

Herpes Genital

José Ramón Sánchez-Crespo Bolaños^a, Carolina González Hernando^b

^a Médico de Familia, Doctor en Medicina, Centro de Salud Canterac de Valladolid. Profesor Asociado, Universidad de Valladolid.

^b Matrona, Centro de Salud Arturo Eyries de Valladolid. Profesora de la Universidad de Valladolid, Profesora de la Unidad Docente de Enfermería Obstétrica-Ginecológica en Valladolid.

Correspondencia: José Ramón Sánchez-Crespo Bolaños, C/ Ciudad de la Habana nº 57, 47016-Valladolid. Telf.: 669923791, e-mail: joserrabol@ono.com.

Recibido el 10 de febrero de 2010.

Aceptado para su publicación el 16 de abril de 2010.

RESUMEN

El Herpes genital es una infección de transmisión sexual vírica que representa la causa más frecuente de úlcera genital en nuestro medio. Clínicamente, cursa con episodios recurrentes que pueden ser asintomáticos o con lesiones características vesículas-úlceras. Aunque existen pruebas serológicas que confirman el diagnóstico, así como el cultivo viral de las lesiones, en Atención Primaria el diagnóstico es eminentemente clínico. El tratamiento de elección consiste en fármacos antivirales sistémicos, que acortan el tiempo de eliminación del virus, aunque no evitan la recidiva. Es importante recordar su frecuente predisposición con otras infecciones de transmisión sexual y, en especial, con el VIH. Por ello, no debemos desaprovechar la ocasión para realizar su búsqueda. Presentamos el caso de un varón adulto de 36 años con lesiones características que acude a nuestra consulta.

Palabras clave. Herpes Genital, Enfermedades de Transmisión Sexual.

ABSTRACT

Genital Herpes

The genital herpes is an infection of viral sexual transmission that represents the most frequent reason of genital ulcer in our environment. Clinically it deals with recurrent episodes who can be asymptomatic or with typical injuries vesicles-ulcers. Though there are serologic tests that confirm the diagnosis, as well as viral culture of the injuries, at Primary Care the diagnosis is eminently clinical. The treatment of choice consists of antiviral systemic medications, which they shorten the time of elimination of the virus though they do not avoid the recidivation. It is important to remember the frequent predisposition with other infections of sexual transmission especially with the HIV infection. So we must not fail to take advantage of the opportunity to do search it. We present a case of a 36 years old adult male with typical injuries that comes to our consultation.

Key words. Herpes Genitales, Sexually Transmitted Diseases.

INTRODUCCIÓN

El herpes genital es una infección producida por un virus ADN del que existen dos tipos: VHS-1 y VHS-2. El VHS-2 es el responsable de la mayoría de las infecciones genitales (85%), si bien el VHS-1 puede transmitirse de dos maneras, desde lesiones bucolabiales o desde lesiones genitales, lo que parece aumentar su porcentaje. La transmisión puede tener lugar por contacto directo con las lesiones ulceradas o desde un compañero sexual asintomático.

Es una infección recurrente debido a que el virus permanece latente en los ganglios nerviosos sensitivos sacros, a partir de los cuales se reactiva. Esta reinfección puede ser sintomática (75%) o asintomática, pero siempre es contagiosa. Es el agente causal de úlceras genitales más frecuente en nuestro medio. En pacientes con infección por VIH, las recurrencias son más frecuentes y los episodios son más severos en duración y extensión.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Acude a nuestra consulta un varón de 36 años de edad por unas lesiones vesículo-ulcerosas en glande desde hace 10 días.

Entre los antecedentes personales presenta una rinoconjuntivitis alérgica. Es sexualmente activo, aunque no tiene pareja estable y refiere haber tenido algún contacto sexual de riesgo durante las últimas 4 semanas. Se considera heterosexual.

Refiere que las lesiones han ido apareciendo a lo largo de los días. De inicio, vesículas que evolucionan a úlceras. En la exploración las lesiones aparecen en diferente estadio de evolución, siendo múltiples y agrupadas, y algunas úlceras aparecen cubiertas de un exudado gris-amarillento, pero todas ellas evolucionan hacia la curación. Se aprecian adenopatías inguinales dolorosas y no se acompañan de fiebre, ni malestar general.

Con los datos clínicos, basados en la historia clínica y en la observación de las lesiones típicas, deducimos que se trata de un herpes genital. Se ha solicitado serología de otras infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH. Todas las pruebas resultaron negativas. Se le informó del riesgo de infección y de la necesidad de estudiar a los contactos.

COMENTARIOS

El herpes genital representa actualmente la causa más frecuente de úlcera genital (80%), seguida del chancro sifilítico (4-5%), siendo muy infrecuentes el chancro blando, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal. Pueden existir causas no infecciosas de úlcera genital, como traumáticas, tumorales, alérgicas o inmunológicas, no abordadas en esta revisión. Su diagnóstico es eminentemente clínico, basado en la aparición de las típicas lesiones. Tras un período de incubación de 2 a 10 días, aparecen múltiples vesículas dolorosas agrupadas que se ulceran a las 48 horas, y después se cubren con un exudado gris-amarillento. Puede haber adenopatías inguinales bilaterales dolorosas, escozor posmiccional y sintomatología general (fiebre, malestar, mialgias). La duración del episodio suele ser

de 15 días. Los episodios recurrentes suelen ser más leves y de menor duración.

Las características clínicas de otras úlceras genitales de causa infecciosa son:

Chancro sifilítico. Presenta un período de incubación de 9 a 90 días. Típicamente es una úlcera única, indurada, rojiza, limpia e indolora y las adenopatías regionales son bilaterales, indoloras y rodaderas.

Chancro blando. Tras un período de incubación de 1 a 2 semanas, aparecen pápulas que progresan a pústulas y úlceras muy dolorosas, de consistencia blanda, fondo de la base sucio, aspecto necrótico y maloliente. Las adenopatías suelen ser dolorosas y tienden a la abscesificación y fistulización.

Linfogranuloma venéreo. Tras un período de incubación de 4 a 20 días aparece una pápula o vesiculopústula o úlcera indurada que puede involucionar en 2-4 días y curar totalmente sin dejar cicatriz. En una fase secundaria, a la siguiente semana, aparece una linfadenitis inguinal con tendencia a drenar y fistulizar.

Granuloma inguinal. Período de incubación de 2 semanas a 3 meses. Inicialmente es una pápula que evoluciona a úlcera y da lugar a un granuloma indoloro y blando. Sin tratamiento, la lesión se extiende hasta la región inguinal, donde los granulomas inguinales pueden interpretarse erróneamente como adenopatías.

Las úlceras genitales infecciosas aumentan el riesgo de infección y transmisión del VIH. La infección VIH puede favorecer la persistencia de la úlcera.

Existen pruebas diagnósticas que confirman la presencia del herpes genital, como el cultivo viral, test de Tzank y pruebas serológicas, pero en la mayoría



Figura 1. Herpes genital.

de las ocasiones, en atención primaria y en nuestro ámbito, no son necesarias para el diagnóstico.

Los fármacos antivirales sistémicos (aciclovir, famciclovir o valaciclovir) por vía oral son el tratamiento de elección. Acortan la replicación viral, reducen los síntomas y la duración de las lesiones. Se aconseja su administración durante la primoinfección y las recurrencias. Administrados de forma profiláctica, disminuyen la tasa de recurrencias, pero no se erradica el virus. Las dosis son: aciclovir 400 mg/8 h durante 7 a 10 días, famciclovir 250 mg/8 h durante 7 a 10 días y valaciclovir 1 gr/12 h durante 7 a 10 días. En las recurrencias se utilizan las mismas dosis durante 5 días. Cuando las recurrencias son más de 6 por año, se recomienda una pauta prolongada de 6 a 12 meses con alguno de los fármacos anteriores a una dosis inferior, que varía según los autores.

BIBLIOGRAFÍA

- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR. 2006; 55:49-56.
- García Velasco G, Garzón Hernández JM. Infecciones de transmisión sexual. AMF. 2007; 3:491-502.
- Usandizaga JA, De la Fuente P. Infecciones vulvovaginales. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Vol 2. 2ª ed. Madrid: McGraw Hill; 2004. p. 243-53.
- Cuenca JM. Lesión ulcerada genital. FMC. 1998; 5:139-145.
- Whitley RJ, Roizman B. Herpes simplex virus infections. Lancet. 2001; 357:1531.
- National guideline for the management of genital herpes. Sex Transm Infect 1999; 75(Supl 1):24.
- Usandizaga JA, De la fuente P. Enfermedades de transmisión sexual con repercusión general. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Vol 2. 2ª ed. Madrid: McGraw Hill; 2004. p. 253-7.