

HERPES ZÓSTER COMO URGENCIA MÉDICA

El herpes zóster es una afección casi siempre benigna¹, a pesar de lo cual se ha llegado a considerar como una urgencia médica² por la necesidad de iniciar el tratamiento lo más precozmente posible, como única posibilidad de evitar la aparición de complicaciones, en especial la más frecuente: la neuralgia post-herpética (NPH)³. Ésta aparece en el 14% de los casos, casi exclusivamente en personas mayores de 50 años, aumentando su frecuencia con la edad⁴ y cuando la localización es en la primera rama del trigémino⁵. No se conoce el mecanismo por el que aparece la NPH, pero lo cierto es que su incidencia no aumenta con los estados de inmunodeficiencia, siendo la edad avanzada el único factor de riesgo claro⁴. Se ha sugerido que puede deberse a alteraciones en los neurotransmisores de la sensación dolorosa debidas a la edad que favorezcan los impulsos excitadores ascendentes y disminuyan los inhibidores descendentes⁶. A favor de este hecho está que las lesiones nerviosas de la NPH no se limitan al nervio periférico, sino que las astas posteriores de la médula también muestran lesiones que no aparecen en enfermos con herpes zóster sin NPH⁷. Si éste fuese el mecanismo de aparición, la única prevención posible sería evitar el herpes zóster mediante la vacunación de las personas de edad avanzada^{6, 8}. Estudios iniciales sugieren que los ancianos vacunados tienen una incidencia menor de herpes zóster y desarrollan menos frecuentemente NPH^{6, 9}. Sin embargo, también se ha comprobado que existe DNA del virus varicela-zóster en células mononucleares de sangre periférica durante más tiempo en enfermos con zóster y NPH que en aquellos que no desarrollan esta complicación³ y además son más frecuentes en personas de edad avanzada¹⁰. Si la NPH se debiera a esta existencia prolongada de virus englobados en las células mononucleares, el tratamiento con antivirales podría prevenir la NPH si se administrase precozmente en dosis suficiente³. En este sentido, se ha indicado que sería necesaria la administración de aciclovir intravenoso en las primeras 48-72 horas de la enfer-

medad y por ello el herpes zóster en personas mayores tendría que ser considerado siempre una urgencia para poder aplicar este tratamiento². La reciente aparición de otros antivirales de mejor biodisponibilidad (famciclovir, valaciclovir) al ser administrados por vía oral pone en entredicho esta necesidad de acudir al servicio de urgencias. En apoyo de esta opinión está el trabajo del Grupo para el Estudio del Herpes Zóster publicado en este número, en el que se comprueba que los enfermos con herpes zóster son tratados más precozmente en Atención Primaria que en los servicios de urgencia hospitalarios, porque el enfermo acude más tardíamente a este nivel asistencial¹¹.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, en estricta teoría, las situaciones de urgencia en el herpes zóster pueden resumirse en las siguientes:

1. *Dolor intenso durante la fase aguda.* Tanto los esteroides como los antivirales acortan la duración de la fase aguda^{12, 13}. Con famciclovir cicatrizan antes las lesiones y con aciclovir, valaciclovir y con famciclovir se acorta la duración del dolor agudo¹³⁻¹⁶. Si el dolor es intensísimo puede estar justificado el tratamiento con antivirales aunque no exista riesgo de aparición de complicaciones, ya que están prácticamente exentos de efectos secundarios y el único inconveniente significativo es el coste económico.

2. *Estado de inmunodepresión.* El riesgo de diseminación y de complicaciones viscerales es mayor en enfermos inmunodeprimidos¹⁷ en los cuales está indicado el tratamiento con aciclovir intravenoso. En pacientes con moderada inmunodepresión, sobre todo en enfermos con infección por virus de inmunodeficiencia humana, se ha sugerido que los antivirales orales, específicamente famciclovir, podrían ser suficientes para evitar la diseminación y afectación visceral, como parecen indicar estudios iniciales^{18, 19}.

3. *Localizaciones peligrosas.* Hay dos localizaciones, la rama oftálmica del trigémino y la ótica en las que la posibilidad de aparición de complicaciones oculares o de síndrome de Ramsay-Hunt (parálisis

TABLA I. Complicaciones del herpes zóster

CUTÁNEAS	
	Sobreinfección bacteriana
	Diseminación
	Herpes gangrenosum
	Cicatrices retráctiles
	Dermatitis tardías
NEUROLÓGICAS	
	Neuralgia aguda
	Neuralgia postherpética
	Neuropatías motoras
	Parálisis facial (par craneal VII)
	Oftalmoplegia (pares craneales III, IV y VI)
	Afectación de otros pares craneales (II, V, VIII, IX y X)
	Periférica (paresia motora segmentaria)
	Síndrome de Guillain-Barré
	Mielitis
	Encefalitis y meningoencefalitis
	Vasculopatía trombótica cerebral (angeitis granulomatosa)
	Herpes sine herpate
OFTÁLMICAS	
	Conjuntivitis
	Queratitis
	Iritis
	Iridociclitis
	Neuritis óptica
	Necrosis retiniana aguda
	Vasculitis
	Panofalmitis
	Úlceras y retracciones palpebrales
	Glaucoma secundario
OTOLÓGICAS	
	Síndrome de Ramsay-Hunt
	Acúfenos
	Hipoacusia
	Vértigo
	Disgeusia, disminución del gusto
VISCERALES	
	Neumonitis
	Hepatitis. Insuficiencia hepática fulminante
	Miocarditis
	Nefritis
	Pancreatitis, esofagitis, enterocolitis
	Cistitis
	Miositis

facial, dolor y lesiones vesiculares en conducto auditivo externo y disminución sensibilidad en los dos tercios anteriores de la lengua) es elevada y justifican la administración precoz de antivirales. Se ha probado la eficacia del aciclovir en prevenir las complicaciones oculares, administrado en los primeros 5 días²⁰, y posi-

blemente sean también efectivos los nuevos antivirales orales (famciclovir y valaciclovir). En el trabajo del Grupo para el Estudio del Herpes Zóster hay una gran diferencia en porcentaje de enfermos con afectación del trigémino que acuden a urgencias, en relación a los que acuden a la consulta de Atención Primaria, indicando que la urgencia de esta localización es un hecho generalmente aceptado¹¹.

4. *Aparición de complicaciones.* Aunque existe una amplia variedad de posibles complicaciones del herpes zóster, éstas aparecen con poca frecuencia, salvo la neuralgia postherpética que hace su aparición después de la fase aguda y no suele ser motivo de consulta urgente. Algunas de las complicaciones pueden poner en peligro la vida del enfermo²¹ y la mayoría están favorecidas por la existencia de un estado de inmunodepresión¹⁷. Algunas de las principales complicaciones del herpes zóster aparecen en la Tabla I.

A la hora de recomendar el tratamiento más adecuado para las complicaciones, su rareza hace que sea difícil encontrar un número suficiente de enfermos que permita hacer estudios comparativos, pero generalmente se recomienda el tratamiento con aciclovir intravenoso, salvo en la NPH, cuya aparición no es indicativa de infección viral activa⁵. Otras complicaciones, especialmente neurológicas, tienen un posible mecanismo inmunológico²², pero la gravedad de la situación y la ausencia de datos fiables sobre el mecanismo de producción justifica la utilización de aciclovir intravenoso en estos casos.

Bibliografía

1. Straus SE, Ostrove JM, Inachuspe G, Felser JM, Freifeld A, Croen KD et al. Varicella-zóster virus infections. Biology, natural history, treatment, and prevention. *Ann Intern Med* 1988; 108: 221-37.
2. Moya Mir MS, Calabrese S. Herpes zóster. En Moya Mir MS (ed) *Actuación en urgencias de atención primaria*. Madrid. Mosby/Doyma Libros. 1995: 89-92.
3. Gilden DH. Herpes zóster with postherpetic neuralgia. Persisting pain and frustration. *N Eng J Med* 1994; 330: 932-4.
4. Choo PW, Galil K, Donahue JG, Walker AM, Spiegelman D, Platt R. Risk factors for postherpetic neuralgia. *Arch Intern Med* 1997; 157: 1217-24.
5. Kost RG, Straus SE. Postherpetic neuralgia. Pathogenesis, treatment and prevention. *N Eng J Med* 1996; 335: 32-41.
6. Kost RG, Straus SE. Postherpetic neuralgia. Predicting and preventing risk. *Arch Intern Med* 1997; 157: 1166-7.
7. Watson CPN, Deck JH, Morshead C, van der Kooy D, Evans RJ. Postherpetic neuralgia: further postmortem studies of cases with and without pain. *Pain* 1991; 44: 105-17.
8. Levin MJ. Can herpes zóster be prevented. *Eur J Microbiol Infect Dis* 1996; 15: 1-3.
9. Levin MJ, Murray M, Zerve GO, White CJ, Hayward AR. Immune responses of elderly persons 4 years after receiving a live attenuated varicella vaccine. *J Infect Dis* 1994; 170: 522-6.

10. Devlin ME, Gilden DH, Mahalingam R, Dueland AN, Cohrs R. Peripheral blood mononuclear of the elderly contain varicella-zóster virus DNA. *J Infect Dis* 1992; 165: 619-22.
11. Laguna P, Grupo para el Estudio el Herpes zóster en España. Herpes Zóster. Forma de presentación y manejo en urgencia hospitalaria y en atención primaria. *Emergencias* 1998; 10: 362-8.
12. Wood MJ, Johnson RW, Kendrick MW, Taylor J, Mandal BK, Crooks J. A randomized trial of acyclovir for 7 days or 21 days with and without prednisolone for treatment of acute herpes zoster. *N Eng J Med* 1994; 330: 896-900.
13. Whitley RJ, Weiss H, Gnann Jr JW, Tyring S, Mertz GJ, Pappas PG et al. Acyclovir with and without prednisone for the treatment of herpes zoster. *Ann Intern Med* 1996; 125: 376-83.
14. Wood MJ, Kay R, Dworkin RH, Soong SJ, Whitley RJ. Oral acyclovir therapy accelerates pain resolution in patients with herpes zoster: a meta-analysis of placebo-controlled trials. *Clin Infect Dis* 1996; 22: 341-7.
15. Beutner KR, Friedman DJ, Forszpaniak C, Andersen PL, Wood MJ. Valacyclovir compared with acyclovir for improved therapy for herpes zóster in immunocompetent adults. *Antimicrob Agents Chemother* 1995; 39: 1546-53.
16. Tyring S, Barbarash A, Nahlik JE, Cunningham A, Marley J, Heng M et al. Famciclovir for the treatment of acute herpes zoster: Effects on acute disease and postherpetic neuralgia. *Ann Intern Med* 1995; 123: 89-96.
17. Galil K, Choo PW, Donahue JG, Platt R. The sequelae of herpes zoster. *Arch Intern Med* 1997; 157: 1209-13.
18. Whitley RJ, Gnann Jr JW. Herpes zóster in patients with human immunodeficiency virus infection. An ever-expanding spectrum of disease. *Clin Infect Dis* 1995; 21: 989-90.
19. Sullivan M, Sklest D, Segns D and Famciclovir Herpes Zoster in HIV study group. Famciclovir in the management of acute herpes zoster in HIV+ patients. IV Conference on Retrovirus and opportunistic infections. Washington DC, February 1997.
20. Cobo M. Reduction of ocular complications of herpes zóster ophthalmicus by oral acyclovir. *Am J Med* 1988;85 (supl):90-3.
21. Dits H, Frans E, Wilmer A, VanRanst M, Fevery J, Bobbaers H. Varicella-zóster virus infection associated with acute liver failure. *Clin Infect Dis* 1998; 27: 209-10.
22. Elliot KJ. Other Neurological Complications of herpes zóster and their management. *Ann Neurol* 1994;35 (supl):S57-S61.

M. S. Moya Mir
 Servicio de Urgencias
 Clínica Puerta de Hierro
 Departamento de Medicina.
 Universidad Autónoma de Madrid