



Gingivostomatitis herpética severa en el paciente con necesidad de cuidados especiales de salud: reporte de un caso

Alfonso G Pozas Guajardo,* Desireé P Salinas Garza,* Ana Laura Vázquez de la Peña,*
Ma Guadalupe Treviño Alanís,** Gerardo Rivera Silva,** Héctor R Martínez Menchaca,*,**

RESUMEN

La gingivostomatitis es un tipo de enfermedad periodontal cuya etiología no es exclusiva de origen bacteriano, sino que puede ser ocasionada por otro tipo de agentes. Dentro de las principales infecciones virales que causan la gingivitis, son las ocasionadas por el herpes humano simple tipo 1, tipo 2 y varicela zóster. Estos virus entran al organismo por contacto directo por medio de secreciones, tienen periodos de latencia y de reactivación. Es muy importante crear la concientización en los profesionales de la salud oral para el diagnóstico y manejo adecuado de este tipo de pacientes.

Palabras clave: Gingivostomatitis herpética, herpes humano simple tipo 1, infección oral, discapacitado.

ABSTRACT

Gingivostomatitis is periodontal disease is not caused exclusively of bacterial origin, if unable to be caused by other agents. Within the main viral infections that cause gingivitis, are the herpes viruses, herpes virus type 1 and 2, and herpes varicella zoster. These viruses enter the body through direct contact with secretions and have periods of latency and reactivation. It is very important to create awareness in oral health professionals for diagnosis and appropriate management of these patients.

Key words: Herpetic gingivostomatitis, herpes simplex virus type 1, oral infections, handicapped.

INTRODUCCIÓN

Actualmente se conoce un gran número de agentes infecciosos que causan gingivitis y úlceras orales, entre ellos destacan los de origen viral, por ejemplo los virus herpes humano simple tipo 1 (HSV1, sigla en inglés) y tipo 2 (HSV2), y el herpes varicela zóster (HZV). Estos virus ingresan al cuerpo durante la edad pediátrica y tienen como receptáculo la piel y la mucosa de la cavidad oral; tienen fases de latencia y reactivación.¹ Los virus del herpes pertenecen a la familia *Herpesviridae*, y se compone de ocho tipos diferentes que afectan al ser humano (*Cuadro I*). El más frecuente es el HSV1, que puede lesionar tanto los ojos, la piel de la cara y el sistema nervioso central, pero su principal sitio de afectación es la boca y los labios. Mientras que el HSV2 está aso-

ciado con infecciones genitales, anales, neonatales, y en la actualidad también se presenta como causa frecuente de enfermedad en la cavidad oral, debido a los cambios en los hábitos sexuales.²

La infección se produce por el contacto directo con lesiones o con secreciones que contienen el virus de personas infectadas, por lo que son de mayor riesgo aquellos individuos asintomáticos. La gingivostomatitis es la forma clínica más común de la infección por herpes simple y se acompaña de cefalea, fiebre, malestar general, artralgia y adenopatías cervicales; las edades en que aparece con más frecuencia es entre uno y cinco años.³ Su prevalencia a nivel mundial es aproximadamente del 20%. Posterior a la penetración del virus en el cuerpo, éste asciende por los nervios autónomos y se encuentra latente en los ganglios nerviosos, y entonces se presenta la primoinfección; para que aparezcan las manifestaciones secundarias o de reactivación de la enfermedad es necesario que estén presentes estímulos del tipo traumático, infecciones, estrés, luz solar, fiebre, entre otros (*Cuadro II*).⁴

Los pacientes con necesidad de cuidados especiales de salud o que tienen una discapacidad tienen una mayor predisposición a adquirir enfermedades orales, y a que su evolución sea más severa; las

* Departamento de Médico Cirujano Dentista, Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García, N. L., México.

** Laboratorio de Ingeniería Tisular y Medicina Regenerativa, Departamento de Ciencias Básicas, Medicina, División de Ciencias de la Salud, Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García, N. L., México.

cuales pueden tener un impacto directo en su salud general. El manejo efectivo de estos pacientes involucra más un cambio de actitud que de técnica; las actitudes importantes son serenidad, comprensión y paciencia.^{5,6} Es recomendable que el profesional de la salud oral utilice estrategias para la prevención de enfermedades bucodentales en este tipo de pacientes (*Cuadro III*).

La gingivoestomatitis herpética (GEH) es una infección primaria de la cavidad oral provocada por el virus herpes humano simple tipo 1. Cuando se presenta en adultos jóvenes y se logra identificar como causante al HSV2, deberá descartarse una infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.⁷ Motivo por el cual este padecimiento se considera una urgencia odontológica.

CASO CLÍNICO

Hombre de 23 años de edad acude a la consulta odontológica por presentar molestias en el cuadrante III; con antecedente de retraso mental moderado,

sin precisar causa del mismo. En la exploración oral se identifica una afectación edematosa difusa, eritematosa y con diferentes grados en la intensidad del sangrado de la encía; asimismo se encuentran úlceras alrededor del margen gingival y presencia de placa dentobacteriana abundante debido a una higiene muy deficiente (*Figura 1*), destacándose una úlcera prominente localizada en la encía del segundo premolar (*Figura 2*). Se encontraron múltiples lesiones vesiculares con una base eritematosa a lo largo de toda la mucosa, en los labios y en el paladar, con sangrado espontáneo, aun sin haber colocado la sonda periodontal. Se detectó además la presencia de una lesión ulcerosa de gran tamaño con fondo blanco (*Figura 3*), con dolor intenso con base en la clasificación de la escala analógica visual.⁸ El paciente refirió también sentir dolor al tomar o ingerir cualquier líquido o alimento. Ante la sospecha diagnóstica de gingivoestomatitis herpética, se procedió a la toma material de las lesiones para la realización de frotis, en donde se confirmó la presencia de células gigantes multinucleadas, y la

Cuadro I. Familia *Herpesviridae*.

Nombre	Nomenclatura serológica	Nomenclatura común
Virus herpes humano simple tipo 1	HSV-1	HSV-1
Virus herpes humano simple tipo 2	HSV-2	HSV-2
Virus herpes humano simple tipo 3	VZV	VZV
Virus herpes humano simple tipo 4	Epstein - Barr	EBV
Virus herpes humano simple tipo 5	Citomegalovirus	CMV
Virus herpes humano simple tipo 6	HSV-6	HHV-6
Virus herpes humano simple tipo 7	HSV-7	HHV-7
Virus herpes humano simple tipo 8	Gammavirus	HHV-8

Cuadro II. Formas clásicas de presentación de la gingivoestomatitis herpética.

Primoinfección. Puede haber dolor durante la masticación y deglución, se acompaña de fiebre y linfadenopatías cervicales, y a nivel intraoral, lesiones vesiculares puntiformes en mucosa bucal y lengua, rodeadas de encía eritematosa que cuando se rompen dan lugar a úlceras con un centro blanquecino.

Recrudescencia. Con estímulos como fatiga, estrés, radiación ultravioleta, traumatismos, entre otros. El virus puede reactivarse y aparecen vesículas con un halo eritematoso que al romperse dan lugar a úlceras generando zonas de coalescencia en la encía.

Pacientes inmunodeprimidos. Las lesiones son más amplias, graves, dolorosas y de lenta cicatrización. Las lesiones se distribuyen tanto en piel como en mucosas.

Cuadro III. Estrategias básicas de prevención de enfermedades bucodentales en el paciente con discapacidad.

- Higiene oral por lo menos dos veces al día, poner énfasis en el cepillado previo a dormir.
- Incrementar el uso del hilo dental diariamente.
- Impulsar la dieta no cariogénica.
- Incentivar la visita al dentista.
- Evitar los medicamentos con alto contenido de sacarosa o masticables.



Figura 1. Se identifica un edema difuso con zonas eritematosas con diferentes grados en la intensidad del sangrado de la encía, además de la presencia de úlceras en el margen gingival (flecha).

determinación concluyente se realizó con la identificación de anticuerpos monoclonales de tipaje sobre las células de la mucosa desprendida.

El paciente fue atendido en las primeras horas de la consulta, con un consentimiento informado, y firmado por parte de la madre, la cual estuvo de acuerdo con el tratamiento que iba a recibir. Un aspecto esencial fue establecer la comunicación con el paciente, se le habló de forma pausada, con terminología simple, y se le escuchó de manera atenta. El tratamiento consistió en la administración de aciclovir (200 mg/dosis) en un enjuague oral que además contenía clorhexidina (0.20%) tres veces al día, asimismo la aplicación tópica de lidocaína viscosa (2%) dos veces por día; se observó una mejoría en las primeras 48 horas; el



Figura 2. Úlcera circular de la encía del segundo premolar, que es típica de la gingivostomatitis herpética (flecha).



Figura 3. Se observa úlcera grande de bordes irregulares y fondo blanco en la superficie de la mucosa (flecha).

tratamiento fue durante una semana. Además, se indicaron medidas terapéuticas, paliativos como dieta blanda, abundantes líquidos, y un cepillado gentil de los dientes y lengua. Pasados siete días, cuando los síntomas habían remitido, se realizó la eliminación de la placa dentobacteriana, de residuos y cálculos.

DISCUSIÓN

La gingivoestomatitis herpética se caracteriza por presentar vesículas extensas en los labios, encías, mucosas, paladar duro y lengua.⁸ Ésta puede llegar a durar entre 10 a 14 días. La GEH se presenta como una lesión difusa eritematosa a lo largo de la encía.⁹ Los signos y síntomas clínicos incluyen un dolor intenso en la cavidad bucal, con gran dificultad para consumir alimentos, irritabilidad, aumento de la temperatura y afección ganglionar. Es típica la presencia de una úlcera en la encía del segundo premolar, la cual fue observada en nuestro paciente.^{9,11} El tratamiento es a base de medidas paliativas, como la dieta blanda, enjuague de clorhexidina; asimismo es recomendable el aciclovir oral a razón de 200 mg en los casos de recurrencia.^{12,13} Otros antivirales que pueden ser utilizados son el penciclovir y famciclovir cuyos efectos farmacodinámicos son parecidos al del aciclovir, pero difieren en la captación celular, potencia inhibitoria del ADN y el ritmo de fosforilación.^{14,15} A pesar de que estos medicamentos tienen menor afinidad por la timidina quinasa viral en comparación con el aciclovir, lo corrigen con una vida media que se puede prolongar de siete a 20 horas, la cual es mayor que la del aciclovir, que es de 0.7 a una hora.¹⁶ Existe la posibilidad de utilizar otros antivirales, como el foscarnet que inhibe la polimerasa del ADN viral pero es muy nefrotóxico, y el cidofovir, que es utilizado para el herpes virus resistente al tratamiento.^{17,18} Una vez remitida la sintomatología, es recomendable la eliminación de la placa dentobacteriana y cálculos,

para evitar la sobreinfección bacteriana. Es de fundamental importancia establecer el diagnóstico diferencial con otros padecimientos, como la herpangina, gingivitis necrosante, gingivitis descamativa, entre otras (*Cuadro IV*).

Como conclusión, se debe tener en consideración que el HSV1 y el HSV2 son comunes en el ser humano, y su mecanismo de transmisión es por contacto directo; se adquieren en edades tempranas, y una de sus formas de presentación clínica es la gingivoestomatitis. Con el caso presentado se ilustra la relevancia de hacer un abordaje y diagnóstico correctos en este tipo de pacientes, para dar un tratamiento adecuado y tomar las medidas preventivas necesarias como profesionales de la salud oral.

BIBLIOGRAFÍA

- Chen CK, Wu SH, Huang YC. Herpetic gingivostomatitis with severe hepatitis in a previously healthy child. *J Microb Inf.* 2012; 45: 324-325.
- Elangovan S, Karimbux NY, Srinivasan S, Venugopalan SR, Eswaran SVK, Allareddy V. Hospital-based emergency department visits with herpetic gingivostomatitis in the United States. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol.* 2012; 113: 505-511.
- Arduino PG, Porter SR. Herpes Simplex Virus Type 1 infection: overview on relevant clinico-pathological features. *J Oral Pathol Med.* 2008; 37: 107-121.
- Fatahzadeh M. Primary oral herpes: diagnosis & management. *J N J Dent Assoc.* 2012; 83: 12-13.
- United States Department of Health and Human Services. Oral health in America: A report of the Surgeon General. Rockville, Md: US Dept of Health and Human services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health; 2000 [consultado 10 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.nidcr.nih.gov/datastatistics/surgeongeneral/report/executivesummary.htm>
- Glassman P, Subar P. Planning dental treatment for people with special needs. *Dent Clinic North.* 2009; 53: 195-205.
- Dávila ME, Gil M. Oral manifestations and dental caries in children exposed to human immunodeficiency virus. *Rev Salud Publica (Bogotá).* 2011; 13: 833-843.
- Bader P, Echtele D, Fonteyne V, Livadas K, De Meerleer G, Paez A, Papaioannou EG, Vranken JH. Guía clínica sobre el tratamiento del dolor. *European Association of Urology.* 2010; 1180-1287.
- Salinas YJ, Millan IRE. Gingivoestomatitis herpética primaria. *Conducta odontológica. Acta Odontol Venezolana.* 2008; 46: 22-28.
- Tovaru S, Parlatescu I, Tovaru M, Cionca L. Primary herpetic gingivostomatitis in children and adults. *Quintessence Inter.* 2009; 40: 119-124.
- Holbrook W, Gudmundsson G, Ragnarsson K. Herpetic gingivostomatitis in otherwise healthy adolescents and young adults. *Acta Odontol Scand.* 2001; 59: 113-115.
- Long SS, Pool TE, Vodzak J, Daskalaki I, Gould JM. Herpes simplex virus infection in young infants during 2 decades

Cuadro IV. Diagnóstico diferencial de la gingivoestomatitis herpética.

- Estomatitis aftosa recurrente
- Eritema multiforme
- Enfermedad boca-mano-pie
- Gingivitis descamativa
- Gingivitis necrosante
- Hepangina
- Liquen plano
- Mononucleosis infecciosa
- Síndrome de Stevens-Johnson
- Pénfigo vulgar

- of empiric acyclovir therapy. *Pediatr Infect Dis J.* 2011; 30: 556-561.
13. Porter SR. Little clinical benefit or early systemic aciclovir for treatment of primary herpetic stomatitis. *Evid Based Dent.* 2008; 9: 117.
 14. Arduino P, Porter S. Oral and perioral herpes simplex virus type I (HSV-I) infection: review of its management. *Oral Dis.* 2006; 12: 254-270.
 15. De Clercq E, Andrei G, Balzarini J, Leyssen P, Naesens L, Neyts J, et al. Antiviral potential of a new generation of acyclic nucleoside phosphonates, the 6-[2-(phosphonomethoxy) alkoxy]-2,4-diaminopyrimidines. *Nucleosid Nucleot Nucleic Acids.* 2005; 24: 331-341.
 16. Schmid-Wendtner MH, Korting HC. Penciclovir cream-improved topical treatment for herpes simplex infections. *Skin Pharmacol Physiol.* 2004; 17: 214-218.
 17. Klein RJ. Treatment of experimental latent herpes simplex virus infections with acyclovir and other antiviral compounds. *Am J Med.* 1982; 73: 138-142.
 18. Toutous-Trellu L, Hirschel B, Piguat V, Schiffer V, Saurat JH, Pechere M. Treatment of cutaneous human papilloma virus, poxvirus and herpes simplex virus infections with topical cidofovir in HIV positive patients. *Ann Dermatol Venereol.* 2004; 131: 445-449.

Correspondencia:

Héctor R Martínez-Menchaca
Director de Programa Médico Cirujano
Dentista
Universidad de Monterrey,
San Pedro Garza García, 66238,
N. L. México.
Tel: 81 82151451
E-mail: hector.martinez@udem.edu.mx