

Herpes zóster

Simuladores que pueden desviar nuestra atención

Gisela Vaglio Giors, David Aldo De Luca, María Eugenia Echeverría,
María Carolina Baztán Piñero, Ana Clara Torre y Ricardo Luis Galimberti

Presentamos dos casos en los que la magnitud de los síntomas prodrómicos desvió la atención de los médicos tratantes.

CASO 1

Paciente de sexo masculino, de 82 años, que consulta en nuestro hospital por cuadro de dolor torácico intenso de cuatro días de evolución, urente, fijo, localizado a nivel inframamario izquierdo y sin irradiación. Presenta como antecedentes hipertensión arterial, ex tabaquismo, insuficiencia renal crónica, hiperplasia prostática benigna y estudio de Holter de presión arterial en 2007 que evidenciaba

extrasístoles ventriculares frecuentes e infradesnivel del ST asintomático. Al momento de la consulta, no se evidencian cambios compatibles con isquemia en el electrocardiograma, pero sí se halla un valor de troponinas elevado, lo que sumado a sus antecedentes motiva su internación. A las 48 horas se recibe interconsulta al Servicio de Dermatología por lesiones vesiculosas en tronco. Al examen físico se presenta afebril, en buen estado general y se observan múltiples vesículas de 2 a 3 mm de diámetro que asientan sobre una placa eritematosa, distribuidas unilateralmente a lo largo de los dermatomas T1 a T4 (Fig. 1). Con diagnóstico presuntivo de infección por herpes zóster, se toma

Figuras 1 (A y B). Obsérvense múltiples vesículas de 2 a 3 mm de diámetro que asientan sobre una placa eritematosa, distribuidas unilateralmente a lo largo de los dermatomas T1 a T4.



hisopado de las lesiones para inmunofluorescencia directa (IFD) y se inicia tratamiento antiviral con aciclovir 800 mg vía oral, 5 veces por día. A las 24 horas se evidencia resultado de IFD positivo para herpes zóster. El paciente completa 7 días de tratamiento con involución de las lesiones en piel. Como secuela, presenta un intenso dolor neuropático, por lo que recibe tratamiento con tramadol y pregabalina.

CASO 2

Paciente de sexo femenino, de 79 años, que se interna en nuestro hospital por insuficiencia cardíaca congestiva. Como antecedentes presenta hipertensión arterial, dislipemia y fibrilación auricular crónica. Se encuentra medicada con bisoprolol, furosemida, simvastatina, omeprazol, enalapril, holomagnesio y ciprofloxacina, esta última por sospecha de una infección urinaria. A las 48 horas del ingreso se recibe interconsulta a Dermatología por lesiones en piel en la región sacra. La paciente refiere haber comenzado, 5 días antes de la internación, con dolor y ardor en zona sacra, cara interna de glúteo y labio mayor y menor derechos. En dicha región se observan erosiones pequeñas redondeadas y costras melicéricas, dolorosas, agrupadas en ramillete (Fig. 2). Con diagnóstico presuntivo de infección por herpes zóster, se toma hisopado de las lesiones para IFD y se inicia tratamiento antiviral con aciclovir 800 mg por vía oral, 5 veces por día, y curaciones locales con ácido fusídico al 2% en crema. El resultado de la IFD es negativo para HSV 1, 2 (virus del herpes simple) y VZV (virus de la varicela zóster), probablemente debido al tiempo de evolución de las lesiones al momento de la toma de la muestra. El cultivo de orina es negativo. Completó 7 días de tratamiento vía oral para herpes zóster con aciclovir 800 mg, 5 veces por día.

Figura 2. Obsérvense erosiones pequeñas redondeadas y costras melicéricas, dolorosas, agrupadas en ramillete en zona sacra, cara interna de glúteo y labio mayor y menor derechos.



DISCUSIÓN

El herpes zóster es una enfermedad que se observa con mayor frecuencia en pacientes añosos y en aquellos con compromiso de la inmunidad; es el resultado de la reactivación del virus de la varicela zóster que se halla latente en un ganglio de la raíz dorsal.^{1,2} Las inmunodeficiencias causadas por neoplasias, quimioterapia, infecciones (por ejemplo el virus de la inmunodeficiencia humana) e inmunosupresores son también factores de riesgo.³

La forma más frecuente de presentación corresponde a lesiones vesiculosas precedidas por intenso dolor, que toman una distribución dermatomérica unilateral. En los pacientes inmunocomprometidos, las lesiones suelen ser más extendidas, con mayor tendencia a la necrosis, y presentan mayor riesgo de diseminación viral a órganos internos.^{1,2}

A pesar de que se describen numerosas complicaciones (oftálmicas, esplácnicas, cerebrales, motoras, etc.), la más frecuente en inmunocompetentes es la neuralgia postherpética (NPH).⁴ Esta se define como el dolor que perdura al menos 120 días luego de las lesiones cutáneas.⁴

Sus principales factores de riesgo son la edad (más de 50 años), la severidad del dolor agudo, la magnitud del brote cutáneo y la magnitud de los síntomas prodrómicos.³ También se describen el sexo femenino y la detección de viremia por reacción en cadena de la polimerasa (PCR).⁴ Los pacientes con herpes zóster deben recibir tratamiento para controlar los síntomas agudos y evitar las complicaciones. La edad y los diferentes factores de riesgo deben ser tenidos en cuenta al evaluar riesgo-beneficio de estos pacientes.^{3,5}

Al inhibir la replicación viral, los agentes antivirales, aciclovir, valaciclovir y famciclovir, instaurados dentro de las 72 horas de iniciado el cuadro, atenúan la severidad del herpes zóster, disminuyendo la diseminación viral, la duración y severidad de la erupción cutánea y la duración del dolor agudo.^{3,5-7}

La brivudina es un análogo nucleósido de reciente inclusión en el mercado, que ha demostrado tener resultados similares a los inhibidores de la polimerasa viral que utilizamos con frecuencia. Presenta el beneficio de una posología más cómoda para el tratamiento de pacientes inmunocompetentes.⁶

Los pacientes inmunocomprometidos, por presentar mayor riesgo de complicaciones, deben recibir terapia endovenosa, y aquellos con compromiso de la primera rama del trigémino deben ser examinados por Oftalmología.^{3,5}

La utilidad de los corticosteroides se halla aún hoy en discusión; se cree que podrían ser de utilidad en aquellos pacientes con factores de riesgo de padecer NPH, siempre asociado a terapia antiviral.^{3,5} Han demostrado disminuir el dolor, la duración de las lesiones y permitir un retorno más rápido a las actividades cotidianas. La terapia corticoidea no reduce la incidencia de neuralgia postherpética.^{4,7}

La importancia de instaurar el tratamiento antiviral en forma temprana se basa en la posibilidad de evitar la enfermedad diseminada y prevenir la NPH.^{1,2}

Una vez instaurada la NPH se consideran medicamentos de elección los antidepresivos tricíclicos (de preferencia nortriptilina) y la gabapentina. Si estos no proveen alivio suficiente, se puede recurrir a los opiáceos. Muchas veces es necesaria la terapéutica combinada. Se pueden utilizar, además, parches de anestésicos tópicos o capsaicina tópica.^{6,7} Zostavax (Merck) es la vacuna con virus vivo atenuado del herpes zóster, cuya cepa es similar a la de la vacuna de la varicela pero trece veces más potente. La vacuna está indicada en pacientes mayores de 60 años, en una sola dosis subcutánea. Disminuye el riesgo de desarrollar herpes zóster en un 51.3% y reduce la intensidad de la NPH en pacientes que desarrollaron zóster. La Zostavax puede

ser aplicada en pacientes con diabetes, insuficiencia renal crónica, artritis reumatoidea y enfermedades pulmonares crónicas. Se contraindica en pacientes inmunosuprimidos, pacientes que reciben agentes biológicos dirigidos contra el factor de necrosis tumoral, embarazadas y en aquellos que se someterán a trasplante de células madre.⁸

CONCLUSIÓN

El herpes zóster es una enfermedad que, si bien generalmente presenta un cuadro autolimitado, en ocasiones puede afectar otros órganos y presentar peor pronóstico, especialmente cuando se trata de pacientes inmunocomprometidos. Por dicha razón es importante llegar a un diagnóstico en forma temprana para que el tratamiento resulte eficaz, disminuyendo las potenciales complicaciones que puedan surgir a causa de la enfermedad.

REFERENCIAS

1. Sanz Pozo B, Quintana Gómez JL, Martín González I. Manejo de episodio agudo de herpes zoster y neuralgia post-herpética. *Medifam*. 2002;12(3):27-39.
2. Straus S, Oxman M, Schmader K. Varicela and herpes zoster. En: Wolff K, Goldsmith L, eds. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 7th ed. New York: McGraw Hill; 2008. p. 1885-98.
3. Johnson RW, Dworkin RH. Treatment of herpes zoster and postherpetic neuralgia. *BMJ*. 2003;326(7392):748-50.
4. Wareham DW, Breuer J. Herpes zoster. *BMJ*. 2007;334(7605):1211-5.
5. Gnann JW Jr, Whitley RJ. Clinical practice. Herpes zoster. *N Engl J Med*. 2002;347(5):340-6.
6. Dworkin RH, Schmader KE. Treatment and prevention of postherpetic neuralgia. *Clin Infect Dis*. 2003;36(7):877-82.
7. Weinberg JM. Herpes zoster: epidemiology, natural history, and common complications. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57(6 Suppl):S130-5.
8. Harpaz R, Ortega-Sanchez IR, Seward JF; et al. Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep*. 2008;57(RR-5):1-30; quiz CE2-4.