



**Figura 1** A) Úlcera de 3 × 2 cm en cara lateral del tercio distal de la pierna derecha, de 2 meses de evolución. B) Cobertura con injertos en sello 2 semanas después. C) Epitelización completa a las 3 semanas de la intervención.

La terapia de presión negativa adyuvante es una opción terapéutica interesante para promover el prendimiento de los injertos en sello, principalmente en lechos que no son óptimos y en localizaciones anatómicas complicadas como el tendón de Aquiles<sup>7</sup>.

En los 3 casos de UIHM que presentamos, los MAS permitieron períodos de cicatrización inferior a los 2 meses, con control del dolor asociado. Se trata de una opción terapéutica segura, eficiente, de sencilla aplicación ambulatoria y con baja morbilidad añadida para el paciente.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Vuerstaek JD, Reeder SW, Henquet CJ, Neumann HA. Arteriosclerotic ulcer of Martorell. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010;24:867-74.
2. Hafner J, Nobbe S, Partsch H, Läuchli S, Mayer D, Amann-Vesti B, et al. Martorell hypertensive ischemic leg ulcer: A model of ischemic subcutaneous arteriosclerosis. *Arch Dermatol.* 2010;146:961-8.
3. Revol M, Servant JM. Greffes cutanées. En: *Encycl Med Chir (EMC). Techniques chirurgicales. Chirurgie plastique reconstructive et esthétique.* Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2010. p. 45-70.

4. Fourgeaud C, Mouloise G, Michon-Pasturel U, Bonhomme S, Lazareth I, Meaume S, et al. Interest of punch skin grafting for the treatment of painful ulcers. *J Mal Vasc.* 2016;41:323-8.
5. Nordström A, Hansson C. Punch-grafting to enhance healing and to reduce pain in complicated leg and foot ulcers. *Acta Derm Venereol.* 2008;88:389-91.
6. Meaume S, Debure C, Lazareth I, Teot L. L'ulcère de jambe chez la personne âgée. Paris: Edition John Libbey Eurotext; 2002. p. 110p.
7. Vuerstaek JD, Vainas T, Wuite J, Nelemans P, Neumann MH, Veraart JC. State-of-the-art treatment of chronic leg ulcers: A randomized controlled trial comparing vacuum-assisted closure (VAC) with modern wound dressings. *J Vasc Surg.* 2006;44:1029-37.

S. Guisado Muñoz<sup>a,\*</sup>, E. Conde Montero<sup>a,b</sup>  
y P. de la Cueva Dobao<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Centro de especialidades Vicente Soldevilla, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [sole\\_dad72@hotmail.com](mailto:sole_dad72@hotmail.com)  
(S. Guisado Muñoz).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.06.016>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## La excepción que confirma la regla: herpes zoster duplex y multiplex

### Herpes Zoster Duplex and Multiplex: The Exception That Confirms the Rule

Sr. Director:



El herpes zoster es una enfermedad relativamente frecuente en el mundo, con una incidencia detectada de hasta el 10-20% a lo largo de la vida. La clínica clásica se caracteriza por múltiples papulovesículas agrupadas sobre una base eritematosa distribuidas unilateralmente a lo largo de un único dermatoma, lo que hace que sea una enfermedad cutánea fácilmente reconocible incluso para médicos no dermatólogos de diferentes especialidades. El hallazgo de dos o más dermatomas contiguos afectados en un mismo

**Tabla 1** Revisión de casos diagnosticados de herpes zoster *dúplex* y *múltiple* en el servicio de Urgencias del Hospital Gregorio Marañón en el periodo 2015-2017

	Sexo	Edad	Dermatomas	Estado de inmunidad	Comorbilidades	Diagnóstico	Tratamiento antiviral
1	Mujer	66	S2-S3 izquierdos S1-S2 derechos	Inmunocompetente	Corticoterapia sistémica por reagudización de EPOC	Cultivo viral	Aciclovir 800 mg 5 veces al día 7 días
2	Mujer	27	V1 izquierdo V3 izquierdo	Inmunocompetente	—	Cultivo viral	Valaciclovir 1 g cada 8 h 7 días
3	Varón	41	D6 izquierdo L5 izquierdo S2 derecho	Inmunocompetente	Hepatitis C	Cultivo viral	Famciclovir 500 mg cada 8 h 7 días

hemicuerpo es frecuente en pacientes ancianos o bien con otros factores de riesgo de inmunosupresión. Sin embargo, la afectación de dos dermatomas no contiguos de forma unilateral, e incluso bilateral, supone un hallazgo excepcional que puede dificultar el diagnóstico y se ha denominado en la literatura «herpes zoster *duplex*»<sup>1</sup>. Por otro lado, los casos aislados publicados sobre pacientes con afectación de más de dos dermatomas no contiguos se han definido como «herpes zoster *múltiple*»<sup>2</sup>.

Presentamos dos casos de herpes zoster *duplex* y un caso de herpes zoster *múltiple* diagnosticados en nuestro servicio en el intervalo de los años 2015-2017. Sus características clínicas y epidemiológicas se ven reflejadas en la [tabla 1](#).

En los casos de herpes zoster *duplex* (casos 1 y 2) se trataba de dos pacientes inmunocompetentes de 27 y 66 años, respectivamente, que consultaban por la aparición aguda de lesiones vesiculosas con distribución zosteriforme, unilateral o bilateral. Ninguno de ellos asociaba dolor sobre dermatomas afectados ni presentaron fiebre u otra sintomatología extracutánea a lo largo del proceso. En el caso del herpes zoster *múltiple* (caso 3, [fig. 1](#)), se trataba de un varón de 41 años que ya había iniciado tratamiento con famciclovir por indicación de su médico de atención primaria hacía 72 h, a pesar del cual habían brotado nuevas lesiones. Ninguno de los pacientes había presentado episodios previos de herpes zoster. Se realizó un cultivo viral de exudado en tres de los casos que confirmó a posteriori el aislamiento de virus varicela zoster. En todos ellos se realizaron serologías para descartar infección por VIH, que resultaron negativas. Con el diagnóstico de herpes zoster *duplex* en los dos primeros casos y *múltiple* en el tercer caso, se ajustó el tratamiento antiviral a dosis estándar y se añadieron cuidados tópicos con sulfato de zinc y ácido fusídico hasta la curación completa de las lesiones en todos los pacientes.

La probabilidad de padecer un herpes zoster *duplex* o *múltiple* resulta extremadamente baja, con una incidencia documentada en las series más amplias inferior al 0,1% de todos los casos de herpes zoster<sup>3</sup>.

En 2015, Zhang y Zhou<sup>4</sup> revisaron todos los casos de herpes zoster *duplex* publicados hasta la fecha, obteniendo un número de 36 pacientes. Destacaron en su serie varios facto-

res de riesgo asociados: el origen asiático (superior al 66%), la edad avanzada (el 44,4% eran mayores de 50 años), el sexo femenino (el 63,9% eran mujeres) y los estados de inmunosupresión (el 47,2% de la serie) asociados a diferentes causas (inmunosenescencia, VIH, neoplasias malignas hematológicas y de órgano sólido, quimioterapia, corticoterapia prolongada y otras terapias inmunosupresoras...). Por otro lado, en una revisión de la literatura publicada en 1999<sup>2</sup> solo se encontraron 7 casos publicados de herpes zoster *múltiple* en total, prácticamente todos ellos asociados a causas de inmunosupresión.

Tras la primoinfección por virus varicela zoster el virus permanece latente en los ganglios de las raíces dorsales y trigeminales, un hecho que ha sido demostrado en autopsias mediante análisis del ADN viral<sup>5</sup>. La reactivación en el ganglio con mayor carga genómica viral, mediada por múltiples desencadenantes, da lugar a las lesiones herpéticas características localizadas en el dermatoma afecto. En los casos de herpes zoster *duplex* y *múltiple* la reactivación simultánea del virus en diferentes ganglios dorsales no contiguos daría lugar a esta peculiar presentación clínica y estaría facilitada por los estados de inmunosupresión<sup>6</sup>. Sin embargo, al igual que en nuestros tres pacientes, gran parte de los casos publicados son inmunocompetentes, por lo que deben existir otros factores asociados todavía por dilucidar<sup>1,3,7-9</sup>.

El diagnóstico de herpes zoster convencional se realiza habitualmente a diario mediante la clínica. Sin embargo, en los casos dudosos o de presentación atípica es recomendable la realización de pruebas complementarias que apoyen el diagnóstico. En nuestros tres casos el diagnóstico definitivo se llevó a cabo mediante el cultivo viral en dos líneas celulares (fibroblastos de pulmón humano MRC-5 y células epiteliales tumorales de pulmón humano A549). Se mantuvieron los cultivos durante 3 semanas, comprobando la posible aparición de efecto citopático cada 3 a 4 días. La aparición de un efecto citopático se confirmó mediante la tinción con anticuerpos monoclonales contra el virus (Argene® Anti Varicella Zoster Virus Ref 11-017), observándose fluorescencia al microscopio en los casos de positividad.

El tratamiento de los pacientes con herpes zoster *duplex* y *múltiple* no difiere del habitual en los casos



**Figura 1** Caso 3. Herpes zoster *multiplex* que presenta vesículas agrupadas con distribución zosteriforme que afectan los dermatomas L5 izquierdo (A y B, cresta tibial y arco plantar), D6 izquierdo (C) y S2 derecho (D).

convencionales y está basado en la cobertura antiviral, el control del dolor y los cuidados tópicos. En nuestros pacientes el seguimiento permitió confirmar la curación completa y sin secuelas tras finalizar el tratamiento antiviral con la dosis y la duración convencional.

En resumen, consideramos importante reconocer estas entidades tan infrecuentes y su potencial asociación con causas de inmunosupresión. Ante la presencia de lesiones cutáneas herpéticas típicas con distribución metamérica, la afectación de dermatomas no contiguos y/o bilaterales no debe hacernos cambiar nuestro esquema terapéutico convencional, aunque sí obliga a realizar un control evolutivo estrecho.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

Queremos agradecer la ayuda prestada en la redacción del artículo al Dr. Stavola y la Dra. Catalán-Alonso del servicio de Microbiología.

### Bibliografía

1. Shin JW, Kim DH, Whang KU, Lee J, Park Y, Cho MK, et al. A case of zoster duplex bilateralis. *Ann Dermatol.* 2009;21:423-5.
2. Vu AQ, Radonich MA, Heald PW. Herpes zoster in seven disparate dermatomes (zoster multiplex): Report of a case and review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 1999;40:868-9.
3. Takaoka Y, Miyachi Y, Yoshikawa Y, Tanioka M, Fujisawa A, Endo Y. Bilateral disseminated herpes zoster in an immunocompetent host. *Dermatol Online J.* 2013;19:13.
4. Zhang F, Zhou J. Zoster duplex: A clinical report and etiologic analysis. *Int J Clin Exp Med.* 2015;8:11020-5.
5. Kennedy PG, Cohrs RJ. Varicella-zoster virus human ganglionic latency: A current summary. *J Neurovirol.* 2010;16:411-8.
6. Yi A, Chernev I. The pathogenesis of herpes zoster duplex bilaterales symmetricus. *Int J Dermatol.* 2015;54:e89-90.
7. Yan C, Laguna BA, Marlowe LE, Keller MD, Treat JR. Herpes zoster duplex bilaterales in an immunocompetent adolescent boy: A case report and literature review. *Pediatr Dermatol.* 2014;31:341-4.
8. Son JH, Chung BY, Kim HO, Cho HJ, Park CW. Herpes zoster duplex unilateralis: Two cases and brief literature review. *Ann Dermatol.* 2016;28:757-61.

9. Castronovo C, Nikkels AF. Chronic herpes zoster duplex bilateralis. *Acta Derm Venereol.* 2012;92:148-51.

E. Rodríguez-Lomba\*, A. Sánchez-Herrero,  
R. Suárez-Fernández  
y A. Pulido-Pérez

*Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* [enriquerlomba@outlook.com](mailto:enriquerlomba@outlook.com)  
(E. Rodríguez-Lomba).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.03.030>

0001-7310/

© 2019 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Fístula parotídea tras biopsia cutánea: tratamiento con toxina botulínica



### Parotid Fistula After Skin Biopsy: Treatment With Botulinum Toxin

*Sr. Director:*

Las fístulas de glándulas salivares pueden producirse por diversas etiologías, siendo las más frecuentes los traumas accidentales y las complicaciones posquirúrgicas. Se caracterizan por la gran relevancia sintomatológica para el paciente, debido a la secreción de saliva a través de la fístula, fenómeno que se suele intensificar con la masticación. La saliva, debido a sus enzimas proteolíticas, es el principal agente que impide la normal cicatrización de esta, convirtiéndolo muchas veces en un cuadro de carácter crónico y de difícil solución<sup>1</sup>.

Mujer de 76 años, consulta por presentar placas subcutáneas induradas en ambas regiones parotídeas de 2,5 × 3 cm de diámetro, multinodulares, asintomáticas de meses de evolución (fig. 1A). La paciente refiere como único antecedente la inyección de un material de relleno hace 12 años. No había presentado ningún síntoma hasta la aparición de estas placas que se hacen evidentes ante una pérdida de peso importante. Por la sospecha de granuloma a cuerpo extraño, realizamos una biopsia cutánea por *punch* de 4 mm, en la que se aprecia una infiltración parotídea con 4 materiales de relleno distintos: ácido hialurónico, ácido poliláctico, hidroxiapatita de calcio y un cuarto material no identificado (fig. 2)<sup>2</sup>.

La paciente presenta a la semana, secreción de saliva a través del lugar de la biopsia, fenómeno que se intensificaba de forma evidente con la masticación. Realizamos una sutura de refuerzo en la herida, y aplicamos vendaje compresivo. Ante la ausencia de mejoría de la sintomatología consulta en el servicio de otorrinolaringología, donde se realiza un desbridamiento de los bordes y cierre directo del defecto con puntos simples, sin llegar a conseguir un correcto control de los síntomas (fig. 1B).

A la semana la paciente consulta con ampliación del tamaño del defecto, con bordes macerados e irritados, y

aumento de la cantidad de saliva secretada. Decidimos administrar a nivel local toxina botulínica tipo A (Botox, Allergan Inc, Irvine, CA, EE. UU.). Para esto, diluimos 100 U en 2 ml de suero fisiológico, y administramos 24 U subcutáneas repartidas en 6 puntos de inyección alrededor del defecto (fig. 1C). A las 2 semanas presentaba una clara mejoría del tamaño del defecto, sin embargo, la paciente refería persistencia de la sintomatología, motivo por el cual realizamos una segunda inyección de 24 U subcutáneas. Tras 4 semanas se consiguió el cierre total de la fístula, sin presentar complicaciones durante el tratamiento (fig. 1D).

La causa más frecuente de fístula parotídea es como complicación posterior a una cirugía de parótida, con incidencias que pueden alcanzar hasta un 14% dependiendo de las series. Las fístulas se pueden dividir en tempranas, aquellas que tengan una duración de menos de 6 semanas, y permanentes, aquellas que persisten más allá de este tiempo<sup>3</sup>. Esta clasificación tiene gran importancia, porque si bien ambas son un reto terapéutico, las primeras suelen responder a tratamiento conservador con vendaje compresivo, mientras que las permanentes suelen presentar una peor respuesta, y en numerosas ocasiones requieren intervención quirúrgica.

Un tratamiento que ha presentado buenos resultados en los últimos años es el uso de inyecciones de toxina botulínica tipo A<sup>4,5</sup>. Esta produce un bloqueo temporal de la liberación de neurotransmisores colinérgicos parasimpáticos, lo que reduce la secreción de saliva por parte de la glándula, y facilita el cierre de la fístula. Este efecto es de carácter temporal, y tiene la ventaja de ser mínimamente invasivo, con pocas complicaciones, y bien tolerado por el paciente.

Las dosis suelen variar entre 10 y 40 U de toxina botulínica, separadas por 2-4 semanas<sup>6,7</sup>. La reducción de saliva se observa a los pocos días, pero el efecto máximo puede tardar semanas en alcanzarse, por lo que es importante transmitir paciencia y tranquilizar al paciente. En nuestro caso inyectamos toxina botulínica en 2 ocasiones, sin embargo, pensamos que es muy posible que con una sola dosis la fístula hubiera cerrado.

Las dosis utilizadas para sialorrea son de 22,5 U en cada glándula, y suelen administrarse bloqueando la salida de las principales terminaciones nerviosas del nervio facial