

# LESIONES GRANULOMATOSAS SOBRE CICATRICES DE UN HERPES ZÓSTER ("SINE HERPETE") DISEMINADO EN UNA PACIENTE CON LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA

Mireia Yébenes, Josep Lloreta\*, Carles Besses\$, Ramon M. Pujol.

Servicio de Dermatología, Anatomía Patológica\* y Hematología\$. Hospital del Mar. IMAS. IMIM. Barcelona.

## Introducción

El desarrollo de lesiones cutáneas de distinta etiología sobre cicatrices herpéticas (generalmente de herpes zóster o varicela) es un fenómeno poco frecuente. Se han descrito un amplio espectro de lesiones, como lesiones granulomatosas (granuloma anular, granulomas sarcoideos/tuberculoideos), pseudolinfomas, infiltraciones linfoides específicas, erupciones acneiformes, psoriasis, liquen plano, morfea, collagenosis perforante, dermatosis eosinofílica, etc.. Dichas lesiones suelen aparecer a las pocas semanas de la resolución de la infección herpética aguda.

Se ha postulado que el desarrollo de lesiones granulomatosas sobre cicatrices herpéticas se observa con mayor frecuencia en individuos inmunodeprimidos (afectos de tumores sólidos, linfomas, leucemias, sometidos a tratamientos immunosupresores, o infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana). Asimismo, este grupo de pacientes presenta un mayor riesgo para desarrollar formas clínicamente atípicas y diseminadas de infección por el virus varicela-zoster.

## Caso clínico

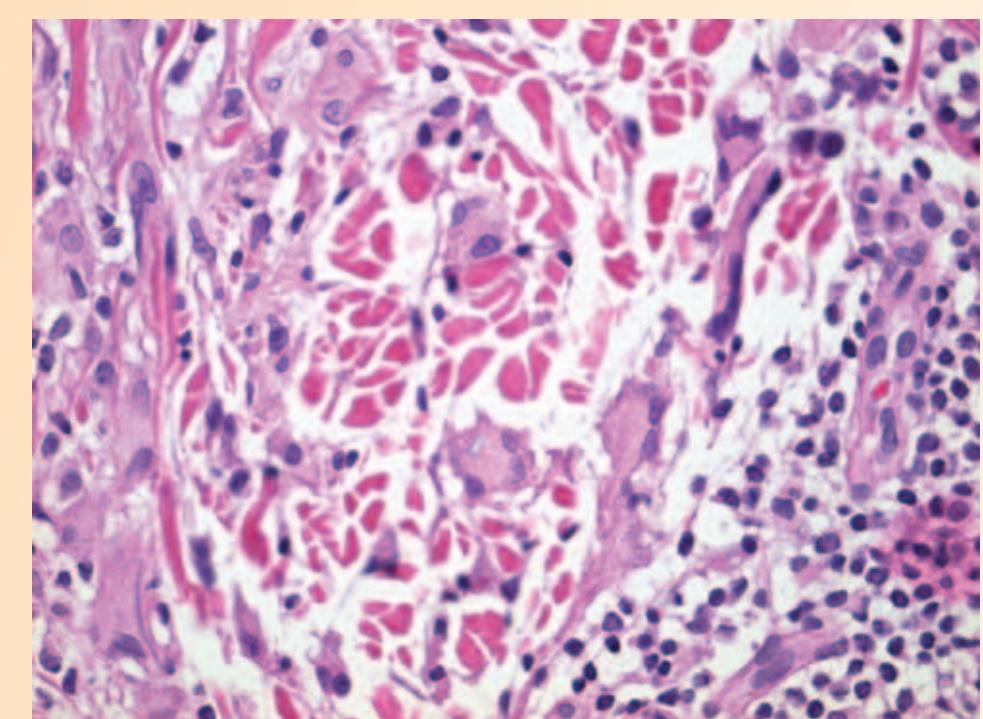
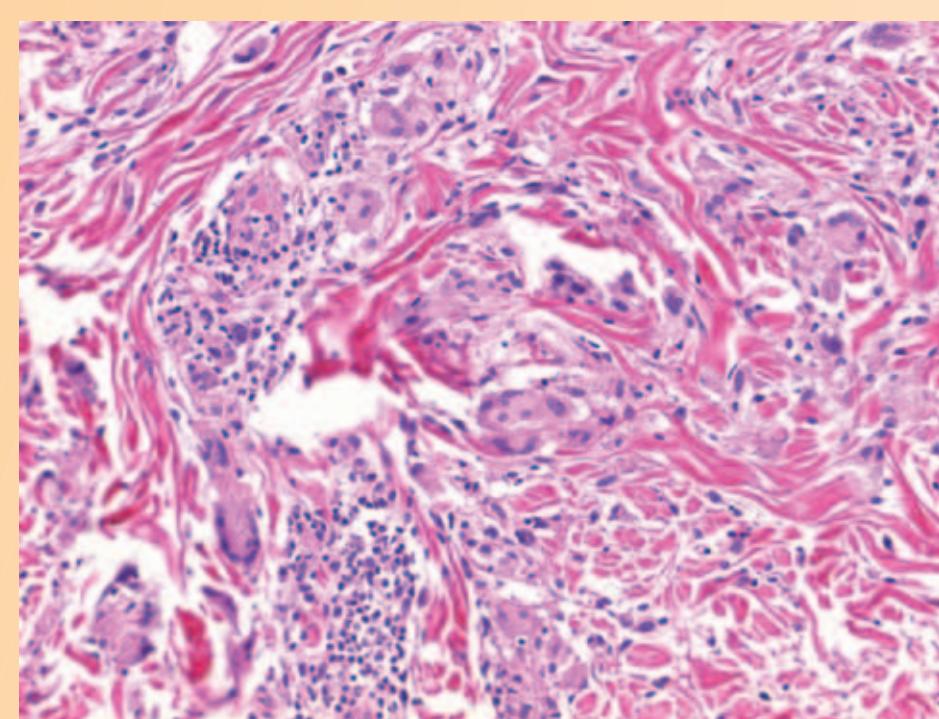
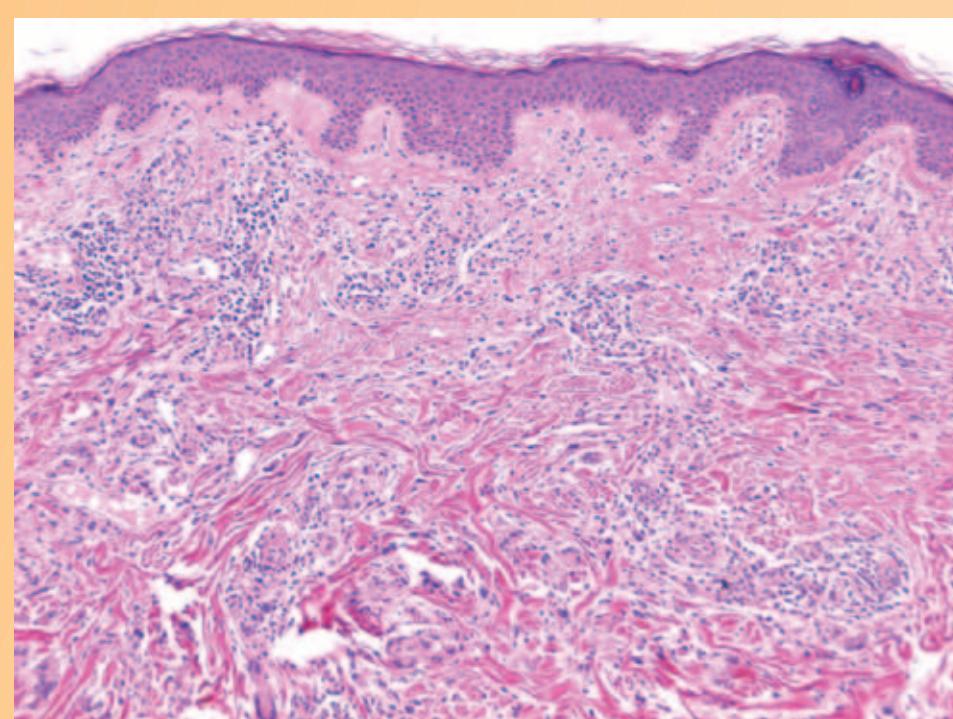
Mujer de 60 años, con antecedentes de varicela en la infancia, controlada por servicio de Hematología des de hacía un año por una leucemia linfática crónica B, que fue remitida al servicio de Dermatología en noviembre del 2004 por presentar una erupción cutánea generalizada, de 24 horas de evolución, formada por papulas eritematosas, vesículas y pustulas, en distintas fases de evolución.

La paciente refería asimismo que desde hacía unos 15 días presentaba un dolor intenso, lancinante, en la extremidad inferior derecha (localizado en los dermatomas S1-S2), sin lesiones cutáneas asociadas. Ante la sospecha clínica de herpes zoster (sine herpete) con diseminación posterior, en una paciente inmunodeprimida, se inició tratamiento con aciclovir endovenoso (10 mg/kg/8h) durante 10 días, consiguiendo una resolución completa del cuadro clínico.

A las 2-3 semanas de la resolución de las lesiones vesiculo-pustulosas, la paciente desarrolló múltiples lesiones papulares, asintomáticas, eritemato-parduzcas, de 3-4 milímetros de diámetro, sobre las cicatrices herpéticas (Fig 1a, 1b y 2).

El estudio histológico de dichas lesiones reveló una reacción granulomatosa, linfo-histocitaria intersticial, con de células plasmáticas y células gigantes multinucleadas, distribuidas entre los haces de colágeno de la dermis superficial y media, de características histopatológicas similares a un granuloma anular intersticial (Fig 3,4,5).

No se prescribió tratamiento, y las lesiones se resolvieron progresivamente, en unos 6 meses, dejando unas máculas atróficas residuales. Sin embargo, la paciente continuó presentando dolores lancinantes, recurrentes, limitados a los dermatomas S1-S2 derechos, compatibles con una neuralgia postherpética.



## Discusión

El herpes zóster sin lesiones cutáneas o herpes zóster "sine herpete" es una variante poco frecuente de herpes zóster caracterizada clínicamente por un dolor de neuropático de distribución metamérica, sin la presencia de lesiones cutáneas asociadas. El diagnóstico del herpes zóster "sine herpete" es clínico, y suele confirmarse mediante pruebas serológicas específicas (aumento de los títulos de anticuerpos frente el virus varicela-zóster a las 2-3 semanas).

Los pacientes inmunodeprimidos suelen presentar formas clínicamente más graves de herpes zóster, un mayor riesgo de diseminación (superior al 40%), así como una mayor tendencia a desarrollar lesiones cutáneas sobre las cicatrices residuales.

En pacientes con leucemia linfática crónica se ha descrito una mayor tendencia a desarrollar lesiones granulomatosas sobre cicatrices de herpes zóster; y se ha postulado que las alteraciones inmunológicas subyacentes que presentan estos pacientes (alteraciones en el número y funcionamiento de las

inmunoglobulinas, alteración de la inmunidad celular, aumento de la incidencia de reacciones de hipersensibilidad) podrían explicar el desarrollo de dichas lesiones.

El mecanismo de formación de estas lesiones es desconocido. Se ha especulado que podría tratarse de una reacción de hipersensibilidad tipo III o tipo IV frente antígenos virales. El estudio de amplificación del ADN viral por PCR de estos casos ha dado resultados variables, probablemente en relación con el momento de obtención de la muestra: positivo en lesiones recientes y negativo en lesiones más tardías.

En conclusión, el caso que describimos presenta, como características peculiares, la ausencia de lesiones cutáneas en el episodio agudo (herpes zóster "sine herpete"), y a pesar de ello, una diseminación posterior (herpes zóster diseminado), junto con la aparición posterior de lesiones granulomatosas generalizadas, que se desarrollan sobre las cicatrices de herpes en una paciente con leucemia linfática crónica B.

## Referencias

1. Álvarez-Ruiz S., Alonso A, Pérez-Gala S, Daudén E, Fraga J, García-Díez A. Reacciones granulomatosas secundarias a herpes zóster. Actas Dermosifilogr 2004;95:626-30.
2. Pujol RM, Matías-Guiú X, Planagumà M, de Moragas JM. Chronic lymphocytic leukemia and cutaneous granulomas at sites of herpes zoster scars. Int J Dermatol 1990;29:652-4.
3. Requena L, Kuntzner H, Escalonilla P, Ortiz S, Schaller J, Rohwedder A. Cutaneous reactions at sites of herpes zoster scars: an expanded spectrum. Br J Dermatol 1998;138:161-8.
4. Gilden DH, Wright RR, Schneck SA, Gwaltney JM Jr, Mahalingam R. Zoster sine herpete, a clinical variant. Ann Neurol. 1994 May;35:530-3.