

# HERPES SIMPLEX



Nella tabella 3.1 sono elencati i virus erpetici che infettano la specie umana. I virus erpetici simplex e varicella-zoster sono *neurotropi* in quanto rimangono in una fase di latenza nei gangli sensitivi, ma necessitano delle cellule epiteliali per la loro replicazione. Il virus di Epstein-Barr, il citomegalovirus e l'HHV 6 e 7 sono virus linfotropi. Al virus HHV 7 a tutt'oggi non è stata riconosciuta alcuna patogenicità, mentre il virus HHV 8 sembra essere la causa del sarcoma di Kaposi e di alcuni tipi di linfoma.

**Tabella 3.1** Classificazione dei virus erpetici

Virus	Tropismo	Malattia
Herpes simplex 1	Mucosa orale Cute al di sopra dei diaframma Gangli trigeminali (latenza)	Gengivostomatite primaria Herpes ricorrente mucosa orale
Herpes simplex 2	Mucosa genitale Cute al di sotto dei diaframma Gangli sacrali (latenza)	Herpes genitale primario Herpes genitale ricorrente
Varicella-zoster	Cute Gangli sensitivi (latenza)	Infezione primaria: varicella Infezione ricorrente: zoster
Epstein-Barr	Linfociti B (latenza) Cheratinociti (replicazione)	Mononucleosi infettiva Leucoplachia capelluta Neoplasie: carcinoma nasofaringeo e linfoma di Burkitt; altri linfomi
Citomegalovirus	Cellule endoteliali Ghiandole salivari	Forma di mononucleosi Malattia delle inclusioni citomegaliche Ulcere orali (pazienti HIV-positivi)
Erpetico umano 6 (HHV 6)	Linfociti	Malattia esantematica dei bambini (sesta malattia); malattie linfoproliferative (?)
Erpetico umano 7 (HHV 7)	Linfociti	?
Erpetico umano 8 (HHV 8)	Linfociti, macrofagi Cellule muscolari lisce	Sarcoma di Kaposi Linfomi delle cavità corporee

Si conoscono due tipi di virus herpes simplex: il tipo 1 (HSV 1) e il tipo 2 (HSV 2). Questi due virus hanno una struttura molecolare simile ma presentano delle differenze nelle proprie caratteristiche antigeniche e nella propria patogenicità.

L'**HSV 1** possiede un tropismo per i tessuti orofacciali e dà manifestazioni cliniche a carico della mucosa orale, faringea, oculare e della cute del viso e del tronco al di sopra del diaframma. L'**HSV 1** è diffusissimo in natura (oltre il 90% degli esseri umani ne è infetto) e viene trasmesso principalmente attraverso la **saliva** e il contatto con le lesioni labiali. L'**HSV 2** ha un tropismo per le mucose genitali e la cute al di sotto del diaframma e viene trasmesso attraverso i **rapporti sessuali**. Comunque esistono delle eccezioni a questa regola per cui l'**HSV 2** si reperisce nella cavità orale come conseguenza di rapporti orogenitali (circa il 10% dei casi). L'**HSV 1** raramente infetta le mucose genitali.

Entrambi i virus hanno la capacità di rimanere, dopo l'infezione primaria, in uno **stato di latenza** nelle cellule gangliari sensitive (rispettivamente trigeminali e sacrali). La loro riattivazione periodica, che avviene a causa di vari fattori come la luce solare, lo stress, la febbre, le mestruazioni e il trauma, dà origine a lesioni ulcerative ricorrenti della mucosa orale o genitale.

### Aspetti clinici

Nella maggior parte degli individui il primo contatto con l'**HSV 1**, che di solito avviene nell'infanzia o nella prima adolescenza, non è seguito da alcuna manifestazione clinica e il virus rimane allo stato di latenza a livello dei neuroni trigeminali. In alcuni soggetti invece (circa il 10% dei casi) si manifesta la cosiddetta **gengivostomatite erpetica** caratterizzata da febbre, disappetenza, linfadenopatie cervicali e ulcerazioni orali diffuse più o meno gravi. Un **aspetto patognomonico** di questa malattia sono le **ulcerazioni gengivali** che ne permettono la distinzione da altre malattie ulcerative. Recentemente sono state descritte forme di faringotonsillite causate dall'**HSV 1** specie quando l'esposizione primaria a questo virus avviene in età più adulta. L'herpes ricorrente orale mostra una preferenza per le aree di mucosa cheratinizzata quali, in ordine di frequenza, il bordo vermiglio delle labbra, il palato duro, la gengiva fissa e più raramente il dorso linguale. Nei pazienti con grave forme di immunodeficienza (affetti da AIDS o sottoposti a trattamenti antineoplastici) l'**HSV 1** può dare origine a lesioni molto estese e persistenti con aspetti clinici atipici.

### Istopatologia

Il virus ha un tropismo per le cellule epiteliali e determina la formazione di vescicole con fenomeni di acantolisi, degenerazione balloniforme e presenza di cellule multinucleate.

### Diagnosi

Si basa sugli **aspetti clinici** e sull'isolamento del virus in **coltura**. L'**HSV** si isola meglio dal liquido vescicolare e non dalle lesioni in fase crostosa. Esami diagnostici aggiuntivi sono rappresentati dalla citologia e dall'uso di anticorpi monoclonali o immunofluorescenti. Il dosaggio degli anticorpi circolanti fornisce solo informazioni relative all'avvenuta esposizione al virus e non è attendibile per escludere o confermare un'infezione in atto.

### Trattamento e prognosi

La terapia della gengivostomatite erpetica è in genere solo sintomatica. Non esistono in letteratura dati certi sull'efficacia dell'**aciclovir** in questa forma di infezione. Nell'herpes ricorrente labiale o intraorale si può considerare l'impiego, in una fase precoce, dell'aciclovir in crema o per via sistemica.

Nel caso di individui che soffrono di episodi ricorrenti di herpes simplex labiale che insorge dopo esposizione solare si può considerare la profilassi con aciclovir per via sistemica.