

# Varicela en un hombre de 33 años

María Carolina Rojas-Saavedra<sup>1</sup>, Gerzain Rodríguez-Toro<sup>1,2,\*</sup>

## Resumen

Presentamos el caso de un hombre campesino de 33 años de edad, inmunocompetente, quien presentó cuadro clínico agudo con máculas, pápulas y vesículas simultáneas, generalizadas, de 10 días de evolución, con fiebre y conjuntivitis. Se sospechó varicela, la cual se confirmó con frotis directo y biopsia de piel con inmunohistoquímica. El paciente mejoró y curó sin complicaciones y sin tratamiento antiviral. Es un caso interesante al tratarse de un hombre adulto, sin inmunosupresión ni enfermedad de base predisponente, con manifestaciones floridas e importante compromiso cutáneo, con evolución satisfactoria. Revisamos aspectos generales de la varicela, de su incidencia en Colombia y de los programas de vacunación.

**Palabras Clave:** Varicela, Herpes zóster, Vacuna Varicela

## Varicella in one man of 33 years

### Abstract

We describe a case of varicella in one immunocompetent man of 33 years, who consulted by cutaneous lesions consistent in maculopapular and vesicles generalized after 10 days of evolution, accompanied by fever and conjunctivitis. Diagnosis of varicella was confirmed by direct stain and biopsy with immunohistochemistry analysis. The patient improved without antiviral treatment and no complications. We consider this case of interest because its unusual presentation in one man without immunodeficiency nor subjacent disease. We reviewed the situation of varicella in Colombia and of the vaccination programs.

**Key words:**

## Introducción

Con la introducción de la vacuna y el tratamiento antiviral se ha disminuido significativamente la incidencia de infecciones producidas por el virus Varicela-Zóster<sup>1</sup>. No obstante, todavía numerosas personas sufren la enfermedad: en Colombia se reportaron 76347 casos nuevos en 2018 y en el mundo la frecuencia varía según la región geográfica, entre 2.0 y 4.6 por 1000 personas al año<sup>2</sup>. La varicela o primoinfección por el virus Varicela-Zóster (VVZ) afecta a los niños en el 95% de los casos<sup>2</sup>. Poco menos del 5% ocurre en adultos, usualmente inmunocomprometidos o con leucemia, y constituye una frecuente causa de morbimortalidad sobretodo por las complicaciones graves que esta confiere, tales como encefalitis, neumonías virales, septicemias, alteraciones hepáticas, renales y hemorrágicas<sup>3-4</sup>. Las tasas de morbilidad y mortalidad en los adultos son 10-20 veces más frecuentes que en los niños sanos<sup>5</sup>. Por lo anterior un diagnóstico y tratamiento oportuno permitirán disminuir la progresión de la enfermedad y por

ende de desenlaces no deseados. El objetivo de este trabajo es presentar un paciente adulto con varicela diseminada, que curó espontáneamente de su enfermedad, sin complicaciones asociadas.

## Caso clínico

Hombre de 33 años, campesino y agricultor. Hace 10 días comenzó a presentar fiebre, malestar general, cefalea, astenia y anorexia. Hace 7 días le apareció un brote pruriginoso con lesiones numerosas y sucesivas que comenzaron en la frente, se extendieron a la cara, al tronco y en menor número a los brazos y piernas. Comenzaron como pequeñas máculas eritematosas que luego formaron vesículas, las cuales, en 3-4 días, se convirtieron en pápulas costrosas, con depresión central (Figura 1). Tenía eritema conjuntival y pápulas en los labios y la mucosa oral. Se sospechó varicela y, secundariamente, erupción variceliforme de Kaposi y toxidermia. Un frotis de una lesión se tiñó con azul de toluidina, que

1 Facultad de Medicina Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

2 Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Bogotá.

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: josert@unisabana.edu.co

Recibido: 14/03/2021; Aceptado: 24/05/2021

Cómo citar este artículo: M.C. Rojas-Saavedra, et al. Varicela en un hombre de 33 años. Infectio 2022; 26(1): 87-90



**Figura 1.** Numerosas vesículas y pápulas eritematosas, costrosas, con depresión central (Flecha).

demonstró células gigantes multinucleadas con inclusiones intranucleares (Figura 2). La biopsia de piel reveló vesículas intraepidérmicas acantolíticas con células epiteliales multinucleadas, sin nucleolos y con grandes inclusiones virales (Figura 3), positivas por inmunohistoquímica (IHQ) para virus VVZ. (Figura 3D).

Se confirmó el diagnóstico de varicela. El paciente no ingería corticoides ni medicamentos y no recordaba que vacunas había recibido. No tenía antecedentes de enfermedades importantes. No había tenido contacto con pacientes diagnosticados con varicela ni con lesiones similares. Sus familiares estaban en buen estado general. No había niños en su entorno familiar. Viajaba ocasionalmente al pueblo vecino por labores comerciales. No se sospechó ni se demostró inmunosupresión ni leucemia, por laboratorios (HIV negativo, cuadro hemático con discreta leucopenia). Recibió tratamiento sintomático. No tuvo complicaciones respiratorias, hemorrágicas o sepsis. No recibió tratamiento antiviral ni antibióticos porque no tenía seguro de salud ni manera de comprarlo. No se hospitalizó, se controló semanalmente de manera ambulatoria, por interés médico particular. Dos meses después de esta consulta estaba en buen estado general.

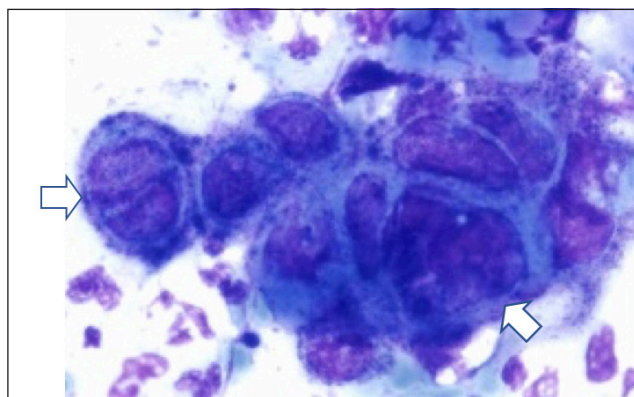
## Discusión

La varicela es una enfermedad viral de distribución mundial, que afecta con mayor frecuencia a los niños de 2-8 años de edad. Un 5 % de casos ocurre en adultos, pacientes en los cuales puede ser muy grave, por originar complicaciones que pueden ser letales, como bronconeumonía y encefalitis viral, hemorragias (epistaxis, hemoptisis y melenas), y sepsis<sup>3,5</sup>, ninguna de las cuales ocurrió en nuestro paciente, que por motivos económicos e institucionales solo pudo ser atendido ambulatoriamente. En los adultos con varicela se debe sospechar inmunosupresión, ingestión de corticoides y leucemia, entre otras posibilidades desencadenantes<sup>3,5</sup>. El origen campesino del paciente es un factor de riesgo para padecer varicela, pues estas personas no reciben vacunas a tiempo y

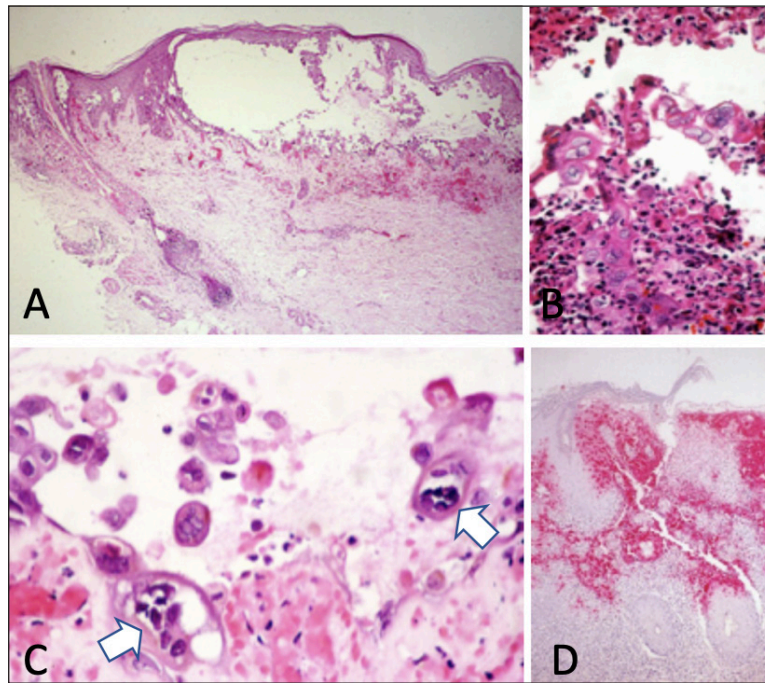
en el campo la enfermedad se disemina menos; en un estudio, el 31 % de campesinos no había tenido contacto con el virus, mientras que este porcentaje en la población urbana era solo del 3 %<sup>6</sup>. Adultos con varicela se han presentado en nuestro país en presidiarios, batallones militares y poblaciones indígenas rurales<sup>7</sup>. Hemos visto casos en estudiantes de medicina que inician sus rotaciones hospitalarias. En este paciente no se demostró una fuente de contagio, que pudo estar en sus visitas a la población vecina.

En Colombia se registraron 1.119.802 casos de varicela entre 2007-2020, el mayor número de ellos notificados en 2011 con 121.295, seguido en 2015 con 111.033 casos<sup>2</sup>. La vacuna se introdujo en Colombia el 1 de julio de 2015, para niños que hubieran cumplido un año de edad y en 2019 se había disminuido la enfermedad en un 49 %, lo cual se reforzó con la recomendación del MSP de inyectar una dosis de refuerzo a los 5 años de edad<sup>7</sup>.

El VVZ se adquiere por la inhalación de secreciones respiratorias o contacto con lesiones vesiculares cutáneas, infecta inicialmente la conjuntiva y la mucosa del tracto respiratorio superior e inicia el primer ciclo de replicación en los ganglios



**Figura 2.** Frotis de una lesión teñido con azul de toluidina. Se observan células gigantes multinucleadas con inclusión intranuclear (Flechas). 100X.



**Figura 3.** A. Vesícula intraepidérmica e inflamación dérmica superficial. El folículo piloso a la izquierda está comprometido por la lesión. HE. 4X. B y C. Queratinocitos acantolíticos, uni y multinucleados, sin nucleolo, con cromatina periférica y aspecto homogéneo central, que corresponde a la inclusión viral (Flechas). HE. B.16X. C. 40X. D. IHQ. La reacción positiva para VVZ se tiñe de rojo, en la epidermis y en los anexos pilosos.16X.

linfáticos durante 2-4 días. Luego hace un segundo ciclo replicativo en el hígado y el bazo y, finalmente, con la segunda viremia, el germen invade células epidérmicas. Su periodo de incubación es de 14-16 días. La enfermedad es muy contagiosa, pues hasta el 90 % de los contactos de un enfermo adquieren el virus<sup>9</sup>. Este contagio se presenta desde 4 días antes de aparición del brote hasta 5 días después; las vesículas son más contagiosas que las pápulas costrosas, involutivas<sup>9</sup>.

Los prodromos incluyen cefalea, náuseas, mialgias, anorexia y vómito con posterior aparición de maculas eritematosas, pruriginosas en la cara y el tronco, que se distribuyen de forma cefalocaudal y que progresan rápidamente a pápulas, vesículas, pústulas y costras. Es muy característico de la varicela la presencia de lesiones en todas las fases de desarrollo (figura 1).

Es un diagnóstico clínico que puede confirmarse con el test de Tzanck y con biopsia. El primero se realiza raspando la base de una lesión temprana, que se extiende en una lámina, se fija con alcohol y se tiñe con azul de toluidina o con Giemsa. Se demuestran células gigantes multinucleadas y células epiteliales con inclusiones intranucleares virales (Figura 2). Es un hallazgo común a todas las vesículas cutáneas producidas por Herpesvirus.

La biopsia, por su parte, demuestra una vesícula intraepidérmica acantolítica con queratocitos bi y multinucleados con cromatina periférica, sin nucleolos y con centro nuclear

ocupado por una masa homogénea que representa la proliferación viral (Figura 3). También es una imagen de todas las vesículas herpéticas, pero la identificación viral precisa se hace con la IHQ, específica para cada grupo viral herpético<sup>8</sup>.

La varicela se cura por la respuesta inmune del huésped o por tratamiento antiviral, el cual debe ser ajustado según condiciones específicas de cada paciente y si hay o no falla renal o hepática concomitantes. Para los niños se ha aceptado el tratamiento sintomático únicamente aunque en casos severos se utilizan agentes antivirales como el Aciclovir, a la dosis de 20 mg/kg, oral, 4 veces al día, por 5 días, o Valaciclovir vía oral, 20 mg/kg cada 8 horas por 5 días. En el adulto o adolescente con peso mayor de 40 kg el fármaco antiviral de elección también es el Aciclovir a la dosis de 800 mg, por vía oral, 5 veces al día, por 7 días, teniendo como alternativas el Valaciclovir y Famciclovir. Si se trata de un paciente con compromiso leve o con inmunosupresión leve, el régimen de tratamiento es el mismo que el del adulto inmunocompetente, extendiéndolo hasta 10 días. Pero si se trata de compromiso severo o de inmunosupresión severa, es necesario hospitalizar al paciente y manejarlo con terapia endovenosa: Aciclovir 10 mg/kg IV cada 8 horas durante 7-10 días. Durante el embarazo no se recomienda el uso rutinario de antivirales<sup>9</sup>.

Una vez tratado, el virus persiste en los ganglios nerviosos sensitivos y con los años puede reactivarse bajo la forma de una lesión segmentaria, importante, dolorosa y eventual-

mente grave, que es el herpes zóster<sup>10</sup>. Para prevenirlo se dispone de una vacuna intramuscular, recombinante, sin virus vivos, (Shingrix<sup>®</sup>), recomendada para mayores de 50 años, en 2 dosis, separadas entre sí por 2-6 meses, que protegen al 88-97 % de los vacunados durante 4 años<sup>10</sup>. La vacuna para varicela, un virus vivo atenuado, reduce el riesgo de herpes zóster en un 80 %, pero los vacunados lo pueden presentar por reactivación del virus vacunal en el área del cuello<sup>10</sup>.

Un estudio experimental localiza el virus del herpes en su infección latente en el ganglio sensitivo, y con enzimas codificadas en un Adenovirus localizador, lo destruye. Es un hallazgo experimental con eventuales usos en humanos<sup>11</sup>.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) colombiano incluye desde julio de 2015 la vacuna gratuita para varicela, "Varivax", de virus vivo atenuado, que se aplica a los 12 meses de edad, con refuerzo a los 5 años. Se administra por inyección subcutánea deltoidea. Su eficacia es mayor del 95 %<sup>1</sup>. El PAI constituye una de las estrategias más costo efectivas de la salud pública colombiana.

En conclusión, ilustramos un hombre de 33 años con varicela florida, generalizada, con fiebre alta y síntomas de malestar general, pero sin complicaciones graves. Revisamos algunos aspectos del diagnóstico de esta entidad, que desde julio de 2015 se previene en Colombia con una vacuna gratuita que ha disminuido su frecuencia en cerca de la mitad de los casos, que sin embargo es alta, con más de 50 000 casos anuales.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos que permitan identificar al paciente

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos que permitan identificar al paciente.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** El consentimiento informado reposa en poder de los autores.

**Conflictos de interés.** Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en la publicación del presente caso.

**Fuente de financiamiento.** En el artículo no se requirió financiamiento por alguna institución o persona natural ajena. Los gastos asociados a recolección de datos y disposición de personal fueron cubiertos por los autores.

## Referencias

- García D. Lineamientos técnicos y operativos para la aplicación del refuerzo de la vacuna contra la varicela, en el Esquema de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI. Ministerio de Salud, Colombia, Junio 2019.
- BES. Boletín epidemiológico semanal. Instituto Nacional De Salud. Semana epidemiológica 07. 09-15 de febrero 2020. Varicela.
- Farhan K, Abdulsalam K. Complications of chickenpox in immunocompetent adults. *Jordan Med J* 2003; 37: 167-71.
- Ali, H. Abdulla, M. Chickenpox presentation and complications in adults. *J Pak Med Ass.* Dic 2009; 59(12):828-31. PMID: 20201174
- Camargo, JP. Infección por varicela con compromiso multisistémico en adulto previamente sano. *Acta Med Colomb.* Jun 2016; Vol. 41 N°2.
- Raza N, Tarik WJ, Saidi SK. Onset of adult varicella in relation to rural or urban origin and its complications. *J. Coll Phys Surg Pak* 2008; 57: 95-7. PMID: 18454894
- BES. Boletín epidemiológico semanal. Instituto Nacional De Salud. Semana epidemiológica 9-15 de junio. 2019. Varicela.
- Molina-Ruiz AM, Santonja C, Rütten A, Cerroni L, Kutzner, H, & Requena L. Immunohistochemistry in the Diagnosis of Cutaneous Viral Infections—Part I. Cutaneous Viral Infections by Herpesviruses and Papillomaviruses. *Am J. Dermatopathol*, 2015; 37(1): 1–14. doi: 10.1097/DAD.0000000000000203.
- Kang, S. Amagai, M. *Varicella and Herpes Zoster.* McGraw Hill Education. *Fitzpatrick's dermatology.* Novena edición. Vol 1. Cap 165. Pag 3035. New York, 2019.
- Rosamilia, L. L. (2019). Herpes Zoster Presentation, Management, and Prevention: A Modern Case-Based Review. *Am J Clin Dermatol.* doi:10.1007/s40257-019-00483-1.
- Aubert, M., Strongin, D.E., Roychoudhury, P. et al. Gene editing and elimination of latent herpes simplex virus in vivo. *Nat Commun* 11, 4148 (2020). doi: 10.1038/s41467-020-17936-5.