

## Úlceras genitales crónicas por virus del herpes simple en paciente inmunocomprometido: reporte de caso

### *Chronic genital ulcers due to herpes simplex virus in an immunocompromised patient: case report*

Abner Baquedano-Ordoñez <sup>1a</sup>, Benilda Martel-Ramos <sup>2b</sup>

#### Resumen

El herpes genital es una infección de transmisión sexual vírica que representa la causa más frecuente de úlcera genital. Clínicamente, cursa con episodios recurrentes, asintomáticos, o con lesiones características como vesículas-úlceras. En nuestro medio, el diagnóstico es eminentemente clínico, aunque existen pruebas laboratoriales para su confirmación, el tratamiento de elección consiste en fármacos antivirales sistémicos, que acortan el tiempo de eliminación del virus, aunque no evitan la recidiva. Además, es importante recordar su frecuente predisposición con otras ITS, en especial, el VIH/SIDA como en este caso.

**Palabras claves:** Úlcera crónica extensa; virus del herpes simple; Infección por VIH (Fuente: DeCS-BIREME)

#### Abstract

Genital herpes is a sexually transmitted viral infection that represents the most frequent cause of genital ulcer. Clinically, it presents with recurrent, asymptomatic episodes or with characteristic lesions such as vesicles-ulcers. In our environment, the diagnosis is eminently clinical, although laboratory tests are available for its confirmation. The treatment of choice consists of systemic antiviral drugs, which shorten the virus elimination time, although they do not prevent recurrence. In addition, it is important to remember its frequent predisposition to other STIs, especially HIV/AIDS as in this case.

**Keywords:** large chronic ulcer; herpes simplex virus; HIV infection (Source: MeSH-NLM)

1. Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.
  2. Servicio de Dermatología, Hospital Escuela, Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.
- a. Estudiante de medicina.  
b. Médico, Especialista en Dermatología

Recibido: 01-05-2022 Aceptado: 25-05-2022

REV HISP CIENC SALUD. 2022; 8 (1)

#### Citar como:

Baquedano-Ordoñez A, Martel-Ramos B. Úlceras genitales crónicas por virus del herpes simple en paciente inmunocomprometido: reporte de caso. Rev Hisp Cienc Salud. 2022; 8(1):27-33. DOI <https://doi.org/10.56239/rhcs.2022.81.535>

## INTRODUCCIÓN

Las úlceras genitales representan un reto diagnóstico importante debido a las múltiples etiologías relacionadas<sup>1</sup>. Pueden ser un signo guía de un gran abanico de entidades patológicas cutáneas o sistémicas<sup>2</sup>. A nivel mundial, la causa más frecuente de úlceras genitales es la infección por virus herpes simple (HSV), seguido de la sífilis y el linfogranuloma venéreo<sup>2,3,4,5</sup>. Los factores de riesgo del enfermo orientan al diagnóstico etiológico, por lo que es importante conocer su estado inmune<sup>1</sup>. La sospecha de ITS en un paciente es importante debido a que el tratamiento precoz y la detección de los contactos sexuales permiten romper la cadena epidemiológica y alcanzar la curación clínica del paciente de forma precoz<sup>3</sup>. La realización de una anamnesis detallada y un examen físico minucioso son esenciales para realizar un adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico<sup>2</sup>.

Se presenta a continuación el caso de un paciente masculino inmunocomprometido, que además presenta úlceras genitales de gran extensión por virus del herpes simple.

## REPORTE DE CASO

Se informa el caso de un paciente masculino que se ingresa a la sala de medicina interna del Hospital Escuela en noviembre del 2021, de 28 años, procedente del sur de Honduras (municipio de San Lorenzo, departamento de Valle), motorista, soltero, de religión católica y con educación escolar incompleta. Que consulta por presentar cambios inflamatorios en pene y región anal. Afirmando que los cambios inflamatorios empezaron a nivel del prepucio, aproximadamente de un año de evolución, estos cambios se caracterizaban por la presencia de calor, rubor y dolor, que con el tiempo progresó con

la pérdida de la continuidad de la piel, con salida de secreción serohemática y que posteriormente se extendió por la región inguinal izquierda hasta llegar a la zona perianal, presentando maceración y salida de material purulento, verdoso y fétido. Además, el paciente refiere que por manipulación hizo extensión de tres lesiones ulcerosas de pequeño tamaño a nivel del pezón, el paciente afirma que ha recibido múltiples terapias con antibióticos en clínicas privadas, pero sin mejoría alguna. Como antecedentes personales patológicos el paciente es B24 positivo (SIDA) diagnosticado y controlado desde hace 9 años en el SAI (Servicios de Atención Integral) de su municipio, afirmando apego al tratamiento con antirretrovirales (AZT, 3TC y EFV) y con carga viral de 5.66 tomado en su último control viral que fue en agosto de ese mismo año. Como hábitos tóxicos el paciente afirma alcoholismo y tabaquismo desde hace 8 años.

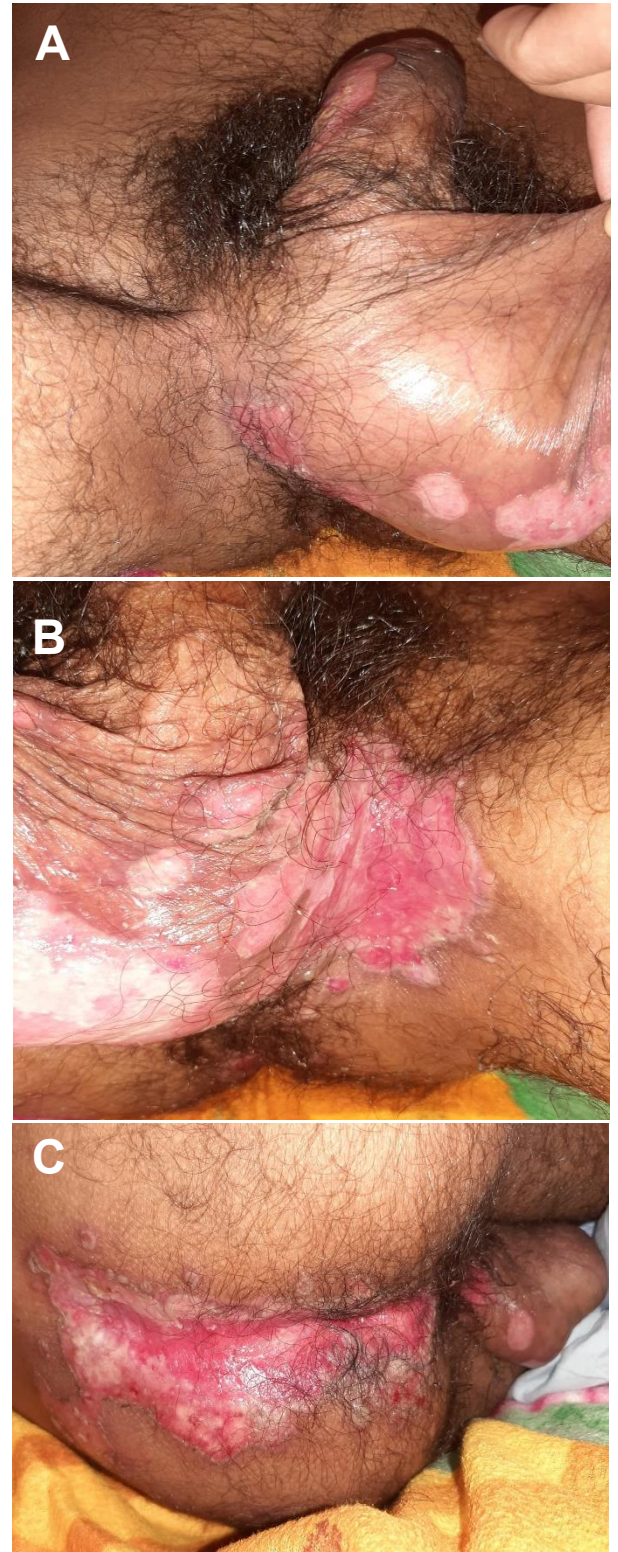
En el examen físico dermatológico a nivel genital, el paciente presenta múltiples úlceras eritematosas de tamaño variable, algunas confluentes y otras aisladas con bordes bien definidos, con salida de secreción serohemática, fétida, blandas y dolorosa al tacto, localizadas en el prepucio y tronco del pene Figura 1, parte inferior del escroto, región inguinal izquierda y región perianal Figura 2, que se acompañada de la pérdida local del vello en las lesiones ulcerosas y un pequeño número de vesículas con base eritematosas en la periferia de la región perianal.



**Figura 1.** Lesiones ulceradas, eritematosas, de gran extensión, con bordes bien definidos, localizadas tanto en prepucio como en el tronco del pene. **A.** Vista anterior. **B.** Vista posterior.



**Figura 2.** Lesiones ulceradas, eritematosas, confluentes como también aisladas, con bordes marcados, bien definidos, con secreción serohemática, con presencia de algunas vesículas en la periferia y pérdida local del vello dentro de las lesiones. **A.** Región inguinal derecha. **B.** Región inguinal izquierda. **C.** Región perianal.





Además, en el tórax presenta tres úlceras, con las mismas características, ubicadas en la línea axilar anterior, a la altura del pezón, de unos 0.5, 1.5 y 2 cm de diámetro Figura 3, no mostraba adenopatías.

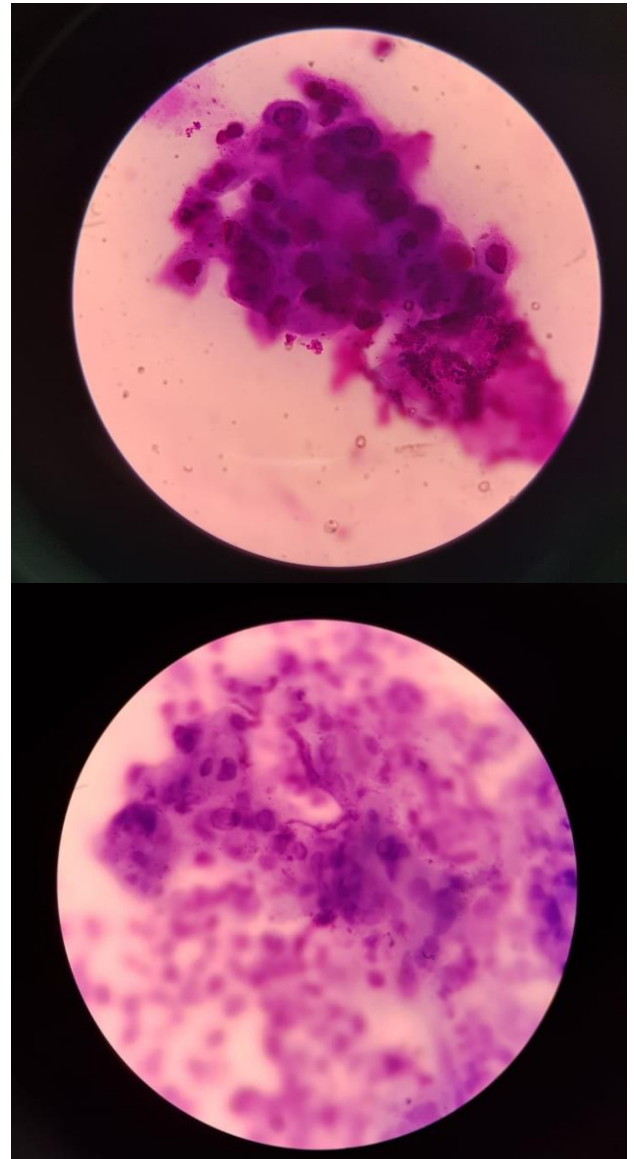
**Figura 3.** Lesiones ulceradas, eritematosas, con bordes elevados, bien definidos, con presencia de secreción serohemática en el centro, localizadas en el tórax.



Se interconsultó con el servicio de dermatología siendo los diagnósticos diferenciales: Úlceras por herpes simple y toxidermia fija medicamentosa.

Se solicitaron estudios de laboratorio como: hemograma, química sanguínea, tiempos de coagulación, función renal, que se encontraban dentro de los parámetros normales, además, se solicitó hacerle Test de Tzanck, las muestras se obtuvieron de las secreciones de las úlceras y de las vesículas, el cual dio positivo, observándose células gigantes multinucleadas en los resultados **Figura 4.**

**Figura 4.** Test de Tzanck positivo, mostrando células acantilíticas con inclusiones virales. Tinción con Giemsa - 100X.



Gracias a la información clínica y a los cambios citopáticos virales observados en el microscopio se estableció el diagnóstico de úlceras por herpes simple.

El paciente se sometió a tratamiento con Aciclovir 800mg intravenoso, 2 veces al día por 10 días, y uso de Farlaborin (acetato de calcio y sulfato de aluminio) como complemento tópico astringente y de limpieza, demostrando mejoría franca y resolución de su condición.

## DISCUSIÓN

El herpes genital (HG) es una infección viral común causada por el Virus Herpes Simple (VHS). Existen dos tipos de este virus: los tipos 1 y 2. Aunque ambos pueden expresar las mismas lesiones, el VHS-2 está más asociado con lesiones genitales y el VHS-1 con lesiones orales; sin embargo, el 1 puede infectar el área genital y el 2 la cavidad oral<sup>7,8,9</sup>. La prevalencia de la infección por VHS-2 varía en todo el Mundo<sup>7</sup>. La proporción de herpes genital debido a la infección por VHS-1 es alta o va en aumento en muchos países. Además, el 14% de las personas son seropositivas frente al VHS-2 y el 25-30% del herpes genital es causado por el HSV-1, aunque los casos recurrentes suelen ser causados por HSV-2<sup>7</sup>.

La transmisión se produce por contacto directo con el virus, frecuentemente por contacto sexual o por autoinoculación. Así, el virus entra por alguna lesión en la piel como un corte o una herida, o a través de la mucosa. El VHS-2 usualmente se inocula durante el sexo vaginal o anal, mientras que el VHS-1 lo hace vía sexo oral-genital<sup>7</sup>.

En la clínica, los datos recogidos en la anamnesis y la exploración física son la base del diagnóstico. La localización de las lesiones, en los hombres, son más comunes en el glande, el prepucio y el cuerpo del pene. A veces las llagas pueden desarrollarse en los testículos.

Menos comúnmente, pueden experimentar lesiones alrededor del ano, las nalgas y la parte superior de los muslos<sup>7</sup>. Como sucedía en este caso que además se trataba de una infección recurrente en el paciente.

Una Infección recurrente ocurre tras un herpes genital inicial, éste se hace recurrente en más del 50% de casos a partir de los 4-8 meses del primer brote, con mayor frecuencia si el episodio primario dura más de 30 días. Su sintomatología local es menos intensa que en las formas iniciales. Las lesiones brotan, con una fase prodrómica previa (dolor, disestesias, etc.), en el mismo lugar que las del primer episodio, pero con menor extensión. Surgen pústulas rápidamente, que se erosionan y curan sin dejar cicatriz en 8-12 días<sup>4,6,7,10</sup>.

En el caso de pacientes inmunodeprimidos, pueden desarrollarse lesiones crónicas y recurrentes de mayor tamaño que dificultan el diagnóstico clínico<sup>3,5,6,10,11</sup>.

Su diagnóstico confirmatorio se puede realizar de la siguiente manera:

1. Cultivo viral.
2. Detección de antígenos en la muestra.
3. Inmunofluorescencia directa.
4. Detección del DNA viral mediante PCR.
5. Serología<sup>5,7</sup>.
6. Test de Tzanck: Su papel diagnóstico resulta especialmente relevante en las formas clínicas atípicas, como ocurre en el paciente inmunodeprimido, en el que la infección herpética puede mostrarse en forma de úlceras de evolución tórpida en lugar de las clásicas vesículas, o en aquellos casos en los que el diagnóstico de sospecha es poco frecuente para la edad del paciente<sup>6,7</sup>.

En nuestro medio el diagnóstico es esencialmente clínico ya que no se cuenta con métodos laboratoriales avanzados para su confirmación, con lo que si se cuenta es con el Test de Tzanck el cual tiene relevancia en presentaciones clínicas atípicas de herpes simple genital, por ende, se le pudo realizar dicha prueba al paciente.

En cuanto al tratamiento, actualmente existen tres fármacos antivirales aprobados para su empleo en el herpes genital: el aciclovir, el valaciclovir y el famciclovir<sup>10,12,13,14</sup>.

El herpes genital en personas con infección por el VIH se asocia con una infección más grave y con lesiones más crónicas, al igual que con un incremento en la excreción asintomática. Las úlceras genitales en pacientes inmunodeprimidos pueden ser muy numerosas, alcanzar tamaños enormes y asociarse con intenso dolor y mucha afectación adenopática<sup>14</sup>.

**Tabla 1.** Pautas recomendadas en el tratamiento de las recurrencias en pacientes VIH+

Tratamiento episódico	
<b>Aciclovir</b>	400-800 mg vía oral, 3 veces al día por 7-10 días
<b>Valaciclovir</b>	1 g vía oral 2 veces al día durante 5-10 días
<b>Famciclovir</b>	500 mg vía oral 2 veces al día durante 5-10 días
<b>Fuente:</b> Martín J, Villalón G, Jordá E. Actualización en el tratamiento del herpes genital. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2009; 100 (1): 22-32.	

Se debe dar seguimiento por posibles complicaciones:

1. Lesiones cutáneas extragenitales: son la complicación más frecuente; suelen aparecer sobre las dos semanas de la enfermedad, y se localizan en glúteos, ingles, muslos y dedos, lo que sugiere un mecanismo de autoinoculación.
2. Complicaciones neurológicas: la más frecuente es la meningitis aséptica.
3. Complicaciones psíquicas: conflictos de relación interpersonal y de pareja.
4. Diseminación hematogena: cursa con afectación cutánea diseminada y/o visceral.
5. Extensión local al resto del tracto urinario<sup>3,7,10</sup>.

En conclusión, se trata el caso de un paciente inmunodeprimido con elementos clínicos, epidemiológicos y laboratoriales propios de presentar úlceras por herpes simple, abordada de manera tardía por falta de un correcto diagnóstico y manejo médico en el paciente, pero, a pesar del estado de severidad, el paciente tuvo una evolución exitosa de su condición con el tratamiento, en estos casos está indicado un manejo oportuno debido a su estado bajo de inmunidad y también para evitar posibles complicaciones a futuro.

### Agradecimientos

Se agradece al Laboratorio de Micología del Hospital Escuela por el apoyo prestado con las imágenes del Test de Tzanck.

### Financiamiento

Autofinanciado

### Conflictos de Interés

Los autores niegan tener conflictos de interés

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cortázar AAM, Cano ALE, Quijada UZM, et al. Úlcera perianal secundaria a coinfección por virus herpes simple y citomegalovirus. *Enf Infect Microbiol.* 2020; 40 (4): 155-158.
2. Moreira L, García L, Casuriaga A, Giachetto G, Machín V. Úlceras vulvares agudas en adolescentes, reporte de una serie de casos clínicos. *Revista Médica del Uruguay.* 2019; 35 (4): 325-331. doi.org/10.29193/RMU.35.4.9.
3. Rafael Méndez Y, Moreno C, L. Ochoa C, K. Peñalosa D, J. Pérez A. Diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas infecciosas en paciente VIH: reporte de un caso. *Horizonte Médico.* 2017; 17 (4): 67-72. Doi: 10.24265/horizmed.2017.v17n4.12.
4. Ramos Mauro Cunha, Sardinha José Carlos, Alencar Herculano Duarte Ramos de, Aragón Mayra Gonçalves, Lanny Leonor Henriette de. Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: infecciones que causan úlcera genital. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2021; 30(1): e2020663.
5. Garza-Garza R, González-González SE, Ocampo-Candiani J. Manifestaciones cutáneas del VIH. *Gac Med Mex.* 2014; 150 (2): 194-221.
6. de Eusebio Murillo E. Protocolo de diagnóstico y tratamiento de las úlceras genitales, Medicina. *Protocolos de práctica asistencial.* 2018; 12 (59): 3474-3477. doi.org/10.1016/j.med.2018.06.013.
7. Salvador Herrero L, Sidro Bou L, Pérez Cervelló G, Freixenet Guitart N, Balanzá Garzón A, Bort del Río P. Úlceras genitales. Como Guías de Fisterra. 2005; (12): 100-102.
8. D. Rodriguez-Herrera, et al. Presentación atípica anogenital de virus herpes simple en un adulto vih positivo, manejo exitoso con foscarnet: reporte de caso. *Infectio* 2019; 23(2): 212-214. doi.org/10.22354/in.v23i2.779.
9. Meylan P. Herpes Genital: una actualización para el profesional. *Arch Med Actual Trac Gen Inf.* 2011; 3 (5):3-15.
10. Muñoz Hiraldo E., Morillo Gutiérrez B. Grupo de Patología Infecciosa de AEPap. Infecciones por virus Herpes Simple. Noviembre 2017.
11. Navarrete-Dechent Cristián, Ortega Rinna, Fich Félix, Concha Marcela. Manifestaciones dermatológicas asociadas a la infección por VIH/SIDA. *Rev. chil. infectol.* 2015 Feb; 32(1): 57-71. doi.org/10.4067/S0716-10182015000100005.
12. Sánchez-Crespo Bolaños José Ramón, González Hernando Carolina. Herpes Genital. *Rev Clin Med Fam.* 2010 Jun; 3(2): 124-126. doi.org/10.4321/S1699-695X2010000200013.
13. Hernández Cortina Abdul. infección por herpes simple genital: revisión global. *Rev haban cienc méd.* 2008 Dic; 7(4).
14. Martín J, Villalón G, Jordá E. Actualización en el tratamiento del herpes genital. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2009; 100 (1): 22-32.
15. Pérez S Kriss, Porto-Espinoza Leticia, Mindiola Raimy, Callejas M Diana, Estévez Jesús, Moronta Reyna. Incidencia del virus Herpes simplex en pacientes con infecciones agudas del sistema nervioso central. *Kasmera.* 2010 Dic; 38(2): 147-156. doi.org/10.1590/S1679-4974202100010.esp1.



### Correspondencia:

Abner Baquedano

Email: [abnerbaquedano@yahoo.es](mailto:abnerbaquedano@yahoo.es)