

CAPÍTULO IV

Herpes genital

*Edgar M. Olmos Olmos, MD
Perla Furman Rzonzew, MD
Beatriz Torres Martínez, MD
Departamento de Dermatología
Hospital San José, Bogotá, DC*

El herpes es una enfermedad infecciosa bastante común, y su forma genital es globalmente reconocida como una de las principales enfermedades de transmisión sexual. El herpes genital es producido en la mayoría de los casos (70-95%) por el Herpes Virus tipo 2, y en el porcentaje restante por el tipo 1.

EPIDEMIOLOGÍA

El herpes genital afecta a millones de personas en el mundo y se estima que su prevalencia va en aumento, concordante con la epidemia del SIDA. La seroprevalencia del herpes genital alcanza una cifra de 22%, que la califica como una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes.

La infección es más frecuente en las mujeres que en los hombres, y por lo general en las de bajo nivel socioeconómico.

FISIOPATOLOGÍA

Es transmitido por contacto directo con lesiones activas o con secreciones mucosas infectadas; también puede diseminarse durante periodos de viremia asintomática, los cuales ocurren entre el 5% y el 50% de los días del mes.

Cuando el virus es inoculado por primera vez, se replica en las células epiteliales de la piel y las mucosas, causando lisis celular y contagio a células vecinas, lo cual desencadena una reacción inflamatoria. Si la replicación viral continúa, puede ocurrir su diseminación a través del torrente sanguíneo, afectando diferentes órganos. En pacientes inmunosuprimidos hay compromiso sistémico y afección de órganos profundos.

El virus del herpes migra hacia los ganglios de la cadena dorsal de la medula espinal, donde permanece en forma latente e indefinida o hasta una nueva recurrencia. El estrés físico o emocional, el trauma local, otras infecciones, la exposición solar, la menstruación o la disminución de los mecanismos de defensa inmunológicos precipitan de las recurrencias.

CUADRO CLÍNICO

Síntomas prodrómicos como fiebre baja, linfadenopatía inguinal dolorosa, malestar, ardor genital, prurito y hormigueo, pueden aparecer entre 7 y 10 días después de la exposición inicial al virus.

Las lesiones características son pápulas y vesículas agrupadas y dolorosas sobre una base eritematosa, las cuales se erosionan para

formar úlceras y costras y luego cicatrizar en el lapso de 2 semanas. Son altamente contagiosas; en el hombre aparecen en el glande, en el cuerpo del pene o en la región perineal, y en las mujeres comprometen la vulva, la vagina, el cuello uterino y la región perineal.

Pueden producir disuria, flujo vaginal, dispareunia, y síntomas de compromiso sistémico. Es importante destacar que muchas personas infectadas por primera vez pueden no tener manifestaciones clínicas de la enfermedad.

En general se presentan menos de 4 episodios recurrentes en el año, pero en ocasiones las exacerbaciones pueden ser más frecuentes.

DIAGNÓSTICO

Existen varias pruebas para confirmar el diagnóstico. La prueba de Tzanck se realiza mediante un frotis de la base de una úlcera o vesícula intacta, el cual se colorea con Giemsa. La presencia de células gigantes multinucleadas indica infección por el herpes virus pero no hace distinción entre el tipo 1 y el tipo 2 u otro tipo de herpes virus.

La citología cérvico-vaginal puede tener una sensibilidad del 50% para detectar infección del epitelio por el virus herpes.

La biopsia de piel es la herramienta más utilizada.

La detección de anticuerpos se usa para diagnosticar rápidamente la infección por el herpes simple y distinguir entre los diferentes serotipos.

La serología mediante la técnica de Elisa se utiliza para detectar anticuerpos contra el herpes tipo 1 y 2, con sensibilidad y especificidad de 95% después de 2 semanas del contagio.

La reacción de la polimerasa en cadena (PCR) exhibe una sensibilidad cercana al 100%.

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

El tratamiento local de las lesiones para garantizar que permanezcan limpias y secas y que además producen alivio sintomático, son los baños con solución salina. Se debe brindar analgesia adecuada, evitando los opiáceos. Es importante la evaluación de los compañeros sexuales para detectar ésta u otras enfermedades de transmisión sexual.

TRATAMIENTO

Diversas drogas han sido utilizadas en el tratamiento y la supresión crónica del herpes genital, las cuales disminuyen la viremia y aceleran la curación. Sin embargo, ninguna elimina el herpes virus latente.

El herpes genital primario o recurrente puede ser seguro y efectivamente tratado si el diagnóstico y el inicio de la terapia adecuada ocurren antes de las 48-72 horas del inicio de los síntomas. El tratamiento después de este periodo puede disminuir síntomas de dolor y el tiempo de curación, pero no es tan eficaz como la intervención inicial (Tabla 1).

El herpes genital primario se maneja con aciclovir, 200 mg 5 veces/día durante 7 días, o valaciclovir 1g 2 veces/día por 7 días.

El herpes genital recurrente debe ser tratado de forma individualizada. Si el paciente es inmunocompetente y hay menos de 6 episodios al año, se lo debe instruir en cuanto a reconocer los factores desencadenantes y las primeras manifestaciones de las recurrencias, con el fin de iniciar tratamiento tempranamente. Se debe utilizar aciclovir 200 mg 5 veces/

día por 5 días o valaciclovir 500 mg 2 veces/día por 5 días.

En la prevención de la transmisión de la enfermedad se debe administrar terapia crónica supresiva cuando ocurren 6 ó más recurrencias en un periodo de 12 meses o cuando un compañero de una pareja es seropositivo y el otro no lo es. Se debe administrar aciclovir 400 mg 2 veces/día o valaciclovir 500 mg/día durante un periodo de 6 a 12 meses o en forma indefinida.

El paciente inmunosuprimido debe recibir aciclovir oral 400 mg 5 veces/día por 10-21 días o hasta que resuelvan las lesiones, y en casos severos aciclovir 5 mg/kg cada 8-12 horas durante 7 días. La terapia crónica supresiva en ellos se realiza en forma similar.

El uso de foscarnet intravenoso en dosis de 40 mg/kg cada 8-12 horas por 10 días está aprobado por la FDA para el tratamiento de las cepas resistentes.

En el manejo de la gestante se debe practicar cesárea. El diagnóstico del primer episodio de herpes genital materno en las primeras 28 semanas del embarazo permite iniciar el tratamiento antiviral. Aunque la experiencia es limitada, el aciclovir no se ha asociado con efectos teratogénicos. Si existe el antecedente de herpes genital en la madre y el recién nacido revela signos de infección sistémica, se debe proceder a obtener muestras de sangre del niño para aislamiento del virus y a considerar la administración de aciclovir sistémico.

TABLA 1. TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN GENITAL POR VIRUS HERPES SIMPLEX

DIAGNÓSTICO	OPCIONES TERAPÉUTICAS	DOSIS
Infección genital primaria	Aciclovir Valaciclovir	200 mg VO 5 veces/día por 7-10 días 1 g VO 2 veces/día por 7 días
Infección genital recurrente	Aciclovir Valaciclovir	200 mg VO 5 veces/día por 5 días ó 400 3 veces/día 500 mg VO 2 veces/día por 5 días
Terapia crónica supresiva para infección genital (> 6 episodios año)	Aciclovir Valaciclovir	400 mg 2 veces/día 1 g VO/día
Infección genital recurrente en paciente inmunocomprometido	Aciclovir	400 mg VO 5 veces/día por 10-21 días ó 5 mg/kg c/8-12 horas por 7 días.

MANEJO INTERDISCIPLINARIO

En términos generales el herpes genital es manejado por el dermatólogo, pero existen circunstancias que ameritan un manejo interdisciplinario. El infectólogo y el dermatólogo deben manejar en conjunto al paciente inmunosuprimido, ya que éste se encuentra en especial riesgo de infección severa o diseminada con secuelas que pueden comprometer

su vida. Además, este tipo de pacientes puede exhibir resistencia al aciclovir y requerir una terapia alterna. El urólogo y el ginecólogo deben estar capacitados en el manejo de este tipo de patología y de otras enfermedades de transmisión sexual, a las cuales se enfrentan con frecuencia. El urólogo y el dermatólogo deben trabajar en equipo, manejando la retención urinaria que requiere cateterismo uretral bajo anestesia local o colocación de una

sonda por vía suprapúbica. El ginecólogo y el dermatólogo deben también trabajar en equipo, evaluando y manejando el herpes genital de la mujer embarazada, a fin de reducir la probabilidad de infección perinatal.

PRONÓSTICO

El herpes genital es una infección crónica. En la actualidad no existen tratamientos disponibles capaces de erradicar completamente el virus.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Dada la gran diseminación de esta infección, parte importante de su control radica en las medidas preventivas. Al igual que para otras enfermedades de transmisión sexual, es necesaria la educación, la promoción de comportamientos sexuales seguros, tales como la abstinencia de relaciones sexuales, el retardo en el comienzo de la vida sexual activa entre los jóvenes, la reducción del número de compañeros sexuales y el uso apropiado de condones. Hay que instruir a los individuos afectados respecto a la necesidad de abstenerse de relaciones sexuales mientras las lesiones estén activas, así como el deber que tienen de informar su condición a todos aquellos con quienes han tenido contacto sexual.

ACTUALIZACIÓN E INVESTIGACIÓN

El Imiquimod y el Resequimod son drogas inmunomoduladoras que ofrecen otra alternativa para el tratamiento de las infecciones por el herpes virus. Se aplican en forma tópica sobre las lesiones 3 veces en el transcurso de 1 semana, especialmente en el manejo de infecciones resistentes o recurrentes.

Se encuentran bajo investigación algunos tratamientos tópicos para la infección genital que incluyen el Interferón en crema, el ácido undecilénico en crema al 1%, el Foscarnet en crema al 0,3% y el Edoxudine en crema al 3%. También la Vidarabina y el Cidofovir son agentes terapéuticos antivirales bajo investigación que pueden ser utilizados para este fin.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Atuesta J. Herpes simple y eczema herpético. Urgencias en Dermatología.
2. Benedetti J, Zeh J, Corey L. Clinical reactivation of genital herpes simplex virus infection decreases in frequency over time. *Ann Intern Med* 1999; 131:14-20.
3. Corey L, Langenberg A, Ashley R, et al. Recombinant glycoprotein vaccine for prevention of genital HSV-2 infection. *JAMA* 1999; 282:331-340.
3. Drake S, Taylor S, Brown D. Improving the care of patients with genital herpes. *BMJ* 2000; 321:619-623.
4. Gilbert J, Drehs M, Weinberg J. Topical imiquimod for acyclovir-unresponsive herpes simplex virus 2 infection. *Arch Dermatol* 2001; 137:1015-1017.
5. Spruance S, Tyring S, Smith M. Application of a topical immune response modifier, resequimod gel, to modify the recurrence rate of recurrent genital herpes: a pilot study. *J Inf Dis* 2001; 184:196-200.