

Herpes zóster en paciente con vasculitis leucocitoclástica idiopática

Sthefany Torres-Aguilar¹✉, Lisseth Torres-Aguilar², Christopher Pardo-Roman³, Jorge Ponce-Espinoza⁴

¹Carrera de Medicina, Facultad de la Salud Humana, Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador.

²Medicina General, Clínica El Salvador, Loja, Ecuador.

³Medicina General, Hospital Manuel Ygnacio Monteros, Loja, Ecuador.

⁴Clínica San Pablo, Loja, Ecuador.

Autor para correspondencia: Sthefany Torres-Aguilar

E-mail: sthefany.torres@unl.edu.ec

| RESUMEN

La vasculitis leucocitoclástica (VLC) es una inflamación de pequeños vasos caracterizada por púrpura palpable, predominantemente en extremidades inferiores. Su etiología incluye infecciones, fármacos, enfermedades autoinmunes y neoplasias; sin embargo, en muchos casos se clasifica como idiopática. Aunque es común considerar infecciones virales como desencadenantes de vasculitis, la reactivación viral secundaria a un proceso vasculítico primario o a su tratamiento inmunomodulador es un fenómeno poco reportado. Presentamos el caso de un paciente masculino de 27 años, previamente sano, que consultó por aparición de petequias en miembros inferiores posterior a realizar ejercicio de contacto y episodios de estrés. La evolución clínica mostró máculas purpúricas, vesículas hemorrágicas y dolor articular, lo que motivó el diagnóstico de VLC. El tratamiento con corticosteroides y colchicina no detuvo la progresión, y posteriormente aparecieron lesiones vesiculares compatibles con infección por virus varicela-zóster (VZV), confirmadas por Test de Tzanck y frotis de sangre periférica con linfocitos reactivos. Se plantea que la reactivación herpética fue secundaria a la vasculitis y al uso de inmunosupresores. El paciente completó el tapering de corticoides y el tratamiento viral teniendo resultados positivos. Este caso destaca la importancia de considerar infecciones virales latentes como complicaciones potenciales de enfermedades inflamatorias y su tratamiento, especialmente en pacientes jóvenes sin comorbilidades. Un enfoque diagnóstico amplio es clave para evitar demoras en el tratamiento específico y prevenir complicaciones.

| PALABRAS CLAVE

Vasculitis, herpes zoster, antiviral

| ABSTRACT

Leukocytoclastic vasculitis (LCV) is a small-vessel inflammation characterized by palpable purpura, predominantly affecting the lower extremities. Its etiology includes infections, medications, autoimmune diseases, and neoplasms; however, in many cases it is classified as idiopathic. Although viral infections are commonly considered potential triggers of vasculitis, viral reactivation secondary to a primary vasculitic process or its immunomodulatory treatment is a rarely reported phenomenon. We present the case of a 27-year-old previously healthy male who sought medical attention due to the appearance of petechiae on both lower limbs after practicing contact sports and episodes of stress. Clinical progression included purpuric macules, hemorrhagic vesicles, and joint pain, which led to the diagnosis of leukocytoclastic vasculitis. Treatment with corticosteroids and colchicine failed to control disease progression, and new vesicular lesions appeared, compatible with varicella-zoster virus (VZV) infection. Diagnosis was confirmed via a positive Tzanck test and peripheral blood smear showing reactive lymphocytes. It is proposed that herpetic reactivation was secondary to vasculitis and corticosteroid-induced immunosuppression. The patient successfully completed antiviral therapy and a gradual corticosteroid tapering protocol, with favorable clinical outcome. This case highlights the importance of considering latent viral infections as potential complications of inflammatory diseases and their treatment, especially in young, otherwise healthy patients. A broad diagnostic approach is key to avoiding delays in targeted therapy and preventing complications.

| KEYWORDS:

Vasculitis, herpes zoster, antiviral



ACEPTADO: Junio 2025

PUBLICADO: Julio 2025

DOI [10.54753/rsh.v1i1.2508](https://doi.org/10.54753/rsh.v1i1.2508)

1. Introducción

La vasculitis leucocitoclástica (VLC) es una forma de vasculitis cutánea que afecta predominantemente a los vasos sanguíneos pequeños, manifestándose clínicamente como púrpura palpable, especialmente en las extremidades inferiores. Aunque en muchos casos la etiología es idiopática, se han identificado diversos factores desencadenantes, incluyendo infecciones, medicamentos, enfermedades autoinmunes y neoplasias. En particular, infecciones virales como el virus varicela-zóster (VVZ) han sido reconocidas como posibles precipitantes de VLC (Younger, 2019).

El herpes zóster, también conocido como culebrilla, es una reactivación del VVZ latente en los ganglios sensoriales, que ocurre cuando el sistema inmunológico se ve comprometido. Factores como la edad avanzada, inmunosupresión y estrés son conocidos por predisponer a la reactivación del virus. Sin embargo, la aparición de herpes zóster en el contexto de una VLC idiopática, especialmente en un paciente joven sin comorbilidades significativas, es un fenómeno poco frecuente y escasamente documentado en la literatura médica (Afacan et al., 2022).

El tratamiento de la VLC generalmente incluye el uso de corticosteroides, que actúan reduciendo la inflamación y la respuesta inmune. Sin embargo, el uso de estos fármacos puede suprimir la inmunidad celular, aumentando el riesgo de infecciones oportunistas, como la reactivación del VVZ (Mueller et al., 2008). Este caso clínico ilustra la compleja interacción entre una enfermedad inflamatoria cutánea y la reactivación viral secundaria al tratamiento inmunosupresor, destacando la importancia de una evaluación clínica integral y un manejo terapéutico cuidadoso.

2. Presentación del caso

Paciente masculino de 27 años de edad, residente en Loja, sin antecedentes quirúrgicos ni patológicos relevantes, quien acudió inicialmente a consulta externa de dermatología por la aparición de petequias en ambos miembros inferiores, de una semana de evolución, coincidiendo temporalmente con ejercer deporte de artes marciales mixtas después de varios años de sedentarismo y posible respuesta al estrés. El paciente refería molestia leve en el tobillo izquierdo. Durante la evaluación dermatológica se sospechó una afección autoinmune, por lo que se solicitó perfil inmunológico (ANA, ANCA) resultando estos negativos, Biometría hemática donde se evidenció ligera neutrofilia y basofilia; y cultivo de las máculas, planteándose un diagnóstico de vasculitis leucocitoclástica. La valoración por reumatología motivó el inicio de tratamiento con colchicina, prednisona y paracetamol, sin mejoría clínica.

Cinco días después, el paciente acudió al servicio de emergencias por progresión del cuadro: las máculas se intensificaron en color, diseminándose hacia el abdomen y miembro superior izquierdo. Además, el paciente indicó dolor muy intenso en el tobillo izquierdo. El examen físico reveló lesiones purpúricas en miembros inferiores, algunas con vesículas y ampollas con contenido purulento. Se realizaron nuevos exámenes de biometría donde la neutrofilia era más marcada, proteína C reactiva en 7,9 mg/L, Serología IgG e IgM para Herpes simple 1-2 y Citomegalovirus negativos, HIV y VDRL no reactivos. Se solicitó biopsia de piel confirmando la vasculitis leucocitoclástica, dada la falta de respuesta al tratamiento previo y la mala evolución, se añadió ciprofloxacina y continuación de tratamiento corticoide.

Tres días después, acudió a atención por emergencia en donde se constató progresión clínica desfavorable con nuevas lesiones vesiculares hemorrágicas en el miembro inferior izquierdo (figura 1), sin fiebre, se revisó biopsia de piel confirmando la vasculitis leucocitoclástica) y se realizó un Test de Tzanck, que resultó positivo para células multinucleadas (figura 2), compatible con infección por virus de la varicela-zoster, y un frotis de sangre periférica que evidenció linfocitos reactivos. El cuadro fue interpretado como una probable reactivación del virus de la varicela-zoster causando herpes zóster secundario a vasculitis leucocitoclástica, exacerbado por el uso de corticosteroides. La agresión vascular microcirculatoria propia de la vasculitis, sumada al tratamiento inmunomodulador, habría favorecido un estado de inmunosupresión local que permitió la reactivación del virus latente. El paciente recibió tratamiento antiviral (valaciclovir) por 10 días, pregabalina para el dolor neuropático y desescalamiento progresivo de esteroides con resolución favorable del cuadro.

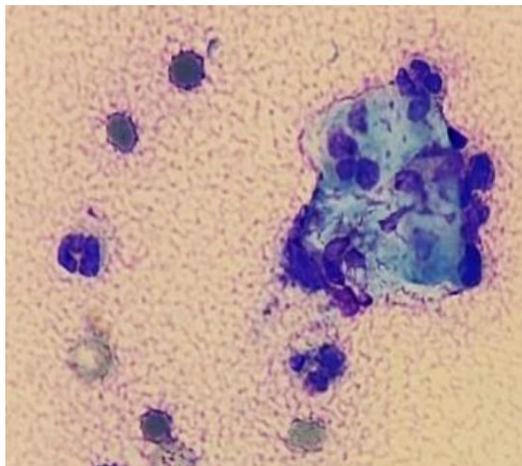
Figura 1. Lesiones vesiculares en el miembro inferior izquierdo



Nota: Se evidencian lesiones herpéticas en coinfección bacteriana por *S.aureus*

Fuente: Datos del estudio

Figura 2. Test de Tzanck



Nota: Se evidencian células multinucleadas en Test de Tzanck

Fuente: Proporcionado por MSc. Sthefany Torres Aguilar. Dpto. de Microbiología

3. Discusión

La reactivación del virus varicela-zóster (VVZ) en pacientes jóvenes inmunocompetentes es un fenómeno infrecuente, sin embargo, el uso de inmunosupresores, especialmente corticosteroides, puede comprometer la inmunidad celular y favorecer la reactivación de virus latentes (Afacan et al., 2022). Lo cual concuerda con en este caso, donde el tratamiento inmunomodulador administrado para la vasculitis leucocitoclástica (VLC), sumado al estrés, pudo haber alterado la respuesta inmune del paciente, creándose un entorno propicio para la replicación del VVZ.

Existen precedentes en la literatura que describen la co-ocurrencia de vasculitis y reactivación del VVZ en pacientes inmunocomprometidos, por ejemplo en un estudio, reportaron casos de vasculitis segmentaria asociada a herpes zóster, con hallazgos histopatológicos que evidenciaban tanto inflamación vascular como daño viral directo. El mecanismo fisiopatológico propuesto incluye la replicación viral en el endotelio, provocando daño directo, y la formación de complejos inmunes que exacerbaban la inflamación vascular (Furuoka et al., 2023)

Si bien es verdad que es un cuadro raro, y difiere de otras literaturas donde se ha evidenciado la Vasculitis leucocitoclástica secundaria reactivación de VVZ, sobre todo en pacientes adultos mayores de 40 años (Rodriguez et al., 2022), lo distintivo de nuestro caso es que se trata de un paciente joven, sin comorbilidades previas, que desarrolló una complicación viral severa tras un curso relativamente breve de corticosteroides y estrés. Este desenlace resalta la respuesta individual que puede existir incluso

en ausencia de factores de riesgo tradicionales, y la importancia de mantener una vigilancia clínica estrecha ante nuevos síntomas durante la inmunosupresión, más aún cuando el paciente ha mencionado pasar por episodios de estrés.

La detección oportuna del VVZ mediante prueba de Tzanck y frotis periférico fue determinante para el abordaje eficaz. El dolor neuropático intenso, característico de la reactivación del herpes zóster, también orientó hacia el diagnóstico. Este tipo de dolor (neuralgia post herpética), puede servir como un signo clínico clave para diferenciar entre etiologías inflamatorias e infecciosas (Redondo et al., 2007).

Este caso pone en evidencia la necesidad de considerar la reactivación de infecciones virales latentes como parte del diagnóstico diferencial en pacientes con enfermedades inflamatorias tratados con inmunosupresores, incluso cuando no existen antecedentes ni factores de riesgo evidentes. Además, subraya la importancia de integrar herramientas diagnósticas rápidas y una sospecha clínica amplia en contextos de inmunosupresión iatrogénica.

4. Conclusiones

Este caso destaca cómo, en contextos de inmunosupresión inducida por tratamiento inmunomodulador y estrés, la vasculitis leucocitoclástica puede actuar como factor precipitante en la reactivación de virus latentes como el virus varicela-zóster (VVZ). En pacientes jóvenes, la aparición de lesiones vesiculares atípicas acompañadas de dolor neuropático debe levantar sospechas clínicas de una reactivación viral, incluso en ausencia de antecedentes clásicos.

La contribución principal de este caso al conocimiento médico radica en subrayar la necesidad de un alto índice de sospecha clínica ante manifestaciones cutáneas inusuales en pacientes inmunosuprimidos. El reconocimiento precoz de esta posible complicación permite iniciar rápidamente tratamiento antiviral, ajustar o reducir la inmunosupresión, y prevenir otras complicaciones graves.

En pacientes inmunosuprimidos, especialmente jóvenes, la presencia de lesiones vesiculares dolorosas debe alertar sobre la posible reactivación de VVZ incluso en el contexto de diagnósticos primarios no infecciosos como la vasculitis. Un enfoque diagnóstico integral y la intervención terapéutica oportuna pueden modificar el curso clínico y mejorar el pronóstico.

Agradecimientos : Agradecemos a los Profesionales que pudieron detectar este caso a tiempo, empezando el tratamiento viral denotando mejoría clínica tres días después del inicio del mismo. A la Universidad Nacional de Loja, por brindar espacios donde se potencia el conocimiento y la investigación. A los distintos profesionales que motivan a realizar siempre un buen trabajo, que es la base de todo diagnóstico oportuno.

Conflicto de intereses: Los autores declaramos no tener conflicto de intereses

Financiamiento: El presente artículo fue financiado por los autores.

Referencias

- [1] Álvarez-Ruiz, S., & García-Díez, A. (2004). Reacciones granulomatosas secundarias a herpes zóster. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 95(9), 1051–1055. [https://doi.org/10.1016/S0001-7310\(04\)75533-2](https://doi.org/10.1016/S0001-7310(04)75533-2)
- [2] Álvarez Nebreda, M., Vidan Astiza, M. T., Marañón Hernández, E., & Serra Rexacha, J. A. (2000). Vasculitis leucocitoclástica secundaria a infección respiratoria. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 35(5), 300–303. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(00\)70141-3](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(00)70141-3)
- [3] Afacan, E., Öğüt, B., Erdem, Ö., & Adışen, E. (2022). Herpes zóster asociado con vasculitis cutánea de pequeños vasos: Informe de un caso raro con revisión de la literatura. *Indian Journal of Dermatology*, 67(5), 626. https://doi.org/10.4103/ijd.ijd_1001_21
- [4] Cohen, J. I. (2013). Clinical practice: Herpes zoster. *The New England Journal of Medicine*, 369(3), 255–263. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1302674>
- [5] Furuoka, K., Fukumoto, T., Masuda, Y., & al. (2023). Segmental cutaneous leukocytoclastic vasculitis associated with herpes zoster: A case report and literature review. *Dermatology Reports*, 15(4), 9709. <https://doi.org/10.4081/dr.2023.9709>
- [6] Plaza Santos, R., Jaquotot Herranza, M., Froilán Torres, C., Poza Cordón, J., Casado Verrier, B., de Tena Díaz-Agero, F. L., Vázquez López, P., & Suárez de Parga, J. M. (2010). Vasculitis leucocitoclástica asociada a enfermedad de Crohn. *Gastroenterología y Hepatología*, 33(6), 433–435. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.07.004>
- [7] Redondo Fernández, M., Costillo Rodríguez, J., & Jiménez Rodríguez, M. (2007). *Abordaje de la neuralgia postherpética en Atención Primaria: situación actual del tratamiento farmacológico*. *Medicina de Familia*, 33(6), 300–308. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(07\)73853-4](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(07)73853-4)
- [8] Rodríguez, G., Acosta de Camargo, M. G., & Acosta Torrealba, M. I. (2022). Vasculitis leucocitoclástica debido a reactivación del virus varicela zóster. *Revista Odontológica Mexicana*, 25(3). <https://doi.org/10.22201/fo.1870199xp.2021.25.3.83097>
- [9] Shah, P., Roman, J., Brinster, N., & Femia, A. (2021). A case of synchronous herpes zoster infection and leukocytoclastic vasculitis localized to the same dermatome. *JAAD Case Reports*, 14, 52–54. <https://doi.org/10.1016/j.jdc.2021.05.011>

- [10] Younger, D. S., & Carlson, A. (2019). Dermatologic aspects of systemic vasculitis. *Neurologic Clinics*, 37(3), 371–388. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2019.01.017>
- [11] Wickremasinghe, S. S., Stawell, R., Lim, L., Pakrou, N., & Zamir, E. (2009). Non-necrotizing herpetic vasculitis. *Ophthalmology*, 116(2), 361. <https://doi.org/10.1016/j.optha.2008.09.043>