

Herpes Zoster: Caracterización clínico-epidemiológica. Tendencia en cuba y expectativas.

Dra. Idalis Morales Polanco

Unidad de Análisis y Tendencias en Salud. Ministerio de Salud Pública de Cuba

Dra. Gisele Coutin Marie

Unidad de Análisis y Tendencias en Salud. Ministerio de Salud Pública de Cuba

Sinonimia

Culebrilla

Herpes zona

Definición

Enfermedad infecciosa, viral aguda y localizada que ocasiona erupción ampular dolorosa en la piel.

Descripción

Esta enfermedad infecciosa se acompaña de dolor neurálgico o sensación pruriginosa que se distribuye unilateralmente y se caracteriza por la aparición de vesículas agrupadas en una placa inflamatoria, localizada en el trayecto de un nervio de la piel. Esta puede afectar cualquier área del cuerpo desde la cabeza hasta la pierna y pie, generalmente de un solo lado.

Etiología

Su agente causal es el *virus de la varicela-zoster (virus V-Z)*, miembro del grupo de Herpesvirus, que forma parte de la familia de virus DNA y del cual existe un solo serotipo.

Fisiopatología

Muchos virólogos consideran que el Herpes Zoster es una recurrencia de la varicela, o sea, al padecerse varicela durante la niñez, la infección suele conferir inmunidad de por vida y tras la recuperación de esta infección inicial, el virus queda latente en la células ganglionares de la columna vertebral, manteniéndose en estado letárgico en los tractos nerviosos que emergen de la médula espinal durante el resto de la vida. En este estado es asintomático y se vuelve inactivo para el cuerpo. Si se reactiva al cabo de muchos años, se disemina a todo lo largo del tracto nervioso causando dolor o sensación de quemazón, produciendo el Herpes Zoster (**Figura 1**).



Figura 1. Herpes zoster

Causas de la reactivación

Generalmente se desconoce, pero parece estar asociada al envejecimiento, situaciones de estrés severo o a aquellas en las que se deprime el Sistema inmunológico como lo es en el caso de las infecciones masivas o neoplásicas.

En ocasiones el Herpes Zoster se presenta como infección primaria en adultos inmunodeprimidos que se exponen al virus.

Clasificación del Herpes Zoster según el área afectada

1. Herpes oftálmico: Muy peligroso por las complicaciones oculares que provoca, además de su fuerte dolor.
2. Herpes del cuerpo: Más frecuente, pudiendo localizarse en diferentes partes del cuerpo según el nervio dañado (**ver figuras de la 2 a la 6**), aunque el área más comúnmente afectada es la que va desde la columna vertebral, alrededor de un lado del tórax, hasta el esternón.

El herpes puede ser también generalizado (diseminado), **figura 7**, indicando un trastorno subyacente en el sistema inmune como Leucemia, Enfermedad de Hodgkin, otros cánceres, Dermatitis atópica o infección por VIH.



Figura 2. Herpes Zoster en la espalda



Figura 3.
Herpes
Zoster en
cuello y
mejilla



Figura 4. Herpes Zoster en la mano

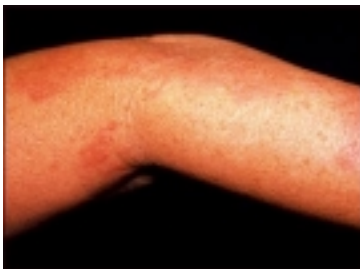


Figura 5. Herpes Zoster en el brazo



Figura 6. Herpes Zoster en el tórax



Figura 7. Herpes Zoster diseminado

Sintomatología

La mayoría de las veces existe un período prodrómico con presencia de ardor, prurito, sensación de punzadas, seguido de dolor intenso e hiperestesia del nervio afectado y al cual se circunscribe. Este período dura de dos a tres días al cabo de los cuales aparece una típica erupción en la piel, formada por pequeñas vesículas (ampollas), **Figura 8**, que a los tres a cinco días se rompen dejando pequeñas úlceras que supuran y luego secan para formar costras que a las dos o tres semanas (15 a 18 días) se desprenden dejando la piel rosada en proceso de cicatrización.

Existen otros síntomas asociados o que

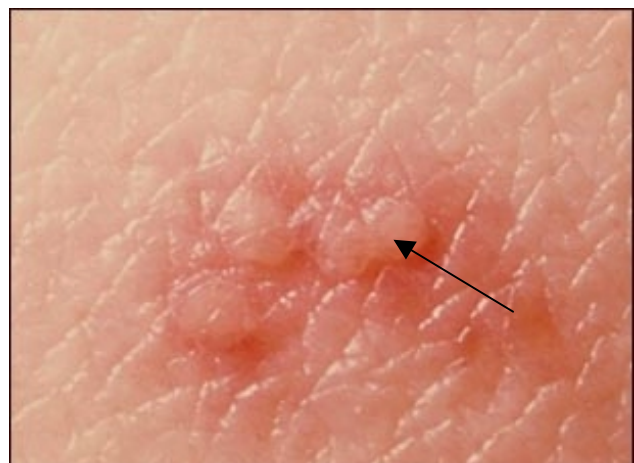


Figura 8. Primer plano de lesión por Herpes Zoster (ampollas)

acompañan esta enfermedad como fiebre, escalofríos, malestar general, inflamación de los ganglios linfáticos y otros en dependencia de la localización de la lesión como trastornos de la visión, anomalías del gusto, párpado caído (ptosis parpebral), pérdidas del movimiento del ojo (oftalmoplejía), pérdida de la audición, dolor articular, lesiones genitales (en ambos sexos), dolor abdominal, etc.

Diagnóstico

El diagnóstico se sospecha al observar las lesiones de la piel y existiendo los antecedentes de Varicela o Herpes y se confirma a través del citodiagnóstico (prueba de Tzanck), cultivo viral de la lesión de la piel y la identificación del antígeno por inmunoelectroforesis e inmunofluorescencia.

Tratamiento

Usualmente se cura espontáneamente, el tratamiento es sintomático (analgésicos y antihistamínicos), fundamentalmente para el dolor y el prurito.

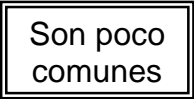
El aciclovir es un antiviral que se puede usar para acortar el curso de la enfermedad, disminuir el dolor, reducir complicaciones o proteger a un individuo inmunocomprometido. Existen además nuevos análogos cuya absorción por vía oral es mayor como el valaciclovir o famciclovir.

Este u otro antiviral debe iniciarse dentro de las primeras 24 horas de la aparición del dolor o sensación de ardor y preferiblemente antes de la aparición de ampollas.

Los corticosteroides como la prednisona, pueden emplearse para reducir el riesgo de la neuralgia posherpética.

Complicaciones

1. Neuralgia posherpética que no es más que la persistencia del dolor en el área afectada una vez curadas las lesiones cutáneas, lo que se debe aun daño más importante del Sistema nervioso. Puede durar desde meses hasta años.
2. Infecciones bacterianas secundarias de las lesiones de piel.
3. Recurrencia del Herpes Zoster.
4. Diseminación del herpes (lesiones de órganos viscerales, meningoencefalitis).
5. Parálisis temporal o permanente de los nervios (si se involucran nervios motores).
6. Ceguera (si lesiones en los ojos por afectación del nervio trigémino).
7. Síndrome de Ramsay Hunt (Parálisis facial, pérdida de la audición, pérdida del gusto en la mitad de la lengua y lesiones de piel alrededor de la oreja y del canal auditivo si está comprometido el nervio facial).



Son poco comunes

Pronóstico

Si se trata adecuada y oportunamente, este desaparece generalmente en dos o tres semanas y muy rara vez reaparece.

EPIDEMIOLOGÍA

El Herpes Zoster se presenta con relativa frecuencia entre la población. Puede aparecer a cualquier edad, pero su incidencia se incrementa con la misma, siendo mas frecuente en los adultos mayores de 50 años¹.

Autores refieren que aproximadamente el 95% de los adultos en los Estados Unidos tienen antecedentes del virus de la Varicela-Zoster y que este ocurre anualmente en 300 000 a 500 000 individuos².

La enfermedad puede afectar a ambos sexos por igual, aunque en algunos estudios se plantea que es más afectado el sexo masculino³.

¹ Jaramillo AC. Infección por Herpes Zoster. Disponible en: <http://www.aibarra.org/guias/7-14.htm> (visitado el 24 de noviembre del 2004)

² Chris D M. Herpes Zoster. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/shingles.html> (visitado el 24 de noviembre del 2004)

³ Pérez PO, Núñez NL, Machín MG, Hernández CJ. Incidencia del Herpes Zoster en un Hospital provincial. Rev Cub Enfermer 2003. 19(3)

Transmisión

Se transmite por contacto directo con las lesiones de piel de personas con infección de Herpes Zoster, e indirectamente, por objetos recién contaminados con secreciones de las vesículas y membranas mucosas de las personas infectadas.

Se estima que el Herpes Zoster localizado es 25% menos contagioso que la Varicela, con un período infeccioso mucho menor y que el potencial de transmisión se encuentra en su presentación diseminada⁴.

Período de incubación

De dos a tres semanas (de 14 a 16 días).

Período de transmisibilidad

Desde uno a dos días antes del comienzo de la erupción, hasta que todas las lesiones estén encostradas (como promedio unos cinco días).

Factores de riesgo

- Antecedentes de Varicela.
- Inmunodepresión: Por enfermedades (VIH/SIDA, Cáncer), algunos medicamentos, tratamiento del cáncer y trasplantes de órganos.
- Edad: (el riesgo aumenta según avanza la edad).

Grupos poblacionales de mayor riesgo

- Adultos mayores de 60 años.
- Niños que tuvieron Varicela antes del primer año de vida.
- Personas inmunodeprimidas.

Prevención

Evitar el contacto con lesiones de piel de las personas con infección de Herpes Zoster
Todos los pacientes infectantes deben ser aislados hasta que todas las lesiones muestren costras⁵.

Tendencia en Cuba y expectativas

En nuestro país, la incidencia de la enfermedad se va incrementando según avanza la edad, siendo el grupo de 60 años y más el mayormente afectado (**tabla 1**) con una tasa en el 2003 de 63.98 por 10⁵ habitantes, representando el 27.3% del total de casos reportados en el país.

**Tabla 1. Incidencia de Herpes Zoster según grupos de edades.
Cuba 2001-2003**

| Grupos de edades | 2001 | | 2002 | | 2003 | |
|------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| | Casos | Tasas * | Casos | Tasas * | Casos | Tasas * |
| menor de 1 año | 6 | 1.01 | 7 | 5.07 | 3 | 2.17 |
| 1 a 4 | 61 | 10.31 | 42 | 7.04 | 63 | 10.56 |
| 5 a 14 | 357 | 22.04 | 320 | 19.76 | 339 | 20.93 |
| 15 a 24 | 342 | 22.74 | 398 | 27.01 | 478 | 32.44 |
| 25 a 59 | 1506 | 26.24 | 1815 | 31.33 | 1896 | 32.73 |
| 60 y más | 867 | 55.62 | 940 | 57.66 | 1043 | 63.98 |
| Total | 3139 | 27.98 | 3522 | 31.32 | 3822 | 33.99 |

* Tasas por 100 000

⁴ Carey L, Spear PG. Infections with herpes simplex viruses. N Engl J Med 1997;314:686-749.

⁵ Chin J. El control de las enfermedades transmisibles. OPS. Pub Científica y Técnica No. 581. Decimoséptima edición.

Analizando la distribución de casos por sexo, se pudo constatar que el más afectado aunque discretamente es el femenino, con una tasa en el 2003 de 34.87 por 10⁵ habitantes (**tabla 2**), representando el 51.3% del total de enfermos, con una razón de 1:1.05, o sea, por cada hombre enferman 1.05 mujeres, lo que es lo mismo decir que por cada 100 hombres, enferman 105 mujeres.

**Tabla 2. Incidencia de Herpes Zoster por sexo.
Cuba 2001-2003**

| Sexo | 2001 | | 2002 | | 2003 | |
|-----------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | Casos | Tasas* | Casos | Tasas* | Casos | Tasas* |
| Femenino | 1679 | 29.84 | 1876 | 33.34 | 1962 | 34.87 |
| Masculino | 1463 | 26.01 | 1648 | 29.30 | 1862 | 33.11 |

* Tasas por 100 000

Según el análisis por provincias, se observa en sentido general que las provincias occidentales son las más afectadas por el Herpes Zoster, teniendo la mayor tasa de incidencia la provincia de Cienfuegos con 131.09 por 10⁵ habitantes en el 2003, indicador que triplica el nacional (33.99 por 10⁵ hab.), **tabla 3**.

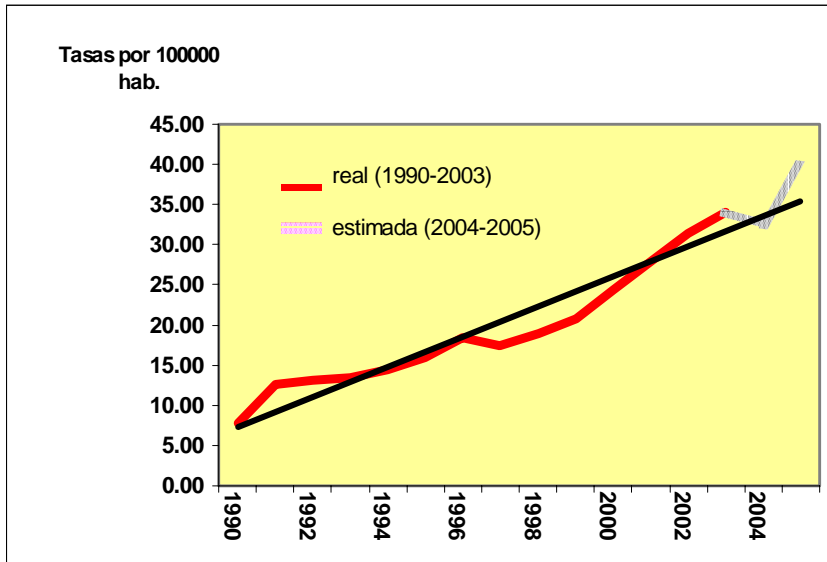
**Tabla 3 Incidencia de Herpes Zoster según provincias.
Cuba 2001-2003**

| Provincias | 2001 | | 2002 | | 2003 | |
|---------------------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | Casos | Tasas* | Casos | Tasas* | Casos | Tasas* |
| Pinar del Río | 31 | 4.21 | 31 | 4.19 | 22 | 2.97 |
| La Habana | 326 | 45.99 | 321 | 45.01 | 377 | 52.86 |
| Ciudad Habana | 1027 | 47.08 | 1041 | 47.84 | 1115 | 51.24 |
| Matanzas | 158 | 23.76 | 206 | 30.93 | 213 | 31.98 |
| Villa Clara | 259 | 30.95 | 373 | 44.61 | 503 | 60.16 |
| Cienfuegos | 479 | 120.44 | 463 | 116.05 | 523 | 131.09 |
| Sancti Spíritus | 32 | 6.89 | 37 | 7.98 | 26 | 5.61 |
| Ciego de Ávila | 54 | 13.04 | 71 | 17.13 | 74 | 17.85 |
| Camagüey | 126 | 15.91 | 110 | 13.88 | 105 | 13.25 |
| Las Tunas | 93 | 17.53 | 118 | 22.11 | 147 | 27.55 |
| Holguín | 53 | 5.12 | 59 | 5.69 | 46 | 4.43 |
| Granma | 103 | 12.34 | 108 | 12.90 | 129 | 15.41 |
| Santiago de Cuba | 239 | 23.03 | 360 | 34.51 | 318 | 30.48 |
| Guantánamo | 152 | 29.56 | 209 | 40.39 | 218 | 42.13 |
| Isla de la Juventud | 10 | 12.49 | 17 | 21.06 | 8 | 9.91 |
| CUBA | 3142 | 27.98 | 3524 | 31.32 | 3824 | 33.99 |

* Tasas por 100 000

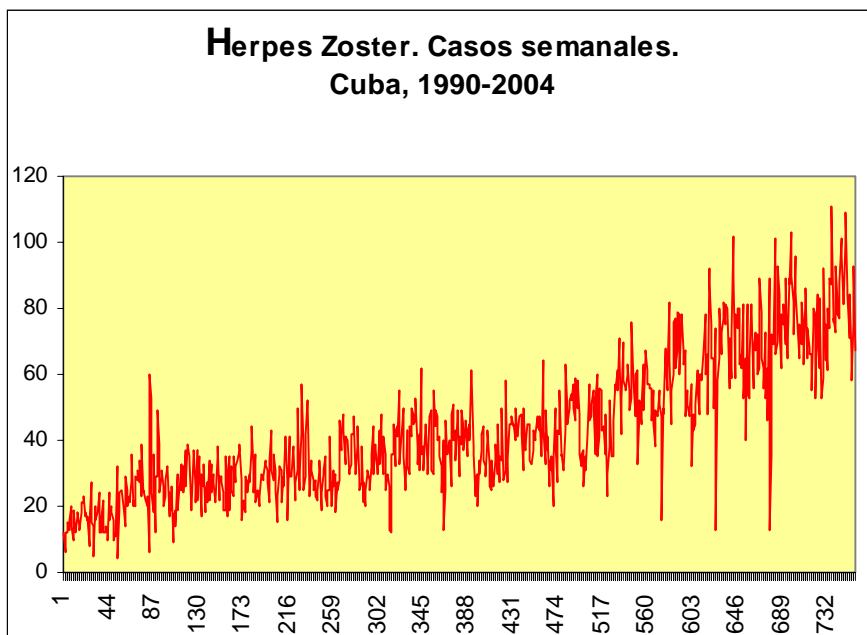
Desde 1990, el Herpes Zoster en Cuba se ha ido incrementando a medida que pasan los años, manteniendo una tendencia marcada al ascenso (**gráfico 1**). En el 2003 se obtuvo una tasa de incidencia de 33.99 por 10^5 habitantes, superior a la del 2002 (31.30), para un incremento del 8.6%. Se espera para el 2004 una tasa de 32.47 por 10^5 habitantes que puede oscilar entre 30.47 y 34.47, y se pronostica que continuará incrementándose hasta obtener en el 2005 una incidencia de 39.61 por 10^5 hab.

Gráfico 1. Herpes zoster. Incidencia anual. Cuba 1990-2005



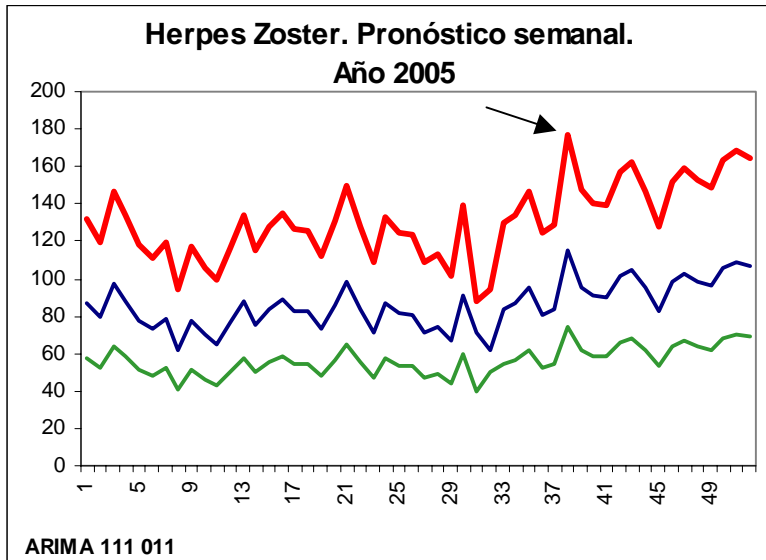
En la serie semanal se aprecia la fuerte tendencia al incremento de la enfermedad. Desde el punto de vista bioestadístico, se trata además en realidad de una serie temporal, pues no se distribuye normal y sus observaciones están correlacionadas (**gráfico 2**).

Gráfico 2. Herpes zoster. Casos semanales. Cuba 1990-2005



Al analizar la serie semanal de los últimos catorce años, se estima que para el 2005 los casos se incrementarán a partir de la semana 38, donde se encontrará el mayor número de casos (gráfico 3).

Gráfico 3. Herpes Zoster. Pronóstico semanal. Año 2005



Algunas consideraciones

El Herpes Zoster en Cuba tiende a incrementarse cada vez más. Esto pudiera estar relacionado con el *aumento de la población adulta mayor de 60 años* que contribuye al envejecimiento ascendente de la población cubana, además del *ascenso sostenido de la incidencia de los Tumores malignos y la Infección por VIH* en el país, siendo éstas enfermedades inhibidoras del Sistema inmunológico de las personas, considerados éstos, factores de riesgo para la aparición de la enfermedad.

Bibliografía consultada

1. Alfonso RA, Ricardo FME, Feliú LN, Benítez MD. Herpes simple y varicela zoster en pacientes seropositivos al VIH y SIDA. Diagnosticado en el instituto Pedro Kourí. Función de la enfermera. Rev Cubana Enfermer v.13 n.1, 1997.
2. Chris DM. Herpes Zoster. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/shingles.html> (visitado 24 de noviembre 2004)
3. Diversos tópicos en la prevención de la varicela. Disponible en: <http://www.aventispasteur.cl/noticias.htm> (visitado 24 de noviembre 2004)
4. Herpes Zoster. Enciclopedia médica en español. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000858.htm> (visitado el 24 de noviembre)
5. Jaramillo AC. Infección por Herpes Zoster. Disponible en: <http://www.aibarra.org/guias/7-14.htm> (visitado 24 de noviembre 2004)
6. Kourí V, Suárez C, Resik S, García S. Detección de Herpes virus en pacientes inmunocomprometidos con meningoencefalitis, mediante la técnica de reacción en cadena de la polimerasa. Rev Cubana Med Trop v.50n.3, 1998.
7. Koval PR. Herpes Zoster. Neuralgia Post-Herpética (Culebrilla). Disponible en: <http://www.naturapolis.com/categoria.asp?.area=naturisno=herpes> (visitado 24 de noviembre 2004)

8. Pérez PO, Núñez NL, Machín MG, Hernández CJ. Incidencia del Herpes Zoster en un hospital provincial. Rev Cubana Enfermer v.19 n.3, 2003.
9. Seth JS, Dlugopolski M, Packer D. Management of Herpes Zoster (Shingles) and Postherpetic Neuralgia. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/20000415/2437.html> (visitado 24 de noviembre 2004)
10. Shingles. Disponible en: http://www.ninds.nih.gov/health_and_medical/disorders/shingles_doe.htm(visitado 24 de noviembre)

Autoras: Dra. Idalis Morales Palanco (Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología)

Dra. Gisele Coutin Marie (Especialista de Segundo Grado en Bioestadística y Master en Informática en Salud)