

DISTENSION ABDOMINAL POR HERPES ZOSTER

FABIO A. BARROSO

Cátedra de Neurología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario

Resumen Se presenta un caso de distensión abdominal por parálisis parietal debida a herpes zoster con erupción cutánea a nivel del 11° dermatoma dorsal izquierdo. El déficit motor en el zoster es inusual (2-3% de los casos publicados) y generalmente se observa en las extremidades. La frecuencia del compromiso de los músculos abdominales en series clínicas se estima en el 0.17%. El propósito de esta presentación es llamar la atención sobre la posibilidad de parálisis de la pared abdominal cuando el herpes zoster se expresa sobre los dermatotomas dorsales inferiores. Esto causa distensión abdominal asimétrica que debe ser diferenciada de otras causas.

Palabras clave: herpes zoster, parálisis, distensión abdominal

Abstract *Abdominal distension due to herpes zoster.* A case is reported in which an abdominal protrusion appeared in relation with a zoster eruption at 11th dorsal dermatome. The motor deficit in zoster is unusual (2-3% in the reported series) and generally recognized when the extremities are affected. The frequency with which the abdominal muscles are involved is estimated to be around 0.17%, according to a clinical series. The aim of this report is to draw attention to the abdominal wall paresis that can result when zoster involves the caudal dorsal dermatomyotomes. This in turn, leads to abdominal distension which needs to be differentiated from other causes.

Key words: herpes zoster, paralysis, abdominal distension

El cuadro clínico típico del herpes zoster comprende una erupción pápulo vesicular, dolor y déficit sensitivo con distribución metamérica. El compromiso motor es menos conocido pero su ocurrencia fue reportada ya en el siglo XIX por Broadbent¹ y con ulterioridad ha sido objeto de varios reportes²⁻⁵.

La erupción cutánea característica se localiza con frecuencia decreciente en los dermatomas torácicos, cervicales y lumbosacros². Sin embargo, los reportes referidos al compromiso motor han enfatizado la afectación de los miembros^{2,5} o esfínteres³; muy probablemente porque la debilidad segmentaria de los músculos del tronco es menos evidente clínicamente.

A continuación se presenta un caso clínico de zoster con parálisis de los músculos abdominales.

El propósito de esta comunicación es destacar la ocurrencia del compromiso motor en el zoster y la importancia de su consideración en el diagnóstico diferencial de

la distensión abdominal cuando aquel compromete a los dermatotomas dorsales inferiores.

Caso clínico

Un hombre de 72 años de edad, sin antecedentes patológicos, presentó una erupción típica de herpes zoster a nivel del 11° dermatoma dorsal izquierdo para lo cual recibió tratamiento con aciclovir tópico.

Aproximadamente veinte días después del diagnóstico notó distensión del flanco abdominal izquierdo.

En ese momento la inspección corroboró la distensión y la persistencia de la erupción en estadio de costras (Figura 1). A la palpación el abdomen era blando e indoloro sin visceromegalias aparentes.

La maniobra de Valsalva pronunciaba la protrusión observada en reposo. El examen de la sensibilidad reveló una área de hipoestesia correspondiente al dermatoma D11 izquierdo. El resto del examen general y neurológico fueron normales.

Una ecografía abdominal no reveló alteraciones.

La electromiografía de la pared abdominal detectó ondas agudas positivas abundantes en el músculo oblicuo externo izquierdo durante el reposo, lo cual indica denervación muscular aguda.

Los hallazgos del examen físico y la electromiografía permiten atribuir la distensión abdominal a la parálisis de los músculos oblicuos izquierdos por lesión de los axones motores correspondientes al 11° nervio intercostal.

En un examen clínico realizado doce meses después se comprobó la resolución de la distensión del flanco izquierdo (Figura 2).

Recibido: 1-VI-2001

Aceptado: 1-XI-2001

Dirección postal: Dr. Fabio Barroso, Italia 1261, 2000 Rosario, Argentina

Fax: (54-0341) 4475298

e-mail: fabiobarroso@uol.com.ar



Fig. 1.— Fotografía tomada a los veinte días de instalada la erupción cutánea. Se observa la distensión del flanco izquierdo y la erupción pápulo costrosa sobre el dermatoma D11 del mismo lado.

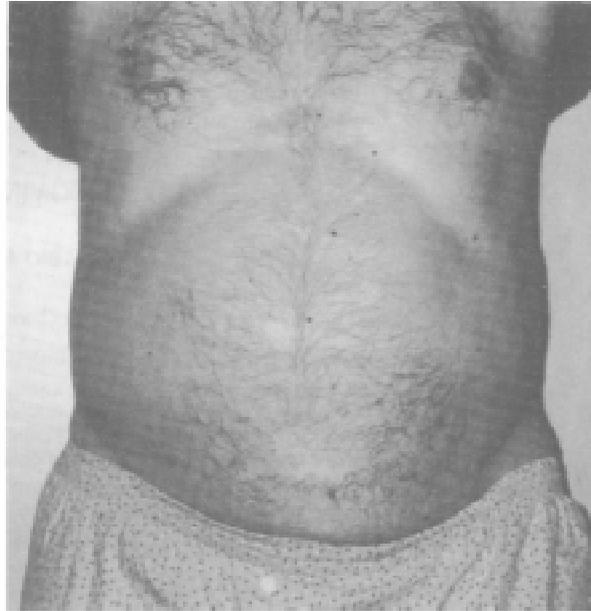


Fig. 2.— Fotografía del paciente tomada 12 meses después de la primera en la que se observa la resolución de la distensión del flanco izquierdo.

Discusión

El caso anterior ilustra la ocurrencia de déficit motor en la radiculoneuritis por zoster y particularmente el compromiso de los músculos abdominales, con la resultante distensión abdominal.

El déficit motor como resultado del herpes zoster es infrecuente, entre 2-3%⁵. En relación al compromiso de los músculos abdominales en particular, se puede hacer una estimación de frecuencia de la serie de Thomas y Howard de la clínica Mayo². Estos autores revisaron las historias de 1210 pacientes con diagnóstico de zoster cutáneo y encontraron 61 con compromiso motor, de los cuales solo 2 presentaron debilidad de los músculos abdominales; es decir 0.17%. Resulta de interés el hecho que en esta serie la erupción se localizó en los dermatomas torácicos en el 51% de los casos. La infrecuencia de esta manifestación se explicaría por la superposición inervatoria de los músculos abdominales por metámeras adyacentes y adicionalmente a su escasa repercusión funcional, con la consiguiente impercepción por parte del paciente.

La distribución del déficit motor y sensitivo generalmente corresponde a las mismas metámeras, lo cual es fácilmente atribuible a lesión por contigüidad de las raíces anteriores con el ganglio radicular. En otros casos la correspondencia no es evidente, como en las parálisis oculomotoras en el zoster oftálmico o la parálisis facial con lesiones cervicales, en cuyo caso la patogenia del fenómeno motor no es clara.

El proceso patológico subyacente al cuadro típico del zoster es una infiltración inflamatoria necrotizante centrada en el ganglio radicular sensitivo. Aquel se extiende

a las raíces dorsal, ventral, asta dorsal y nervio periférico en grado variable, produciendo una mielorradiculoneuritis⁶. Estas observaciones permiten comprender la peculiar distribución de las lesiones cutáneas, el dolor, los trastornos sensitivos y la ocurrencia ocasional del déficit motor. En la actualidad la disponibilidad de las imágenes por resonancia magnética permite correlacionar in vivo las alteraciones anatómicas radicales, que se visualizan como hiperintensidad en las imágenes realzadas con gadolinio, con pareasias segmentarias en los miembros⁷.

Bibliografía

1. Broadbent WH. A case of herpetic eruption in the course of branches of the brachial plexus, followed by partial paralysis in corresponding motor nerves. *Brit Med J* 1866; 2: 460.
2. Thomas JE, Howard FM. Segmental zoster paresis - a disease profile. *Neurology* 1972; 22: 459.
3. Jellinek EH, Selby Tulloch W. Herpes zoster with dysfunction of bladder and anus. *Lancet* 1976; 2: 1219.
4. Elliot KJ. Other neurologic complications of herpes zoster and their management. *Ann Neurol* 1994; 35: S57.
5. Cruz-Velarde J, Muñoz-Blanco JL, Traba A, Nevado C, Ezpeleta D. Parálisis motora segmentaria por virus varicela-zoster. Estudio clínico y pronóstico funcional. *Rev Neurol* 2001; 32:15.
6. Denny-Brown D, Adams RD, Fitzgerald PJ. Pathologic features of herpes zoster. *Arch Neurol* 1944; 51: 216.
7. Hanakawa T, Hashimoto S, Kawamura J, Nakamura M, Suenaga T, Matsuo M. Magnetic resonance imaging in a patient with segmental zoster paresis. *Neurology* 1997; 49: 631.