

HERPES ZOSTER

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

El herpes zoster (HZ) es una enfermedad que se manifiesta en la piel como una erupción de características vesiculares en racimos, es decir, lesiones con contenido líquido con un tamaño variable de mm a más de 2 centímetros de diámetro, que se suelen distribuir en el territorio de un dermatomo cutáneo unilateral y que se puede asociar a una serie de manifestaciones clínicas como dolor (Neuralgia posherpética) y picor, que pueden perdurar más allá de la desaparición de las manifestaciones cutáneas.

Se producen por la reactivación del **virus de la varicela zoster (VVZ)**, que ha permanecido latente en la estructura nerviosa del paciente, prioritariamente en los ganglios sensitivos tras haber tenido la infección primaria que fue una varicela.

Existen situaciones que favorecen esta reactivación

La edad, la incidencia aumenta a partir de los >50-60 años.

Y la concomitancia con otras enfermedades sistémicas como: enfermedades que alteran el sistema inmune (cáncer y quimioterapia, VIH, trasplantados), artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, enfermedad inflamatoria intestinal, EPOC y asma, enfermedad crónica renal, depresión, diabetes mellitus.

Y también se relaciona con situaciones de ansiedad, estrés, cambios hormonales, etc....

En muchos casos el herpes zoster suele manifestarse previamente a la aparición de las **lesiones dermatológicas** típicas con una **clínica** de parestesias o adormecimiento del dermatomo afectado acompañado de malestar general y fiebre

Posteriormente aparece su característica **erupción cutánea**, distribuida a lo largo de un dermatomo cutáneo unilateral, consistente en lesiones eritematoso-vesiculares, normalmente concentrada formando una placa, aunque puede presentar lesiones similares de menor tamaño en el mismo dermatomo, que al cabo de 1 semana evolucionan a costras que cubre la zona afectada y que pueden revolucionarse sin dejar lesión residual en la mayoría de los casos.

Durante la fase vesicular las lesiones son muy contagiosas porque el virus se encuentra dentro de estas vesículas

El dermatoma más comúnmente afectado suele ser el torácico.

El paciente suele presentar síntomas clínicos acompañantes. Los más comunes suelen ser el dolor y el picor

- ✓ El dolor, de características urentes y punzantes, producido por la inflamación y la necrosis hemorrágica del nervio afectado.
- ✓ Y el picor, en la zona de aparición de la erupción, y que incluso puede precederla entre 1 y 5 días

El **diagnóstico** de esta enfermedad es clínico y esta caracterizado por la aparición de una erupción cutánea de características eritematoso-vesiculares, distribuida a lo largo de un dermatoma cutáneo acompañado de dolor de características neuropáticas.



En caso de dudas se podría usar para el diagnóstico una PCR (Reacción en cadena de polimerasas) o un DFA (Fluorescencia directa de anticuerpos)

Diagnóstico diferencial

Debe realizarse con el herpes simple, que no tiene distribución en un dermatoma ni dolor neurálgico asociado.

Otras lesiones dérmicas con las que realizar un diagnóstico diferencial son: dermatitis de contacto, impétigo, celulitis, picaduras o dermatitis herpetiforme.

Dependiendo de la localización del dermatoma afectado, otros procesos pueden semejar la clínica de un herpes zóster:

Dolores abdominales: coledocistitis, colecistitis, apendicitis, nefrolitiasis.

Dolores craneales: neuralgia de trigémino, glaucoma de ángulo cerrado, queratitis.

El uso de la dermatoscopia no es útil en esta patología.



Foto 3. Herpes simple en labio



Foto 4. Dermatitis herpetiforme (Fuente: Wikipedia)

TRATAMIENTO

Generalidades sobre el tratamiento del herpes zoster

El uso temprano de antivirales se asocia con una reducción más rápida del dolor y una curación acelerada del exantema, pero no parece reducir la incidencia de neuralgia posherpética.

Los antivirales sistémicos, deben de iniciarse dentro de las 72 horas posteriores a la aparición de la erupción, se recomiendan principalmente en:

Pacientes inmunocompetentes que tienen ≥ 50 años o tienen erupción cutánea de moderada a grave, dolor de moderado a intenso o afectación no troncal.

Todos los pacientes con complicaciones de HZ, incluida la afectación oftálmica

Todos los pacientes inmunodeprimidos

Los **antivirales orales** generalmente se pautan durante 7 días (curso más largo en pacientes inmunodeprimidos), siendo los fármacos utilizados los siguientes, con sus correspondientes pautas:

- ✓ Valaciclovir. 1 g por vía oral 3 veces al día durante 7 días
- ✓ Famciclovir. 500 mg por vía oral 3 veces al día durante 7 días en inmunocompetentes y durante 10 días en inmunodeprimidos.
- ✓ Aciclovir. 800 mg por vía oral 5 veces al día durante 7-10 días
- ✓ Brivudina. 125 mg por vía oral, una vez al día durante 7 días

Si el paciente presenta **dolor**. La pauta de tratamiento debería incluir los siguientes fármacos:

- ✓ Paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en el caso de dolor leve a moderado
- ✓ Y en el caso de dolor moderado a intenso utilizar Anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina, carbamazepina), Antidepresivos tricíclicos (Amitriptilina), Opioides (Débiles, como el tramadol o fuertes, como la morfina)
- ✓ Puede también utilizarse tratamientos tópicos como la Capsaicina en crema o parches tópicos de lidocaína

Aunque los corticosteroides se han utilizado en el pasado, los datos actuales no apoyan su uso rutinario para el tratamiento del HZ agudo, excepto en algunos pacientes con complicaciones oftálmicas inflamatorias.

A pesar de la terapia antiviral adecuada, el dolor de la neuralgia posherpética puede persistir durante meses después de la cicatrización cutánea.

Otro síntoma de la fase aguda que puede requerir tratamiento es el **prurito**, que aparece preferentemente en jóvenes, siendo en ocasiones necesaria la administración de un antihistamínico.

Aunque no está basado en la evidencia, pueden usarse en los herpes preparaciones astringentes basadas en el sulfato de cobre o de zinc al 1/1000.

En caso de haber sobre infecciones, principalmente por rascado, utilizar Mupirocina tópica cada 8 horas

Bibliografía

Hervás Angulo, A. Herpes zóster y neuralgia posherpética. www.fisterra.com (Revisión 8/10/2016)

Nieto Pomares M, Muñoz González F, Guereña Tomás MJ. Los principales problemas de salud. Infecciones cutáneas. AMF. 2010; 6:62-71.

Senán MR, Andreu M, Arangude V, Ballester M, Casanova JM, Cereijo AC et al. La piel. AMF:2005;1(4):183-242.

www.dermapixel.com