

STEVEN D.
WALDMAN

BIBLIOTECA
DIGITAL

INCLUYE E-BOOK

Medicina del dolor:

Serie de Aprendizaje

Basado en Casos

MANEJO DE LA

**CEFALEA Y EL
DOLOR FACIAL**





MANEJO DE LA CEFALEA Y EL DOLOR FACIAL

STEVEN D.
WALDMAN

Medicina del dolor:

Serie de Aprendizaje
Basado en Casos

**MANEJO DE LA
CEFALEA Y EL
DOLOR FACIAL**

2024



Editor en jefe: Félix E. Suárez

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse o transmitirse por ningún medio electrónico, mecánico, incluyendo fotocopiado o grabado mediante cualquier sistema de almacenamiento de información sin el permiso escrito de los editores.

El editor no es responsable (de hechos de responsabilidad, negligencia u otra) por lesión alguna resultante de cualquier material contenido aquí. Esta publicación contiene información relacionada a principios generales de cuidados médicos que no deben ser tomados como instrucciones específicas para pacientes individuales. La información y empaque de productos manufacturados insertos deben ser revisados para el conocimiento actual, incluyendo contraindicaciones, dosis y precauciones.

Esta traducción ha sido publicada por AMOLCA. Practicantes e investigadores deben confiar siempre en su propia experiencia y conocimientos al momento de evaluar y usar cualquier información, métodos, composiciones o experimentos aquí descritos. Debido al rápido avance de la ciencia médica, en lo particular, se debe realizar la verificación independiente de los diagnósticos y dosificaciones. En toda la extensión de la ley, ninguna responsabilidad será asumida por Elsevier, autores, editores o colaboradores en cuanto a la traducción o alguna lesión y/o daño a personas y/o propiedades como consecuencia de la responsabilidad, negligencia u otros, o de cualquier uso u operación de cualquier método, productos o ideas contenidas en este material.

Edición original en idioma inglés:

Copyright © 2023 by Elsevier Inc. All rights reserved.

This translated edition of *Headache and Facial Pain: Pain Medicine: A Case-Based Learning Series* by Steven D. Waldman is undertaken by AMOLCA and published by arrangement with Elsevier Inc.

Esta edición traducida de *Headache and Facial Pain: Pain Medicine: A Case-Based Learning Series* de Steven D. Waldman es editada por AMOLCA y publicada bajo acuerdo con Elsevier Inc.

ISBN: 978-0-323-83456-8

Edición en idioma castellano:

Copyright © 2024. Editorial Amolca, S. A. S.

Esta edición de *Manejo de la cefalea y dolor facial* de Steven D. Waldman es editada por AMOLCA y publicada bajo acuerdo con Elsevier Inc.

ISBN: 978-628-7528-98-7

Edición año 2024

Corrección clínica: Jennys García

Corrección de estilo y gramática: Lucía Rivera

Artes finales: José Gregorio Romero

Diseño de portada: Steven Cifuentes

Impreso en China

CASA MATRIZ

Cra 43 # 9 Sur 195 Ed. Square Torre
Inexmoda Ofc. 1334 - 1338
Medellín, Colombia
(604) 479 74 31
contacto@amolca.com

AMOLCA COLOMBIA

Elkin Restrepo
Circular 5 #71 A -5 Barrio Laureles
(604) 444 3314 +57 3175049844
gerencia@amolca.com.co

AMOLCA CHILE

General Bustamante 24, oficina 1.
Providencia, Santiago de Chile
+56 944182523
ventas@amolcachile.com

AMOLCA MÉXICO

Arquitectura 49 – 202 o Videopuerto
Amolca. Colonia Copilco Universidad.
Alcaldía Coyoacán. C.P. 04360.
Ciudad de México.
+52 5556580882
administracion@amolcamexico.com
amolca@me.com

AMOLCA PERÚ

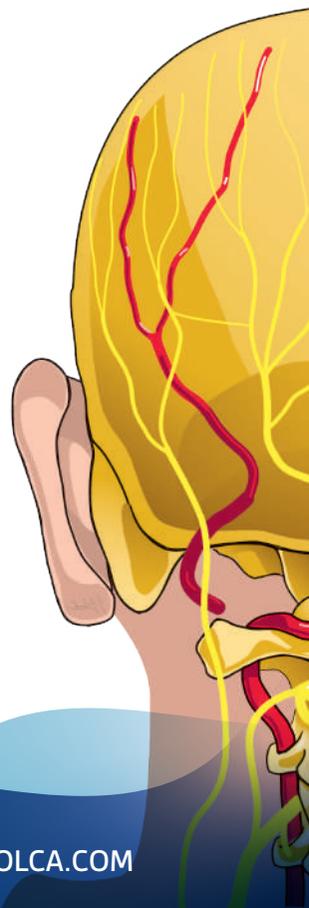
Rafael Ángel Cortés Flórez
Jr. Inclán 312 Magdalena del Mar, Lima
(051) 2433161
ventas@amolca.com.pe

AMOLCA VENEZUELA

Calle VillaFlor Edificio Centro Profesional del Este
Piso 08 Oficina 81. Urbanización San Antonio /
Sabana Grande Sur, Parroquia El Recreo,
Municipio Libertador. Distrito Libertador
Carmen Rosandra Fernandes - 0414-255 51 85

Distribuidores

Argentina - Bolivia – Brasil - Costa Rica - Ecuador - El Salvador - España - Estados Unidos
Guatemala - Honduras - Nicaragua – Panamá - Paraguay – Uruguay



Para Peanut y David H.

SDW

*“Cuando vayas tras la miel con un globo,
lo más importante es no dejar que las abejas sepan que te estás acercando”.*

WINNIE THE POOH



Es más difícil de lo que parece

ARGUMENTOS A FAVOR DEL APRENDIZAJE BASADO EN CASOS PRÁCTICOS

Para que quede claro, yo era uno de esos tipos. Ya sabes, los que se ponen poéticos sobre lo difícil que es enseñar a nuestros estudiantes cómo hacer procedimientos. Déjenme decirles que enseñar a hacer epidurales a mujeres en trabajo de parto sin duda afecta a las arterias coronarias. Es verdad, soy increíble... soy genial... tengo nervios de acero. Sí, podría seguir así durante horas... pero ya lo habéis oído todo antes. Pero es otra vez esa época del año en que nuestros nuevos estudiantes se sientan ansiosos ante nosotros, llenos de esperanza y sueños... y golpea la dura realidad... enseñar cómo ser médicos a los estudiantes de medicina principiantes es mucho más difícil de lo que parece.

Hace unos años me pidieron que enseñara a los estudiantes de primer año de medicina y a los asistentes médicos cómo hacer una historia clínica y un examen físico básico. En mi mente pensaba “esto debería ser fácil... no es gran cosa”. No tendré que hacer mucho más que presentarme. Al fin y al cabo, yo era el tipo que escribió ese increíble libro sobre diagnóstico físico. Después de todo, yo había estado enseñando a los estudiantes de medicina, residentes y becarios cómo hacer procedimientos intervencionistas de manejo del dolor muy técnicos (y peligrosos, debo agregar) desde justo después de la Guerra Civil. En serio, no era para tanto. Podía hacerlo dormido... con un brazo atado a la espalda... bla... bla... bla.

Los que hayan tenido el privilegio de enseñar cómo ser médico, ya saben lo que voy a decir a continuación. **¡Es más difícil de lo que parece!** Permítanme repetirlo para desengañar a los que, como yo, no lo entendieron la primera vez. **¡Es más difícil de lo que parece!** Solo tuve que reunirme un par de veces con mis estudiantes de primer año de medicina y de asistente médico para que se me metiera en la cabeza: **¡De verdad es más difícil de lo que parece!** En caso de que te lo estés preguntando, la razón por la que nuestros estudiantes nos miran con esos ojos en blanco, confusos, aburridos y, en última instancia, despectivos, es simple: les falta contexto. Así es, les falta contexto para entender de qué estamos hablando.

En realidad, es así de sencillo... o difícil... según el punto de vista o la tozudez de cada uno. Para entender por qué el contexto es el rey, basta con mirar algo tan básico como la Revisión por Sistemas. La Revisión por Sistemas es de lo más básico que hay, pero ¿por qué desconcierta tanto a nuestros estudiantes? Por el contexto. Supongo que no debería sorprender a nadie que el estudiante esté completamente perdido cuando se habla de... digamos... la parte “constitucional” de la Revisión por Sistemas, sin el contexto de lo que un hallazgo constitucional específico, digamos fiebre o escalofríos, podría significar para un paciente que está sufriendo la aparición aguda de dolores de cabeza. Si le dices al estudiante que tienes que preguntarle por la fiebre, los escalofríos y el resto de las cosas “constitucionales” y no vas más allá,

es como si estuvieras hablando de la Estación Espacial Internacional. Ahórrate el esfuerzo; no tiene ningún sentido para tus alumnos. Sí, quieren agradar, así que memorizarán los elementos de la Revisión por Sistemas, pero hasta ahí llega la cosa. En cambio, si les presentas el caso de Jannette Patton, una residente de medicina de primer año de 28 años con fiebre y dolor de cabeza, verás cómo se les



encienden las luces. Por cierto, este es el aspecto de Jannette, y como puedes ver, Jannette está más enferma que un perro. Esto, en su nivel más básico, es de lo que trata el *Aprendizaje Basado en Casos*.

Me gustaría decirles que, como el tipo listo que soy, vi la luz de inmediato y me convertí al *Aprendizaje Basado en Casos*. Pero, a decir verdad, fue el COVID-19 lo que realmente me hizo pensar en el *Aprendizaje Basado en Casos*. Antes de la pandemia de COVID-19, me bastaba con llevar a los estudiantes a las salas de medicina o de cirugía, entrar en la habitación de un paciente e improvisar. Todo el mundo salía ganando. A la mayoría de los pacientes les encantaba seguir el juego y les parecía genial. El paciente y la cabecera de la cama era todo lo que necesitaba para proporcionar el contexto necesario para ilustrar lo que estaba intentando enseñar: por qué el dolor de cabeza y la fiebre no son compatibles. Si el COVID-19 no hubiera interrumpido bruscamente mi posibilidad de enseñar al pie de la cama, sospecho que no estarías leyendo este prefacio, ya que no habría tenido que escribirlo. A los pocos días de la pandemia de COVID-19, mis días de enseñanza junto a la cama desaparecieron, pero mis alumnos seguían necesitando contexto. Esto me hizo centrarme en cómo proporcionarles el contexto que necesitaban. La respuesta fue, por supuesto, el *Aprendizaje Basado en Casos*. Lo que empezó como un deseo de proporcionar contexto... porque realmente era **más difícil de lo que parecía...** me llevó a empezar a trabajar en esta serie de ocho volúmenes de libros de texto de *Aprendizaje Basado en Casos*. Lo que encontrarás en estos volúmenes son un montón de casos divertidos y reales que ayudan a que cada paciente cobre vida para el estudiante. Estos casos proporcionan los puntos de enseñanza contextuales que facilitan al profesor la explicación de por qué, cuando la queja principal de Jannette es “*Mi cabeza me está matando y tengo fiebre*”, se trata de algo importante.

¡Que te diviertas!

Steven D. Waldman, MD, JD

Agradecimientos

Un agradecimiento muy especial a mis editores, Michael Houston PhD, Jeannine Carrado y Karthikeyan Murthy por todo su duro trabajo y perseverancia ante el desastre. Los grandes editores como Michael, Jeannine y Karthikeyan hacen que sus autores parezcan grandes, ya que no solo entienden cómo aportar las Tres C de la gran escritura... Claridad + Coherencia + Concisión... al trabajo del autor, sino que, a diferencia de mí, ¡saben puntuar y deletrear!

Steven D. Waldman, MD, JD

P.D. ... ¡Perdón por todas las elipsis, chicos!



Contenido

Prefacio	vii
Agradecimientos	ix
1 Renaldo Saldana Hombre de 58 años con dolor facial en el lado izquierdo y erupción cutánea	2
2 Stephanie Ellison Diseñadora gráfica de 32 años con fuertes dolores de cabeza en el lado izquierdo	18
3 Abby Austin Asistente administrativa de 30 años con frecuentes dolores de cabeza y cuello	38
4 Gene Fiback Contable de 57 años con cefaleas retroorbitarias unilaterales episódicas graves y síntomas neurológicos asociados	50
5 Jeff Baker Estudiante de Medicina de 24 años con cefalea episódica grave asociada a la actividad sexual	62
6 Brooke Johnson Profesora de 30 años con frecuentes dolores de cabeza y cuello	72
7 Christy Stierwalt Una bibliotecaria de 28 años con cefalea posdural tras un bloqueo epidura	82
8 Amy Lin Mujer de 46 años con cefaleas occipitales postraumáticas	96
9 Cassandra Elliot Mujer de 29 años con sobrepeso y dolor de cabeza constante que empeora con la maniobra de Valsalva	110
10 Shanice Williams Mujer de 52 años con cefalea intensa y alteración progresiva de la conciencia	126

11	Hattie Harrison Mujer de 77 años con dolor de cabeza y mandíbula	142
12	Lynn Sparks Una agente de ventas de 26 años con dolor agudo y punzante al tragar	160
13	Brenda Brown Una contable de 66 años con dolor facial intenso y conmocionante	174
14	Tommy Flannagan Hombre de 47 años con fuertes episodios de dolor de garganta y oído	192
15	Heather Shepard Editora de 52 años con dolor de mandíbula y sensación de chasquido	212
	ÍNDICE ALFABÉTICO	231



Capítulo 1

Renaldo Saldana

Hombre de 58 años con dolor facial en el lado izquierdo y erupción cutánea

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Conocer las causas más comunes del dolor facial.
- Conocer los tipos más comunes de erupciones dolorosas.
- Comprender la infección por varicela zóster.
- Conocer la presentación clínica del herpes zóster.
- Conocer las opciones de tratamiento del herpes zóster.
- Conocer las opciones de pruebas adecuadas para ayudar a diagnosticar el herpes zóster.
- Aprender a identificar las señales de alarma en los pacientes que presentan dolor facial agudo.
- Desarrollar una comprensión de la neuralgia posherpética.

Renaldo Saldana



Renaldo Saldana es un camarero de 58 años cuya queja principal es: «El lado izquierdo de la frente me está matando». Renaldo continuó diciendo que no se habría molestado en venir solo por el dolor presente durante un par de días, pero cuando desarrolló una erupción en el lado izquierdo de la frente, su jefe le dijo que no podía servir mesas y que debía lavar platos hasta haber desaparecido la erupción. Le pregunté a Renaldo si le había pasado algo parecido antes.

Sacudió la cabeza y respondió: «Ya me conoce, doctor, soy feliz y estoy sano, pero me preocupa mucho este sarpullido. El maldito dolor de la frente ya era bastante malo, pero cuando me desperté y vi esta erupción, ¡me asusté de verdad!». Y continuó: «Doc, lo loco es que la erupción no estaba allí cuando me fui a la cama. Estoy seguro de esto porque fui a mirar en el espejo del baño para ver si podía ver por qué me dolía la frente, y no había nada allí. Me levanto esta mañana, y veo un par de pequeñas ampollas sobre mi ojo. Ahora la maldita erupción se está extendiendo y mi jefe no me deja trabajar. Soy bastante duro, pero esto realmente me tiene preocupado, porque si no trabajo, no como. La otra locura es que me duele cuando intento peinarme. ¿A qué se debe? ¿Cree que me ha picado una de esas arañas reclusas pardas?».

Le pregunté a Renaldo si tenía antecedentes de traumatismo en la frente y se limitó a negar con la cabeza. «Doctor, esto me ha pillado por sorpresa. Como dije, al principio me empezó a doler la frente y luego me desperté con esta erupción loca. Pero, como también dije, tengo que trabajar». Le pregunté a Renaldo qué empeoraba su dolor y me dijo: «Cada vez que me olvido y me toco la frente, me duele mucho». Y añadió: «Sabe, doctor, la otra locura es que si el ventilador de mi habitación me sopla en la frente, me dan esos dolores agudos. ¿A qué viene eso?»

Le pedí a Renaldo que señalara con un dedo dónde le dolía más. Señaló el sarpullido sobre el ojo izquierdo, con cuidado de no tocar la zona. «Doctor, la verdad es que no puedo señalar un sitio. Me duele todo alrededor del ojo izquierdo y la frente, y otra locura es que a veces siento que me duele el pelo». Le pregunté si tenía fiebre o escalofríos y negó con la cabeza. Entonces le pregunté: «¿Y los corticoides? ¿Has tomado alguna vez cortisona o medicamentos de ese tipo?». Renaldo volvió a negar con la cabeza. Negó haber padecido cáncer o el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV, por las siglas en inglés de *human immunodeficiency virus*). Renaldo dijo: «Doctor, usted me conoce, soy feliz y estoy sano», pero con mirada preocupada añadió: «Esto en serio me tiene asustado. De verdad necesito su ayuda».

En la exploración física, Renaldo estaba afebril. Su respiración era de 18 y su pulso de 84 y regular. Su presión arterial era ligeramente elevada, de 144/88. Tomé nota antes de que se fuera, porque estaba bastante ansioso. Tenía lesiones vesiculares evidentes sobre el ojo izquierdo. No tenía lesiones en el oído y sus dos ojos parecían normales. Su examen cardiopulmonar era normal, aparte de la hipertensión leve. La tiroides era normal. La exploración abdominal no reveló masas anormales ni organomegalias. No había sensibilidad en el ángulo costovertebral. No había edema periférico ni adenopatías. La exploración lumbar era normal. Hice un examen rectal, el cual reveló una próstata normal y ninguna masa. El resto del examen físico de Renaldo estaba dentro de los límites normales.

Puntos clínicos clave: qué es importante y qué no lo es

HISTORIA

- Antecedentes de dolor en el lado izquierdo de la frente, producido antes de la aparición de la erupción vesicular.
- Sin antecedentes de traumatismo agudo.
- Sin antecedentes de dolor facial significativo previo.
- Sin fiebre ni escalofríos.
- Aparición aguda de dolor vesicular en la distribución de la rama oftálmica izquierda del nervio trigémino (V1) tras la aparición de dolor en la frente.
- Alodinia cuando la zona afectada recibe viento de un ventilador.

EL EXAMEN FÍSICO

- El paciente está afebril.
- Erupción vesicular evidente en la distribución de la rama oftálmica izquierda del nervio trigémino (V1) (ver foto de Renaldo Saldana).
- Ausencia de lesiones auriculares bilaterales.

OTROS HALLAZGOS IMPORTANTES

- Presión arterial ligeramente elevada.
- Exploración normal de cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta.
- Examen cardiovascular normal.
- Exploración pulmonar normal.
- Exploración abdominal normal.
- Sin edema periférico.
- Examen prostático normal.
- Sin adenopatías.



¿Qué pruebas debería solicitar?

Se ordenaron las siguientes pruebas:

- Recuento sanguíneo completo.
- Perfil químico.
- Prueba de inmunoabsorción enzimática (ELISA) para el VIH.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS

Todas las pruebas estaban dentro de los límites normales.



Correlación clínica: juntando las partes

¿Cuál es el diagnóstico?

Herpes zoster agudo de la primera división del nervio trigémino izquierdo.

La ciencia tras el diagnóstico

ANATOMÍA DEL NERVIOS TRIGÉMINO

El nervio trigémino es el quinto nervio craneal y se designa con el número romano V. El nervio trigémino tiene tres divisiones y proporciona inervación sensorial a la frente y el ojo (V1, oftálmica), la mejilla (V2, maxilar) y la parte inferior de la cara y la mandíbula (V3, mandibular), así como inervación motora a los músculos de la masticación (Figura 1.1). Las fibras del nervio trigémino nacen en el núcleo del nervio trigémino: el mayor de los núcleos nerviosos craneales. El núcleo del nervio trigémino, extendido desde el mesencéfalo hasta la médula espinal cervical superior, se divide en tres partes: (1) el núcleo trigémino mesencefálico, que recibe las fibras propioceptivas y mecanorreceptoras de la mandíbula y los dientes; (2) el núcleo trigémino principal, que recibe la mayoría de las fibras táctiles y de posición; y (3) el núcleo trigémino espinal, que recibe las fibras del dolor y la temperatura.

Las fibras sensoriales del nervio trigémino salen del tronco encefálico a la altura de los hipocampos y una raíz motora más pequeña emerge de los hipocampos al mismo nivel. Estas raíces pasan en dirección anterior y lateral en la fosa craneal posterior a través del borde del hueso petroso. A continuación, entran en una cavidad denominada cueva de Meckel, formada por una invaginación de la duramadre circundante en la fosa craneal media. La bolsa dural ubicada justo detrás del ganglio se denomina cisterna del trigémino y contiene líquido cefalorraquídeo.

El ganglio de Gasser tiene forma de canoa, con tres divisiones sensoriales: (1) la división oftálmica (V1), que sale del cráneo a través de la fisura orbitaria superior; (2) la división maxilar (V2), que sale del cráneo a través del agujero rotundo hacia la fosa pterigopalatina, donde

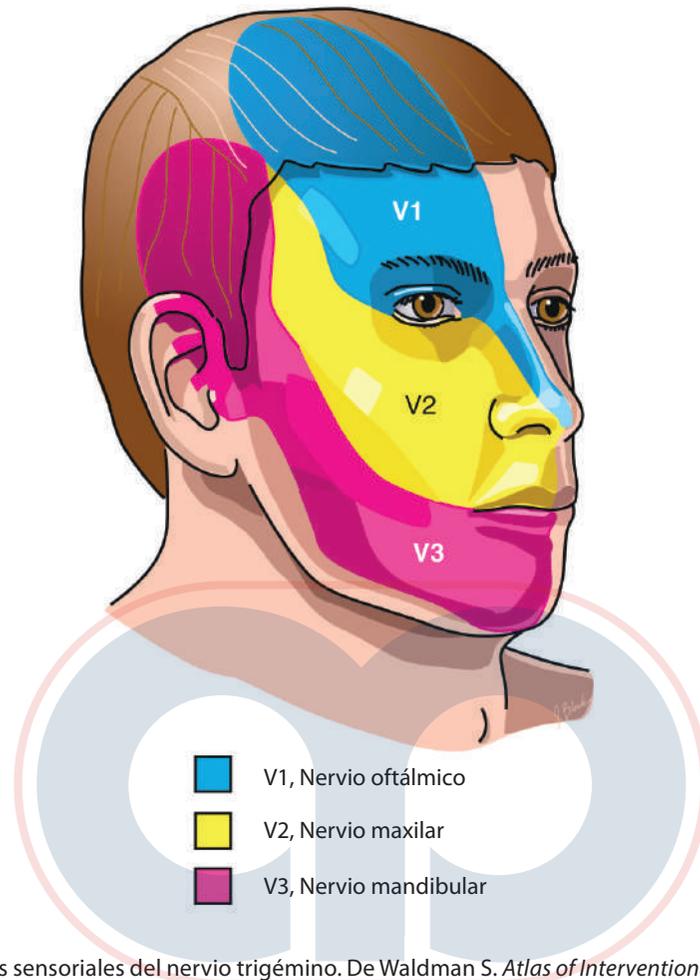


Figura 1.1. Las divisiones sensoriales del nervio trigémino. De Waldman S. *Atlas of Interventional Pain Management*. ed. 5. Philadelphia: Elsevier; 2021 [Figura 12.1].

se desplaza anteriormente para entrar en el canal infraorbitario y salir a través del agujero infraorbitario; y la división mandibular (V3), que sale del cráneo a través del foramen oval cara convexa anterior del ganglio (Figura 1.2). Una pequeña raíz motora se une a la división mandibular al salir de la cavidad craneal a través del agujero oval. Del ganglio del trigémino salen tres ramas principales (véase la Figura 1.2). Cada rama inerva un dermatoma diferente. Cada rama sale del cráneo por un sitio diferente. La primera división (V1; nervio oftálmico) sale del cráneo a través de la fisura orbitaria superior, entrando en la órbita para inervar el globo ocular y la piel de la zona superior del ojo y la frente.

La segunda división (V2, nervio maxilar) sale por un orificio redondo, el agujero rotundo, hacia un espacio posterior a la órbita, la fosa pterigopalatina. A continuación, vuelve a entrar en un canal que discurre por debajo de la órbita, el canal infraorbitario, y sale por un pequeño orificio, el agujero infraorbitario, para inervar la piel situada por debajo del ojo y por encima de la boca. La tercera división (V3, nervio mandibular) sale del cráneo a través de un orificio oval, el agujero oval.

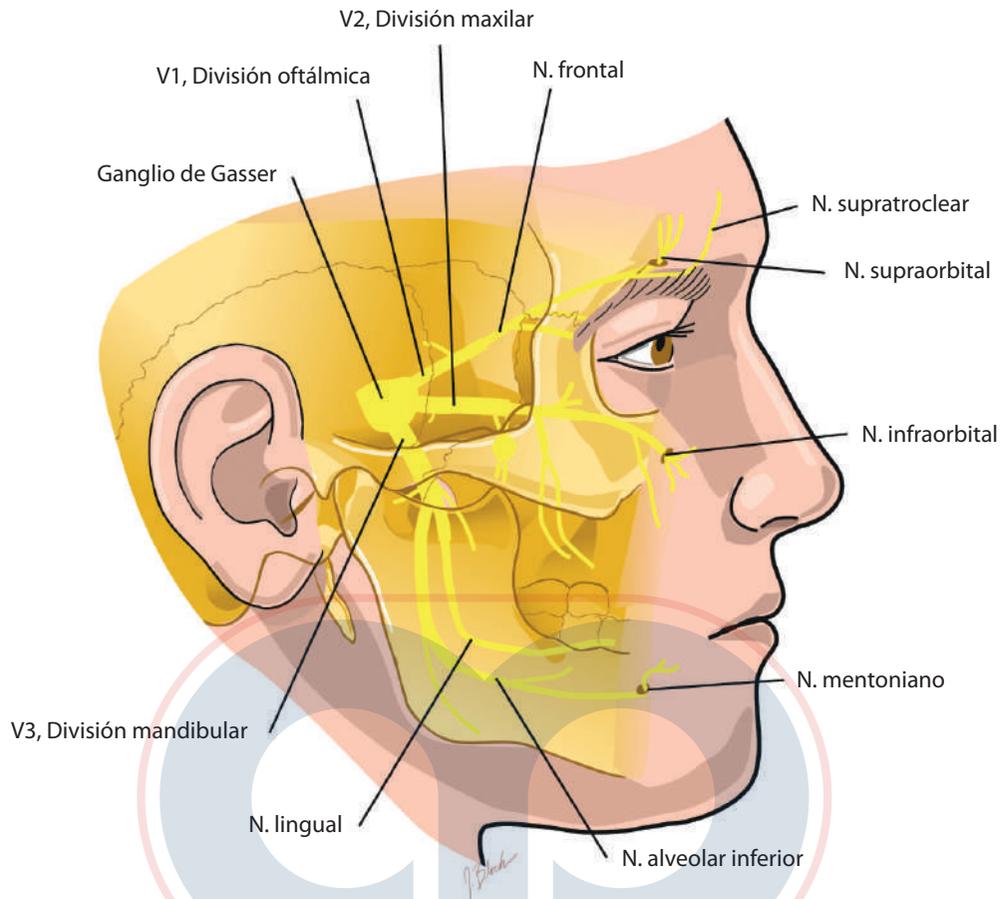


Figura 1.2. Anatomía del ganglio de Gasser y de las ramas del nervio trigémino. De Waldman S. *Atlas of Interventional Pain Management*. ed. 5. Philadelphia: Elsevier; 2021 [Figura 10.2].

Las fibras sensoriales de la tercera división se dirigen de forma directa a sus tejidos diana o vuelven a entrar en el conducto mentoniano para inervar los dientes, y las ramas terminales de esta división salen anteriormente a través del agujero mentoniano para proporcionar inervación cutánea sensorial a la piel que recubre la mandíbula.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

El herpes zóster es una enfermedad infecciosa causada por el virus de la varicela zóster (VZV, por las siglas en inglés de *varicella zoster virus*). La infección primaria por VZV en un huésped no inmune se manifiesta a nivel clínico como la varicela infantil. Los investigadores han postulado que durante el curso de esta infección primaria, el virus migra a la raíz dorsal o a los ganglios craneales, donde permanece latente y no produce ninguna enfermedad evidente desde el punto de vista clínico. En algunos individuos, el virus se reactiva y se desplaza por las vías sensoriales de la primera división del nervio trigémino, donde produce el dolor característico y las lesiones cutáneas del herpes zóster o culebrilla.

No se entiende del todo por qué se produce la reactivación en algunos individuos y no en otros, pero los investigadores han teorizado que una disminución de la inmunidad mediada por células puede desempeñar un papel importante en la evolución de esta enfermedad, al permitir la multiplicación del virus en los ganglios y su expansión hacia los nervios sensoriales correspondientes, dando origen a la enfermedad clínica. Los pacientes con enfermedades malignas (en especial linfomas) o crónicas, y quienes reciben tratamiento inmunosupresor (quimioterapia, esteroides, radioterapia) suelen estar debilitados y, por lo tanto, tienen muchas más probabilidades de desarrollar un herpes zóster agudo en comparación con la población sana (Figura 1.3). Todos estos pacientes tienen en común una respuesta inmunitaria celular disminuida; esto también podría explicar por qué la incidencia del herpes zóster aumenta de manera drástica en los pacientes mayores de 60 años y es relativamente infrecuente en los menores de 20.

La primera división del nervio trigémino es la segunda localización más frecuente para el desarrollo de herpes zóster agudo después de los dermatomas torácicos. En raras ocasiones, el virus ataca el ganglio geniculado y provoca pérdida de audición, vesículas en el oído y dolor (Figura 1.4). Esta constelación de síntomas se denomina síndrome de Ramsay Hunt y debe distinguirse del herpes zóster agudo que afecta a la primera división del nervio trigémino.



Figura 1.3. Vista lateral de un paciente que padece un linfoma tras un trasplante de células madre con lesiones faciales, las cuales incluyen costras y supuración graves en una distribución dermatológica claramente delimitada a lo largo de la distribución del nervio V craneal derecho con edema facial derecho asociado. De Cheema H, Diedrich A, Kyne B, et al. A case of tri-segmental cranial nerve V herpes zoster. *IDCases*. 2019;18:e00642. ISSN 2214-2509. <https://doi.org/10.1016/j.idcr.2019.e00642>, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214250919302811> [Figura 2].



Figura 1.4. Síndrome de Ramsay Hunt. De Waldman S. *Atlas de síndromes dolorosos comunes*. ed. 4. Filadelfia: Elsevier; 2019 [Figura 1.1].

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Cuando se produce la reactivación vírica, la ganglionitis y la neuritis periférica causan un dolor que puede ir acompañado de síntomas parecidos a la gripe. El dolor suele evolucionar de una sensación sorda y dolorosa a un dolor disestésico o neurítico en la distribución de la primera división del nervio trigémino. En la mayoría de los pacientes, el dolor del herpes zóster agudo precede a la erupción cutánea entre 3 y 7 días, y este retraso suele conducir a un diagnóstico erróneo (véase «Diagnóstico diferencial»). Sin embargo, en la mayoría de los pacientes, el diagnóstico clínico del herpes zóster se realiza con facilidad cuando aparece la erupción característica. Como en la varicela, la erupción del herpes zóster aparece en cultivos de lesiones maculares que progresan rápidamente a pápulas y luego a vesículas. Por último, las vesículas se unen y se forman costras (Figura 1.5). La zona afectada puede ser en extremo dolorosa, y el dolor tiende a exacerbarse con cualquier movimiento o contacto (p. ej., con ropa o sábanas). Mientras las lesiones cicatrizan, la costra se desprende, dejando cicatrices rosadas que poco a poco se vuelven hipopigmentadas y atróficas (Figura 1.6).



Figura 1.5. Herpes zóster agudo que afecta a la división oftálmica del nervio trigémino izquierdo. De Waldman SD. *Pain management*. Philadelphia: Elsevier; 2007.



Figura 1.6. Paciente con herpes zóster cicatrizado en la segunda división del nervio trigémino. (A) Presentación del paciente 2 semanas después de la aparición del herpes zóster. (B) Presentación del paciente 4 semanas después de la aparición del dolor. De Paquin R, Susin L, Welch G, et al. Herpes zoster involving the second division of the trigeminal nerve: case report and literature review. *J Endodont*. 2017;43(9):1569-1573 [Figura 3].

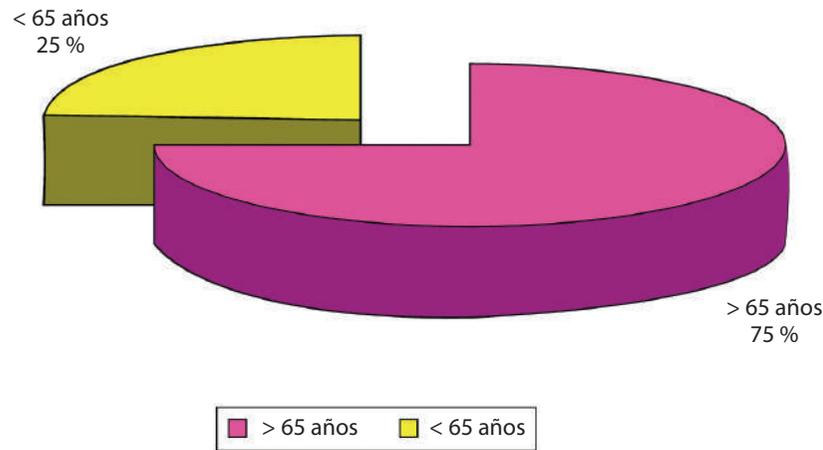


Figura 1.7. Edad de los pacientes que padecen herpes zóster agudo. Datos de Waldman S. *Pain Management*. ed. 2. Philadelphia: Saunders; 2011.

En la mayoría de los pacientes, la hiperestesia y el dolor desaparecen con la curación de las lesiones cutáneas. En algunos pacientes, sin embargo, el dolor persiste más allá de la curación de la lesión. Esta complicación frecuente y temida del herpes zóster agudo se denomina neuralgia posherpética, y las personas mayores se ven afectadas en mayor proporción que la población general con herpes zóster agudo (Figura 1.7). Los síntomas de la neuralgia posherpética pueden variar desde una afección leve y autolimitada hasta un dolor debilitante y constante, exacerbado con el tacto leve, el movimiento, la ansiedad o los cambios de temperatura. Este dolor incesante puede ser tan intenso que destroza por completo la vida del paciente; en última instancia, puede conducirle al suicidio. Para evitar esta terrible secuela de una enfermedad por lo general benigna y autolimitada, el clínico debe realizar todos los esfuerzos terapéuticos posibles en pacientes con herpes zóster agudo del nervio trigémino. Lo ideal sería prevenir el herpes zóster agudo mediante la inmunización con Zostrix en todos los pacientes de 60 años o más.

PRUEBAS

Aunque en la mayoría de los casos el diagnóstico es fácil de hacer sobre bases clínicas, a veces es necesario realizar pruebas de confirmación. Dichas pruebas son deseables en pacientes con otras lesiones cutáneas, confusas para el cuadro clínico, como en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida que padecen sarcoma de Kaposi. En estos pacientes, las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa y de anticuerpos inmunofluorescentes pueden identificar con rapidez al virus del herpes zóster y distinguirlo de las infecciones por herpes simple (Figura 1.8). En los casos no complicados, el diagnóstico de herpes zóster agudo puede reforzarse obteniendo un frotis de Tzanck de la base de una vesícula fresca; este frotis revela células gigantes multinucleadas e inclusiones eosinófilas (Figura 1.9). Sin embargo, esta prueba de cabecera poco costosa no tiene la capacidad de distinguir entre las lesiones causadas por el VZV y las infecciones por herpes simple.

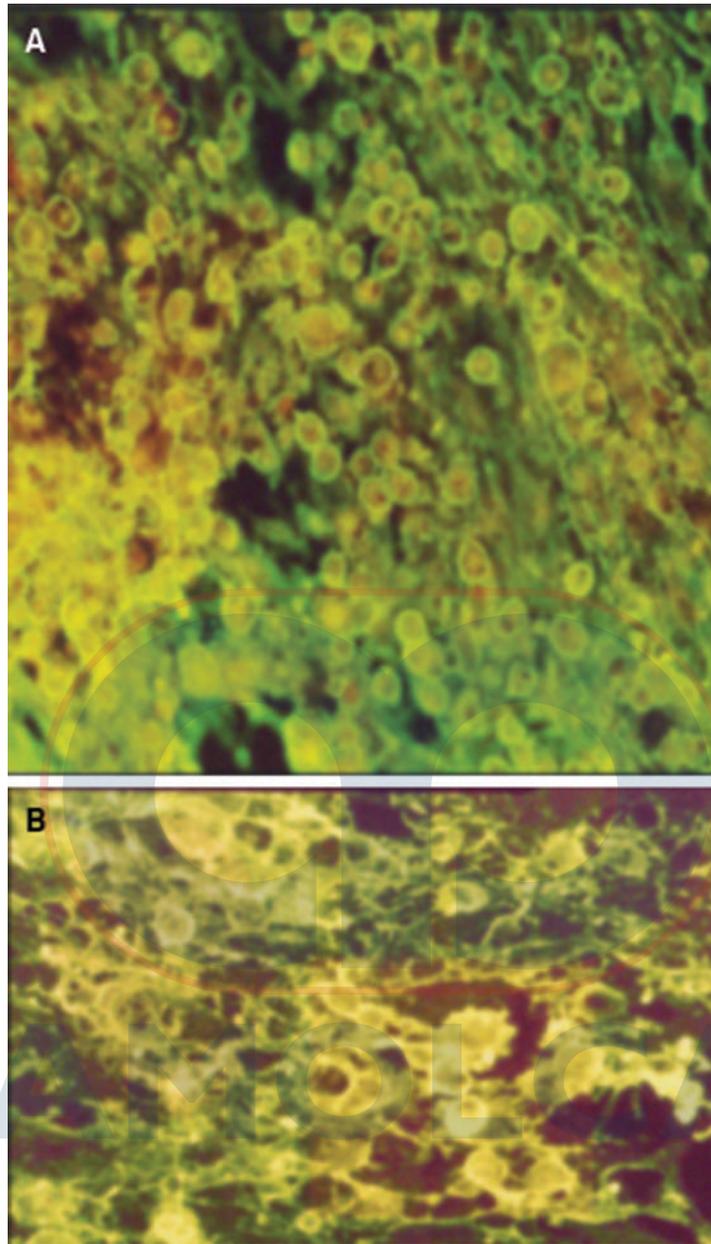


Figura 1.8. Detección de inmunoglobulina G contra el virus de la varicela zóster mediante el ensayo de anticuerpos fluorescentes contra antígeno de membrana. (A) Resultado positivo y (B) control negativo. De Sauerbrei A, Färber I, Brandstädt A, et al. Immunofluorescence test for sensitive detection of varicella-zoster virus-specific IgG: an alternative to fluorescent antibody to membrane antigen test. *J Virol Methods*. 2004;19(1):15-30 [Figura 1].

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En todos los pacientes con herpes zóster agudo del nervio trigémino se indica una evaluación inicial cuidadosa, donde se incluyen una anamnesis y una exploración física minuciosas. El objetivo es descartar una enfermedad maligna o sistémica oculta de posible influencia en el

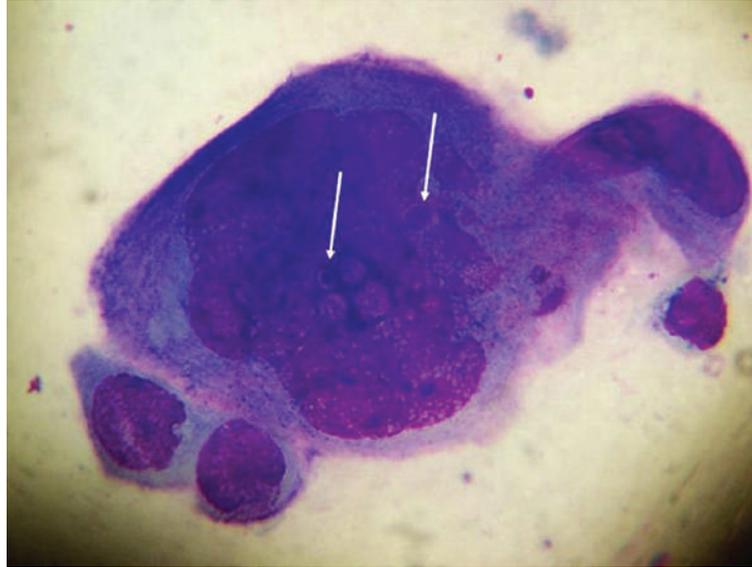


Figura 1.9. Frotis de Tzanck donde se muestran cuerpos de inclusión intranucleares dentro de una célula multinucleada gigante. Tinción de May-Grünwald Giemsa; aumento original: $\times 1000$. De Durdu M, Baba M, Seçkin D. The value of Tzanck smear test in diagnosis of erosive, vesicular, bullous, and pustular skin lesions. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59(6):958-964 [Figura 1]. ISSN 0190-9622. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2008.07.059>, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962208010669>

estado inmunocomprometido del paciente. Un diagnóstico rápido permite reconocer con antelación los cambios en el estado clínico precedentes al desarrollo de complicaciones, incluida la mielitis o la diseminación de la enfermedad. Otras causas de dolor en la distribución de la primera división del nervio trigémino son la neuralgia del trigémino, la enfermedad sinusal, el glaucoma, el tumor retroorbitario, la enfermedad inflamatoria (p. ej., el síndrome de Tolosa-Hunt) y la enfermedad intracraneal, incluido el tumor (Recuadro 1.1).

TRATAMIENTO

El reto terapéutico en los pacientes que presentan herpes zóster agudo del nervio trigémino es doble: (1) el alivio inmediato del dolor y los síntomas agudos, y (2) la prevención de complicaciones, incluida la neuralgia posherpética. La mayoría de los especialistas en dolor coinciden en que cuanto antes se inicie el tratamiento, menor será la probabilidad de aparición de la neuralgia posherpética. Además, como son las personas mayores quienes corren mayor riesgo de desarrollar neuralgia posherpética, el tratamiento precoz y agresivo de este grupo de pacientes es obligatorio.

Bloqueo nervioso

El bloqueo neural simpático con anestésico local y esteroide mediante el bloqueo del ganglio estrellado es el tratamiento de elección para aliviar los síntomas del herpes zóster agudo del nervio

Recuadro 1.1 ■ Causas del dolor facial

- Neuralgia del trigémino.
- Dolor facial atípico.
- Disfunción de la articulación temporomandibular.
- Arteritis temporal.
- Cefalea en racimos.
- Cefalalgias trigeminales autónomas.
- Anomalías dentales.
- Herpes zóster agudo.
- Trauma.
- Neoplasia.
- Infección.
- Enfermedades oculares.
- Enfermedad sinusal.
- Trastornos inflamatorios (p. ej., síndrome de Tolosa-Hunt).
- Síndrome del águila.
- Esclerosis múltiple.
- Dolor referido.
- Enfermedad de las glándulas salivales.
- Vasculitis.
- Aneurismas.
- Neuralgia glossofaríngea.
- Neuralgia vidiana.
- Trastornos psicógenos.

trigémino, así como para prevenir la neuralgia posherpética. Como se producen costras vesiculares, el esteroide también puede reducir las cicatrices neurales. Se cree que el bloqueo nervioso simpático consigue estos objetivos bloqueando la profunda estimulación simpática causada por la inflamación vírica del nervio y el ganglio de Gasserian. Si no se trata, esta hiperactividad simpática puede causar isquemia secundaria a la disminución del flujo sanguíneo del lecho capilar intraneural. Si se permite que esta isquemia persista, se forma un edema endoneural, aumentando así la presión endoneural y provocando una mayor reducción del flujo sanguíneo endoneural, con lesiones nerviosas irreversibles.

Es necesario mantener estos bloqueos simpáticos hasta librar al paciente del dolor, y volver a aplicarlos si el malestar reaparece. Si no se utiliza el bloqueo neural simpático de forma inmediata y agresiva, en especial en personas de edad avanzada, se puede condenar al paciente a sufrir neuralgia posherpética de por vida. En ocasiones, algunos pacientes no experimentan alivio del dolor con el bloqueo del ganglio estrellado, pero responden al bloqueo del nervio trigémino.

Analgésicos opiáceos

Los analgésicos opiáceos pueden ser útiles para aliviar el dolor punzante, frecuente durante las fases agudas del herpes zóster, mientras se aplican los bloqueos nerviosos simpáticos. Los opiáceos son menos eficaces para aliviar el dolor neurítico, también frecuente. La administración cuidadosa de analgésicos opiáceos potentes y de acción prolongada (p. ej., elixir de morfina oral, metadona) en función del tiempo y no de la necesidad puede ser un complemento beneficioso del alivio del dolor proporcionado por el bloqueo nervioso simpático. Dado que muchos pacientes con herpes zóster agudo son de edad avanzada o presentan una enfermedad multisistémica grave, se justifica una estrecha vigilancia de los posibles efectos secundarios de los analgésicos opiáceos potentes (p. ej., confusión o mareos, causantes de caídas). Junto con los analgésicos opiáceos debe iniciarse la administración diaria de suplementos de fibra dietética y leche de magnesia para prevenir el estreñimiento.

Analgésicos coadyuvantes

El anticonvulsivante gabapentina representa un tratamiento de primera línea para el dolor neurítico del herpes zóster agudo del nervio trigémino. Los estudios sugieren que la gabapentina también puede ayudar a prevenir la neuralgia posherpética. El tratamiento con gabapentina debe iniciarse al principio de la enfermedad; este fármaco puede utilizarse en simultáneo con el bloqueo neural, los analgésicos opiáceos y otros analgésicos coadyuvantes, incluidos los antidepresivos, si se tiene cuidado de evitar los efectos secundarios sobre el sistema nervioso central. La gabapentina se inicia con una dosis de 300 mg antes de acostarse y se aumenta en incrementos de 300 mg hasta un máximo de 3600 mg administrados en dosis divididas, según lo permitan los efectos secundarios. La pregabalina representa una alternativa razonable a la gabapentina y se tolera mejor en algunos pacientes. La pregabalina se inicia con 50 mg tres veces al día y puede aumentarse hasta 100 mg tres veces al día si los efectos secundarios lo permiten. Como la pregabalina se excreta principalmente por los riñones, es necesario reducir la dosis en pacientes con función renal comprometida.

La carbamazepina debe considerarse en pacientes con dolor neurítico intenso que no responden a los bloqueos nerviosos ni a la gabapentina. Si se utiliza este fármaco, se indica un control estricto de los parámetros hematológicos, especialmente en pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia. La fenitoína también puede ser beneficiosa para tratar el dolor neurítico, pero no debe utilizarse en pacientes con linfoma; el fármaco es capaz de inducir un estado similar al pseudolinfoma, difícil de distinguir del linfoma real.

Los antidepresivos también pueden ser complementos útiles en el tratamiento inicial de los pacientes con herpes zóster agudo. A corto plazo, estos fármacos ayudan a aliviar la importante alteración del sueño que suele observarse en estos casos. Además, los antidepresivos pueden ser valiosos para mejorar el componente neurítico del dolor, tratado con menor eficacia mediante analgésicos opiáceos. Tras varias semanas de tratamiento, los antidepresivos pueden ejercer un efecto de elevación del estado de ánimo, deseable en algunos pacientes. En esta población de pacientes debe tenerse especial cuidado

con los efectos secundarios sobre el sistema nervioso central. Además, estos fármacos pueden provocar retención urinaria y estreñimiento, que pueden atribuirse por error a la mielitis por herpes zóster.

Agentes antivirales

Algunos agentes antivirales, como el valaciclovir, el famciclovir y el aciclovir, pueden acortar el curso del herpes zóster agudo e incluso ayudar a prevenir la aparición de neuralgia posherpética. Probablemente sean útiles para atenuar la enfermedad en pacientes inmunodeprimidos. Estos agentes antivirales pueden utilizarse junto con las modalidades de tratamiento antes mencionadas. Es obligatorio un seguimiento cuidadoso de los efectos secundarios.

Tratamientos complementarios

La aplicación de bolsas de hielo en las lesiones del herpes zóster agudo puede proporcionar alivio en algunos pacientes. La aplicación de calor aumenta el dolor en la mayoría de los pacientes, presumiblemente debido al aumento de la conducción de fibras pequeñas; sin embargo, es beneficiosa en algunos pacientes y vale la pena probarla si la aplicación de frío es ineficaz. La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea y la vibración también pueden ser eficaces en un número limitado de pacientes. La favorable relación riesgo-beneficio de estas modalidades las convierte en alternativas razonables para quienes no pueden o no quieren someterse al bloqueo neural simpático, o no toleran las intervenciones farmacológicas.

La aplicación tópica de sulfato de aluminio en forma de fomento tibio proporciona un secado excelente de las lesiones costrosas y exudativas del herpes zóster agudo, y la mayoría de los pacientes encuentran estos fomentos calmantes. La pomada de óxido de zinc también puede utilizarse como agente protector, especialmente durante la fase de curación, cuando la sensibilidad a la temperatura es un problema. Los pañales desechables pueden utilizarse como acolchado absorbente para proteger las lesiones en curación del contacto con la ropa y las sábanas.

HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- El paciente experimenta la aparición aguda de dolor en la frente izquierda, seguido de la aparición de erupciones vesiculares en la distribución de la primera división del nervio trigémino.
- La aparición de dolor sin traumatismo previo seguida de erupción vesicular es la presentación clásica del herpes zóster agudo.
- La erupción del herpes zóster agudo seguirá la distribución de un nervio.

(Continúa)

- Los estados inmunocomprometidos, incluida la vejez, predisponen al paciente al desarrollo de herpes zóster agudo.
- La prevención del herpes zóster agudo mediante la inmunización con Zostrix está indicada en pacientes mayores de 65 años.
- El tratamiento agresivo del herpes zóster agudo está indicado para evitar la complicación de la neuralgia posherpética.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Bandaranayake T, Shaw AC. Host resistance and immune aging. *Clin Geriatr Med.* 2016;32(3):415432.
- Corey W, Waldman SD, Waldman RA. Pain of ocular and periocular origin. *Med Clin N Am.* 2013;97(2):293307. ISSN 0025-7125.
- Kansu L, Yilmaz I. Herpes zoster oticus (Ramsay Hunt syndrome) in children: case report and literature review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2012;76(6):772776.
- Lee HL, Yeo M, Choi GH, et al. Clinical characteristics of headache or facial pain prior to the development of acute herpes zoster of the head. *Clin Neurol Neurosurg.* 2017;152:9094.
- Lee HY, Kim MG, Park DC, et al. Zoster sine herpete causing facial palsy. *Am J Otolaryngol.* 2012;33(5):565571.
- O'Connor KM, Paauw DS. Herpes zoster. *Med Clin North Am.* 2013;97(4):503522.
- Schmader K. Zoster herpes. *Clin Geriatr Med.* 2016;32(3):539553.
- Staikov I, Neykov N, Marinovic B, et al. Herpes zoster as a systemic disease. *Clin Dermatol.* 2014;32(3):424429.
- Yawn BP, Wollan St. PC, Sauver JL, et al. Herpes zoster eye complications: rates and trends. *Mayo Clin Proc.* 2013;88(6):562570.