

PARALISIS MOTORA POR HERPES ZOSTER EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFATICA CRONICA

Ardaiz MA, Mateos MC, Arguiñano JM, Sánchez MP, Burguete Y, Paloma MJ, Redondo M, Oyarzábal FJ

Servicio de Hematología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Introducción: Las infecciones producidas por virus herpes, como el virus varicela-zóster son muy frecuentes en la leucemia linfática crónica (LLC). En estos pacientes, el herpes zóster se complica frecuentemente con neuralgia postherpética, aunque la parálisis motora es muy rara (1-3%). Esta comienza durante la segunda semana tras el inicio del rash, suele afectar a grupos musculares inervados contiguamente al dermatoma afecto y en general la recuperación suele ser completa. Se presentan dos pacientes con parálisis motora de extremidad superior secundaria a infección por herpes zóster en el contexto de LLC.

Caso 1: Paciente de 81 años diagnosticado de LLC estadio II(B) sin tratamiento que presentó herpes zóster de dos meses de evolución en extremidad superior izquierda. Había sido tratado con valaciclovir, con resolución parcial de las lesiones cutáneas y neuralgia postherpética en tratamiento con gabapentina. En la exploración física existían lesiones herpéticas en cuello, antebrazo y línea mediovertebral de C8 a T3 con paresia motora de extremidad superior izquierda que había pasado desapercibida. Ingresó para recibir aciclovir intravenoso durante dos semanas, con resolución completa de las lesiones cutáneas. Se realizó estudio neurofisiológico que evidenció afectación del plexo braquial. Ante la persistencia del dolor se realizó bloqueo de dicho plexo, así como tratamiento electroestimulante por el servicio de rehabilitación. Al año, el paciente ha mejorado la movilidad de la extremidad superior izquierda, pero sin recuperación total.

Caso 2: Paciente de 69 años diagnosticado de LLC estadio IV(C), tratado previamente con clorambucilo durante un año y posteriormente 9 ciclos mini-CHOP alcanzando respuesta parcial. Presentó lesiones cutáneas vesiculosas en extremidad superior izquierda así como intenso dolor y paresia proximal de dicha extremidad, siendo diagnosticado de herpes zóster en territorio C5-C6 con déficit motor C5. Recibió aciclovir intravenoso y múltiples analgésicos sin obtenerse respuesta, por lo que se asoció gabapentina con lenta mejoría. A los tres años del diagnóstico, y tras rehabilitación, está completamente recuperado.

Comentarios: El herpes zóster en el paciente inmunodeprimido debe tratarse con aciclovir intravenoso, ya que reduce la aparición de complicaciones viscerales y neuralgia. La afectación motora en el herpes zóster ocurre en menos de un 5% de pacientes. Esta complicación puede pasar desapercibida al estar enmascarada por el dolor, como en el caso de nuestro primer paciente. El tratamiento rehabilitador es fundamental en la recuperación motora; no obstante uno de nuestros pacientes no ha conseguido la movilidad completa.