

HERPES SIMPLES NO SERVIÇO DE ESTOMATOLOGIA DO HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS – ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

*HERPES SIMPLEX AT STOMATOLOGY DIVISION OF HOSPITAL SÃO LUCAS, PUCRS
– EPIDEMIOLOGICAL STUDY*

Stemmer, Ana Carolina*
Cherubini, Karen**
Figueiredo, Maria Antonia**
Yurgel, Liliane Soares***

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo investigar o perfil epidemiológico do herpes simples entre os pacientes do Serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas da PUCRS. Foram analisados 167 prontuários dos quais 98 (58,68%) tiveram diagnóstico de gengivoestomatite herpética primária e 69 (41,32%) de herpes recorrente. As variáveis idade e sexo dos pacientes, sintomas da manifestação herpética, sítios anatômicos afetados, linfadenopatia e complicações, bem como tratamento empregado foram analisadas. Na gengivoestomatite herpética, 69,38% dos pacientes tinham entre 0 e 20 anos de idade, já no herpes recorrente 41,42% dos pacientes tinham entre 21 e 40 anos. O sexo feminino foi o mais acometido tanto pela doença primária quanto pela recorrente. Entre os sítios da cavidade bucal destacaram-se língua e gengiva para a doença primária, e o vermelhão dos lábios para a secundária. Os sintomas mais frequentes da primoinfecção foram febre e dor, já nas lesões recorrentes, destacaram-se dor e ardência. Todos os pacientes exibiram linfadenopatia. Analgésicos e antitérmicos foram as principais drogas no tratamento da gengivoestomatite herpética primária, enquanto, para o herpes recorrente, foram os anti-sépticos e antivirais.

UNITERMOS: herpes simples; herpes recorrente; herpes labial; estomatite herpética; herpesviridae

SUMMARY

The aim of this work was to investigate the epidemiological profile of Herpes simplex at Stomatology Division of Hospital São Lucas-PUCRS. Records of 167 patients were reviewed: 98 (58,68%) of them were primary herpetic gingivostomatitis patients and 69 (41,32%) were recurrent herpes patients. Age, sex, symptoms, anatomical sites affected, complications, lymphadenopathy and treatment were analyzed. Results showed that 69,38% of primary herpetic gingivostomatitis patients were under age of 21 years, while 41,42% of recurrent herpes patients were between 21 and 40 years of age. Females were more affected than males by both primary and secondary disease. The most commonly involved anatomical sites were tongue and gums in primary herpetic gingivostomatitis and lip vermilion in recurrent herpes. Fever and pain were the major symptoms in primoinfection as well as pain and burning in recurrent lesions. Treatment most often employed for primary herpetic gingivostomatitis included analgesics and antipyretics, but recurrent herpes was most often treated with antiseptics and antiviral drugs.

UNITERMS: herpes simplex; recurrent herpes; herpes labialis; gingivostomatitis; herpesviridae.

* Especialista em Odontopediatria. Aluna do Curso de Extensão em Estomatologia da Faculdade de Odontologia da PUCRS.

** Doutora em Estomatologia. Professora do Programa de Doutorado em Estomatologia da PUCRS.

*** Coordenadora do Programa de Doutorado em Estomatologia da PUCRS.

INTRODUÇÃO

As infecções pelo vírus do herpes simples (HSV) são classificadas em primárias e recorrentes. O episódio primário é denominado gengivoestomatite herpética primária, que acontece com a entrada do vírus no organismo e caracteriza-se pela ocorrência tanto de lesões locais quanto de manifestações sistêmicas. A infecção recorrente resulta da reativação do HSV em latência nos tecidos nervosos e causa lesões locais, sem manifestações sistêmicas⁶. O herpes simples apresenta alta prevalência, acredita-se que, na idade adulta, mais de dois terços da população mundial apresentem anticorpos contra o vírus, sendo estimado que 20% a 40% dos indivíduos soropositivos manifestem o herpes recorrente^{19, 25} e, embora a maior parte dos episódios de herpes se resolva sem tratamento, a manifestação causa desconforto considerável, é esteticamente desagradável e há, também, casos graves que podem deixar seqüelas.

O presente estudo teve por objetivo investigar o perfil epidemiológico do herpes simples entre os pacientes do Serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas da PUCRS.

REVISÃO DA LITERATURA

Gengivoestomatite Herpética Primária

O agente etiológico da gengivoestomatite herpética primária é o vírus do herpes simples (HSV), cujo material genético é composto por DNA. O HSV possui dois sorotipos distintos, usualmente o tipo 1 está envolvido nas manifestações bucofaciais, enquanto o tipo 2 afeta a região genital, embora ambos possam infectar as duas localizações^{4, 24}.

O contágio ocorre por contato íntimo com indivíduo transmissor do vírus, a partir de superfície mucosa, secreções ou lesão infectante¹⁶. A transmissão pode ocorrer durante períodos assintomáticos da infecção, embora o risco seja maior durante os episódios em que há manifestação clínica^{4, 13, 19}.

Na maioria dos casos, a entrada do HSV no organismo ocorre de forma assintomática ou como uma infecção subclínica, sendo a gengivoestomatite herpética primária um evento menos freqüente^{5, 12, 18}. Uma vez adquirido, o HSV 1 entra em latência e migra para o gânglio de Gasser, onde permanece até que sofra reativação e manifeste o herpes recorrente^{16, 24}.

O período de incubação da gengivoestomatite herpética primária é bastante variável, podendo

levar de dois a 15 dias^{13, 18, 21}. A doença raramente ocorre antes dos primeiros seis meses de vida, uma vez que os recém-nascidos mantêm elevados títulos de anticorpos maternos^{2, 4, 12, 15}. Assim, a maior prevalência é verificada em crianças entre dois e quatro anos de idade⁵, embora possam ser afetados também adultos que não tenham sido expostos anteriormente ao HSV^{1, 18}. Inclusive, estudos epidemiológicos têm mostrado que a idade em que ocorre a infecção pelo HSV tem aumentado, o que foi relacionado às mudanças socioeconômicas ocorridas nos países desenvolvidos¹. O paciente desenvolve, inicialmente, a fase prodromica com mal-estar, prostração, febre, anorexia, artralgia, cefaléia e linfadenopatia regional. Posteriormente, surgem as manifestações bucais, que incluem inflamação gengival e formação de múltiplas vesículas acometendo toda a mucosa, especialmente gengiva, língua, palato e lábios^{2, 5, 12, 15, 18}. Por vezes, outras mucosas como a nasal e a conjuntival também estão envolvidas. A seguir, as formações vesiculares rompem-se dando lugar a ulcerações extensas circundadas por halo eritematoso^{5, 24}. Com a evolução da doença, freqüentemente aparecem lesões na epiderme perioral e, às vezes, nos dedos, devido à auto-inoculação por sucção digital ou onicofagia²², as quais formam crostas após o rompimento das vesículas^{7, 23}. A língua saburrosa, a sialorréia e a dor intensa completam o quadro clínico⁵. Caso não haja complicações adicionais, como infecções secundárias, as lesões persistem por seis a dezesseis dias e reparam sem formação de cicatriz^{8, 18}.

As complicações associadas ao HSV incluem infecções da pele, de membranas mucosas, dos olhos, do sistema nervoso e dos órgãos genitais, as quais podem produzir rinite, ceratite, ceratoconjuntivite, encefalite, meningite, paralisia facial e neuralgia trigeminal^{2, 14, 20, 22, 24}. Além dessas complicações, pode-se incluir ainda o eritema multiforme que representa uma reação de hipersensibilidade, podendo ser desencadeada pela ativação do HSV^{13, 18, 20}.

O diagnóstico da gengivoestomatite herpética primária é eminentemente clínico, embora exames laboratoriais possam auxiliar nos casos atípicos^{3, 4}.

O tratamento é sintomático e consiste em repouso, medicação analgésica e antitérmica, bem como dieta adequada, isto é, alimentação líquida e pastosa evitando-se alimentos ácidos e condimentados^{12, 20, 22}. Pode ser usada ainda lidocaína tópica para auxiliar na alimentação; a higiene oral deve ser realizada da melhor forma possível e anti-

sépticos bucais podem ser empregados para prevenir infecções secundárias. Casos em que estas ocorram requerem antibioticoterapia^{5,22}. Ainda, os pacientes devem ser isolados para prevenir a transmissão da doença⁵.

Em pacientes imunodeprimidos, transplantados, portadores de AIDS, de leucemia ou de outras doenças crônicas, a administração de drogas antivirais pode ser essencial²¹. A utilização da droga na forma tópica ou sistêmica, via oral ou endovenosa, assim como a dosagem, depende da gravidade do quadro clínico⁴. Nas infecções primárias, o aciclovir, o valaciclovir e o penciclovir diminuem a persistência dos sintomas. Em casos graves, pode ser indicada a hospitalização do paciente para hidratação adequada e administração de aciclovir por via intravenosa²¹.

Herpes Recorrente

As manifestações herpéticas secundárias são resultantes da reativação do HSV em indivíduos pré-infetados^{12, 24}. Os fatores predisponentes que podem precipitar a reativação do vírus incluem doenças febris, processos alérgicos, distúrbios gastrintestinais, infecções respiratórias, trauma, estresse, fadiga, menstruação, gravidez, radiação solar, radioterapia, quimioterapia, imunossupressão, infecção por HIV, leucemia^{12,16,21,22}.

Os sítios anatômicos mais freqüentemente afetados são o vermelhão dos lábios e a pele adjacente, mas as lesões também podem ocorrer na mucosa bucal. Os primeiros sintomas da manifestação recorrente são sensação de queimação, prurido e dor moderada, além de eritema e leve aumento de volume no local envolvido. Logo após, surge um pequeno número de vesículas discretas dispostas em grupamentos. Essas vesículas se rompem em aproximadamente 24 horas deixando pequenas úlceras que curam espontaneamente em 6 a 10 dias. As lesões de vermelhão de lábio e pele cicatrizam com formação de crosta^{12,15,21}.

Em pacientes imunocomprometidos as infecções recorrentes pelo vírus do herpes simples têm sido descritas como atípicas, manifestando-se com lesões mais extensas, agressivas e extremamente dolorosas, que cicatrizam muito lentamente, ou não cicatrizam, servindo como porta de entrada para infecções bacterianas e fúngicas. Além disso, as lesões intra-orais são comuns, envolvendo qualquer área da mucosa, inclusive orofaringe e esôfago^{16,18,25}. As infecções pelo vírus do herpes simples em indivíduos imunocomprometidos podem ter sérias conseqüências, sendo potencialmen-

te fatais¹⁹. Por esta razão, a rápida detecção e o tratamento das recorrências herpéticas tornam-se essenciais⁹.

No caso do herpes recorrente, a terapia antiviral é particularmente útil quando a manifestação clínica é muito freqüente ou grave, como ocorre em pacientes imunodeprimidos^{6,10}. Assim como na gengivostomatite, a via de administração e a dosagem dependem da severidade do caso. O tratamento tópico com antivirais é bem indicado e deve ser instituído logo que surgem os primeiros sinais e sintomas (prurido, queimação ou vermelhidão local), resultando em diminuição da severidade e da duração do quadro.

MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa consistiu em um estudo descritivo retrospectivo, no qual foram analisados os prontuários dos pacientes atendidos no Serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas da PUCRS com diagnóstico clínico de gengivostomatite herpética primária ou herpes recorrente entre os anos de 1978 e 2004. A partir da avaliação dos prontuários, foram coletadas as informações referentes a idade e sexo dos pacientes, sinais e sintomas, ocorrência de linfadenopatia, tratamento prévio utilizado, sítios anatômicos afetados pela condição, complicações, fatores predisponentes associados e tratamento instituído. Os dados obtidos foram analisados por meio de estatística descritiva.

RESULTADOS

Foram avaliados 167 prontuários, dos quais 98 (58,68%) pertenciam a pacientes portadores de gengivostomatite herpética primária e 69 (41,32%), de herpes recorrente.

Dos 98 prontuários com diagnóstico de *gengivostomatite herpética primária*, 53 (54,08%) pertenciam a pacientes do sexo feminino e 45 (45,92%), do sexo masculino. O paciente mais jovem tinha um ano de idade e o mais velho 67 anos, ficando a média de idade em 16,19 anos ($\pm 11,73$) (Figura 1). Os pacientes apresentaram febre (82,65%) e dor (80,61%) como sintomas mais freqüentes, além de inapetência, ardência ou queimação, desconforto, emagrecimento, mal-estar, prostração e cefaléia (Tabela 1). Todos os portadores da primoinfecção apresentaram linfadenopatia e, como sinais secundários, foram observados sialorréia (12,24%), halitose (11,22%), língua saburrosa (8,16%) e acúmulo de placa bacteriana

(6,12%). Quanto à localização das lesões, a maior parte dos pacientes apresentou mais de um sítio envolvido, sendo língua (57,73%), gengiva (49,48%), mucosa labial (41,24%), palato (35,05%) e mucosa jugal (31,96%) os mais freqüentemente acometidos (Tabela 2). Previamente à consulta no Serviço de Estomatologia, 84,69% dos pacientes já haviam utilizado algum tipo de tratamento medicamentoso para as lesões, tanto prescrito por profissionais quanto por automedicação (Tabela 3). Ainda, alguns pacientes fizeram uso de medicamentos de dois ou mais grupos farmacológicos simultaneamente. Já a orientação terapêutica no Serviço de Estomatologia, incluiu analgésicos e antitérmicos (46,88%), antibióticos (16,67%), anestésicos tópicos (11,46%), colutórios (8,33%), anti-sépticos (6,25%), bem como orientação de repouso, hidratação e isolamento domiciliar, feita a todos os pacientes. Aos pacientes medicados, foram prescritas drogas de um ou mais grupos farmacológicos simultaneamente (Tabela 4).

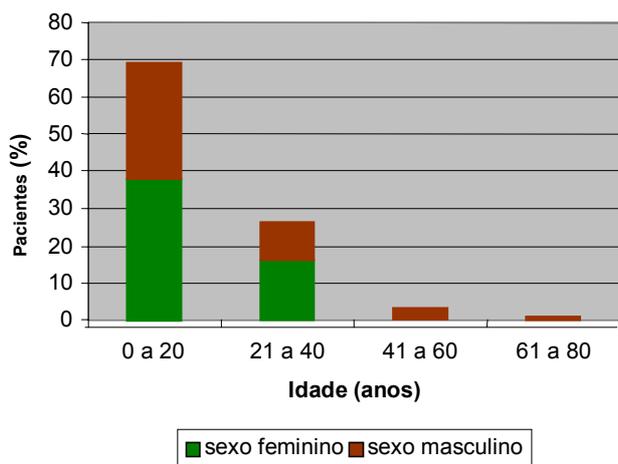


Figura 1 – Distribuição dos portadores de gengivoestomatite herpética primária de acordo com idade e sexo, Porto Alegre, 2004.

TABELA 1 – Distribuição dos portadores de gengivoestomatite herpética primária de acordo com os sintomas apresentados, Porto Alegre, 2004.

Sintomas	n	%
Febre	81	82,65
Dor	79	80,61
Inapetência	15	15,31
Ardência/queimação	10	10,20
Desconforto	5	5,10
Emagrecimento	3	3,06
Mal-estar	3	3,06
Prostração	3	3,06
Cefaléia	3	3,06

TABELA 2 – Distribuição dos portadores de gengivoestomatite herpética primária de acordo com a localização das lesões, Porto Alegre, 2004.

Localização	n	%
Língua	56	57,14
Gengiva	48	48,98
Mucosa labial	40	40,82
Palato	34	34,69
Mucosa jugal	31	31,63
Vermelho dos lábios	26	26,53
Orofaringe	10	10,20
Pele perioral	8	8,16
Comissura labial	6	6,12
Assoalho bucal	5	5,10
Rebordo alveolar	5	5,10
Mucosa nasal	1	1,02

TABELA 3 – Distribuição dos portadores de gengivoestomatite herpética primária de acordo com o tratamento prévio utilizado, Porto Alegre, 2004.

Tratamento prévio	n	%
Colutórios	39	39,80
Antibióticos	39	39,80
Analgésicos/antitérmicos	24	24,49
Outros	20	20,41
Nenhum	15	15,31
Antiinflamatórios	14	14,29
Antifúngicos	13	13,26
Bicarbonato de sódio	11	11,22
Violeta genciana	10	10,20
Anestésico tópico	5	5,10
Corticosteróides	5	5,10
Vitaminas	4	4,08
Anti-sépticos	3	3,06
Azul de metileno	3	3,06
Antivirais	2	2,04
Antiácidos	2	2,04

TABELA 4 – Distribuição dos portadores de gengivoestomatite herpética primária de acordo com a orientação terapêutica instituída no Serviço de Estomatologia, Porto Alegre, 2004.

Medicamentos	n	%
Analgésicos/antitérmicos	45	46,88
Nenhum	36	37,50
Antibióticos	16	16,67
Anestésico tópico	11	11,46
Colutórios	8	8,33
Anti-sépticos	6	6,25

Dos 69 prontuários com diagnóstico de *herpes recorrente*, 45 eram pacientes (65,22%) do sexo feminino e 24 (34,78%), do sexo masculino. O paciente mais jovem tinha 8 anos de idade, enquanto o mais velho tinha 61, ficando a média de idade em 31,22 anos ($\pm 14,0$) (Figura 2). Os indivíduos apresentaram dor (50,72%) e ardência (28,98%) como sintomas mais freqüentes (Tabela 5) e 30,77% apresentaram linfonodos impalpáveis, enquanto 69,23% apresentaram linfadenopatia, sen-

do esta percebida em uma ou mais cadeias linfáticas cérvico-faciais. Como sinais secundários, foram observados sangramento das lesões (8,70%), descamação (2,90%) e aumento de volume dos lábios (2,90%), língua saburrosa (1,45%) e exsudação (1,45%). Quanto à localização das lesões, os sítios anatômicos mais freqüentemente afetados foram o vermelhão dos lábios (55,7%), a pele adjacente (27,54%) e a mucosa do palato duro (23,19%) (Tabela 6).

Setenta e um por cento dos pacientes haviam utilizado um ou mais medicamentos, simultaneamente, antes de consultar no Serviço de Estomatologia (Tabela 7). Como tratamento, no Serviço de Estomatologia, foram prescritos anti-sépticos (31,88%), antivirais (27,54%), antibióticos (18,84%), analgésicos e antitérmicos (2,90%), anestésico tópico (1,45%) e foi feita orientação de higiene local (Tabela 8).

Entre os prontuários consultados, tanto de casos de gengivostomatite herpética primária quanto de herpes recorrente, foi constatado um caso de complicação do herpes simples. A complicação ocorreu em um paciente do sexo masculino, com 10 anos de idade, transplantado renal e usuário de imunossupressores. O paciente apresentava história médica de internação hospitalar para tratamento de meningoencefalite por herpes recorrente.

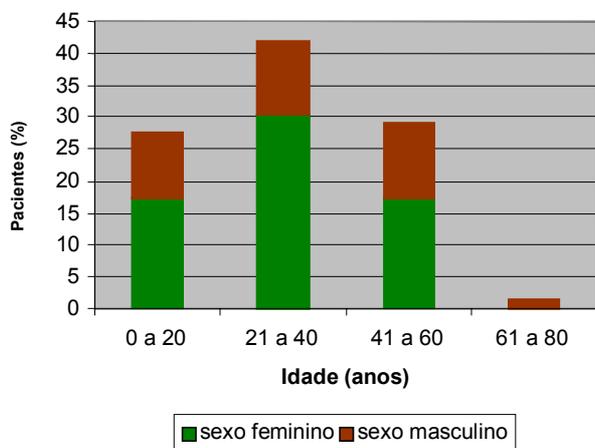


Figura 2 – Distribuição dos portadores de herpes recorrente de acordo com idade e sexo, Porto Alegre, 2004.

TABELA 5 – Distribuição dos portadores de herpes recorrente de acordo com os sintomas apresentados, Porto Alegre, 2004.

Sintomas	n	%
Dor	35	50,72
Ardência	20	28,98
Prurido	11	15,94
Assintomático	9	13,04
Desconforto	8	11,59
Febre	3	4,35

TABELA 6 – Distribuição dos portadores de herpes recorrente de acordo com a localização das lesões, Porto Alegre, 2004.

Localização	n	%
Vermelhão dos lábios	38	55,07
Pele perioral	19	27,54
Palato duro	16	23,19
Mucosa labial	8	11,59
Comissura labial	6	8,70
Língua	4	5,80
Gengiva	3	4,35
Mucosa jugal	2	2,90
Conjuntiva ocular	1	1,45
Mucosa nasal	1	1,45
Pele do nariz	1	1,45

TABELA 7 – Distribuição dos portadores de herpes recorrente de acordo com o tratamento prévio utilizado, Porto Alegre, 2004.

Tratamento prévio	n	%
Nenhum	20	28,98
Antivirais	15	21,74
Antibióticos	12	17,39
Outros	12	17,39
Corticosteróides	8	11,59
Colutórios	7	10,14
Analgésicos/antitérmicos	6	8,70
Anti-sépticos	6	8,70
Antifúngicos	4	5,80
Azul de metileno	4	5,80
Violeta genciana	4	5,80
Antiinflamatórios	3	4,35
Anestésico tópico	1	1,45
Anti-histamínicos	1	1,45

TABELA 8 – Distribuição dos portadores de herpes recorrente de acordo com o tratamento empregado no Serviço de Estomatologia, Porto Alegre, 2004.

Tratamento	n	%
Anti-sépticos	22	31,88
Antivirais	19	27,54
Orientação de higiene local	19	27,54
Antibióticos	13	18,84
Analgésicos/antitérmicos	2	2,90
Anestésico tópico	1	1,45

DISCUSSÃO

No presente estudo, entre os portadores de lesões por HSV, houve um maior número de pacientes do sexo feminino do que masculino, entretanto isso pode resultar do fato de haver um maior contingente de pacientes femininas que recorrem aos serviços de saúde.

Nos portadores de gengivostomatite herpética primária, a faixa etária mais atingida foi a de 0 a 20 anos. A gengivostomatite herpética primária afeta principalmente as crianças (neste estudo a maioria dos pacientes tinha entre 2 e 6 anos de

idade), pois representa a primeira exposição do paciente ao HSV, que é um vírus altamente prevalente na população e de fácil contágio^{1,4,7,13}.

Já nos portadores de herpes recorrente, a faixa etária mais acometida foi a de 21 a 40 anos, embora tenha ocorrido um número significativo de pacientes nas faixas de 0 a 21 e 41 a 60 anos. Esses dados são corroborados pela literatura consultada^{10,12,17,21,22}. Observou-se que é rara a ocorrência de herpes recorrente antes dos 10 anos de idade. Acredita-se que, após o primeiro contato com o HSV, o paciente desenvolva anticorpos suficientes para protegê-lo durante determinado período, fazendo com que as recorrências geralmente se manifestem a partir da adolescência ou da fase adulta. No presente estudo, o paciente mais jovem que manifestou herpes recorrente tinha 8 anos. Por meio da análise dos exames hematológicos desse paciente, foi constatada anemia. O fato de o paciente encontrar-se debilitado pode ter colaborado para que o herpes recorrente se manifestasse precocemente.

Entre os prontuários consultados, três eram de pacientes receptores de transplante renal usuários de drogas imunossupressoras. Destes, dois com diagnóstico de herpes recorrente e um de gengivostomatite herpética primária. Ambos os portadores de herpes recorrente apresentaram manifestações intrabucais, que são comuns em pacientes imunocomprometidos; o paciente com diagnóstico de gengivostomatite apresentou lesões intra e extrabucais. A única complicação observada aconteceu em um destes pacientes, o que demonstra a maior suscetibilidade dos usuários de imunossupressores à infecção herpética.

Como tratamento prévio, 5,10% dos pacientes com diagnóstico de gengivostomatite herpética primária e 11,59% daqueles com diagnóstico de herpes recorrente fizeram uso de corticosteróides. Isso pode ter agravado o quadro herpético, já que este manifesta-se de forma mais agressiva quando há imunossupressão. Além dos corticosteróides, foram empregados, também, antifúngicos, suplementos vitamínicos, antiácidos e anti-histamínicos, drogas que não têm indicação específica no tratamento das manifestações provocadas pelo HSV. Também foi observado que a variedade de drogas empregadas no tratamento prévio da gengivostomatite herpética primária foi maior do que no herpes recorrente. Isso, provavelmente, se deve ao fato de a primoinfecção manifestar-se de forma aguda, afetando simultaneamente vários sítios da mucosa e região perioral, além de exibir comprometimento sistêmico. Além disso, constitui manifestação

menos freqüente e, muitas vezes, é mal diagnosticada.

Quanto ao tratamento instituído, nos casos de gengivostomatite herpética primária, este foi sintomático. Como os sintomas mais freqüentes foram dor e febre, os fármacos mais prescritos foram analgésicos e antitérmicos. Foram dadas, ainda, orientações de repouso, hidratação e isolamento domiciliar, pois a gengivostomatite herpética primária é uma doença viral contagiosa e autolimitante que, após completar seu ciclo, evolui para cura espontânea, desde que o paciente seja imunocompetente.

Nos casos de herpes recorrente, a prescrição de anti-sépticos superou a de antivirais. Isso pode ter ocorrido como consequência do fato de os prontuários analisados serem de pacientes atendidos entre os anos de 1978 e 2004. Apesar de ser o antiviral mais empregado no tratamento do herpes, o aciclovir só foi introduzido no mercado e tornou-se acessível financeiramente num período mais recente¹¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na gengivostomatite herpética primária, crianças e adolescentes foram as populações mais atingidas, exibindo linfadenopatia, gengivite, febre e dor como sinais e sintomas mais freqüentes. Quanto à localização, as lesões estiveram presentes em vários sítios da mucosa bucal e em vermelhão de lábio e região perioral. Na maioria dos casos, o tratamento da gengivostomatite foi sintomático, sendo empregados analgésicos e antitérmicos, além de orientação de repouso, hidratação e isolamento domiciliar.

No herpes recorrente, crianças, jovens e adultos manifestaram a doença, sendo a faixa etária de 21 a 40 anos a mais atingida. Linfadenopatia, dor e ardência foram os sinais e sintomas mais observados. Quanto à localização das lesões, os sítios mais freqüentemente afetados foram o vermelhão dos lábios e a pele adjacente, bem como o palato. Como tratamento, na maioria dos casos, foram empregados anti-sépticos, antivirais e orientação de higiene.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akashi T, Minagawa H, Katsuta H, Harada M, Nagafuchi S. Retrograde intrafamiliar transmission of primary herpes simplex virus type 1 infection. *Am J Med.* 2002;113(1):79-80.
2. Allegra F, Gennari PU. Doenças da mucosa bucal de origem virótica. In: Allegra F, Gennari PU. Doenças da mucosa bucal. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2000. Cap. 5.

3. Blevins JY. Primary herpetic gingivostomatitis in young children. *Pediatr Nurs* 2003;29(3):199-202.
4. Boraks S. Doenças infecciosas. In: Boraks S. Diagnóstico bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1996. Cap.11, p.141-75.
5. Cerri A, Silva SS, Genovese WJ. Afecções estomatológicas em crianças. In: Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. 6ª ed. São Paulo: Santos; 1997. Cap. 23, p.355-65.
6. Cohen SG, Greenberg MS. Chronic oral herpes simplex virus infection in immunocompromised patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1985; 59(5):465-71.
7. Dohvoma CN. Primary herpetic gingivostomatitis with multiple herpetic whitlows. *Br Dent J*. 1994; 177(7):251-2.
8. Eisen D. The clinical characteristics of intraoral herpes simplex virus infection in 52 immunocompetent patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1998;86(4):432-7.
9. Epstein JB, Sherlock C, Page JL, Spinelli J, Phillips G. Clinical study of herpes simplex virus infection in leukemia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1990; 70(1):38-43.
10. Femiano F, Gombos F, Scully C. Recurrent herpes labialis: efficacy of topical therapy with penciclovir compared with acyclovir (aciclovir). *Oral Dis*. 2001;7(1):31-3.
11. Field HJ, De Clercq E. Antiviral drugs – a short history of their discovery and development. *Microbiology Today*. 2004;31:58-61.
12. Laskaris G. Infecções virais. In: Laskaris, G. Atlas colorido de doenças bucais da infância e da adolescência. São Paulo: Santos; 2000. Cap.13, p.118-27.
13. Nadelman CM, Newcomer VD. Infecções virais do tipo herpes simples: cresce importância de diagnóstico precoce. *Postgrad Med*. 2000;107(3):189-200.
14. Nasatzky E, Katz J. Bell's palsy associated with herpes simplex gingivostomatitis. A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1998;86(3):293-6.
15. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. Philadelphia: WB Saunders; 1995. Cap.7, p.181-210.
16. Oakley C, Epstein JB, Sherlock CH. Reactivation of oral herpes simplex virus: Implications for clinical management of herpes simplex virus recurrence during radiotherapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997;84(3): 272-8.
17. Pedersen A. Topical treatment of recurrent herpes labialis. *Oral Dis*. 2001;7(1):1.
18. Regezi JA, Sciubba JJ. Doenças Vesiculobolhosas. In: Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia bucal correlações clinicopatológicas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. Cap.1, p.1-26.
19. Scott DA, Coulter WA, Lamey PJ. Oral shedding of herpes simplex virus type 1: a review. *J Oral Pathol Med*. 1997;26(10):441-7.
20. Scully, C. Ulcerative stomatitis, gingivitis, and skin lesions: An unusual case of primary herpes simplex infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1985; 59(3):261-3.
21. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Herpes simples: aspectos epidemiológicos. 2004. [Acesso em mar. 17]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/Vigiepi/agrivos/Outras_doencas/index.html.
22. Strassburg M, Knolle G. Viral diseases with oral manifestations. In: Strassburg M, Knolle G. Diseases of the oral mucosa, a color atlas. 2ª ed. USA: Quintessence; 1994. Cap.11.
23. Szinnai G, Schaad UB, Heininger U. Multiple herpetic whitlow lesions in a 4-year-old girl: case report and review of the literature. *Eur J Pediatr*. 2001;160(9):528-33.
24. Topazian RG, Goldberg MH. Viral and fungal diseases with oral manifestations. In: Topazian RG, Goldberg MH. Oral and maxillofacial infections. 3ª ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1994. Cap.22, p.578-604.
25. Woo S, Lee SF. Oral recrudescence herpes simplex virus infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997;83(2):239-43.

Recebido para publicação em: 13/06/2005; aceito em: 07/10/2005.

Endereço para correspondência:

KAREN CHERUBINI
Serviço de Estomatologia – Hospital São Lucas da PUCRS
Av Ipiranga, 6690, sala 231, 2º andar
CEP 90610-000, Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: kebini.ez@terra.com.br