

HAGA SU DIAGNOSTICO

Dres. P. Lopez¹, R. Mato¹, S. Arazi Caillaud², G. Berberian²

CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino de 17 años de edad concurre al Hospital Garrahan por presentar lesiones vesiculares en región genital de 4 días de evolución.

Se trata de un adolescente previamente sano, escolarizado acorde edad. Refiere inicio de relaciones sexuales a los 14 años y uso de preservativo en forma esporádica.

Al examen físico se encuentra en buen estado general, afebril. Presenta antropometría acorde edad y estadio de Tanner 5 con vello pubiano parcialmente rasurado. Refiere episodios de foliculitis recurrente luego del rasurado. Se observan vesículas muy dolorosas en el surco balanoprepucial y en la base del pene (Figura 1) acompañado de adenopatías inguinales bilaterales. El resto del examen físico sin particularidades.



Figura 1: Vesículas en surco balanoprepucial.

1 Servicio de Adolescencia.

2 Servicio de Control Epidemiológico e Infectología.
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

HERPES SIMPLE GENITAL

El virus Herpes Simplex produce una infección viral crónica y es la causa más frecuente de úlceras genitales. Existen dos tipos de virus herpes HSV-1 y HSV-2 que pueden causar infección genital. La mayoría de los casos de herpes genital está causada por el tipo 2, sin embargo dependiendo de las prácticas sexuales también se ha asociado al tipo 1, el cual suele ser más frecuente en la mucosa oral¹.

La transmisión es por contacto sexual. Se debe tener en cuenta que es frecuente la excreción viral asintomática.

La infección primaria puede ser asintomática o presentar lesiones genitales dolorosas en diferentes estadios, incluyendo vesículas, pústulas, costras y adenopatías regionales. Puede causar uretritis, cervicitis, endometritis, salpingitis y prostatitis. También puede afectar la región ano rectal. Suele acompañarse de síntomas sistémicos como fiebre, malestar general, cefalea y mialgias².

Las recurrencias son frecuentes pero menos sintomáticas que la infección primaria.

La inspección de las lesiones es un elemento de importancia en la evaluación diagnóstica². Ante una lesión compatible se puede iniciar tratamiento empírico.

Para confirmar el diagnóstico puede realizarse el raspado de las lesiones y luego la amplificación del genoma viral (PCR) o la Inmunofluorescencia Directa (IFD) con anticuerpos monoclonales.

Los anticuerpos anti HSV¹ y HSV² aparecen dentro de las primeras semanas de la infección y persisten en forma indefinida. Son poco específicos para hacer diagnóstico por lo que no se recomienda su pedido.

Se sugiere agregar serología para HIV¹ y descartar otras infecciones de transmisión sexual asociadas como hepatitis B, C, sífilis y gonorrea.

Los diagnósticos diferenciales incluyen sífilis, chancroide, escabiosis, infecciones estafilocócicas y en especial el impétigo ampollar. Enfermedades sistémicas como úlceras aftosas, porfiria, enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedad de Behcet pueden en ocasiones presentar características clínicas semejantes al herpes genital².

Las drogas más frecuentemente utilizadas para el tratamiento son el Aciclovir y su prodroga, el Valaciclovir. Este último presenta mejor absorción y disponibilidad vía oral.

Para los casos de primoinfección en inmunocompetentes se recomienda:

- Aciclovir 400 mg, 3 veces al día, por 7-10 días, vía oral.
- Valaciclovir 1000 mg, 2 veces al día, por 7-10 días, vía oral.

En relación a las recurrencias, las mismas suelen ser más leves y autolimitadas. Sin embargo, el tratamiento acorta la enfermedad por lo que se debe orientar a los pacientes a iniciar el tratamiento durante la fase prodrómica y hasta las primeras 24 horas del comienzo de las lesiones. Algunas de las opciones disponibles son:

- Aciclovir 400 mg, 3 veces al día, por 5 días.
- Valaciclovir 500 mg, 2 veces al día, por 3-5 días.

REFERENCIAS

1. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases, Treatment Guidelines, 2015. MMWR 64:27-31.
2. Recomendaciones para el seguimiento y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. SADI. 2010.
3. Giurgiovich A, De la Parra I, Escobar de Fernández M. Ginecología infantojuvenil, un abordaje interdisciplinario. Buenos Aires: Journal; 2015.