

POLICLÍNICO “CHIQUI GÓMEZ LUBIÁN”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

LA ACUPUNTURA COMO MODALIDAD TERAPÉUTICA EN EL HERPES
ZOSTER.

Por:

Dra. Maribel Castro Gutiérrez¹, Lic. Annie Díaz Ruiz², Dra. Roxana Riveiro Rodríguez³ y Dr. Reinier Moya Carrillo⁴

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico “Chiqui Gómez Lubián”. Santa Clara, Villa Clara.
2. Licenciada en Enfermería. Policlínico “Chiqui Gómez Lubián”. Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Dermatología. Asistente del Policlínico “Chiqui Gómez Lubián”. Santa Clara, Villa Clara.
4. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico “Chiqui Gómez Lubián”. Santa Clara, Villa Clara.

Resumen

Las infecciones causadas por virus son frecuentes y su incidencia va en aumento; por ello se realiza un enorme esfuerzo investigador dirigido tanto a la prevención como a su tratamiento. Se realizó una investigación experimental en el Policlínico “Chiqui Gómez Lubián” de marzo del año 2001 a marzo de 2002, con el propósito de determinar la eficacia de la acupuntura como modalidad terapéutica en el herpes zoster. Se estudió una muestra compuesta por 64 pacientes elegidos de forma aleatoria sistemática, se les aplicó tratamiento durante 10 días y se anotaron sus resultados en una tarjeta individual. La información fue procesada mediante análisis porcentual. Con la terapia se obtuvieron resultados favorables en el 95,3 % de los casos, el 4,69 % no se recuperó en 10 días (tres pacientes), por lo que concluimos que la acupuntura es una modalidad terapéutica eficaz en esta afección.

Descriptor DeCS:

TERAPIA POR ACUPUNTURA
HERPES ZOSTER/terapia

Subject headings:

ACUPUNCTURE THERAPY
HERPES ZOSTER/therapy

Introducción

El término herpes procede del griego herpes, del verbo herpein que significa deslizarse, arrastrarse, serpentear¹.

La cultura china, desde el punto de vista médico, es sin lugar a dudas la que mayor aportes hizo a los tratamientos en tiempos ancestrales. El herpes zoster lo trataban con acupuntura en los puntos del canal de Intestino Grueso, con el método dispersante o haciendo sangrar éstos para eliminar el calor de la sangre².

Ya en el siglo XX los avances obtenidos en las investigaciones sobre virus han sido fundamentales para comprender y tratar el virus de la varicela-zoster, causante del herpes zoster, que es más frecuente en la edad avanzada y de 20-100 veces mayor en situaciones de inmunosupresión³⁻⁶.

Con el tratamiento debemos lograr la reducción de la extensión de las lesiones, duración e intensidad del dolor, así como evitar las complicaciones, fundamentalmente infecciones y neuralgia postherpética⁶⁻⁸.

El cuadro clínico está dominado por el dolor y la parestesia. El tratamiento de elección son los antivirales, una serie de fármacos de elevada toxicidad y costo para aliviar los síntomas agudos, por lo que se reservan para pacientes con inmunosupresión, VIH, trasplantados o con complicaciones importantes⁹⁻¹³.

Existen múltiples tratamientos tradicionales que han recobrado vigencia en la actualidad, como la acupuntura, y es nuestro propósito determinar la eficacia de esta modalidad terapéutica en el herpes zoster.

Métodos

Se realizó una investigación experimental en la consulta centralizada del Policlínico "Chiqui Gómez Lubián" en el período de marzo del año 2001 a marzo de 2002. El universo estuvo representado por 104 pacientes que acudieron a la consulta de Dermatología de nuestra área aquejados de herpes zoster. La muestra estuvo constituida por 64 pacientes elegidos de forma aleatoria sistemática, y fueron excluidos los que no aceptaron el tratamiento, lo abandonaron o habían realizado otros con anterioridad.

Se realizaron sesiones diarias de tratamiento con una duración de 15 minutos, y 10 sesiones de tratamiento, que fue descontinuado cuando desaparecieron todos los síntomas; las lesiones se convirtieron en costras que se desprendían y quedó la piel sin alteraciones.

Los casos complicados descansaron una semana y se reinició el tratamiento con 10 sesiones más. Todos los pacientes fueron tratados con esquemas iguales, según el sitio de presentación, usando los puntos:

- ASHI: Puntos localizados a lo largo del nervio afectado, donde se encontraron las lesiones cutáneas.
- IGA: Al lado del pliegue entre el pulgar y el dedo índice, hacia el segundo metacarpiano en el sitio más prominente (se usó en todos los casos por ser un punto muy analgésico, al estar acoplados los meridianos Intestino y Pulmón).
- IG11: Depresión lateral del pliegue transverso cubital (se usó por ser un punto inmunoestimulante, y por ser el Intestino Grueso el yang acoplado al Pulmón que "gobierna" la piel).
- TR5: Dos cun por encima del pliegue de la muñeca, en el dorso entre el radio y el cúbito (se usó para dispersar el calor que provocó la afección).
- P7: Por encima de la apófisis estiloides del radio (se usó por ser el Pulmón el órgano ying que "gobierna" la piel).
- E44: Entre el segundo y tercer dedo, por delante de la articulación metatarsofalángica (por ser un punto distal analgésico).
- VG20: A mitad de la distancia entre el ápice de ambos pabellones auriculares, a nivel de la fontanela posterior, por ser sedante.

El instrumental utilizado fue aguja de acero inoxidable estéril, algodón y alcohol para la asepsia del punto acupuntural.

Los datos sobre las variables relacionadas fueron obtenidos de una tarjeta individual que se le confeccionó a cada paciente: edad, sitio de localización, fase del diagnóstico y complicaciones.

Se determinó el tiempo de recuperación de los síntomas: de 1-5 días, de 5-10 días y de 10-15 días.

La variable eficacia quedó operacionalizada como eficaz, cuando la recuperación ocurrió entre 1-10 días y no aparecieron complicaciones, y no eficaz cuando no hubo recuperación en los primeros 10 días de tratamiento o aparecieron complicaciones. Los resultados fueron sometidos a análisis porcentual.

Resultados

El 50 % de los pacientes (32) pertenecía al grupo de edad mayor de 61 años (tabla 1); se presentó un mayor por ciento de herpes zoster en la región toracolumbar (93,74 %) (tabla 2); Asimismo, no se presentaron complicaciones en el 95,31 % de los casos (61 pacientes) (tabla 3), los cuales se recuperaron antes de los 10 días de tratamiento (tabla 4), por lo que en el 95,3 % de los pacientes (61), la terapia acupuntural fue eficaz (tabla 5).

Tabla 1 Edad de los pacientes estudiados con herpes zoster.

Edad del paciente (años)	Cantidad de pacientes	%
20-40	9	14,06
41-60	23	35,94
Más de 61	32	50,00
TOTAL	64	100,0

Fuente: Tarjeta individual de tratamiento y estudio. Años 2001-2002.

Tabla 2 Sitios de presentación del herpes zoster en los pacientes estudiados.

Sitios de presentación	Cantidad de pacientes	%
Toracolumbar	60	93,74
Craneal	2	3,13
Sacro	2	3,13
TOTAL	64	100,0

Fuente: Tarjeta individual de tratamiento y estudio. Años 2001-2002.

Tabla 3 Presencia de complicaciones en los casos totales.

Complicaciones	No. de casos	%
Sí	3	4,69
No	61	95,31
TOTAL	64	100,0

Fuente: Tarjeta individual de tratamiento y estudio. Años 2001-2002.

Tabla 4 Tiempo de recuperación de los síntomas.

Síntomas:	Tiempo de recuperación		
	1-5 días	6-10 días	(+)10 días
Dolor	37	24	3
Entumecimiento	37	24	3
Disminución de lesiones	64	0	0

Fuente: Tarjeta individual de tratamiento y estudio. Años 2001-2002.

Tabla 5 Eficacia de la acupuntura como modalidad terapéutica en el herpes zoster.

Eficacia	Cantidad de pacientes	%
Eficaz	61	95,31
No eficaz	3	4,69
TOTAL	64	100,0

Fuente: Tarjeta individual de tratamiento y estudio. Años 2001-2002.

Discusión

Los resultados con respecto a la edad de presentación se comportaron según lo encontrado en la bibliografía, o sea, es más frecuente la aparición de esta afección en pacientes mayores de 61 años. Esto puede estar en relación con el descenso selectivo de la inmunidad celular frente al virus que tiene lugar en la edad avanzada⁶.

El sitio de localización que más se presenta es el toracolumbar, ya que existe mayor número de ganglios sensoriales espinales que craneales, por lo que hay mayor cantidad de dermatomas inervados por éstos¹⁰. Según la bibliografía extranjera, se presenta en un 50-55 % de los casos en la región toracolumbar, el 15-20 % en localización craneal, del 10-15 % es cervical y del 2-5 %, sacra^{6,11}.

El hecho de que la mayoría se diagnostique en fase eruptiva precoz se debe al difícil diagnóstico antes de la aparición de las lesiones cutáneas, pues se comporta como una neuritis de cualquier causa. Es poco frecuente el diagnóstico tardío, ya que el paciente acude rápidamente a los servicios de Salud por la intensidad del dolor y las molestias que le ocasiona.

Las escasas complicaciones que se presentan con el uso de la acupuntura se debe a la estimulación de puntos que aumentan la inmunidad del paciente, unido a lo no manipulación de las lesiones, pues no se usan cremas o ungüentos, sólo el aseo corporal, y se realiza la asepsia de los puntos acupunturales antes de manipularlos.

La neuritis postherpética es poco frecuente y remite con el tratamiento¹⁰.

Summary

Infections caused by viruses are frequent and its incidence is growing. That's why there is a great research effort towards the prevention and treatment of them. An experimental investigation was carried out at the polyclinic "Chiqui Gómez Lubián" from March 2001 to March 2002, aimed at determining the efficacy of acupuncture as a therapeutic modality in the treatment of herpes zoster. A sample comprising 64 patients randomly chosen was studied. They were treated during 10 days and their results were recorded in an individual card. Information was processed by percentage analysis. With this therapy, good results were obtained in 95,3 per cent of the cases. Only 4,69 per cent (3 patients) did not recover in 10 days. Thus, we conclude that acupuncture is an efficient therapeutic modality for this disorder.

Referencias bibliográficas

1. López Piñero JM. La Medicina en la antigüedad. Cuaderno Historia 1985;16(256):185.
2. Jun Z, Jing Z. Fundamentos de la Acupuntura y Moxibustión de China. Beijing; Lenguas Extranjeras; 1984.
3. Highet AS, Kurtz J. Viral infections: Herpes Virus. En: Champion RH, Burton JL, Ebling RG. Textbook of dermatology. 5th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1992. p. 879-897.
4. Buchbinder SP. Herpes Zoster and Human Immunodeficiency Infection. J Infect Dis 1992;162: 1153-1156.
5. Muñoz Pérez MA. Manifestaciones cutáneas del SIDA. Piel 2000;17(6):256-266.

6. Blumberg EA, Moluvi A. Herpes Zoster. *Clin Dermatol* 1989;7:37-48.
7. Busso M, Bermain B. Antivirals in herpes virus infections. *Dermatol Clin* 1993;11:171-185.
8. Boyd M. Update on Famciclovir. En: Mills J, Cosey L. *Antiviral Chemotherapy: new direction for clinical applications and research*. New Jersey: Prentice Hall; 1993. p. 83-85.
9. Cirrelli R. Famciclovir: review of clinical efficacy and safety. *Antiviral Res* 1996;29:141-151.
10. Oxman MN, Alani R. Varicella and Herpes Zoster. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ. *Dermatology in general medicine*. 4th ed. New York: McGraw Hill; 1993. p. 2543-2567.
11. Tyiring SK. Natural history of Varicella Zoster Virus. *Sem Dermatol* 1992;11:211-217.
12. Watson CPN. Post-therapeutic neuralgia: 208 cases. *Pain* 1988;35:289-297.
13. Stankus SJ, Dugopolsk M, Packer D. Management of Herpes Zoster. (shingles) and post-therapeutic neuralgia. *Am Fam Physician* 2000;15; 61(8):2437-2444.