

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La gingivoestomatitis herpética aguda. Actualización

Acute herpetic stomatitis. Update study

Dra. Maribeth Valdés Jiménez de Castro¹, Dra. María Inés Jiménez de Castro Morgado², Dra. Marcia Colás Costa³, Dra. Aracelis García Pérez⁴

¹ Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Instructor. Policlínico Universitario "4 de Agosto". Guantánamo. Cuba

² Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Ciencias de la Educación Superior. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

³ Especialista de II Grado en Periodoncia. Máster en Estomatología Comunitaria. Profesor Auxiliar. Policlínico Universitario "Omar Ranedo Pubillones". Guantánamo. Cuba

⁴ Especialista de II Grado en Fisiología Humana y Patológica. Máster en Educación Médica. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Con la finalidad de realizar una actualización de los conocimientos sobre la gingivoestomatitis herpética aguda (GEHA), se realiza una revisión bibliográfica sobre este tema basado en la información obtenida de textos y revistas consultadas en centros de referencia y a través de localizadores electrónicos como Pubmed, Medline y Google de los últimos años. Según se pudo constatar la GEHA es de alta incidencia y transmisibilidad, frecuente en las edades tempranas de la vida, se manifiesta con lesiones orales y extraorales molestas para el paciente. Durante la fase aguda de la GEHA muchos niños pueden negarse a comer o beber debido al malestar y el dolor por estas lesiones y, en consecuencia, deshidratarse rápidamente, el diagnóstico es por el cuadro clínico y los antecedentes, además de los exámenes complementarios. El tratamiento de esta patología por lo general es paliativo y adquieren vital importancia las medidas preventivas.

Palabras clave: gingivoestomatitis herpética aguda; estomatitis herpética

ABSTRACT

In order to perform an update of knowledge on acute herpetic stomatitis (GEHA), a literature review is done on this topic based on information from texts and journals as references in centers, through data bases as Pubmed, Medline and Google in recent years. GEHA's high incidence and transmissibility are studied, common in the early stages of life, manifested by oral and extraoral lesions annoying to the patient. During the acute phase of the GEHA many children may refuse to eat or drink due to discomfort and pain from these injuries and therefore become dehydrated quickly, the diagnosis is by the clinical manifestations and history, plus supplementary examinations. Treatments of this disease are usually palliative and acquire vital preventive measures.

Keywords: acute herpetic stomatitis; herpetic stomatitis.

INTRODUCCIÓN

A través del Sistema Nacional de Salud el estado y gobierno cubano, se garantiza la salud a toda la población, teniendo como premisa que la salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del estado.

La atención estomatológica es una de las estrategias priorizadas del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), con una alta implicación en el estado de salud de la población. Entre las funciones del servicio de Estomatología se encuentra brindar atención de urgencia de forma continua. Se les debe brindar una atención inmediata a los pacientes que a ella acuden, ya que muchas afecciones, además de producir dolor y molestias, pueden llegar a convertirse en complicaciones que afecten su estado de salud general.

Varias son las causas que llevan a los pacientes a acudir a una consulta de urgencias, pero la gran mayoría corresponde a la sintomatología dolorosa que las caracteriza. Es evidente que en estos casos para una correcta indicación de tratamiento, es de suma importancia el establecimiento de un diagnóstico más preciso. Dentro de éstas, una de

las más representativas por su frecuencia y sintomatología es la Gingivoestomatitis Herpética Aguda.

El virus del herpes simple (VHS) es un virus ADN de cadena doble. El tipo VHS-1 es responsable de las infecciones bucales, faciales y oculares, incluyendo la Gingivoestomatitis Herpética Primaria (GHP o GEHA). El período de mayor incidencia de la GHP es entre los seis meses y cinco años y, en adultos jóvenes, en el período de inicio de los 20 años.

Por lo general, el diagnóstico se realiza por el cuadro clínico y los antecedentes. El tratamiento es paliativo y va encaminado a disminuir los síntomas agudos presentes. Es responsabilidad fundamental del Estomatólogo General Básico o Integral en la consulta de urgencias; en caso de que se acuda primero a una consulta de urgencia de medicina, la responsabilidad de diagnosticar y tratar oportunamente la afección recae en el médico, de tener dudas debe realizar la remisión al estomatólogo.

DESARROLLO

Referentes teóricos de la gingivoestomatitis herpética aguda

Ninguna persona puede ser considerada sana, si presenta una enfermedad bucal activa. Las enfermedades bucales, por su alta morbilidad, se encuentran entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud a nivel mundial.

Numerosas infecciones virales son conocidas como causantes de gingivitis. Las más importantes son los herpes virus: Herpes Virus Simple tipo 1 y 2 y el Herpes Varicela Zóster. La GEHA es una enfermedad infecciosa, inflamatoria de tipo vírico, que se caracteriza por la aparición de lesiones mucocutáneas formadas por pequeñas vesículas agrupadas en racimo y rodeadas de un halo rojo.

Es causada por el virus herpes simplex (del latín herpes, y del griego ἕρπης, «reptar») o virus herpes hominis, de tipo I (VHS-1) que afecta cara, labios, boca y parte superior del cuerpo; y de tipo II (VHS-2) que se presenta más frecuentemente en genitales y parte inferior del cuerpo. Es más frecuente en niños, pero también se registra en adolescentes y adultos. Cuando se presenta en adultos jóvenes puede estar asociada con infección por VIH. No obstante, en la mayoría de las personas la infección primaria es asintomática. El período de incubación varía de 7 a 14 días.

El VHS es un virus de doble cadena de ADN. Esta familia se clasifica en 3 subfamilias: la alphaherpesvirinae, betaherpesvirinae y la gammaherpesvirinae. El VHS-1 y el VHS-2 pertenecen a la subfamilia alphaherpesvirinae y al género simple virus. Los virus herpes humanos pertenecen a la familia herpes viridae, compuesta por ocho virus.

Histopatología

Los testimonios histológicos de intrusiones intranucleares, y células gigantes multinucleadas en la base de una vesícula o en el tejido, sugieren infección por VHS. La tinción inmunofluorescente puede ser útil desde el punto de vista clínico para su diagnóstico diferencial con estomatitis aftosa recurrente.

El virus tiene por diana las células epiteliales, que presentan: degeneración vacuolar, acantólisis, desaparición y agrandamiento nucleares. Estos microorganismos se denominan células de Tzanck. Las células infectadas se fusionan y forman células multinucleadas, y el edema intercelular lleva a la formación de vesículas intraepiteliales, con contenido de leucocitos polimorfonucleares, que se rompen, e inducen una reacción inflamatoria secundaria con un exudado fibropurulento.

Contagio

El curso general de la infección por GHP o GEHA es de 10 a 14 días. En general, lo precede un período de incubación de 1 a 26 días. Cuando la infección es altamente contagiosa, la mayoría de los pacientes la adquieren a través del contacto directo piel o secreciones infectadas, saliva o por algún estimulante, infección, luz ultravioleta, fiebre, resfrío. Por lo tanto, factores como la ubicación o nivel socioeconómico pueden influir en la tasa de infección por VHS-1.

Epidemiología

La infección inicial de herpes oral o GEHA ocurre normalmente en la niñez y no está clasificada como una enfermedad de transmisión sexual. La infección está mundialmente extendida y entre los 20-40 años prácticamente toda la población tiene contacto con el virus. El 80 % de la población adulta es candidata a portar el VHS-1.

A medida que los hábitos de higiene se popularizan en la sociedad industrializada, se producen cada vez más infecciones primarias a edades más tardías. Aproximadamente 45 millones de personas en los EE.UU. están infectadas con el VHS (una de cada 5 personas de más de 12 años de edad). El 90 % de los estadounidenses presentan anticuerpos séricos VHS-1.

El Centro para el Control de las Enfermedades (CDC) calcula que cada año ocurren 1 millón de nuevas infecciones por herpes. El porcentaje de infecciones con el VHS-1 aumenta de manera significativa en los últimos diez años. Acontece con la misma frecuencia en ambos sexos. La forma recurrente de la enfermedad se presenta entre el 16 y el 45 % de los adultos, el 25 % de los cuales presentan más de 2 recurrencias en un año.

Es asintomática en el 95 % de los casos, y tan sólo en el 5 % restante puede dar manifestaciones cuya forma más frecuente de presentación es la Gingivoestomatitis Herpética Aguda según estudios de Verdasco Sepulcri en el 2007.

El 80 % de pacientes inmunodeprimidos tienen reactivaciones por VHS, siendo las localizaciones periorales las más frecuentes. Un 10-15 % de estas infecciones tienen diseminación hematológica y pueden provocar una afectación visceral.

Investigadores españoles encuentran una relación entre el virus herpes simple de tipo 1 (HSV-1) y el Alzheimer. El trabajo, que se publica en el último número de Journal of Neuroscience Research del 2012, presenta una serie de evidencias que relacionan la infección con este virus, (comúnmente conocido por causar las pupas labiales), con una de las marcas patológicas características de los cerebros de enfermos de Alzheimer.

Según las Estadísticas de salud y Estomatología de Cuba en el 2010, el 1.4 % de la población, acudía a las consultas de urgencia aquejada de aftas y estomatitis, cifra creciente en los últimos años.

Como se planteó anteriormente, la GEHA, es una enfermedad que se asocia con mucha frecuencia a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), que son un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades causadas por diferentes gérmenes que afectan cualquier punto del aparato respiratorio y solamente en el año 2010, según informe del Anuario Estadístico de Cuba, se registraron 1 093 982 consultas por IRA en el grupo de 1 a 4 años. En el niño, estas infecciones se presentan con mayor frecuencia debido a numerosos factores de riesgos sociodemográficos, ambientales, alimentarios y de comportamiento.

En la provincia y el municipio de Guantánamo, no existen registros estadísticos de la GEHA en el nivel primario de atención, sin embargo, en una búsqueda realizada en el Hospital Pediátrico Provincial en el año 2012, hasta el mes de junio, se evidencia una incidencia de la enfermedad con un total de 159 casos de GEHA complicada, de los cuales 144 tenían entre 0-5 años y 15 entre 6 y 10 años de edad. Con

un alza entre los meses de abril a junio, caracterizados por altas temperaturas y elevadas precipitaciones.

Manifestaciones clínicas

Una característica común de los individuos con Gingivoestomatitis Herpética Primaria o recurrente es el padecimiento de una infección aguda reciente. La anomalía suele aparecer durante un episodio de enfermedades febriles, o inmediatamente después, como catarro común, faringoamigdalitis, neumonía, meningitis, mononucleosis infecciosa, influenza y fiebre tifoidea. Algunas veces, el sujeto señala que estuvo expuesto a personas con infección herpética de la cavidad bucal o los labios.

Se le reconocen a los herpes virus simples 3 tipos de infecciones:

1. La infección primaria (GHP o GEHA).
2. La primera infección no primaria.
3. La infección recurrente.

Santa Cruz y colaboradores refieren que existen tres formas clásicas:

Infección primaria o primoinfección. Aparece generalmente en la infancia y suele ser asintomática. En su etapa inicial se distingue por la presencia de vesículas discretas y esféricas, en la encía, mucosas labial y vestibular, paladar blando, faringe, mucosa sublingual y lengua. Luego de unas 24 horas, las vesículas se rompen y forman pequeñas úlceras dolorosas, con un margen en halo rojo elevado y una porción central amarillenta o blanco grisáceo. El escurrimiento salival (sialorrea y babeo) es evidente. Los signos y síntomas sistémicos y extrabucales que habitualmente se presentan son la adenitis cervical, linfadenopatías, mialgias, fiebre hasta de 38.3 a 40.6° C y un malestar generalizado.

Recidiva. Con estímulos como estrés, debilidad, radiación ultravioleta traumas, menstruación o inmunodepresión, el virus puede reactivarse. Puede tratarse de herpes recurrente labial, que se localiza en el bermellón de los labios, o de herpes recurrente intrabucal, que aparece como vesículas con halo eritematoso que rompen dejando úlceras que forman áreas de coalescencia en la encía.

En inmunodeprimidos. La infección se describe como atípica, las lesiones son más extensas y agresivas, de lenta curación y extremadamente dolorosas. Las lesiones se distribuyen por igual en sitios queratinizados y no queratinizados.

Diagnóstico laboratorio. Entre las pruebas de laboratorio para la determinación de la presencia del virus se encuentran:

- Frotis directo.
- Aislamiento del virus.
- Titulaciones de anticuerpos.
- Biopsia.
- Estudios hematológicos

La mayoría de las veces se establece sobre la base de los antecedentes y hallazgos clínicos. El diagnóstico definitivo se obtenía mediante el aislamiento del virus, actualmente se realiza examen de inmunofluorescencia o inmunoperoxidasas para VHS-1 así como Frotis, sin olvidar una biopsia (Test Zanck), certificado (aislamiento viral y PCR) e identificar el tipo viral (IF) los cuales son menos costosos y más sencillos. Una elevación de cuatro veces la concentración normal indica la presencia de lesión reciente.

Diagnóstico diferencial

Se debe realizar un adecuado diagnóstico basado en un interrogatorio y examen clínico completo, lo que conllevará posteriormente al tratamiento correcto con lo que se evitarán las complicaciones, tan frecuentes en pacientes que padecen de Gingivoestomatitis Herpética Aguda y para el cual se apoyará en los diagnósticos diferenciales con enfermedades de cuadros clínicos similares como: estomatitis aftosa, moniliasis o candidiasis, eritema multiforme, síndrome de Steven-Johnson, liquen plano, gingivitis descamativa, estomatitis aftosa recurrente (EAR), gingivitis necrosante (GN).

Complicaciones

Las complicaciones son poco frecuentes, sin embargo, ocurren generalmente como resultado de la excreción del virus y relacionadas con el estado inmunológico del individuo. Durante la fase aguda de la GEHA los niños pueden negarse a comer o beber debido al malestar y el dolor por estas lesiones y en consecuencia, deshidratarse rápidamente. Las infecciones oculares (herpes ocular o queratoconjuntivitis herpética) y las infecciones de los dígitos (panadizo herpético) no son complicaciones poco frecuentes. Los niños que presentan asociado otro tipo de infecciones (IRA) pueden presentar complicaciones como: bronquitis, neumonía e infecciones oportunistas (bacterianas o fúngicas).

Tratamiento

No existen vacunas, inyecciones, medicinas o comidas especiales que sirvan para prevenir las infecciones por herpes. El tratamiento de esta patología por lo general es paliativo ya que por ser una afección viral es autolimitada. Las metas del tratamiento deben ser el manejo de la fiebre, garantizar la alimentación, hidratación y manejar el dolor.

Importante:

- Mantener la parte infectada limpia.
- No tocar, o tocar lo menos posible las lesiones.
- Lavarse muy bien las manos antes y después del contacto con las lesiones.
- En caso de herpes labial, evitar tener contacto directo hacia otras personas con el área infectada desde que los primeros síntomas aparecen hasta que las erupciones se han curado completamente.
- Separar objetos de uso personal.
- Poner el cepillo dental al aire y sol.
- Dieta: debido a lo sensible de las lesiones se indica dieta fría, sin condimentos y abundantes líquidos. Evitar jugos de frutas ácidas, alimentos calientes o muy condimentados.
- Realizar cepillado dental suave para evitar infecciones bacterianas sobreañadidas.
- Control constante de la evolución del paciente.

Se plantea el uso de productos antivirales como:

- Idoxuridina 0.1 % (colirio), aplicado sobre las lesiones 3 veces al día por una semana.
- Viru Merz (ungüento), aplicado sobre las lesiones 3 veces al día por una semana.
- Aciclovir, dentro de las 24 a 48 h de iniciado el cuadro, para el tratamiento de la primoinfección y de la recurrencia herpética. Casi todas las cepas del virus herpes son sensibles al Aciclovir (Zovirax) y se afirma que su aplicación tópica es útil para reducir la diseminación y la gravedad de la infección. También es eficaz para tratar el herpes en los pacientes inmunocomprometidos.

Algunos autores coinciden con la contraindicación del uso de las penicilinas durante la afección viral por agravar las lesiones herpéticas, recomiendan el uso de:

- Anestésicos locales: lidocaína al 2 %, media hora antes de las comidas.
- Enjuagatorios con sustancias alcalinas.

- Aplicación tópica de Bálsamo de Shostakovsky.
- Soluciones antisépticas (clorhexidina acuosa al 0.2 y 0.12 %).
- Fitoterapia: colutorios con caléndula, llantén mayor, manzanilla o romerillo 3 veces al día. Aplicar crema de llantén mayor, crema de manzanilla, aloe crema (25 ó 50 %) o frotar el cristal de la sábila 3 veces al día.
- Propóleos: Después de limpiar el área afectada con agua destilada, aplicar tópico proboro, 2 ó 3 veces al día durante 7 días.
- Miel: Previa limpieza de la zona con agua destilada, aplicar sobre la lesión 2 ó 3 veces al día por 7 días.
- Aplicación de oleozón.
- Homeopatía: De acuerdo a la individualidad de cada paciente se pueden indicar los siguientes medicamentos: Arsenicum album, Belladonna, Natrum muriaticum, Rhus tox, Mercurius solubilis.
- Auriculopuntura: Analgesia dental superior o inferior, ansiolítico, shenmen, estómago, bazo, páncreas, boca y lengua.
- El tratamiento de apoyo incluye ingesta copiosa de líquidos, suplementos alimenticios minerales, proteicos y vitamínicos, así como descanso y terapéuticos con antimicrobianos sistémicos para el tratamiento de las complicaciones generales tóxicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bello García IA. Entrenamiento del médico y la enfermera en el programa de detección precoz del cáncer bucal [trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Estomatología General Integral]. 2007. Clínica Estomatológica de Adultos: Florida.
2. Carranza FAJr, Newman MG, Takei, HH: Periodontología Clínica. 10ª edición. Editorial Saunders. New York, 2006.
3. Colectivo de autores. Guías prácticas de estomatología. La habana, Cuba: Editorial ciencias médicas; 2013. Pp 212-218.
4. Cruz Batista M, Mekin Guerra M. Prescripción del bórax en el tratamiento de la estomatitis aftosa. Correo Científico Médico. 2013; 17(4).
5. David Kimberlin W. Clinical Report: Guidance on Management of Asymptomatic Neonates Born to Women with Active Genital Herpes Lesions. *Pediatrics*. Enero 2013; doi:10.1542/peds.2012-3216.
6. Gema Álvarez, Jesús Aldudo, María Alonso, Soraya Santana, Fernando Valdivieso. Herpes simplex virus type 1 induces nuclear accumulation of hyperphosphorylated tau in neuronal cells. *Journal of Neuroscience Research*. Mayo 2012; 90 (5), págs: 1020–1029.
7. Griffiths JS, Manfred Koegl, Boutell C, Zenner HL, Colin M. Crump, Pica F. A Systematic Analysis of Host Factors Reveals a Med23-Interferon- γ Regulatory Axis against Herpes Simplex Virus Type 1 Replication. *PLOS Pathogens J*. 2013.

8. Hernández García S, Rodríguez Arencibia MA y col. La Homeopatía: un reto en el tratamiento de la gingivoestomatitis herpética aguda. 2006; 10(2).
9. Lindhe J, Karring T, Lang NP: Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 4º edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires Argentina 2005.
10. Marimón Torres ME. Medicina bucal I. la habana, Cuba: Editorial Ciencias médicas; 2009. Pp 46-49.
11. Martínez GMJ: Infecciones virales y exantemas no tradicionales Rev Chil Pediatr. 2005; 76 (5); 521-527.
12. Pérez Barrero BR, Rodríguez Mediaceja G, Paneque Gamboa MR, Pérez Castro A. La ozonoterapia en estomatología. MEDISAN. 2009; 13(4).
13. Pérez Borrego A, Guntiñas Zamora MV, González Labrador C. Valoración del estado inmunológico en niños con gingivoestomatitis herpética aguda. Rev Cubana Estomatología. 2002; 40(1):28-32.
14. Pérez Ángel MM, Veitía Cabarroca FA, Rodríguez Pérez A. Tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente desde una perspectiva transdisciplinaria. Acta Médica del Centro. Clínica Estomatológica Docente Norte. Placetas, Villa Clara. 2013; 7(1).
15. Puig Capote E, Rodríguez Gutiérrez GM, Tan Suárez N, Espeso Nápoles N, Barciela Calderón J. La terapia homeopática y su aplicación en la Estomatología. AMC [serie en Internet]. 2009 [citado 25 Ago 2010]; 13(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000100019&lng=es
16. Rodríguez Guerra YC, González Rodríguez E. Intervención educativa sobre Gingivoestomatitis Herpética para Médicos de Familia. Rev Archivo Médico de Camagüey. 2009;13 (6): 1-23.
17. Santana garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2da edición. La habana, Cuba: Editorial ciencias médicas; 2010. Pp 214-216.
18. Kolokotronis A, Doumas S. Herpes simplex virus infection, with particular reference to the progression and complications of primary herpetic gingivostomatitis. Clinical Microbiology and Infection. 2006; 12(3):202-11.

Recibido: 8 de mayo de 2014

Aprobado: 23 de junio de 2014

Dra. Maribeth Valdés Jiménez de Castro. Policlínico Universitario "4 de Agosto". Guantánamo. Cuba. **Email:** maribeth@infosol.gtm.sld.cu