

Herpes genital

Fecha de la última revisión: **16/04/2016**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

El herpes genital (HG) es una infección viral crónica causada por el virus herpes simple (VHS) del que existen dos tipos: VHS-1 y VHS-2. El VHS-1 causa la mayor parte de las lesiones en labios, boca y córnea y el VHS-2 causa la mayoría de las lesiones herpéticas genitales. Ambos subtipos pueden afectar a cualquiera de las áreas referidas. El VHS-1 genital es más frecuente como causante de primoinfección genital y su prevalencia está aumentando en mujeres jóvenes y en varones homosexuales. El VHS-2 es más frecuente en general, ya que es más recurrente (CEEISCAT, 2009; Patel R, 2011).

El HG es la causa más frecuente de úlcera genital. La seroprevalencia de VHS-1 y VHS-2 varía según estudios y áreas geográficas. En mujeres embarazadas en USA: VHS-1: 53%; VHS-2: 9% y ambos 15% (Delaney S, 2014). En mujeres no embarazadas de 18-30 años: VHS-1: 45%; VHS-2: 5% y ambos 7% (Schulte JM, 2014).

Generalmente se transmite por contacto sexual a través del contacto directo con la piel, mucosas o secreciones de la persona infectada, que puede tener síntomas o no (CEEISCAT, 2009; Patel R, 2011).

El periodo de incubación es habitualmente de 4-7 días, aunque puede variar entre 2 y 12 días. La media de duración de relaciones hasta el contagio del compañero sexual es de 3,5 meses y el número de relaciones 40 (Wald A, 2006). El virus permanece en los ganglios de forma indefinida. Puede contagiarse incluso en periodos asintomáticos.

En la mayoría de las personas contagiadas el cuadro clínico clásico está ausente y la clínica es muy variable. La clínica típica de la primoinfección se caracteriza por dolor, picor, hormigueo, quemazón, disuria (más frecuente en mujeres) y síntomas generales (fiebre, cefalea, malestar general y mialgias) (Gupta R, 2009).

A la exploración se observan pápulas eritematosas y vesículas en los genitales externos o zonas anexas que pueden ser bilaterales y tienden a confluir formando úlceras, al tiempo que pueden aparecer nuevas lesiones. En la piel evolucionan a costras y a la curación en 15-20 días, aunque durante 2-3 semanas pueden aparecer nuevas lesiones con similar evolución. Suelen palparse adenopatías regionales dolorosas (Gupta R, 2009).

Las complicaciones son muy raras en individuos inmunocompetentes, aunque están descritos casos de meningitis aséptica, lesiones extragenitales y retención urinaria. Las personas con VIH u otra inmunodeficiencia sufren casos más graves. Parece que los infectados previamente por VHS-1 tienen clínica más leve al infectarse por VHS-2 (Corey L, 1983; Gupta R, 2009).

El 70-90% de las personas con VHS-2 y el 20-50% con VHS-1 genital tiene un nuevo episodio en el primer año. Las recidivas se suelen espaciar a lo largo del tiempo, siempre más numerosas en los casos de VHS-2 que en los de VHS-1, aunque el 25% de los pacientes sufre un aumento en las recidivas después del cuarto año de infección. Las recidivas pueden ser asintomáticas o tener una sintomatología similar a la de la primoinfección pero de menor gravedad, sin síntomas generales (CEEISCAT, 2009; Gupta R, 2009; Patel R, 2011).

¿Cómo se diagnostica?

En la mayoría de las personas el cuadro clínico clásico está ausente por lo que los datos clínicos son poco sensibles y poco específicos. Debe hacerse siempre una confirmación con pruebas de laboratorio. El cribado rutinario en personas asintomáticas no está indicado.

Los cambios citológicos son muy inespecíficos, no diferencian tipo de virus, son de difícil interpretación y no tienen utilidad para confirmar el diagnóstico.

Cuando existen lesiones se puede recoger una muestra con un hisopo tras la ruptura de las vesículas con una aguja fina para cultivo viral o detección de DNA viral mediante PCR. El cultivo del virus es menos sensible que la PCR en tiempo real, especialmente en las recidivas (25-80%) y la sensibilidad se relaciona con las condiciones de almacenamiento y transporte. La PCR en tiempo real se considera el método de elección por ser más sensible, rápida y requerir de condiciones menos estrictas en el almacenamiento y transporte de las muestras (BASHH, 2014; Patel R, 2011; CEEISCAT, 2009; Gupta R, 2009).

En casos de sospecha de recidiva no diagnosticada previamente, cuando no existen lesiones o cuando éstas son atípicas y en parejas de positivos pueden indicarse pruebas serológicas, que tienen una alta sensibilidad (91-100%) y especificidad (92-98%) y permiten distinguir entre infecciones VHS-2 y VHS-1. No están indicadas de forma sistemática en mujeres embarazadas, sin embargo algunos autores las recomiendan en las que tienen parejas sexuales con antecedentes de infección. Las IgG son negativas en las primoinfecciones ya que tardan de 2-12 semanas en positivizarse y permanecen positivas indefinidamente. Una técnica de detección de virus positiva con serología negativa indica primoinfección (BASHH, 2014; Patel R, 2011; CEEISCAT, 2009; Gupta R, 2009).

Los métodos diagnósticos pueden variar según la disponibilidad de los servicios sanitarios locales.

Debe valorarse descartar posibles enfermedades de transmisión sexual concurrentes y realizar el diagnóstico diferencial con otras causas de [úlceras genitales](#).

¿Cómo se trata?

El diagnóstico suele producir un impacto psicológico importante. Es necesario explicar con detalle el origen de la infección, su evolución natural, las posibilidades

diagnósticas y los posibles tratamientos y su efectividad.

Los preservativos, la abstinencia sexual durante las recidivas y el tratamiento farmacológico disminuyen la contagiosidad.

Primer episodio (BASHH, 2014; Patel R, 2011; CDC, 2015):

- Pautar analgesia (**paracetamol** o **ibuprofeno**), lavar con solución salina y utilizar cremas con lidocaína al 2-5% alivia el dolor y las molestias.
- Debe tratarse siempre con fármacos antivirales.
- El tratamiento oral reduce la duración y gravedad de los episodios pero no altera la historia natural de la enfermedad.
- No tiene ningún beneficio adicional utilizar tratamiento antiviral tópico. Al contrario, el uso de **aciclovir** tópico se asoció a resistencias.
- El tratamiento debe iniciarse antes de la confirmación mediante pruebas diagnósticas.
- Los antivirales orales pueden indicarse durante los 5 días siguientes al comienzo de los síntomas, en pautas de 5 días o hasta de 7-10 días si aparecen nuevas lesiones (tabla 1).
- Puede requerir hospitalización en casos graves (meningitis, inmunodeprimidos, etc.).

Tabla 1. Pautas de tratamiento para herpes genital (BASHH, 2014; CDC, 2015)			
Tratamiento del primer episodio ¹	Tratamiento de recurrencias	Tratamiento recurrencias ultra corto	Tratamiento supresor ³
• Aciclovir: 200 mg/5 veces al día ó 400 mg/8 horas x 5-10 días. • Valaciclovir: 500-1.000 mg/12 horas x 5-10 días². • Famciclovir: 250 mg/8 horas x 5-10 días.	• Aciclovir: 200 mg/5 veces al día ó 400 mg/8 horas ó 800 mg/12 horas x 5 días. • Valaciclovir: 500 mg/12 horas ó 1 g/día x 5 días². • Famciclovir: 125 mg/12 horas x 5 días ó 1 g/12 horas x 1 día.	• Aciclovir: 800 mg/3 veces al día/2 días. • Valaciclovir: 500 mg/2 veces al día/3 días. • Famciclovir: 1.000 mg/2 veces al día/1 día.	• Aciclovir: 400 mg/12 horas. • Valaciclovir: 500-1.000 mg/día⁴. • Famciclovir: 250 mg/12 horas.
(1) BASHH recomienda 5 días. CDC recomienda 7-10 días. En todos los casos es necesario un control clínico y prolongar el tratamiento más días si persisten síntomas con la misma dosis. (2) BASHH recomienda 500 mg/12 horas. CDC recomienda 1 g/12 horas. (3) Si con esa dosis se producen recurrencias puede aumentarse un 50%. (4) Valaciclovir a dosis de 500 mg/día puede ser menos efectiva si hay más de 10 episodios/año.			

Recurrencias (BASHH, 2014; Patel R, 2011; CDC, 2015):

Las recurrencias son más leves y son autolimitadas por lo que el tratamiento farmacológico debe decidirse de manera personalizada según la gravedad de los síntomas, la frecuencia de los episodios y las preferencias del paciente. Las pautas están recogidas en la tabla 1.

El tratamiento supresor se ha estudiado durante más de 18 años. Ha demostrado su seguridad y eficacia en la reducción de al menos un episodio al año en pacientes con recurrencias de más de 4 al año. Existe mayor experiencia y tiene menor coste el aciclovir, aunque no se encontraron diferencias entre los 3 fármacos.

Esta opción debe individualizarse de acuerdo con el paciente y teniendo en cuenta el número de episodios al año y su gravedad.

Cada año debe valorarse la necesidad de continuar con la terapia supresora mediante su interrupción y valoración de nuevos episodios. Las dosis habituales del tratamiento supresor se muestran en la tabla 1. Podrían duplicarse en caso de que con ellas no se consiguiera un control adecuado de los episodios.

Bibliografía

- British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). 2014 UK national guideline for the management of anogenital herpes. London (UK): British Association for Sexual Health and HIV (BASHH); 2014 [acceso 16/4/2016]. **Texto completo**
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Genital Herpes [Internet]. 2015 [acceso 16/4/2016]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/herpes.htm>
- Corey L, Adams HG, Brown ZA, Holmes KK. Genital herpes simplex virus infections: clinical manifestations, course, and complications. Ann Intern Med. 1983;98(6):958-72. PubMed **PMID: 6344712**
- Delaney S, Gardella C, Saracino M, Magaret A, Wald A. Seroprevalence of herpes simplex virus type 1 and 2 among pregnant women, 1989-2010. JAMA. 2014;312(7):746-8. PubMed **PMID: 25138337. Texto completo**
- Generalitat de Catalunya. Guia de pràctica clínica sobre infeccions de transmissió sexual. Departament de Salut, Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT); 2009. **Texto completo**
- Gupta R, Warren T, Wald A. Genital herpes. Lancet. 2007;370(9605):2127-37. PubMed **PMID: 18156035**
- Le Cleach L, Trinquart L, Do G, Maruani A, Lebrun-Vignes B, Ravaut P, Chosidow O. Oral antiviral therapy for prevention of genital herpes outbreaks in immunocompetent and nonpregnant patients. Cochrane Database Syst Rev. 2014;8:CD009036. PubMed **PMID: 25086573. Texto completo**
- Looker KJ, Garnett GP, Schmid GP. An estimate of the global prevalence and incidence of herpes simplex virus type 2 infection. Bull World Health Organ. 2008;86(10):805-12. A.PubMed **PMID: 18949218. Texto completo**
- Patel R, Alderson S, Geretti A, Nilsen A, Foley E, Lautenschlager S, et al.; IUSTI/WHO Europe. European guideline for the management of genital herpes, 2010. Int J STD AIDS. 2011;22(1):1-10. PubMed **PMID: 21364059. Texto completo**
- Schulte JM, Bellamy AR, Hook EW 3rd, Bernstein DI, Levin MJ, Leone PA, et al. HSV-1 and HSV-2 seroprevalence in the united states among asymptomatic women unaware of any herpes simplex virus infection (Herpevac Trial for Women). South Med J. 2014;107(2):79-84. PubMed **PMID: 24926671**
- Steben M, Money D, Wong T, Gruslin A, Yudin M, Cohen H, et al.; Infectious Disease Committee; Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynecologist of Canada. Genital herpes: gynaecological aspects. J Obstet Gynaecol Can. 2008;30(4):347-61. PubMed **PMID: 18430386**
- Wald A, Krantz E, Selke S, Lairson E, Morrow RA, Zeh J. Knowledge of partners' genital herpes protects against herpes simplex virus type 2 acquisition. J Infect Dis. 2006;194(1):42-52. PubMed **PMID: 16741881. Texto completo**

Más en la red

- British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). 2014 UK national guideline for the management of anogenital herpes. London (UK): British Association for Sexual Health and HIV (BASHH); 2014 [acceso 16/4/2016]. [Texto completo](#)
- British Association for Sexual Health and HIV (BASHH), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Management of Genital Herpes in Pregnancy; 2014. [Texto completo](#)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Genital Herpes [Internet]. 2015 [acceso 16/4/2016]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/herpes.htm>
- Generalitat de Catalunya. Guia de pràctica clínica sobre infeccions de transmissió sexual. Departament de Salut, Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT); 2009. [Texto completo](#)

Autores

- Arturo Louro González Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Carmen Costa Ribas Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)

(1) Servicio de Atención Primaria de San José. Servicio Galego de Saúde. A Coruña. España.
(2) Servicio de Atención Primaria de Fingoy. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

