

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
PROCESOS DE GRADO**



INFORME FINAL DE CURSO DE ESPECIALIZACIÓN:
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR
E INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL INFORME FINAL:
EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIRUS HERPES ZÓSTER A
NEURALGIA POSHERPÉTICA

PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:
DOCTORADO EN MEDICINA

PRESENTADO POR:
OSCAR EDUARDO RAMIREZ JOVEL N° CARNET RJ16006
AMALIA JULISSA RIVERA VENTURA N° CARNET RV15039

DOCENTE ASESOR:
DRA. ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

NOVIEMBRE DE 2024

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES



M.SC. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA
RECTOR

DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN MATA
VICERRECTORA ACADÉMICA

M.SC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LIC. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA
SECRETARIO GENERAL

LCDA. ANA RUTH AVELAR VALLADARES
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LIC. CARLOS AMILCAR SERRANO RIVERA
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES



MSC. CARLOS IVÁN HERNÁNDEZ FRANCO
DECANO

DRA. NORMA AZUCENA FLORES RETANA
VICEDECANA

LIC. CARLOS DE JESÚS SÁNCHEZ
SECRETARIO

MTRO EVER ANTONIO PADILLA LAZO
DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADO

DR. AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN
JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MTRA. ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADO

DRA. PATRICIA ROXANA SAADE STECH
COORDINADORA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN

AGRADECIMIENTO

Deseamos expresar nuestro más profundo agradecimiento a la Doctora Ana Judith Guatemala de Castro, a la Doctora Patricia Roxana Saade Stech y a la Maestra Elba Margarita Berrios Castillo por su invaluable apoyo y guía en la realización de este artículo.

A la Doctora Ana Judith Guatemala de Castro expresamos nuestra profunda gratitud por compartir su experiencia y saber, lo cual enriqueció este trabajo y nos permitió desarrollar una comprensión más profunda del tema. Su apoyo constante nos ayudó a superar los desafíos de este proyecto y a fortalecer nuestros conocimientos.

A la Doctora Patricia Roxana Saade Stech, expresamos nuestra gratitud por sus aportes significativos y su asesoría experta. Su visión y enfoque analítico fueron determinantes en el desarrollo de esta investigación y en la mejora de cada aspecto del trabajo. Su compromiso con la ciencia y el aprendizaje deja una marca duradera en nuestra formación profesional.

A la Maestra Elba Margarita Berrios Castillo, agradecemos su dedicación y paciencia al compartir su experiencia y conocimientos, los cuales han sido clave para alcanzar los objetivos de este artículo. Su apoyo constante y su compromiso con la excelencia académica han sido una fuente de inspiración.

Este proyecto no habría sido posible sin el apoyo de las tres, quienes han sido verdaderos pilares en nuestro crecimiento académico. Gracias por su incondicional apoyo y por inspirarnos a seguir adelante.

Oscar Eduardo Ramirez Jovel
Amalia Julissa Rivera Ventura

DEDICATORIA

A mis padres. Este artículo es un tributo a su influencia y apoyo en mi educación. Su amor y consejos han ayudado a construir y forjar la persona que ahora soy. Cada sacrificio que hicieron por mi educación ha sido invaluable. Mi éxito académico es un reflejo de su amor y guía.

A mi abuela Marta Martínez, sus canas son sinónimo de sabiduría, me enseñó cosas vitales para la vida y me encaminaron por el buen sendero, gracias a sus enseñanzas y sus mensajes de aliento en este reto universitario.

En memoria de mi amada abuela, Ernestina Rivera, cada día que pasé a su lado es un regalo que atesoro en mi corazón. Sus risas, sus cuentos e infinita capacidad de amar han sido mi inspiración. Se que partió contenta y orgullosa de la persona que soy ahora, este trabajo es un tributo a su legado y a la eterna admiración que siento por ella.

A mis hermanas y demás familia por su apoyo y amor incondicional.

Amalia Julissa Rivera Ventura

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios por brindarme salud y prosperidad hasta este día, me ha dado fortaleza física y mental para seguir aun cuando sentía que todo se derrumbaba.

De igual manera, dedico este trabajo a mis padres; Karla Patricia Jovel Granados y Roberto Carlos Ramirez quienes me han brindado su apoyo de forma incondicional durante toda la carrera, me han dado ánimo y palabras de aliento cuando he tenido altibajos, todas esas noches de desvelo que estaban pendiente de mí. Además de inculcarme valores de trabajo, esfuerzo, sacrificio, lucha y perseverancia. Es por ellos que soy lo que soy y he llegado aquí hasta este día, sé que van a seguir apoyándome en metas a futuro ya que son mi motor primordial.

A mi hermano, Rolando Francisco Jovel Granados, quien partió de este mundo en 2017, pero que ha sido parte primordial de mi crecimiento y su recuerdo siempre vive en mi corazón.

A mi abuela, Ana Paula Ramirez Viuda de Cáceres quien siempre ha deseado tener vida para poder ver a su nieto siendo un profesional, en mis noches de desvelos ha sido quien me ha acompañado y ha estado pendiente de a qué hora dormía y despertaba.

Pero sobre todo a ti papá, que siempre anhelaste ver a tu hijo siendo un doctor, por el que te sacrificabas día a día para brindarme las herramientas necesarias para culminar de gran manera esta carrera.

Oscar Eduardo Ramirez Jovel

Resumen

Presentación del caso. Este caso clínico describe a una paciente de 64 años con 2 meses de inicio hiperalgnesia, eritema y vesículas en la región de pabellón auricular izquierdo, región mandibular izquierda y hemicuello anterior izquierdo, progresando a neuralgia posherpética **Intervención terapéutica.** La paciente recibió tratamiento inicial con antivirales (Aciclovir 400 mg VO cada 8 horas) y analgésicos (Dexketoprofeno 25 mg VO cada 8 horas). **Evolución de paciente.** Pese a la mejoría de sus lesiones, persiste con dolor y prurito por lo que consulta con neurólogo quien indica gabapentina 300 mg VO cada 8 hora y continuar con dexketoprofeno. En evaluación por otorrinolaringólogo, no encuentra daño estructural en conducto auditivo. Tres meses posteriores a primera evaluación persiste dolor y sensación de prurito por lo que se explica a paciente que estos síntomas pueden persistir hasta por un año.

Palabras clave: herpes zóster, neuralgia posherpética, vacuna contra varicela, antivirales, gabapentina

Abstract

Presentation of the case. This clinical case describes a 64-year-old female patient with 2 months of onset hyperalgesia, erythema and vesicles in the left auricular region, left mandibular region and left anterior hemicollar, progressing to postherpetic neuralgia

Therapeutic intervention. The patient received initial treatment with antivirals (Acyclovir 400 mg PO every 8 hours) and analgesics (Dexketoprofen 25 mg PO. every 8 hours).

Patient evolution. Despite the improvement of his lesions, he persists with pain and pruritus, so he consults a neurologist who indicates gabapentin 300 mg PO every 8 hours and continue with dexketoprofen. In evaluation by otolaryngologist, he found no structural damage in the auditory canal. Three months after the first evaluation, pain and itching sensation persists, so the patient is explained that these symptoms may persist for up to one year.

Keywords: herpes zoster, postherpetic neuralgia, chickenpox vaccine, antivirals, gabapentin

Introducción

El virus de la varicela zóster (VVZ) es un virus ADN, bicatenario, cuya transmisión se produce a través de partículas aerolizadas de las secreciones respiratorias o presentes en las lesiones cutáneas de una persona enferma¹. El herpes zóster (HZ) es un trastorno neurocutáneo secundario a la reactivación endógena del VVZ². El HZ es una enfermedad relativamente común cuya incidencia aumenta con la edad y en situaciones de inmunocompromiso³.

Los estudios han demostrado que aproximadamente un tercio de la población puede desarrollar HZ en algún momento de la vida, lo que convierte a esta afección en un importante problema de salud pública⁴. Tras un episodio de HZ, al dolor de duración superior a tres meses, se lo denomina neuralgia posherpética (NPH), las áreas más afectadas son la capacidad funcional, el estado emocional y la capacidad de trabajo en la población activa⁵. La NPH es la complicación más frecuente de la reactivación del VVZ, ocurre con frecuencia en adultos mayores por la disminución de la respuesta inmunitaria relacionada con la vejez⁶. Afectando a 30% de los pacientes mayores de 80 años. Su evolución es de difícil predicción, pero se dice que al año de inicio del cuadro un 50% resuelve, mientras que un 50% persiste¹³.

El dolor aparece en el dermatoma afectado después de la resolución de las lesiones cutáneas, asociadas al dolor se presentan alteraciones sensitivas dentro del dermatoma, como parestesias, disestesias, anestesia y prurito⁷. Una de las estrategias terapéuticas desarrolladas en los últimos años para este problema de salud es la vacunación. Hasta la fecha tienen como objetivo evitar un brote de una enfermedad que el individuo ya contrajo y disminuir la probabilidad de una reactivación de la enfermedad⁸.

El objetivo principal de este artículo es destacar la importancia de identificar las manifestaciones clínicas en etapas tempranas de la infección para lograr un adecuado manejo y prevenir complicaciones como la NPH.

Presentación del caso

Se trata de una paciente femenina de 64 años, con antecedentes de hipertensión arterial crónica, en tratamiento con irbesartán 150 mg VO cada día, quien consulto con historia de dos meses de inicio de hiperalgesia y eritema en región de pabellón auricular izquierdo, región mandibular izquierda y hemicuello anterior izquierdo, posteriormente aparición de vesículas agrupadas en racimo localizadas en región afectada (**Figura 1**), por lo que paciente coloca emplasto de chichipinse además de ungüento tópico que no recuerda nombre, dos semanas después del inicio de los síntomas, las vesículas evolucionan a pústulas con exudado seroso que forma lesiones costrosas, posteriormente presenta exacerbación del dolor y al no presentar mejoría paciente decide consultar, en la evaluación clínica, se observan costras sobre una base eritematosa con presencia de exudado seroso.



Figura 1. Presencia de vesículas en región mandibular izquierda y hemicuello anterior izquierdo a los 8 días de inicio de infección por herpes zóster.

Se brinda seguimiento posterior a tratamiento, aún persisten lesiones tipo costras, eritema, dolor de fuerte intensidad más prurito, por lo que se continuo tratamiento con

analgésico oral y seguimiento cada semana (**Figura 2**). Tres semanas después la paciente refiere que se automedica con crema tópica combinada con gentamicina, betametasona y clotrimazol una aplicación tres veces al día más el analgésico oral indicado, se reevalúa y presenta hiperalgesia, escala del dolor 8/10, sensación de prurito y refiere hipoacusia izquierda acompañada de otalgia.



Figura 2. Lesiones vesiculares y costrosas con exudado seroso de paciente.

Intervención terapéutica

Se inicio tratamiento con aciclovir 400 mg VO cada 8 horas más aciclovir crema tópica al 5% cada 4 horas más dexketoprofeno 25 mg VO cada 8 horas por 10 días.

Se interconsulta con médico neurólogo quien brinda tratamiento con gabapentina 300 mg VO cada 8 horas y continuar dexketoprofeno 25 mg VO cada 8 horas, se interconsulta además con otorrinolaringólogo quien evalúa y refiere presencia de costras con exudado seroso, eritema y edema en canal auditivo sin embargo, no se encuentra daño estructural, brinda tratamiento con gotas óticas con antipirina (50 mg), benzocaína (15 mg) y glicerina (1 ml) colocar 5 gotas cada 4 horas hasta mejoría del dolor (**Figura 3**).



Figura 3. Afectación del pabellón auricular izquierdo, predominan costras en región afectada.

Evolución Clínica

Tres meses posteriores a la primera consulta, se reevalúa, presenta notable mejoría clínica, hay ausencia de lesiones dérmicas, sin embargo, persiste dolor y sensación de prurito, continuó tratamiento con gabapentina y analgésico vía oral, se explica a paciente que síntomas pueden persistir hasta un año, además se continuara brindando seguimiento cada 4 meses.

Diagnóstico Clínico

Herpes zóster

Neuralgia posherpética

Discusión

Varicela zóster

El VVZ pertenece a la familia Herpesviridae, subfamilia Alfa herpesvirinae; es una enfermedad neurocutánea cuya infección primaria ocurre comúnmente en la infancia y es conocida como varicela. Una reactivación aguda del virus culminando en lo que se conoce como HZ se puede presentar hasta en un tercio de los casos¹³. VVZ ingresa en el organismo por la mucosa de la vía aérea superior, allí se replica y se disemina a través de la sangre y el sistema reticuloendotelial¹¹.

Tras un periodo de incubación del 10 a 21 días, es 90% de los pacientes susceptibles presentarán un cuadro caracterizado por fiebre y un exantema que comienza con pápulas eritematosas, las cuales luego se transforman en vesículas con un centro umbilicado, después en pústulas y, por último, en costras serohemáticas¹¹. Una vez resuelta la primoinfección, el virus permanece latente de por vida en los ganglios sensoriales de la raíz dorsal y los nervios craneales¹.

Herpes zóster

El herpes zoster, esta producido por el VVZ y aparece tras la reactivación del virus. Esta reactivación produce un exantema vesicular muy doloroso que afecta a los dermatomas del tronco y/o a los pares craneales¹⁰.

La infección por HZ tiene 3 etapas: preeruptiva, con presencia de síntomas de tipo neuropático; eruptiva, que dura alrededor de 2 semanas; y crónica, en forma de neuralgia posherpética⁹.

Presentación clínica del herpes zóster

Suele presentar vesículas agrupadas en ramillete, que asientan sobre una base eritematosa y se dispone en uno o más dermatomas. Los que se afectan con mayor frecuencia son los de localización torácica (55%), seguidos por el trigémino (20%), los lumbares (13%), los cervicales (11%) y los sacros (2%). Las lesiones suelen ser unilaterales. En el 80% de los casos, la erupción es precedida por dolor en el área afectada¹.

Presentación clínica típica, se caracteriza por la aparición súbita de múltiples vesicular sobre base eritematosa que se puede localizar en uno o dos dermatomas contiguos o no, pudiendo además presentar hasta 20 lesiones fuera del dermatoma principal. Está asociado o no a malestar general, dolor, disestesia, alodinia y en algunos casos fiebre². El cuadro clínico típico se caracteriza por un pródromo de 1-5 días llamado neuralgia preherpética o neuritis aguda. Es un dolor localizado, quemante y severo en la región del dermatoma afectado. Posterior a esto aparece el brote clásico maculopapular que evoluciona a vesículas que eventualmente se vuelven pústulas y finalmente costras en aproximadamente 14 días¹³.

Presentación clínica atípicas, estos casos son de difícil diagnóstico porque usualmente ocurren en ausencia del brote característico del HZ, particularmente en personas inmunosupresas. Entre ellas: diseminación visceral, se considera una emergencia ya que presenta una alta tasa de mortalidad, hasta el 28%. Zoster sine

herpete, dolor neuropático en dermatoma, asociado a prurito, sin lesiones clásicas del virus, Herpes zóster bilateral¹³.

Diagnóstico

El cuadro clínico es la forma más común de diagnosticar esta enfermedad. Se recurre a datos de laboratorio cuando no se presenta el brote y hay alta sospecha de HZ. La prueba más específica y sensible es la PCR, seguida por la inmunofluorescencia directa, y por último el cultivo¹³. Estas herramientas diagnosticas desempeñan un papel crucial en la identificación precisa de las infecciones por herpes, lo que permite una intervención médica oportuna¹⁴.

Neuralgia posherpética

La NPH se define como un dolor neuropático crónico típico que persiste durante más de 1 mes después de la curación del HZ. La NPH se caracteriza clínicamente por dolor extremo, generalmente acompañado de varios síntomas sensoriales anormales¹².

La NPH se produce como consecuencia directa del daño directo del VVZ sobre el nervio periférico. Si bien tiende a disminuir con el tiempo y a autolimitarse, altera en gran manera la vida diaria y la calidad de vida del paciente⁷.

Factores de riesgo

Siendo el principal la edad, pues se acompaña de un descenso en la inmunidad celular. Además, condiciones que comprometan el sistema inmune, como

inmunodeficiencias primarias, malignidad, trasplante de medula ósea, medicamentos inmunosupresores, o infección por VIH también elevan el riesgo. Otros factores incluyen: género femenino, raza blanca, historia familiar, enfermedades autoinmunes, y otras comorbilidades como enfermedad renal crónica, EPOC, diabetes mellitus, asma y depresión¹³. La NPH tiene un riesgo particularmente alto de desarrollar depresión y ansiedad¹².

Tratamientos actuales

Tratamiento farmacológico para la infección aguda. Los 3 componentes de la farmacoterapia frente al HZ agudo son los fármacos antivíricos, la analgesia y el tratamiento local³.

Antivirales

El tratamiento antivírico se recomienda cuando existe un mayor riesgo de complicaciones o secuelas³. Se recomienda instaurar tratamiento antes de transcurridas 72 horas del inicio de brote para mejores resultados. Los antivirales disminuyen la duración del brote agudo, la severidad del dolor agudo y limitan la propagación del virus y la formación de vesículas¹³.

Actualmente existen 4 análogos de nucleósidos eficaces por vía oral: aciclovir, valaciclovir, famciclovir y brivudina³. El régimen de tratamiento a seguir puede ser: famciclovir: 500 mg VO 3 veces al día por 7 días o valaciclovir: 1000 mg VO 3 veces al día por 7 días o aciclovir: 800 mg VO 5 veces al día por 7-10 días. Alternativas como

brivudina (150 mg/d por 7 días) y foscarnet pueden considerarse en casos de resistencia o ausencia de respuesta a los tratamientos previamente mencionados¹³.

Analgesia

No disponemos de un tratamiento específico para la NPH, aunque los tratamientos más frecuentemente prescritos son analgésicos, anestésicos tópicos, GABAérgicos (pregabalina, gabapentina), capsaicina tópica, entre otros¹⁵.

Tratamiento farmacológico para el dolor crónico. La NPH requiere un esquema terapéutico que combine con analgésicos con diferentes mecanismos de acción. En primera línea también pueden emplearse anticonvulsivos (gabapentina y pregabalina), que muestran efectos similares con mejor tolerancia farmacológica. Como tratamiento de segunda línea, en casos de dolor localizado se pueden recomendar parches de lidocaína y capsaicina tópica o incluso el uso de opioides³. Los corticosteroides ejercen una potente acción antiinflamatoria, que podría minimizar el daño nervioso y, por lo tanto, aliviar el dolor de HZ y prevenir la NPH¹⁶.

Dosis: La amitriptilina y nortriptilina (iniciar 12.5-25 mg/d aumentando cada 3-5 días hasta dosis de 150 mg/d – máx. 75 mg/d en >65 años). La gabapentina se inicia con una dosis de 300mg/d hasta llegar a una dosis optima de 3600 mg/d dividida en tres dosis. La pregabalina se inicia con 75 mg/d aumentando hasta 600 mg/d en 2-3 dosis. Los opioides como el tramadol (400 mg/d TID) o la oxicodona (120 mg/d) pueden ser una opción si el dolor persiste a pesar del uso de otros tratamientos¹³.

Tratamiento no farmacológico. Las compresas frías son clave para el manejo localizado del dolor. La terapia cognitiva conductual para manejo del dolor es fundamental para mejorar la calidad de vida del paciente¹³.

Prevención

La vacunación corresponde a la única herramienta con capacidad de reducir su incidencia y prevenir el desarrollo de NPH. Existen dos tipos de vacunas aprobadas contra el VVZ: la viva atenuada y la recombinante. Ambas han demostrado seguridad y eficacia tanto en disminuir la incidencia del brote del virus, como en acortar su duración en caso de reagudización¹³.

Conocer los factores de riesgo y la predisposición de los pacientes que se evalúan en la atención primaria ayuda en la recomendación de vacunación en el contexto de cada paciente. Por otro lado, cada sistema de salud debería evaluar la recomendación de vacunación masiva/estándar a mayores de 50 años como política de salud pública, teniendo en cuenta el impacto en la salud, morbilidad y mortalidad⁸.

En conclusión, la NPH es una complicación que impacta negativamente la calidad de vida del paciente, no solo provoca dolor físico sino también un impacto emocional significativo. La NPH es más común en personas mayores, otros factores de riesgo incluyen a las enfermedades crónicas, por lo que conocer los factores de riesgo, la predisposición de los pacientes, realizar un diagnóstico temprano y brindar un tratamiento temprano, son fundamentales para prevenir complicaciones como la NPH.

Aspectos éticos

Para la publicación del presente caso se contó con el consentimiento informado de la paciente (ver anexo 1), con el compromiso de mantener la privacidad de la paciente, según lo establecido en la declaración de Helsinki.

Financiamiento

Los autores declaran que no recibieron financiamiento por ninguna institución.

Referencias bibliográficas

1. Torres Ordóñez M, Bastard D, Torre A. Herpes Zóster. Actualización y Manejo. Dermatología Argentina. 2021; 27(2): p. 44-52 Disponible en: : <https://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/download/2116/1186/18005>.
2. Neves Jiménez E, Moya N. Herpes Zóster diseminado: caso clínico y revisión bibliográfica. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. 2020; 31(3): p. 216-222 DOI: [10.5354/2735-7996.2020.69839](https://doi.org/10.5354/2735-7996.2020.69839).
3. Molero JM, Ortega J, Montoro I, McCormick N. Estado actual del herpes zóster y las nuevas perspectivas para su prevención. Elsevier. 2023; 24(2): p. 254-263 DOI: [10.1016/j.vacun.2023.12.005](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2023.12.005).
4. Dos Santos Borges L, Siqueira Da Silva A, Palhano Cardozo I, Monteiro Guimaraes P, Galdino Amorim J, Almeida e Silva L. Herpes Zóster: epidemiología, manifestaciones clínicas y avances en el tratamiento. JSIHS. 2024; 1(4): p. 1-13 DOI: [10.5281/zenodo.12819371](https://doi.org/10.5281/zenodo.12819371).
5. Martínez Guillén M, Romo Cevallo H. Calidad de vida en neuralgia postherpética en el servicio de dermatología del Hospital Luis Vernanza. Revista Ecuatoriana de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud Pública. 2023; 7(23): p. 1-6 DOI: [10.31790/inspilip.v7i23.466](https://doi.org/10.31790/inspilip.v7i23.466).
6. Bonilla Sierra P, Sánchez M. Dolor neuropático localizado: A propósito de un caso de neuralgia posherpética. Bionatura. 2023; 8(4): p. 1-11 DOI: [10.21931/RB/2023.08.04.17](https://doi.org/10.21931/RB/2023.08.04.17).
7. Rozenek M, Boietti B, Ramilo M, Romani A, Aronso S, Cámara L, et al. Neuralgia postherpética en adultos mayores. Revista Argentina de Medicina. 2020; 8(1): p. 3-9 Disponible en: <https://revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/373>.
8. Mirofsky M, Milione H, Valdez P. Vacunación contra el herpes zóster en adultos mayores. Revista Argentina de Medicina. 2023; 11(4): p. 376-379 DOI: [10.61222/ram.v11i4.907](https://doi.org/10.61222/ram.v11i4.907).

9. Costa Muñoz J, López Sepúlveda M, Such Andrés T, Cosín Ahedo J, Peset Mancebo V. Debilidad en hemicuerpo izquierdo en paciente con herpes zóster cervical. Atención primaria práctica. 2019; 1(3): p. 50-52 DOI: doi.org/10.1016/j.appr.2019.03.003.
10. Gil de Miguel A, Jimeno Sanz I. Herpes zóster: carga de enfermedad y estrategias actuales. Anales Real Academia Nacional de Medicina de España. 2023; 140(2): p. 202-207 DOI: [10.32440/ar.2023.140.02.rev09](https://doi.org/10.32440/ar.2023.140.02.rev09).
11. Araujo Yáñez A, Enríquez Cruz JC, Zaputt Cabrera S. Caso clínico: herpes zóster diseminado en paciente adulta mayor inmunocompetente. Revista médica HJCA. 2020; 12(1): p. 58-62 DOI: [10.14410/2020.12.1.cc.08](https://doi.org/10.14410/2020.12.1.cc.08).
12. Liu J, Gu L, Huang Q, Hong S, Zeng X, Zhang D, et al. Altered gray matter volume in patients with herpes zoster and postherpetic neuralgia. Journal of Pain Research. 2019; 12: p. 605-616 DOI: DOI: [10.2147/JPR.S183561](https://doi.org/10.2147/JPR.S183561).
13. Chacón González C, Rivera Fumero S, González Chavarría A. Actualización del Herpes Zóster. Revista médica sinergia. 2020; 5(9): p. E566 DOI: doi.org/10.31434/rms.v5i9.566.
14. Ponce-Pincay R, Jaramillo Coveña A, Landa Rivera V. El Herpes: una enfermedad viral recurrente y sus implicaciones en la salud. Journal Scientific MQRInvestigar. 2023; 7(4): p. 814-828 DOI: doi.org/10.56048/MQR20225.7.4.2023.814-828.
15. Navarro Triviño FJ, Guerrero Fernández De Alba I. Vínculo entre la dermatología y medicina preventiva, ¿La vacuna del herpes zóster ha cambiado la situación? ACTAS Dermo-Sifiliográficas. 2024; 110(9): p. 1-4 DOI: doi.org/10.1016/j.ad.2024.04.023.
16. Jiang X, Chen N, Zhou M, He N. Corticosteroides para la prevención de la neuralgia posherpética. Cochrane. 2023;(12): p. 1-3 DOI: doi.org/10.1002/14651858.CD005582.pub5.

Anexo 1. Consentimiento informado para la publicación de información personal

Consentimiento informado para la publicación de información personal

A través de este medio doy mi consentimiento para que todo el material de historia clínica, imágenes y cualquier otro tipo de información, sea publicado en una revista médica o congreso médico que los autores consideren pertinentes con fines científicos y docentes.

Nombre del paciente: Estela Aromicila Ayala Pastora
con Documento Único de Identidad: 00896118-7

Comprendo que no se publicará mi nombre o el nombre de mi familiar y que se intentará en todo lo que es posible mantener el anonimato de la identidad en el texto y en las imágenes. Sin embargo, comprendo que no se puede garantizar el anonimato completo.

Esta autorización incluye la publicación en idioma español y su traducción en inglés, impresa, en formato electrónico en el sitio web de la revista y en cualquier otro formato usado por la revista científica actualmente y en el futuro.

La revista está diseñada a los médicos pero puede ser leída por otras personas que no son médicos.

Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de la publicación, pero una vez que la información haya sido consignada para publicación ("en imprenta") ya no será posible revocar el consentimiento.

A través de este medio manifiesto a la persona o institución correspondiente que he entendido y aprobado lo mencionado con anterioridad.

Nombre: Estela Aromicila Ayala Pastora
Firma: E.A.A.P Fecha: 27-10-2024

Firma y sello del profesional

Oscar Eduardo Ramirez Jovel
DOCTORADO EN MEDICINA
J.V.P.M. PROVISIONAL No. 070/2024

Amalia Julissa Rivera Ventura
DOCTORADO EN MEDICINA
J.V.P.M. PROVISIONAL No. 015/2024

Anexo 2. Extracción de datos de los artículos incluidos para la elaboración del artículo

Tabla 1. Características de los estudios incluidos en el Artículo de Informe de Caso

No	Título del artículo	Autor/año/país/Revista	Tipo de artículo	Población/universo Muestra Metodología aplicada en el estudio	Principales conclusiones o resultados
1	Volumen de materia gris alterado en pacientes con herpes zóster y neuralgia posherpética.	Liu J, Huang Q, Hong S, Zeng X, Et al./ 02-02-2019/China/ Dovepress.	Artículo de revisión narrativa.	Se revisaron 47 artículos. Se evaluaron 33 pacientes con herpes zóster, 22 pacientes con neuralgia posherpética y 28 controles sanos con estudio de resonancia magnética.	La neuralgia posherpética no solo está conectada con regiones relacionadas al dolor sino también con regiones relacionadas con la emoción, memoria y comportamiento.
2	Debilidad en hemicuerpo izquierdo en paciente con herpes zóster.	Costa Muñoz J A, Lopez Sepulveda M A, Such Andrés T, Cosín Ahedo J, Peset Mancebo V/ 13-04-2019 / España/ Elsevier.	Artículo de informe de caso.	Masculino de 63 años con comórbidos de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica.	La infección por herpes zóster tiene tres etapas: pre eruptiva, con presencia de síntomas de tipo neuropático; eruptiva que dura alrededor de 2 semanas y crónica en forma de neuralgia post herpética presente en un 9-45%. Afecta predominantemente a varones mayores de 50 años produciendo

					debilidad de grado leve-moderado con una duración media de 6 meses.
3	Neuralgia post herpética en adultos mayores.	Rozenek M, Boietti B, Ramilo M, Romani A, Aronson S, et al. / 28-11-2019/ Buenos Aires, Argentina/ Revista Argentina de Medicina.	Artículo de revisión narrativa.	Fueron revisados 31 artículos. Se evaluaron 1650 pacientes que consultaron por herpes zóster, 1125 pacientes fueron mujeres.	La prevalencia de neuralgia post -herpética aumentó con la edad. Más del 79% de pacientes presentaron dolor en la primera consulta. 22.6% de los pacientes el diagnóstico se realizó después de los 4 días de síntomas.
4	Caso clínico: Herpes zóster diseminado en paciente adulta mayor inmunocompetente.	Araujo Yanez A E, Enriquez Cruz J C, Zaputt Cabrera S/ 30-03-2020/Ecuador/ Revista Médica HJCA.	Artículo informe de caso.	Se revisaron 17 artículos Adulta mayor de 89 años sin comórbidos conocidos.	El herpes zóster es más frecuente en pacientes inmunodeprimido. Es preciso tener atención sobre el manejo cuidadoso de vesículas y ampollas ya que al comprometerse un área cutánea existe el riesgo de sobreinfección además de lesiones cicatrizales.
5	Herpes zóster diseminado: caso clínico y revisión bibliográfica.	Moya N, Neves E/ 07-2020 / Chile / Revisa Hospital Clínico Universidad de Chile.	Artículo informe de caso.	Población inmunosuprimida, se revisaron 25 artículos.	Este cuadro se presenta en aproximadamente un 1 a 2% de los pacientes con HZ, siendo más frecuente en adultos sobre 60 años o en pacientes con algún tipo de inmunosupresión.
6	Actualización del Herpes Zóster.	Chacón González C, Rivera Fumero S, González Chavarría A/ 01-09-2020 / Costa	Artículo de revisión narrativa.	Se revisaron 21 artículos.	Se hace énfasis en el reconocimiento temprano, la instauración

		Rica / Revista médica sinergia.			pronta del tratamiento y el manejo del dolor ya que son los pilares esenciales de esta enfermedad.
7	Herpes zóster. Actualización y manejo.	Torres Ordoñez M G, Bastard D, Torre A C/ 14-06-2021/Argentina/ Dermatología Argentina vol. 27.	Artículo de revisión narrativa.	Se revisaron 38 artículos.	Se recomienda tratar a todos los pacientes con cuadros de menos de 72 horas de evolución ya que alivia el dolor durante la fase aguda, limita la extensión y la duración de la erupción además de prevenir un cuadro de neuralgia post herpética.
8	Herpes zoster: carga de enfermedad y estrategias actuales de prevención en España.	Gil de Miguel A, Jimena Sanz I/ 04-07-2023 / España / Anales RANM.	Artículo de revisión narrativa.	Fueron revisados 42 artículos, revisando datos epidemiológicos y evidencias científicas.	Analiza la necesidad de apoyar las estrategias de vacunación e implementar vacunación de manera sistemática en población de mayor riesgo.
9	Calidad de vida en neuralgia postherpética en el servicio de dermatología del Hospital Luis Vernanza.	Martínez M, Romo H/ 05-09-2023 / Ecuador / Revista ecuatoriana de ciencia, tecnología e innovación en salud pública.	Artículo de investigación.	Estudio descriptivo, observacional, el universo lo constituyeron 141 pacientes con diagnóstico de neuralgia postherpética.	Se llega a la conclusión que la mayoría de los casos, no acompañado de dolor de tipo neuropático, presentó valores por encima del referencial, obteniendo una muy buena calidad de vida, sin embargo, otro porcentaje, acompañándose de dolor de tipo neuropático tuvo

					afectaciones en la calidad de vida.
10	Dolor neuropático localizado: A propósito de un caso de neuralgia posherpética.	Bonilla Sierra P, Sánchez M/ 28-09-2023 / Ecuador / Bionatura.	Artículo de informe de caso.	Se revisaron 22 artículos, enfocado en paciente femenina de 84 años, antecedente de diabetes mellitus e hipertensión arterial.	Resalta la importancia del diagnóstico oportuno del dolor neuropático localizado y recordar tratamiento efectivo con énfasis en el ámbito de atención primaria.
11	El herpes: una enfermedad viral recurrente y sus implicaciones en la salud.	Ponce Pincay R A, Jaramillo Coveña A S, Landa Rivera V C/ 10-10-2023 / Ecuador / Journal Scientific MQRInvestigar.	Artículo de revisión narrativa.	Metodología de diseño documental, analiza en detalle el herpes y sus implicaciones en salud a nivel mundial y específicamente en Ecuador.	Las conclusiones destacaron la importancia de la detección temprana y el tratamiento adecuado del herpes para prevenir complicaciones a largo plazo y mejorar la calidad de vida de los pacientes.
12	¿Cuáles son los efectos de los corticosteroides en la prevención de la neuralgia posherpética?	Jiang X, Li Y, Chen N, Zhou M. / 05-12-2023 / Cochrane.	Artículo de revisión narrativa.	Se incluyeron en el análisis cinco estudios que examinaban los efectos adversos de un total 787 pacientes.	Si una persona desarrolla neuralgia posherpética podría indicar que tiene presente además el virus de varicela zóster. Los corticosteroides sólo alivian el dolor, no apoya ni refuta en la infección aguda por herpes zóster para prevenir la neuralgia posherpética.
13	Vacunación contra herpes zóster en adultos mayores: una	Mirofsky M, Milione H, Valdez P/ 20-12-2023/ Buenos Aires, Argentina/ Revista Argentina de Medicina.	Artículo de revisión narrativa.	Se revisaron 15 artículos.	Las vacunas son una de las estrategias en salud pública que mayor beneficio han reportado. Cada sistema de

	revisión crítica.				salud debería evaluar la recomendación de vacunación masiva estándar a mayores de 50 años como política de salud pública, teniendo en cuenta eficacia, seguridad, costo beneficio e impacto en salud.
14	Estado actual del herpes zóster y las nuevas perspectivas para su prevención.	Molero J M, Ortega J, Montoro I, McCormick N/ 29-12-2023 / España / Elsevier.	Artículo de revisión narrativa.	Revisa las características epidemiológicas y clínicas del HZ, los tratamientos y vacunas disponibles, así como las recomendaciones nacionales e internacionales de vacunación.	Se enfatiza el papel de la Atención primaria como catalizador para la implementación de la vacunación de adultos.
15	Vínculo entre la dermatología y medicina preventiva, ¿la vacuna del herpes zóster ha cambiado la situación?	Navarro Treviño F.J, Guerrero Fernández de Alba I/ 18-05-2024/ Granada, España/ Elsevier.	Artículo de revisión narrativa.	Se revisaron 23 artículos.	La administración de la vacuna contra herpes zóster Zostavax ó Shingrix, debe llevarse a cabo preferentemente antes de iniciar tratamiento inmunosupresor. Su uso está autorizado en todo mayor de 50 años independientemente de si tienen alguna enfermedad subyacente, así como todo mayor de 18 años que presenten mayor riesgo de herpes zóster.
16	Herpes zóster: Epidemiología,	Dos Santos L G, Siquiera L, Palhano I, Monteiro P A, Galdino J, Bragatto Almeida L,	Artículo de revisión narrativa.	Epidemiología, las manifestaciones clínicas y avances recientes de	Se concluye que, a pesar de los progresos en el tratamiento y la

	manifestaciones clínicas y avances en el tratamiento.	et al / 21-07-2024 / Brasil / Journal of Social Issues and Health Sciences.		tratamiento en edades avanzadas y en individuos con sistemas inmunológicos comprometidos.	prevención, sigue siendo una condición con impacto significativo en la salud pública.
--	---	---	--	---	---

PÓSTER CIENTIFICO



Universidad de El Salvador, Facultad Multidisciplinaria Oriental, Departamento de Medicina,
Doctorado en Medicina

Artículo de Informe de caso

Evolución de la infección por virus del herpes zóster a neuralgia posherpética

Autores:

Oscar Eduardo Ramirez Jovel

rj16006@ues.edu.sv

ID: <https://orcid.org/0009-0004-0096-2602>

Amalia Julissa Rivera Ventura

rv15039@ues.edu.sv

ID: <https://orcid.org/0009-0003-3681-5332>

Introducción

El herpes zóster (HZ) es un trastorno neurocutáneo secundario a la reactivación endógena del virus de varicela zóster (VZV). Es una enfermedad relativamente común cuya incidencia aumenta con la edad y en situaciones de inmunocompromiso. Tras un episodio de HZ, al dolor de duración superior a tres meses se le denomina neuralgia posherpética (NPH). La NPH es la complicación más frecuente de la reactivación del VZV. Su evolución es de difícil predicción, pero se dice que al año de inicio del cuadro un 50% resuelve, mientras que un 50% persiste. Se presentan alteraciones sensitivas como parestesias, disestesias, anestesia y prurito. Una de las estrategias terapéuticas desarrolladas en los últimos años para este problema de salud es la vacunación. El objetivo principal de este artículo es destacar la importancia de identificar las manifestaciones clínicas en etapas tempranas de la infección para lograr un adecuado manejo y prevenir complicaciones como la NPH.

Presentación de caso

Paciente femenina de 64 años, quien consultó con historia de dos meses de inicio de hiperalgesia y eritema en región de pabellón auricular izquierdo, región mandibular izquierda y hemicuello anterior izquierdo, posteriormente aparición de vesículas agrupadas en racimo, localizadas en regiones afectadas, las vesículas evolucionan a pústulas con exudado seroso que forma lesiones costrosas, posteriormente presenta exacerbación del dolor (Figura 1). En la evaluación clínica se observan costras sobre una base eritematosa con presencia de exudado seroso.

En el seguimiento posterior al tratamiento aún presenta lesiones tipo costra, eritema, dolor de fuerte intensidad más prurito. Tres semanas después se reevalúa y presenta hiperalgesia, escala de dolor 8/10, sensación de prurito y refiere hipoacusia izquierda acompañada de otalgia (Figura 2).

Intervención terapéutica

Se inició tratamiento con aciclovir 400 mg VO cada 8 horas más aciclovir crema tópica al 5% cada 4 horas más dextetoprofeno 25 mg VO cada 8 horas por 10 días.

Se brinda tratamiento por neurólogo con gabapentina 300 mg VO cada 8 horas y otorrinolaringólogo medica gotas óticas con antipirina (50 mg), benzocaína (15 mg) y glicerina (1 ml) colocar 5 gotas cada 4 horas hasta mejoría del dolor (Figura 3).

Evolución clínica

Tres meses posteriores a la primera consulta, se reevalúa, presenta notable mejoría clínica, hay ausencia de lesiones dérmicas, sin embargo, persiste dolor y sensación de prurito, continuó tratamiento con gabapentina y analgésico vía oral.

Discusión

Varicela zóster: Es una enfermedad neurocutánea cuya infección primaria ocurre comúnmente en la infancia. Una vez resuelta la primoinfección, el virus permanece latente de por vida en los ganglios sensoriales de la raíz dorsal y los nervios craneales.

Herpes zóster: Tiene tres etapas: preeruptiva, con presencia de síntomas de tipo neuropático; eruptiva, que dura al rededor de dos semanas; y crónica, en forma de NPH. Suele presentar vesículas agrupadas en ramillete, que asientan sobre una base eritematosa y se dispone en uno o más dermatomas. Los que se afectan con mayor frecuencia son los de localización torácica, seguido por el trigémino y cervicales. El cuadro clínico es la forma más común de diagnosticar esta enfermedad.

Neuralgia posherpética: Dolor neuropático crónico típico que persiste durante más de un mes después de la curación del HZ. Se produce como consecuencia del daño directo del VZV sobre el nervio periférico. El factor de riesgo principal es la edad, pues se acompaña de un descenso de la inmunidad celular.

Tratamiento: Los 3 componentes principales de la farmacoterapia frente al HZ agudo son los fármacos antiviricos, la analgesia y el tratamiento local. La NPH requiere un esquema terapéutico que combine con analgésicos con diferentes mecanismos de acción, en primera línea gabapentina y pregabalina. Entre el tratamiento no farmacológico las compresas frías son clave para el manejo del dolor.

Prevención: La vacunación corresponde a la única herramienta con capacidad de reducir su incidencia y prevenir el desarrollo de NPH.

Conclusión: La NPH es una complicación que impacta negativamente la calidad de vida del paciente, no solo provoca dolor físico sino también un impacto emocional significativo ya que puede conducir a ansiedad y depresión. La NPH es más común en personas mayores debido a la disminución de la inmunidad con la edad, otros factores de riesgo incluyen a las enfermedades crónicas, por lo que conocer los factores de riesgo, la predisposición de los pacientes, realizar un diagnóstico temprano y brindar un tratamiento temprano, son fundamentales para prevenir complicaciones como la NPH.

Referencias Bibliográficas

1. Chacón González C, Rivera Fumero S, González Chavarría A. Actualización del Herpes Zóster. Revista médica sinergia. 2020; 5(9): p. E566 DOI: doi.org/10.31434/ms.v5i9.566.
2. Bonilla Sierra P, Sánchez M. Dolor neuropático localizado: A propósito de un caso de neuralgia posherpética. Bionatura. 2023; 8(4): p. 1-11 DOI: [10.21931/RB/2023.08.04.17](https://doi.org/10.21931/RB/2023.08.04.17).
3. Mirofsky M, Millone H, Valdez P. Vacunación contra el herpes zóster en adultos mayores. Revista Argentina de Medicina. 2023; 11(4): p. 376-379 DOI: [10.61222/ram.v11i4.307](https://doi.org/10.61222/ram.v11i4.307).

Agradecimientos:

A nuestras asesoras, Dra. Guatemala, Dra. Saade y Mtra. Berrios, por su invaluable apoyo y guía para la realización de este artículo. A la Universidad de El Salvador, Facultad Multidisciplinaria oriental por formarnos.

Figuras



Figura 1. Presencia de vesículas en región mandibular izquierda y hemicuello anterior izquierdo a los 8 días de inicio de infección por herpes zóster.



Figura 2. Lesiones vesiculares y costrosas con exudado seroso de paciente.



Figura 3. Afectación del pabellón auricular izquierdo, predominan costras en región afectada.

Financiamiento

Los autores declaran que no recibieron financiamiento por ninguna institución.

Descarga el artículo completo

