

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen **63**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Febrero **2006**
January-February

Artículo:

Gingivoestomatitis necrotizante: Estado actual. Presentación de dos casos clínicos

Derechos reservados, Copyright © 2006:
Asociación Dental Mexicana, AC

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Gingivoestomatitis necrotizante: estado actual. Presentación de dos casos clínicos

Rolando Juárez,* Javier Monzón,** Julia López,*** Ernesto Canga****

* Docente de la Cátedra Odontología Integral Adultos. FOUNNE.

** Profesor adjunto de la Cátedra de Periodoncia. FOUNNE.

*** Coordinadora de los Programas de Concurrencias Odontológicas. Ministerio de Salud Pública. Provincia de Chaco.

**** Profesor Titular Cátedra de Periodoncia. FOUNNE.

Recibido para publicación:
20-Septiembre-2004

Resumen

La gingivitis ulceronecrotizante (GUN), periodontitis ulceronecrotizante (PUN), estomatitis necrotizante (EN) y el noma (*cancrem oris*) son considerados diferentes estadios clínicos de un mismo proceso: la gingivoestomatitis necrotizante (GEN). El factor predominante en el desarrollo de la GEN es la inmunosupresión asociada con factores predisponentes locales y sistémicos, pero los agentes etiológicos primarios son bacterias oportunistas. El propósito de este trabajo fue presentar dos casos de GEN en pacientes jóvenes. Proponemos que un diagnóstico temprano de las enfermedades periodontales necrotizantes permite adoptar medidas terapéuticas simples para lograr un mejor pronóstico.

Palabras clave: Gingivoestomatitis necrotizante, etiología, periodoncia, guna.

Abstract

Necrotizing ulcerative gingivitis (NUG), necrotizing ulcerative periodontitis (NUP), necrotizing stomatitis (NS), and noma (cancrem oris) are considered different clinical stages of the same process: necrotizing gingivostomatitis (NG). The predominant factor in the development of NG is immunosuppression associated with local and systemic predisposing factors, but the primary etiologic agents are opportunistic bacteria. The aim of this study was to report 2 cases of NG in young patients. We propose that early diagnosis of necrotizing periodontal diseases allows the adoption of a less complex treatment and ensures better prognosis.

Key words: *Gingivostomatitis, periodontics, guna.*

Introducción

La gingivitis ulceronecrotizante (GUN) es una enfermedad infecciosa aguda que se caracteriza por una tríada diagnóstica: necrosis y ulceración de la papila interdental, dolor intenso y hemorragia espontánea. Otros signos y síntomas clínicos secundarios del cuadro son la presencia de una pseudomembrana (fibrina, desechos alimentarios), y halitosis. A veces también se pueden presentar: fiebre, malestar general, decaimiento y linfadenopatías regionales.¹

La etiopatogenia es multifactorial. Como toda enfermedad periodontal asociada a placa, las bacterias oportunistas son los agentes etiológicos primarios. Pero existen factores predisponentes secundarios necesarios para la manifestación de la patología, como estrés emocional, ansiedad, malnutrición, enfermedades sistémicas (endo-

crinas, sanguíneas, venéreas, HIV), convalecencia de enfermedades, intoxicaciones metálicas, tabaquismo, alcoholismo, trastornos del sueño, trauma tisular, mala higiene bucal con elevados niveles de placa bacteriana, antecedentes de gingivitis y periodontitis.^{2,3}

La inmunosupresión se considera como el factor predominante en la etiología de la GUN. Una respuesta del huésped alterada por factores predisponentes sistémicos permite un incremento en el desarrollo bacteriano y la invasión tisular.⁴

En la mayoría de los casos, luego del episodio agudo, una GUN sin tratamiento o asistida con una terapéutica inadecuada, puede pasar a un estadio subclínico crónico. Pero el aumento de la susceptibilidad del huésped, puede ocasionar su evolución hacia el noma, previa presentación de patologías clínicas intermedias como esto-

matitis necrosante (EN), periodontitis ulceronecrotizante (PUN), gingivostomatitis necrosante (GEN).⁵ Históricamente la GUN fue relacionada con guerras y hambrunas mundiales. En los últimos años, su prevalencia ha mostrado una notable dicotomía; mientras disminuyó en los países industrializados, en donde se la asocia comúnmente a la infección de HIV, en los países subdesarrollados aumentó en concordancia con la elevación de los índices de desocupación y marginación social.^{6,7}

Los objetivos de la presente publicación son analizar dos casos clínicos de GEN, diagnosticados y tratados en el Hospital Central de Odontología de la ciudad de Resistencia, y discutir la etiopatogenia y evolución de esta infección oportunista.

Caso clínico 1

Paciente de sexo masculino de 20 años, estudiante de contextura delgada, se presenta a la consulta manifestando intenso dolor bucal y hemorragia gingival. Su condición general era mala, presentando expresión facial ansiosa, piel pálida, deshidratación y fiebre (39°C). El examen de cabeza y cuello determinó adenopatía en el grupo ganglionar submandibular. Mediante inspección bucal se observó, principalmente en el maxilar superior, ulceración del margen gingival y hemorragia espontánea, cubierta por una pseudomembrana blanquecina discontinua, que afectaba en algunas zonas la encía insertada (*Figura 1a*). En gran parte de la mucosa yugal izquierda, como una imagen en espejo, se apreciaron las mismas lesiones necróticas (*Figura 1b*). La presencia de placa, saburra y tártaro era evidente, siendo la halitosis y sialorrea notorias. El examen periodontal reveló la pérdida de inserción clínica en los incisivos y molares superiores izquierdos, de 2 y 3 mm respectivamente. En el interrogatorio se pudo advertir una personalidad irritable con tendencia a la angustia; el paciente relató tener hábito de tabaquismo y pérdi-



Figura 1a. La necrosis se extiende a la encía insertada en los incisivos superiores, mientras que en los inferiores se observa la pseudomembrana cubriendo las ulceraciones.



Figura 1b. La mucosa yugal en contacto con la ulceración gingival se encuentra afectada por una estomatitis necrotizante.

das recientes de peso. La interconsulta con el médico permitió establecer un diagnóstico de malnutrición proteico-energética grado leve y estrés crónico, descartándose el uso de drogas y el HIV.

En la primera cita se le medicó con metronidazol 500 mg (3 veces por día durante 7 días) y paracetamol 500 mg (3 veces por día durante 3 días), aconsejándose buches con agua oxigenada 10 vol. diluida al 50% con agua tibia (cada 4 h el primer día y 6 h el segundo día). A las 48 h, se comenzó a realizar el desbridamiento mecánico y sónico con abundante rocío de agua. Se instruyó al paciente acerca de los procedimientos de higiene bucal y para que realice enjuagues con clorhexidina al 0.12% (3 veces por día durante dos días). Se le citó a los dos días, iniciándose el alisado radicular. La terapéutica local, fue acompañada con un tratamiento médico, recomendándose suplemento nutricional y vitamínico, además del respectivo seguimiento psicológico. A los 15 días de iniciado el tratamiento se observó una remisión total de la patología, iniciándose la fase de mantenimiento, con un programa de control de placa adecuado.

Caso clínico 2

Se presenta a la consulta una paciente de sexo femenino de 19 años, estudiante de condición general saludable, manifestando dolor en región del maxilar inferior izquierdo y dificultad para alimentarse. Al examen bucal se determinó la presencia de GUN, observándose las lesiones necróticas en ambos maxilares (*Figura 2a*), asociada a pericoronaritis en su fase aguda y una ulceración sangrante en la mucosa yugal izquierda (*Figura 2b*), ocasionada por el traumatismo del tercer molar superior durante el acto masticatorio y limitada por lesiones necróticas. Se detectó pérdida de inserción clínica de 1 mm en el primer y segundo molares inferiores izquierdos. Durante el interrogatorio, relató su hábito al tabaco y estar pasando una situación de angustia por un problema personal, siendo derivada al psicólogo. El test para HIV resultó negativo.



Figura 2a. Se aprecia hemorragia gingival y ulceración de papila interdental en los espacios proximales del canino superior.



Figura 2b. Se observa ulceración de mucosa yugal, rodeada por lesión necrótica.

En la cita de urgencia, se inició el desbridamiento mecánico suave, efectuándose irrigaciones con solución oxigenante por debajo del capuchón pericoronario inflamado. Además, se eliminó el factor traumático asociado, mediante desgaste selectivo de cúspides del tercer molar superior, prescribiéndose ibuprofeno 500 mg (3 veces por día durante 2 días); se aconsejaron buches con agua oxigenada 10 vol. diluida al 50% con agua tibia (cada 6 h durante dos días). A las 48 horas se continuó con la terapia básica periodontal y el tratamiento de la pericoronitis. A los 7 días se observó la total cicatrización de las lesiones necróticas de la encía y la ulceración del carillo.

Discusión

La presentación de estos dos casos clínicos nos permite reflexionar acerca de la necesidad de instaurar una terapia periodontal rápida y eficaz en las enfermedades periodontales necrotizantes, que incluya la identificación y resolución de factores predisponentes, control bacteriano y fase de mantenimiento.

Estudios clínicos han determinado que los pacientes con GUN son usualmente personas jóvenes (17 a 30 años

de edad) y fumadores, asociándose el uso de tabaco con el inicio de la GUN.^{8,9} Ambas variables epidemiológicas están presentes en nuestros pacientes.

Durante los periodos de estrés psicológico es habitual que las medidas de higiene oral disminuyan, la nutrición sea inadecuada y el consumo de tabaco aumente, estableciéndose condiciones favorables para el desarrollo de la GUN. Además, la tensión emocional estimula el eje hipotalámico-hipofiso-adrenocortical, resultando en una elevación de los niveles plasmáticos de glucocorticoides (cortisol) y catecolaminas que ocasionan depresión del sistema inmunitario, disminución de la microcirculación gingival, además de facilitar el crecimiento bacteriano (*Prevotella intermedia*), actuando como fuente de nutrientes.^{1,10}

En los países en desarrollo existe una asociación entre malnutrición, higiene oral deficiente y GUN. Estudios han establecido que la gingivostomatitis necrotizante y el cancrum oris o noma son una extensión hacia mucosa de la GUN, debiéndose a una alteración del sistema inmunológico ocasionada por la malnutrición proteico-energética.¹¹

Se ha establecido la existencia de notables semejanzas, en el deterioro de la inmunidad humoral y celular, entre la desnutrición, el estrés emocional y el SIDA. En los pacientes malnutridos o estresados, la magnitud de las manifestaciones clínicas de las lesiones necróticas dependen del grado de inmunosupresión, al igual que en los infectados con HIV.⁵ El primer caso clínico tipifica la ecuación severidad lesiones/grado de afección sistémica.

Independientemente de los factores predisponentes no específicos, el desarrollo de la GUN es ocasionada por alteraciones en la función de los PMN, respuesta de anticuerpos, mitogénesis de linfocitos y una inversión, en la relación de células T cooperadoras/supresoras. Esta inhibición inmunitaria generalizada facilita la invasión bacteriana y el daño tisular.¹² En nuestros casos, durante la evaluación diagnóstica inicial, tratamos de reconocer y resolver rápidamente los factores predisponentes presentes (estrés y malnutrición), trabajando dentro de un equipo multi e interdisciplinario de la salud. La mucositis y gingivostomatitis necrosante son conceptuadas como un importante calificador clínico para la infección del HIV,^{13,14} por eso consideramos que fuimos prudentes al requerir el test respectivo.

Mediante estudios microbiológicos se ha demostrado que en la GUN existe un predominio de una microflora anaeróbica constante, constituida por *Treponema* y *Selenomonas* sp, *Fusobacterium nucleatum*, *Prevotella intermedia* y *Porphyromonas gingivalis*.⁵ Este concepto es, precisamente, el que utilizamos para recurrir como primera medida terapéutica, al enjuague bucal con agua oxigenada, que permitió un raspaje y alisado más confortable para el paciente en las citas posteriores.

El capuchón mucoso de un tercer molar inferior en erupción es un sitio de acantonamiento de microorganismos periodontopáticos, propicio para la exacerbación de la virulencia de espiroquetas orales y el inicio de GUN y EN.^{16,17} El caso clínico 2, es un claro ejemplo de la asociación entre pericoronitis y GUN, a través de la presentación de factores predisponentes comunes, como el estrés y el trauma tisular.

La pérdida de inserción clínica se ha observado en etapas clínicas avanzadas de GUN, periodos donde la distinción con la PUN es difícil. Estos hallazgos unidos a la presencia de EN, a modo de nuestros casos clínicos, avallan el uso de GEN como término genérico para las infecciones orales necrotizantes asociadas a bacterias.^{3,18}

Se ha sugerido que las enfermedades periodontales necrotizantes (GUN y PUN) son refractarias al tratamiento. Considerando su etiología microbiana, existe una amplia evidencia que la enfermedad puede ser controlada con efectivas medidas de higiene oral combinadas con la administración de antibióticos sistémicos (metronidazol). Aunque las lesiones necróticas pueden recurrir en ausencia de una efectiva higiene oral y la persistencia del compromiso inmunológico, no hay estudios que puedan avallar la refractariedad de la patología.¹⁰

Basados en la revisión de la literatura y en éstos y otros casos publicados,^{19,20} se puede afirmar que cuando se aplica una terapia local y sistémica convenientemente programada, la evolución de la GUN es favorable. Aun en presencia de mucositis necrosante, la implementación de un tratamiento relativamente simple evita el riesgo de recurrencia y las severas complicaciones en que puede evolucionar una GUN tratada inadecuadamente.

En Latinoamérica, la GUN debe ser considerada como una infección bucal potencialmente seria, tomando como referencia la situación socioeconómica actual como generadora de estrés psicológico y malnutrición.

Bibliografía

- Rowland RW. Necrotizing ulcerative gingivitis. *Ann Periodontol* 1999; 4: 65-73.
- Melnick SL, Roseman JM, Engel D et al. Epidemiology of acute necrotizing ulcerative gingivitis. *Epidemiol Rev* 1988; 10: 191-211.
- Horning GM, Cohen ME. *Necrotizing ulcerative gingivitis, periodontitis, and stomatitis: Clinical Staging and predisposing factors*. 1995.
- Murayama Y, Kurihara H, Nagai A et al. (1994): Acute necrotizing ulcerative gingivitis: risk factors involving host defense mechanisms. *Periodontol* 2000; 6: 116-124.
- Horning GM. Necrotizing gingivostomatitis: NUG to noma. *Compend Contin Educ Dent* 1996; 17: 951-962.
- Jimenez M, Baer PN. Necrotizing ulcerative gingivitis in children: a 9 year study. *J Periodontol* 1975; 46: 715-720.
- Horning GM, Hatch CL, Lutskus J. The prevalence of periodontitis in a military treatment population. *J Am Dent Assoc* 1990; 121: 616-622.
- Stevens AW, Cogen RB, Cohen-Cole S et al. Demographic and clinical data associated with acute necrotizing ulcerative gingivitis in a dental school population. (ANUG-demographic and clinical data). *J Clin Periodontol* 1984; 11: 487-493.
- The American Academy of Periodontology. Tobacco use and the periodontal patient (Position Paper). *J Periodontol* 1996; 67: 51-56.
- Novak MJ. Necrotizing ulcerative periodontitis. *Ann Periodontol* 1999; 4: 74-77.
- Taiwo JO. Severity of necrotizing ulcerative gingivitis in Nigerian children. *Periodontol Clin Investig* 1995; 17: 24-27.
- Johnson BD, Engel D. Acute necrotizing ulcerative gingivitis. A review of diagnosis, etiology and treatment. *J Periodontol* 1986; 57: 141-150.
- Levine RA, Glick M. Rapidly progressive periodontitis as an important risk marker for HIV disease. *Compend Contin Educ Dent* 1991; 12: 478-491.
- Shangase L, Feller L, Bignaut E. Necrotizing ulcerative gingivitis/periodontitis as indicators of HIV-infection. *SADJ* 2004; 59: 105-108.
- Rowland RW, Mestecky J, Gunsolley JC et al. Serum IgG and IgM levels to bacterial antigens in necrotizing ulcerative gingivitis. *J Periodontol* 1993; 64: 195-204.
- Rajasuo A, Meurman JH, Murtomaa H et al. Effect of extraction of partly erupted triad molars on subgingival microorganisms. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol* 1992; 74: 431-436.
- Sela MN. Role of *Treponema denticola* in periodontal diseases. *Crit Rev Oral Biol Med* 2001; 12: 399-413.
- López R, Baelum V. Necrotizing ulcerative gingival lesions and clinical attachment loss. *Eur J Oral Sci* 2004; 112: 105-7.
- Barletta L, Di Salvi N, Blanco H. Gingivitis ulceronecrotizante. Caso clínico. *RAOA* 2003; 91: 468-470.
- Califano JV. Position paper: periodontal diseases of children and adolescents. *J Periodontol* 2003; 74: 1696-1704.

Reimpresos:

Dr. Rolando Juárez
 Av. Rivadavia Núm. 862
 (3500) Resistencia-Chaco. República Argentina.
 Tel.: 03722-420996.
 rolandojuarez@arnet.com.ar
 Este documento puede ser visto en:
 www.medigraphic.com/adm