
Herpes Zoster

AUTOR: DR. MATÍAS DEPRATI.
ASESOR MÉDICO: DR. RICARDO BARCIA.

El herpes zoster está causado por la reactivación del virus varicela zoster (VZV) latente en un ganglio de la raíz dorsal o en nervio craneano, con diseminación viral a lo largo del dermatoma del nervio sensitivo.

Es un cuadro frecuente, en especial en adultos mayores.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La lesión característica es una erupción vesiculosa, sobre una base de eritema, unilateral, que sigue el trayecto del dermatoma correspondiente a la raíz nerviosa comprometida.

Las regiones afectadas con mayor frecuencia son la torácica, la trigeminal, la lumbar y la cervical. Pueden observarse algunas lesiones por fuera del dermatoma comprometido.

Entre 48-72 H previas a la erupción, el paciente suele referir dolor profundo o prurito en el área comprometida.

La erupción presenta esta secuencia: mácula, pápula, vesícula y pústula, en 7 días (D). Pueden aparecer nuevas lesiones en 3-5 D.

Existe una presentación con dolor y sin erupción: puede haber dolor sin erupción: "zoster sin herpes", de difícil diagnóstico.

En pacientes inmunocomprometidos pueden haber lesiones diseminadas y nuevas lesiones durante 2 semanas.

El dolor agudo es variable: parestesias, disestesias, alodinia o hiperestesia. El prurito es frecuente.

COMPLICACIONES

Parálisis de Bell, síndrome de Ramsay-Hunt, mielitis transversa, eventos vasculares encefálicos, complicaciones oftalmológicas.

En inmunocomprometidos: diseminación cutánea, necrosis retiniana, lesiones crónicas con verrugas, resistencia a antivirales.

DIAGNÓSTICO

En base a las manifestaciones clínicas en casos típicos.

En casos atípicos: anticuerpos contra VZV o PCR para DNA de VZV.

También para el diagnóstico diferencial con virus herpes simple.

TRATAMIENTO ANTIVIRAL

El tratamiento antiviral acelera la resolución de las lesiones y reduce la severidad del dolor agudo, pero NO reduce el riesgo de neuralgia posherpética.

Está indicado en aquellos con riesgo de complicaciones, en inmunocomprometidos, en >50 años y en aquellos con dolor o erupción severos.

Es ideal que se inicie al comienzo de los síntomas dentro de las 72 H del inicio del cuadro. No obstante si aparecen nuevas vesículas (indica replicación viral) o existe compromiso del territorio trigeminal se podría iniciar el tratamiento específico hasta 7 D después de la aparición de la erupción cutánea.

ANTIVIRALES PARA VZV

Fármaco	Dosificación	Efectos adversos frecuentes
Pacientes inmunocompetentes		
Aciclovir	800 mg VO 5 x D x 7-10 D	Malestar
Famciclovir	500 mg VO c/8 H x 7 D	Cefaleas, náuseas

Valaciclovir	1 g VO c/8 H x 7 D	Cefaleas, náuseas
Pacientes inmunocomprometidos (internarlos)		
Aciclovir	10 mg/kg IV c/8 H x 7-10 D	Fallo renal
Foscarnet	40 mg/kg IV c/8H hasta la curación de las lesiones	Fallo renal, hipopotasemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia, náuseas, diarrea, vómitos, anemia, granulocitopenia, cefaleas.

VO: vía oral; IV: intravenoso; D: días; H: horas.

GLUCOCORTICOIDES: indicación controversial.

Reducen el dolor agudo, mejoran la capacidad funcional y aceleran la curación inicial. No reducen la neuralgia posherpética.

Indicarlos si hay compromiso de sistema nervioso central en inmunocompetentes. No deben administrarse sin antivirales.

Precaución en hipertensos, en diabéticos, en ancianos y en pacientes con úlcera péptica o con osteoporosis.

DOSIFICACIÓN: metilprednisona 0,5-1 mg/kg, hasta 60 mg/D, x 7 D. Luego 15 mg/D x 7 D y luego suspender.

TRATAMIENTO ANALGÉSICO

Dolor leve o moderado

- Paracetamol: 500-1000 mg, 3-4 veces x D. Puede combinarse con antiinflamatorios no esteroides (AINE). Efectos adversos (EA): hepatopatía.
- AINE: No selectivos o inhibidores selectivos de la COX-2. EA: gastrointestinales, cardiovasculares, renales.

Dolor severo

Paracetamol y AINE junto con:

Anticonvulsivantes:

- Pregabalina: 75 mg al acostarse o 75 mg c/12 H. Máximo: 600 mg/D. EA: vértigo, ataxia, edemas.
- Gabapentin: 300 mg al acostarse o 100-300 mg c/8 H. Máximo 3600 mg/D. EA: vértigo, ataxia, edemas.

Antidepresivos: contraindicados con tramadol.

- Amitriptilina o Nortriptilina: 25 mg al acostarse. Máximo 150 mg/D. EA: vértigo, sequedad bucal, visión borrosa, aumento de peso, retención urinaria.
- Duloxetina: dosis inicial 30 mg 1 x día. Máximo 60 mg/D.

Analgésicos morfínicos (tratar de evitarlos):

- Tramadol: 50 mg 1-2 veces x D. Máximo 400 mg/D. EA: vértigo, constipación, náuseas, vómitos. No combinar con antidepresivos.
- Codeína. Compr. 30 mg. Máximo 90 mg/D. EA: náuseas.

Los tratamientos combinados son más efectivos que un solo fármaco.

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

- **Neuralgia posherpética:** dolor que persiste luego de la resolución de la erupción, en especial el que persiste más allá de los 90 D del inicio. Se presenta entre el 10 y el 50% de los casos y puede ser invalidante.
- **El compromiso oftálmico** debe ser evaluado por un oftalmólogo y tratado siempre con antivirales, cualquiera sea la edad del paciente. Se deben utilizar también midriáticos tópicos, glucocorticoides tópicos, medicación para reducir la presión ocular y, en inmunocomprometidos, antivirales intravítreo.

PREVENCIÓN: Existe una vacuna contra VZV con virus vivo atenuado, que está disponible en Argentina.

Bibliografía:

1. Salómon CG. Herpes Zoster. NEJM 2013;369:255-63.
2. Dworkin RH, et al. Recommendations for the management of herpes zoster. Clin Infect Dis. 2007;44 Suppl 1:S1-26.
3. Han Y, et al. Corticosteroids for preventing postherpetic neuralgia. Cochrane Database Syst Rev 2013; 3:CD005582.