

Características clínico-epidemiológicas y tratamiento del herpes zoster oftálmico**Clinical epidemiological characteristics and treatment of ophthalmologic herpes zoster****Orquídea Pérez Hernández,¹ Belkis Cruz Vasallo²**¹Especialista de I grado en Oftalmología. Profesora Instructora. Máster en Enfermedades Infecciosas. Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet". Güines, Mayabeque, Cuba. Correo electrónico: orquiph@infomed.sld.cu²Residente de I año en Medicina General Integral. Policlínico Docente "Marta Martínez Figuera". Güines, Mayabeque, Cuba. Correo electrónico: orquiph@infomed.sld.cu**RESUMEN****Introducción:** el herpes zoster oftálmico se ha incrementado a nivel mundial y Cuba no es la excepción, debido al mejor conocimiento de la infección e incremento de la edad media poblacional. Pero existen diversas formas de presentación, así como tratamientos no basados en evidencias clínicas, lo que ha conllevado a complicaciones.**Objetivo:** determinar las características clínico-epidemiológicas y tratamiento indicado en los pacientes con herpes zoster oftálmico.**Métodos:** se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, en el Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet". Güines. Mayabeque, desde enero de 2012 hasta diciembre de 2013. El universo estuvo constituido por 58 pacientes con diagnóstico de herpes zoster. La muestra incluyó a 40 pacientes con criterios de inclusión. Se caracterizaron los pacientes según variables demográficas. Se analizaron condiciones asociadas, forma de presentación, gravedad de la erupción cutánea, complicaciones oculares y tratamiento indicado.**Resultados:** el 85 % de la muestra presentaba algún factor de riesgo, siendo la edad mayor de 70 años el más encontrado, predominó las formas de presentaciones típicas de la enfermedad (77.5 %). Se encontró aumento de las complicaciones oculares relacionadas con la gravedad de las erupciones cutáneas (40 %) y con un pobre o ausente tratamiento antiviral (65 %).**Conclusiones:** predominó en los pacientes mayores de 70 años, sexo femenino, y no hubo diferencia en cuanto al color de la piel, coincidiendo con la literatura revisada. Elevado número de pacientes que no recibieron el tratamiento antiviral y se asocian a complicaciones oculares.**Palabras clave:** herpes zoster oftálmico; aciclovir; anciano.**ABSTRACT****Introduction:** ophthalmologic herpes zoster has increased all over the world and Cuba is not an exception, because of a better knowledge of the infection and the growing of the age rate of the population. But there are several ways of presentation, as well as treatments non based on clinical evidences, so complications have appeared**Objective:** to determine the clinical epidemiological characteristics and indicated treatment in patients with ophthalmologic herpes zoster.**Methods:** a transversal descriptive observational study was performed at "Aleida Fernandez Chardiet" Teaching General Hospital in Güines, Mayabeque, from January 2012 to December 2013. The universe was formed by 58 patients with the diagnosis of herpes zoster. The sample included 40 patients with inclusion criteria. The patients were characterized according to demographic variables. Associated conditions, way of presentation, status of the cutaneous rash, ocular complications and indicated treatment were analyzed.**Results:** the 85 % of the sample presented certain risk factor, age, higher than 70 years old was the most common, typical ways of presentation of the disease prevailed (77.5%). Increasing of ocular complications related to the conditions of the cutaneous rashes was

showed (40 %) and a poor or absent antiviral treatment (65%).
Conclusions: patients older than 70 years old prevailed, female sex, and there was no difference in the color of the skin, it coincides with the consulted literature. There is a high number of patients who did not receive antiviral treatment and they are associated to ocular complications.

Keywords: herpes zoster ophthalmicus; acyclovir; aged.

INTRODUCCIÓN

El herpes zoster oftálmico constituye la segunda forma más frecuente de presentación del herpes zoster, popularmente conocido como “culebrilla”, y tiene una distribución geográfica universal.^{1,2} Los estudios de población demuestran que su incidencia aumenta con la edad, una de cada dos personas que alcanza los 80 años experimenta una reactivación del “virus de la varicela” en forma de herpes zoster y de ello del 10 al 20% de los casos son oftálmicos.³⁻⁶

El virus varicela-zoster es un herpesvirus humano y tiene la peculiaridad de ser el agente causal de dos enfermedades diferentes: la varicela, que ocurre durante la primoinfección, generalmente durante la infancia, y el herpes zoster, que resulta de la reactivación del virus.

Una vez que remite la varicela, el virus nunca se erradica del huésped, pues permanece en forma latente en los ganglios sensoriales de las raíces dorsales, el cual se podrá reactivar cuando exista una inmunodeficiencia en el afectado y da lugar al herpes zoster. El padecimiento y su transmisión se perpetúan en el ser humano gracias a que el sistema inmunitario no lo elimina y a la facilidad de contagio en el estado activo.^{1,5}

En la literatura consultada se cita que Hutchinson fue el primero que descubrió ampliamente el herpes zoster oftálmico, como una manifestación de infección viral aguda autolimitada, unilateral, causada por la reactivación, desde el estado latente, del genoma viral de la varicela-zoster dentro de la porción del ganglio de Gasser, con manifestaciones oculares y perioculares que abarcan desde lo trivial hasta ser totalmente devastadoras.⁷

El diagnóstico de esta enfermedad es habitualmente clínico y se caracteriza por tres fases: la fase prodrómica, la de estado y la de las complicaciones.^{2,8} Los pródromos preceden a la erupción cutánea entre 48 y 72 horas, y ocasionalmente pueden estar presentes, incluso una semana antes de la fase de estado, y consiste en fiebre, malestar general y dolor en hemicránea que puede ir desde un simple picor hasta un dolor intenso, en ocasiones exacerbado por situaciones como peinarse.^{2,5}

Puede no existir ninguno de estos síntomas descritos, siendo la erupción cutánea la primera manifestación. En la fase de estado aparecen vesículas cutáneas dolorosas, que pueden extenderse desde la región ocular hasta el vértice craneal, pero respetando la línea media y en ocasiones, en la punta o ala de la nariz por afección de la rama nasociliar del trigémino, llamado signo de Hutchinson, para algunos autores constituye una regla de afectación ocular.^{3,7}

El herpes zoster oftálmico puede dar lugar a lesiones oculares de importancia, tanto de la córnea, como del interior del ojo, incluyendo la inflamación de la úvea, retina y parálisis oculomotoras, pudiéndose presentar complicaciones de forma aguda, crónicas y recidivantes, lo que ofrece un gran reto en su manejo terapéutico por su evolución natural y la gravedad de las lesiones oftálmicas, así como del tiempo tan prolongado de sus diferentes complicaciones.⁷

No existe ningún tratamiento curativo, ni es posible la eliminación del virus del organismo. Sin embargo, con el advenimiento del aciclovir y sus derivados, estos han demostrado una buena efectividad, sobre todo si se inicia el tratamiento durante las primeras 72 horas del comienzo de la erupción cuando la replicación viral todavía está en

curso.⁹⁻¹¹ No obstante, se han descrito casos en los que el tratamiento es efectivo, incluso una semana después de la aparición de las lesiones cutáneas.¹²

El riesgo que representa esta enfermedad, debido al envejecimiento de la población mundial y de otros factores de riesgo asociados, justifican esta investigación, que se realizó con el objetivo de determinar las características clínico-epidemiológicas y el tratamiento indicado en los pacientes con herpes zoster oftálmico.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, en el Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet" del municipio Güines, provincia Mayabeque, en el período comprendido desde enero de 2012 hasta diciembre de 2013, para determinar las características clínico-epidemiológicas y el tratamiento indicado en los pacientes con herpes zoster oftálmico

El universo estuvo constituido por 58 pacientes que acudieron a la consulta de Oftalmología con herpes zoster. La muestra incluyó a 40 pacientes con el diagnóstico de herpes zoster oftálmico y se utilizó para la selección de los casos las evidencias clínica, siendo este el criterio de inclusión, excluyendo otros diagnósticos que parecían ser probables. Se utilizó para ello las historias clínicas ambulatorias.

Se analizó el comportamiento y manejo de los pacientes diagnosticados con herpes zoster oftálmico para determinar sus características clínicas-epidemiológicas, formas de presentación, gravedad de las lesiones y el tratamiento indicado.

La recolección de datos se realizó a través de una planilla que incluyó las siguientes variables demográficas: edad, sexo, color de la piel, se analizaron condiciones asociadas y formas de presentación de la enfermedad: típica (malestar general, febrícula, dolor o hiperergia, seguido de las lesiones vesiculares) y atípica (otras formas de presentación caracterizadas por hallazgos oculares sugestivos de herpes zoster oftálmico asociado a dolor o neuralgia, pero sin erupción cutánea o con otras características). Gravedad de las erupciones: leve, menos de 25 lesiones y edema ligero, y severa, más de 25 lesiones y edema moderado o severo; complicaciones oculares y tratamiento antiviral indicado.

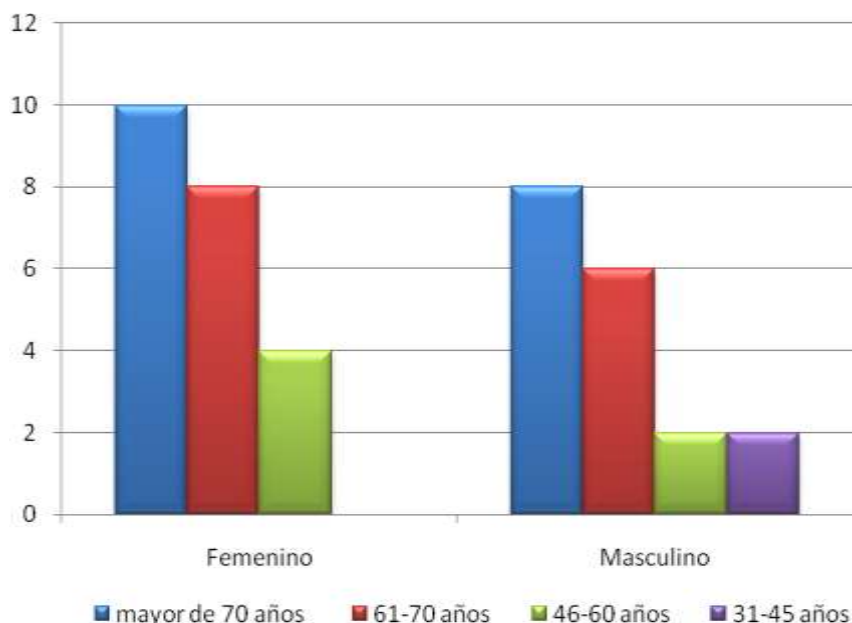
Se define como dosis adecuada: aciclovir 800mg/ 5 veces al día por 7 días; dosis inferiores a esta, así como uso exclusivo de aciclovir tópico, se considera insuficiente.

Los datos se procesaron y presentaron de forma absoluta y porcentual. El análisis estadístico se realizó en tablas de contingencia, utilizando valores absolutos y porcentuales, los resultados se presentaron de forma tabular comparando la discusión con los estudios realizados por diferentes autores.

RESULTADOS

En la distribución de los casos según sexo y edad (gráfico 1) se ilustra que hubo un predominio del sexo femenino, con un 65 %. El mayor grupo fue el de más de 70 años, con un 45 %, seguido por el grupo de 61 a 70 años, con un 35 %.

Gráfico 1. Distribución de los pacientes según sexo y edad



Fuente: Historia Clínica Individual.

No se encontró diferencia significativa en cuanto a color de la piel.

De los 40 pacientes estudiados, solo 6 (15%) no presentaban ninguna condición clínicamente evidente capaz de producir alteraciones inmunológicas que predispusieran al desarrollo de herpes zoster. Los restantes 34 pacientes (85%) tuvieron algún factor de riesgo o compartían varias situaciones: la edad mayor de 70 años, las enfermedades malignas, así como estar bajo tratamiento inmunosupresor, entre otros, constituyeron los factores más evidentes (tabla 1).

Tabla 1. Condiciones asociadas a la aparición del herpes zoster oftálmico

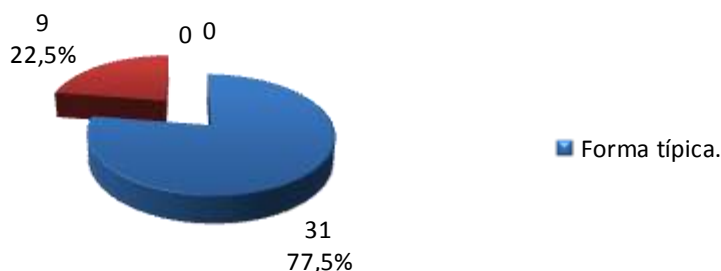
| Condiciones | Nº de pacientes (n-40) | % de pacientes |
|--|------------------------|----------------|
| Edad mayor de 70 años | 19 | 47,5 |
| Enfermedades malignas | 9 | 22,5 |
| Tratamiento con corticoides e inmunosupresores | 9 | 22,5 |
| Diabetes mal controlada | 7 | 17,5 |
| Estrés emocional | 5 | 12,5 |
| Alcoholismo | 2 | 5 |
| Insuficiencia renal crónica | 2 | 5 |
| VIH/SIDA | 1 | 2,5 |

Fuente: Historia Clínica Individual.

Predominó, con un 77,5 % de los casos, la forma de presentación típica o clásica de esta enfermedad (gráfico. 2).

Gráfico 2. Distribución de los pacientes según forma de presentación del herpes zoster oftálmico

Fuente: Historia Clínica Individual



Al estudiar la gravedad de las erupciones y su relación a la aparición de complicaciones oculares (tabla 2), se encontró que a mayor gravedad del cuadro (40%) ocurren más complicaciones oculares.

Tabla 2. Relación entre la gravedad de la erupción y la ocurrencia de complicaciones oculares

| Complicaciones oculares | Erupciones leves | | Erupciones severas | | Total | |
|-----------------------------|------------------|------|--------------------|------|-------|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Con complicaciones oculares | 10 | 25 | 16 | 40 | 26 | 65 |
| Sin complicaciones oculares | 9 | 22,5 | 5 | 12,5 | 14 | 35 |
| Total | 19 | 47,5 | 21 | 52,5 | 40 | 100 |

Fuente: Historia Clínica Individual.

En la tabla 3 se observó que todos los pacientes que presentaron complicaciones oculares estuvieron relacionados con un tratamiento insuficiente de antiviral o no recibieron los beneficios de esta droga.

Tabla 3. Evaluación de tratamiento antiviral impuesto y la ocurrencia de complicaciones oculares

| Complicaciones oculares | Sin tratamiento antiviral | | Tratamiento antiviral insuficiente | | Tratamiento antiviral adecuado | | Total | |
|-----------------------------|---------------------------|------|------------------------------------|------|--------------------------------|------|-------|-----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Con complicaciones oculares | 11 | 27,5 | 15 | 37,5 | - | - | 26 | 65 |
| Sin complicaciones oculares | 3 | 7,5 | 6 | 15 | 5 | 12,5 | 14 | 35 |
| Total | 14 | 35 | 21 | 52,5 | 5 | 12,5 | 40 | 100 |

Fuente: Historia Clínica Individual.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio sobre herpes zoster oftálmico, en cuanto a predominio del sexo femenino y al color de la piel, coinciden con lo planteado en la literatura clásica y en estudios publicados por diferentes autores, donde la discreta diferencia en cuanto al sexo podría atribuirse a la mayor expectativa de vida de la población femenina, así como la hipótesis de que las mujeres tienden a consultar más frecuentemente a los servicios médicos que los hombres.^{1,8,13}

Según estudios epidemiológicos de la Dra. Morales Polanco, en nuestro país por cada hombre enferman 1,05 mujeres de herpes zoster, es decir que por cada 100 hombres enferman 105 mujeres.¹³

En los herpes zoster en general, así como en esta investigación, el mayor número de pacientes afectados por herpes zoster oftálmico se encuentra en los mayores de 70 años, coincidiendo con estudios realizados en la población general donde muestran que la incidencia del herpes zóster aumenta con la edad desde aproximadamente 2-3/1 000 pacientes al año en personas de 50 años y hasta 8/1 000 pacientes al año en aquellos mayores de 70 años.¹

El incremento del riesgo de herpes zoster asociado a la edad avanzada, se ha relacionado a la inmunosenescencia como un factor predisponente a esta enfermedad; a través de los años se observa un deterioro del sistema inmune como parte del proceso

de envejecimiento natural, disminuyendo la inmunidad celular necesaria para continuar manteniendo el virus en estado latente.^{1,2,6}

De manera general, el comportamiento de los individuos estudiados en cuanto a las condiciones asociadas de la enfermedad está acorde con las características de la misma, donde todas aquellas condiciones que conlleve a una disminución del sistema inmune favorece a la reactivación del virus.

Se debe hacer referencia a que muchos pacientes presentaron varios factores de riesgo, debido fundamentalmente, al envejecimiento poblacional, al aumento de la expectativa de vida en los pacientes oncológicos como resultado de la combinación de diferentes medidas terapéuticas, así como al seguimiento de enfermedades crónicas.

En los pacientes seropositivos para el virus de inmunodeficiencia humana, el herpes zoster se manifiesta con más frecuencia que en los seronegativos, con una incidencia de 29.4 casos por cada 1,000 personas por año.¹

En la muestra revisada se evidencia que la incidencia es baja, ya que estos pacientes son atendidos en consultas especializadas y no asisten a este nivel de atención. En vista a la incidencia elevada de VIH/SIDA y zoster, algunos autores sugieren que deben hacerse una serología para VIH en pacientes jóvenes con zoster, sin otros factores aparentes de riesgo.^{1,14}

Sin embargo, Lourdes Alonzo-Romero Pareyón cita en su trabajo que han atendido a un número considerable de pacientes jóvenes con herpes zoster que no tienen inmunodeficiencia adquirida, por lo que considera que debe valorarse cada caso de forma individual.³

Predomina la forma típica o clásica de presentación. Desde los primeros reportes de la enfermedad, y por experiencia internacional, en más del 50 % de los casos es esta la forma clásica de aparecer el herpes zoster oftálmico.^{1,3,5}

La erupción típica despeja las posibles dudas que pudieran surgir, pero su cuadro clínico puede ser enormemente variado y la diversidad de afecciones que influyen en su presentación, así aparecen las formas no típicas de la enfermedad, que en este estudio están dadas por zoster con dolor que nunca apareció la erupción cutánea "zoster sin herpes", complicaciones oculares sugestivas de zoster que después de varios días apareció la erupción cutánea, exantema típico del zoster sin dolor ni parestesia y/o disestesia de la zona afectada, lo cual coinciden con otras publicaciones revisadas.^{3,13}

La identificación de esta entidad solo exige un examen visual ya que muy pocas enfermedades producen una erupción con distribución en dermatomas, por lo que el tratamiento y la remisión al oftalmólogo debe ser inmediato.

Con relación a la gravedad de las erupciones se aprecia en esta muestra que en aquella donde la misma es grave la ocurrencia de complicaciones oculares es superior. Se pueden citar como complicaciones encontradas: la conjuntivitis inespecífica, queratitis, uveítis y glaucoma secundario. Se tiene la hipótesis de que el incremento de la gravedad de la erupción cutánea es un indicador de infecciones agudas más severas con afectación ocular.^{5,7} Sin embargo, existen reportes que plantean que el riesgo de afectación ocular es independiente de la gravedad del exantema cutáneo.⁸

Uno de los aspectos más importantes a señalar es el número tan elevado de pacientes que no recibieron tratamiento antiviral o lo recibieron de forma insuficiente (indicado cada 6, 8 o 12 horas y con dosis muy inferior a la normada). El aciclovir tiene una absorción intestinal muy pobre, con una breve semivida que exige dosis muy elevadas y frecuentes: cada 4 horas, siendo este un inconveniente para los pacientes, ya que un gran número de ellos abandonan el tratamiento por falta de confianza o por el costo del fármaco.

Un elemento que no se debe olvidar, es que existen creencias en la población que la “culebrilla” puede resolverse con “curanderos” y no asisten a la consulta hasta que aparecen las complicaciones oculares.

El herpes zoster oftálmico es particularmente agresivo, y es de consenso general, que constituye una indicación absoluta de tratamiento antiviral, y preferiblemente en las primeras 72 horas de inicio de los síntomas para evitar las complicaciones oculares.^{1,4,7,11} En este estudio se muestra que todos los pacientes con afectación ocular no recibieron el tratamiento antiviral normado.

Conociendo las distintas facetas de la enfermedad, el diagnóstico es sencillo y puede iniciarse el tratamiento oportuno, siempre en la interconsulta con el oftalmólogo, sin embargo, cuando el tratamiento no es el normado, las consecuencias desde el punto de vista ocular pueden ser devastadoras.

Se concluye que el herpes zoster oftálmico predominó en los pacientes mayores de 70 años, sexo femenino, y no hubo diferencia en cuanto al color de la piel, coincidiendo con lo revisado hasta el momento. Llama la atención el número elevado de pacientes que no recibieron el tratamiento antiviral o lo recibieron de forma insuficientes y que están asociado a complicaciones oculares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López Villaescusa MT, Martínez Martínez ML, Faura Berruga C, Pérez García L. Herpes Zoster diseminado. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2012 Feb [citado 8 Ene 2015];5(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000100012&lng=es.
2. Rivera Díaz RC, Arcila Lotero MA. Infusión epidural cervical para tratamiento del dolor por herpes zoster. Reporte de caso con revisión temática. Rev Colomb Anestesiología [Internet]. 2013 [citado 8 Ene 2015];41(4). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472013000400011&lng=en.
3. Romero Pareyón LA. Herpes zoster. Revista Mexicana Dermatología [Internet]. 2011 [citado 20 Jun 2011];55(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2011/rmd1111e.pdf>
4. Sanz Pozo B, Quintana Gómez JI, Martín González I. Manejo del episodio agudo del Herpes zoster y la neuralgia postherpética. Medifam [Internet]. 2002 [citado 20 Jun 2011];12(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1131-57682002000300002
5. Da Silva Filho JP, Lucas Neto A, MouraSoares D, Allais M, Dias de Oliveira e Silva E. Manifestaciones clínicas del herpes Zoster en la región maxilofacial. Acta Odontológica Venezuela [Internet]. 2010 [citado 13 Ene 2014];48(4). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/4/art22.asp>
6. Cisterna Cáncer R. Prevención de herpes Zóster y neuralgia post-herpética [Internet]. Vizcaya: Asociación de Microbiología y Salud; 2014 [citado 13 Ene 2014]. Disponible en: http://portal.sedolor.es/documentos/consenso_herpes_2014.pdf
7. Rios Girard JJ. Tratamiento del herpes zoster oftálmico en etapa eruptiva por bloque del ganglio de Gasser. Revista de Argentina Anestesiología. 2003;61(3):151-160.
8. Gershona Anne A, Gershonb Michael D, Breuerc Judith, Levind Myron J, Oaklandere Anne L, Griffiths Paul D. Advances in the understanding of the pathogenesis and epidemiology of herpes zoster. Journal of Clinical Virology. 2010;48(1):70002-0.
9. Clínica Rementaria [Internet]. Madrid: Fundación Rementaria; 2015 [citado 13 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.cirugiaocular.com/index.php/la-vision/el-ojo-y-sus-defectos/herpes-ocular.html>
10. Yera Nadal JL, Squires Valdés E, Rodríguez Valdés M, Guillén Vargas M. Tratamiento de la neuralgia herpética: descripción de una técnica novedosa.

- Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación [Internet]. 2003 [citado 13 Ene 2014];2(2). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol2/no2/02020103.pdf>
11. Rachna Gupta AW, Krantz E, Selke S, Warren T, Vargas-Cortes M, Millar G, Corey L. Valacyclovir and Acyclovir for Suppression of Shedding of Herpes Simplex Virus in the Genital Tract. The Journal of Infectious Diseases [Internet]. 2015 [citado 13 Ene 2015];190(8). Disponible en: <http://jid.oxfordjournals.org/content/190/8/1374.full>
 12. Álvarez- Guzmán C, Rodríguez García A. Queratitis “en archipiélago” asociada a herpes zoster oftálmico. Reporte de un caso. Rev Mex de Oftalmología [Internet]. 2013 Jun [citado 13 Ene 2015];87(2). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-oftalmologa-321-articulo-queratitis-en-archipelago-asociada-herpes-90202629?referer=buscador>
 13. Morales Polanco I, Coutin Marie G. Herpes Zoster: caracterización clínica-epidemiológica. Tendencia en Cuba y expectativa. 2005;10(1). Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/rtv0105.pdf>
 14. González-Sotero J, Rojas-Alvarez E, Pérez-Ruíz A, Iviricu-Tielves R, Taño-Lazo L. Alteraciones de la superficie ocular en pacientes con VIH/SIDA. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. 2011 [citado 23 Ene 2015];15(3). Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/802>

Recibido: 28 de enero del 2015

Aprobado: 3 de agosto del 2015

Orquídea Pérez Hernández. Especialista de I grado en Oftalmología. Profesora Instructora. Máster en Enfermedades Infecciosas. Hospital General Docente “Aleida Fernández Chardiet”. Güines, Mayabeque, Cuba. Correo electrónico: orquiph@infomed.sld.cu