

ÚLCERAS ORALES RECURRENTE: RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO



Aranda, Nellys*, Arcia, Diego*

*Residentes de Medicina Interna CHDrAAM

*Correo: dikia426@gmail.com, diegoarcia_693@hotmail.com

Agradecimientos a: Villarreal, Angie^, Rodríguez, Sofía^, Barría, José^

^Residente de Cirugía Maxilofacial CHDrAAM, ^Residente de Patología CHDrAAM, "Especialista en Patología CHDrAAM



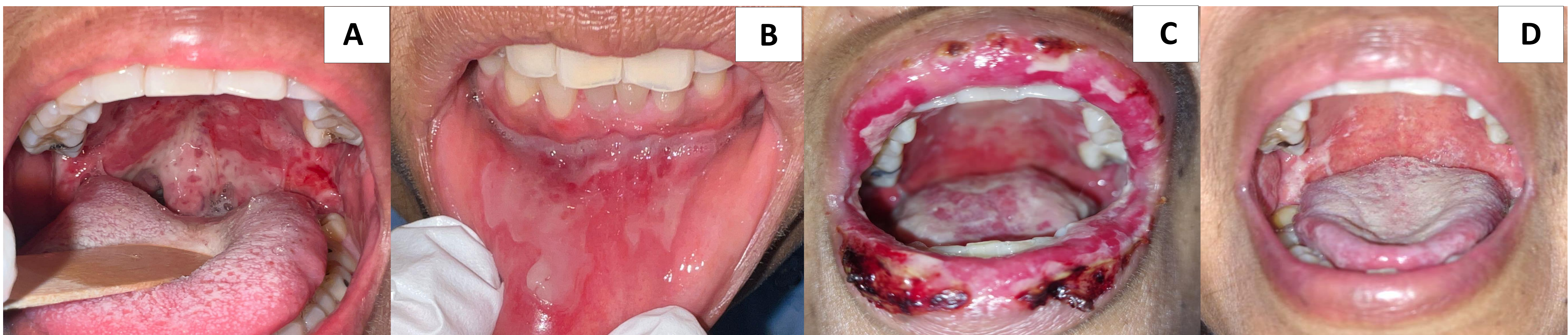
INTRODUCCIÓN

Las lesiones ulcerativas orales aisladas conllevan un amplio diagnóstico diferencial, siendo en su mayoría de etiología benigna e infecciosa. Existen factores confusores que pueden llegar a retrasar el tratamiento adecuado. Presentamos un caso de virus herpes simplex tipo 1 (VHS 1) el cual por su persistente recurrencia, se replantea el abordaje con etiologías autoinmunes.

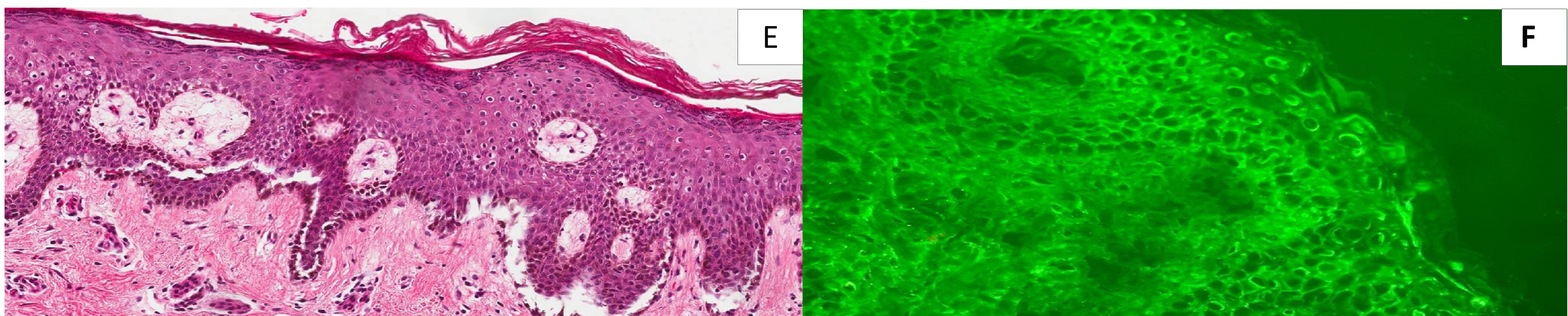
CASO CLÍNICO

Femenina de 52 años con 1 mes de evolución de aparición de úlceras dolorosas sangrantes en mucosa oral, con pus y signo de Nikolsky positivo (**Figura A y B**), asociado a fiebre cuantificada sin predominio horario, odinofagia y disfagia a líquidos y sólidos. En los laboratorios presenta aumento de VES, proteína C reactiva y negatividad de pruebas virales, sin leucocitosis. Se manejó intrahospitalariamente con analgesia, antibioticoterapia y soporte nutricional. También se realiza biopsia de lesión en mucosa oral y se da egreso con mejoría clínica.

Dos semanas después persisten lesiones orales y odinofagia. **Presenta resultado de biopsia positivo por infección por VHS 1**, por lo que se le da manejo con Aciclovir intravenoso y corticoides sistémicos. Al completar la terapia antiviral, se da egreso con mejoría de las lesiones orales.



Acude 1 mes después por recurrencia y empeoramiento de úlceras orales (**Figura C**), odinofagia y disfagia a sólidos además de lesiones vesiculopapulares en tórax y abdomen. Se realiza biopsia de piel con inmunofluorescencia, donde se evidencian **depósitos intradérmicos compatibles con pénfigo vulgar (Figuras E y F)**.



Se inicia Metilprednisolona 40 mg y Azatioprina 100 mg diarios, con mejoría de lesiones en piel, mucosa oral y recuperación de tolerancia oral a líquidos y sólidos. Más de 3 meses luego de iniciado el tratamiento, la paciente cursa con evidente mejoría clínica persistente, sin aparición de nuevas lesiones y con mejor tolerancia oral (**Figura D**).

DISCUSIÓN

Las úlceras orales recurrentes son causadas en 20-40% de los casos por VHS, sobre todo VHS 1. El pénfigo vulgar es una causa menos frecuente, afectando a edades entre 45-65 años y con mayor predilección al sexo femenino¹. La sobreinfección con VHS está principalmente descrita como **complicación del tratamiento inmunosupresor del pénfigo**², pero en este caso **retrasó el diagnóstico inicial** de la patología autoinmune. Los síntomas cutáneos del pénfigo suelen presentarse 2-6 meses después de los orales, y esto permitió el diagnóstico histopatológico posterior. **La biopsia de lesiones con inmunofluorescencia** tiene sensibilidad y especificidad mayores al 90% en el diagnóstico de etiologías autoinmunes de úlceras orales recurrentes³.

BIBLIOGRAFIA

1. Bilodeau EA, Lalla RV. Recurrent oral ulceration: Etiology, classification, management, and diagnostic algorithm. *Periodontology* 2000. 2019;80(1): 49-60
2. Konda D, et al. Clinical markers of herpes simplex virus infection in patients with pemphigus vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 2023 Mar; 88(3): 587-592.
3. Schmidt E, Kasperkiewicz M, et al. Pemphigus. *The Lancet*. 2019;394(10201):882-94.