

225
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



GINGIVITIS ULCERO NEGROSANTE AGUDA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
JOSEFINA LETICIA JAIMES VAZQUEZ



México, D. F.

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

PAGINA

INTRODUCCION	1
NOMENCLATURA E HISTORIA	3
DATOS EPIDEMIOLOGICOS	6
ETIOLOGIA	9
A) EL PAPEL DE LA BACTERIA	9
B) GINGIVITIS PREEXISTENTE	14
C) TABAQUISMO	14
D) STRESS	15
CARACTERISTICAS CLINICAS	17
A) RESTOS AMARILLO-BLANQUESINOS	18
B) ERITEMA LINEAL	18
C) SANGRADO	19
D) DOLOR	19
E) OLOR	19
F) LINFADENITIS	20
G) FIEBRE Y MALESTAR	20
GINGIVITIS ULCERONECROSANTE CRONICA O RECURRENTE.	21
GINGIVOPERIODONTITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.	23
CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS Y MICRO-- BIOLOGICAS.	24
DIAGNOSTICO	27
A) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	28
TRATAMIENTO	30
DROGAS EN EL TRATAMIENTO DE LA GINGI-- VITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.	34
CONCLUSIONES	37
BIBLIOGRAFIA	38

INTRODUCCION.

EL CUERPO HUMANO TIENE DENTRO Y SOBRE SÍ, POBLACIONES CARACTERÍSTICAS, PERO DIVERSAS DE MICROORGANISMOS QUE SON - NATURALES DE UN DETERMINADO LUGAR DEL ORGANISMO.

LA MICROBIOTA NATURAL CONSTITUYE UNA PARTE NORMAL DEL MEDIO BUCAL Y NO EJERCE EFECTO ADVERSO AL HUÉSPED EN TANTO LA RELACIÓN DEL HUÉSPED-PARÁSITO ESTÉ EN EQUILIBRIO. POR - OTRA PARTE LA MISMA FLORA NORMAL PUEDE PRODUCIR ENFERMEDAD, SI LA RESISTENCIA DEL HUÉSPED O LA RESISTENCIA LOCAL DE LOS TEJIDOS DISMINUYE.

LA MICROBIOTA BUCAL CRECE SOBRE LA SUPERFICIE DE LOS - DIENTES Y MEMBRANAS MUCOSAS A LOS CUALES SE ADHIERE, FORMANDO LA PLACA BACTERIANA, LA CUAL PODEMOS DEFINIR COMO UNA -- ENTIDAD ESTRUCTURAL AUNQUE ALTAMENTE VARIABLE, QUE RESULTA DE LA COLONIZACIÓN Y CRECIMIENTO DE MICROORGANISMOS SOBRE - LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES, TEJIDOS BLANDOS, RESTAURACIONES Y APARATOS BUCALES.

EL TIPO MÁS COMÚN DE ENFERMEDAD GINGIVAL ES LA GINGIVITIS SIMPLE QUE ES LA REACCIÓN INFLAMATORIA LIMITADA A LOS - TEJIDOS DE LA ENCÍA Y ES CAUSADA POR LA PLACA ADHERIDA A LA SUPERFICIE DENTAL, ÉSTA PUEDE PERMANECER ESTACIONADA POR PERÍODOS DE TIEMPO INDEFINIDO O PROCEDER A LA DESTRUCCIÓN - DE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE, AL LLEGAR A ESTE GRADO SE LE CONOCE CON EL NOMBRE DE PERIODONTITIS, QUE SE CARACTERIZA - POR LA FORMACIÓN DE BOLSAS Y DESTRUCCIÓN ÓSEA.

FRECUENTEMENTE LA GINGIVITIS Y LA PERIODONTITIS PASAN DESAPERCIBIDAS POR EL PACIENTE E INCLUSO, EN ALGUNOS CASOS PARA EL MISMO CIRUJANO DENTISTA:

EL CIRUJANO DENTISTA DE PRÁCTICA GENERAL Y NO EXCLUSIVAMENTE EL PARODONCISTA, DEBE DE ESTAR ALERTA PARA DIAGNOSTICAR Y TRATAR TEMPRANAMENTE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES,

EN PARTICULAR A MI ME INTERESÓ EL TEMA DE UNA ENFERMEDAD PARODONTAL, LA CUAL POSEE UNA HISTÓRIA INTERESANTE Y VARIADA; ÉSTA ENFERMEDAD ES LA GINGIVITIS ÚLCERONECROSANTE -- AGUDA.

DESDE QUE TUVE LOS PRIMEROS CONOCIMIENTOS SOBRE ÉSTE TEMA ME PARECIERON SUMAMENTE INTERESANTES Y UN CAMPO EN EL CUAL SE PUEDE OBTENER AÚN, UNA GRAN CANTIDAD DE DATOS QUE APORTEN UNA VISIÓN MÁS CLARA DEL DESARROLLO DE ÉSTA ENFERMEDAD, YA QUE A LA FECHA EXISTEN CONTROVERSIAS RESPECTO A SU ETIOLOGÍA Y AUNQUE SE DICE ES MULTIFACTORIAL, ES DECIR QUE LA ORIGINAN FACTORES TALES COMO UNA HIGIENE ORAL POBRE, EL TABAQUISMO, STRESS FÍSICO Y EMOCIONAL, BACTERIAS, ETC., NO EXISTE UN ACUERDO COMÚN ENTRE LOS INVESTIGADORES.

ES POR ESTO QUE EN LA TEMÁTICA DEL PRESENTE TRABAJO TRATO DE DAR UNA VISIÓN ACTUALIZADA DE LA SITUACIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRA LA GINGIVITIS ÚLCERONECROSANTE AGUDA (GUNA).

NOMENCLATURA E HISTORIA.

LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA ES UNA CONDICIÓN GINGIVAL INFLAMATORIA LA CUAL MUESTRA SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE HAN SIDO ASUMIDOS POR LO MENOS PARCIALMENTE DEBIDO A AGENTES ETIOLÓGICOS DIFERENTES A AQUELLOS QUE PRODUCEN LA GINGIVITIS MARGINAL CRÓNICA COMÚN. EN SU FORMA AGUDA MÁS TÍPICA ESTÁ CARACTERIZADA POR ULCERAS NECRÓTICAS INTERPROXIMALES. ESTAS ULCERAS ESTÁN CUBIERTAS POR UNOS RESTOS AMARILLOS----BLANQUECINOS O GRISES, QUE SON DOLOROSOS AL TACTO Y SANGRAN FÁCILMENTE.

GRANT DICE QUE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA ES UNA INFECCIÓN AGUDA DE LAS ENCÍAS.

MCCARTHY LA DEFINE COMO UNA INFECCIÓN AGUDA DE LA CAVIDAD ORAL. QUE SE LOCALIZA GENERALMENTE EN EL MARGEN GINGIVAL PERO EN RAROS CASOS SE PUEDE EXTENDER A OTRAS ÁREAS DE LA MUCOSA ORAL.

MIENTRAS QUE COURTOIS DICE QUE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA CONNOTA UNA INFLAMACIÓN FULMINANTE DE LA ENCÍA, ESTA CONDUCE A LA ULCERACIÓN MACROSCÓPICA Y LA NECROSIS DE LOS TEJIDOS BLANDOS. ASÍ LA ENFERMEDAD ES FÁCILMENTE DIFERENCIADA DE LA GINGIVITIS MARGINAL Y PERIODONTITIS.

LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE HA SIDO CONOCIDA CON VARIOS NOMBRES:

BOCA DE TRINCHERA, ENCÍA DE TRINCHERA, GINGIVITIS ULCEROMEMBRANOSA, GINGIVITIS FAGEDÉNICA, GINGIVITIS ULCERATIVA AGUDA, GINGIVITIS ULCERATIVA, ESTOMATITIS ULCERATIVA, ESTOMATITIS DE VINCENT, GINGIVITIS DE VINCENT, INFECCIÓN DE VINCENT, ESTOMATITIS DE PLAUT-VINCENT, ESTOMATITIS ULCERATIVA,

ESTOMATITIS ULCEROMEMBRANOSA, GINGIVITIS FUSOESPIRILAR, GINGIVITIS MARGINAL FUSOESPIRILAR, GINGIVITIS PERIODONTAL FUSOESPIRILAR, ESTOMATITIS FÉTIDA, BOCA DOLOROSA PÚTRIDA, ESTOMATOCACIA, ESTOMACACIA, GINGIVITIS SÉPTICA, ANGINA PSEUDOMEMBRANOSA, Y ESTOMATITIS ESPIROQUETAL.

LA ENFERMEDAD FUÉ YA CONOCIDA EN EL SIGLO IV ANTES DE CRISTO, POR JENOFONTE, QUIÉN MENCIONÓ QUE LOS SOLDADOS GRIEGOS SE HALLABAN AFECTADOS DE "DOLOR DE BOCA" Y ALIENTO FÉTIDO. JOHN HUNTER, EN 1778, DESCRIBE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y LA DIFERENCIA DEL ESCORBUTO Y DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL DESTRUCTIVA CRÓNICA. SE PRODUJO EN FORMA EPIDÉMICA EN EL EJERCITO FRANCÉS EN EL SIGLO XIX, Y EN 1886 HERSCH, EXPLICA ALGUNAS CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LA ENFERMEDAD COMO GÁNGLIOS LINFÁTICOS AGRANDADOS, FIEBRE, MALESTAR Y AUMENTO EN LA SALIVACIÓN.

EN 1890 PLAUT Y VINCENT DESCRIBIERON LA ENFERMEDAD Y ATRIBUYERON SU ORIGEN A LAS BACTERIAS FUSIFORMES Y ESPIROQUETAS.

LA DENOMINACIÓN ACTUAL DE LA ENFERMEDAD ES GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA (GUNA).

LA ASOCIACIÓN CON EL NOMBRE DE VINCENT ES DEBIDO AL HECHO DE QUE ÉL FUÉ EL PRIMERO EN DESCRIBIR LA COMBINACIÓN FUSOESPIROQUETAL QUE APARECE EN LA LLAMADA ANGINA DE VINCENT, DONDE LAS ÁREAS NECRÓTICAS ESTÁN TÍPICAMENTE LOCALIZADAS EN LAS AMIGDALAS (VINCENT 1898). LA MISMA MICROBIOTA MIXTA ES ENCONTRADA EN LESIONES DE GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA, LA ANGINA DE VINCENT Y LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA, OCURREN INDEPENDIENTEMENTE LA UNA DE LA OTRA Y POR LO TANTO, DEBEN SER TOMADAS COMO ENTIDADES SEPARADAS. LA ANGINA DE VINCENT OCURRE DOS VECES MÁS FRECUENTE

EN MUJERES QUE EN HOMBRES, MIENTRAS QUE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA HA SIDO REPORTADA QUE OCURRE MÁS FRECUENTEMENTE EN HOMBRES.

LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA TIENE CARACTERÍSTICAS EN COMÚN CON PROBLEMAS MÁS SERIOS COMO EL CANCRUS ORIS O NOMA, ÉSTA ES UNA ESTOMATITIS NECROSANTE DESTRUCTIVA Y FRECUENTEMENTE MORTAL EN LA CUAL LA MISMA FLORA FUSOESPIROQUETAL DOMINA, APARECE CASI EXCLUSIVAMENTE EN CIERTAS CIUDADES EN DESARROLLO, PRINCIPALMENTE EN NIÑOS EN ASOCIACIÓN CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS Y MALNUTRICIÓN (ENWONWU 1972). ALGUNOS INVESTIGADORES HAN SUGERIDO QUE EL CANCRUS ORIS SIEMPRE SE DESARROLLA DE UNA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE PREEXISTENTE (ENCHI 1973). MIENTRAS QUE OTROS INVESTIGADORES HAN SIDO CAPACES DE CONFIRMAR ÉSTA OBSERVACIÓN (PINDBORG Y COLABORADORES 1966, 1967, SHEIMAN 1966).

BAER DICE QUE EN NIÑOS DESNUTRIDOS EL PROCESO DE NECROSIS INTRABUCAL PUEDE EXTENDERSE HACIA LA CARA, EN CUYO CASO SE DENOMINA NOMA. VIRTUALMENTE TODOS LOS CASOS DE NOMA APARECEN EN PACIENTES DE GRUPOS SOCIO-ECONÓMICOS BAJOS QUE TIENEN ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DEBILITANTES ANTERIOR A LA INSTALACIÓN DE SIGNOS BUCALES. POR LO GENERAL LA ENFERMEDAD ES PREVIA A UNA INFECCIÓN POR VIRUS TAL COMO SARAPIÓN O VARICELA.

BURKET, MENCIONA QUE EL CANCRUS ORIS SUELE ATACAR A NIÑOS DESNUTRIDOS O SEGUIR A ENFERMEDADES DEBILITANTES COMO SARAPIÓN O TOSFERINA. EL NIÑO PUDO HABER PRESENTADO ANTERIORMENTE SÍNTOMAS DE GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA. (1, 2, 3, 4, 5, 10, 13, 15).

DATOS EPIDEMIOLOGICOS.

EN LAS CIUDADES INDUSTRIALIZADAS LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA APARECE PARTICULARMENTE EN ADULTOS JÓVENES DE 18 A 30 AÑOS DE EDAD. EN UN ESTUDIO LLEVADO A CABO EN LOS ESTADOS UNIDOS, GRUPE Y WILDER EN 1956 ENCONTRARON GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA EN 2.2% DE 870 JÓVENES MILITARES. GIDDON Y COLABORADORES ENCONTRARON EN 1964 GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA EN 2.5% DE 326 ESTUDIANTES EN SU PRIMER AÑO DE COLEGIO. EN EL SIGUIENTE AÑO, LA MAYORÍA DE LOS ESTUDIANTES CONTRAJERON LA ENFERMEDAD EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE COLEGIO. EN OTRO ESTUDIO PINDBORG EN 1941, ENCONTRÓ GINGIVITIS ULCERONECROSANTE EN UN 6% DE SOLDADOS MILITARES.

LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA PUEDE SER OBSERVADA EN TODOS LOS GRUPOS DE EDAD PERO EN CANADA, ESTADOS UNIDOS Y EUROPA PRÁCTICAMENTE NUNCA ES DISTINGUIBLE EN NIÑOS. EN ALGUNAS CIUDADES EN DESARROLLO, POR OTRO LADO, LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA ES COMÚN EN NIÑOS Y ADOLESCENCIA TEMPRANA Y ESTÁ FRECUENTEMENTE ASOCIADA CON MAL NUTRICIÓN O ENFERMEDADES SISTÉMICAS TALES COMO SARAMPIÓN Y MALARIA (PINDBORG 1966, SHEIHAM 1966, ENWONWN 1972).

EN LA INDIA, 54 Y 58% DE LOS PACIENTES DE DOS ESTUDIOS ERAN MENORES DE 10 AÑOS DE EDAD. SHEIHAM, EN UNA POBLACIÓN ESCOLAR DE NIGERIA TOMADA AL AZAR, ENCONTRÓ EN 11.3% DE NIÑOS ENTRE 2 Y 6 AÑOS DE EDAD, Y EN UNA POBLACIÓN HOSPITALARIA DE NIGERIA APARECIÓ EN 23% DE NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS. EN GRUPOS SOCIO-ECONÓMICOS BAJOS SE HAN REGISTRADO EN VARIOS MIEMBROS DE UNA MISMA FAMILIA. ES MÁS COMÚN EN NIÑOS MONGOLOIDES QUE EN NIÑOS RETARDADOS NOMONGOLOIDES.

LOS REPORTES DE GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA COMO

EPIDÉMICA ENTRE LOS SOLDADOS HACE ALGUNOS AÑOS NO ERAN POCO COMÚNES. NO HAY, SIN EMBARGO, DATOS EPIDEMIOLÓGICOS U OTROS DATOS ESPECÍFICOS QUE SUGIERAN QUE LA ENFERMEDAD ES CONTAGIOSA.

ES POSIBLE QUE LOS GRUPOS AFECTADOS ADQUIERAN LA ENFERMEDAD POR LA EXISTENCIA DE FACTORES PREDISPONENTES Y NO PORQUE SE CONTAGIE DE UNA PERSONA A OTRA.

BEAR Y GRANT DICEN QUE NO ES UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA. QUE LOS PRIMEROS ESTUDIOS QUE CLASIFICAN A ESTA ENFERMEDAD COMO CONTAGIOSA SE BASAN EN UN DIAGNÓSTICO INCORRECTO. (1, 4, 10, 12, 19).

COMO QUIERA QUE SEA, PARA QUE HALLA ENFERMEDAD ES NECESARIO UN HUÉSPED PREDISPONENTE Y BACTERIAS.

NO HAY EVIDENCIA CONCLUYENTE PARA CONFIRMAR LA PREDILECCIÓN DEL SEXO EN LA APARICIÓN DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.

LAS INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS HAN IDENTIFICADO TRES FACTORES QUE PARECEN ESTAR RELACIONADOS CON LA FRECUENCIA AUMENTADA DE GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA:

- 1.- HIGIENE ORAL POBRE, CON UNA GINGIVITIS MARGINAL CRÓNICA PREEXISTENTE, LO QUE ES CASI SIEMPRE VISTO EN INDIVIDUOS QUE DESARROLLAN GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA, ASÍ PINDBORG EN 1951 ENCONTRÓ EN 87 DE 91 NUEVOS CASOS DE GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA TENÍAN UNA GINGIVITIS MARGINAL CRÓNICA PREEXISTENTE.
- 2.- TABAQUISMO, MUESTRA UNA ASOCIACIÓN CON GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA. POR EJEMPLO PINDBORG EN 1951 ENCONTRÓ SOLAMENTE UN NO FUMADOR ENTRE 57 PACIENTES CON

GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA. LA CANTIDAD DE --- CIGARROS TAMBIÉN PARECE RELEVANTE EN UNA POBLACIÓN EXAMINADA POR GOLHABER Y GIDDON, EL 41% DE LOS PACIENTES CON GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA FUMABAN MÁS DE - 20 CIGARROS AL DÍA. SÓLO EL 5% FUMABA MÁS QUE ÉSTOS Y ENTRE LOS CONTROLES HUBO SIGNIFICATIVAMENTE MÁS NO FUMADORES.

- 3.- EL TERCER FACTOR QUE PARECE ESTAR RELACIONADA CON LA - APARICIÓN DE GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA ES EL - STRESS EMOCIONAL, LAS INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS HECHAS POR PINDBORG EN 1951, GIDDON Y COLABORADORES EN 1963 Y GOLHABER Y GIDDON EN 1964 Y OTROS, PARECEN INDICAR QUE HAY UNA APARICIÓN MÁS FRECUENTE DE GINGIVI--TIS ULCERONECROSANTE AGUDA EN PERÍODOS CUANDO LOS INDIVIDUOS ESTÁN EXPUESTOS A STRESS FÍSICO Y/O EMOCIONAL, TALES PERÍODOS PUEDEN ESTAR RELACIONADOS A PROBLEMAS - DE ESCUELA, EXÁMENES O CON EL COMIENZO O FINAL DEL SERVICIO MILITAR. (2, 5, 6),

ETIOLOGIA.

LA ETIOLOGÍA VERDADERA DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA AÚN NO HA SIDO ESTABLECIDA.

LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA ES COMÚNMENTE REFERIDA COMO UNA INFECCIÓN ENDÓGENA CAUSADA POR LA INFLUENCIA DE VARIOS MICROORGANISMOS. HA SIDO SUGERIDO QUE LAS LESIONES DE GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA PUEDEN DESARROLLARSE SOLAMENTE SI EXISTEN ALTERACIONES PREDISPONENTES EN LA RESISTENCIA DE LOS TEJIDOS DEL HUÉSPED. LAS CONDICIONES PREDISPONENTES MÁS IMPORTANTES SON LA GINGIVITIS PREEXISTENTE, EL FUMAR Y EL STRESS FÍSICO Y/O EMOCIONAL. LAS ENFERMEDADES SISTEMICAS Y MAL NUTRICIÓN SON DE MENOS IMPORTANCIA EN LAS CIUDADES INDUSTRIALIZADAS, PERO PUEDEN JUGAR UN PAPEL IMPORTANTE COMO FACTOR PREDISPONENTE DE GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA EN CIUDADES EN DESARROLLO.

GOLHABER Y GIDDON, SUGIRIERON UN ORDEN DE POSIBLES FACTORES CONTRIBUYENTES, INCLUYENDO STRESS, HÁBITOS ORALES, SALIVA, NUTRICIÓN, CIGARRO, ALTERACIONES EN EL FLUJO DE LA ENCÍA Y FUNCIONES INMUNES ALTERADAS.
(2, 5, 6, 10, 15).

EL PAPEL DE LA BACTERIA.

PLAUT Y VINCENT, EN 1894 Y 1896, RESPECTIVAMENTE INTRODUJERON EL CONCEPTO DE QUE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA ERA CAUSADA POR BACTERIAS.

VARIAS OBSERVACIONES SOSTIENEN EL CONCEPTO DE QUE UNA MICROBIOTA PARTICULAR JUEGA UN PAPEL IMPORTANTE Y DECISIVO EN EL DESARROLLO DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.

LA CONDICIÓN MUESTRA UNA MEJORÍA DRAMÁTICA CUANDO AL PACIENTE SE LE ADMINISTRAN ANTIBIÓTICOS COMO PENICILINA O TETRACICLINA.

UNA FLORA BACTERIANA CARACTERÍSTICA DE FUSOBACTERIA Y ESPIROQUETA ESTÁN SIEMPRE PRESENTES. LA ESPIROQUETA (*BORRELIA DE VICENTII*), ES ALGO ONDULADA, DE 8 A 12 MICRAS DE LONGITUD, CON 3 A 8 ESPIRALES SUAVES E IRREGULARES ES GRAM NEGATIVA. LA FUSOBACTERIA (*FUSOBACTERIUM FUSIFORME*), ES UN BACILO GRAM NEGATIVO DE 8 A 16 MICRAS DE LONGITUD QUE APARECE COMO BASTONES PARES RECTOS A CURVOS CUYOS EXTREMOS ROMOS SE HALLAN JUNTOS Y SUS EXTREMOS PUNTIAGUDOS QUE DAN ASPECTO DE CIGARRO A ÉSTE BACILO.

LAS ESPIROQUETAS Y BACTERIAS FUSIFORMES PUEDEN INVADIR EL EPITELIO (HEYLINGS 1967). ASÍ COMO EL TEJIDO CONECTIVO VITAL (LISTGARTEN 1965). EN CONTRASTE CON LOS ESTUDIOS DE LISTGARTEN Y HEYLINGS, EL ESTUDIO DE COURTOIS (1983) REVELÓ QUE OTROS MICROORGANISMOS (COCOS Y BASTONES CORTOS) PUEDEN PENETRAR EN EL TEJIDO CONECTIVO NO NECRÓTICO CON UNA PROFUNDIDAD IGUAL A LAS ESPIROQUETAS. HEYLINGS NO INDICÓ LA PROFUNDIDAD EN LA CUAL OCURRIÓ LA PENETRACIÓN BACTERIANA, SIN EMBARGO, LISTGARTEN REPORTÓ QUE EL PUNTO DE PROFUNDIDAD DE LA INVASIÓN BACTERIANA FUÉ APROXIMADAMENTE DE 25 MICRONES - ABAJO DE LA SUPERFICIE DE LA REGIÓN ULCERADA Y QUE SOLAMENTE FUERON OBSERVADOS ESPIROQUETAS A ÉSTE NIVEL. (6, 7, 10, 11, 15, 19).

EN SU ESTUDIO COURTOIS OBSERVÓ ESPIROQUETAS Y OTROS MICROORGANISMOS ABAJO DE LA LÁMINA BASAL A UNA PROFUNDIDAD DE 155 A 350 MICRONES CON UN MÁXIMO DE PROFUNDIDAD DE 400 MICRONES EN UNA MUESTRA.

EN ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS RECIENTES POR SLOTS Y ----

ZAMBON Y LOESCHE Y COLABORADORES, EL BACTEROIDE MELANINOGENICUS SUBESPECIE INTERMEDIUS MOSTRÓ SER UN MICROORGANISMO PROMINENTE EN LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA. OTRO BACTEROIDE PIGMENTADO DE NEGRO SE PRESENTÓ SÓLO EN PEQUEÑAS PROPORCIONES, ÉSTE BACTEROIDE ESTA INCLUIDO EN BACTEROIDES GINGIVALES Y BACTEROIDES MELANINOGENICUS SUBESPECIE MELANINOGENICUS TAMBIÉN LA ESPECIE FUSOBACTERIUM SE PRESENTÓ EN GRAN NÚMERO.

MACDONAL Y COLABORADORES EN 1956 ENCONTRARON UNA COMBINACIÓN DE CUATRO DIFERENTES BACTERIAS NINGUNA DE ELLAS FUSO BACTERIA O ESPIROQUETA.

ROSEBURY, MACDONAL Y CLARK, DESCRIBEN UN COMPLEJO FUSO ESPIROQUETAL QUE CONSTA DE TREPONEMAS MICRODENTIIUM, ESPIROQUETAS INTERMEDIAS, VIBRIONES, BACILOS FUSIFORMES Y MICROORGANISMOS FILAMENTOSOS.

LOS EXPERIMENTOS MÁS AMPLIOS DAN INDICACIONES DE QUE ENTRE CUATRO ESPECIES BACTERIANAS EL BACTEROIDE MELANINOGENICUS ERA VERDADERAMENTE PATÓGENO; EL BACTEROIDE MELANINOGENICUS PRODUCE UNA ENZIMA QUE PUEDE DEGRADAR LA COLÁGENA POR LO QUE ESTE MICROORGANISMO ES DE PARTICULAR IMPORTANCIA EN LA PATOGÉNESIS DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA. (6, 7, 8, 9, 21).

LA FUSOBACTERIA Y LA ESPIROQUETA PUEDEN LIBERAR ENDOTOXINAS, LOS EXPERIMENTOS HAN MOSTRADO QUE ÉSTOS MICROORGANISMOS POSEEN ACTIVIDADES BIOLÓGICAS QUE PUEDEN CONTRIBUIR A LA PATOGÉNESIS DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA, NO OBSTANTE EL PAPEL EXACTO DE LOS DIVERSOS MICROORGANISMOS NO HA SIDO ACLARADO Y EL HECHO DE QUE ELLOS ESTÉN PRESENTES EN GRANDES NÚMEROS NO NECESARIAMENTE SIGNIFICA QUE SEAN DE IMPORTANCIA ETIOLÓGICA PRIMARIA; SU PRESENCIA PUEDE IGUAL--

MENTE RESULTAR TAMBIÉN DE UN SOBRECRECIMIENTO SECUNDARIO.

LOS INTENTOS POR TRANSMITIR LA ENFERMEDAD DE UN ANIMAL A OTRO O PRODUCIR LESIONES NECRÓTICAS EN ANIMALES EXPERIMENTALES HAN FALLADO PARA LLEGAR A RESULTADOS CONCLUYENTES. LAS LESIONES PRODUCIDAS EN ANIMALES EXPERIMENTALES PUEDEN - NO SER IDÉNTICAS A AQUELLAS QUE APARECEN EN LOS HUMANOS, ES TAMBIÉN IMPORTANTE NOTAR QUE LA LESIÓN NECRÓTICA PUEDE SER TRANSMITIDA POR TRANSMISIÓN DE MATERIAL INFECCIOSO O CULTIVOS BACTERIANOS, ÉSTO NO SIGNIFICA NECESARIAMENTE QUE LA ENFERMEDAD SEA CONTAGIOSA.

EL CONOCIMIENTO DE LOS MECANISMOS PATOGENICOS POR LOS CUALES LA FLORA BACTERIANA PRODUCE CAMBIOS DEL TEJIDO ---- CARACTERÍSTICOS EN LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA SON LIMITADOS, YA QUE HA SIDO DIFÍCIL ESTABLECER UN MODELO ANIMAL EXPERIMENTAL ACEPTABLE, PARECE RAZONABLE CREER QUE VARIOS MECANISMOS PATÓGENOS EN ASOCIACIÓN CON LA GINGIVITIS - CRÓNICA Y LA PERIODONTITIS PUEDEN SER DE IMPORTANCIA ETIOLÓGICA EN LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA. ÁLGUNAS ---- OBSERVACIONES INDICAN QUE LOS EFECTOS DE LAS ENDOTOXINAS -- SON MÁS PROMINENTES EN LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA QUE EN LA GINGIVITIS Y PERIODONTITIS. LA MAYORÍA DE LAS -- BACTERIAS GRAM NEGATIVAS LIBERAN ENDOTOXINAS CERCA DEL TEJIDO CONECTIVO; LAS ENDOTOXINAS PUEDEN PRODUCIR DESTRUCCIÓN - DE TEJIDO POR EFECTOS TÓXICOS DIRECTOS E INDIRECTAMENTE POR LA ACTIVACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LA RESPUESTA DEL HUÉSPED. (3, 11, 15, 17).

WILTON Y LENHER EN 1980 A TRAVÉS DEL EFECTO TÓXICO --- DIRECTO DE LAS ENDOTOXINAS, PUEDEN CONducIR AL DAÑO DE LAS CÉLULAS Y VASOS, LA NECRÓSIS ES UNA CARACTERÍSTICA PROMINENTE EN LA LLAMADA REACCIÓN DE SHWARTZMAN, LA CUÁL ES CAUSADA POR ENDOTOXINAS, LAS CUALES INDIRECTAMENTE PUEDEN CONTRI---

BUIR AL DAÑO DEL TEJIDO DE VARIAS FORMAS, PUEDEN FUNCIONAR COMO ANTÍGENO Y ATRAER REACCIONES INMUNES, PUEDEN ACTIVAR - AL COMPLEMENTO DIRECTAMENTE A TRAVÉS DE LA VÍA ALTERNA, Y - POR LO TANTO LIBERAR QUININAS, ELLAS PUEDEN TAMBIÉN ACTIVAR MACRÓFAGOS Y ACTUAR COMO MITÓGENOS SOBRE LOS LINFOCITOS --- "B" Y "T", Y ESTO PUEDE INFLUIR EN LAS REACCIONES INMUNES - DEL HUÉSPED. ¿A QUÉ EXTENSIÓN TALES REACCIONES CONTRIBUYEN A LA DEFENSA DEL HUÉSPED O AL DAÑO DEL TEJIDO? NO SE SABE, ADEMÁS SE HA MOSTRADO EN EXPERIMENTOS "IN VITRO" QUE LAS -- ENDOTOXINAS PUEDEN ESTIMULAR LA RESORCIÓN ÓSEA. WILTON Y - COLABORADORES EN 1971, INVESTIGARON LAS RESPUESTAS INMUNES HUMORALES Y CELULARES EN LA GINGIVITIS CRÓNICA Y EN LA NE-- CROTIZANTE, LOS TÍTULOS DE ANTICUERPOS AL ACTINOMICES VISCO SUS, LA FUSOBACTERIA FUSIFORME, VEILONELLA ALCALECEN Y BAC- TEROIDE MELANINOGENICOS ERAN SIMILARES EN PACIENTES CON GIN GIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA Y GINGIVITIS CRÓNICA. ÉSTA OBSERVACIÓN INVALIDA LA TEORÍA DE QUE LA GINGIVITIS ULCERO- NECROSANTE AGUDA SEA EL RESULTADO DE UNA INFECCIÓN ESPECÍFI CA POR UNO DE ÉSTOS MICROORGANISMOS, POR OTRO LADO LO QUE - SOPORTA EL ENCUENTRO CLÍNICO, ES QUE LA GINGIVITIS ULCERONE CROSANTE AGUDA SE DESARROLLA DE UNA GINGIVITIS CRÓNICA PRE- EXISTENTE, LAS RESPUESTAS INMUNES CELULARES ESTÁN DE ACUER- DO CON ÉSTAS OBSERVACIONES, PERO UNA REACCIÓN MÁS FUERTE A LA FUSOBACTERIA ES TOMADA COMO INDICADOR PARA QUE ÉSTOS --- MICROORGANISMOS PUEDAN ESTAR INCLUIDOS EN LA TRANSICIÓN DE GINGIVITIS AGUDA A CRÓNICA.

WILTON Y COLABORADORES EN 1971, ENCONTRARON NIVELES RE DUCIDOS DE IGG Y NIVELES AUMENTADOS DE IGM EN EL SUERO DE - PACIENTES CON GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA Y SUGIRIE-- RON QUE ÉSTOS PUEDEN SER UN EFECTO DE LAS ENDOTOXINAS, POSI BLEMENTE INFLUYENDO TAMBIÉN EN LA RESPUESTA INMUNE CELULAR, SI TALES CAMBIOS PREDISPONEN AL DESARROLLO DE GINGIVITIS UL CERONECROSANTE AGUDA O DE HECHO REFLEJAN UNA RESPUESTA A LA

GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA PERMANECE POR SER DETERMINADO. (8, 11, 21).

GINGIVITIS PREEXISTENTE.

EL HECHO DE QUE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA - PUEDE OCURRIR SIN GINGIVITIS PREEXISTENTE ES INCIERTO, EL MECÁNISMO POR EL CUAL LA GINGIVITIS CRÓNICA PUEDE PREDISPONER A LA APARICIÓN DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA PERMANECE OSCURO. VARIAS HIPÓTESIS HAN SIDO OBTENIDAS --- ENTRE ELLAS, LOS CAMBIOS EN LA FUNCIÓN DE LOS LEUCOCITOS Y LOS CAMBIOS EN LA RESPUESTA INMUNE.

TABAQUISMO.

ALGUNOS AUTORES MENCIONAN QUE EL FUMAR PUEDE PREDISPONER A LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA DE VARIAS FORMAS, LOS FUMADORES EN GENERAL TIENEN UNA HIGIENE ORAL POBRE Y MÁS FRECUENTEMENTE MUESTRAN SIGNOS DE GINGIVITIS CRÓNICA QUE LOS NO FUMADORES Y CON UN AUMENTO EN EL CONSUMO DE TABACO EL ESTADO DE HIGIENE TIENDE A DETERIORARSE MÁS AMPLIAMENTE, CON EL FUMAR PARECE SER QUE BAJA LA RESISTENCIA DE LOS TEJIDOS GINGIVALES DE TAL FORMA QUE LA FLORA NORMAL SE VUELVE MÁS VIRULENTE. SE SABE QUE EL FUMAR CONDUCE A LA CONTRACCIÓN DE LOS VASOS PERIFÉRICOS Y ÉSTE FENÓMENO HA SIDO SUGERIDO POR UN MECANISMO POR EL CUAL PUEDE PREDISPONER A LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA. SHUART Y BRAUMER 1972. EL FUMAR TAMBIÉN INFLUYE EN LOS LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES, KENEI Y COLABORADORES EN 1977, ENCONTRARON QUE LOS LEUCOCITOS ORALES ERAN MENOS EFECTIVOS EN LA FAGOCITOSIS EN LOS FUMADORES QUE EN LOS NO FUMADORES.

STRESS.

EL PAPEL DE LA ANSIEDAD Y EL STRESS PSÍQUICO EN LA PATO-
GÉNESIS DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA HAN VENIDO
DE INVESTIGACIONES PSÍQUICAS Y BIOQUÍMICAS. GOLHABER Y GI-
DDON EN 1964 Y MOULTON Y COLABORADORES EN 1971 HAN DISCUTI-
DO VARIOS MECANISMOS A TRAVÉS DE LOS CUALES EL STRESS PUEDE
INFLUIR EN LOS TEJIDOS GINGIVALES, DURANTE PERÍODOS DE ----
STRESS LAS ACCIONES Y HÁBITOS PARA LOS CUALES SE REQUIERE -
EL CONTROL DEL PACIENTE PUEDEN ESTAR INFLUENCIADOS, LOS ---
HÁBITOS DE HIGIENE ORAL Y LA NUTRICIÓN PUEDEN SUFRIR CAM---
BIOS Y LOS HÁBITOS DEL FUMAR PUEDEN COMENZAR O ALTERARSE, -
ADEMÁS LA RESISTENCIA DEL TEJIDO DEL HUÉSPED PUEDE SER CAM-
BIADA POR MECANISMOS QUE ACTÚAN A TRÁVES DEL SISTEMA NERVIUQ
SO AUTÓNOMO Y GLÁNDULAS ENDOCRINAS, DE MANERA QUE LA CIRCUL-
CIÓN GINGIVAL Y EL FLUJO SALIVAL LLEGA A ESTAR AFECTADOS.
LOS REPORGES DE GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA ESTÁN RE-
LACIONADOS A PERÍODOS DE CONFLICTO PSÍQUICO Y STRESS EMOCIOQ
NAL COMO POR EJEMPLO EN ESTUDIANTES DE COLEGIO EN ÉPOCAS DE
EXÁMENES, INGRESOS AL EJERCITO, EL STRESS POR ADICCIÓN A --
LAS DROGAS; EN PERÍODOS CORRESPONDIENTES A LA SUSPENSIÓN DE
LA DROGA. DAVIS Y BAER REGISTRARON LA APARICIÓN DE LOS SÍNQ
TOMAS DE GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA EN DROGADICTOS,
Y EN CIERTOS TIPOS DE PERSONALIDAD.

UNA MEDIDA FISIOLÓGICA DE STRESS ES EL NIVEL DE 17 HI-
DROCORTICOIDES (17 OHCS) EN LA ORINA EN UN ESTUDIO SHANNON,
KELGORE Y O'LEARY, COMPARAN Y CORRELACIONAN LAS MUESTRAS DE
ORINA DE PACIENTES CON GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA, -
GINGIVITIS, Y PERIODONTITIS CON LA DE PACIENTES CON SALUD -
PERIODONTAL. ELLOS FUNDARON QUE LOS PACIENTES CON GINGIVI-
TIS ULCERONECROSANTE AGUDA TIENEN UN ALTO NIVEL DE 17 HIDROQ
CORTICOIDES EN LA ORINA. EL ESTUDIO DE MAUPIN Y BELL CORROQ
BORA LA INVESTIGACIÓN INICIAL POR SHANNON, KELGORE Y -----

O'LEARY, SIN EMBARGO ESTOS ESTUDIOS NO PUEDEN CONCLUIR COMO ES QUE LOS INDIVIDUOS CON GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA TIENEN UN MARCADO INCREMENTO DE 17 HIDROCORTICOIDES EN LA - ORINA. (3, 5, 10, 19, 21).

CARACTERISTICAS CLINICAS.

LOS ENCUENTROS MÁS CARACTERÍSTICOS DE LA GINGIVITIS --
 ULCERONECROSANTE AGUDA SON: UNA LESIÓN NECRÓTICA DE LA ---
 ENCÍA MARGINAL, EN LOS ESTADOS TEMPRANOS LA DESTRUCCIÓN CA-
 SI SIEMPRE ESTA LOCALIZADA EN UNA O MÁS PAPILAS INTERDENTA-
 RIAS, EN LA REGIÓN ANTERIOR INFERIOR PERO ELLAS PUEDEN APA-
 RECER EN CUALQUIER ESPACIO INTERPROXIMAL INCLUSO EN LOS CA-
 PUCHONES DE LOS TERCEROS MOLARES. EN LAS REGIONES DONDE --
 APARECE AHÍ HAY COMÚNMENTE TAMBIÉN SIGNOS DE GINGIVITIS MAR-
 GINAL CRÓNICA PREEXISTENTE. EL PROCESO SE MANIFIESTA GENE-
 RALMENTE POR SÍ MISMO, CON LA APARICIÓN DE UNA ULCERA NECRÓ-
 TICA EN LA PUNTA DE LA PAPILA, LA PARTE VESTIBULAR TIENDE A
 HINCHARSE Y LLEGA A ESTAR ENGROSADA CON UN CONTORNO REDON--
 DEADO, LA PAPILA NO SIEMPRE APARECE EDEMATOSA EN ÉSTE ESTA-
 DO, POR LO CONTRARIO, ELLA PUEDE TENER UNA CONSISTENCIA RE-
 LATIVAMENTE FIRME Y EL PUNTILLO GINGIVAL A MENUDO SE MAN--
 TIENE.

LA NECRÓSIS SE DESARROLLA RÁPIDAMENTE, DENTRO DE POCOS
 DÍAS LAS PAPILAS INCLUIDAS QUEDAN SEPARADAS EN UNA PORCIÓN
 LINGUAL Y OTRA VESTIBULAR CON UNA DEPRESIÓN NECRÓTICA INTER-
 PUESTA ENTRE ELLAS, EN ÉSTA PORCIÓN DEPRIMIDA CENTRAL LA NE-
 CROSIS PRODUCE UNA DESTRUCCIÓN CONSIDERABLE DEL TEJIDO Y SE
 FORMA UN CRÁTER, LA NECRÓSIS PUEDE TAMBIÉN DESARROLLARSE O
 EXTENDERSE LATERALMENTE A LA ENCÍA MARGINAL, JUNTO A LA SU--
 PERFICIE VESTIBULAR DE LOS DIENTES DE LA ZONA NECRÓTICA QUE
 SE ORIGINA DE LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES VECINOS PUEDE --
 EMERGER Y FORMAR UNA ÁREA NECRÓTICA CONTINUA.

ESTAS LESIONES NECRÓTICAS SUPERFICIALES ESTÁN PRINCI--
 PALMENTE LIMITADAS A LA ENCÍA Y RARA VEZ ELLAS CUBREN EL --
 ANCHO TOTAL DE LA ENCÍA INSERTADA, COMÚNMENTE ESTÁN EN UNA
 ZONA ANGOSTA DE LA ENCÍA MARGINAL, LA ENCÍA MARGINAL LIN---

GUAL Y PALATINA ESTÁN FRECUENTEMENTE MENOS INCLUIDAS QUE EL ÁREA VESTIBULAR CORRESPONDIENTE. (9, 13, 15, 19).

RESTOS AMARILLO--BLANQUESINOS. EL MATERIAL SUAVE BLANCO-AMARILLENTO O GRISÁSEO QUE CUBRE LAS ZONAS NECRÓTICAS HA SIDO DENOMINADA PSEUDOMEMBRANA. ÉSTE NO ES UN BUEN TÉRMINO - PUESTO QUE TIENE Poca semejanza con lo que es una verdadera membrana. ÉSTE CONSISTE PRINCIPALMENTE DE LEUCOCITOS, ERITROCITOS, FIBRINA, REMANENTES DE TEJIDOS NECRÓTICOS Y MASAS DE BACTÉRIAS Y NO PUEDE SER REMOVIDO COMO UNA MEMBRANA CONTINUA, LOS INTENTOS POR REMOVER ÉSTE MATERIAL CAUSARÁN SU RUPTURA Y SANGRADO Y EL TEJIDO CONECTIVO ULCERADO LLEGARÁ A ESTAR EXPUESTO, LOS DEPÓSITOS BLANDOS TAMBIÉN CUBREN CÁLCULOS SUBGINGIVALES LOS CUALES SE ENCUENTRAN EN GRANDES CANTIDADES EN LAS SUPERFICIES PROXIMALES DE LOS DIENTES CERCANOS A LAS ÁREAS NECRÓTICAS.

LA HIGIENE ORAL PERSONAL EN PACIENTES QUE CONTRAEN GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA ES COMÚNMENTE POBRE, MÁS --- AÚN, EL CEPILLADO DE LOS DIENTES Y EL CONTACTO CON LA ENCÍA AGUDAMENTE INFLAMADA ES DOLOROSO, HAY POR LO TANTO, FRECUENTEMENTE GRANDES CANTIDADES DE PLACA SOBRE LOS DIENTES ESPECIALMENTE A LO LARGO DEL MARGEN GINGIVAL.

UNA DELGADA CAPA COMO MALLA DE BACTERIA Y RESTOS PUEDE A VECES CUBRIR LA ENCÍA INSERTADA COMPLETAMENTE, ÉSTA CAPA ESTÁ COMPUESTA POR CÉLULAS EPITELIALES DESCAMADAS Y ALGUNAS BACTERIAS, PROTEÍNAS SALIVALES Y POSIBLEMENTE DEPÓSITOS DE FIBRINA DEL EXUDADO INFLAMATORIO, LA CUAL PUEDE SER FÁCILMENTE DESPRENDIDA POR SPRAY DE AGUA.

ERITEMA LINEAL. LA ZONA ENTRE LA NECRÓSIS MARGINAL Y LA -- ENCÍA RELATIVAMENTE NO AFECTADA COMÚNMENTE MUESTRA UNA ZONA

ERITEMATOSA ANGOSTA BIEN DEMARCADA, ÉSTA ZONA ES LLAMADA -- ERITEMA LINEAL, ES CAUSADA POR HIPEREMIA DE VASOS DEL TEJIDO CONECTIVO PERIFÉRICO A LAS LESIONES NECRÓTICAS.

SANGRADO. LA INFLAMACIÓN AGUDA Y LA NECRÓSIS CON EXPOSICIÓN DEL TEJIDO CONECTIVO SUBYACENTE EN LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA PRODUCE UNA MARCADA TENDENCIA AL SANGRADO, PUEDE COMENZAR ESPONTÁNEAMENTE, ASÍ COMO TAMBIÉN, EN RESPUESTA A UN TOQUE SUAVE.

DOLOR. EL DOLOR GINGIVAL ES UNA CARACTERÍSTICA COMÚN Y SUELE SER PATOGNOMÓNICO DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA. EN LOS ESTADOS INICIALES LAS LESIONES NECRÓTICAS SON RELATIVAMENTE POCAS Y PEQUEÑAS, EL DOLOR ES COMÚNMENTE MODERADO Y SE PUEDE LIMITAR A LA PAPILA INTERPROXIMAL, EN CASOS MÁS AVANZADOS EL DOLOR PUEDE SER CONSIDERABLE, IRRADIADO, CORROSIVO QUE SE INTENSIFICA CON LA MASTICACIÓN, AL CONTACTO CON ALIMENTOS CALIENTES O CONDIMENTADOS, AÚN CON EL SONDEO SUAVE LA REACCIÓN DOLOROSA ES EXAGERADA.
(1, 4, 13, 19, 20).

OLOR. UN OLOR CARACTERÍSTICO Y PRONUNCIADO ES A MENUDO NOTADO EN LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA, PERO ÉSTE PUEDE VARIAR EN INTENSIDAD Y EN ALGUNOS CASOS NO ES NOTABLE, DEBE SER NOTADO MÁS AMPLIAMENTE QUE UN OLOR FUERTE, PERO ES DE POCA IMPORTANCIA PARA EL DIAGNÓSTICO YA QUE PUEDE SER ENCONTRADO EN OTRAS CONDICIONES PATOLÓGICAS, COMO UNA ENFERMEDAD PERIODONTAL DESTRUCTIVA CRÓNICA. EN ÉSTOS DÍAS EN QUE SE UTILIZA GRAN CANTIDAD DE ENJUAGUES BUCALES Y DESODORANTES ES MENOS POSIBLE QUE EL OLOR FÉTIDO ESTE PRESENTE; POR LO TANTO, EL OLOR FÉTIDO NO ES FACTOR PATOGNOMÓNICO DE LA -

GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.

LINFADENITIS. LOS NÓDULOS LINFÁTICOS REGIONALES PUEDE APARECER INFLAMADOS EN LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA, PARTICULARMENTE EN CASOS AVANZADOS. TAL LINFADENITIS ESTÁ COMÚNMENTE CONFINADA A LOS NÓDULOS LINFÁTICOS SUBMAXILARES, PERO LOS NÓDULOS LINFÁTICOS CERVICALES PUEDEN TAMBIÉN ESTAR INCLUIDOS.

EN NIÑOS CON GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA, JIMÉNEZ Y BAER EN 1975, ENCONTRARON QUE LA LINFADENITIS Y LA TENDENCIA DE AUMENTAR EL SANGRADO SON LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS MÁS PRONUNCIADAS.

OTROS COMO GRUPE Y WILDER EN 1956 NO ENCONTRARON LINFADENITIS CLARAMENTE CARACTERIZADA EN LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.

FIEBRE Y MALESTAR. NO HAY UN ACUERDO GENERAL EN CUANTO A LA APARICIÓN DE FIEBRE Y MALESTAR EN LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA. LAS INVESTIGACIONES DE GRUPE Y WILDER EN 1956, GOLHABER Y GIDDON EN 1964 Y POR SHICK EN 1977 INDICAN QUE LA TEMPERATURA ELEVADA EN EL CUERPO NO ES COMÚN EN LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA, Y CUANDO ESTÁ PRESENTE LA ELEVACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL ES COMÚNMENTE MODERADA; Y EL MALESTAR GENERAL ES RARO.

(10, 12, 20).

GINGIVITIS ULCERONECROSANTE CRONICA O RECURRENTE.

SÍ ES INADECUADAMENTE TRATADA, O NO TRATADA LA FASE -- AGUDA DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA, GRADUALMENTE SUBSISTE LA CONDICIÓN QUE LLEGA A SER MENOS PERCEPTIBLE --- PARA EL PACIENTE, SIN EMBARGO, LOS TEJIDOS NECRÓTICOS NO -- CICATRIZAN COMPLETAMENTE, LA DESTRUCCIÓN DEL TEJIDO PERIO-- DONTAL CONTINÚA AÚN, A UN ÍNDICE MÁS LENTO Y CON MENOS SÍNTO MAS DRÁMATIGOS, ÉSTA CONDICIÓN HA SIDO LLAMADA GINGIVITIS - ULCERONECROSANTE CRÓNICA. LAS LESIONES NECROSANTES PERSISTEN COMO CRÁTERES ABIERTOS FRECUENTEMENTE OCUPADOS POR CÁLCULOS GINGIVALES Y PLACA BACTERIANA. LAS CARACTERÍSTICAS - ÁREAS NECRÓTICAS DE LA FASE AGUDA COMÚNMENTE NO APARECEN. LAS EXACERBACIONES CON PERÍODOS DE REMISIÓN PUEDEN APARECER - EN LAS FASES AGUDAS RECURRENTES, LOS SÍNTOMAS VUELVEN A SER NOTABLES Y LAS ÚLCERAS NECRÓTICAS CON MASAS DE DEPÓSITOS -- BLANCO-AMARILLENOS REAPARECEN; ÉSTAS SON SIN EMBARGO, ME-- NOS VISIBLES QUE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA, POR LO TANTO, ELLAS ESTÁN LOCALIZADAS EN CRÁTERES INTERDENTALES PREEXISTENTES Y NO SIEMPRE SON FÁCILMENTE DETECTADAS.

LAS EXACERBACIONES AGUDAS DE LA ENFERMEDAD SE PUEDEN SOBREGREGAR A UNA PARODONTITIS EXISTENTE. UN RASGO CARACTERÍSTICO DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE CRÓNICA ES UN ENGROSAMIENTO DEL MARGEN GINGIVAL YA REDONDEADO LO CUAL PUEDE - DAR LA IMPRESIÓN DE UNA ARQUITECTURA GINGIVAL INVERSA, LOS CRÁTERES INTERDENTALES ASOCIADOS SE PUEDEN FUSIONAR EN UNO CONTÍNUO EL CUÁL CONTIENE GRANDES CANTIDADES DE CÁLCULOS Y PLACA. LA ENCÍA VESTIBULAR DE TALES ÁREAS PUEDE ESTAR ENTE RAMENTE SEPARADA Y FORMAR DOS COLGAJOS O LABIOS.

LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE CRÓNICA PUEDE PRODUCIR UNA DESTRUCCIÓN CONSIDERABLE DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE, LA PÉRDIDA DE TEJIDOS MÁS PRONUNCIADOS COMÚNMENTE APARECE EN -

ASOCIACIÓN CON LOS CRÁTERES INTERPROXIMALES, MÁS AÚN, LAS -
LESIONES CARIOSAS PUEDEN SER ENCONTRADAS SOBRE LAS SUPERFI-
CIAS RADICULARES EXPUESTAS,
(3, 10, 13).

GINGIVOPERIODONTITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.

DESPUÉS DE REPETIDOS EPISODIOS A LARGO PLAZO DE GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA, PUEDE SER DISTINGUIDA UN TIPO DE PERIODONTITIS QUE HA SIDO DESIGNADA COMO GINGIVOPERIODONTITIS ULCERONECROSANTE AGUDA. LA ENFERMEDAD ES CARACTERIZADA POR LA FORMACIÓN DE CRÁTERES PROFUNDOS EN EL HUESO INTERDENTAL EN REGIONES LOCALIZADAS O EN TODA LA BOCA. LA ENFERMEDAD LLEGA A TENER PERÍODOS DE EXACERBACIÓN DURANTE LOS -- CUALES SE FORMAN PSEUDOMEMBRANAS GRISACEAS CONSTITUIDAS DE BACTERIAS Y TEJIDOS NECRÓTICOS EN LAS REGIONES AFECTADAS Y EL ALIENTO LLEGA A SER FÉTIDO. LA PERIODONTITIS DE ESTE -- TIPO NO HA SIDO BIEN ESTUDIADA.

(18).

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS Y MICROBIOLOGICAS.

DESDE EL PUNTO DE VISTA HISTÓLOGICO LA LESIÓN PRESENTA UNA INFLAMACIÓN NECROSANTE INESPECÍFICA AGUDA, DEL MARGEN GINGIVAL, QUE ABARCA EL EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO Y EL TEJIDO CONECTIVO SUBYACENTE. EL EPITELIO DE LA SUPERFICIE ESTA DESTRUIDO Y ES REEMPLAZADO POR UNA PSEUDOMEMBRANA O RED, DE FIBRINA, CÉLULAS ESPITELIALES NECRÓTICAS, LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES Y PLACA BACTERIANA. ESTA ES LA ZONA QUE CLÍNICAMENTE SE RECONOCE COMO PSEUDOMEMBRANA SUPERFICIAL. EN EL TEJIDO CONECTIVO SUBYACENTE HAY HIPEREMIA INTENSA, NUMEROSOS CAPILARES INGURGITADOS Y LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES. ESTA ZONA ES LA LÍNEA ERITEMETOSA QUE CLÍNICAMENTE SE ENCUENTRA POR ABAJO DE LA PSEUDOMEMBRANA SUPERFICIAL.

EL EPITELIO Y EL TEJIDO CONECTIVO PRESENTAN ALTERACIONES DE SU ASPECTO A MEDIDA QUE AUMENTA LA DISTANCIA DESDE EL MARGEN GINGIVAL NECRÓTICO. HAY UNA MEZCLA GRADUAL DEL EPITELIO DE LA ENCÍA SANA CON LA LESIÓN NECRÓTICA. EN EL LÍMITE INMEDIATO DE LA PSEUDOMEMBRANA NECRÓTICA, EL EPITELIO ESTÁ EDEMATIZADO Y LAS CÉLULAS TIENEN DIFERENTES GRADOS DE DEGENERACIÓN HIDRÓPICA. ADEMÁS, HAY INFILTRADO DE LEUCOCITOS POLIFORNUCLEARES EN LOS ESPACIOS INTERCELULARES. LA INFLAMACIÓN EN EL TEJIDO CONECTIVO DISMINUYE A MEDIDA QUE AUMENTA LA DISTANCIA A LA LESIÓN NECRÓTICA HASTA QUE SU ASPECTO SE IDENTIFICA CON EL ESTROMA DEL TEJIDO CONECTIVO SANO DE LA MUCOSA GINGIVAL NORMAL.

LAS OBSERVACIONES AL MICROSCOPIO DE LUZ INDICAN QUE EL EXUDADO DE SUPERFICIE DE LA LESIÓN NECRÓTICA CONTIENE NUMEROSOS COCOS GRAM POSITIVOS, BACILOS FUSIFORMES Y ESPIROQUETAS. EN LAS ÁREAS DE LA PSEUDOMEMBRANA APARECEN PRIMERAMENTE BACILOS FUSIFORMES Y ESPIROQUETAS EN ADICIÓN CON LEUCOCI

TOS Y FIBRINA. LAS ESPIROQUETAS TAMBIÉN APARECEN INFILTRADAS EN EL TEJIDO VITAL SUBYACENTE.

LISTAGARTEN EN DOS ESTUDIOS AL MICROSCOPIO ELECTRÓNICO DE LA LESIÓN DE GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA SUGIERE - QUE LA LESIÓN PUEDE DIVIDIRSE EN CUATRO ZONAS CADA UNA CON SUS PROPIAS CARACTERÍSTICAS, AÚN QUE SE PUEDE MEZCLAR UNA - CON OTRA Y PUEDEN NO ESTAR PRESENTES EN TODOS LOS CASOS. ESTAS ZONAS SON:

- 1.- ZONA BACTERIANA, SIENDO LA MÁS SUPERFICIAL CONSISTE EN VARIOS TIPOS DE BACTERIAS, INCLUYENDO POCAS ESPIROQUETAS.
- 2.- ZONA RICA EN NEUTRÓFILOS, CONTENIENDO NUMEROSOS LEUCOCITOS (PREDOMINANTEMENTE NUTRÓFILOS) Y BACTERIAS, E -- INCLUYE ESPIROQUETAS DE VARIOS TAMAÑOS.
- 3.- ZONA NECRÓTICA, CONSISTENTE DE TEJIDO Y CÉLULAS DEGENERADAS, MATERIAL FIBRILAR, REMANENTE DE FIBRAS COLÁGENAS Y NUMEROSAS ESPIROQUETAS DE TAMAÑO INTERMEDIO Y -- GRANDE.
- 4.- ZONA DE INFILTRACIÓN ESPIROQUETAL, CONSISTENTE DE TEJIDO SANO INFILTRADO POR ESPIROQUETAS DE TAMAÑO INTERMEDIO Y GRANDE.

LAS CUATRO ZONAS DESCRITAS POR LISTGARTEN FUERON OBSERVADAS EN EL ESTUDIO REALIZADO POR COURTOIS, ELLAS NO SIEMPRE FUERON CLARAMENTE DEMOSTRADAS ALGUNAS VECES FUE IMPOSIBLE DISTINGUIR UNA DE OTRA, EN PARTICULAR LA ZONA RICA EN - NEUTÓFILOS, PARECIDA A UNA MEZCLA DENTRO DE LA ZONA DE NE--CROSIS.

(4, 5, 9, 17).

FLORA BACTERIANA.

LAS MUESTRAS TOMADAS DE LAS LESIONES PRESENTAN BACTERIAS DISEMINADAS CON UN PREDOMINIO DE ESPIROQUETAS Y BACILOS FUSIFORMES, ADEMÁS DE LEUCOCITOS, CÉLULAS EPITERIALES DESCAMADAS Y ALGUNOS ERITROCITOS. RARAS VECES SE OBSERVA UN FROTIS QUE CUENTE ÚNICAMENTE CON ESPIROQUETAS Y BACILOS FUSIFORMES. COMÚNMENTE, ESTOS MICROORGANISMOS ESTÁN JUNTO A OTRAS ESPIROQUETAS BUCALES, VIBRIONES, Y ESTREPTOCOCOS Y MICROORGANISMOS FILAMENTOSOS. UN EXÁMEN MICROSCÓPICO Y BACTERIOLÓGICO MINUCIOSO DE LOS DENTRITOS QUE CUBREN EL ÁREA INTERDENTAL MUESTRAN QUE ESTOS SON PARECIDOS TANTO CUANTITATIVAMENTE COMO CUALITATIVAMENTE A LOS DEL SURCO SUBGINGIVAL (EN BASE AL PESO HÚMIDO DE LOS DENTRITOS). Y TAMBIÉN, EN BASE AL PESO HÚMERO, LA DOSIS INFECCIOSA MEDIA DE ESTA MASA BACTERIANA NO ES MUY DIFERENTE A LOS DE LOS DENTRITOS DEL SURCO EN CUANTO A SU CAPACIDAD PARA PRODUCIR LA INFECCIÓN ANAEROBIA EXPERIMENTAL MIXTA.

(17).

DIAGNOSTICO.

EL DIAGNÓSTICO DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA DEBE ESTAR BASADO EN LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS COMO SE DESCRIBIERON ANTERIORMENTE.

LA HISTORIA PASADA DEL PACIENTE PUEDE TAMBIÉN DAR INFORMACIÓN VALIOSA, EL PACIENTE HA NOTADO FRECUENTEMENTE DOLOR Y SANGRADO PARTICULARMENTE AL TACTO, LA FIEBRE Y MALESTAR PUEDEN APARECER AÚN CUANDO ESTO NO ES CARACTÉRÍSTICO DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA. EL FUMAR Y EL STRESS EMOCIONAL PREDISPONEN A LA ENFERMEDAD. UNA ASOCIACIÓN BACTERIANA QUE MUESTRA UNA DOMINANCIA DE FUSOBACTERIA Y ESPIROQUETA LA CUAL PUEDE CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO PERO UNA GRAN VARIEDAD DE MICROORGANISMO PUEDEN SER ENCONTRADO Y EN ALGUNAS ÁREAS LA FLORA MIXTA FUSO-ESPIROQUETAL PUEDE SER MENOS DOMINANTE, ES MÁS EL CUADRO BACTERIANO DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA NO ES MUY DIFERENTE DE LA GINGIVITIS MARGINAL, BOLSAS PARODENTALES, PERICORONITIS O GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA; POR ELLO COMÚNMENTE LA BIOPSIA NO ESTA INDICADA.

EL RECUENTO DE GLÓBULOS EN SANGRE ES POCO IMPORTANTE PARA DIAGNÓSTICO SALVO PARA DESCARTAR PROBLEMAS GENERALES COMO NEUTROPENIA MALIGNA Y LEUCEMIA AGUDA, CUYAS LESIONES BUCALES SE PUEDEN CONFUNDIR CON GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA. SE DEBEN PEDIR BIOMETRÍA HEMÁTICA A LOS PACIENTES CON LESIONES ULCERADAS DE MEJILLA PALADAR Y FARINGE, SE PUEDEN ENCONTRAR VARIACIONES DEL RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS ENTRE 2900 Y 16000 POR MM^3 , SIN EMBARGO, LA MAYORÍA DE LOS ENFERMOS DE GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA PRESENTAN FORMAS, Y NÚMERO DENTRO DE LOS LÍMITES. (3, 4, 12, 15, 20),

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA PUEDE SER CONFUN-
DIDA CON OTRAS ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL QUE SE PUEDEN
ASEMEJAR EN ALGUNOS ASPECTOS, COMO SUCEDE CON LA GINGIVOES-
TOMATITIS HERPÉTICA PRIMARIA Y ANGINA DE VICENT.

GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA PRIMARIA.

DEBE NOTARSE QUE EN LOS E.U., Y EN EUROPA LA GINGIVI--
TIS ULCERONECROSANTE AGUDA APARECE MUY RARA VEZ EN NIÑOS, -
MIENTRAS QUE LA GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA PRIMARIA ES --
MÁS COMÚNMENTE ENCONTRADA EN NIÑOS. LA TEMPERATURA DEL ---
CUERPO ESTÁ MODERADAMENTE ELEVADA A 38 GRADOS CENTÍGRADOS O
MÁS. LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA TIENE PREDILEC--
CIÓN POR LA PAPILA INTERDENTARIA, MIENTRAS QUE LA GINGIVOES
TOMATITIS HERPÉTICA PRIMARIA NO MUESTRA TAL IMITACIÓN Y PUE
DE APARECER EN CUALQUIER PARTE DE LA ENCÍA LIBRE O INSERTA-
DA O MUCOSA ALVEOLAR. EN LA GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA -
PRIMARIA ES DE CARÁCTER MÁS DIFUSO Y PUEDE COMPRENDER LA --
ENCÍA COMPLETA Y PARTE DE LA MUCOSA ALVEOLAR. LAS FORMACIO
NES VESICULARES EN LA GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA PRIMARIA
SE ROMPEN Y PRODUCEN PEQUEÑAS ULCERAS QUE ESTÁN RODEADAS --
POR EL ERITEMA DIFUSO, APARECEN EN LABIOS, LENGUA, ASÍ COMO
EN MUCOSA BUCAL.

LA GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA PRIMARIA Y LA GINGIVI-
TIS ULCERONECROSANTE AGUDA PUEDEN APARECER SIMULTÁNEAMENTE
EN EL MISMO PACIENTE Y EN TALES CASOS PUEDE HABER LESIÓN --
MUCOSA, FIEBRE Y MALESTAR GENERAL QUE TIENDE A APARECER MÁS
FRECUENTEMENTE QUE EN LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.

ANGINA DE VINCENT.

NO ES RARO CONFUNDIR LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE -- AGUDA CON LA ANGINA DE VINCENT, LA CUAL TAMBIÉN PRESENTA LA MISMA FLORA FUSOESPIROQUETAL, ÉSTA INFECCIÓN SE LOCALIZA EN LA OROFARINGE, HAY ULCERACIÓN MEMBRANOSA DOLOROSA DE LA GARGANTA, CON EDEMA Y CON MANCHAS HIPERÉMICAS QUE SE ROMPEN Y FORMAN ÚLCERAS CUBIERTAS DE MATERIAL PSEUDOMEMBRANOSO. EL PROCESO PUDE EXTENDERSE A LA LARINGE Y OÍDO MEDIO. LA ANGINA DE VINCENT, OCURRE DOS VECES MÁS FRECUENTEMENTE EN MUJERES QUE EN HOMBRES, MIENTRAS QUE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA HA SIDO REPORTADA QUE OCURRE MÁS FRECUENTEMENTE EN HOMBRES.

(3, 10, 15),

TRATAMIENTO.

A PESAR DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y LOS ENCUENTROS BACTERIOLÓGICOS EN LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA, LA TERAPIA DEBE SEGUIR LAS MISMAS GUÍAS COMO EN EL TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS CRÓNICA Y PERIODONTITIS, LA IMPLANTACIÓN PRÁCTICA DEL TRATAMIENTO DEBE NECESITAR CIERTAS MODIFICACIONES PARTICULARES DEBIDO A LA NATURALEZA DE LAS LESIONES INCLUYENDO DOLOR Y SANGRADO EN LA FASE AGUDA Y GRAN PÉRDIDA DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE INTERDENTAL POR LA FORMACIÓN DE CRÁTERES.

CAUSA RELACIONADA AL TRATAMIENTO (REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS AGUDOS Y ELIMINACIÓN DE FACTORES PREDISPONETES),

PARA LA REDUCCIÓN DE LOS SÍNTOMAS AGUDOS SE RECURRE A LA LIMPIEZA, INSTITUCIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE HIGIENE Y MEDICACIÓN.

EL SANGRADO Y SENSIBILIDAD AL TACTO PUEDEN COMPLICAR LA DEBRITACIÓN Y LA HIGIENE ORAL PERSONAL, NO OBSTANTE EL ALISADO DEBE SER INTENTADO CUIDADOSAMENTE COMO SE PERMITA, AÚN DURANTE LA PRIMERA VISITA. EL ALISADO ULTRASÓNICO DEBE SER PREFERIBLE AL USO DE INSTRUMENTOS DE MANO, CON LA MÍNIMA PRESIÓN CONTRA LOS TEJIDOS BLANDOS, LA LIMPIEZA ULTRASÓNICA PUEDE LLEVAR A CABO LA REMOCIÓN DE LOS DEPÓSITOS MINERALIZADOS Y BLANDOS, SE CONTINUARÁ CON LA DEBRITACIÓN TANTO COMO SEA POSIBLE TOMANDO EN CUENTA EL DOLOR Y LA TOLERANCIA DEL PACIENTE A LA INSTRUMENTACIÓN.

LOS PACIENTES CON GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA -- GENERALMENTE NO LLEVAN A CABO UN PROGRAMA ADECUADO DE HIGIENE ORAL. ELLOS TIENEN HÁBITOS DE HIGIENE ORAL POBRE Y POSIBLEMENTE UNA ACTITUD NEGATIVA AL TRATAMIENTO DENTAL EN GENE

RAL. COMO RESULTADO ALGUNOS PACIENTES DESCONTINÚAN EL TRATAMIENTO TAN PRONTO COMO LOS SÍNTOMAS AGUDOS SON ALIVIADOS. LA MOTIVACIÓN Y LA INSTRUCCIÓN DEBE SER PLANTEADA PARA EVITAR QUE ESTO SUCEDA, Y DEBE SER REPASADA EN LAS CONSULTAS - POSTERIORES.

LA INSTRUCCIÓN EN EL CEPILLADO Y LIMPIEZA INTERPROXIMAL DEBEN SER SEGUIDAS PARA LA TERAPIA, EL DENTISTA NO DEBE ENFATIZAR QUE EL CEPILLADO Y LA LIMPIEZA INTERDENTAL DEBEN SER SUAVES YA QUE EL PACIENTE POR EL DOLOR YA LO HACE CON SUAVIDAD Y ESTO PUEDE DAR COMO RESULTADO UNA LIMPIEZA DEFICIENTE.

LOS ENJUAGUES FRECUENTES CON UNA MEZCLA A PARTES IGUALES A 3% DE AGUA OXIGENADA Y AGUA TIBIA SON RECOMENDADOS, PARA UNA AYUDA ÚTIL ENJUAGUE DOS VECES POR DÍA AL 0.2% DE HÍBITANE (CLOREXIDINA) SON MUY EFECTIVOS JUNTO CON LA PROPIA HIGIENE ORAL DURANTE LAS PRIMERAS SEMANAS DE TRATAMIENTO.

PARA LA ELIMINACIÓN DE FACTORES PREDISONENTES EL PACIENTE DEBERÁ SER SOMETIDO A CONDICIONES GENERALES DE SALUD.

SE REDUCIRÁ O ELIMINARÁN LOS FACTORES QUE PUDIERAN DISMINUIR LA RESISTENCIA DE LOS TEJIDOS; COMO FATIGA, TENSIÓN, FUMAR EN EXCESO, ETC.

LA EFICIENCIA DE LA HIGIENE ORAL DEL PACIENTE Y LA REDUCCIÓN DEL SANGRADO Y DOLOR DETERMINAN EL PROGRESO DE LA TERAPIA.

LA CAUSA RELACIONADA CON EL TRATAMIENTO EN LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE CRÓNICA NO DIFIERE APRECIABLEMENTE DEL

TRATAMIENTO DE LA PERIODONTITIS CRÓNICA ORDINARIA. LOS SÍNTOMAS NO COMPLICAN EL ALISADO Y EL PROPIO CONTROL DE LAS MEDIDAS DE HIGIENE A LA MISMA EXTENSIÓN COMO LA GINGIVITIS -- ULCERONECROSANTE AGUDA, POR OTRO LADO HAY A MENUDO GRANDES CANTIDADES DE CÁLCULOS SUBGINGIVALES PRESENTES EN GINGIVITIS ULCERONECROSANTE CRÓNICA Y LA DEPURACIÓN PUEDE REQUERIR UN ESFUERZO CONSIDERABLE.

CUANDO LA CAUSA RELACIONADA CON LA FASE DEL TRATAMIENTO HA SIDO COMPLETA LA NECRÓISIS Y OTROS SÍNTOMAS AGUDOS HABRÁN DESAPARECIDO. LAS ÁREAS NECRÓTICAS HAN CICATRIZADO Y LOS CRÁTERES GINGIVALES ESTÁN REDUCIDOS EN TAMAÑO, COMO REGLA ALGUNOS DEFECTOS PERSISTEN. EN TALES ÁREAS LA ACUMULACIÓN DE PLACA ES FÁCIL Y LOS CRÁTERES PREDISPONDRÁN A LA -- RECURRENCIA O A UNA DESTRUCCIÓN MÁS AMPLIA DEBIDO AL PROCESO INFLAMATORIO PERSISTENTE O AMBOS, ÉSTOS SITIOS REQUIEREN DE CORRECCIÓN QUIRÚRGICA.

LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS ACTUALES PARA LA CORRECCIÓN DE ESTAS ANOMALÍAS SON SIMPLES. CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN DARLE UNA NUEVA FORMA A LA ENCÍA A TRAVÉS DE UNA -- GINGIVOPLASTÍA.

AL IGUAL QUE EN TODAS LAS GINGIVOPLASTÍAS, LAS DIFICULTADES ENCONTRADAS SON PROVOCADAS POR LA PEQUEÑA CANTIDAD DE TEJIDO QUE DEBERÁ SER ELIMINADO.

SE DEBE PROCEDER CON CUIDADO Y OBSERVAR LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA GINGIVOPLASTÍA. SE DEBE ELIMINAR LA ARQUITECTURA GINGIVAL INVERSA, A EXPENSAS DE LA ENCÍA MARGINAL Y -- LINGUAL, DE TAL FORMA QUE LAS PAPILAS PUEDAN VOLVERSE A FORMAR.

COMO CUIDADO POSTOPERATORIO SE COLOCA UN APÓSITO QUI--

RÚRGICO PARA CUBRIR LA HERIDA, YA QUE LOS PACIENTES PUEDEN EXPIREMENTAR DOLOR AL COMER O CEPILLARSE SI LOS TEJIDOS NO SON PROTEGIDOS. EL APÓSITO PUEDE RETIRARSE DESPUÉS DE 5 A 7 DÍAS.

EN LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE CRÓNICA LOS DEFECTOS EN LOS TEJIDOS BLANDOS SON COMÚNMENTE PRONUNCIADOS, LOS TEJIDOS ESTÁN A MENUDO FIRMES Y FIBROSOS, EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ES POR LO TANTO CASI SIEMPRE NECESARIO EN LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE CRÓNICA LOS CRÁTERES POCO PROFUNDOS -- PUEDEN SER REMOVIDOS POR GINGIVECTOMÍA SIMPLE, MIENTRAS QUE LA ELIMINACIÓN DE DEFECTOS MÁS PROFUNDOS PUEDEN REQUERIR -- CIRUGÍA POR COLGAJO.
(3, 9, 13, 19).

DROGAS EN EL TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.

MILLER Y GREENE (1958) HAN REPORTADO QUE MÁS DE CIENTO DROGAS DIFERENTES HAN SIDO SUGERIDAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA, ÉSTO ILUSTRALO INCIERTO Y LA CONFUSIÓN ASOCIADA CON EL TRATAMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD PERIODONTAL. LOS CORROSIVOS TALES COMO ÁCIDO CRÓMICO, NITRATO DE PLATA O SUBSTANCIAS CON UN AS-TRINGENTE Y POSIBLEMENTE CON UN ASPECTO ANTIMICROBIANO, TALES COMO LA VIOLETA DE GENCIANA Y LA CARBOFUSHINA, HAN SIDO AMPLIAMENTE USADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA. LA RACIONALIZACIÓN PARA EL USO DE TALES SUSTANCIAS ERA PROBABLEMENTE QUE ELLAS PARECÍAN ALIVIAR LOS SÍNTOMAS AGUDOS TALES COMO SANGRADO Y DOLOR CUANDO ERAN APLICADOS EN LA ENCÍA INFLAMADA. EL EFECTO DE LOS CORROSIVOS ES EN GENERAL EXTREMADAMENTE DIFÍCIL DE CONTROLAR. EL GRABADO PUEDE PENETRAR PROFUNDAMENTE DENTRO DEL PERIODONTO Y CONTRIBUIR A LA DESTRUCCIÓN PERMANENTE DEL TEJIDO PERIODONTAL POTENCIALMENTE SANO. HAY CONSIDERABLEMENTE MENOS DAÑO DE TAL EFECTO INDESEABLE ASOCIADO CON EL USO DE SUSTANCIAS ASTRINGENTES, POR OTRO LADO ALGUNOS DE ESTOS SON REFERIDOS COMO CARCINIGENOS POTENCIALES. LOS EFECTOS DE LOS CORROSIVOS Y ASTRINGENTES SON PURAMENTE SINTOMÁTICOS Y ELLOS POR LO TANTO, DEBEN SER EVITADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.

LA RECURRENCIA ES FRECUENTEMENTE VISTA, PUESTO QUE TAL TERAPIA SOLAMENTE ENMASCARA EL PROCESO INFLAMATORIO DESTRUCTIVO PERMITIENDO CONTINUAR DENTRO DE PORCIONES MÁS PROFUNDAS DEL PERIODONTO.

EL PERÓXIDO DE HIDROGENO Y OTROS AGENTES LIBERADORES DE OXÍGENO TAMBIÉN HAN SIDO UNA TRADICIÓN DE LARGO TIEMPO

EN EL TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA, EL PERÓXIDO DE HIDRÓGENO HA SIDO UTILIZADO COMO UN CAÚSTICO O UNA SUSTANCIA GRABADORA 30%, PARA DEBRIDACIÓN 3%, --- COMO UN ENJUAGATORIO PARTES IGUALES 3% DE AGUA OXÍGENADA Y AGUA TIBIA, PARA LA DEBRIDACIÓN DE ÁREAS NECRÓTICAS Y COMO UN ENJUAGATORIO EL PERÓXIDO DE HIDRÓGENO ES TAMBIÉN UTILIZADO, SE HA PENSADO EN LOS EFECTOS APARENTEMENTE FAVORA--- BLES DEL PERÓXIDO DE HIDRÓGENO PUEDE SER DEBIDO A LA LIM-- PIEZA MECÁNICA Y LA INFLUENCIA SOBRE LA FLORA BACTERIANA - ANAERÓBICA DEL OXÍGENO LIBERADO.

EL HIBITANTE (CLOREXIDINA AL 0.2%) LA SOLUCIÓN DE HIBITANTE ES VENDIDA EN VARIAS CUIDADES EUROPEAS COMO UN ENJUAGATORIO, EL HIBIENTE ES ÚTIL COMO UN SUPLEMENTO PARA LA HIGIENE ORAL DEL PACIENTE DURANTE LA FASE AGUDA.

PARA UN EFECTO ÓPTIMO DE ESTE MEDICAMENTO DEBE SER -- UTILIZADO ÚNICAMENTE JUNTO Y ADEMÁS DEL ALISADO Y RASPADO SISTÉMICO. LA SOLUCIÓN DE HIBIENTE NO PENETRA BIEN SUBGIN GIVALMENTE Y LA SOLUCIÓN ES FÁCILMENTE INACTIVADA POR EXUDADO DE LOS TEJIDOS NECRÓTICOS Y MASAS DE BACTERIAS. LA - EFECTIVIDAD DE LOS ENJUAGUES DE HIBITANTE, POR LO TANTO, - DEPENDE DE LA DEBRIDACIÓN MECÁNICA CUIDADOSA.

ANTIBIÓTICOS Y QUIMIOTERAPEÚTICOS:

LOS ANTIBIÓTICOS Y QUIMIOTERAPEÚTICOS ESTÁN DIRIGIDOS PRINCIPALMENTE A LAS BACTERIAS LAS CUALES SON LA CAUSA DIRECTA DEL PROCESO INFLAMATORIO DE LA GINGIVITIS ULCERONE-- CROSANTE AGUDA. LAS PENICILINAS Y OTROS ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO, TALES COMO LAS TETRACICLINAS SON MÁS EFEC TIVOS, SIN EMBARGO, SE DEBE DIRIGIR SU USO A CASOS MUY SE- VEROS, EN CONJUNCIÓN CON LA TERAPEÚTICA LOCAL, PERO LA AD-

MINISTRACIÓN SERÁ EFECTUADA CON PRECAUCIÓN Y ESTRECHA SUPERVISIÓN, YA QUE LLEVA APAREJADAS SERIAS POSIBILIDADES DE --- REACCIONES SECUNDARIAS. SÓLO EN CASOS RAROS DE GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE ES --- AFECTADA DE TAL MANERA QUE EL USO DE ANTIBIÓTICOS ESTA INDICADO.

LA APLICACIÓN TÓPICA DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO ESTÁ ESTRICTAMENTE CONTRAINDICADA EN EL TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.

METRONIDASOL:

EJ. FLAGYL, RHODIA HA SIDO ENCONTRADO EFECTIVO CONTRA ESPIROQUETAS Y HA SIDO UTILIZADO LOCAL Y SISTÉMICAMENTE EN EL TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.

EN CONCLUSIÓN, EL USO DE LAS DROGAS ES LÍMITADO EN EL TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA, Y SOLAMENTE AQUELLOS QUE PRODUCEN UN CONTROL DE LA PLACA MEJORANDO EN LA CAUSA RELACIONADA CON LA FASE DE TERAPIA, DEBEN -- SER UTILIZADOS.

(9, 10, 13, 16, 20),

CONCLUSIONES

LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA ES UNA ENFERMEDAD CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS PRECISAS, DIFERENTES A LAS DE LA GINGIVITIS MARGINAL CRÓNICA COMÚN. ESTAS CARACTERÍSTICAS SON: UNA LESIÓN NECRÓTICA DE LAS PAPILAS INTERDENTARIAS, HEMORRAGIA, DOLOR, FORMACIÓN DE PSEUDOMEMBRANA Y EN ALGUNOS CASOS SE PRESENTA UN OLOR CARACTERÍSTICO.

LA ETIOLOGÍA VERDADERA DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA NO HA SIDO BIEN ESTABLECIDA AÚN. SE HA SUGERIDO QUE SE PUEDE DESARROLLAR LA ENFERMEDAD SI EXISTEN FACTORES PREDISPONENTES COMO SON: HIGIENE ORAL POBRE CON UNA GINGIVITIS PREEXISTENTE, TABAQUISMO, STRESS EMOCIONAL, BACTERIAS, COMO ESPIROQUETAS Y FUSOBACTERIAS.

EL DIAGNÓSTICO SE BASA EN LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS.

EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DEPENDE DE LA INFORMACIÓN QUE DA EL PACIENTE Y EL CRITERIO DEL CIRUJANO DENTISTA. LA INFORMACIÓN SE DERIVA DE LA HISTÓRIA CLÍNICA SEGUIDA POR UNA DETALLADA EXPLORACIÓN.

EL TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS ULCERONECROSANTE EN GENERAL DEBE SEGUIR LAS MISMAS PAUTAS COMO EN EL TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS Y PERIODONTITIS, AUNQUE CON MODIFICACIONES PARTICULARES PARA CADA CASO.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BAER P.N., BENJAMÍN S.D. ENFERMEDAD PERIODONTAL EN -- NIÑOS Y ADOLESCENTES PAG. 44-55. PRIMERA EDICIÓN EDITORIAL MUNDI ARGENTINA.
- 2.- BRYON J. R. K., CLARKE N.G. AETIOLOGY OF ACUTE NECROTIZING ULCERATIVE GINGIVITIS: A HIPOTHETICAL EXPLANATION. JOURNAL PERIODONTOLOGY VOL. 45:11 PAG. 830-832 NOVEMBER, 1974.
- 3.- BURKET L.W. MEDICINA BUCAL, CAP. 7, PAG. 30-40. SEXTA EDICIÓN, EDITORIAL INTERAMERICANA, MÉXICO, 1973.
- 4.- CARRANZA F.A. PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA DE GLICKMAN, ---- CAP. 11, PAG. 132-141, QUINTA EDICIÓN, EDITORIAL INTER AMERICANA, MÉXICO, 1982.
- 5.- COGEN R. B., STEVANS A. W. JR, COHEN-COLE S. LEUKOCYTE IN THE ETIOLOGY OF ACUTE NECROTIZING ULCERATIVE GINGIVITIS. JOURNAL OF PERIODONTOLOGY, VOL: 54:7 PAG. 402-406, JULY, 1973.
- 6.- COURTOIS G.J., COBB C.M. AND KILLOYS W.J. ACUTE NECROTIZING ULCERATIVE GINGIVITIS. A TRANSMISSION ELECTRON MICROSCOPE STUDY. JOURNAL OF PERIODONTOLOGY, VOL: 11, PAG, 571-578, NOVEMBER, 1983.
- 7.- CHUNG C. P., RUSSEL J. NISENGARD, SLOTS J. AND GENCO - R. J. BACTERIAL IGG AND IGM ANTIBODY TITERS IN ACUTE NECROTIZING ULCERATIVE GINGIVITIS. JOURNAL OF PERIODONTOLOGY VOL: 54:9, PAG, 557-562, SEPTEMBER, 1983.

- 8.- DOLLY L. B. ORAL MUCOSA IN HEALTH AND DISEASE CHAP. 8 PAG. 374-375, FIRST PUBLISHED BLACK WELLS SCIENTIFIC PUBLICATIONS. OSNEY MEAD, OXFORD 1975.
- 9.- GRANT D. A. STERN I. B. PERIODONCIA DE ORBAN, CAP. - 21, PAG. 299-309, CUARTA EDICIÓN, EDITORIAL INTERAMERICANA, MÉXICO 1975.
- 10.- GOLDMAN H. M. COHEN D. W. PERIODONTAL THERAPY, CHAP. 8, PAG. 226-237, SIXTH EDITION, MOSBY COMPANY, ST. -- LOUIS MISSOURI 1980.
- 11.- HARDING J., BERRY W. C. JR., MARSH C. AND JOLLIFF -- C.R. SALIVARY ANTIBIOTICS IN ACUTE GINGIVITIS, JOURNAL OF PERIODONTOLOGY, VOL 51: 2 PAG. 63-69. FEBRUARY 1980.
- 12.- JIMÉNEZ M. AND BEAR P. N., NECROTIZING ULCERATIVE -- GINGIVITIS IN CHILDREN: A 9 YEAR CLINICAL STUDY, --- JOURNAL OF PERIODONTOLOGY VOL 46:12, PAG. 715-720. - DECEMBER 1975.
- 13.- LINDHE J. TEXTBOOK OF CLINICAL PERIODONTOLOGY, CHAP. 7, PAG. 207-216. 1 ST. EDITION, COPYRINT MUNKSGAARD 1983.
- 14.- MAUPIN C. C., BERNARD BELL W., THE RELATIONSHIP OF - 17 HYDROXYCORTICOSTEROID O ACUTE NECROTIZING ULCERATIVE GINGIVITIS. JOURNAL OF PERIODONTOLOGY VOL 46:12 PAG. 721-722, DECEMBER 1975.
- 15.- MACCARTY P. L., SHLLAR G. DISEASES OF THE ORAL MUCOSA. CHAP. 9 PAG. 101-111, SECOND EDITION LEA AND -- FEBIGER PHILADELPHIA 1980.

- 16.- NEWMAN M. G., GOODMAN A. D. GUIDE TO ANTIBIOTIC USE - IN DENTAL PRACTICE, CHAP. 9, PAG. 106-108. 1 ST. --- EDITION, QUINTESSENCE PUBLISHING CHICAGO 1984.
- 17.- NOLTE W. A. ORAL MICROBIOLOGY CHAP. 18 PAG. 507-511,- THIRD EDITION, MOSBY COMPANY. SAINT LOUIS 1977.
- 18.- PAGE R. C. AND SCHROEDER H. E., PERIODONTITIS IN MAN AND OTHER ANIMALS. CHAP. 4, PAG. 228, 1ST. EDITION - KARGER 1982.
- 19.- SCHLUGER S., YOUDELIS R. A. ENFERMEDAD PERIODONTAL - CAP. 9, PAG. 271-281. SEGUNDA EDICIÓN, EDITORIAL -- C.E.C.S.A. MÉXICO 1982.
- 20.- SPONCE J. P. PATILOGIA BUCAL CAP. 11, PAG. 213-219. - PRIMERA EDICIÓN, EDITORIAL MUNDI.
- 21.- WILTON J. M., IVANY, AND LEHNERT. CELL-MEDINTED IMMUNITY AND ANTIBODIES HUMORAL IN ACUTE ULCERATIVE GINGIVITIS JOURNAL OF PERIODONTOLOGY RESECH VOL: 6:9-16 -- 1971.