



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/1006 - Herpes genital en niños ¿Es siempre abuso sexual?

L.V. Quiles Sánchez<sup>a</sup>, J.F. Menárguez Puche<sup>b</sup>, L. Simao Aiex<sup>c</sup>, L. Galera Morcillo<sup>a</sup>, S. Bernabeu Alacid<sup>a</sup> y K. Qaader<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Distrito Sanitario de Jaén. Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Preescolar de 5 años de edad, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Vacunas sistemáticas regladas incluyendo antineumocócica. La madre refería que presenta de una semana de evolución prurito vulvar junto con escozor al orinar, asociando las doce horas previas lesiones en piel de genitales muy pruriginosas. Acude a su pediatra prescribiéndole lavados con betadine jabonoso recogiendo orina para análisis. Ante no mejoría, al día siguiente acudieron a urgencias del hospital infantil con diagnóstico poco claro, y tras valoración por ginecología, se derivó a dermatología pediátrica.

**Exploración y pruebas complementarias:** No impresiona de gravedad. Afebril. Lesiones vesiculosa dispersas no agrupadas en región de capuchón del clítoris y en labio mayor derecho de unos 3 mm de diámetro. No adenopatías inguinales. A los dos días, nuevas lesiones en labio mayor izquierdo junto con adenopatía inguinal derecha, de consistencia elástica y dolorosa y vesículas se transformaron en ulceradas. Sedimento de orina que fue normal. Posteriormente en consulta de Dermatología, analítica de sangre fue anodina e IFD de herpes y PCR herpes simple tipo I positivo y, por protocolo, serología VHB, VHC, VIH y lúes que fueron negativas.

**Juicio clínico:** Primo infección herpética por virus herpes (VH) tipo 1 a nivel genital.

**Diagnóstico diferencial:** Hermana de 22 meses con impétigo ampolloso, fue la primera sospecha por contagio. Por lesiones en vulva también se manejó el diagnóstico de varicela. Por último, padre presentó herpes labial 20 días antes de aparición de lesiones, sabiendo que realizaba cosquillas con su boca en abdomen de la niña.

**Comentario final:** Herpes genital es un trastorno excepcional en la infancia en nuestro medio. La vulvovaginitis herpética es una forma rara que puede afectar a mujeres jóvenes y niñas con contactos sexuales, y causada por el VHS tipo 2, aunque también puede observarse en niñas que no han tenido contactos sexuales, producida por el VHS tipo 1. Se debe sospechar abuso sexual si el herpes genital se aísla en niños. Sin embargo, el modo de propagación en niños es poco claro. El VHS tipo 1 puede ser eliminado por la saliva en individuos asintomáticos, especialmente en los primeros meses del episodio tras infección, la cantidad de virus eliminados desde la lesión activa es 100 a 1.000 veces mayor. Los cuidadores con lesiones de herpes en sus manos u orales puede tocar la boca y luego los genitales del niño al ir al baño, y la transmisión del virus no es sexual pero pueden también transmitir el virus a través de abuso sexual. HSV-1 sin un historial de lesiones orales en miembros de la familia plantea la sospecha de abuso.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Torrelo A. Infecciones víricas. En Grupo Aula Médica SL (2007).Dermatología en Pediatría General. Capítulo 5, p. 85-111.
2. Correspondence Perianal herpes in a 4-year-old boy – a reliable sign of child abuse. International Journal of Dermatology. 2008;47:970-1.
3. Genital Herpes in Children under 11 years and investigations for sexual abuse. Arch Dis Child. 2011;96:752-7.