

NEURALGIA POSTHERPÉTICA EN ADULTOS MAYORES. CINCO AÑOS DE CONTROL

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Rozenek M, Boietti B, Ramilo MC
y col. Neuralgia postherpética en
adultos mayores. Cinco años de
control. *Rev Arg Med* 2020;8[1]:3-9

POSTHERPETIC NEURALGIA IN OLDER ADULTS. A FIVE-YEAR FOLLOW-UP

Miriam Rozenek, Bruno Boietti, María del Carmen Ramilo, Adriana Romani,
Sandra Aronson, Luis Cámara, Marcelo Schapirao

Recibido: 26 de septiembre de 2019.

Aceptado: 28 de noviembre de 2019.

Hospital Italiano de Buenos Aires, Sección
Geriatría, Servicio de Clínica Médica.

RESUMEN

Introducción. El herpes zóster (HZ) es el resultado de la reactivación del virus de la varicela zóster (VZV). Es más frecuente en pacientes con edad avanzada o con alteraciones inmunológicas. El curso clínico del HZ en pacientes jóvenes es benigno y sin complicaciones; no así en adultos mayores de 60 años. La principal complicación del HZ es la neuralgia postherpética (NPH), que es el dolor que aparece en el dermatoma afectado después de la resolución de las lesiones cutáneas. Asociadas al dolor se presentan alteraciones sensitivas dentro del dermatoma, como parestesias, disestesias, anestesia y prurito (1-5). Según distintos autores, la incidencia de HZ varía del 4,1 al 6,2% (6), es mayor en las mujeres y aumenta con la edad (7). A los 20 años se calcula del 0,4 al 1,6%, mientras que a los 80 años, del 4,5 al 11% (8,9). **Objetivos.** Conocer la incidencia de la neuralgia postherpética (NPH) en adultos mayores (AM), sus características clínicas y epidemiológicas; describir el desarrollo de los casos de NPH durante el período de seguimiento, y determinar los factores de riesgo para el desarrollo de NPH en esta población. **Materiales y métodos.** Estudio de cohorte retrospectiva, observacional. Se incluyeron pacientes del plan de salud (PS) del Hospital Italiano de Buenos Aires mayores de 65 años que consultaron por HZ entre junio de 2013 y mayo de 2018. Los datos fueron recabados de la historia clínica electrónica. Para calcular la prevalencia de NPH se tomaron como denominador pacientes con HZ y nuevos casos de NPH como numerador. **Resultados.** Durante los cinco años de control, 1650 pacientes presentaron HZ; 248 se complicaron con NPH (15,03%; intervalo de confianza [IC] del 95%: 13,34 a 16,85); 182 eran mujeres (73,39%). La media de edad fue de 78,01 años. La localización más frecuente fue intercostal, en el 53,63%; oftálmica, en el 12,5%, y cabeza y cuello, en el 12,1%; abdominal y lumbar, en el 10,88% cada uno. El 79,42% de los pacientes presentaron dolor como síntoma inicial, con o sin vesículas. El diagnóstico se realizó entre el día 1 y 3 del inicio de los síntomas en el 77,4% en el primer año, y en el 100% de los casos entre el segundo y el cuarto año; en el quinto año, en cambio, el diagnóstico se realizó entre el día 4 y el día 14 en el 24,48% de los pacientes. El 54,03% de los pacientes no tenían comorbilidades. Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes y enfermedad oncológica activa, 46 y 44 pacientes, respectivamente; depresión, cardiopatía y tabaquismo y/o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (34, 33 y 28 pacientes cada uno). A 239 pacientes se les indicó tratamiento con aciclovir. En 189 pacientes (76,21%) el tratamiento fue adecuado en tiempo y dosis. Los analgésicos más usados fueron los antiinflamatorios no esteroides (AINE), tanto en la primera consulta como en las siguientes. El uso de corticoides disminuyó en los años sucesivos de análisis. El episodio de NPH duró de dos a seis meses en el 71,37% de los casos; hasta 12 meses en el 14,91%, y hasta 18 meses en el 12,09%. El 1,61% de los casos duró más de dos años. El 63,3% de los pacientes consultaron hasta diez veces; hasta 20 el 25,4%, y hasta 40 el 2,01%. El 5,24% de los pacientes requirieron internación. **Conclusiones.** La prevalencia de NPH aumentó con la edad. Más del 79% de los pacientes tuvieron dolor en la primera consulta. En el 22,6% de los pacientes el diagnóstico se realizó después de los cuatro días del inicio de los síntomas. Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes, enfermedad oncológica activa, depresión, cardiopatía, tabaquismo y/o EPOC. El tratamiento con aciclovir fue adecuado sólo en el 76,2%, contra el 83,4% de los que no tuvieron NPH.

PALABRAS CLAVE. Herpes zóster, virus de varicela zóster, adultos mayores, neuralgia postherpética, dolor, dolor persistente.

Los autores manifiestan no poseer
conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Miriam Rozenek. Tte. Gral. Juan D.
Perón 4190, CABA (C1199ABB).
Tel.: 4959-0200. Correo electrónico:
miriamrozenek@gmail.com

ABSTRACT

Introduction. Herpes zoster (HZ) is the result of the reactivation of varicella zoster virus (VZV). It is more frequent in the elderly or in patients with immune disorders. The clinical course of HZ in young patients is benign and uncomplicated, but not in adults older than 60. The main complication of HZ is postherpetic neuralgia (PHN); pain that appears in the affected dermatome, according to different investigators, one, two or three months after the resolution of skin lesions. Paraesthesia, dysesthesia, anesthesia and pruritus may appear associated with pain sensory abnormalities within the dermatome. According to different authors, the incidence of HZ varies from 4.1 to 6.2%. It is higher in women, and increases with age. At 20 years of age it is estimated in 0.4 to 1.6%, and reaches 4.5 to 11.0% in people aged 80 years. We evaluated patients belonging to our Hospital Health Program older than 65, for five years, who had herpes zoster and persisting pain afterwards. **Objectives.** Our goal was to know the incidence of postherpetic neuralgia (PHN), its clinical and epidemiological characteristics, to describe the development of PHN cases during the follow-up period, and to determine the risk factors for the development of PHN in this population. **Materials and methods.** We performed a retrospective, observational cohort study. We selected patients from the Hospital Italiano Health Program aged over 65 years who presented with HZ between June 2013 and May 2018, and persisting pain after two months of the initial visit. Data were collected from the electronic medical records. To calculate the prevalence of NPH, patients with NPH were used as numerator and those with HZ as denominator. **Results.** During the 5-year follow-up, 1650 patients developed HZ, 248 were complicated with NPH (15.03%; 95% confidence interval [CI]: 13.4 to 16.85), and 182 were women (73.39%). The average age was 78.01 years. The most frequent locations were thoracic, 53.63%; ophthalmic, 12.5%; head and neck, 12.1%; abdominal and lumbar, 10.88% each. 79.42% had pain as an initial symptom, with or without vesicles. The diagnosis was made between day 1 and 3 of the onset of symptoms in 77.4% of patients in the first year, and in 100% of cases between the second and fourth years; regrettably, in the fifth year the diagnosis was made between day 4 and 14 in 24.48% of the patients. 54.03% of the patients had no comorbidities. The most frequent comorbidities were diabetes and active cancer in 46 and 44 patients, respectively; also depression, heart disease and smoking and/or chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (34, 33 and 28 patients each). 239 patients were treated with acyclovir. In 189 patients (76.21%) the treatment was adequate in time and dose. The analgesics most used were NSAIDs, both in the first and subsequent consultations. The use of corticosteroids decreased in successive years of analysis. The PHN episode lasted 2 to 6 months in 71.37% of cases, up to 12 months in 14.91%, up to 18 months in 12.09%. 1.61% lasted more than 2 years. 63.3% of the patients consulted up to 10 times; up to 20, 25.4%, and up to 40 consultations, 2.01%. 5.24% of the patients required hospitalization. **Conclusions.** Prevalence of PHN increased with age. More than 79% of patients had pain at the first hospital visit. Diagnosis was made after four days of the onset of symptoms in 22.6% of patients. The most frequent comorbidities were diabetes, active cancer, depression, heart disease and smoking and/or COPD. Acyclovir treatment was adequate only in 76.2% versus 83.4% of those without PHN.

KEY WORDS. Herpes zoster, varicella zoster virus, elderly, older adults, postherpetic neuralgia, pain.

Introducción

El herpes zóster (HZ) es el resultado de la reactivación del virus de la varicela zóster (VVZ). Es más frecuente en pacientes con edad avanzada o con alteraciones inmunológicas. El curso clínico del HZ en pacientes jóvenes es benigno y sin complicaciones; no así en adultos mayores de 60 años. La principal complicación del HZ es la neuralgia postherpética (NPH), que es el dolor que aparece en el dermatoma afectado después de la resolución de las lesiones cutáneas. Asociadas al dolor se presentan alteraciones sensitivas dentro del dermatoma, como parestesias, disestesias, anestesia y

prurito (1-5). Según distintos autores, la incidencia de HZ varía del 4,1 al 6,2% (6), es mayor en mujeres y aumenta con la edad (7). A los 20 años se calcula de un 0,4 al 1,6%, mientras que a los 80 años, del 4,5 al 11% (8,9). Asimismo, la definición de NPH varía en los distintos trabajos publicados. Se habla de dolor que persiste al mes, dos o tres meses luego de la resolución del cuadro cutáneo, lo que dificulta evaluar la prevalencia y comparar los diferentes trabajos publicados (10). Es difícil a veces indicar el momento límite en que se habla de dolor agudo o de dolor asociado a NPH (11). La NPH se produce como consecuencia directa del daño directo del VVZ sobre el nervio periférico. La NPH también es más frecuente en adultos mayores (AM) (12,13).

Si bien tiende a disminuir con el tiempo y a autolimitarse, altera en gran manera la vida diaria y la calidad de vida del paciente, genera muchas consultas médicas y sobrecarga tanto al paciente como al sistema de salud (14). En la literatura las cifras de incidencia de NPH varían entre el 10 y el 15% de los pacientes con zóster (15). Cerca del 60% de los casos de HZ y el 50% de los casos de NPH se producen en AM de 60 años (16). En pacientes inmunocomprometidos la incidencia de HZ aumenta, especialmente en aquellos con tratamientos inmunosupresores, corticoides, oncohematológicos, y los que viven con VIH. En estos casos la incidencia puede ser 20 y hasta 100 veces superior a la de huéspedes normales, con mayores riesgos de complicaciones, diseminación y compromiso visceral, como hepatitis, meningoencefalitis y neumonía (17). En cuanto a la NPH, existe consenso en que la edad es un claro factor de riesgo. Otros factores de riesgo que figuran en la literatura son: el número de dermatomas afectados, alguna de las localizaciones, como la trigeminal, la severidad y la duración del episodio agudo, y factores psicosociales (18-22).

Objetivos

Evaluar las características clínicas y epidemiológicas de los AM que consultaron entre junio de 2013 y mayo de 2018 por HZ y presentaron como complicación NPH. Conocer la incidencia de NPH en AM, sus características clínicas y epidemiológicas. Describir el desarrollo de los casos de NPH durante el período de control. Determinar los factores de riesgo de NPH en esta población.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva para estimar la incidencia de HZ en los pacientes afiliados al plan de salud del Hospital Italiano de Buenos Aires durante un período de cinco años (2013-2018). El Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) es un Hospital Universitario de alta complejidad fundado en 1853. Perteneció a una red sanitaria sin fines de lucro que incluye un segundo hospital, 25 centros ambulatorios y 150 consultorios particulares distribuidos en la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense. La infraestructura se completa con 750 camas de internación, 200 de las cuales son para cuidados críticos, 800 camas de internación domiciliaria y 41 quirófanos. En la red trabajan 2800 médicos, 2800 agentes del equipo de salud y 1900 personas de los sectores administrativos y de gestión. Su sistema prepago de salud (Plan de Salud del Hospital Italiano: PS) cuenta con más de 150.000 afiliados que reciben atención a través de un médico de cabecera que actúa como coordinador de la atención del paciente. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 65 años del PS. La muestra se seleccionó de forma consecutiva, y se solicitaron al Servicio de Informática Médica - Gestión del

Dato todos los pacientes afiliados activos en algún momento del período del estudio. La revisión de las historias clínicas fue realizada por médicos del Servicio de Clínica Médica, Sección de Geriatría. Ellos mismos determinaron, según los problemas cargados, los estudios solicitados o la evolución de la historia clínica electrónica, cuáles eran casos de HZ. Los datos recolectados de la historia clínica fueron: filiación, comorbilidades y características clínicas del episodio (localización de las lesiones, consulta inicial, presencia o no de dolor, tratamientos indicados, dolor luego del episodio y duración de este).

Con respecto a los tratamientos indicados, se evaluó si fueron adecuados e iniciados de forma temprana (dentro de las 72 h de iniciados los síntomas). Se definió como tratamiento adecuado: aciclovir 800 mg cinco veces por día o valaciclovir 1 g tres veces por día 7-10 días. El uso de aciclovir tópico no se consideró tratamiento adecuado.

La NPH se definió como dolor después de los 60 días del exantema.

Análisis estadístico

Las variables continuas fueron descritas como media o mediana con su desvío estándar o rango intercuartílico respectivamente, según la distribución. Las variables categóricas fueron descritas con su valor absoluto y relativo (porcentaje).

Para determinar la densidad e incidencia de HZ, se utilizaron los casos como numeradores y el tiempo que estuvieron en riesgo como denominador. Se consideró fin del período de control cuando los pacientes tuvieron el evento (HZ), se desafilieron, fallecieron o cumplieron el seguimiento de un año luego del evento agudo.

Los factores asociados al desarrollo de NPH se evaluaron mediante análisis bivariado. Para las variables continuas se utilizó la prueba *t* o de Wilcoxon, según la distribución, y para las variables categóricas χ^2 o Fisher, según los supuestos. Los estimadores fueron comunicados con sus intervalos de confianza del 95% y se consideraron diferencias estadísticamente significativas aquellas con un valor *p* < 0,05. Para el análisis estadístico se utilizó el software STATA v14.

Resultados

Incidencia de HZ y prevalencia de NPH

Se evaluaron 1650 pacientes que consultaron por HZ; 1125 pacientes fueron (68,18%) mujeres.

Observamos un aumento de HZ en los años de seguimiento, con una mayor incidencia en el sexo femenino y en edades crecientes (Figura 1).

En la Tabla 1 se muestran las características demográficas de la población evaluada.

En relación con la prevalencia de NPH, en los cinco años de seguimiento, 248 (15,03%) pacientes presentaron NPH.

La mediana de edad en los pacientes de este grupo fue de 78,01 años. La prevalencia fue aumentando con relación a la edad durante el seguimiento (Tablas 2 y 3). El porcentaje de mujeres tanto en el grupo de dolor agudo como en el de NPH fue mayor en todos los años de seguimiento. El 60,26% de los pacientes con dolor agudo y el 73,39% de aquellos con dolor crónico pertenecían al sexo femenino (Tabla 4).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

	Dolor agudo	NPH	p	
Edad (mediana)	76	78,01	0,002	
Sexo femenino	943 60,26%	182 73,39%	0,078	
Sin comorbilidades	490 34,95%	114 45,97%	0,035	
DBT	191 13,62%	33 13,63%	0,347	
Oncológico	233 16,62%	34 14,04%	0,312	
VIH	3 0,21%	2 0,83%	0,045	
IRC	76 5,42%	12 4,96%	0,216	
Tratamiento inmunosupresor	42 2,99%	9 3,72%	0,351	
Cardiopatía	161 11,48%	30 12,4%	0,163	
Depresión	244 17,4%	54 22,31%	0,380	
TBQ/EPOC	132 9,41%	34 14,04%	0,016	
Trasplante	15 1,07%	7 2,89%	0,177	

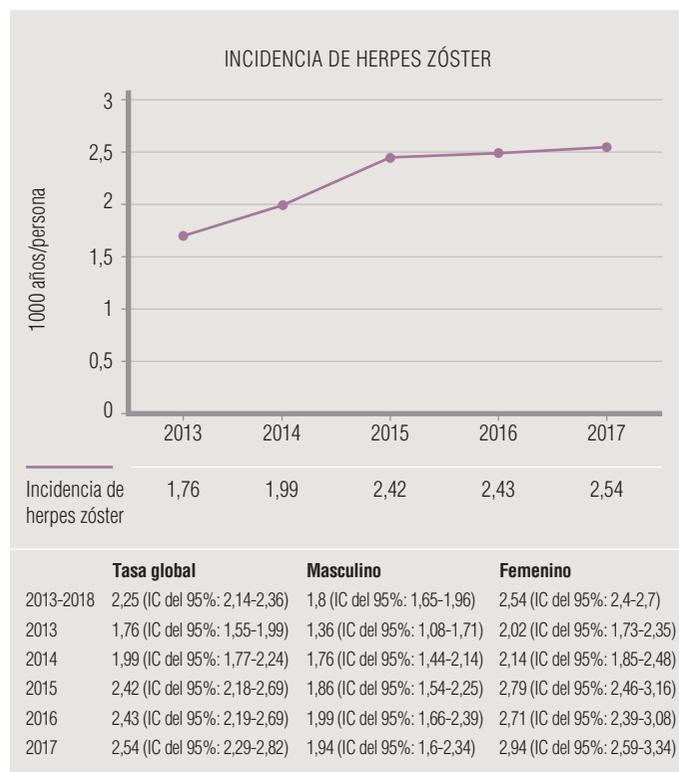


Figura 1. Incidencia de HZ por año de seguimiento.

TABLA 2. PREVALENCIA DE NPH POR GRUPO ETARIO

Grupo etario	Edad	n	%	IC del 95%
Grupo 1	65 a 70 años	47/406	11,58%	8,63 a 15,1
Grupo 2	71 a 79 años	96/638	15,05%	12,36 a 18,06
Grupo 3	>80 años	105 /606	17,33%	14,39 a 20,6

TABLA 3. PREVALENCIA DE NPH POR AÑO DE SEGUIMIENTO Y POR GRUPO ETARIO

	Grupo 1 [65 a 70 años]	Grupo 2 [71 a 79 años]	Grupo 3 [>80 años]
Año 1	13/91 = 14,28%	14/91 = 15,38%	25/100 = 25,00%
Año 2	5/64 = 7,81%	21/114 = 18,42%	24/105 = 22,86%
Año 3	10/76 = 13,16%	19/153 = 12,42%	21/119 = 17,65%
Año 4	10/81 = 13,34%	18/138 = 13,04%	19/135 = 14,07%
Año 5	9/94 = 9,57%	24/142 = 16,9%	16/147 = 10,88%

La consulta inicial se realizó en guardias en más del 87% de los pacientes tanto en el grupo de dolor agudo como en los pacientes que evolucionaron con NPH (87,09% y 88,3%, respectivamente). Alrededor del 4% de los diagnósticos se realizaron en el consultorio del médico de cabecera y el dermatólogo, y el 2% en oftalmología. Las consultas posteriores se realizaron también en la guardia en la mayoría de los casos (98,86% y 100% de los pacientes en cada uno de los grupos); el segundo servicio más consultado fue dermatología (23,61% y 40,72% con dolor agudo y NPH, respectivamente). Dado que hubo más herpes oftálmico en el grupo de NPH se vio también una tendencia mayor a visitar este servicio en las visitas posteriores (11,84 y 23,79%; $p = 0,001$). Los otros servicios más visitados en visitas posteriores fueron los de dolor, infectología y neurología en ambos grupos: dolor agudo: 4,35%, 5,13% y 5,92%, y en el grupo NPH: 29,03%, 14,11% y 9,68%, respectivamente.

La ubicación de las lesiones, en concordancia con la literatura, fue más frecuente en el tórax tanto para dolor agudo como para NPH (52,42% y 54,83%), en la cabeza y el cuello, 11,84% y 12,09%. En cuanto al herpes oftálmico, se vio una clara tendencia a presentar NPH en estos pacientes con un porcentaje del 5,63% en dolor agudo vs. 12,5% en NPH ($p = 0,001$). En cambio, en aquellos pacientes que tuvieron HZ lumbar, la posibilidad de tener NPH fue menor (8,84% y 3,22%, respectivamente) ($p = 0,004$) (Figura 2). Otras ubicaciones fueron abdominal, miembros y genital. El HZ diseminado se vio en el 2,11% de los pacientes con cuadro agudo y en el 2,82% de los pacientes con NPH ($p = 0,478$).

El dolor estuvo presente al inicio del cuadro en el 88,76% de los pacientes con una diferencia significativa ($p = 0,019$) entre dolor agudo y NPH. Sólo el 5,33% de los pacientes no tuvieron vesículas en el momento de su primera consulta (Tabla 5).

El diagnóstico se realizó antes del tercer día del inicio de los síntomas en el 90,65% y el 90,32% para cuadro agudo

TABLA 4. SEXO POR AÑO DE SEGUIMIENTO

	Año 1		Total 1	Año 2		Total 2	Año 3		Total 3	Año 4		Total 4	Año 5		Total 5	Total general
	Fem	Masc		Fem	Masc		Fem	Masc		Fem	Masc		Fem	Masc		
Dolor agudo	151	79	230	148	85	233	206	92	298	205	102	307	233	101	334	1402
NPH	41	11	52	38	12	50	36	14	50	33	14	47	34	15	49	248
Total	192	90	282	186	97	283	242	106	348	238	116	354	267	116	383	1650

y NPH; tampoco hubo diferencias significativas en ambos grupos para el diagnóstico entre 4 y 7 días (5,49 y 5,64%), ni a los 8-14 días (1,65 y 1,61%). Sí se observó una diferencia en el diagnóstico francamente tardío: solamente el 0,57% en el primer grupo vs. 1,21% en el grupo con NPH ($p = 0,001$). Hubo más pacientes sin comorbilidades en el grupo NPH que en el grupo de dolor agudo (34,95% y 41,93%, respectivamente). A mayor edad en ambos grupos, más pacientes sin comorbilidades tenían HZ; dicho de otro modo, la sola edad era un factor de riesgo tanto para tener el cuadro agudo como para complicarse con NPH (Tabla 6).

Las comorbilidades más frecuentes en los pacientes con NPH fueron la depresión, la diabetes, la enfermedad oncológica activa, la cardiopatía (ya sea insuficiencia cardíaca y/o enfermedad coronaria), el tabaquismo y/o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (Tabla 1).

La duración total del episodio de NPH sumado al tiempo del cuadro agudo fue de 2-6 meses en el 71,37% de los pacientes; 14,92% de ellos tuvieron dolor por 6-12 meses y 12,20%, hasta 18 meses. El resto presentó dolor más allá de los dos años.

El 3,21% de los pacientes requirieron internación; 2,85% en el grupo de dolor agudo y 5,24% en el de NPH.

El 19,3% de los pacientes con NPH consultaron entre 1 y 12 veces; el 33,88%, 13 a 24 veces; el 37,5%, hasta 48 veces, y el 9,27%, hasta 96 veces. Viendo estas cifras se hace evidente la sobrecarga de la NPH para el sistema de salud.

Las drogas más utilizadas en el tratamiento para el dolor fueron los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) tanto en la consulta inicial como en consultas posteriores: 48,79% y 80,24%, respectivamente. Los opiáceos se indicaron más en consultas subsiguientes: 15,32% y 34,68%. La gabapentina/pregabalina fue la tercera droga más usada con un 11,29% al inicio y 42,74% en consultas posteriores. El uso de corticoides disminuyó en los años sucesivos, en el tratamiento inicial y en el posterior (total: 4,03% y 5,24%). Muchos pacientes recibieron varias drogas tanto al inicio como agregadas después (Tabla 7). El tratamiento antiviral se consideró adecuado en tiempo y dosis en el 65% de los pacientes. En el grupo de pacientes con NPH hubo más tratamientos adecuados que en los pacientes con dolor agudo, lo que evidencia que tampoco el tratamiento correcto (en cuanto al tiempo y las dosis de antivirales) protege contra la aparición de NPH en AM (Fig. 2).

TABLA 5. SÍNTOMAS INICIALES

	Dolor agudo	NPH	p
Dolor (con o sin vesícula)	71,68%	77,82%	0,214
Sin vesícula	5,06%	6,85%	

TABLA 6: PACIENTES SIN COMORBILIDADES POR GRUPO ETARIO

	Grupo 1	%	Grupo 2	%	Grupo 3	%	Total
Dolor agudo	141	34,30%	170	26,64%	179	29,54%	490
NPH	20	4,93%	37	5,80%	47	7,75%	104
Total	161	39,65%	207	32,44%	226	37,29%	594

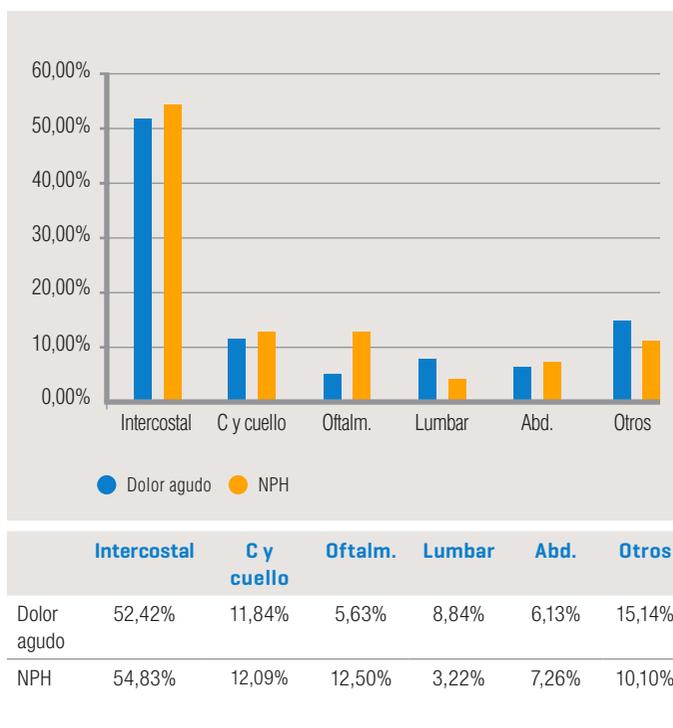


Figura 2. Ubicación de las vesículas.

Discusión

Se calcula que el 20-35% de las personas tendrán HZ en algún momento de su vida. El HZ no es una enfermedad de denuncia obligatoria, razón por la cual la incidencia está probablemente subvaluada, ya que sólo se toman en cuenta los casos que requieren atención. La incidencia de HZ comunicada en la literatura es de 1,5 a 4,5/1000 personas por año (23,24). Tanto la incidencia como la gravedad de los episodios aumentan con la edad: a los 60 años es de 6 a 8/1000 años/persona, y a los 80, de 8 a 12/1000 años/persona (25,26). La incidencia total en la vida se calcula entre el 20 y 30% en la población general, y del 50% en la cohorte de 85 años o más (27). En nuestro seguimiento, la incidencia de HZ fue aumentando en los sucesivos años de análisis: fue de 1,76/1000 años/persona en 2013, y 2,54/1000 años/persona en 2017 (Figura 1).

En concordancia con la literatura, la prevalencia de NPH fue mayor en las mujeres (60,26% en el grupo de dolor agudo y 73,39% en el de NPH), y fue aumentando con la edad acompañando el aumento de la incidencia de HZ en poblaciones más añosas.

La presencia de dolor al inicio fue más frecuente en el grupo de NPH, mientras que la diferencia entre los dos grupos en relación con la ausencia de vesículas fue menor (5,06% y 6,85% para ambos grupos). El retardo para el diagnóstico fue similar en ambos grupos.

Coincidiendo con algunos datos de la literatura (28-31), las comorbilidades más frecuentemente asociadas a la aparición de NPH fueron la enfermedad oncológica activa, el tratamiento inmunosupresor, la cardiopatía (insuficiencia cardíaca y/o enfermedad coronaria), el asma bronquial o EPOC. En nuestra serie, la depresión fue la comorbilidad más asociada a la aparición de NPH (22,31%). La ausencia de comorbilidades fue mayor en porcentaje en el grupo de NPH que en el grupo de dolor agudo (el 41,3% de estos vs. el 34,95% de aquellos con dolor agudo no presentaban ninguna comorbilidad). Interpretamos que cuanto más añosos, más posibilidad de tener NPH aun sin comorbilidades.

El tratamiento adecuado en cuanto al tiempo y las dosis de antivirales (ya sea aciclovir, el más usado, o valaciclovir, usado solamente en muy pocos pacientes) fue del 57% en los pacientes con dolor agudo y 65% en aquellos con NPH ($p = 0,013$). También se evidencia en este dato la falta de efecto protector del tratamiento adecuado para evitar la NPH.

Conclusiones

Tanto la incidencia de HZ como la prevalencia de NPH aumentaron con la edad, incluso a pesar de haberse observado en este grupo menos comorbilidades.

Más del 77% de los pacientes tuvieron dolor en la primera consulta. La ausencia de dolor al inicio de los síntomas fue un factor predictor negativo para el desarrollo de NPH.

TABLA 7. TRATAMIENTO ANALGÉSICO

	Consulta inicial		Consultas posteriores	
	Total	%	Total	%
AINE	121	48,79%	199	80,24%
Corticoides	10	4,03%	13	5,24%
Opiáceos	38	15,32%	86	34,68%
Tricíclicos	2	0,81%	30	12,10%
GABA	28	11,29%	106	42,74%
Aciclovir local	38	15,32%	2	0,81%
Tinta china	13	5,24%	2	0,81%
Otros	86	34,68%	69	27,82%

TABLA 8. PREVALENCIA DE NPH POR GRUPO ETARIO

Grupo	Edad	n	%	IC del 95%
1	65 a 70 años	47/406	11,58%	8,63 a 15,1
2	71 a 79 años	96/638	15,05%	12,36 a 18,06
3	>80 años	105 /606	17,33%	14,39 a 20,6

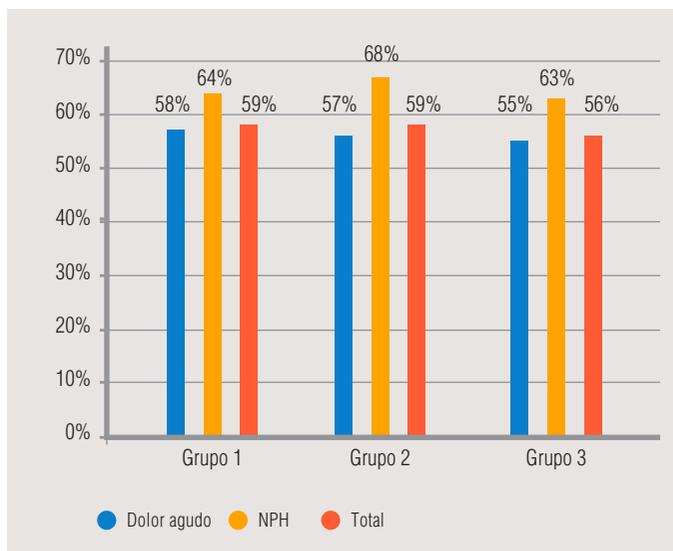


Figura 3. Tratamiento adecuado en tiempo y dosis por grupo etario.

En el 22,6% de los pacientes el diagnóstico se realizó después de los cuatro días de iniciados los síntomas; sin embargo, no hubo diferencias significativas en el momento de realizar el diagnóstico en el grupo de dolor agudo y en el de NPH.

Las comorbilidades más frecuentes fueron depresión, diabetes, enfermedad oncológica activa, cardiopatía y tabaquismo y/o EPOC.

El 48% de los pacientes no recibieron tratamiento adecuado en tiempo y dosis; no obstante, este factor no influyó en la aparición de NPH, de hecho en este último grupo hubo

un mayor porcentaje de tratamientos adecuados. Esto evidencia la imposibilidad de prevenir la aparición de NPH en pacientes AM ya sea a través del tratamiento antiviral, analgésico, o generando una oportunidad para la prevención a través de la vacunación, aunque este tema va más allá del análisis de este trabajo. [RAM](#)

Referencias bibliográficas

- Schmader KE, Dworkin RH. The Epidemiology and Natural History of Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia [Internet]. *Herpes Zoster: Postherpetic Neuralgia and Other Complications* 2017;25-44. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-44348-5_4
- Stankus SJ, Dlugopolski M, Packer D. Management of herpes zoster (shingles) and postherpetic neuralgia. *Am Fam Physician* [Internet] 2000;61(8):2437-44, 2447-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10794584>
- Oaklander AL. The Pathology of Postherpetic Neuralgia and Postherpetic Itch [Internet]. *Herpes Zoster: Postherpetic Neuralgia and Other Complications* 2017;141-56. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-44348-5_12
- Johnson RW. Herpes zoster pain including shingles and postherpetic neuralgia [Internet]. *Clinical Pain Management* 2008;429-39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1201/b13472-32>
- Cheng J. Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia [Internet]. *Neuropathic Pain* 2018;93-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/med/9780190298357.003.0011>
- Ragozzino MW, Melton LJ, Kurland LT, Chu CP, Perry HO. Population-Based Study of Herpes Zoster and Its Sequelae [Internet]. Vol. 61, *Medicine* 1982; 310-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00005792-198209000-00003>
- Kawai K, Yawn BP. Risk Factors for Herpes Zoster: A Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc* [Internet] 2017;92(12):1806-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.10.009>
- Pozo BS, Sanz Pozo B, Quintana Gómez JL, Martín González I. Manejo del episodio agudo de herpes zóster y la neuralgia post-herpética [Internet]. Vol. 12, *Medifam* 2002. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1131-57682002000300002>
- Campins M. Herpes zóster [Internet]. *MARGE BOOKS* 2011; 160. Disponible en: <https://play.google.com/store/books/details?id=NHk1AgAAQBAJ>
- Waldman SD. Acute Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia [Internet]. *Pain Management* 2007;279-82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/b978-0-7216-0334-6.50029-7>
- Dworkin RH, Hartstein G, Rosner HL, et al. Predicting the longitudinal course of herpes zoster pain: Preliminary findings [Internet]. Vol. 41, *Pain* 1990;S329. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959\(90\)92773-j](http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(90)92773-j)
- Lancaster T, Wareham D, Yaphe J. Postherpetic neuralgia. *Clin Evid* [Internet] 2003;(9):890-900. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15366174>
- 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* [Internet] 1995;45(390):39-45. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7779475>
- Drolet M. The Effect of Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia on Health-Related Quality of Life, Function, Employment-Related Productivity, and the Cost-Effectiveness of the Vaccine [Internet]. *Herpes Zoster: Postherpetic Neuralgia and Other Complications* 2017;119-40. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-44348-5_11
- Watson CPN. Postherpetic Neuralgia: Difficult to Treat, Easier to Prevent [Internet]. *Herpes Zoster: Postherpetic Neuralgia and Other Complications* 2017;279-96. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-44348-5_19
- Katz J, Cooper EM, Walther RR, et al. Acute pain in herpes zoster and its impact on health-related quality of life. *Clin Infect Dis* [Internet] 2004;39(3):342-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1086/421942>
- Rozenek M, Romani A, Aronson S, et al. [Herpes zoster in elderly adults in a community hospital in Buenos Aires. June 2013-May 2014]. *Medicina* [Internet]. 2017;77(1):24-30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28140307>
- Di Luzio Paparatti U, Arpinelli F, Visonà G. Herpes zoster and its complications in Italy: an observational survey. *J Infect* [Internet] 1999;38(2):116-20. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0163-4453\(99\)90079-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0163-4453(99)90079-8)
- Bowsher D. The management of postherpetic neuralgia. *Postgrad Med J* [Internet] 1997;73(864):623-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/pgmj.73.864.623>
- Choo PW. Risk Factors for Postherpetic Neuralgia [Internet]. Vol. 157, *Archives of Internal Medicine* 1997;1217. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.1997.00440320117011>
- Bowsher D. The lifetime occurrence of Herpes zoster and prevalence of post-herpetic neuralgia: A retrospective survey in an elderly population [Internet]. Vol. 3, *European Journal of Pain* 1999;335-42. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1090-3801\(99\)90015-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1090-3801(99)90015-0)
- Katz J, McDermott MP, Cooper EM, et al. Psychosocial Risk Factors for Postherpetic Neuralgia: A Prospective Study of Patients With Herpes Zoster [Internet]. Vol. 6, *The Journal of Pain* 2005;782-90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2005.07.006>
- Kimberlin DW, Whitley RJ. Varicella-zoster vaccine for the prevention of herpes zoster. *N Engl J Med* [Internet]. 2007;356(13):1338-43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMct066061>
- Vujacich C, Poggi E, Cecchini D, et al. Clinical and epidemiological aspects of herpes zoster. *Medicina* [Internet] 2008;68(2):125-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18499960>
- Kawai K, Gebremeskel BG, Acosta CJ. Systematic review of incidence and complications of herpes zoster: towards a global perspective. *BMJ Open* [Internet] 2014;4(6):e004833. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-004833>
- Yawn BP, Wollan PC, Kurland MJ, et al. Herpes Zoster Recurrences More Frequent Than Previously Reported [Internet]. Vol. 86, *Mayo Clinic Proceedings* 2011;88-93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4065/mcp.2010.0618>
- Brisson M, Edmunds WJ, Law B, et al. Epidemiology of varicella zoster virus infection in Canada and the United Kingdom - CORRIGENDUM [Internet]. Vol. 143, *Epidemiology and Infection* 2015;1332. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s0950268814002088>
- Yang F, Yu S, Fan B, et al. The Epidemiology of Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia in China: Results from a Cross-Sectional Study. *Pain Ther* [Internet] 2019. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40122-019-0127-z>
- Fishman S. Oxford American Pocket Notes Post Herpetic Neuralgia [Internet]. Oxford University Press; 2010; 48. Disponible en: https://books.google.com/books/about/Oxford_American_Pocket_Notes_Post_Herpet.html?hl=&id=nlejFtwc31kC
- Forbes HJ, Bhaskaran K, Thomas SL, et al. Quantification of risk factors for postherpetic neuralgia in herpes zoster patients [Internet]. Vol. 87, *Neurology* 2016;94-102. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1212/wnl.0000000000002808>
- Muñoz-Quiles C, López-Lacort M, Orrico-Sánchez A, Díez-Domingo J. Impact of postherpetic neuralgia: A six year population-based analysis on people aged 50 years or older. *J Infect* [Internet] 2018;77(2):131-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2018.04.004>