

Medicina Balear 2009; 24 (2); 47-48

Imatge diagnòstica

## Mujer joven con vesículas agrupadas en labio inferior

J. Gutiérrez de la Peña, A. Montis Suau<sup>1</sup>*Especialistas en Dermatología  
1- Académico numerario*

**Palabras clave:** Virus herpes simple, Encefalitis, Tomografía Computarizada (TC), Resonancia Magnética (RM)

**Key words:** Herpes simplex virus. Encephalitis. Computed tomography (CT). Magnetic resonance (MR).

### Caso clínico

Paciente mujer de 35 años de edad que acude a consulta por presentar desde hace dos días unas vesículas agrupadas en labio inferior, que se transforman en pústulas y costra hemorrágica. Se iniciaron con antecedente de prurito y sensación de hormigueo en la zona. Comenta la paciente que en el último año se ha repetido episodios de vesículas similares en varias ocasiones, en la misma zona (Fig. 1).



Fig. 1.- Herpes simple labial

### Diagnóstico

Herpes simple labial recidivante.

### Comentario

El Herpes simple es una infección vírica contagiosa e incurable, que puede afectar a la piel y a las membranas mucosas<sup>1</sup>. Es debido al *Herpesvirus hominis*, del que existen dos tipos: el VHS1 suele afectar a la zona peribucal mientras que el VHS2, a la zona genital<sup>2</sup>. Herpes significa “racimo”, en griego.

La mayoría de los seres humanos sufre una primoinfección herpética, localizada en la boca con ampollas y erosiones dolorosas, que dificultan la alimentación, curan espontáneamente en ocho a diez

días, y suele cursar sin llegar a diagnosticarse como una infección faríngea o una gingivostomatitis. Otras veces el primer brote se localiza en la zona genital, con gran profusión de vesículas y úlceras pequeñas, dolorosas, en el pene o en la vulva. Puede ser un cuadro grave. Ambas formas, peribucal y genital, suelen acompañarse de adenopatías regionales. Después de la infección el virus permanece para siempre latente en los ganglios sensitivos de los nervios correspondientes y al reactivarse se extiende por éstos hasta la piel, originando el herpes simple labial o genital recidivante. Estos brotes en ocasiones van precedidos de pródromos en forma de quemazón, escozor, hormigueo o dolor.

El *herpes simple labial* presenta vesículas pequeñísimas agrupadas en forma de racimo, con picor, hormigueo y escozor, que evolucionan a la formación de costra negruzca o amarillenta que dura unos diez días. Otras veces afecta a las mejillas, a los dedos (panadizo herpético), e incluso a la nariz o a los párpados. Está favorecido por la exposición al sol, la sequedad de los labios, la menstruación, el estrés, y procesos infecciosos acompañados de fiebre como catarros o neumonías.

El *herpes genital* se localiza en el pene o escroto, vulva, muslos y nalgas. Es una infección de transmisión sexual, que suele repetir con mayor frecuencia que la forma facial, y también consiste en pequeñas vesículas agrupadas que pronto se erosionan y dejan unas pequeñas úlceras en racimo pruriginosas o dolorosas (Fig. 2). Actualmente es la primera causa de úlcera genital. A veces es una infección vírica durmiente o asintomática, pero pueden contagiar a las parejas sexuales. Puede deberse también al VHS1 por práctica de sexo oral, y la clínica es indistinguible. En los pacientes inmunosuprimidos es una forma mucho más grave con lesiones extensas y duraderas. Este virus herpético favorece el contagio por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Data de recepció: 2-III-2009

Data d'acceptació: 21-IV-2009

ISSN 1579-5853



Fig. 2.- Herpes genital recidivante

El diagnóstico se basa en las características clínicas y se confirma por medio del citodiagnóstico de Tzanck, donde al tomar una muestra del exudado teñido por el método de Giemsa se aprecian unas células epiteliales gigantes multinucleadas con inclusiones intranucleares. Las formas atípicas de herpes simple se pueden diagnosticar mediante cultivo vírico, técnica no disponible para la mayoría de los laboratorios. Existen métodos serológicos que detectan el nivel de inmunoglobulinas M o G frente al virus. La IgM sirve para diagnosticar las infecciones recientes o en las fases iniciales, y la IgG nos indica que ha habido una infección previa.

Como complicaciones posibles, el virus puede infectar las zonas eczematosas de los atópicos, con gran extensión de lesiones herpéticas por las mismas: esta complicación, conocida como erupción variceliforme de Kaposi, puede parecer y confundirse con un impétigo extenso. En la forma palpebral puede originar una grave queratoconjuntivitis, que, en algunos casos, da lugar a ceguera. Si la forma genital se desarrolla en el parto, puede causar una grave meningi-

tis al neonato, por lo que en caso de enfermedad en ese momento del parto es conveniente un tratamiento intensivo o practicar una cesárea. Si erróneamente el paciente es tratado con cremas de corticoides la lesión puede evolucionar hacia una úlcera tórpida. Como profilaxis cabe señalar que las personas infectadas de herpes labial no deben besar a los recién nacidos.

Si bien la infección es incurable al permanecer el virus latente en los ganglios sensitivos, los tratamientos antivíricos disponibles son eficaces y seguros<sup>3</sup>. El tratamiento es con Aciclovir, de escasa biodisponibilidad, o mejor con sus modernos derivados como Valaciclovir (500 mg/12h/5d) o Famciclovir (250 mg/12h/5d). Para evitar las recaídas no se dispone de vacuna preventiva eficaz, y debido a que su constante repetición llega a provocar desesperación y graves repercusiones psicosociales en los afectados, se aplican tratamientos supresivos de la replicación viral con Valaciclovir o Famciclovir a la dosis de 500 mg/día/ durante meses o años.

## Bibliografía

1. Dulanto F, Armijo M, Camacho F y Naranjo R. Dermatología Médico-Quirúrgica. Granada: Editorial Anel; 1981: 911-915
2. Fatahzadeh M, Schwartz RA. Human herpes simplex virus infections: Epidemiology, pathogenesis, symptomatology, diagnosis and management. *Journ Am Acad Derm, Continuing medical education*, 2007; 57 (5): 737-763
3. Martín JM, Villalón G y Jordá E. Actualización en el tratamiento del herpes genital. *Actas Dermosifilogr* 2009; 100: 22-32