

# TRATAMENTO DE HERPES LABIAL RECORRENTE ASSOCIADA À INFECÇÃO

•relato de caso•

*Rafael Fernandes de Almeida Neri<sup>a</sup>*

*Diego Tosta Silva<sup>b</sup>*

*Vinícius Rio Verde Melo Muniz<sup>c</sup>*

*Renata Moura Xavier Dantas<sup>c</sup>*

*Bráulio Carneiro Júnior<sup>d</sup>*

## Resumo

Objetivo: Relatar um caso clínico de um paciente cursando com herpes labial recorrente, associado à infecção bacteriana secundária, discutindo suas manifestações clínicas, evolução e terapêutica. Descrição do caso: Paciente, gênero masculino, 24 anos, apresentando edema em lábio inferior associado a bolhas e drenagem de secreção purulenta local, além de queixa algica. O diagnóstico clínico foi de herpes simples, e o tratamento instituído foi internamento hospitalar, associado à terapia medicamentosa e cuidados locais. No quinto dia de internamento, o paciente já apresentava melhora do seu quadro clínico, com boa cicatrização, recebendo alta hospitalar. Conclusão: Grande parte da população mundial é portadora do vírus herpes simples. O cirurgião-dentista deve diagnosticar precocemente e tratar adequadamente esta patologia, para proporcionar menor desconforto e tempo de tratamento para o seu paciente.

*Palavras-chave:* Herpes Labial. Terapêutica. Antivirais.

~~~~~  
Autor correspondente: neri.rfa@gmail.com

- a. Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Santo Antônio - OSID / UFBA.
- b. Cirurgião-dentista pela Universidade Federal da Bahia.
- c. Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Santo Antônio - OSID / UFBA.  
Preceptor do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Santo Antônio - OSID / UFBA.

# TREATMENT OF RECURRENT ORAL HERPES ASSOCIATED TO INFECTION

• a case report •

## Abstract

**Purpose:** Report a clinical case of recurrent oral herpes associated to secondary bacterial infection and discuss its clinical manifestation, evolution and treatment. **Case description:** Male patient, 24 years old, complaining about edema in the lower lip associated to vesicles, pus drainage sites and pain. The clinical diagnosis was herpes simplex the treatment chosen was the association of drug therapy and local care at hospital. On the fifth hospitalization's day the patient had improved the clinical condition, presenting good healing and was discharged. **Conclusion:** Much of the world's population have herpes simplex virus. The dentist must quickly diagnose and properly treat this pathology, to provide less discomfort and lower treatment time the patient.

**Keywords:** Oral Herpes. Therapeutics. Antiviral Agents.

## INTRODUÇÃO

O Vírus do Herpes Simples (HSV) - é um patógeno humano comum,<sup>(1)</sup> classificado em HSV-1 e HSV-2, ambos com estruturas semelhantes, mas antigenicamente diferentes.<sup>(2,3)</sup> O HSV-1 caracteriza-se por quadros extragenitais, disseminando-se através da saliva infectada ou lesões periorais ativas, enquanto que o HSV-2 envolve quadros perigenitais.<sup>(2,4)</sup> Contudo, devido ao comportamento sexual, o vírus tipo 1 pode ser encontrado nas infecções genitais e o tipo 2 em infecções orais e/ou periorais.<sup>(2,5)</sup>

O herpes simples representa a doença viral mais comum no homem moderno, excluindo-se as infecções respiratórias.<sup>(6)</sup> O herpes simples é classificado como doença sexualmente transmissível,<sup>(1,4,5)</sup> prevalente no gênero feminino<sup>(5)</sup> e sem variação sazonal.<sup>(6)</sup>

Embora apresente-se como uma infecção de curso rápido, está frequentemente relacionada a complicações no tratamento de pacientes imunocomprometidos, nas condições de agente oportunista.<sup>(1,2)</sup>

As lesões recorrentes do herpes simples são altamente contagiosas para os pacientes, suas famílias, profissionais da saúde e auxiliares, mesmo após alguns dias de regressão das lesões, motivo pelo qual, o dentista não deve executar procedimentos enquanto o herpes simples recorrente apresentar-se ativo na pele peribucal, semimucosa labial e mucosa bucal.<sup>(5)</sup>

Na mucosa bucal de pacientes imunocompetentes, o herpes simples recorrente ocorre, principalmente no palato duro, gengiva, dorso lingual e vermelhão do lábio.<sup>(6)</sup> Os pacientes referem dor

durante a higienização oral, devido à sensibilidade local que a lesão herpética provoca nos tecidos bucais.<sup>(5)</sup>

Durante a gengivostomatite herpética, o vírus penetra nos nervos sensitivos periféricos e migra pelos axônios até os gânglios sensitivos regionais (gânglio trigêmio), onde permanece em latência até ser rompido por fatores desencadeantes, como infecções, excesso de radiação UV, estresse, trauma local, alterações hormonais no período menstrual e quadros de febre.<sup>(1,2,3,7,8)</sup> Causas durante o atendimento, como stress psicológico, lesão no lábio durante procedimento odontológico, exposição ao frio ou calor intenso, radiação UV produzida por alguns aparelhos, vento e terapia a laser facial podem desencadear episódios de recorrência.<sup>(7,8)</sup> O vírus então migra para as células da pele e/ou mucosa, ocasionando lesões vesiculares.<sup>(1,2,3,7)</sup>

O herpes simples labial, em pacientes imunocompetentes, é caracterizado por três períodos clínicos da doença: prodrômico, clínico ativo e reparatório.<sup>(6)</sup>

Durante o período prodrômico, o portador de herpes simples recorrente labial pode prever com antecedência de até 24 horas o aparecimento das vesículas e bolhas, pois detecta a sintomatologia: o local fica dolorido nas primeiras 12 horas, depois se torna discretamente edemaciado, com prurido e ardência.<sup>(1,5,9,10)</sup> Quase sempre, junto com estes sintomas, o local apresenta-se eritematoso e com hipertermia.<sup>(10)</sup> A identificação desse período permite antecipar-se à manifestação clínica exuberante, prevenindo lesões maiores e desconfortáveis.<sup>(6)</sup> Quando as lesões herpéticas são diagnosticadas no período prodrômico e a terapêutica adequada é aplicada, os resultados são muito melhores e as lesões clinicamente ativas podem até ser evitadas.<sup>(6)</sup>

No período clínico ativo, surgem as primeiras pápulas, que evoluem rapidamente para vesículas e bolhas cheias de líquido citrino, que representa um exsudato inflamatório seroso.<sup>(3,9,10)</sup> Este período dura entre 2 e 4 dias e as lesões recorrentes peribucais e labiais são predominantemente constituídas por vesículas agrupadas em forma de cachos

ou ramalhetes, especialmente nas comissuras.<sup>(3)</sup> As manifestações clínicas são localmente dolorosas, especialmente durante a movimentação ou manipulação do local afetado.<sup>(3,10)</sup> O prurido, eventualmente, estabelece-se como um sintoma secundário.<sup>(10)</sup> A alta carga viral dessa fase explica o alto risco de contaminação à manipulação das lesões herpéticas.<sup>(6)</sup>

Dessa forma, o paciente deve ser orientado a enxugar o conteúdo vesicular quando rompimentos acontecerem, pois podem contaminar áreas vizinhas.<sup>(4)</sup> A limpeza das lesões rompidas deve ser realizada com gaze ou lenços descartáveis de papel umedecidos, e o material utilizado dispensado, embrulhado em sacos plásticos hermeticamente fechados, pois pode contaminar quem manipulá-los imediatamente após seu descarte, principalmente mucosas como a ocular.<sup>(6)</sup>

As lesões herpéticas secundárias peribucais podem ser contaminadas secundariamente por bactérias estafilococos e estreptococos advindos do ar, da saliva ou das mãos. Nesses casos, as vesículas e bolhas transformam-se em pústulas, ou seja, seu conteúdo seroso transforma-se em exsudato purulento. Essa transformação altera a forma de tratamento.<sup>(7)</sup>

O período reparatório estabelece-se quando as vesículas e bolhas reduzem de volume e o exsudato seroso é reabsorvido, desde que não tenham sido rompidas anteriormente.<sup>(3)</sup> O local, agora seco, apresenta-se recoberto por escamas e crostas amareladas e/ou escuras que duram, em média, de 2 a 4 dias e caracterizam o período reparatório.<sup>(10)</sup> Nessa fase, as lesões apresentam um número muito reduzido de vírus, mas podem ser ainda contagiosas, porque algumas pessoas ainda continuam liberando partículas virais mesmo depois da regressão dos sinais clínicos das lesões.<sup>(6)</sup> Muito embora o risco de contaminação seja mais reduzido no período reparatório, durante as manobras clínicas de um atendimento odontológico, ainda pode-se romper as lesões em cicatrização, ocasionando fissuras e sangramentos nas lesões ressecadas do herpes simples recorrente peribucal.<sup>(6)</sup>

Nos casos brandos, o ciclo viral dura entre 5 a 7 dias e nos graves até 2 semanas.<sup>(2,9)</sup> Em geral, o episódio dura de 7 a 10 dias, estando totalmente curado, sem intervenção, dentro de 21 dias.<sup>(2)</sup> Nos pacientes em tratamento de neoplasias malignas, em farmacoterapia com corticosteróides por longos períodos, nos transplantados, diabéticos descontrolados, portadores de HIV ou de qualquer outra doença auto-imune, a infecção pelo HSV-1 manifesta-se com maior frequência, quando comparada aos pacientes imunocompetentes, devido à debilidade do sistema imunológico.<sup>(2)</sup>

O diagnóstico do herpes simples recorrente nas regiões da boca é essencialmente clínico,<sup>(1,4,8)</sup> a partir de uma detalhada anamnese, dos seus sinais e sintomas detectados em um minucioso exame físico das lesões, podendo ser usado, em alguns casos, métodos complementares como citologia esfoliativa, biópsia incisional, cultura viral, PCR (Reação em Cadeia da Polimerase) e imunocitoquímica.<sup>(8)</sup>

O tratamento de suporte inclui aplicação tópica de cremes e gel, que devido às barreiras físicas<sup>(1,5,9,10)</sup> e químicas representadas pela rede de fibrina, células epiteliais necrosadas e tecido conjuntivo ulcerado com exsudato e infiltrado inflamatórios exuberantes, funcionam como limitadores do contato das lesões herpéticas com as mãos, língua e lábios, prevenindo a autoinoculação das áreas vizinhas.<sup>(9)</sup> A aplicação desses medicamentos deve ser sempre realizada com espátulas ou cotonetes, para evitar o contágio dos dedos e mãos.<sup>(6)</sup> A utilização de protetor solar ajuda na prevenção de novos surtos.<sup>(1)</sup>

O rompimento das vesículas com agulhas e outros instrumentos perfurantes esterilizados pode abreviar o curso da recorrência, mas constitui uma manobra de risco, em função da possibilidade de autoinoculação do vírus em outras partes vizinhas, pelo escorrimento do líquido e pela contaminação por meio das mãos do operador, mesmo que com luvas apropriadas, ou pelo risco de infecção bacteriana secundária.<sup>(6)</sup>

Terapia a laser de baixa intensidade apresenta efeitos anti-inflamatórios e analgésicos, contribuindo com a proliferação de fibroblastos e o reparo do tecido.<sup>(4)</sup>

No intuito de reduzir a carga viral, drogas antivirais de uso enteral são utilizadas, como aciclovir, valaciclovir, penciclovir, famciclovir, ganciclovir, valganciclovir, foscarnet e cidofir.<sup>(1,3,4,5,6,7,8,9,10)</sup> Quando associado à infecção bacteriana, a antibioticoterapia deve ser instituída.<sup>(6,10)</sup>

O objetivo desse trabalho é relatar o caso clínico de um paciente cursando com herpes labial recorrente, associado à infecção secundária, discutindo suas manifestações clínicas, evolução e terapêutica.

## RELATO DE CASO

Paciente L.T.D., 24 anos, gênero masculino, compareceu à emergência do Hospital Geral do Estado da Bahia para avaliação com a equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, com a queixa principal de que seu lábio não parava de crescer há, aproximadamente, sete dias. Paciente referiu o início da lesão como uma pequena bolha associada a prurido local, negou patologias de base e uso crônico de medicações.

Ao exame físico, foi observado edema em lábio inferior associado à existência de pústulas, com drenagem de secreção purulenta local, presença de violeta genciana na região (medicação tópica aplicada pelo próprio paciente dois dias antes do seu atendimento na emergência), além da queixa de dor intensa referida pelo paciente (Figuras 1 e 2). O mesmo foi admitido em ambiente hospitalar, onde recebeu os cuidados locais (irrigação com soro fisiológico 0,9% e limpeza local com gaze estéril, 4 vezes/dia) e fez uso das seguintes medicações: Cefalotina 01g, IV, 06/06h; Metronidazol 500mg, IV, 08/08h; Dexametasona 08mg, IV, 08/08; Dipirona 01g, IV, 06/06h; Aciclovir 250mg, IV, 08/08h. Nos exames laboratoriais, pôde-se constatar contagem de leucócitos totais de 11,09 mil/mm<sup>3</sup>, e os testes

para Hepatite B e C e HIV não reagentes. No quinto dia de internamento hospitalar (DIH), o paciente já apresentava melhora do seu quadro clínico,

com boa cicatrização, ausência de bolhas, secreção purulenta e sintomatologia dolorosa dor, recebendo, então, alta hospitalar (Figuras 3 e 4).



**Figuras 1 e 2.** Edema em lábio inferior associado à existência de pústulas, com drenagem de secreção purulenta local e presença de violeta genciana na região



**Figuras 3 e 4.** Paciente no 5º dia de internamento hospitalar, cursando com melhora do seu quadro clínico, boa cicatrização, ausência de bolhas e secreção purulenta

## DISCUSSÃO

De acordo com Consolaro et al.,<sup>(6)</sup> um dos locais mais comuns de recorrência do herpes simples é o vermelhão do lábio, e o paciente normalmente refere dor, discreto edema, prurido e ardência. O sítio de recorrência está de acordo com o caso relatado, porém a queixa principal apresentada pelo paciente foi o edema, sendo este considerável devido à associação da lesão com infecção bacteriana.

O diagnóstico do herpes simples recorrente na região oral é essencialmente clínico.<sup>(1)</sup> O diagnóstico foi clínico, embora a apresentação da lesão do caso relatado não fosse típica, devido à infecção bacteriana associada. Exames complementares, como leucograma e teste para HIV e Hepatites, foram realizados para descartar a hipótese de o paciente ser imunocomprometido, já que, tal condição, frequentemente, apresenta complicações no tratamento.

É consenso na literatura revisada que o tratamento para herpes simples consiste em administração de droga antiviral para reduzir a carga viral, associado à terapia com antibiótico quando associado à infecção bacteriana. Estas condutas foram adotadas para o caso relatado, em associação com analgesia e anti-inflamatório esteroidal, favorecendo o tratamento de suporte. A via parenteral foi utilizada, pois o paciente foi tratado em ambiente hospitalar, devido ao quadro exacerbado da lesão herpética. Karlsmark, Goodman, Drouault, Lufrano e Pledger,<sup>(9)</sup> acreditam que, devido às barreiras físicas e químicas que a lesão herpética apresenta, o tratamento tópico não é de grande valia. Esta modalidade de tratamento também não foi adotada para o presente caso, sobretudo pelo estágio que o paciente se encontrava, porém a terapia com antiviral tópico é válida para os estágios iniciais dessas lesões.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parte significativa da população mundial é portadora do vírus do herpes simples, seja tipo 1 ou 2, sendo herpes labial recorrente uma manifestação comum;

As características clínicas são suficientes para obter-se um correto diagnóstico, devendo ser valorizada a história apresentada pelo paciente, principalmente quanto à experiência similar anterior;

O tratamento para herpes labial visa regressão da lesão ativa e diminuição da carga viral, prolongando assim o período de intercorrência. A terapia deve ser feita por drogas antivirais e analgésicos (se houver dor), visando alívio da sintomatologia apresentada pelo paciente. Quando associado à infecção bacteriana, antibioticoterapia deve ser instituída.

O cirurgião-dentista deve diagnosticar precocemente e tratar adequadamente o quadro de herpes labial recorrente, para proporcionar menor desconforto e tempo de tratamento para o seu paciente.

## REFERÊNCIAS

- Cunningham A, Griffiths P, Leone P, Mindel A, Patel R, Stanberry L, Whitley R. Current management and recommendations for access to antiviral therapy of herpes labialis. *J Clin Virol.* 2012; 53: 6-11.
- Tagliari NAB, Kelmann RG, Diefenthaler H. Aspectos terapêuticos das infecções causadas pelo vírus herpes simples tipo 1. *Perspectiva.* 2012; 36(133): 191-201.
- Harmenberg J, Öberg B, Spruance S. Prevention of ulcerative lesions by episodic treatment of recurrent herpes labialis: a literature review. *Acta Derm Venereol.* 2010; 90: 122-130.
- Ferreira DC, Reis HLB, Cavalcante FS, Netto dos Santos KR, Passos MRL. Recurrent herpes simplex infections: laser therapy as a potential tool for long-term successful treatment. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2011; 44(3):397-399.
- Pica F, Volpi A. Public Awareness and Knowledge of Herpes Labialis. *J Med Virol.* 2012; 84: 132-137.

Consolaro A, Consolaro MF. Diagnóstico e tratamento do herpes simples recorrente peribucal e intrabucal na prática ortodôntica. R dent press ortodon ortopedi facial. 2009; 14(3): 16-24.

El Hayderi L, Delvenne P, Rompen E, Senterre JM, Nikkels AF. Herpes simplex virus reactivation and dental procedures. Clin Oral Invest. 2013;17(8):1961-4.

Rahimi H, Mara T, Costella J, Speechley M, Bohay R. There is modest evidence that systemic Acyclovir or Valacyclovir prevents recurrent herpes labialis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2012;113(5):618-27.

Karlsmark T, Goodman JJ, Drouault Y, Lufrano L, Pledger GW. Randomized clinical study comparing Compeed® **cold sore patch to acyclovir cream 5% in the treatment of herpes simplex labialis**. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008;22:1184-1192.

Strand A, Böttiger D, Gever LN, Wheeler W. Safety and Tolerability of Combination Acyclovir 5% and Hydrocortisone 1% Cream in Adolescents with Recurrent Herpes Simplex Labialis. Pediatr Dermatol. 2012;29(1):105-110.