

INFECCIÓN POR VIRUS HERPES SIMPLE EN UN PACIENTE CON QUEMADURAS EXTENSAS

Poveda J.* , Achío M.* , Boza R. ** Rodríguez L. ***

RESUMEN

Las infecciones son complicaciones muy frecuentes en pacientes con quemaduras extensas. Diversas bacterias y algunos hongos han sido demostrados en estos pacientes como agentes etiológicos de dichos procesos. Los virus raramente han sido encontrados como agentes oportunistas, no obstante el Herpes Simple ha sido observado produciendo cuadros sistémicos o localizados muy severos. En el presente trabajo se presenta y discute un paciente con quemaduras extensas en quien se demostró una infección por virus Herpes Simple en a zona de quemadura parcialmente cicatrizada cuyo manejo clínico y terapéutico fue difícil. (*Rev. Cost., Cienc. Méd. 1995; 16-3: 99 -104*)

Palabras clave: Quemaduras, Infecciones Oportunistas, Herpes Simple.

Key Words: Burns, Opportunistic Infections, Herpes Simplex

INTRODUCCION

A pesar de los adelantos obtenidos en los últimos años en el manejo de los pacientes quemados, las infecciones

continúan siendo las complicaciones más frecuentes y temidas (1). Estas generalmente son de etiología bacteriana, principalmente por gérmenes intrahospitalarios altamente virulentos como *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, así como diversas enterobacterias. Ciertos hongos del género *Cándida* han sido demostrados en algunos de estos pacientes, produciendo severas fungemias (2).

Los virus raramente se han demostrado en estos pacientes, provocando complicaciones importantes; no obstante los de la familia Herpes-viridae han sido los mas frecuentemente involucrados y de estos, el Herpes Simple el más comúnmente encontrado (3).

Según nuestro conocimiento, hasta el momento se han notificado aproximadamente 25 pacientes en la literatura mundial, con quemaduras extensas sobreinfectadas por el virus Herpes Simple (3-5).

El objetivo de este trabajo, es presentar y discutir un paciente con quemaduras extensas e infección por Herpes Simple, con el fin de llamar la atención sobre la dificultad de manejar este tipo de infecciones.

Paciente masculino de 32 años de edad, pescador, procedente de Barranca, Puntarenas, quien ingresó a la Unidad de Quemados del Hospital San Juan de Dios, con

* Unidad de Quemados, Hospital San Juan de Dios.

** Servicio de Infactología, Hospital San Juan de Dios.

*** Servicio do Patología, Hospital San Juan de Dios.

historia de haber sufrido quemaduras por fuego directo al estallar un cilindro que contenía insecticida, con el cual estaba fumigando en un barco. El paciente refiere que inmediatamente se lanzó al mar apagándose por completo. A su ingreso se calcularon quemaduras de II grado superficiales y profundas en aproximadamente 30% de la superficie corporal total; en el examen físico inicial no se anotan otras alteraciones; se inicio tratamiento de reposición de líquidos y antibióticoterapia con penicilina sódica.

Durante su estancia el paciente presento al segundo día un cuadro caracterizado por fiebre alta, escalofríos, taquicardia e hipotensión; se aumento el aporte de líquidos sin respuesta, por lo que se administro dopamina y se amplio a cobertura antimicrobiana con cefotaxima y amikacina a las dosis usuales.

Se documentó la presencia de leucopenia con predominio de segmentados. Se verificó en el Centro Nacional de Intoxicaciones, la escasa toxicidad del insecticida empleado por el paciente. Al quinto día se anota en el examen físico la presencia de lesiones en placas, de bordes levantados y fondo liso que aparecieron en la cara y se extendieron hasta el cuello, comprometiendo los labios, zonas parcialmente cicatrizadas (Fig. 1). Se observo una mejoría de su estado hemodinámico, pero continuó con cuadro febril importante durante varios días por lo que se decide agregarle clindamicina al tratamiento antimicrobiano. Se reportan hemocultivos negativos y cultivo de piel positivo por *Acinetobacter colcoaceticus* sensible al tratamiento administrado. Al décimo día el paciente

continuaba febril y con escalofríos por lo que se realizan nuevos hemocultivos.

Se decide cambiar el tratamiento antimicrobiano iniciándose vancomicina, imipenem y se mantiene la clindamicina; nuevos exámenes de laboratorio muestran leucocitosis con franca desviación a la izquierda, y anemia; al no haber una respuesta satisfactoria se agrega al tratamiento anterior anfotericina B y simultáneamente se realiza una biopsia de piel en las áreas donde aparecieron las lesiones descritas.

El paciente continuó febril a pesar de la amplia cobertura antibiótica. Las lesiones de la cara y el cuello se extendieron, aquejando además, dolor intenso y quemante en esos sitios; dos semanas después de su ingreso y diez días después de la aparición de las lesiones en la cara y el cuello, se reporta la biopsia como compatible con lesiones por el virus Herpes Simple (Fig.2). Ante estas evidencias, se suspendió el tratamiento antimicrobiano y se inició aciclovir a las dosis usuales. Al tercer día de tratamiento antiviral desaparecieron la fiebre y las lesiones en la cara y el cuello. Ocho días después, el paciente es egresado en buenas condiciones.

DISCUSION

Las infecciones por el virus herpes simple en pacientes quemados pueden manifestarse ya sea con la sola demostración del virus en la orofaringe, como lesiones superpuestas en la piel quemada y parcialmente cicatrizada, ulceraciones orofaríngeas y laringo traqueales, principalmente en pacientes con tubos

endotraqueales, o lesiones diseminadas en el hígado y las suprarrenales (3,5).

En estudios bien controlados (3, 5) se ha demostrado evidencia de infección aguda por herpes simple en aproximadamente 25% de pacientes con quemaduras, siendo que las formas sintomáticas, con evidencia de multiplicación viral en orina y orofaringe, son las mas frecuentes.

Se han determinado algunos factores de riesgo para la aparición de las formas severas de estas infecciones como son la presencia de quemaduras faciales, de tubos endotraqueales, de quemaduras parcialmente cicatrizadas, la hospitalización mayor de tres semanas y quemaduras extensas (promedio de 36 %), (3).

Como se puede observar, nuestro paciente presento varios de ellos. Las características clínicas de estas lesiones, difieren de las encontradas en pacientes no quemados; generalmente son difíciles de diferenciar de la quemadura. Aparecen en zonas parcialmente cicatrizadas, como placas rojizas de bordes levantados, y generalmente producen una sensación de quemadura en una zona que esta sanando o cicatrizando. Con poca frecuencia, se logra demostrar herpes simple orofacial asociado. La fiebre y el ataque al estado general son datos frecuentes y llamativos. Estas lesiones aparecen entre la segunda y tercera semana después de la quemadura, sin embargo, se han observado tan rápido como al tercer día o hasta dos semanas posterior a la quemadura (3,5).

Si no se da tratamiento, las lesiones necrosan la piel regenerada provocando hemorragias e infecciones bacterianas concomitantes (4)

Por otro lado se han notificado algunos casos de infección diseminada en el hígado y las suprarrenales, con una alta mortalidad (5). La sospecha clínica es fundamental, basándose esta tanto en la apariencia de las lesiones como en la no identificación de gérmenes usuales y en la no respuesta al tratamiento antibiótico.

La confirmación diagnóstica deberá realizarse por medio de los cambios histopatológicos típicos (3, 5) o por la demostración del virus o de sus antígenos en las lesiones. La aerología tiene poco valor dada la alta prevalencia de las infecciones asintomáticas en estas poblaciones (3). El tratamiento con aciclovir ha dado excelentes resultados, como sucedió con nuestro paciente, presentando pocos efectos secundarios. (5)

En resumen, las infecciones son las complicaciones mas temidas en los pacientes con quemaduras extensas. Las virus raramente se demuestran como agentes etiológicos responsables de dichas complicaciones, sin embargo, el Herpes Simple tipo 1 puede producir lesiones severas en la piel recién cicatrizada acompañada de viremia severa con una alta mortalidad.

Dada la existencia de tratamiento viral específico, su identificación reviste enorme importancia.

ABSTRACT

Infections are frequent complications in patients with extensive burns. Diverse bacteria and a few fungi have been demonstrated to be etiologic agents in such infections. Viruses rarely have been encountered as opportunistic infections in burn patients. However, the Herpes Simplex virus has been observed to produce severe localized or systemic infections in patients with burns.

In this paper, we present and discuss one patient with extensive burns who demonstrates an opportunistic infection with the Herpes Simplex virus in the area of the burn that has partially scarred, resulting in difficult clinical and therapeutic management.

BIBLIOGRAFIA

1. Yurt, RW; Shires, GT. "Burns". In Mandell, GA. Douglas, RG. Oennett, JE. Principles and Practice of Infectious Disease. Third Edition, Churchill Livingston. New York 1990; 830 -833.
2. Harvey, RL. Meyers, JP. "Nosocomial Fungemia in a Large Community Teaching Hospital" Arch. Intern. Med. 1987; 147:2117-2120.
3. Hayden, FG., Harvey, H., Heggens JP. Herpervirus Infections in Burn Patients. Chest 1994; 106 (Suppl): 15-21
4. Foley, FD., Greenawald KA., Nash G., PrvittBA. Herpervirus infection in burnedpatients. N. Engl. J. Med. 1970; 282: 652-656
5. Brandt SJ., Tribble CG. LakemanJ A., Hayden FG. Herpes simplex bum wound infections: Epidemi ology of a case cluster and responses to acyclovir therapy. Surgery 1985; 98: 338-343



FIGURA 1

Lesiones eritematosas en placas, con bordes elevados, en cara y cuello.



FIGURA 2

Lesiones faciales

Hematoxilina Eosina. 1000X. Células epiteliales multinucleadas, con edema intracelular. Núcleos picnóticos, con inclusiones densas, acidofilas, rodeadas de un halo claro. Morfología sugestiva de infección por virus Herpes.