

Herpes Simple en la Cervicitis

IMPORTANCIA DEL HERPES SIMPLE EN LA CERVICITIS Y LOS CAMBIOS CITOLÓGICOS EN EL FROTIS VAGINAL Y LA CORRELACION DEL CARCINOMA Y EN EL EMBARAZO

Walter Mora Coto *

La infección genital por Herpes simple fue descrita hace más de 10 años, 1837 por Du Parke, Drumeau que llamaba dicha lesión (Botón de la Regla) porque coincidía con la menstruación. Una en 1883 sostenía que el Herpes genital era un enfermedad venérea muy frecuente en mujeres expuestas a repetidos traumas. En 1946 Slavin fue el primero en aislar el virus del Herpes simple de una lesión en la vulva y la llamó vulvo-vaginitis herpética. Desde 1935 reportó un caso de una infección generalizada en un recién nacido. Desde 1935 a junio de 1964 en la Literatura Inglesa se había reportado 20 casos de recién nacidos cuyas madres presentaban lesiones herpéticas en el tracto genital. De lo expuesto se desprende que dicho padecimiento tiene gran importancia en el Clínica Gineco-Obstétrica; ya que puede incidir desfavorablemente en la evolución del embarazo y en la salud del recién nacido. En un estudio realizado se reporta un 33% de abortos en casos de Herpes genital en contra de un 9% de un grupo testigo. La vulvitis herpética es raramente vista en un estadio vesicular; la enfermedad se manifiesta primeramente por un dolor urente en los labios mayores y menores, posteriormente aparecen pequeñas pápulas, que se vuelven pequeñas vesículas y establecen coalescencia para formar grupos de vesículas de pared delgada; finalmente aparecen úlceras recubiertas por un exudado membranoso gris amarillento con una base eritematosa no idurada, dichas lesiones pueden alcanzar la totalidad de la vulva y cicatrizan al cuarto o quinto día, si no hay proceso bacteriano secundario o según la severidad de la enfermedad. La cervicitis herpética es en la mayoría de los casos asintomática, las pacientes presentan leucorrea o dispareunia. La finalidad del presente trabajo es despertar en los Clínicos la inquietud por un padecimiento olvidado en la Clínica Ginecológica, ya que los hallazgos clínicos, epidemiológicos y del laboratorio, se entienden pobremente debido en parte a la dificultad en el diagnóstico clínico de las le-

siones vesiculares o ulcerativas herpéticas del cérvix. Otros factores han sido la dificultad relativa del aislamiento viral, el cual a pesar de que se ha logrado simplificar en los últimos años, es todavía inaccesible a la mayoría de los médicos. El Herpes simple es una enfermedad que ocurre naturalmente en el hombre, como ya se dijo, está caracterizada por lesiones vesiculares en las capas epiteliales del tejido ectodérmico y por la presencia de inclusiones intranucleares en las células afectadas. El virus responsable es el Nictavirus A (Herpes hominis) que produce una variedad de entidades patológicas, unas benignas y otras potencialmente fatales. Se puede localizar en cualquier parte del cuerpo, por ejemplo, tenemos el Herpes labial, la queratitis herpética, la meningo-encefalitis y el Herpes genital. Esta última localización, la del cérvix, es la que nos interesa porque es la base de nuestro trabajo. En la Literatura se considera que del 50% al 90% de la población presenta anticuerpos del virus en el suero; reportes recientes señalan el hecho de que pacientes con carcinoma cérvico-uterino tiene mayor nivel de anticuerpos del Herpes en el suero.

CITOLOGIA E HISTOPATOLOGIA DEL HERPES

Cambios celulares sugestivos de infección viral han sido notados por diversos observadores durante el examen de frotis de rutina que posteriormente han sido confirmadas mediante biopsia; sin embargo, han sido efectuados sólo raras veces y no es sino recientemente que la correlación con la lesión herpética ha sido lograda. El estudio de los cambios morfológicos de las células exfoliadas por el huésped que han sido infectadas por el virus, puede permitir un diagnóstico rápido y temprano de las lesiones específicas de esta enfermedad, puede también ser una ayuda a los Cito-Histopatólogos para diferenciar tales cambios de los pre-malignos, con los que algunas veces se pueden confundir. En la bibliografía consultada se ha encontrado una gran incidencia (15%) de la displasia y de carcinoma in-situ en

* *Patólogo del Hospital San Juan de Dios.*

casos en que la citología muestra cambios celulares compatibles con Herpes despertándose gran interés por tales hallazgos; Christian y colaboradores; así como Davis han notado una correlación en dichos cambios con lesiones herpéticas que los hace pensar que el Herpes genital es potencialmente carcinogénico. El presente trabajo que recién se inicia lo ilustramos con cambios comunes encontrados en las lesiones herpéticas acompañadas de displasia y carcinoma in-situ. Pretendemos continuar el estudio de los pacientes para ver la evolución de las lesiones de displasia principalmente. La infección celular ordinariamente no puede verse en cualquier frotis puesto que todas las células no están infectadas simultáneamente y que existe variación a la respuesta de acuerdo al tipo, edad, inmunidad de las células huésped.

METODO

En nuestro trabajo se revisan 20.000 citologías exfoliativas de frotis vaginal de rutina en los Hospitales San Juan de Dios y Dr. Calderón Guardia comprendidas entre los años 1968 a 1971. Se revisan además los Expedientes Clínicos de los casos positivos para Herpes simple. El número de casos de Herpes puede verse en el cuadro No 1. De dicho número de casos se obtuvo biopsia de cérvix como se explica en el mismo en donde se encontró cambios morfológicos característicos de la infección de Herpes simple.

CUADRO 1

Citologías revisadas	20.000
Casos de Herpes	14=0.07%
Número de casos	14=100%
Con Biopsia	10 = 71%

El diagnóstico citológico en lo que se refiere de displasia se anota en el cuadro 2

CUADRO 2

CITOLOGIAS – DISPLASIA

Ligera

Ligera	= 3	21%
Moderada	= 6	43%
Severa	= 5	35%
TOTAL	= 14	100%

Las imágenes de los frotis del Herpes simple de nuestros casos presentan los elementos que se explica en el cuadro 3.

CUADRO 3.

HERPES SIMPLE – SECUENCIAS NATURALES EN LOS FROTIS

No. de casos	= 14	100%
Células gigantes mult.	= 7	50%
Cuerpos inclusión	= 8	57%
Flora cocoide abundante	= 14	100%
Eritrocitos	= 13	92%
Trichomonas	= 13	92%

La relación de diagnóstico entre la citología y la biopsia se explica en los cuadros 4-5

CUADRO 4

CASOS CON BIOPSIA	DIAGNOSTICOS
Biopsia	= 10 .. 100% de los casos
Cervicitis crónica	= 3 .. 30%
Herpética	= 4 .. 40%
Ca. In situ	= 3 .. 30%
TOTAL	= 10 .. 100%

CLASIFICACION CITOLOGIA

CUADRO 5

Clase II	= 4	29%
Clase III	= 6	42%
Positivo IV	= 4	29%
TOTAL	= 14	100%

DISCUSION

Las edades de las pacientes oscilaron entre 15 y más de 40 años, con predominio entre los 26 y los 35 años. (Ver cuadro 1)

DISTRIBUCION POR EDADES

CUADRO 1

de 15 a 20	= 2	14.5°/o
de 21 a 25	= 1	7°/o
de 26 a 30	= 4	28.5°/o
de 31 a 35	= 4	28.5°/o
de 36 a 40	= 0	0°/o
de + de 40	= 3	21.5°/o
TOTAL	= 14	100°/o

La distribución de acuerdo con el número de gestaciones fue como se indica en cuadro (2), sin que hayan diferencias notables según el número de gestaciones.

CUADRO 2

DISTRIBUCION SEGUN NUMERO DE
GESTACIONES

0 . . = 1 . . 7 °/o	de 6 a 10 . . . = 2 . . 14.28°/o
1 . . = 2 . . 14.28°/o	de 11 a 15 . . = 1 . . 7 °/o
2 . . = 1 . . 7 °/o	de 16 a 20 . . = 2 . . 14.28°/o
3 . . = 2 . . 14.28°/o	sin datos . . . = 1 . . 7 °/o
4 . . = 5 . . 0 °/o	

En su relación con el número de abortos, nuestros casos fueron más frecuentes en pacientes sin abortos o con uno nada más; señalamos aquí que en tres de los casos se hizo diagnóstico de Herpes en el curso de un aborto y en otros tres en el curso de un embarazo.

DISTRIBUCION SEGUN NUMERO DE ABORTOS

CUADRO 3

Abortos	Casos	°/o
0	= 5	35.7°/o
1	= 6	42.85°/o
2	= 1	7°/o
3	= 0	0°/o
4	= 0	0°/o
5 o +	= 1	7°/o
sin datos	= 1	7°/o
TOTAL	= 14	99.55 = 100°/o

La sintomatología predominante fue leucorrea, que existió en la mitad de los casos; en dos hubo dolor pélvico o vaginal (4), en dos había un recto cistocele y en tres de los casos lesiones del cuello; en uno erosión y en dos enrojecimiento. Se aclara que los Expedientes clínicos revisados fueron en muchos casos pobres en información clínica.

SINTOMAS

CUADRO 4

SINTOMAS	CASOS	°/o
Dolor pélvico o vaginal	= 2	14°/o
Sagnado vaginal	= 2	14°/o
Dispareunia	= 1	7°/o
Prurito	= 1	7°/o
Leucorrea	= 7	50°/o
Tacto doloroso	= 1	7°/o
Recto cistocele	= 2	14°/o
Erosión del cuello	= 1	7°/o
Enrojecimiento de cuello	= 2	14°/o

Casos de sangrado cursaban con aborto incompleto .

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1.— El Herpes simple de localización cérvico-uterino es de frecuencia no despreciable, si tomamos en cuenta que es un padecimiento del que apenas empiezan a hacerse las primeras descripciones en nuestro medio.
- 2.— Que en la citología rutinaria los elementos celulares con signos de infección viral pueden ser escasos y presentar cambios de discariosis que provoquen un diagnóstico erróneo de carcinoma.
- 3.— Que con frecuencia (30^o/o de nuestros casos) el Herpes simple se acompaña de carcinoma In situ.
- 4.— Que los elementos celulares más importantes para hacer el diagnóstico de Herpes son: Flora cocoide abundante, eritrocitos, cuerpos de inclusión, células gigantes multinucleares, trichomonas.
- 5.— Se llama la atención a los Obstetras y Neonatólogos de la importancia que puede tener este padecimiento frecuente y tampoco diagnosticado en el embarazo y en el recién nacido.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— ANDERSON, K. Pathogenesis of herpes simplex virus infection in chicken embryos. *Am. J. Path.* 16:137, 1940.
2. BIRD, T. and Goodner, P. S. Disseminated herpes simplex in newborn. *Brit. M.J.* 2:993, 1959.
3. BLANK, H., Burgoon, C.F. Baldrige, G.D., McCarthy, P.L. and Urbach, F. Cytologic smear in diagnosis of herpes simplex, herpes Zoster and varicella. *J.A.M.A.* 146: 1410, 1951.
- 4.— COLBATCH, J. H. Clinical picture of severe generalized viral infection in newborn. *M.J. Australia.* 1: 377, 1955.
- 5.— EPSTEIN, H.C. Herpes simplex infection of newborn infant. *Pediatrics.* 13:533, 1954.
- 6.— FLORMAN, A.L. and Mindlin, R.L. Generalized herpes simplex infection in 11-day old premature infant. *Am. J. Dis. Child.* 83:481, 1952.
- 7.— HASS, G. M. Hepato-adrenal necrosis with intranuclear inclusion bodies: Report of a case. *Am. J. Path.* 11:127, 1935.
- 8.— FRUGMAN, S. Primary herpetic vulvovaginitis. *Pediatrics* 9:585, 1952.
- 9.— MACDOUGLAL, R.A. Beaner, P. R. and Helerstein, S. Fatal herpes simplex hepatitis in newborn infant. *Am J. Clin. Path.* 24: 1250, 1954.
- 10.— POTTER, E. L. Placental transmission of viruses. *Am. J. Obst. & Gynec.* 74:505, 1957.
- 11.— RUCHMAN, J., and Dodd, K. Recovery of herpes simplex virus from blood of a patient with herpes rhinitis. *J. Lab & Clin. Med.* 35:439, 1950.
- 12.— SAMUEL S.C. Yen and James W Reagan: Herpes simplex infection in female genital tract. *Obstetrics and Gynecology* 25:479, 1965.
- 13.— STERN, E., and Longo, L. D. Identification of herpes simplex virus in a case showing cytological features of viral vaginitis. *Acta cytol.* 7:295, 1963.
- 14.— WHITE, J. G. Fulminating infection with herpes simplex virus in premature and newborn infants. *New England J. Med.* 269:455, 1963.
- 15.— ZARAFONETIS, C. J. D., Smadel, J. E., and Haymaker, W. Fatal herpes simplex encephalitis in man. *Am. J. Path.* 20:429, 1944.
- 16.— ZUHER M.I. and André J. Nahmcas, genital Herpetic infection, *Cáncer* Vol. 23 - pág. 940-945, 1969.

