

Gingivoestomatitis herpética primaria en un paciente de 65 años

AUTORES/AUTHORS

José Manuel Gándara Rey (1), José Luis Pacheco Martins Carneiro (2), Pilar Gándara Vila (3), Andrés Blanco Carrión (4), Abel García García (5).

- (1) Catedrático de Medicina Oral y Maxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Santiago de Compostela. España.
- (2) Odontólogo. Alumno del Master de Medicina Oral, Cirugía Oral e Implantología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Santiago de Compostela.
- (3) Odontóloga. Profesora Colaboradora del Master de Medicina Oral Cirugía Oral, e Implantología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Santiago de Compostela.
- (4) Profesor Titular de Medicina Oral y Maxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Santiago de Compostela.
- (5) Profesor Titular de Cirugía Oral y Maxilofacial. Facultad de Odontología de la Universidad de Santiago de Compostela.

Gándara JM, Pacheco JL, Gándara P, Blanco A, García A. Gingivoestomatitis herpética primaria en un paciente de 65 años. *Medicina Oral* 2002; 7: 180-3.
© Medicina Oral. B-96689336
ISSN 1137-2834.

RESUMEN

En este artículo presentamos un caso de gingivoestomatitis herpética primaria. Aparentemente se trata de una situación normal, pero en este caso el paciente en cuestión tiene 65 años, no siendo la edad normal de aparición de esta enfermedad, ya que ésta es más frecuente en niños de 1-5 años de edad, pudiendo aparecer en adolescentes y adultos jóvenes, siendo rara en niños menores de 6 meses y adultos mayores de 40 años. Así, en este trabajo describimos el caso clínico desde su comienzo, enfocando el diagnóstico y las diferentes enfermedades con las que hay que hacer diagnóstico diferencial.

Palabras clave: gingivoestomatitis herpética primaria, primoinfección herpética, virus del herpes simple.

INTRODUCCIÓN

El virus del herpes simple es un patógeno común para la especie humana, con dos subtipos - 1 y 2. El tipo 1 suele afectar a la

Recibido: 1/08/01. Aceptado: 11/11/01.

Received: 1/08/01. Accepted: 11/11/01.

cavidad oral y el 2 afecta más frecuentemente al área genital. El contagio se produce por contacto directo a través de soluciones de continuidad de la piel o mucosas dando lugar a una primoinfección que en la mayoría de los casos es asintomática. La gingivoestomatitis es la forma más frecuente de primoinfección herpética, y suele aparecer en niños de 1-5 años de edad y algunas veces en adolescentes y adultos jóvenes, siendo rara en niños menores de 6 meses y adultos mayores de 40 años (1-8).

Existe una serie de signos y síntomas prodrómicos que preceden a las manifestaciones de la enfermedad: fiebre alta, cefaleas, irritabilidad, artralgias, eritema faríngeo, malestar general y adenopatías locorreregionales. A los 3-5 días aparece una gingivitis con encías rojas, tumefactas, hemorrágicas y odinofagia. Después del segundo o tercer día aparecen múltiples vesículas en labios, lengua, mucosa yugal, paladar y faringe, de contenido amarillento altamente contagioso que se rompen fácilmente dejando erosiones dolorosas que curan espontáneamente sin secuelas en un período de 8 a 10 días (1-9).

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 65 años de edad sin antecedentes médicos de relieve que acude a la consulta en la Unidad Docente de Medicina Oral de la Facultad de Odontología de la Universidad de Santiago de Compostela, refiriendo dolor e "infección en toda la boca". A la exploración la paciente presenta pequeñas úlceras dolorosas, de bordes irregulares y recubiertas de una pseudomembrana en lengua (Fig. 1), en el labio y en encía palatina que le provocan una marcada incapacidad funcional. Además presenta fiebre (38°) y adenopatías submaxilares bilaterales. La paciente refiere que estos síntomas empezaron hace 2 días, momento en que tenía cefaleas y fiebre más alta (39°). Nuestro juicio clínico es de gingivoestomatitis herpética primaria. Ante esta sospecha realizamos una toma de muestra para citología exfoliativa en la lesión de lengua (Fig. 2) y una biopsia, en las lesiones palatinas, para el estudio anatomopatológico (Fig. 3), lo que nos confirma el diagnóstico definitivo.

Instauramos un tratamiento con aciclovir: 200 mg cada 5 horas durante siete días y colutorio de clorhexidina al 0,12 % y lidocaína al 1 % , tres veces al día, por las molestias que presenta.

La paciente acude a la consulta una semana después y no presenta ningún tipo de lesión.

DISCUSIÓN

Normalmente el diagnóstico de la gingivoestomatitis herpética primaria es clínico, no siendo necesarias pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico de sospecha. Pero en un paciente de 65 años los hallazgos clínicos pueden no ser suficientes, pues esta enfermedad es rara en edades superiores a 40 años (1-3). En este caso se toma una muestra de una vesícula para examen histopatológico y citología exfoliativa que aunque no sean exámenes específicos para el virus del herpes simple demuestran que se trata de una infección vírica (3). Se observan en el examen histológico células gigantes multinucleadas, degeneración balonizante, degeneración reticular, vesículas intraepi-



Fig. 1.
Úlceras linguales de bordes irregulares, circinados, recubiertos de pseudomembrana fibrinosa.

Lingual ulcers with irregular margins and fibrinous pseudomembrane.

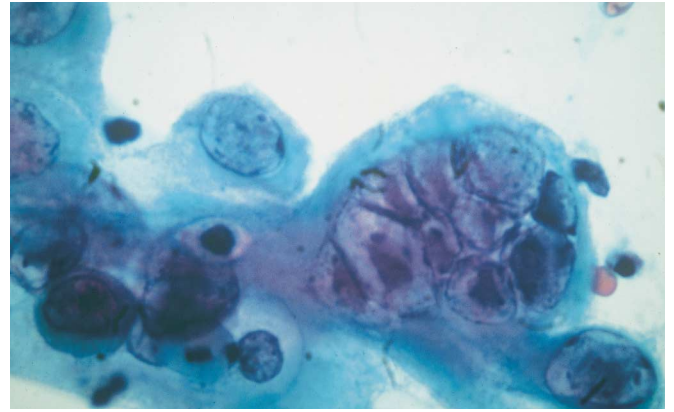


Fig. 2.
Citología exfoliativa de las lesiones linguales con la presencia de células gigantes multinucleadas.

Exfoliative cytology of a lingual lesion, showing multinucleate giant cells.

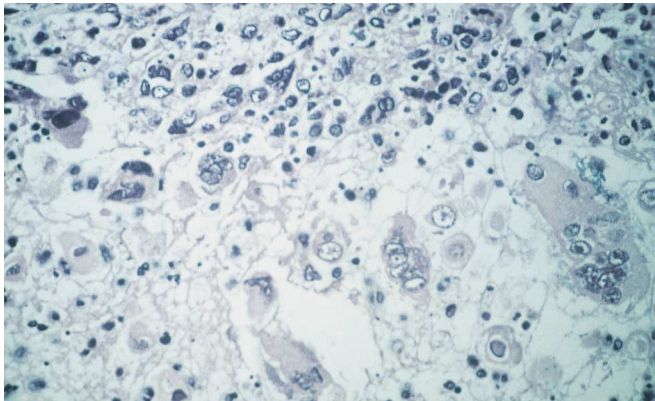


Fig. 3.
Histopatología de las lesiones de reborde gingival con la presencia de vesículas intraepiteliales, células multinucleadas e infiltrado inflamatorio intraepitelial.

Histopathology of the lesions of the gingival margin, showing intraepithelial vesicles, multinucleate cells and inflammatory intraepithelial infiltrate.

teliales e infiltrado intraepitelial de polinucleares neutrófilos; y en la citología exfoliativa nos encontramos con un aumento del tamaño nuclear, aclaramiento del núcleo e inclusiones eosinófilas intranucleares de Lipshultz (2, 3).

Además, se pide una analítica sanguínea para descartar algún cuadro de inmunosupresión que estuviese favoreciendo la aparición de la infección vírica, estando los valores dentro de la normalidad.

Existen otros exámenes más específicos para comprobar no sólo que se trata de una infección de herpes simple sino también que se trata de una primoinfección (1-5, 7, 8):

a) Aislamiento y cultivo del virus. Es un buen examen para determinar el agente etiológico pero es difícil de conseguir, resultando positivo en el 81% de los casos.

b) Detección de antígenos víricos (inmunofluorescencia,

peroxidasa, ELISA). Son técnicas con alta especificidad (80-95%) y una sensibilidad superior al 80% cuando la muestra es tomada al inicio del brote.

c) Reacción de cadena peroxidasa (PCR). Es una técnica que comprueba la secuencia del DNA vírico siendo útil para diferenciar los tipos antígenos 1 y 2 de este virus.

d) Determinación de anticuerpos contra el virus del herpes simple. Esta prueba puede ser fundamental para diferenciar la primoinfección de la infección secundaria si el paciente es seronegativo en la primera toma. Si por lo contrario el paciente es seropositivo, el cuadro es menos claro. La presencia de IgM y el aumento de IgG en una segunda toma son datos sugestivos de primoinfección.

A la hora de hacer el diagnóstico de este caso hay que tener en cuenta otros cuadros clínicos que pueden simular una primoinfección herpética (1, 5, 9):

- Estomatitis aftosa recidivante, donde es determinante la ausencia de afectación sistémica y las características de las úlceras son con bordes regulares.

- Enfermedad boca-mano-pie, donde existen lesiones en palma de manos y pies.

- Herpangina, que se caracteriza fundamentalmente por la aparición de pequeñas vesículas y úlceras limitadas al paladar blando y orofaringe.

- Herpes recurrente intraoral severo, el diagnóstico diferencial se hace por la historia del paciente y por la afectación de una sola superficie.

- Eritema multiforme y síndrome de Stevens-Johnson, donde es típica la existencia de un factor desencadenante, que en este caso no existía.

Para concluir, decir que aunque no se realizan las pruebas de determinación de anticuerpos (IgG e IgM) contra el virus del herpes simple, creemos que se trata de una primoinfección herpética debido a las características clínicas y por la historia de la paciente, hechos que consideramos de gran importancia a la hora de diagnosticar esta situación.

Primary herpetic gingivostomatitis in a 65-year-old patient

SUMMARY

We report a case of primary herpetic gingivostomatitis in a 65 years old patient. Age of onset for this disease is typically 1-5 years, though it may also arise in adolescents and young adults; it is rare in children of less than 6 months, as well as in adults more than 40 years old. Our case is thus, unusual in view of the patient's age. We discuss criteria for diagnosis in cases of this type.

Key words: primary herpetic gingivostomatitis, primary infection, herpes simplex virus.

INTRODUCTION

The herpes simplex virus is a common human pathogen. Type 1 typically affects the oral cavity, and type 2 the genital area. Contagion occurs as a result of direct contact via discontinuities of the skin or mucosa, with this primary infection in most cases being asymptomatic. Gingivostomatitis is the most frequent clinical form of primary infection, and is observed most commonly in 1-5 year old children, and sometimes in adolescents and young adults. It is rare in children of less than 6 months and adults of more than 40 years of age (1-8).

A number of prodromal signs and symptoms precede the disease, including high fever, arthralgias, pharyngeal erythema, local/regional adenopathies, cephalaea, general malaise and irritability. Gingivitis arises on day 3-5, with red, swollen, haemorrhagic gingiva, and odinophagia. Two or three days after the onset of gingivitis multiple small blisters arise on the lips, tongue, gingival mucosa, palate and pharynx. These blisters have yellowish contents and readily break, leaving painful lesions that heal spontaneously without sequelae within 8-10 days (1-9).

CASE REPORT

A woman aged 65 without relevant medical antecedents, who consulted the Oral Medicine Teaching Unit of the Odontology Faculty of the University of Santiago de Compostela complaining of pain and "infection in all her mouth". Examination revealed small painful ulcers, with irregular margins and covered by a pseudomembrane on the tongue (Fig. 1), lips and palate, causing marked functional incapacitation. In addition, she presented fever (38° C) and bilateral submaxillary adenopathies. She reported that these symptoms had started 2 days previously, with cephalaea and a higher fever (39° C). We suspected primary herpetic gingivostomatitis, and thus took a sample for exfoliative cytology of the lingual lesion (Fig. 2), and a biopsy of the palatine

lesions for anatomopathological study (Fig. 3). The results of these tests confirmed the diagnosis.

Treatment was commenced with aciclovir (200 mg every 5 h for 7 days), and a mouthwash containing 0.12% chlorhexidine and 1% lidocaine three times daily for relief of irritation.

On examination one week later, the lesions had healed entirely.

DISCUSSION

Diagnosis of primary herpetic gingivostomatitis is generally on clinical grounds alone, with confirmatory tests not necessary. However, in a patient of 65 years of age the clinical findings may be insufficient, since the disease is rare after the age of 40 (1-3). In this case, samples were taken from vesicles for histopathological examination and exfoliative cytology. Such tests are not specific for herpes simplex virus, but demonstrate viral infection (3). Histological examination revealed multinucleate giant cells, ballooning degeneration, reticular degeneration, intraepithelial vesicles and intraepithelial infiltrate of polymorphonuclear neutrophils. Exfoliative cytology indicated increased nuclear size, nuclear clearance, and eosinophilic Lipshütz bodies within the nucleus (2,3).

Blood tests ruled out the possibility of some sort of immunosuppressive process favouring viral infection.

Other specific tests available for confirming herpes simplex infection, and for confirming that the infection is primary (see 1-5, 7, 8), are as follows:

a) Isolation and culture of the virus. This procedure is effective for determining the etiological agent, but has low sensitivity (only 81% of positive cases are detected).

b) Detection of viral antigens (immunofluorescence, ELISA, peroxidase-based tests). These procedures show high specificity (80-95%) and sensitivity greater than 80% when the sample is obtained at the onset of infection.

c) Polymerase chain reaction. This procedure identifies viral DNA, and is useful for distinguishing between herpes simplex types 1 and 2.

d) Determination of anti-virus antibodies. This procedure is highly effective for distinguishing between primary and secondary infection. If the patient shows no antibodies to the herpes simplex virus at first sampling, primary infection can be ruled out. If the patient shows specific antibodies at first sampling, the situation is less clear: in such cases, the presence of specific IgM and increased IgG antibodies at second sampling are suggestive of primary infection.

In cases of suspected primary herpetic gingivostomatitis in elderly subjects (like the present case), the following alternative diagnoses should be taken into account (1,5,9):

– Recurrent aphthous stomatitis, characterized by absence of systemic involvement and ulcers with regular margins.

– Foot-and-mouth disease, characterized by lesions on the palms of the hands and feet.

– Herpangina, basically characterized by the presence of small vesicles and ulcers limited to the soft palate and oropharynx.

– Severe recurrent intraoral herpes, characterized by involvement of a single surface only, and by patient history.

– Multiform erythema and Stevens-Johnson syndrome, characterized by the existence of some sort of triggering factor, in the present case not observed.

In the present case we did not determine antibodies against herpes simplex virus, but we consider that the patient's clinical characteristics and history are sufficient to confirm primary infection.

CORRESPONDENCIA/CORRESPONDENCE

Dr. Gándara Rey
Facultad de Odontología de la Universidad
de Santiago de Compostela
C/ Enterríos s/n
15705-Santiago de Compostela
E-mail: cigandar@uscmail.usc.es
Tfno.: 981563100 – Ext.: 12357
Fax: 981562226

BIBLIOGRAFÍA/REFERENCES

1. Ceballos Salobreña A, Bullón Fernández P, Gándara Rey JM, Chimenos Kustner E, Blanco Carrión A, Martínez-Sahuquillo Márquez A, *et al*, eds. Medicina Bucal Práctica. Santiago de Compostela: Editorial Danú, SL; 2000. p. 121-35.
2. Bagán Sebastián JV, Ceballos Salobreña A, Bermejo Fenoll A, Aguirre Urizar JM, Peñarocha Diago M, eds. Medicina Oral. Barcelona: Masson editores; 1995. p.118-25.
3. Suárez Pérez M. Infecciones por virus. En: Bermejo Fenoll A, eds. Medicina bucal: Enfermedades mucocutáneas y de las glándulas salivales. Madrid: Editorial Síntesis SA; 1998. p.129-38.
4. Christie SN, McCaughey C, Marley JJ, Coyle PV, Scott DA, Lamey PJ. Recrudescence herpes simplex infection mimicking primary herpetic gingivostomatitis. J Oral Pathol Med 1998; 27: 8-10.
5. MacPhail L, Greenspan D. Herpetic gingivostomatitis in a 70-year-old-man. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod 1995; 79: 50-2.
6. Amir J, Harel L, Smetana Z, Varsano I. The natural history of primary herpes simplex type 1 gingivostomatitis in children. Pediatric Dermatology 1999; 16: 259-63.
7. Yura Y, Kusaka J, Yamakawa R, Bando T, Yoshida H, Sato M. Mental nerve neuropathy as a result of primary herpes simplex virus infection in the oral cavity. A case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod 2000; 90: 306-9.
8. Lacroix I, Mascrès C. L'infection virale herpétique: de la primo-infection buccale à l'herpès récidivant. Journal 1995; 61: 623-30.
9. Wood NK, Goaz PW, eds. Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. Madrid: Harcourt Brace de España SA; 1998. p.73-5.