

# Herpes zoster y neuralgia post herpética

## ¿De qué hablamos?

El Herpes Zoster es una enfermedad autolimitada, caracterizada por una erupción dérmica vesicular distribuida en la región de un dermatoma cutáneo, asociado o no a dolor neuropático. Se produce por la reactivación del Virus Varicela Zoster -VVZ-, que permanece latente en los ganglios sensitivos tras haber padecido la Varicela (infección primaria) (Albrecht MA, 2008; Bajwa ZH, 2009).

La incidencia de herpes zoster en población general se sitúa entre los 215 casos/100.000 habitantes/año (EEUU) (Donahue JG, 1995) y 300 casos/100.000 habitantes/año (Europa). Estas cifras aumentan a partir de los 60-65 años hasta situarse en 1.000 casos/100.000 habitantes/año en pacientes mayores de 80 años (Volpi A, 2005). La incidencia de padecer herpes zoster y neuralgia postherpética aumenta con la edad (>60 años) y con las enfermedades que alteran el sistema inmune (cáncer y quimioterapia, VIH, transplantados).

La Neuralgia Post Herpética (NPH) es la complicación más frecuente de la enfermedad y se caracteriza por la presencia de dolor de tipo punzante o quemante localizado en el dermatoma afecto por la erupción al menos un mes después de la aparición de las vesículas.

[subir](#)

## ¿Cuál es la clínica?

- A. **Sintomatología e historia natural** (Albrecht MA, 2008; Bajwa ZH, 2009)
- Síntomas prodrómicos. Los pacientes pueden presentar días antes a la erupción cutánea síntomas prodrómicos. El más frecuente son las parestesias del dermatoma afecto, aunque también pueden aparecer fiebre o malestar general.
  - Erupción cutánea. De características eritematoso-vesiculares; estas lesiones evolucionan a costra en unos 3-4 días. Distribuida a lo largo de un dermatoma cutáneo, normalmente unilateral. La distribución en dermatoma se corresponde a la región de neuronas sensitivas del nervio que está afectado. También pueden aparecer lesiones similares a distancia.
    - Localización (Helgason S, 2000). El dermatoma más comúnmente afectado suele ser el torácico (62%). Le siguen en frecuencia el lumbar (14%), cervical (11%), Oftálmico (8%), otros (5%).
  - Dolor, normalmente descrito por los pacientes como “quemante o punzante”. Además pueden presentar hiperalgesia en el dermatoma afecto. Se debe a la inflamación y la necrosis hemorrágica del nervio afectado.

- Complicaciones (Gnann JW Jr, 2002; Galil K, 1997). Aumentan con la edad. Clasificación:
  - Neuralgia postherpética (NPH) (8-25%)
  - Sobreinfecciones dérmicas (2,3%)
  - Oftálmicos: uveítis, queratitis (1,6%)
  - Neurológicas: neuropatía motora (0,9%), meningitis aséptica (0,5%)
  - Ótica (síndrome de Ramsay-Hunt, asociado a parálisis facial) (0,2%)

## B. Neuralgia Post Herpética

- La NPH se define como la persistencia de síntomas sensoriales (dolor, parestesias, alodinia) 30 días después del comienzo del herpes zoster.
- Está mediada por la inflamación y necrosis hemorrágica del nervio infectado por el VVZ (Albrecht MA, 2008; Bajwa ZH, 2009)
- No suele haber un periodo asintomático tras la resolución de las lesiones cutáneas. Se manifiesta como dolor *quemante*, constante y que suele interferir el sueño. Pueden presentar alodinia (aparición de dolor con estímulos normalmente no dolorosos). Así mismo, los pacientes pueden presentar áreas de anestesia (termal, vibratoria) o parestesias (Albrecht MA, 2008; Bajwa ZH, 2009).
- Es la complicación más frecuente del Herpes Zoster, su frecuencia varía entre el 0-25% (Bajwa ZH, 2009; Helgason S, 1996). En un estudio observacional, se apunta a que la aparición de NPH, tras el episodio de herpes zoster es muy poco frecuente en pacientes con edades menores a 50-60 años (Helgason S, 1996; Prognosis, 2000). En pacientes con edades superiores a 60-70 años, la prevalencia es mayor (Helgason S, 1996; Prognosis, 2000).
  - En un estudio prospectivo (Helgasson, 2000) se encontraron los siguientes resultados. Entre los pacientes menores de 60 años, el riesgo de NPH a los tres meses tras la erupción del zoster es del 1.8% y el dolor era leve en todos los casos. En pacientes mayores de 60 años el riesgo de NPH aumenta: 3.7%, siendo el dolor es generalmente leve o moderado. Después de 12 meses ningún paciente menor de 60 años tenía dolor severo y solo un 3,3% de los pacientes mayores de 60 años tenían dolor moderado.
- Factores de Riesgo (Choo PW, 1997; Jung BF, 2004). Los factores de riesgo para padecer una NPH, tras haber sufrido un Herpes Zoster son:
  - Edad (a mayor edad, mayor riesgo).
  - Síntomas prodrómicos sensoriales (parestesias, dolor, etc.).
  - Severidad de las lesiones dermatológicas.
  - Severidad del dolor en el episodio agudo.
  - Inmunosupresión (CKS, 2009; IHMF, 2006; BSSI, 1995; Gross G, 2003) (HIV, trasplantados). Este tipo de pacientes tienen una mayor frecuencia de aparición posterior de NPH.



### **Herpes zóster intercostal**

Erupción cutánea de características eritemato vesiculares, distribuidas a lo largo de un dermatoma cutáneo.



### **Herpes zóster cervical**

Erupción cutánea de características eritemato vesiculares, distribuidas a lo largo de un dermatoma cutáneo, esta vez en región cervical.

[subir](#)

## **¿Cómo se diagnostica?**

El diagnóstico del Herpes Zoster es clínico (Albrecht MA, 2010; Opstelten W, 2007).

- Aparición de una erupción cutánea de características eritematoso-vesiculares, distribuida a lo largo de un dermatoma cutáneo, normalmente unilateral.
- Neuritis aguda a nivel del dermatoma afecto.

El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con el Herpes Simple (Albrecht MA, 2010).

- Normalmente el herpes simple no tiene distribución en un dermatoma ni dolor neurálgico asociado.

## ¿Cómo se trata?

### A. Tratamiento de las Lesiones Dermatológicas del Herpes Zoster Agudo

Objetivo: impedir sobreinfección bacteriana y el dolor por roce.

- La higiene de la piel es importante para evitar una infección bacteriana secundaria.
- Usar una ropa holgada puede reducir el roce y así disminuir el dolor asociado.
- No se recomienda el uso de antivirales tópicos (Wareham D, 2005; Alper BS, 2000).

### B. Tratamiento del Dolor en Episodio de Herpes Zoster Agudo (Albrecht MA, 2010; CKS, 2009)

Objetivo: disminución de la intensidad y/o duración del dolor en el episodio agudo.

- [AINES](#) (CKS, 2009): Los AINES por vía oral tienen una eficacia modesta a la hora de reducir el dolor neurálgico agudo en el episodio agudo de Herpes Zoster. En general, para el control del dolor agudo en el Herpes Zoster se recomienda seguir la “escalera analgésica” propuesta por la OMS (CKS, 2009).
  - Primer Paso: [paracetamol](#). Los AINES parece que tienen una eficacia modesta en el dolor neurálgico agudo del Herpes Zoster.
  - Segundo Paso: combinar al paracetamol un analgésico opioide débil (p.e: [codeína](#)).
  - Tercer Paso: combinar al paracetamol un analgésico opioide potente (p.e: [morfina](#)).
- Tratamiento antiviral (uso en las primeras 72 horas). No se debe utilizar como única terapia para reducir el dolor neuropático agudo, porque el efecto de la terapia antiviral para reducir el dolor en la neuralgia herpética aguda es modesto. Se pueden utilizar:
  - [Aciclovir](#): 800 mg cinco veces/día (7 días). El aciclovir acelera la resolución del dolor neuropático agudo (este efecto es más evidente en pacientes >50 años) (Lancaster T, 1995).
  - [Valaciclovir](#): 1.000 mg/8 horas x 7 días. El valaciclovir disminuye la duración del dolor neuropático más rápidamente que el aciclovir (media de días de dolor: Valaciclovir 38-48 días vs. 51 días [aciclovir](#)) (Lancaster T, 1995; Whitley RJ, 1996). Además presenta el mismo perfil de seguridad que el aciclovir. Un inconveniente del valaciclovir es el mayor coste respecto al aciclovir.
  - [Famciclovir](#): pacientes inmunocompetentes: 500 mg/8 horas (7 días); pacientes inmunocomprometidos: 500 mg/8 horas (10 días). Es tan eficaz como el [aciclovir](#) para reducir la duración de la erupción de las lesiones dérmicas y del dolor asociado

- (Lancaster T, 1995; Berry JD, 2005). Un inconveniente del famciclovir es el mayor coste respecto al aciclovir.
- **Brivudina:** 125 mg/24 horas x 7 días. Demuestra equivalencia respecto al famciclovir (Wood MJ, 1996) y mayor eficacia respecto al aciclovir (Lancaster T, 2002). La Guía del CSK no lo plantea como tratamiento estándar (CKS, 2009).  
Contraindicación absoluta en pacientes que reciben 5-fluoruracilo (y otras 5-fluoropirimidinas), por supresión de la médula espinal. Solo está comercializada en Europa, no así en otros países, como EE.UU (Alper BS, 2002).
  - **Corticosteroides** (Albrecht MA, 2010)
    - Asociar **prednisona** al aciclovir disminuye el dolor en el momento agudo y acelera la resolución de las lesiones dermatológicas (Jackson JL, 1997). Sin embargo, también se aprecia que asociar prednisona al aciclovir aumenta la aparición de efectos secundarios (Wood MJ, 1996). Este efecto se ha demostrado sólo con el aciclovir, y no con otros tratamientos antivirales (valaciclovir o famciclovir). Otros estudios más antiguos (Essman V, 1987; Benoldi D, 1991) y menos extensos que el anterior, no obtienen ningún beneficio adicional, a pesar de añadir corticoides al tratamiento antiviral.
    - Por lo tanto, no se recomienda de rutina añadir corticoides al tratamiento antiviral, debido a que los potenciales efectos adversos (efectos secundarios) son superiores a los beneficios a obtener (reducción del dolor).
  - **Gabapentina** (Beutner KR, 1995). Un ECA de muestra pequeña da como resultado que una dosis única de gabapentina (900 mg) reduce el dolor y la alodinia asociada a la neuralgia herpética aguda.
  - **Antidepresivos tricíclicos** (ADT). Una dosis nocturna de ADT, reduce el dolor en pacientes del herpes zoster agudo (Wareham D, 2005).
    - Fármaco de elección: **amitriptilina**. Conviene comenzar con dosis bajas (p.e: amitriptilina 25 mg/nocturno) y tener en cuenta los efectos secundarios y no llegar a dosis altas (p.e: amitriptilina 75 mg/nocturno) y disminuir la dosis en pacientes ancianos o frágiles (p.e: amitriptilina 50 mg/nocturno).

### C. Prevención de la Neuralgia Post Herpética

Objetivo: disminución de la incidencia y la severidad de la NPH.

1. ¿Quién debería recibir tratamiento antiviral? (Albrecht MA, 2010; CKS, 2009; IHMF, 2006; BSSI, 1995; Gross G, 2003; Wareham D, 2005; Alper BS, 2002; Plaghki L, 2004)
  - <50 años: debido a que la incidencia de NPH en los pacientes menores de 50 años es baja, no se recomienda de manera rutinaria el uso de fármacos antivirales, salvo “condiciones especiales” (ver más

adelante).

- >50 años:
  - Se recomienda tratar a todos los pacientes dentro de las primeras 72 horas tras la aparición de las lesiones dérmicas.
  - Documentos de consenso recomiendan tratamiento en aquellos pacientes mayores de 50 años que tras 72 horas de comienzo del Herpes Zoster siguen apareciendo lesiones dérmicas nuevas.
- Independencia de la edad. “Condiciones especiales” (CKS, 2009; Alper BS, 2002):
  - Afectación oftálmica.
  - Inmunosupresión.
  - Síndrome de Ramsay Hunt (Herpes zoster ótico).
  - Valorar también en pacientes con posibilidades de complicaciones posteriores: afectación dermatológica importante (p.e: eccema atópico generalizado).

2. ¿Cuándo se debería empezar el tratamiento antiviral? (Albrecht MA, 2010; CKS, 2009; IHMF, 2006; BSSI, 1995; Gross G, 2003; Wareham D, 2005; Alper BS, 2002)

- <72 horas tras el comienzo de las lesiones dermatológicas: para lograr la máxima eficacia a la hora de disminuir la severidad de NPH se recomienda comenzar el tratamiento dentro de las primeras 72 horas tras el comienzo de las lesiones dermatológicas.
- >72 horas tras el comienzo de las lesiones dermatológicas:
  - No se recomienda comenzar el tratamiento antiviral después de 72 horas tras haber comenzado las lesiones dermatológicas, puesto que la eficacia para reducir la severidad de NPH es incierta.
  - Condiciones especiales (CKS, 2009; IHMF, 2006; BSSI, 1995; Gross G, 2003; Wareham D, 2005; Alper BS, 2002). Debido al riesgo potencial de complicaciones se recomienda comenzar el tratamiento antiviral a pesar de haber pasado 72 horas tras el comienzo de las lesiones dermatológicas en las siguientes situaciones:
    - Afectación oftálmica.
    - Inmunosupresión.
    - Afectación ótica (síndrome de Ramsay-Hunt).

3. Eficacia de los fármacos antivirales:

- La administración de fármacos antivirales dentro de las primeras 72 horas, reducen la intensidad del dolor y la duración de la NPH (Alper BS, 2002; Bowsher D, 1997).
- La eficacia de los fármacos antivirales a la hora de reducir la incidencia de NPH no está claramente establecida. Una revisión Cochrane (Li Q, 2009), concluye que el aciclovir no reduce

significativamente la incidencia de NPH; así mismo, apunta que no hay datos concluyentes de que los otros antivirales prevengan la aparición de NPH.

#### 4. Fármacos antivirales orales:

- [Aciclovir](#) (Dworkin RH, 2007; Jackson JL, 1997): 800 mg 5 veces/día x 7-10 días. En una revisión sistemática se pudo comprobar que el aciclovir reduce la intensidad del dolor a los 1-3 meses; sin embargo, los estudios eran demasiado heterogéneos permitir realizar un metaanálisis de los datos.
- [Valaciclovir](#) (Alper BS, 2002; Hempenstall K, 2005): 1.000 mg/8 horas x 7 días. En un ECA comparando el valaciclovir con el aciclovir, sugiere que el valaciclovir puede ser levemente más eficaz en la resolución del dolor. A los 6 meses la prevalencia de la HPN en el grupo aciclovir era del 25,7%, frente al 18,6% en el valaciclovir.
- [Famciclovir](#) (Alper BS, 2002; Rice AS, 2001). Un ECA (famciclovir a dosis altas: 500 mg/8 horas ó 750 mg/8 horas durante 7 días, frente a placebo) demostró disminución de la duración de la NPH, pero no encontró disminución de la incidencia de NPH; si se evidenció una disminución de la duración de la NPH (en pacientes >50 años): 2,2 meses de media en el grupo del famciclovir, frente a los 5,5 meses del grupo placebo.
- [Brivudina](#): 125 mg/24 horas x 7 días. La Guía del CSK no lo plantea como tratamiento estándar (CKS, 2009). Contraindicación absoluta en pacientes que reciben 5-fluoruracilo (y otras 5-fluoropirimidinas), por supresión de la médula espinal; así mismo no se recomienda en pacientes inmunodeprimidos. solo está comercializada en Europa, pero no así en otros países como EE.UU (Alper BS, 2002).

#### 5. Otros fármacos:

- Corticoides. No hay pruebas suficientes para concluir que los corticoesteroides son eficaces y seguros en la prevención de la neuralgia postherpética (Rice AS, 2001). No se recomienda de rutina añadir corticoides al tratamiento antiviral con el objetivo de disminuir la incidencia de aparición de NPH (Albrecht MA, 2010).
- [Antidepresivos tricíclicos](#) (ADT) (Alper BS, 2002). Un ECA con una muestra pequeña no aporta evidencias suficientes de que el tratamiento con amitriptilina en el Herpes Zoster Agudo prevenga la NPH.

### D. Tratamiento del dolor en la Neuralgia Post-Herpética establecida

Objetivo: disminución de la severidad del dolor en la NPH establecida.

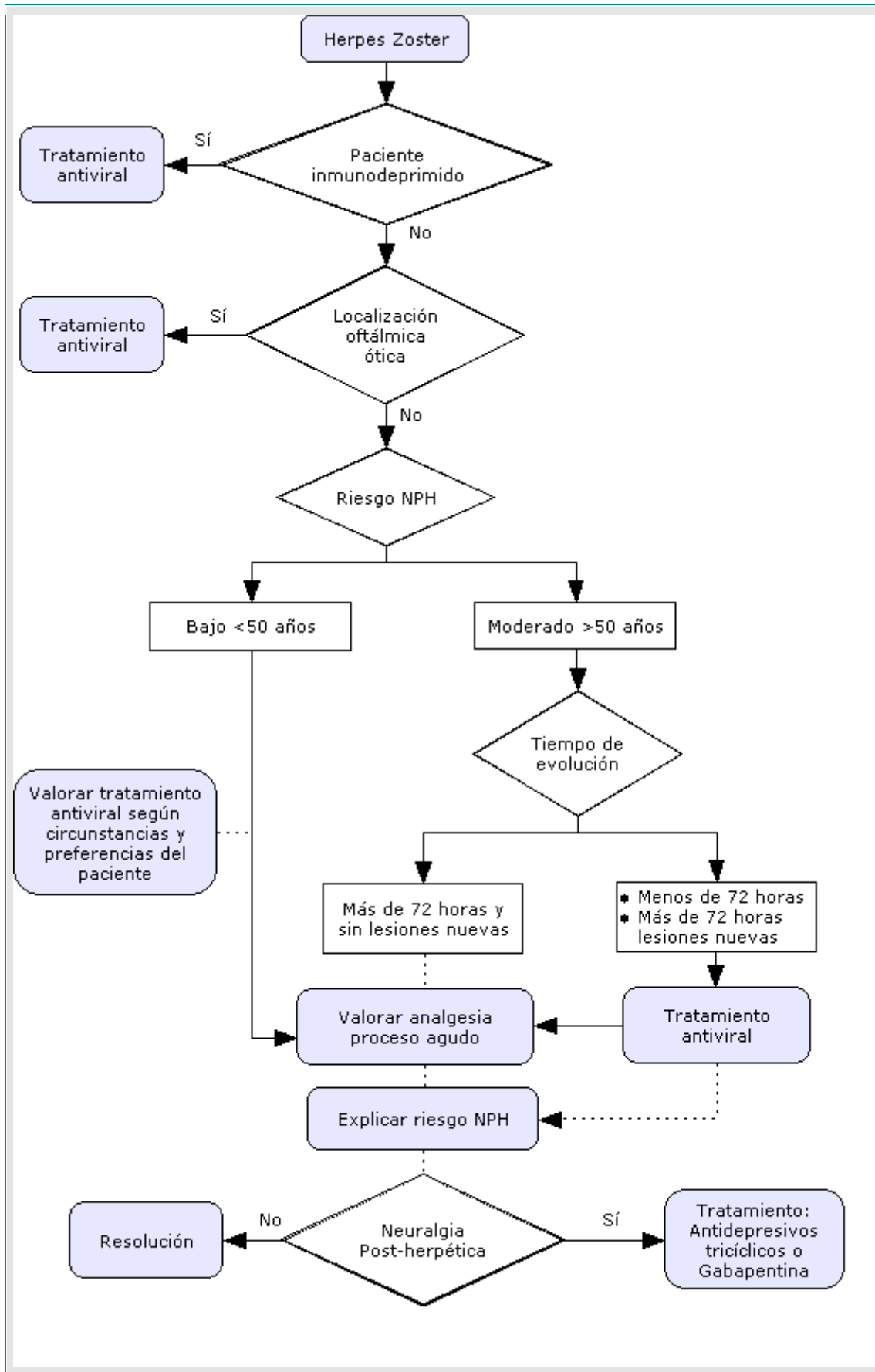
Los tratamientos efectivos contra la neuralgia postherpética son los siguientes:

- [Antidepresivos tricíclicos](#) (Sabatowski R, 2004; Dworkin RH, 2003). Los ADT reducen significativamente el dolor a las 3-6 semanas de tratamiento. Son considerados fármacos de primera elección



- ([amitriptilina](#)), siempre que no existan contraindicaciones específicas de uso. Se aconseja precaución en pacientes ancianos, especialmente si son cardiopatas, por sus efectos secundarios potencialmente graves (cardiotoxicidad: hipotensión postural, arritmias, síncope) (Dubinsky RM, 2004).
- [Gabapentina](#) (Dworkin RH, 2003; Dubinsky RM, 2004; Rowbotham MC, 1996). La gabapentina versus placebo en la NPH reduce significativamente el dolor a las 8 semanas de tratamiento. También puede considerarse como fármaco de primera elección. Los efectos secundarios más frecuentes que puede producir: somnolencia, temblor, ataxia.
  - [Pregabalina](#) (Dworkin RH, 2003). Tiene una estructura similar a la gabapentina. Estudios randomizados (Sabatowski R, 2004; Dworkin RH, 2003), en pacientes con NPH han demostrado una mejora en el sueño y una disminución en el dolor a dosis de 150 a 600 mg/día. El tratamiento debe iniciarse con 75 mg/día por la noche. Su lugar en la terapéutica es más discutido, en algunos países como GB se considera de segunda elección (CKS, 2008), tras la Gabapentina y los ADT. La Asociación Americana de Neurología lo considera de primera elección junto a Gabapentina y ADT (Dubinsky RM, 2004).
  - **Mórficos**. Una revisión sistemática (Hempenstall K, 2005) describe que los mórficos ([oxicodona](#) y [morfina de liberación retardada](#)) podrían ser efectivos en la NPH, pero tienen un porcentaje elevado de efectos secundarios. Efectos secundarios del grupo de los mórficos: sedación, somnolencia, mareos, estreñimiento, náuseas, vómitos, prurito, trastornos urinarios, entre otros.
  - Combinaciones de fármacos:
    - La combinación de gabapentina y nortriptilina (ADT), es más efectiva en la reducción del dolor que las terapias individuales (Gilron I, 2009).
    - La combinación de gabapentina y morfina es más efectiva en la reducción del dolor que las terapias individuales (Gilron I, 2005).
  - Tratamientos tópicos:
    - [Capsaicina](#) (Hempenstall K, 2005; Derry S, 2009). Aunque no está comercializada en España con indicación específica para la NPH, podría ser efectiva para el dolor neuropático tras un herpes zoster; sin embargo suele ser mal tolerada por sus efectos secundarios (quemaduras, prurito, eritema) que pueden aparecer hasta en el 50% de los casos.
    - [Lidocaína](#) (Rowbotham MC, 1996). Aunque no está comercializada en España con la indicación específica para la NPH, podría ser efectiva para el dolor neuropático tras un herpes zoster; pueden aparecer efectos secundarios (CKS, 2008) tales como reacciones locales transitorias en la zona de aplicación, como palidez, eritema (enrojecimiento) y edema.
  - Terapia intratecal (Hempenstall K, 2005). La administración de [metilprednisolona](#) intratecal parece que se asocia a buenos resultados, pero su seguridad requiere de más investigaciones.





## Tratamiento del herpes zóster

Tratamiento del herpes zóster y prevención de la neuralgia postherpética

[subir](#)

## Bibliografía

- Albrecht MA. Clinical manifestations of varicella-zoster virus infection: Herpes zoster. UpToDate (version 18.3, septiembre 2010). [En línea]. [acceso 05/02/2011]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Albrecht MA. Treatment of herpes zoster. UpToDate (version 18.3, septiembre 2010). [En línea]. [acceso 05/02/2011]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Albrecht MA. Prevention of varicella-zoster virus infection: Herpes zoster. UpToDate (version 18.3, septiembre 2010). [En línea]. [acceso 05/02/2011]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Alper BS, Lewis PR. Does treatment of acute herpes zoster prevent or shorten postherpetic neuralgia? ACP J Club. 2000;133(2):56. PubMed [PMID: 10735485](#). [Texto completo](#)
- Alper BS, Lewis PR. Treatment of postherpetic neuralgia: a systematic review of the literature. J Fam Pract. 2002;51(2):121-8. PubMed [PMID: 11978209](#). [Texto completo](#)
- Bajwa ZH. Postherpetic neuralgia. UpToDate (version 16.3). [Internet]. [acceso 19/1/2009]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Benoldi D, Mirizzi S, Zucchi A, Allegra F. Prevention of post-herpetic neuralgia. Evaluation of treatment with oral prednisone, oral acyclovir, and radiotherapy. Int J Dermatol. 1991;30(4):288-90. PubMed [PMID: 2050460](#)
- Berry JD, Petersen KL. A single dose of gabapentin reduces acute pain and allodynia in patients with herpes zoster. Neurology. 2005;65(3):444-7. PubMed [PMID: 16087911](#)
- Beutner KR, Friedman DJ, Forszpaniak C, Andersen PL, Wood MJ. Valaciclovir compared with acyclovir for improved therapy for herpes zoster in immunocompetent adults. Antimicrob Agents Chemother. 1995;39(7):1546-53. PubMed [PMID: 7492102](#). [Texto completo](#)
- Bowsher D. The effects of pre-emptive treatment of postherpetic neuralgia with amitriptyline: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Pain Symptom Manage. 1997;13(6):327-31. PubMed [PMID: 9204652](#)
- Choo PW, Galil K, Donahue JG, Walker AM, Spiegelman D, Platt R. Risk factors for postherpetic neuralgia. Arch Intern Med. 1997;157(11):1217-24. PubMed [PMID: 9183233](#)
- CKS. Post-herpetic neuralgia – Management [Internet]. National Library for Health, NHS; 2009 [acceso 01/02/2011]. Disponible en: [http://cks.library.nhs.uk/post\\_herpetic\\_neuralgia](http://cks.library.nhs.uk/post_herpetic_neuralgia)
- Derry S, Lloyd R, Moore RA, McQuay HJ. Topical capsaicin for chronic neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(4):CD007393. PubMed [PMID: 19821411](#)
- Donahue JG, Choo PW, Manson JE, Platt R. The incidence of herpes zoster. Arch Intern Med. 1995;155(15):1605-9. PubMed [PMID: 7618983](#)

- Dworkin RH, Corbin AE, Young JP Jr, Sharma U, LaMoreaux L, Bockbrader H, et al. Pregabalin for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized, placebo-controlled trial. *Neurology*. 2003;60(8):1274-83. PubMed [PMID: 12707429](#)
- Dubinsky RM, Kabbani H, El-Chami Z, Boutwell C, Ali H; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter: treatment of postherpetic neuralgia: an evidence-based report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2004;63(6):959-65. PubMed [PMID: 15452284](#). [Texto completo](#)
- Esmann V, Geil JP, Kroon S, Fogh H, Peterslund NA, Petersen CS, et al. Prednisolone does not prevent post-herpetic neuralgia. *Lancet*. 1987;2(8551):126-9. PubMed [PMID: 2885599](#)
- Early treatment of acute herpes zoster may prevent or shorten the duration of postherpetic neuralgia. *ACP Journal Club* 2000. Sept-Oct; 133: 56. Disponible en: <http://www.acpj.org/Content/index.htm>
- Galil K, Choo PW, Donahue JG, Platt R. The sequelae of herpes zoster. *Arch Intern Med*. 1997;157(11):1209-13. PubMed [PMID: 9183232](#)
- Gnann JW Jr, Whitley RJ. Clinical practice. Herpes zoster. *N Engl J Med*. 2002;347(5):340-6. PubMed [PMID: 12151472](#). [Texto completo](#)
- Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Jackson AC, Houlden RL. Nortriptyline and gabapentin, alone and in combination for neuropathic pain: a double-blind, randomised controlled crossover trial. *Lancet*. 2009;374(9697):1252-61. PubMed [PMID: 19796802](#)
- Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Weaver DF, Houlden RL. Morphine, gabapentin, or their combination for neuropathic pain. *N Engl J Med*. 2005;352(13):1324-34. PubMed [PMID: 15800228](#). [Texto completo](#)
- Gross G, Schöfer H, Wassilew S, Friese K, Timm A, Guthoff R, et al. Herpes zoster guideline of the German Dermatology Society (DDG). *J Clin Virol*. 2003;26(3):277-89; discussion 291-3. PubMed [PMID: 12637076](#)
- Guidelines for the management of shingles. report of a working group of the British Society for the Study of Infection (BSSI). *J Infect*. 1995;30(3):193-200. PubMed [PMID: 7673741](#)
- Helgason S, Petursson G, Gudmundsson S, Sigurdsson JA. Prevalence of postherpetic neuralgia after a first episode of herpes zoster: prospective study with long term follow up. *BMJ*. 2000;321(7264):794-6. PubMed [PMID: 11009518](#). [Texto completo](#)
- Helgason S, Sigurdsson J, Gudmundsson S. The clinical course of herpes zoster. *European Journal of General Practice*. 1996;2:12 -6. *Journal Club on The WEB*. Coment of: Helgason S, Sigurdsson J, Gudmundsson S. The clinical course of herpes zoster. *European Journal of General Practice*. 1996;2:12-6. Disponible en: <http://www.journalclub.org/vol1/a22.html>
- Hempenstall K, Nurmikko TJ, Johnson RW, A'Hern RP, Rice AS. Analgesic therapy in postherpetic neuralgia: a quantitative systematic review. *PLoS Med*. 2005;2(7):e164. PubMed [PMID: 16013891](#). [Texto completo](#)
- International Herpes Management Forum. Improving the management of varicella, herpes zoster and zoster-associated pain. *International Herpes Management Forum. IHMF Guidelines; 2006* [acceso 19/1/2009]. Disponible en: <http://www.ihmf.org/Monographs/Monographs.asp>

- Jackson JL, Gibbons R, Meyer G, Inouye L. The effect of treating herpes zoster with oral acyclovir in preventing postherpetic neuralgia. A meta-analysis. Arch Intern Med. 1997;157(8):909-12. PubMed [PMID: 9129551](#)
- Jung BF, Johnson RW, Griffin DR, Dworkin RH. Risk factors for postherpetic neuralgia in patients with herpes zoster. Neurology. 2004;62(9):1545-51. PubMed [PMID: 15136679](#)
- Lancaster T, McQuay H. Review: tricyclic antidepressants, capsaicin, gabapentin, and oxycodone are effective for postherpetic neuralgia. ACP J Club. 2002;137(2):52. PubMed [PMID: 12207430](#)
- Lancaster T, Silagy C, Gray S. Primary care management of acute herpes zoster: systematic review of evidence from randomized controlled trials. Br J Gen Pract. 1995;45(390):39-45. PubMed [PMID: 7779475](#). [Texto completo](#)
- Li Q, Chen N, Yang J, Zhou M, Zhou D, Zhang Q, et al. Antiviral treatment for preventing postherpetic neuralgia. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(2):CD006866. PubMed [PMID: 19370655](#)
- Opstelten W, van Loon AM, Schuller M, van Wijck AJ, van Essen GA, Moons KG, et al. Clinical diagnosis of herpes zoster in family practice. Ann Fam Med. 2007;5(4):305-9. PubMed [PMID: 17664496](#). [Texto completo](#)
- Plaghki L, Adriaensen H, Morlion B, Lossignol D, Devulder J. Systematic overview of the pharmacological management of postherpetic neuralgia. An evaluation of the clinical value of critically selected drug treatments based on efficacy and safety outcomes from randomized controlled studies. Dermatology. 2004;208(3):206-16. PubMed [PMID: 15118369](#)
- Prognosis: Postherpetic neuralgia was not frequent or severe after a first episode of herpes zoster. ACP Journal Club. 2001;134:70.
- Rice AS, Maton S; Postherpetic Neuralgia Study Group. Gabapentin in postherpetic neuralgia: a randomised, double blind, placebo controlled study. Pain. 2001;94(2):215-24. PubMed [PMID: 11690735](#)
- Rowbotham MC, Davies PS, Verkempinck C, Galer BS. Lidocaine patch: double-blind controlled study of a new treatment method for post-herpetic neuralgia. Pain. 1996;65(1):39-44. PubMed [PMID: 8826488](#)
- Rowbotham M, Harden N, Stacey B, Bernstein P, Magnus-Miller L. Gabapentin for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized controlled trial. JAMA. 1998;280(21):1837-42. PubMed [PMID: 9846778](#). [Texto completo](#)
- Sabatowski R, Gálvez R, Cherry DA, Jacquot F, Vincent E, Maisonobe P, et al.; 1008-045 Study Group. Pregabalin reduces pain and improves sleep and mood disturbances in patients with post-herpetic neuralgia: results of a randomised, placebo-controlled clinical trial. Pain. 2004;109(1-2):26-35. PubMed [PMID: 15082123](#)
- Volpi A, Gross G, Hercogova J, Johnson RW. Current management of herpes zoster: the European view. Am J Clin Dermatol. 2005;6(5):317-25. PubMed [PMID: 16252931](#)
- Whitley RJ, Weiss H, Gnann JW Jr, Tyring S, Mertz GJ, Pappas PG, et al. Acyclovir with and without prednisone for the treatment of herpes zoster. A randomized, placebo-controlled trial. The National Institute of Allergy and Infectious Diseases Collaborative Antiviral Study Group. Ann Intern Med. 1996;125(5):376-83. PubMed [PMID: 8702088](#)
- Wareham D. Postherpetic neuralgia. Clin Evid. 2005;(14):1017-25. PubMed [PMID: 16620445](#)

Wood MJ, Kay R, Dworkin RH, Soong SJ, Whitley RJ. Oral acyclovir therapy accelerates pain resolution in patients with herpes zoster: a meta-analysis of placebo-controlled trials. Clin Infect Dis. 1996 Feb;22(2):341-7. PubMed [PMID: 8838194](#).

[Texto completo](#)