

Reportes de Casos

Medwave, Año XII, No. 4, Mayo 2012. Open Access, Creative Commons.

Neuralgia postherpética ciática: presentación de un caso

Autores: Liz Arianna García Espinosa⁽¹⁾, Yasser Díaz Crespo⁽¹⁾, Evaristo Febles Piñar⁽¹⁾

Filiación: ⁽¹⁾Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, La Habana, Cuba

Correspondencia: lizag@infomed.sld.cu

doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2012.04.5346>

Ficha del Artículo

Citación: García LA, Díaz Y, Febles E. Neuralgia postherpética ciática: presentación de un caso. *Medwave* 2012 May;12(4) doi: 10.5867/medwave.2012.04.5346

Fecha de envío: 6/2/2012

Fecha de aceptación: 13/3/2012

Fecha de publicación: 1/5/2012

Origen: no solicitado, ingresado por FTS

Tipo de revisión: externa por 2 revisores, a doble ciego

Resumen

Introducción: la neuralgia postherpética (NPH) es una causa frecuente de dolor neuropático crónico intratable y representa la complicación de peor pronóstico de la neuralgia herpética. Puede durar muchos años manteniendo al paciente en un estado de desesperación, provocando depresión, aislamiento social e incluso ideas suicidas. **Objetivo:** presentar la evolución clínica de un paciente anciano con neuralgia postherpética ciática, tratada en la Clínica del Dolor, Hospital Hermanos Ameijeiras en enero de 2011. **Reporte Clínico:** paciente masculino, 88 años de edad, nivel escolaridad superior, remitido al servicio de Clínica del Dolor del Hospital Hermanos Ameijeiras en enero de 2011, sin diagnóstico definitivo. En entrevista refiere un dolor insoportable en todo el miembro inferior izquierdo que lo obligó a permanecer en silla de ruedas durante ocho meses. Empezó antes de aparecer unas ronchas en el glúteo, empeoró al brotar dichas lesiones. No recordaba si había padecido varicela en la infancia. Refería haber tomado relajantes musculares, vitaminoterapia y pomadas analgésicas sin mejoría. Se trató con pregabalina y nortriptilina por seis meses, procurándosele el alta médica al cabo de este plazo; lográndose la completa remisión del dolor y la funcionalidad del miembro afectado en su totalidad. Conclusiones: el tratamiento exitoso para la rehabilitación del dolor provocado por la NPH, dada su severidad y complejidad, es el diagnóstico y tratamiento precoz de la neuralgia herpética.

Abstract

Introduction: Post scurfy neuralgia is a frequent cause of chronic intractable pain and constitutes the most feared complication of Herpetic Neuralgia. It can last for many years leading the patient to despair, depression, social isolation, and suicidal ideas. **Objectives:** To present the clinical course of an elderly patient with post herpetic sciatic neuralgia treated at the Pain Clinic of Ameijeiras Brothers Hospital in January of 2011. **Conclusions:** Success in treating post scurfy neuralgia is related to early detection and intervention.

Palabras clave: neuralgia postherpética, dolor neuropático, post-scurfy neuralgia, neuropathic pain

Abreviaturas:

EN: escala numérica

EVA: escala visual análoga

NPH: neuralgia postherpética

Antecedentes

La neuralgia postherpética (NPH) es una causa frecuente de dolor neuropático crónico intratable. Ésta puede durar en ocasiones muchos años manteniendo al paciente en un estado de desesperación por el dolor, impidiendo su vida

en relación con el medio, provocando depresión, aislamiento social, ausencia o pérdida del empleo y, por consiguiente, los problemas económicos que todo esto acarrea^{1,2,3,4}.

Se conoce como dolor neuropático el producido por lesión de fibras nerviosas aferentes debido a trauma, trastornos metabólicos, vasculitis, cáncer, infecciones. Los ejemplos más esclarecedores son neuropatías por diabetes mellitus, alcohol, post herpes, cialgias, dolor de miembro fantasma⁵.

La varicela y el herpes zoster (HZ) son diferentes manifestaciones clínicas del virus varicela zoster (VVZ), aislado en 1953¹. El VVZ se transmite por vía respiratoria y, después de manifestarse como varicela, pasa de los nervios sensitivos cutáneos a los ganglios de las raíces dorsales (GRD) donde permanece en estado latente. Años más tarde, bajo ciertas circunstancias de deterioro en la inmunidad celular o de manera espontánea, el VVZ se reactiva de su estado latente en el GRD produciendo hemorragia y edema que se extienden a lo largo de los nervios periféricos y pueden alcanzar la médula espinal³.

Si el dolor persiste después de que las lesiones vesiculares han desaparecido y la reacción inflamatoria aguda es imperceptible, es posible que el enfermo desarrolle dolor crónico asociado a cambios psicológicos con síntomas de depresión, ansiedad, angustia y aislamiento, llegando en ocasiones al suicidio^{2,3}. Así, se integra un cuadro típico de neuralgia o NPH con alteraciones de la sensibilidad, que se manifiestan como hiperestesia, alodinia, déficit sensorial o combinaciones de ellas. Se han intentado múltiples esquemas de alivio, pero ninguno ha demostrado ser efectivo.

El objetivo de este artículo es presentar la evolución clínica de un paciente anciano con NPH en el nervio ciático, detectada en el tercer estadio de la neuralgia herpética, tratada en la Clínica del Dolor del Hospital Hermanos Ameijeiras en enero de 2011.

Presentación del caso

Paciente masculino, 88 años de edad, nivel de escolaridad superior, remitido al servicio de Clínica del Dolor del Hospital Hermanos Ameijeiras en enero de 2011, sin diagnóstico definitivo. Llega en silla de ruedas.

En la entrevista refiere antecedentes de buena salud, dolor "insuportable" en todo el miembro inferior izquierdo que le impide dormir toda la noche y lo obliga a permanecer en silla de ruedas desde hace ocho meses. El dolor empezó antes de aparecer unas ronchas en el glúteo, empeorando después de que brotaron las lesiones. No recordaba si había padecido varicela en la infancia.

Indica haber tomado relajantes musculares, meprobamato (400 mg) 1 tableta cada 8 horas por 7 días, vitamina B12 (bulbo 1000 mcg/5ml) 200mcg intramuscular en días alternos por 15 días, y pomadas analgésicas lonol (bencidamina) 2 veces al día por 5 meses, sin mejoría. El examen físico no visualiza ninguna alteración en la piel durante la inspección. La palpación evidencia dolor al tacto desde el glúteo hasta la fosa poplíteica. Le aplicamos la escala visual análoga (EVA) para el dolor y la escala numérica (EN), ubicando en 10 puntos a ambas (figuras 1 y 2), donde el dolor se torna irresistible.

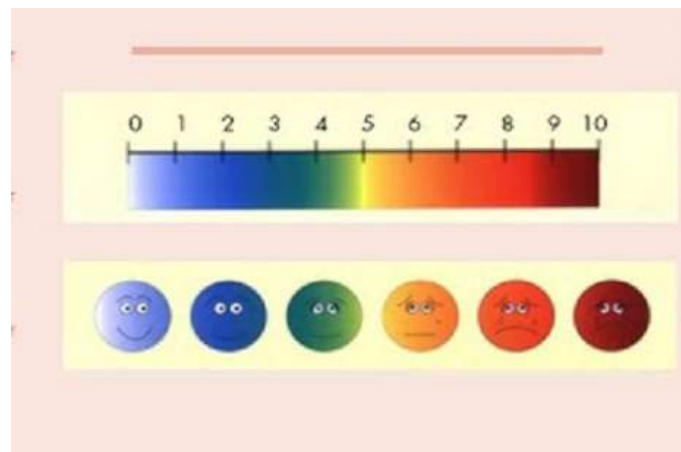


Figura 1. Escala Visual Análoga para la evaluación del dolor (correlaciona la expresión de los rostros con el número que señala el paciente). Fuente: Clínica del Dolor Hermanos Ameijeiras, Cuba.



Figura 2. Escala Numérica para evaluación del dolor (el paciente indica un número donde ubica el dolor que siente). Fuente: Clínica de Dolor Hospital Hermanos Ameijeiras, Cuba.

Ante la negativa del paciente de realizarse algún bloqueo, se le indica tratamiento farmacológico para el control del dolor:

- 1) Pregabalina: 1 tableta (75 mg) cada 12 horas, comenzando los primeros 5 días con la mitad de la dosis, teniendo en cuenta que se trataba de un paciente anciano. En forma inicial por 3 meses.
- 2) Vitamina Centrum Silver: 1 tableta al día por 3 meses inicialmente.
- 3) Relajante muscular: Meprobamato 400 mg, 1 tableta cada 8 horas por 15 días.
- 4) Antiinflamatorio no esteroideo: Ibuprofeno 400 mg, 1 tableta cada 8 horas por 7 días.

Primera evaluación a los 15 días: el paciente relata un pequeño alivio. Se aplican las escalas citadas anteriormente ubicando en 8 puntos el dolor. Por consiguiente, decidimos modificar el tratamiento actual: se incrementa la dosis de Pregabalina a 1 tableta de 150 mg a la misma frecuencia y se agrega Nortriptilina (tableta) 10 mg al día a las 8:00 am por 5 días, aumentando luego a 20 mg a la misma hora por 3 meses inicialmente.

Segunda evaluación a los 2 meses: llega caminando por sus pies, ayudado por un bastón. Indica sentirse mejor, estar recuperando la sensación a la temperatura. Volvemos a evaluarlo aplicando las mismas escalas, ubicando el dolor en 3 puntos. No hacemos ninguna modificación del tratamiento.

Tercera evaluación a los 3 meses: paciente señala mejoría nuevamente. Aún camina ayudado por el bastón. Aplicamos EVA y EN para evaluar el dolor, ubicándolo en 3 puntos. Decidimos extender al tratamiento con Pregabalina, Nortriptilina y Centrum Silver a las mismas dosis hasta 6 meses.

Cuarta evaluación a los 6 meses: refiere "sentirse muy bien". Ya no precisa del bastón para caminar. Aplicamos EVA y EN, ubicándolas en 2 puntos. Decidimos dar el alta al paciente y retiramos paulatinamente la Pregabalina y Nortriptilina, reduciendo a la mitad las dosis empleadas por 3 días, suspendiendo ambos fármacos al cuarto día. Queda solamente con el suplemento vitamínico Centrum Silver que recomendamos mantener en forma permanente.

Discusión/Conclusiones

El paciente llega a nuestro servicio en el tercer estadio o NPH, caracterizado por un dolor insoportable según EVA y EN aplicadas. Este es resultado de la actividad desinhibida de vías primarias aferentes, que sigue a la pérdida de fibras aferentes mielinizadas y la posible presencia de neuronas hipersensibles en los cuernos dorsales^{6,7}.

Clásicamente se ha considerado a la NPH como un dolor por desaferentación y ahora se le ha relacionado con uno de los síndromes más controvertidos en algología, el síndrome de dolor regional complejo (*Complex Regional Pain Syndrome*), como parte de los síndromes de dolor mediado por el simpático^{8,9}.

Entre los rasgos asociados al desarrollo de la neuralgia postherpética se encuentran: edad mayor de 50 años (presente en este paciente); severidad del dolor prodrómico (referido por él); severidad del dolor al surgir el *rash* cutáneo (igualmente referido); extensión del *rash* al momento de presentación (abarcó todo el glúteo); sexo femenino y localización oftálmica. El paciente presentaba cuatro de los seis rasgos coligados a la probabilidad de padecer NPH, no obstante el diagnóstico fue tardío.

La necesidad imprescindible de diagnosticar rápidamente y tratar la neuralgia herpética está dada por dos aspectos cardinales. Primero, el peligro de desarrollar una neuralgia postherpética se acrecienta en la medida en que no se controla la infección HZ en las primeras 72 horas. Segundo, las regiones del cuerpo más afectadas y con producción de dolor significativo son la torácica, con toma marcada de nervios intercostales; la lumbar y sacra, con injuria de raíces espinales, del plexo lumbar y de sus ramas correspondientes, así como del nervio ciático; la cervical, con una alta frecuencia de afección de las raíces que integran el plexo braquial y la zona oftálmica.

Cualesquiera que sean los mecanismos de daño neural, el desarrollo ulterior de NPH es perjudicial. Por lo que todos los investigadores en el área de la algología encaminan sus esfuerzos a las medidas preventivas instaladas durante la fase aguda de HZ.

El dolor provocado por la NPH acarrea desequilibrios en la subjetividad de quien lo padece, distorsionando procesos cognitivos como la percepción y el pensamiento. La cronicidad genera altos niveles de ansiedad y depresión severa, que conspiran con la evolución del paciente y la adherencia terapéutica, repercutiendo desfavorablemente en la calidad de vida pues hay pérdida de hábitos higiénicos, alimenticios y del sueño. Todas estas afectaciones derivadas del dolor provocado por la NPH formaban parte del cuadro clínico.

Rowbotham⁷ describe tres componentes del dolor: dolor constante, quemante, profundo (continuo); dolor breve, espontáneo, recurrente, en descargas (neurálgico); y dolor agudo, irradiado, disestésico, evocado por estimulación mecánica ligera (alodinia). Estos componentes se mezclan en un mismo paciente, con predominio de alguna modalidad.

Los tratamientos más usados en estos casos han sido:

1. Bloqueos peridurales con esteroides: ketamina, morfina, clonidina o combinaciones;
2. Bloqueos simpáticos;
3. Acupuntura;
4. Opioides orales: tramadol;
5. Amitriptilina e inhibidores selectivos de la receptación de serotonina;
6. Anticonvulsivantes: carbamazepina, gabapentina;
7. Jalea de lidocaína con aspirina, parches de lidocaína; y
8. Capsaicina en crema.

Más recientemente, la pregabalina ha llegado para mejorar ostensiblemente el alivio del dolor y, por ende, la calidad de vida de los pacientes. Siendo superior a la gabapentina, la pregabalina es un análogo del ácido γ -aminobutírico (GABA) con efectos analgésicos, anticonvulsivantes y ansiolíticos⁵.

La pregabalina mantiene lineales sus concentraciones en el plasma por mayor tiempo que su predecesora, la gabapentina, por lo que se necesita ingerir menos veces en el día, razón por la cual la elegimos para el tratamiento. Escogimos nortriptilina antes que amitriptilina, porque tiene menos efectos anticolinérgicos y es mejor tolerada en pacientes ancianos.

Concluimos que, no obstante encontrarse el paciente en el tercer estadio de la NPH, presentó una evolución favorable. Se logró el alta a los 6 meses de la primera consulta, recuperando la funcionalidad del miembro afectado.

Notas

Declaración de conflictos de interés

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por Medwave, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del artículo/investigación; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que

podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando al autor responsable.

Aspectos éticos

Los autores declaran que este manuscrito no ha pasado por el Comité de Ética de la Institución. El paciente referido en el presente reporte de caso ha firmado la "declaración de consentimiento de pacientes para publicar en Medwave".

Referencias

1. Finnerup NB, Otto M, Jensen TS, Sindrup SH. An evidence-based algorithm for the treatment of neuropathic pain. *MedGenMed*. 2007 May 15;9(2):36. ↑ | [PubMed](#) | [PMC](#) |
2. Galluzzi K. Management Strategies for Herpes Zoster and Post Herpetic Neuralgia. *J Am Osteopath Assoc*. 2007 Mar;107(3 Suppl 1):S8-S13. ↑ | [PubMed](#) |
3. Pavan-Langston D. Herpes Zoster. *Antivirals and Pain Management. Ophthalmology*. 2008 Feb;115(2 Suppl):S13-20. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. Yera JL. Tratamiento de la Neuralgia Herpética Aguda. VIII Congreso centroamericano y del caribe de anestesiología, reanimación y tratamiento del dolor. IV Simposio internacional de dolor. 2009; La Habana. Cuba: Clínica del Dolor. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. ↑
5. Yera JL, Squires E, Rodríguez M, Guillén M. Tratamiento de la Neuralgia Herpética: descripción de una técnica novedosa. *Rev Cub Anest Rean*. 2003;2(2):3-11. ↑
6. Winnie AP, Hartwell PW. Relationship between time of treatment of acute herpes zoster with sympathetic blockade and prevention of postherpetic neuralgia: Clinical support for a new theory of the mechanism by which sympathetic blockade provides therapeutic benefit. *Reg Anesth*. 1993 Sep-Oct;18(5):277-82. ↑ | [PubMed](#) |
7. Rowbotham MC, Fields HL. Neuralgia post-herpética: la relación del dolor, alteraciones sensoriales y temperatura cutánea. *Dolor* 1991; 3:36-48. ↑
8. Tying SK. Management of Herpes Zoster and Post Herpetic Neuralgia. *J Am Acad Dermatol*. 2007 Dec;57(6 Suppl):S136-42. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
9. van Wijck AJ, Opstelten W, Moons KG, van Essen GA, Stolker RJ, Kalkman CJ, et al. The PINE study of epidural steroids and local anesthetics to prevent Post herpetic neuralgia: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2006 Jan 21;367(9506):219-24. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.