



ITS VÍRICAS

En este tema se explican las principales infecciones de transmisión sexual (ITS) de origen vírico, como el Virus Herpes Simple (VHS) o Moluscum Contagiosum. Existen otros virus de transmisión sexual como VIH y virus hepatotropos (Hepatitis B y C). El Virus de Papiloma Humano (HPV) se tratará en otros capítulos.



VIRUS HERPES SIMPLE (VHS)

El herpes genital puede estar producido tanto por el HVS tipo 1, como por el VHS tipo 2, (el tipo 2 es más frecuente en la región genital). Sin embargo, en los últimos años ha aumentado la proporción de casos por VHS-1 en genitales, especialmente en mujeres jóvenes y HSH (hombres que tienen sexo con hombres). Este virus permanece en el huésped y es responsable de infecciones latentes y reactivaciones, a menudo asintomáticas.

Esta infección es la causa más frecuente de úlcera vulvar en población sexualmente activa de los países desarrollados. En los últimos años se ha observado un progresivo aumento de su prevalencia: se estima que el 13% de la población de 15 a 49 años está infectada por VHS tipo 2 a nivel mundial. Es una importante causa de morbilidad en el neonato, por riesgo de transmisión vertical, y cofactor para transmisión de VIH en pacientes expuestas.

Tras entrar en contacto con mucosa oral o genital, penetra a través de abrasiones o microfisuras de la piel. Se replica en la epidermis y penetra en las terminaciones de los nervios sensitivos de la epidermis. Se transporta a través del axón al núcleo de las neuronas de los ganglios sensitivos de la médula espinal, donde se replica o permanece latente.



El VHS se puede reactivar espontáneamente o en respuesta a diversos estímulos (radiación solar, estrés, fiebre, medicamentos, enfermedades agudas o procesos inmunosupresores). Cuando se reactiva el virus latente, aparecerá una enfermedad recurrente: el virus desciende a través del nervio sensorial hasta la superficie correspondiente a los dermatofibromas inicialmente afectados (normalmente orolabial y vulva), se replica en las células epidérmicas y ocasiona su excreción en secreciones orales o genitales, de manera asintomática o sintomática.

HERPES GENITAL PRIMARIO

El primer episodio suele ser más intenso que la recurrencia. Se incuba durante 2-12 días (4 días de media). Suele haber una fase prodrómica (90%), con fiebre, malestar general, dolor de cabeza, mialgia... seguida de aparición de lesiones en forma de ampollas dolorosas que progresan a úlceras, se transforman en costra, y se curan. Son frecuentes la uretritis o la linfadenopatía inguinal dolorosa.



El cuadro puede asociar escozor o picor, flujo vaginal anómalo y dolor en piernas, nalgas o genitales. Las lesiones recurrentes suelen ser de menor extensión y a menudo unilaterales.

La duración media de la primoinfección es de 12-21 días, y 5-10 días en las recurrencias.

Las complicaciones más frecuentes derivan de las lesiones cutáneas extragenitales, afectación del SNC y sobreinfecciones fúngicas y bacterianas. En pacientes inmunocomprometidos puede diseminarse visceralmente.

Existe gran variación entre número de brotes, gravedad y curso de recurrencias.

DIAGNÓSTICO

La presencia de múltiples vesículas y úlceras dolorosas puede orientar al diagnóstico, y es suficiente para iniciar tratamiento empírico precoz. Se recomienda, además, una confirmación diagnóstica posterior mediante técnicas de laboratorio. La más utilizada es la PCR, habiendo otras técnicas menos utilizadas como el cultivo viral o la tinción de Tzanck.



La serología podría ser de utilidad. La IgG indica que ha existido contacto con la infección. La IgM no distingue entre la infección aguda y la crónica, por lo que no se recomienda su uso. No se recomienda pedir serologías a pacientes sin síntomas.

TRATAMIENTO

El beneficio del tratamiento es máximo si se administra en primeras 72h. Sin embargo, se recomienda tratar el VHS independientemente del tiempo de evolución. Los antivirales permiten una curación más rápida, se atenúan los síntomas, y se acorta el tiempo de excreción viral, disminuyendo así el riesgo de contagio. El tratamiento no consigue erradicar el virus latente, y no ha demostrado modificar el curso de las recidivas.

Existen tres fármacos con eficacia similar en primoinfección:

- Aciclovir 400 mg/8 h VO 7-10 días, (o 200 mg/4h)
- Famciclovir 250 mg/8 h VO 7-10 días
- Valaciclovir 1 g/12 h VO 7-10 días. (Mejor posología).

* En casos graves o en inmunodeprimidos, el Aciclovir se puede administrar inicialmente IV, (2-7 días), y posteriormente pasar a oral hasta completar 10 días.

* En casos resistentes puede utilizarse Foscarnet o Cidofovir.

* El tratamiento tópico es ineficaz para el manejo del herpes genital.

En caso de recurrencias: existen dos estrategias, dependiendo de frecuencia y severidad de los brotes. Se pueden tratar los brotes cuando ocurren (terapia episódica), o intentar prevenirlos (terapia supresora).



Terapia episódica: inicia el día 1 de aparición de lesiones o en la fase prodrómica. Acorta duración de lesiones. Es más barato y tiene mejor adherencia. Se administra tratamiento vía oral, durante 3-5 días.

Terapia supresora: tratamiento diario durante 6-12 meses. Se utiliza cuando hay más de 6 episodios al año que alteran la calidad de vida. Reduce recurrencias 70-80% y disminuye transmisión hasta en un 50%. Puede utilizarse para reducir aparición de brotes en un periodo determinado, como en el momento del parto. En caso de más de 10 brotes al año, Valaciclovir tiene ligera ventaja sobre los otros tratamientos.

GESTACIÓN

Si la primoinfección VHS es próximo al parto, la transmisión vertical ocurre en el 30-50% de los casos, frente al 1% en mujeres que tuvieron la infección en la primera mitad de la gestación. (Esto se debe a que los anticuerpos IgG anti VHS de la madre se transfieren al feto, confiriendo protección pasiva). En caso de presentar infecciones recurrentes, se recomienda terapia supresora desde la semana 36. Las pautas más utilizadas son con Aciclovir o Valaciclovir.

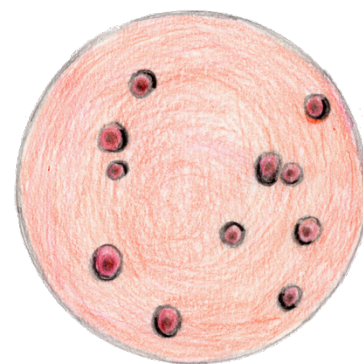
PAREJAS SEXUALES

Se puede transmitir durante episodios asintomáticos, más frecuentemente durante los 12 primeros meses tras primoinfección. Es importante informar sobre el herpes a parejas actuales y futuras. Se recomienda la abstención sexual con parejas no infectadas ante la presencia de lesiones o síntomas prodrómicos. La utilización del preservativo disminuye, pero no elimina el riesgo de transmisión.

MOLUSCUM CONTAGIOSUM

Causado por el virus del mismo nombre. La infección ocurre en tres contextos:

Puede afectar a niños y adolescentes por contacto piel con piel y fómites: afecta cuello, tronco y extremidades. (Por lo tanto, la aparición de MC en niños NO es demostrativo de abuso sexual).



ITS que suele afectar adultos jóvenes: aparece en genitales, pubis, parte inferior del abdomen y muslos.

Infección pacientes inmunocomprometidos, especialmente VIH (prevalencia 5-18%).

Se sospecha una prevalencia elevada, ya que se estima que el 40% de las infecciones son subclínicas. Se transmite por fómites o de forma directa por contacto piel con piel, además de la autoinoculación por rascado o depilación.



CLÍNICA

Se incuban durante 2-8 semanas, y se presentan como pequeñas pápulas umbilicadas de consistencia firme, de 3-5 mm, de color piel, blanco o amarillento. Si se rompen, drenan un material blanquecino cremoso. El número de lesiones variable, entre 1 y 30.

Estas lesiones suelen ser asintomáticas o presentar prurito leve y, a veces, acompañan placas de eccema en torno a las lesiones. En la mayoría de los casos se resuelven sin cicatriz en un tiempo variable, (2-12 meses), aunque un pequeño porcentaje presenta infección persistente durante años.



El diagnóstico es clínico (característica la umbilicación central). Se puede confundir con verrugas genitales, y para eso es útil exprimir una lesión, comprobando salida de material blanquecino característico.

TRATAMIENTO

El tratamiento favorece la posibilidad de limitar la diseminación a otras áreas, disminuye la transmisión a otras personas, reduce prurito y el riesgo de eccematización secundaria. Además, disminuye el estrés relacionado con aspecto estético de las lesiones. En inmunocompetentes se puede hacer un manejo expectante, sobre todo de lesiones no genitales. Se recomienda evitar la depilación genital para prevenir diseminación.

Ningún tratamiento ha demostrado ser superior a los demás, ni tampoco superior a la “actitud expectante” el área genital en inmunocompetentes. Algunos de los posibles tratamientos son:

- Podofilotoxina 0.5%, tópico
- Hidróxido de potasio (KOH) en concentraciones 5-10%, aplicación diaria
- Imiquimod 5%, (normalmente para verrugas genitales, no de primera línea)
- Crioterapia
- Curetaje
- Láser

Otros fármacos aprobados que podrían ser útiles en el tratamiento del Molluscum son:

Berdazimer gel 10.3% tópico diario (Zelsuvmi)

Cantharidina 0.7% tópica (Ycanth) en consulta. También se utiliza en el tratamiento de verrugas.

En embarazadas se prefiere la actitud expectante o terapias físicas ablativas. La Podofilotoxina y el Imiquimod están contraindicados en el embarazo.

Inmunodeprimidos: en VIH, sobre todo iniciar tratamiento antirretroviral.

Se debe realizar cribado de otras ITS y explicar que el preservativo no protege totalmente, aunque puede reducir el riesgo de transmisión.

La pareja se debe tratar sólo si presenta lesiones.



BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad, GeSIDA, GESITRA, SEIMC, et al. Documento de Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023. Disponible en: [enlace si aplica, pero como es proporcionado, citar como documento interno].
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187. Actualizado 2025. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/default.htm>.
- World Health Organization. Herpes simplex virus. Fact sheet. Geneva: WHO; 2025 May 30. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/herpes-simplex-virus>.
- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187. (Para herpes específico: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/herpes.htm>, actualizado 2025).
- Centers for Disease Control and Prevention. Clinical overview of molluscum contagiosum. Atlanta: CDC; 2025 Apr 15. Disponible en: <https://www.cdc.gov/molluscum-contagiosum/hcp/clinical-overview/index.html>.
- Centers for Disease Control and Prevention. About molluscum contagiosum. Atlanta: CDC; 2025. Disponible en: <https://www.cdc.gov/molluscum-contagiosum/about/index.html>.
- Browning DJ. Advancements in molluscum contagiosum therapeutics. US Pharmacist. 2025;50(5):HS-14-HS-19.
- National Institutes of Health. Herpes simplex virus: adult and adolescent OIs. HIV clinical guidelines. Bethesda: NIH; 2025 Jul 14. Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/herpes-simplex>.
- Katzman D. Updates on testing, treatment, and prevention of sexually transmitted infections. IAS-USA Topics in Antiviral Medicine. 2025;33(4):1-10.
- European Guideline on the Management of Genital Herpes. Int J STD AIDS. 2022;33(5):409-426. (Base para consenso español).

