

---

# Herpes genital

---

AUTOR: DRA. MARÍA ALEJANDRA BORELLI

Servicio de Ginecología, Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

ASESOR MÉDICO: DR. RICARDO BARCIA

6° Cátedra de Medicina Interna, Hospital de Clínicas "José de San Martín", U.B.A.

La infección por virus herpes tipo 1 (HSV-1) o tipo 2 (HSV-2) es la causa más frecuente de úlceras genitales. Son virus DNA y se diferencian por antígenos de envoltura.

HSV-1 está asociado con infecciones orales y HSV-2 con infecciones genitales.

Sin embargo, muchas infecciones anogenitales se producen por HSV-1.

Estos virus ingresan por receptores específicos de células epiteliales de la mucosa y de allí migran al tejido nervioso, donde persisten en estado de latencia.

## TRANSMISIÓN

Por contacto a partir de secreción viral, oral o genital, de piel o mucosas, con una persona que puede no saber que está infectada o que puede estar asintomática. El uso sistemático de preservativo reduce significativamente la transmisión.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La infección puede ser sintomática o asintomática, que incluye a la asintomática verdadera y a los casos no diagnosticados.

La infección sintomática, indistinguible entre HSV-1 y HSV-2, incluye:

- 1) Infección primaria:** en paciente sin anticuerpos (Ac) contra estos virus.
- 2) Primer episodio de infección no primaria:** infección con un virus Herpes en presencia con Ac contra el otro.
- 3) Recurrencia:** 90% al año con HSV-2.

**Manifestaciones clásicas:** La mayor parte de los pacientes NO las presenta. Incubación: 4 días (rango 2-12). Se inicia con máculas y pápulas que progresan a vesículas, pústulas y úlceras. Las úlceras cutáneas evolucionan a costras; las mucosas curan sin costras.

Puede acompañarse de fiebre, cefaleas, malestar, mialgias, dolor regional y adenomegalias sensibles. La uretritis y la cervicitis pueden presentarse con la adquisición genital, la faringitis con la oral.

Las recurrencias pueden acompañarse de síntomas locales previos al brote.

**Complicaciones neurológicas:** meningitis aséptica, radiculopatía sacra, mielitis transversa y meningitis linfocitaria benigna recurrente (enfermedad de Mollaret). La meningitis aséptica es la más frecuente con la infección primaria: 1/3 de las mujeres y 10% de los varones presentan signos meníngeos.

**Pacientes con HIV o con bajos recuentos de CD4:** lesiones cutáneo-mucosas extensas, sin tendencia a la resolución.

**Herpes neonatal:** se manifiesta a las 2-3 semanas del nacimiento con vesículas cutáneas, fiebre, irritabilidad, convulsiones, hepatitis, neumonitis, coagulación intravascular diseminada.

La presencia de herpes genital (o la sospecha que no pueda descartarse) en el 3° trimestre del embarazo contraindica el parto vaginal.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico es poco sensible y poco específico: debe confirmarse con pruebas de laboratorio.

**Métodos directos de detección viral:** son los de preferencia.

- **Cultivo viral:** clásico (patrón de oro) y rápido ("Shell vial").
- **Antígeno viral:** por inmunofluorescencia directa o por inmunoensayo.
- **DNA viral por PCR:** Sensibilidad 97-98%, especificidad 100%. De elección en líquido cefalorraquídeo.

**Métodos indirectos:** Ac por inmunofluorescencia indirecta o por inmunoensayo.

- **Ac IgM:** indican infección reciente, no son específicos de tipo y pueden ser positivos en recurrencias.
- **Ac IgG:** específicos de tipo y permanecen por tiempo indefinido. La mayoría de los pacientes sin historia de herpes genital pero con Ac contra HSV-2 presenta excreción viral.

## TRATAMIENTO

### Medidas generales:

Mantener las úlceras limpias y secas (puede ser de utilidad un secador de mano a temperatura tibia), utilizar ropa de algodón holgada, evitar ropa sintética, indicar aspirina o paracetamol para el dolor.

### Tratamiento antiviral:

Reduce el tiempo y duración de los síntomas y la excreción viral. No erradica el virus y, luego de ser suspendido, NO reduce el riesgo, la frecuencia ni la severidad de las recurrencias.

Se utiliza de 3 maneras:

Fármaco	Infección primaria*	Episodio recurrente	Supresivo
Aciclovir vía oral	800 mg 3 x D x 7-10 D	400 mg 3 x D x 5 D	400 mg 2 x D
	200 mg 5 x D x 7-10 D	800 mg 2 x D x 5 D	
		800 mg 3 x D x 2 D	
Valaciclovir vía oral	1000 mg 2 x D x 7-10 D	500 mg 2 x D x 3-5 D	1000 mg 1 x D
		1000 mg 1 x D x 5 D	
		1000 mg 2 x D x 1 D	
		500 mg 1 dosis + 3 dosis de 250 mg c/12H	
Famciclovir vía oral	250 mg 3 x D x 7-10 D	1000 mg 2 x D x 1 D	250 mg 2 x D
		125 mg 2 x D x 5 D	
		500 mg 1 dosis + 250 mg 2 x D x 2 D	

D: días; H: horas

\* Puede extenderse si la curación no es completa a los 10 D.

El tratamiento supresivo, superado el año, debe replantearse con el paciente, ya que la posibilidad de recurrencia y la de contagio disminuyen.

### La administración tópica de antivirales debe ser desalentada.

- **Enfermedad severa:** con el paciente internado.  
Aciclovir intravenoso (IV) 5-10 mg c/8 H x 2-7 D o hasta la mejora clínica.  
Ajustar según función renal. Luego continuar VO hasta por lo menos 10 D de tratamiento en total. Resistencia al aciclovir: Foscarnet IV 40 mg/kg c/8 H.

**Recomentaciones para los pacientes:** se deben brindar consejos sobre la historia natural del herpes genital, la transmisión sexual y perinatal y los métodos para reducir la transmisión como parte del manejo integral.

**Bibliografía:** 1. CDC. Sexually Transmitted Diseases (STDs) 2010. 2. Primer Consenso de Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Organizado por la Comisión de SIDA y ETS de la Sociedad Argentina de Infectología. Año 2011. 3. Recomendaciones para el seguimiento y tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Comisión SIDA y ETS SADI 2010. 4. Kimberlin DW, Rouse DJ. Genital Herpes. N Engl J Med 2004;350:1970-7 5. El Herpes Genital. ACOG 2008 2011;365:834-41. 3. Ley Nacional 25.087 Delitos contra la integridad sexual.