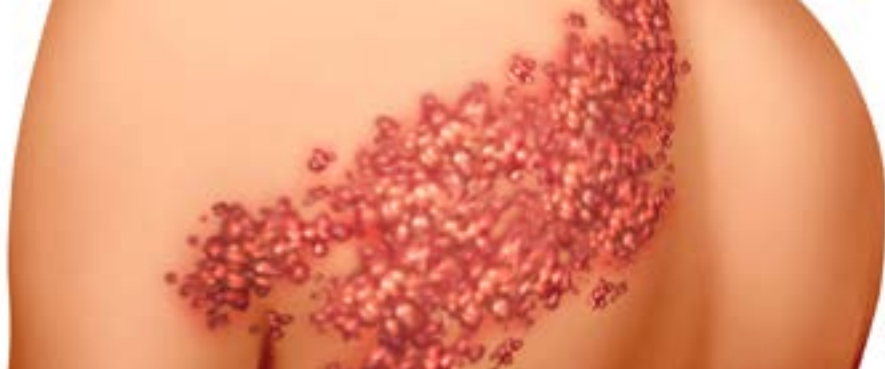




Hérpes zóster y neuralgia postherpética

Definición

La infección por herpes zóster produce manifestaciones dermatológica (erupción vesiculosa) y neurológica (dolor), que se produce por la reactivación del virus varicela zoster. El dolor es el síntoma más común por el cual los pacientes con Hérpes zoster solicitan atención médica (1).

Sintomatología

El dolor es el síntoma cardinal en Hérpes zoster, es intenso, de tipo quemante, palpitante o punzante.

Hasta un 75% de los pacientes tienen pródromos dolorosos en el dermatoma afectado. La erupción vesicular o en bulas aparece aproximadamente cuatro días después de los pródromos, posteriormente se producen costras que duran entre 3 a 4 semanas. Los dermatomas más afectados suelen ser los torácicos y lumbares, pero puede producirse en cualquier otro. La afectación de la rama oftálmica del trigémino puede producir ceguera por una queratitis herpética (imagen 1).

La erupción vesicular unilateral dolorosa con una distribución restringida a un dermatoma, sin cruzar la línea media, es la lesión dérmica clásica (imagen 2).

Menos del 20% de los casos presentan algún síntoma sistémico como malestar, fatiga, cefaleas o fiebre (2).

Etiología

Es causado por la reactivación del virus de varicela-zóster. Luego de la infección primaria (varicela), el virus permanece latente en

los ganglios de las raíces dorsales. Aparece en cualquier momento, generalmente décadas después de la infección primaria.

La incidencia es alta en adultos mayores (5-10/1000) después de la sexta década y en inmunocomprometidos (ej. HIV / transplantados) (3).

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico.

La detección de antígenos virales, Reacción en Cadena de Polimerasa, aislamiento del virus de isopados de las lesiones, o IgM específico para el virus puede ser útil en cuadros atípicos o complicados (ej. erupción permanente, recurrente, única, compromiso del sistema nervioso o presentación diseminada) (4).

Imagen 1. Hérpes oftálmico con lesión corneal



Fuente: Manual médico Saludeses

Imagen 2. Hérpes zóster que respeta la línea media



Fuente: Manual médico Saludeses

Tratamiento

1. Se debe iniciar la terapia antiviral dentro de las 72 horas del inicio de la erupción. Valaciclovir 1 g VO TID x 7 días o Aciclovir 800mg VO 5 veces al día x 7 – 10 días o Famciclovir 500mg VO TID x 7 días están indicados. Los objetivos de la terapia antiviral son promover una curación más rápida de las lesiones cutáneas, disminuir la gravedad y la duración del dolor asociado con la neuritis aguda, y reducir la incidencia o gravedad del dolor crónico conocido como neuralgia postherpética. El trata-

miento tópico con cremas antivirales no tiene efectividad clínica y no se recomienda su uso, exceptuando los casos de queratitis herpética.

2. Prednisona 40-60mg VO QD x 7 días y luego 5mg VO QD por 1 – 2 semanas en pacientes con dolor moderado a severo, especialmente en > 50 años; y sin contraindicaciones para el uso de esteroides. El tratamiento con corticoides reduce la severidad de la enfermedad, pero no disminuye el riesgo de Neuralgia Postherpética (1).
3. Analgésicos como acetaminofén o AINES, combinados con narcóticos de acción corta para la fase aguda de la enfermedad pueden ser útiles. El tratamiento del dolor en Hérpes zóster agudo debe ser agresivo ya que una vez establecido el dolor, es más difícil su manejo.

Complicaciones

- Sobreinfección
- Hérpes Zóster diseminado
- Queratitis Herpética
- Neuralgia Postherpética Aproximadamente 10 a 15% la desarrollan, sobre todo adultos mayores e inmunocomprometidos. Se trata de una persistencia de síntomas sensoriales (dolor, adormecimiento, disestesias, alodinia) (5).

Tratamiento de la neuralgia postherpética

- Analgésicos: Opioides (codeína, tramadol, oxicodona, morfina) solos o combinados con acetaminofén o AINES(2).
- Antidepresivos tricíclicos: Amitriptilina 12,5 – 25mg VO QD en la noche (máx. 150mg/día) o Nortriptilina 12,5 – 25mg VO QD en la noche (máx. 150mg/día)(5).
- Anticonvulsivantes: Carbamazepina 100mg VO QD en la noche (máx. 200mg TID, vigilar niveles sanguíneos) o Gabapentina 100 – 300mg VO QD en la noche (máx. 900mg TID) o Pregabalina 75mg VO QD en la noche (máx. 300mg BID)(5).
- Analgésicos tópicos: Parches de lidocaína al 5% (máx. TID) o Capsaicina tópica tres o cinco veces al día puede ayudar al control del dolor, inicialmente puede existir sensación de incremento del dolor o enrojecimiento durante la primera semana de tratamiento(5).

Prevención

La vacunación para Hérpes Zóster está disponible y esta recomendada en personas mayores de 60 años. Ha mostrado efectividad en reducir la enfermedad aguda y Neuralgia Postherpética, pero los estudios de costo-efectividad no son concluyentes (6).

Los pacientes con lesiones en la punta de la nariz requieren inmediata valoración oftalmológica para descartar compromiso corneal.

La edad avanzada, severidad de los síntomas prodrómicos y dolor insoportable en la infección aguda, son predictores del desarrollo de Neuralgia Postherpética.

Las personas con herpes zóster deben evitar el contacto con mujeres embarazadas que nunca han tenido varicela o vacuna contra la varicela, bebés prematuros o con bajo peso al nacer y personas inmunocomprometidas (7).

Aspectos socioculturales

El dolor postherpético se transforma en una patología cruel e invalidante que afecta la calidad del sueño, las relaciones laborales e interpersonales y en definitiva disminuye la calidad de vida.

El dolor neuropático se manifiesta como un dolor crónico, urente (ardor o quemazón), un frío doloroso, “como toques o descargas eléctricas”, hormigueos, “como si le clavaran miles de alfileres o agujas”, adormecimiento de alguna extremidad, picazón o comezón y produce una disminución de la sensibilidad al tacto, al pinchazo, al toque con un algodón.

El dolor se entiende como un fenómeno complejo y multidimensional, en el que el individuo no sólo tiene una experiencia perceptiva, sino también afectiva, condicionado por múltiples elementos interactivos que se retroalimentan (biológicos, psíquicos y socioculturales) (8), (9).

Los aportes de las diferentes corrientes psicológicas han evolucionado, desde las consideraciones iniciales psicodinámicas del dolor, como síntoma de alguna disfunción psicológica subyacente, pasando por las aportaciones del Conductismo (reacción a un daño tisular) como el planteamiento de las conductas de dolor (10), (11), entregando instrumentos de evaluación y aproximación terapéutica. El desarrollo del Cognitivismo enfatizó la importancia del significado y la experiencia del dolor, verificando experimentalmente la influencia de los componentes motivacionales y de pensamiento en su expresión y reacción, examinando las variables intervinientes como las creencias, atribuciones, expectativas, autoeficacia, autocontrol, atención, afrontamiento, resolución de problemas, aprendizaje e imaginación (12), (13).

Las emociones se han establecido como una de las dimensiones que configuran la experiencia de dolor (9). Algunos autores como Esteve, et al. (2001) y Vallejo, et al. (1999), han destacado la estrecha relación entre el sistema de modulación nociceptiva y el sus-

trato neuroquímico de las emociones, pudiendo éstas favorecer o dificultar el sistema natural de regulación o modulación del dolor (14), (15), (16).

El componente afectivo del dolor incorpora toda una infinidad de emociones negativas en cuanto a su cualidad como: la depresión, la ansiedad y, en menor medida, la ira. Estas emociones se han relacionado tanto con el inicio, como con el mantenimiento y la exacerbación del dolor crónico en su aspecto psicológico y físico (17), (18), (11), (19), (20), (21). Del mismo modo, la falta de expresión emocional, se ha relacionado con una mayor experiencia de dolor (22).

El papel individual de las creencias, o conocimientos sobre la naturaleza y significado del dolor, en la predicción del ajuste al dolor crónico, resulta de gran importancia por su influencia sobre el estado anímico y los esfuerzos de afrontamiento de los pacientes, ya que dolor crónico no es sinónimo de incapacidad en todos los casos (23). Las exigencias de autocuidado propias del dolor crónico (medicación, actividad física), confieren especial relevancia a las creencias de los pacientes sobre la propia habilidad para mantener la salud y evitar el deterioro (24).

En cuanto a otras creencias sobre el dolor relacionadas con disfunción psicológica pero difícilmente clasificables, son la opinión de que el dolor es estresante, nocivo, amenazador, estable; la culpabilización, así como las creencias de incapacidad física y/o psicológica, mientras que las creencias de afrontamiento en general y/o superación del dolor y de apoyo de otras personas se relacionan con un mejor funcionamiento psicológico. Por eso es de vital importancia afrontar desde un inicio la posibilidad de que se desencadene el dolor postherpético, pues a través del autocuidado de la persona se puede inferir el desarrollo del mismo, su autocuidado y el manejo en caso de que este se presentara.

Referencias bibliográficas

1. Stankus S, Dlugopolski M, Packer D. Management of Hérpes zoster and postherpetic neuralgia. *Am Fam Physician*. 2000; 61(2437-44).
2. Dworkin R, Johnson R, Breuer J. Recomendaciones para el manejo del Hérpes zoster. *Clin Infect Dis*. 2007; 44 (1:S1).
3. Helgason S, Petursson G, Gudmundsson S. Prevalence of postherpetic neuralgia after a single episode of Hérpes zoster: Prospective study with long term follow. *BMJ*. 2000 September;(321:1-4).
4. Gnann JW J, Rj W. Práctica clínica. Infección de hérpes. *N England J Med*. 2002;(347:340).
5. Alpes B, Lewis P. Treatment of postherpetic neuralgia: a systematic review of the literature. *J Fam Pract*. 2002 Feb; 51((2):121-8).
6. Raeder C, Hayney M. Immunology of varicella immunization in the elderly. *Ann Pharmacother*. 2000; 34(228-34).
7. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDCP). Culebrilla, disponible en: <http://www.cdc.gov/shingles/about/transmission.html>.
8. Melzack, R. y Wall, P. (1965). Pain Mechanisms. A new Theory. *Science*, 150, 971-979.

9. Melzack, R. y Casey, K.L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. En D. Kenshalo (Ed.), *The Skin Senses* (pp. 168-194). Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.
10. Merskey, H.A. y Spear, F.G. (1967). The concept of pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 59-67.
11. Fordyce, W.E. (1978). Learning processes in pain. En R.A. Sternbach (Ed.), *The Psychology of Pain*. Nueva York: Raven Press.
12. Turk, D.C. (1978). Cognitive behavioral techniques in the management of pain. En J.P. Foreyt y D.P. Rathjen (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Research and Application* (pp. 199-227). New York: Plenum Press.
13. Turk, D.C., Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983). *Pain and Behavioral perspective*. New York: The Guilford Press.
14. Esteve, R., Ramírez, C. y López, A. E. (2001). Aspectos emocionales en el dolor. *Actualizaciones en Dolor*, 2(4), 252-261.
15. Vallejo, M.A. y Comeche, M.I. (1999). Depresión, ansiedad y dolor crónico. En E.G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds). *Emociones y Salud*. Barcelona: Ariel, 289-324. *Psicología*.
16. Vallejo, M.A. (2000). Emociones y dolor. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 7, 3-5.
17. Ackerman, M. D. y Stevens, M. J. (1989). Acute and chronic pain: pain dimensions and psychological status. *Journal of Clinical Psychology*, 45 (2), 223-228.
18. Almay, B.G.L. (1989). Diagnosis of chronic pain syndromes. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 43, Supplementum, 20, 15-23.
19. Gatchel, R.J., Polatin, P.B., Kinney, R.K. (1995) Predicting outcome of chronic low back pain using clinical predictors of psychopathology: a prospective analysis. *Health Psychology*, 14, 415-420.
20. Klennerman, L., Slade, P.D., Stanley, I.M., et al. (1995). The prediction of chronicity in patients with an acute pain attack of low back pain in a general practise setting. *Spine*, 20, 478-484.
21. Lebovits, A.H. y Bassman, L.E. (1996). Psychological aspects of chronic pain management. En M. Lefkowitz y A. H. Lebovits (Eds.), *A practical approach to pain management* (pp. 1124-1128). Boston: little, Brown & Company.
22. Keefe, F.J., Caldwell, D.S., Martínez, S., Nunley, J. Beckham, J. y Williams, D.A. (1991). Analizing pain in rheumatoid arthritis patients. *Pain coping strategies in patients who have had knee replacement surgery*. *Pain*, 46, 153-160.
23. Williams, D.A. y Thorn, B. E. (1989). An empirical assessment of pain beliefs, *Pain*, 36, 351-358.
24. Pastor, M.A., Lopez, S., Rodriguez, J., Sánchez, S., Salas, E. y Pascual, E. (1990). Expectativas de control sobre la experiencia de dolor: adaptación y análisis preliminar de la escala multidimensional de locus de control de salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 1, 91- 111.