

# **GUIA PARA EL TRATAMIENTO DEL HERPES ZOSTER Y NEURALGIA POSTHERPETICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE.**

## **1.- Clínica:**

Síntomas prodrómicos: pueden presentar días antes a la erupción cutánea síntomas prodrómicos (parestesias del dermatoma afecto, fiebre o malestar general)

Erupción cutánea: eritematosa-vesiculares; evolucionan a costra en unos 3-4 días. Distribuida a lo largo de un dermatoma cutáneo, normalmente unilateral.

Localización: el más comúnmente afectado suele ser el dermatoma torácico, le sigue el lumbar, cervical, oftálmico y otras localizaciones (en este orden).

Dolor "*quemante o punzante*". Además pueden presentar hiperalgesia en el dermatoma afecto.

Complicaciones (aumentan con la edad):

- Neuralgia postherpética (NPH).
- Sobreinfecciones dérmicas.
- Oftálmicas: uveítis, queratitis.
- Neurológicas: neuropatía motora, meningitis aséptica .
- Ótica (síndrome de Ramsay-Hunt, asociado a parálisis facial).

## **2.- Neuralgia Post Herpética**

- La NPH se define como la persistencia de síntomas sensoriales (dolor, parestesias, alodinia) 30 días después del comienzo del herpes zoster.
- Existe un cuestionario validado en castellano para el diagnóstico clínico del dolor neuropático, el DN4 (ver anexo I).
- No suele haber un periodo asintomático tras la resolución de las lesiones cutáneas.

- Se manifiesta como dolor *quemante*, constante y que suele interferir el sueño.
- Pueden presentar alodinia (aparición de dolor con estímulos normalmente no dolorosos).
- Los pacientes pueden presentar áreas de anestesia (termal, vibratoria) o parestesias
- Factores de Riesgo:
  - Edad (a mayor edad, mayor riesgo; poco frecuente en < 50-60 años).
  - Síntomas prodrómicos sensoriales (parestesias, dolor, etc.).
  - Severidad de las lesiones dermatológicas.
  - Severidad del dolor en el episodio agudo.
  - Inmunosupresión (VIH, Trasplantados).

### **3.- Tratamiento de las Lesiones Dermatológicas del Herpes Zoster Agudo.**

Objetivo: impedir sobreinfección bacteriana y el dolor por roce.

- La higiene de la piel es importante para evitar una infección bacteriana secundaria.
- Usar una ropa holgada puede reducir el roce y así disminuir el dolor asociado.
- No se recomienda el uso de antivirales tópicos

### **3.- Tratamiento del Dolor Agudo**

**3.1.- Analgésicos:** Iniciar tratamiento analgésico según intensidad del dolor (utilizar escala EVA, anexo II). Se puede pasar directamente a un segundo o tercer escalón según la intensidad del dolor.

- **Primer escalón:** dolor leve (grado 1-4 de la EAV)
  - **Paracetamol.** : vía oral: 1000 mg/6-8h sin sobrepasar 4 g/24h. niños: 10 mg/kg cada 4h o 15 mg/kg cada 6h. Presentaciones: capsulas, comprimidos, comprimidos efervescentes-dispersables, solución, supositorios, sobres, parenteral.

- Los **AINES** parece que tienen una eficacia modesta en el dolor neurálgico agudo del Herpes Zoster.
  
- **Segundo escalón:** dolor moderado (grado 4-6 de la EVA), dos opciones:
  - 1º.- combinar al paracetamol un analgésico opioide débil (p.e: Tramadol).

**Tramadol:**

- Iniciar con dosis de 50-100 vo, luego 50-100mg/6-8h, retard 50-200/12h; parenteral: 1mg/kg/6h.
- Dosis máxima 400mg/24h.
- Es recomendable asociar antiemético (ej.: metoclopramida: 10-20mg/6-8h/ev,sc,vo) durante tres días y laxantes al inicio del tratamiento.
- Presentaciones:
  - Adolonta: cápsulas 50mg, comprimidos retard 100-150 y 200, sol 100mg/ml (1ml:40gt:40 pulsaciones), ampollas 2ml/100mg, supositorios 100mg.
  - Tradonal retard: cápsulas 50, 100, 150 y 200.
  - Zytram: comprimidos retard – cada 12 horas- 75, 150, 200, 300 y 400.

2ª.- combinar al paracetamol un opiáceo potente:

- Iniciar tratamiento com:
  - **morfina via oral** (MST 10-15mg /12h) o
  - **oxicodona via oral** (Oxycontin 5-10 mg /12h) o
  - **fentanilo transdérmico** (12 µg/h) o
  - **buprenorfina transdérmica** (15 µg/h).
- Es recomendable asociar antiemético durante tres días y laxantes al inicio del tratamiento.

- **Tercer escalón:** dolor severo (grado 7-10): combinar al paracetamol un analgésico opioide potente (p.e: Morfina).
- **Opioide potente:**
- Iniciar tratamiento con **morfina parenteral:**
  - Dosificación:
    - Subcutánea o intramuscular: 5 - 20 mg / 4 horas, generalmente 10 mg de manera inicial, según necesidades y la respuesta del paciente.
    - Intravenosa: 2-15 mg diluidos y administrar lentamente por vía intravenosa durante 4-5 minutos, pudiendo administrarse dosis en aumento (1 - 3 mg) hasta cada 5 minutos, y titular la dosis cada 4-6-12-24h.
    - Si insuficiencia renal, utilizar fentanilo parenteral 0,1-0,3-0,6 mg/24h.
- Utilizar las dosis menores descritas en personas de edad igual o mayor a 80 años o especialmente debilitadas, y las dosis mayores en dolores intensos.
- Una vez controlado el dolor, considerar los opioides en formulaciones orales o transdérmicas según proceda.
- Es recomendable asociar antiemético, durante tres días, y laxantes al inicio del tratamiento.

### 3.2.- Coadyuvantes:

- **Gabapentina**
- **Antidepresivos tricíclicos** (ADT). Una dosis nocturna de ADT, reduce el dolor en pacientes del herpes zoster agudo
  - Fármaco de elección: **amitriptilina**. Conviene comenzar con dosis bajas (p.e: amitriptilina 25 mg/ nocturno) y tener en cuenta los efectos secundarios y no llegar a dosis altas (pe: amitriptilina 75 mg/nocturno) y disminuir la dosis en pacientes ancianos o frágiles (pe: amitriptilina 50 mg /nocturno).
- **Corticosteroides**
  - Asociar prednisona al aciclovir disminuye el dolor en el momento agudo y acelera la resolución de las lesiones dermatológicas .
  - También se ha apreciado que asociar prednisona al aciclovir aumenta la aparición de efectos

secundarios. Este efecto se ha demostrado sólo con el aciclovir, y no con otros tratamientos antivirales (valaciclovir o famciclovir).

- Por lo tanto, a la hora de prescribir corticosteroides en el momento agudo del herpes zoster, se debe valorar los efectos adversos de los mismos, frente al potencial beneficio que se va a obtener.

## **4.- Tratamiento Antiviral**

### **4.1.- Indicaciones:**

- <50 años: no se recomienda de manera rutinaria el uso de fármacos antivirales.
- >50 años:
  - Se recomienda tratar a todos los pacientes dentro de las primeras 72 horas tras la aparición de las lesiones dérmicas.
  - Se recomienda tratamiento en aquellos pacientes mayores de 50 años que tras 72 horas de comienzo del Herpes Zoster siguen apareciendo lesiones dérmicas nuevas.
- Indicado con independencia de la edad y del tiempo de evolución:
  - Afectación oftálmica.
  - Inmunosupresión.
  - Síndrome de Ramsay Hunt (Herpes zoster ótico).
  - Afectación de pares craneales
  - Lesiones cutáneas con componente hemorrágico
  - Afectación de mucosas
  - Afectación de más de un segmento de la superficie cutánea
  - Valorar también en pacientes con posibilidades de complicaciones posteriores: afectación dermatológica importante (p. Ej: eccema atópico generalizado).

#### **4.2.- Indicaciones de tratamiento antiviral intravenoso:**

- Meningo-encefalitis
- Mielitis trasversa
- Síndrome de Ramsay Hunt
- Zoster multimetamérico en inmunodeprimidos

#### **4.3.- Antivirales: dosis y duración del tratamiento**

Famciclovir. - 750 mg / 24 horas (7 días).

Valaciclovir.-1.000 mg / 8 horas (7 días). Incluido en la guía farmacoterapéutica del HGUA.

Brivudina. -125 mg / 24 horas (7 días) . Contraindicación absoluta en pacientes que reciben 5-fluoruracilo (y otras 5-fluoropirimidinas),

Aciclovir. -800 mg cinco veces / día (7 días). Incluido en la guía farmacoterapéutica del HGUA.

Aciclovir endovenoso.- 10 mg/Kg/8 h. Diluir en 250 ml de suero fisiológico al 0,9 % o glucosado al 5 % en 250 mg a pasar en 1 h.

#### **4.4.- Embarazo:**

Teratógeno: El aciclovir no se recomienda durante el 1º y 2º trimestre, excepto en caso de infección severa.

#### **5.- Tratamiento del Dolor en la Neuralgia Post-Herpética establecida.**

Dolor neurítico que persiste mas allá de 3 meses.

Los tratamientos efectivos contra la neuralgia postherpética son los siguientes:

- **Antidepresivos tricíclicos**
  - .Los ADT reducen significativamente el dolor a las 3-6 semanas de tratamiento. Son considerados fármacos de primera elección (Amitriptilina),

siempre que no existan contraindicaciones específicas de uso.

- Se aconseja precaución en pacientes ancianos, especialmente si son cardiópatas, por sus efectos secundarios potencialmente graves (cardiotoxicidad: hipotensión postural, arritmias, síncope)
- Otros efectos secundarios:
  - El incremento rápido de la dosis puede provocar mareos, sedación, dificultades en el enfoque visual y delirium.
  - Estreñimiento, boca seca, retención urinaria.
- No requiere ajuste de dosis en insuficiencia renal.
- Interacciones: con metilfenidato, litio, hormonas tiroideas, cimetidina, fenotiacinas, tramadol, fluconazol, baclofeno, carbamacepina, ácido valproico.

Pauta: **Amitriptilina** (Tryptizol ®):

- Dosificación: Inicio del tratamiento con 12,5 mg en pacientes de edad avanzada, y 25 mg/d en personas jóvenes.
  - Incrementar cada 48-72h, 12,5 o 25 mg/d respectivamente según la edad y fragilidad del paciente.
  - Las dosis analgésicas oscilan entre 50-150 mg/d.
  - Considerar, no obstante, otras opciones terapéuticas distintas si no se obtiene un claro efecto analgésico con 75 mg/d.
- 
- **Gabapentina**
    - La gabapentina versus placebo en la NPH reduce significativamente el dolor a las 8 semanas de tratamiento.
    - También puede considerarse como fármaco de primera elección.
    - Los efectos secundarios más frecuentes que puede producir: somnolencia, temblor, ataxia.
    - Otros efectos secundarios: mareos, dispepsia y sedación. Puede descompensar las enfermedades psicóticas.

- Disminuir las dosis, o no utilizar, si insuficiencia renal severa.

Pauta: Gabapentina (Neurontin®):

- Dosificación: Inicio del tratamiento con 300-400 mg/d.
- Incrementos cada 2 días de 300-400 mg/día en personas menores de 80 años y con buen estado general, y 300 mg. en personas con 80 años o más o especialmente debilitados.
- Dosis analgésicas: 1200-1800-2400-3200 mg/día.
- Aunque se ha comunicado efecto con dosis de 5200 mg/día.
- Considerar otras opciones terapéuticas distintas si no se obtiene un efecto analgésico claro con 3200 mg/día.

○ **Pregabalina**

- Estudios randomizados en pacientes con NPH han demostrado una mejora en el sueño y una disminución en el dolor a dosis de 150 a 600 mg/día.
- La Asociación Americana de Neurología lo considera de primera elección junto a Gabapentina y ADT
- Pauta: Pregabalina (Lyrica®)
  - Dosificación:
    - Inicio del tratamiento con 75 mg/día (por la noche) durante 2 días y después aumentar a 150 mg/día.
    - Dosis analgésicas: 150-300 - 600 mg/d.
    - Modificar las dosis analgésicas semanalmente si no respuesta del dolor.
    - Efectos secundarios: mareos, somnolencia y confusión.
    - Disminuir las dosis, o no utilizar, si insuficiencia renal severa.

○ **Mórficos.**

- Una revisión sistemática describe que los mórficos (Oxicodona y Morfina de Liberación retardada)

podrían ser efectivos en la NPH, pero tienen un porcentaje elevado de efectos secundarios.

- Efectos secundarios del grupo de los morfínicos: sedación, somnolencia, mareos, estreñimiento, náuseas, vómitos, prurito, trastornos urinarios, entre otros.
- **Oxicodona**: Oxycontin®:
  - Dosificación: v.o. liberación retard: 10 mg/12 h, en ancianos o pacientes debilitados 5mg/12h
  - Titular con incrementos del 25-50% cada 12h a partir de las 24 h del inicio.
- **Oxicodona de liberación rápida** (Oxynorm)
  
- **Morfina de liberación retardada**: MST CONTINUS®
  - Dosificación: 20-30 mg/12 horas (<70kg:20mg/12h; >70kg:30mg/12h).
  - Si se precisan dosis superiores, los incrementos deberán ser del 25-50%, a partir de las 24 horas de inicio.
  - En pacientes debilitados o de poco peso, es aconsejable una reducción de la dosis inicial (10mg/12h).
- Control del dolor irruptivo:
  - El dolor irruptivo o incidental es una exacerbación transitoria del dolor en un paciente cuyo dolor basal está adecuadamente controlado. El tratamiento de estas crisis dolorosas se basa en la administración de dosis extras (dosis de rescate) de analgésicos de acción rápida y corta. Se pretende con ello aliviar el dolor sin provocar efectos secundarios por acumulación de las dosis extras al tratamiento basal.
  - Utilizaremos:
    - **Morfina**,
    - Inicio del efecto: (tiempos aproximados):
      - a) ev: 5-10 min.;
      - b) sc: 10-20min;
      - c) formulaciones orales liberación rápida: 30-60 min; de

presentación rápida (Sevredol, Oramorph,...)

- Dosificación con morfina de liberación normal o rápida o solución oral de morfina a dosis de 5-10-20mg/4h o 5-15% de la dosis diaria total previa de morfina de liberación retardada.
- Dosificación con morfina parenteral:
  - Vía I.V. (en bolus):
  - Diluir hasta 1 mg/ml en solución de cloruro sódico al 0,9%, dextrosa al 5% o en agua para preparaciones inyectables.
  - Administrar una dosis de 1 a 10 mg en bolus lentamente durante 1-2 minutos.
  - No se debe administrar con una frecuencia mayor de 4 horas.
    - Vía subcutánea (en bolus):
  - Utilizar en una concentración de 10 mg/ml.
  - Se recomienda una dosis inicial de 5 mg, repitiéndose en caso necesario a intervalos de 4 horas.
- Dosificación con morfina vía oral de liberación rápida.:
  - 5 mg/4-6 h.
  - titular con incrementos del 25-50% si dolor no controlado.
- **Fentanilo parenteral o transmucoso:**
  - **Fentanilo transmucoso (ACTIQ®):**
    - Inicio de la dosificación con 200 mcg (consumo Actiq en 15 minutos).
    - El paciente espera 15 minutos.
    - Si la analgesia no es adecuada, el paciente consume una segunda unidad de Actiq de la misma concentración (comprimido complementario).
    - El paciente prueba esta dosis de Actiq en varios episodios de dolor irruptivo ¿Se ha logrado un efecto analgésico adecuado con una unidad de Actiq?  
SI,NO.
      - SI: Se ha determinado la dosis eficaz.
      - NO: Aumentar la dosis hasta la siguiente concentración. La dosis del comprimido complementario será de la misma concentración

que la del empleado para tratar el episodio de dolor irruptivo.

- Si para tratar episodios consecutivos de dolor irruptivo se precisa más de una unidad de dosificación por episodio, se debe considerar el aumento de la dosis hasta la siguiente concentración disponible.

- **Fentanilo Parenteral** (sol. Iny. 0.05mg/ml).

○ Tratamientos tópicos.

▪ **Capsaicina**

- En España no tiene indicación específica para la NPH
- Coadyuvante en el dolor neuropático tras un herpes zoster
- En un 80% de los casos puede darse sensación de quemazón o escozor cutáneo en la zona de aplicación que disminuye a medida que se repiten las aplicaciones. Si aparece, es recomendable reducir la frecuencia y el área de aplicación, así como el uso de analgésicos, la aplicación tópica de anestésicos locales, o criofluorano (frío) antes de la aplicación de la capsaicina.
- Otros posibles efectos adversos a nivel cutáneo son el eritema irritativo y la sequedad de piel en el lugar de aplicación.
- Con escasa frecuencia tos y los estornudos.
- Pauta: Capsaicina 0,075 %.- crema (Capsaicin®)
  - la frecuencia de aplicación es de 4-5 veces al día durante 4-6 semanas, aun cuando no se haya experimentado un alivio significativo del dolor en la primera o segunda semana, ya que la respuesta puede demorarse.
  - Después de 4-6 semanas de tratamiento con capsaicina, esta debe retirarse y restituirse si el dolor recurre.
  - Los pacientes deben ser instruidos en lavarse bien las manos después de cada

aplicación y evitar el contacto con los ojos.

- **Lidocaína**

- podría ser efectiva para el dolor neuropático tras un herpes zoster
- pueden aparecer efectos secundarios tales como reacciones locales transitorias en la zona de aplicación, como palidez, eritema (enrojecimiento) y edema.
- Pauta: Versatis®.- 5 % apósito adhesivo.
  - Aplicar durante 12 horas en un periodo de 24 horas en la zona donde duele.
  - Reevaluar después de 2-4 semanas
  - Eliminar el pelo del área y aplicarse en piel seca.
  - Pueden aplicarse un máximo de 3 apósitos simultáneamente.
  - Se puede recortar el apósito.

- **Corticoides:** No hay pruebas suficientes para concluir que los corticosteroides son eficaces y seguros en la prevención de la neuralgia postherpética.

## **6.- Derivación**

### **6.1.- Hospitalización : Criterios de ingreso:**

Herpes Zoster multimetamérico o con complicaciones graves:

- Meningo-encefalitis
- Mielitis trasversa
- Síndrome de Ramsay Hunt
- Zoster en inmunodeprimidos

### **6.2.- Criterios de remisión a la Unidad del Dolor**

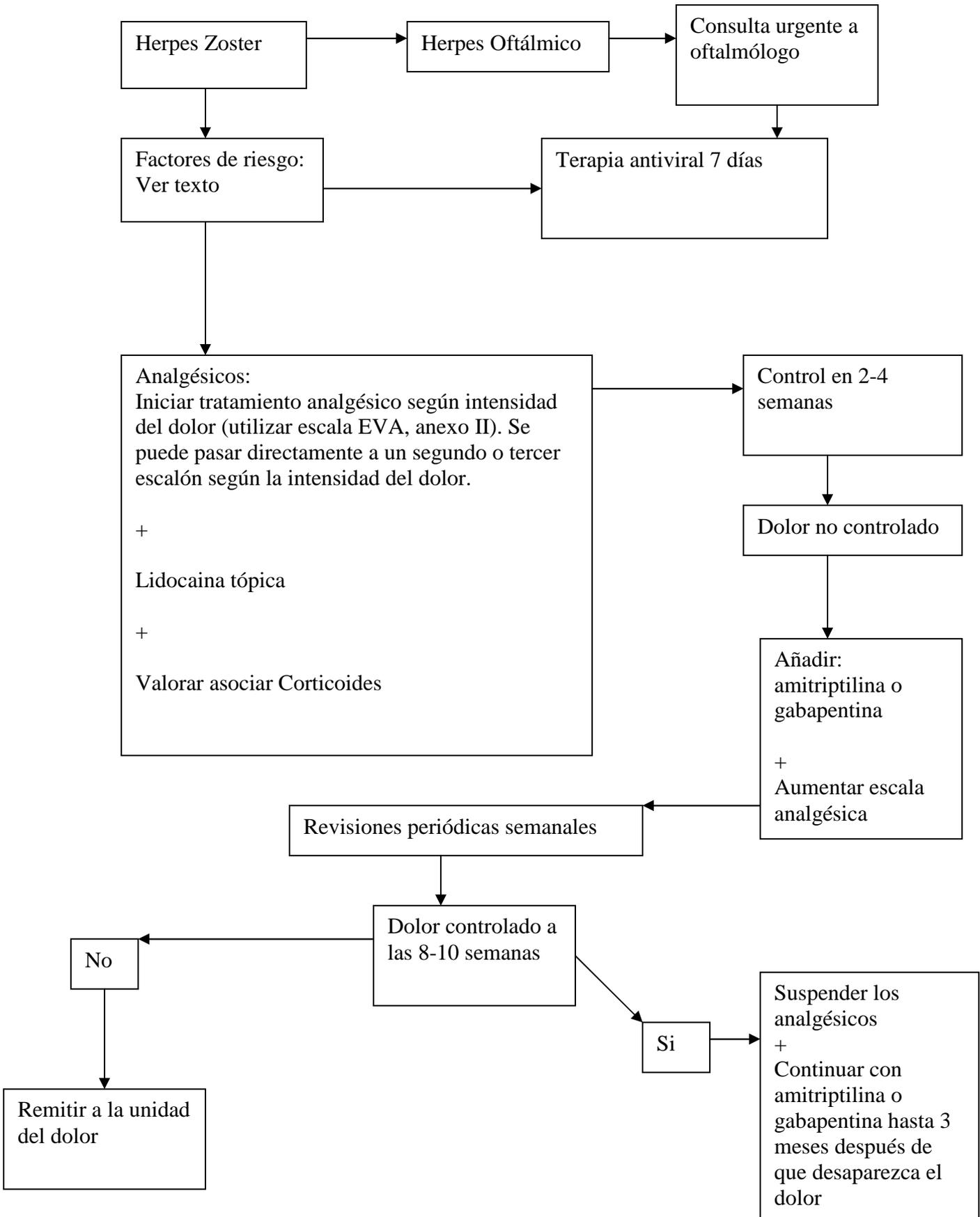
## **PROTOCOLO DE QUIMIOPROXILAXIS DEL HERPES ZOSTER .**

Indicación: Paciente inmunodeprimidos o mujeres embarazadas no inmunizadas en contacto con un paciente con varicela o herpes zoster:

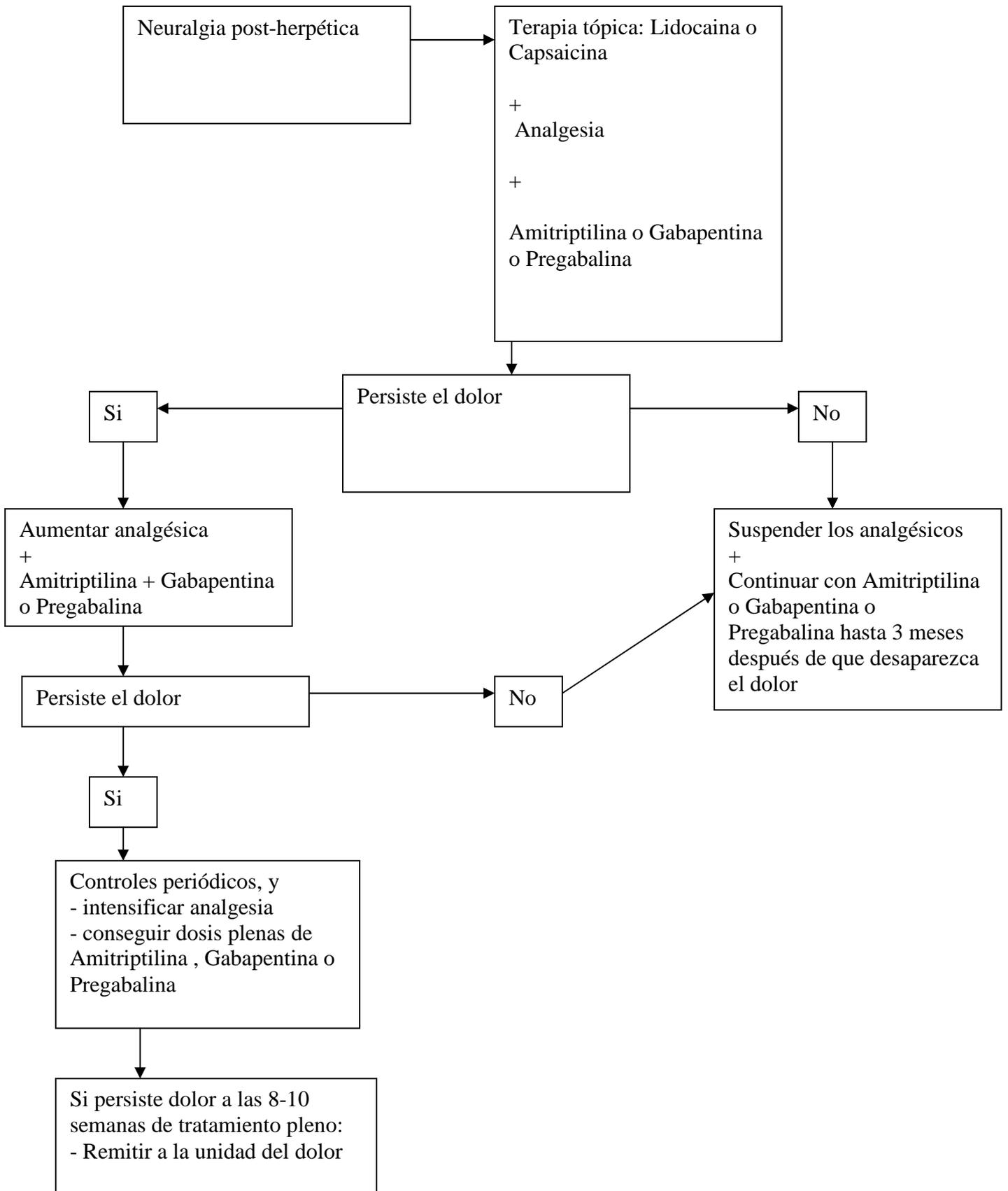
- Si han pasado < 4 días de la exposición: Gammaglobulina específica:
  - > 50 Kg.: 625 U intramusculares (im)
  - < 50 Kg.: 125 U i.m
  
- Si han pasado > 4 días de la exposición: Aciclovir, valaciclovir o famciclovir (dosis de tratamiento)

<b>Actualización</b>	Octubre 2011
<b>Responsables</b>	<u>Urgencias-UHD</u> : David San Inocencio. Pere Llorens. <u>Unidad de dolor</u> : Cesar Margarit. <u>Dermatología</u> : José Bañuls.

## Algoritmo de manejo del herpes Zoster agudo



## Algoritmo del manejo de la neuralgia postherpética



## ANEXOS I

### Cuestionario DN4 para la detección del Dolor Neuropático

#### CUESTIONARIO

Por favor, en las 4 preguntas de abajo, complete el cuestionario marcando una respuesta para cada número:

#### ENTREVISTA CON EL PACIENTE

Pregunta 1: ¿Tiene el dolor una o más de las siguientes características?

	Sí	No
1. Quemazón		
2. Sensación de frío doloroso		
3. Descargas eléctricas		

Pregunta 2: ¿Se asocia el dolor con uno o más de los siguientes síntomas en la misma zona?

	Sí	No
4. Hormigueo		
5. Sensación de alfileres y agujas		
6. Entumecimiento		
7. Picazón		

#### EXAMEN DEL PACIENTE

Pregunta 3: ¿Está el dolor localizado en una zona donde el examen físico puede mostrar una o más de las siguientes características?

	Sí	No
8. Hipoestesia al tacto		
9. Hipoestesia a los pinchazos		

Pregunta 4: En la zona dolorosa, el dolor puede ser causado o incrementado por:

	Sí	No
10. Cepillado		

Suma de todos los puntos positivos. Puntuación del paciente:

/10

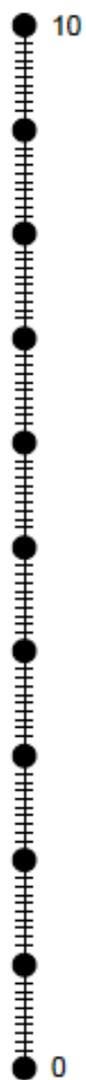
**INTERPRETACIÓN:** Se confirma el diagnóstico y se considera caso de estudio si la puntuación es mayor o igual a 3/10

ANEXO II

**Escala Visual Analógica de Dolor**  
EVA Dolor Neuropático

---

Peor dolor imaginable



Ningún dolor

Transcribir el valor de la marca con un decimal