



Contents lists available at ScienceDirect

Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

journal homepage: www.elsevier.es/eimc

Diagnóstico a primera vista

Vesículas genitales dolorosas: ¿siempre es herpes simple? ☆

Painful genital vesicles: Is It always herpes simplex?

Nazaret Betanzos^{a,*}, Jorge-Alfredo Pérez-García^b, Alberto Delgado-Iribarren Martínez-Campero^b y Jorge Del Romero Guerrero^c

^a Servicio de Microbiología Clínica, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

^b Servicio de Microbiología Clínica, Hospital Clínico San Carlos/Centro Sanitario Sandoval, IdISSC, Madrid, España

^c Unidad VIH/otras ITS, Centro Sanitario Sandoval, HCSC, IdISSC, Madrid, España



Descripción del caso

Varón de 72 años, originario de República Dominicana y residente en España desde 2014, acude a una clínica monográfica de infecciones de transmisión sexual (ITS) de la Comunidad de Madrid, remitido desde Atención Primaria por lesiones ulceradas y dolorosas en la región genital de cuatro días de evolución. Vive con su esposa, quien no presenta síntomas, y no refiere antecedentes de infecciones de transmisión sexual, relaciones sexuales de riesgo recientes ni consumo de drogas o profilaxis preexposición (PrEP).

En la exploración física se observan pápulas eritematosas agrupadas en la base del pene, escroto e ingle, junto a placas ulceradas anulares de bordes sobreelevados y confluentes localizadas en el dorso del pene (fig. 1). Asimismo, se identifica una placa ulcerada única, exudativa, en la región posterior del pene. No se detectan adenopatías inguinales palpables, afectación de mucosa oral ni de genitales internos. No presenta fiebre, secreciones uretrales ni mal estado general.

Se toma muestra para PCR de úlcera genital (Allplex™ Genital Ulcer Assay, Seegene) y PCR específica para *Monkeypox* virus (Monkeypox Virus Real Time PCR Kit, Bioperfectus). Se realiza estudio serológico de VIH, sífilis (RPR, TPHA) y virus de las hepatitis B, C y A mediante plataformas automatizadas de inmunoensayo por quimioluminiscencia (CLIA) ARCHITECT® (Abbott). Dada la morfología, localización y dolor de las lesiones, la sospecha inicial fue de infección por virus del herpes simple (VHS), motivo por el cual se pautó tratamiento empírico con valaciclovir 1 gramo cada 12 horas durante 10 días, junto con cuidados tópicos antisépticos.

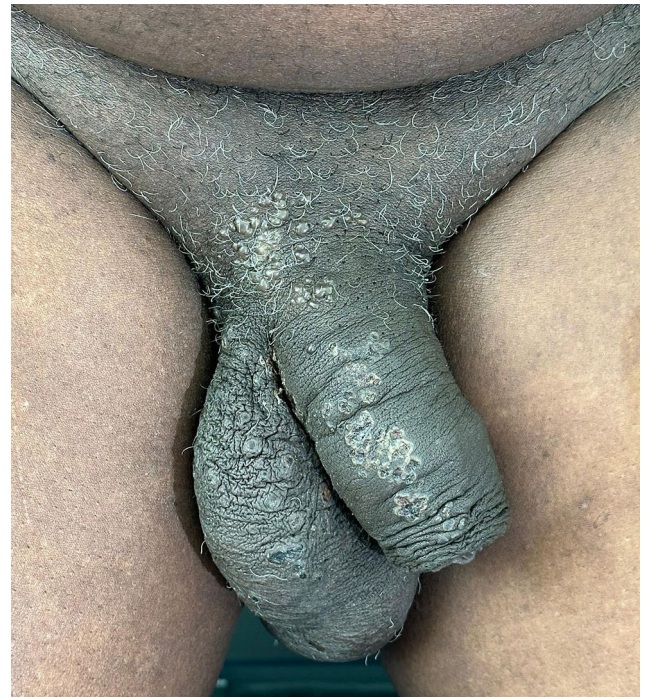


Figura 1. Placas ulceradas anulares de bordes sobreelevados y confluentes localizadas en dorso de pene.

Evolución y diagnóstico

Tras la espera de los resultados microbiológicos, la PCR del contenido vesicular fue positiva para el virus varicela-zóster (VZV). Las serologías de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sífilis (RPR, TPHA) y virus de la hepatitis C fueron negativas, salvo el anticuerpo anti-core total

(Anti-HBc) que fue positivo (22,38 UI/L), con HBsAg y anti-HBs negativos, en probable contexto de infección resuelta. La analítica general mostró un hemograma sin alteraciones significativas, salvo una anemia ferropénica (hemoglobina 11,4 g/dL, VCM 75 fL, ferritina 9 ng/mL). No se observaron signos de inmunosupresión. La bioquímica, así como el perfil lipídico y renal mostraron valores dentro de la normalidad.

Se ajustó el tratamiento antiviral a valaciclovir 1 gramo cada 8 horas durante 10 días. En la revisión clínica realizada cinco días después del diagnóstico inicial, se observaron nuevas lesiones vesiculosas distribuidas de forma metamérica y unilateral en el periné y glúteo derecho,

☆ Todos los autores han contribuido de manera sustancial a este trabajo, participando en la redacción del borrador del artículo, la revisión de su contenido y la aprobación definitiva de la versión que se envía.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nazaretbg.medina@gmail.com (N. Betanzos).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2025.503064>

correspondientes a los dermatomas sacros S2–S3. Esta evolución clínica reforzó el diagnóstico microbiológico previamente establecido.

Entre las lesiones inicialmente observadas, destacaba una placa ulcerada exudativa en la región posterior del pene (fig. 2), que presentó mejoría tras el tratamiento, acompañada de una disminución progresiva



Figura 2. Placa ulcerativa en la parte posterior del pene.



Figura 3. Evolución a los cinco días. Aparición de ulceración en algunas lesiones, en el contexto de evolución favorable.

del dolor, con evolución favorable del resto de lesiones (fig. 3). No se identificaron signos de neuralgia post-herpética. Ante la anemia ferropénica detectada, se inició tratamiento con suplementos de hierro por vía oral.

El herpes zóster corresponde a la reactivación del virus varicela-zóster (VVZ)¹ desde los ganglios sensitivos, manifestándose típicamente en la distribución de un dermatoma. Aunque es más frecuente en pacientes inmunodeprimidos, puede aparecer en pacientes inmunocompetentes de edad avanzada, como en este caso.

La afectación del dermatoma sacro (S2–S3) puede dar lugar a lesiones vesiculosas dolorosas en el pene, escroto, muslo y región glútea, lo que podría orientar a una infección de transmisión sexual. Esta presentación puede inducir un error diagnóstico, especialmente si no se reconocen otras lesiones fuera del área genital. Es crucial realizar el diagnóstico diferencial entre el VVZ y el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2), ya que ambos pueden presentarse con lesiones vesiculosas dolorosas en la región genital. El VHS-2 suele afectar la mucosa genital de forma bilateral, mientras que el VVZ sigue una distribución metamérica y unilateral². Además, el tratamiento antiviral requiere diferentes pautas de dosificación y duración, y el riesgo de complicaciones como la neuralgia post-herpética es característico principalmente del VVZ³.

Las técnicas de biología molecular son una herramienta clave para el diagnóstico etiológico en lesiones herpéticas, ya que permiten diferenciar con alta sensibilidad y especificidad entre el VVZ y el virus del herpes simple (VHS-1 y VHS-2) de forma precoz.

Este caso subraya la importancia de contar con técnicas de diagnóstico microbiológico molecular accesibles, que ayuden a evitar retrasos diagnósticos, errores terapéuticos y complicaciones innecesarias. Además, refuerza el valor de la vacunación en adultos mayores como medida preventiva eficaz para reducir la incidencia y las complicaciones del herpes zóster.

Financiación

Los autores declaran que no han recibido financiación para la realización de este estudio

Consideraciones éticas

Este estudio corresponde a un caso clínico y no requirió la aprobación de un comité de ética. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente para su publicación.

Consentimiento informado

Los autores declaran poseer el consentimiento informado del paciente para la publicación de imágenes y del artículo con fines científicos.

Conflicto de intereses

Ninguno

Uso de Inteligencia artificial

Los autores declaran que no se ha empleado ninguna herramienta de inteligencia artificial.

Bibliografía

- Patil A, Goldust M, Wollina U. Herpes zoster: A review of clinical manifestations and management. *Viruses*. 2022;14:192, <http://dx.doi.org/10.3390/v14020192>.
- John AR, Canaday DH. Herpes zoster in the older adult. *Infect Dis Clin North Am*. 2017;31:811–826, <http://dx.doi.org/10.1016/j.idc.2017.07.016>.
- Weinberg JM. Herpes zoster: Epidemiology, natural history, and common complications. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57:S130–S135.