

Herpes zóster y neuralgia postherpética

Fecha de la última revisión: 08/10/2016

Cursos Fisterra relacionados:

► [Manejo del Dolor en Atención Primaria](#)

Índice de contenidos

- 1. [¿De qué hablamos?](#)
- 2. [¿Cuál es la clínica?](#)
- 3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
- 4. [¿Cómo se trata?](#)
- 5. [Bibliografía](#)
- 6. [Más en la red](#)
- 7. [Autor](#)

¿De qué hablamos?

El **herpes zóster** se caracteriza por una erupción dérmica vesicular, distribuida en la región de un dermatoma cutáneo (normalmente unilateral), a la que suele asociarse dolor neuropático en dicho recorrido. Se produce por la reactivación del virus varicela zóster (VVZ), que permanece latente en los ganglios sensitivos tras haber padecido varicela (infección primaria) (Albrecht MA, 2016a; DynaMed Plus, 2016a).

La **neuralgia postherpética** (NPH) es la complicación más frecuente de la enfermedad y se caracteriza por la presencia de dolor de tipo punzante o quemante localizado en el dermatoma afecto por la erupción, que se prolonga al menos un mes después de la aparición de las vesículas (Bajwa ZH, 2015; DynaMed Plus, 2016b).

La incidencia de herpes zóster en la población general aumenta con la edad. Se sitúa entre los 215 casos/100.000 habitantes/año (EE.UU.) (Donahue JG, 1995) y 300 casos/100.000 habitantes/año (Europa). Estas cifras aumentan a partir de los 60-65 años hasta situarse en 1.000 casos/100.000 habitantes/año en pacientes mayores de 80 años (Volpi A, 2005).

¿Cuál es la clínica?

1. **Herpes zóster** (Albrecht MA, 2016a; DynaMed Plus, 2016a; Bajwa ZH, 2015; Wareham DW, 2007):

Clínica:

- **Síntomas prodrómicos:** los pacientes pueden presentar días antes a la erupción cutánea síntomas prodrómicos. El más frecuente son las parestesias del dermatoma afecto. También pueden aparecer fiebre o malestar general.
- **Erupción cutánea:** características:
 - Lesiones eritematoso-vesiculares que evolucionan a costra en unos 3-10 días.
 - Distribuida a lo largo de un dermatoma cutáneo, normalmente unilateral. La distribución en dermatoma se corresponde a la región de neuronas sensitivas del nervio que está afectado. También pueden aparecer lesiones similares a distancia.
 - Localización: el dermatoma más comúnmente afectado suele ser el torácico (62%). Le siguen en frecuencia el lumbar (14%), cervical (11%), oftálmico (8%), otros (5%) (Helgason S, 2000).
- **Dolor:** se debe a la inflamación y la necrosis hemorrágica del nervio afectado. Características:
 - Descrito por los pacientes como “quemante o punzante”.
 - Puede venir acompañado de alodinia (estímulos que habitualmente son indolores, se convierten en dolorosos) y/o hiperalgesia (estímulos normalmente dolorosos, son aún más dolorosos).

Factores de riesgo: los factores de riesgo de sufrir herpes zóster son (DynaMed Plus, 2016b; Forbes HJ, 2014):

- Edad: aunque puede ocurrir en cualquier edad (en personas que previamente hayan padecido varicela), la incidencia de herpes zóster aumenta a partir de los >50-60 años.
- Otras enfermedades que pueden aumentar el riesgo de desarrollar herpes zóster son: enfermedades que alteran el sistema inmune (cáncer y quimioterapia, VIH, trasplantados), artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, enfermedad inflamatoria intestinal, EPOC y asma, enfermedad crónica renal, depresión, diabetes mellitus.

Complicaciones: las complicaciones del herpes zóster, en general, aumentan con la edad y pueden ser (Albrecht MA, 2016a; Gnann JW Jr, 2002; Galil K, 1997):

- Neuralgia postherpética (NPH) (8-25%).
- Sobreinfecciones dérmicas (2,3%).
- Oftálmicas (1,6%).
- Neurológicas: neuropatía motora (0,9%), meningitis aséptica (0,5%).
- Ótica: síndrome de Ramsay-Hunt, asociado a parálisis facial (0,2%).



Herpes zóster intercostal

Erupción cutánea de características eritematoso-vesiculares, distribuidas a lo largo de un dermatoma cutáneo.



Herpes zóster cervical

Erupción cutánea de características eritematoso-vesiculares, distribuidas a lo largo de un dermatoma cutáneo, esta vez en región cervical.

2. Neuralgia postherpética (NPH) (Bajwa ZH, 2015; DynaMed Plus, 2016a):

- La NPH se define como la persistencia de síntomas sensoriales (dolor, parestesias, anestesia, alodinia, hiperalgesia) 30 días después del comienzo del herpes zóster (Bajwa ZH, 2015; DynaMed Plus, 2016a).
- Está mediada por la inflamación y necrosis hemorrágica del nervio infectado por el VVZ. No suele haber un periodo asintomático tras la resolución de las lesiones cutáneas. Se manifiesta como dolor *quemante*, constante y que suele interferir el sueño. Puede venir acompañado de alodinia y/o hiperalgesia. Así mismo, los pacientes pueden presentar áreas de anestesia (termal, vibratoria) o parestesias (Albrecht MA, 2016b; Bajwa ZH, 2015).
- Es la **complicación más frecuente** del herpes zóster, su frecuencia varía entre el 0-25% (Bajwa ZH, 2015; Helgason S, 1996). La tasa de incidencia tras el episodio de herpes zóster, está relacionada con la edad (Helgason S, 1996; Helgason S, 2000; Prognosis, 2001).
 - Es muy poco frecuente en pacientes con edades menores a 50-60 años. Riesgo de NPH a los tres meses tras la erupción: 1,8% (con dolor leve en todos los casos). Después de 12 meses ningún paciente menor de 60 años tenía dolor severo (Helgason S, 2000).
 - En pacientes con edades superiores a 60-70 años, la prevalencia es mayor. Riesgo de NPH a los tres meses de erupción: 3,7% (con dolor leve o moderado). Después de 12 solo un 3,3% de los pacientes mayores de 60 años tenían dolor moderado (Helgason S, 2000).
- **Factores de riesgo** (Bajwa ZH, 2015; Nalamachu S, 2012; Gan EY, 2013; Choo PW, 1997; Jung BF, 2004; Forbes HJ, 2016a; Forbes HJ, 2016b). La acumulación de dichos factores aumenta el riesgo (Meister W, 1998). Los factores de riesgo para padecer una NPH, tras haber sufrido un herpes zóster son:
 - Edad: a mayor edad, mayor riesgo. Aunque puede ocurrir en cualquier edad, la incidencia de neuralgia postherpética tras un herpes zóster aumenta a partir de los >50-60 años.
 - Severidad de los síntomas: a mayor severidad de los siguientes síntomas del herpes zóster, mayor riesgo de desarrollar NPH:
 - Grandes síntomas prodrómicos sensoriales (parestesias, hiperalgesia, anestesia, etc.).
 - Gran extensión de las lesiones dermatológicas.
 - Gran dolor en el episodio agudo.
 - Según localización: más frecuente en los dermatomas de la región oftálmica.
 - Presencia de otras enfermedades: inmunosupresión (VIH, trasplantados), diabetes.

3. Herpes oftálmico (Albrecht MA, 2016a; DynaMed Plus, 2016a):

- Se trata de la reactivación del VVZ en la región del ganglio trigeminal. La afectación de la rama oftálmica puede ser potencialmente grave, derivando en complicaciones tales como alteración de la agudeza visual y ceguera.
- La afectación herpética en la zona del nervio oftálmico, tiene una mayor tasa de complicaciones que en otras localizaciones. Aproximadamente entre el 50 al 75% de los herpes zóster que se desarrollan en la región oftálmica van a tener una alteración ocular:
 - Queratitis (66%).
 - Iritis (40%).
- En caso de sospecha de afectación ocular debe derivarse al paciente para valoración oftalmológica. Un diagnóstico precoz y una rápida instauración del tratamiento mejoran el pronóstico (Shaikh S, 2002).

¿Cómo se diagnostica?

El **diagnóstico** del herpes zóster es clínico (Albrecht MA, 2016a; Opstelten W, 2007).

- Aparición de una erupción cutánea de características eritematoso-vesiculares, distribuida a lo largo de un dermatoma cutáneo, normalmente unilateral.
- Neuritis aguda a nivel del dermatoma afecto.

Pruebas complementarias: normalmente no es necesario realizarse ninguna prueba complementaria (Albrecht MA, 2016b). En casos como eritema con distribución atípica, en paciente inmunodeprimido, podrían utilizarse técnicas de laboratorio, tales como: reacción en cadena de la polimerasa (PCR), técnicas inmuno-histoquímicas o cultivo del líquido vesicular (Albrecht MA, 2016b; Leung J, 2010).

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con el herpes simple. Normalmente el herpes simple no tiene distribución en un dermatoma ni dolor neurálgico asociado (DynaMed Plus, 2016a). Otras lesiones dérmicas que pueden asemejar un herpes zóster son: dermatitis de contacto, impétigo, celulitis, picaduras o dermatitis herpetiforme.

Dependiendo de la localización del dermatoma afectado, otros procesos pueden semejar la clínica de un herpes zóster:

- Dolores abdominales: colelitiasis, colecistitis, apendicitis, nefrolitiasis.
- Dolores craneales: neuralgia de trigémino, glaucoma de ángulo cerrado, queratitis.

¿Cómo se trata?

Herpes zóster

1. Tratamiento de las lesiones dermatológicas del herpes zóster agudo:

Objetivo: impedir sobreinfección bacteriana y el dolor por roce.

- La higiene de la piel es importante para evitar una infección bacteriana secundaria.
- Usar una ropa holgada puede reducir el roce y así disminuir el dolor asociado.
- No se recomienda el uso de antivirales tópicos (Wareham DW, 2007; Alper BS, 2002).

2. Tratamiento del dolor en episodio de herpes zóster agudo:

Objetivo: disminución de la intensidad y/o duración del dolor en el episodio agudo.

- **Tratamiento antiálgico** (Albrecht MA, 2016c; DynaMed Plus, 2016a): se utilizarán analgésicos y antiinflamatorios, según la intensidad del dolor. En general, para el control del dolor agudo en el herpes zóster se recomienda seguir la “escalera analgésica” propuesta por la OMS:
 - Primer paso: **paracetamol**. Los AINEs parece que tienen una eficacia modesta en el dolor neurálgico agudo del herpes zóster.
 - Segundo paso: combinar al **paracetamol** un analgésico opioide débil (ej: **codeína**, **tramadol**).
 - Tercer paso: combinar al **paracetamol** un analgésico opioide potente (ej: **morfina**).
- **Otros medicamentos** a considerar:
 - Tratamiento antiviral (Albrecht MA, 2016c; DynaMed Plus, 2016a): administrados dentro de las primeras 72 horas tras aparición de la erupción, los antivirales han demostrado que disminuyen la gravedad del dolor en el herpes zóster agudo. Sin embargo no se deben utilizar como única terapia, porque el efecto de la terapia antiviral para reducir el dolor en la neuralgia herpética aguda es modesto. Se pueden utilizar:
 - **Aciclovir**: 800 mg cinco veces/día (7 días) (Lancaster T, 1995; Wood MJ, 1996).
 - **Valaciclovir**: 1.000 mg/8 horas x 7 días (Lancaster T, 1995).
 - **Famciclovir**: pacientes inmunocompetentes: 500 mg/8 horas (7 días); pacientes inmunocomprometidos: 500 mg/8 horas (10 días) (Lancaster T, 1995; Berry JD, 2005).
 - **Brivudina**: 125 mg/24 horas x 7 días. Demuestra equivalencia respecto al famciclovir y mayor eficacia respecto al aciclovir (Lancaster T, 1995). Contraindicación absoluta en pacientes que reciben 5-fluoruracilo (y otras 5-fluoropirimidinas), por supresión de la médula espinal. Solo está comercializada en Europa, no así en otros países, como EE.UU. (Alper BS, 2002).
 - Corticosteroides (Albrecht MA, 2016c): no se recomienda de rutina añadir corticoides al tratamiento antiviral, debido a que los potenciales efectos adversos son superiores a los beneficios a obtener (reducción del dolor).
 - **Gabapentina** (Albrecht MA, 2016c; DynaMed Plus, 2016b): un ECA de muestra pequeña da como resultado que una dosis única de gabapentina (900 mg) reduce el dolor y la alodinia asociada a la neuralgia herpética aguda (Berry JD, 2005).
 - Antidepresivos tricíclicos (ADT) (Albrecht MA, 2016c; DynaMed Plus, 2016b): una dosis nocturna de ADT, reduce el dolor en pacientes del herpes zóster agudo (Wareham DW, 2007).
 - Fármaco de elección: **amitriptilina**. Conviene comenzar con dosis bajas (ej: amitriptilina 25 mg/nocturno) y tener en cuenta los efectos secundarios y no llegar a dosis altas (ej: amitriptilina 75 mg/nocturno) y disminuir la dosis en pacientes ancianos o frágiles (ej: amitriptilina 50 mg/nocturno).

3. Prevención de la neuralgia postherpética:

Objetivo: disminución de la incidencia y la severidad de la NPH.

- **¿Quién debería recibir tratamiento antiviral?** (Albrecht MA, 2016c; Wareham DW, 2007; Alper BS, 2002)
 - Menores de 50 años: debido a que la incidencia de NPH en los pacientes menores de 50 años es baja, no se recomienda de manera rutinaria el uso de fármacos antivirales, salvo condiciones especiales (ver más adelante).
 - Mayores de 50 años:
 - Se recomienda tratar a todos los pacientes dentro de las primeras 72 horas tras la aparición de las lesiones dérmicas.
 - Documentos de consenso recomiendan tratamiento en aquellos pacientes mayores de 50 años que tras 72 horas de comienzo del herpes zóster siguen apareciendo lesiones dérmicas nuevas.
 - Independencia de la edad: condiciones especiales (Albrecht MA, 2016c; Alper BS, 2002):
 - Afectación oftálmica.
 - Inmunosupresión.
 - Síndrome de Ramsay-Hunt (herpes zóster ótico).
 - Valorar también en pacientes con posibilidades de complicaciones posteriores: afectación dermatológica importante (ej: eccema atópico generalizado).
- **¿Cuándo se debería empezar el tratamiento antiviral?** (Albrecht MA, 2016c; Wareham DW, 2007; Alper BS, 2002)
 - Menos de 72 horas tras el comienzo de las lesiones dermatológicas: para lograr la máxima eficacia a la hora de disminuir la severidad de NPH se recomienda comenzar el tratamiento dentro de las primeras 72 horas tras el comienzo de las lesiones dermatológicas.
 - Más de 72 horas tras el comienzo de las lesiones dermatológicas:
 - No se recomienda comenzar el tratamiento antiviral después de 72 horas tras haber comenzado las lesiones dermatológicas, puesto que la eficacia para reducir la severidad de NPH es incierta.
 - Condiciones especiales (Albrecht MA, 2016c; Wareham DW, 2007; Alper BS, 2002). Debido al riesgo potencial de complicaciones se recomienda comenzar el tratamiento antiviral a pesar de haber pasado 72 horas tras el comienzo de las lesiones dermatológicas en las siguientes situaciones:
 - Afectación oftálmica.
 - Inmunosupresión.
 - Afectación ótica (síndrome de Ramsay-Hunt).
- **Eficacia de los fármacos antivirales:** la eficacia de los fármacos antivirales a la hora de reducir la incidencia de NPH no está claramente establecida. Hay que tener en cuenta que actualmente no hay datos concluyentes de la eficacia de los fármacos antivirales a la hora de prevenir la aparición de NPH (Alper BS, 2002; Li Q, 2009).
- **Fármacos antivirales orales:** pautas posológicas:
 - **Aciclovir**: 800 mg, 5 veces/día x 7-10 días (Alper BS, 2002).
 - **Valaciclovir**: 1.000 mg/8 horas x 7 días (Alper BS, 2002; Hempenstall K, 2005).
 - **Famciclovir**:
 - Pacientes inmunocompetentes: 500 mg/8 horas (7 días).
 - Pacientes inmunocomprometidos: 500 mg/8 horas (10 días) (Alper BS, 2002).
 - **Brivudina**: 125 mg/24 horas x 7 días. Contraindicación absoluta en pacientes que reciben 5-fluoruracilo (y otras 5-fluoropirimidinas), por supresión de la médula espinal; así mismo no se recomienda en pacientes inmunodeprimidos. Está comercializada en Europa, pero no así en otros países como EE.UU. (Alper BS, 2002).
- **Otros fármacos:**
 - Corticoides: no hay pruebas suficientes para concluir que los corticoesteroides son eficaces y seguros en la prevención de la neuralgia postherpética. No se recomienda de rutina añadir corticoides al tratamiento antiviral con el objetivo de disminuir la incidencia de aparición de NPH (Albrecht MA, 2016c; DynaMed Plus, 2016b).

- Antidepresivos tricíclicos (ADT) (Alper BS, 2002): un ECA con una muestra pequeña no aporta evidencias suficientes de que el tratamiento con **amitriptilina** en el herpes zóster agudo prevenga la NPH.

Neuralgia postherpética

Tratamiento del dolor en la neuralgia postherpética establecida:

Objetivo: disminución de la severidad del dolor en la NPH establecida.

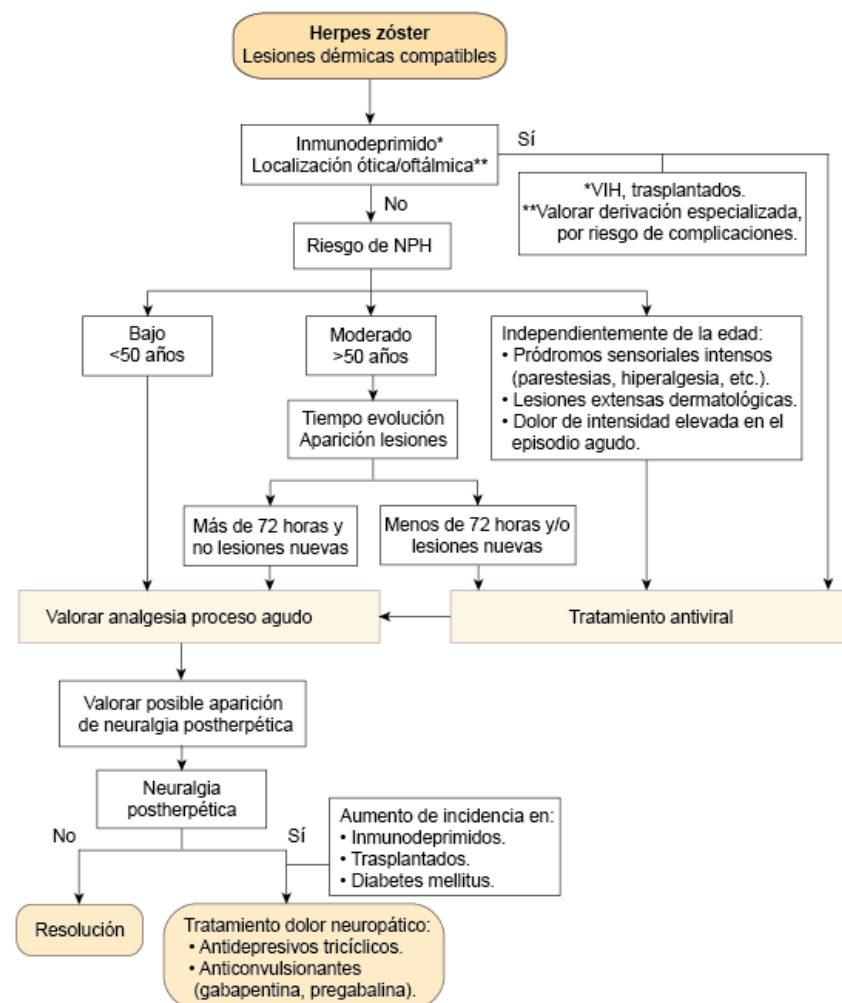
Los fármacos eficaces en neuralgia postherpética son los siguientes (Bajwa ZH, 2015; Finnerup NB, 2015; Johnson RW, 2014):

- **Antidepresivos tricíclicos** (Alper BS, 2002; Derry S, 2015; Dubinsky RM, 2004; Hearn L, 2014; Moore RA, 2015; Saarto T, 2007):
 - Son considerados fármacos de primera elección, siempre que no existan contraindicaciones específicas de uso (Attal N, 2010).
 - En este grupo de fármacos, la mayor eficacia en reducir el dolor neuropático la posee la **amitriptilina**. No efectivos: nortriptilina e imipramina.
 - Tienen contraindicación absoluta en pacientes con patología cardíaca, epilepsia o glaucoma. Se aconseja precaución en pacientes ancianos, especialmente si son cardíopatas, por sus efectos secundarios potencialmente graves (cardiotoxicidad: hipotensión postural, arritmias, síncope).
- **Anticonvulsionantes: gabapentina, pregabalina** (Alper BS, 2002; Dubinsky RM, 2004; Moore RA, 2009; Moore RA, 2015):
 - Pueden considerarse como fármacos de primera elección, tras la amitriptilina (Attal N, 2010).
 - Los efectos secundarios más frecuentes que puede producir: somnolencia, temblor, ataxia.
 - En general, están contraindicados en pacientes con insuficiencia renal.
- **Opioides** (Alper BS, 2002; Dubinsky RM, 2004; Gaskell H, 2016; Hempenstall K, 2005; Haroutiunian S, 2012; Hollingshead J, 2006; McNicol ED, 2013):
 - Aunque pueden resultar efectivos, tienen un porcentaje elevado de efectos secundarios. Por ellos se consideran de segunda elección, los opioides débiles (**tramadol**) y de tercera elección, los opioides fuertes (**morfina**) (Attal N, 2010).
 - No se puede recomendar ningún morfíco en concreto, sobre otros.
 - Efectos secundarios del grupo de los morfícos: abuso y adicción, sedación, somnolencia, mareos, estreñimiento, náuseas, vómitos, prurito, trastornos urinarios, entre otros.
- **Capsaicina (bajas dosis: crema/altas dosis: parches)** (Hempenstall K, 2005; Derry S, 2012; Derry S, 2013):
 - Se aconseja como tratamiento de segunda línea (Attal N, 2010). Podría considerarse en personas que no toleran o tienen contraindicaciones para los tratamientos orales anteriormente descritos.
 - El grado de tolerancia es bajo debido a sus efectos secundarios (quemaduras, prurito, eritema) que pueden aparecer hasta en el 50% de los casos.
- **Combinaciones de fármacos:** la combinación de **gabapentina** y antidepresivos tricíclicos, o de **gabapentina** y **morfina** es más efectiva en la reducción del dolor que las terapias individuales pero son más susceptibles de provocar efectos secundarios (Gilron I, 2009; Gilron I, 2005).
- **Terapia intratecal** (Hempenstall K, 2005):
 - Se reserva a pacientes con NPH refractarias a tratamientos anteriores (Attal N, 2010).
 - La administración de **metilprednisolona** intratecal parece que se asocia a buenos resultados, pero su seguridad requiere de más investigaciones.
 - En general, está contraindicada en la NPH que afecte al nervio trigémino.

Prevención del herpes zóster

Objetivo: reducción de la incidencia de herpes zóster y neuralgia postherpética.

Actualmente existe una **vacuna** de virus vivos atenuados que contiene virus varicela-zóster de la cepa Oka/Merck. Ha demostrado eficacia en la reducción de la incidencia de herpes zóster (RRR=51%) y de neuralgia postherpética (RRR=66,5%).



Tratamiento del herpes zóster

Tratamiento del herpes zóster y prevención de la neuralgia postherpética

Bibliografía

- Albrecht MA (a). Clinical manifestations of varicella-zoster virus infection: Herpes zoster. En: Hirsch MS, Mitty J, editors. UpToDate; 2016 [consultado 15-9-2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-varicella-zoster-virus-infection-herpes-zoster>
- Albrecht MA (b). Diagnosis of varicella-zoster infection. En: Hirsch MS, Mitty J, editors. UpToDate; 2016 [consultado 15-9-2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-varicella-zoster-virus-infection>
- Albrecht MA (c). Treatment of herpes zoster in the immunocompetent host. En: Hirsch MS, Mitty J, editors. UpToDate; 2016 [consultado 15-9-2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-herpes-zoster-in-the-immunocompetent-host>
- Albrecht MA (d). Vaccination for the prevention of shingles (herpes zoster). En: Hirsch MS, Mitty J, editors. UpToDate; 2016 [consultado 15-9-2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/vaccination-for-the-prevention-of-shingles-herpes-zoster>
- Alper BS, Lewis PR. Treatment of postherpetic neuralgia: a systematic review of the literature. J Fam Pract. 2002;51(2):121-8. PubMed **PMID: 11978209**. **Texto completo**
- Attal N, Cruccu G, Baron R, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, et al; European Federation of Neurological Societies. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. Eur J Neurol. 2010;17(9):1113-e88. PubMed **PMID: 20402746**. **Texto completo**
- Bajwa ZH, Ortega E. Postherpetic neuralgia. En: Shefner JM, Dashe JF, editors. UpToDate; 2015 [consultado 15-9-2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/postherpetic-neuralgia>
- Berry JD, Petersen KL. A single dose of gabapentin reduces acute pain and allodynia in patients with herpes zoster. Neurology. 2005;65(3):444-7. PubMed **PMID: 16087911**
- Choo PW, Galil K, Donahue JG, Walker AM, Spiegelman D, Platt R. Risk factors for postherpetic neuralgia. Arch Intern Med. 1997;157(11):1217-24. PubMed **PMID: 9183233**
- Derry S, Moore RA. Topical capsaicin (low concentration) for chronic neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(9):CD010111. PubMed **PMID: 22972149**
- Derry S, Sven-Rice A, Cole P, Tan T, Moore RA. Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(2):CD007393. PubMed **PMID: 23450576**. **Texto completo**
- Derry S, Wiffen PJ, Aldington D, Moore RA. Nortriptyline for neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015;1:CD011209. PubMed **PMID: 25569864**. **Texto completo**
- Donahue JG, Choo PW, Manson JE, Platt R. The incidence of herpes zoster. Arch Intern Med. 1995;155(15):1605-9. PubMed **PMID: 7618983**
- Dubinsky RM, Kabbani H, El-Chami Z, Boutwell C, Ali H; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter: treatment of postherpetic neuralgia: an evidence-based report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2004;63(6):959-65. PubMed **PMID: 15452284**. **Texto completo**
- Dubinsky RM, Kabbani H, El-Chami Z, Boutwell C, Ali H; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter: treatment of postherpetic neuralgia: an evidence-based report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2004;63(6):959-65. PubMed **PMID: 15452284**. **Texto completo**
- DynaMed Plus (a). Herpes Zoster. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995-2016. Record No. 113997 [consultado 15-9-2016]. Disponible en: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T113997/Herpes-zoster>

- DynaMed Plus (b). Postherpetic neuralgia. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995-2016. Record No. 114512 [consultado 15/09/2016]. Disponible en: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114512/Postherpetic-neuralgia>
- Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. 2015;14(2):162-73. PubMed [PMID: 25575710](#). [Texto completo](#)
- Forbes HJ (a), Thomas SL, Smeeth L, Clayton T, Farmer R, Bhaskaran K, et al. A systematic review and meta-analysis of risk factors for postherpetic neuralgia. Pain. 2016;157(1):30-54. PubMed [PMID: 26218719](#). [Texto completo](#)
- Forbes HJ, Bhaskaran K, Thomas SL, Smeeth L, Clayton T, Langan SM. Quantification of risk factors for herpes zoster: population based case-control study. BMJ. 2014;348:g2911. PubMed [PMID: 25134101](#). [Texto completo](#)
- Forbes HJ (b), Bhaskaran K, Thomas SL, Smeeth L, Clayton T, Mansfield K, et al. Quantification of risk factors for postherpetic neuralgia in herpes zoster patients: A cohort study. Neurology. 2016;87(1):94-102. PubMed [PMID: 27287218](#). [Texto completo](#)
- Galil K, Choo PW, Donahue JG, Platt R. The sequelae of herpes zoster. Arch Intern Med. 1997;157(11):1209-13. PubMed [PMID: 9183232](#)
- Gan EY, Tian EA, Tey HL. Management of herpes zoster and post-herpetic neuralgia. Am J Clin Dermatol. 2013;14(2):77-85. PubMed [PMID: 23456596](#)
- Gaskell H, Derry S, Stannard C, Moore RA. Oxycodone for neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2016;7:CD010692. PubMed [PMID: 27465317](#)
- Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Jackson AC, Houlden RL. Nortriptyline and gabapentin, alone and in combination for neuropathic pain: a double-blind, randomised controlled crossover trial. Lancet. 2009;374(9697):1252-61. PubMed [PMID: 19796802](#)
- Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Weaver DF, Houlden RL. Morphine, gabapentin, or their combination for neuropathic pain. N Engl J Med. 2005;352(13):1324-34. PubMed [PMID: 15800228](#). [Texto completo](#)
- Gnann JW Jr, Whitley RJ. Clinical practice. Herpes zoster. N Engl J Med. 2002;347(5):340-6. PubMed [PMID: 12151472](#). [Texto completo](#)
- Haroutiunian S, McNicol ED, Lipman AG. Methadone for chronic non-cancer pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2012;11:CD008025. PubMed [PMID: 23152251](#)
- Hearn L, Moore RA, Derry S, Wiffen PJ, Phillips T. Desipramine for neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(9):CD011003. PubMed [PMID: 25246131](#). [Texto completo](#)
- Helgason S, Petursson G, Gudmundsson S, Sigurdsson JA. Prevalence of postherpetic neuralgia after a first episode of herpes zoster: prospective study with long term follow up. BMJ. 2000;321(7264):794-6. PubMed [PMID: 11009518](#). [Texto completo](#)
- Helgason S, Sigurdsson J, Gudmundsson S. The clinical course of herpes zoster. European Journal of General Practice. 1996;2:12-6. Journal Club on The WEB. Coment of: Helgason S, Sigurdsson J, Gudmundsson S. The clinical course of herpes zoster. European Journal of General Practice. 1996;2:12-6. Disponible en: <http://www.journalclub.org/vol1/a22.html>
- Hempenstall K, Nurmikko TJ, Johnson RW, A'Hern RP, Rice AS. Analgesic therapy in postherpetic neuralgia: a quantitative systematic review. PLoS Med. 2005;2(7):e164. PubMed [PMID: 16013891](#). [Texto completo](#)
- Hollingshead J, Dühmke RM, Cornblath DR. Tramadol for neuropathic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(3):CD003726. PubMed [PMID: 16856016](#)
- Johnson RW, Rice AS. Clinical practice. Postherpetic neuralgia. N Engl J Med. 2014;371(16):1526-33. PubMed [PMID: 25317872](#). [Texto completo](#)
- Jung BF, Johnson RW, Griffin DR, Dworkin RH. Risk factors for postherpetic neuralgia in patients with herpes zoster. Neurology. 2004;62(9):1545-51. PubMed [PMID: 15136679](#)
- Lancaster T, Silagy C, Gray S. Primary care management of acute herpes zoster: systematic review of evidence from randomized controlled trials. Br J Gen Pract. 1995;45(390):39-45. PubMed [PMID: 7779475](#). [Texto completo](#)
- Leung J, Harpaz R, Baughman AL, Heath K, Loparev V, Vázquez M, et al. Evaluation of laboratory methods for diagnosis of varicella. Clin Infect Dis. 2010;51(1):23-32. PubMed [PMID: 20504232](#). [Texto completo](#)
- Li Q, Chen N, Yang J, Zhou M, Zhou D, Zhang Q, et al. Antiviral treatment for preventing postherpetic neuralgia. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(2):CD006866. PubMed [PMID: 19370655](#)
- McNicol ED, Midbari A, Eisenberg E. Opioids for neuropathic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(8):CD006146. PubMed [PMID: 23986501](#). [Texto completo](#)
- Meister W, Neiss A, Gross G, Doerr HW, Höbel W, Malin JP, et al. A prognostic score for postherpetic neuralgia in ambulatory patients. Infection. 1998;26(6):359-63. PubMed [PMID: 9861560](#)
- Moore RA, Derry S, Aldington D, Cole P, Wiffen PJ. Amitriptyline for neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(7):CD008242. PubMed [PMID: 26146793](#). [Texto completo](#)
- Moore RA, Straube S, Wiffen PJ, Wiffen PJ, Derry S, McQuay HJ. Pregabalin for acute and chronic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev.2009;(3):CD007076. PubMed [PMID: 19588419](#). [Texto completo](#)
- Moore RA, Wiffen PJ, Derry S, Toelle T, Rice AS. Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(4):CD007938. PubMed [PMID: 24771480](#). [Texto completo](#)
- Nalamachu S, Morley-Forster P. Diagnosing and managing postherpetic neuralgia. Drugs Aging. 2012;29(11):863-9. PubMed [PMID: 23038608](#). [Texto completo](#)
- Opstelten W, Van Loon AM, Schuller M, Van Wijck AJ, Van Essen GA, Moons KG, et al. Clinical diagnosis of herpes zoster in family practice. Ann Fam Med. 2007;5(4):305-9. PubMed [PMID: 17664496](#). [Texto completo](#)
- Prognosis: Postherpetic neuralgia was not frequent or severe after a first episode of herpes zoster. ACP Journal Club. 2001;134:70.
- Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(4):CD005454. PubMed [PMID: 17943857](#)
- Shaikh S, Ta CN. Evaluation and management of herpes zoster ophthalmicus. Am Fam Physician. 2002;66 (9):1723-30. PubMed [PMID: 12449270](#). [Texto completo](#)
- Volpi A, Gross G, Hercogova J, Johnson RW. Current management of herpes zoster: the European view. Am J Clin Dermatol. 2005;6(5):317-25. PubMed [PMID: 16252931](#)
- Wareham DW, Breuer J. Herpes zoster. BMJ. 2007;334(7605):1211-5. PubMed [PMID: 17556477](#). [Texto completo](#)
- Wood MJ, Kay R, Dworkin RH, Soong SJ, Whitley RJ. Oral acyclovir therapy accelerates pain resolution in patients with herpes zoster: a meta-analysis of placebo-controlled trials. Clin Infect Dis. 1996;22(2):341-7. PubMed [PMID: 8838194](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Bader MS. Herpes zoster: diagnostic, therapeutic, and preventive approaches. Postgrad Med. 2013 Sep;125(5):78-91. PubMed [PMID: 24113666](#)
- Cohen JI. Clinical practice: Herpes zoster. N Engl J Med. 2013 Jul 18;369(3):255-63. PubMed [PMID: 23863052](#)
- Johnson RW, Rice AS. Clinical practice. Postherpetic neuralgia. N Engl J Med. 2014;371(16):1526-33. PubMed [PMID: 25317872](#). [Texto completo](#)
- Thakur R, Philip AG. Chronic pain perspectives: Treating herpes zoster and postherpetic neuralgia: an evidence-based approach. J Fam Pract. 2012 Sep;61(9 Suppl):S9-15. PubMed [PMID: 23000670](#)

Autor

- Adolfo Hervás Angulo Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Centro de Salud Buztintxuri. Pamplona (Navarra). España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

