http://dx.doi.org/10.14368/jdras.2013.29.4.418

치근 절제술의 합병증으로 오인 가능한 재발성 구내 헤르페스

[1]원광대학교 치과대학 치과보존학교실,
[2]강릉원주대학교 치과대학 치주과학교실,
[3]전남대학교 치의학전문대학원 치과보존학교실

홍성옥[1] · 이재관[2] · 장훈상[3]

본 증례에서는 치근 절제술의 합병증으로 오인할 수 있는 재발성 구내 헤르페스에 대해 보고하고자 한다. 49세 남환이 상악 좌측 제1대구치의 근심협측 치근의 수직파절로 근관치료 후 근심협측 치근절제술을 시행하였다. 19개월 후 환자는 뜨거운 고기를 씹은 후에 좌측 구개부가 헐고 불편하다는 주소로 재내원하였다. 구강 내 검사 시 상악 좌측 제1대구치의 구개측 치은에 농루로 의심되는 융기부위가 관찰되었다. 임상 검사에서 치아는 치주탐침 시 출혈을 보였고 5 mm 이하의 치주낭이 관찰되었으나 치아동요도는 없었다. 방사선 검사에서 구개측 치근에 치주인대강 비후의 소견을 보였다. 농루로 의심되는 부위에 gutta percha cone을 이용한 농루 추적을 시도하였으나 삽입되지 않았다. 시야를 넓혀 구개 전방부를 관찰하였을 때 작은 원형의 궤양이 다수 관찰되었고 환자는 동통을 호소하였다. 이상의 소견으로 비치성 동통으로 판단하여 구강내과에 의뢰하였고 구강내과에서 재발성 구내 헤르페스로 진단하여 항바이러스제 처방 후 환자의 통증 및 구개측 치은의 궤양이 소실되었다. (**구강회복응용과학지** 2013:29(4):418 - 425)

주요어: 치근 절제술, 재발성 구내 헤르페스, 단순 헤르페스 바이러스, 농루, 비치성 동통

서 론

Herpes simplex virus (HSV)는 사람의 피부와 점막에 감염을 일으키는 이중 나선 DNA 바이러스이다. 사람에게 영향을 미치는 HSV는 대부분 HSV-1과 HSV-2로, HSV-1은 주로 구강, 안면 등 허리 윗부분에 감염을 일으키고, HSV-2는 주로 생식기, 하지 등 허리 아랫부분에 감염을 일으키지만 간혹 중복 감염이 일어나기도 한다.[1] 구강악안면 영역에 감염을 일으키는 HSV-1은 이중나선 DNA를 포함한 정20면체의 nucleocapsid와 이를 외피가 둘러싸고 있는 형태의 DNA virus로 직경이 120~150 nm 정도이다.[2,3] 대부분의 사람들은 평생 동안 한 번 이상 HSV에 감염된다. HSV-1에

교신저자: **장훈상**
전남대학교 치의학전문대학원 치과보존학교실
광주광역시 북구 용봉로 77, 500-757, 대한민국
Tel: +82-62-530-5620, Fax: +82-62-530-5629, E-mail: conden@jnu.ac.kr
원고접수일: 2013년 9월 21일, 원고수정일: 2013년 9월 29일, 원고채택일: 2013년 10월 25일

의한 감염은 전세계적으로 발생하며, 계절적인 편차가 없다.[1] HSV-1에 의한 감염은 유년기에서부터 점차 증가하여 장년기에 70~80%에 도달하며[4,5] 산업화된 인구일수록, 그리고 사회경제적인 지위가 높을수록 유병률이 감소한다.[1,6,7] 개발도상국의 경우 5세 소아의 약 33%에서 HSV-1 감염을 보이고 청소년의 약 70~80%에서 감염된다. 반면에 선진국의 중상위 계층에서는 5세 이하의 소아에서 약 20%, 20~40 세에서 약 40~60%의 감염을 보인다.[1]

대부분의 HSV-1은 감염된 사람의 병소와 직접적으로 접촉하거나 감염된 타액과 점막이 접촉하여 감염을 일으킨다.[1,3,8,9] HSV-1은 감염 후 구강 점막 상피세포를 관통하여 바이러스 복제를 시작한다. 새로 복제된 HSV-1은 감각 신경 말단에 도달한 후 삼차 신경절에 잠복한다.[10] 이 때 HSV-1의 바이러스 복제로 인해 상피세포가 많이 파괴되지 않은 경우 이를 증상이 없는 원발성 감염이라고 하며,[10] 새로 형성된 virion으로 인해 인접 상피세포가 감염되어 세포용해가 일어나고 감염자의 면역체계에 의해 염증 반응이 발생하면 이를 임상적 증상이 명확한 원발성 감염이라고 한다.[10] 구강 내 또는 구강 주위의 원발성 HSV-1 감염은 치은구내염의 형태로 나타나며 삼차 신경절에 잠복한 바이러스의 재활성화에 의한 것은 가벼운 증상의 피부 또는 피부점막의 병증을 나타내며 이를 재발성 구순 헤르페스(recurrent herpes labialis)라 한다.[11]

소아에서의 원발성 HSV-1 감염은 대부분 증상이 없거나 미약하여 당사자나 부모가 인지하지 못하는 경우가 많다.[3] 증상이 있는 symptomatic herpetic gingivostomatits의 경우 2~20일의 잠복기를 거쳐 열이 나거나 몸이 불편한 것 같은 비특이적인 증상을 겪는다.[8,9] 1~3일 내에 구강 내 점막(협점막, 경구개, 연구개, 구강저, 혀, 치은 등)에 1~2 mm 직경의 작은 수포가 다수 형성되고 수 일 내에 파열되면서 위막으로 덮히고 동통을 일으키는 얕고 불규칙한 형태의 궤양이 된다.[7,9,12] 이 궤양은 약 12일 전후로 흉터없이 소실되며 전신 상태 또한 정상적으로 회복된다.[9,13]

Herpes의 어원은 'creep' 또는 'crawl', 즉 '살며시 들어오다' 란 뜻의 고대 그리스어로, HSV-1은 원발성 감염 후 감각신경 말단과 신경절에 잠복한다.[1] 무증상으로 오랜 기간 동안 신경절에 잠복하다 감염자의 면역이 저하되었을 때 재활성화 되어 신경섬유를 타고 병변부 피부나 점막에서 바이러스의 증식에 의한 수포를 형성한다. 이와 같은 잠복기와 재활성화 상태가 감염자에서 평생 동안 반복하여 일어난다. 재발성 감염의 기간은 몇 달에서 몇 년까지 다양하다.[3] 일반적으로, 재발성 감염의 경우 원발성 감염과 비교하여 전구증상이 미약하여 병변이 국소화되고 지속시간도 짧아 보통 1~2주 후 자연 치유되며, 국소적인 임파선염이 동반 될 수 있다.[7,14,15] 재발성 HSV-1 감염으로 인한 재발성 구순 헤르페스(recurrent herpes labialis)는 붉은 반점(macule) 단계로 시작하여 감염성이 높은 수포(vesicle)가 형성되고 궤양과 딱지(pustular scab)가 생기며 1~10일 이내에 회복된다.[7,14,15] 전구 증상으로 입술 주위의 감각이상, 작열감 또는 가려움증 등이 감염자의 약 46~60% 정도에서 발생한다.[3] 재발성 구내 헤르페스(recurrent intraoral herpes) 감염은 보통 keratinized surfaces에서 일어나며 그 증상이 재발성 구순 헤르페스와 유사하나 궤양으로부터 회복 시에 딱지가 형성되지 않는다.[9,12]

반면에, 근관치료의 실패로 인한 만성 근관 감염은 부착치은에 국소적인 발적과 부종을 보이거나 농루(sinus tract)라고 하는 부착치은과 교통하는 배농로를 형성한다.[16] 이 통로는 부착치은에 작은 구멍을 형성하며 감염된 공간과 직접적으로 연결되어 있다. 원인치의 근관치료로 근관병소가 치유되면 농루가 폐쇄되는 것이 일반적이나 농루가 치유되지 않는다면 잘못된 진단 혹은 다른 원인에 의한 것이므로 정확한 진단이 필요하다.[17]

본 증례에서는 치근의 수직파절로 인해 치근을 절제한 치아의 구개측 치은 부위에 발생한 재발성 구내 헤르페스로 인한 수포(blister)와 근관

치료 또는 치근절제의 실패로 인한 치성 농루와의 감별진단이 요구되어 이에 대해 보고하고자 한다.

증 례

49세 남자 환자가 일주일 전 뜨거운 고기를 씹다 입천장을 데인 이후로 좌측 구개부가 헐고 불편하다는 주소로 내원하였다. 임상 검사에서 상악 좌측 제1대구치는 타진 검사 및 저작검사에서 양성반응으로 보였고, 구개 측 치근단 부위에 농루로 의심되는 방사상의 붉은 테두리를 가진 작은 융기가 관찰되었다. 치근단 방사선 사진에서는 상악 좌측 제1대구치 구개측 치근단 부위에 치주인대강의 비후가 의심되었다(Fig. 1).

치과 과거력 조사 시에 상악 좌측 제1대구치는 19개월 전 근심협측 치근을 절제한 병력이 있었다. 당시 환자는 찬물에 시리고 저작 시 통증이 있다는 주소로 내원하였으며 임상 검사 및 방사선 사진 검사 결과 상악 좌측 제1대구치의 근심협측 치근의 수직파절로 인한 비가역성 치수염으로 진단하여 근관치료 후 근심협측 치근절제술을 시행하였다(Figs. 2, 3). 치근절제술 1개월 후 소환조사 시 상악 좌측 제1대구치에 특이할 만한 임상소견이 관찰되지 않아 주조금관으로 수복하였다. 치근절제 9개월 후의 소환조사 시 임상검사에서 절제된 협측 치근 부위에 치주탐침 시 출혈 및 5 mm 이하의 치주낭이 관찰되고, 방사선 사진상 근심측의 수직 골소실이 관찰되어 치주치료를 위해 치주과에 의뢰하였다. 치근절제술

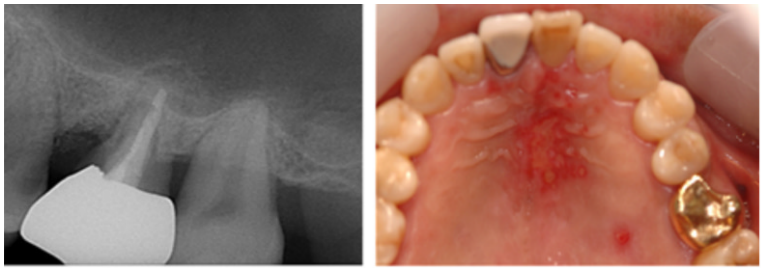


Fig. 1. Periapical radiograph and photograph of the left maxillary first molar with gum boil-like blister at the apical part of the palatal root. Mesiobuccal root of the tooth was previously resected.



Fig. 2. Periapical radiograph of the left maxillary first molar with vertical root fracture of the mesiobuccal root.



Fig. 3. Periapical radiograph of the left maxillary first molar with mesiobuccal root resection and crown cementation.



Fig. 4. Periapical radiograph of the left maxillary first molar after guided bone regeneration.



Fig. 5. Intraoral photograph after 3 days of antiviral medication without any ulcerations.

11개월 후 치주과에서 치주판막수술 및 근심 골결손 부위에 치과용 골이식재(OCS-B, Nibec Inc., Jincheon, Korea)를 이용한 골재생유도술(guided bone regeneration)을 시행하였다(Fig. 4).

상악 좌측 제1대구치 구개 측 치은의 농루로 의심되는 융기 부위가 구개 측 치근의 치근단 부위에 위치하여 근관치료 또는 치근 절제술의 실패에 의한 것인지를 감별하기 위해 임상 검사 및 방사선 검사를 시행하였다. 임상 검사에서 구개측 치은의 융기 부위에 gutta percha cone을 이용하여 농루 추적을 시도하였으나 환자는 통증을 호소하고 gutta percha cone이 삽입 되지 않았다. 구개측 치은의 융기 부위는 촉진 시에 fluctuation이 관찰되지 않았으며 부착치은의 부종도 관찰되지 않았다. 치아의 동요도와 치주낭의 깊이는 정상적인 범위 이내로 측정되었다. 방사선 사진 상에서 구개측 치근단 부위의 치주인대강의 비후가 의심되나 근심협측의 골파괴는 관찰되지 않았다.

상악 좌측 제1대구치 주변에 국한된 시야를 넓혀서 구개 부위를 전반적으로 관찰하여 보니, 구개 전방부에 통증을 동반한 원형의 작은 궤양을 다수 관찰 할 수 있었고, 환자는 이 부위에서 약 일주일 정도 통증이 지속되었다고 하였다. 따라서, 바이러스 감염으로 인한 비치성 동통으로 판단하여 구강내과에 의뢰하였다. 구강내과에서 HSV-1 감염으로 진단하여 하루 5회 Acyclovir (Zovirax tablet, Dong-A Pharm, Inc., Seoul, Korea) 400 mg을 경구 투여하는 항바이러스제를 처방하였고, 3일 후 환자의 통증 및 구개측 치은의 궤양이 소실되었다(Fig. 5).

고 찰

삼차 신경절에 잠복되어 있는 HSV는 자발적이거나 여러 외부 요인에 의해 재활성화되어 재발성 구내 헤르페스를 일으킨다.[7,14,18,19] 본 증례의 경우, 뜨거운 음식으로 인한 구개 전방부 각화치은의 화상과 음식물의 저작이 발단이 되어 HSV-1이 재활성화 된 것으로 추측된다. 이전 연구에서 Eisen은[12] 음식물 저작이나 구강 위생 관리 등의 구강 내의 경미한 자극만으로도 HSV-1이 재활성화된다는 보고를 하였다. 또한 육체적, 정신적 스트레스, 고열, 자외선 조사 등으로 인해 HSV-1이 재활성화된다는 보고도 있다.[3,10]

이번 증례에서 상악 좌측 제1대구치 구개측 치근단 부위 치은의 수포가 독립적으로 존재하여 이것이 근관치료 또는 치근절제술의 실패로 인한 치성 농루와의 감별진단이 요구되었다. 농루로 의심되었던 수포의 위치는 #26의 치근단 부위

로 과거에 소환조사하여 촬영된 방사선 사진과 비교 시 약간의 치주인대강의 비후가 관찰되었으나 정상범위 내의 치주낭이 탐침되었고 환자의 임상적 증상을 보았을 때 치근절제술 후 불편감, 부종, 동요도 측면에서 인지할만한 소견이 없었다. 농루의 추적을 위해 gutta percha cone을 농루로 의심되는 부위에 삽입을 하려 했으나 환자는 통증을 호소하고 추적이 되지 않았다. 치성 감염을 감별할 때 적당한 크기의 gutta percha cone을 이용하여 농루를 추적하면 농루가 부착치은과 감염 부위를 직접 연결해 주기 때문에 감염원을 쉽게 찾을 수 있게 된다. 근관치료를 통해 원인을 제거하면 농루는 며칠 내로 깨끗하게 소실된다. 구강 내에서 농루는 원인치의 치근단에서 농양이 해면골을 흡수시키고 피질골과 점막성 골막을 통과하여 주로 협측 혹은 설측 치조점막, 부착치은 혹은 치은열구나 치근 이개부에 위치하게 된다. 또한 농루가 발생하는 과정에서는 동통이 있을 수 있으나 일반적으로 농루와 관계된 치근단 주위 감염은 동통을 유발하지 않는다. 농루는 감염성 삼출물을 배출함으로써 동통을 완화시킬 뿐만 아니라 감염원의 감별진단에 유용하게 사용할 수 있다.[17]

상악 좌측 제1대구치 주변에 국한된 시야를 넓혀서 구개를 전반적으로 관찰하였을 때, 구개 전방부에 통증을 동반한 작은 원형의 수포와 궤양을 다수 관찰 할 수 있었고, 환자는 이 부위의 통증이 약 일주일 정도 지속되었다고 하였다. 따라서 근관치료 또는 치근절제술에 의한 치성 합병증을 배제할 수 있었고 구강내과로 의뢰하였다.

구강 내 궤양을 증상으로 나타내는 가장 흔한 구강내 병소는 재발성 아프타성 구내염(recurrent aphthous stomatitis)과 재발성 구내 헤르페스 등이 있어 감별이 필요하다. 두 질환 모두 독립적으로 생성되는 비교적 작은 크기의 구내 궤양이 자연치유되는 양상을 보인다.[12] 재발성 아프타성 구내염은 면역매개성 질환으로 원인이 불명확하나 재발성 구내 헤르페스와 증상이 유사하게 작고 통증이 있는 재발성 궤양이 특징적이며 이는 7~10일 내에 소실된다.[12] 그러나 재발성 아프타성 구내염에서는 구강외 병소가 관찰되지 않으며[13] 구내 병소는 대부분 비각화점막에 발생하지만 재발성 구내 헤르페스에서는 주로 경구개와 같은 각화점막에 발생한다.[12] Varicella zoster virus (VZV)에 의한 감염(수두) 또한 HSV에 의한 감염과 유사한 구강 주변의 궤양을 형성한다. 피부에 반구진성 발진을 보이며 빠르게 수포나 농포로 진행되며 파열된 후 딱지를 형성한다.[20,21] 구강 내 감염도 드물게 일어나지만 편측으로만 발생하고 통증이 매우 심해 재발성 구내 헤르페스와는 감별이 가능하다.[9] Eisen은[12] 재발성 구내 헤르페스의 특징을 다음과 같이 기술하였다. 궤양은 대부분의 경우 단발적이기보다는 2~5개 정도로 다발적으로 발생하고 각 궤양의 크기는 일반적으로 5 mm 이하이며, 홍반성 기저부에 황색 위막으로 덮힌 얕은 궤양의 형태를 하고 있으며 주로 상악의 각화점막에서 발생한다고 하였다. 이는 본 증례와 정확히 일치하는 특징이다.

본 증례에서와 같이 일반적으로 HSV-1 감염에 대한 진단은 주로 구강외 또는 구강내 임상검사를 기초로 이루어진다.[13] 보다 정확한 진단을 위해서는 Tzanck test나 viral culture, 또는 PCR이 요구된다.[9] Tzanck test는 진료실에서 신속하게 사용할 수 있는 비교적 저렴한 진단 도구이나[9] HSV 감염의 약 60%만이 검출되며 HSV-1, HSV-2, 또는 VZV를 구분할 수 없는 한계가 있다.[10] Viral culture나 PCR을 이용하면 정확한 진단이 가능하나 병원 내에서 이런 장비를 운영하는 것이 어려운 실정이다.[1,10,12] 또한 3일 이상 경과한 궤양에서는 viral culture를 하더라도 양성 반응을 보이는 경우가 유의하게 감소하는데 이는 HSV의 cytopathogenic effect가 일시적이기 때문이다.[22]

일반적으로 소아에서의 원발성 구내 헤르페스는 거의 증상이 없어 별다른 치료가 요구되지 않고, 성인에서도 자연치유가 되기 때문에 구내염의 증상이 가벼운 경우 통증을 완화시키기 위해 도포 마취제를 사용하는 것이 추천되며[9] HSV-1에 의한 감염이 의심되거나 감염의 초기 단계에

서는 항바이러스 치료가 유리하다.[3] 재발성 구내 헤르페스의 경우 각화 점막에 생성된 궤양은 심한 통증을 유발하기 때문에 병변의 기간이 길고 증상도 심할 경우에는 통증을 경감시켜 음식물 섭취를 수월하게 하여 병소의 자연치유를 촉진시키고 항바이러스 치료를 하여 바이러스의 전파를 방지하는 것이 중요하다.[9,10] 재발성 구순 헤르페스는 통증이 있으나 자연치유되기 때문에 대개 치료가 필요하지 않다. 코코아버터 크림, 라놀린 크림, petrolatum 등을 해당 부위에 도포하여 통증을 완화시키는 것이 권장되며[9] 구순 부위가 많이 불편하지 않더라도 적절한 위생관리를 통해 바이러스의 전파를 방지하는 것이 중요하다. 도포용 또는 경구용 약제를 사용하여 초기 단계의 재발성 구순 헤르페스의 증상을 완화시키는 것도 좋은 방법이다.[11]

면역이 저하된 환자의 HSV-1 감염은 사망률이 높은 산재성 바이러스 감염의 위험성이 있기 때문에 신속한 치료가 필요하다.[10] 면역이 저하된 환자에서는 항바이러스 치료가 필수적이며 일반적으로 acyclovir 400 mg을 하루에 3~5회 10일간 경구 투여하여 viral shedding을 최소화하고 통증을 조절하며, 치유를 촉진시킨다.[11]

결 론

재발성 구내 헤르페스로 인해 치근 주위의 각화점막에 수포나 궤양이 생성되면 수포나 궤양의 위치에 따라 그 원인이 치성인지 비치성인지를 병력청취와 임상검사를 통하여 감별하고 비치성일 경우 바이러스 감염여부를 파악하여 필요할 경우 투약을 통해 통증을 완화하고 치료를 해야 할 것으로 사료된다.

연구비 지원 및 사의

이 논문은 2012학년도 원광대학교의 교비지원에 의해서 수행됨.

REFERENCES

1. Whitley RJ, Roizman B. Herpes simplex virus infections. Lancet 2001;357:1513-1518.
2. Grunewald K, Desai P, Winkler DC, et al. Three-dimensional structure of herpes simplex virus from cryo-electron tomography. Science 2003;302:1396-1398.
3. Arduino PG, Porter SR. Herpes Simplex Virus Type 1 infection: overview on relevant clinico-pathological features. J Oral Pathol Med 2008;37: 107-121.
4. Stock C, Guillen-Grima F, de Mendoza JH, et al. Risk factors of herpes simplex type 1 (HSV-1) infection and lifestyle factors associated with HSV-1 manifestations. Eur J Epidemiol 2001;17:885-890.
5. Miller CS, Danaher RJ, Jacob RJ. Molecular aspects of herpes simplex virus I latency, reactivation, and recurrence. Crit Rev Oral Biol Med 1998;9:541-562.
6. Lafferty WE. The changing epidemiology of HSV-1 and HSV-2 and implications for serological testing. Herpes 2002;9:51-55.
7. Esmann J. The many challenges of facial herpes simplex virus infection. J Antimicrob Chemother 2001;47 Suppl T1:17-27.
8. Corey L, Spear PG. Infections with herpes simplex viruses (1). N Engl J Med 1986;314:686-691.
9. Huber MA. Herpes simplex type-1 virus infection. Quintessence Int 2003;34:453-467.
10. Chauvin PJ, Ajar AH. Acute herpetic gingivo-stomatitis in adults: a review of 13 cases, including diagnosis and management. J Can Dent Assoc 2002; 68:247-251.
11. Arduino PG, Porter SR. Oral and perioral herpes simplex virus type 1 (HSV-1) infection: review of its management. Oral Dis 2006;12:254-270.
12. Eisen D. The clinical characteristics of intraoral herpes simplex virus infection in 52 immuno-competent patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998;86:432-437.
13. Amir J, Harel L, Smetana Z, Varsano I. The natural history of primary herpes simplex type 1 gingivo-stomatitis in children. Pediatr Dermatol 1999;16:

259-263.
14. Scully C. Orofacial herpes simplex virus infections: current concepts in the epidemiology, pathogenesis, and treatment, and disorders in which the virus may be implicated. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989;68:701-710.
15. Siegel MA. Diagnosis and management of recurrent herpes simplex infections. J Am Dent Assoc 2002; 133:1245-1249.
16. Baumgartner JC, Picket AB, Muller JT. Microscopic examination of oral sinus tracts and their associated periapical lesions. J Endod 1984;10:146-152.
17. Cohen S, Liewehr F, Diagnostic procedures. In: Cohen S, Burns RC, Pathways of the pulp. St. Louis: Mosby; 2002:3-30.
18. Scott DA, Coulter WA, Biagioni PA, et al. Detection of herpes simplex virus type 1 shedding in the oral cavity by polymerase chain reaction and enzyme-linked immunosorbent assay at the prodromal stage of recrudescent herpes labialis. J Oral Pathol Med 1997;26:305-309.
19. Scott D, Moore S, Ide M, et al. Recrudescent herpes labialis during and prior to early pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 2003;80:263-269.
20. Lee S-S, Lee S-K. Herpes infection. J Korean Dent Assoc 2010;48:365-370.
21. Yang S-H, Jung D-H, Lee H-D, et al. Clinical diagnosis of herpes zoster presenting as odontogenic pain. J Korean Acad Conserv Dent 2008;33:452-456.
22. Mintz GA, Rose SL. Diagnosis of oral herpes simplex virus infections: practical aspects of viral culture. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1984;58: 486-492.

Recurrent Herpetic Stomatitis Mimicking Post-Root Resection Complication

Sung-Ok Hong[1], Jae-Kwan Lee[2], Hoon-Sang Chang[3]

[1]Department of Conservative Dentistry, College of Dentistry, Wonkwang University
[2]Department of Conservative Dentistry, School of Dentistry, Gangneung-Wonju National University
[3]Department of Conservative Dentistry and Dental Science Research Institute, School of Dentistry, Chonnam National University

This case report describes about recurrent herpetic stomatitis mimicking post-root resection complication. A 49 year-old male patient was diagnosed vertical root fracture of the mesiobuccal root of his left maxillary first molar (#26). The mesiobuccal root was resected following root canal treatment of the same tooth. 19 months later, the patient presented with pain on left hard palate after a barbecue party. Intra oral examination revealed a gum boil-like blister at the hard palate corresponding to the apex of the palatal root of #26. On clinical examination, there was bleeding on probing and the periodontal pocket depth was measured less than 5 mm with no tooth mobility. On a periapical radiograph, periodontal ligament space widening was observed. Tracing the sinus tract with gutta percha cone was attempted, however, it was impossible. Extending the field of vision, small multiple round ulcerations were observed at the palate front which caused pain to the patient. Therefore, the pain was considered a non odontogenic and the patient was referred to the department of oral medicine. The patient was diagnosed recurrent herpetic stomatitis and after 3 days of antiviral medication, the pain and ulceration were subsided. (J Dent Rehab App Sci 2013:29(4):418 - 425)

Key words: Root resection, Recurrent herpetic stomatitis, Herpes simplex virus, Sinus tract, Non-odontogenic pain

Correspondence to: Hoon-Sang Chang
Department of Conservative Dentistry, School of Dentistry, Chonnam National University
77 Yongbong-ro, Buk-ku, Gwangju, 500-757, Korea
Tel: +82-62-530-5620, Fax: +82-62-530-5629, E-mail: conden@jnu.ac.kr
Received: September 21, 2013, Last Revision: October 29, 2013, Accepted: October 25, 2013