

CASO CLÍNICO

DOLOR 2006;21:47-8

Dolor neuropático por herpes zóster

J. MEDEL

Paciente de 58 años sin alergias medicamentosas conocidas, diagnosticada de linfoma tipo Hodgkin estadio II, tratada con cuatro ciclos de quimioterapia, presenta a los 15 días de finalizar las sesiones un cuadro de dolor agudo intenso (EVA: 8) en zona intercostal derecha que le incapacita para realizar las actividades cotidianas y el descanso nocturno.

La paciente es remitida a nuestra Unidad por dolor incoercible al tratamiento convencional con antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Practicándose inicialmente pruebas radiodiagnósticas para descartar enfermedad estructural, la paciente refiere dolor lancinante con parestesias e hiperalgesia siguiendo el recorrido de la raíz D11 izquierda.

Debido a la agresividad del cuadro, se instaura tratamiento endovenoso en nuestra Unidad con clonacepam, lidocaína y paracetamol, y de manera ambulatoria tratamiento analgésico con pregabalina, amitriptilina y tramadol en pauta ascendente; apareciendo, al quinto día de iniciarse la clínica, erupción cutánea vesicular siguiendo la raíz D11 izquierda (Fig. 1).

Diagnosticada de herpes zóster intercostal, se instaura tratamiento con brivudina (antiviral de nueva generación) a dosis de 125 mg/día durante una semana asociado a pregabalina (150 mg/12 h), amitriptilina (25 mg/d) y tramadol de liberación controlada (300 mg/d).

A los diez días de iniciarse el tratamiento antiviral, las lesiones vesiculares comienzan a cambiar evolutivamente (fase de cicatrización) hasta desaparecer

(Fig. 2), disminuyendo concomitantemente el dolor intercostal. Sin embargo, a pesar de la desaparición de las lesiones cutáneas, la paciente refiere dolor de características neuropáticas de menor intensidad que el inicial (EVA: 5), por lo que se decide mantener el tratamiento analgésico hasta la remisión completa del cuadro (cuatro meses de evolución).

La infección por herpes zóster y su complicación como neuralgia postherpética es una de las variedades más prevalentes de dolor neuropático tratadas en las Unidades de Dolor. Considerada como una de las enfermedades neurológicas más comunes, presenta una incidencia de 125/100.000 habitantes por año en la población general, afectando preferentemente a mayores de 40 años y en estados inmunodeprimidos.

Originado por el virus varicela-zóster, el cuadro se inicia con sintomatología pseudogripal asociado a dolor intenso en la metámera cutánea relacionada con el ganglio sensitivo donde se encuentra acantonado el virus. Posteriormente, aparece la erupción cutánea y las vesículas que suelen permanecer entre una y tres semanas, dejando la piel cercana decolorada tras su remisión. La localización de las lesiones cutáneas es variable, siendo la principal la región torácica (50%), seguida de la afectación del nervio trigémino (5-20%) en su rama oftálmica fundamentalmente, la región cervical y lumbar (10-20%), y solamente en el 1% la infección es generalizada.

Se define como neuralgia postherpética el dolor de características neuropáticas (dolor urente con crisis paroxísticas, hiperalgesia, alodinia o disestesias) persistente en las áreas afectadas por el virus, con una duración superior a los tres meses desde la desaparición de las costras y con períodos de remisión de semanas, meses, o incluso años. Suele presentarse en el 10% de los casos, aumentando la incidencia con la edad, donde alcanza hasta el 75% en el gru-



Figura 1. Erupción cutánea con vesículas secas en región laterodorsal izquierda.

po de mayores de 70 años, siendo el dolor inicial en estos casos mucho más intenso.

El éxito del tratamiento reside en el diagnóstico diferencial con otros cuadros similares y en iniciar la terapia en su fase aguda de manera intensiva para disminuir la incidencia de complicaciones, ya que una vez establecidas, la tasa de éxitos disminuye proporcionalmente. El tratamiento, así pues, se ha de realizar combinando diferentes fármacos, abordando el cuadro de manera multifactorial.

Los fármacos utilizados en la fase aguda de la infección por el virus varicela-zóster son los antivirales orales y tópicos, los analgésicos (inicialmente paracetamol y AINE asociados o no a opiáceos menores en pauta ascendente y, ocasionalmente, los opiáceos mayores) y los antidepresivos y antiepilépticos para el control del dolor neuropático. Siempre se ha de tener presente otras alternativas terapéuticas como los tratamientos parenterales (anestésicos locales, clonacepam, ketamina...) y los bloqueos anestésicos de la cadena simpática correspondiente a la zona afectada.

En nuestro caso, se inició de manera incipiente el tratamiento en la fase aguda con antivirales asociado a analgésicos opiáceos menores, antidepresivos tricíclicos y antiepilépticos, aumentando las dosis de forma gradual.

Como antiviral, se utilizó la brivudina, análogo de los nucleósidos que inhibe la replicación viral actuando sobre la ADN polimerasa. Solamente está indicado en tratamientos a corto plazo (siete días) y es necesario iniciar el tratamiento de forma precoz, antes de las 72 horas del inicio de la erupción cutánea, o 48 horas del inicio de las vesículas.

Los opiáceos asociados a los antiepilépticos resultan efectivos en el tratamiento del dolor urente, y con-



Figura 2. Lesiones en fase de resolución.

cretamente el tramadol por su acción dual sobre los receptores μ y sobre la recaptación de las monoaminas como la serotonina y la noradrenalina, neurotransmisores implicados en el dolor neuropático.

La amitriptilina, antidepresivo tricíclico ampliamente estudiado, se viene utilizando desde hace más de 20 años como una opción analgésica adecuada en la neuralgia postherpética a largo plazo.

En cuanto a la pregabalina, antiepiléptico de última generación, es el primero de su familia que se crea con la indicación específica para el dolor neuropático periférico. Por su acción sobre las neuronas hiperexcitadas, estudios recientes han demostrado que pregabalina, junto a gabapentina, son los únicos fármacos antiepilépticos que muestran evidencia científica de efectividad clínica para el tratamiento de la neuralgia postherpética.

Podemos concluir que el tratamiento del herpes zóster se debe realizar combinando diferentes fármacos y no sólo dirigirse al tratamiento antiviral. Es importante insistir en utilizar en la fase aguda de la infección todo el arsenal farmacológico disponible, siguiendo un esquema terapéutico adecuado, para disminuir así la sintomatología concomitante, el componente afectivo asociado y la clínica relacionada con la neuralgia postherpética.

BIBLIOGRAFÍA

- Kanazi GE, Jhonson RW, Dworkin RH. Treatment of postherpetic neuralgia. *Drugs* 2000;59:1113-26.
- Sabatowski R, Gálvez R, Cherry DA, et al, 1008-045 Study Group. Pregabalin reduces pain and improves sleep and mood disturbances in patients with post-herpetic neuralgia: results of a randomised, placebo-controlled clinical trial. *Pain* 2004;109:26-35.