

El dolor en tiempos de telemedicina

JOAN BOSCO PUJOL HERNÁNDEZ*, EULÀLIA SOLÉ FERNÁNDEZ, RAMÓN GARCÍA HERRERO, ANTONIO DOMÍNGUEZ GARCÍA, LAURA GÓMEZ LINARES Y MARÍA DEL MAR MONERRIS TABASCO

RESUMEN

La neuralgia postherpética es la complicación más frecuente de la infección por herpes zóster. Aparece en el dermatoma afectado después de la desaparición de las lesiones cutáneas y característicamente el dolor puede ser quemante, lancinante y asociarse a hipoestesia y/o alodinia. Presentamos el caso de un paciente remitido desde atención primaria por dolor neuropático crónico, junto con déficit motor asociado en miembro inferior izquierdo, secundario a una infección por herpes zóster. Este caso se desarrolla en un contexto asistencial marcado por la pandemia, con una atención sanitaria en muchas ocasiones, basada en la telemedicina. Se describe de forma detallada el proceso diagnóstico, actitud terapéutica y evolución clínica. El tratamiento multimodal y multidisciplinario constituye la base para la recuperación funcional y restitución de calidad de vida del paciente. La asistencia telemática no puede sustituir cualitativamente la visita presencial en el proceso de anamnesis y exploración, ya que es frecuente que repercuta de forma negativa en la decisión terapéutica y evolución clínica del proceso.

Palabras clave: Neuralgia posherpética. Capsaicina. Parche.

ABSTRACT

Postherpetic neuralgia is the most common complication due to herpes zoster infections. It appears in the affected dermatome, after the disappearance of the skin lesions. The pain can be characteristically burning, piercing and is usually associated with hypoesthesia and/or allodynia. We hereby present the case of a patient referred from Primary Care for chronic pain of neuropathic origin and associated with motor deficit in the lower left limb, secondary to a herpetic infection. This case takes place in a healthcare context marked by the pandemic, with health care often based on telemedicine. The diagnostic process, treatment and evolution are described in detail. Multimodal and multidisciplinary treatment constitutes the basis for a functional recovery and restoration of the patient's quality of life. Telematic assistance cannot qualitatively replace the face-to-face visit in the anamnesis and exploration process, since it frequently has a negative impact on the therapeutic decision and clinical evolution of the process. (DOLOR. 2022;37:63-7)

Keywords: Posherpetic neuralgia. Capsaicin. Patch.

Corresponding author: Joan Bosco Pujol Hernández: boscopujol96@gmail.com

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 75 años, sin alergias medicamentosas. Exfumador. Buen soporte familiar. Pensionista. Independiente para actividades básicas de la vida diaria.

Antecedentes patológicos

Hipertensión arterial e hiperuricemia en tratamiento farmacológico, neoplasia de próstata tratada mediante prostatectomía en 2004 (libre de enfermedad).

Enfermedad actual

Remitido desde un centro de atención primaria a la unidad del dolor por presentar dolor neuropático secundario a infección por virus herpes zóster^{1,2} en zona lateral de la pierna izquierda, dorso y planta del pie. Simultáneamente refiere aparición de déficit motor que afecta a la capacidad de la marcha.

La infección por herpes zóster es diagnosticada en febrero de 2021, en plena situación pandémica por coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2), lo que condiciona una atención primaria de difícil acceso y con un fuerte componente de teleasistencia.

Tras la desaparición de las lesiones cutáneas, el paciente explica dolor al contacto con el calcetín, picor, sensación de quemadura y hormigueo, de ritmo continuo a lo largo del día y de curso diario. No refiere exacerbaciones ni atenuantes. No explica incremento del dolor con maniobra de Valsalva. Niega síntomas constitucionales y sensación febricular. Respeta el descanso nocturno. La intensidad según escala verbal numérica (EVN) es de 7-8. Se obtiene una puntuación de 9/10 en el test DN-4 (*Douleur Neuropathique 4 Questions*)⁵, lo que indica un dolor de características neuropáticas.

Exploración física

Entra a consulta realizando marcha en estepaje a expensas de miembro inferior izquierdo.

Localización del dolor: cara lateral de la pierna, dorso, planta y dedos del pie.

Piel: íntegra, lesiones maculares hiperpigmentadas aisladas residuales secundarias a vesículas herpéticas.



Figura 1. Exploración visual. Atrofia muscular de pierna izquierda.

Reflejos músculo-tendinosos presentes y simétricos. Reflejo cutáneo-plantar flexor bilateral.

Evaluación sensitiva de miembro inferior izquierdo:

- Al roce con bastoncillo: alodinia a nivel distal.
- Al pinchazo con aguja: hiperalgesia a nivel distal.
- Propiocepción conservada.
- Sensibilidad térmica conservada.

Evaluación motora miembro inferior izquierdo: flexión de cadera 5/5, extensión rodilla 5/5, dorsiflexión tobillo 2/5, extensión primer dedo 1/5, flexión plantar tobillo 2/5, inversión pie 1/5, eversión pie 1/5. Atrofia de gastrocnemio izquierdo (Fig. 1).

Exploración sensitivo-motora de pierna derecha sin alteraciones.

Pruebas complementarias

- Radiografía en proyecciones anteroposterior y lateral de columna lumbosacra: espondiloartrosis global, sindesmosifitos lumbares.
- Resonancia magnética nuclear columna lumbar: espondilosis lumbar con protrusión de predomi-



Figura 2. Mapeo, aplicación y retirada de parche de capsaicina 8%.

nio izquierdo en L2-L3, bilateralmente en L3-L4, L4-L5 y L5-S1. Cambios degenerativos en las articulaciones interapofisarias de forma bilateral en L2-L3, L3-L4, L4-L5 y L5-S1.

- Electromiograma: radiculopatía motora axonal de L5 izquierda de características crónicas y signos de deservación aguda.

Orientación diagnóstica

Dolor neuropático secundario a infección herpética con déficit motor asociado en territorio de nervio tibial y peroneo común.

Se realiza diagnóstico diferencial con las siguientes entidades:

- Lesión ósea/articular: no existe antecedente traumático, no se aprecian deformidades. No existe limitación a la movilidad pasiva. A nivel articular tampoco se aprecian signos inflamatorios a la inspección.
- Radiculopatía lumbar: el paciente niega tanto dolor lumbar como dolor lumbar irradiado. Así mismo, en imagen por resonancia no se aprecian lesiones estructurales que ocasionen compresión medular, radicular ni estenosis foraminal que justifiquen el cuadro.
- Neuropatía por compresión del nervio peroneo: que condiciona igualmente «pie caído», aunque sin antecedentes predisponentes de ello (compresiones por yesos/ férulas, lesión estructural a nivel de cabeza del peroné que comprima nervio ciático).
- Patología vascular: los pulsos periféricos están presentes y simétricos, sin signos de estasis venosa ni cambios tróficos en la piel.

Tratamiento y evolución

La infección herpética es tratada desde atención primaria con aciclovir tópico y valaciclovir vía oral. Después se añade tratamiento analgésico con gabapentina 300 mg/12 h⁶ (que se aumenta hasta 300 mg/8 h) y naproxeno 550 mg/12 h, durante tres meses, con lo que no se consigue mejoría de la sintomatología. Además, se añade adicionalmente dificultad progresiva para la marcha.

Cuando el paciente acude a nuestra consulta, con la exploración previamente mencionada, se plantea tratamiento tópico con parche de capsaicina 8%^{7,8,9} (Fig. 2), tras lo que se consigue mejor control del dolor, pudiendo reducir dosis de gabapentina a 300 mg/12 h. Respecto al déficit motor, se realiza interconsulta al servicio de medicina física y rehabilitación, que inicia cinesiterapia para potenciación muscular y tratamiento ortésico con una férula anti-equino^{3,4}.

A los tres meses, el paciente refiere disminución de la intensidad del dolor (EVN 5) y resolución completa de la alodinia. Puntuación escala DN-4 7. Se decide aplicar un segundo parche de capsaicina 8%, con el objetivo de intentar reducir dosis de gabapentina y obtener mayor grado de satisfacción por parte del paciente.

DISCUSIÓN

El herpes zóster es el resultado de la reactivación del virus de la varicela zóster, siendo más frecuente en pacientes con edad avanzada e inmunocomprometidos. El curso clínico del herpes zóster en pacientes

seguidos en atención primaria y con edades inferiores a 60 años suele ser benigno y sin complicaciones. La principal complicación suele ser la neuralgia posherpética, que representa dolor que aparece en el dermatoma afectado, tras la resolución de las lesiones cutáneas, y que además constituye el síntoma más común por el que los pacientes solicitan atención médica.

En la literatura, de forma genérica, la incidencia de neuralgia postherpética varía desde el 10 al 15% de todos los pacientes con herpes zóster¹⁰. Todos los estudios coinciden en que la edad es el factor de riesgo más significativo para padecer dicha neuralgia.

Respecto a la fisiopatología, se considera la alteración de las aferencias nociceptivas por la lesión axonal secundaria a la infección viral.

Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, pudiéndose apoyar en pruebas complementarias para realizar un diagnóstico diferencial.

El paciente de nuestro caso cumple la presentación típica epidemiológica aunque muestra una localización de la lesión peculiar, puesto que en la mayoría de pacientes se suele presentar a nivel intercostal, seguido del territorio trigeminal.

El nervio peroneo es una rama del nervio ciático, que aporta inervación motora y sensitiva a la región distal del miembro inferior (pierna y pie). Cuando se origina una neuropatía, puede producir la debilidad en la dorsiflexión del pie (pie caído); sin embargo, hay que tener en cuenta que esta sintomatología puede objetivarse también en otras entidades como la radiculopatía lumbar o enfermedades sistémicas como la esclerosis lateral amiotrófica.

En este caso se incide en realizar un diagnóstico diferencial con la radiculopatía lumbar, mediante prueba de imagen (resonancia magnética), sobre todo porque dicho diagnóstico implicaría una actitud terapéutica notablemente distinta ante la aparición del déficit motor agudo y progresivo, que requeriría intervención quirúrgica para descompresión urgente.

Este caso clínico, además, tiene la particularidad de enmarcarse en una situación epidemiológica pandémica que afecta cuantitativa y cualitativamente al proceso asistencial, debido a una sobrecarga del sistema sanitario y, por ende, a la implementación de

nuevos protocolos y formas de trabajar, con la telemedicina como máximo exponente de ello.

La infección herpética tiene un diagnóstico fundamentalmente clínico; en este caso existe presencia en el primer paso, aunque a partir de ahí el seguimiento se realiza de manera telemática, incluso cuando aparece el déficit motor. En ese punto se inicia un proceso de diagnóstico a distancia basado en la realización de diversas exploraciones complementarias y no es hasta varios meses después cuando el paciente obtiene una orientación diagnóstica definitiva y un tratamiento específico para ello.

El plan terapéutico comprende un tratamiento multimodal y multidisciplinario, eligiendo como primera opción el tópico con parche de capsaicina 8%, que es muy bien tolerado, con acción limitada a la zona afectada, inocuo y que permite reducir los aportes de la medicación sistémica. Así mismo, se añade un proceso de cinesiterapia para progresar en la medida posible en la recuperación funcional y terapia ortésica con férula antiequino para paliar la disfunción de la marcha.

Así pues, nuestro paciente representa el caso clínico típico de una patología *a priori* de fácil diagnóstico, tratamiento sencillo y asequible.

Sin embargo, su evolución se encuentra marcada por un contexto asistencial excepcional que conlleva una atención médica deficitaria basada en el tratamiento y seguimiento del paciente a distancia.

La asistencia telemática no debería aplicarse de forma generalizada, ya que puede tener importantes repercusiones negativas en la realización de un diagnóstico adecuado, manejo terapéutico y evolución clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Forbes HJ, Thomas SL, Smeeth L, Clayton T, Farmer R, Bhaskaran K, et al. A systematic review and meta-analysis of risk factors for postherpetic neuralgia. *Pain*. 2016;157(1):30-54.
2. Johnson RW, Rice AS. Clinical practice. Postherpetic neuralgia. *N Engl J Med*. 2014;371(16):1526-33.
3. Argoff CE. Review of current guidelines on the care of postherpetic neuralgia. *Postgrad Med*. 2011;123(5):134-42.
4. Andersen HH, Sand C, Elberling J. Effective pain relief of post-herpetic neuralgia with capsaicin patch. *Ugeskr Laeger*. 2016;178(5):V10150846.
5. Pérez C, Gálvez R, Huelbes S, Insausti J, Bouhassira D, Díaz S, et al. Validity and reliability of the Spanish version of the DN4 (Douleur

- Neuropathique 4 questions) questionnaire for differential diagnosis of pain syndromes associated to a neuropathic or somatic component. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5(1):66.
6. Allegri M, Baron R, Finnerup NB, Correa-Illanes G, Mayoral Rojas V, Mick G, et al. A pharmacological treatment algorithm for localized neuropathic pain. *Curr Med Res Opin*. 2016;32(2):377-84.
 7. Derry S, Sven-Rice A, Cole P, Tan T, Moore RA. Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(2):CD007393.
 8. Mou J, Paillard F, Turnbull B, Trudeau J, Stoker M, Katz NP. Qutenza (capsaicin) 8% patch onset and duration of response and effects of multiple treatments in neuropathic pain patients. *Clin J Pain*. 2014;30(4):286-94.
 9. Tenreiro Pinto J, Pereira FC, Loureiro MC, Gama R, Fernandes HL. Efficacy analysis of capsaicin 8% patch in neuropathic peripheral pain treatment. *Pharmacology*. 2018;101(5-6):290-7.
 10. Webster LR, Tark M, Rauck R, Tobias JK, Vanhove GF. Effect of duration of postherpetic neuralgia on efficacy analyses in a multicenter, randomized, controlled study of NGX-4010, an 8% capsaicin patch evaluated for the treatment of postherpetic neuralgia. *BMC Neurol*. 2010;10:92.