

# BOLETÍN *epidemiológico* SEMANAL

Semanas 1-2-3-4

Del 02/01 al 29/01 de 2011  
2011 Vol. 19 n.º 1 / 1-17

ISSN: 2173-9277  
ESPAÑA

 Ministerio de Ciencia e Innovación  
Centro Nacional de  
Epidemiología  
Instituto  
de Salud  
Carlos III

 Red  
Nacional de  
Vigilancia  
Epidemiológica

## SUMARIO

Infección genital por el virus herpes simple. Sistema de Información Microbiológica. España. Años 2000-2008..... 1

## INFECCIÓN GENITAL POR EL VIRUS HERPES SIMPLE. SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA. ESPAÑA. AÑOS 2000-2008.

### Introducción

La infección genital por los virus herpes simple (VHS-1 y VHS-2) se produce por inoculación del virus en superficies mucosas o a través de pequeñas heridas en la piel. Los primeros episodios de la enfermedad por el VHS, sobre todo las infecciones primarias (es decir, las primeras infecciones en las que el huésped carece de anticuerpos), se caracterizan por fiebre, cefalea, malestar general y mialgias. Los síntomas locales predominantes son: dolor, disuria, secreción uretral y vaginal y linfadenopatía inguinal dolorosa. Las lesiones cutáneas y mucosas pueden estar en diferentes estadios de evolución: vesículas, pústulas y úlceras eritematosas dolorosas. La presentación clínica del primer episodio es similar en las infecciones por el VHS-1 y VHS-2; sin embargo, la frecuencia de la recurrencia de la enfermedad genital difiere según el subtipo viral; las proporciones de las recidivas en un periodo de 12 meses después de un primer episodio de infección por el VHS-2 y VHS-1 son del 90% y del 55%, respectivamente. La media del número de recidivas es de 4-5 por año siendo las dos terceras partes de las mismas subclínicas <sup>1</sup>.

La infección genital primaria por VHS durante el embarazo puede tener consecuencias graves para la madre y el recién nacido pudiéndoles producir infección visceral diseminada y muerte. El 90% del herpes neonatal se contrae perinatalmente y la frecuencia de la transmisión al recién nacido es mucho mayor en las mujeres que contraen el VHS cerca del final de embarazo (25-50%) que en aquellas que presentan recidivas en el momento del parto (<1%).

El reservorio del VHS es humano. El periodo de incubación es de 2 a 12 días. Las personas con lesiones genitales primarias son infectantes de 7 a 12 días pero la transmisión puede producirse por contacto sexual con una persona asintomática <sup>1</sup>.

El preservativo puede ser parcialmente efectivo para prevenir la infección, sobre todo la transmisión de hombres infectados a parejas sexuales mujeres, pero no se ha demostrado su eficacia en la prevención de la infección en hombres a partir de parejas infectadas mujeres <sup>2</sup>. Ningún agente antivírico ha demostrado ser práctico en la profilaxis de la infección primaria, aunque el aciclovir y otros antivirales (valaciclovir y famciclovir) pueden usarse como terapia supresora para reducir la frecuencia de las recurrencias o como terapia episódica para acortar la duración de las lesiones <sup>3</sup>.

Con el objeto de describir las características epidemiológicas de la infección genital por el VHS en España en cuanto al tipo de población afectada y la tendencia de esta infección en el tiempo se han analizado los datos recogidos en el Sistema de Información Microbiológica (SIM) de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica correspondientes a los años 2000 a 2008. Al SIM se declara todo diagnóstico de infección genital por VHS que se produzca por aislamiento del virus o detección del genoma o detección del antígeno del VHS en muestra genitourinaria, anal o de exudado nasofaríngeo (esta última muestra sólo para VHS-2).

## Resultados

El total de infecciones genitales por VHS notificadas al SIM desde 2000 a 2008 fue de 1.086 procedentes de 17 laboratorios de microbiología clínica de 6 Comunidades Autónomas (tabla 1). Para el estudio de tendencia temporal se seleccionaron los 790 casos procedentes de 14 laboratorios de 6 Comunidades Autónomas que notificaron de manera constante durante todo el periodo de estudio. La mediana de casos anuales notificados durante todo el periodo fue de 98 casos (rango: 58-131).

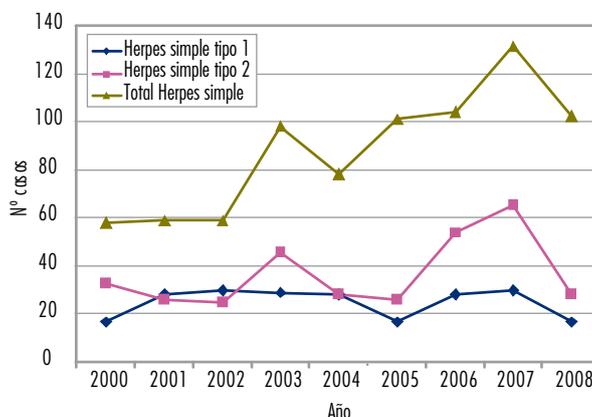
**Tabla 1. Distribución por Comunidad Autónoma y año del número de infecciones genitales por virus herpes simple. Sistema de Información Microbiológica. España, 2000-2008.**

Comunidad Autónoma	Años									Total
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Aragón	2	1	0	3	4	1	1	3	1	16
Canarias	2	5	5	8	5	8	5	2	4	44
Castilla y León	6	20	6	16	10	13	13	16	20	120
Cataluña	52	28	42	90	116	161	128	94	61	772
Navarra	0	1	4	3	6	6	4	9	37	70
País Vasco	1	6	5	8	4	11	6	11	12	64
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>61</b>	<b>62</b>	<b>128</b>	<b>145</b>	<b>200</b>	<b>157</b>	<b>135</b>	<b>135</b>	<b>1.086</b>

El 23% de los casos se diagnosticaron como VHS-1, el 32% como VHS-2 y del 45% restante no se dispone de información sobre el serotipo.

El número de infecciones genitales por VHS mostró un aumento durante el periodo de estudio del 43% (de 58 casos en el año 2000 a 102 casos en 2008). Este aumento se produce a costa del VHS-2 que pasó de 33 a 65 casos en 2007, mientras que los casos de VHS-1 se mantuvieron estables. En 2008, ambos tipos descendieron: un 43% el VHS-1 y 57% el VHS-2 (figura 1).

**Figura 1. Tendencia anual de la infección genital por virus herpes simple (n=774). Sistema de Información Microbiológica. España, 2000-2008.**



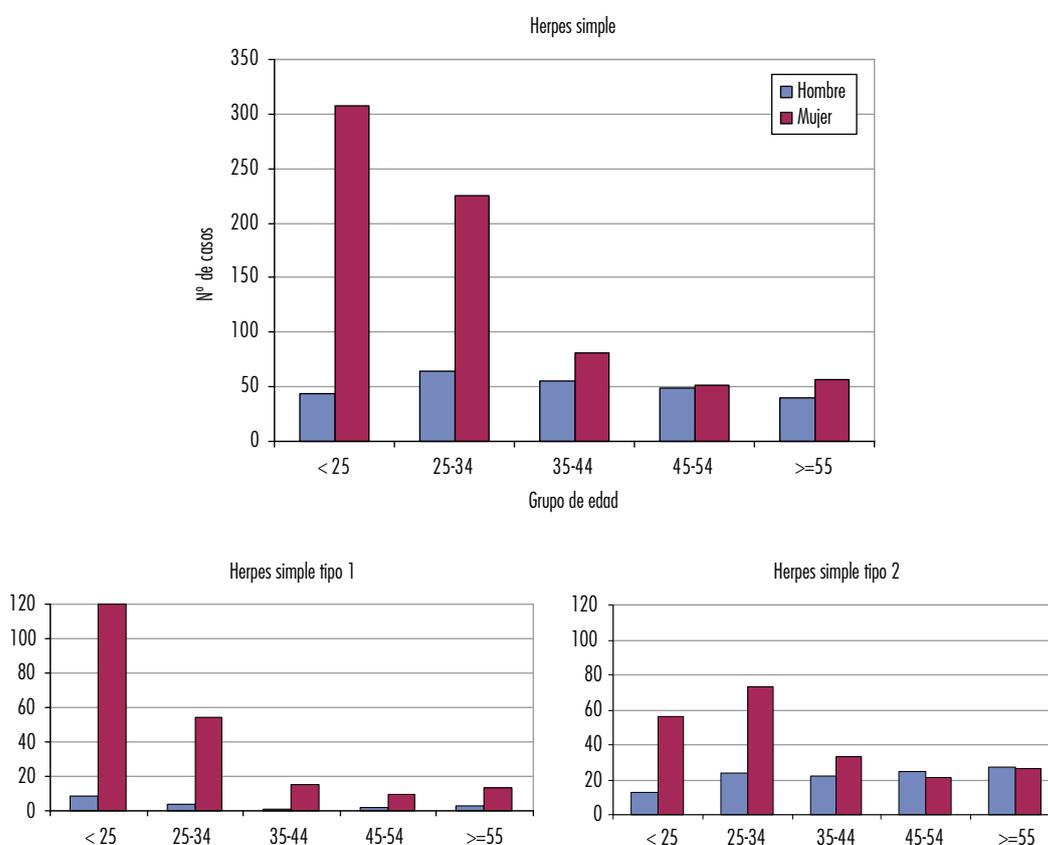
Se dispone de información sobre el sexo de las personas infectadas en 1.078 casos. El 72% de los casos de infección genital por VHS fueron mujeres (65% son mujeres cuando la infección es por VHS-2

y 91% si es por VHS-1). En el grupo de mujeres el 29% de las notificaciones fueron por VHS-1 (en un 50% de los casos disponemos de información sobre serotipo) y el 29% por VHS-2. En cambio en hombres el 40,8% de los casos notificados fueron por VHS-2 y sólo el 7% por el tipo 1. En el grupo de VHS en los que desconocemos el serotipo el 53% fueron hombres.

La media de edad en hombres con infección genital por VHS fue 39,5 años (DE:16) y en mujeres de 31 años (DE:13,7) ( $p < 0,001$ ). Para VHS-1 la media de edad es inferior tanto en hombres (31 años; DE:20) como en mujeres (28 años; DE:13) y para VHS-2 es superior (44 años; DE:15) en hombres y en mujeres (35,6 años; DE:15). La distribución de las notificaciones por grupo de edad y sexo se observa en la **figura 2**.

El 95,7% (1039/1086) de los diagnósticos se realizaron por aislamiento del virus, el 3,8% por detección del genoma y el 0,6% por detección de antígeno.

**Figura 2. Distribución por grupo de edad y sexo de la infección genital por virus herpes simple (n=973), herpes simple tipo 1 (n=231) y herpes simple tipo 2 (n=320). Sistema de Información Microbiológica. España, 2000-2008.**



## Conclusiones

Nuestro estudio muestra un aumento del número de casos de infección genital por VHS notificados al SIM entre 2000 y 2008 aunque ha habido una disminución en 2008 respecto a 2007. Se notifican más casos de infección genital por VHS en mujeres que en hombres. La mayor prevalencia de VHS-2 en mujeres, ya descrita en otros estudios, se debe a la mayor eficiencia de la transmisión del varón a la mujer que viceversa<sup>1</sup>. Aunque cada vez hay más trabajos en Europa<sup>4-6</sup> y Estados Unidos<sup>7</sup> que muestran un aumento de VHS-1 en mujeres como causa de infección genital, los datos de nuestro estudio no muestran este incremento y el porcentaje de los casos notificados en mujeres producidos por el VHS-1 es menor que el que muestran los anteriores estudios (60-90%). En España hay trabajos publicados en 1988 y 1999 que observan unos porcentajes de infección genital por VHS-1 del 24 y 26%, respectivamente<sup>8,9</sup>. Otro estudio más reciente muestra un incremento en los años 2002 y 2003

hasta alcanzar el 33,3% en 2003 aunque el número de casos analizados es bajo. También observan un predominio del VHS-1 en la población femenina<sup>10</sup>.

La infección genital por VHS-1 en mujeres se ha asociado a la práctica de sexo oral receptivo<sup>11,12</sup>. El sexo oral se concibe por los adolescentes más jóvenes como “seguro” para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH y es más aceptado que el sexo vaginal que posponen para el futuro<sup>13</sup>. Los resultados de nuestro estudio, que muestran que la infección genital por VHS-1 es más frecuente en mujeres jóvenes mientras que la infección genital por VHS-2 se da en edades mayores, podrían ser el reflejo de este comportamiento sexual en España. Estos resultados coinciden con los publicados en otros estudios<sup>14</sup>.

La infección por VHS-2 es un importante problema de salud pública por la morbilidad asociada a la infección sintomática, las potenciales recurrencias clínicas y subclínicas, su fuerte asociación con la infección por el VIH y porque en mujeres embarazadas puede producirse una transmisión vertical al neonato y causarle una enfermedad grave. La transmisión vertical del VHS-1 también puede ocurrir y el riesgo aumenta cuando se adquiere la primera infección durante el tercer trimestre del embarazo. Aunque constituye la causa del 30% de los casos de herpes neonatal en Estados Unidos, este porcentaje es de un 50% en Reino Unido y del 75% en Holanda<sup>15,16</sup>.

Los Centre for Diseases Control and Prevention (CDC) recomiendan que las personas con herpes genital eviten la actividad sexual con parejas no infectadas cuando tengan las lesiones y los síntomas prodrómicos, que es cuando hay mayor secreción viral y aumenta el riesgo de transmisión para VHS. El empleo del preservativo puede disminuir la transmisión del VHS cuando se utiliza de manera continua y adecuada<sup>2,17</sup>. Además se debe aconsejar a las personas con infección por VHS-2 que informen a sus parejas del estado de su infección antes de iniciar una relación sexual. Finalmente también recomiendan que se estudie la infección por VIH en toda persona que tenga una infección por VHS-2<sup>12</sup>.

Por último hay que recordar la importancia de realizar el tipado de las cepas de VHS aisladas en la zona genital, tanto para poder caracterizar los posibles factores o prácticas asociadas a la infección genital por los diferentes tipos de VHS, como para poder hacer recomendaciones adecuadas para prevenir la transmisión.

## Bibliografía

1. Lawrence Corey. Virus del herpes simple. En: Mandell, Douglas y Bennett's. Enfermedades Infecciosas Principios y Práctica. Sexta ed. New York: Churchill Livingstone; 2006; 132.
2. Clinical Effectiveness Group (British Association for Sexual Health and HIV). 2007 National Guideline for the Management of Genital Herpes. <http://www.bashh.org/>.
3. CDC. Sexually transmitted diseases. Treatment guidelines, 2010. MMWR 2010; 59 (No. RR-12): 20-25.
4. Lowhagen G, Tunbäck P, Andersson K, et al. First episodes of genital herpes in a Swedish STD population: A study of epidemiology and transmission by the use of herpes simplex virus (HSV) typing and specific serology. Sex Transm Infect 2000; 76:179-182.
5. Nilsen A, Myrmet H. Changing trends in genital herpes simplex virus infection in Bergen, Norway. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79:693-696.
6. Coyle PV, O'Neill HJ, Wyatt DE, et al. Emergence of herpes simplex type 1 as the main cause of recurrent genital ulcerative disease in women in Northern Ireland. J Clin Virol 2002; 27:22-29.
7. Roberts CM, Pfister JR, Spear SJ. Increasing proportion of herpes simplex virus type 1 as a cause of genital herpes infection in college students. Sex Transm Dis 2003; 30:797-800.
8. Thomas L. Cherpes, Leslie A. Meyn, and Sharon L. Hillier. Cunnilingus and Vaginal Intercourse Are Risk Factors for Herpes Simplex Virus Type 1 Acquisition in Women. Sex Transm Dis 2005; 32:84-89.
9. Lafferty WE, Downey L, Celum C, et al. Herpes simplex virus type 1 as a cause of genital herpes: Impact on surveillance and prevention. J Infect Dis 2000; 181:1454-1457.
10. J. Reina, O. Gutiérrez, E. Ruiz de Gopegui y E. Padilla. Incidencia de infecciones genitales causadas por el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) durante el período 1995-2003. Enferm Infecc Microbiol Clin 2005;23(8):482-4.
11. CDC. Sexually transmitted disease treatment guidelines. MMWR 2006;55(No. RR-11).

12. Seroprevalence of Herpes Simplex Virus Type 2 Among Persons Aged 14–49 Years — United States, 2005–2008. *MMWR* 2010;59.
13. Halpern-Felsher BL, Cornell JL, Kropp RY, Tschann JM. Oral versus vaginal sex among adolescents: perceptions, attitudes, and behavior. *J Pediatr*. 2005;115:845–851.
14. R. Horowitz, S. Aierstuck, E. A. Williams, B. Melby. Herpes Simplex Virus Infection in a University Health Population: Clinical Manifestations, Epidemiology, and Implications. *Journal of American College Health*. 2010;59:69–74.
15. Tookey P, Peckham CS. Neonatal herpes simplex virus infection in the British Isles. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1996; 10:432– 442.
16. Gaytant MA, Steegers EAP, Cromvoirt PLM, et al. The incidence of neonatal herpes in The Netherlands. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144:1832–1836.
17. Martin ET, Krantz E, Gottlieb SL, et al. A pooled analysis of the effect of condoms in preventing HSV-2 acquisition. *Arch Intern Med* 2009;169:1233–40.

### **Análisis de datos y realización del informe**

M. García, L. Velasco, L. Sobrino, P. Lucas, P. Soler, A. Llacer, A. Díaz.

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.