

HERPES ZÓSTER Y SIMPLE**Dra. Cristina Donato Ripoll**

Médica interna residente en Medicina Familiar y Comunitaria

HERPES ZÓSTER

Puede aparecer en cualquier persona que haya padecido la varicela, siendo los principales factores de riesgo la edad avanzada y la inmunodepresión. El diagnóstico es fundamentalmente clínico.

CONCEPTOS

- **HERPES ZOSTER:**

- Reactivación del VVZ, latente en las células ganglionares de las raíces espinales.
- Aparece en forma de radiculitis aguda (7-20 días), por multiplicación del virus y necrosis neuronal. Acompañándose posteriormente de erupción de vesículas, por diseminación centrífuga hasta la piel.
- Las lesiones aparecen agrupadas sobre una base eritematosa, y se localizan en dermatomo correspondiente al ganglio sensitivo afectado.
- **Localización más frecuente:** dermatoma intercostal y rama oftálmica del trigémino.
- **En inmunocompetentes:** benigno, la neuralgia postherpética es la complicación más frecuente.
- **En inmunodeprimidos:** más agresivo, mayor número de complicaciones y riesgo de diseminación hematológica.



- **NEURALGIA POSTHERPÉTICA:**

- Dolor que persiste más de 30 días después del inicio del rash o después de la curación de las lesiones cutáneas.
 - Dolor agudo (punzante, penetrante, lacerante),
 - con parestesias (quemazón, entumecimiento, hormigueo, prurito),
 - o alteración en la sensibilidad (anestesia, hiperestesia, disestesia, alodinia).
- **Factores de riesgo** (≥ 2 factores aumentan el riesgo):
 - Edad > 50 años.
 - Intensidad de la neuralgia aguda.
 - Intensidad de las lesiones cutáneas.
 - Grado de inmunosupresión.
- Una vez establecida es difícil de tratar, puede persistir de forma indefinida.

- **SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT:**

- Zoster que afecta al ganglio geniculado.
- Lesiones en concavidad del pabellón auricular y CAE, con afectación del VII par (pérdida del sentido del gusto en 2/3 anteriores de la lengua) y del VIII par (disminución audición, acúfenos, vértigos).



- **ZOSTER OFTÁLMICO:**

- Zoster trigeminal con afectación de las ramas nasociliares del V par.
- Lesiones características en nariz, boca, ojos.
- **Riesgo de complicación grave ocular:** conjuntivitis, queratitis, escleritis, uveitis, coriorretinitis, iridociclitis, neuritis óptica, ptosis, retracción palpebral, y glaucoma.
- ¡SIEMPRE debe ser valorado por oftalmólogo!



- **ZOSTER DISEMINADO:**



- Complicación muy poco frecuente pero muy grave en pacientes con inmunodepresión importante.
- **Afectación generalizada:** visceral, neurológica y cutánea

CRITERIOS de INGRESO

- Inmunodepresión.
- Complicaciones graves: oculares, viscerales, neurológicas.

TRATAMIENTO

- **HERPES ZOSTER:**

- **Sintomático:** analgésicos habituales (NO SALICITATOS).
- **Local:** Soluciones antisépticas y fomentos:
 - SULFATO DE ZINC 1/1000 (sobre de 0.1g en 1L agua): 1 aplicación cada 12h.
 - PERMANGANATO POTÁSICO 1/10000: 10 min 2 veces al día.
- **Terapia antiviral:**
 - Acelera la curación de las lesiones, reduce la duración/intensidad de la neuralgia.
 - Opcional: en pacientes < 50 años y sin complicaciones.
 - Obligado: en edad avanzada, oftálmico, Ramsay-Hunt, inmunodepresión.
 - Efectivo antes de las 72 h de la aparición de las lesiones (en oftálmico efectivo los 5 primeros días).
 - ACICLOVIR 800mg /4h (7-10 días).
 - VALACICLOVIR 1000mg /8h (7 días).
 - FAMCICLOVIR 750mg /24h (7 días).
 - BRIVUDINA 125mg /24h (7 días).
 - En inmunodeprimidos pautar hasta la resolución de las lesiones. En inmunodeprimidos graves o complicaciones graves administrar iv:
 - ACICLOVIR 10mg/kg iv cada 8h durante 7-10 días.
 - Si existe resistencia: FOSCARNET 40mg/kg/8h iv hasta curación lesiones.
- **Corticoides:**
 - Ampliamente cuestionado.
 - Pueden acelerar la resolución de la neuralgia aguda pero NO actúan en la postherpética.
 - Si se pautara, siempre asociados a antiviral (nunca como terapia única).
 - PREDNISONA 60mg/24h vo 1 semana, 30mg/24h vo 1 semana, 15 mg/24 h vo y suspender.

- **NEURALGIA POST-HERPÉTICA:**

- **Opiáceos.**
 - **Antidepresivos tricíclicos:** AMITRIPTILINA 10-25mg/noche vo y aumentar semanalmente en 10-25 mg (máximo 75-100mg). Efecto en 1-2 semanas.
- **Anticonvulsiantes:**
 - GABAPENTINA: 300mg/día vo, aumentando 300mg cada 3-5 días hasta alcanzar dosis efectiva 900-3600mg, a repartir cada 8h. Asociada a ADT aumenta su eficacia.
 - CARBAMACEPINA: 100mg/8h vo, aumentable hasta alcanzar 400-1200 mg/24h. Útil en dolor lancinante.
- **Parches de lidocaína:** Aplicar en zonas dolorosas sin lesiones activas
- **Crema de capsaína:** Uso tópico/ 6-8h. Efecto 2º: irritación local y quemazón

HERPES SIMPLE

Se presenta como primoinfección o como recurrencias.

CLÍNICA

- Vesículas agrupadas en ramillete sobre base eritematosa. Evolucionan rápidamente a erosión y costra.
- Localización más frecuente genitales y labios.
- En inmunodeprimidos se ulceran, son profundas y persistentes.
- En primoinfección: fiebre, MEG y adenopatías.

**TRATAMIENTO**

- **Si sobreinfección bacteriana:** Fomentos, Antibióticos tópicos.
- **Casos extensos en las primeras 72 h:**
 - ACICLOVIR 200 mg/4h durante 5 días.
 - VALACICLOVIR 500mg/12h durante 10 días en primoinfección y 5 días en recurrencia.
 - Niños < 2 años: ACICLOVIR 1.25 ml/12h vo durante 7 días; >2 años: ACICLOVIR 2.5ml/12h vo durante 7 días.
- **Si afectación ocular en los primeros 5 días:**
 - ACICLOVIR 200 mg/4h durante 5 días.
 - VALACICLOVIR 500mg/12h durante 10 días en primoinfección y 5 días en recurrencia.
 - Consulta Oftalmología.
- **Si inmunodeprimido:**
 - ACICLOVIR 400 mg/4h durante 7-10 días, seguido de 400mg/8h durante 1 mes.
 - Consulta Dermatología.

CRITERIO DE INGRESO

Erupción diseminada