendo presentarse en adultos jóvenes y siendo excepcional en niños. Se destaca en este caso en particular la presentación en la segunda infancia temprana, como debut de la enfermedad y sin causa de inmunosupresión general, no vacunado, con buena respuesta al tratamiento oral y tópico con aciclovir y sin secuelas visuales o neuralgia.

Akhanda *et al.* describen el caso de un niño de 7 años, inmunocompetente, no vacunado para varicela-zoster, con antecedente de haber padecido varicela a los 2 años que se presentó con cuadro de queratouveítis herpética con buena respuesta al tratamiento con aciclovir oral y tópico, antibióticos orales y tópicos y atropina tópica, pero quedando con disminución de AV a 1/10 como consecuencia de opacidad corneal⁵. De Freitas y colaboradores, en un estudio sobre las complicaciones del HZO en niños inmunocompetentes realizado en el departamento de oftalmología de la Universidad Federal de São Paulo, hallaron que un 20% presentó disminución de AV y un 90% algún grado de afectación de la sensibilidad corneal u opacidad corneal sin alteración de la AV⁶.

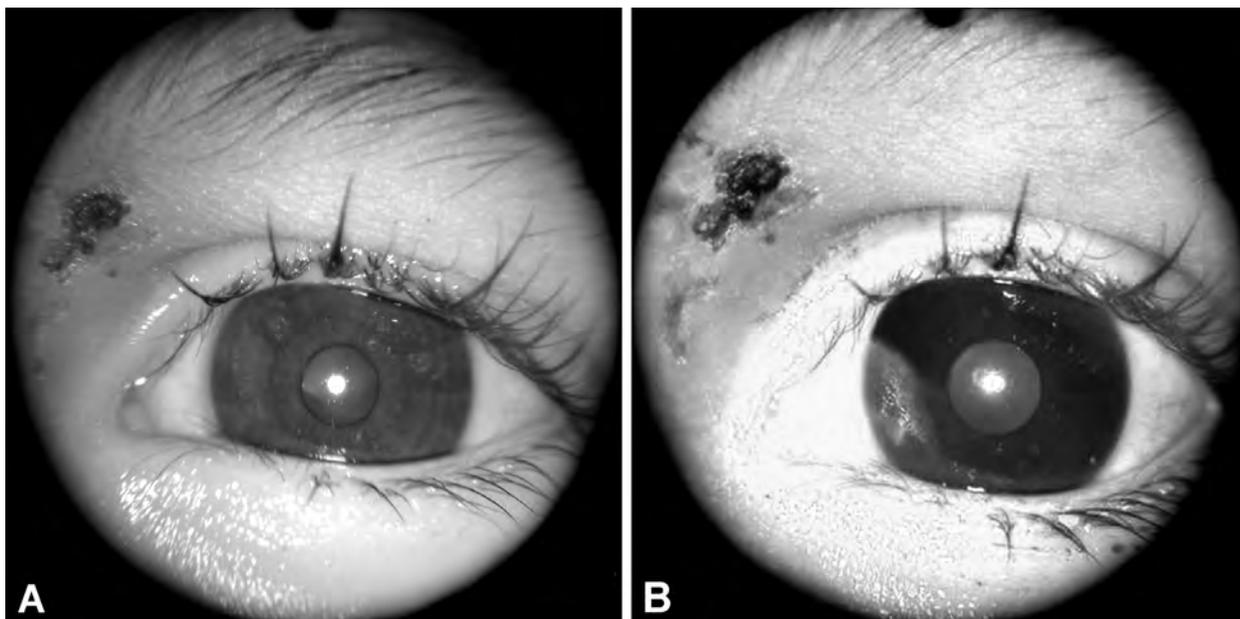


Figura 2. A. Opacidad del estroma corneal en sector nasal de ojo izquierdo. B. Ulcera dendrítica que tiñe con fluoresceína en sector nasal de ojo izquierdo.

Suneetha Nithyanandam *et al.* demostraron que el incremento de severidad de lesiones en piel de herpes zoster es un buen predictor de ocurrencia de complicaciones oculares y pérdida de visión en HZO. El compromiso del nervio nasociliar y lagrimal son también buenos predictores de complicaciones oculares⁷.

Binder NR y colaboradores describen el caso de un niño que presenta como distintivo el hecho de estar vacunado contra varicela-zoster y cuyo signo de presentación fue una hemorragia subconjuntival dolorosa⁸. Naseri *et al.* reportan el caso de un niño de 9 años con escleroqueratitis y uveítis anterior herpética después de la vacunación para varicela y alertan sobre la importancia de tener en cuenta el virus HVZ como diagnóstico diferencial de estos cuadros⁹.

Pandey y colaboradores presentan el caso de un niño de 9 años con HZO, con antecedente de transfusión sanguínea por cirugía abdominal previa, a partir del cual llegaron al diagnóstico de HIV. Es relevante tener en cuenta que el HZO puede ser marcador de HIV en niños¹⁰.

Para casos en los cuales se sospecha pero no se puede alcanzar un diagnóstico clínico claro de HZO, Bhatnagar *et al.* sugieren la realización de PCR (*polymerase chain reaction*) como método diagnóstico de certeza¹¹.

Existe consenso actualmente de que el tratamiento antiviral oral indicado en las primeras 72 horas desde el inicio de las lesiones cutáneas reduce la incidencia e intensidad de las complicaciones oculares más frecuentes y que el uso tópico de ungüentos oftálmicos con aciclovir pueden ser de utilidad cuando se indican precozmente¹⁻².

Por lo tanto, podemos concluir que es muy importante tener en cuenta que esta enfermedad puede presentarse en niños sanos, sin causa de inmunosupresión o antecedentes de varicela o vacunación antivariela, que el diagnóstico precoz de la enfermedad y la indicación de la terapéutica apropiada pueden reducir el riesgo de complicaciones severas, y que hay que elevar el grado de sospecha de enfermedades inmunosupresivas como enfermedades oncológicas o infección por HIV ante la presencia de un cuadro de HZO en niños.

Referencias

1. Fernández Mejjide R, Fernández Mejjide N. *Córnea y esclera*. 6to. ciclo. Salta: Universidad Católica de Salta; Buenos Aires: Consejo Argentino de Oftalmología, 2009 (Maestría de oftalmología a distancia; módulo 5).
2. American Academy of Ophthalmology. *Enfermedades externas y córnea*. San Francisco: Elsevier, 2007-2009. Sección 8.
3. Arffa RC. *Grayson's Diseases of the cornea*. 4th ed. Philadelphia: C. V. Mosby, 1997.
4. Taylor D, Hoyt CS. *Pediatric ophthalmology and strabismus*. 3th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005.
5. Akhanda AH, Quayum MA, Uddin A, Ahmed N, Uddin T, Ahmed T. Herpes zoster ophthalmicus in an otherwise healthy 7 years child. *Mymensingh Med J* 2007; 16: 221-4.
6. De Freitas D, Martins EN, Adan C, Alvarenga LS, Pavan-Langston D. Herpes zoster ophthalmicus in otherwise healthy children. *Am J Ophthalmol* 2006; 142: 393-9.
7. Nithyanandam S, Dabir S, Stephen J, Joseph M. Eruption severity and characteristics in herpes zoster ophthalmicus: correlation with visual outcome, ocular complications, and postherpetic neuralgia. *Int J Dermatol* 2009; 48: 484-7.
8. Binder NR, Holland GN, Hosea S, Silverberg ML. Herpes zoster ophthalmicus in an otherwise-healthy child. *J AAPOS* 2005; 9: 597-8.
9. Naseri A, Good WV, Cunningham ET Jr. Herpes zoster virus sclerokeratitis and anterior uveitis in a child following varicella vaccination. *Am J Ophthalmol* 2003; 135: 415-7.
10. Pandey N, Chandrakar AK, Adile SL, Garg ML, Patel S. Human immunodeficiency virus infection in a child presenting as herpes zoster ophthalmicus. *J Indian Med Assoc* 2007; 105: 216-7.
11. Bhatnagar A, Tomlins P, Parulekar MV. Role of polymerase chain reaction in early diagnosis of herpes zoster ophthalmicus in children. *J AAPOS* 2009; 13: 213-4.