

Medicent Electrón. 2014 jul.-sep.;18(3)

**HOSPITAL UNIVERSITARIO
“ARNALDO MILIÁN CASTRO”
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

INFORME DE CASO

Tratamiento del herpes zóster con corrientes diadinámicas

Treatment of herpes zoster using diadynamic currents

MSc. Dr. Clemente Mariano López Vázquez¹, MSc. Dr. Jorge Erico Mederos Sotolongo²

1. Especialista de Primer Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.
2. Especialista de Primer Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Instructor. Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: ericomedero66@infomed.sld.cu

DeCS: herpes zóster/terapia, terapia por estimulación eléctrica.

DeCS: herpes zoster/therapy, electric stimulation therapy.

El herpes zóster se define como una enfermedad infecciosa, aguda y autolimitada, que se produce por reactivación del virus de la varicela-zóster. Afecta a todas las regiones, con un leve predominio en varones, y es más frecuente en adultos de alrededor de 30 años de edad (60 %) y en ancianos (75 %). En niños, durante los primeros dos años de edad, aparece por contagio materno fetal (2,5 %). Es endémico y se presenta de manera esporádica durante todo el año. La frecuencia anual es de 0,74 a 3,4 casos por 1000 habitantes.¹ El virus de la varicela-zóster (VZV, por sus siglas en inglés) causa varicela por primo infección –enfermedad generalizada– y herpes zóster local en quienes poseen anticuerpos circulantes.² Se piensa que la inmunidad celular suprime la actividad del VZV y conserva la latencia, pero la depresión de la inmunidad celular por neoplasias malignas, trasplantes, SIDA, edad avanzada y otras causas pueden permitir la reactivación del virus. Hay una primera fase de replicación que produce adenitis y viremia transitoria, con respuesta inflamatoria aguda y necrosis neuronal, que dan por resultado la neuralgia. El dolor intenso y persistente, antes de que aparezcan las vesículas, son las llamadas «algias zosterianas»; las neuritis postherpéticas ocurren del 10 % al 15 % de los pacientes cuando han desaparecido las lesiones en la piel.³ La evolución de la dermatosis es aguda o subaguda, dura un promedio de dos o tres semanas y se presenta una sola vez, pero puede repetirse hasta en el 5 % de los sujetos con alteraciones inmunitarias; estos pueden presentar también la forma generalizada, que constituye la diseminación atípica del zóster, con la posibilidad de que ocurran complicaciones oculares o neurológicas.⁴ No existen evidencias de antecedentes familiares como factor de riesgo para la aparición del herpes zóster en pacientes con neuralgia postherpética.⁵ La diferenciación se debe hacer con otras afecciones que producen lesiones cutáneas similares, como el lupus eritematoso, el eritema polimorfo, la dermatosis medicamentosa, el prurigo ampollar, entre otras; es posible que

el dolor preeruptivo simule un infarto del miocardio, pleuritis, colecistitis, apendicitis u otros cuadros dolorosos, en dependencia de su ubicación.

Presentación del paciente

Paciente masculino, de 60 años de edad, piel blanca, con antecedentes de ser hipertenso; se mantiene controlado con el uso de diuréticos, hipotensores, dieta hiposódica e hipograsa. Refiere que comenzó a presentar sensación hiperestésica en la zona dorsal, la cual definía como de "pinchazos y ardor quemante", de aparición brusca, y que al otro día observó unas «burbujitas» en el área de las molestias (Figura 1). Acude a su médico de familia, quien le recomienda que lo vea el dermatólogo; asiste a esta consulta al día siguiente, el especialista le diagnostica un herpes zóster dorsal y lo remite a la consulta de fisiatría para que reciba tratamiento con corrientes diadinámicas. Se le aplicó una intensidad que se precisa por la sensación subjetiva del paciente y la observación del terapeuta. Se ajustó el componente galvánico de 2 a 3 mAmp (hasta 10-20 % de intensidad); luego, se aumentó progresivamente la intensidad del componente diadinámico, hasta lograr una sensación de cosquilleo-hormigueo y tirantez, sin dolor. El paciente fue tratado en las 48 horas posteriores a la aparición de las primeras manifestaciones, y se orientó el siguiente esquema: aplicación bipolar, colocando los electrodos al inicio y al final del trayecto de las lesiones (dermatómo correspondiente) (Figura 2). Se utilizó la corriente monofásica durante un minuto, la difásica por dos minutos, cortos períodos de tres minutos y largos períodos de cuatro minutos; a continuación, se invirtió la polaridad y se repitió el esquema. A las 72 horas, se comenzó a observar la involución de las lesiones (Figura 3), y el paciente sintió alivio de las manifestaciones, que desaparecieron al cuarto día del tratamiento.



Figura 1. Lesiones vesiculares en forma de racimo en región abdominal.

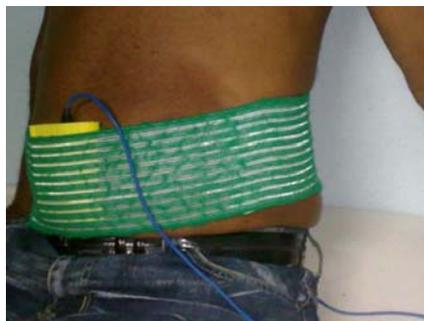


Figura 2. Colocación de los electrodos en el trayecto de la lesión.



Figura 3. Involución de las lesiones.

Comentario

En la literatura consultada, no se menciona la aplicación de agentes físicos terapéuticos naturales o artificiales en el tratamiento de esta afección. Martín Cordero⁶ hace referencia al trabajo de la Dra. Zoila Pérez Rodríguez, del Hospital Militar Central «Dr. Carlos J. Finlay», que ha utilizado la corriente diadinámica en el tratamiento del herpes zóster; esta referencia motivó a los autores a aplicar las corrientes diadinámicas en el tratamiento de esta enfermedad, con resultados positivos en su evolución, pues varios pacientes atendidos en este servicio eliminaron las lesiones en breve tiempo.

Se denomina corriente diadinámica al agente físico terapéutico descrito por Bernard,⁷ que consiste en la aplicación de una corriente semisinusoidal de baja frecuencia, a partir de una rectificación simple (50 hertz) o doble (100 hertz) de una corriente sinusoidal con distintas modulaciones o combinaciones entre ambas. Se emplean cuatro tipos de ondas: monofásica (MF): períodos sin interrupción de corriente; difásica (DF): se alternan períodos con corriente o sin ella; cortos períodos (CP): es la alternancia MF y DF a intervalos de 1 segundo; largos períodos (LP): es la alternancia MF y DF a intervalos de 5 segundos.

Efectos fisiológicos del tratamiento: disminución del dolor, normalización del balance neurovegetativo, regulación funcional sobre órganos internos, acción antiinflamatoria en derrames y edema, mejoría del metabolismo.

Los resultados obtenidos avalan el empleo de las corrientes diadinámicas en el tratamiento del herpes zóster, pues propicia una rápida recuperación, la eliminación de las molestias durante la etapa aguda y postzosteriana, y previene la aparición de complicaciones. Existe una relación directa entre la aplicación precoz del tratamiento y la involución de las lesiones, con una evidente reducción del tiempo de acuerdo con la historia natural de la enfermedad.

Teniendo en cuenta que, en la actualidad, todos los municipios poseen los servicios de terapia física y rehabilitación, y en ellos existe el equipamiento para aplicar las corrientes diadinámicas, la generalización de este tipo de tratamiento podría implicar una mejoría significativa en la evolución de estos pacientes y un ahorro considerable de medicamentos, sobre todo, porque los más efectivos resultan también los más caros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arenas R. Virosis cutáneas. En: Dermatología, Atlas, Diagnóstico y Tratamiento. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2006. p. 636-9.
2. Fitzpatrick TB. Varicela y herpes zóster. En: Dermatología en medicina general. Madrid: Editorial Panamericana; 2009. p. 1885-98.
3. Mena Rodríguez MJ. En: Herpes zóster y su principal complicación: Neuralgia postherpética. Rev Méd Costa Rica Centroam. 2012;(600):9-13.
4. Morera Montes J, Gómez García M, Muñoz Núñez A. Parálisis de la musculatura abdominal como complicación del herpes zóster. Rev Clín Esp. 2009;(209):454-8.
5. Gatti A, Pica F, Boccia MT, De Antoni F, Sabato AF, Volpi A. No evidence of family history as a risk factor for herpes zoster in patients with post-herpetic neuralgia. J Med Virol. 2010;82(6):1007-11.
6. Martín Cordero JE. Agentes físico terapéuticos. En: Electroterapia. La Habana: ECIMED; 2008. p. 312-8.
7. Martínez Morillo M. Manual de Fisioterapia. Electro estimulación neuromuscular [CD-ROM]. La Habana: Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz; 2010.

Recibido: 12 de septiembre de 2013

Aprobado: 19 de diciembre de 2013

MSc. Dr. Clemente Mariano López Vázquez. Especialista de Primer Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Cuba.