



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/721 - La importancia de un adecuado control del dolor. Neuralgia postherpética

S. Alejandre Carmona^a, L. Dani Ben Abdellah^b, C. Grille Álvarez^c, N. Jiménez Martín^d y J. Alejandre Carmona^e

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Castroviejo. UDM Norte. Madrid. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infanta Mercedes. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bustarviejo. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Talarrubias. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Acude a nuestra consulta un paciente mujer de 74 años de edad sin antecedentes de interés. Presenta desde hace 72 horas dolor a nivel de hipocondrio y vacío izquierdo, sin fiebre ni traumatismo previo.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física todo resulta normal. 2 días después nos consulta por aparición de lesiones eritemato-vesiculosa en vacío izquierdo y región periumbilical izquierda compatibles con lesiones de herpes zóster. Se inició tratamiento con valaciclovir y se pautó analgesia (1^{er} escalón; metamizol y paracetamol), para control del dolor. 2 meses después, consulta por persistencia de dolor de características neuropáticas (quemante y constante) con alodinia e hipoesesia de la región afecta (flanco derecho, que respeta metámera) y parestesias en dicha localización, sin irradiación a miembros inferiores, a pesar de la desaparición de las lesiones cutáneas.

Juicio clínico: Neuralgia postherpética.

Diagnóstico diferencial: Lesiones exantémicas. Herpes zóster. Erupción variliforme de Kaposi. Exantema vírico. Sífilis. Fiebre botonosa. Erlichiosis. Enfermedad de Lyme.

Comentario final: El herpes zóster se caracteriza por un dolor radicular unilateral y un brote vesicular que se limita a un dermatomo. La neuralgia postherpética es un dolor neuropático que persiste de 30-90 días después de la desaparición del brote cutáneo. Se caracteriza por un dolor de tipo quemante, electrizante y se asocia a disestesias, parestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia. Para el control analgésico de la neuralgia postherpética algunos estudios sitúan como 1^a línea analgésica a los antidepresivos tricíclicos y a los gabapentinoides (grado de evidencia A). Se considera que la lidocaína tópica, por su buen perfil de efectos adversos, podría ser un fármaco a probar en ancianos y en pacientes con alodinia o áreas dolorosas de pequeño tamaño (grado de evidencia B). Posteriormente en una revisión sistemática, se concluyó que para el manejo del dolor neuropático los antidepresivos tricíclicos se posicionan con el mejor NNT (número necesario a tratar) junto a la pregabalina y gabapentina en el primer escalón analgésico. Para el dolor neuropático localizado (neuralgia postherpética), sitúan como primer escalón analgésico la lidocaína tópica en apósito, como analgésico tópico. Como fármacos de 2º escalón se situarían duloxetina o venlafaxina. En el caso de nuestro paciente, se intentó un primer abordaje terapéutico con gabapentinoides siendo éstos mal tolerados por el paciente (náuseas y molestias gastrointestinales) y fracasando la adherencia terapéutica del mismo. Se planteó inicio de 2º línea terapéutica con parches de lidocaína tópica 1 cada 12 horas, debido a las

características loco-regionales, edad del paciente y características del dolor. A las 6 semanas acude de nuevo el paciente con remisión de la sintomatología neurálgica y algésica. Es importante desde Atención Primaria realizar un estudio meticuloso de las características del dolor, para no pasar por alto posibles opciones terapéuticas que no demoren la calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albrecht MA. Clinical manifestations of varicella-zoster virus infection: Herpes zoster. UpToDate (version 18.3, septiembre 2010). [acceso 05/02/2011]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
2. Martínez-Salio A, et al. Diagnóstico y tratamiento del dolor neuropático. Med Clin. 2009;133(16):629-36.
3. Finnerup NB, et al. The evidence for pharmacological treatment of neuropathic pain. Pain. 2010;150:573-81.