



MANEJO CLÍNICO DE LA INFECCIÓN VIRAL DEL HERPES SIMPLE Y CANDIADIASIS ORAL. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Autores

*María M. González. **Roque O. Rosende. ***Sebastián Krupp. ****Carlos A. Rosales. *****Estefanía R. Fernández.

Autor de Correspondencia: mmgonzalez53@gmail.com Av. Libertad 5450. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes. Argentina

Recepción: 26 de mayo 2017

Aceptación: 21 de junio 2017

Resumen: La infección por herpes simple tipo I es una de las enfermedades más frecuentes que afecta a la cavidad bucal, se manifiesta en forma de vesículas que tienden a remitir después de 10 a 12 días y es altamente recidivante. El siguiente trabajo tiene como finalidad presentar el caso clínico de un paciente con herpes simple recidivante intrabucal, acompañado de dolor intenso, con síntomas y signos clínicos persistentes por un largo periodo de tiempo, que no remitía con el tratamiento. Se detectó infección de *Cándida Albicans* acompañando al cuadro. Se realizaron análisis de laboratorio, incluyendo el test de

* Doctora. Prof. Titular Cátedra Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología – UNNE.

** Doctor. Prof. Titular Cátedra Cirugía III Buco-Maxilofacial. Facultad de Odontología – UNNE.

***Especialista. Prof. Adjunto Cátedra Cirugía II Dento-Maxilar. Facultad de Odontología – UNNE.

**** Odontólogo. Adscripto Cátedra Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología – UNNE.

***** Odontóloga. Auxiliar Docente de Primera Categoría Cátedra Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología – UNNE.



Elisa para confirmar presencia de HIV resultando negativo, PCR para detección de VHS tipo 1 y cultivo de *Cándida Albicans*. Se trató la virosis con Aciclovir en altas dosis, la infección sobreagregada con nistatina y se indicó polivitamínicos para reforzar el huésped. El paciente fue tratado multidisciplinariamente y derivado al psicólogo por presentar un cuadro de estrés, lo que permitió disminuir la ansiedad del mismo ejerciendo un rol importante en el tratamiento.

Palabras claves: Vesículas, virus, mucosa oral, erosión.

Introducción

Existen numerosos agentes infecciosos que cursan con lesiones bucales, siendo el más frecuente el virus del herpes humano simple tipo uno. Estos virus ingresan al cuerpo en edad temprana teniendo como reservorio la piel y las mucosas de la cavidad bucal; tienen fases de latencia y reactivación.¹⁻²

Las infecciones virales se dan por contacto directo con lesiones o con secreciones que contienen virus de personas infectadas. Una vez producido el primer contacto con el virus, este permanece en forma latente en los ganglios nerviosos; por medio de un mecanismo no bien conocido este virus se activa produciendo manifestaciones clínicas variadas, tal es el caso del virus que produce el Herpes Simple intraoral recurrente, éste se manifiesta en la mucosa oral en forma de vesículas rodeado de un halo eritematoso que tiende a remitir después de 10 a 12 días sin dejar cicatriz.³

Para la reactivación de la enfermedad es necesario que estén presentes factores desencadenantes que pueden ser de origen traumáticos, infecciosos, estrés, luz solar, fiebre, entre otros. También debe prestarse especial atención a los pacientes que presentan enfermedades sistémicas de extremo cuidado, debido que en ellos aumenta la predisposición a adquirir enfermedades orales, y su evolución puede ser más severa.⁴⁻⁶

En pacientes inmunodeprimidos, las lesiones virales de Herpes Simple manifiestan intenso dolor, el tamaño y la profundidad de las mismas es mayor que en un paciente compensado, su tiempo de duración es mayor, sus localizaciones son poco habituales y tardan más en curar. Requieren altas dosis de diferentes antivíricos para su tratamiento.⁶⁻⁹



Las lesiones pueden estar infectadas secundariamente por hongos u otros agentes infecciosos. De todas las micosis orales, la más común y con mayor significación diagnóstica y pronóstico es la Candidiasis oral, esta es una micosis superficial producida por levaduras del género *Cándida*, saprofitas de la cavidad bucal.^{4,9}

Diversos factores pueden permitir su patogenicidad y originar diferentes formas clínicas de candidiasis, entre el 20 y el 94% de los pacientes infectados por el VIH, padece candidiasis oral predispuesta por otros factores como la mala higiene oral, el tabaquismo o la xerostomía.^{4,10,11}

La candidiasis pseudomembranosa se caracteriza por presentarse como placas o puntos blanco-amarillentos, que pueden ser removidos con una gasa, pero queda una superficie sangrante y dolorosa. Se localiza fundamentalmente en paladar blando y está asociada a una supresión inicial y progresiva del sistema inmune. Es la más frecuente en pacientes de SIDA. Otro tipo de Candidiasis es la Hiperplásica también llamada Candidiasis Leucoplásica, caracterizada por placas blancas firmes y adheridas, no se pueden remover, son más resistente al tratamiento y se asocian a supresión severa del sistema inmune. Otra forma de presentación es la eritematosa, frecuentemente localizada en el paladar, carrillo y dorso de la lengua, asociada principalmente al uso inadecuado y mala higiene de las prótesis bucales.¹²

El presente trabajo tiene como objetivo presentar el caso clínico de un paciente con manifestaciones clínicas exacerbadas de Herpes Simple Recidivante intraoral y Candidiasis Eritematosa así como la conducta terapéutica adoptada para este paciente.

Caso clínico

Se trata de un paciente de sexo masculino de 63 años de edad, soltero, de profesión jubilado. Concorre a la consulta odontológica refiriendo que hace aproximadamente dos años comenzó a percibir lesiones ubicadas en la cavidad bucal que le provocaban dolor, halitosis y sialorrea, las que curaban espontáneamente, en un principio entre los primeros 10 a 12 días y recidivaban a los 30 días aproximadamente. En el último año, los brotes fueron más frecuentes y persistían por un tiempo más prolongado. El paciente manifestó que este cuadro coincidía con periodos de ansiedad y con un estado emocional de mayor sensibilidad.



Estas lesiones se ubicaban en diferentes sectores de la cavidad bucal, como mucosa labial, mucosa yugal, lengua, encía y paladar. Las mismas se extendían hasta la orofaringe y le dificultaban la deglución.

En cuanto a los antecedentes de la enfermedad el paciente relató que padeció herpes zoster a los 16 años de edad, presentando lesiones dermatológicas unilaterales, a nivel de la cintura pelviana del lado derecho. Micosis en los pies que no curaban, de aparición frecuente en edad adulta hasta la fecha. A nivel genital, desarrolló hace tres años una lesión erosiva en el glande. Aproximadamente hace dos años padeció de gastritis y úlcera gástrica que fueron tratados con Lanzoprazol. Consume un atado de cigarrillos diarios hace más de veinte años. Fue intervenido quirúrgicamente para tratar una fistula perianal y para la amputación de un dedo del pie. Al momento de la consulta se encontraba medicado con Pregabalina 75mg para el dolor de la cavidad bucal. Se realizaba enjuagues bucales con té de manzanilla y topicaciones con violeta de genciana indicado por otro profesional.

En el examen extrabucal con los labios en oclusión se observó una fisura transversal a nivel de la comisura derecha; el paciente no relataba dolor. La semimucosa labial tanto superior como inferior se presentaban secas, lisas y con pérdida de brillo. A la palpación no se evidenciaron adenopatías ganglionares (Fig. 1).

En el examen intrabucal, se observaron múltiples erosiones policíclicas en toda la mucosa bucal, cubiertas por una pseudomembrana, originadas de la ruptura de las vesículas debido al trauma masticatorio. Las mismas presentaban un color ligeramente amarillento, de distintos tamaños, con forma y bordes irregulares. El paciente refería dolor intenso y dificultad para abrir la boca.

Para complementar el diagnóstico clínico, se tomó muestra directa para cultivo de *Cándida albicans* mediante una citología exfoliativa y se procedió a realizar la técnica de Reacción de Polimerasa en Cadena (PCR) para detección de VHS tipo 1. De acuerdo a los resultados de estos exámenes de laboratorio, las lesiones fueron diagnosticadas como *Cándida albicans* (+) y VHS tipo 1 positivo (+).

Se implementó una terapia con analgésicos vía oral y topicaciones con violeta de genciana para paliar la sintomatología y disminuir posibles niveles de micosis en la cavidad oral.



En los próximos 5 días, se observó nivel de la mucosa labial superior se observaron múltiples erosiones, de fondo fibrinoso, bordes irregulares, halo eritematoso, extendidas hasta fondo de surco abarcando del lado derecho hasta el izquierdo. El paciente manifestaba dolor intenso en dicha zona. (Fig. 2)

Se prosiguió con el examen de las mucosas yugales donde se observaron erosiones en el tercio medio superior próximo a las piezas dentarias del lado izquierdo. En el lado derecho las erosiones estaban diseminadas por toda la mucosa yugal acentuándose en la región retrocomisural.

En la mucosa palatina se observaron lesiones erosivas a nivel del paladar blando muy dolorosas que dificultaban el habla y la alimentación.

La lengua manifestaba un aspecto saburral, de color blanco amarillento, con presencia de erosiones a nivel del dorso lingual que no se agrupaban en ramillete como es común en otras partes de la mucosa bucal. Estas se extendían desde la punta de la lengua hasta la V lingual, muy dolorosas, involucrando algunas de ellas y apareciendo otras en diferentes lugares. Se observaron lesiones similares sobre los bordes de la lengua abarcando inclusive la cara ventral de la misma y piso de boca (Fig. 3).

Las encías superior e inferior se presentaban tumefactas, edematosas, muy sangrantes y dolorosas. A nivel del reborde alveolar superior asentaban múltiples erosiones dolorosas que dificultaban la adaptación de la prótesis parcial removible. Las piezas dentarias superiores e inferiores presentaban un grado I de movilidad, con un alto índice de placa bacteriana, acompañado de halitosis, xerostomía y sintomatología dolorosa.

El paciente fue derivado a su médico clínico, quién solicitó estudios de laboratorio para descartar diabetes, HIV u otra alteración de orden sistémico que se acompañe de patologías herpética y micótica. Los resultados demostraron no padecer las patologías anteriormente citadas.

Como terapéutica estomatológica se indicó Aciclovir en comprimidos 800 mg cada 6 horas y complejo multivitamínico. Las lesiones persistieron aproximadamente diez días en los cuales las manifestaciones en boca se exacerbaban constantemente. Las erosiones provenientes de las vesículas curaron sin dejar cicatriz.



Para tratar la candidiasis eritematosa asociada se suministró nistatina entre 1 y 6 ml (100.000 a 600.000 unidades) cuatro veces al día. Se le recomendó que la suspensión debía retenerse en la boca tanto como sea posible antes de deglutirla, durante 14 días. Como presentaba sintomatología dolorosa se prescribió ibuprofeno 600 mg cada 8 hs.

Se lo derivó al nutricionista para que le aconseje una dieta nutritiva en lo posible dieta blanda, fría, para los periodos de agudización con la finalidad de que el estado general del paciente se mantenga en buenas condiciones. Asimismo se aconsejó al paciente el inicio de terapia psicológica para el manejo y control emocional, lo que aliviará en gran medida la exacerbación de las lesiones policíclicas.

A los 20 días, el paciente se presentaba en mejores condiciones, podía hablar y alimentarse. Las lesiones, aunque no curaron en su totalidad, involucionaron y no remitieron. El paciente comenzó a higienizarse normalmente y fue atendido en el Servicio de Periodoncia y en el Hospital Universitario Odontológico donde se le efectuó tratamiento periodontal de raspaje y alisado radicular y confección de nuevas prótesis bucales. (Fig 4,5,6,7)

Discusión

El presente trabajo coincide con lo publicado por Cardozo Montilla y Sepúlveda, que manifiestan que el sexo masculino es el más predominante en los casos de Herpes Simple recidivante, con frecuencia asociado a pacientes con serología positiva de HIV.^{1,2} Sin embargo, este primer autor encontró que la edad de mayor frecuencia era entre los 25 y 45 años de edad, mientras que nuestro paciente supera los 60 años.

Asimismo, Cardozo Montilla y cols, analizaron la relación de diversas lesiones bucales con el estado serológico del VIH, encontrándose que no existía una diferencia significativa en la prevalencia de herpes bucal en el grupo de individuos seropositivos con respecto al grupo de individuos seronegativos, a diferencia de la leucoplasia vellosa y la candidiasis bucal en sus dos formas, pseudomembranosa y eritematosa, que se mostraron fuertemente ligadas al VIH, mientras que en el caso presentado, en un paciente VIH negativo, se observó la presencia de candidiasis eritematosa.¹



Las lesiones con pérdida de sustancia producto de la ruptura de las vesículas que presentaba el paciente se identificaron de tipo múltiple, dolorosas, con presencia de halo inflamatorio, de bordes irregulares, con fondo fibrinoso, características patognomónicas de lesiones de índole viral, coincidiendo con Sepúlveda y cols.²

Las manifestaciones clínicas coinciden con las características de los pacientes HIV(+) que describe Becerra y cols, sin embargo, el resultado de HIV fue negativo en este caso. Las lesiones manifiestan un curso clínico muy agresivo, prolongado e impredecible, que pueden aparecer en localizaciones poco habituales y tardar más en curar.⁴

Se realizaron los mismos exámenes complementarios que Sepúlveda, E y cols. describen en su trabajo, para arribar a los diagnósticos de certeza de *Cándida albicans* y VHS tipo 1 y la terapéutica implementada para la candidiasis fue altas dosis de nistatina vía oral.^{2,4}

Referencias

- 1-Cardozo Montilla MA, Tovar V, Guerra ME. Prevalencia de herpes bucal en pacientes VIH positivos atendidos en el centro de atención a personas con enfermedades infectocontagiosas durante el período 1999 – 2004. *Acta Odontológica Venezolana*. 2009;1.
- 2- Sepúlveda, E., Brethauer, U., Rojas, J., Fernández, E., Le Fort, P. Úlceras orales en niños sometidos a quimioterapia: características clínicas y su relación con presencia de Virus Herpes Simple tipo 1 y *Candida Albicans*. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005; 10: E1-E8.
- 3- Balasubramaniam, R, Kuperstein, AS y Stoopler, ET. (2014). Update on oral herpes virus infections. *Dental clinics of North America*. 2014; 58(2): 265-280.
- 4- Becerra, N. E. M., Figueroa, M. M. B., Schanowski, F. A. B., & Azuero, J. C. P. Frecuencia de lesiones en cavidad oral de pacientes con VIH/sida en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, Colombia (2005-2010). *Universitas Odontologica*, 2012; 31(66).
- 5- Marchena Rodríguez, L, Fernández Ortega, CM y García García, B. Manifestaciones orales en los pacientes con VIH SIDA. *REDOE*. 2015; 3, 1-5.
- 6- Petruzzi, MNMR, Cherubini, K, Salum, FG y Figueiredo, MAZD. Risk factors of HIV-related oral lesions in adults. *Revista de Saúde Pública*. 2013; 47(1), 52-59.



- 7- Chen CK, Wu SH, Huang YC. Herpetic gingivostomatitis with severe hepatitis in a previously healthy child. *J Microb Inf.* 2012; 45: 324-325.
- 8- Pozas Guajardo AG, Salinas Garza DP, Vázquez de la Peña AP, Treviño Alanís MG, Rivera Silva G, Martínez Menchaca HR. Gingivoestomatitis herpética severa en el paciente con necesidad de cuidados especiales de salud: reporte de un caso *Rev. Mex. Periodontol.* 2013; 3(3):109-113.
- 9- LeGoff, J, Péré, H y Bélec, L. Diagnosis of genital herpes simplex virus infection in the clinical laboratory. *Virology journal.* 2014; 11(1): 83.
10. Chen CK, Wu SH, Huang YC. Herpetic gingivostomatitis with severe hepatitis in a previously healthy child. *J MicrobInf.* 2012; 45: 324-325.
11. 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.
12. Donoso-Hofer Francisca. Lesiones orales asociadas con la enfermedad del virus de inmunodeficiencia humana en pacientes adultos, una perspectiva clínica. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2016 Oct [citado 2017 Jun 19]; 33(Suppl 1): 27-35. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-



Fig. 1 Examen extraoral con los labios en oclusión



Fig. 2 Lesiones en mucosa labial superior.



Fig. 3 Aspecto clínico de lesiones en la cara ventral de la lengua



Fig. 4 Piezas dentarias inferiores con gingivitis marginal crónica leve. Escasas erosiones en el reborde alveolar en vías de c



Fig. 5 y 6. Reborde alveolar posterior y mucosa yugal derecha e izquierda sin lesiones



Fig. 7. Cara ventral de la lengua y piso de boca con escasas lesiones erosivas