

Gingivitis ulceronecrotizante aguda

Dr. Marcos Di Pascua D'Angelo

Doctor en Odontología
Carrera de Especialización en Implantología Oral y Máxilo-facial - UdelaR
Postgrado en Administración de Proyectos en Salud - Hospital Italiano de Buenos Aires



Resumen: Las enfermedades gingivales y periodontales están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano. Dentro de estas, se destaca la gingivitis ulceronecrotizante aguda, que aunque poco común tiene una presentación muy sintomática y con posible afectación definitiva de la anatomía gingival. De esto se desprende la importancia de una correcta higiene bucal y la consulta precoz para evitar complicaciones.

Palabras clave: salud oral, gingivitis, periodontitis

Summary: Gingival and periodontal diseases are one of the most common conditions in the human specie. Among these, is high lighter the acute ulceronecrotic gingivitis, which although uncommon, has a very symptomatic presentation and can impact on the definite gingival anatomy. These facts let us to remark the importance of a correct oral hygiene and prompt consultation in order to prevent major complications.

Key words: oral health, gingivitis, periodontitis

Introducción

Las **enfermedades gingivales y periodontales** están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano.

La gingivitis afecta aproximadamente al 80% de los niños de edad escolar, y más del 70 % de la población adulta ha padecido gingivitis, periodontitis o ambas.

Los resultados de investigaciones y estudios clínicos revelan que en la tercera edad la gingivitis destruye gran parte del soporte óseo maxilar natural, privando a muchas personas de todos sus dientes durante la senectud⁽¹⁾. (Ver Figura 1)

Definición

La gingivitis ulceronecrotizante aguda (GUNA) es una infección gingival rápidamente destructiva de etiología compleja. La característica diferencial con respecto a otras entidades patológicas periodontales le viene atribuida por tener lugar en un huésped que presenta alteradas sus resistencias frente a las entidades bacterianas patogénicas. Existe una situación inmunitaria comprometida de forma temporal que facilita la invasión bacteriana y la manifestación de la enfermedad. (Ver Figura 2)

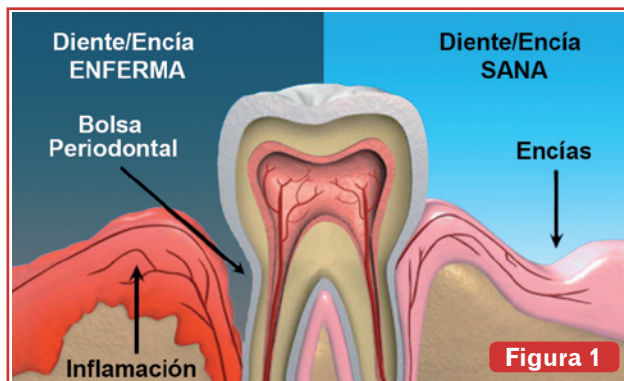
Email: info@doctordipascua.com

Ha recibido diferentes denominaciones, como *infección de Vincent*, *fusoespiroquetosis*, *gingivitis ulceromembranosa*, *gingivitis marginal fusoespirilar*, *estomatitis pútrida*, *boca de trincheras* (debido a su aparición frecuente entre los soldados durante la Ira. Guerra Mundial⁽²⁾).

Epidemiología

La mayoría de los casos se presentan en adolescentes y adultos jóvenes, especialmente entre 15 y 30 años, aunque puede aparecer a cualquier edad⁽³⁻⁴⁾.

En países subdesarrollados se presentan los cuadros clínicos más graves, lo mismo sucede en pacientes



Encía enferma y encía sana.



Figura 2
Paciente con gingivitis ulceronecrotizante aguda.

portadores del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)⁽⁵⁻⁶⁾.

Durante mucho tiempo se creyó que la enfermedad no se presentaba en niños, a excepción del síndrome de Down. Hoy en día se sabe que puede presentarse en niños mal nutridos e inmunodeprimidos. No hay diferencias en cuanto al sexo.

Hasta el momento se señala que la enfermedad no es transmisible, ya que la transferencia experimental de microorganismos de lesiones activas de un individuo a otro no inicia la enfermedad, aunque los tejidos gingivales se hayan traumatizado de antemano. El hallazgo de gingivitis ulceronecrotizante en grupos que hacen vida común se asocia a otros factores como tensiones emocionales, y no al posible contagio.

Suele encontrarse en bocas sanas o sobreañadido a una enfermedad gingival o periodontal; aparece en un diente, o un grupo de ellos; puede abarcar toda la boca y presentarse en individuos con buena o deficiente higiene bucal.

Es rara en desdentados, pero a veces, según refiere la bibliografía se producen lesiones esféricas aisladas en el paladar blando.

Etiopatogenia

Factores de riesgo como el tabaquismo, estrés, diabetes mellitus, bruxismo, prótesis mal ajustadas, factor socioeconómico, nivel de instrucción, dietas, estilo de vida y muchos otros, interactuando entre sí, se asocian con el origen y evolución de las enfermedades que afectan el periodonto, así como de las urgencias periodontales como la GUNA.

El *estrés emocional* parece ser el factor más significativo por la vasoconstricción que provoca y el déficit de aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos, lo que favorece la acción microbiana.

Se ha asociado el *tabaquismo* con esta entidad, señalándose que la liberación de epinefrina que se produce

al fumar ocasiona vasoconstricción e hipoxia relativa en las zonas de los capilares, puede a su vez producirse una disminución del potencial de óxido-reducción de la boca deteriorándose la función leucocitaria⁽⁷⁾.

La *inflamación* por gingivitis o periodontitis crónica ocasiona alteraciones circulatorias y degenerativas que aumentan la susceptibilidad a la infección. La presencia de bolsas periodontales profundas y capuchones pericoronarios ofrecen un ambiente favorable para la proliferación de bacilos fusiformes y bacterias anaerobias.

Deficiencias nutricionales, agranulocitosis, leucemia aguda y crónica, inmunodeficiencia congénita o adquirida y neutropenia cíclica son *factores de riesgo importantes*.

Las infecciones víricas como el citomegalovirus, las alteraciones en la función endócrina y la posible predisposición genética pueden influir en la aparición de esta entidad.

Signos y síntomas

La GUNA se caracteriza por aparición *repentina*, de forma frecuente después de una enfermedad debilitante o infección respiratoria aguda. La modificación de los hábitos de vida, trabajo intenso sin descanso adecuado y la tensión psicológica son elementos frecuentes de la historia del paciente⁽⁸⁾.

Es un *proceso inflamatorio agudo destructivo del periodonto*, que puede afectar tanto la encía marginal, papilar, y en menor grado y frecuencia, la encía adherida, el cual conduce a una necrosis del epitelio y del tejido conectivo, y presenta síntomas y signos característicos⁽⁹⁾.

El *dolor gingival* es el más común de los síntomas y una de las causas más frecuentes de consulta, constituye una urgencia y su atención es responsabilidad del nivel primario. Este síntoma varía desde una sensación de quemazón hasta un dolor intenso que se incrementa con la ingestión de alimentos condimentados, picantes y calientes. (Ver Figura 3)

El *sangramiento gingival* se observa fácilmente, tanto en forma provocada como espontánea, dependiendo de la duración, intensidad o avance de la lesión.

Tanto el sangrado como el dolor están en relación con el nivel de destrucción tisular y se deben a la falta de acción protectora del epitelio, ya que al desaparecer, los vasos sanguíneos y las terminaciones nerviosas de la dermis quedan expuestos al medio bucal.

La *halitosis* es un hallazgo muy común, sabor metálico, salivación abundante de tipo viscosa, sensación de acuñaamiento interdentario.

Puede acompañarse también de fiebre y malestar general, adenopatías regionales especialmente en el

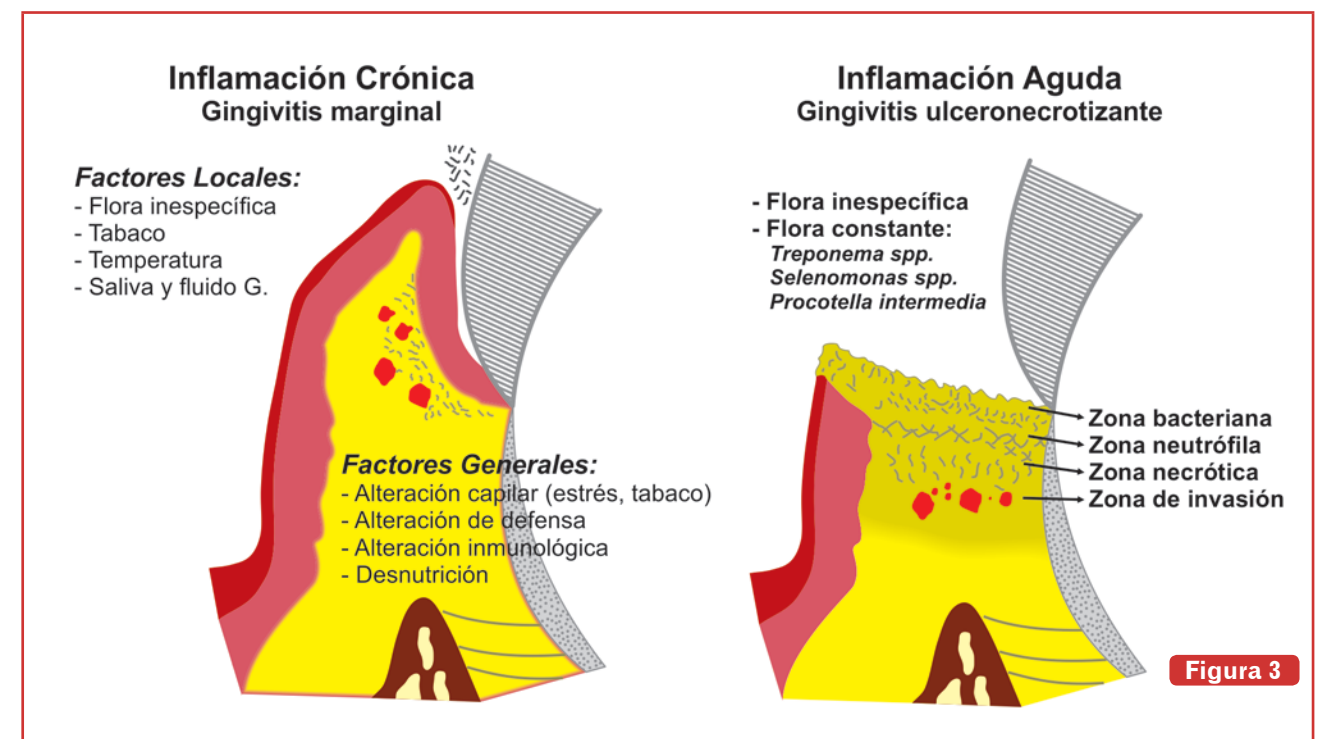


Figura 3
Esquema de los procesos de inflamación aguda y crónica en la gingivitis.

grupo submaxilar y cadena cervical, fatiga general, cefaleas, insomnio, depresión, anorexia y alteraciones gastrointestinales.

logía gingival, que de no ser tratada quirúrgicamente facilita la recurrencia de la enfermedad.

Evolución

En caso de ausencia de tratamiento puede extenderse lateral y apicalmente (durante la aparición de sucesivas recidivas), y transformarse en una *periodontitis ulceronecrotizante aguda* (PUNA) con destrucción del soporte óseo dentario.

En muchas ocasiones después de lograr la curación del GUNA, se observa como secuela, pérdida de la morfo-

Diagnóstico y pronóstico

la GUNA se caracteriza clínicamente por *ulceración y necrosis de las papilas gingivales*, y sobre esa superficie alterada es frecuente encontrar la presencia de una *pseudomembrana de color gris*, o gris amarillento que deja al ser eliminada una superficie ulcerada sangrante y dolorosa, signo patognomónico de la enfermedad⁽¹⁰⁾. (Ver Figura 4)

El diagnóstico de la GUNA se hace basándose en la historia de los síntomas y en los signos clínicos que se

La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud

- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales

Contactenos:
www.farmanuario.com - tendencias@farmanuario.com



GUNA. Pseudomembranas grises.

presentan. No se requiere estudios histopatológicos ni microbiológicos para su diagnóstico.

El pronóstico por lo general es favorable siempre que se diagnostique correctamente y se le imponga el tratamiento específico. Sin embargo, existen algunos factores que pueden influir en él, como son el grado de la afección, tiempo de evolución, estado físico, psíquico, nutricional, tabaquismo y la cooperación del paciente.

Tratamiento

El paciente con GUNA constituye una urgencia que será responsabilidad del odontólogo general en la atención primaria.

Su tratamiento consiste fundamentalmente en el alivio de los síntomas agudos.

En la primera visita se deben *eliminar las pseudomembranas* y los residuos superficiales no adheridos con una gasa embebida en agua oxigenada al 3%. De referir el paciente dolor, se puede aplicar anestesia tópica y después de 2 o 3 minutos se procede a la limpieza de la zona.

Deberán evitarse movimientos de barrido sobre zonas amplias con la misma torunda.

Se le indica realizar el cepillado dentogingival de 3 a 4 veces al día acorde a sus posibilidades; guardar el

cepillo en lugar aireado para que se mantenga seco. Evitar el tabaco y el alcohol, proseguir sus actividades habituales evitando el ejercicio físico intenso o las exposiciones prolongadas al sol.

Se le indica al paciente enjuagues con sustancias oxigenantes como agua oxigenada al 3% (10 Vol.) y/o perborato de sodio.

Un colutorio de clorhexidina puede ser de gran ayuda. La concentración ideal es del 0.12%. Los nuevos vehículos de aplicación de clorhexidina (geles, spray) deben ser tenidos en cuenta como posible complemento para el control de placa, puesto que permiten su aplicación en zonas mucho más localizadas.

El autor ha utilizado con mucho éxito la fitoterapia en colutorios con Caléndula, Llantén, Manzanilla o Romero, y acupuntura⁽¹¹⁾.

De existir afectación del estado general (fiebre y linfadenopatía) se prescribe *penicilina* (750 mg c/12 horas por 7 a 10 días), de ser alérgico el paciente, indicar *tetraciclina o eritromicina* (250 mg c/6 horas por 7 a 10 días).

Después de controlada la fase aguda se continúa con el control de placa bacteriana y las sesiones que sean necesarias.

Si no existe secuela de la enfermedad, pérdida de la morfología gingival o enfermedad periodontal previa, se otorga el alta dando las indicaciones precisas con el objetivo de prevenir la recidiva.

En caso de la pérdida de la morfología gingival se realizará una gingivoplastia, previa interconsulta con el periodoncista.

Todo tratamiento quirúrgico está contraindicado hasta pasadas 4 semanas de controlada la fase aguda, por la posibilidad de extender la infección hacia el tejido profundo y producir bacteriemia.

Recibido: 14/03/2016
Aprobado: 30/04/2016

Bibliografía

1. Carranza FA. Periodontología Clínica de Glickman. 9na ed. México, DF: Interamericana; 2004.
2. LOESCHE WJ, SALAMAS, LAUGHON BE, STOLL J. The Bacteriology Of Acute Necrotizing Gingivitis. J Periodontol 1982;53:223-229.
3. Bascones Martínez A, Escribano-Bermejo M. Necrotizing Periodontal Disease: a manifestation of systemic. Med Clin (Barc). 2005 Nov 19;125(18):706-13.
4. Dean HT, Singleton JE. Vincent's infection. A wartimedisease. Am J Public Health. 1945;35:433.
5. Stammers AF. Vincent's infection. Br Dent J. 1944;76:171.
6. Pereira AC. Acquired Immune Deficiency Syndrome: social aspects, risk perception and oral manifestations among infected patients. Sao Paulo; 2001. p. 162.
7. MURAYAMA Y, KURIHURA H, NAGAI A, DOMPKOWSKI D Y Cols. Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis: Risk Factors Involving Host Defense Mechanisms. Periodontology 2000 1994; 6:116-124.
8. Bermejo-Fenoll A, Sánchez Pérez A. Necrotizing Periodontal Diseases. Oral Cir Bucal. 2004;9 Suppl:114-9,108-14.
9. Del Valle MC. Epidemiología de las periodontopatías. Rev Cubana Estomatol. 1972 Sep-Dic;9(3):177-80.
10. SHAFER Tratado de patología bucal. Editorial Interamericana, 1977.
11. Cano Reyes V. Eficacia de la Homeopatía en pacientes con aftas bucales. Trabajo presentado en el primer congreso de Estomatología General Integral. Santiago de Cuba. Nov.1999.