

Lesões orais erosivas: Mucosite herpética primária ou síndrome de Fuchs?

*Erosive oral lesions: Primary herpetic mucositis
or Fuchs syndrome?*

Data de receção / Received in: xx/xx/xxx

Data de aceitação / Accepted for publication in: xx/xx/xxx

Rev Port Imunoalergologia 2026; 34 (x): 1-3

Gonçalo Martins¹ , Valter Tavares¹ , Nuzhat Abdurrachid¹ , Filipa Vassalo¹ , Cláudia Marques¹ ,
Margarida Gomes¹ , Manuel Branco Ferreira^{1,2} , Anabela Lopes^{1,2} 

¹ Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal

² Clínica Universitária de Imunoalergologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

³ Serviço de Imunoalergologia, Hospital da Luz Lisboa, Portugal

Contribuições dos autores: GM – concetualização, investigação, visualização, redação do rascunho original; VT – concetualização, investigação, redação; FA – concetualização, investigação; CM – Investigação; MG – investigação; AL – Concetualização, Revisão; MBF – Concetualização, Revisão.



Figura 1. Lesões erosivas envolvendo toda a mucosa oral e crostas hemorrágicas labiais
Figure 1. Erosive lesions involving the entire oral mucosa and hemorrhagic crusting of the lips

<http://doi.org/10.32932/rpia.2026.10.192>

© 2026 Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica. Published by Publicações Ciência e Vida.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

COMENTÁRIO

Homem de 34 anos, sem antecedentes relevantes nem história prévia de infeções herpéticas orais ou labiais. Apresentou erosões hemorrágicas dolorosas dos lábios superior e inferior e da mucosa oral, com limitação na ingestão alimentar. Sem envolvimento cutâneo, ocular, glossite, sintomas sistémicos ou atingimento de outros órgãos/sistemas (Figura 1). As lesões surgiram sete dias após administração única de penicilina intramuscular e dois dias após suspensão de ibuprofeno, utilizado durante cinco dias por amigdalite bacteriana. Os principais diagnósticos diferenciais considerados foram mucosite herpética primária grave e a variante mucosa-predominante da síndrome de Stevens-Johnson (SJS)/Síndrome de Fuchs (1). Iniciou-se aciclovir oral e, pela gravidade das lesões e limitação alimentar, prednisolona oral. Reconhece-se, contudo, que, neste contexto, perante uma possível infeção herpética, a corticoterapia sistémica é controversa pelo efeito imunossupressor. Verificou-se resolução completa em duas semanas, suspendendo-se então a terapêutica. A PCR para *herpes simplex* tipo 1 (HSV-1) foi positiva e a serologia revelou IgM positiva/IgG negativa, compatível com primo-infeção. A serologia para *Mycoplasma pneumoniae* foi negativa. Não se realizou biópsia da mucosa por ser tecnicamente desafiante em mucosa oral erodida e poder apresentar achados inespecíficos na fase aguda (2). Posteriormente, foram efetuados testes epicutâneos e intradérmicos com os fármacos implicados e alternativos, que foram negativos. O doente realizou provas de provocação com cefuroxima, cefixima e nimesulide, sem reação. Não foram realizadas provas com penicilina ou ibuprofeno, atendendo à gravidade do quadro inicial, limitação que impede a exclusão formal de uma etiologia medicamentosa. Este caso ilustra a dificuldade em distinguir a variante mucosa-predominante de SJS induzida por fármacos da mucosite herpética primária (1,3). A variante mucosa-predominante de SJS, ou síndrome de Fuchs, é rara e constitui um diagnóstico de exclusão, exigindo uma avaliação cuidadosa de causas infecciosas e medicamentosas (3).

A confirmação virológica sustenta a etiologia viral, embora não permita excluir totalmente uma causa medicamentosa, reforçando a importância da integração clínica, laboratorial e alergológica.

COMMENT

A 34-year-old man with no relevant medical history or previous oral/labial herpetic infections presented with painful hemorrhagic erosions of the upper and lower lips and oral mucosa, causing impaired oral intake. There was no cutaneous or ocular involvement, glossitis, systemic symptoms, or other organ/system involvement (Figure 1). The lesions appeared seven days after a single intramuscular dose of penicillin and two days after discontinuing ibuprofen, which had been taken for five days for bacterial tonsillitis. The main differential diagnoses were severe primary herpetic mucositis and mucosa-predominant Stevens–Johnson syndrome (SJS)/Fuchs syndrome (1).

Oral acyclovir was started and, given the severity of the lesions and impaired oral intake, oral prednisolone was added. However, the use of systemic corticosteroid therapy in this context remains controversial, due to its immunosuppressive potential, particularly when herpetic infection is a differential diagnosis. Complete resolution occurred within two weeks, after which therapy was stopped. PCR for herpes simplex virus type 1 (HSV-1) was positive, and serology showed positive IgM/negative IgG, consistent with primary infection. Serology for *Mycoplasma pneumoniae* was negative. Mucosal biopsy was not performed, as biopsy of eroded oral mucosa is technically challenging and may yield nonspecific acute-phase findings (2).

Subsequently, patch and intradermal tests with suspected and alternative drugs were negative. The patient underwent drug provocation tests with cefuroxime, cefixime, and nimesulide, without reaction. Provocation tests with penicillin or ibuprofen were not performed due to the severity of the initial presentation, precluding exclusion of drug-related etiology.

This case illustrates the diagnostic challenge in distinguishing between mucosa-predominant SJS/Fuchs syndrome and severe primary herpetic mucositis. Mucosa-predominant SJS/Fuchs syndrome is rare and remains a diagnosis of exclusion, requiring careful assessment of both infectious and drug-related causes [3]. Virological confirmation supports viral etiology, although a drug-related mechanism cannot be fully excluded, highlighting the importance of integrating clinical, laboratory, and allergological data.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não existem conflitos de interesses.

ORCID

Gonçalo Martins  [0009-0000-8692-5394](#)

Valter Tavares  [0009-0003-1326-7433](#)

Nuzhat Abdurrachid  [0000-0003-1033-3178](#)

Filipa Vassalo  [0000-0002-0467-151X](#)

Cláudia Marques  [0000-0001-6808-8932](#)

Margarida Gomes  [0000-0002-4435-4252](#)

Manuel Branco Ferreira  [0000-0002-4294-7003](#)

Anabela Lopes  [0000-0002-6987-1512](#)

Autor correspondente

Gonçalo Santiago Martins 

Serviço de Imunoalergologia, Unidade Local de Saúde
de Santa Maria – Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal
Avenida Professor Egas Moniz, 1649-035 Lisboa
E-mail: martins48050@gmail.com

REFERÊNCIAS

1. Ingen-Housz-Oro S, Matei I, Gaillet A, Gueudry J, Zaghib K, As-sier H, et al. Diagnosing and managing Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in adults: review of evidence 2017-2023. *J Invest Dermatol* 2025;145(7):1589-1603. doi:10.1016/j.jid.2024.06.1295.
2. Lehman JS, Rogers RS. Acute oral ulcers. *Clin Dermatol* 2016; 34(4):470-4. doi:10.1016/j.clindermatol.2016.02.019.
3. Eyer GC, Heidemeyer K, Exadaktylos A, Ziaka M. Fuchs syndrome with isolated oral mucosa lesions due to severe herpes simplex cheilitis in a patient with idiopathic thrombocytopenic purpura. *Eur J Case Rep Intern Med* 2022;9(4):003278. doi:10.12890/2022_003278.