

El incremento de la obesidad en la sociedad occidental hace que la cirugía bariátrica vaya en aumento. La conclusión del presente caso es que los pacientes sometidos a este tipo de intervención precisan un seguimiento cercano por parte de un equipo multidisciplinar, conocedor de los riesgos y complicaciones nutricionales, así como de las estrategias terapéuticas adecuadas que el paciente deberá cumplir de por vida.

## Bibliografía

1. Panetta C, Polino G, Muscardin L, Donati M, Danati P. Biliopancreatic diversion: When a cure becomes a disease. *Am J Dermatopathol.* 2014;36:258–9.
2. Zalesin KC, Miller WM, Franklin B, Mudugal D, Rao Buragadda A, Nori-Janosz K, et al. Vitamin A deficiency after gastric bypass surgery: An underreported postoperative complication. *J Obes.* 2011;2011, pii: 760695. doi: 10.1155/2011/760695.
3. Ocón Bretón J, Cabrejas Gómez M, Altemir Trallero J. Frinoderma secundario a déficit de vitamina A en un paciente con derivación biliopancreática. *Nutr Hosp.* 2011;26:421–4.
4. Weijmer MC, Neering H, Welten C. Preliminary report: Furunculosis and hypoferraemia. *Lancet.* 1990;336:464–6.
5. Gómez-Diez E, Mas Vidal A, Soler T, Vázquez-López F, Pérez Oliva N. Vitamin A deficiency and bowel-associated dermatosis-arthritis syndrome secondary to biliopancreatic diversion for obesity. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:900–2.
6. Cunha SF, Gonçalves GA, Marchini JS, Roselino AM. Acrodermatitis due to zinc deficiency after combined vertical gastroplasty with jejunoileal bypass: Case report. *Sao Paulo Med J.* 2012;130:330–5.

L. Abad<sup>a,\*</sup>, T. Omiste<sup>b</sup>, J. Vera<sup>c</sup> e Y. Gilaberte<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Hospital San Jorge, Huesca, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital San Jorge, Huesca, España

<sup>c</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital San Jorge, Huesca, España

<sup>d</sup> Servicio de Dermatología, Hospital San Jorge, Huesca, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [laura.abad.polo@gmail.com](mailto:laura.abad.polo@gmail.com) (L. Abad).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.08.009>

## Herpes zóster en niños vacunados contra el virus varicela zóster: experiencia en nuestro hospital



### Herpes Zoster in Children Vaccinated Against Varicella-Zoster Virus: Experience in our Hospital

Con la instauración de la vacuna contra el virus de la varicela-zóster (VVZ) se esperaba la ausencia de herpes zóster (HZ) en niños vacunados, pero tras varios años de experiencia hemos continuando atendiendo casos de HZ en niños. Presentamos 8 casos recogidos entre 2010 y 2013 en las guardias de dermatología. En el periodo señalado el área poblacional del Hospital Universitario Fundación Alcorcón era de 247.000 habitantes. En la [tabla 1](#) y la [figura 1](#) apare-

cen reflejadas las características clínico-epidemiológicas de los pacientes. Se observó una ligera predominancia del sexo masculino, siendo la relación varón/mujer de 6/2. Las edades estaban comprendidas entre los 18 meses y los 5 años, siendo la media de 3,5 años. Todos los pacientes habían sido vacunados con una única dosis entre los 15 y los 17 meses de edad. Desarrollaron el HZ tras una media de 2,2 años tras la vacunación, el caso más precoz tan solo tras 3 meses. En 2 de los casos se realizó PCR para el VVZ, positivo en ambos, no estando disponible en nuestro hospital la diferenciación entre cepa vacunal y salvaje. Los dermatomas más frecuentemente afectados fueron los de los miembros inferiores. El tratamiento varió en función del tiempo de evolución de las lesiones, su extensión y las molestias subjetivas de los pacientes; así, en 5 de los 8 casos fue necesario el inicio de tratamiento con aciclovir por vía oral y en el resto se establecieron cuidados tópicos con fomentos astringentes y pomadas antibióticas. Ningún paciente tenía factores de riesgo de inmunosupre-

**Tabla 1** Características clínico-epidemiológicas de los pacientes

Caso	Sexo	DA/asma	ID	HG	Vacunación	→→	Edad	Localización	PCR	2.º ep.	Tratamiento
1	Niña	DA	No	-	16 m	43 m	59 m	Muslo	No	No	Tópico
2	Niño	No	No	Normal	15 m	7 m	22 m	Muslo	+	No	Aciclovir vo
3	Niño	No	No	Normal	15 m	56 m	71 m	Tórax	No	No	Aciclovir vo
4	Niño	No	No	Normal	15 m	29 m	44 m	Cara	+	No	Aciclovir vo
5	Niño	No	No	-	17 m	20 m	37 m	Tobillo	No	No	Aciclovir vo
6	Niña	DA	No	Normal	15 m	14 m	29 m	Muslo	No	No	Tópico
7	Niño	DA	No	Normal	15 m	3 m	18 m	Muslo	No	No	Aciclovir vo
8	Niño	No	No	Normal	15 m	48 m	63 m	Brazo	No	No	Tópico

DA: dermatitis atópica; ep.: episodio; HG: hemograma; ID: inmunodepresión; →→: tiempo transcurrido desde el momento de la vacunación hasta el desarrollo del herpes zóster.



**Figura 1** Características clínicas de las lesiones de herpes zóster presentadas por 4 de nuestros pacientes.

sión ni comorbilidades asociadas. Únicamente destacaban 3 casos con dermatitis atópica, aunque ninguno había precisado tratamiento esteroideo oral en el último año. Seis de los 8 casos contaban con una analítica en el último mes que no mostraba alteraciones. Por último, la evolución de los pacientes fue favorable con el tratamiento pautado y en el seguimiento posterior no se registró ninguna complicación tipo neuralgia posherpética o cicatrices, ni ningún caso de recurrencia.

La vacuna contra el VVZ es de virus vivos atenuados, derivados de la cepa Oka del VVZ. Su uso en niños menores de 12 años se aprobó en el año 2003 (Varivax®). A pesar de que la Asociación Española de Pediatría en sus últimas recomendaciones aconseja la administración de 2 dosis (una primera a los 12-15 meses y una segunda a los 2-3 años), únicamente 3 comunidades autónomas se ciñen a esta pauta (Ceuta, Melilla y Navarra), siendo la tónica general la administración de una única dosis a los 11-12 años. Durante 2010 y 2013 en la Comunidad de Madrid se administraba una sola dosis a los 15 meses y se recomendaba la vacunación de niños con 11 años que no hubiesen sido vacunados previamente y que fuesen seronegativos. Recientemente estas recomendaciones han cambiado, y desde el pasado 1 de enero de 2014 ha pasado a administrarse únicamente a los 12 años en aquellos niños sin previa vacunación y que no han pasado la enfermedad.

Con la instauración de la vacuna contra el VVZ se esperaba una ausencia total de HZ en niños vacunados, pero tras varios años de experiencia se han ido registrando casos de HZ en niños vacunados y sanos. En algunos de ellos se ha realizado PCR, que ha resultado positiva para la cepa Oka<sup>1-4</sup>. Esta cepa podría reactivarse en forma de zóster diseminado (si los títulos de anticuerpos son bajos, pudiéndose confundir con formas de infección por cepa salvaje) o en forma de zóster metamérico<sup>3</sup>. Esta última entidad podría estar probablemente infradiagnosticada debido a la creencia de que la cepa vacunal no tiene capacidad de reactivarse, a la rareza de los HZ en los niños y a que los casos de HZ posvacunales son más leves, por

lo que podrían consultar con menor frecuencia<sup>3</sup>. Se ha observado también que las reactivaciones podrían ser más frecuentes si los títulos de Ac anti-VVZ son bajos<sup>3</sup> y si tras la vacunación se dio algún tipo de exantema, ya que se postula que son las lesiones cutáneas las que posibilitarían el paso del VVZ a los nervios, estableciendo así la infección latente<sup>2,5</sup>. Las diferencias principales entre los HZ posvacunales frente a los HZ tras primoinfección son que las lesiones suelen ser menos dolorosas, más pequeñas, con menor frecuencia de vesículas y predominio de dermatomas lumbosacros frente a los torácicos, ya que esta es la localización más frecuente de administración de la vacuna<sup>6</sup>.

Como conclusión, presentamos 8 casos menores de 5 años sanos y vacunados de VVZ. Aunque se han confirmado casos de reactivaciones de VVZ cepa Oka, estudios recientes no han observado un aumento de la incidencia de HZ en niños vacunados<sup>7</sup>. No obstante, no se dispone de estudios epidemiológicos que evalúen la verdadera incidencia de HZ en niños tras la introducción de la vacunación sistemática en nuestro medio. La caracterización molecular del virus podría ayudar a obtener más información de la incidencia de HZ tras vacunación frente a VVZ.

## Bibliografía

1. Liang MG, Heidelberg KA, Jacobson RM, McEvoy MT. Herpes zoster after varicella immunization. *J Am Acad Dermatol.* 1998;38:761-3.
2. Uebe B, Sauerbrei A, Burdach S, Horneff G. Herpes zoster by reactivated vaccine varicella zoster virus in a healthy child. *Eur J Pediatr.* 2002;161:442-4.
3. Krause PR, Klinman DM. Varicella vaccination: Evidence for frequent reactivation of the vaccine strain in healthy children. *Nat Med.* 2000;6:451-4.
4. Fahlbush M, Wesselmann U, Lehmann P. Herpes zoster after varicella-zoster vaccination. *Hautarzt.* 2013;64:107-9.
5. Sharrar R, LaRussa P, Galea SA, Steinberg SP, Sweet AR, Keatley RM, et al. The postmarketing safety profile of varicella vaccine. *Vaccine.* 2000;19:916-23.

6. Civen R, Chaves SS, Jumaan A, Wu H, Mascola L, Gargiullo P, et al. The incidence and clinical characteristics of HZ among children and adolescents after implementation of varicella vaccination. *Pediatr Infect Dis J.* 2009;28:954–9.
7. Baxter R, Ray P, Tran TN, Black S, Shinefield HR, Coplan PM, et al. Long-term effectiveness of varicella vaccine: A 14-year, prospective cohort study. *Pediatrics.* 2013;131:e1389–96.

D. Caro-Gutiérrez<sup>a,\*</sup>, J.L. López-Estebanz<sup>a</sup>,  
E. Naz-Villalba<sup>a</sup> y L. Ayala-Bernaldo de Quiros<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [carogutierrezd@gmail.com](mailto:carogutierrezd@gmail.com),  
[mdcaro@fhalcorcon.es](mailto:mdcaro@fhalcorcon.es) (D. Caro-Gutiérrez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.07.007>

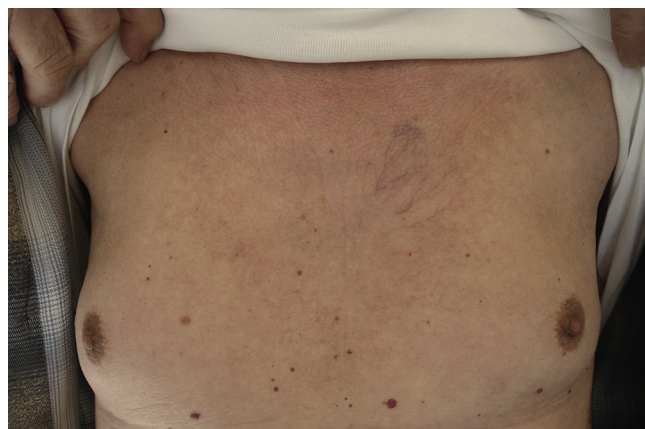
## Telangiectasias verticalizadas y prurito en el tórax en un paciente con síndrome de cava superior inicial secundario a un timoma maligno



### Vertically Orientated Telangiectasias and Pruritus on the Thorax of a Patient With Early Superior Vena Cava Syndrome Secondary to a Malignant Thymoma

El timoma representa el tumor primario de mediastino anterior más frecuente. Los síntomas son secundarios a la compresión del tumor o a diversos síndromes paraneoplásicos. El 50% de los pacientes, sin embargo, se encuentran asintomáticos en el momento del diagnóstico<sup>1</sup>. Se describe el caso de un paciente que presentó prurito y telangiectasias en el torso como signo inicial de un timoma maligno.

Un varón de 78 años acudió a la consulta por aparición progresiva de telangiectasias desde hacía 3 meses localizadas en la piel de la cara anterior del tórax. Refería que previamente había presentado en la zona una erupción cutánea que ya se había resuelto en el momento de la consulta. El paciente se quejaba de un intenso prurito y malestar que incluso dificultaba el descanso nocturno.



**Figura 1** Telangiectasias localizadas en el hemitórax izquierdo. La exploración no mostró otras alteraciones. La erupción referida por el paciente había remitido en el momento del diagnóstico.

El paciente no se quejaba de dolor torácico ni tenía dificultades respiratorias. Entre sus antecedentes médicos destacaba una neoplasia de vejiga en remisión. Una radiografía de tórax y una ecografía abdominal realizadas 2 años antes no mostraron alteraciones. A la exploración física mostró unas telangiectasias de distribución vertical más prominentes en el hemitórax izquierdo, sin otras alteraciones ni otros vasos dilatados de mayor calibre (figs. 1 y 2). La palpación no mostró masas ni adenopatías. Tampoco la exploración de la cara y el cuello mostró hallazgos reseñables. Dada la intensa sintomatología referida por el paciente se solicitó una TAC cervical y torácica para descartar una lesión subyacente. La TAC mostró una masa retroesternal de 5 × 2,5 cm con adenopatías perilesionales y pericárdicas y compresión de la vena cava superior (fig. 3). El diagnóstico diferencial incluyó teratoma, linfoma y timoma. El paciente no refería pérdida de peso ni sudoración nocturna, y su estado general era normal. La citología obtenida mediante punción-aspiración con aguja fina fue compatible con timoma. El paciente fue evaluado quirúrgicamente por los cirujanos torácicos y el tumor fue considerado inoperable. El diagnóstico final fue de un timoma esclerosante maligno. Los estudios de extensión descartaron enfermedad metastásica y tampoco mostró sintomatología de síndromes paraneoplásicos, como la miastenia gravis. El paciente inició tratamiento combinado con adriamicina y radioterapia con una regresión parcial



**Figura 2** Telangiectasias verticalizadas en la piel de la cara anterior del tórax (detalle). La exploración no mostró vasos dilatados de mayor calibre.