

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

TERAPÉUTICA ACTUAL DE LA
NEURALGIA POSHERPÉTICA

Dr. Carlos A. Fernández L.*

RESUMEN

La neuralgia posherpética que sigue a un herpes zoster es un síndrome de dolor neuropático frecuente que se caracteriza por tres tipos de dolor: uno constante, severo, con sensación de quemadura; otro intermitente lacinante en forma de punzadas en los tejidos; el tercero con alodinia e hiperpatía, que puede llegar a ser de carácter intratable y con duración de meses o años. La incidencia aumenta con la edad, 73% de casos se presenta en pacientes mayores de 70 años.

La compleja etiología presenta dificultad en el hallazgo de una terapia específica y hay respuesta individual diferente a los diversos planes de tratamiento.

Diagnóstico y tratamiento precoz es lo deseado y pueden incrementar los resultados favorables.

Palabras clave: neuralgia posherpética, herpes zoster, tratamiento.

INTRODUCCIÓN

Neuralgia posherpética es un síndrome doloroso neuropático que es más comúnmente definido como un dolor persistente o recurrente en el área de erupción cutánea del herpes zoster y que aparece un mes después de haber cicatrizado la manifestación en piel.

Se caracteriza por presentar tres formas de dolor:

- 1) Sensación de quemadura constante, profunda e intolerable.

- 2) Dolor Intermitente, punzante, lacinante.
- 3) Dolor disestésico provocado por un estímulo inocuo, o por leve cambio térmico (alodinia) y que dura mucho más tiempo que el estímulo que lo genera (hiperpatía).

Paradójicamente a la hipersensibilidad, pacientes con neuralgia posherpética pueden desarrollar simultáneamente deficiencias sensoriales experimentando, por ejemplo, una sensación de adormecimiento en el área dolorosa. Estas alteraciones de sensibilidad pueden abarcar áreas mayores que las de erupción inicial del herpes zoster.

* Médico Anestesiólogo. Universidad del Cauca.

El riesgo de padecer neuralgia posherpética aumenta con la edad. Aproximadamente el 27% de los pacientes mayores de 55 años, 47% de los pacientes en los 60 y 73% de los mayores de 70 años que padecen del herpes zoster van a desarrollar neuralgia posherpética.

Otros factores predisponentes son la diabetes mellitus, cáncer, herpes oftálmico e inmunodepresión.

La evidencia clínica y patológica sugiere que la patogénesis del dolor en neuralgia posherpética involucra múltiples mecanismos, incluyendo injuria de nervios periféricos y neuronas del ganglio sensorial. Así como también alteración en los procesos de interpretación sensorial en el sistema nervioso central por reducción o pérdida de los mecanismos de inhibición aferente y establecimiento de conexiones aberrantes.

Debido a la compleja etiología, su tratamiento es típicamente empírico a base de analgésicos, anestésicos, opiodes, agentes neuroactivos como los antidepressivos tricíclicos y los anticonvulsivantes, bloqueos nerviosos, y hasta intervención quirúrgica. Resultados variables se han observado con la estimulación eléctrica nerviosa percutánea (Tens).

Esta monografía revisa la epidemiología, posibles etiologías y diagnósticos clínicos del herpes zoster y de la neuralgia posherpética.

EPIDEMIOLOGÍA HERPES ZOSTER

Es la manifestación cutánea de la reactivación del virus latente de la varicela. Estudios epidemiológicos han demostrado que el Herpes zoster puede padecerlo cualquiera que haya tenido infección del virus de la varicela.

El 20% de la población en general puede ser afectada en cualquier momento de su vida. La incidencia anual varía con la edad y el estado inmunológico en un rango entre 0.4 a 1.6 casos por 1000 en personas menores de 20 años; 4.5 a 11 casos por 1000 en mayores de 80 años.

La mayor incidencia en gente adulta se debe a varios factores, especialmente por la reducción en la inmunidad celular, desordenes neoplásicos y terapia inmunosupresora. En jóvenes, el riesgo es elevado si presentan el virus de inmunodeficiencia adquirida.

NEURALGIA POSTHERPÉTICA

El primer caso informado de neuralgia posherpética apareció en 1888 por Gowers describiéndolo como un severo y persistente dolor en un paciente anciano después de padecer herpes zoster. El segundo caso fue un paciente con neuralgia posherpética intratable que terminó en suicidio.

Después de un episodio de herpes zoster el 10% al 20% de los pacientes desarrolla neuralgia posherpética y se aumenta con la edad. La severidad del dolor y el mayor número de lesiones están relacionados a factores de mayor riesgo como son diabetes mellitus, infección por VIH, inmunodepresores, entre otros.

ETIOLOGÍA

El herpes zoster ocurre cuando la forma latente de virus de la varicela zoster, el cual puede permanecer inactivo en el ganglio de la raíz dorsal por años, se reactiva, se multiplica y migra a lo largo del correspondiente nervio sensorial a la superficie cutánea produciendo la característica erupción pustular dolorosa en la distribución del dermatoma afectado, de naturaleza unilateral sin sobrepasar la línea media.

Dermatoma más afectado:

Torácico	50%
Cervical y lumbosacro.....	30-40%
Rama oftálmica del trigémino.....	10-20%

Después de un ataque agudo de herpes zoster el daño causado por el virus puede afectar piel, ganglio dorsal radicular, el nervio, raíz nerviosa y medula espinal.

La etiología de la neuralgia posherpética es compleja y los mecanismos fisiopatológicos se desconocen.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

El diagnóstico de neuralgia posherpética es netamente clínico y está basado en la presencia de dolor persistente y recurrente en el área de erupción del herpes zoster un mes después de su cicatrización.

El patrón dermatológico común corresponde a un dermatoma torácico unilateral en banda desde el dorso a la verti-

cal de la línea media. La división oftálmica del nervio trigémino es otro lugar frecuente de neuralgia posherpética. El paciente presenta con frecuencia áreas de pigmentación cutánea en las áreas de cicatrización de la erupción herpética, y adicionalmente puede presentar algunos o todos los siguientes síntomas:

1. Cuando en el interrogatorio se les solicita que describan su dolor, generalmente lo relatan como sensación de "quemadura" continua.
2. Otros lo describen como choque eléctrico intermitente a manera de sensación punzante.
3. Alodinia táctil. Cualquier estímulo leve se convierte en severo dolor y hasta el roce de la ropa es insoportable. Cambios térmicos de calor o frío también producen alodinia y paradójicamente la presión fuerte sobre el área alivia el dolor.
4. Hiperpatía. Pacientes con hiperpatía presentan una exagerada respuesta dolorosa con duración de horas ante un estímulo suave.
5. Alteración sensorial. Los pacientes experimentan déficit sensorial en el dermatoma afectado con disminución de la percepción térmica táctil, vibratoria y sensación de entumecimiento.
6. Inestabilidad autonómica. Los síntomas manifestados como dolor se alivian con el reposo y la relajación y se exacerban con la angustia física o emocional.

COMPLICACIONES

Complicaciones del herpes zoster agudo

- Neuralgia posherpética.
- Diseminación cutánea.
- Infecciones secundarias.
- Meningo Encefalitis
- Paresia Motora Focal
- Mielitis
- Polineuritis
- Alteraciones visuales
- Angiitis Vascular Cerebral

La neuralgia posherpética es la más común y severa complicación del herpes zoster y por esta razón requiere especial atención.

TRATAMIENTO

La compleja etiología de la neuralgia posherpética representa dificultad en diseñar un tratamiento específico. Aun-

que hay múltiples tipos de drogas que ayudan a reducir el dolor, no hay forma de predecir cual medicamento es el más efectivo en determinados pacientes.

La respuesta individual es variable y a veces se requiere la administración secuencial de varias de ellas e identificar la más efectiva con el menor número de efectos colaterales.

Tratamientos farmacológico y no farmacológicos se esquematizan a continuación para pacientes con neuralgia posherpética. Tabla 1 y 2.

TABLA 1.

TERAPIA FARMACOLÓGICA

- Agentes Tópicos
- Antidepresivos
- Anticonvulsivantes
- Opioides
- Anestésicos Locales
- Clonidina
- Fenotiazinas
- Bloqueo de nervios

TABLA 2.

TERAPIA NO FARMACOLÓGICA

- Aplicaciones de compresas frías
- Presión continuada en el área
- Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS)
- Fisioterapia
- Terapia Psicosocial
- Cirugía
- Estimulación Eléctrica Espinal

TERAPIA FARMACOLÓGICA

- **Analgésicos:** Analgésicos convencionales son inefectivos en este tipo de dolor neurogénico. En algunos pacientes los opioides pueden ser útiles cuando otros medicamentos han fallado.
- **Antidepresivos:** Antidepresivos son usados para tratar una variedad de síndromes dolorosos crónicos incluyendo la neuralgia posherpética. Antidepresivos tricíclicos han demostrado su eficacia, no así los inhibidores selectivos serotoninicos. Reacciones secundarias de los antidepresivos tricíclicos incluyen confusión, retención urinaria, hipotensión postural y arritmias.

- **Anticonvulsivantes:** Aún no ha sido bien establecida la eficacia de la tradicional administración de anticonvulsivantes solos o en combinación con antidepressivos tricíclicos. Gabapentin, cuyo mecanismo exacto se desconoce, parece ser benéfico en el tratamiento de la neuralgia posherpética aunque con gran variabilidad de respuesta. Sus efectos colaterales incluyen mareos, somnolencia, induración dolorosa, visión borrosa y náuseas.
- **Clonidina:** Clonidina transdérmica tiene actividad analgésica, su efecto colateral es la hipotensión arterial.
- **Bloqueo de nervios:** Bloqueo neural con anestésicos locales pueden temporalmente quitar el dolor, más no a largo plazo. Bloqueo simpático y esteroides epidurales pueden ser efectivos, pero luego pueden incrementar la severidad de la neuralgia posherpética.
- **Agentes tópicos:** Son de tres categorías: preparados de capsaicin, antiinflamatorios no esteroides y anestésicos analgésicos locales.
- **Capsaicin:** Es el sustrato activo del pepino picante rojo, el cual inicialmente estimula y luego reduce la síntesis de sustancia P de las fibras nerviosas C aferentes. Capsaicin tópico no está asociado a efectos colaterales. En la primera semana se produce un leve eritema con sensación de quemadura local.
- **Preparados antiinflamatorios no esteroides:** pasta a base de aspirina en agua y eter dietílico ha generado alivio del dolor por 20-30 minutos en algunos pacientes.
- **Anestésicos analgésicos locales:** pueden ser efectivos en reducir el dolor en la neuralgia posherpética. Es útil el bloqueo del nervio supraorbitario en la neuralgia posherpética oftálmica. Anestésicos locales se han administrado por vía endovenosa regional, para bloqueo simpático, bloqueo de nervio periférico, infusión epidural e infiltración cutánea directa. El uso de la lidocaina 5% en forma de parche es de gran utilidad (Lidoderm)

Agentes antivirales como aciclovir, famciclovir y valaciclovir, usados en el tratamiento del herpes zoster, son inefectivos para tratar el dolor de la neuralgia postherpética.

TERAPIA NO FARMACOLÓGICA

- **Presión Directa:** Aplicación de presión continua en el área dolorosa con bolsas de neoprene.

- **Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS):** Pacientes refractarios a otras medidas terapéuticas han obtenido beneficios con este sistema. No es complicado, es económico, bajo riesgo, pero pacientes con alodinia no toleran la aplicación de los electrodos en el área afectada.
- **Terapia física:** Está indicada cuando la neuralgia posherpética causa simultáneamente disfunción articular, dolor miofacial y así se obtiene beneficio articular y muscular.
- **Terapia psicosocial y de comportamiento:** Una estrategia de manejo individual para cada paciente debe ser planteada ya que en toda condición de dolor crónico la ansiedad, la depresión y el aislamiento pueden desarrollarse. Terapia de relajación juega un positivo beneficio.
- **Cirugía:** Cordotomía, rizotomía y simpatectomía no han generado beneficio total. Radiofrecuencia dorsal puede acompañarse de un riesgo del 10% de complicaciones neurológicas.

Las formas de tratamiento varían muy ampliamente y con base en el resultado observado y los efectos secundarios, es necesario estar cambiando de medicamentos con buena frecuencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. **IRVING GA, WALLACE MS.** Herpes zoster and postherpetic neuralgia. In: Pain Management for the Practicing Physician. Philadelphia, Pa:Churchill Livingstone; 1997:141-147
2. **KOST RG, STRAUS SE.** Postherpetic neuralgia – pathogenesis, treatment, and prevention. N Engl J Med. 1996; 335: 32-42
3. **GERSHON AA.** Epidemiology and management of postherpetic neuralgia. Semin Dermatol. 1996; 15 (suppl 1): 8-13
4. **GRIFFIN MJ, CHAMBERS FA, MACSULLIVAN R.** Post herpetic neuralgia: a review Ir J Med Sci 1998: 167:74-78
5. **ARVIN AM, POLLARD RB, RASMUSSEN LE, MERIGAN TC.** Cellular and humoral immunity in the pathogenesis of recurrent herpes viral infections in patients with lymphoma. J Clin Invest. 1980; 65:869-878
6. **ROWBOTHAM MC.** Topical agents for post-herpetic neuralgia, In: Watson CPN, ed, Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia Vol 8. Amsterdam: Elsevier Ciencia Publishers: 1993: 185-203

7. **MENKE JJ, HEINS JR.** Treatment of postherpetic neuralgia. *J Am Pharm Assoc* 1999; 39: 217-221
8. **BOWSER D.** The management of postherpetic neuralgia. *Postgrad Med J.* 1997; 73:623-629
9. **CLUFF RS, ROWBOTHAM MC.** Pain caused by herpes zoster infection *Clin* 1998; 16: 813-832
10. **SCHMADER K.** Postherpetic neuralgia in immunocompetent elderly people. *Vaccine.* 1998; 16: 1768 - 1770
11. Dato on file, Endo Pharmaceuticals Inc.
12. **ROWBOTHAM MC, HARDEN N, STACEY B, BERNSTEIN P, MAGNUS – MILLER L.** Gabapentin for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized controlled trial. *JAMA.* 1998; 280: 1837 – 1842
13. **PROFELDT BT, CORNWELL P, DOHERTY D, BATRA K, GUNTHER RA.** Topical lidocaine in the treatment of partial-thickness burns. *J Burn Care Rehab* 1989; 10: 63-68

Correspondencia:

Dr. Carlos A. Fernández L.

Correo Electrónico: calafer1@hotmail.com