



Cad Aten Primaria
Ano 2009
Volume 16
Páx. 341-343

Pseudohernia Herpes Zoster

Bárbara Díaz García

MIR1 Medicina de Familia. Centro de Saúde San José (A Coruña)

Sr. Director:

Presento el caso de un paciente varón de 55 años que presenta herpes zoster en hipocondrio izquierdo. Se trató inicialmente con nolutil 575 mg para el dolor y una semana después se pasa a tryptizol porque sigue con muchas molestias.

Los antecedentes personales del paciente son asma, alergia a ácaros, insomnio y dislipemia. Un único antecedente quirúrgico de cirugía de estrabismo.

Una semana después del episodio inicial nota un bulto en hipocondrio izquierdo en la zona del herpes, que abarca los dermatomas T9 a T11 (Figuras 1-3 con fotografías tomadas al paciente en la consulta donde observamos el bultoma en la pared abdominal izquierda de frente y lateralmente).



FIGURA 1

Fotografía de frente tomada al paciente en consulta.

A la palpación el bultoma es móvil, parece líquido. Se le hace una ecografía abdominal en la que parece un plastrón inflamatorio en zona grasa subcutánea. No presenta fiebre.



FIGURA 2

Fotografía de frente tomada al paciente en consulta

Se remite a urgencias para valoración por cirugía donde se valoró abrir el bultoma considerando un posible absceso pero se le practica un ecoTAC sin encontrar patología por lo que recomiendan vigilancia.



FOTOGRAFÍA 3

Tomada al paciente en consulta. Lateral.

Posteriormente, debido a poca mejoría, se cambia la amitriptilina por gabapentina.

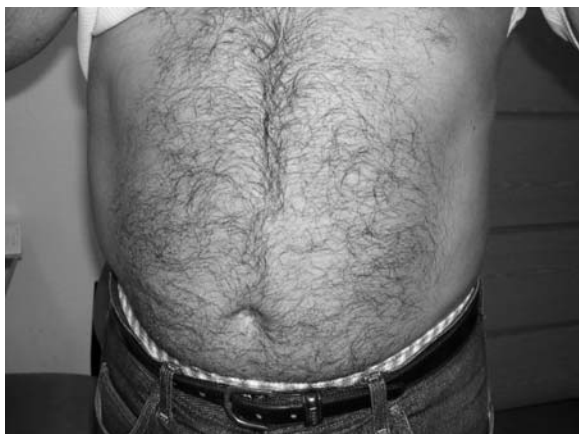


FIGURA 4

Fotografía tomada al paciente en consulta 4 meses después del episodio inicial.

Un mes más tarde su dermatólogo le diagnostica de pseudohermia postherpética de pared abdominal y le recomienda que continúe con gabapentina 300 mg. Después de dos meses con gabapentina, disminuyen las molestias persistiendo un ligero picor por lo que progresivamente se disminuye el tratamiento (Figura 4: fotografía tomada al paciente cuatro meses después del inicio del episodio).

HERPES ZOSTER

Es una infección dermatómica aguda asociada a la reactivación del virus varicela zoster y que se caracteriza por dolor unilateral y una erupción vesiculosa o ampollosa limitada a uno o varios dermatomas inervados por el ganglio sensitivo correspondiente. La localización preferente suele ser dorsal. Son frecuentes las alteraciones de los

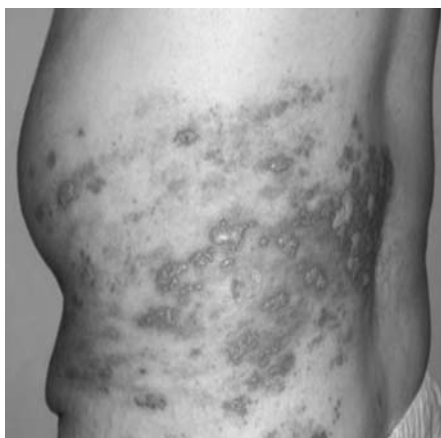


FIGURA 5

Herpes zóster dorsal. H. Dobrev, P. Atanassova and V. Sirakov: Postherpetic abdominal-wall pseudohermia.

nervios sensitivos (temperatura, dolor, tacto) y motores (parálisis por ejemplo facial) detectables con exploración neurológica¹ (Figura 5: Herpes zóster dorsal. H. Dobrev, P. Atanassova and V. Sirakov: Postherpetic abdominal-wall pseudohermia).

PSEUDOHERMIA POSTHERPÉTICA EN PARED ABDOMINAL

La pseudohermia es una protusión limitada en la pared abdominal sin un defecto real. Se diferencia de la hernia verdadera en que ésta tiene contenido abdominal (saco, contenidos de saco y cubiertas). En la pseudohermia se puede observar una parálisis unilateral de los músculos abdominales tras la relajación de la pared abdominal anterior formando un bulto que aumenta con la presión intraabdominal².

A pesar de la elevada incidencia de la lesión vesicular herpética en los dermatomas dorsales y torácicos, la manifestación clínica de la parálisis de la musculatura abdominal varía tan sólo entre el 0% y el 20%^{3,4,5}.

El primer caso se describió en 1886 y hasta el 2006 sólo están registrados 20 casos en la literatura médica^{6,7}.

La exploración y las pruebas complementarias que nos ayudan a afinar en el diagnóstico son^{8,9}:

- Examen neurológico de la zona con afectación dérmica siendo frecuente encontrar alteraciones de la sensibilidad y disminución de los reflejos abdominales superficiales pudiendo llegar a parálisis de la musculatura de la pared abdominal.
- Electromiografía que revelará denervaciones en la zona de los dermatomas afectados: registra actividad espontánea anormal en los músculos afectados con fibrilaciones y ondas picudas positivas. Las alteraciones en pruebas electromiográficas pueden llegar a alcanzar el 35%^{3,10,11}.
- TAC toracoabdominal mostrará diastasis de los músculos del lado afectado cuya pared estará además más adelgazada sin ninguna presencia de verdadera hernia o masa.

El diagnóstico diferencial^{6,12} incluye hernias lumbares, neuropatía diabética, enfermedad de Lyme, polirradiculoneuropatía, siringomielia... ya que estas patologías pueden cursar con alteraciones de la inervación de la musculatura de la pared abdominal anterior y causar una pseudohermia.

El tratamiento será el habitual del herpes: aciclovir durante los 7 primeros días del episodio cutáneo, que en ocasiones se administrará vía intravenosa ya que la vía oral podría ser insuficiente, y fármacos para el tratamiento del dolor neuropático como la gabapentina y la amitriptilina.

Se han empleado pautas cortas de corticosteroides combinadas con el aciclovir en el tratamiento del síndrome de Ramsay-Hunt. Además

cuando existe parálisis motora hay una inflamación más extensa que en el herpes zóster cutáneo que podría suprimirse con esta terapia con corticoides dado su efecto antiinflamatorio^{10,13}. Es una asociación controvertida ya que no está demostrada su eficacia¹⁴.

En algunos casos se añadió un preparado vitamínico múltiple^{3,4} durante 3 meses, con diversas vitaminas entre ellas descrita el ácido lipoico⁴, que ayudaría a restaurar las terminaciones nerviosas dañadas. Sin embargo no existen evidencias de que sea eficaz en la reinnervación como demuestra su uso en otras patologías como lumbalgia, ciática... donde existe más experiencia de uso sin claras mejorías (Figura 6: Evolución característica de la pseudohernia. H. Dobrev, P. Atanassova and V. Sirakov: Postherpetic abdominal-wall pseudohernia).

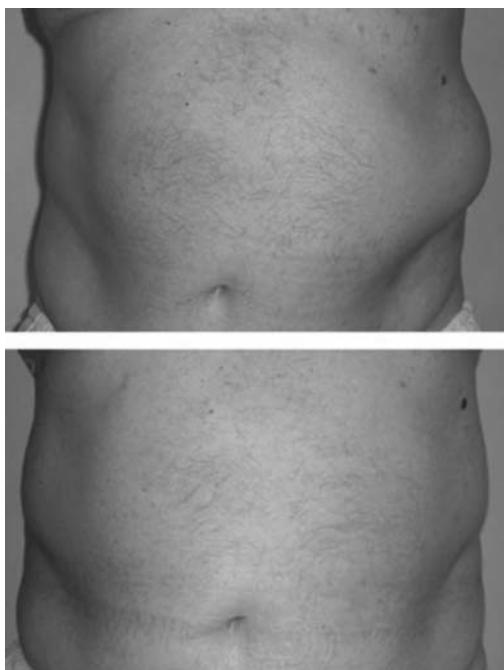


FIGURA 6

Evolución característica de la pseudohernia. H. Dobrev, P. Atanassova and V. Sirakov: Postherpetic abdominal-wall pseudohernia.

Los síntomas relacionados con la parálisis muscular pueden aparecer desde 2 a 6 semanas antes de la erupción cutánea, aunque es más frecuente que se desarrollen unas 2 semanas después. La recuperación completa o casi completa va de 2 a 18 meses³.

El mecanismo exacto de la parálisis muscular después de la infección por el herpes zoster está poco aclarado. Un estudio anatomopatológico^{3,4} demostró lesiones ganglionares combinadas con la degeneración de las raíces sensoriales y motoras además de una neuritis severa que explicarían los hallazgos electrofisiológicos característicos de la enfermedad.

La conclusión es que la pseudohernia postherpética es una rara complicación del herpes zoster, con un buen pronóstico² ya que la recuperación completa oscila entre el 55% y el 75%⁶. El reconocimiento de la misma es importante para el diagnóstico diferencial con hernias abdominales verdaderas que podrían llevar a procedimientos innecesarios¹⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fitzpatrick. 5ªed. Atlas en Color y Sinopsis de Dermatología Clínica. McGraw-Hill.
2. F. Burgos Ruiz, J. Sabrynsa. Protusao de parede abdominal secundária a herpes zoster. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2007;40(2): 234-5.
3. H. Dobrev, P. Atanassova and V. Sirakov. Postherpetic abdominal-wall pseudohernia. Clinical and Experimental Dermatology 2007;33: 677-8.
4. Mancuso, Geri and Michelassi. Abdominal Pseudohernia Caused by Herpes Zoster Truncal D12 Radiculoneuropathy. Arch Neurol. 2006;63: 1327.
5. Healy C, McGreal G, Lenihan B et al. Self-limiting abdominal wall herniation and constipation following herpes zoster infection. QJ Med 1988;91: 788-9.
6. Oliveira P, dos Santos Filho P, de Menezes Ettinger J, Oliveira I. Abdominal-wall postherpetic pseudohernia. Hernia 2006;10: 364-6.
7. McLoughlin R, Waldron R, Brady MP. Post-herpetic abdominal wall herniation. Postgrad Med J 1988;64: 832-3.
8. Hanakawa T, Hasimoto S, Kawamura J et al. Magnetic resonante imaging in a patient with segmental zoster paresis. Neurology 1997;2:631-632.
9. J. Molinero, E. Nagore et al. Metameric motor paresis following abdominal herpes zoster. Cutis 2002;69: 143-5.
10. Sumihiro Kawajiri, MD, Momo Tani et al. Segmental Zoster Paresis of Limbs. The Neurologist 2007;13: 313-7.
11. Ö. Yoleri, MD, N. Ölmez et al. Segmental Zoster Paresis of the Upper Extremity: A Case Report. Arch Phys Med Rehabil. 2005;86:1492-4.
12. A. Kesler, R. Galili-Mosberg, N. Gadoth. Acquired Neurogenic Abdominal Wall Weakness Simulating Abdominal Hernia. IMAJ 2002;4:262-264.
13. H. Erdem Tilki, N. Mutluer et al. Zoster Paresis. Electromyogr. clin. Neurophysiol. 2003;43: 231-4.
14. J. W. Grann, Jr, MD et al. Herpes Zoster. N Engl J Med 2002;347: 340-6.
15. Safadi BY. Postherpetic self-limited abdominal wall herniation. Am J Surg 2003;2:148.