

XV ✓

MEY
Tesis
A 664V
2002

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA

DERMATOLOGIA

VIROSIS EN PIEL

ALUMNA: ROSSANA ARBIETO SANDA
DOCENTE: DR. JORDAN

COCHABAMBA-BOLIVIA

#26

VIROSIS EN PIEL

Las virosis que afectan a la piel son producidas por varios de estos microorganismos, las enfermedades exantemáticas son viremias, que se manifiestan secundariamente en la piel, por lo que nos ocuparemos de las lesiones que se manifiestan inicialmente en ella. Estas virosis son las producidas por:

- Herpes virus (herpes simple I y II y varicela - zoster)
- Pox virus (molusco contagioso).
- Papovavirus (verrugas y condilomas acuminados).

HERPES SIMPLE Y ZOSTER

Las lesiones producidas por herpes simple tipo I, afectan, principalmente, mucosas y piel de cara, tronco y extremidades superiores; la primoinfección se lleva a cabo en los primeros años de vida, puede ser en los dedos (panadizo herpético) o en la mucosa oral, con un cuadro agudo severo, caracterizado por edema y eritema de encías, dolor intenso y formación de vesículas, acompañado de adenomegalias.

Los cuadros son repetitivos, ya que el virus queda alojado en algún ganglio de los nervios craneales o de las raíces dorsales raquídeas y la topografía donde se va a presentar es el sitio más cercano a ese ganglio; se necesita que exista una situación en la cual se encuentre alterado el equilibrio inmunológico del individuo, como sucede concomitantemente a cuadros febriles de origen diverso, exposición prolongada al sol, ingesta de medicamentos inmunosupresores o alguna otra enfermedad debilitante. Por ello la frecuencia de aparición de las lesiones va a depender del paciente y las condiciones que las propician, por lo que serán subintrantes, mensuales o una o dos veces por año.

El cuadro clínico es muy característico: eritema, edema y vesículas transparentes agrupadas, en una área de 2 ó 3 cms, que al romperse y liberar su exudado da lugar a la formación de costras serohemáticas, acompañadas de sensación de parestesia, dolor y ardor, dura de 3 a 5 días, es autolimitado y recidivante; puede dejar mancha residual.

Los labios, en el borde bermellón, es la topografía más frecuente, pero puede presentarse en cualquier sitio de la piel o mucosas.

El tratamiento ideal es con aciclovir a dosis de 200 mg c/5hrs/ 5días, en las primeras horas de evolución; el tratamiento se prolonga o se repite, dependiendo de la frecuencia de la dermatosis. También se puede usar como tratamiento sintomático. fomentos secantes y crema antiviral.

El eccema herpético o erupción variceliforme de Kaposi, es la erupción cutánea diseminada ocasionada por el herpes virus, se presenta en pacientes con dermatitis atópica o tratamiento inmunosupresor.

La infección por herpes virus tipo II o genital (HS II), es considerada una enfermedad de transmisión sexual.

En las mujeres el herpes simple genital se diagnostica como hallazgo a la exploración ginecológica, ya que puede pasar desapercibido.

El HS II se presenta también como vesículas agrupadas, que se erosionan temprana y fácilmente y sólo en este momento se considera contagioso; el factor desencadenante puede ser el trauma durante el coito.

Cuando la topografía es el pene, hay que hacer diagnóstico diferencial con eritema pigmentado fijo (producido por medicamentos) o dermatitis de contacto.

En pacientes que padecen síndrome de inmunodeficiencia adquirida, la lesión se puede localizar en región perianal, donde se ulcera fácilmente y tiende a crecer y persistir.

El tratamiento es aciclovir en dosis iguales al herpes simple tipo I y en los pacientes con SIDA se administran dosis mayores y por tiempo prolongado, constante o indefinido.

La enfermedad producida por el virus varicela-zoster, se presenta como primoinfección en niños con el cuadro característico en cara, tronco y extremidades, así como mucosas, constituido por pápulas, vesículas, pústulas y costras necróticas. Es autolimitada y generalmente sin complicaciones, por lo que el tratamiento es sintomático; excepto en jóvenes, adultos o inmunocomprometidos, en donde se debe administrar aciclovir.

En la fase virémica de la varicela los virus se diseminan en forma hematogena en la piel, difundiendo de manera centripeta a lo largo de los nervios periféricos, hasta los ganglios de las raíces dorsales, en donde permanece el virus en forma latente. Por lo que el herpes Zoster, es la segunda manifestación de la enfermedad producida por este virus, se presenta en la piel a través de una rama nerviosa, se afecta una o dos metámeras, con mayor frecuencia en cara, cuello, tronco ("cinturón de la reina") y extremidades, es clásicamente unilateral. Se acompaña de hipersensibilidad, hiperestesia y dolor intenso de la región, que precede a las lesiones dermatológicas hasta 4 días y puede confundirse con el dolor producido por infarto del miocardio, cólico renal o vesicular; posteriormente aparece el eritema, las vesículas dispuestas en forma lineal y secundariamente las costras, estas lesiones pueden ser muy severas y ocasionar cicatrices.

La enfermedad es autolimitada, dura de 2 a 4 semanas. Es importante el establecer el diagnóstico para administrar el tratamiento dentro de los primeros 5 días de evolución y evitar la neuralgia postherpética como secuela indeseable. El tratamiento es también a base de aciclovir a dosis de 400 mg. c/5 hrs. /7 días y corticoides sistémicos (como antiinflamatorios, para disminuir la neuritis), así como analgésicos potentes y en forma tópica polvos secantes.

La neuralgia postherpética, desgraciadamente es muy frecuente, se presenta en personas de edad avanzada, es incapacitante, requiere tratamiento prolongado y la mayoría de las veces no con el éxito deseado.

VARICELA

PRÓLOGO

El virus Varicela- Zoster (VVZ) tiene dos manifestaciones clínicas diferentes: la Varicela, considerada como una enfermedad leve de la infancia, y el Herpes- Zoster, que es la reactivación posterior, considerada como una enfermedad mas seria y propia de los adultos. El curso de la Varicela es generalmente benigno y sin complicaciones, pero tiene un impacto significativo en el niño enfermo y su familia, ya que es altamente contagiosa y le impide acudir a la escuela durante una o dos semanas. En el caso de los individuos

inmunodeprimidos, la Varicela puede tener serias repercusiones, y provoca incluso la muerte.

Las mujeres gestantes seronegativas (que no han tenido contacto con el virus de la varicela) conforman uno de los grupos más sensibles a la Varicela y deben extremar sus precauciones, pues si se contagian durante los primeros meses de embarazo el feto puede sufrir malformaciones. La Varicela adquirida in útero al poco tiempo del nacimiento también representa un riesgo muy serio, ya que pone en peligro la vida del neonato.

La mejor forma de proteger a la población en riesgo, y en especial a los grupos susceptibles, es la vacunación

PUNTOS CLAVE

□ En los últimos años se ha incrementado la cantidad de adultos jóvenes que padecen Varicela.

□ La Varicela es muy contagiosa; en comunidades pequeñas, la posibilidad de transmisión es superior al 90 %.

□ La Varicela es mucho más severa en los niños, adolescentes y adultos inmunodeprimidos. Estos individuos presentan complicaciones respiratorias y neurológicas que pueden ser fatales.

□ La Varicela adquirida en los primeros meses del embarazo puede causar malformaciones fetales.

□ El incremento más dramático de los casos de Varicela se ha registrado en las regiones tropicales y semi-tropicales, incluyendo los grupos de mayor edad.

El impacto económico de la Varicela es tanto a nivel social como familiar.

□ Actualmente existen tres clases de tratamiento para la Varicela: fármacos antivirales, inmunoglobulinas y tratamiento sintomático; sin embargo, todos tienen limitaciones importantes.

□ Debido a la inexistencia de un tratamiento efectivo, la mejor opción para proteger a la población en riesgo contra la Varicela es la vacunación.

□ vacuna contra la Varicela compuesta de virus vivos atenuados, la cual es efectiva y conveniente para el individuo y el médico.

□ El Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Estados Unidos recomienda una dosis de vacuna contra la Varicela como vacunación rutinaria en los niños susceptibles seronegativos entre los 12 meses y los 12 años de edad, que no han sido vacunados previamente y que carecen de una historia confiable de Varicela.

□ La edad ideal para la vacunación es durante el segundo año de vida, ya que confiere mayor seroconversión y larga protección.

□ La tasa de seroconversión después de aplicar una dosis de la vacuna en lactantes y niños sanos es superior al 98%; en los pacientes de alto riesgo es cercano al 80%.

□ La vacuna es muy bien tolerada y presenta bajos índices de Reacción en lactantes sanos, niños y adolescentes.

TRANSMISIÓN VIRAL

La Varicela es una de las enfermedades más contagiosas, especialmente durante las etapas tempranas de la erupción vesicular.

Diversos estudios señalan que la probabilidad de transmisión entre los niños que asisten a la misma escuela o entre los miembros de la familia es mayor al 90%.

El contagio viral puede ocurrir por transmisión directa o indirecta.

La transmisión directa de persona a persona ocurre de dos formas:

1. Por inhalación de gotitas de líquido vesicular transportadas por el aire.
2. Por inhalación de secreciones del tracto respiratorio, particularmente cuando el enfermo tose o estornuda. La transmisión aérea de la Varicela se ha demostrado claramente en los ambientes hospitalarios.

La transmisión indirecta ocurre cuando un individuo tiene contacto con artículos contaminados, con secreciones respiratorias o con el líquido vesicular.

La enfermedad se disemina durante los dos primeros días a partir de la aparición de las erupciones, aunque el contagio es posible hasta el quinto día. En fechas recientes se han recogido algunas evidencias que demuestran que la transmisión puede ocurrir incluso antes de la aparición de las erupciones. Por lo general, la enfermedad deja de ser contagiosa después del sexto día, cuando todas las lesiones se han encontrado

LA ENFERMEDAD

La Varicela es una enfermedad altamente contagiosa causada por el virus Varicela-Zoster; se caracteriza inicialmente por una erupción vesicular exantémica y pruriginosa, acompañada por fiebre leve y, en algunos casos, síntomas sistémicos.

La Varicela sigue un curso benigno en la mayoría de los niños; sin embargo, pueden presentarse algunas complicaciones, especialmente en los pacientes inmunodeprimidos, neonatos y adultos. La complicación más común entre los niños sanos es la superinfección bacteriana de la piel.

El curso clínico de la Varicela primaria tiene 4 etapas típicas:

1. Período de incubación (viremia primaria y secundaria).
2. Fase prodrómica.
3. Aparición de las erupciones.
4. Curación o costrificación de las erupciones.

PERÍODO DE INCUBACIÓN

La infección primaria por virus Varicela-Zoster ocasiona Varicela, que tiene un período de incubación de 14-16 días. En los pacientes inmunodeprimidos, el período de incubación puede ser más corto, mientras que en los receptores de inmunoglobulinas de Varicela-Zoster (GIVZ) se prolonga hasta 28 días.

PUERTA DE ENTRADA DEL VIRUS

El virus de la Varicela entra generalmente por el tracto respiratorio superior, aunque también puede hacerlo por la conjuntiva. Una vez en el organismo, la replicación viral se lleva a cabo en los ganglios linfáticos adyacentes al sitio de la inoculación primaria, durante un período de 4-6 días. Después de ese tiempo, el virus se disemina por las vías sanguínea y linfática, comenzando así la viremia primaria.

Después de su diseminación, el VVZ penetra las células del sistema retículo-endotelial y entra en otra etapa de replicación durante los días restantes del período de incubación. Aunque la respuesta inmune limita en un principio la replicación del virus, este logra superar la defensa del huésped en la mayoría de los casos.

La segunda viremia da inicio cuando el virus se libera en el torrente sanguíneo en grandes dosis.

FASE PRODRÓMICA

Los síntomas prodrómicos comienzan a manifestarse durante la segunda viremia, antes de la aparición de las erupciones, estos incluyen: fiebre (38° C – 39° C) con duración de 1-3 días, malestar general, anorexia, cefalea, irritación faríngea, tos y coriza.

APARIENCIA DE LAS ERUPCIONES

Durante la segunda viremia, el VVZ invade rápidamente los tejidos cutáneos, sale posteriormente de los capilares y penetra en la epidermis, dando lugar a la erupción vesicular propia de la enfermedad. La Fase contagiosa de la Varicela comienza 1 o 2 días antes de la aparición de las erupciones y continua hasta 5 o 6 días después del inicio de estas.

Las erupciones consisten inicialmente en máculas superficiales y puriginosas de tan solo unos milímetros de diámetro, mismas que evolucionan en pápulas posteriormente en vesículas transparentes; estas vesículas contienen un líquido traslucido que se opaca después de 24 horas por la invasión de leucocitos Polimorfonucleares y macrófagos. Durante este periodo las vesículas se rompen fácilmente y comienzan a formarse las costras.

El tiempo de evolución de las lesiones desde pápula hasta costra varia entre 8 y 12 horas. Por lo general, las costras se desprenden una semana después del inicio del exantema y dejan un área rosada, deprimida y temporalmente despigmentada, seguida por la regeneración de las células epiteliales.

El exantema se desarrolla en un periodo de 3 a 6 días; aparece inicialmente en el cuero cabelludo y se disemina rápidamente hacia el tronco y las extremidades a través de brotes sucesivos, que reflejan probablemente una viremia de tipo cíclico.

La mayoría de los niños inmunocompetentes con Varicela desarrollan entre 250 y 500 lesiones dérmicas.

COMPLICACIONES

Las complicaciones de la Varicela se deben al incremento de la diseminación viral y a la capacidad del sistema inmunológico para limitar su replicación.

La Varicela es asintomática en el 5% de los niños; sin embargo, algunos pacientes, en especial los inmunodeprimidos, pueden experimentar una Varicela más severa y progresiva, como ocurre en aproximadamente el 50% de los niños con leucemia que contraen la enfermedad.

La complicación más frecuente en los niños sanos es la infección bacteriana estafilocócica o estreptocócica de las lesiones vesiculares; sin embargo, las complicaciones también pueden presentarse en otros sistemas orgánicos como la piel, el sistema nervioso central o

el sistema respiratorio. Es importante hacer mención que la comunicación transplacentaria de la Varicela conlleva a un riesgo muy alto para el niño que esta por nacer.

SEVERIDAD EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS

La mayoría de los niños inmunocompetentes con Varicela desarrollan entre 250 y 500 lesiones dérmicas, así como fiebre persistente hasta el sexto día después de la aparición del exantema. Por otro lado, se ha observado que los sujetos contagiados dentro de la familia presentan una infección más severa, posiblemente porque han estado expuestos al virus infectante por mas tiempo.

La Varicela es mucho más grave en los adolescentes y adultos que en los niños; la fiebre es mas alta y prolongada, los síntomas más severos y el eritema más profuso. En lo que concierne a las complicaciones, también ocurren con mayor regularidad, como es el caso de la neumonía, presente en el 14% de los pacientes adultos. La mortalidad ocasionada por la Varicela y sus complicaciones es mas alta en los niños menores de un año y en los adultos mayores

de 20 años.

HERPES ZOSTER

Durante la Varicela, las partículas virales infectan los ganglios nerviosos sensoriales (especialmente los más cercanos a las regiones de la piel con mayor numero de vesículas). Esta asociación virus-ganglion (o DNA) es de por vida, pero la infección permanece en estado de latencia; de hecho, puede mantenerse así durante años, debido a que la reactivación subclínica del virus es rápidamente controlada por el sistema inmune del huésped. Sin embargo, si la respuesta inmune declina - como resultado de la edad, por ejemplo- el virus puede replicarse y migrar a la piel (vía nervio sensorial), causando las lesiones típicas de Herpes Zoster.

TRATAMIENTOS DE LA VARICELA

Actualmente existen tres clases de tratamiento para la Varicela, utilizados principalmente en individuos inmunodeprimidos:

- 1.-Medicamentos antivirales.
- 2.-Inmunoglobulinas
- 3.-Tratamiento sintomático.

MEDICAMENTOS ANTIVIRALES

INTERFERÓN ALFA

Este medicamento no se utiliza con frecuencia, pero se ha comprobado que reduce la infectividad de la Varicela e incrementa la respuesta inmune del huésped. En los niños con cáncer, aunque no previene la formación de nuevas vesículas, reduce el índice de complicaciones.

Los efectos adversos más comunes del Interferon Alfa incluyen fiebre y toxicidad tanto neurológica como hematológica, por consiguiente es poco tolerado; además, su administración es por vía parenteral.