

REPORTE DE CASO

Herpes zóster de localización atípica en dermatomas C5-C6: importancia del tratamiento temprano

Herpes zoster at atypical location in C5-C6 dermatomes: the importance of early treatment.

Herpes zoster de localização atípica nos dermatomas C5-C6: importância do tratamento precoce.

Nixon Ronaldo Peña-Jiménez^I

Wilson Hipólito Peña-Jiménez^{II}

Rebeca Camila Arévalo-Robles^{III}

Alba Michelle Quizhpe-Morocho^{IV}

Erika Alexandra Bermeo-Ruales^V

Cynthia Lizette Salinas-Riofrío^{VI}

RESUMEN

Introducción: El herpes zóster por reactivación del virus varicela-zóster es inusual en extremidades superiores, lo que dificulta el diagnóstico diferencial inicial. **Presentación del caso:** Masculino de 68 años con alodinia y lesiones vesiculares en dermatomas C5-C6 izquierdos. **Intervención:** Ante la indisponibilidad de PCR hospitalaria, se priorizó el juicio clínico neuroanatómico, instaurando tempranamente aciclovir oral y tópico asociado a pregabalina y diclofenaco. **Evolución:** Se obtuvo la remisión completa de las flictenas y un control óptimo del dolor agudo, previniendo la neuralgia postherpética persistente. **Conclusión:** El manejo estándar temprano en localizaciones braquiales atípicas brinda una excelente respuesta en el paciente geriátrico. El aporte principal es demostrar que el diagnóstico semiológico en atención primaria es totalmente resolutorio y costo-efectivo para guiar la terapéutica, protegiendo la estructura nerviosa de secuelas crónicas.

Palabras clave: Herpes Zóster, Neuralgia Posherpética, Virus Varicela Zóster, Plexo Braquial, Aciclovir.

Para citar este documento



Peña-Jiménez NR; Peña-Jiménez WH; Arévalo-Robles RC; Quizhpe-Morocho AM; Bermeo-Ruales EA; Salinas-Riofrío CL. Herpes zóster de localización atípica en dermatomas C5-C6: importancia del tratamiento temprano. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2026; 6(20): 71-79 Disponible en: <https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>

Fecha de envío: 21/04/2026 **Fecha de aceptación:** 14/05/2026 **Fecha de publicación:** 30/06/2026

^IMédico General. Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9150-6185> Correo: nixronaldo99@gmail.com

^{II}Médico especialista en Emergencias y Desastres I. Universidad Central del Ecuador. Loja, Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2261-3898> Correo: wilsin88@hotmail.es

^{III}Médica General. Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7712-1834> Correo: arevaloroblesr@gmail.com

^{IV}Médica General. Universidad Nacional de Loja. Loja Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2311-0788> Correo: albitamichelle710@gmail.com

^VMédica General. Universidad Técnica Particular de Loja. Loja, Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6296-1477> Correo: erikaalex25132@gmail.com

^{VI}Médica General. Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador. Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-6189-4448> Correo: cynthia23salinas@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El herpes zóster (HZ) es una enfermedad neurocutánea originada por la reactivación del virus varicela-zóster (VVZ), el cual tras haber provocado una infección primaria de varicela, permanece en estado latente en las neuronas sensoriales de los ganglios de la raíz dorsal^{1,2}. Desde el punto de vista epidemiológico, se trata de una enfermedad frecuente cuya prevalencia y severidad se incrementan notablemente en la edad de 50 a 60 años, debido a la inmunosenescencia o al deterioro de la inmunidad celular^{3,4}.

El HZ se caracteriza clínicamente por una erupción vesicular unilateral que provoca un dolor intenso, el cual se distribuye en la trayectoria de un dermatoma específico⁵. El cuadro tiende a mostrar inicialmente una fase prodrómica de dolor neuropático punzante o urente, la cual se manifiesta entre 48 y 72 horas antes de las lesiones dérmicas⁶.

A pesar de que con frecuencia la zona más afectada es la región torácica, que representa entre el 50% y el 70% de los casos, en la práctica clínica es relativamente inusual que las extremidades se vean afectadas, puesto que los dermatomas cervicales (que inervan las extremidades superiores) presentan una frecuencia variable del 3.6%^{7,8}.

La relevancia de investigar y registrar casos de HZ en las extremidades superiores, como el que se presenta en los dermatomas C5-C6, radica en la importancia de diferenciarlo de otras radiculopatías y monitorear complicaciones severas como la neuralgia posherpética (NPH) o la paresia zosteriana segmental (PZS), que es una complicación motora rara que afecta entre el 0.5% - 5.0% de los pacientes que han adquirido la enfermedad⁶.

Asimismo, este caso cobra relevancia al demostrar que el diagnóstico correcto y un tratamiento ambulatorio oportuno con antivirales y neuromoduladores es una estrategia efectiva y factible para conseguir la remisión de los síntomas y prevenir hospitalizaciones innecesarias⁹. Ante esto, cabe plantearse: ¿Garantiza el protocolo antiviral y neuromodulador estándar una evolución favorable y la prevención de neuralgia postherpética en presentaciones atípicas braquiales de la población geriátrica?

MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo basado en el reporte de un caso clínico individual de reactivación viral por herpes zóster. La investigación se estructuró siguiendo las directrices internacionales de la guía CARE (Case Report Guidelines), asegurando una descripción sistemática y transparente de la evidencia clínica presentada.

La información clínica se obtuvo mediante la revisión exhaustiva de la historia clínica electrónica del paciente, la exploración física directa y el registro fotográfico de las



lesiones cutáneas. Se recolectaron datos sobre la anamnesis, antecedentes patológicos, progresión de la sintomatología, morfología de las lesiones según la distribución dermatómica, esquema farmacológico y respuesta al tratamiento durante el periodo de seguimiento.

Para contextualizar el caso, se llevó a cabo una búsqueda sistemática de literatura científica en bases de datos indexadas, incluyendo PubMed, MEDLINE, SciELO, LILACS. Se excluyó Google Scholar como fuente principal para priorizar revisiones sistemáticas, guías clínicas internacionales y consensos globales de los últimos 5 años. Se utilizaron descriptores de salud (DeCS/MeSH) combinados mediante operadores booleanos: "Herpes Zoster" AND "Brachial Plexus" AND "Acyclovir"

El presente trabajo se rige por los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente para la publicación de los datos clínicos y el uso de las fotografías con fines estrictamente académicos y científicos, garantizando la confidencialidad y el anonimato de sus datos personales.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 68 años, con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 75 µg VO QD y prostatectomía radical abierta hace 10 años. Acude a consulta por presentar desde hace 72 horas y sin causa aparente, dolor neuropático de tipo punzante en región deltoidea, cara anterior del antebrazo y muñeca y eminencia tenar del miembro superior izquierdo, EVA 9/10, acompañado de parestesias ipsilaterales. Al tercer día, cuadro se exacerba con la aparición de maculas eritematosas de progresión rápida hacia conglomerados vesiculares de contenido hialino, que evolucionaron a flictenas dolorosas y prurito intenso, asociándose a limitación de la movilidad funcional del miembro superior izquierdo. El paciente no refiere haber presentado episodios previos similares, ni automedicarse.

A la evaluación inicial, el paciente se encuentra álgico, orientado en tiempo, espacio y persona, hemodinámicamente estable, los signos vitales reportaron: TA: 116/78 mmHg, FC: 74 lpm, FR: 19 rpm, T°: 36.5 °C (axilar), SatO₂: 97 %, llenado capilar: <2 segundos, peso: 85.0 Kg, Talla: 1,72 m, IMC: 28.73 Kg/m² (sobrepeso).

Al examen físico regional, en el miembro superior izquierdo se observa la presencia de exantema vesiculo-pápular de base eritematosa, con distribución dermatómica unilateral siguiendo el trayecto de las raíces nerviosas C5 y C6 (Figura 1).





Figura 1. Se observa un exantema vesiculo-pápulo-eritematoso con distribución dermatómica unilateral en el miembro superior izquierdo (C5-C6), caracterizado por: **A.** Región deltoidea: Grupos de vesículas herpetiformes sobre una base eritematosa con disposición lineal. **B.** Antebrazo (cara anterior): Placas eritematosas confluentes con micropápulas y vesículas de contenido hialino en fase activa. **C.** Muñeca y eminencia tenar: Racimos vesiculares con tendencia a la coalescencia y marcado edema perilesional en la zona de transición palmar.

Diagnóstico

Basado en la distribución herpetiforme macroscópica de las lesiones y la clínica neurológica asociada, se concluyó el diagnóstico de herpes zóster braquial izquierdo (CIE-10: B02.2), con compromiso específico de los niveles radiculares C5 y C6. Debido a la alta especificidad diagnóstica que confiere la distribución dermatómica unilateral y el respeto estricto de la línea media, y en concordancia con los recursos disponibles en el nivel primario de atención, se justificó la no realización de pruebas moleculares complementarias (PCR o test de Tzanck).

Evolución

Se decide instaurar manejo ambulatorio, con el siguiente esquema: antiviral oral (aciclovir 800 mg VO 5 veces al día por 7 días) y tópico (aciclovir al 5% tópico BID por 7 días), analgesia (diclofenaco 50 mg VO TID por 7 días) y neuromodulador (pregabalina 75 mg VO BID por 7 días). El paciente reportó mejoría clínica significativa 24 horas después de iniciado el tratamiento antiviral. Sin embargo, tras concluir el esquema farmacológico, refirió la persistencia de dolor residual de menor intensidad que se limitó

espontáneamente a las dos semanas posteriores, sin evolucionar a neuralgia postherpética persistente.

Tabla 1. Línea de tiempo cronológica del caso clínico según directrices CARE.

Momento Cronológico	Evento Clínico / Sintomatología	Intervención Terapéutica / Conducta
Día 1 - 2 (Fase Prodrómica)	Inicio de dolor neuropático punzante (EVA 9/10) y parestesias en miembro superior izquierdo (trayecto C5-C6). Sin lesiones dérmicas.	Reposo e hidratación casera. No automedicación.
Día 3 (Ingreso a Consulta)	Aparición de máculas eritematosas que progresan a conglomerados vesiculares herpetiformes. Limitación funcional.	Diagnóstico clínico de HZ Braquial. Inicio de Aciclovir (oral/tópico), Pregabalina y Diclofenaco.
Día 4 (24 horas post-tratamiento)	Reducción notable del componente alodínico y estabilización del brote vesicular.	Continuación del esquema ambulatorio estricto.
Día 10 (Fin del esquema antiviral)	Cicatrización de lesiones cutáneas en fase de costra. Persistencia de dolor residual leve.	Suspensión de antiviral. Mantenimiento de analgesia condicionada.
Día 24 (Seguimiento a las 3 semanas)	Resolución dérmica completa. Cese espontáneo del dolor residual.	Alta médica. Ausencia de Neuralgia Postherpética.

Elaboración: Propia de los autores.

DISCUSIÓN

La reactivación del VVZ es más frecuente en los adultos mayores debido a su decreciente inmunidad celular con el paso de los años, incluso en ausencia de inmunosupresión grave¹⁰. La manifestación del dolor neuropático intenso y, posteriormente la aparición de lesiones vesiculares agrupadas sobre una base eritematosa, que respeta el trayecto dermatómico unilateral, son características patognomónicas del HZ¹¹. La fase prodrómica dolorosa puede simular radiculopatías cervicales o patologías musculoesqueléticas, lo que destaca la importancia del reconocimiento clínico temprano¹².

En este caso, la afectación de los dermatomas cervicales (C5-C6), a pesar de no ser tan común como la de los dermatomas torácicos, está bien documentada y puede estar relacionada con complicaciones neurológicas motoras del plexo braquial, como la PZS, que conlleva un alto riesgo de limitación funcional y dolor neuropático severo¹³. La distribución unilateral y el respeto de la línea media son hallazgos clave para diferenciarlo de otras dermatosis o neuropatías¹⁰. Fisiopatológicamente, la afectación selectiva de los dermatomas C5-C6 responde a la reactivación del VVZ latente en los ganglios de las raíces dorsales cervicales correspondientes, un fenómeno menos frecuente que en la



región torácica debido a diferencias en la densidad de la carga viral latente histórica o a factores mecánicos y microvasculares locales del plexo braquial³.

La edad avanzada y las comorbilidades crónicas (diabetes, enfermedades cardiovasculares, endocrinopatías) también elevan el riesgo para adquirir HZ y sus complicaciones, como la NPH¹⁴. En este caso, el hipotiroidismo bien controlado y el sobrepeso representan factores adicionales, aunque no son determinantes.

La intervención oportuna y temprana durante el periodo de “ventana de oportunidad” (en las primeras 72 horas) del tratamiento con antivirales es primordial para disminuir la duración e intensidad del dolor agudo e intenso, acelerar la resolución de las lesiones dérmicas y minimizar el riesgo de NPH¹⁵. El uso combinado de aciclovir tanto por vía oral y tópico, junto con analgesia escalonada (AINEs) y neuromoduladores tales como pregabalina o gabapentina, cuenta con el respaldo de directrices a nivel internacional para casos con dolor intenso o alto riesgo de NPH, debido a sus componentes nociceptivos y/o neuropáticos¹⁶.

La evolución satisfactoria de este paciente, durante las primeras 24 horas evidencia la efectividad del tratamiento ambulatorio en casos hemodinámicamente estables y sin compromiso de órganos críticos¹⁷. También, disminuye la carga económica sobre el sistema sanitario, evitando hospitalizaciones prolongadas que son frecuentes en pacientes adultos mayores con complicaciones neurológicas. Desde una perspectiva de salud pública, el HZ representa un desafío creciente debido al envejecimiento poblacional e inmunosenescencia⁸.

Finalmente, es imperativo resaltar que el HZ es una patología inmunoprevenible. La vacunación (especialmente con la vacuna recombinante adyuvada) ha demostrado una eficacia mayor del 90% en la prevención del HZ y la NPH en pacientes mayores de 50 años¹⁸. La promoción de la vacuna desde la Atención Primaria es la estrategia más costo-efectiva para reducir la incidencia de presentaciones atípicas y complicaciones graves, garantizando un envejecimiento saludable y preservando la calidad de vida de los pacientes¹⁹.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico del herpes zóster en los dermatomas C5-C6 es estrictamente clínico y exige diferenciarlo tempranamente de radiculopatías cervicales mecánicas, validando el juicio clínico sobre el diagnóstico molecular en atención primaria. La instauración de la terapia antiviral y neuromoduladora dentro de las primeras 72 horas es la intervención crítica



para frenar la replicación viral, proteger el plexo braquial y prevenir complicaciones como la paresia zosteriana. En definitiva, el tratamiento estándar temprano en adultos mayores con presentaciones atípicas es altamente efectivo para mitigar el dolor agudo, evitar la neuralgia postherpética y prevenir secuelas funcionales crónicas, preservando la calidad de vida del paciente

Limitaciones del estudio

La principal limitación de este reporte es la descripción de un caso único, lo que impide generalizar los hallazgos a la población general. Asimismo, existe una restricción técnica por la ausencia de confirmación molecular (PCR o test de Tzanck), omisión justificada por la falta de disponibilidad en la atención primaria y compensada por la alta especificidad diagnóstica que ofrece la distribución neuroanatómica de las lesiones. Finalmente, el periodo de seguimiento se restringió a la fase aguda y resolución inicial, limitando la valoración de complicaciones tardías a largo plazo.

Contribuciones a los campos de las disciplinas sociosanitarias, salud y educación.

Este reporte demuestra que, ante la falta de pruebas moleculares en entornos hospitalarios, el diagnóstico clínico neuroanatómico y la excelente respuesta terapéutica validan el uso de protocolos internacionales como herramientas resolutivas y costo-efectivas. En salud y educación, el trabajo funciona como guía didáctica al subrayar la importancia de la sospecha clínica ante localizaciones atípicas en miembros superiores. Esto permite optimizar el manejo temprano, reducir secuelas crónicas como la neuralgia postherpética y disminuir la carga asistencial por complicaciones prevenibles en la población geriátrica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en la elaboración y presentación del presente manuscrito.

Financiamiento

Los autores declaran que no han recibido financiamiento alguno en la elaboración del presente manuscrito.

REFERENCIAS

1. Patel KR, Darweesh S, Lund D, Vanderkolk K. A Rare Complication of Herpes Zoster: Segmental Zoster Paresis. Cureus [Internet]. 2022;14(7):7–9. Available from: <https://doi.org/10.7759/cureus.27261>
2. Molero JM, Ortega J, Montoro I, McCormick N. Estado actual del herpes zóster y las nuevas perspectivas para su prevención. Vacunas [Internet]. 2024;25(2):254–



63. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.vacun.2023.12.005>
3. Hu J, Zhong L, Li T, Jia Q, Li H. Study of risk factors of postherpetic neuralgia. *Natl Med J China* [Internet]. 2022;102(40):3181–5. Available from: <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112137-20220601-01213>
4. Neri Rosario D, Turcu I, Sapkota S, Rajendiran A, Ruck L, Sherwood J. Disseminated Herpes Zoster Virus: A Severe Case Complicated by Radicular Mononeuropathy in a Clinically Immunocompetent Individual. *Cureus* [Internet]. 2025;17(12):1–6. Available from: <https://doi.org/10.7759/cureus.98834>
5. Alsulaiman OA, Alsaati AA, Alsulaiman F, Aljaafari D, Alabdali M. Herpes Zoster of the Sacral Region without Motor Dysfunction in a 55-year-Old Female: A Case Report and Literature Review. *Int Med Case Rep J* [Internet]. 2025;18(June):677–82. Available from: <https://doi.org/10.2147/imcrj.s525433>
6. Ho Y-J, Lin H-Y, Chen Y-J. Herpes Zoster and resultant Segmental Zoster Paresis: A casereport and Literature reviewarticle. *Rehabil Pract Sci* [Internet]. 2022;50(1). Available from: [https://doi.org/10.6315/tjpmr.202206_50\(1\).0010](https://doi.org/10.6315/tjpmr.202206_50(1).0010)
7. Tang J, Luo G, Tao J, Zhu J, He Q, Ni H, et al. Correlation Between Electromyography and Severity and Prognosis of Upper Limb Herpes Zoster. *Pain Physician* [Internet]. 2022;25(5):E749–57. Available from: <https://www.painphysicianjournal.com/current/pdf/NzUxNA==/145>
8. San Martin P, Aunhachoke K, Batac MCF, Lodrono-Lim K, Kwanthitinan C, Santoso D, et al. Systematic Literature Review of Herpes Zoster Disease Burden in Southeast Asia. *Infect Dis Ther* [Internet]. 2023;12(6):1553–78. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40121-023-00822-0>
9. Kosu Y, Kosu H, Gon Y. Upper limb paresis due to herpes zoster successfully managed in an outpatient setting: a case report. *J Med Case Rep* [Internet]. 2026;0–21. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13256-026-05978-0>
10. Patil A, Goldust M, Wollina U. Herpes zoster: A Review of Clinical Manifestations and Management. *Viruses* [Internet]. 2022 Jan 19 [cited 2026 Apr 3];14(2):192. Available from: <https://doi.org/10.3390/v14020192>
11. Balasaheb Choure S, Bedjawalge R, Gawai N, Gavhane V, Patil V. Review on Herpes Zoster. *Int J Res Appl Sci Eng Technol* [Internet]. 2025 [cited 2026 Apr 3];13(2321). Available from: <https://doi.org/10.22214/ijras.2025.69220>
12. Benedetti E, Liu R, Gershon S. Cervical polyradiculopathy after varicella zoster virus reactivation. *PM R* [Internet]. 2024;16(9):1049–51. Available from:



- <https://doi.org/10.1002/pmrj.13124>
13. Hass RM, Sturgill FL, Young NP. Sensory and Motor Neurologic Presentations of Herpes Zoster (Shingles). *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2023;98(8):1128–30. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2023.03.009>
 14. Steinmann M, Lampe D, Grosser J, Schmidt J, Hohoff ML, Fischer A, et al. Risk factors for herpes zoster infections: a systematic review and meta-analysis unveiling common trends and heterogeneity patterns. *Infection* [Internet]. 2024 [cited 2026 Apr 3];52:1009–26. Available from: <https://doi.org/10.1007/s15010-023-02156-y>
 15. Bardach AE, Palermo C, Alconada T, Sandoval M, Balan DJ, Guevara JN, et al. Herpes zoster epidemiology in Latin America: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2021 Aug 1 [cited 2026 Apr 3];16(8):e0255877. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255877>
 16. Nemoto J, Ogasawara JI, Koga M. The Diversity of Neurological Complications Associated with Herpes Zoster: A Retrospective Case Series of 26 Patients. *Intern Med* [Internet]. 2024;63(19):2621–5. Available from: <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.3047-23>
 17. Nelson JH, Foo C, Hammock L, Lucero O. Herpes Zoster Presenting As Cutaneous Vasculitis in the Upper Extremity. *Cureus* [Internet]. 2021;13(12):10–3. Available from: <https://doi.org/10.7759/cureus.20391>
 18. Francisco J-D, Lucía P-M, Mar T-R, Delgado-Sánchez E, Esteve-Atiénzar P, Jorge P-G. Upper limb plexopathy secondary to herpes zoster: A PRISMA-guided systematic case review. *J Neurol Sci* [Internet]. 2026;481(2025):125767. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jns.2026.125767>
 19. Daruish M, Cazzato G, Markiewicz D, Taibjee S, Fortarezza F, Calonje E. A Review of Atypical Cutaneous Histological Manifestations of Herpes Zoster. *Viruses* [Internet]. 2024;16(7):1–8. Available from: <https://doi.org/10.3390/v16071035>