

# HERPES GENITAL

## Agente

El herpes genital es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por dos tipos de virus, el herpes simple tipo 1 (VHS-1) y el herpes simplex tipo 2 (VHS-2).

- **Herpes simple tipo 1:** generalmente causa herpes labial o herpes febril en la zona de la boca.
- **Herpes simple tipo 2:** generalmente provoca herpes genital. Es muy frecuente y sumamente contagioso, independientemente de la presencia o ausencia de lesiones ulceradas.

## Epidemiología

El herpes genital es una de las ITS con una distribución más amplia entre la población mundial y representa la primera causa de ulceraciones genitales.

En la actualidad, aproximadamente el 90 % de los casos de herpes genital son imputables a VHS-2 y el 10 % restante está producido por VHS-1. La prevalencia de infección por VHS-2 en países desarrollados, estimada a partir de estudios de seroprevalencia, es de alrededor de un 15-25 % y la de VHS-2 está en torno al 65 %. Los estudios más recientes realizados en España demuestran que la prevalencia de VHS-2 es inferior a los países de nuestro entorno, situándose entre el 10-15 % y alcanzaría el 25-40 % cuando se consideran únicamente individuos atendidos en clínicas de ITS.

## Factores de riesgo

Los factores que incrementan el riesgo de infección por herpes genital son

- **Sexo:** las mujeres tienen mayor probabilidad de padecer herpes genital. El virus se transmite por vía sexual con mayor facilidad de hombres a mujeres que de mujeres a hombres.
- **Conductas/estilos de vida:** mantener relaciones sexuales con múltiples parejas, o sin protección, o ser sexualmente activo desde edades tempranas o durante muchos años aumenta las probabilidades de infección.
- **Factores sociodemográficos:** adultos jóvenes (20-40 años).
- **Factores de salud:** infección por VIH, historia de otras ITS, inmunodepresión.
- **Otros factores:** algunos estudios sugieren que el estrés, la exposición excesiva a la radiación solar, la menstruación o las relaciones sexuales vigorosas, pueden reactivar el virus cuando está en fase latente.

## I Transmisión

El herpes genital se puede contraer al mantener relaciones sexuales vaginales, anales u orales con alguna persona infectada por el VHS. No es necesario que las relaciones sexuales sean completas, pues el VHS se transmite por contacto directo con la piel o mucosas (vagina, pene, ano, boca) y también puede transmitirse de la boca a los genitales.

Una persona se infecta cuando entra en contacto con:

- Una vesícula o úlcera producida por VHS.
- Saliva (si la pareja tiene herpes oral) o secreciones genitales (si la pareja tiene herpes genital).
- Piel de la zona bucal si la pareja sufre de herpes labial o la piel de la zona genital si la pareja padece herpes genital.

El contagio es posible en infecciones asintomáticas o cuando no haya lesiones visibles.

La infección no se transmite a través de ropa de cama, uso compartido de inodoros o agua de piscinas.

## I Manifestaciones clínicas

La mayoría de las personas infectadas por estos virus lo desconocen porque bien no presentan síntomas o porque son muy leves.

Los principales síntomas, cuando se presentan, pueden aparecer entre 2 y 12 días después de la exposición al virus y pueden ser múltiples:

- **Dolor o prurito:** o aumento de la sensibilidad hasta la desaparición de la infección.
- **Protuberancias rojizas de pequeño tamaño o vesículas diminutas de color blanquecino:** aparecen algunos días o semanas después de la infección.
- **Úlceras:** se pueden formar si las vesículas se rompen, trasudan o sangran.
- **Costras:** se forman en la piel a medida que las úlceras cicatrizan.

Durante el **brote inicial** la sintomatología puede ser semejante a la de la gripe con adenopatías inguinales, cefalea, dolores musculares y fiebre.

Las úlceras aparecen en el lugar anatómico por el que el virus entró. La infección puede diseminarse si se toca una úlcera y luego se frota o se rasca otra zona del cuerpo, incluidos los ojos (Tabla 1).

**Tabla 1. Zonas del cuerpo donde pueden aparecer úlceras**

|                                                       | Ambos sexos                    | Mujeres                                          | Hombres       |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|---------------|
| <b>Zonas del cuerpo donde pueden aparecer úlceras</b> | Glúteos, muslos, boca y uretra | Zona vaginal, genitales externos, cuello uterino | Pene, escroto |

Los signos y síntomas pueden reaparecer durante años. Algunas personas experimentan múltiples episodios por año, si bien en muchos individuos, la frecuencia de los brotes va disminuyendo con el tiempo.

En las **recurrencias**, poco antes de hacer presencia las úlceras, se puede experimentar escozor, hormigueo o picor en la zona por la que penetró por primera vez el virus y dolor en la zona lumbar, glúteos o piernas. Las recurrencias, en general, son menos dolorosas que la infección original y, a menudo, las úlceras se curan con mayor rapidez.

Las **complicaciones** asociadas al herpes genital son las siguientes:

- **Otras ITS:** las úlceras genitales aumentan el riesgo de transmisión o contagio de otras ITS, incluido el VIH.
- **Infecciones neonatales:** los recién nacidos de madres infectadas pueden verse expuestos al virus durante el parto, lo que puede ocasionar daño cerebral, ceguera o muerte neonatal.
- **Problemas en la vejiga:** en algunas ocasiones, las úlceras pueden provocar inflamación en la uretra y una estenosis uretral que requerirá la inserción de una sonda para drenar el contenido de la vejiga.
- **Meningitis:** es una complicación infrecuente.
- **Proctitis:** el VHS puede producir una inflamación del revestimiento rectal, especialmente en hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres.

## I Diagnóstico

### TÉCNICAS PARA LA DETECCIÓN DE INFECCIÓN POR VHS

Existen diferentes técnicas para detectar la infección por VHS en muestras biológicas, pero el método de elección para su diagnóstico son las técnicas de amplificación de ácidos nucleicos.

#### Técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (TAAN)

La muestra se puede tomar directamente con un escobillón frotando la base de la lesión o úlcera o rascando la lesión con una hoja de bisturí.

- La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es la TAAN más usada.
- Permiten identificar y diferenciar VHS-1 y VHS-2.
- Indican infección activa local.

La sensibilidad de la PCR varía dependiendo del estadio en que se encuentre la infección. Por ese motivo es importante recoger la muestra lo antes posible (preferiblemente en el primer contacto del paciente con urgencias).

#### Cultivo celular

Método diagnóstico alternativo a las TAAN. La especificidad es del 100 % y la sensibilidad es muy variable en función del nivel de excreción vírica y de la calidad y condiciones del transporte de la muestra. La sensibilidad del cultivo disminuye a medida que evoluciona la lesión; es del 52-93 % en las vesículas, del 41-72 % en las úlceras y del 19-27 % en las costras.

## Detección de antígenos

No se recomienda como técnica diagnóstica.

## Serología

Detecta anticuerpos dirigidos contra las glicoproteínas gG1 y gG2, lo que permite distinguir entre los dos tipos de VHS. Los anticuerpos se generan durante las primeras semanas de infección y permanecen positivos de por vida. La sensibilidad oscila entre el 80 y el 98 % y se pueden producir falsos negativos en los estadios iniciales. La determinación de IgM frente a VHS-1 o VHS-2 no tiene utilidad pues puede ser positivo en infecciones genitales recurrentes u orales.

La serología no es de elección para el diagnóstico de infección activa pues solo indica si se ha producido contacto con el virus. Sí que es útil si hay síntomas de infección genital recurrente o sintomatología atípica con PCR o cultivos negativos o bien, sin lesiones herpéticas. También es de utilidad si hay diagnóstico clínico, pero no confirmación microbiológica y en paciente con pareja diagnosticada con herpes genital.

## INDICACIONES PARA LA DETECCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VHS

- Personas con ulceraciones genitales.
- No se recomienda en individuos asintomáticos.
- El estudio serológico puede estar indicado en individuos que presenten manifestaciones clínicas genitales recurrentes de etiología desconocida y en aquellos en los que los métodos diagnósticos directos (TAAN o cultivo) den resultados negativos repetidamente.
- Cribado serológico de VHS en personas que han tenido contacto sexual con otras personas con antecedentes de herpes genital, especialmente en mujeres embarazadas.
- Se recomienda la tipificación del VHS (VHS-1 o VHS-2) en individuos diagnosticados por primera vez de herpes genital.

## I Tratamiento



Debe iniciarse lo antes posible, desde el inicio de los síntomas, y se ha de tener en cuenta que no elimina la infección, pero:

- Acelera la curación de las lesiones.
- Disminuye la intensidad de los síntomas.
- Impide complicaciones.
- Reduce el riesgo de transmisión.

El tratamiento supresivo reduce la frecuencia de las recurrencias en un 70-80 % mientras se aplica al paciente, pero una vez suspendido, pueden volver a aparecer. Se ha comprobado la seguridad del tratamiento supresivo para periodos de hasta 6 años con aciclovir y de hasta un año con famciclovir y valaciclovir. Parece ser que la pauta con aciclovir (400 mg cada 12 horas por vía oral) puede reducir la excreción vírica durante los periodos asintomáticos (Tabla 2).

**Tabla 2. Tratamiento del herpes simple**

| TRATAMIENTO                         | POBLACIÓN NO VIH                                                                                      | POBLACIÓN VIH                                         |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Primer episodio                     | Aciclovir VO 400 mg/8 horas (7-10 días)                                                               | Aciclovir VO 400 mg/8 horas (7-10 días)               |
|                                     | Aciclovir VO 200 mg 5 veces/día (7-10 días)                                                           |                                                       |
|                                     | Famciclovir VO 250 mg/8 horas (7-10 días)                                                             | Famciclovir VO 500 mg/12 horas (7-10 días)            |
|                                     | Valaciclovir VO 1 g /12 horas (7-10 días)                                                             | Valaciclovir VO 1 g/12 horas (5-7 días)               |
| Recurrencias                        | Aciclovir VO 400 mg/8 horas (5 días)                                                                  | Aciclovir VO 400 mg/8 horas (5-10 días)               |
|                                     | Aciclovir VO 800 mg/8 horas (2 días)                                                                  |                                                       |
|                                     | Aciclovir VO 800 mg/12 horas (5 días)                                                                 |                                                       |
|                                     | Famciclovir VO 1 g/12 horas (1 día)                                                                   | Famciclovir VO 500 mg/12 horas (5-10 días)            |
|                                     | Famciclovir VO 125 mg/12 horas (5 días)                                                               |                                                       |
|                                     | Valaciclovir VO 1 g/día (5 días)                                                                      | Valaciclovir 1 g/12 horas (5-10 días)                 |
| Supresivo (> 4-6 episodios/año)     | Aciclovir VO 400 mg/12 o 24 horas (6-12 meses)                                                        | Aciclovir VO 400-800 mg/ 8 o 12 horas (6-12 meses)    |
|                                     | Famciclovir VO 250 mg/12 horas (6-12 meses)                                                           | Famciclovir VO 500 mg/12 horas (6-12 meses)           |
|                                     | Valaciclovir VO 500 mg-1 g/día (6-12 meses)                                                           | Valaciclovir VO 500 mg/12 horas (6-12 meses)          |
| Gestantes*                          | Aciclovir VO 400 mg/8 horas (7-10 días)                                                               |                                                       |
|                                     | Valaciclovir VO 500 mg/12 horas (7-10 días)                                                           |                                                       |
| Sospecha de resistencia a aciclovir | Foscarnet IV 40 mg/kg/8 horas (14-21 días)                                                            | Foscarnet IV 60 mg/kg/8 horas hasta respuesta clínica |
|                                     | Foscarnet IV 60 mg/kg/8 horas (14-21 días)                                                            |                                                       |
| Infección grave                     | Aciclovir IV 5-10 mg/kg/8 horas hasta mejoría clínica, seguido de aciclovir VO durante mínimo 10 días |                                                       |

IV: vía intravenosa; VO: vía oral

\* Se recomienda iniciar el tratamiento a partir de la semana 35 de gestación y prolongarlo hasta el momento del parto.

## I Seguimiento

- Se recomienda no mantener relaciones sexuales mientras persistan las lesiones herpéticas en la zona afectada.
- Las parejas sexuales sintomáticas deben ser evaluadas y recibir tratamiento y las asintomáticas pueden ser evaluadas y aconsejadas.
- En pacientes diagnosticados de herpes genital se debe ampliar el estudio para descartar otras ITS.

## I Prevención

No existe un tratamiento definitivo para la infección por VHS de ahí que las medidas preventivas resulten fundamentales. Una persona infectada podrá transmitir al virus a lo largo de toda su vida.

Las estrategias de prevención serán:

- **Abstinencia sexual:** método muy efectivo, pero no aceptado por muchas personas. No obstante, debe recomendarse reducir el número de parejas sexuales, la eliminación de prácticas de riesgo y retrasar, en la medida de lo posible, el inicio de la actividad sexual.
- **Uso de medidas de protección:** la más eficaz es el preservativo, si bien no lo será en la totalidad de los casos, ya que el preservativo no siempre recubre todas las lesiones y porque este virus puede infectar a partir de vesículas o úlceras no visibles y no localizadas en el pene.
- **Informar a la pareja si se padece infección por VHS:** y evitar mantener relaciones sexuales si presenta un brote.

Ni el uso de antibióticos, ni el lavado de genitales con soluciones desinfectantes son útiles para evitar la transmisión de VHS.

## Bibliografía

- Arias Caballero, Agustín. *Avances en farmacología de las enfermedades infecciosas y parasitarias. Enfermedades de transmisión sexual*. Madrid: Acción Médica, S.A.;2006. 486p.
- Canal Salut. Generalitat de Catalunya. *Herpes genital*. Disponible en: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/i/infeccions-de-transmissio-sexual/herpes-genital/> [Consulta: 1 diciembre de 2022].
- Centros para el control y la prevención de enfermedades. *Enfermedades de Transmisión sexual*. Gobierno de USA. [Consulta: 1 diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-stdriskandoralsex-spa.htm>.
- Grupo de Expertos del Grupo de Estudio de SIDA de la SEIMC (GESIDA), Secretaria del Plan Nacional Sobre el SIDA (SPNS), Grupo de Estudio de ITS de la SEIMC (GEITS), Grupo Español para la Investigación de las Enfermedades de Transmisión Sexual de la Academia Española de Dermatología y Venerología y de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Documento de Consenso sobre Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual en adultos, niños y adolescentes (Marzo 2017).
- Manual Merk de información médica para el hogar. Merk Sharp&Dohme.1573 p.
- Kimberly A, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines. Recomm Rep 2021.

## Autores

Miembros del Grupo de Trabajo de Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Tarragona. Teresa Brufau, M. Esther Fernández, Mireia Carulla, Mar Olga Pérez-Moreno, Vicent Perpiñà, Clara Rabal y M. Luisa Saura.



**Farmacéuticos**  
Consejo General de Colegios Farmacéuticos

Vocalía Nacional  
de **Analistas Clínicos**