

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Erupción vesicular, unilateral, dolorosa en una distribución restringida a un dermatoma, sin cruzar la línea media.
- Dolor es el síntoma cardinal en herpes 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 dermatoma. La afectación de la rama oftálmica del trigémino puede producir ceguera por una queratitis herpética.
- Menos del 20% de los casos presentan algún síntoma sistémico como malestar, fatiga, cefaleas o fiebre.

ETIOLOGÍA

- Es causado por la reactivación del virus de varicela-zoster. 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 / transplantedos).

DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico es clínico.

- Detección de antígenos virales, ácidos nucleicos, 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).



Herpes Oftálmico con lesión corneal



Herpes zoster que respeta la línea media

TRATAMIENTO

1. Terapia antiviral dentro de las 72 horas del inicio de la erupción. Valaciclovir 1 g VO TID x 7 días o Aciclovir 800 mg VO 5 veces al día x 7 – 10 días o Famciclovir 500 mg VO TID x 7 días.
2. Prednisona 40-60 mg VO QD x 7 días y luego 5 mg VO QD por 1 – 2 semanas en pacientes con dolor moderado a severo, especialmente en > 50 años; y sin contraindicaciones de uso de esteroides.
3. Analgésicos como acetaminofén o AINE's, solos o combinados con narcóticos de acción corta para la fase aguda de la enfermedad.

COMPLICACIONES

- Sobreinfección.
- Herpes Zoster diseminado.
- Queratitis Herpética.
- Neuralgia Postherpética.

Aproximadamente 10 a 15% lo desarrollan, sobre todo adultos mayores e inmunocomprometidos. Se trata de una persistencia de síntomas sensoriales (dolor, adormecimiento, disestesias, alodinia).

TRATAMIENTO DE NPH

- Analgésicos: Opioides (codeína, tramadol, oxicodona, morfina) solos o combinados con acetaminofén o AINE's.
- Antidepresivos tricíclicos: Amitriptilina 12,5 – 25 mg VO QD en la noche (máx. 150 mg/día) o Nortriptilina 12,5 – 25 mg VO QD en la noche (máx. 150 mg/día).
- Anticonvulsivantes: Carbamazepina 100 mg VO QD en la noche (máx. 200 mg TID, vigilar niveles sanguíneos) o Gabapentina 100 – 300 mg VO QD en la noche (máx. 900 mg TID) o Pregabalina 75 mg VO QD en la noche (máx. 300 mg BID).
- 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 errojecimiento durante la primera semana de tratamiento.

PREVENCIÓN

- La vacunación para Herpes Zoster está disponible y se recomienda una dosis en > 60 años. Ha mostrado efectividad en reducir la enfermedad aguda y Neuralgia Postherpética pero los estudios de costo-efectividad no son concluyentes.

PERLAS

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

- La edad avanzada, presentación y severidad de los síntomas prodrómicos y la severidad del dolor en el zoster agudo son determinantes de desarrollo de Neuralgia Postherpética.

- El tratamiento esteroides reduce la severidad de la enfermedad pero no disminuye el riesgo de Neuralgia Postherpética.

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

- Los AINE's solos no están indicados en el tratamiento para Neuralgia Postherpética.

- El tratamiento del dolor en zoster agudo debe ser agresivo ya que una vez establecido es más difícil el manejo.

BIBLIOGRAFÍA

- Gan EY, Tian EA, Tey HL. Management of herpes zoster and post-herpetic neuralgia. *Am J Clin Dermatol*. 2013 Apr;14(2):77-85.
- Shapiro M, Kvern B, Watson P, Guenther L, McElhane J, McGeer A. Update on herpes zoster vaccination: a family practitioner's guide. *Can Fam Physician*. 2011 Oct;57(10):1127-31.
- Cunningham AL, Breuer J, Dwyer DE, Gronow DW, Helme RD, Litt JC, Levin MJ, Macintyre CR. The prevention and management of herpes zoster. *Med J Aust*. 2008 Feb 4;188(3):171-6.
- Szucs TD, Pfeil AM. A systematic review of the cost effectiveness of herpes zoster vaccination. *Pharmacoeconomics*. 2013 Feb;31(2):125-36.
- Bilcke J, Marais C, Ogunjimi B, Willem L, Hens N, Beutels P. Cost-effectiveness of vaccination against herpes zoster in adults aged over 60 years in Belgium. *Vaccine*. 2012 Jan 11;30(3):675-84.
- Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, et al. Recommendations for the management of herpes zoster. *Clin Infect Dis* 2007; 44 Suppl 1: S1-S26.
- Fashner J, Bell AL. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: prevention and management. *Am Fam Physician*. 2011 Jun 15;83(12):1432-7. PubMed PMID: 21671543.
- Gnann J Jr, Whitley R. Herpes zoster. *N Engl J Med* 2002; 347: 340-346