

Herpes zóster vulvar: manejo interdisciplinar para una entidad muy infrecuente

Laura Balcells Eichenberger, Nerea Luqui Scarcelli, Aina Delgado-Morell, Cristina Vanrell Barbat

CASO CLÍNICO

Mujer de 69 años, consulta por aparición de lesiones muy dolorosas de tipo punzante en zona genital y glútea.

Exploración física: placa eritematosa triangular con múltiples vesículas infracentimétricas, iniciada en labio mayor y zona perianal derecha, irradiada de forma lateral sin traspasar línea media ocupando dermatomas S2-S3.

Exploraciones complementarias:

- hemograma sin alteraciones
- Cultivo de lesiones: positivo para herpesvirus 3 (zóster)

Orientación diagnóstica:

- reactivación herpes zóster en territorio vulvar
- celulitis sobreañadida
- dolor neuropático secundario

Tratamiento: valaciclovir 1g/8h 10 días, Augmentine, lyrica y gabapentina

Evolución: resolución de celulitis y lesiones en 15 días. Control en clínica del dolor, retirando gabapentina sin reaparición de dolor a los 6 meses.

DISCUSIÓN

- Entidad extraordinariamente rara (incidencia < 1% de las vulvovaginitis)
- Diagnóstico diferencial: herpes simple genital, candidiasis vulvar, infecciones bacterianas cutáneas (Staphylococcus o Streptococcus), malignidad (carcinoma escamoso vulvar metastásico)
- Presentación similar a VHS, pero distribución en dermatoma y respetando línea media
- Diagnóstico de confirmación: cultivo
- **Una mala resolución puede provocar vulvodinia residual, por lo que destacamos la importancia de un adecuado tratamiento del dolor neuropático, contando para ello con un manejo multidisciplinar.**

