

Clínica del Dolor. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras

TRATAMIENTO DE LA NEURALGIA HERPÉTICA: Descripción de una técnica novedosa.

*Jorge L. Yera Nadal**, *Egbert Squires Valdés†*, *Marlén Rodríguez Valdés‡*, *Madelén Guillén Vargas§*.

RESUMEN: Introducción: El Herpes Zóster, vulgarmente conocido como culebrilla, es una enfermedad infecciosa aguda, originada por el virus del mismo nombre que pertenece al grupo de virus ADN y produce una intensa reacción inflamatoria, hemorragia y necrosis del ganglio de la raíz posterior de la médula y puede expandirse hasta involucrar a las neuronas motoras que resultan en parestias motoras. Puede desencadenarse por ciertos estímulos, por ejemplo: cirugía o trauma, irradiación y otros agentes inmunosupresores (arsénico ó neoplasias) ó enfermedades (tuberculosis, sífilis, paludismo). Objetivos: En este trabajo nos propusimos identificar los factores asociados a la neuralgia herpética y su evolución. Material y Método: La muestra estuvo integrada por todos los pacientes que acudieron a la clínica del dolor del hospital "Hermanos Ameijeiras" con el diagnóstico de neuralgia herpética desde Enero de 1997 hasta Septiembre del 2001. Se comprobó la efectividad del tratamiento mediante el uso de la escala análoga visual. Resultados: La localización corporal de la lesión herpética aguda más frecuente fue torácica (54.4%). El tratamiento mas frecuente utilizado fue la terapia neural en 63,1 %. La relación entre el tiempo de evolución de la neuralgia y la respuesta al tratamiento fue mas eficaz mientras mas tempranos se aplicó el tratamiento. Al final del tratamiento el 63.2 % de los pacientes tratados en este periodo presentaron alivio completo de la sintomatología Conclusiones: Los pacientes mayores de 50 años son los más afectados, fundamentalmente los del sexo femenino; las lesiones se localizan generalmente en el tórax y que los pacientes que acuden más temprano responden mejor al tratamiento.

Palabras claves: neuralgia herpética, terapia neural, autovacuna, escala visual análoga

INTRODUCCIÓN

El herpes zóster es una enfermedad infecciosa aguda originada por el virus del mismo nombre¹. Se presenta característicamente con dolor agudo, que es generalmente la primera manifestación, además de parestesia y disestesia, en la zona de distribución dermatómica de uno ó

más ganglios de la raíz posterior afectados. El dolor puede manifestarse 100 días previos a la erupción. A esto se le denominó neuralgia preherpética². Se acompaña de síntomas sistémicos como fiebre, malestar general, cefalea, náuseas, rigidez de cuello y adenopatías regionales o difusas. Al inicio aparece eritema localizado e hinchazón, seguido por

* Especialista de Segundo Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesor Asistente. Vicepresidente de la Sección Dolor de la SCAR y de la SOCECAR Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

† Especialista de Primer grado en Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico Quirúrgico "Julio Trigo"

‡ Especialista de Primer grado en Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico Quirúrgico "Julio Trigo"

§ Especialista de Primer grado en Anestesiología y Reanimación. Hospital Central Militar Luis Díaz Soto"

pápulas rojas que evolucionan a vesículas, ampollas y pústulas que forman costras en las dos o tres semanas posteriores y las lesiones son generalmente unilaterales³.

La neuralgia postherpética es una secuela tardía y es la complicación más común de esta enfermedad. Se ha definido como un dolor persistente por más de cuatro semanas después que comenzó la infección^{4,5} y ocurre debido a la lesión del nervio en el área afectada por el virus después de resuelta la erupción vesicular característica.

Si tenemos en cuenta que la experiencia del dolor ha sido siempre una realidad para el hombre y que buscar alivio para ese dolor ha sido desde sus orígenes una respuesta natural y que si bien en los últimos años se han hecho avances hacia el alivio del mismo, todavía queda mucho por hacer para que este afecte la calidad de vida.

MÉTODO:

Se realizó un estudio prospectivo y longitudinal de 57 pacientes que acudieron a la Clínica del Dolor del Hospital "Hermanos Ameijeiras" desde enero de 1997 hasta Septiembre del 2001. Se excluyeron los pacientes que abandonaron el tratamiento médico indicado, aquellos que les fue imposible definir la intensidad del dolor por cualquier razón y los que llevaban tratamiento con antivirales. En la figura 1 se muestran las lesiones típicas del herpes zoster



Figura 1: Lesiones de Herpes Zoster

A todos los pacientes se les aplicó terapia neural (habones subcutáneos de procaína al 0,5 % alrededor de las lesiones) o terapia neural más autovacuna. Este último método está basado en una idea empírica de Hernández Albornos y desarrollada por éste y Yera Nadal a partir de 1996 en la Clínica del Dolor del Hospital Hermanos Ameijeiras.

Como puede observarse en la figura 2, en el tratamiento de los pacientes que acudían tempranamente, con presencia de vesículas o ampollas con contenido líquido de la afección para el cual se procedió a la extracción de este líquido que luego se mezcla con una solución de procaína al 0,5 % y se inyecta en forma de habones cutáneos alrededor de toda la lesión dermatológica herpética e interlesional en las partes respetadas por la afección en la piel.



Figura 2: Realización de la técnica propuesta

Este método puede ser aplicado una, dos y hasta tres veces cada 24 horas según la respuesta del paciente quien experimenta un alivio inmediato a su neuralgia y las lesiones comienzan a regresar de inmediato. Además a algunos pacientes se les aplicó bloqueos simpáticos y/o somáticos con Bupivacaína 0.25 % de acuerdo a la evolución de cada paciente. Para la evaluación de la intensidad del dolor se empleó la escala visual análoga (EVA) en el momento de su llegada a la consulta y luego cada 24 horas,

clasificando el dolor como sigue: ligero 1-3, moderado 4-6, intenso 7-9 e insoportable 10.

El estudio se realizó previo consentimiento informado de los pacientes.

RESULTADOS:

En el periodo estudiado acudieron a la Clínica 57 pacientes con el diagnóstico de neuralgia herpética. El 75 % de los pacientes correspondió al sexo femenino y la distribución por grupos de edades fue similar para ambos sexos puesto que la prueba de homogeneidad de Chi cuadrado de Pearson no arrojó resultados estadísticamente significativos (p= 0.35). La mayor parte de los pacientes (54.4 %) tenían mas de 50 años de edad.

La localización corporal de la lesión herpética aguda se muestra en la tabla 1 observándose que más de la mitad de los casos (54.4%) presentó la lesión a nivel del tórax.

Tabla 1 Localización física de la lesión herpética.

Localización	#	%
Torácico	31	54.4
Abdominal	14	26.4
Craneal	8	14
Miembro inferior	2	3.5
Miembro superior	2	3.5
Total	57	100

En la tabla 2 se puede apreciar los tipos de tratamientos empleados en estos pacientes.

Tabla 2: Tratamientos aplicados.

Tratamiento	#	%
Terapia neural (TN)	36	63.1
TN + Autovacuna	21	36.8
Bloqueos Simpáticos	18	31.6
Bloqueos somáticos	4	7

En tabla 3, se observa la estrecha relación entre el tiempo de evolución de la neuralgia y la respuesta al tratamiento apreciándose que 6.7 % de los pacientes completamente curados había referido la aparición de la misma pocos días antes, mientras que los pacientes que llegaron a la consulta con mas de 4 semanas de evolución no lograron el mismo resultado.

Tabla 3: Resultados del tratamiento según tiempo de evolución.

Evolución (Semanas)	Resultados			
	Curados		Mejorados	
	#	%	#	%
< 1	6	21.4	3	10.3
1	18	50	12	75
2	4	11.1	0	0
3	6	16.7	1	6.35
4	2	5.5	0	0

Pudimos apreciar que los pacientes de edad avanzada presentaron una respuesta al tratamiento más desfavorable que los pacientes mas jóvenes y estos resultados se muestran en la tabla 4.

Tabla 4: Asociación entre resultados del tratamiento y edad del paciente.

Edad (años)	Resultado			
	Curados		Mejorados	
	#	%	#	%
< 40	6	10.5	6	10.5
40-49	13	22.8	1	1.7
50-69	6	10.5	9	15.8
> 70	3	5.2	13	22.8

De forma general podemos apreciar en la tabla que al final del tratamiento el 63.2 % de los pacientes tratados en este periodo presentaron alivio completo de la sintomatología.

Tabla 5. Evolución de los pacientes al final del tratamiento.

Estado del paciente	#	%
Totalmente curados	36	63.2
Dolores ligeros	16	28.1
Dolores Moderados	4	7
Dolores severos	1	1.7
Total	57	100

DISCUSIÓN:

Respecto al comportamiento de la neuralgia herpética según el sexo, Charlton y otros autores revisados niegan la existencia de alguna diferencia entre ambos sexos^{1,6-8}. No obstante Watson⁹ en un estudio realizado sobre neuralgia postherpética encontró una prevalencia mayor de sexo femenino señalando que esto ocurría por el predominio de este sexo en la población mundial.

En nuestro estudio encontramos un predominio de paciente mayores de 50 años, Hope - Simpson en un estudio publicado en 1965 ya hace notar esto¹, autores como Berger, Florent y Just señalan que el incremento de la neuralgia herpética con la edad no esta clara, pero la disminución de la respuesta inmunológica quizás es la explicación más certera¹⁰.

La localización más frecuente de la neuralgia herpética aguda fue a nivel del tórax seguida por la localización abdominal, en la cabeza y en los miembros, lo cual coincide con lo que se recoge en la literatura especializada en estos temas. Ceraso¹¹ describió en su estudio que la región torácica es la más afectada pero que le sigue en frecuencia la zona de distribución del nervio trigémino situación esta que no se cumple en nuestro estudio.

Para el tratamiento de esta enfermedad han sido propuestas numerosas terapéuticas pero pocas han sido investigadas con rigor, la mayoría de los estudios están basados en un número no significativo de pacientes, carecen de controles o los datos acerca de la población son inadecuados. En nuestros

pacientes el tratamiento invasivo mas usado fue la terapia neural sin autovacuna ya que los pacientes acudieron en mayor número con las lesiones ya en fase regresiva por lo que no podía aplicarse el método de terapia neural con autovacuna, pero debido a la gran variedad de tratamientos llevados a cabo y el número reducido de la muestra, al realizar las pruebas de independencia Chi cuadrado para indagar la posible relación entre el tratamiento y el resultado final del mismo no se obtuvo en ningún caso significación estadística.

Existe una estrecha relación entre la duración de la neuralgia herpética y la eficacia de la terapéutica, el tratamiento inmediato acorta el curso progresivo de la enfermedad y disminuye su gravedad lo cual quedó demostrado en nuestro estudio y coincide con lo encontrado en la literatura revisada¹².

En nuestro trabajo observamos que los pacientes mayores de 70 años presentaron una respuesta al tratamiento más desfavorable y aunque en la literatura revisada no hallamos datos al respecto pensamos que esta evolución tórpida esté dada por los mismos factores que hacen que la enfermedad sea más frecuentes en estas edades de la vida, es decir la declinación inmunitaria¹³.

Al concluir el tratamiento, el 63.2 % de los pacientes resultó completamente curado mientras que el 36.8 % manifestó algún tipo de molestia. Es importante señalar que los pacientes tratados con terapia neural más autovacuna resolvieron totalmente, no obstante no tenemos aún explicación para esto por lo que nos hemos propuesto investigar este hallazgo desde el punto de vista inmunológico¹⁴.

Concluimos que la neuralgia herpética afecta con mayor frecuencia a las personas mayores de 50 años y a las del sexo femenino siendo su localización mas frecuente a nivel del tórax. Es importante el inicio precoz del tratamiento pues contribuye a un mejor resultado al final de la terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hope- Simpson RE. The nature of herpes zóster: a long term study and a new hypothesis. Proc R Soc med 1965; 58: 9-20.
2. Gilden DH, Duelan AN, Cohrs R et al. Preherpetic neuralgia. Neurology 1991; 41: 1215-18.
3. Tyzzer EE. The histology of the skin lesions in varicela. Br J Dermatol 1932; 1: 349-72.
4. Helgason S, Peturson G. Prevalence of postherpetic neuralgia after a first episode of herpes zoster: prospective study with long term follow up. BMJ 2000; 321(7264): 794-96.
5. Steen AE, Reen PW et al. Topical acetylsalicylic acid applied to the skin of herpes zoster patient strongly reduced their acute neuralgia. 8th World congress of pain. Vancouver. BC Canada 1996:335.
6. Loeser JD. Review article herpes zoster and postherpetic neuralgia. Pain 1986; 25: 149-64.
7. Charlton E. Postherpetic Neuralgia. World Federation of societies of anaesthesiologists. Update in anesthesia. Issue 13 (2001);7:1-2.
8. Whizar-Lugo VM, Carrada-Pérez S, Islas Velasco J. Herpes zoster agudo y neuralgia postherpética. Papel del bloqueo Simpático con anestésicos locales. Rev Mex anest 1998;21(3): 151-58.
9. Watson CP, Vernich L, Chipman M. Nortryptiline vs amitriptiline in postherpetic neuralgia: a randomized trial. Neurology 1998;51(4): 1166-71.
10. Berger R, Florent J, Just M. Decrease of the lymphoproliferative response to varicella zoster virus antigen in the aged. Infect Immunol 1981;32:24-27.
11. Ceraso O. Herpes zoster: Aspectos fisiopatológicos, prevención y tratamiento. Dynia 1997; 2 (1): 9-24.
12. Kost RG, Straus S. Postherpetic neuralgia: pathogenesis treatment and prevention. N Engl J Med 1996: 335.
13. Gershon AA, Steinberg SP. Antibody response to varicella zoster virus and the role of antibody in host defenses. Am J med Sci 1981;282: 12-17.
14. Raja P, Rivers JK. Varicella Zoster virus. Recent advances in management. Can Fam Physician 2001 Nov; 47: 2299-304.