

## CASO CLÍNICO

### Síndrome de Elsberg: Retención aguda de orina y Virus Herpes Simple

Joana Guillén González<sup>1</sup>, Marina Ruivo Rodrigues Sobreira<sup>2</sup>, Juan Matamoros Hernández<sup>3</sup>

1. Médica de familia. CSI Alzira II Sants Patrons (Valencia)

2. Médica de familia. CS Alberic (Valencia)

3. Médico de familia. CS Almussafes (Valencia)

Contacto: Joana Guillén González. guigonjo@gmail.com

Los autores declaran no tener conflicto de interés en la realización del presente estudio.

Citar como: Guillén González J, Ruivo Rodrigues Sobreira M, Matamoros Hernández J. Síndrome de Elsberg: Retención aguda de orina y Virus Herpes Simple. fml. 2019; 24(2): 4p

Palabras clave (MeSH): Virus herpes simple, retención aguda de orina, Síndrome de Elsberg

#### Resumen

Debemos de pensar en el Síndrome de Elsberg ante paciente con sospecha de RAO e infección previa por virus herpes simple (VHS), aunque hay otros virus que lo producen, sin descartar nunca otras posibles etiologías de la RAO. La anamnesis y la exploración físicas son fundamentales. Como siempre ante diagnóstico de VHS debemos de hacer despistaje de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).

#### Introducción

Cuando un paciente acude a nuestra consulta con una retención aguda de orina, deberíamos incluir en nuestro diagnóstico diferencial, el síndrome de Elsberg, que aunque es una entidad no habitual en la consulta es más frecuente de lo que solemos pensar.

Para poder diagnosticar debemos asociar una infección por herpes a la retención aguda de orina y preguntar por este antecedente. Normalmente, un herpes genital es una lesión ulcerosa dolorosa que no pasa desapercibida por el paciente y por tanto, el paciente siempre recuerda. Lo importante es preguntar por su existencia y por las prácticas sexuales de riesgo.

#### Descripción del caso clínico:

Motivo de consulta: dolor en hipogastrio con incapacidad para orinar de varias horas de evolución.

Antecedentes personales: no reacciones adversas a medicamentos conocidas, fumadora de un paquete diario, no diabética, dislipemia sin tratamiento farmacológico. No tratamiento crónico.

- Enfoque familiar y comunitaria: dentista, casada desde hace 5 años con un hijo desde hace 2 años. Estrés familiar y laboral. Buen apoyo familiar.

Enfermedad actual: Mujer de 32 años que acude por incapacidad para orinar desde hace 12 horas con dolor intenso en hipogastrio y sensación de llenado vesical. No náuseas ni vómitos. Heces normales. Niega conductas sexuales de riesgo, aunque reconoce el mes pasado haber tenido un herpes simple genital tratado por ginecología. No otra sintomatología clínica de interés.

Citar como: Guillén González J, Ruivo Rodrigues Sobreira M, Matamoros Hernández J. Síndrome de Elsberg: Retención aguda de orina y Virus Herpes Simple. fml. 2019; 24(2): 4p

Exploración física: a nivel abdominal se palpa masa suprapúbica compatible con globo vesical. Exploración neurológica normal sin hipoestesia en dermatomas sacros S2-S4. Se deriva a Hospital donde se realiza ecografía abdominal reglada donde se confirma globo vesical y se procede a sondaje vesical con mejoría clínica significativa y sondaje vesical productivo (mayor a 1000 ml).

### Diagnóstico diferencial

Retención aguda de orina de causa farmacológica (se descarta por ausencia de toma de fármacos), causa obstructiva (se descarta tras exploración ginecológica básica en la consulta de Atención Primaria), causa neurológica (se descarta por exploración neurológica estrictamente normal) y nos decantamos por causa infecciosa/inflamatoria por el antecedente previo de herpes virus simple genital (Síndrome de Elsberg).

### Exploraciones complementarias y resultados

Analítica de orina normal, analítica sanguínea normal. Estudio serológica sin hallazgos. Exploración ginecológica reglada en el Hospital normal.

No se realizó pero hubiese sido de utilidad realizar una punción lumbar donde el líquido cefalorraquídeo en estos casos suele presentar una linfocitosis con hiperproteínoorraquia asociada.

### Discusión

Diagnóstico final: La retención aguda de orina tras infección genital por VHS se produce en el 2% de las primo-infecciones, menos frecuentemente en recurrencias, ya sea secundaria al dolor o en contexto de Síndrome de Elsberg. El síndrome de Elsberg es una mielorradiculitis sacra causada por la infección directa de la inervación sensitiva que condiciona una arreflexia del detrusor. Es un síndrome autolimitado con una muy baja tasa de complicaciones recuperándose la función vesical entre 2-4 semanas tras la aparición de la RAO.

Tratamiento: Antivirales oral y la (auto) cateterización transitoria.

Seguimiento: Buena respuesta al tratamiento con cateterización durante 2 semanas con

posterior orina espontánea sin complicaciones. Recuperación total de la función vesical a los 18 días aproximadamente. Se realizó nueva serología de ETS por posible período ventana/período de incubación siendo esta serología negativa.

El herpes genital es una infección viral crónica causante por el virus herpes simple (VHS) del que existen dos tipos: VHS-1 y VHS-2. El VHS-1 causa la mayor parte de las lesiones en labios, boca y córnea, y el VHS-2 produce la mayoría de las lesiones herpéticas genitales, pero ambos pueden afectar a cualquiera de las áreas referidas.

Es la causa más frecuente de úlcera genital. El VHS-1 genital es más frecuente como causante de primoinfección genital y su prevalencia está aumentando en población joven. El VHS-2 presenta una mayor tasa de recurrencia<sup>1</sup>.

La infección por VHS-1 es muy contagiosa, frecuente y endémica en todo el mundo. Se adquiere mayoritariamente durante la infancia<sup>2</sup>. Hasta hace algunos años, la gran mayoría de las infección por VHS-1 eran labiales o bucofaciales, actualmente la adquisición genital del VHS-1 representa la mitad de nuevos casos, lo cual se atribuye al cambio de prácticas sexuales durante la adolescencia<sup>3</sup>.

El VHS-2 se transmite sobre todo por contacto sexual o por contacto directo con la piel, las mucosas o secreciones de una persona infectada<sup>4</sup>. Aunque las úlceras activas establecen un mayor riesgo de transmisión, también pueden transmitirse desde superficies aparentemente sanas y asintomáticas<sup>2</sup>. El período de incubación dura entre 4 y 7 días aunque puede llegar hasta los 12 días.

En la mayoría de las personas contagiadas el cuadro clínico clásico está ausente y la clínica puede ser muy variable. La clínica típica de la primoinfección se caracteriza por dolor, picor, hormigueo, quemazón, disuria y síntomas generales<sup>5</sup>.

En la exploración observamos pápulas eritematosas y vesículas en los genitales externos o zonas anexas que pueden ser bilateral y tienden a confluir formando úlceras, al tiempo que pueden aparecer nuevas lesiones. Evolucionan a costras y a la curación en 15-20 días, aunque durante 2-3 semanas pueden aparecer nuevas lesiones con similar

Citar como: Guillén González J, Ruivo Rodrigues Sobreira M, Matamoros Hernández J. Síndrome de Elsberg:

Retención aguda de orina y Virus Herpes Simple. fml. 2019; 24(2): 4p

evolución y por lo tanto coexistir diversos estadios evolutivos. Suelen palpase adenopatías regionales dolorosas<sup>5</sup>.

Las complicaciones son muy raras en individuos inmunocompetentes, aunque hay casos descritos de meningitis aséptica, lesiones extragenitales y retención urinaria (como nuestro caso clínico). Las personas con VIH u otra inmunodeficiencia sufren casos más graves. Parece que los infectados previamente con VHS-1 tienen clínica más leve al infectarse por VHS-2 (6).

Recidivas: En el 70-90% de las personas con VHS-2 y el 20-50% con VHS-1 genital tiene un nuevo episodio en el primer año. Las recidivas se suelen espaciar a lo largo del tiempo, siempre más numerosas en los casos de VHS-2 que en los de VHS-1. Las recidivas pueden ser asintomáticas o tener una sintomatología similar a la de la primoinfección pero de menor gravedad, sin síntomas generales<sup>5, 7, 8</sup>.

A pesar de que el herpes genital es la causa más frecuente de úlcera genital, siempre debe valorarse otras etiologías y descartar ITS concurrentes<sup>1,4</sup>.

El diagnóstico es clínico. Sin embargo, debería confirmarse el diagnóstico mediante estudios específicos para su posterior manejo<sup>1</sup>. Para ello, tenemos la opción de recoger una muestra a partir de una úlcera o vesícula abierta para la detección de ADN mediante PCR o realización de cultivo.

La PCR se considera el método de elección por su alta especificidad y sensibilidad (> 95%)<sup>1</sup>. Además requiere condiciones menos estrictas de almacenamiento y transporte de muestras. El cultivo viral es menos sensible<sup>4</sup>.

Las pruebas serológicas pueden ser útiles si se sospecha de recidiva no diagnosticada previamente, cuando no existen lesiones o son atípicas y en parejas infectadas por VHS. La serología tiene una alta sensibilidad (91-100%) y especificidad (92-98%). Existe un intervalos mientras generan anticuerpos de 2 semanas hasta 6 meses tras la exposición, tras el que se puede repetir la serología para confirmar infecciones recientes.

El cribado sistemático en personas asintomáticas no está indicado, salvo que tengan alto riesgo de infección (pareja VHS positiva)<sup>1,4</sup>.

Una vez confirmado el diagnóstico, es conveniente explicar el origen de la infección, su evolución, los tratamientos y su efectividad. Los preservativos, la abstinencia sexual y el tratamiento farmacológico disminuyen la transmisión, aunque no de manera absoluta<sup>1,4,9</sup>.

#### Tratamiento de la primoinfección:

Todas las opciones son igualmente efectivas con grado de recomendación A<sup>1,9,10,11</sup>. La terapia debe iniciarse los primeros cinco días de los síntomas sin esperar la confirmación diagnóstica. La terapia oral reduce la duración y gravedad de los episodios pero no altera la historia natural de la enfermedad.

No se recomienda el tratamiento tópico, ya que tiene mínimo efecto sobre los síntomas locales, y no reduce la duración, las recurrencias ni la tasa de transmisión.

Por otro lado debemos pautar analgesia (paracetamol/ibuprofeno), lavados con solución salina y cremas con lidocaína al 2-5% para aliviar las molestias.

Solo los casos graves, como meningitis o inmunodeficiencias, pueden requerir hospitalización.

#### Tratamiento del primer episodio:

- Aciclovir: 200 mg/5 veces al día o 400 mg/8 horas durante 5-10 días.
- Valaciclovir: 500mg-1 gramo/12 horas durante 5-10 días (BASHH recomienda 5 días. CDC recomienda 7-10 días. En todos los casos es necesario un control clínico y prolongar el tratamiento más días si persisten síntomas con la misma dosis.)
- Famciclovir: 250 mg/8 horas durante 5-10 días.

#### Tratamiento de recurrencias:

- Aciclovir: 200 mg/5 veces al día o 400 mg/8 horas o 800 mg/12 horas durante 5 días.
- Valaciclovir: 500 mg/12 horas o 1 g/día durante 5 días (Si con esta dosis se producen recurrencias pueden aumentarse un 50%)
- Famciclovir: 125 mg/12 horas durante 5 días o 1 gramo/12 horas durante 1 día.

### Tratamiento supresorio:

- Aciclovir: 400 mg/12 horas
- Valaciclovir: 500-1000 mg/día (Valaciclovir a dosis de 500 mg/día puede ser menos efectiva si hay más de 10 episodios/año)
- Famciclovir: 250 mg/12 horas.

### Tratamiento de las recurrencias:

- Son más leves y autolimitadas. Se tratan igual que la primoinfección pero con pautas más cortas de 5 días con grado de recomendación A.
- La terapia supresora debe decidirse de manera personalizada según la gravedad, la frecuencia de las recidivas, los hábitos sexuales y la situación psicosocial. Se recomienda tratamiento durante 6-12 meses.

El síndrome de Elsberg fue definido por primera vez en 1931 como un déficit de raíces sacras con afectación esfinteriana. Se asocia frecuentemente a infección viral de cauda equina<sup>12</sup>, especialmente por VHS tipo 2, pero puede presentar otras etiologías como la tumoral. La base fisiopatológica más probable es una radiculitis localizada en las raíces sacras nerviosas<sup>13</sup>.

Clínicamente presenta, además de la RAO, alteraciones de la sensibilidad, paresia flácida de músculos pélvicos, estreñimiento o disfunción eréctil. Un estudio neurofisiológico adicional es útil para objetivar mielorradiculitis y el pronóstico de la disfunción urinaria. El examen del LCR muestra en la gran mayoría de los casos leve-moderada pleocitosis linfocitaria con leve aumento de la proteinorraquia<sup>14</sup>. Otras pruebas necesarias sería la RM para descartar enfermedad desmielinizante<sup>14</sup>.

### Bibliografía

1. Groves MJ. Genital Herpes: A Review. *Am Fam Physician*. 2016;93(11):928-34.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Infecciones de transmisión sexual. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
3. Gupta R, Warren T, Wald A. Genital herpes. *Lancet*. 2007;370(9605):2127-37.

4. Fistera. Herpes genital. [Internet.] 2016. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/herpes-genital/>

5. Gupta R, Warren T, Wald A. Genital herpes. *Lancet*. 2007;370(9605):2127-37. PubMed PMID: 18156035

6. Corey L, Adams HG, Brown ZA, Holmes KK. Genital herpes simplex virus infections: clinical manifestations, course, and complications. *Ann Intern Med*. 1983;98(6):958-72. PubMed PMID: 6344712

7. Patel R, Alderson S, Geretti A, Nilsen A, Foley E, Lautenschlager S, et al.; IUSTI/WHO Europe. European guideline for the management of genital herpes, 2010. *Int J STD AIDS*. 2011;22(1):1-10. PubMed PMID: 21364059.

8. Generalitat de Catalunya. Guia de pràctica clínica sobre infeccions de transmissió sexual. Departament de Salut, Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT); 2009.

9. Cernik C, Gallina K, Brodell RT. The treatment of herpes simplex infections: an evidence-based review. *Arch Intern Med*. 2008;168(11):1137-44.

10. Corey L, Bodsworth N, Mindel A, Patel R, Schacker T, Stanberry L. An update on short-course episodic and prevention therapies for herpes genitalis. *Herpes*. 2007;14(suppl 1):5A-11A.

11. Salvador-Herrero LA, Sido-Bou LF, Perez-Cervelló G, et al. Guías para la consulta en atención primaria. 2008. pp. 378-80.

12. Lepori P, Marcacci G, GAglianone S. Elsberg síndrome: radiculomyelopathy and acute urinary retention in patient with genital herpes. *Ital. J. Neurol. SCI*. 13:373-375, 1992.

13. Ryuji Sakakibara, Tomonori Yamanishi, Tomoyuki Uchiyama, Takamichi Hattori. Acute urinary retention due to benign inflammatory nervous diseases. *J. Neurol* (2006) 253: 1103-1110 DQJ 10, 1007/s00415-006-0189-9.

14. O. Eberhardt, MD; W Küker, MD; J. Dichgans, MD; M, Weller, MD. HSV-2 sacral radiculitis (Elsberg síndrome). *Neurology* 63, AAS Enterprises August 2004.

### Más en la red

British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). 2014 UK national guideline for the management of anogenital herpes. London (UK): British Association for Sexual Health and HIV (BASHH); 2014

British Association for Sexual Health and HIV (BASHH), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Management of Genital Herpes in Pregnancy; 2014.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Genital Herpes [Internet]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/herpes.htm>

Generalitat de Catalunya. Guia de pràctica clínica sobre infeccions de transmissió sexual. Departament de Salut, Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT); 2009.