

PRIMOINFECCIONES HERPÉTICAS: ESTRATEGIA PARA EL ABORDAJE DEL CASO AGUDO

Por la Dra. Patricia María Ybarra

Centro de Enseñanza e Investigación Médica Homeopática Argentina

INTRODUCCIÓN: Este trabajo es un resumen del expuesto en las 1ª Jornadas de Homeopatía Pediátrica (5 y 6 de octubre de 2001) y representa una apretada síntesis de un estudio de investigación realizado en la Fundación Médica Homeopática Vitalis.

El tema que he elegido para compartir con todos ustedes es el de las primoinfecciones herpéticas, cuadro que seguramente hemos visto realizando alguna guardia o en nuestra práctica diaria del consultorio, debido a la rapidez en la aparición de los síntomas, a la intensidad de los mismos, al prolongado tiempo de evolución y al gran disconfort que le provoca al paciente, siendo inclusive causa de hospitalización por sus complicaciones. Aún más, por tratarse de un cuadro "autorresolutivo", su tratamiento alopático con antivirales (no exento de efectos adversos) es controvertido y hay quienes recomiendan no usarlo. Ni hablar de los pacientes que presentan herpes recidivante, donde sabemos que sólo el abordaje del niño desde la medicina homeopática, será lo único capaz de curar esa susceptibilidad.

Rápidamente recordemos la familia de los virus herpes:

1. Herpes simple tipo 1 y 2 -al cual nos referimos-
2. Varicela-zóster
3. Citomegalovirus
4. Herpes virus 6, responsable de la 6ª enfermedad o roséola
5. Herpes virus 7, que tiene tropismo por SNC, y que en el adulto se expresaría como cuadro mononucleosis like
6. Herpes virus 8, relacionado con el sarcoma de Kaposi y los linfomas en pacientes HIV positivos.

De este grupo de virus, me voy a referir al virus del herpes simple tipo 1 y 2, recordando que antes se consideraba al tipo 1 en relación a la infección oral y el tipo 2 a la transmisión sexual, pero actualmente y debido a los cambios de hábitos sexuales, esta diferenciación ya no es posible. Una vez en contacto con el virus y luego de la replicación viral, el virus entra en latencia, localizándose en los ganglios sensoriales de los nervios dorsales. El período de incubación de la primoinfección es de dos a veinte días y en la mayoría de los casos es asintomática y se detecta por seroconversión.

Cuando la infección se hace manifiesta se puede expresar como:

1. Gingivostomatitis (GEH)

2. Vulvovaginitis

3. Queratoconjuntivitis. Más raramente, si el niño es un paciente atópico severo, puede presentarse como la llamada

4. Erupción Variceliforme de Kaposi o como

5. Panadizo herpético, asociado generalmente a las manifestaciones orales.

Las complicaciones que podemos observar son que las lesiones se impetiginizen. Y respecto de esta complicación les muestro los medicamentos que Calvin Knerr nos aporta en su Repertorio y que no figuran en el repertorio de Kent. (Cuadro 1) Estos agregados son el producto de un trabajo de investigación que he realizado acerca de las infecciones herpéticas en la Fundación Médica Homeopática Vitalis.

Cuadro 1: Erupciones herpéticas impetiginizadas (K.N.)

ars. bapt. cinch. merc. psor. rhus-t.

Otra complicación, por supuesto de otra envergadura es la encefalitis herpética, pero esta es más frecuente en neonatos, su aparición como complicación de una gingivostomatitis aunque descrita es más rara. La GEH es la forma de infección primaria por el virus del herpes simple más frecuente en la infancia, y se la observa en niños entre 10 meses y 3 años, aunque puede verse también en niños mayores.

En su repertorio William Boericke, nos habla de inflamación herpética en el capítulo de garganta interna y esta rúbrica tampoco figura en el repertorio de Kent, pero, a los fines prácticos sería útil considerar los medicamentos que se encuentran en vesícula.

Debe hacerse notar la importancia la diversidad de síntomas mentales que se pueden presentar y que pueden manifestarse como síntomas nuevos, o bien como una exacerbación durante el cuadro agudo. Ya sea que el niño está callado, o irritable por el dolor, o que desee estar alzado. O bien que se manifieste a través del llanto con la fiebre, por bagatelas, o el deseo de estar acompañado. O el niño no quiere ser tocado o se lo nota irritable con la fiebre. Todas manifestaciones de su idiosincrásica manera de enfermar.

Puede el niño mostrarse triste o inquieto, o lo vemos aferrándose a algo o a alguien o por ejemplo podemos observar un signo mental objetivo, colocando los dedos en la boca. Este síntoma que el niño presenta, en relación al intenso dolor, aparece en el capítulo de mentales. En esta rúbrica figuran medicamentos que presentan el síntoma en relación a alguna patología como en este caso, y medicamentos que lo presentan desde la esfera mental.

Los síntomas con los que se presenta son fiebre elevada, en general mayor a 39°. El síntoma de fiebre mayor de 39°C lo ubicamos en el capítulo de fiebre, intenso calor febril (777/1). Todas las referencias corresponden al repertorio de Eizayaga. Otros síntomas, ya generales, por ejemplo el insomnio o la somnolencia durante los dolores, recordando que este último síntoma es un marcador de probable

complicación encefálica, más aún cuando se acompaña de fiebre. Y por supuesto tener en cuenta los síntomas generales que acompañan al cuadro febril.

En cuanto a la sed y a los deseos y aversiones alimentarios en esta particular forma de presentación de la primoinfección por herpes virus, quiero hacer especial hincapié en la importancia de obtener algunos de estos síntomas.

Yo he comprobado el valor inestimable que tienen debido a su peculiaridad, considerando que lo habitual es que el paciente rechace toda ingesta de líquidos y de sólidos debido al intenso dolor que presenta. En cuanto a los síntomas particulares, las lesiones son vesículas (que es la lesión elemental del herpes), que se localizan en la boca y aquí pueden hallárselas en la lengua, las encías, amígdalas, el paladar y la mucosa yugal), también en los labios y en la piel peribucal. Cursa con gingivitis, por lo tanto las encías están tumefactas, edematosas, enrojecidas, friables y sangrantes. El primero sería el componente de la estomatitis y el segundo de la gingivitis. Por ejemplo, las vesículas de la boca, labios y de la piel peribucal podemos encontrarlas en el capítulo de boca, herpes (BOCA, herpes 281/1) o en la subrúbrica de vesículas (BOCA, vesículas 288/2), con las diferentes localizaciones. Pero también podemos ir a la rúbrica madre de erupciones, herpes, dentro del capítulo de cara (CARA, erupciones, herpes 260/3), si es que hay lesiones allí. La gingivitis las buscamos en boca, inflamación de encías (BOCA, inflamación, encías 281/3) o bien en hemorragia si la hubiera (BOCA, hemorragia, encías 280/3). Sin olvidarnos de característico enrojecimiento de las encías, (BOCA, decoloración, encías, rojas 272/1) síntoma que contribuye al intenso dolor que los niños padecen.

Cursa el cuadro con halitosis (BOCA, olor 283/1), sialorrea (BOCA, salivación 285/3), que se debe al gran dolor que el niño tiene para deglutir.

La lengua está saburral (BOCA, decoloración, lengua 272/1) y el cuadro se acompaña se adenomegalias (CARA, hinchazón, ganglios 265/1) muy dolorosas espontáneamente o a la palpación. El niño rechaza el alimento, debido a la dificultad que tiene para tragar (todo: sólidos, líquidos, hasta su propia saliva, que a veces es sanguinolenta por la gingivitis) Todo esto condicionado por el intenso dolor que el niño siente debido a las lesiones orales. (Cuadro III) Y el dolor al deglutir que lo ubicamos en el capítulo de garganta interna (Dolor, tragar al sólidos, líquidos, vacío en 303/3).

A este cuadro así florido, debe sumarse el tiempo de evolución de la afección, que se ha aproximado en 12 días en promedio para las lesiones orales, otros 12 días para las lesiones extraorales, que representan el 72% de frecuencia, para la fiebre, presente en el 85% de 5 días, a la dificultad para tragar (sólidos y líquidos) presente en el 89% en 9 días y la sialorrea en un 85% estimada en 7 días de duración. Como vemos la frecuencia es elevada en cuanto a la aparición de los síntomas que como vemos también se prolongan por varios días. Y por supuesto la prolongación en el tiempo de las lesiones orales, responsables de los trastornos en la ingesta de líquidos, más la fiebre y la sialorrea, pueden llevar al niño a un cuadro de deshidratación con la consecuente internación. (Cuadro IV)

Los diagnósticos diferenciales del cuadro son la herpangina, dónde no hay compromiso gingival, la enfermedad de Mano, pie boca y el síndrome de Steven Johnson.

En la vulvovaginitis los síntomas se manifiestan con dolor (GEN. FEM. Dolor 453/2), prurito (GEN. FEM. Prurito 469/2), disuria (VEJIGA, Micción, disuria 412/2) y mialgias. Además fiebre, (FIEBRE, Intenso, calor febril 777/1), adenopatías (ABDOMEN, Hinchazón inguinal región, ganglios de 380/1), lesiones vesiculosas (GEN. FEM. Vesículas 459/3) y exudado vaginal (GEN. FEM. Leucorrea 461/1) o uretral (URETRA Secreción 429/1).

El tiempo de evolución también se prolonga a 2 o 3 semanas. Las complicaciones son la meningitis aséptica, la disfunción de los nervios autónomos, la diseminación cutánea, artritis y hepatitis.

La queratoconjuntivitis se manifiesta por blefaritis (OJOS Inflamación, párpados 189/2) conjuntivitis folicular o pseudomembranosa (OJOS Inflamación, conjuntiva 188/3) y linfadenopatía. Hay vesículas en la cara (OJOS Erupciones, alrededor de los ojos 185/1). Puede haber compromiso de la córnea (OJOS Inflamación, córnea, herpética 189/1), donde habría que agregar a graph y a ign con dos puntos cada uno, de Calvin Knerr. Puede haber también iridociclitis (OJOS Inflamación, iris 189/1). Siendo el compromiso de la retina más frecuente en la infección por el herpes virus tipo 2. Los síntomas son fotofobia (OJOS Fotofobia 186/2), visión borrosa (Visión Borrosa 197/2), lagrimeo (OJOS Lagrimeo 190/1) y quemosis (OJOS Quemosis 193/3). Y como vemos el tiempo de evolución del cuadro también es prolongado (7 a 10 días).

El diagnóstico de la lesión es clínico, pero en casos dudosos se puede recurrir a los test morfológicos como el citodiagnóstico de Tzanck, los test inmunológicos (el más usado es la inmunofluorescencia), o los test virológicos como el PCR. El diagnóstico clínico nos permitirá conocer la patología, la gravedad del cuadro, y la evolución.

Pasemos ahora a la jerarquización y estrategia de abordaje de este cuadro agudo. Deberemos tener en cuenta en el siguiente orden:

1. Causalidad
2. Síntomas modalizados
3. Síntomas mentales nuevos
4. Síntomas generales nuevos
5. Síntomas mentales, generales y particulares dramáticamente modificados.
6. Diagnóstico nosológico.

En cuanto a la causalidad, recordemos el parágrafo 213 del Organon de Hanemann. "Jamás se curará de un modo conforme a la naturaleza, es decir, de un modo homeopático, mientras que en cada caso individual de enfermedad, aún la más aguda, no se atiende simultáneamente al síntoma del cambio sobrevenido en el espíritu y la moral... Cuando obtenemos este síntoma adquiere sin duda una importancia jerárquica. Recordemos además que la causa de recidiva del herpes también puede sobrevenir a partir de una causalidad general (sol, fiebre, alimentos, menstruación) y que estos factores siempre mencionadas como clásicos desencadenantes para la reactivación viral, han sido desde siempre síntomas individualizantes que el homeópata considera de inestimable valor.

En segundo lugar los síntomas modalizados: Aquí tendremos en cuenta la localización del síntoma, su modalización, las sensaciones y concomitancias.

Con respecto a la localización: En estos casos de primoinfección, la localización será en la cara, la boca, los ojos y la región genital. Hay que recalcar que antiguamente se denominaba con la palabra herpes a diferentes patologías dermatológicas y que en el repertorio de Kent, la palabra circinado no hace alusión a la etiología herpética viral, sino que se refiere a las infecciones micóticas superficiales producidas por dermatofitos, muchas veces denominado herpes circinado o herpes iris y que nada tiene que ver con las lesiones por herpes de etiología viral. En el capítulo de boca, existe la rúbrica de herpes (281/1), donde figuran pocos medicamentos, por eso la rúbrica de vesículas (288/2), con sus diferentes localizaciones en encías, lengua y paladar son útiles. En el capítulo de ojos, también encontramos la rúbrica erupciones (185/1), con sus diferentes localizaciones. Para los genitales masculinos la rúbrica de erupciones herpéticas (444/3), con las diferentes localizaciones en el escroto y en el pene. Lo mismo para los genitales femeninos (459/2).

En cuanto a la modalización: Se tendrá en cuenta la característica del color de la vesícula, estas podrán ser rojas, amarillentas, blancuzcas, grises . Aquí el aporte es de Cavin Knerr con phytolaca, dónde las lesiones tiene un color negro, y esta subrúbrica no figura tampoco en el Repertorio original de Kent.

Es importante poder modalizar el aspecto de la lesión, así podrá ser corrosiva, cuarteada, invasora, seca, configurando placas, impetiginizadas, costrosas, húmedas, supurantes, sangrantes o flictenoides.

El aporte del aspecto flictenoide, lo debemos a Calvin Knerr, con los siguientes medicamentos: Acon,ars,bov,calc,canth, carb-s (2), clem, merc, phos, ran-s, rhus-t, sarr, sil, sulph, tell. Se refiere al tamaño de la vesícula, que sería una vesícula grande, del aspecto de una ampolla o flictena, que en varias oportunidades yo he podido constatar.

Aquí ejemplos de las modalidades de agravación y mejoría.(Calor agrava, rascado mejora, tiempo húmedo agrava. O la presencia tan común de hormigueo o de prurito si es que la edad de los niños así lo permite indagar.

Lo mismo con los síntomas concomitantes. Calvin Kner cita a carbolic acid en erupciones herpéticas con constipación, a staph en herpes con insomnio, con dos puntos. El mismo autor cita a kali-bi en su concomitancia con la coriza y la subrúbrica fiebre figura en el repertorio original de Kent.

Luego consideraremos en orden de importancia los síntomas mentales nuevos, y los generales nuevos .

Posteriormente los síntomas mentales, generales y particulares dramáticamente modificados. Nosotros, en la Fundación Médica Homeopática Vitalis, de acuerdo a la sugerencia de nuestro director el Dr. Cámpora, consideramos a este grupo de síntomas como de muy escaso valor y por ende, utilizamos la terminología de dramáticamente modificados, concepto con el cuál estoy en total acuerdo. Ya que es habitual ver exacerbados durante los cuadros agudos, síntomas característicos del niño. O sea, que si el niño es irritable, es esperable que el síntoma se muestre exacerbado durante el cuadro agudo, lo mismo si es inquieto, ya que está en su naturaleza ser así. Creo que este es un motivo fundamental de error en la jerarquización de la toma del caso agudo. En este sentido se debe de ser muy cuidadoso. Y como dice el Dr. Cámpora, es de mucho más valor considerar un síntoma mental o general nuevo, diferente, peculiar, que haya aparecido durante la enfermedad aguda, que otro que nos demuestre con mayor intensidad como el paciente ya es.

Y siguiendo con esta idea también consideramos al diagnóstico nosológico en esta última posición, ya que el diagnóstico nosológico muchas veces no figura en el repertorio o bien son rúbricas bastante incompletas, por eso tendría una importancia jerárquica menor. Recordemos que Kent en la construcción de su repertorio no dio un lugar primordial a los diagnósticos nosológicos y ya en el

prólogo nos dice que solo los principales medicamentos correspondientes a esa enfermedad se encuentran bajo la rúbrica que la menciona, pero que de manera alguna un medicamento ausente no puede ser útil en dicha patología.

Por lo tanto, si el medicamento cubre bien los puntos anteriores (sobre todo el relacionado a la modalización), no es necesario que se halle aquí, si está mejor, si no, no es primordial. El diagnóstico nosológico puede ser muy útil para definir en las situaciones en que dos o más medicamentos estén muy parejos y entonces uno de ellos haya probado curar en repetidas oportunidades el cuadro, en ese contexto se le dará prioridad.

Entonces, el diagnóstico nosológico para las infecciones herpéticas sería el de erupciones herpéticas en el capítulo de piel (793/1), pero que éste también figura en las diferentes capítulos del repertorio. Aquí el aporte de algunos medicamentos que no figuran en el repertorio de Kent y sí en el repertorio de Calvin Knerr. ol-j (2), ictod, cit-l. Además del mismo autor habría que modificar el puntaje de los siguientes medicamentos spig (2) mang (2) En mi experiencia estos son algunos de los medicamentos más frecuentes en este tipo de infección. Nat-m, Rhus-t, Phyt, Merc, Ars, Hep, Sulph, Euprh, Graph, Caust, Petr, Dulc.

Entonces, para tener éxito en la toma del caso es necesario:

1. Un correcto diagnóstico
2. Tomar síntomas bien modalizados, muchas veces sabemos de la dificultades en este punto con niños muy pequeños, dónde nos valemos de síntomas objetivos.
3. Hacer una correcta jerarquización
4. Siempre realizar la repertorización del cuadro agudo.

Con esta exposición he querido transmitirles mi constante interés en el perfeccionamiento del abordaje del caso agudo en nuestros pacientes, ya que su conocimiento y correcto manejo constituyen el pilar fundamental para el éxito en el seguimiento longitudinal de los mismos. Y quería dejarles reflexionando en la siguiente frase de Margaret Tyler. " No diga LA HOMEOPATIA HA FRACASADO, ni siquiera, tras un reconocimiento exacto de los hechos Yo he fracasado al aplicarla. Reconsidere el caso y aprenda algo: LA CAUSA DEL FRACASO ".

BIBLIOGRAFÍA:

Allen T.F. The Encyclopedia of pure Materia Medica § Boericke W. Pocket Manual of Homoeopathic Materia Medica and Repertory § Boger C.M. Boenninghausen's Characteristics Materia Medica and Repertory § Cámpora C.N. "Estrategia para el Abordaje del Caso Agudo". 2º Curso Anual de Perfeccionamiento en el Estudio y Tratamiento de Casos Clínicos Agudos. § Clarke J.H. A Dictionary of Practical Materia Medica § Francisco Xavier Eizayaga. El Moderno Repertorio de Kent 1979. § Hering C. The Guiding Symptoms of our Materia Medica. § Knerr C.B. Repertory of Hering's Guiding Symptoms of our Materia Medica § Tyler M.L. Homoeopathic Drug Picturesase One ? H.Links, Spring 1996; Vol. 9(1): 39 - 40.