

NEUROLOGIA

HERPES ZÓSTER: UNA REALIDAD PREVENIBLE (Revisión Bibliográfica)

Cindy Montero Granados*
Tatiana Monge Jiménez**

SUMMARY

VZV produces two different clinical scenarios: herpes zoster and varicella. After varicella infection the VZV remains latent and stays in the first sensory neuron of a cranial nerve or spinal cord. Over the years and without an apparent reason, the virus reactivates again causing herpes zoster. Due to varicella vaccine invention this disease eventually will be eradicated; however, for the time being the VZV reactivation can be prevented as well as herpes zoster cases and its complications. In 2006, FDA approved the herpes vaccine (Zostavax) to be used in people older than 60 years as preventive measure.

INTRODUCCION

El HZ es una neuropatía debida a la reactivación del VVZ, dicho virus produce dos entidades clínicamente distintas: la varicela y el HZ. El virus de la varicela es una infección sumamente contagiosa (4,7,10). El HZ se presenta en personas que previamente tuvieron varicela, con un cuadro clínico típico o con sintomatología mínima pasando la infección inadvertida, este virus queda latente y se aloja en la primera neurona sensitiva de un nervio craneal o espinal. La incidencia aumenta a los 55 años, con una incidencia máxima entre el sexto y octavo decenio

de la vida. Se estima que 2% de los pacientes presentarán un segundo episodio de infección. La reactivación suele ser un proceso autolimitado, sin embargo el 10% de los pacientes podría presentar un síndrome de neuralgia pos herpética (13,14,15).

CLINICA

La mayoría de veces ocasiona dolor intenso, tipo punzadas en un área específica, a los 2-3 días aparece la lesión cutánea: exantema vesiculoso circunscrito a uno o dos dermatomas, los más afectados son de C2 a L2. (15,6,9,). En sujetos sanos las lesiones son

*Médico Cirujano, Msc Anatomía Humana

**Médico Cirujano, Msc Anatomía Humana

Abreviaturas: VVZ: virus de varicela zóster, HZ: herpes zóster, VIH: virus de inmunodeficiencia humana, IV: intravenoso, FDA: Administración de alimentos y fármacos.

escasas con una duración total de la enfermedad de 7 a 10 días. En pacientes inmunosuprimidos tienen mayor riesgo de desarrollar un HZ progresivo, neumonitis, meningoencefalitis y hepatitis. Las secuelas más frecuentes son el dolor pos herpético (50 % en mayores de 50 años) y las cicatrices cutáneas. Dependiendo del nervio que afecte provoca sintomatología característica, si se afectan las ramas del nervio trigémino, se producen lesiones en boca, ojos o lengua. Con la alteración del nervio vago se provoca la parálisis de laringe o faringe con posible malestar cardíaco y epigástrico. El nervio frénico afectado ocasiona parálisis del diafragma y si hay compromiso lumbosacro se desarrollará un cuadro similar al de un cólico renal y una posible retención urinaria (5,8,11).

PATOGENIA Y ANATOMIA PATOLOGICA

La varicela es la manifestación clínica primaria, el VVZ permanece latente en las raíces ganglionares dorsales, posteriormente y sin una razón clara, inicia su replicación en las células del ganglio y se diseminan a lo largo del nervio,(7). Existen algunas predisposiciones para "reactivar" el virus por ejemplo: en individuos alérgicos, enfermos de

Hodgkin, leucemias y enfermos inmunosuprimidos. Pacientes con VIH pueden desarrollar HZ bilateral, generalizado y recidivante. Histológicamente se observa una degeneración balonzante de las células epidérmicas, infiltración linfocitaria y formación de células gigantes multinucleadas. En inmunosuprimidos puede producirse la replicación en el pulmón o el cerebro. En la afectación pulmonar se da una neumonitis intersticial, en la infección en el sistema nervioso central se evidencia imágenes histopatológicas similares a el sarampión y a las encefalitis virales. (3,13).

TRATAMIENTO

Como pilar del tratamiento se han utilizado alguno de estos tres medicamentos: el aciclovir, el famciclovir y el valaciclovir, todos con buena respuesta, sobre todo si se utilizan en las primeras 42 horas de haber aparecido las lesiones cutáneas. Aciclovir: se recomienda 800 mg 5 veces por día por 7-10 días. Famciclovir 500 mg 3 veces al día por 7 días reduce la neuralgia posherpética. Valaciclovir 1000 mg tres veces por día por 7 días, es el tratamiento más seguro y efectivo. No debemos de olvidar el dolor del paciente, se recomienda antiinflamatorios (aspirina, codeína, indometacina),

opioides(morfina)y antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) (7,8,13).

PROFILAXIS

La vacuna contra el HZ (Zostavax) fue aprobada por la FDA en el año 2006 para utilizarla de forma preventiva en gente mayor de 60 años. Contiene un virus vivo atenuado y previene la infección primaria por VVZ. Para lograr una inmunidad celular significativa es necesario títulos más altos del virus vivo atenuados (2,12). Esta vacuna se desarrolló para la protección específica del HZ, contiene como mínimo 19400 unidades formadoras de placas por dosis, su uso no se indica para tratar el HZ ni para la neuralgia pos herpética. Tiene una efectividad mayor en pacientes de 60 a 69 años, sin embargo se observó que en pacientes mayores de 70 años el riesgo de desarrollar neuralgia pos herpética disminuía (1). Está contraindicada en personas inmunocomprometidas, pacientes con terapia inmunosupresora con corticoesteroides, tuberculosis activa no tratada, embarazadas y personas con historia de reacción anafiláctica a gelatina, neomicina u otros componentes de la vacuna. Logra reducir la incidencia del HZ en un 51-67%. Es de aplicación subcutánea, dosis única de 0,65ml y debe de mantenerse refrigerada (1). Dentro de los efectos secundarios posterior a

su aplicación se observa: rash en sitio de la inyección (similar al de la varicela) frecuentemente a los 42 días post vacunación, eritema, dolor, hinchazón y prurito en sitio de la inyección. Por su reciente uso los efectos adversos raros son aún inciertos, su eficacia en personas que han presentado un episodio previo de HZ es desconocido y no se ha aprobado la vacuna para personas inmunocomprometidas. Se desconoce la longevidad de protección conferida por una dosis de vacuna. Se recomienda administrar la vacuna a todas las personas mayores de 60 años siempre que no exista contraindicación. Se utiliza una dosis única para los adultos a partir de los 60 años, independientemente si reportan o no un episodio previo de HZ, inclusive pacientes con condiciones médicas crónicas pueden ser vacunado (1,2,12).

CONCLUSIONES

Se sabe que el VVZ tiene una alta incidencia a nivel mundial, actualmente la profilaxis para el virus de varicela ha logrado disminuir el número de casos, sin embargo en los próximos años todavía hay un gran número de personas que si fueron afectados por este virus y tienen posibilidades de desarrollar un cuadro de herpes zóster con sus posibles y temidas complicaciones. Se debe

analizar y promover el beneficio de el uso de la vacuna contra el HZ, con el fin de disminuir la morbimortalidad de esta entidad tan frecuente en nuestra consulta diaria.

RESUMEN

El VVZ produce dos entidades clínicamente distintas: el HZ y la varicela. Posterior a la infección por varicela el VVZ queda latente y se aloja en la primera neurona sensitiva de un nervio craneal o espinal. Con los años y sin una causa aún clara, el virus se reactiva provocando así el herpes zóster. Con la creación de la vacuna contra la varicela en un futuro llegará prácticamente a erradicarse, sin embargo por el momento se puede prevenir la reactivación del VVZ y evitar los casos de HZ y sus complicaciones. La vacuna contra el HZ (Zostavax) fue aprobada por la FDA en el año 2006, para utilizarla de forma preventiva en gente mayor de 60 años.

BIBLIOGRAFIA

1. Actualización Médica Periódica. Esquema recomendado de inmunización en el adulto; no 78 En: <http://ampmd.com/flashpaper.cfm?d=91646>. 2007. pdf. Consultado el 21 de agosto 2009.
2. Actualización Médica Periódica. Recomendaciones generales para la inmunización en el adulto mayor; n 80. En; <http://ampmd.com/flashpaper.cfm?d=91646>. 2007. pdf. Consultado el 21 de agosto del 2009.
3. Alan Stevens, James Lowe Texto y

- Atlas de Anatomía Patológica, España, Editorial Mosby / Doyma Libros; 1996, p 412.
4. Braunwald Eugene et al, Harrison principios de Medicina Interna, 14 va Edición, España, Mc-Graw Hill Interamericana; 1998, p 1243,2785-2786.
5. Charles F Carey, Hans H Lee, Keith F Woeltje Manual Washington de terapéutica médica, 10 a Edición, España, Editorial Masson; 1999, p 292.
6. Frank H. Netter, M.D Atlas de Anatomía Humana, España, Mason S.A; 1996, p150, 511.
7. Hernán Vélez A et al, Fundamentos de medicina Dermatología, edición 7 a Edición, México, Corporación para Investigaciones Biológicas; 2002.
8. J Mensa, J M Gatell Guía de Terapéutica Antimicrobiana, 10 a Edición, España, Editorial Masson; 2000, p 36.
9. John A Kiernan. Nervios craneales. Barr El Sistema Nervioso Humano, 7 a Edición, México, Mc. Graw-Hill Interamericana; 2000 , p 157, 330.
10. José M Mascaró Diccionario Médico, 4 a Edición, España, editorial Masson; 1998, p 308.
11. Keith L Moore Anatomía con Orientación Clínica, 3 a Edición, España, Editorial Médica Panamericana; 1993, p 60-61, 690.
12. Kimberlin D W, Whitley R J. Varicella _ Zóster vaccine for the prevention of herpes zoster. N Engl J Med, 2007, 356: p 1338, 1340.
13. Kumar V, Abbas A, Fausto N. Enfermedades de Sistemas Orgánicos. Robbins y Cotran Patología Estructural y Funcional, 7 a Edición, Barcelona, España, Elsevier; 2008, p 1378.
14. Michael Latarjet, Alfredo Ruiz Liard Anatomía Humana, 4 a Edición, Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana; 2007, p 284 – 286.
15. Richard Snell, Neuroanatomía Clínica, 6a Edición, México, Médica Panamericana; 2007, p 123.