

Comentarios a
CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO
 (del Vol. 21, Núm. 2)
 (Med fam Andal 2020; 21: 201-202)

Respuestas razonadas

¿Será un herpes?

Recibido el 19-03-2020; aceptado para publicación el 22-04-2020

Ibáñez Navarro A¹, Lamas Nogales M¹,
 Bermejo Fernández P²

¹Médico de familia

²Enfermera de atención primaria

Centro de Salud Cintruénigo. Área de Tudela. Navarra

1) ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Impétigo ampolloso. **Incorrecta.** El impétigo ampolloso es un exantema formado por un grupo de vesículas o pústulas dispuestas en racimo que se rompen y desarrollan una costra melicérica. Suelen presentarse en surco naso-geniano o zonas de pliegues extensas. No cumplen la distribución ni extensión¹.

b) Herpes zoster. **Correcta.** El herpes zoster es un exantema formado por un grupo de vesículas sobre la base eritematosa, con una distribución de uno o dos dermatomas, aunque también pueden aparecer algunas lesiones satélite².

c) Dermatitis de contacto. **Incorrecta.** La dermatitis de contacto es un exantema que varía entre eritema y la formación de ampollas a ulceración en una superficie expuesta al sol. No son tan localizadas y no tienen disposición en racimo³.

d) Sarna. **Incorrecta.** La sarna se expresa como pápulas eritematosas de distribución generalmente lineal. Se acompaña de líneas finas, onduladas y ligeramente descamadas en muñecas, manos o pies, siendo característicamente patognomónicas. No las hay⁴.

e) Penfigoide ampolloso. **Incorrecta.** El penfigoide ampolloso son lesiones de evolución larga en forma de ampollas tensas características en tronco y áreas de flexión. Son polimorfas, anulares y rojo vinosas; en ocasiones con vesículas periféricas. No las hay⁵.

2) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es errónea?

a) En casos moderados de dermatitis de contacto, se utilizan compresas frías, antihistamínicos para el prurito y corticosteroides tópicos de mediana o alta potencia. **Verdadera.** El tratamiento es sintomático, compresas frías y antihistamínicos vía oral. En casos moderados se utilizan corticosteroides tópicos de mediana a alta potencia (p. ej., pomada de triamcinolona al 0,1% o crema con valerato de betametasona al 0,1%). Los corticoides orales (p. ej., prednisona 60 mg 1 vez al día durante 7 a 14 días) pueden utilizarse en los casos de enfermedad extensa o ampollar⁶.

b) El tratamiento de elección para el impétigo ampolloso son antisépticos tópicos con o sin antibióticos por vía oral. **Verdadero.** El tratamiento es sintomático, lavados frecuentes con agua y jabón y mupirocina 2-3 veces al día durante 5-7 días. También es eficaz el ácido fusídico en crema al 2%. Pueden ser necesarios antibióticos por vía oral⁷.

c) En el manejo del herpes zoster los antivirales son especialmente eficaces en las primeras 72 horas y, como medida preventiva, la vacuna recombinante en pacientes inmuno-comprometidos. **Falso.** Los antivirales deben iniciarse lo antes posible (dentro de las primeras 72 horas). La vacuna recombinante de zoster (RZV) se recomienda para la prevención del herpes zoster y las complicaciones relacionadas para adultos inmuno-competentes de mayores de 50 años. Actualmente no hay datos sobre la eficiencia de

la vacuna recombinante en inmuno-comprometidos^{8,9}.

d) El penfigoide ampoloso es una forma de expresión de una reacción alérgica a penicilinas. **Verdadero.** Su etiología es desconocida, pero se relaciona con fármacos (furosemida, omeprazol, penicilina, etc.), desencadenantes físicos (traumatismos, radioterapia, etc.), trastornos dermatológicos (psoriasis, liquen plano) y otras enfermedades (diabetes, artritis reumatoide, colitis ulcerosa, etc.)⁵.

e) Es de igual importancia las medidas farmacoterapéuticas en la sarna como la desinfección de objetos personales. **Verdadero.** El tratamiento primario es mediante escabicidas tópicos (permectrina) u orales (ivermectina). Se debe desinfectar los objetos personales (toallas, vestimenta, ropa de cama) deben lavarse con agua caliente y secarse con calor o aislarse por al menos 3 días (en una bolsa de plástico cerrada) para una buena respuesta al tratamiento y evitar nuevas infestaciones o extenderse a los convivientes⁴.

Bibliografía

1. Pereira LB. Impetigo – review. *An Bras Dermatol.* 2014;89(2):293-9.
2. Gnann JW Jr, Whitley RJ. Clinical practice. Herpes zoster. *N Engl J Med.* 2002;347(5):340-6.
3. Murphy PB, Hooten JN, Atwater AR, et al. Allergic Contact Dermatitis. [Updated 2019 Jul 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532866/>
4. Puza CJ, Suresh V. Scabies and Pruritus-A Historical Review. *JAMA Dermatol.* 2018;154(5):536.
5. Miyamoto D, Santi CG, Aoki V, Maruta CW. Bullous pemphigoid. *An Bras Dermatol.* 2019;94(2):133-146.
6. Novak-Bili G, Vu i M, Japundži I, Meštrovci -Štefekov J, Stani -Duktaj S, Lugovi -Mihi L. Irritant and allergic contact dermatitis-Skin lesion characteristics. *ActaClin-Croat.* 2018;57(4):713-720.
7. Hartman-Adams H, Banvard C, Juckett G. Impetigo: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician.* 2014;90(4):229-35.
8. Lachiewicz AM, Srinivas ML. Varicella-zoster virus post-exposure management and prophylaxis: A review. *Prev Med Rep.* 2019;16:101016.
9. Dooling KL, Guo A, Patel M, et al. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices for Use of Herpes Zoster Vaccines. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018; 67:103-108.

Dirección para correspondencia:

Alberto Ibáñez Navarro

E-mail: aibanez021@gmail.com