

LA IMAGEN DEL MES

Dolor oral y estomatitis secundaria a infección por el virus del herpes simple tipo 1

Painful mouth and stomatitis due to a herpes simplex virus type 1 infection

Jaume Canal Sotelo^{a,*}, Eva Barallat Gimeno^a, Antonio Martín Marco^b
y Antonieta Salud Salvia^b

^a Equip de Cures Pal·liatives, Hospital Universitari Arnau de Vilanova – Gestió de Serveis Sanitaris, Lleida, España

^b Servei d'Oncologia Mèdica, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

Recibido el 14 de marzo de 2012; aceptado el 25 de mayo de 2012

Presentación

Se trata de un paciente varón de 72 años de edad con diagnóstico reciente de carcinoma escamoso de pulmón en estadio IV (metástasis pulmonares, pleurales, hepáticas, óseas y esplénicas). Es remitido a nuestro equipo después de presentar un cuadro de tromboembolismo pulmonar y diversos episodios de fibrilación paroxística en relación con la afectación local del tumor. Presenta, además, una importante comorbilidad de base (diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca congestiva, accidente cerebrovascular con hemiparesia derecha y amaurosis en el ojo derecho residuales, EPOC, ex fumador y CAGE +). En la exploración refiere dolor oral con una EVA (EVA) 7/10 y una escala de EDMONTON en estadio III y Edmonton Classification System for Cancer Pain (ECS-CP): NcliPpAaCo que impide una correcta deglución, xerostomía severa (EVA 8/10) y disgeusia (EVA 5/10). Síntomas de la esfera psicoafectiva con tristeza y ansiedad, ambas con EVA > 6/10. Disnea (EVA 10/10) y tos (EVA 8/10). No se observan adenopatías adyacentes. En la exploración bucal se obtiene la imagen adjunta (fig. 1) que se

obtuvo después del consentimiento informado por parte del paciente.

Evolución clínica

En el momento de nuestra primera visita el paciente se muestra colaborador. Barthel: 45/100, Pfeiffer: 0 errores, ECOG: 3. Recibe, como tratamiento farmacológico más destacado, heparina endovenosa, tratamiento deplectivo con



Fig. 1 Aspecto de la cavidad oral con lesiones típicas en el paladar.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jcanal@gss.scs.es (J. Canal Sotelo).

furosemina i.v., fluconazol 100 mg i.v./24 h, tratamiento corticoide con dexametasona a dosis de 4 mg i.v. cada 8 h y tratamiento tópico con lidocaína viscosa al 2% y sucralfato 1 g 3 veces al día. Además, el paciente recibe tratamiento broncodilatador mediante nebulizaciones con salbutamol y bromuro de ipratropio cada 6 h.

En la inspección de la cavidad oral destaca una mala higiene bucal con falta de distintas piezas dentales y caries. Se observan a nivel del paladar duro lesiones vesiculosas de pequeño tamaño con base eritematosa. Asimismo, se aprecian úlceras dolorosas de contornos geográficos bien definidos y un fondo blanco-grisáceo coalescentes que se localizan a nivel del paladar duro, de la lengua y de los labios. En esta última localización presenta costras meli-céricas sugestivas de impétigo sobreañadido.

No se observan adenopatías y el paciente está afebril.

Ante la sospecha de una estomatitis herpetiforme se procede a la determinación de la PCR del virus del herpes tipo 1, siendo el resultado positivo.

Se inició entonces tratamiento oral mediante aciclovir 400 mg v.o./5 dosis al día respetando el descanso nocturno. Se añadió morfina administrada por vía s.c. a dosis de 2,5 mg cada 6 h, se redujeron las dosis de diuréticos y corticoides y se suprimieron tanto los antifúngicos por vía parenteral, así como el sucralfato y la lidocaína viscosa. Se implementaron medidas orales para mejorar la hidratación y la higiene. El resultado final fue de mejoría del dolor (EVA 2/3), de la xerostomía (EVA 3/10) y de la disgeusia (EVA 3/10).

Comentarios

Los problemas orales pueden afectar hasta al 60% de los enfermos oncológicos avanzados y pueden producir un impacto negativo sobre la calidad de vida¹. La mayoría de los problemas orales observados en pacientes paliativos son

debidos a la reducción de la producción de saliva y a una higiene oral deficiente². Candidiasis y xerostomía son los principales problemas, aunque el dolor, estomatitis, mucositis, úlceras, halitosis, disgeusia y sialorrea también pueden estar presentes de manera conjunta, complicando tanto el diagnóstico como el tratamiento posterior. Los factores de riesgo que se presentan de manera más frecuente en nuestros pacientes oncológicos son la reducción de la ingesta de líquidos, debilidad general que impide un correcto autocuidado, deshidratación, tumor local, sangrado, tratamientos oncoespecíficos (radio y quimioterapia principalmente), respiración por la boca, oxigenoterapia, infecciones y el uso de distintos fármacos (morfina, fármacos anticolinérgicos, corticoides, diuréticos, neurolepticos, etc.)³.

Asimismo, en la génesis de esta infección, cabe considerar el estado de inmunosupresión latente del paciente con una neoplasia diseminada y un tratamiento corticoide de base^{4,5}.

Bibliografía

1. Sweeney MP, Bagg J, Baxter WP, Aitchison TC. Oral disease in terminally ill cancer patients with xerostomia. *Oral Oncol.* 1998;34:123-6.
2. Sweeney MP, Bagg J. The mouth and palliative care. *Am J Hosp Palliat Care.* 2000;17:118-24.
3. Heimdahl A. Prevention and management of oral infections in cancer patients. *Support Care Cancer.* 1999;7:224-8.
4. Alt-Epping B, Nejad RK, Jung K, Gross U, Nauck F. Symptoms of the oral cavity and their association with local microbiological and clinical findings-a prospective survey in palliative care. *Support Care Cancer.* 2012;20:531-7.
5. Djuric M, Jankovic L, Jovanovic T, Pavlica D, Brkic S, Knezevic A, et al. Prevalence of oral herpes simplex virus reactivation in cancer patients: a comparison of different techniques of viral detection. *J Oral Pathol Med.* 2009;38:167-73.