



Gingivoestomatitis herpética aguda.

(Estomatitis ulcerativa, Estomatitis aftosa).

VERDASCO SEPULCRI, M. *Gingivoestomatitis herpética aguda. (Estomatitis ulcerativa, Estomatitis aftosa).* Cient Dent 2007;4;1:29-31.



Verdasco Sepulcri, Marco.

Médico Odontólogo.
Master en Operatoria Dental y Endodoncia (UCM).
Especialista Universitario en Implantología (UCM).
Colaborador Honorífico Docente del Departamento de Odontología Conservadora de la UCM (1994-1996).
Vocal del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región.

Indexada en / Indexed in:

- IME.
- IBECs.
- LATINDEX.

Correspondencia:
Dr. Marco Verdasco Sepulcri
C/ Profesor Waksman, 12 - 5º B
28036 Madrid

La primoinfección herpética (Virus del Herpes Simple Tipo I o labial) se produce en la infancia con un máximo de incidencia entre uno y cinco años de edad. 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.

El contagio del niño con el Virus del Herpes Simple puede ser directo, por contacto personal (saliva, orina, heces...), o indirecto, a través de utensilios contaminados. Las fuentes del virus son los pacientes que padecen herpes simple labial o niños que padecen o han padecido primoinfección herpética hasta 6 semanas antes del contacto con ellos, pues el virus permanece en su cavidad bucal todo este tiempo.

Tras un periodo de incubación de una semana, el cuadro debuta con la aparición brusca de fiebre muy alta (40 a 40,6° C) e irritabilidad. La fiebre alta se mantiene unos 4 ó 5 días y precede a las lesiones orales en 1 ó 2 días. Las lesiones orales debutan como una gingivitis aguda (figuras 1 y 2), a la cual se añaden posteriormente pequeñas vesículas que raramente podemos llegar a apreciar por su rotura precoz y que se localizan en toda la mucosa oral (yugal, labios, lengua, paladar, encía y faringe) (Figuras 3 y 4).

Fecha de recepción: 11 de enero de 2007.
Fecha de aceptación para su publicación: 29 de enero de 2007.



Figura 1. Tras uno o dos días de fiebre muy alta e inexplicable, aparece como 1ª manifestación oral de la primoinfección herpética sintomática una marcada gingivitis aguda.



Figura 2. La gingivitis aguda se extiende rápidamente por toda la encía. Observamos cómo la marcada inflamación gingival comienza a cubrir gran parte de las coronas dentarias.



Figura 3. Tras la gingivitis aguda, hacen su aparición las lesiones en forma de vesículas por toda la mucosa oral. En la imagen observamos vesículas localizadas en la lengua.



Figura 4. En la imagen se aprecian vesículas en la lengua y a nivel del velo del paladar.

La inflamación gingival continúa empeorando y observamos un importante agrandamiento de la encía, que comienza a cubrir parte de los dientes y molares ya erupcionados, así como la presencia de exudados necróticos en el margen gingival (figura 5). La encía sangra al mínimo roce y también de forma espontánea.

En las figuras 6 y 7 podemos observar la inflamación que se produce también de los labios.

Las vesículas rápidamente se rompen y dejan lesiones ulcerosas de 2 a 10 mm de diámetro cubiertas por una membrana gris amarillenta.

Observamos las importantes lesiones ulcerosas cubiertas por membranas grises – amarillentas afectando a encía y paladar (Figuras 8 y 9).

En la fase de ulceración, el paciente presenta intenso dolor

de boca con odinofagia, disfagia, rechazo del alimento en niños, halitosis, sialorrea, así como adenopatías palpables sub-maxilares y laterocervicales.

Cuando las membranas grises – amarillentas se desprenden, dejan una verdadera úlcera. La fase aguda es autolimitada y dura de 10 a 20 días. El dolor desaparece de 2 a 4 días antes de la curación de las úlceras, las cuales curan sin dejar cicatriz.

En algunos casos, puede haber afectación precoz de las amígdalas, pudiendo confundirse el diagnóstico con una herpangina o con amigdalitis bacterianas agudas.

La extensión de las vesículas por toda la mucosa oral excluye a la herpangina. La ausencia de respuesta a los antibióticos la diferencian de la amigdalitis bacteriana aguda.

El tratamiento en fase precoz para reducir las manifes-



Figura 5. La imagen muestra una encía con intensa inflamación y aspecto necrótico del margen gingival.



Figura 6. Al cuadro clínico se añaden una inflamación labial y la aparición de lesiones cutáneas periorales.



Figura 7. Vemos lesiones cutáneas alrededor de los labios e hinchazón de los mismos.



Figura 8. Finalmente, aparecen lesiones ulcerosas cubiertas por membranas grises-amarillentas.



Figura 9. Las lesiones úlcero-necrotizantes se extienden por toda la encía y por la fibromucosa palatina.

taciones de la gingivostomatitis herpética aguda será a base de Aciclovir por vía oral, el cual actúa como un inhibidor selectivo de la DNA-polimerasa inducida por el virus. La dosis administrada será de 500 a 1.000 mgr/día repartidos en 5 tomas (100 mgr/5 horas a 200 mgr/5 horas) durante 10 días. En niños, se administrarán dosis

un 50% inferiores a las anteriores, por lo tanto, de 250 a 500 mgr/día en 5 tomas durante 10 días.

En fase tardía, centraremos el tratamiento en reducir las molestias con analgésicos y antiinflamatorios vía oral, así como en prevenir la sobreinfección bacteriana de las úlceras bucales con antibióticos.