

UN CAZ SUPRINZĂTOR: HERPES ZOSTER PEDIATRIC

THE BLISTERING TRUTH: A SURPRISING CASE OF CHILDHOOD HERPES ZOSTER

ANA ION*, RĂZVAN-GEORGE NEAGU**, EUGENIU POPESCU-GAROTESCU**, CRISTINA A. VRÂNCIANU***, ****, CĂLIN GIURCĂNEANU****, ***** , LILIANA GABRIELA POPA ***** ,*****

Rezumat

*Virusul varicelo-zosterian este un herpesvirus uman neurotrop, aparținând genului **Alphaherpesviridae**. Acest virus este responsabil de infecția primară, manifestată clinic prin varicelă, precum și de herpesul zoster, care reprezintă reactivarea infecției latente. Prezintă o distribuție geografică globală. Deși este întâlnit cel mai frecvent la adulții vârstnici, herpesul zoster poate apărea și la copiii și adolescenții anterior sănătoși. Este cunoscut faptul că varicela apărută în copilăria timpurie poate fi asociată cu apariția herpesului zoster la copiii imuno-competenți.*

În acest articol prezentăm un caz rar de herpes zoster pediatric la o fetiță în vârstă de 7 ani, cu antecedente confirmate de varicelă în copilăria timpurie, la vârsta de un an. Deși herpesul zoster este neobișnuit în populația pediatrică, acest caz ilustrează un tablou clinic tipic la un copil anterior sănătos și subliniază importanța unei abordări interdisciplinare implicând medicii dermatologi în colaborare cu alte specialități precum medicina de familie, pediatria și bolile infecțioase.

***Cuvinte-cheie:** „herpes zoster în copilărie”, „herpes zoster la copii imunocompetenți” și „herpes zoster pediatric”.*

Summary

*The **Varicella-zoster** virus is a neurotropic human herpes virus belonging to the genus **alpha herpesviridae**. The virus is responsible for primary infection resulting in varicella and herpes zoster representing a reactivation of latent infection. It shows a worldwide distribution. While most frequently seen in older adults, herpes zoster can also develop in otherwise healthy children and adolescents. It is widely accepted that early childhood chickenpox infection may be linked to the occurrence of herpes zoster in immunocompetent children. In this article we present a rare case of pediatric herpes zoster in a 7-year-old girl who had a confirmed history of primary varicella infection during infancy, at one year of age. Although herpes zoster is uncommon in the pediatric population, this case illustrates a characteristic clinical course in an otherwise healthy child and underscores the importance of an interdisciplinary approach involving dermatology in collaboration with family medicine, pediatrics, and infectious diseases specialists.*

***Key words:** “childhood herpes zoster”, “herpes zoster in immunocompetent children”, “pediatric herpes zoster”, “early childhood varicella”.*

Intrat în redacție: 17.02.2026

Acceptat: 7.04.2026

Received: 17.02.2026

Accepted: 7.04.2026

* Clinica Hipomed, Ilfov, Compartimentul de Dermatologie
Department of Dermatology, Hipomed Clinic, Ilfov

** Clinica Hipomed, Ilfov, Compartimentul de Medicină de Familie
Department of Family Medicine, Hipomed Clinic, Ilfov

*** Spitalul Clinic Dr. I. Cantacuzino, București, Secția de Reumatologie și Medicină internă
Department of Internal Medicine and Rheumatology, Cantacuzino Hospital, Bucharest

**** Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”, București, Catedra de Reumatologie
Department of Rheumatology, Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest

***** Spitalul Universitar de Urgență Elias, București, Secția de Dermatologie
Department of Dermatology, Elias Emergency University Hospital, Bucharest

***** Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”, București, Catedra de Dermatologie
Department of Dermatology, Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest

Introducere

Virusul varicelo-zosterian (VZV), cunoscut și sub denumirea de herpesvirus uman tip 3, reprezintă agentul etiologic al varicelei și al herpesului zoster (HZ). Herpesul zoster constituie rezultatul reactivării VZV la nivelul gazdei și a atras un interes considerabil mai ales datorită variabilității prezentării clinice, aspect deosebit de relevant pentru diagnosticul diferențial, în special în contextul în care complicațiile pot fi potențial amenințătoare de viață. Opțiunile terapeutice, precum și prevenția prin vaccinare, au o importanță clinică majoră. Literatura de specialitate privind HZ este în continuă dezvoltare, în special în ceea ce privește pacienții cu comorbidități și cei imunocompromiși [1,2].

Varicela se transmite prin inhalarea picăturilor respiratorii sau prin contact direct cu lichidul din leziunile veziculare caracteristice, fiind una dintre cele mai contagioase boli infecțioase umane. După pătrunderea în organism, virusul se replică inițial la nivelul tractului respirator, urmat de diseminarea către ganglionii limfatici regionali. Ulterior, apare viremia, care determină dezvoltarea erupției cutanate veziculare tipice. Leziunile cutanate se află, frecvent, în stadii evolutive diferite în același timp, de la vezicule recent apărute până la leziuni crustificate și, ocazional, cicatrici reziduale [3,4].

Perioada de incubație a varicelei variază între 10 și 21 de zile. Persoanele infectate sunt contagioase începând cu 1-4 zile înainte de apariția erupției cutanate și rămân astfel până la uscarea completă a tuturor leziunilor veziculare [5]. În cazul apariției varicelei în timpul sarcinii, virusul poate traversa bariera feto-placentară și infecta fătul, determinând forme severe de boală diseminată, potențial letale. Vaccinarea maternă joacă un rol esențial în protejarea fătului împotriva acestor riscuri [6,7].

După infecția primară, VZV rămâne într-o stare de latență pe termen lung în țesutul nervos. Virusul a fost identificat la nivelul rădăcinilor dorsale ganglionare, la nivelul ganglionilor nervilor cranieni, al ganglionilor autonomi ai sistemului nervos enteric, precum și în astrocite. Imunitatea mediată celular are un rol central în menținerea latenței VZV, iar reactivarea virală este considerată a surveni în contextul scăderii supravegherii imune [8].

Introduction

The *Varicella-zoster* virus (VZV) or human herpes virus 3 is the causative agent for both chickenpox/varicella and shingles/*Herpes zoster* (HZ). HZ represents a reactivation of VZV in the host and has gained interest because of variable clinical presentation, which is important in the differential diagnosis of diseases, especially since HZ complications may potentially be life-threatening. Treatment options and prevention by vaccination are of clinical importance. The literature related to HZ continues to evolve, especially in regard to patients with comorbidities and immunocompromised patients [1,2].

Varicella is transmitted through inhalation of respiratory droplets or direct contact with fluid from its characteristic vesicular lesions, making it one of the most highly contagious human diseases. After entering the body, the virus first replicates in the respiratory tract and then spreads to nearby lymph nodes. This is followed by viremia, which leads to the appearance of the classic vesicular skin eruptions. These skin lesions typically show multiple stages at once, ranging from newly formed vesicles to crusted lesions and, in some cases, residual scarring [3,4].

The incubation period for varicella ranges from 10 to 21 days. Individuals are contagious starting 1 to 4 days before the appearance of the skin rash and remain so until all vesicular lesions have completely dried [5]. When varicella occurs during pregnancy, the virus can cross the placenta and infect the fetus. Such fetal infections may result in severe, potentially life-threatening disseminated disease. Maternal vaccination helps protect the fetus from these risks [6,7].

Following primary infection, VZV establishes lifelong latency in neural tissues. The virus has been identified in the dorsal root ganglia, cranial nerve ganglia, autonomic ganglia within the enteric nervous system, and in astrocytes. Cell-mediated immunity plays the central role in maintaining VZV latency, and reactivation is believed to occur when this immune surveillance declines [8].

When VZV reactivates, it begins replicating within neuronal cell bodies. The newly formed viral particles then travel along the nerve fibers to

În timpul reactivării, VZV se multiplică la nivelul corpurilor celulare neuronale, iar particulele virale nou formate migrează de-a lungul fibrelor nervoase către dermatomerul corespunzător. La acest nivel, virusul declanșează un proces inflamator și apariția veziculelor. Durerea asociată HZ este consecința inflamației nervilor afectați de infecția cu VZV. Spre deosebire de varicelă, HZ nu prezintă risc pentru fătul în dezvoltare, deoarece anticorpii materni transferați transplacentar oferă protecție [9].

HZ are o distribuție globală și nu prezintă variații sezoniere ale incidenței [10]. Principalii factori de risc pentru apariția HZ includ vârsta peste 50 de ani, imunodepresia, anumite infecții și stresul psihologic. Deși apare predominant la adulții vârstnici, HZ poate fi întâlnit și la copii și adolescenți anterior sănătoși [10]. Este cunoscut faptul că varicela apărută în copilăria timpurie este asociată cu apariția HZ la copiii imunocompetenți [10,11]. Având în vedere imaturitatea sistemului imun în primii ani de viață, răspunsul imun specific insuficient, în special la nivelul imunității mediate celular, este considerat principalul mecanism implicat în apariția HZ la pacienții pediatrici [12].

Manifestările clinice ale HZ evoluează clasic în trei stadii: preeruptiv, acut exudativ și cronic. Faza preeruptivă este caracterizată prin durere sau senzație de arsură localizată la nivelul dermatomului afectat, apărută cu cel puțin două zile înainte de debutul leziunilor cutanate. Pot fi asociate simptome generale, precum cefalee, oboseală și fotofobie [13].

În stadiul acut eruptiv apar grupuri de vezicule dureroase, ombilicate, dispuse în buchet pe fond eritematos, prezentând un conținut serocitrin care, ulterior, poate deveni tulbure. În evoluție se observă eroziuni și cruste. Această fază este cea mai contagioasă. Durerea este de obicei intensă și poate fi refractară la analgezicele non-opioide. Faza acută durează aproximativ 2-4 săptămâni, deși durerea poate persista și ulterior [13].

Forma cronică de HZ este definită prin persistența durerii pe o durată mai mare de patru săptămâni. Pacienții pot prezenta disestezii și parestezii, iar durerea poate fi severă, cu impact semnificativ asupra calității vieții, persistând uneori timp de mai multe luni [14].

the corresponding dermatome. In this region, the virus triggers inflammation and the formation of vesicular lesions. The pain associated with HZ results from inflammation of the nerves infected by VZV. Unlike varicella, HZ does not endanger a developing fetus because maternal antibodies that cross the placenta provide protection [9].

Herpes zoster occurs globally and shows no seasonal pattern in its incidence [10]. Major risk factors include age over 50, immunosuppression, certain infections, and psychological stress. Although most frequently seen in older adults, HZ can also develop in otherwise healthy children and adolescents [10]. It is widely accepted that early childhood chickenpox infection is linked to the occurrence of HZ in immunocompetent children [10,11]. Because the immune system is still developing in early childhood, the relatively weak specific immune response – particularly cell-mediated immunity – is thought to be the primary reason HZ occurs in pediatric patients [12].

Clinical manifestations of HZ progress through three stages: pre-eruptive, acute exudative, and chronic. The pre-eruptive phase is marked by burning or pain in the affected dermatome beginning at least two days before skin lesions appear. Patients may also experience extra-cutaneous symptoms such as headache, malaise, and sensitivity to light [13].

During the acute eruptive stage, clusters of painful, umbilicated vesicles develop. These lesions often rupture, ulcerate, and eventually crust over. This phase is the most contagious. Pain is typically intense and may not respond to nonsteroidal analgesics. The acute phase lasts about 2-4 weeks, although discomfort may persist beyond this period [13].

Chronic HZ is defined by persistent pain lasting more than four weeks. Patients may experience dysesthesias and paresthesias. This pain can be debilitating and may continue for several months [14].

In most cases, diagnosis is based on clinical evaluation. However, the variable and sometimes atypical presentation of HZ can make diagnosis challenging in certain patients [14, 15, 16].

În majoritatea cazurilor, diagnosticul se bazează pe evaluarea clinică. Cu toate acestea, variabilitatea și caracterul uneori atipic al prezentării clinice pot îngreuna stabilirea diagnosticului la anumiți pacienți [14–16].

Material și Metode

Prezentăm un caz de herpes zoster pediatric la o fetiță în vârstă de 7 ani, cu antecedente documentate de varicelă în copilăria timpurie. Acest caz oferă informații relevante privind particularitățile clinice și abordarea terapeutică a HZ în populația pediatrică.

De asemenea, cu ajutorul bazei de date PubMed au fost identificate și discutate rapoarte de caz anterior publicate referitoare la HZ pediatric, utilizând cuvinte-cheie precum „herpes zoster în copilărie”, „herpes zoster la copii imunocompetenți” și „herpes zoster pediatric”.

Prezentare de caz

Pacientă în vârstă de 7 ani s-a prezentat pentru o erupție cutanată caracterizată prin buchete de vezicule grupate, pe fond eritematos, dispuse în plăci policiclice bine delimitate, localizate la nivelul dermatomului L1 stâng, înalt sugestivă clinic pentru diagnosticul de HZ. Debutul simptomatologiei a fost marcat de durere intensă și senzație de arsură, indicând faza inițială a bolii. Faza prodromală a durat câteva zile și s-a manifestat prin durere accentuată în regiunea lombară stângă și la nivelul porțiunii superioare a coapsei stângi. Ulterior, au apărut papule eritematoase, care au evoluat rapid către vezicule.

Leziunile au fost limitate strict la nivelul teritoriului dermatomului L1 stâng, sugerând afectarea unui singur nerv spinal (Figura 1). Pacienta prezenta antecedente confirmate de infecție primară cu VZV în copilăria mică, la vârsta de un an. Nu au fost identificate semne sistemice de infecție, precum febră sau alterarea stării generale.

Investigațiile de laborator au evidențiat o limfocitoză ușoară și o creștere discretă a vitezei de sedimentare a hematiilor (VSH), de altfel modificări frecvent întâlnite în infecțiile virale, fără alte anomalii biologice semnificative.

Din punct de vedere terapeutic, pacienta a beneficiat de inițierea promptă a tratamentului antiviral cu aciclovir administrat oral, în doză de

Material and Methods

We report a pediatric case of HZ in a 7-year-old girl with a documented history of varicella infection in early childhood. This case provides insight into the clinical manifestations and management considerations of HZ in the pediatric population.

Additionally, we queried the PubMed database to identify further information regarding previously published case reports of pediatric HZ, using keywords such as ‘childhood herpes zoster,’ ‘herpes zoster in immunocompetent children,’ and ‘pediatric herpes zoster.’

Case presentation

A 7-year-old girl presented with a distinctive dermatologic eruption consistent with herpes zoster, characterized by grouped vesicles on an erythematous base which formed well-defined, polycyclic plaques localized to the left L1 dermatome. The onset of symptoms was accompanied by intense pain and a burning sensation, signaling the initial phase of the condition. The prodromal phase lasted several days, marked by significant pain in the left lumbar region and upper thigh. This was soon followed by the development of erythematous papules that rapidly progressed to vesicular lesions. The lesions were restricted to the left L1 dermatome, which is consistent with the involvement of a single spinal nerve (Figure 1). The patient had a confirmed history of primary varicella infection during infancy, at one year of age. No systemic signs of infection, such as fever or malaise, were observed. Laboratory investigations revealed mild lymphocytosis and a mild increase in the erythrocyte sedimentation rate (ESR), which are common findings in viral infections. No other significant abnormalities were noted. With respect to therapeutic management, the patient was promptly started on antiviral treatment with oral acyclovir at a dosage of 20 mg/kg per dose, administered four times daily (every six hours) for seven days. In addition to the antiviral therapy, nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) were prescribed to alleviate pain and reduce the inflammation associated with the condition.



Figura 1. Buchete de vezicule grupate, pe fond eritematos, dispuse în plăci policiclice bine delimitate, localizate la nivelul dermatomului L1 stâng.

Figure 1. Well-defined, polycyclic, erythematous plaques covered by grouped vesicles localized to the left L1 dermatome.

20 mg/kg/doză, de patru ori pe zi (la interval de șase ore), pe o durată de șapte zile. În completarea terapiei antivirale, au fost prescrise antiinflamatoare nesteroidiene pentru controlul durerii și reducerea inflamației asociate.

La controlul efectuat la 7 zile, pacienta a prezentat o ameliorare semnificativă a aspectului clinic al erupției cutanate. Leziunile veziculare au început să se usuce și să se acopere cu cruste, lăsând în urmă o hiperpigmentare postinflamatorie (Figura 2).

La evaluarea efectuată la 14 zile, hiperpigmentarea postinflamatorie s-a redus semnificativ, iar pacienta a prezentat o evoluție clinică favorabilă, cu tendință către rezoluție completă (Figura 3). De remarcat faptul că pacienta nu a dezvoltat nevralgie postherpetică (NPH), o complicație frecvent asociată HZ la adulții vârstnici, dar rar întâlnită în populația pediatrică.

Discuții

HZ este o afecțiune rar întâlnită la copiii imunocompetenți. Varicela în copilăria timpurie reprezintă principalul factor de risc pentru apariția HZ pediatric la copiii anterior sănătoși

At the 7-day follow-up, the patient presented with significant improvement in the clinical appearance of the rash. The vesicular lesions had started to dry and crust, leaving behind post-inflammatory hyperpigmentation (Figure 2).

By the 14-day follow-up, the post-inflammatory hyperpigmentation had notably diminished, and the patient exhibited a favorable clinical progression towards complete resolution (Figure 3). Notably, the patient did not develop postherpetic neuralgia (PHN), a complication commonly associated with herpes zoster in older adults but only infrequently observed in the pediatric population.

Discussions

In immunocompetent children, HZ is quite uncommon. Early childhood varicella has proven to be the primary risk factor for pediatric HZ in otherwise healthy children [17]. Pediatric HZ may also be the result of varicella vaccination, as demonstrated by Plachouri KM in a case report from 2019 about an 11-year-old child who developed HZ after two doses of the VZV



Figura 2. Ameliorare semnificativă a aspectului clinic al erupției prin uscarea și crustificarea veziculelor, precum și prin apariția hiperpigmentării post-inflamatorii.

Figure 2. Significant improvement may be noted with vesicular lesions starting to dry and crust, leaving behind post-inflammatory hyperpigmentation.



Figura 3. Evoluție clinică favorabilă cu diminuarea semnificativă a hiperpigmentării post-inflamatorii și tendință către rezoluție completă.

Figure 3. The post-inflammatory hyperpigmentation had notably diminished, and the patient exhibited a favorable clinical progression towards complete resolution.

[17]. De asemenea, HZ poate surveni și ca urmare a vaccinării împotriva varicelei, fapt evidențiat de Plachouri KM într-un raport de caz publicat în 2019 în care un copil în vârstă de 11 ani a dezvoltat HZ după administrarea a două doze de vaccin [18].

Într-un studiu retrospectiv realizat în 2019, Gündoğdu M. și colab. au analizat distribuția sezonieră și caracteristicile clinice ale HZ la copiii imunocompetenți. Studiul a inclus 69 de pacienți pediatrici, cu vârste cuprinse între șase luni și 17 ani. Analiza distribuției anuale a evidențiat două vârfuri de incidență, în lunile martie și septembrie, fără cazuri raportate în luna august. Din punct de vedere clinic, regiunea toracică a fost cel mai frecvent afectată [19].

HZ constituie o cauză rară de manifestări dermatologice în populația pediatrică și poate ridica suspiciunea existenței unei imunodeficiențe subiacente. Într-o publicație recentă din 2025, Zhang S și colab. au analizat literatura de specialitate referitoare la HZ la copii [20]. În majoritatea cazurilor, diagnosticul a fost stabilit pe baza aspectului clinic caracteristic, corelat cu datele epidemiologice. HZ este asociat cu defecte ale imunității mediate celular, în special ale limfocitelor T, care pot fi secundare unor infecții precum HIV sau tuberculoza, precum și unor afecțiuni sistemice, inclusiv diabetul zaharat, malnutriția, neoplaziile sau imunodeficiențele primare, după cum este ilustrat în Tabelul 1 [20].

Autorii au identificat și o serie de semne clinice sugestive pentru o posibilă afectare imunologică subiacentă, cum ar fi: recurența HZ într-un interval scurt de timp; boala diseminată; apariția de leziuni noi la mai mult de o săptămână de la debutul inițial; evoluția

vaccination [18]. In a retrospective study from 2019, Gündoğdu M. et al. assessed the annual pattern and clinical aspects of HZ in immunocompetent children. The study encompassed 69 immunocompetent pediatric patients aged between six months and seventeen years old. Regarding the annual distribution of the disease, two peaks of HZ were highlighted – in March and September, respectively, with no cases reported in August. Concerning the clinical aspects of pediatric HZ, the most common site of involvement was the thoracic dermatome [19].

HZ is an infrequent cause of dermatologic manifestations in the pediatric population and may raise concern for an underlying immunodeficiency. In a recent publication from 2025 by Zhang S et al, the authors studied manuscripts addressing HZ in children [20]. In most instances, the diagnosis was established based on characteristic clinical findings in conjunction with epidemiological information. HZ is known to be associated with defects in T-cell-mediated immunity, which may be secondary to infections such as HIV, tuberculosis, or other pathogens, as well as to conditions including diabetes, malnutrition, malignancy, or primary immunodeficiency, as shown in Table 1 [20].

The authors found key clinical indicators suggestive of an underlying immune disorder which included recurrent HZ within a short timeframe; disseminated disease; the appearance of new lesions more than one week after the initial presentation; a prolonged course despite appropriate antiviral therapy; a history of recurrent, invasive, or unusually persistent infections caused by other pathogens; and a

Tabelul 1. Afecțiuni asociate cu HZ și defecte ale imunității mediate celular

• Infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV)
• Tuberculoză
• Diabetul zaharat
• Malnutriția
• Neoplaziile
• Imunodeficiențele primare

Table 1. Conditions Associated With Herpes Zoster and Defects in T-Cell-Mediated Immunity

• Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection
• Tuberculosis
• Diabetes
• Malnutrition
• Malignancy
• Primary immunodeficiency

prelungită în ciuda tratamentului antiviral adecvat; antecedente de infecții recurente, severe sau neobișnuit de persistente cauzate de alți agenți patogeni; precum și antecedente familiale de imunodeficiență sau consangvinitate [20]. În cazul copiilor vaccinați împotriva VZV, trebuie avută în vedere și posibilitatea apariției HZ determinat de tulpina vaccinală. Autorii recomandă ca evaluarea inițială a majorității pacienților pediatriei cu HZ să se bazeze pe anamneză detaliată și investigații de laborator uzuale. Cu toate acestea, în prezența unor semne clinice de alarmă sau a unor rezultate paraclinice anormale, este indicată trimiterea către un medic specialist cu experiență [20].

Deși rar, HZ pediatric poate prezenta o afectare cutanată multisegmentară [21]. HZ multisegmentar, cunoscut și sub denumirea de HZ multidermatomic, este definit prin afectarea a două sau mai multe dermatoame într-o distribuție zosteriformă caracteristică [22–24]. Această formă este raportată predominant la pacienții imunocompromiși sau parțial imunocompromiși, reflectând un deficit al imunității mediate celular, și este descrisă doar sporadic în populația pediatrică [25]. Elsaie M și colab. au raportat cazul unei fetițe imunocompetente în vârstă de 6 ani, cu antecedente de varicelă în copilăria timpurie, care a dezvoltat o erupție extinsă de HZ pe partea dreaptă a corpului și la nivel abdominal, subliniind astfel heterogenitatea prezentării clinice a acestei afecțiuni [21].

În cazul de față, pacienta a prezentat un tablou clinic tipic de herpes zoster, debutând cu durere intensă, de tip arsură, localizată la nivelul dermatomului L1 stâng, urmată de apariția unei erupții cutanate caracterizate prin vezicule grupate pe fond eritematos, care au confluat în plăci policiclice bine delimitate. Pacienta prezenta antecedente confirmate de infecție primară cu VZV în copilăria timpurie, la vârsta de un an. Investigațiile de laborator au evidențiat o limfocitoză ușoară și o creștere discretă a vitezei de sedimentare a hematiilor (VSH), modificări frecvent întâlnite în infecțiile virale, fără alte anomalii biologice semnificative. După inițierea terapiei antivirale, pacienta a prezentat o evoluție clinică favorabilă, cu rezoluție completă a bolii.

family history of immunodeficiency or consanguinity [20]. In children who have received the VZV vaccine, vaccine-strain HZ should be considered, as well. The authors recommend that most children with HZ should be evaluated based on their clinical history and standard laboratory tests. Nevertheless, if any worrisome clinical features or abnormal test results were to be identified, referral to an experienced specialist is recommended [20].

Although uncommon, HZ in the pediatric population may exhibit a multisegmental pattern of cutaneous involvement [21]. Multisegmental HZ, also referred to as multidermatomic HZ, is defined by the involvement of two or more dermatomes in a characteristic zosteriform distribution [22, 23, 24]. This clinical manifestation is predominantly reported in immunocompromised or partially immunocompromised patients, reflecting impaired cell-mediated immunity, and is only rarely described in the pediatric population [25]. Elsaie M et al reported the case of a 6-year-old immunocompetent girl with a medical history of early childhood varicella who developed a widespread HZ eruption on the right side of the body and on the abdomen, further highlighting the multifaceted clinical presentation of HZ in both children and adults [21].

In this case report, our patient exhibited a characteristic clinical presentation of HZ, beginning with intense, burning pain localized to the left L1 dermatome, followed by the development of a cutaneous eruption consisting of grouped vesicles on an erythematous base that coalesced into well-demarcated, polycyclic plaques. The patient had a confirmed history of primary varicella infection during infancy, at one year of age. Laboratory evaluation demonstrated mild lymphocytosis and a slight elevation in the erythrocyte sedimentation rate (ESR), findings frequently associated with viral infections. No additional significant abnormalities were identified. Following the initiation of antiviral therapy, the patient demonstrated a favorable clinical response with subsequent complete disease resolution.

Concluzii

Herpesul zoster reprezintă reactivarea virusului varicelo-zosterian, care persistă în stare latentă la nivelul rădăcinilor dorsale ganglionare după infecția primară. Această afecțiune este rar întâlnită la copiii sănătoși, majoritatea cazurilor fiind raportate la pacienți cu imunodepresie.

În cazul prezentat, antecedentele documentate de varicelă în copilăria timpurie au constituit un factor predispozant major pentru reactivarea VZV. Distribuția unilaterală, segmentară a erupției cutanate a fost concordantă cu tabloul clinic tipic herpesului zoster. Inițierea precoce a terapiei antivirale cu aciclovir s-a dovedit eficientă în reducerea severității și duratei simptomatologiei, precum și în prevenirea complicațiilor, inclusiv nevralgia postherpetică.

Acest raport de caz evidențiază o evoluție clinică tipică a herpesului zoster la un copil anterior sănătos, cu răspuns terapeutic favorabil, ameliorare semnificativă în prima săptămână de la inițierea terapiei antivirale și rezoluție completă la evaluarea efectuată la două săptămâni. Absența nevralgiei postherpetice subliniază prognosticul global favorabil.

Deși herpesul zoster este neobișnuit în populația pediatrică, acest caz ilustrează un tablou clinic tipic la un copil anterior sănătos și subliniază importanța unei abordări interdisciplinare implicând medicii dermatologi în colaborare cu alte specialități precum medicina de familie, pediatria și bolile infecțioase.

Conclusions

Herpes zoster, also known as shingles, is a reactivation of the varicella-zoster virus, which remains dormant in the dorsal root ganglia after an initial varicella infection. The condition is rare in healthy pediatric populations, with most cases occurring in immunocompromised individuals. In this case, the patient had a documented history of varicella infection during early childhood, which constitutes a significant predisposing factor for varicella-zoster virus reactivation in pediatric populations. Furthermore, the localized dermatomal distribution of the cutaneous eruption was consistent with the characteristic clinical presentation of herpes zoster. Early initiation of antiviral therapy, such as acyclovir, has been demonstrated to reduce symptom severity and duration, while also decreasing the likelihood of complications, including postherpetic neuralgia.

This case highlights a typical clinical course of herpes zoster in an otherwise healthy child. The patient exhibited a favorable therapeutic response, with significant improvement observed within one week and complete resolution by the two-week follow-up. The absence of postherpetic neuralgia further emphasizes the overall favorable prognosis.

Although herpes zoster is uncommon in the pediatric population, this case illustrates a characteristic clinical course in an otherwise healthy child and underscores the importance of an interdisciplinary approach involving dermatology in collaboration with family medicine, pediatrics, and infectious diseases specialists.

Bibliografie/Bibliography

1. Patil A, Goldust M, Wollina U. *Herpes zoster: A Review of Clinical Manifestations and Management*. *Viruses*. 2022 Jan 19;14(2):192. doi: 10.3390/v14020192. PMID: 35215786; PMCID: PMC8876683.
2. Asada H. Recent topics in the management of herpes zoster. *J Dermatol*. 2023 Mar;50(3):305-310. doi: 10.1111/1346-8138.16666. Epub 2022 Dec 20. PMID: 36539935.
3. Marin M, Leung J, Lopez AS, Shepersky L, Schmid DS, Gershon AA. Communicability of varicella before rash onset: a literature review. *Epidemiol Infect*. 2021 May 7;149:e131. doi: 10.1017/S0950268821001102. PMID: 33958016; PMCID: PMC8193770.
4. Kennedy PGE, Mogensen TH, Cohrs RJ. Recent Issues in Varicella-Zoster Virus Latency. *Viruses*. 2021 Oct 7;13(10):2018. doi: 10.3390/v13102018. PMID: 34696448; PMCID: PMC8540691.
5. Depledge DP, Sadaoka T, Ouwendijk WJD. Molecular Aspects of Varicella-Zoster Virus Latency. *Viruses*. 2018 Jun 28;10(7):349. doi: 10.3390/v10070349. PMID: 29958408; PMCID: PMC6070824.
6. Marin M, Leung J, Lopez AS, Shepersky L, Schmid DS, Gershon AA. Communicability of varicella before rash onset: a literature review. *Epidemiol Infect*. 2021 May 7;149:e131. doi: 10.1017/S0950268821001102. PMID: 33958016; PMCID: PMC8193770.

7. Nanthakumar MP, Sood A, Ahmed M, Gupta J. Varicella Zoster in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021 Mar;258:283-287. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.01.009. Epub 2021 Jan 12. PMID: 33494028.
8. Mahalingam R, Gershon A, Gershon M, Cohen JI, Arvin A, Zerboni L, Zhu H, Gray W, Messaoudi I, Traina-Dorge V. Current In Vivo Models of Varicella-Zoster Virus Neurotropism. *Viruses.* 2019 May 31;11(6):502. doi: 10.3390/v11060502. PMID: 31159224; PMCID: PMC6631480.
9. Gershon AA, Breuer J, Cohen JI, Cohrs RJ, Gershon MD, Gilden D, Grose C, Hambleton S, Kennedy PG, Oxman MN, Seward JF, Yamanishi K. Varicella zoster virus infection. *Nat Rev Dis Primers.* 2015 Jul 2;1:15016. doi: 10.1038/nrdp.2015.16. PMID: 27188665; PMCID: PMC5381807.
10. Hwang JH, Kim KH, Han SB, Kim HH, Kim JH, Lee SY, Choi UY, Kang JH. A clinico-epidemiological multicenter study of herpes zoster in immunocompetent and immunocompromised hospitalized children. *Clin Exp Vaccine Res.* 2019 Jul;8(2):116-123. doi: 10.7774/cevr.2019.8.2.116. Epub 2019 Jul 31. PMID: 31406693; PMCID: PMC6689498.
11. Tseng HF, Smith N, Marcy SM, Sy LS, Jacobsen SJ. Incidence of herpes zoster among children vaccinated with varicella vaccine in a prepaid health care plan in the United States, 2002-2008. *Pediatr Infect Dis J.* 2009 Dec;28(12):1069-72. doi: 10.1097/INF.0b013e3181ac84f. PMID: 19773676.
12. Takayama N, Yamada H, Kaku H, Minamitani M. Herpes zoster in immunocompetent and immunocompromised Japanese children. *Pediatr Int.* 2000 Jun;42(3):275-9. doi: 10.1046/j.1442-200x.2000.01227.x. PMID: 10881585.
13. Dayan RR, Peleg R. Herpes zoster - typical and atypical presentations. *Postgrad Med.* 2017 Aug;129(6):567-571. doi: 10.1080/00325481.2017.1335574. Epub 2017 Jun 5. PMID: 28540752.
14. Wollina U. Variations in herpes zoster manifestation. *Indian J Med Res.* 2017 Mar;145(3):294-298. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_1622_16. PMID: 28749391; PMCID: PMC5555057.
15. Zhou J, Li J, Ma L, Cao S. Zoster sine herpette: a review. *Korean J Pain.* 2020 Jul 1;33(3):208-215. doi: 10.3344/kjp.2020.33.3.208. PMID: 32606265; PMCID: PMC7336347.
16. Imai T, Fujita Y. Zoster sine herpette of the trigeminal nerve revisited as a COVID-19-associated disease: Atypical manifestation of herpes zoster masquerading odontogenic symptoms. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2023 Feb;124(1):101265. doi: 10.1016/j.jormas.2022.08.008. Epub 2022 Aug 18. PMID: 35987500; PMCID: PMC9385378.
17. Peterson N, Goodman S, Peterson M, Peterson W. Herpes zoster in children. *Cutis.* 2016 Aug;98(2):93-5. PMID: 27622252.
18. Plachouri KM, Gkentzi D, Varvarigou A, Georgiou S, Dimitriou G. Herpes Zoster Onset 9 Years After First Varicella Zoster Vaccination in an 11-year-old Child - A Case Report. *Curr Pediatr Rev.* 2019;15(4):265-267. doi: 10.2174/1573396315666190318163927. PMID: 30887925; PMCID: PMC7040500.
19. Gündoğdu M, Erden N, Karagun E, Acipayam AŞF, Vural S. Annual pattern and clinical characteristics of herpes zoster in immunocompetent children in a rural area. *Dermatol Ther.* 2021 Jan;34(1):e14570. doi: 10.1111/dth.14570. Epub 2020 Dec 6. PMID: 33219711.
20. Zhang S, Kim VHD, Grunebaum E. Pediatric herpes zoster: should I be concerned for immunodeficiency? A review. *Front Pediatr.* 2025 Mar 14;13:1561339. doi: 10.3389/fped.2025.1561339. PMID: 40161504; PMCID: PMC11949924.
21. Elsaie ML, Shehu YM, Avashia N. Multisegmental herpes zoster in an immunocompetent girl. *Cutis.* 2012 Jan;89(1):36-7, 40. PMID: 22439309.
22. Steiner I, Kennedy PG, Pachner AR. The neurotropic herpes viruses: herpes simplex and varicella-zoster. *Lancet Neurol.* 2007 Nov;6(11):1015-28. doi: 10.1016/S1474-4422(07)70267-3. PMID: 17945155.
23. Beuerlein KG, Strowd LC. Multidermatomal herpes zoster: a pain in the neck? *Dermatol Online J.* 2019 Nov 15;25(11):13030/qt9kz407dx. PMID: 32045156.
24. Sundriyal D, Kapoor R, Kumar N, Walia M. Multidermatomal herpes zoster. *BMJ Case Rep.* 2014 Jun 4;2014:bcr2014205024. doi: 10.1136/bcr-2014-205024. PMID: 24899017; PMCID: PMC4054262.
25. Park KW, Lim DH, Lee SI. Multidermatomal Herpes Zoster in immunocompromised patient. *Korean J Intern Med.* 2020 Jan;35(1):252-253. doi: 10.3904/kjim.2019.090. Epub 2019 Aug 19. PMID: 31422652; PMCID: PMC6960060.

Conflict de interes
NEDECLARATE

Conflict of interest
NONE DECLARED

Adresa de corespondență: Ana Ion
Clinica Hipomed, Ilfov, Compartimentul de Dermatologie
E-mail: anaionoo@yahoo.com

Correspondance address: Ana Ion
Department of Dermatology, Hipomed Clinic, Ilfov
E-mail: anaionoo@yahoo.com