



Medicentro 2001;5(1)

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

CARTA AL EDITOR

Factor de transferencia sublingual en el herpes zoster. Presentación de dos pacientes

Por:

Dra. Ana Herminia Casas García¹, Dra. Mercedes Valdés Gómez², y Dr. Manuel Antonio Arce González³.

1. Especialista de I Grado en Dermatología. Asistente. ISCM-VC. Santa Clara, Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Dermatología. Asistente. ISCM-VC. Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Medicina. Servicio de Hematología Santa Clara, Villa Clara.

Descriptor DeCS: factor de transferencia, herpes zoster, administración sublingual

Subject headings: transfer factor, herpes zoster, administration sublingual

Señor Editor:

El herpes zoster, virosis cutánea producida por el virus de la varicela zoster, deriva su nombre del latín, y a su vez del griego, que quiere decir herpes (reptante) y zoster (cinturón)¹. Se trata de una radiculitis aguda, acompañada por la erupción de vesículas agrupadas sobre una base eritematosa, localizadas en la dermatoma correspondiente al ganglio sensitivo afectado; previamente a la erupción hay dolor y parestesias².

Clínicamente se manifiesta por lesiones que se inician en forma de maculopápulas eritematosas, que en 24 a 72 horas evolucionan hasta formar vesículas estrechamente agrupadas, pústulas y costras; es unilateral y se localiza a nivel intercostal en el 75 % de los pacientes, mientras que en el 15 % afecta el trigémino, generalmente en su rama oftálmica; de forma más excepcional hay afectación de los ganglios raquídeos cervicales y sensitivos del resto de los pares craneales³.

Durante el curso del zoster pueden presentarse una serie de complicaciones, tales como: neuralgia herpética, parálisis motora, complicaciones oculares, piodermis, generalización de las lesiones y afectación meníngea, entre otras; sin embargo, suele cursar en un periodo de 3 a 4 semanas. Tal enfermedad se presenta en pacientes mayores de 50 años, con una curva progresivamente creciente a partir de la quinta década de la vida, y por debajo del 10 % en menores de 20 años. Este hecho puede relacionarse con el descenso selectivo de la inmunidad celular frente al VVZ que tiene lugar en la población de edad avanzada^{4,5}. Como factores desencadenantes se citan los estados de inmunosupresión (Infección por el VIH, enfermedad de Hodgkins, neoplasia, entre otras), administración de inmunosupresores y corticoides, radioterapia y operaciones de la columna vertebral, tumores medulares, traumatismos locales, intoxicación por metales pesados e infecciones⁶.

La púrpura trombocitopénica idiopática es una enfermedad de origen autoinmune, caracterizada por trombocitopenia debida a la fagocitosis realizada por los macrófagos de las plaquetas cubiertas con anticuerpos. Beneficioso resulta el efecto en el sistema inmune, del empleo de inmunoestimulantes; por ello, dirigido al tratamiento del herpes zoster, utilizamos el extracto dializable de leucocitos (factor de transferencia) por vía sublingual, capaz de transferir inmunidad celular, así como incrementar otras funciones de la inmunidad mediada por células, opción terapéutica muy útil en pacientes que presentan una trombocitopenia severa, y están privados por su trastorno hematológico, de disponer de una vía fiable intramuscular, subcutánea o ambas, por razones obvias.

Paciente 1:

Paciente femenina de 63 años de edad, jubilada, con antecedentes patológicos personales de diabetes mellitus tipo II, de más de 35 años de evolución. Comenzó a presentar lesiones purpúricas en miembros superiores, inferiores así como gingivorragia; se demostró la existencia de un conteo de plaquetas inferior a 10×10^9 , y un medulograma que mostró integridad del sistema megacariopoyético, por lo que se concluye como una púrpura periférica. El uso de esteroides, administrado con un estricto control metabólico por los antecedentes de diabetes mellitus, no lograron restablecer los niveles normales de plaquetas. Tras la utilización de otros esquemas terapéuticos que no tuvieron éxito, se decidió realizar esplenectomía. Tres días antes de la operación electiva comenzó con intenso dolor en la región torácica, y apareció una erupción formada por vesículas agrupadas sobre una base eritematosa, que se diagnosticó como un herpes zoster. Se decidió administrar tratamiento con el factor de transferencia por vía sublingual, (1 μ c/12 h por 7 días) y aciclovir. El dolor se acentuó considerablemente, pero evolucionó hacia la curación total en el transcurso de los primeros siete días.

Paciente 2

Paciente de 53 años del sexo masculino, piel negra, trabajador agrícola, sin antecedentes patológicos personales, el cual comienza a presentar lesiones purpúricas en miembros inferiores que se diseminaron por el resto del cuerpo, gingivorragia y melena, un medulograma realizado corroboró la existencia de trombocitopenia con integridad de todas las series medulares. Se indicó tratamiento con metilprednisolona e Intacglobín, ambos por vía endovenosa, con lo que se logró controlar la gingivorragia y la melena, aunque no existió recuperación del conteo de plaquetas; presenta entonces intenso dolor en región inguinal derecha, con aumento local de la temperatura, lesiones maculopapulosas, eritematosas, que evolucionaron a vesículas agrupadas, y se consideró el diagnóstico de un herpes zoster lumbar (L₁.L₅). Como alternativa terapéutica de la virosis cutánea diagnosticada, se decidió emplear el factor de transferencia por vía sublingual (1u c/ 12h por 7 días) seleccionada esta variante de administración por la trombocitopenia severa; otro fármaco empleado simultáneamente fue el aciclovir. Se logró mejoría importante y recuperación parcial a la semana de iniciado el tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escobar CE. Herpes Zoster. En: Fundamentos de Medicina: dermatología 4^aed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 1990. p. 123-125.
2. Sonsoles Delgado V. Enfermedades cutáneas de etiología viral. Madrid: EGRAF; 1997.
3. Picazo de la Garza JJ. Manifestaciones clínicas del Zoster. En: Estudio epidemiológico nacional sobre Herpes Zoster en España: incidencia, manifestaciones clínicas y evolución. Madrid: Smithkline Beecham; 1999. p.13-16.
4. Diccionario de Medicina. 4^a ed. Barcelona: Océano grupo Editorial; 1997.
5. Tamakawa S, Tsujimoto J, Iharada A., Ogawa H. Treatment of post herpetic neuralgia by tropical application of prostaglandin E1- Vaseline Mixture- a single blind controlled clinical trial. Masui 1999;48(3):292-294.
6. Daudin Tello E, Fernández Peñas P, Fraile Huertas R. Herpes Zoster. En: Herpes: pasado y presente. Madrid: You & Ms; 1997.