

Actualización en Herpes Zóster

Upgrade in Shingles

*Glujoy Macarena**, *Marino Candelaria***

* Estudiante de Medicina
Departamento de Ciencias de la
Salud Universidad Nacional del
Sur Florida 1450
B8003JSX – Bahía Blanca;
glujoymaca@hotmail.com

** Estudiante de Medicina
Departamento de Ciencias de la
Salud Universidad Nacional del
Sur Florida 1450
B8003JSX – Bahía Blanca;
candelariamarino23@hotmail.es

Fecha de Recibido: 20/02/15
Fecha de aceptación: 14/04/15

RESUMEN

El Herpes Zóster es un rash vesiculoso producido por la reactivación del virus Varicela-Zóster. Es más frecuente en adultos mayores y se manifiesta con dolor intenso. El diagnóstico clínico generalmente es sencillo, y el tratamiento se orienta hacia el manejo del dolor y la prevención de la Neuralgia Posherpética. En casos graves, dentro de las 72 horas de producido el rash, se pueden indicar antivirales por vía oral o endovenosa, según los requerimientos del paciente.

PALABRAS CLAVE: Herpes Zóster, Manejo del Dolor, Neuralgia Posherpética.

ABSTRACT

Shingles is a vesicular rash caused by reactivation of the Varicella-Zoster virus. It is more common in older adults and presents with severe pain. The clinical diagnosis is usually simple, and treatment is aimed at pain management and prevention of Postherpetic Neuralgia. In severe cases, within 72 hours of the rash, oral or intravenous antivirals may be prescribed, depending on the patients' requirements.

KEYWORDS: Herpes Zoster, Pain Management, Postherpetic Neuralgia.

Archivos de Medicina Familiar y General 2015; 12(1): 45-48

CASO CLÍNICO

Ana, de 65 años de edad, concurre a la consulta y refiere dolor intenso en hemitórax derecho con irradiación pósterio-anterior, de tres días de evolución. Lo describe como un dolor quemante, con brotes de reagudización, y que no cede con analgésicos comunes. Asimismo detalla la presencia de "granitos" en la zona dolorosa, y que el cuadro estuvo precedido, 24 horas antes, por prurito moderado en la zona donde ahora localiza el dolor. En el examen físico se observan, en dorso y surco mamario derechos, numerosas vesículas sobre un fondo eritematoso, algunas de ellas con exudado escaso. Presenta como antecedentes, cáncer de mama tratado y controlado hace 5 años, e hipertensión arterial.

INTRODUCCIÓN

El Herpes Zóster (HZ), comúnmente llamado "culebrilla", es un rash vesicular doloroso producido por la reactivación del virus Varicela-Zóster. Luego de la infección por este virus, llamada "Varicela", que ocurre generalmente durante la infancia, este permanece latente en los nervios craneales o en los ganglios de las raíces nerviosas dorsales de la persona infectada. La frecuencia de aparición del HZ se correlaciona con la disminución de la inmunidad de tipo celular frente al virus. Por eso, la frecuencia de esta patología aumenta con la edad: típicamente se presenta entre los 50 y 79 años y, aproximadamente el 60% de los casos, ocurre en mujeres (1). Es más frecuente en los pacientes inmunodeprimidos por trasplantes, neoplasias malignas, infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) y tratamiento con inmunosupresores (2).

CREENCIAS POPULARES SOBRE LA ENFERMEDAD

Los gauchos de la Pampa Húmeda de la Argentina la denominaban "culebrilla" porque suponían que su contaminación provenía del paso de una culebra sobre la ropa extendida para su secado sobre los cultivos. Visualmente, la enfermedad "provoca una erupción en la piel siguiendo una línea [...] se cree que cuando la línea (culebra) une sus dos puntas (la cabeza se junta con la cola) tiene consecuencias fatales para el portador" (3). Los curanderos recomiendan curarla frotando un sapo sobre la culebrilla, para que este absorba el veneno, o escribiendo con tinta china en ambos extremos las palabras "Jesús, María y José".

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Se presenta como un rash unilateral que afecta a un dermatoma y que no cruza la línea media. Los dermatomas más frecuentemente afectados son los torácicos, trigeminal, lumbar y cervicales. Este rash es generalmente precedido, 2 o 3 días antes, por parestesias y/o prurito de la zona. Se inicia como una erupción máculo-papulosa eritematosa que evoluciona a vesículas y luego a pústulas para finalizar en costras en 7 a 10 días. Este proceso se repite en brotes durante unos 7 días. Las lesiones se acompañan de dolor que los pacientes refieren como "punzante o quemante". Este suele ser más intenso en pacientes de edad más avanzada.

DIAGNÓSTICO

Cuando el cuadro clínico es típico, el diagnóstico es sencillo. En el paciente inmunocomprometido es un verdadero reto, ya que las manifestaciones clínicas son atípicas, el cuadro más común es el HZ sin aparición del rash característico, conocido como "zóster sine herpette". En estos casos debemos auxiliarnos con exámenes de laboratorio, entre ellos, el citodiagnóstico de Tzanck, inmunofluorescencia o PCR.

MANEJO DEL EPISODIO AGUDO DE HERPES ZÓSTER Y PREVENCIÓN DE LA NEURALGIA POSHERPÉTICA

El tratamiento del HZ debe tener presente los siguientes objetivos: aliviar el dolor, acelerar el proceso de curación de las lesiones, evitar su expansión y generalización, y prevenir la neuralgia posherpética (NPH). Según cómo se presente el dolor neural y de cómo sea su evolución en cada caso, deberemos abordarlo de una forma u otra. En unos casos será únicamente un método que acompañe al tratamiento antiviral, ya que, en pocas semanas, la sintomatología cederá. En otros casos, puede quedar un dolor neurítico residual, como consecuencia del daño en la fibra nerviosa, y que es lo que propiamente se conoce como NPH (dolor que dura más allá de los 90 días luego de iniciado el cuadro clínico). La NPH es la complicación más frecuente de esta enfermedad. Puede presentarse como: alodinia (estímulo no doloroso que es percibido como tal), hiperpatía (estímulos poco dolorosos percibidos como muy dolorosos) y disestesias (sensaciones presentes sin estímulo que las produzca).

El tratamiento antiviral sistémico es el tratamiento de primera línea para esta enfermedad.

Los metaanálisis y estudios controlados y aleatorizados indican que los antivirales administrados dentro de las 72 horas del comienzo de la erupción, cuando la replicación viral aún está en curso, reducen la gravedad, la inflamación y la duración del dolor agudo, aunque la eficacia sobre la incidencia de NPH sería menor (5-8). El más utilizado en nuestro medio es el Aciclovir (ACERPES, LYSOVIR, POVIRAL). En el caso de esta paciente, no fue tratada con antivirales debido a que se presenta en la consulta pasadas las 72 horas de evolución. Este debe indicarse en pacientes mayores de 50 años o con alguna inmunodeficiencia, en aquellos con afectación de un nervio craneal u ótico y en casos asociados a dermatitis atópica grave o a lesiones eccematosas extensas (8).

El agregado de corticoesteroides como Prednisona o Prednisolona dentro de las primeras 72 horas puede reducir el dolor, pero no se ha demostrado que tengan efecto en la prevención de la NPH (9-11). La pauta analgésica está basada en la intensidad del dolor que el paciente refiere, según la escala analógica de dolor.

* Dolor leve y moderado: Paracetamol, AINES.

* Dolor angustioso, severo: agregar opioides de baja potencia (Tramadol, Codeína).

* Dolor insoportable: agregar opioides de alta potencia (Morfina).

Los antidepresivos tricíclicos proveen alivio del dolor de moderado a excelente, tanto en el episodio agudo como en NPH (12). Tienen la ventaja de mejorar el estado de ánimo y el sueño del paciente, además de que su uso temprano puede prevenir la aparición de NPH (13). De forma complementaria al tratamiento sistémico, pueden utilizarse medidas locales con el fin de acelerar el proceso de curación de las lesiones. Durante la fase aguda, son eficaces las compresas frías o lociones de calamina (CALADRYL, PRURISEDAN) que alivian el dolor neural (8,14). En esta fase, son útiles también las soluciones antisépticas. Deben evitarse las curas oclusivas, las cremas de corticoides y los tratamientos tópicos con antivirales. No es frecuente la sobreinfección bacteriana de las lesiones. Como coanalgésico, puede utilizarse Pregabalina, que ha demostrado éxito en reducir el dolor y la interferencia en el sueño. Un fármaco tradicionalmente utilizado en otros tipos de dolor neurítico, la Carbamazepina, no cuenta con buena evidencia de efectividad en HZ (15,16).

Por último, debe recordarse que la polimedicación y la caída de la función renal son dos problemas muy comunes en las personas que más frecuentemente sufren de HZ, por lo que es recomendable repasar interacciones (tramadol e inhibidores de la recaptación de la serotonina) y monitorear y ajustar las dosis en caso de ser necesario (pregabalina, tramadol).

TABLAS Y GRÁFICOS



Imagen tomada con autorización de <http://www.saudemedicina.com/>.

TABLA 1. Métodos diagnósticos en Herpes Zóster.

	Sensibilidad	Especificidad
PCR	95	99
Inmunofluorescencia	82	76
Citodiagnóstico	20	99

Tomado de Sauerbrei, Eichhorn y Schacke (4).

TABLA 2. Analgésicos de uso frecuente en Herpes Zóster.

Fármaco	Dosis estándar	Dosis máxima
Paracetamol	500 mg / 8 horas	500 mg / 6 horas
Ibuprofeno	400 mg / 8 horas	3200 mg / día
Tramadol	50-100 mg / 6 horas	100 mg / 6 horas
Codeína	30-60 mg / 4-6 horas	90 mg / 4 horas
Morfina	30 mg / 4 horas	360 mg / día

Tomado de: Bertolino M, Wenk R. Manual de Cuidado Paliativo. Fundación FEMEBA, 2007.

TABLA 3. Dosificación de los fármacos más frecuentes en Herpes Zóster.

Fármaco	Dosis	Reacciones adversas frecuentes
Aciclovir	800 mg 5 veces al día por 7-10 días	Poco frecuentes y leves (náuseas, vómitos, cefaleas, dolor abdominal)
Prednisona	40-80 mg / día	Poco frecuentes con ciclos cortos de dosis bajas
Amitriptilina	25-150 mg / día	Sedación, retención urinaria, boca seca, constipación, visión borrosa
Pregabalina	150-600 mg / día	Somnolencia, mareos, edema, boca seca.

Referencias: 11, 14, 16.

BIBLIOGRAFÍA

1. Insinga RP, Itzler RF, Pellissier JM, et al. The incidence of herpes zoster in a United States administrative database. *J Gen Intern Med.* 2005;20(8):748–753.
2. Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, et al. Recommendations for the management of herpes zoster. *Clin Infect Dis.* 2007;44(suppl 1):S1–S26.
3. Barretto. M, Barrio. J. Diccionario de mitos, leyendas, creencias y supersticiones sudamericanas en construcción permanente. Disponible en <http://peru.inka.free.fr/Runapacha/diccionario%20mitos.pdf>
4. Sauerbrei A, Eichhorn U, Schacke M, et al. Laboratory diagnosis of herpes zoster. *J Clin Virol.* 1999;14(1):31–36.
5. Tying SK, Beutner KR, Tucker BA, et al. Antiviral therapy for herpes zoster: randomized, controlled clinical trial of valacyclovir and famciclovir therapy in immunocompetent patients 50 years and older. *Arch Fam Med.* 2000;9(9):863–869.
6. Wood MJ, Kay R, Dworkin RH, et al. Oral acyclovir therapy accelerates pain resolution in patients with herpes zoster: a meta-analysis of placebo-controlled trials. *Clin Infect Dis.* 1996;22(2):341–347.
7. Jackson JL, Gibbons R, Meyer G, Inouye L. The effect of treating herpes zoster with oral acyclovir in preventing postherpetic neuralgia. A meta-analysis. *Arch Intern Med.* 1997 Apr 28;157(8):909-12.
8. Chen N, Li Q, Yang J, Zhou M, Zhou D, He L. Antiviral treatment for preventing postherpetic neuralgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Feb 6;2:CD006866. doi: 10.1002/14651858.CD006866.pub3.
9. Whitley RJ, Weiss H, Gnann JW Jr, Tying S, Mertz GJ, Pappas PG, Schlepner CJ, Hayden F, Wolf J, Soong SJ. Acyclovir with and without prednisone for the treatment of herpes zoster. A randomized, placebo-controlled trial. The National Institute of Allergy and Infectious Diseases Collaborative Antiviral Study Group. *Ann Intern Med.* 1996 Sep 1;125(5):376-83
10. Han Y, Zhang J, Chen N, He L, Zhou M, Zhu C. Corticosteroids for preventing postherpetic neuralgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Mar 28;3:CD005582. doi: 10.1002/14651858.CD005582.pub4.
11. Fashner J, Bell AL. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: prevention and management. *Am Fam Physician.* 2011 Jun 15;83(12):1432-7.
12. Bowsher D. The effects of pre-emptive treatment of postherpetic neuralgia with amitriptyline: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Pain Symptom Manage.* 1997 Jun;13(6):327-31.
13. Johnson RW. Herpes zoster in the immunocompetent patient: management of post-herpetic neuralgia. *Herpes.* 2003 Aug;10(2):38-45.
14. Stankus SJ, Dlugopolski M, Packer D. Management of herpes zoster (shingles) and postherpetic neuralgia. *Am Fam Physician.* 2000 Apr 15;61(8):2437-44, 2447-8.
15. Dubinsky RM, Kabbani H, El-Chami Z, et al. Practice parameter: treatment of postherpetic neuralgia: an evidence-based report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2004;63(6):959–965.
16. Votrubec M, Thong I. Neuropathic pain--a management update. *Aust Fam Physician.* 2013 Mar;42(3):92-7