

# Eritema multiforme: relato de caso clínico

## *Erythema multiforme: case report*

*Suzana Célia de Aguiar S. Carneiro<sup>I</sup>  
Airton Vieira Leite Segundo<sup>II</sup>  
Jefferson Luiz Figueiredo Leal<sup>III</sup>  
Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos<sup>IV</sup>  
Maria do Socorro Orestes Cardoso<sup>V</sup>*

Recebido em 16/05/2007  
Aprovado em 27/07/2007

---

### RESUMO

Eritema multiforme é um termo utilizado para designar uma reação de hipersensibilidade mucocutânea aguda caracterizada por erupção na pele com ou sem envolvimento bucal. Ocasionalmente, o eritema multiforme pode envolver a boca isoladamente, clinicamente caracterizada por bolhas e ulcerações, podendo ocorrer esfacelamento difuso e ulceração de toda a superfície da pele e mucosa com diferentes graus de comprometimento, apresentando, como achado comum, lesões em forma de alvo. Acredita-se que o vírus Herpes simples esteja associado à doença, haja vista ser freqüente uma infecção precedente, além de técnicas de biologia molecular terem identificado a presença do DNA do vírus em pacientes com eritema multiforme recorrente. O objetivo do presente trabalho foi relatar um caso de eritema multiforme, enfatizando suas manifestações bucais.

**Descritores:** Eritema Multiforme; Herpes Simples; Manifestações Cutâneas; Membrana Mucosa/patologia

---

### ABSTRACT

Erythema multiforme is a term used to designate a reaction of acute mucocutaneous hypersensitivity characterized by a skin rash with or without buccal involvement. Occasionally, erythema multiforme can involve the mouth separately. The condition is clinically characterized by blisters and ulcerations. Diffuse sloughing and ulceration of the whole surface of the skin and mucous membrane with different compromising degrees and circular lesions in common may occur. It is believed that herpes simplex is associated with the disease because in most cases the patients had previously been affected by the virus. In addition, molecular biology techniques have detected the presence of the DNA of this virus in patients with recurrent erythema multiforme. The purpose of the present study was to report a case of erythema multiforme, emphasizing its buccal manifestations.

**Descriptors:** Erythema Multiforme; Herpes Simplex; Skin Manifestations; Mucous Membrane/pathology.

---

### INTRODUÇÃO

O eritema multiforme é uma reação imunológica mucocutânea geralmente observada após infecções virais, sendo a mais comum a infecção pelo herpes vírus simples. Existe uma tendência ao envolvimento

dos lábios, e é comum a formação de crostas, seguindo-se erupção da lesão. A forma grave de eritema multiforme com envolvimento extenso da pele, olhos e genitais é conhecida como Síndrome de Stevens-Johnson. A classificação clínica destas desordens é

---

I. Mestre e Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CTBMF).  
II. Especialista em CTBMF, Mestre e Doutorando em Estomatologia, Universidade Federal da Paraíba.  
III. Especialista em CTBMF.  
IV. Coordenador do Programa de Mestrado e Doutorado em CTBMF, Faculdade de Odontologia de Pernambuco.  
V. Professora adjunta da disciplina de prótese buco-maxilo-facial

freqüentemente variável, tornando, às vezes, o diagnóstico difícil. Apesar de ser causada freqüentemente por infecção ou terapia com drogas, os mecanismos patogênicos destas desordens permanecem obscuros, e, como consequência, não há nenhuma terapia efetiva baseada em evidências<sup>1</sup>.

Desta forma, apresenta-se um caso clínico cujo tratamento foi realizado através de aciclovir em uma paciente com história anterior de infecção pelo vírus herpes simples.

## RELATO DO CASO

Paciente feminino, 28 anos, casada, do lar, procedente de Itaenga, município de Pernambuco, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro, Recife, PE, com queixa principal de dificuldade em se alimentar. A história médica da paciente não revelou alterações prévias dignas de nota. Não foi relatada pela paciente ocorrência dos sinais e sintomas apresentados em outros membros de sua família. Ao exame físico, foram observadas lesões, em geral, ulceradas, por vezes, em forma de crosta, acometendo lábio superior e língua, sintomatologia dolorosa, com evolução de aproximadamente 14 dias. Estavam presentes, também, lesões em tórax e abdômen com aspecto de anéis concêntricos, lembrando lesões em forma de alvo. Com base no quadro clínico, foi levantada a hipótese de eritema multiforme. Questionada, a paciente afirmou que semanas antes do aparecimento dessas lesões, ela apresentou um quadro de herpes labial recorrente. Foi prescrito aciclovir via oral bem como orientada higiene oral, o que ocasionou regressão total das lesões em 15 dias.



**Figura 1 - Lesões em forma de úlceras e crostas no vermelhão do lábio.**



**Figura 2 - Aspecto em forma de alvo de múltiplas lesões em abdômen.**

## DISCUSSÃO

Eritema multiforme representa uma desordem inflamatória aguda incomum, que afeta a pele e/ou mucosas, com grau de acometimento variável, geralmente prevalece em adultos jovens aparentemente saudáveis, e do sexo masculino. O pico de idade encontra-se entre 20 e 40 anos, entretanto 20% dos casos ocorrem em crianças<sup>2</sup>. Sendo então, incomum o caso apresentado de uma mulher de 28 anos com sinais clínicos de eritema multiforme após apresentar infecção pelo vírus do herpes simples.

Como etiologia, a literatura relata numerosos agentes, particularmente os vírus, especialmente o vírus do herpes simples (HSV), no entanto outros herpes vírus (varicela zoster, citomegalovírus, Epstein-Barr), adenovírus, enterovírus, vírus da hepatite, influenza, poliomielite e varíola têm sido implicados. Uma variedade de outros agentes infecciosos menos

citados como algumas bactérias e parasitas também são descritos. Condições imunes, como vacinação contra hepatite B e BCG, sarcoidose, doença do enxerto versus hospedeiro, poliarterite nodosa e lúpus eritematoso sistêmico, podem estar implicadas<sup>3</sup>.

Aditivos alimentares, como benzoatos, nitrobenzeno, perfumes ou temperos, também têm sido citados como agentes etiológicos. Drogas, como sulfonamidas, cefalosporinas, penicilinas, quinolonas, barbitúricos, antiinflamatórios não esteroidais, anti-convulsivantes, alopurinol, inibidores da protease também podem ser implicados na ocorrência do eritema multiforme<sup>4-7</sup>.

Em uma série de casos, o uso de medicação antecedente foi identificado em 59% dos casos de eritema multiforme e 68% em casos de síndrome de Stevens-Johnson, com uma notável associação ao uso de cefalosporinas<sup>8</sup>. Em geral, observa-se uma associação entre o tipo de agente etiológico e a severidade da doença. A infecção viral parece estar mais relacionada ao eritema multiforme menor ou maior, enquanto o uso de drogas pode ser o agente causador de tipos mais severos, como a síndrome de Stevens-Johnson e a necrólise epidérmica tóxica<sup>9</sup>.

A fisiopatologia do eritema multiforme ainda não está totalmente esclarecida, mas se acredita que ocorra uma reação de hipersensibilidade imunológica com a ocorrência de células citotóxicas (linfócitos T CD8+) no epitélio, induzindo à apoptose dispersa dos queratinócitos e necrose das células satélites<sup>3</sup>.

Evidências da associação entre o eritema multiforme e o vírus do herpes simples têm sido relacionadas em diversos trabalhos. Muitos pacientes com eritema multiforme apresentaram episódio de infecção por herpes 2 semanas ou menos antes do aparecimento da doença<sup>10,11</sup>, além do que o agente antiviral aciclovir é eficaz no tratamento de pacientes com eritema multiforme recorrente<sup>12</sup>.

Quanto ao aspecto clínico, o eritema multiforme pode apresentar um largo espectro de severidade. As lesões na pele são geralmente simé-

tricas e consistem em máculas ou pápulas eritematosas que se desenvolvem com um aspecto clássico de um alvo. Frequentemente essas lesões são acompanhadas por ulceração nas mucosas, particularmente na cavidade oral<sup>3,8</sup>.

As lesões na pele são descritas sob a forma de alvo e representam lesões individuais menor que 3 cm de diâmetro, com bordos regulares e bem definidas, com dois anéis concêntricos, que se distribuem, principalmente, na superfície das extremidades<sup>13</sup>.

Em sua forma mais grave, esfacelamento difuso e ulceração de toda a superfície da pele e mucosa podem ocorrer, sendo conhecida como necrólise epidérmica tóxica ou doença de Lyell. Outra forma mais grave da doença é conhecida como eritema multiforme maior ou Síndrome de Steven-Johnson, a qual atinge as mucosas oral, ocular, genital e pele, podendo estar relacionada com o uso de droga e não, por uma infecção<sup>14</sup>.

As lesões orais, às vezes, precedem o envolvimento de pele, como aconteceu no presente caso em que as lesões da pele ocorreram duas semanas após as lesões da mucosa. A mucosa oral, palato e vermelhão labial são geralmente os locais afetados<sup>1</sup>.

Com relação ao aspecto histopatológico, as lesões são caracterizadas por um infiltrado inflamatório misto, composto por linfócitos, neutrófilos e, frequentemente, eosinófilos. Por vezes, observa-se uma organização de tais células na região perivascular. Uma vesiculação subepitelial associada com ceratinócitos basais necróticos podem completar o quadro<sup>14</sup>.

A cicatrização espontânea pode ocorrer entre 2 a 3 semanas nos casos de eritema multiforme menor e 6 semanas no eritema multiforme maior<sup>15</sup>. Não há tratamento específico disponível, mas cuidados de suporte são importantes. Uma dieta líquida e terapia com fluidos intravenosos podem ser necessárias. Antivirais, como o aciclovir, podem ser prescritos em dose de 400 a 1000mg diários, inicialmente por 5 dias,

a partir dos primeiros sinais da infecção. Casos de eritema multiforme menor podem responder a terapia com corticosteróide tópico. No entanto, a corticoideterapia sistêmica pode ser indicada em casos de eritema multiforme maior ou síndrome de Stevens-Johnson, associada ou não a drogas imunomoduladoras, como a azatioprina<sup>8</sup>. Entretanto, o tratamento do eritema multiforme pode ser difícil. Não há nenhuma revisão sistemática disponível, e são escassos estudos randomizados controlados. Uma dificuldade adicional é o diagnóstico que é freqüentemente obscuro<sup>1</sup>.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O eritema multiforme é uma patologia mucocutânea que envolve a superfície da pele e mucosa e tem como etiologia a infecção pelo vírus herpes simples e o uso de drogas. Caracteriza-se por apresentar papulas e vesículas que são precedidas por máculas eritematosas. As vesículas tendem a romper-se, formando múltiplas áreas de superfície irregular que são cobertas por uma pseudomembrana bastante dolorosa que compromete a qualidade de vida do paciente. Dessa forma, é importante que o cirurgião dentista conheça esta patologia para tratá-la de forma adequada através de um diagnóstico o mais precoce possível.

### REFERÊNCIAS

1. Al-Johani KA, Fedele S, Porter SR. Erythema multiforme and related disorders. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2007; 103: 642-54.
2. Carrozzo M, Togliatto M, Gandolfo S. Erythema multiforme. A heterogeneous pathologic phenotype. *Minerva Stomatol*. 1999; 48: 217-26.
3. Ayangco L, Rogers RS. III. Oral manifestations of erythema multiforme. *Dermatol Clin*. 2003; 21: 195-205.
4. Porter SR, Scully C. Adverse drug reactions in the mouth. *Clin Dermatol*. 2000; 18: 525-32.
5. Diz Dios P, Scully C. Adverse effects of antiretroviral therapy: focus on orofacial effects. *Expert Opin Drug Saf*. 2002; 1: 307-17
6. Abdollahi M, Radfar M. A review of drug-induced oral reactions. *J Contemp Dent Pract*. 2003; 4: 10-31.
7. Scully C, Bagan JV. Adverse drug reactions in the orofacial region. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2004; 15:221-39.
8. Stewart MG, Duncan III NO, Franklin DJ, Friedman EM, Sulek M. Head and neck manifestations of erythema multiforme in children. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1994; 111:236-42.
9. Auquier-Dunant A, Mockenhaupt M, Naldi L, Correia O, Schroder W, Roujeau JC. Correlations between clinical pattern and causes of erythema multiforme majus, Steven-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: results of an international prospective study. *Arch Dermatol*. 2002; 138:1019-24.
10. Nesbit SP, Gobetti JP. Multiple recurrence of oral erythema multiforme after secondary herpes simplex: report of a case and review of literature. *J Am Dent Assoc*. 1986; 112:348-52.
11. Farthing PM, Maragou P, Coates M, Tatnall F, Leigh IM, Williams DM. Characteristics of the oral lesions in patients with cutaneous recurrent erythema multiforme. *J Oral Pathol Med*. 1995; 24:9-13.
12. Tatnall FM, Schofield JK, Leigh IM. A double-blind, placebo-controlled trial of continuous acyclovir therapy in recurrent erythema multiforme. *Br J Dermatol*. 1995; 132:267-70.

13. Farthing PM, Bagan JV, Scully C. Erythema multiforme. Oral Disease. 2005; 11:262-7.
  
14. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara; 1998
  
15. Katz J, Livneh A, Shemer J, Danon YL, Peretz B. Herpes simplex-associated erythema multiforme (HAEM): a clinical therapeutic dilemma. Pediatr Dent. 1999; 2:359-62.

**ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Belmiro C. E. Vasconcelos  
Faculdade de Odontologia de Pernambuco  
Av. Gal. Newton Cavalcanti, 1650  
Tabatinga - Camaragibe/PE - Brasil  
CEP: 54753-220