

Herpes Zóster

El herpes zóster, clínicamente referido como herpes zoster, es una reactivación del virus de la varicela-zóster (VVZ), el mismo virus responsable de la varicela. Después de una infección inicial de varicela, el virus permanece inactivo en los ganglios de la raíz dorsal de los nervios sensoriales. El herpes zóster se caracteriza por una erupción dolorosa y puede ocurrir a cualquier edad, aunque es más común en personas mayores de 50 años, con aproximadamente el 20% de las personas experimentando la condición en su vida. La enfermedad típicamente se manifiesta como una erupción vesicular localizada, que a menudo afecta un dermatoma específico en un lado del cuerpo, con el potencial de complicaciones significativas, particularmente en individuos inmunocomprometidos.

Fisiopatología y Factores de Riesgo

El virus de la varicela-zóster inicialmente causa varicela, después de lo cual permanece latente en los ganglios sensoriales de nuestro sistema nervioso. El virus puede reactivarse años después, a menudo debido a un debilitamiento del sistema inmunológico, lo que lleva al herpes zóster. La reactivación típicamente sigue a lo largo de las vías de los nervios sensoriales, causando síntomas localizados. El mecanismo exacto que desencadena la reactivación no está claro, pero generalmente está asociado con factores que suprimen el sistema inmunológico, como el envejecimiento, el estrés o las deficiencias inmunitarias.

Se cree que la respuesta inmunitaria disminuye con la edad, contribuyendo a la mayor incidencia de herpes zóster en personas mayores de 50 años. Aquellos que están inmunocomprometidos, como individuos con VIH/SIDA, pacientes con cáncer que reciben quimioterapia, receptores de trasplantes de órganos en terapia inmunosupresora, o aquellos con trastornos autoinmunes, también tienen un mayor riesgo de desarrollar formas más graves de herpes zóster. En estas poblaciones, la condición puede ser más generalizada, y complicaciones como la neuralgia postherpética (NPH) son más comunes.

Presentación Clínica y Diagnóstico

El herpes zóster se presenta con una variedad de síntomas, a menudo comenzando con signos prodrómicos inespecíficos. Los pacientes pueden experimentar dolor localizado, ardor u hormigueo en el área correspondiente al nervio afectado, a menudo precediendo la aparición de la erupción en uno o dos días. Los síntomas similares a la gripe, como fiebre, malestar general y dolor de cabeza, también son comunes en las primeras etapas.

La erupción característica típicamente aparece dentro de unos días del inicio del dolor y está confinada a un lado del cuerpo o la cara, siguiendo una distribución dermatomal. La erupción progresa a través de varias etapas, comenzando con máculas eritematosas que se convierten en ampollas llenas de líquido. En el transcurso de una semana, las ampollas se vuelven turbias a medida que los glóbulos blancos combaten el virus. Eventualmente, las lesiones forman costras y se cubren de costras, típicamente sanando dentro de 2 a 4 semanas. En casos donde la cara está afectada, particularmente alrededor de los ojos, pueden surgir complicaciones de visión y audición, incluyendo el riesgo de ceguera debido a infección corneal.

Complicaciones

Aunque la mayoría de los individuos se recuperan sin problemas significativos a largo plazo, el herpes zóster puede llevar a complicaciones, especialmente en adultos mayores y pacientes inmunocomprometidos. La complicación más común es la neuralgia postherpética (NPH), una condición caracterizada por dolor nervioso persistente en el área donde ocurrió la erupción del herpes zóster. Esto puede durar meses o incluso años después de que la erupción haya sanado. El riesgo de NPH aumenta con la edad y la gravedad del brote inicial.

El herpes zóster también puede llevar a infecciones bacterianas secundarias de las lesiones, cicatrización y, en casos raros, complicaciones neurológicas como encefalitis, accidente cerebrovascular o parálisis facial. Cuando el herpes zóster afecta los ojos (herpes zóster oftálmico), puede causar cicatrización corneal, resultando en deterioro visual permanente.

Transmisión

El virus de la varicela-zóster que causa el herpes zóster es contagioso, pero solo para individuos que no han tenido varicela previamente o que no han sido vacunados contra ella. Las personas con herpes zóster pueden transmitir el VVZ a estos individuos, quienes desarrollarán varicela en lugar de herpes zóster. El virus se propaga a través del contacto directo con el líquido de las ampollas. Una vez que las lesiones forman costras, el individuo ya no es contagioso. El herpes zóster es menos contagioso que la varicela, pero aún representa un riesgo significativo para poblaciones vulnerables como recién nacidos, mujeres embarazadas que no han tenido varicela e individuos inmunocomprometidos.

Opciones de Tratamiento

Aunque el herpes zóster a menudo se resuelve por sí solo en unas pocas semanas, la intervención temprana con medicamentos antivirales puede reducir la gravedad y duración de la enfermedad, y prevenir complicaciones como la NPH. El tratamiento del herpes zóster típicamente involucra una combinación de terapia antiviral, manejo del dolor y atención de apoyo.

- **Medicamentos Antivirales:** Los medicamentos antivirales, como aciclovir (Zovirax), valaciclovir (Valtrex) y famciclovir (Famvir), son más efectivos cuando se inician dentro de las 72 horas de la aparición de la erupción. Estos medicamentos funcionan inhibiendo la replicación del VVZ, reduciendo la gravedad del brote y el riesgo de complicaciones. En individuos inmunocomprometidos, pueden requerirse dosis más altas y cursos extendidos de terapia antiviral.
- **Manejo del Dolor:** El alivio del dolor es un componente clave del tratamiento del herpes zóster. Los analgésicos como el acetaminofén o los AINE (p. ej., ibuprofeno) pueden ayudar a manejar el dolor leve. Para el dolor más severo, pueden prescribirse analgésicos opioides o medicamentos bloqueadores de nervios (como gabapentina (Neurontin), pregabalina (Lyrica), o antidepresivos tricíclicos como amitriptilina). Las inyecciones de corticosteroides (p. ej., metilprednisolona) pueden usarse en ciertos casos para aliviar el dolor severo, particularmente si el dolor está localizado en un área. Los tratamientos tópicos como parches de lidocaína o crema de capsaicina también pueden ayudar a aliviar el dolor localizado.

- **Medidas de Apoyo:** Las compresas frías, la loción de calamina y los baños de avena coloidal pueden ayudar a aliviar la picazón y el malestar asociados con la erupción. Se recomiendan la hidratación y el descanso para ayudar al cuerpo a recuperarse.
- **Vacunación:** La vacuna contra el herpes zóster (Shingrix) se recomienda para adultos de 50 años o más para prevenir el herpes zóster y reducir el riesgo de neuralgia postherpética. Se ha demostrado que la vacuna es altamente efectiva en la prevención del herpes zóster y sus complicaciones, incluso en pacientes inmunocomprometidos.

Prevención

Aunque el herpes zóster no siempre se puede prevenir, la vacuna Shingrix es la medida preventiva más efectiva, particularmente para adultos mayores. Además, las personas con herpes zóster deben evitar el contacto con individuos que están en alto riesgo, como recién nacidos, mujeres embarazadas e individuos inmunocomprometidos, hasta que sus lesiones hayan formado costras.

Conclusión

El herpes zóster es una condición viral común que afecta principalmente a adultos mayores y a aquellos con sistemas inmunológicos debilitados. Aunque la infección es generalmente autolimitada, el tratamiento temprano con medicamentos antivirales puede reducir significativamente la duración y gravedad de la enfermedad, y prevenir complicaciones como la neuralgia postherpética. La introducción de la vacuna Shingrix ha sido un avance importante en la prevención del herpes zóster y la reducción de su morbilidad asociada. A medida que la población envejece, se espera que la incidencia del herpes zóster aumente, lo que hace importante que los proveedores de atención médica continúen educando a los pacientes sobre la prevención y las opciones de tratamiento temprano.

Referencias

- ❖ Gershon, A. A., & Breuer, J. (2020). Herpes zoster and postherpetic neuralgia. *The Lancet*, 396(10254), 1941-1954. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32243-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32243-9)
- ❖ Kawai, K., & Yawn, B. P. (2021). The epidemiology of herpes zoster and postherpetic neuralgia in the United States. *The Journal of Infectious Diseases*, 224(3), 450-457. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa563>
- ❖ Schmader, K. E. (2020). Herpes zoster and postherpetic neuralgia. *Clinical Geriatrics*, 28(8), 38-46.
- ❖ Wald, A., & Morrow, R. A. (2021). Antiviral therapy in herpes zoster. *Journal of Clinical Virology*, 134, 104706. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104706>