

Dr. Daniel Stecher. Médico Infectólogo
División Infectología,
Hospital de Clínicas, UBA

Introducción;

La infección primaria por el virus herpes zoster se traduce en el cuadro de varicela. Su transmisión se produce principalmente por vía respiratoria diseminándose a través del sistema reticuloendotelial y posteriormente por vía hematogena (viremia). Luego de resuelta la infección primaria el virus herpes zoster permanece latente en los ganglios de las raíces nerviosas craneales y dorsales produciendo como forma de reactivación clínica el cuadro de zoster. El riesgo de reactivación aumenta con la edad y la inmunodepresión debido a la disminución de la respuesta inmune mediada por células T que caracteriza a estos dos grupos. El cuadro se caracteriza por la aparición de máculas o pápulas que evolucionan a vesículas con una distribución metamérica. El dolor neurítico que acompaña a las manifestaciones cutáneas puede preceder a las mismas. La duración del cuadro clínico es de 10 a 15 días. La neuralgia post-herpética, definida como la persistencia del dolor más de 90 días luego de la desaparición de la mejoría de las lesiones cutáneas, es una complicación que se presenta en el 10 al 50% de los pacientes y que interfiere con la calidad de vida.^{1,2,3}

Tratamiento

El tratamiento de las infecciones por el virus herpes zoster se basa en el uso del aciclovir, un derivado de la guanina que es fosforilado y activado por la timidino-kinasa viral produciendo la inhibición de la ADN polimerasa e impidiendo la replicación viral. Su biodisponibilidad por vía oral es baja (20%). Se distribuye ampliamente en los líquidos corporales con una unión a proteínas menor al 20%. El 90% de la dosis administrada se elimina como forma no metabolizada por vía renal.^{4,5} El valaciclovir es una pro-droga que se transforma en aciclovir por un primer paso de hidrólisis hepática con una mayor biodisponibilidad oral (54-70%)⁶. Como efectos adversos de ambas drogas puede observarse náuseas y cefalea. Las dosis deben ajustarse en los pacientes con alteración de la función renal.

El uso de estas drogas demostró en estudios randomizados comparado con placebo reducir la duración de la diseminación viral, acelerar el tiempo de desaparición de la erupción cutánea y disminuir el número de nuevas lesiones. También disminuyen la severidad y duración del dolor agudo, mejorando la calidad de vida del paciente.^{5,6} En algunos estudios, valaciclovir y famciclovir fueron superiores a aciclovir para reducir el dolor asociado con el virus herpes zoster^{6,7}.

Las dosis y vías de administración recomendadas son las siguientes:

- Aciclovir: 800 mg por vía oral 5 veces por día. En los pacientes inmunocomprometidos o con complicaciones neurológicas severas puede administrarse por vía endovenosa a dosis de 5-10 mg/kg tres veces al día.
- Valaciclovir: 1g por vía oral tres veces al día.

Las indicaciones para el tratamiento del herpes zoster son las siguientes:

1. Edad mayor de 50 años,
2. Dolor moderado o severo,
3. Erupción moderada o severa,
4. Compromiso facial u oftálmico,
5. Infección en pacientes inmunocomprometido o
6. Complicaciones de la infección por VHZ (por ej.: encefalitis).

El tratamiento es efectivo si se inicia dentro de las 72 horas de comenzada la erupción, pero en el caso de aparición continua de nuevas lesiones, complicaciones cutáneas o neurológicas, formas oftálmicas o importante dolor neurítico puede iniciarse aun superado este plazo.

La duración del tratamiento es de 7 a 10 días pero puede prolongarse en formas severas.

No está recomendado el uso de tratamientos tópicos.

Otras alternativas terapéuticas son el penciclovir y su pro-droga, el famciclovir y el brivudin (*). En el caso de resistencia al aciclovir se indica el uso de foscarnet.

Tratamiento del dolor

El manejo del dolor tanto en su forma aguda como la neuralgia post herpética es un objetivo importante del tratamiento dado el impacto de esta complicación en la calidad de vida del paciente. Entre las drogas que han demostrado su utilidad se incluyen los opioides (oxicodona y tramadol), los anticonvulsivantes (gabapentin y pregabalina) y los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina y nortriptilina). Las dosis deben titularse en función de la respuesta clínica. Otra opción es el uso de parches de lidocaína.^{2,3}

El uso de glucocorticoides es controvertido, pero algunos estudios han demostrado que su administración simultánea con el tratamiento antiviral disminuye el dolor agudo y el tiempo de uso de los analgésicos. Deben tenerse en cuenta sus efectos adversos habituales y la limitación de su uso en pacientes inmunocomprometidos. Solo deben utilizarse en forma conjunta con las drogas antivirales^{1,2,3}.

RESUMEN

1. El zoster es una manifestación de la reactivación de la infección por el virus herpes zoster que impacta en la calidad de vida del paciente como consecuencia de la neuralgia post herpética.
2. El tratamiento con antiviral iniciado dentro de las 72 horas de la aparición de las manifestaciones cutáneas disminuye el tiempo de evolución de las mismas y el dolor agudo.
3. El manejo del dolor tanto agudo como la neuralgia post herpética es un objetivo fundamental del tratamiento y requiere individualizar las drogas y dosis útiles para cada paciente.

Referencias: 1. Whitley R. Varicella-Zoster virus. En Mandell , Douglas and Bennett's. Principles and Practice of Infectious Diseases. Mandell G, Bennet J, Dolin, Ed. 7ma ed. Churchill Livingstone Elsevier. 2010. Pag 1963-1969. 2. Dworkin R, Johnson R, Breuer J y col. Recommendations for the Management. of Herpes Zoster. Clinical Infectious Diseases 2007; 44:S1-26. 3. Cohen J. Herpes Zoster. N Engl J Med 2013; 369:255-63. 4. Aoki F, Hayden F, Dolin R. Antiviral drugs (other than antiretrovirals). En Mandell , Douglas and Bennett's. Principles and Practice of Infectious Diseases. Mandell G, Bennet J, Dolin R, Ed. 7ma ed. Churchill Livingstone Elsevier. 2010. Pag 565-610. 5. McKendrick MW, McGill JJ, White JE, Wood MJ. Oral acyclovir in acute herpes zoster. Br Med J (Clin Res Ed) 1986; 293:1529-32. 6. Beutner KR, Friedman DJ, Forszpaniak C, Andersen PL, Wood MJ. Valaciclovir compared with acyclovir for improved therapy for herpes zoster in immunocompetent adults. Antimicrob Agents Chemother 1995; 39:1546-53. 7. Degreef H. Famciclovir, a new oral antiherpes drug: results of the first controlled clinical study demonstrating its efficacy and safety in the treatment of uncomplicated herpes zoster in immunocompetent patients. Int J Antimicrob Agents 1994;4:241-6.

Los comentarios y opiniones vertidos en esta publicación son responsabilidad exclusiva de su autor y MSD puede no necesariamente compartírlas.