



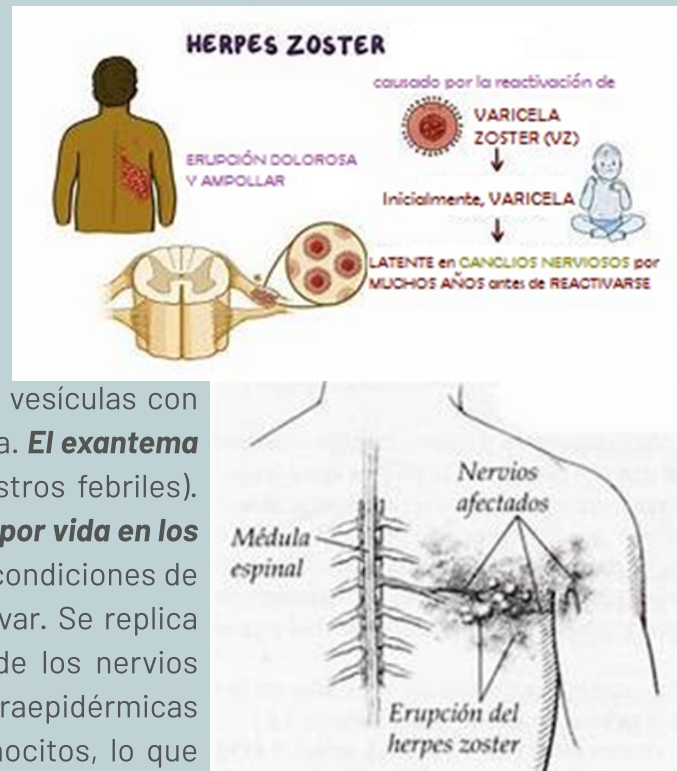
HERPES ZOSTER

El **herpes zóster** (vulgarmente llamado culebrilla) es una enfermedad infecciosa producida por la reactivación del *virus de la varicela zóster latente*.

PATOGENESIS

El virus de la varicela zóster (VVZ) es un **virus ADN**, cuya transmisión se produce a través de las **secreciones respiratorias o presentes en las lesiones cutáneas de una persona enferma**.

Ingresa en el organismo por la mucosa de la vía aérea superior, allí se replica y se disemina a través de la sangre. Tras un período de incubación de 10 a 21 días, el 90% de los pacientes susceptibles presentarán un cuadro caracterizado por exantema que comienza con pápulas eritematosas, que se transforman en vesículas con un centro umbilicado, después en pústulas y, por último, en costra. **El exantema recibe el nombre de varicela** (puede estar acompañado de registros febriles). Una vez resuelta la **primoinfección, el virus permanece latente de por vida en los ganglios sensoriales de la raíz dorsal y los nervios craneales**. En condiciones de inmunosenescencia o inmunosupresión, el virus se puede reactivar. Se replica en uno o más ganglios y, más tarde, se distribuye a lo largo de los nervios sensitivos. Una vez que alcanzan las terminaciones nerviosas intraepidérmicas se produce la replicación viral en la epidermis y en los queratinocitos, lo que genera el desarrollo del herpes zóster (HZ).



EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que el 95% de la población ha sido expuesta al VVZ durante la infancia y que el 30% de estas personas tienen el riesgo de padecer HZ.

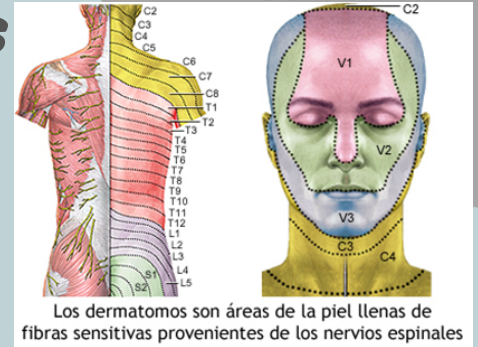
La incidencia del herpes zoster y el riesgo de contraer neuralgia post herpética aumentan con la edad. El riesgo aumenta drásticamente de los 40 a los 50 años y aumenta con cada año que pasa.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Se caracteriza por **erupción vesiculosa, unilateral, circunscrita a un dermatoma** (área de la piel inervada por una raíz o nervio dorsal de la médula espinal) **y por dolor intenso**.

El **comienzo de la enfermedad** se "anuncia" por dolor en el dermatoma, 48 a 72 h previas a la aparición de las lesiones.



TIPOS DE HERPES

El **herpes zóster geniculado (síndrome de Ramsay Hunt, herpes zóster ótico)** se debe al compromiso del ganglio geniculado. Produce otalgia, parálisis facial y, a veces, vértigo. Se forman vesículas en el conducto auditivo externo y el paciente puede perder el sentido del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua.



El **herpes zóster oftálmico** se debe al compromiso del ganglio trigeminal (de Gasser) y se manifiesta con dolor y una erupción vesiculosa alrededor del ojo. La enfermedad ocular puede ser grave. El hallazgo de vesículas en la punta de la nariz (signo de Hutchinson) indica un riesgo aumentado de enfermedad ocular grave. Sin embargo, el ojo puede estar comprometido aunque no haya lesiones en la punta de la nariz.

El **herpes zóster intrabucal** es infrecuente, pero puede provocar lesiones unilaterales en un área con límites netos.



CONSEJO FARMACEUTICO

- **Ropa adecuada:** prendas holgadas de algodón para mantener el área de sarpullido cubierto
- **Compresas frías y húmedas:** alivia el prurito y reduce la inflamación, el dolor y la picazón. No usar hielo directamente.
- La lesión cutánea debe permanecer **limpia y seca** para reducir el riesgo de sobreinfección.
- Evitar tocarse, rascarse el sarpullido y mantener las uñas cortas.
- Hasta que se formen costras en las ampollas del sarpullido, evitar el contacto con:
 - mujeres embarazadas que nunca hayan tenido varicela o no se hayan vacunado;
 - bebés prematuros o con bajo peso al nacer y
 - personas con sistemas inmunitarios debilitados (adultos mayores, pacientes en tratamiento con inmunosupresores y/o quimioterápicos o con HIV)
- El **estrés** puede desencadenar o agravar los brotes de herpes zóster. Practicar técnicas de relajación como la meditación o el ejercicio puede ayudar a reducir la tensión emocional. Además, asegurarse de tener un buen descanso y apoyo social puede ser clave para prevenir la recurrencia de los brotes.
- Si hay prurito, puede consultarse con el médico la utilización de antihistamínicos para ayudar a disminuirlo.



TRATAMIENTO

En la mayoría de las personas inmunocompetentes, el HZ es una **enfermedad autolimitada**. Aun así, se recomienda tratar a todos los pacientes con cuadros de menos de 72 hs de evolución, ya que el **tratamiento temprano alivia el dolor, limita la extensión y la duración de la erupción, previene la neuralgia posherpética (NPH) y disminuye la transmisión viral**. En **niños sanos de 12 años o menores**, en general, no está indicado el tratamiento con antivirales en la varicela, ni en el HZ.

Se recomienda tratar después de las 72 hs del comienzo del cuadro a los siguientes casos:

- Pacientes mayores de 50 años
- Inmunosuprimidos
- Enfermedades cutáneas previas graves (ej: dermatitis atópica, pénfigo vulgar)
- Niños o adolescentes en tratamiento con corticosteroides o ácido salicílico
- Compromiso de la cabeza o el cuello
- HZ diseminado
- Lesiones hemorrágicas o necróticas
- Vesículas aberrantes o lesiones satélites
- Compromiso de las mucosas
- Dolor moderado a intenso

1

TRATAMIENTO VIRAL

Fármaco	Dosis (mg)	Frecuencia	Duración
Aciclovir	800 mg	5 veces al día	7 a 10 días
Valaciclovir	1000 mg	3 veces al día	7 días

El **aciclovir y el valaciclovir** deben ajustarse de acuerdo con la función renal. Generalmente se recomiendan tratamientos de 7 días, pero en algunos casos, por ejemplo, pacientes inmunosuprimidos, se debe continuar hasta que el paciente no presente lesiones activas (vesículas).

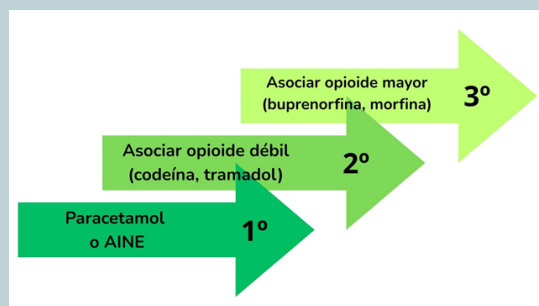
2

TRATAMIENTO DEL DOLOR

El **dolor puede ser neuropático o nociceptivo**. Es muy importante comprender qué tipo de dolor tiene el paciente a fin de brindarle el tratamiento adecuado.

Se recomienda seguir la escala anagésica sugerida por la OMS:

En el **dolor nociceptivo**, se recomienda indicar **analgésicos no opioides** como el paracetamol (1 g/12 horas). Si el paciente continúa con dolor, se sugiere agregar un **opioide débil** como el tramadol (50 mg/6 horas) y, en el caso de que no se observe mejoría, rotar a un opioide fuerte.





PROTOCOLO DE ATENCION FARMACEUTICA



COLEGIO DE FARMACÉUTICOS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE
2ª CIRCUNSCRIPCIÓN

En el **dolor neuropático**, es conveniente iniciar el tratamiento con **analgésicos no opioides y opioides débiles, junto con gabapentina o pregabalina**. Una vez que se alcanza una adecuada respuesta terapéutica, se debe **discontinuar de forma paulatina en primer lugar el opioide y, luego, el analgésico no opioide**.

La **dosis de gabapentina recomendada es de 900 mg/día**, pero se puede aumentar hasta 1800 mg/día si es necesario. La **dosis de pregabalina es de 150 a 600 mg/día**. En los **adultos mayores**, la **dosis inicial debe ser la mitad de la dosis sugerida** y se debe aumentar de forma **paulatina** (dosis-respuesta), dado que puede ocasionar mareos e inestabilidad. En los casos refractarios, se recomienda interconsultar con un especialista en dolor.

Se debe evitar el uso de la aspirina por su asociación con el síndrome de Reye

3

MANEJO DE NEURALGIA POSHERPÉTICA

Se recomienda, en **primer** lugar, la **pregabalina** y, en **segundo** lugar, la **gabapentina** (en dosis similares a las utilizadas en el dolor agudo). Si con estos fármacos no se logra un buen manejo del dolor, se pueden adicionar **antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina (10 a 25 mg/día)**.

En algunos casos de **neuralgia aguda de moderada a intensa**, los **corticosteroides sistémicos** pueden ser una herramienta útil para aliviar el dolor. En estas situaciones, se recomienda el uso de **meprednisona en dosis de 60 mg diarios**.

Los efectos con **vitamina B complejo como terapia complementaria en la NPH** parecen ser **positivos**, si bien la evidencia es escasa sobre las recomendaciones en el tratamiento.

4

PREVENCIÓN



Actualmente, en Argentina se cuenta con una **vacuna inactivada de subunidades, recombinante, conocida como Shingrix** (la denominaremos HZRv). Contiene la glicoproteína E del virus varicela-zóster combinada con el sistema adyuvante AS01.

Está indicada para la **prevención del HZ**, y su complicación más frecuente, la **NPH**, y para **reducir el dolor agudo y crónico asociado con el HZ**.

La vacuna ha sido aprobada en nuestro país para su aplicación en:

- **Adultos a partir de los 50 años de edad.**
- **Adultos desde los 18 años con mayor riesgo de desarrollar HZ.**

La HZRv se **administra por vía IM en dos dosis separadas por 2 a 6 meses entre ellas**. Si el esquema no se completa, **no debe reiniciarse, sino completarse**.

Hasta el momento, se estima una **duración de la protección de 9 - 11 años**. No está recomendado, por el momento, la revacunación.

Se recomienda vacunarse entre los **60 y 69 años, ya que el riesgo de herpes zóster y su principal complicación, la neuralgia posherpética, aumenta significativamente con la edad**.

Esta recomendación incluye tanto a las personas que no la hayan recibido previamente como a las que tengan vacunación previa con la vacuna viva atenuada (Zostavax – MSD).



PROTOCOLO DE ATENCION FARMACEUTICA



COLEGIO DE FARMACÉUTICOS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE
2ª CIRCUNSCRIPCIÓN

TRATAMIENTO DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA POST HERPES

Con el objetivo de **reparar las alteraciones producidas en la piel** después de las lesiones herpéticas que afectan la función de barrera, se sugiere indicar productos para hidratarla mediante la humectación para retener agua, oclusión para reducir la pérdida de agua y emoliencia para ocultar la condición escamosa y áspera.

Si la piel queda sensible, es probable que el herpes **reaparezca** en forma de ampollas o úlceras dolorosas, especialmente en la zona donde el virus está latente.

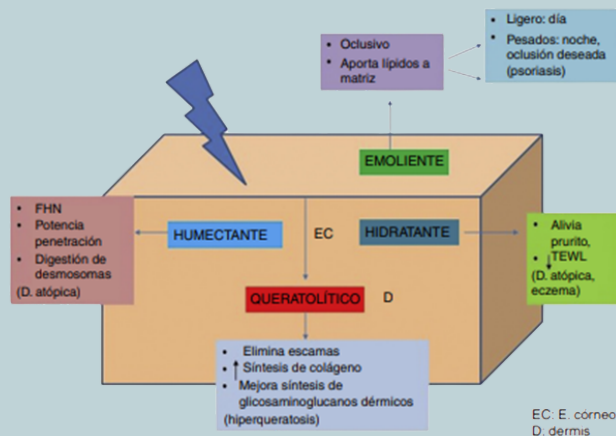


Figura 6 – Sustancias usadas para la reparación de la barrera cutánea, acción y patologías indicadas.

TENER EN CUENTA: Para la utilización de estos productos la piel debe estar sana, y las lesiones herpéticas tienen que estar resueltas

PRINCIPIOS ACTIVOS HIDRATANTES PRINCIPIOS ACTIVOS HUMECTANTES PRINCIPIOS ACTIVOS EMOLIENTES

-UREA
-ÁCIDO LÁCTICO
-GLICERINA
-PANTENOL.
-VASELINA
-LANOLINA.

-GLICERINA
-PROPILENGLICOL
-BUTILENGLICOL
-ÁCIDO LÁCTICO
-UREA

-LANOLINA
-ESTEARATOS DE GLICERIL
-PALMITATO DE GLICOL.

ALGUNAS OPCIONES DISPONIBLES EN EL MERCADO

