

# Gingivoestomatitis



A. J. Pérez Díaz<sup>1</sup>, B. Fernández Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatra. CS Ciempozuelos. Ciempozuelos, Madrid. España.

<sup>2</sup>Pediatra. Hospital del Tajo. Aranjuez, Madrid. España.

### PUNTOS CLAVE

- Son lesiones inflamatorias y/o erosivas de la mucosa de la cavidad oral que provocan intenso dolor.
- Esto conlleva una reducción de la ingesta que puede producir deshidratación
- Suelen ser procesos autolimitados, generalmente infecciosos.
- El diagnóstico es clínico.
- El tratamiento se basa en medidas de confort que favorezcan la ingesta hídrica.
- En casos puntuales se pueden administrar tratamientos específicos según la etiología sospechada.

### INTRODUCCIÓN

Entendemos como gingivoestomatitis la aparición de lesiones inflamatorias, edematosas y erosivas en la mucosa bucal<sup>1</sup> (encías, lengua, mucosa yugal, etc.).

En general son procesos autolimitados, pero producen un dolor y unas molestias intensos que conllevan la reducción de la ingesta de sólidos y líquidos por parte del paciente<sup>2,3</sup>. Esto, asociado a la facilidad para observar las lesiones por los padres, hace de estas entidades un problema habitual de consulta tanto en Atención Primaria como en los Servicios de Urgencias.

Pueden aparecer por diferentes causas: infecciosas (las más frecuentes), traumáticas y por enfermedades sistémicas.

En este artículo nos referimos a los niños sanos sin patología basal ni sistémica, puesto que estos merecerían un artículo aparte.

Guarda especial interés por su frecuencia la primoinfección por el virus herpes simple 1 (VHS-1). Se suele tomar como referencia esta entidad, puesto que es muy frecuente y la actuación

en los casos de diferente etiología sería similar, con algunas modificaciones puntuales.

En el caso de la gingivoestomatitis herpética, la transmisión es por contacto directo<sup>4</sup> y el proceso puede durar hasta 14 días<sup>2</sup>. Las lesiones (que pueden variar en su número) son primero vesiculares y luego ulcerosas, provocando en ambos estadios un intenso dolor que lleva al rechazo de la ingesta<sup>2,5</sup>, lo que en algunos casos puede provocar deshidratación. Puede acompañarse de fiebre y adenopatías regionales<sup>2</sup>.

### PAUTA DE ACTUACIÓN

Ante un paciente con lesiones erosivas bucales, en principio hay que atender a los antecedentes personales (quimioterapia, fármacos...), así como vigilar los signos y/o síntomas que impliquen una enfermedad sistémica aún no diagnosticada (inmunodeficiencias, enfermedad inflamatoria intestinal, Kawasaki).

El diagnóstico suele ser clínico, sin que haga falta la confirmación microbiológica<sup>1-3,5</sup>.

Ante la aparición de cualquiera de las siguientes situaciones hay que derivar a un centro hospitalario, puesto que constituyen criterios de ingreso:

- Sospecha de enfermedad grave o empeoramiento de esta.
- Fiebre con sospecha de neutropenia.
- Mal estado general.
- Signos de deshidratación o rechazo total de líquidos.

### TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en unas medidas generales (aplicables a casi todos los casos independientemente de la causa) y otras medidas específicas en función de la etiología causante<sup>1</sup>.

La estrategia principal es conseguir la ingesta hídrica, por lo que hay que controlar el dolor<sup>3</sup> bucal y la odinofagia, puesto que la mayoría de los casos son autolimitados.

### Medidas generales

El punto clave para conseguir el control del dolor y garantizar la ingesta es la analgesia local con preparados tópicos. En este sentido, la lidocaína viscosa al 2%<sup>4,5</sup> es la más extendida, aunque algunos autores no consideran que tenga un efecto superior al placebo<sup>3</sup>. Además, hay detractores de su uso por los problemas que se pueden ocasionar por la ingesta del producto en niños muy pequeños y por las posibles mordeduras en una boca anestesiada<sup>4</sup>. Probablemente por esta razón hay autores que lo recomiendan menos concentrado<sup>1</sup>.

Los analgésicos sistémicos habituales (paracetamol, ibuprofeno) pueden ser útiles para controlar otros síntomas asociados, como la fiebre, pero parecen tener poco efecto en el control del dolor ocasionado por las lesiones orales. Algunos protocolos sugieren que los preparados con codeína serían más beneficiosos<sup>5</sup>.

Como medida de higiene bucal para evitar sobreinfecciones se recomiendan enjuagues con clorhexidina al 0,2%<sup>1</sup>.

Los corticoides no están recomendados, salvo en casos de complicaciones secundarias<sup>2</sup>.

### Medidas específicas según la etiología

#### Gingivostomatitis herpética primaria

El tratamiento con aciclovir sistémico reduce la duración de síntomas, mejora la cicatrización de las lesiones y reduce la infectividad<sup>1,2,4,6</sup> (grado B)<sup>6</sup>.

Aunque algunos protocolos<sup>5</sup> no recomiendan su uso en niños sanos, hay autores que sí recomiendan el tratamiento con aciclovir por vía oral (80 mg/kg/día cada seis horas)<sup>1</sup> en niños inmunocompetentes antes de las 72 primeras horas de los síntomas (grado B)<sup>6</sup>.

En algunas publicaciones se reserva para casos con dolor intenso, incapacidad para beber y menos de 96 horas del inicio de los síntomas (grado 2A)<sup>4</sup>.

#### Varicela, mano-boca-pie y herpangina

No son necesarios tratamientos específicos<sup>2</sup>.

### Muget

El agente causal más frecuente es la *Caándida albicans*; se pautará miconazol gel oral 2% tópico cada seis horas durante 7-15 días<sup>1</sup>.

### Infección estreptocócica

Ante sospecha de infección estreptocócica estaría indicado el tratamiento con penicilina V (50 mg/kg/día) cada 12 horas durante diez días<sup>1</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Moreno C, Palacios-Cuesta A. Gingivostomatitis. En: Marín-Ferrer M, Ordóñez-Sáez O, Palacios-Cuesta A. Manual de Urgencias de Pediatría. Hospital 12 de Octubre, 1.ª ed. Madrid: Ergon; 2011. p. 510-5.
2. Zarranz-Uribarri F, Álvarez-Calatayud G, Martín Olivera E. Urgencias Bucodentales. En: Asociación Española de Pediatría. Sociedad Española de Urgencias Pediátricas. Protocolos de urgencias pediátricas, 2.ª ed. Madrid: Ergon; 2010. p. 231-7.
3. Hopper SM, McCarthy M, Tancharoen C, Lee KJ, Davidson A, Babl FE. Topical lidocaine to improve oral intake in children with painful infectious mouth ulcers: a blinded, randomized, placebo-controlled trial. *Ann Emerg Med*. 2014;63:292-9.
4. Keels MA, Clements DA. Herpetic gingivostomatitis in young children. *Uptodate.com* [en línea] [actualizado el 05/05/2014; consultado el 18/11/2014]. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
5. The Royal Children's Hospital Melbourne. HSV Gingivostomatitis. Clinical Practice Guidelines [en línea] [consultado el 18/11/2014]. Disponible en [www.rch.org.au/clinicalguide/guideline\\_index/HSV\\_Gingivostomatitis/](http://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/HSV_Gingivostomatitis/)
6. Hudson B, Powell C. Does oral Aciclovir improve clinical outcome in immunocompetent children with primary herpes simplex gingivostomatitis? *Arch Dis Child*. 2009;94:165-7.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Martínez-Moreno C, Palacios-Cuesta A. Gingivostomatitis. En: Marín-Ferrer M, Ordóñez-Sáez O, Palacios-Cuesta A. Manual de Urgencias de Pediatría. Hospital 12 de Octubre, 1.ª ed. Madrid: Ergon; 2011. p. 510-5.