

Gingivostomatitis complicada

Sr. Editor:

La primoinfección por el virus herpes simple en niños suele ser asintomática, siendo la gingivostomatitis herpética la manifestación clínica más habitual y la causa más frecuente de estomatitis en niños de 1-3 años. Se caracteriza por fiebre, aftas orales y dificultad en la ingesta. Su complicación más frecuente es la deshidratación, describiéndose otras complicaciones menos frecuentes como bacteriemias, sobreinfección bacteriana de las lesiones orales y laringitis ulcerativa.

Presentamos el caso de una niña de 15 meses, previamente sana, que consulta en otro centro por cuadro de gingivostomatitis de 3 días de evolución con empeoramiento progresivo de las lesiones orales, que se acompaña en las últimas 24 h de decaimiento alternando con irritabilidad, disfonía y estridor sin otros signos de dificultad respiratoria. Refiere la madre empeoramiento de las lesiones de dermatitis del pañal que padecía desde hacía 3 semanas. En la analítica existía una fórmula linfomonocitaria sin leucocitosis y elevación de proteína C reactiva (460 mg/l), y fibrinógeno (977 mg/dl). El líquido cefalorraquídeo fue hemático con 200 cél./ μ l de predominio monocitario, no observándose en la tinción de Gram microorganismos. Se inicia tratamiento intravenoso con aciclovir y se administra una dosis de adrenalina inhalada, remitiéndose a nuestro hospital.

En la exploración se observan lesiones periorales vesiculosas y costrosas, gingivitis, glositis y aftas en la mucosa oral con una secreción blanquecina purulenta fétida que cubre toda la cavidad oral. Presenta dificultad respiratoria progresiva con estridor inspiratorio y desaturación que precisa intubación a las 4 h del ingreso. Al realizar un cambio del tubo endotraqueal se pueden apreciar aftas en todo el borde de la epiglotis y repliegues aritenoides sin edema epiglótico. Se mantiene tratamiento con aciclovir ante la sospecha de encefalitis herpética (no se confirmó posteriormente en la RM ni en la punción lumbar de control) y se inicia tratamiento con cefotaxima, clindamicina y flucanazol por sospecha de candidiasis mucocutánea extensa. A las 24 h del ingreso presenta cuadro de shock séptico que precisó perfusión de dopamina a 10 μ g/kg/min durante 4 días. Se cambia cefotaxima a cefepima por aparición de neumonía en lóbulo inferior izquierdo y leucopenia con neutropenia graves. Mejoría progresiva de las aftas orales y de las lesiones cutáneas pudiéndose realizar extubación programada a los 7 días persistiendo mínimo estridor inspiratorio. La bacteriología y la PCR para herpes virus simple en líquido cefalorraquídeo fueron negativas salvo el aislamiento de *Candida albicans* en las secreciones orales. Una semana después de la extubación se realizó una laringoscopia en la que persistía eritema en repliegues aritenoides. La paciente fue dada de alta con leve disfonía residual.

La gingivostomatitis herpética es la manifestación clínica más frecuente de la primoinfección por el virus herpes simple. En la mayoría de los casos se trata del VHS-1, y afecta fundamentalmente a los niños. La enfermedad se caracteriza por la aparición de pequeñas vesículas arracimadas, y con frecuencia asocia fiebre, linfadenopatías y halitosis, así como rechazo de la ingesta. Entre las complicaciones descritas destaca como la más frecuente la deshidratación¹, aunque también se han descrito casos de queratoconjuntivitis y paroniquia por autoinoculación². Hasta la fecha no se ha conseguido documentar ningún caso de encefalitis herpética directamente atribuible a una complicación de una gingivostomatitis herpética³. Se han descrito casos de esofagitis y neumonitis herpética, raros en niños inmunocompetentes; así como casos de laringitis ulcerativa.

La laringitis ulcerativa es una complicación poco frecuente de la gingivostomatitis herpética que puede conducir a obs-

trucción severa de la vía aérea superior⁴. Es una afección escasamente documentada, siendo necesaria la laringoscopia para su diagnóstico⁵. La etiología se establece mediante cultivo viral de secreciones laríngeas, o por detección viral mediante inmunofluorescencia directa. El tratamiento consiste en asegurar la vía aérea, y la administración de aciclovir intravenoso.

Se han descrito así mismo casos de sobreinfección bacteriana⁶⁻⁸, bacteriemias por *Kingella kingae*⁹ y *Streptococcus* del grupo A¹⁰, así como gingivitis ulcerativa necrosante¹¹, habitualmente en niños malnutridos y con deficiente higiene oral.

En nuestro caso se asoció una sobreinfección bacteriana con shock séptico a la afectación laríngea, lo que enmascaró el cuadro, aunque tanto la visualización directa como la laringoscopia de control confirmó la existencia de las lesiones a ese nivel, que pudieron contribuir a la insuficiencia respiratoria inicial.

Concluimos que, a pesar de ser una entidad infrecuente, en todo niño con *croup*, en el contexto de una gingivostomatitis herpética, o la aparición de lesiones orales en un paciente con *croup*, debería hacer sospechar la existencia de una laringitis ulcerativa e indicar la laringoscopia. En este contexto deben ser tomadas en cuenta las posibles implicaciones de un tratamiento oral con corticoides (aunque su uso no parece aumentar la incidencia de esta entidad)⁴, así como vigilar estrechamente la posible aparición de obstrucción severa de la vía aérea.

**A. Carcavilla Urquí, A. Coca Pérez,
A. Carrillo Herranz y M. I. Martos Sánchez**

Servicio de Pediatría. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

Correspondencia: Dr. A. Carcavilla Urquí.
Pediatría Hospital Ramón y Cajal.

Ctra. de Colmenar, km 9,100. 28034 Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amir J, Harel L, Smetana Z, Varsano I. The natural history of primary herpes simplex type 1 gingivostomatitis in children. *Pediatr Dermatol.* 1999;16:259-63.
2. Kolokotronis A, Doumas S. Herpes simplex virus infection, with particular reference to the progression and complications of primary herpetic gingivostomatitis. *Clin Microbiol Infect.* 2006;12:202-11.
3. Tadahiko I, Arata W, Jinzo A. Acute disseminated encephalomyelitis developed after acute herpetic gingivostomatitis. *Tohoku J Exp Med.* 2000;192:151-5.
4. Hatherill M, Reynolds L, Waggie Z, Argent A. Severe upper airway obstruction caused by ulcerative laryngitis. *Arch Dis Child.* 2001;85:326-9.
5. Inglis I. Herpes simplex virus infection. A rare cause of prolonged croup: Two case reports and a review of the literature. *Acta Pediatr.* 1996;85:118-20.
6. Robinson BC, Jarrett WJ. Lateral pharyngeal abscess secondary to herpetic gingivostomatitis. Report of a case *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1972;34:7-12.
7. Chen CJ, Huang YC, Lin TY. Ludwig's angina following herpetic gingivostomatitis in a toddler with tetralogy of Fallot. *J Formos Med Assoc.* 2004;103:311-3.
8. Sabeti M, Slots J. Herpesviral-bacterial coinfection in periapical pathosis. *J Endod.* 2004;30:69-72.
9. Yagupsky P. *Kingella kingae*: from medical rarity to an emerging paediatric pathogen. *Lancet Infect Dis.* 2004;4:358-67.

10. Amir J, Nussinovitch M, Straussberg R, Harel L. Bacteremia with group A *Streptococcus* associated with herpetic gingivostomatitis. *Pediatr Infect Dis J*. 2001;20:916-7.
11. Jiménez LM, Duque FL, Baer PN, Jiménez SB. Necrotizing ulcerative periodontal diseases in children and young adults in Medellín, Colombia, 1965-2000. *J Int Acad Periodontol*. 2005;7:55-63.