

Dolor en el Herpes Zoster y Neuralgia postherpética

E. CATALÀ PUIGBÓ

*Clínica del Dolor (Servicio de Anestesiología)
Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona*

El **Herpes Zoster (HZ)** es una enfermedad infecciosa provocada por el virus varicela zoster (VVZ), responsable también de la varicela, que suele ser la manifestación de la infección primaria del virus y suele aparecer en la infancia. Se supone que tras la primoinfección el virus queda latente en los ganglios de las raíces dorsales, y unos años más tarde es reactivado provocando el HZ. Esta reactivación puede ser debida a una disminución de la inmunidad por infección, proceso neoplásico o inmunosupresión yatrogénica, pero también se observa con asiduidad en personas inmunocompetentes pero con un alto componente de estrés, ansiedad o depresión.

El HZ se caracteriza por un dolor radicular unilateral acompañado de una erupción vesicular limitada al dermatoma inervado por un mismo ganglio sensitivo, que se resuelve en un plazo de 3 semanas, sin complicaciones en la mayoría de los casos. No obstante, determinados pacientes seguirán experimentando dolor importante durante un tiempo indeterminado, hablándose de dolor por **neuralgia postherpética (NPH)** cuando hayan pasado unos 3-4 meses de la aparición del *rash*. El problema básico de la NPH es que el dolor y el malestar pueden hacerse crónicos y muy resistentes al tratamiento, siendo de muy difícil manejo en muchas ocasiones.

Clínica

El dolor suele ser el síntoma más frecuente del HZ, generalmente precediendo días o semanas a la erupción vesicular. En la fase aguda, suelen aparecer pródromos como fiebre, malestar general, alteraciones digestivas..., durante 3 o 4 días. El dolor, que tiene una distribución según el **dermatoma afecto**, aparece como una sensación de malestar moderado, que se agrava por cualquier estímulo táctil. Alrededor del cuarto o quinto día de evolución, aparecen las conocidas vesículas con su base eritematosa. Muchos pacientes refieren un dolor profundo o quemante, con alteraciones de la sensibilidad táctil (parestias), que puede ser doloroso (disestesia), con respuestas exageradas a los estímulos (hiperestesia), o bien con dolor provocado por

estímulos triviales (alodinia). Los pacientes describen su dolor como **“agudo, punzante, cortante y muy pruriginoso”**. **El dolor lancinante es el trastorno más importante, y en ocasiones es muy intenso**¹.

En un pequeño número de pacientes, un añadido déficit motor nos hará pensar en una extensión de la enfermedad hacia el asta anterior de la médula espinal.

Afortunadamente, **el curso del HZ suele remitir en 1 o 2 meses, pero en ciertos casos el dolor y el malestar pueden persistir durante más tiempo, incluso años, desarrollando la complicación más frecuente, y asimismo más temida, que es la neuralgia postherpética (NPH)**. El dolor en esta etapa será diferente del descrito para el HZ. Los pacientes describen diferentes componentes de su incomodidad, pero generalmente solemos encontrar 3 tipos diferentes de dolor²:

- Un dolor profundo y quemante.
- Un dolor lancinante y/o cortante, recurrente y de más breve duración y casi siempre sobre la base del dolor quemante. Es menos frecuente que el anterior en la fase de la NPH.
- Alodinia, descrita por el paciente como una sensibilidad extrema en su piel. Es el más frecuente, el que más le preocupa y distorsiona y el que más tarda en desaparecer.

Las alteraciones de las funciones físicas y psicológicas son muy frecuentes y representan una importante disminución en su calidad de vida.

Clínicamente podemos observar que el dolor causado por el HZ o por la NPH son diferentes, lo que nos hace pensar que nos encontramos frente a 2 procesos diferenciados.

Tratamientos

Dependerá básicamente de la fase en que nos encontremos (HZ o NPH)³.

Los objetivos del tratamiento del HZ son minimizar las lesiones cutáneas y el dolor, así como prevenir

las complicaciones derivadas, normalmente la instauración de la NPH. **Primordial iniciar un tratamiento del dolor en esta primera fase.**

La intensidad del tratamiento vendrá dado por una serie de circunstancias a las cuales llamamos factores de riesgo (sobre todo de perpetuar el dolor y convertirse en una NPH)⁴ y que básicamente son:

1. Edad avanzada (mayores de 50 años).
2. Mayor gravedad de las lesiones cutáneas.
3. Determinadas áreas afectadas, como, por ejemplo, el territorio inervado por la rama oftálmica del trigémino.
4. Pérdida sensitiva de la zona afectada.
5. Dolor de elevada intensidad.
6. Inmunosupresión.

El tratamiento recomendado en el paciente con HZ con 1 o más factores de riesgo se basa en iniciar, no más lejos de los 3 primeros días del *rash*, una combinación de tratamiento antiviral más antidepresivo con **famciclovir 500 mg/8 h** o **valaciclovir 1.000 mg/8 h** durante 7 días asociado a **amitriptilina 10-25 mg/d** incrementando 10-20 mg cada 5 días hasta una dosis máxima de **75 mg/d**.

Si la intensidad del dolor es importante (EVA > 6) se puede asociar ya en esta fase bloqueos simpáticos o somáticos, a fin de disminuir la intensidad del dolor⁵.

Los analgésicos como tratamiento de apoyo estarán también indicados, siendo los más recomendables el metamizol, el tramadol o la codeína.

Tratamiento en la fase de la NPH

Cuando la NPH ya está establecida el manejo del dolor en estos pacientes es realmente muy difícil y motivo de frustración, tanto para el paciente como para el terapeuta, en muchas ocasiones.

El tratamiento recomendado en esta fase es:

1. Tratamiento de apoyo + antidepresivos tricíclicos
Amitriptilina: 10-25 mg/día, aumentando cada 5 días hasta llegar a 75 mg/día.

Si existe dolor lancinante o lo creemos oportuno podemos asociar:

Gabapentina: 900-3.600 mg/día⁶.

Si el dolor persiste:

2. Tratamiento coadyuvante –añadido al tratamiento anterior o si éste no puede utilizarse. Escogeremos el tratamiento coadyuvante que creamos más oportuno para el paciente.

Tratamiento tópico: TENS, lidocaína, lidocaína y prilocaína, o capsaicina.

Opioides:

Primero, los menos potentes, como el tramadol o la codeína, para pasar posteriormente a la buprenorfina transdérmica, morfina o fentanilo transdérmico.

Bloqueos nerviosos: si el dolor a pesar de los tratamientos propuestos es de elevada intensidad (EVA > 6). Serán los mismos que los propuestos para el HZ.

Si el dolor persiste:

3. Tratamiento más intervencionista:

Estimulación talámica.

Sistemas implantables intratecales para la administración de fármacos, básicamente opioides.

Bibliografía

1. Bowsher D. Factors influencing the features of postherpetic neuralgia and outcome when treated with tricycles. *Eur J Pain* 2003;7:1-7.
2. Gnann J, Whitley R. Herpes Zoster. *N Engl J Med* 2002;347:340-5.
3. Johnson RW, Dworkin RH. Treatment of Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia. *BMJ* 2003;326:748-50.
4. Català E, Ferrándiz M. Acute herpes zoster and postherpetic neuralgia. *Current Review of PAIN* 1999;3:130-6.
5. Wu CL, Marsh A, Dworkin RH. The role of sympathetic nerve block in herpes zoster and postherpetic neuralgia. *Pain* 2000;87:121-9.
6. Rowbotham MC, Harden N, Stacey B, et al. Gabapentin for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280:1837-42.