

Tratamiento en la neuralgia postherpética: una revisión de la evidencia disponible

HUGO RIVERA RAMOS*, DAVID BANDE JULIÁN, MARÍA NÚÑEZ OLIVA, BEATRIZ FORT PELAY Y LUIS MOLTÓ GARCÍA

RESUMEN

Describimos el caso de un paciente de 81 años que en octubre de 2018 presentó herpes zóster en el territorio correspondiente a la inervación de L4. Posteriormente desarrolló un cuadro de neuralgia postherpética severa manejada inicialmente en atención primaria, primero con gabapentina 300 mg cada 8 h y paracetamol 1 g cada 8 h, y después de un mes, ante la ausencia de mejoría, pregabalina 150 mg cada 12 h y aplicación de parches de lidocaína de 700 mg por la noche, sin mejoría. Frente a esta mala evolución, se derivó a la unidad del dolor. En la valoración inicial el paciente presentaba dolor neuropático con una intensidad de dolor según escala verbal numérica (EVN) de 9/10 en cara lateral del muslo, al que se asociaba alodinia y limitación funcional a la marcha a pesar de una buena adherencia al tratamiento. Se prescribió duloxetina 30 mg cada 12 h y tapentadol 100 mg cada/12 h, comenzándose aplicaciones de capsaicina al 8% en la zona afecta, hasta cuatro, consiguiendo mejoría en la intensidad del dolor y en la limitación funcional asociada, pero de manera transitoria, ya que el dolor reaparecía un mes después de cada aplicación. Se propuso bloqueo diagnóstico del ganglio de la raíz dorsal a nivel de L4-L5, realizándose sin incidencias, con un alivio del dolor del 60%. Se decidió entonces realizar radiofrecuencia pulsada sobre el ganglio de la raíz dorsal a nivel de L4-L5, logrando mejoría tanto en la intensidad del dolor como a nivel emocional y de calidad de vida, que perdura dos meses después de su realización.

Palabras clave: Neuralgia postherpética. Tratamiento. Radiofrecuencia pulsada.

ABSTRACT

We describe the case of an 81-year-old patient who consulted the general practitioner with a herpes zoster in the L4 innervation territory in October 2018. As a result of this, he developed a severe postherpetic neuralgia, initially managed by the GP, who prescribed treatment with gabapentin 300 mg/8h and paracetamol 1 g/8h. One month later, in absence of response, gabapentin was replaced with pregabalin 150 mg/12h and lidocaine patches of 700 mg at night, without success. Due to the poor evolution, he was referred to the Pain Unit. Upon evaluation, we found a patient with severe (NPRS 9/10) neuropathic pain on the lateral portion of the thigh, along with allodynia and functional limitation despite good adherence to treatment. We prescribed duloxetine 30 mg/12h and tapentadol 100 mg/12h. Furthermore, patches of 8% capsaicin were started in the affected area, up to four, achieving a clear improvement in both the severity of the pain and the associated functional limitation. Unfortunately, this response was transitory, persisting a condition that limits the quality of life of the patient after more than a year of treatment. A diagnostic blockade of the dorsal root ganglia is performed at the L4-L5 level, with a subsequent 60% pain improvement. It was then decided to do pulsed radiofrequency on the dorsal root ganglia at the L4-L5 level. Two months later the patient describes a clear reduction in pain intensity, and better emotional status and quality of life. (DOLOR. 2021;36:38-41)

Key words: Postherpetic neuralgia. Treatment. Pulsed radiofrequency.

Corresponding author: Hugo Rivera Ramos, hugo.rivera26@outlook.es

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 81 años sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos referidos. De entre sus antecedentes destaca hipertensión arterial, dislipidemia, trastorno ansioso-depresivo en tratamiento con benzodiazepinas y síndrome del manguito de los rotadores bilateral.

CASO CLÍNICO

El paciente acudió en octubre de 2018 a su médico de familia por dolor de siete días de evolución en glúteo y en la porción lateral-anterior del muslo derecho con parestesias en dicho territorio. Sin mejoría con paracetamol 1 g cada 8 h y metamizol 575 mg cada 6 h. A la exploración física destacaban signos de Lasègue y Bragard negativos, sin alteraciones en la marcha. Orientado como ciática, se inició gabapentina 300 mg cada 8 h. Reconsultó ese mismo día tras la aparición de lesiones papulovesiculares en racimo de distribución metamérica desde glúteo a cara anterolateral del muslo, confirmando el diagnóstico clínico de herpes zóster. Se inició tratamiento con valaciclovir (100 mg cada 8 h durante siete días), continuándose la gabapentina. Presentaba mal control del dolor después de diez días de tratamiento, por lo que se sustituyó gabapentina por pregabalina 150 mg cada 12 h y se asociaron parches de 700 mg de lidocaína al 5% por la noche, con paracetamol 1g cada 8 h y tramadol 50 mg cada 6 h como rescate. Posteriormente se suspendió el tramadol por intolerancia gástrica. Tras un mes del inicio de los síntomas, persistía la clínica, con dolor intenso y limitación funcional a la marcha. Se estableció el diagnóstico de neuralgia postherpética (NPH) y se solicitó valoración por la unidad del dolor.

Dos meses después, en la unidad del dolor, el paciente describía un dolor neuropático lancinante localizado en cara anterior de muslo derecho, delimitándose proximalmente a la rodilla en el territorio correspondiente a L4, con alodinia asociada. Relataba además quemazón y escozor, con punzadas limitantes al inicio de la marcha y escala visual numérica (EVN) de 9 sobre 10. Se añadió al tratamiento duloxetina 30 mg cada 12 h y tapentadol 100 mg cada 12 h, realizándose una primera aplicación de parche de capsaicina al 8%.

A los tres meses del inicio del tratamiento con capsaicina, manteniendo pregabalina, duloxetina y parches de lidocaína, el paciente refería mejoría, puntuando 5 en la EVN del dolor. Continuaba con alodinia y pinchazos, estas últimas persistían a la marcha, pero con una menor limitación funcional. Llegaron a realizarse hasta cuatro aplicaciones de capsaicina al 8%, con mejoría significativa en el mes siguiente a cada aplicación en lo que se refiere a la intensidad del dolor y disminución del área de alodinia, pero esta mejoría no era mantenida y continuaba la sensación de quemazón y tumefacción, con zonas de hipoestesias. Limitación funcional leve y episódica, con descargas eléctricas al incorporarse o iniciar marcha. Ante la evolución tórpida del cuadro, y después de dos años se propuso infiltración del ganglio de la raíz dorsal (GRD) a nivel de L4-L5 derecho.

Se realiza infiltración transforaminal derecha a nivel de L4-L5 bajo control radiológico, con correcta difusión de contraste previa a la infiltración de 12 mg de betametasona y 2,5 mg de bupivacaína para un volumen total de 5 ml. Tras mejorar el dolor un 60%, se programó para la realización de radiofrecuencia pulsada (RFP) del GRD en este nivel. Esta se realizó bajo sedación superficial en decúbito prono, se efectuó abordaje transforaminal radioguiado del GRD derecho a nivel de L4-L5 con aguja de 22 G y punta activa de 5 mm, con respuesta sensitiva a 0,3 mV y respuesta motora a 0,7 mV. A continuación, se administró 12 mg de betametasona y 1 mg de bupivacaína, aplicándose RFP durante seis minutos. Tras dos meses el paciente presenta un EVA de 3/10, refiriendo mejoría funcional y emocional.

DISCUSIÓN

La NPH es la complicación más común del herpes zóster, definida como la persistencia de dolor neuropático en el dermatoma afectado tras 30 días del inicio de la erupción¹. Puede asociarse a alodinia o hiperalgesia. Está causada por una respuesta inflamatoria secundaria a la replicación vírica, produciendo daño neural. Aparece en un 20% de los pacientes con herpes zóster, el 80% de los casos en mayores de 50 años². Los tratamientos sistémicos son de primera línea en asociación con los tópicos³. Los tratamientos invasivos son una opción en NPH farmacoresistente^{3,4}. El caso que nos ocupa es un buen ejemplo para recordar las opciones terapéuticas de las que disponemos (Fig. 1).

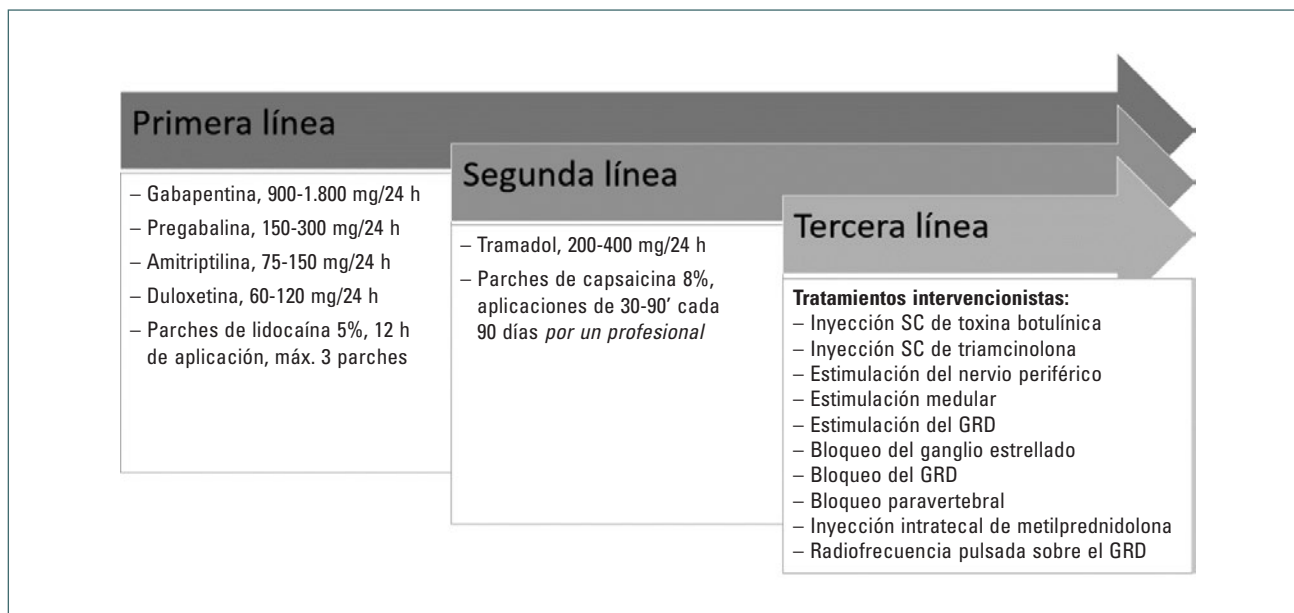


Figura 1. Esquema terapéutico de la neuralgia postherpética. SC: subcutánea; GRD: ganglio de la raíz dorsal.

La gabapentina y la pregabalina son anticonvulsivantes aprobados para la NPH con un grado de evidencia A, reduciendo el dolor en un 50% frente a placebo en diversos metaanálisis^{2,3}. La latencia en su actividad y sus efectos secundarios pueden limitar su uso (Fig. 2)^{2,5}. La gabapentina en el herpes zóster agudo parece reducir la incidencia de NPH⁶.

Otra opción con grado de evidencia A son los anti-depresivos tricíclicos^{2,3}. Los más estudiados en NPH son la amitriptilina (de elección), la nortriptilina y la desipramina, sin diferencias significativas en cuanto al alivio del dolor en las primeras semanas². La duloxetina, dentro de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), también se recomienda con un grado de evidencia A³, y se está estudiando su papel en la prevención de la NPH. Ambas familias de antidepresivos pueden producir efectos adversos que comprometan la adherencia al tratamiento (Fig. 2)^{5,7}.

Los opiáceos se consideran de segunda línea. Si bien una revisión de la Cochrane determina que el beneficio de los opioides en el dolor neuropático es incierto debido a la falta de evidencia no sesgada³, al menos dos revisiones sistemáticas concluyen que el tramadol provee un alivio del dolor significativo en la NPH².

Dentro de los tratamientos tópicos, existe evidencia grado A que respalda el uso de parches de capsaicina al 8%. Su aplicación confiere un alivio del dolor durante al menos 12 semanas. No hay evidencia suficien-

Gabapentina	
- Somnolencia:	4,03 (IC 95%: 2,36-6,57)
- Mareo:	4,69 (IC 95%: 2,83-7,55)
- Fatiga:	3,73 (IC 95%: 0,98-11,10)
- Abandono del tto. por efectos adversos:	2,2 (IC 95%: 1,36-3,41)
Pregabalina	
- Somnolencia:	4,14 (IC 95%: 3,00-5,60)
- Mareo:	4,63 (IC 95%: 3,44-6,16)
- Fatiga:	2,21 (IC 95%: 0,25-8,98)
- Abandono del tto. por efectos adversos:	2,03 (IC 95%: 1,50-2,71)
Duloxetina	
- Somnolencia:	3,54 (IC 95%: 2,51-4,90)
- Mareo:	1,92 (IC 95%: 1,37-2,65)
- Fatiga:	2,64 (IC 95%: 1,32-4,95)
- Abandono del tto. por efectos adversos:	2,35 (IC 95%: 1,68-3,20)
Amitriptilina	
- Somnolencia:	147,73 (IC 95%: 5,91-596,83)
- Mareo:	31,13 (IC 95%: 2,76-141,00)

Figura 2. Riesgo de efectos adversos de los agentes orales en comparación con placebo (*adaptada de van Nooten, et al., 2017*⁵).

te para recomendar capsaicina a dosis más bajas². Por otro lado, los parches de lidocaína al 5% se consideran tratamiento de primera línea, en parte por su perfil de efectos adversos más favorables, pero la evidencia es más limitada en cuanto a su efectividad^{2,3}.

Aquellos pacientes con dolor a pesar del tratamiento médico podrían beneficiarse de terapias más invasivas². Se han estudiado diversos tratamientos intervencionistas en la NPH farmacorresistente, de entre las que destaca la inyección intratecal de metilprednisolona, con una recomendación grado A según la Academia Americana de Neurología⁴. Desafortunadamente, en muchos casos la efectividad de estos tratamientos es limitada, con una elevada tasa de recurrencia y una considerable incidencia de complicaciones^{2-4,8}.

El GRD es una importante diana terapéutica, siendo el principal centro de impulsos ectópicos en el dolor radicular^{9,10}. La RFP consiste en la aplicación de corriente con periodos de pausa que permiten la dispersión del calor, pudiendo aplicar mayores voltajes sin alcanzar temperaturas que producirían daño permanente, a diferencia de la RF continua¹¹. El mecanismo subyacente se atribuye a la despolarización de las membranas celulares¹¹. La RFP sobre el GRD se ha usado ampliamente en los últimos años para el tratamiento del dolor neuropático^{10,11}. De las terapias intervencionistas, es la que posee una evidencia más fuerte en cuanto al alivio del dolor y duración del efecto en la NPH, con un buen perfil de complicaciones⁸. Siendo cierto que existe controversia en cuanto a su eficacia y su tasa de recurrencia en la NPH⁴, probablemente esto sea debido a diferencias metodológicas entre estudios, en especial en lo referido a los parámetros de radiofrecuencia usados⁸. En este sentido es interesante un estudio reciente⁸, que concluye que voltajes altos (65 V) mejoran los resultados de alivio del dolor, calidad de vida y satisfacción global, sin aumento de las complicaciones.

FRASES QUE RESUMEN EL CASO

- La NPH es la complicación más frecuente del herpes zóster. Si bien su incidencia es de un 20% en los pacientes afectados de herpes zóster, esta

aumenta considerablemente en población mayor de 50 años, pudiendo afectar severamente a su actividad funcional y calidad de vida.

- Su tratamiento es sintomático, basándose en anti-convulsivantes (pregabalina o gabapentina) y/o antidepresivos tricíclicos o, dentro de los ISRS, la duloxetina. Concomitantemente se deben valorar los parches de lidocaína al 5% o, en especial, de capsaicina al 8%, individualizando el uso de opiáceos.
- En la NPH farmacorresistente no se puede determinar la técnica intervencionista idónea. De entre todas las opciones, la RFP del GRD es una técnica que considerar, siendo segura y efectiva en cuanto al alivio del dolor y la mejora de la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schmader K. Herpes Zoster. *Ann Intern Med.* 2018;169(3): ITC19-ITC31.
2. Saguil A, Kane S, Mercado M, Lauters R. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: prevention and management. *Am Fam Physician.* 2017;96(10):656-63.
3. Szok D, Tajti J, Nyári A, Vécsei L. Therapeutic approaches for peripheral and central neuropathic pain. *Behav Neurol.* 2019;19:8685954.
4. Lin CS, Lin YC, Lao HC, Chen CC. Interventional treatments for postherpetic neuralgia: A systematic review. *Pain Physician.* 2019;22:209-28.
5. van Nooten F, Treur M, Pantiri K, Stoker M, Charokopou M. Capsaicin 8% patch versus oral neuropathic pain medications for the treatment of painful diabetic peripheral neuropathy: A systematic literature review and network meta-analysis. *Clin Ther.* 2017;39(4):787-803.e18.
6. Bulilete O, Leiva A, Rullán M, Roca A, Llobera J. Efficacy of gabapentin for the prevention of postherpetic neuralgia in patients with acute herpes zoster: A double blind, randomized controlled trial. *PLoS One.* 2019;14(6) :e0217335.
7. Finnerup NP, Attal N, Haroutounian S. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol.* 2015;14:162-73.
8. Han ZK, Hong T, Ding YY, Wang SM, Yao P. CT-guided pulsed radiofrequency at different voltages in the treatment of postherpetic neuralgia. *Front Neurosci.* 2020;14:130-6.
9. Liem L, van Dongen E, Huygen FJ, Staats P, Kramer J. The dorsal root ganglion as a therapeutic target for chronic pain. *Reg Anesth Pain Med.* 2016;41(4):511-9.
10. Vancamp T, Levy RM, Peña I, Pajuelo A. Relevant anatomy, morphology, and implantation techniques of the dorsal root ganglia at the lumbar levels. *Neuromodulation.* 2017;20(7):690-702.
11. Abejón D, Parodi E, Blanco T, Cavero V, Pérez-Cajaraville J. Radiofrecuencia pulsada del ganglio dorsal de las raíces lumbares. *Rev Soc Esp Dolor.* 2011;2:135-40.