AEPCC XXXI CONGRESO
Del 28 al 30 noviembre de 2019
Palacio Euskalduna
Bilbao
www.aepcc.org/congreso2019

IMPORTANCIA DE LA CONFIRMACIÓN MICROBIOLÓGICA DEL HERPES GENITAL DURANTE LA GESTACIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Molina Guilera A[1];Alepuz Oms C[1]; López Gomiz G[1]; García Cancela E[1]; Cayuela Maldonado I[1]; Garcia Garcia S[1].
[1]Consorci Sanitari de Terrassa

CST: CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

Objetivos:

El herpes genital es una infección que debe ser diagnosticada y tratada durante la gestación para evitar el riesgo de transmisión neonatal y sus consecuencias; algunas de ellas muy graves. El diagnóstico precoz y una correcta pauta de tratamiento pueden modificar el pronóstico y los riesgos que conlleva padecer la infección durante el embarazo.
El objetivo de este trabajo es realizar una revisión del manejo de la infección genital por Herpes Simple en gestantes y remarcar la importancia del diagnóstico microbiológico, a propósito de un caso que se atendió en el Consorci Sanitari de Terrassa (CST).

Material y métodos:

Se presenta el caso de una gestante atendida en nuestro centro (CST) que presentó una infección cutánea y analizaremos el manejo realizado acorde a la bibliografía y guías de práctica clínica de las principales sociedades de expertos.

Resultados:

Paciente primigesta de 27 semanas de gestación (sg), sin factores de riesgo , visitada en el servicio de urgencias para valoración de lesión dolorosa a nivel lumbar-glúteo con vesículas. Orientándose clínicamente como herpes zoster, motivo por el cual se pauta tratamiento con Aciclovir 400mg/5h durante 7 días. A las 33.3 sg reconsulta en urgencias refiriendo aparición del mismo tipo de lesión a nivel de labio mayor vulvar. Por las características macroscópicas, y la lesión previa, se orienta nuevamente como herpes zoster y se repite la misma pauta de tratamiento. A la semana, reaparece la lesión lumbar y se indica tratamiento aunque con mal cumplimiento terapéutico por mala tolerancia a la medicación. Finalmente, a las 39.6 sg acude a urgencias con sensación de dinámica ut erina y refiriendo nueva lesión vesiculosa perianal. Habiéndose revalorado la lesión y previa realización de PCR específica para herpes simple de dicha lesión, se decide realizar cesárea electiva por riesgo de trasmisión neonatal. El resultado de la PCR recibido unos días más tarde, fue positiva para Herpes Simple tipo 2.

Conclusiones:

Dado que la clínica entre herpes zoster y genital puede confundirse *(tabla 1)*, es primordial realizar el diagnóstico mediante exploraciones complementarias. El *gold standard* para el diagnóstico de herpes genital es la confirmación mediante PCR de la lesión. Se debería realizar a todas las pacientes que tengan lesiones genitales sospechosas de dicha infección. El diagnóstico confirmativo nos permite realizar un correcto control gestacional, pudiendo requerir tratamiento supresor durante la gestación (*tabla 2*). El principal objetivo es prevenir la transmisión vertical en el momento del parto.

Bibliografía

- Sauerbrei, A; Sauerbrei, ; Wutzler, P; Wutzler. Herpes simplex and varicella-zoster virus infections during pregnancy: current concepts of prevention, diagnosis and therapy. Part 1: herpes simplex virus infections. Medical Microbiology and Inmunology. 2007; 196 (2): 89-94
- Sauerbrei, A; Sauerbrei, ; Wutzler, P; Wutzler. Herpes simplex and varicella-zoster virus infections during pregnancy: current concepts of prevention, diagnosis and therapy. Part 1: varicella zoster infections. Medical Microbiology and Inmunology. 2007; 196 (2): 95-102
- American College of Obstetricians ang Gynecologysts. Practice bulletin no. 151: Cytomegalovirus, parvovirus B19, varicella zoster, and toxoplasmosis in pregnancy. Obstet Gynecol. 2015 Jun;125(6):1510-25
- Stephenson-Famy A, Gardella C. Herpes simplex virus infection during pregnancy. Obstst Gynecol Clin North Am. 2014 Dec;41(4):601-14.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Genital Herpes in Pregnancy. Green-top Guideline No. 30. London: RCOG; 2018.

Tabla 1: diagnóstico diferencial VHS y VVZ

	Herpes Simple	Herpes Zóster
Agente	Virus Herpes Simple 1 y 2	Virus Varicela Zóster
Factores de riesgo	Infección previa VHS Contacto íntimo / sexual con persona infectada	**Infección previa por VZZ** **Inmunosupresión** **Edad avanzada**
Incubación	2-12 días Infección latente	13-17 días Infección latente
Lesión	Vesícula/úlcera múltiple de distribución unilateral o bilateral	*Rash* macular con vesículas y/o erosiones **de distribución UNILATERAL siguiendo un dermatoma**
Secreción	Serosa moderada	Serosa (ocasionalmente hemorrágica)
Dolor	Agudo	Neuropático
Clínica prodrómica	Picor	Mal estar generalizado Quemazón / hormigueo
Adenopatía	**Bilateral dolorosa**	No

Tabla 2: tratamiento supresor infección VHS en gestación

	PRIMOINFECCIÓN	RECURRENCIA
TRATAMIENTO BROTE AGUDO	SI Durante 7-10 días	Individualizar Durante 3-5 días
PAUTA SUPRESORA	**SIEMPRE** A partir de las 36 semanas de gestación hasta el momento del parto	
CESÁREA ELECTIVA	Si infección en el momento del parto o en las 6 semanas previas al parto	Si brote agudo en el momento del parto (explorar canal del parto)