



DOI: <https://doi.org/10.46296/yc.v10i18.0908>

ERITEMA MULTIFORME RECURRENTE ASOCIADO A HERPES SIMPLE CON COMPROMISO MUCOCUTÁNEO: DIAGNÓSTICO CLÍNICO, TERAPIA ANTIVIRAL Y ENFOQUE RECONSTRUCTIVO-ESTÉTICO

RECURRENT ERYTHEMA MULTIFORME ASSOCIATED WITH HERPES SIMPLEX WITH MUCOCUTANEOUS INVOLVEMENT: CLINICAL DIAGNOSIS, ANTIVIRAL THERAPY AND RECONSTRUCTIVE-AESTHETIC APPROACH

Pico-Sánchez Gabriela Elizabeth ¹; Carrillo-Hidrobo Richard Sebastián ²; Lima-Erreis Daniela del Cisne ³; Eras-Díaz Javier Alejandro ⁴; Medina-Jiménez Karla Mercedes ⁵

¹ Médico, Universidad Técnica De Ambato. Ecuador.

Correo: gabyta101997@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-6479-3756>

² Médico, Hospital del IESS Quito Sur. Ecuador. Correo: sebastiancarrilloh95@gmail.com

³ Médico, Hospital Isidro Ayora Loja. Ecuador.

Correo: dany_le15@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-6188-4297>

⁴ Médico, Hospital Básico Guido Alfonso Díaz. Ecuador.

Correo: javier.eras@unl.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-5771-3470>

⁵ Médico, Centro Médico CAMI. Ecuador. Correo: kmmedinaj14@gmail.com

Resumen

Introducción: El eritema multiforme recurrente asociado a herpes simple representa una entidad mucocutánea inmunomediada, clínicamente desafiante por su tendencia a recurrir, su dolor, el compromiso oral y perioral, y su potencial impacto funcional y estético. Aunque el diagnóstico suele ser clínico, la diferenciación frente a síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, reacción fija medicamentosa y mucositis infecciosa es esencial. **Objetivo:** Sintetizar la evidencia disponible sobre diagnóstico clínico, fisiopatología asociada a HSV, terapia antiviral supresiva y papel complementario de Cirugía Plástica en el cuidado mucocutáneo y la prevención de secuelas reconstructivo-estéticas. **Métodos:** Se estructuró una revisión sistematizada con lineamientos PRISMA 2020. Se incluyeron revisiones, series clínicas, ensayos y artículos de referencia sobre eritema multiforme recurrente, HSV, antivirales y manejo de cicatrices. **Resultados:** La evidencia identifica al HSV como desencadenante central de recurrencias; el ensayo controlado clásico de aciclovir continuo mostró reducción significativa de episodios. El manejo agudo se basa en soporte, analgesia, cuidado local, hidratación, control de infección desencadenante y vigilancia oftalmológica cuando existe compromiso ocular. El enfoque reconstructivo-estético no sustituye al manejo dermatológico/infeccioso, pero agrega valor en lesiones extensas de labios, mucosa oral, región perioral y áreas expuestas mediante curaciones, protección de barrera, prevención de sobreinfección, educación cicatricial y evaluación de secuelas. **Conclusiones:** El abordaje ideal es multidisciplinario. En casos recurrentes relacionados con HSV, la profilaxis antiviral continua debe considerarse individualmente; Cirugía Plástica puede contribuir a preservar función, estética y calidad de vida.

1-8,10-12,23-25

Palabras claves: Eritema multiforme; Herpes simple; Recurrencia; Antivirales; Aciclovir; Cirugía plástica; Cicatriz; Mucosa oral.

Abstract

Background: Recurrent herpes simplex virus-associated erythema multiforme is an immune-mediated mucocutaneous disorder characterized by painful relapses, oral and perioral

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 11 de marzo de 2026.

Fecha de aceptación: 20 de mayo de 2026.

Fecha de publicación: 22 de junio de 2026.



involvement, and functional and esthetic burden. Clinical diagnosis and careful distinction from Stevens-Johnson syndrome, toxic epidermal necrolysis, fixed drug eruption, and infectious mucositis are essential. Objective: To synthesize evidence on clinical diagnosis, HSV-related pathogenesis, suppressive antiviral therapy, and the complementary role of plastic surgery in mucocutaneous care and prevention of reconstructive-esthetic sequelae. Methods: A PRISMA 2020-oriented structured review was prepared, including reviews, clinical series, trials, and key articles on recurrent erythema multiforme, HSV, antivirals, wound care, and scar management. Results: HSV is a major trigger of recurrent disease. Continuous acyclovir prophylaxis has the strongest clinical trial evidence for reducing relapses. Acute management relies on symptomatic care, analgesia, topical therapy, hydration, etiologic control, and ophthalmologic evaluation when ocular involvement is suspected. Plastic surgery does not replace dermatology or infectious disease care but may support lip, oral, perioral, and exposed-skin lesions through advanced wound care, barrier protection, prevention of secondary infection, scar counseling, and assessment of functional or esthetic sequelae. Conclusions: A multidisciplinary approach is recommended. Continuous antiviral prophylaxis should be individualized in HSV-associated recurrent cases, while plastic surgery may help preserve function, esthetics, and quality of life. ^{1-8,10-12,23-25}

Keywords: Erythema multiforme; Herpes simplex; Recurrence; Antiviral agents; Acyclovir; Plastic surgery; Scar; Oral mucosa.

1. Introducción

El eritema multiforme (EM) es una dermatosis inflamatoria aguda, inmunomediada y generalmente autolimitada, caracterizada por lesiones en diana típicas o atípicas, con predominio acral y posible compromiso de mucosas. En la práctica clínica, el diagnóstico se apoya principalmente en la morfología de las lesiones, la distribución, la historia de exposición a infecciones o fármacos y, en casos seleccionados, la histopatología o pruebas etiológicas. ^{3-7,9,19}

El virus herpes simple (HSV) es uno de los desencadenantes infecciosos más relevantes del EM, especialmente en formas recurrentes. La relación temporal

clásica describe brotes cutáneos o mucocutáneos que aparecen días después de una reactivación herpética, aunque también pueden ocurrir episodios con infección subclínica. Este comportamiento explica la utilidad de la profilaxis antiviral continua en pacientes seleccionados. ¹⁰⁻¹⁸

El compromiso mucocutáneo —sobre todo oral, labial y perioral— puede generar dolor intenso, dificultad para la alimentación, alteración de la fonación, deshidratación, costras hemorrágicas, sobreinfección secundaria, hiperpigmentación postinflamatoria y preocupación estética. Por ello, además del diagnóstico dermatológico y la terapia antiviral, el enfoque



reconstructivo-estético desde Cirugía Plástica puede aportar en el cuidado de heridas, protección de barrera, seguimiento cicatricial y evaluación de secuelas funcionales o cosméticas.^{3,4,19,20,23-25}

Esta revisión propone un manuscrito clínicamente publicable que integra el enfoque dermatológico, infeccioso y reconstructivo-estético, con énfasis en el eritema multiforme recurrente asociado a HSV y en el papel complementario de Cirugía Plástica.

Objetivo

Sintetizar la evidencia disponible sobre diagnóstico clínico, fisiopatología, manejo antiviral y abordaje reconstructivo-estético del eritema multiforme recurrente asociado a herpes simple con compromiso mucocutáneo, siguiendo una estructura de reporte compatible con PRISMA 2020.^{1,2}

2. Metodología

Diseño

Se elaboró una revisión sistematizada de la literatura, con síntesis narrativa y organización del reporte según los componentes centrales de PRISMA 2020. Debido a la heterogeneidad de los diseños disponibles —revisiones, series, reportes clínicos y un ensayo controlado pequeño— no se planificó metaanálisis.^{1,2,8}

Pregunta de revisión

En pacientes con eritema multiforme recurrente asociado a herpes simple y compromiso mucocutáneo, ¿cuáles son los criterios clínicos útiles para el diagnóstico, ¿cuáles son las estrategias de terapia antiviral y qué intervenciones complementarias desde Cirugía Plástica pueden prevenir secuelas funcionales o estéticas?

Tabla 1. Estructura PICO/PECO de la revisión

Elemento	Definición operacional
Población	Pacientes pediátricos o adultos con eritema multiforme recurrente, especialmente con lesiones orales, labiales, periorales o cutáneas expuestas.
Exposición/intervención	Infección o reactivación por HSV; tratamiento con aciclovir, valaciclovir o famciclovir; cuidado mucocutáneo y estrategias de prevención cicatricial.
Comparador	Manejo sintomático, ausencia de profilaxis antiviral, tratamientos intermitentes o alternativas inmunomoduladoras en enfermedad refractaria.

Desenlaces	Reducción de recurrencias, control del dolor, cicatrización, preservación funcional, prevención de sobreinfección, hiperpigmentación, cicatrices patológicas y secuelas estéticas.
-------------------	--

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

La búsqueda se estructuró en PubMed/MEDLINE, PubMed Central, fuentes de revisión clínica y búsqueda cruzada de referencias. La fecha de corte utilizada para este manuscrito fue 24 de junio de 2026. La ecuación base combinó términos MeSH y texto libre: “erythema multiforme” AND (“herpes simplex” OR HSV) AND (recurrent OR recurrence OR prophylaxis OR acyclovir OR valacyclovir OR famciclovir), complementada con “oral mucosa”, “lip”, “wound care”, “scar management” y “plastic surgery”. ^{1-8,23-25}

Criterios de elegibilidad

- Inclusión: revisiones, ensayos, series clínicas, reportes con discusión terapéutica y documentos clínicos sobre EM asociado a HSV, recurrencia, profilaxis antiviral, lesiones mucocutáneas o cuidado cicatricial. ^{3-8,10-22}
- Exclusión: documentos centrados exclusivamente en

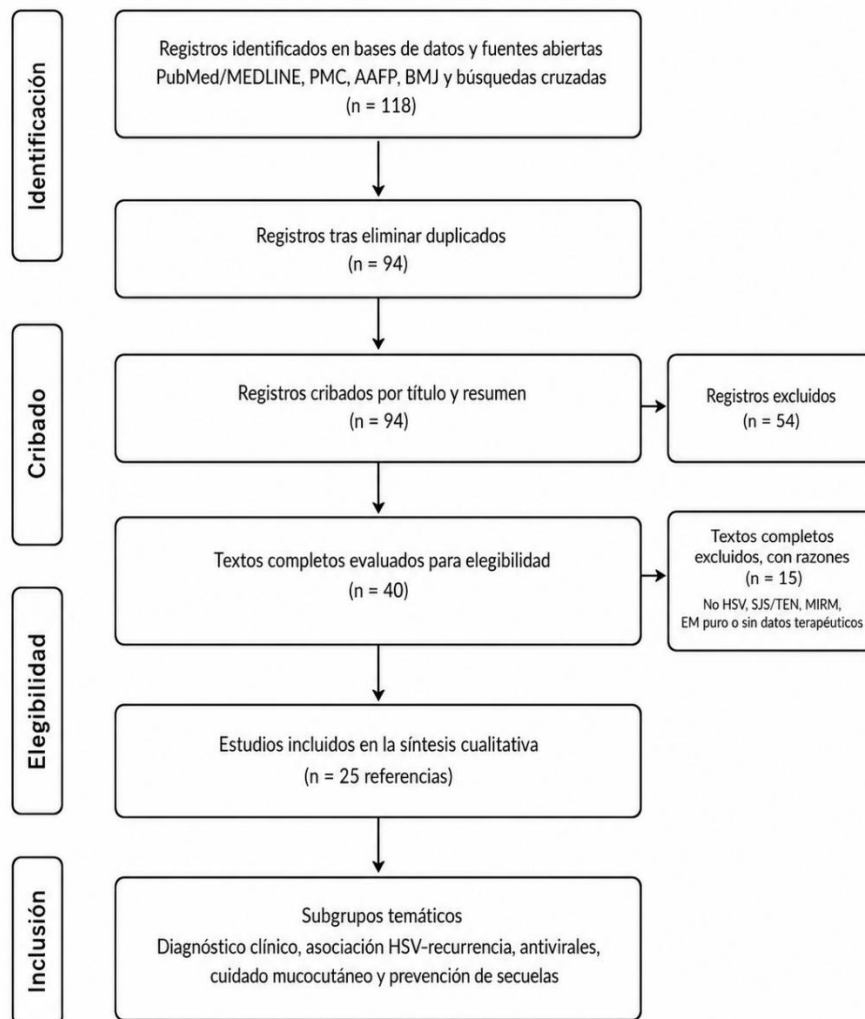
síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica, mucositis inducida por Mycoplasma sin relación con HSV, artículos sin datos clínicos aplicables, opiniones sin base bibliográfica y duplicados.

- Priorización: se asignó mayor peso a revisiones recientes, ensayo controlado con aciclovir, series clínicas de recurrencia y guías/principios de manejo cicatricial en cirugía plástica. ^{7,8,10-12,23-25}

Selección de estudios y síntesis

Los registros fueron organizados por pertinencia temática. La síntesis fue cualitativa por dominios: clínica y diagnóstico diferencial, fisiopatología HSV-EM, eficacia de antivirales, manejo mucocutáneo agudo y aportes reconstructivo-estéticos. Se elaboró un diagrama de flujo PRISMA 2020 editable para facilitar la adaptación a una búsqueda formal de revista. ^{1,2}

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020 de la búsqueda piloto estructurada utilizada para este manuscrito.



3. Resultados y discusión

Características generales de la evidencia

La evidencia disponible es heterogénea. Existen revisiones clínicas amplias, series retrospectivas, reportes de caso y un ensayo controlado pequeño sobre aciclovir continuo. La mayor

consistencia se observa en tres puntos: el diagnóstico suele ser clínico; HSV es el desencadenante más importante en enfermedad recurrente; y la profilaxis antiviral continua reduce recurrencias en pacientes seleccionados, aunque la duración óptima del tratamiento sigue sin definirse con certeza.^{3-8,10-}

14

Tabla 2. Evidencia clínica relevante incluida en la síntesis

Dominio	Hallazgos principales	Implicación clínica	Referencias
Diagnóstico	Lesiones en diana, distribución acral, recurrencia y compromiso mucoso orientan el diagnóstico; la biopsia se reserva para presentaciones atípicas.	Diferenciar EM de SJS/TEN, reacción fija medicamentosa, pénfigo/paraneoplásico y mucositis infecciosa.	3-7,9,19
HSV y recurrencia	HSV puede desencadenar episodios recurrentes con brotes clínicos o subclínicos; se han descrito mecanismos inmunológicos mediados por antígenos virales.	Interrogar por herpes labial/genital, recurrencias previas, latencia y factores precipitantes.	10-18
Antivirales	La mayor evidencia procede de aciclovir continuo 400 mg dos veces al día durante 6 meses; también se usan valaciclovir o famciclovir.	Considerar profilaxis continua en recurrencias frecuentes o incapacitantes asociadas a HSV.	4,7,8,12-14,21,22
Cuidado mucocutáneo	Analgesia, anestésicos/antisépticos orales, corticoides tópicos, hidratación y prevención de sobreinfección son pilares del manejo agudo.	Reducir dolor, deshidratación, limitación alimentaria y morbilidad funcional.	3-7,19-22
Cirugía plástica	El rol es complementario: curaciones, barrera labial, seguimiento cicatricial, manejo de hiperpigmentación o cicatrices patológicas y corrección de secuelas raras.	Optimizar función oral, estética facial, calidad de vida y derivación oportuna.	23-25

Diagnóstico clínico y diagnóstico diferencial

El diagnóstico del EM se fundamenta en lesiones en diana o iris, simétricas, con predominio en extremidades y posible compromiso de mucosas. En el subtipo mucocutáneo asociado a HSV, la afectación oral y labial puede ser prominente, con erosiones dolorosas, costras hemorrágicas y limitación funcional. La historia de herpes labial recurrente, fiebre, pródromos, exposición

medicamentosa y temporalidad de los brotes ayuda a dirigir el diagnóstico. 3-7,9,19,20

La diferenciación con SJS/TEN es crítica. El EM clásico se asocia a lesiones papulares en diana, a menudo acrales, mientras que SJS/TEN se relaciona con máculas purpúricas o dianas atípicas planas, necrosis epidérmica, compromiso sistémico más severo y frecuente relación con fármacos. La mucositis inducida por *Mycoplasma*/RIME puede tener mucositis intensa con



escasas lesiones cutáneas; por tanto, debe considerarse si hay clínica respiratoria.³⁻⁷

Tabla 3. Diagnóstico diferencial práctico

Entidad	Claves clínicas	Diferenciación útil	Conducta sugerida
Eritema multiforme asociado a HSV	Lesiones en diana típicas; recurrencia; antecedente de herpes labial/genital; mucosa oral/labial frecuente.	Relación temporal con HSV, distribución acral y curso autolimitado.	Confirmación clínica; valorar PCR/serología según caso; antiviral si HSV probable.
SJS/TEN	Máculas purpúricas extensas, dolor cutáneo, desprendimiento epidérmico, fiebre y afectación sistémica.	Mayor severidad, necrosis epidérmica y asociación medicamentosa.	Hospitalización, suspensión de fármaco, manejo especializado urgente.
RIME/MIRM	Mucositis severa, síntomas respiratorios, lesiones cutáneas escasas o atípicas.	Asociación con Mycoplasma pneumoniae u otros agentes respiratorios.	Estudio respiratorio y antibiótico si corresponde.
Reacción fija medicamentosa	Placas bien delimitadas que reaparecen en el mismo sitio tras fármaco.	Topografía fija y exposición medicamentosa repetida.	Suspender desencadenante; farmacovigilancia.
Enfermedad ampollar autoinmune	Ampollas tensas o erosiones persistentes; curso crónico.	Inmunofluorescencia e histología compatibles.	Biopsia y manejo dermatológico.

Fisiopatología asociada a HSV

La fisiopatología del EM asociado a HSV se interpreta como una reacción inmunomediada frente a antígenos virales. Los trabajos mecanísticos describen transporte de fragmentos de ADN viral hacia la piel por células mononucleares, expresión de proteínas virales en queratinocitos y activación de respuestas Th1 con interferón gamma, necrosis queratinocitaria y

cascada inflamatoria. Esta explicación respalda el uso de profilaxis antiviral en casos recurrentes, aunque no todos los episodios de EM son herpéticos ni todos los brotes de HSV desencadenan EM.¹⁵⁻¹⁸

Terapia antiviral

El tratamiento antiviral debe diferenciar dos escenarios: manejo del brote herpético agudo y

prevención de recurrencias. En EM ya establecido, los antivirales iniciados tardíamente pueden no modificar de forma clara la resolución de las lesiones; en cambio, la profilaxis continua parece más útil para evitar nuevos episodios en enfermedad recurrente asociada a HSV. 4,7,8,12-14,21,22

El ensayo doble ciego con aciclovir incluyó pacientes con más de cuatro ataques anuales de EM y mostró que aciclovir 400 mg dos veces al día durante seis meses redujo de forma marcada las recurrencias frente a placebo. Series clínicas y revisiones posteriores sostienen que aciclovir, valaciclovir o famciclovir pueden considerarse en pacientes con recurrencias frecuentes, incapacitantes o temporalmente vinculadas a HSV. 4,10-14

En la práctica, las opciones citadas en revisiones clínicas incluyen aciclovir 400 mg cada 12 horas, valaciclovir 500 mg cada 12 horas o famciclovir 250 mg cada 12 horas como profilaxis, individualizando duración, función renal, adherencia, interacciones, embarazo, inmunosupresión y recurrencia tras suspensión. 4,7,8,12

Abordaje mucocutáneo y papel de Cirugía Plástica

La integración de Cirugía Plástica debe entenderse como un componente complementario, especialmente cuando existen lesiones extensas de labios, comisuras, mucosa oral, región perioral, manos u otras zonas visibles. Sus objetivos no son “operar” el brote agudo, sino preservar barrera cutánea, función oral, hidratación, confort, estética facial y calidad de cicatrización. 3,4,19,23-25

Durante el brote, el manejo local puede incluir higiene suave, emolientes oclusivos en labios, barreras protectoras, curaciones no adherentes si hay erosiones cutáneas, control del exudado, prevención de fisuras comisurales, analgesia tópica/oral, vigilancia de sobreinfección y educación para evitar manipulación de costras. Las lesiones abiertas no deben tratarse como cicatrices maduras; las estrategias de silicona o masaje cicatricial se reservan para fases de epitelización completa y según evaluación clínica. 4,23-25



Tras la resolución, el seguimiento reconstructivo-estético puede valorar discromías, cicatrices hipertróficas, retracciones comisurales, sinequias, alteración del contorno labial, limitación de apertura oral o impacto psicosocial.

sin cicatriz significativa, pero los brotes severos o recurrentes justifican vigilancia, fotoprotección, hidratación, control de tensión cutánea y tratamiento escalonado de cicatrices patológicas si aparecen.

19,23-25

En la mayoría de casos el EM cura

Tabla 4. Algoritmo clínico integrando Dermatología, Infectología y Cirugía Plástica

Momento	Objetivo	Intervenciones principales	Especialidades clave
Evaluación inicial	Confirmar EM y descartar urgencias	Historia de HSV/fármacos; distribución de lesiones; mucosas; dolor; hidratación; signos oculares; considerar biopsia si atípico.	Dermatología, Medicina interna/urgencias
Brote agudo leve-moderado	Control sintomático y barrera	Corticoide tópico según localización; antihistamínico si prurito; anestésicos/antisépticos orales; emolientes labiales; curaciones no adherentes.	Dermatología, Odontología/Estomatología, Cirugía Plástica
Brote severo	Prevenir deshidratación y secuelas	Analgesia, hidratación IV si no tolera vía oral; valoración oftalmológica urgente; vigilancia de infección; hospitalización si compromiso sistémico.	Dermatología, Oftalmología, Infectología, Cirugía Plástica
Recurrencia asociada a HSV	Reducir nuevos episodios	Profilaxis antiviral continua; educación sobre pródromos; revisión de adherencia, función renal e inmunosupresión.	Dermatología, Infectología
Fase postinflamatoria	Optimizar función y estética	Fotoprotección; hidratación; control de hiperpigmentación; silicona solo si epitelización completa y cicatriz hipertrófica; manejo de retracciones o sinequias raras.	Cirugía Plástica, Dermatología

Discusión

La evidencia respalda que el EM recurrente asociado a HSV es una entidad distinta de las reacciones mucocutáneas graves inducidas por fármacos. El énfasis diagnóstico debe ponerse en la morfología de las lesiones, la recurrencia, la temporalidad con HSV y la exclusión de diagnósticos de alto riesgo. Esta precisión es relevante porque las decisiones terapéuticas difieren: en SJS/TEN domina la retirada del fármaco y el soporte especializado; en EM-HSV recurrente cobra importancia la profilaxis antiviral.^{3-8,10-14}

El principal soporte terapéutico procede del ensayo con aciclovir continuo y de series posteriores. Aunque el número de pacientes fue pequeño, la magnitud del efecto y la plausibilidad biológica han sostenido el uso de profilaxis antiviral en pacientes con recurrencias frecuentes. La decisión debe individualizarse y evitar tratamientos prolongados sin seguimiento de tolerancia, función renal y adherencia.^{4,7,8,12}

El aporte de Cirugía Plástica es especialmente pertinente en

manuscritos con compromiso labial/perioral, porque permite comunicar un enfoque orientado a función y estética. El cirujano plástico puede participar en curaciones, prevención de trauma adicional, manejo de heridas superficiales, seguimiento de cicatrices y corrección de secuelas infrecuentes. Sin embargo, la cirugía reconstructiva durante el brote no es tratamiento de primera línea; debe reservarse para complicaciones, secuelas o diagnósticos diferenciales que lo ameriten.²³⁻²⁵

Desde una perspectiva de publicación, el valor del tema aumenta al integrar diagnóstico clínico, terapia antiviral y prevención de secuelas mucocutáneas, evitando presentar el enfoque reconstructivo-estético como una intervención quirúrgica innecesaria. Esta formulación es más ética y científicamente sólida, y puede interesar a revistas de dermatología, estomatología, cirugía plástica, medicina familiar o infectología clínica.



4. Conclusiones

El eritema multiforme recurrente asociado a HSV debe sospecharse ante lesiones en diana recurrentes, compromiso oral/labial y antecedente de herpes simple. 3-7,10-18

La profilaxis antiviral continua, especialmente con aciclovir, tiene el respaldo clínico más sólido para reducir recurrencias en pacientes seleccionados. 4,8,12

El manejo agudo debe priorizar analgesia, hidratación, cuidado de mucosas, prevención de sobreinfección y derivación oftalmológica si hay síntomas oculares. 3-7,19-22

Cirugía Plástica aporta valor en lesiones labiales, periorales o cutáneas visibles mediante cuidado de heridas, protección de barrera, seguimiento cicatricial y manejo de secuelas funcionales o estéticas. 23-25

El enfoque recomendado es multidisciplinario: Dermatología, Infectología/Medicina interna, Odontología/Estomatología,

Oftalmología y Cirugía Plástica según extensión y severidad.

Bibliografía

1. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71.
2. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n160. doi:10.1136/bmj.n160.
3. Kechichian E, Dupin N, Wetter DA, Ortonne N, Agbo-Godeau S, Chosidow O. Erythema multiforme. *EClinicalMedicine*. 2024;77:102909. doi:10.1016/j.eclinm.2024.102909.
4. Traves KP, Love G, Studdiford JS. Erythema multiforme: recognition and management. *Am Fam Physician*. 2019;100(2):82-88.
5. Sokumbi O, Wetter DA. Clinical features, diagnosis, and treatment of erythema

- multiforme: a review for the practicing dermatologist. *Int J Dermatol.* 2012;51(8):889-902. doi:10.1111/j.1365-4632.2011.05348.x.
6. Lerch M, Mainetti C, Terziroli Beretta-Piccoli B, Harr T. Current perspectives on erythema multiforme. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2018;54(1):177-184. doi:10.1007/s12016-017-8667-7.
 7. Soares A, Sokumbi O. Recent updates in the treatment of erythema multiforme. *Medicina (Kaunas).* 2021;57(9):921. doi:10.3390/medicina57090921.
 8. de Risi-Pugliese T, Sbidian E, Ingen-Housz-Oro S, Le Cleach L. Interventions for erythema multiforme: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(5):842-849. doi:10.1111/jdv.15447.
 9. Huff JC, Weston WL, Tonnesen MG. Erythema multiforme: a critical review of characteristics, diagnostic criteria, and causes. *J Am Acad Dermatol.* 1983;8(6):763-775. doi:10.1016/S0190-9622(83)80003-6.
 10. Schofield JK, Tatnall FM, Leigh IM. Recurrent erythema multiforme: clinical features and treatment in a large series of patients. *Br J Dermatol.* 1993;128(5):542-545. doi:10.1111/j.1365-2133.1993.tb00232.x.
 11. Wetter DA, Davis MDP. Recurrent erythema multiforme: clinical characteristics, etiologic associations, and treatment in a series of 48 patients at Mayo Clinic, 2000 to 2007. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62(1):45-53. doi:10.1016/j.jaad.2009.06.046.
 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(2):267-270. doi:10.1111/j.1365-2133.1995.tb05024.x.
 13. Lemak MA, Duvic M, Bean SF. Oral acyclovir for the prevention of herpes-associated erythema multiforme. *J Am Acad Dermatol.* 1986;15(1):50-54.
 14. Huff JC. Acyclovir for recurrent erythema multiforme caused by herpes simplex. *J Am Acad Dermatol.* 1988;18(1 Pt 2):197-199. doi:10.1016/S0190-9622(88)70027-4.
 15. Aurelian L, Ono F, Burnett J. Herpes simplex virus (HSV)-



- associated erythema multiforme (HAEM): a viral disease with an autoimmune component. *Dermatol Online J.* 2003;9(1):1.
16. Aurelian L, Kokuba H, Burnett JW. Understanding the pathogenesis of HSV-associated erythema multiforme. *Dermatology.* 1998;197(3):219-222. doi:10.1159/000018000.
17. Kokuba H, Aurelian L, Burnett J. Herpes simplex virus associated erythema multiforme is mechanistically distinct from drug-induced erythema multiforme. *J Invest Dermatol.* 1999;113(5):808-815.
18. Weston WL, Morelli JG. Herpes simplex virus-associated erythema multiforme in prepubertal children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997;151(10):1014-1016.
19. Samim F, Auluck A, Zed C, Williams PM. Erythema multiforme: a review of epidemiology, pathogenesis, clinical features, and treatment. *Dent Clin North Am.* 2013;57(4):583-596. doi:10.1016/j.cden.2013.07.001.
20. Du Y, Wang F, Liu T, Jin X, Zhao H, Chen Q, et al. Recurrent oral erythema multiforme: a case series report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2020;129(4):e224-e229. doi:10.1016/j.oooo.2019.11.013.
21. Woo SB, Challacombe SJ. Management of recurrent oral herpes simplex infections. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;103 Suppl:S12.e1-S12.e18. doi:10.1016/j.tripleo.2006.11.001.
22. Osterne RLV, Matos Brito RG, Pacheco IA, Alves APNN, Sousa FB. Management of erythema multiforme associated with recurrent herpes infection: a case report. *J Can Dent Assoc.* 2009;75(8):597-601.
23. Mustoe TA, Cooter RD, Gold MH, Hobbs FDR, Ramelet AA, Shakespeare PG, et al. International clinical recommendations on scar management. *Plast Reconstr Surg.* 2002;110(2):560-571. doi:10.1097/00006534-200208000-00031.
24. Monstrey S, Middelkoop E, Vranckx JJ, Bassetto F, Ziegler UE, Meaume S, et al. Updated scar management practical guidelines: non-invasive and invasive measures. *J Plast Reconstr*



Aesthet Surg.
2014;67(8):1017-1025.
doi:10.1016/j.bjps.2014.04.01
1.

25. Commander SJ, Chamata E, Cox J, Dickey RM, Lee EI. Update on postsurgical scar management. Semin Plast Surg. 2016;30(3):122-128. doi:10.1055/s-0036-1584824.