

# Herpes Zoster Facial

## Facial Herpes Zoster

Elvis Javier Ibáñez Franco<sup>1</sup> , Arnaldo Benjamín Feliciano Aldama Caballero<sup>1</sup> ,  
Clara Andrea González Báez<sup>1</sup> , Victoria Rivelli de Oddone<sup>1</sup> ,  
Teresita De Jesús Penayo Aguilera<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Hospital Nacional de Itauguá. Departamento de Medicina Interna. Servicio de Dermatología. Itauguá, Paraguay.

### RESUMEN

El herpes zóster es una dermatosis viral producida por el virus de la varicela zóster, que produce vesículas de distribución metamérica.

Se presentan 2 casos de herpes zóster a nivel facial. El primer caso es una paciente joven, sin patologías de base, con presencia de vesículas y ampollas sobre el territorio maxilar superior, con importante compromiso de mucosas; requirió internación y tratamiento antiviral intravenoso. El segundo caso es una paciente mayor, diabética, con vesículas en territorio oftálmico, también con compromiso mucoso; requirió internación y tratamiento intravenoso.

En ambos casos la dermatosis fue resuelta y fueron externadas sin complicaciones.

**Palabras claves:** herpes zóster, aciclovir, prednisona.

### SUMMARY

Herpes zoster is a viral dermatosis caused by the varicella zoster virus, which produces vesicles of metameric distribution.

There are 2 cases of shingles at the facial level. The first case is a young patient, without underlying pathologies, with the presence of vesicles and blisters on the upper maxillary territory, with significant mucosal involvement; He required hospitalization and intravenous antiviral treatment.

The second case is an elderly patient, diabetic, with vesicles in ophthalmic territory, also with mucosal involvement; required hospitalization and intravenous treatment.

In both cases the dermatosis was resolved and they were externalized without complications.

**Key words:** herpes zoster, acyclovir, prednisone.

*Autor correspondiente:*

Dr. Elvis Javier Ibáñez Franco

Email: [ibanezfrancoelvisjavier@gmail.com](mailto:ibanezfrancoelvisjavier@gmail.com)



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

## INTRODUCCIÓN

El herpes zóster (HZ) es una dermatosis viral causada por el virus de la varicela zóster, caracterizada por la producción de vesículas sobre un territorio meta-mérico<sup>(1)</sup>.

Es más frecuente en mujeres, en personas mayores de 60 años, en pacientes inmunodeprimidos y en quienes tuvieron varicela antes del año de vida<sup>(1)</sup>.

Se presenta con dolor, que es el síntoma más común del HZ, seguido por la aparición de vesículas distribuidas sobre un dermatoma, pudiendo afectar hasta 3 dermatomas contiguos. Puede aparecer en la cara, tronco o las extremidades<sup>(2)</sup>.

Las complicaciones del HZ son múltiples, siendo la sobreinfección bacteriana la más frecuente. Otras complicaciones pueden ser viscerales (miocarditis, artritis, hepatitis), neurológicas (meningitis, mielitis, parálisis de nervios periféricos y neuralgia posherpética) y oculares (conjuntivitis, queratitis, uveítis y parálisis de nervios craneales oculomotores)<sup>(2)</sup>.

El diagnóstico es clínico, pero en casos atípicos puede confirmarse con estudios de citodiagnóstico y PCR<sup>(3)</sup>.

El tratamiento consiste en el manejo del dolor, evitar la sobreinfección bacteriana y la administración de antivirales por vía oral (aciclovir, valaciclovir y famciclovir) o intravenoso (aciclovir). Para obtener mayor beneficio, el inicio del tratamiento antivírico debe administrarse dentro de las primeras 72 horas del inicio del cuadro<sup>(3)</sup>.

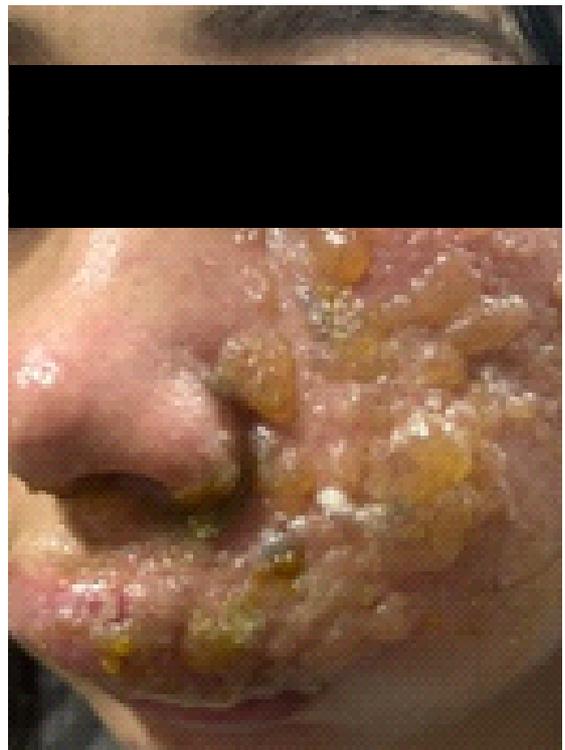
Presentamos 2 pacientes con diagnósticos de HZ facial, ambos con condiciones clínicas diametralmente opuestas, pero con requerimiento de internación y tratamiento antivírico sistémico.

## PRESENTACIÓN DE CASOS

### Caso 1

Paciente femenina de 25 años de edad, sin patologías de base, procedente de la ciudad de Itá.

Acude a Urgencias por cuadro de 6 días de evolución que inicia con dolor quemante de leve a moderada intensidad en mejilla izquierda, con posterior aparición de "granitos" en la mejilla y en la punta nasal. Acude con facultativo y es medicada con antibióticos sistémicos y antimicóticos tópicos que no sabe referir. Con el correr de los días aparecen ampollas dolorosas y múltiples que abarcan la zona maxilar superior izquierda; también presenta algunas costras melicéricas en labio superior y edema palpebral y labial (figura 1).



**Figura 1.** Vesículas y ampollas, de contenido seroso; costras melicéricas; y edema de región palpebral y labio superior.

En el Servicio de Urgencias se plantean los diagnósticos de impétigo ampollo y HZ con impetiginización secundaria; se indica cobertura antibiótica con ceftriaxona 2 g c/24 horas y aciclovir IV 10 mg/kg/dosis cada 8 horas. Retorna laboratorio de rutina sin particularidades.

A las 24 horas de internación se realiza evaluación por el Servicio de Dermatología, donde se constata empeoramiento del edema de mucosas con limitación de apertura ocular y bucal (figura 2).



**Figura 2.** Empeoramiento de edema de mucosas comprometidas, ampollas destechadas espontáneamente y nuevas vesículas en sien izquierda.

Se solicita test de Tzanck que retorna positivo; se plantea completar 10 días de aciclovir IV y se agrega prednisona 1 mg/kg/día por 10 días y compresas intermitentes con sulfato de cobre por 3 días.

Completa 10 días de aciclovir y es externada con mejoría de lesiones en piel y acude por consultorio a los 14 días luego del alta, donde se constata resolución de dermatosis viral e hiperpigmentación irregular residual (figura 3).



**Figura 3.** Hiperpigmentación posinflamatoria.

## Caso 2

Paciente femenina de 71 años, procedente de Colonia Independencia-Guairá, portadora de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2.

Acude a consulta por cuadro de 3 días de evolución que inicia con eritema en región frontopalpebral izquierdo acompañado de dolor tipo punzante, de

moderada intensidad, que cede parcialmente con ingesta de paracetamol. Al cuadro se agregan vesículas en territorio eritematoso, dolorosas y pruriginosas, y edema bipalpebral ipsilateral (figura 1).



**Figura 1.** Vesículas agrupadas sobre una base eritematosa en territorio de la rama oftálmica del trigémino.

Se plantea diagnóstico de HZ, se indica internación e inicia aciclovir IV 10 mg/kg/dosis cada 8 horas y prednisona 50 mg/día por 5 días. Es evaluada por oftalmología; sin lesión corneal.

Completa 10 días de aciclovir IV y es externada con resolución de dermatosis y sin otras complicaciones intrahospitalarias. Lastimosamente no acudió a control posterior a externación.

## DISCUSIÓN

Ambos casos presentados de HZ se presentan de manera clásica, primero con dolor y eritema, seguido de aparición de vesículas, aunque en el primer caso la paciente tiene un cuadro más exuberante y acude tardíamente a la consulta.

En el primer caso el diagnóstico de HZ fue más desafiante debido a la forma de presentación del cuadro, recurriendo al citodiagnóstico para confirmar la dermatosis. En cuanto al segundo caso el diagnóstico fue eminentemente clínico por cronología de los signos y síntomas.

El tratamiento del HZ varía de acuerdo a la localización y tiempo de evolución del cuadro. Los criterios para realizar internación y tratamiento

intravenoso con aciclovir son: HZ en pacientes inmunodeprimidos, compromiso de cabeza o cuello, HZ óptico u oftálmico, HZ diseminado, compromiso visceral y dolor agudo intenso<sup>(1)</sup>. En nuestros casos, ambas pacientes presentaron una afección a nivel craneal en ramas del trigémino, la primera en dermatoma del nervio maxilar superior y la segunda en dermatoma del nervio oftálmico, con importante afectación de mucosas por lo que se indicó internación y tratamiento IV.

Con respecto al tiempo ideal para el inicio de antivíricos, el mayor beneficio se obtiene en pacientes con cuadros menores a 72 horas<sup>(2,4,5)</sup>. Sin embargo, existen determinados casos en los que se recomiendan el inicio de tratamiento antiviral pasadas las 72 horas, entre los cuales se pueden mencionar: pacientes mayores de 50 años, inmunodeprimidos, enfermedades cutáneas previas graves, niños o adolescentes en tratamiento con corticoides o ácido salicílico, compromiso de cabeza o cuello, HZ diseminado, lesiones hemorrágicas o necróticas, vesículas aberrantes o lesiones satélites, compromiso de mucosas y dolor moderado a intenso<sup>(1)</sup>. Con respecto al primer caso, la paciente acudió a consulta ya en su sexto día de enfermedad, sin embargo, debido al compromiso facial y mucoso importante, la decisión de iniciar tratamiento IV fue determinante para modificar la evolución de la enfermedad.

El uso de corticoides sistémicos en el manejo del HZ es controvertido. Pueden ser útiles en algunos casos de neuralgia aguda, pero son ineficaces para evitar la neuralgia posherpética<sup>(1,2)</sup>. Las situaciones donde se vuelve imperiosa el uso de corticoides son el HZ oftálmico con compromiso retiniano y en el síndrome de Ramsay-Hunt<sup>(1,6)</sup>. En el primer caso, el dolor fue bastante incapacitante, y con un gran compromiso mucoso por lo que se indicó prednisona para controlar el dolor y como antiinflamatorio de mucosas. En cuanto al segundo caso, el dolor fue leve a moderado, pero también recibió prednisona por menor tiempo.

### Conflictos de interés

Los autores declaran no contar con conflictos de interés.

### Financiamiento

El presente reporte de caso no requirió financiación.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gabriela Torres Ordóñez M, Bastard D, Clara Torre A. Herpes zóster. Actualización y manejo. *Dermatol Argent*. 2021;27(2):44–52.
2. García-González AI, Rosas-Carrasco O. Herpes zoster y neuralgia posherpética en el adulto mayor: Particularidades en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento. *Gac Med Mex*. 2017;153(1):92–101.
3. Raquel Brenes Núñez. Manejo de pacientes con Herpes Zoster. *Rev Medica Costa Rica Y Centroam Lxxiii*. 2016;(619):255–60.
4. Primaria A, Palmerín-Donoso A, Tejero-Mas M, Buitrago-Ramírez F. Herpes zóster oftálmico Herpes zoster ophthalmicus. *Aten Primaria [Internet]*. 2019 [cited 2023 Sep 26];51(2):123–4. Available from: [www.elsevier.es/ap](http://www.elsevier.es/ap)
5. González CC, Fumero SR, Chavarría AG. Actualización del herpes zóster. *Rev Medica Sinerg [Internet]*. 2020 Sep 1 [cited 2023 Oct 12]; 5(9):e566–e566. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/566/998>
6. Rodríguez Catalina, Román Carla. Manejo Del Síndrome De Ramsay Hunt. *Rev médica Costa Rica y Centroamérica LXXII*. 2015;(614):37–40.