

Neuropatía motora periférica en Herpes Zóster. Importancia de la vacunación.

Peripheral motor neuropathy in Herpes Zoster. Importance of vaccination.

AUTORES

Roza García, Miguel¹, Seguí Otero, Sara¹, Izquierdo Fernández, Rosana²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria en CS de Sárdoma, Vigo.

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en CS de Sárdoma, Vigo

Autor para correspondencia: Miguel Roza García. Email: miguel.roza.garcia@sergas.es

INTRODUCCIÓN

Paciente mujer de 88 años que acude a consulta por dolor persistente en hombro izquierdo de 15 días de evolución y paresia del brazo izquierdo desde hace 4 días. Como antecedente destaca que 10 días antes del dolor había presentado herpes zoster que afectaba a la misma zona (Figura 1) y fue tratada con valaciclovir.

Figura 1. Paciente con lesiones herpéticas evolucionadas y parálisis del miembro superior izquierdo



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Dado que la paciente no presenta afectación motora y/o sensitiva a otros niveles ni afectación cognitivo conductual se descarta ictus y se relaciona su clínica con el Herpes zoster que había presentado previamente. Este antecedente sugiere la posibilidad de complicaciones en relación con la infección. Tampoco la clínica parece corresponder con una mielitis porque no existe en la exploración alteraciones sensitivas ni disfunción de esfínteres. Consideramos como primera posibilidad una neuropatía motora periférica secundaria, por lo que se deriva a urgencias para valoración neurológica.

La presencia de focalidad neurológica, con el antecedentes de herpes zóster nos debe poner en alerta, dado que en la evolución de estos procesos es importante realizar una intervención precoz para mejorar el pronóstico. Debemos remitir a muchos de estos pacientes para ser evaluados de manera urgente por un neurólogo, para definir bien el cuadro neurológico y realizar estudios complementarios no disponibles desde atención primaria.

Desde urgencias se solicita electromiograma (EMG) para diagnóstico definitivo por parte de neurología. Los hallazgos fueron compatibles con una Plexopatía braquial axonal, especialmente de los troncos superior y medio, de grado marcado-severo (con un reclutamiento reducido/muy reducido a no actividad; con mayor severidad del bíceps y deltoides) y evolución aguda-reciente, con denervación aguda profusa (fibrilaciones/ondas positivas).

Es derivada de forma urgente a Rehabilitación (RHB), dado que la rehabilitación temprana es parte de tratamiento.

Actualmente tras 4 meses del diagnóstico nuestra paciente sigue tratamiento en el Servicio de rehabilitación persistiendo la paresia, y condicionado su calidad de vida ya que previamente la paciente era autónoma y totalmente independiente para las actividades de la vida diaria.

CONCLUSIÓN

El herpes zoster es debido a la reactivación del virus Varicela-Zoster que tras una primoinfección puede quedarse acantonado en los ganglios sensitivos. Los síntomas principales son lesiones vesiculosas transparentes que se vuelven turbias y forman costras en siete a diez días que afectan al territorio de un dermatoma con dolor urente en la misma región. La neuralgia posherpética es la complicación más común, en 1 de cada 5 pacientes que padecen herpes zoster. Causa dolor en el dermatoma afectado durante 3 meses después del herpes zóster (1,2). Otras complicaciones que puede ocurrir son deficiencias visuales, si afecta a la rama oftálmica (V1) del nervio trigémino, auditivas, si afecta a nervio facial, mielitis, parálisis nerviosa, radiculopatías, vasculopatía cerebral pudiendo causar encefalitis o ictus (1).

La evolución habitual del herpes zoster es autolimitada sin secuelas, pero como en este caso y como ya mencionamos la neuropatía periférica motora puede ser una de las secuelas que afecta al 0,5-5% de pacientes con herpes zoster cutáneo (3). El pronóstico es bueno en general ya que más de la mitad de los pacientes muestran recuperación funcional completa y el 75% de los pacientes muestran recuperación parcial o completa en el primer o segundo año. La terapia antiviral reduce la incidencia y la severidad de la neuropatía periférica motora y el inicio temprano de la rehabilitación mejora el pronóstico.

Uno de los pilares fundamentales de la atención primaria es la prevención y desde hace ya varios años disponemos con la vacunación de una de las medidas más eficaces que existen para la prevención de la enfermedad, y sus complicaciones.

Desde 2017 se comercializó una vacuna recombinante en contra del virus herpes zoster que ayuda a prevenir su aparición y por lo tanto sus secuelas, principalmente la neuralgia postherpética (4). Actualmente, tenemos varias opciones de prevención: dos dosis de la vacuna (Varivax) con virus vivo atenuado con un solo antígeno en niños mayores de 12 meses de edad, al cumplir 50 años se puede administrar vacuna viva, atenuada y de una sola dosis dirigida específicamente a HZ (Zostavax),

comercializada en Europa desde 2006 hasta 2022 (5) y, por último, vacuna de glicoproteína E recombinante no viva que se combina con un adyuvante (AS01B), es la última vacuna comercializada (Shingrix) (4). Las vacunas recombinantes demostraron tener una eficacia del 90% en ensayos clínicos y un 75-80% en estudios observacionales tras su administración en la población general de 2 dosis de vacuna (6) y una reducción de la neuralgia postherpética de un 76.0% (7).

La elevada frecuencia de herpes zóster en las consultas de Atención Primaria y la posibilidad de complicaciones que, aunque infrecuentes pueden producir secuelas, justifica la recomendación de la vacunación en nuestros pacientes.

Consentimiento informado: La paciente firma consentimiento informado escrito donde consta que cede sus datos y foto para la publicación de su caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schmader K. Herpes zoster. Ann Intern Med [Internet]. 2018;169(3): ITC17–32. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/AITC201808070>
2. Saguil A, Kane SF, Mercado M, Lauters R. Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia: Prevention and Management. Am Fam Physician [Internet]. 2017 [citado el 24 de febrero de 2025];96(10):656–63. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/1115/p656.html>
3. Guan-Bo Chen, Sheng-Hui Tuan, I-Hsiu Liou, Hung-Ya Huang, Ya-Chun Hu, Shin-Yi Wu. Segmental zoster paresis of unilateral upper extremity. Medicine [Internet]. julio de 2020 [citado el 17 de febrero de 2025]; Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7360310/#sec7>
4. STL Volume 24 Number. Shingrix for herpes zoster: A review [Internet]. Skin Therapy Letter. 2019 [citado el 24 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.skintherapyletter.com/herpes/shingrix-herpes-zoster-review/>
5. European Medicines Agency (EMA) (2006). Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/zostavax>
6. Sun Y, Kim E, Kong CL, Arnold BF, Porco TC, Acharya NR. Effectiveness of the recombinant zoster vaccine in adults aged 50 and older in the United States: A claims-based cohort study. Clin Infect Dis. 2021 Sep 15;73(6):949-956. [Internet]. Disponible en: <https://academic.oup.com/cid/article/73/6/949/6134288?login=true>
7. Izurieta HS, Wu X, Forshee R, et al. Recombinant zoster vaccine (Shingrix): real-world effectiveness in the first 2 years post-licensure. Clin Infect Dis. 2021 Sep 15;73(6):941-948 [Internet]. Disponible en: <https://academic.oup.com/cid/article/73/6/941/6134290?login=true>