

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO DEL HERPES ZOSTER CON DIFENIL
HIDANTOINATO DE SODIO

(Seguimiento de casos en un período de --
seis meses en el Hospital Nacional de Jalapa.
Noviembre - Abril 1979).

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la Universidad de San
• Carlos de Guatemala

Por

AURA DELIA ORDOÑEZ CASTAÑAZA

En el Acto de Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Agosto de 1979

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. MATERIAL Y METODOS
4. CONSIDERACIONES GENERALES
5. PRESENTACION DE CUADROS
6. INTERPRETACION Y ANALISIS DE CUADROS
7. CONCLUSIONES
8. RECOMENDACIONES
9. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación, se llevó a cabo motivado por la frecuencia de afecciones virales en el Hospital Nacional "Nicolasa Cruz" de Jalapa, haciendo énfasis en la afección por HERPES ZOSTER y su terapéutica.

El objetivo principal de esta investigación, es producir como un medicamento efectivo único para este tipo de afección al DIFENIL HIDANTOINATO DE SODIO, tomando como base los resultados del estudio realizado en este Hospital, y antecedentes previos.

En este trabajo se presentan casos de Herpes Zoster tratados con medicamentos clásicos para este tipo de afección y casos tratados únicamente con Difenil hidantoinato de Sodio.

OBJETIVOS

1. Conocer la incidencia de afección por Herpes Zoster, en el Hospital "Nicolasa Cruz" de Jalapa.
2. Dar a conocer la efectividad del tratamiento de Herpes Zoster con diversos medicamentos.
3. Dar a conocer la efectividad de Difenil Hidantoinato de Sodio, para la afección por Herpes Zoster.

MATERIAL Y METODOS

1. Hospital Nacional "Nicolasa Cruz", Jalapa.
2. Registros médicos.
3. Personal médico.
4. Personal para-médico.
5. Personal de archivo.

METODO

1. Se procedió a revisar papelería de pacientes con diagnóstico de Herpes Zoster, tratados con distintos medicamentos (Violeta de Genciana, Vitaminas Neurotropas más analgésicos) haciendo énfasis en el tiempo de tratamiento y los resultados del mismo.
2. Tratamiento de pacientes hospitalizados con diagnóstico de Herpes Zoster, con Difenil Hidantoinato de Sodio.
3. Análisis y Resultados.

CONSIDERACIONES GENERALES

HERPES ZOSTER

INTRODUCCION:

La Varicela y el Herpes Zoster, se consideran actualmente consecuencia de la actividad de un mismo virus específico, la diferencia del cuadro clínico en los dos síndromes, refleja diferencias en la respuesta del huésped humano a un mismo agente. Aunque la patogenia del mismo trastorno no es bien conocido, la Varicela puede constituir la respuesta del huésped inmune, y el Herpes Zoster la respuesta de la persona parcialmente inmune.

Virus de la Varicela y del Herpes Zoster:

El virus de la Varicela-Zoster es morfológicamente idéntico al virus del Herpes Simple; es un virus icosaédrico de ADN, compuesto de 162 capsómeros rodeados de una envoltura. La identidad de flotación del ADN del virus de la Varicela-Zoster es de 1.705 g/ml. en CsCl. Se ha demostrado recientemente que el virus se multiplica en cultivos de tejido embrionario humano, que al hacerlo produce cuerpos de inclusión intranucleares característicos.

El virus Varicela-Zoster es diferente de los virus del Herpes Simple.

Definición:

También conocido como Herpes Zona o simplemente Zoster. Es un proceso infeccioso no autoinoculable, agudo no específico, que invade el sistema nervioso periférico, el tegumento cutáneo o las mucosas, acompañado de erupción vesicular, intensamente doloroso, cir-

cunscrito en la piel y membranas mucosas.

La erupción localizada refleja un proceso inflamatorio consciente de ganglios raquídeos dorsales o ganglios de nervios craneales correspondientes.

Etiología:

El virus es muy específico del huésped y sólo se ha transmitido experimentalmente al hombre. Ataca a ambos sexos sin respetar la edad o raza, puede aparecer en una forma primaria y sin una causa aparente, o ser secundaria a causas desencadenantes como traumatismos, enfermedades infecciosas o crónicas, en personas convalescientes o ancianos, coincide con tratamientos a base de arcenicales, radioterapia o intervenciones quirúrgicas, así como en enfermos que sufren de Leucemia, Cáncer de la mama o enfermedad de Hodgkin. En algunos casos de aparición espontánea, se cree que la infección primaria pasó desapercibida y que el virus permanece en el organismo en forma latente por muchos años y luego un descenso en la resistencia natural del organismo, se activa, en forma de Zoster.

Se cree que la infección por Herpes Zoster es una reinfección endógena o exógena de la varicela. Algunos pacientes con Zoster dan el antecedente de contactos recientes con una fuente externa de virus, aunque los estudios epidemiológicos no han podido demostrar una frecuencia de Zoster mayor, con períodos de epidemia de Varicela.

La Varicela ocurre en niños de 2 a 8 años. El Herpes Zoster es frecuente en adultos, aunque se observa en lactantes y niños. Aumentando el porcentaje de aquellos con la edad. Un estudio reciente indica que aproximadamente la mitad de la gente que llega a los 85 años, habrá experimentado un ataque de Zoster.

Anatomía, Patología y Patogenia:

El virus de la Varicela puede comportarse como neurotrófico, penetrar y permanecer en el interior de las células nerviosas por períodos prolongados de tiempo. Años después estímulos diversos (exposición al frío, presión sobre un nervio) pueden provocar una reactivación del virus a lo largo de las fibras de la raíz posterior a donde llega a unos por vía hematógena y para otros se propaga a lo largo de los axones y se localiza en los ganglios después de lo cual aparecen las vesículas de Herpes Zoster. A menudo es afectado un ganglio, por regla general, la distribución de las lesiones cutáneas corresponde íntimamente a las zonas de inervación proveniente de una raíz ganglionar individual. Hay infiltración celular, necrosis de las células no nerviosas e inflamación de la vaina del ganglio. Se ha demostrado la destrucción de las fibras nerviosas sensitivas provenientes de la dermis, con degeneración de las fibras correspondientes de la médula espinal.

El Herpes Zoster, afecta sobre todo zonas de piel inervada por los ganglios torácicos (50%); cervicales (15%); y la rama oftálmica del Ganglio de Gasser (10%).

CUADRO CLINICO:

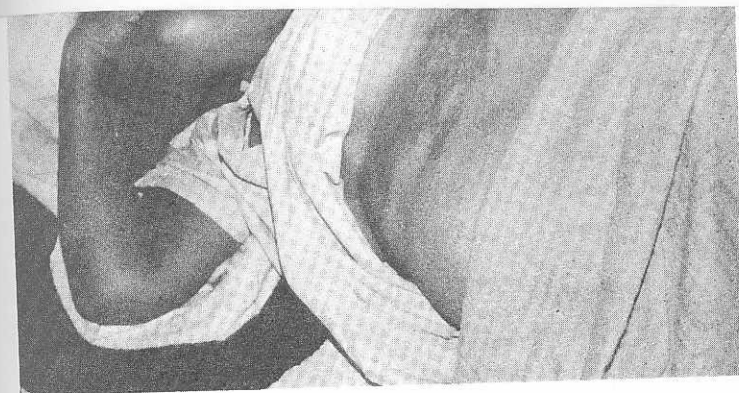
El período de incubación es de 7 a 14 días. La lesión inicial puede manifestarse por trastornos, cutáneos, por síntomas nerviosos localizados.

En el primer caso que es lo más común, la dermatosis está constituida por máculas o placas edematosas de color rojo vivo de tamaño variable y forma irregular, aisladas o confluentes y a pocas horas aparece en su superficie, grupos de vesículas pequeñas aisladas y coniformes, llenas de líquido seroso o sanguinolento, que se rompen con facilidad y dejan salir el contenido que al secarse, se

cubren de costras y escamas hemáticas. Dichas placas están separadas por zonas de piel sana. Se distribuyen en forma unilateral y en banda siguiendo el trayecto del nervio afectado y aparecen en forma de brotes recurrentes presentando lesiones en diferente período de evolución. En las formas agudas las vesículas al romperse se transforman en ulceraciones con base necrótica (Herpes gangrenoso), o se complican con infección piógena secundaria, manifestaciones que se ven con frecuencia cuando el Zoster invade la mucosa oral u ocular. La adenitis regional o múltiple es constante, precede o coincide con dicho cuadro, los síntomas dolorosos que se manifiestan por intenso dolor local o irradiado, agudo o lacinante y persiste asociado a parestesias como quemaduras cefalea, malestar general, fiebre poco elevada sobre todo en ancianos.

Su distribución más frecuente es el tórax, donde sigue el trayecto de los nervios intercostales; en la cabeza puede invadir el Ganglio de Gasser y su rama oftálmica, con cefalea, Ptosis del Párpado Superior, trastornos pupilares, así como manifestaciones cutáneas de la conjuntiva, con queratoconjuntivitis, úlceras de la córnea y otras lesiones más serias. Si ataca el ganglio geniculado y la rama auditiva se manifiesta por Parálisis de Bell, alteraciones auditivas y nareos, así como lesiones cutáneas en la oreja, conducto auditivo externo y mucosas de la lengua. Cuando lesiona el Glossofaríngeo produce dolor intenso en el oído y faringe, con lesiones vesiculares en la mucosa del velo del paladar y áreas vecinas. Con menos frecuencia se observa en las regiones occipito-cervical, lumbo-inguinal, lumbo-femoral, genital y extremi-

dades. De distribución unilateral. Las lesiones invaden exclusivamente las zonas cutáneas inervadas y se detienen bruscamente en la línea media del cuerpo entre las formas excepcionales se ha descrito el Zoster bilateral o la invasión simultánea en las dos regiones diferentes.



EVOLUCION:

De aparición brusca y curso agudo, el Zoster evoluciona por brotes en dos a tres semanas como máximo y luego tiende a desaparecer progresivamente, el dolor persiste aún cuando las lesiones han evolucionado y en los adultos y ancianos permanecen por mucho tiempo bajo la forma de neuralgias post-herpéticas. En los niños o jóvenes evoluciona con más rapidez y no deja secuelas, al curar deja cicatrices discrómicas que permiten el diagnóstico retrospectivo. En los adultos dichas cicatrices pueden volverse queloides.

Por lo general el Zoster no recidiva ni recae y aquellos que han descrito como recurrencias pueden ser enfermos con Herpes Simple zoneiforme mal interpretado.

De las complicaciones la más seria es la observada en el Herpes de la cara al invadir la mucosa ocular, ya que las vesículas al ulcerarse dan lugar a queratoconjuntivitis con úlceras de la córnea, esclerótica e iridociclitis en los casos graves. En otras regiones se complican con necrosis de los tejidos o infección piógena secundaria y en el sistema nervioso puede observarse inflamación y destrucción de las células de los ganglios con extensión hacia la médula, sistema nervioso central o nervios periféricos.

DIAGNOSTICO:

Durante el curso de la infección se producen anticuerpos, los cuales se han demostrado mediante la aglutinación de los corpúsculos elementales que se encuentran en el líquido vesicular por la acción de sueros convalescentes. Se ha descrito también una prueba de Gel: precipitación de gel de agar que indica la identidad de los antígenos de la Varicela y del Herpes Zoster. Las inmunoglobulinas producidas después de la infección por Herpes Zos

ter han sido estudiados, los anticuerpos específicos se encuentran solamente en la fracción IgG. Estudiando productos obtenidos por raspado de vesículas jóvenes o material de biopsia, demostrará la presencia de virus de Varicela-Zoster o de Herpes Simple y excluirá la Viruela o Vacuna.

Otras entidades patológicas con erupción vesicular generalizada que deben tenerse en cuenta para el diagnóstico diferencial excluye eczema vacunal, eczema herpético, Riketsias, pústulas y algunas infecciones por virus Coxsakie. Una erupción atípica de Zoster puede clínicamente ser imposible de diferenciar las lesiones del Herpes Simple recidivante.

El dolor en la etapa pre-eruptiva del Zoster puede sugerir diversos procesos, como pleuresía o apendicitis.

Para establecer el diagnóstico específico, puede aislarse el virus inoculando cultivo de células adecuadas con líquido de vesículas recién aparecidas, las lesiones cutáneas precedentes o costrosas no suelen permitir aislar el virus.

La demostración de un valor creciente de anticuerpos fijadores de complemento para antígeno de Varicela Zoster es útil pero debe de interpretarse con precaución debido a los componentes antigénicos que compiten con los virus de Herpes Simple.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD:

Entre los factores predisponentes más importantes en incidencia de Herpes Zoster, se cuentan quimioterapia y radiación reciente, quimioterapia en enfermedad avanzada hematológica, radiación local, esplenectomía, radiación reciente a nódulos y energía cutánea.

Los problemas con Herpes Zoster son más que todo de morbilidad que de mortalidad. Generalmente se obtiene una mortalidad menor del 5% por muerte atribuible directamente al Zoster, mientras que en otras series ocurre 0 de mortalidad. La diseminación aunque rara puede incluir ocupación de todo el tracto gastrointestinal con lesión obstructiva en intestino delgado, miocarditis. La neuralgia post-herpética contribuye al malestar de debilitamiento del paciente.

COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS DEL HERPES ZOSTER:

Las complicaciones neurológicas de infecciones con Varicela Zoster incluyen: Encefalitis, Meningitis, Mielitis y Neuropatías periféricas, ambas sensoriales o motoras tal como el Síndrome de Guillan Barre. Sin embargo, parece haber más patología de pares craneales y periféricos con Zoster, siendo las neuropatías motoras las más comúnmente presentes, traducida por parálisis muscular en el sitio del Dermátomo afectado por el rash. Hemorragias y vasculitis también han sido reportadas en estudios post-mortem. En resumen, complicaciones neurológicas de Varicela y Zoster incluyen múltiples sitios del sistema nervioso como también periférico, y medidas preventivas y terapéuticas deberían tomarse en cuenta considerando las múltiples formas patológicas de invasión al sistema nervioso.

TRATAMIENTO:

A pesar de los numerosos tratamientos preconizados hasta la fecha, no existe ningún tratamiento específico, y los más eficaces se limitan a combatir los síntomas cutáneos y nerviosos. Para los primeros, lo mejor es el uso de sustancias secantes como la loción de calamina con alcohol y pequeña cantidad de mentol y alcanfor, que actúan como antipruríticos; o el uso de polvos

En los casos de Neuralgia post-herpética rebeldes, se puede usar la alcoholización o novocainización de los ganglios o ramas nerviosas afectadas.

El dolor herpético puede requerir neurocirugía tipo Cordotomía.

También se ha usado Adenina Arabinósido administrada a una dosis de 10 mg. por Kg. de peso en 5 días, ya que acelera la cicatrización cutánea y con toxicidad mínima.

En estudios recientes (Feb. 1978) se encuentra el uso de DIFENIL HIDANTOINATO DE SODIO para el tratamiento del Herpes Zoster, siendo su efecto similar al efecto ejercido sobre los tipos de Neuralgias (inhibidor sensitivo en áreas hiperreactoras).

ANALISIS DE CUADROS

Para la realización del presente trabajo, se tomaron en cuenta, en forma retrospectiva, fichas clínicas de Pacientes con Diagnóstico de Herpes Zoster, tratados con medicamentos clásicos para este tipo de afección, siendo un total de 8 Pacientes.

Asimismo, durante seis meses se estudiaron Pacientes con Diagnóstico de Herpes Zoster tratados con Difenhidantoinato de Sodio, los cuales fueron también un número de 8 Pacientes.

Este grupo fué visto directamente, llevándose un control sobre tratamiento, su inicio, evolución y resolución, como se presenta en los siguientes cuadros.

GRUPO TESTIGO

CUADRO N° 1

PTE.	EDAD	SEXO	AREA AFECTADA	*TIEM.TX.	TX.	ANTEC. INFECC.
1	58a	M	Hombro Der.	12 d	Violeta Genciana.	No recuerda
2	68 a	M	Antebrazo Izq.	20 d	Vit. B, Mentol, Neurobión. Loción de Calamina.	Sarampión
3	16 a	M	Cara	18 d	Cibalgina, Loción de Calamina, Neurobión.	No recuerda
4	56 a	F	Muslo Izq.	15 d	Conmel, Tiamina.	No recuerda
5	70 a	F	Gluteo Der.	11 d	Loción de Calamina, Cibalgina.	No recuerda
6	26 a	M	Hemitorax Ant. Der.	14 d	Lisalgil, Vit. B12	Varicela
7	17 a	F	Cara	18 d	Violeta de Genciana	No recuerda
8	52 a	M	Tórax Ant. Der.	16 d	Tiamina, Mentol.	No recuerda

Datos generales de pacientes tomados como grupo testigo con diagnóstico de Herpes Zoster, que fueron revisados, tratados con medicamentos clásicos (Violeta de Genciana, Vit. neurotropas, analgésicos) 8 pacientes.

*En lo que se refiere al "Tiempo de Tratamiento", se tomó el tiempo total desde el inicio del tratamiento hasta la resolución del mismo.

INTERPRETACION DE LAS DIFERENTES VARIABLES QUE COMPONEN EL CUADRO GENERAL DEL GRUPO TESTIGO.

CUADRO No. 1.1

SEXO	PACIENTES
Femenino	4
Masculino	4
Total:	8

Encontramos igualdad de pacientes en ambos sexos.

CUADRO No. 1.2

SEXO	PACIENTES
1 - 10 a.	0
11 - 20 a.	2
21 - 30 a.	1
31 - 40 a.	0
41 - 50 a.	0
51 - 60 a.	3
61 - 70 a.	2
Total:	8

La edad más frecuentemente encontrada fué en la 5a. y 6a. década de la vida.

CUADRO No. 1.3

OCUPACION	PACIENTES
Agricultor	4
Carpintero	1
Chofer	2
Estudiante	1
Total:	8

Muestra las diferentes ocupaciones de los pacientes con esta afección, siendo el número mayor correspondiente a los agricultores.

CUADRO No. 1.4

ORIGINALIDAD	PACIENTES
Cabecera	3
Municipio	2
Aldea	3
Caserío	0

En cuanto a originalidad, no encontramos mayor diferencia entre los distintos lugares como se vé en el presente cuadro.

CUADRO No. 1.5

ANTECEDENTES	PACIENTES
Sarampión	1
Varicela	2
Erisipela	0
No recuerda	5
Total:	8

En lo que respecta a los antecedentes como parte importante dentro de esta afección, no se puede valorar, ya que según indica el cuadro, la mayoría de las personas no recuerda.

CUADRO No. 1.6

AREA AFECTADA	PACIENTES
Cara	1
Brazos	1
Hombros	2
Tórax	2
Muslo	2

Este cuadro muestra las diferentes regiones afectadas, tomando en cuenta que se tomaron áreas grandes; Ej: Cara, tórax anterior y posterior, hombros, etc.

GRUPO ESTUDIADO (TX. DIFENIL HIDANTOINATO DE SODIO)

CUADRO No. 2

PTE.	EDAD	SEXO	AREA AFECTADA	*TIEM.TX	TX.	ANTEC. INFECC.
1	70 a	F	Cara	10 d	Difenil Hidantoinato de Sodio	No recuerda
2	56 a	F	Tórax Ant.	11 d	"	Sarampión
3	17 a	M	Brazo Der.	10 d	"	Varicela
4	40 a	M	Fosa ilíaca Der.	9 d	"	Erisipela
5	56 a	F	Tórax Ant. Der.	8 d	"	No recuerda
6	12 a	M	Tórax Ant. Izq.	11 d	"	No recuerda
7	55 a	F	Tórax Ant. Der.	11 d	"	No recuerda
8	22 a	F	Cara	9 d	"	No recuerda

El presente cuadro corresponde a los datos generales de los pacientes que fueron estudiados, tratados con Difenil Hidantoinato de Sodio (total 8 pacientes).

*Corresponde al tiempo completo desde el inicio del tratamiento hasta la resolución completa.

INTERPRETACION DE LAS DIFERENTES VARIABLES QUE COMPO-
NEN EL CUADRO GENERAL DEL GRUPO ESTUDIADO.

CUADRO No. 2.1

SEXO	PACIENTES
Masculino	3
Femenino	5
Total:	8

No encontramos mayor diferencia dentro de este grupo en lo que respecta a sexo femenino o masculino.

CUADRO No. 2.2

EDAD	PACIENTES
1 - 10 a.	0
11 - 20 a.	2
21 - 30 a.	1
31 - 40 a.	1
41 - 50 a.	0
51 - 60 a.	3
61 - 70 a.	1
Total:	8

En cuanto a la edad, siempre predomina en la 5a. y 6a. década de la vida, aunque en este grupo encontramos 2 casos de 11 y 20 años.

CUADRO No. 2.3

OCUPACION	PACIENTES
Agricultor	2
Estudiante	2
Of. Domésticos	3
Albañil	1
Total:	8

La ocupación como en el grupo anterior, no es muy diferente entre uno y otro como se puede ver en el cuadro.

CUADRO No. 2.4

ORIGINALIDAD	PACIENTES
Cabecera	3
Municipio	4
Aldea	1
Caserío	0
Total:	8

Corresponde a los diferentes lugares a los cuales los pacientes pertenecen, siendo mayormente en municipio.

CUADRO No. 2.5

ANTECEDENTES	PACIENTES
Sarampión	1
Varicela	1
Erisipela	1
No recuerda	5
Total:	8

Se pusieron en el presente cuadro solamente estas infecciones, ya que son las únicas que fueron reportadas por los pacientes, siendo siempre como en el grupo testigo que la mayoría de ellos no recuerda estos antecedentes importantes.

CUADRO No. 2.6

LOCALIZACION DE LESION	PACIENTES
Cara	2
Brazos	1
Tórax Ant. y Post.	4
Reg. Inguinal	1
Total:	8

De la misma manera que el grupo testigo se tomaron áreas grandes de localización predominando el tórax.

ANALISIS DE LOS DATOS GENERALES DE AMBOS GRUPOS

Dentro de los pacientes estudiados, tanto los que corresponden al grupo testigo, como al grupo observado (8 pacientes cada uno), se tomaron los mismos parámetros de estudio y que se consideraron necesarios para realizar el presente trabajo de tesis.

Con respecto a la edad en ambos grupos, se observó que corresponden en la mayor frecuencia en la 5a. y 6a. década de la vida.

Del sexo: podemos decir, que no hubo diferencia, ya que, la afección se observó tanto en hombres como en mujeres, pues la diferencia es mínima.

En lo que respecta a ocupación y originalidad, no hay diferencia entre ambos grupos, pues en su mayoría corresponden a la cabecera municipal.

Analizando antecedentes previos a la afección, la mayoría de los pacientes no recuerda enfermedades de la infancia, siendo muy pocos los que tienen una vaga idea de determinadas enfermedades (sarampión, varicela, escarlatina) y únicamente tres de ellas dan datos de haber padecido varicela, por lo que, en lo referente a este dato, no los tomaremos como fidedigno, en lo que respecta a la etiología de la enfermedad.

Al analizar la localización de la lesión, no se tomaron en ambos grupos, áreas determinadas del cuerpo, ya que cada uno de los pacientes presentaron diferentes áreas, por lo que se agruparon en regiones grandes, ejemplo: Tórax: Anterior, Posterior, Hemitorax derecho e izquierdo, etc. Con respecto a este parámetro, vemos que es más frecuente en tórax.

TRATAMIENTO CON VIOLETA DE GENCIANA + ANALGESICOS ORALES + VITAMINAS NEUROTROPAS

CUADRO No. 3

PTE.	INICIO TX.	EVIDENCIA MEJORIA	DESAPARECIO LESION	DESAPARECIO DOLOR
1	1 d.	6 d.	7 d.	12 d.
2	3 d.	8 d.	10 d.	20 d.
3	2 d.	5 d.	8 d.	18 d.
4	2 d.	6 d.	12 d.	15 d.
5	1 d.	7 d.	8 d.	22 d.
6	4 d.	7 d.	12 d.	14 d.
7	2 d.	6 d.	8 d.	18 d.
8	3 d.	8 d.	10 d.	16 d.
Promedio días:		6.62 d.	9.37 d.	16.87 d.

En lo que respecta al inicio del tratamiento se refiere al tiempo cuando se dió el Diagnóstico de Herpes Zoster y al mismo tiempo se inició tratamiento (el tratamiento clásico).

Con respecto al último renglón del cuadro, se refiere a los días promedio que tardó en evidenciarse mejoría, así como desaparición de lesión y dolor.

PACIENTES TRATADOS CON DIFENIL HIDANTOINATO DE SODIO

CUADRO No. 4

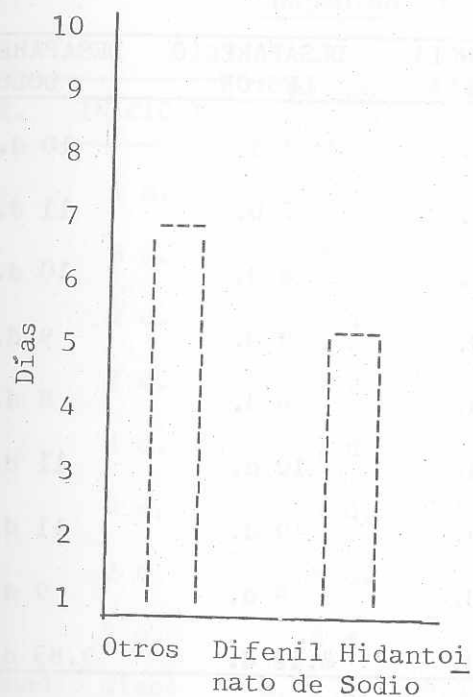
PTE.	INICIO TX.	EVIDENCIA MEJORIA	DESAPARECIO LESION	DESAPARECIO DOLOR
1	3 d.	5 d.	7 d.	10 d.
2	1 d.	6 d.	7 d.	11 d.
3	1 d.	5 d.	8 d.	10 d.
4	2 d.	6 d.	9 d.	9 d.
5	1 d.	4 d.	6 d.	8 d.
6	2 d.	5 d.	10 d.	11 d.
7	3 d.	5 d.	9 d.	11 d.
8	1 d.	6 d.	9 d.	9 d.
Promedio días:		5.25 d.	8.12 d.	9.85 d.

Pacientes vistos en la consulta externa, emergencia, ingresados con diagnóstico de Herpes Zoster, iniciados con tratamiento de Difencil Hidantoinato de Sodio, observados directamente.

Ultimo renglón de cuadro: Días promedio de evidencia de mejoría, desaparición lesión, desaparición dolor.

EVIDENCIA DE MEJORIA

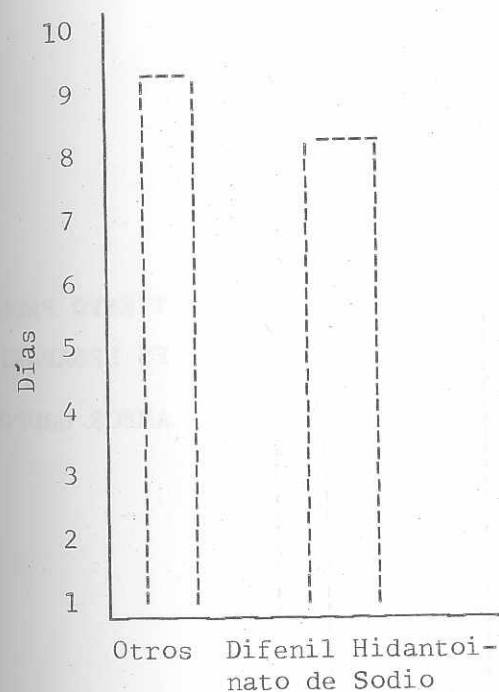
GRAFICA No. 1.



Presenta el promedio en días en el cual se evidenció una mejoría, de ambos grupos estudiados tratados con medicamentos clásicos y con Difenil Hidantoinato de Sodio.

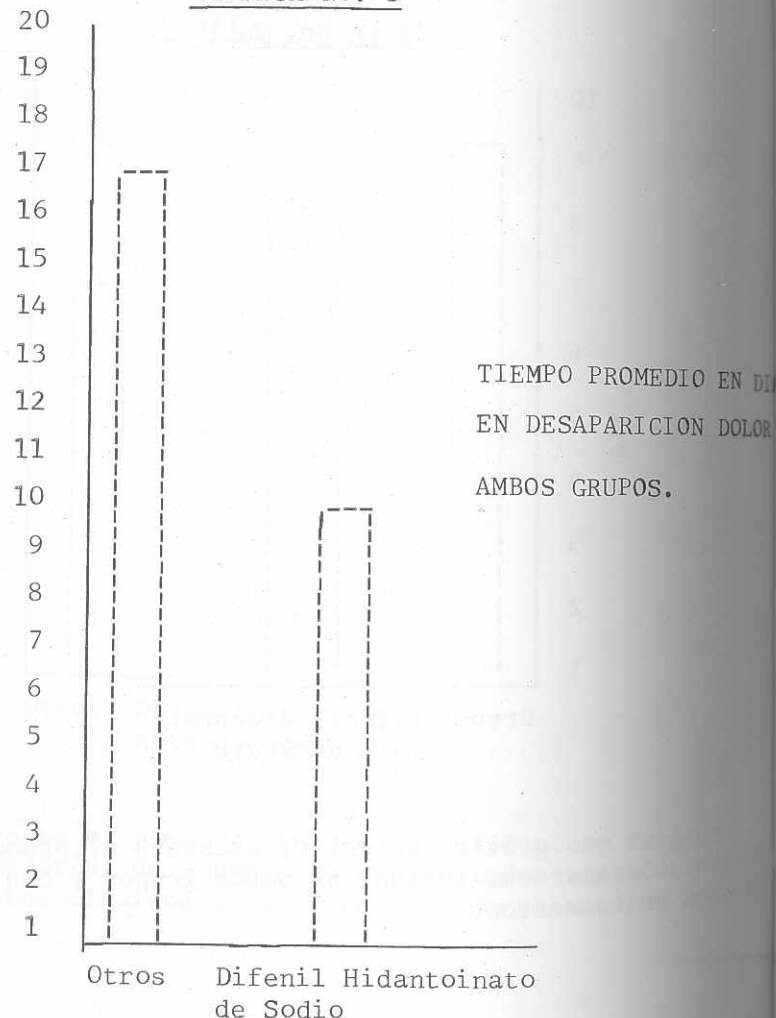
DESAPARICION LESION

GRAFICA No. 2.



Igual que gráfica anterior, presenta el promedio en días en desaparecer lesión, en ambos grupos y con los mismos medicamentos.

DESAPARICION DOLOR
GRAFICA No. 3



TIEMPO PROMEDIO EN DÍAS
EN DESAPARICION DOLOR
AMBOS GRUPOS.

ANÁLISIS DE CUADROS Y GRAFICAS

Análisis de los cuadros presentados que muestran la evolución de los pacientes tratados con diversos medicamentos y los pacientes tratados con Difenil Hidantoinato de Sodio.

Los datos de los pacientes que presentamos en el cuadro No. 3, fueron tratados con medicamentos clásicos para la afección por Herpes Zoster (violeta de genciana, loción de Calamina, vitamina B12, Neurobión, Cibalgina, etc. Estos aparecen en cuadro No. 1).

Fueron investigados por sus fichas clínicas, tomando el tiempo del inicio del tratamiento, evidencia de mejoría, desaparición lesión, desaparición dolor, conforme fueron llevados hasta su egreso del hospital.

Este cuadro (No. 3) presenta que se iniciaron los diversos medicamentos dentro de un período de tres a cuatro días desde su ingreso, viéndose la mejoría de 5 a 8 días. Desaparición lesión de 7 a 12 días y desaparición dolor de 11 a 20 días.

No se puede decir que haya una relación entre tiempo de inicio de tratamiento y desaparición del dolor, ya que en unos se inició más temprano y tardó más, mientras que en otros fué todo lo contrario (no tomando en cuenta los diversos medicamentos recibidos).

En cuanto al grupo que recibió tratamiento con Difenil Hidantoinato de Sodio (cuadro No. 4), fueron pacientes que ingresaron al hospital con diagnóstico de Herpes Zoster, y desde su ingreso fueron tratados bajo observación directa únicamente con Difenil Hidantoinato de Sodio en forma oral, dándose una tableta de 100 mg. tres veces al día, sin dejar ninguna loción o crema local, dos

pacientes llevados por consulta externa y seguimiento de casos se les dió el mismo tratamiento.

La duración del tratamiento fué de 1 a 8 días (tiempo mayor de duración de la enfermedad). Según muestra el cuadro, el tiempo de inicio del tratamiento varía de 1 a 3 días, ésto desde el principio del malestar hasta que se dió el diagnóstico de Herpes Zoster y su inicio del tratamiento.

La evidencia de mejoría tanto en las lesiones como el dolor, va desde los 4 a 7 días; la desaparición de la lesión de 7 a 10 días y la desaparición del dolor de 9 a 11 días.

Si comparamos los dos grupos, nos damos cuenta que, el tiempo que se llevó en evidenciarse una mejoría fué menor en pacientes tratados con Difenil Hidantoinato de Sodio que el grupo testigo, viéndose más objetivamente que el tiempo desaparición lesión, desaparición dolor, en ambos grupos es diferente, ya que dentro del grupo testigo el mayor tiempo en desaparecer lesión de 12 días y en desaparecer dolor de 20 días, mientras que en grupo tratado con Difenil Hidantoinato de Sodio, el mayor tiempo en desaparecer lesión fué de 10 días y en desaparecer dolor de 11 días.

Tomando en cuenta como dato importante dentro de este grupo, el período de tiempo entre desaparición lesión y dolor es no mayor de 4 días, a diferencia del grupo testigo, por lo que se puede ver la efectividad de este medicamento como único tratamiento para la afección por Herpes Zoster.

En cuanto a las gráficas, muestran en días promedio en el que se evidenció una mejoría con los dos grupos de tratamiento que fué de: 6.66 días para el grupo testigo y de 5.25 para el grupo estudiado; días

promedio de desaparición lesión: 9.37 días para el grupo testigo y 8.12 días para el grupo estudiado. Días promedio de desaparición dolor: 16.87 días para el grupo testigo y 9.85 días para el grupo estudiado, es aquí en donde se nota la diferencia tan grande que existe en ambos grupos que tuvieron distinto tratamiento para este tipo de afección.

CONCLUSIONES

Del presente trabajo se concluye que:

1. Pacientes con afección con Herpes Zoster pueden ser tratados únicamente con Difenil Hidantoinato de Sodio.
2. El tiempo de la evolución de la enfermedad, desde su diagnóstico, inicio del tratamiento, hasta la desaparición del dolor, es menor tratado con Difenil Hidantoinato de Sodio.
3. El Difenil Hidantoinato de Sodio, es un medicamento que puede ser utilizado tanto en pacientes hospitalizados como en pacientes ambulatorios, por su fácil manejo.
4. El período de tratamiento es más corto y de fácil adaptación al mismo.
5. En pacientes estudiados no se observó ninguna complicación.

RECOMENDACIONES

1. Diagnosticar en forma temprana la afección por Herpes Zoster, para iniciarle como único tratamiento, Difenil Hidantoinato de Sodio.
2. No usar como primera elección las Vitaminas Neurotropas, ya que no tienen ninguna evidencia terapéutica específica para el tratamiento de Herpes Zoster.
3. Vigilar pacientes con procesos virales ante la posibilidad de desarrollo de afección por Herpes Zoster.
4. Descartar procesos neoplásicos en pacientes añosos (arriba de 50 años) con Herpes Zoster.
5. Hacer conciencia en el paciente, que la afección aún tratada con Difenil Hidantoinato de Sodio, no mejorará en forma espontánea.

BIBLIOGRAFIA

1. Acute pharmentosellitis caused by Herpes virus tipos. Jama May. S 1978.
2. Cordero. Dermatología. Herpes Zoster Pág: 127.
3. Carta Médica. S.F. Roobs (Efectos farmacológicos del Difenil Hidantoinato de Sodio). Feb. 1978.
4. Ernest Jawetz. Microbiología Médica. 5a. edición. Pág: 516.
5. Goodman, Lovis S., Gilman, Alfred. Farmacología, 5a. edición. 1978. Pág: 175.
6. Harrison, Medicina Interna. Herpes Zoster, Pág: 1119.
7. Herpes Zoster. Generalized. Zon and Lynphosis, apros of two cases of ten, asociated with oseous paget's disease. Duverne J. et al Med. Lyon 48. 187 - 93. Feb. 77.
8. Herpes Zoster, N. Engl J Med, 298 (18) 981 - 7. 4 mayo 78.
9. Infusión therapy of acute trigeminal neuralgia using Phenytion Iv. MMW. Muench Med. Wochenscher 120 (15) 529 - 30 Nov. 78.
10. Promising Antiherpes agent. Jama November 1978.
11. Therapy. Obtaining donor plasma and study of its therapeutic porperties in Herpes Zoster. Skurkovid DV. et al Pribl. Gematol Perelin Krovi 12 (4) 49 - 51. Apr. 77.

12. Terapy of Herpes Zoster, with Sodiom Pentosan Poly sulfate Raf. M. et al Munich Med. Wochenscher 119 (23) 817 Jun. 77.
13. Tretment with transfer factor of Herpes Zoster Vari cella infection in Hodgkin disease. Silvino G. et al Hematológica (Pavia) 63 (1) 56 - 60. Feb. 78.

A. Andrade
Br. Aura Dolia Ordóñez Castañeda

Arturo Molina
Asesor
Arturo Molina

1665
Revisor

Dr. S. Antonio Carías Recinos

de Fase III

Secretario General

Vo.Bo.

Decano