



Jordi Reina
Carla Iglesias

Detección de co-infección por el virus Herpes simple tipo 1 y tipo 2 en úlceras genitales femeninas

Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España

Article history

Received: 17 April 2023; Revision Requested: 15 May 2023; Revision Received: 17 May 2023; Accepted: 1 June 2023; Published: 19 July 2023

Estimado Editor:

Las infecciones causadas por el virus herpes simplex (VHS) son una entidad muy frecuente que afecta a la mayoría de la población general. El VHS se subdivide en dos tipos, el herpes simple tipo 1 (VHS-1) y el herpes simple tipo 2 (VHS-2) a partir de consideraciones genéticas, antigénicas, biológicas y epidemiológicas [1]. El VHS-1 es el principal causante de las infecciones que afectan al área craneal y cervical, siendo la gingivostomatitis la principal manifestación clínica de la primoinfección. La primoinfección se adquiere precozmente en la infancia y las reactivaciones se producen casi siempre en la misma zona anatómica. La infección por el VHS-2 debe considerarse como una enfermedad de transmisión sexual pues su principal vía de contagio durante la primoinfección es la de tipo sexual (infección genital). Como consecuencia de ello su adquisición es más tardía y coincide generalmente con el inicio de la actividad sexual; las reactivaciones del VHS-2 ocurren casi exclusivamente en la misma zona anatómica [1]. Varios estudios han demostrado que el VHS-1 también es capaz de provocar infecciones genitourinarias en un porcentaje que puede oscilar entre el 10-35%. Además se ha observado un importante incremento de las mismas en los últimos años debido al aumento de las prácticas sexuales orogenitales [1,2]. La co-infección genital entre ambos herpesvirus es una entidad poco descrita y por ello nos ha parecido interesante presentar este caso clínico.

Mujer africana de 21 años que acudió a urgencias por prurito y dolor genital y vaginal múltiple y difuso de 4 días de evolución sin fiebre. Había tenido dos días antes sangrado y flujo vaginal espeso. En los genitales externos se observó amplias zonas eritematosas perianales y vulvares con lesiones vesiculares y ulcerosas múltiples en introito vaginal y labios mayores y menores. No se detectaron adenopatías inguinales. La explo-

ración general fue normal y la prueba frente VIH fue negativa. Se tomaron muestras de las lesiones genitales que fueron remitidas para su diagnóstico microbiológico. La paciente fue diagnosticada de herpes genital múltiple y fue dada de alta con tratamiento de aciclovir 400 mg/8 horas/día durante 10 días y una crema anestésica con lidocaína.

Para el cultivo bacteriano y fúngico, que fueron negativos, se siguieron las recomendaciones de la SEIMC [3]. La detección de *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Mycoplasma* spp. se realizó mediante una PCR múltiple (STI Assay; Alinity-m, Abbott). En la PCR realizada frente a los herpesvirus (Allplex Neurotropic Viruses; Seegen) se detectó de forma simultánea la presencia de VHS-1 y VHS-2. Se repitió la determinación y el resultado confirmó el primer diagnóstico. No se realizó cultivo celular por no disponer de esta metodología y no se realizó serología frente a los herpesvirus por el antecedente previo de otro episodio de herpes genital.

Tal y como se ha mencionado las co-infecciones genitales por los dos tipos herpéticos parecen una entidad poco frecuente. Este dato se confirmó por Obisesan et al. [4] en Sudáfrica al comunicar que sólo el 2,3% de los hombres y el 4,5% de las mujeres con úlceras genitales herpéticas estaban coinfectados por ambos tipos detectados mediante PCR específica. Sin embargo, las coinfecciones entre el VHS-2/VIH eran del 13,6% en hombres y del 54,5% en mujeres y entre el VHS-1/VIH del 2,3% y 4,5% respectivamente. Las mujeres presentan el doble de infecciones genitales por el VHS-2 o mixtas que los hombres [1,4].

Los estudios de seroprevalencia en adultos de 18-49 años descritos por Beydoun et al. [5] en Estados Unidos demuestran que en los pacientes con úlceras genitales herpéticas, el 21,6% eran positivos frente al VHS-1, el 34,8% frente al VHS-2 y el 39,2% frente a ambos virus (co-infección). Los porcentajes detectados entre la población sin herpes genital reconocido se estimó que el 48,4% presentaban anticuerpos frente al VHS-1, el 7,4% frente al VHS-2 y el 11,8% frente a ambos virus, observándose diferencias significativas. Sin embargo debe tenerse en

Correspondencia.

Jordi Reina

Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Son Espases.
Carretera Valldemossa 79. 07120 Palma de Mallorca.

E-mail: jorge.reina@ssib.es

cuenta que la seroprevalencia frente a estos herpesvirus varía ampliamente dependiendo de la edad, sexo, étnia, área geográfica, actividad sexual y situación socioeconómica y sanitaria [1,4,5]. Así en el Reino Unido la seroprevalencia frente al VHS-2 es del 4% pero en Bulgaria del 24% [6].

Las infecciones herpéticas mixtas VHS-1/2 no parecen presentar una mayor gravedad, aunque si parecen afectar a zonas mas amplias que las causadas por el VHS-2 en solitario, como en nuestro caso [2]. Se ha postulado que los anticuerpos frente al VHS-1 podrían aportar cierto grado de protección cruzada frente al VHS2, pero no existen datos concluyentes [4]. El tratamiento debe ser aciclovir independientemente del tipo herpético implicado, ya que ambos se han mostrado sensibles a este antiviral.

Aunque el diagnóstico de la mayoría de las infecciones genitales herpéticas se realiza en la exploración clínica, es muy importante la toma de muestras para llegar a un diagnóstico etiológico definitivo que permita obtener resultados sorprendentes como el de este caso.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiación para la realización de este estudio

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Johnston C, Corey L. Current concepts for genital herpes simplex virus infection: diagnostics and pathogenesis of genital tract shedding. *Clin Microbiol Rev* 2016; 29:149-61. doi:10.1128/CMR.00043-15.
2. Reina J, Gutierrez O, Ruiz de Gopegui E, Padilla E. Incidencia de infecciones genitales causadas por el virus herpes simple tipo 1 (VHS-1) durante el periodo 1995-2003. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005; 23:482-4. doi:10.1157/13078827.
3. Galán Montemayor JC, Lepe Jiménez JA, Otero Guerra L, Serra Pladevall J, Vázquez Valdés F. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales. 2018. 24a. Vázquez Valdés F (Coordinador). *Procedimientos en Microbiología Clínica*. Mansilla E, Cantón Moreno R (Editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2018.
4. Obisesan O, Sithebe N, Mufhandu H. Seroprevalence and characterization of herpes simplex virus from human immunodeficiency virus in samples collected from two provinces in South Africa: a retrospective study. *F1000Research*. doi:10.12688/f1000research.28105.4.
5. Beydoun HA, Dail J, Ugwu B, Boueiz A, Beydoun MA. Socio-demographic and behavioral correlates of herpes simplex type 1 and infections and co-infections among adults in the USA. *Int J Infect Dis* 2010; 14S3:e154-e160. doi:10.1016/j.ijid.2009.12.007.
6. Pebody RG, Andrews N, Brown D, Gopal R, De Melker H, Francois G et al. The seroepidemiology of herpes simplex virus type 1 and 2 in Europe. *Sex Transm Infect* 2004; 80:185-91. doi:10.1136/sti.2003.005850.