

# XXX REUNIÓN SOCIEDAD GINECOLÓGICA MURCIANA CARTAGENA



Hospital General Universitario  
Santa Lucía

## HERPES GENITAL EVOLUCIONADO

Díaz García A, Gutiérrez de Rubalcava L, García Castejón M, Ferrández Martínez M, Maqueda Martínez IM, Ortiz Vera C, Lara Peñaranda R, Martínez Cendán JP

### INTRODUCCIÓN:

El herpes genital es una enfermedad de transmisión sexual causada por los virus herpes simple, tanto el VHS-1 como el VHS-2 pueden provocar herpes genital inicial y recurrente, aunque el VHS-2 es el agente causal más frecuente. La lesión por VHS es la causa más frecuente de úlcera vulvar en la población sexualmente activa en los países desarrollados. El primer episodio clínico de herpes genital en pacientes sin evidencia de infección previa suele ser más intenso que en pacientes con infección previa. La presencia de múltiples vesículas y úlceras dolorosas puede orientar al diagnóstico, pero este debe confirmarse con pruebas de laboratorio.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Mujer de 40 años que acude a urgencias por prurito vulvar de 1 semana de evolución, había consultado por sintomatología similar hacía 2 días, siendo diagnosticada de herpes genital. En tratamiento con Valaciclovir VO, Zaldiar y Enantyum sin notar mejoría. Refiere llevar más de 24 horas sin orinar por el dolor que le provoca la micción. Presenta fiebre (39º).

En la exploración física se aprecian múltiples úlceras sangrantes muy dolorosas, simétricas en labios mayores, menores y en región perianal. No se palpan adenopatías inguinales. Se realiza sondaje vesical con salida de abundante orina. Ante la gravedad de las lesiones y la retención aguda de orina se decide ingreso para tratamiento antiviral vía oral y control del dolor mediante analgesia intravenosa.

Ante la mejoría clínica se decide alta a domicilio con visita de control en consultas externas. Se pauta Enantyum, Paracetamol, Valaciclovir 1g 2 comprimidos cada 12h y lavado genital cada 12h con Betadine jabonoso. En consultas refiere gran mejoría clínica y se pautan 5 días más de Valaciclovir (hasta completar 10 días).



Figura 1: úlceras genitales simétricas bilaterales compatibles con infección por VHS.

### COMENTARIOS:

- El diagnóstico inicial de herpes genital es clínico, pero este debe confirmarse con pruebas de laboratorio. Existen diversos métodos diagnósticos:
  - Cultivo viral: muy sensible y específico. Mayor rendimiento en la fase de vesículas.
  - Inmunofluorescencia directa: menos sensible y específico que el cultivo pero más rápido.
  - PCR: útil para diagnosticar lesiones con cultivo negativo y las encefalitis por VHS. Permite diferenciar entre VHS 1 y 2.
  - Serología: la detección de IgG es útil en lesiones atípicas, para la valorar la susceptibilidad de la pareja y en gestantes. Una IgM negativa indicará que no existe infección activa en ese momento.
- Todas las pacientes con sospecha de herpes genital deben recibir tratamiento, independientemente del tiempo de evolución. El tratamiento se realiza con antivirales vía oral como Aciclovir, Famciclovir o Valaciclovir, sin existir diferencias significativas entre los tres fármacos.
- El máximo beneficio del tratamiento se obtiene a las 72h de tratamiento.
- El tratamiento no erradica el virus latente, por lo que no influye en el riesgo de recurrencias, pero sí acorta el tiempo de duración y, por tanto, de contagiosidad.
- Los tratamientos de tipo tópico no se recomiendan, ya que son menos efectivos que los orales y pueden generar resistencias
- En caso de múltiples recurrencias (>6/año) se debe pautar tratamiento supresor con un antiviral vía oral durante al menos 12 meses.
- Las principales complicaciones del herpes genital son: retención aguda de orina, meningitis aséptica, herpes diseminado, encefalitis, hepatitis, neumonitis, enfermedad inflamatoria pélvica e infección neonatal.

#### Bibliografía:

1. Groves MJ. Genital Herpes: A Review. 2016;93(11):7.
2. Parra-Sánchez M. Genital ulcers caused by herpes simplex virus. Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed). abril de 2019;37(4):260-4.
3. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. Journal of Clinical Epidemiology. julio de 2013;66(7):719-25.