

879522

13
24



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

“ENFERMEDAD DE VINCENT”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ALEJANDRO MEDINA PORTILLO

TITULO DE
FALLA DE ORIGEN



CHIHUAHUA, CHIH.,

1992



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.

Í N D I C E

P Á G.

INTRODUCCIÓN+++++		6
CAPÍTULO	I	
	PERSPECTIVA HISTÓRICA Y GENERALIDADES+++++	8
CAPÍTULO	II	
	ETIOLOGÍA+++++	15
CAPÍTULO	III	
	DESCRIPCIÓN BACTERIOLÓGICA DEL BACILO FUSIFORME DE VINCENT Y BORRELIA DE VICENTII+++++	21
CAPÍTULO	IV	
	ANATOMÍA PATOLÓGICA+++++	31
CAPÍTULO	V	
	FASE AGUDA DE LA ENFERMEDAD DE VINCENT+++++	35
CAPÍTULO	VI	
	TRATAMIENTO DE LA FASE AGUDA DE LA ENFERMEDAD DE VINCENT+++++	39

CAPÍTULO VII	FASE CRÓNICA Y RECURRENTE DE LA ENFERMEDAD DE VINCENT+++++	51
CAPÍTULO VIII	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ENFERMEDAD DE VINCENT+++++	57
CAPÍTULO IX	TRATAMIENTO PARODONTAL O QUIRÚRGICO+++++	71
CAPÍTULO X	EPIDEMIOLOGÍA Y PRODUCCIÓN EXPERIMENTAL DE LA ENFERME DAD DE VINCENT+++++	83
CONCLUSIONES+++++		87
BIBLIOGRAFÍA+++++		89

I N T R O D U C C I Ó N

AL ELEGIR ESTE TEMA PARA EL DESARROLLO DE MI TE
SIS, LA FINALIDAD NO HA SIDO EXACTAMENTE LA DE APOR-
TAR CONOCIMIENTOS NUEVOS, SINO EL DAR A CONOCER EN -
LO MÁS POSIBLE, LOS DATOS PRECISOS ACERCA DE ESTA EN
FERMEDAD DE VINCENTE, COMO UNA BASE PARA LA FORMA---
CIÓN DE NUESTRO DIAGNÓSTICO.

APOYÁNDOME PARA ELLO EN LAS OBRAS DE LOS AUTO--
RES DE MÁS RENOMBRE COMO LO SON PINDBORG, CAIUNTA, -
CYRIUSPAN, SNAFER, ZAGARELLI, QUIROZ Y OTROS DE ----
IGUAL IMPORTANCIA, TRATANDO DE QUE ESTE TRABAJO NO -
CAREZCA DE CALIDAD EN LA INFORMACIÓN.

SIENDO EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EL FACTOR NÚ-
MERO UNO, YA QUE AL DARLES A CONOCER EN LO MÁS POSI-
BLE, LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS DISTINTAS -
ENFERMEDADES ORALES Y GENERALES QUE EN SU MAYORÍA --
PUEDE OBTENER, ESTOY MARCANDO CON ELLO EL PASO PARA-
EL DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO. AUNADO A ESTO EL FACTOR
EMOCIONAL QUE ES ALTAMENTE IMPORTANTE.

VAYA PUES, LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO, DE--
SEANDO SIRVA PARA AMPLIAR LOS CONOCIMIENTOS DE CADA-
UNO DE NOSOTROS.

CAPÍTULO I

PERSPECTIVA HISTÓRICA Y GENERALIDADES

LA ENFERMEDAD DE VINCENT ES UN PADECIMIENTO ---
ORAL QUE SE REMONTA A LA ANTIGÜEDAD. SE TIENE NOTI
CIA DE QUE FUE RECONOCIDA EN EL SIGLO IV A. C. POR -
JENOFONTE, QUIEN DIJO QUE LOS SOLDADOS GRIEGOS TE---
NIAN "DOLOR EN LA BOCA Y MALESTAR EN EL DIENTE".

FUE UNA ENFERMEDAD ENDÓMICA EN TODO EL MUNDO DU
RANTE MUCHO TIEMPO, ENCONTRÁNDOSE DESCRITA CON DATOS
MUY VAGOS; Y EN LA ÉPOCA DE HIPÓCRATES SE LE CONFUN-
DIÓ CON OTRAS ENFERMEDADES COMO EL ESCORBUTO, NOMA Y
LA DIFTERIA.

EN 1793 Y 1794 NACÍA EL TÉRMINO "BOCA DE TRIN--
CHERA", YA QUE EN EL EJÉRCITO ITALIANO SE OBSERVARON
EPIDEMIAS DE ESTE PADECIMIENTO Y ASÍ, FUERON LOS MÉ-
DICOS DEL EJÉRCITO LOS PRIMEROS EN LEGAR NOTICIAS DE
ELLA. A PESAR DE ESTO, NO PUDIERON RECONOCER SU NA
TURALEZA.

EN 1828, BRETONNEAU, SE DIÓ CUENTA DEL CARÁCTER CONTAGIOSO DE ESTA ENFERMEDAD EN EL EJÉRCITO FRANCÉS PERO DESGRACIADAMENTE LA CONFUNDIÓ CON LA DIFTERIA. CAFFORD, TIEMPO DESPUÉS, ATENDIENDO UNA EPIDEMIA PU- DO SEPARARLA DE LA DIFTERIA.

EN 1838, SEPARADO YA DE LA DIFTERIA, INCURRIE-- RON LOS MÉDICOS EN OTRO ERROR AL CONFUNDIRLA CON LA- GANGRENA DE LA BOCA.

EN 1859, BREGEROU, EN UNA EPIDEMIA DONDE FUERON TRATADOS 359 NIÑOS, LLEGÓ A LA CONCLUSIÓN DE QUE LA- ENFERMEDAD ERA UNA ENTIDAD MORBOSA Y LA DESCRIBIÓ EN TODOS SUS DETALLES. DEMOSTRÓ QUE LA ENFERMEDAD ERA ESPECÍFICA GENERAL, COMPARABLE A LOS OREJONES, FIE-- BRE TIFOIDEA Y A LAS FIEBRES ERUPTIVAS, SE EVIDENCIÓ SU CARÁCTER CONTAGIOSO, SU ASPECTO EPIDÉMICO Y SU -- INOCUBILIDAD.

TODOS ÉSTOS CONCEPTOS FUERON ACEPTADOS HASTA -- 1877 EN QUE MÉDICOS DE NAVÍOS NEGARON SU INOCULABI- LIDAD Y EL CONTAGIO DE ESTA ENFERMEDAD, ATRIBUYÉNDOLA-

SOLAMENTE A FENÓMENO DE IRRITACIÓN LOCAL SUFRIDO POR EL TRABAJO DE LA EVALUACIÓN DENTARIA.

EN 1886, HERSCU, PATÓLOGO ALEMÁN, COMENTÓ ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE ESTA ENFERMEDAD, TALES COMO - NÓDULOS LINFÁTICOS AGRANDADOS, FIEBRE, MALESTAR Y AUMENTO DE SALIVACIÓN.

EN 1896, VINCENT Y PLAUT, DESCRIBIERON ESTE CUADRO ORAL ATRIBUYENDO SU ORIGEN AL BACILO FUSIFORME Y A LA ESPIROQUETA BORRELIA. VINCENT, ENCONTRÓ EL GERMEN EN EL EXUDADO QUE RECUBRÍA "LA PODREDUMBRE DE HOSPITAL" O, COMO EN AQUELLA ÉPOCA SE LE LLAMABA --- "DIFTERIA DE LOS HERIDOS".

VINCENT, PUBLICÓ QUE ESTE BACILO SE CARACTERIZA POR SU ASOCIACIÓN CON ESPIRILAS, DANDO ORIGEN A LO QUE SE LLAMA SIMBIOSIS FUSIESPIRILAR DE VINCENT Y --- QUE SE CONSIDERA CAPAZ DE PRODUCIR LA ENFERMEDAD DE VINCENT Y ANGINA DE VINCENT.

ESTA ENFERMEDAD SE HA CONOCIDO CON DISTINTOS --- NOMBRES O TÉRMINOS, COMO SON: BOCA DE TRINCHERA, ES-

TOMATITIS DE VINCENT, ENFERMEDAD DE VINCENT, GUNA --
QUE SIGNIFICA: GINGIVITIS ULCERO NECROSANTE AGUDA, --
GINGIVITIS NECROSANTE AGUDA, GINGIVITIS ULCEROSA, BO
CA PÚTRIDA Y EN 1923, LA ASOCIACIÓN DENTAL MEXICANA--
TOMÓ EL TÉRMINO DE INFECCIÓN DE VINCENT, COMO OFI---
CIAL DE ESTA ENFERMEDAD.

EN UN PRINCIPIO SE CREYÓ QUE LA ENFERMEDAD DE -
VINCENT ERA UNA ENFERMEDAD SUMAMENTE CONTAGIOSA, DE-
BIDO A LAS EPIDEMIAS FRECUENTES QUE SE PRESENTARON, -
SIN EMBARGO, TODOS LOS ESFUERZOS LLEVADOS A CABO POR
TRANSMITIR LA ENFERMEDAD HAN FRACASADO.

AUNQUE NO HAY PRUEBA DE QUE LOS GÉRMESES FUSOES
PIROQUETÁSICOS SEAN LA CAUSA PRIMARIA DEL PADECIMIENT
TO, ESTOS SE ENCUENTRAN EN GRANDES CANTIDADES EN LOS
FROTIS TOMADOS EN VARIAS ZONAS.

KING, RECIENTEMENTE TRAUMATIZÓ UNA ZONA DE SU -
ENCÍA E INTRODUJO RESTOS DE UN CASO GRAVE DE LA EN--
FERMEDAD DE VINCENT SIN OBTENER RESULTADOS SATISFAC--
TORIOS. LOS FROTIS DE SU ENCÍA QUE LE FUERON TOMA-

DOS, MANIFESTARON LA PRESENCIA DE NUMEROSOS GÉRME-
NOS FUSOESPIROQUETÁSICOS QUE DESAPARECIERON AL TERCER
DÍA, SIN PRODUCIR LESIONES CLÍNICAS. AL CABO DE UN
TIEMPO, SUCEDIÓ QUE EL INVESTIGADOR SE ENFERMÓ Y DES-
PUÉS DE ESTO, SE PRESENTÓ LA LESIÓN CARACTERÍSTICA -
DE ESTE PADECIMIENTO EN LA ZONA EXPERIMENTAL.

SE PUEDE DEDUCIR DESPUÉS DE ESTE TRATAMIENTO, -
AUNQUE CON SUS RESERVAS, QUE LA DEBILIDAD SISTÉMICA-
ES UN REQUISITO PREVIO AL CONTAGIO DE LA MISMA; Y --
ASÍ, MUCHOS AUTORES COINCIDEN QUE LOS FACTORES ETIO-
LÓGICOS DE ESTE PADECIMIENTO SON LA COMBINACIÓN DE -
UNA RESISTENCIA GINGIVAL DISMINUIDA POR CAUSA SISTÉ-
MICA O POR CAUSA LOCAL Y LA ACCIÓN PATÓGENA DE LAS -
BACTERIAS. ESTA ENFERMEDAD TAMBIÉN GUARDA RELACIÓN
CON HÁBITOS SOCIALES, FACTORES NUTRITIVOS Y ESTADOS-
FÍSICOS GENERALES DEL INDIVIDUO; LA FATIGA Y LA TEN-
SIÓN EMOCIONAL PARECEN DESEMPEÑAR CIERTO PAPEL EN LA
PRODUCCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

LA MORBILIDAD POR ENFERMEDAD DE VINCENT TIENDE-
A ALCANZAR EL MÁXIMO DURANTE LOS PERÍODOS DE VACACION

ÑES ESCOLARES Y POCO DESPUÉS, QUIZÁ POR EL DESCANSO-
INSUFICIENTE, LA ALIMENTACIÓN INADECUADA Y EL BESU--
QUEO PROLONGADO, ASÍ COMO EL MAYOR CONSUMO DE LAS BE
BIDAS ALCOHÓLICAS.

AÚN CUANDO LA ENFERMEDAD DE VINCENT SUELE OBSER
VARSE EN INDIVIDUOS QUE NO GUARDAN BUENA HIGIENE BU-
CAL, SE PRESENTA TAMBIÉN EN SUJETOS QUE CUIDAN MINU-
CIOSAMENTE SU BOCA, ASÍ COMO EN PERSONAS QUE NO FU--
MAN NI BEBEN. EN UNA DE LAS MAS SELECTAS UNIVERSI-
DADES FEMENINAS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRI-
CA SE REALIZARON ESTUDIOS CLÍNICOS Y BACTERIOLÓGICOS
PARA DETERMINAR LA FRECUENCIA DE ESTA ENFERMEDAD.
EN 139 DE 462 BOCAS EXAMINADAS, SE ENCONTRARON ESPI-
ROQUETAS Y BACILOS FUSIFORMES EN GRAN NUMERO; EN ---
113 DEL GRUPO DE FOTIS POSITIVOS HABÍA SÍNTOMAS CLÍ-
NICOS LEVES, PERO INDUDABLES Y DOS CASOS TENÍAN TÍPI
CA ENFERMEDAD DE VINCENT.

A ESTA ENFERMEDAD SE LE SUELE CONFUNDIR CON LA-
ANGINA DE VINCENT, PUESTO QUE A LAS DOS SE LES CLASI

FICA COMO ENFERMEDADES DE VINCENT.

EN LA ACTUALIDAD, LA FRECUENCIA DE LA ENFERME--
DAD DE VINCENT ES MENOR QUE EN AÑOS ANTERIORES Y QUI
ZÁ SE DEBA AL USO MÁS GENERALIZADO DE LA PENICILINA-
EN 91 TRATAMIENTO DE MUCHAS INFECCIONES LEVES.

CAPÍTULO II

ETIOLOGÍA

SE CONOCE CON EL NOMBRE DE ENFERMEDAD DE VINCENT A UN ESTADO INFLAMATORIO DE LA MUCOSA ORAL QUE SE CARACTERIZA POR UN ESTADO ULCERATIVO AGUDO CON ALIENTO-FÉTIDO MUY NOTABLE.

CLASIFICÁNDOLA DE ACUERDO A SU GRAVEDAD, ASPECTO Y DISTRIBUCIÓN ANATÓMICA DE LAS LESIONES, SE CONOCEN TRES FORMAS: AGUDA, CRÓNICA Y RECURRENTE.

ESTA ENFERMEDAD ALCANZA MÁXIMA FRECUENCIA ENTRE-ADOLESCENTES, ADULTOS Y JÓVENES, AUNQUE SE PRESENTA - DE PREFERENCIA EN LOS NIÑOS DE DOS O TRES AÑOS O DURANTE LA SEGUNDA DENTICIÓN, Y ES MÁS COMÚN EN EL VARÓN A CAUSA PROBABLEMENTE DE QUE ÉSTE POR LO GENERAL- PRESTA MENOR ATENCIÓN A LA HIGIENE BUCAL QUE LA MUJER

LA ENFERMEDAD DE VINCENT SE DESARROLLA DE PREFERENCIA CUANDO EXISTEN ALTERACIONES DE LA MUCOSA ORAL- CONSECUTIVAS O FACTORES PREDISPONENTES COMO SON LAS - CAUSAS LOCALES O GENERALES QUE FAVORECEN LA INVASIÓN- DE LOS TEJIDOS POR UNA INFECCIÓN POLIMICROBIANA.

LA ETIOLOGÍA DE ESTA ENFERMEDAD AÚN NO ESTÁ BIEN DILUCIDADA, SIN EMBARGO, EXISTEN DIVERSOS FACTORES -- QUE TRATAN DE EXPLICARLA. POR LO QUE A CONTINUACIÓN DESCRIBIRÉ FACTORES LOCALES, GENERALES Y BACTERIOLÓGICOS DE ESTE PADECIMIENTO.

1.- FACTORES LOCALES:

ENTRE ÉSTOS PUEDEN ENUMERARSE LOS SIGUIENTES: EL CEPILLADO VIOLENTO, EL USO INDEBIDO DE SEDA DENTAL Y- PROFILAXIS BUCAL, LLEVADOS A CABO SIN PRECAUCIÓN, PRO VOCAN LA RUPTURA DEL EPITELIO PROTECTOR, FAVORECIENDO LA INVASIÓN MICROBIANA. LA MASTICACIÓN FISIOLÓGICA- DETERMINA UNA LIMPIEZA MECÁNICA, EN CAMBIO LA FALTA - DE MASTICACIÓN O LA MASTICACIÓN VICIOSA TRAE LA AUSENCIA DE LIMPIEZA Y SU SECUELA: IRRIGACIÓN SANGUÍNEA DE FICIENTE, RENOVACIÓN CELULAR RETARDADA Y FORMACIÓN DE

ŠARRO.

EL COLGAJO GINGIVAL ALREDEDOR DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES EN ERUPCIÓN ACTÚA COMO INCUBACIÓN DE BACTERIAS ANAEROBIAS; CORONAS MAL AJUSTADAS E HIRIENTES Y OTRAS FORMAS DE IRRITACIÓN LOCAL COMO SON PUNTOS CONTACTO DEFECTUOSOS, RAÍCES DENTARIAS RETENIDAS, ESPACIOS INTERDENTARIOS MUY PRONUNCIADOS, GINGIVITIS MARGINALES, SACOS PROFUNDOS DE PARADENTOSIS, MÁRGENES PALATINOS DE DIENTES ANTERIORES EN DONDE LA ENCÍA ES CONSTANTEMENTE IRRITADA POR LA RESPIRACIÓN BUCAL O -- POR EXCESO DE TABACO QUE SIEMPRE PRODUCE IRRITACIÓN.

LA MAYORÍA DE LOS CASOS OCURREN EN BOCAS DESCUIDADAS DONDE TIENE ABRIGO LA SEPTICIDAD, PERO AÚN EN PERSONAS ASEADAS SE ESTABLECEN ZONAS DE INCUBACIÓN PARA LA ENFERMEDAD.

B) FACTORES GENERALES.

TODAS LAS CAUSAS QUE DEBILITAN EL EQUILIBRIO BIOLÓGICO BUCAL ACTÚAN COMO PREDISONENTES, LAS CARENCIAS VITAMÍNICAS EN PARTICULAR DE LA C Y COMPLEJO B, LOS TRASTORNOS GASTROINTESTINALES, CUALQUIER ENFERME-

DAD FEBRIL COMO INFLUENCIA, AMIGDALITIS AGUDA O CRÓNICA, CORIZA AGUDA, BRONQUITIS, ETC., DESNUTRICIÓN Y DEMASIADO TRABAJO FÍSICO Y MENTAL, INSOMNIO, CAMBIOS ATMOSFÉRICOS BRUSCOS. TAMBIÉN PUEDE PRECEDIR A LA ESTOMATITIS DE VINCENT, EL ESCORBUTO AGUDO, PELAGRA, -- DISCRASIAS SANGUÍNEAS, ULCERACIONES PREEXISTENTES PRODUCIDAS POR LA DIFTERIA, SÍFILIS, CÁNCER, EL ALCOHOLISMO Y LAS INTOXICACIONES POR METALES CON ELIMINACIONES DE LOS MISMOS POR LA SALIVA.

C) FACTORES BACTERIOLÓGICOS.

LA INVASIÓN DE LOS TEJIDOS ORALES EN LA ENFERMEDAD DE VINCENT ES POR UNA INFECCIÓN MIXTA, SIENDO LOS MICROBIOS CAUSANTES DE LA ENFERMEDAD EL BACILO FUSIFORME Y EL ESPIROLO DE VINCENT (BORRELIA VINCENTII), -- SIN RETIRARLE SU DEBIDA PATOGENIA A OTROS MICROORGANISMOS DE LA FLORA BUCAL, ASÍ COMO A OTRAS VARIETADES TRANSITORIAS, QUE PUEDEN, COMO LAS ANTERIORES, SER SA PRÓFITAS O PATÓGENAS CUANDO EL MEDIO LES ES FAVORABLE

EL BACILO FUSIFORME Y LA ESPIROQUETA BORRELIA -- CRECEN FAVORECIDOS POR LA PRESENCIA DE ESTREPTOCOCOS O DIPLOCOCOS, LOS CUALES SE PRESENTAN EN NÚMERO MUCHO

MENOR QUE LOS GÉRMEENES DE VINCENT. ESTE FENÓMENO SE DEBE PROBABLEMENTE A QUE EL CONSUMO DE OXÍGENO POR -- LOS PRIMEROS FAVORECEN EL DESARROLLO DE LOS SEGUNDOS.

BACILOS GRAM NEGATIVOS (BACILO PROTEUS, LACTIS Y AERÓGENOS) Y MIEMBROS ESPECIALES DEL GRUPO DE FRIED--LANDER PUEDEN PRESENTARSE.

COMO MENOR FRECUENCIA SE ENCUENTRA EL BACILO DE LA COQUELUCHA, EL BACILO TUBERCULOSO, NEUMOBACILO, BACILO PESTOSO Y BACILO PFEIFFER. UNA GRAN VARIEDAD DE BACILOS GRAM POSITIVOS (LEPTOTRICIA ÁCIDOFLILUS, BACILO DE HOFFMAN Y OTROS DIFTERIODES, SON COMUNES EN LA BOCA.

EXISTEN TAMBIÉN ESPIROQUETAS Y ESPIRILOS, SIENDO HABITANTES COMUNES EN LA BOCA, MIENTRAS EXISTEN LOS DIENTES NATURALES Y HAN SIDO DESCRITAS CINCO VARIEDADES.

- a) TREPONEMA MICRODENTIIUM.
- b) TREPONEMA MACRODENTIIUM.
- c) BORRELIA BUCALIS.
- d) LEPTORPIRA DENTIIUM.

LOS VIBRIONES PUEDEN SER ENCONTRADOS EN PREPARACIONES OBSERVADAS CON FONDO OSCURO, EN ALGUNOS CASOS

ORGANISMOS COMPLEJOS CON LEPTOTRIX BUCALIS, LEPTOTRIX FALCIFORME, SON OCASIONALMENTE OBSERVADOS.

OTROS ORGANISMOS QUE SOLO EVENTUALMENTE PUEDEN ENCONTRARSE SON LAS LEVADURAS Y HONGOS TIPO LEVADURAS QUE SE PRESENTAN EN PACIENTES CARIE - ACTIVOS.

ACTINOMICOSIS, ÉSTOS FORMAN UNA PEQUEÑA PARTE DE LA FLORA.

PROTOCOOS, PARTICULARMENTE EN BOCAS SUCIAS EXISTEN EL ENTAMOELOA GINGIVALIS, SE CONSIDERA UN SAPRÓFITO DE POCA IMPORTANCIA CLÍNICA.

EL BACILO FUSIFORME ES UN HUÉSPED HABITUAL DE LA CAVIDAD BUCAL. SE ENCUENTRA EN LA SALIVA, SARRO DENTAL DE SUJETOS SANOS, CIERTAS CARIES DENTALES Y SE ASOCIA GENERALMENTE A BACTERIAS EXTRAÑAS, PERO PRINCIPALMENTE A UNA ESPIROQUETA MUY FINA, QUE VIVE EN SIMBIOSIS CON ÉL. AUNQUE SEGÚN LOS ÚLTIMOS TRABAJOS DE SAMARELLI, LOS DOS GÉRMINES PARECEN SER DOS ASPECTOS DIFERENTES DE UNA MISMA BACTERIA, LOS DESCRIBIRÉ A -- CONTINUACIÓN EN FORMA SEPARADA EN EL CAPÍTULO SIGUIENTE.

CAPÍTULO III

DESCRIPCIÓN BACTERIOLÓGICA DEL BACILO FUSIFORME DE VINCENT Y BORRELIA DE VINCENTII

EL BACILO FUSIFORME DE VINCENT DEBE SU NOMBRE PRECISAMENTE A SU DESCUBRIDOR VINCENT, QUE LO ENCONTRÓ -- POR PRIMERA VEZ EN 1896 EN LOS EXUDADOS DE LA CITOMATITIS Y ANGINA DE VINCENT.

1.- CARACTERES BACTERIOSCÓPICOS.

ESTE GÉRMEN ES UN BASTONCITO INNÓVIL SEGÚN VINCENT, YA QUE PLAUT LO DESCRIBE PROVISTO DE CILIOS QUE LE DAN MOVILIDAD, LIGERAMENTE ENCORBADO FORMANDO UNA SITUACIÓN, QUE SE TIÑE CON FACILIDAD Y, CON MÉTODOS DE DOBLE COLORACIÓN, SUELE PRESENTAR ASPECTOS MONILIFORME O SEGMENTADO; LOS EXTREMOS SON AFILADOS Y EL CUERPO -- HINCHADO EN SU PARTE MEDIA, LO QUE LE DÁ EL ASPECTO DE UN HUSO, DE DONDE SU NOMBRE DE BACILO FUSIFORME.

SE PRESENTA AISLADO O EN GRUPOS DE PARES, MIDE -- 7.6 A 12 MICRAS DE LARGO Y DE 0.5 A 0.8 MICRAS DE AN--

CHO. HINE Y BARRY EN UN ESTUDIO DE CIENTO CUATRO FROTIS CLASIFICARON TRES GRUPOS DE ÉSTOS BACILOS.

NUCLEOS FUSIFORMES: ESTA ESPECIE ESTÁ COMPUESTA - POR BASTONES RECTOS, PUNTIAGUDOS, NOTÁNDOSE UNO O DOS-GRANOS DE COLOR FUERTE, ESTOS SON DE TRES A CINCO MICRAS DE LONGITUD Y DE CINCO A SIETE DÉCIMAS DE MICRA - DE ESPESOR.

POLIMORFUS FUSIFORME: ESTE GRUPO COMPRENDE BASTONES LIGERAMENTE PUNTIAGUDO, DE 6 a 10 MICRAS DE LONGITUD POR CUATRO A SEIS DECIMAS DE MICRA DE ESPESOR, PERO EN CULTIVOS PUROS PUEDEN PRESENTARSE LARGOS FILAMENTOS, ALGUNAS VECES ONDULANTES.

DENTIUM FUSIFORMES: ESTOS SON BASTONES DEMASIADO-PUNTIAGUDOS Y LIGERAMENTE ENCORVADOS, DE SEIS A OCHO - MICRAS DE LONGITUD Y DE OCHO DÉCIMAS A UNA MICRA DE ESPESOR.

EN LAS PREPARACIONES, ESTOS BACILOS PUEDEN SER EXTREMADAMENTE NUMEROSOS Y FORMAR ACUMULACIONES ESPESAS, CUYO CONJUNTO ASEMEJA UN MONTÓN DE ESPINAS. SU ABUN-

DANCIA ESTÁ EN RELACIÓN CON LA GRAVEDAD QUE PRESENTAN-
LAS LESIONES DE LA MUCOSA. EXAMINADO EN ESTADO NATU-
RAL, EN SALIVA RECIENTEMENTE OBTENIDA, PRESENTA GRAN -
MOVILIDAD.

B) CARACTERES TINTORALES.

ES GRAM POSITIVO CUANDO SE COLORA CON AZUL ALCALI
NO DE LEOFFER, CIERTAS PORCIONES DE PROTOPLASMA, SE TI-
ÑEN CON MÁS INTENSIDAD QUE OTRAS; LAS ZONAS CLARAS NO-
DEBEN CONFUNDIRSE CON ESPORAS. CUANDO SE TIÑE POR EL
MÉTODO DE GIEMSA, LOS BACILOS PRESENTAN EN SU PROTO---
PLASMA GRANULACIONES DE CROMATINA.

C) CARACTERES DE LOS CULTIVOS.

ESTE GÉRMEN ES ANAEROBIO, SU TEMPERATURA ÓPTIMA -
ES DE 35°C. SU PH MÁS FAVORABLE ES ENTRE 6.8 a 8 SE --
CULTIVA MEJOR EN MEDIOS DE AGAR - AGAR, A LOS CUALES -
SE LES ADICIONA SUERO SANGUÍNEO, LÍQUIDO ASCÍFICO, DE-
RRAMES PLEURALES. SE LE CULTIVA MEJOR CUANDO EL GÉR-
MEN SE SIEMBRA ASOCIADO A LOS QUE SE ENCUENTRAN CON ÉL
EN LA NATURALEZA Y PRINCIPALMENTE CON ESPIRILAS: LA --
SIEMBRA DEBE HACERSE PROFUNDA.

EN MEDIOS CON HIDRATOS DE CARBONO, PRODUCE ÁCIDO; CON MALTOSA, PRODUCE GLUCOSA, SACAROSA Y ALGUNAS VECES LACTOSA.

SAMARELLI LO CULTIVÓ EN CALDO ORDINARIO, ASOCIADO CON OTROS MICROORGANISMOS, ESPECIALMENTE EL BACILUS MESENTERICUS, DEMOSTRANDO QUE EL BACILO FUSIFORME SE --- TRANSFORMA EN ESPIRILAS Y A LA INVERSA, EN LA SIEMBRA- DE ESPIRILAS SIEMPRE EN PRESENCIA DEL MESENTÉRICUS, SE DESARROLLABAN BACILOS TÍPICOS FUSIFORMES.

LA TRANSFORMACION DE UNOS EN OTROS TIENE APARENTEMENTE UNA FASE INTERMEDIA DE CUERPOS COCOIDES QUE DERIVAN HACIA LA PRODUCCIÓN DE ESPIRILAS O DE FUSIFORMES.

D) MOTILIDAD.

CUANDO SURJAN DE LOS ELEMENTOS COCOIDES, LOS FUSIFORMES PRESENTAN UN MOVIMIENTO DE TORSIÓN (SE PUEDE OBSERVAR AL MICROSCOPIO EN SU INICIACIÓN) QUE ACABA POR DAR FORMA TÍPICA ESPIRILADA. A SU VEZ SE AFIRMA QUE, LAS FUSO BACTERIAS, SON SEGURAMENTE ESPIRILAS QUE YA - SEA POR EL OXÍGENO O POR LOS GÉRMEENES CONCURRENTES --- PIERDEN LA POSIBILIDAD DE ADQUIRIR LA FORMA RETORCIDA-

O EN TIRABUZÓN DE FUSIFORME.

E) PATOGÉNESIS.

ASOCIADO EL GERMEN A LA ESPIROQUETA QUE EN LA ACTUALIDAD SE LE NOMBRA BORRELIA VINCENTII, PRODUCE LA ESTOMATITIS Y LA ANGINA DE VINCENT.

ESTA SIMBIOSIS O ASOCIACIÓN PUEDE PRODUCIR ENFERMEDADES EN LAS MEJILLAS, EN LA LENGUA, FARINGE, LARINGE, CONJUNTIVAS, OÍDOS, TRAQUEA, BRONQUIOS, PULMONES, ESÓFAGO, APÉNDICE, COLON Y AÚN ÓRGANOS GENITALES. POR EMBOLLIA, PUEDEN SER LLEVADOS A LOS ÓRGANOS INTERNOS.

CUANDO LA FALSA MEMBRANA ESTÁ SIMPLEMENTE CONSTITUIDA, ES DECIR, AL PRINCIPIO DE LA ENFERMEDAD, LA COLOCACIÓN DE LOS EXUDADOS NOS DEMUESTRA EL BACILO FUSIFORME; EN CAMBIO, CUANDO LA ULCERACIÓN PRINCIPIA A PROFUNDIZARSE, LOS FROTIS DEMUESTRAN ESPIRILAS Y PARECE SER QUE ENTONCES SE EL DESARROLLO O CRECIMIENTO DEL FUSIFORME.

SE PUEDE DEDUCIR, QUE EL BACILO FUSIFORME ES EL RESPONSABLE DE LA FORMACIÓN DE LAS FALSAS MEMBRANAS, EN

TANTO QUE LA ESPIRILA TENDRÍA A SU CARGO LA GÉNESIS DEL PROCESO ULCERATIVO.

ESTE GÉR MEN PUEDE VOLVERSE PATÓGENO POR CONDICIONES DE RECEPTABILIDAD DE LA MUCOSA O APROVECHANDO ALGUNA EROSIÓN O ULCERACIÓN O SIMPLEMENTE UN PROCESO INFLAMATORIO PORQUE VIVE COMO SAPRÓFILO EN LA SALIVA, - SARRO DENTARIO Y CRIPTAS AMIGDALARES.

F) BORRELIA VINCENTII.

TIENE DE 12 a 25 MICRAS DE LONGITUD APROXIMADAMENTE DOS VECES EL DIÁMETRO DEL HEMATIE, Y DE CUATRO A OCHO ESPIRILAS SUAVES E IRREGULARES. ES GRAM NEGATIVO Y SE TIÑE FUERTEMENTE CON VIOLETA DE GANCIANA; - EN CAMPO OSCURO, LA BORRELIA VINCENTII TIENE MOVIMIENTOS SEMEJANTES A LOS DE UNA SERPIENTE. SE PUEDE CULTIVAR EN CONDICIONES DE ANAEROBICIDAD EN AGAR AGAR SUERO O EN CALDO SUERO CON TEMPERATURA OPTIMA DE 37°C

LA ABUNDANCIA DE BORRELIA VINCENTII COMPARATIVAMENTE A LA DEL BACILO FUSIFORME, ES VARIABLE; A VECES PREDOMINAN OTRAS, ESTÁN EN CANTIDAD MÍNIMA Y FINALMENTE PUEDEN NO EXISTIR. ESTA COMPROBACIÓN UNIDA A LA-

DE CIERTOS SÍNTOMAS CLÍNICOS, HA PERMITIDO DETERMINAR EL PAPEL PATÓGENO DEL BACILO FUSIFORME.

G) LOCALIZACIÓN DEL BACILO EN LAS LESIONES.

EN LAS LESIONES A QUE DÁ LUGAR, CUALQUIERA QUE SEA LA REGIÓN EN QUE EJERCE SU PODER PATÓGENO, PRODUCE DESÓRDENES IDÉNTICOS. UN CORTE DE LA LESIÓN MUESTRA LA EXISTENCIA DE TRES ZONAS ESPECIALES.

UNA ZONA SUPERFICIAL NECRÓTICA, EN DONDE SE OBSERVA UN TEJIDO AMORFO POBRE EN ELEMENTOS CELULARES, CONTENIENDO AL LADO DE NUMEROSOS COCOS OTRAS BACTERIAS DE LA BOCA Y ALGUNAS VECES BACILOS FUSIFORMES POCO ABUNDANTES.

EN UNA ZONA SUBYACENTE A LA ANTERIOR, LOS BACILOS PULULAN Y FORMAN UN TEJIDO NECRÓTICO EXTREMADAMENTE DENSO ORDENADOS EN EMPALIZADA, Y

LA ZONA MÁS PROFUNDA, QUE ESTÁ CONSTITUÍDA POR UN TEJIDO MORTIFICADO INVADIDO POR UNA BARRERA LEUCOCITARIA EN DONDE LOS BACILOS SON RAROS.

H) PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACIÓN Y COLORACIÓN DEL FROTIS.

1.- CON UN ANSA DE ALAMBRE DE PLATINO PREVIAMENTE LLEVADA AL ROJO Y DEJADA ENFRIAR, SE OBTIENE UNA MUESTRA DE EXUDADO. EL MATERIAL PARA EL FROTIS PUEDE SER OBTENIDO DE UNA ÁREA ULCERADA EN LA PAPILA INTERDENTAL.

2.- LOS RESTOS SUPERFICIALES MUY VISIBLES SE SACAN NUEVAMENTE CON UNA TORUNDA DE ALGODÓN, MOJADA EN AGUA ESTÉRIL O CON SOLUCIÓN SALINA, ESTO NOS PERMITE OBTENER LA MUESTRA DE LAS CÉLULAS VIVAS.

3.- SE DEPOSITA EL MATERIAL EN UNA PELÍCULA SOBRE UN PORTAOBJETO LIMPIO. UN FROTIS DE MUCHO ESPESOR ES A MENUDO IMPOSIBLE DE INTERPRETAR CORRECTAMENTE. SE DEJA SECAR AL AIRE DURANTE UN MINUTO.

4.- EL FROTIS ES FIJADO PASANDO UN PORTAOBJETO, CON LA PELÍCULA HACIA ARRIBA, VARIAS VECES SOBRE UNA LLAMA HASTA QUE EL PORTAOBJETO ESTÉ TIBIO. NO DEBE SOBRECALENTARSE.

UNA VEZ FRÍO, SE COLOREA, HABIENDO DOS MANERAS -
DE HACERLO:

a.- SE CUBRE DURANTE UN MINUTO CON UNA SOLUCIÓN-
ACUOSA SAMISATURADA DE VIOLETA DE GENCIANA EN CRISTA-
LES Y SE LAVA CON AGUA CORRIENTE.

b.- DESPUÉS DE LA FIJACIÓN DEL FROTIS, SE PUEDE-
ÑIR CON CARBOL FUCSINA DURANTE 15 SEGUNDOS, SEGUI--
DOS POR UN CORTO LAVADO Y ENTONCES SE COLOCA AZUL DE-
METILENO POR 30 SEGUNDOS.

UN FROTIS POSITIVO DE INFECCIÓN FUSOESPIROQUETAL
ORAL, CONSISTE EN LA DESTRUCCIÓN DE UN NÚMERO CONSIDE-
RABLE DE ORGANISMOS FUSOESPIROQUETALES. ES RARO VER-
UN FROTIS CON SOLO BORRELIA VINCENTII O BACILOS FUSI-
FORMES, GENERALMENTE ÉSTOS DOS MICROORGANISMOS APARE-
CEN JUNTOS CON OTRAS ESPIROQUETAS ORALES, BIBRIONES,-
ESTREPTOCOCOS Y BACTERIAS FILAMENTOSAS. SI TAN SOLO
SE ENCUENTRAN ALGUNOS BACILOS FUSIFORMES YESPIROQUE--
TAS, EL HALLAZGO CARECE DE VALOR DIAGNÓSTICO, YA QUE-
LA BORRELIA Y OTRAS ESPIROQUETAS FORMAN EN EL CAMPO -
MICROSCÓPICO UNA NOTABLE RED ENTRELAZADA Y COLOREADA-

EN FORMA CLARA.

I) EXAMEN CLÍNICO.

EL EXAMEN CLINICO O DE LABORATORIO QUE NOS SIRVE PARA APOYARNOS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE VINCENT, ES LA PRUEBA HEMATOLÓGICA, YA QUE NECESITAMOS TENER UN RECUENTO DE GLÓBULOS ROJOS, BLANCOS Y -- FÓRMULA LEUCOCITARIA.

LAS CIFRAS NORMALES SON LAS SIGUIENTES:

HEMOGLOBINA	14.5 grs.
ERITROCITOS POR mm^3	ENTRE 4 y 5 MILLONES.
LEUCOCITOS POR mm^3	ENTRE 5 a 10 MIL.
HEMATOCRITO	ENTRE 42 y 46

CAPÍTULO IV

ANATOMÍA PATOLÓGICA

BOX, DIVIDE LAS ZONAS DE INFECCIÓN INICIAL EN ZONAS PRIMARIA Y ZONA SECUNDARIA DE INCUBACIÓN. LA ZONA PRIMARIA CONSISTE EN UNAS GRIETAS PROFUNDAS Y BOLSAS PEQUEÑAS EN EL EPITELIO QUE SON MUY PROPICIAS PARA EL DESARROLLO DEL ORGANISMO ANAEROBIO; EN ÉSTOS LUGARES PROFUNDOS LAS CONDICIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS SON DE LO MÁS FAVORABLE POR LA FALTA DE OXÍGENO, FACTOR MUY NECESARIO PARA SU DESARROLLO, LA ACUMULACIÓN DE LOS ALIMENTOS EN ESAS BOLSAS Y GRIETAS DETERMINAN UNA OXIDACIÓN MENOS ACTIVA. DE LAS PRIMERAS ZONAS DE INCUBACION, LOS ORGANISMOS VIRULENTOS ESCAPAN PARA FORMAR ZONAS SECUNDARIAS DE INCUBACIÓN EN LUGARES MENOS PROTEGIDOS EN DONDE SE DESARROLLAN NUEVOS FOCOS DE INFECCIÓN.

EL PERÍODO DE ESTADÍO SE MANIFIESTA POR UN RUBOR DIFUSO QUE ES LA FASE ERITEMATOSA, SIENDO TRANSITORIO

. Y QUE DÁ UN TINTE ROJO A LOS CARRILLOS, AL VELO DEL PA
LADAR, A LOS LABIOS Y UN COLOR ROJO VIOLÁCEO A LAS EN-
CÍAS.

ENSEGUIDA EL CORION SE PRESENTA CONGESTIONADO Y --
EDEMÁTOSO, EN EL EPITELIO SE PRODUCE UNA AMPOLLA QUE --
SE CONVIERTE SUCESIVAMENTE EN EXALCERACIÓN Y ULCERA---
CION, SOBRE ESTA ÚLTIMA APARECE UNA CAPA AMARILLO-GRI-
SACEA QUEDANDO EL CORIÓN AL DESCUBIERTO. ESTE, COMO-
MEDIO DE DEFENSA, PRODUCE TEJIDO DE GRANULACIÓN EN PRI
MER TÉRMINO Y TEJIDO CONJUNTIVO CICATRIZAL EN SEGUNDO,
PERO CONTRA ESTE MEDIO DE DEFENSA SE OPONE EL ELEMENTO
CAUSAL: LA SIMBIOSIS FUSOESPIROQUETAL Y LOS DEMÁS MI--
CROBIOS DE LA BOCA. SE TIENE ASÍ EL ELEMENTO INFEC--
CIOSO POR FUERA Y LA REACCIÓN ORGÁNICA POR DENTRO, DE-
MODO QUE DESPUÉS DE UNOS DÍAS, EL TEJIDO DE GRANULA---
CIÓN ESTÉ COMPLETAMENTE INFILTRADO DE POLINUCLEARES, -
ES DECIR, LA COMBINACIÓN DE UN PROCESO CRÓNICO SUBAGU-
DO Y LA INFLAMACIÓN AGUDA. RECUBRIENDO ESTO HAY PLAS
MA Y EXUDADO CON FIBRINA COAGULADA, CONTENIENDO CÉLU--
LAS AUTÓCTONAS NECROSADAS Y POLINUCLEARES, FORMANDO --
UNA MASA NECRÓTICA ADHERIDA AL CORION, NO DESPRENDIÉN-
DOSE EN SU TOTALIDAD, SINO EN GIRONES, DESCUBRIENDO AL

CORION CONGESTIONADO O TRANSFORMADO EN TEJIDO DE GRANULACIÓN.

A MEDIDA QUE EL PROCESO AVANZA, LA LESTÓN TIENDE A CICATRIZAR SI EL ATAQUE DISMINUYE, LA ORGANIZACIÓN DEL TEJIDO DE GRANULACIÓN Y SU PROLIFERACIÓN PUEDE HACERSE CON MÁS FACILIDAD, LA FALSA MEMBRANA VA SIENDO ELIMINADA EN LA MISMA FORMA QUE EN LAS CICATRICES NORMALES. ESTO SUCEDE EN LOS CASOS RELATIVAMENTE SIMILES, EN QUE LA LESIÓN TERMINA BIEN, SIN OTRAS COMPLICACIONES; PERO HAY CASOS EN QUE LA ÚLCERA NO TIENE TENDENCIA A CICATRIZAR Y PERMANECE EN EL MISMO ESTADO Y AÚN CONTINÚA AVANZANDO, PRODUCIENDO LESIONES PARECIDAS A LAS DE LA GANGRENA.

LA ULCERACIÓN, DESPUÉS DE INICIARSE EN EL BORDE LIBRE DE LA ENCÍA, SE EXTIENDE GRADUALMENTE OCACIONANDO DURANTE SU CURSO LA DESTRUCCIÓN DE LOS FESTONES, -- DESCUBRIENDO CURVAS INVERSAS A LAS NORMALES Y SACOS -- PROFUNDOS PATOLÓGICOS. LA DESTRUCCIÓN GINGIVAL Y -- ÓSEA ES SIMULTÁNEA, DE FORMA CÓNCAVA, MÁS PROFUNDA EN EL ESPACIO INTERDENTARIO Y MENOR EN LOS LÍMITES VESTIBULAR Y LINGUAL. PUEDE PRESENTARSE MOVILIDAD DE LOS-

DIENTES, ACOMPAÑADA DE FENÓMENOS DOLOROSOS Y MUCHAS VECES NECROSIS DE LOS MISMOS. LA SUPERFICIE MUCOSA DE LAS MEJILLAS RESULTA GENERALMENTE ATACADA POR CONTACTO Y SI NO ES TRATADO EL CASO, LA ULCERACIÓN PUEDE EXTENDERSE, DANDO LUGAR A NECROSIS EXTENSAS, A ESFACELO Y POR ÚLTIMO A LA --- MUERTE DEL PACIENTE.

EN LOS CASOS QUE HA TOMADO GRAN DESARROLLO LA INFECCIÓN, SE VEN ÚLCERAS CON BORDES IRREGULARES Y ALREDEDOR DE LA ÚLCERA, SE VE UN ANILLO AZULADO. LA ÚLCERA ESTÁ RECUBIERTA DE ESFACELO VERDOSO O AMARILLENTO Y LOS GANGLIOS SUBMAXILARES SUBMENTALES ESTÁN INFECTADOS Y MÁS O MENOS DOLOROSOS VARIANDO SU INTENSIDAD CON LA EXTENSIÓN DE LAS LESIONES DE LA MUCOSA. HAY CASOS EN QUE LA ADENOPATIA PERSISTE MÁS TIEMPO QUE LA ENFERMEDAD MISMA, PUDIÉNDOSE LLEGAR A SER PUNTO DE COMPLICACIONES ULTERIORES.

CAPÍTULO V

FASE AGUDA DE LA ENFERMEDAD DE VINCENT

1.- MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

EL COMIENZO DE ESTA FASE AGUDA DE LA ENFERMEDAD DE VINCENT SUELE SER SÚBITO. SU SÍNTOMA MÁS DESTACADO ES EL INTENSO DOLOR URENTE, GENERALMENTE MÁXIMO EN LAS LESIONES ULCEROSAS, PERO QUE EN MUCHOS CASOS SE EXTIENDE A LA TOTALIDAD DE LA MUCOSA BUCAL. INCLUSO LA PALABRA, - EL PASO SOBRE LOS TEJIDOS DE LÍQUIDOS O AIRES FRÍOS Y EN PARTICULAR LA MASTICACIÓN, SON SUMAMENTE DOLOROSOS.

LA SIALORREA, UNO DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS, SE ENCUENTRA EN TODOS LOS CASOS; CUANDO ES MUY INTENSO PUEDE CAUSAR GRANDES MOLESTIAS. CON FRECUENCIA LA SALIVA ESTÁ TEÑIDA EN SANGRE POR LAS ULCERACIONES HEMORRÁGICAS. SON COMUNES LAS HEMORRAGIAS ESPONTÁNEAS EN LOS TEJIDOS INFECTADOS. EN NIÑOS LA MANCHA SANGUINOLENTA, EN LA ALMOHADA ES A VECES EL PRIMER SIGNO DE LA ENFERMEDAD DE VINCENT.

EL SABOR METÁLICO Y LA FETIDEZ DE ALIENTO, SON ---- OTROS SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS. EL SABOR SE COMPARA -- CON EL QUE RESULTA DE LA ACCIÓN DE ÁCIDOS DÉBILES SOBRE EL COBRE O EL LATÓN. EL OLOR QUE ES DIFÍCIL DESCRIBIRSE RECONOCE FÁCILMENTE EN CUANTO SE HA PERCIBIDO UNA VEZ SUELE ESTAR PERDIDO EL SENTIDO DEL GUSTO Y DISMINUYE EL PLACER QUE PROPORCIONAN LA COMIDA Y EL TABACO. LOS --- DIENTES FRECUENTEMENTE ESTÁN ALONGADOS, DOLOROSOS A LA PRESIÓN Y A VECES, LIGERAMENTE MÓVILES. A CONSECUENCIA DE LA EXTENSIÓN DEL PROCESO A LA MEMBRANA PARODONTAL, EL PACIENTE A MENUDO TIENE LA SENSACIÓN DE QUE SUS DIENTES- SON DE MADERA.

LOS SÍNTOMAS GENERALES SUELEN SER INSIGNIFICANTES - SI SE TIENE EN CUENTA LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES DE LA BOCA. LAS REACCIONES GENERALES INTENSAS SUELEN PRODUCIRSE CON MAYOR FRECUENCIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, PERO EN OCASIONES SE OBSERVAN ADULTOS GRAVEMENTE POSTRADOS -- QUE NECESITAN HOSPITALIZACIÓN. CEFALEA LUMBALGIA, Y DO LORES ARTICULARES LIGEROS SON SÍNTOMAS GENERALES FRECUENTES. NO ES RARO QUE LA TEMPERATURA SE ELEVE EN NIÑOS - HASTA 39.5°, PERO POCAS VECES SUCEDE ASÍ EN EL ADULTO. LA TAQUICARDIA ES SUPERIOR A LA QUE CORRESPONDERÍA A LA FIEBRE.

B) DIAGNÓSTICO:

EL RÁPIDO DESARROLLO DE UNA ESTOMATITIS MUY DOLOROSA CARACTERIZADA POR ÚLCERAS EN SOCABADOS EN LA ENCÍA -- MARGINAL Y EN PAPILAS INTERDENTALES, HARA SOSPECHAR LA - ENFERMEDAD AGUDA DE VINCENT. EL OLOR CARACTERÍSTICO, - EL SABOR METÁLICO Y LA SALIVA SANGUINOLENTA EN PACIENTES QUE NO PRESENTAN GRAVES MANIFESTACIONES GENERALES, INCLINAN A ESE DIAGNÓSTICO. SON CARACTERÍSTICOS DE ESTA ENFERMEDAD EL INTENSO DOLOR Y LA HEMORRAGIA PROVOCADOS POR LA MENOR PRESIÓN.

EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEBERÁ SER CORROBORADO POR - EL FROTIS, AUNQUE ÉSTE POR SÍ SOLO NO SEA SUFICIENTE PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE VINCENT. SIRVE DE DATO CONFIRMATORIO AL CLÍNICO EXPERIMENTADO Y - DE AYUDA DIAGNÓSTICA AL MÉDICO NÓVEL. FINE, HA DEMOSTRADO QUE BASÁNDOSE ÚNICAMENTE EN LOS FROTIS, EL DIAGNÓSTICO EXACTO PUEDE HACERSE EN EL 88% DE LOS CASOS.

ES IMPORTANTE QUE EL MATERIAL PARA EL FROTIS SE TOMA DE LAS ZONAS INTERDENTALES ULCERADAS DEL TEJIDO GINGIVAL PRÓXIMO A LOS DIENTES EN ERUPCIÓN O DE OTROS LUGARES DE INFECCIÓN PRIMARIA.

SI EL ODONTÓLOGO NO INTERPRETA EL FROTIS, DEBERÁ TOMAR LA CERTEZA DE QUE EL LABORATORISTA QUE PRESTA ESTE SERVICIO CONOCE EL CRITERIO QUE DEBE SEGUIRSE PARA JUZGAR COMO ENFERMEDAD DE VINCENT LOS FROTIS DE EXUDADO BUCAL.

EL RECUENTO DE GLÓBULOS DE LA SANGRE ES DATO DE ESCASO VALOR DIAGNÓSTICO, PERO SERVIRÁ PARA DESCARTAR NEUTROPENIA MALIGNA, LEUCEMIAS AGUDAS Y ANEMIAS APLÁSTICAS QUE PRODUCEN LESIONES BUCALES SUSCEPTIBLES DE CONFUNDIRSE CON LA ENFERMEDAD DE VINCENT.

C) PRONÓSTICO:

EL PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE VINCENT ES EXCELLENTE, POR LO QUE SE REFIERE AL ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS DOLOROSOS. LAS PAPILAS INTERDENTALES DESTRUIDAS NO SE REQUERIRÁN Y DEBERÁN TENER ATENCIÓN HIGIÉNICA ESPECIAL. ASÍ PUES, SE HA HABIDO PÉRDIDA DE TEJIDOS, EL PRONÓSTICO FINAL DEPENDE EN GRAN PARTE DE LA COOPERACIÓN DEL PACIENTE.

CAPÍTULO VI

TRATAMIENTO DE LA FASE AGUDA DE LA ENFERMEDAD DE VINCENT

LA TERAPIA DE LA ENFERMEDAD DE VINCENT CONSIDERA --
LOS SIGUIENTES PUNTOS QUE A CONTINUACIÓN DESARROLLO:

1.- PRECAUCIONES QUE DEBE TOMAR EL OPERADOR:

DURANTE EL PERÍODO AGUDO DE LA INFECCIÓN DEBE EX---
CLUIRSE TODA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, NO SOLO PORQUE RE-
SULTAN DOLOROSAS, SINO TAMBIÉN PORQUE EXISTE EL PELIGRO-
DE LLEVAR LA INFECCIÓN A LOS TEJIDOS MÁS PROFUNDOS.

DEBE OBSERVARSE MUCHA ASEPSIA Y AISLAMIENTO, A FIN -
DE EVITAR LA TRANSMICIÓN DE LA ENFERMEDAD AL OPERADOR O-
A OTROS PACIENTES EN LAS DIVERSAS CURACIONES O AL TOMAR-
UNA PORCIÓN DE EXUDADO PARA HACER EL DIAGNÓSTICO MICROS-
CÓPICO.

6) SUPRESIÓN DE LA FASE MICROBIANA:

AL SUPERAR ESTA ETAPA DE LA ENFERMEDAD DESAPARECE EL INTENSO COLOR CARACTERÍSTICO. ESTA FASE MICROBIANA AGUDA DE LA ENFERMEDAD DE VINCENT SE COMBATE DE DOS MANERAS, LAS CUALES SE COMBINAN:

- 1.- LIMPIEZA MECÁNICA DE LA CAVIDAD ORAL.
- 2.- MEDICACIÓN TÓPICA, ANTIBIÓTICOS Y OTROS AGENTES.

1.- LIMPIEZA MECÁNICA DE LA CAVIDAD ORAL:

NUNCA SE INSISTIRÁ BASTANTE EN LA IMPORTANCIA DE LAVAR COMPLETAMENTE LA BOCA EN ESTA FASE DE LA ENFERMEDAD. LA TEMPERATURA Y LA ACCIÓN MECÁNICA DE LA SOLUCIÓN EMPLEADA SON MÁS IMPORTANTES QUE SU COMPOSICIÓN. LAS SOLUCIONES SALINAS SON FÁCILES DE PREPARAR, EFICACES, BARATAS Y COMPATIBLES CON LA PENICILINOTERAPIA LOCAL. TAMBIÉN ES EL AGUA OXIGENADA DILUIDA A LA MITAD (1.5%), PERO A CAUSA DE SU ACIDEZ NO DEBE EMPLEARSE SI SE UTILIZA PENICILINA EN APLICACIONES LOCALES. EL BICARBONATO DE SODIO AL 10% TAMBIÉN DÁ BUENOS RESULTADOS.

LOS LAVADOS PUEDEN HACERSE CON UN PULVERIZADOR-
O CON UN IRRIGADOR PROVISTO DE UN CUENTA GOTAS DE VI
DRIO EN EL EXTREMO DEL TUBO DE CAUCHO. EL IRRIGA--
DOR SE FIJA A UNOS 30 cms. DE LA CABEZA DEL PACIENTE
QUE ESTÁ INCLINADO SOBRE UNA PALANGANA. EN CADA LA
VADO SE EMPLEAN DOS LITROS DE SOLUCIÓN CALIENTE Y SE
TIENE ESPECIAL CUIDADO DE REGAR LOS ESPACIOS INTER--
DENTALES Y ZONAS SITUADAS DEBAJO DE LOS TEJIDOS BLAN
DOS QUE RECUBREN PARCIALMENTE LOS DIENTES EN ERUP---
CIÓN.

2.- MEDICACIÓN TÓPICA, ANTIBIÓTICOS Y OTROS AGENTES:

COMO LOS CORTES DE LAS ENCÍAS NO DEMUESTRAN QUE
LOS MICROORGANISMOS PENETRAN PROFUNDAMENTE EN LOS TE
JIDOS, LA MEDICACIÓN TÓPICA SE EMPLEA CON EL FIN DE-
DISMINUIR EL NÚMERO Y VIRULENCIA DE LOS GÉRMESES DE-
LA FLORA BUCAL, Y POR CONSIGUIENTE, EL DOLOR, PERO -
POR SI MISMA NO ES CURATIVA. SIEMPRE SE TENDRÁ EN-
CUENTA LA POSIBILIDAD DE EXCEDERSE EN LA POSOLOGÍA E
IRRITAR LOS TEJIDOS CON EL MEDICAMENTO. CONVENIEN-
TE CAMBIAR PERIÓDICAMENTE LA MEDICACIÓN.

LAS DIVERSAS SUBSTANCIAS MEDICAMENTOSAS PUEDEN-
APLICARSE EFICAZMENTE POR MEDIO DE LAS TENACILLAS DE
COLLEGA, CUYAS EXTREMIDADES SE HAN DOBLADO LIGERAMEN
TE UNA HACIA OTRA. UNA PEQUEÑA JERINGA PROVISTA DE
AGUJA FLEXIBLE Y ROMA, COMO LAS QUE SE UTILIZAN PARA
LAVADOS OCULARES, ES INSTRUMENTO EXCELENTE PARA APLI
CACIÓN RÁPIDA Y EFICAZ DEL MEDICAMENTO ELEGIDO.

ES INDUDABLE QUE LA PENICILINA EN APLICACIÓN TÓ
PICA ES EL ELEMENTO DE ELECCIÓN EN LA FASE MICROBIA-
NA DE LA ESTOMATITIS DE VINCENT, YA QUE LA SALIVA CA
RECE DE INFLUENCIA INHIBIDORA SOBRE ESTE ANTIBIÓTICO.

Mc. GREGOR Y LONG FIGURAN ENTRE LOS PRIMEROS --
QUE ACONSEJARON EL EMPLEO DE PASTILLAS DE PENICILINA
EN EL TRATAMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD, DEJANDO DISOL-
VER ÉSTAS O DESINTEGRAR LENTAMENTE EN LA BOCA.

LESTER BURKET, OBSERVÓ QUE LA PENICILINA (20,000
UNIDADES EN DISCO DE CERA PARA MASTICAR) ES UNA DE -
LAS MEDICACIONES TÓPICAS DE MAYOR EFICACIA. ESTE -
VEHÍCULO PERMITE LA MEJOR DISEMINACIÓN Y DISTRIBU---
CIÓN DE LA PENICILINA EN LA BOCA, ESPECIALMENTE POR-

LAS ZONAS INTERDENTALES. AL MISMO TIEMPO EJERCE LI-
GERO EFECTO ESTIMULANTE SOBRE LOS TEJIDOS AFECTADOS-
Y TIENE ACCIÓN DETERGENTE, QUE PARECE BENEFICIOSA.
POSEE LA VENTAJA DE BRINDAR UN TRATAMIENTO CONTINUO.
SI SE ORDENA AL PACIENTE QUE DURANTE DOS DÍAS MASTI-
QUE LENTAMENTE UNA OBLEA DE CERA DESPUÉS DE CADA CO-
MIDA, LA FASE MICROBIANA AGUDA DE ORDINARIO, SERÁ DE
NOMINADA EN GRADO SUFICIENTE PARA PERMITIR EL TRATA-
MIENTO INSTRUMENTAL NECESARIO.

EN LAS FORMAS RESISTENTES DE LA ENFERMEDAD DE -
VINCENT PUEDE ADMINISTRARSE PENICILINA POR VÍA INTRA
MUSCULAR EN SOLUCIÓN ACUOSA Y DOSIS DE 30,000 UNIDA-
DES CADA TRES HORAS O EN DOSIS ÚNICA DE 300,000 UNI-
DADES DE PENICILINA PROCAÍNICA CRISTALINA, AUNQUE NO
RESULTA TAN EFICAZ COMO LA APLICACIÓN TÓPICA.

FISH, HA UTILIZADO UNA PASTA DE ÓXIDO DE ZINC Y
EUGENOL PARA TRATAR LA FASE AGUDA DE ESTA ENFERMEDAD
DESPUÉS DE ELIMINAR EL TEJIDO NECRÓTICO, SE INTRODUC-
CE LA PASTA EN LOS ESPACIOS INTERDENTALES AFECTADOS-
O EN LAS ZONAS ULCERADAS, DONDE SE DEJA DURANTE VA--
RIOS DÍAS ANTES DE RENOVARLA. SEGÚN LA EXPERIENCIA

DEL MISMO, ESTE MÉTODO DE TRATAMIENTO ES MUY EFICAZ--
PERO EXIGE MUCHO TIEMPO. RARAS VECES SE OBSERVA --
QUE EL PROCESO SE EXTIENDA A LAS PARTES SANAS.

EL POLVO DE SULFATO DE COBRE CON 8% DE CLORURO-
DE ZINC TIENE ACCIÓN FUNGICIDA Y ASTRINGENTE. UNA-
PASTA DE ÉSTAS SUSTANCIAS ES EFICAZ INTRODUCIDA EN -
LA HENDIDURA GINGIVAL Y ESPACIOS INTERDENTALES. TÉN
GASE PRESENTE LA ACCIÓN HEMÉTICA DEL SULFATO DE CO--
BRE.

LAS SULFAMIDAS NO HAN DADO RESULTADOS MUY BRI--
LLANTES EN EL TRATAMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD.

LA VITAMINA C Y EL COMPLEJO VITAMÍNICO B EN DO-
SIS TERAPÉUTICAS PUEDEN COMPLEMENTAR OTRAS FORMAS DE
TRATAMIENTO, PERO POR SI MISMOS NO RESULTAN EFICACES
SALVO EN LOS RAROS CASOS EN QUE ESTA FORMA DE ESTOMA
TITIS ES SECUNDARIA O CARENCIAS VITAMÍNICAS MANIFIES
TAS.

LOS COMPUESTOS MERCURIALES, EN SU MAYORÍA SON -
EFICACES EN ESTE TRATAMIENTO, TANTO EN FASES AGUDAS-

COMO CRONICAS. LA TINTURA DE METAFEN AL UNO POR DO
CIENTOS, SIN COLOREAR, ES EXCELENTE, TIENE POCA TEN-
SIÓN SUPERFICIAL, ES CASI INCOLORA Y POCO O NADA ---
IRRITANTE PARA LAS MUCOSAS. LA TINTURA DE MERTIOLA
TO AL UNO POR MIL TAMBIÉN ES EFICAZ.

AGENTES QUE LIBERAN OXÍGENO. LOS BACILOS FUSI
FORMES Y LAS ESPIROQUETAS SON MICROANAEROBIOS FACUL-
TATIVOS Y CONSERVAN SU MOVILIDAD DESPUÉS DE 15 MINU-
TOS DE CONTACTO CON SUBSTANCIAS QUE LIBERAN OXÍGENO,
CONSECUENCIA PROBABLE DE LA PEQUEÑA ACCIÓN MECÁNICA-
DE LIMPIEZA POR EL GAS LIBERADO EN LAS ZONAS ULCERA-
DAS.

EL PERÓXIDO DE HIDRÓGENO V.S.P. AL 30% ES BUEN-
AGENTE LIBERADOR DE OXÍGENO.

EL AGUA OXIGENADA DILUIDA AL 50% PUEDE RECOMEN-
DARSE SIN TEMOR, COMO CULATORIO O PARA LAVADOS BUCA-
LES DE USO DOMÉSTICO, PERO TIENE LA DESVENTAJA DE --
SER ÁCIDA Y POR ELLO NO DEBE USARSE AL MISMO TIEMPO-
QUE LA PENICILINA TÓPICA.

EL GLICERITO DE PERÓXIDO DE HIDRÓGENO ES AGUA - OXIGENADA ESTABILIZADA QUE DESPRENDE OXÍGENO LENTA-- MENTE DURANTE LARGO TIEMPO. ADEMÁS, FORMA CARBONATO DE SODIO AL DESCOMPONERSE.

UNA PASTA DE PERÓXIDO DE ZINC ALIVIARÁ EL DOLOR Y DISMINUIRÁ EL OLOR Y LA FLORA MICROBIANA DE LA BOCA EN LAS ENFERMEDADES FUSOESPIROQUETÓNICAS Y METÁLICAS.

ESPIROQUETICIDAS BUCALES. EL CARBONATO DE SODIO AL 10% ES EXCELENTE TÓPICO ESPIROQUETICIDA PARA TRATAR LA ENFERMEDAD DE VINCENT. APLICADO CUIDADOSAMENTE TIENE POCO O NINGÚN EFECTO NOCIVO.

LOS COLORANTES DE ANILINA NO ALIVIAN EL DOLOR - EN LA AFECCIÓN AGUDA, PERO SON ÚTILES PARA TRATAR ES TA ENFERMEDAD EN SU FASE CRÓNICA, CUANDO SE DESEA -- ELIMINAR LOS MICROORGANISMOS DE LOS TEJIDOS PROFUNDOS. TAMBIÉN SON BUENOS FUNGICIDAS. BERWICK RECOMIENDA LA SIGUIENTE SOLUCIÓN:

VERDE BRILLANTE	1gr.
CRISTAL VIOLETA	1gr.

ALCOHOL ETÍLICO	50 cm. ³
AGUA	50 cm. ³

ESTA PREPARACIÓN SE CONOCE TAMBIÉN CON EL NOMBRE DE BIOGEN Y HA SIDO UTILIZADA POR EL S.S.P. DE LOS -- EE.UU. ESTOS COLORANTES TIENEN FÁCILMENTE LOS CEMENTOS Y SILICATOS CORRIENTES UTILIZADOS EN ODONTOLOGÍA. POR LO TANTO, CONVIENE CUBRIR CON VASELINA O MANTECA-DE CACAO LAS OBTURACIONES DE SILICATO ANTES DE UTILIZAR CUALQUIERA DE ESTOS COLORANTES.

COMPUESTOS CAÚSTICOS. GLICKMAN ESTUDIÓ EL EFECTO DE UNA SOLA APLICACIÓN DE ÁCIDO CRÓNICO AL 6% SOBRE LAS ENCÍAS DE LAS RATAS Y EN CONSECUENCIA ESTE INVESTIGADOR LLEGÓ A LA CONCLUSIÓN DE QUE EL ÁCIDO CRÓNICO AL 6% ES RECOMENDABLE EN EL TRATAMIENTO DE LA -- GINGIVITIS.

C) NORMAS GENERALES DE TRATAMIENTO EN LA ENFERMEDAD DE VINCENT.

SE RECOMIENDAN VARIAS MEDIDAS GENERALES DE TRATAMIENTO EN LAS FORMAS AGUDAS DE ESTA ENFERMEDAD. EL-

REPOSO ES DESEABLE Y CONVENIENTE. PUEDE ADMINISTRAR SE UN PURGANTE SALINO LIGERO, AUNQUE SU VALOR TERAPÉUTICO ES DUDOSO. LA ALIMENTACIÓN SERÁ SEMISÓLIDA, --BLANDA Y NUTRITIVA, DEBERÁ CONTENER ALIMENTOS PROTECTORES EN ABUNDANCIA. SI EL ZUMO DE CÍTRICOS CAUSA -DOLOR SE PUEDE ADMINISTRAR VITAMINA C SINTÉTICA CON -COMPLEJO VITAMÍNICO B EN DOSIS TERAPÉUTICAS. AÚN --CUANDO ÉSTAS VITAMINAS NO TIENEN EFECTO CURATIVO ESPECÍFICO PARECE QUE AUMENTAN LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO LOCAL, PROBABLEMENTE PORQUE FAVORECEN LA CICATRIZACIÓN DE LAS LESIONES.

DEBE PROHIBIRSE TABACO Y BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE EL TRATAMIENTO. SI BIEN, MUCHOS PACIENTES DE ENFERMEDAD DE VINCENT RESPONDEN FAVORABLE A LA PENICILINOTERAPIA AUNQUE CONTINÚEN FUMANDO. PIUDSBORG HA DEMOSTRADO QUE EL TABACO PREDISPONE INDUDABLEMENTE LA ENFERMEDAD. TAMBIÉN DEBE DE PRESCRIBIRSE LOS ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS.

D) ELIMINACIÓN Y CORRECCIÓN DE LOS FACTORES PREDISPO-
NENTES:

ESTA FASE DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD AGUDA DE VINCENT ES DE SUMA IMPORTANCIA PARA OBTENER BUEN RESULTADO. EL NO ELIMINAR LOS FACTORES PREDISPONENTES ES CAUSA DE LAS FORMAS CRÓNICAS Y RECURRENTE DE LA ENFERMEDAD. COMO EN LA MAYOR PARTE DE LOS PACIENTES SON NECESARIAS OPERACIONES DENTALES, PARA SUPRIMIR EL TRATAMIENTO DE ESTE TIPO DE ESTOMATITIS, CORRESPONDE LÓGICA Y NATURALMENTE AL DENTISTA. LA PENICILINA O LOS ARSENICALES SOLOS, TERAPÉUTICA QUE SUELE PONER EN PRÁCTICA EL MÉDICO, ÚNICAMENTE ALIVIAN LOS SÍNTOMAS SUBJETIVOS SIN SUPRIMIR LAS CAUSAS PREDISPONENTES.

TAN PRONTO COMO REMITAN LOS SÍNTOMAS DOLOROSOS, DEBERÁN ESCARIFICARSE POR COMPLETO TODOS LOS DIENTES. LAS FUENTES LOCALES DE IRRITACIÓN, COMO LAS ZONAS DEFECTUOSAS DE CONTACTO SERAN ELIMINADAS POR LA INSERCIÓN DE RESTAURACIONES ADECUADAMENTE CONTORNEADAS. LOS DEMÁS DEFECTOS DENTALES DEBERÁN CORREGIRSE EN FORMA APROPIADA.

LA OCLUSIÓN DEBE EQUILIBRARSE, EL NO HACERLO, PUEDE SER CAUSA DE GINGIVITIS FUSOESPIROQUETÓSICA CRÓ

NICA LOCAL. CUANDO SE HA TERMINADO ESTA FASE DEL --
TRATAMIENTO, LOS SÍNTOMAS SUBJETIVOS DEBEN HABER DESA-
PARECIDO Y LOS FROTIS SERÁN CASI NORMALES.

E) EDUCACIÓN DEL PACIENTE. EN BUENOS HÁBITOS DE HIGIE-
NE BUCAL:

ESTA FASE DEL TRATAMIENTO ES LA DE MAYOR IMPOR--
TANCIA PARA QUE LOS RESULTADOS SATISFACTORIOS SEAN --
PERMANENTES. EN ELLA FRACASAN MUCHOS DENTISTAS AL -
NO COMPRENDER EL VALOR DE LA EDUCACIÓN Y COOPERACIÓN-
DEL PACIENTE, QUIEN DEBERÁ SER DETALLADAMENTE INSTRUI-
DO EN EL MÉTODO DE CEPILLADO DE DIENTES Y DE MASAJE -
DE LAS ENCÍAS. LA MAYOR PARTE DE LOS PACIENTES TAM-
BIÉN NECESITAN INSTRUCCIÓN EN ALGUNAS FORMAS DE ESTI-
MULACIÓN INTERDENTAL PARA EVITAR LA RETENCIÓN DE PAR-
TÍCULAS DE ALIMENTOS EN LAS ZONAS DE PAPILAS INTERDEN-
TALES DESTRUÍDAS.

LA ESTIMULACIÓN INTERDENTAL CONTRIBUYE CONSIDERA-
BLEMENTE A QUE LAS PAPILAS INTERDENTALES AFECTADAS RE-
CUPEREN SU ESTADO NORMAL Y LA CONSERVEN. DEBERÁ HA-
CERSE VER AL PACIENTE LA NECESIDAD DE QUE SU BOCA SEA
REVISADA PERIÓDICAMENTE POR EL DENTISTA. DESPUÉS DEL-
ESTABLECIMIENTO DE BUENOS HÁBITOS DE HIGIENE, LA FLO-
RA MICROBIANA DE LA BOCA DEBE SER NORMAL.

CAPÍTULO VII

FASE CRÓNICA Y RECURRENTE DE LA ENFERMEDAD DE VINCENT.

FASE CRÓNICA:

LA FORMA CRÓNICA DE ESTA ENFERMEDAD ES DE PARTICULAR IMPORTANCIA PORQUE NO PROVOCA SÍNTOMAS SUBJETIVOS.

1.- MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

EL DOLOR NO ES SÍNTOMA COMÚN, SALVO DURANTE LAS EXACERBACIONES DE LA ENFERMEDAD. LA PÉRDIDA DE LAS PÁPILAS INTERDENTARIAS, ESPECIALMENTE EN LA REGIÓN ANTERIOR DE LA MANDÍBULA INFERIOR, ES CARACTERÍSTICA EN LA FASE CRÓNICA DE LA ENFERMEDAD DE VINCENT.

A VECES, LAS MANIFESTACIONES PRINCIPALES SON RETRACCIÓN DE LAS ENCÍAS O SÍNTOMAS POR RETENCIÓN DE -- PARTÍCULAS DE ALIMENTOS, SECUNDARIOS A LA PÉRDIDA DE-

LAS PAPILAS INTERDENTARIAS. EN OCASIONES SE PRODUCEN PEQUEÑAS HEMORRAGIAS O LA BOCA DESPRENDE UN OLOR LIGERAMENTE DESAGRADABLE. LOS FOCOS PRIMITIVOS DE INFECCIÓN PUEDEN SER CAUSAS DE MOLESTIAS LIGERAS.

EL SIGNO MÁS IMPORTANTE ES EL DOLOR PROVOCADO POR LA PRESIÓN SOBRE LAS ZONAS INTERDENTALES LESIONADAS.

HASTA HACE POCO, LOS SÍNTOMAS GENERALES PASABAN INADVERTIDOS EN ESTA FASE. HILMING OBSERVÓ QUE EL 50% DE LOS PACIENTES CON ESTA ENFERMEDAD PRESENTABAN ASTENIA, VÉRTIGOS, CEFALEA E IRRITABILIDAD. DESPUÉS DEL TRATAMIENTO, DESAPARECIERON EL 90% DE ESOS SÍNTOMAS.

B) DIAGNÓSTICO:

NO ES FÁCIL ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DE LA FASE ÉSTA DE LA ENFERMEDAD DE VINCENT, CON SOLO LOS DATOS CLÍNICOS, AUNQUE LA PÉRDIDA DE LAS PAPILAS INTERDENTALES Y EL DOLOR A LA PRESIÓN CONTRIBUYE UN FUERTE INDICIO. LOS FROTIS POSEEN UN GRAN VALOR DIAGNÓSTICO.

C) PRONÓSTICO:

EL PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA DE VINCENT DEPENDE DE LA ESTENSIÓN DE LAS LESIONES TISULARES, DE LA DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y ESPECIALMENTE DE LA COOPERACIÓN DEL PACIENTE. LA PERSISTENCIA DE DE ESTE TIPO DE GINGIVITIS PREDISPONE A LAS FORMAS - MÁ S GRAVES DE PARODONTOSIS.

D) TRATAMIENTO:

LA TERAPÉUTICA PREDICAMENTOSA SOLO TIENE IMPORTANCIA SECUNDARIA EN EL TRATAMIENTO DE ESTA FASE. DE ORDINARIO LA PROFILAXIS DENTAL PUEDE COMENZARSE - EN LAS ETAPAS INICIALES DEL TRATAMIENTO. LA RES--- PUESTA CLÍNICA DE LOS TEJIDOS ES MUCHO MÁ S LENTA Y - EL CAMBIO DE LA FLORA BUCAL MENOS NOTABLE QUE EN LAS FORMAS AGUDAS.

TIENE ESPECIAL IMPORTANCIA SUPRIMIR LOS FACTO--- RES PREDISPONENTES. SIN DUDA, EL DESCUIDAR ESTA -- PARTE DEL TRATAMIENTO EN LA FASE AGUDA DE VINCENT ES LA CAUSA MÁ S FRECUENTE DE LA FORMA CRÓNICA. LA BO--- CA DEBE SER EXAMINADA MINUCIOSAMENTE EN BUSCA DE SIG

NOS DE OCLUSIÓN TRAUMÁTICA, HÁBITOS DE OCLUSIÓN ANOR-
MAL Y ZONAS DE CONTACTO DEFECTUOSO. SE PONDRÁN EN-
PRÁCTICA TODAS LAS MEDIDAS DE RESTAURACIÓN ODONTOLÓ-
GICA QUE SE JUZGUEN NECESARIAS.

LA EDUCACIÓN DE LA HIGIENE DE LA BOCA Y LA COO-
PERACIÓN DEL PACIENTE SON DE MUCHA IMPORTANCIA EN ES-
TE TRATAMIENTO. LA ADECUADA COOPERACIÓN EN LA HI-
GIENE BUCAL, INCLUYENDO LA ESTIMULACIÓN INTERDENTAL,
PUEDE SIGNIFICAR LA DIFERENCIA ENTRE LOS RESULTADOS-
CLÍNICOS Y BACTERIOLÓGICOS SATISFATORIOS O PERSIS-
TENCIA DE ZONAS LOCALIZADAS DE INFECCIÓN.

FASE RECURRENTE.

A)- MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

DURANTE LA EXACERBACIÓN HAY LOS SÍNTOMAS AGUDOS
DE LA ENFERMEDAD. LA INTENSA PÉRDIDA DE TEJIDOS IN-
TERDENTALES ES SIGNO DE ATAQUE PREVIO. DURANTE LOS
PERÍODOS DE REMISIÓN SE OBSERVAN LOS SÍNTOMAS Y SIG-
NOS DE LA FORMA CRÓNICA DEL PROCESO.

B) DIAGNÓSTICO:

EN TODO CASO DE LAS FASES CRÓNICA Y RECURRENTE-
DE LA ENFERMEDAD DE VINCENT, CONVIENE REALIZAR UNA -
CUIDADOSA BÚSQUEDA DE LOS POSIBLES FACTORES GENERA--
LES PREDISPONENTES. ENTRE ELLOS PUEDEN FIGURAR CA-
RENCIAS NUTRITIVAS ASINTOMÁTICAS, AFECCIONES CRÓNI--
CAS DE LA VESÍCULA BILIAR Y TRASTORNOS DE LA ABSOR--
CIÓN INTESTINAL, QUE DEBERÁN INVESTIGAR EL MÉDICO EN
CARGADO DEL PACIENTE TAL VEZ POR MEDIO DE ANÁLISIS -
CLÍNICOS.

C) PRONÓSTICO:

EL PRONÓSTICO DE LA FASE RECURRENTE SERÁ RESER-
VADO. AUNQUE ESTE PROCESO PUEDE DESARROLLARSE A --
CONSECUENCIA DE LA INSUFICIENTE ATENCIÓN PROFESIONAL
EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS Y RESULTA DE LA FALTA
DE EDUCACIÓN HIGIÉNICA DEL PACIENTE.

D) TRATAMIEANTO:

EL TRATAMIENTO DE ESTA FASE RECURRENTE DE LA EN
FERMEDAD DE VINCENT DEPENDE DE LA INTENSIDAD DE LA -

SINTOMATOLOGÍA. LA RESPUESTA ES LENTA Y MUCHAS VECES POCO SATISFACTORIA. PARA OBTENER BUENOS RESULTADOS HABRÁ QUE INSISTIR EN LA COOPERACIÓN DEL PACIENTE Y DARLE UNA DEBIDA IMPORTANCIA.

CAPÍTULO VIII

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ENFERMEDAD DE VINCENT.

DADA LA IMPORTANCIA DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD DE VINCENT, QUISE DEDICARLE UN CAPÍTULO ENTERO AL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA MISMA, RECOPILANDO EN ÉL LAS SINTOMATOLOGÍAS DE LAS ENFERMEDADES BACTERIANAS POSIBLES A DIAGNOSTICAR---ERRÓNEAMENTE.

A) ESTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA:

LAS LESIONES SE ENCUENTRAN INICIALMENTE EN LAS SUPERFICIES MUCOSAS LISAS, RARAS VECES EN LOS TEJIDOS GINGIVALES. NO HAY CARACTERÍSTICO OLOR METÁLICO DE LA ENFERMEDAD DE VINCENT. LOS FROTIS SON NEGATIVOS PARA BACILOS FUSIFORMES Y ESPIROQUETAS.

B) ESTOMATITIS ESTREPTOCÓCICA:

LA AFECCIÓN DIFUSA DE LA ENCÍA MARGINAL, DE LA-
ALVEOLAR, NO PRESENTA LESIONES ULCEROSAS EN LOS BOR-
DES GINGIVALES NI EN LAS PAPILAS INTERDENTALES.
ESTE TIPO DE ESTOMATITIS ES MENOS FRECUENTE Y LOS --
FROTIS Y LAS SIEMBRAS SON CARACTERÍSTICAS DE ELLA.

C) ERITEMA POLIMORFO:

LAS LESIONES SE HALLAN PRINCIPALMENTE EN LAS SU
PERFICIES MUCOSAS LISAS Y SON DE ASPECTO HEMORRÁGICO

LA EXTENSIÓN DEL PROCESO ES MAYOR, PERO LAS EN-
CÍAS RARA VEZ SON INVADIDAS. A VECES SE OBSERVAN -
LESIONES CUTÁNEAS. LOS FROTIS SON NEGATIVOS PARA -
BACILOS FUSIFORMES Y ESPIROQUETAS.

D) LESIONES BUCALES SECUNDARIAS Y ENFERMEDADES DE LA
SANGRE:

EL COMIENZO SÚBITO DE LAS LESIONES GINGIVALES -
ULCEROSAS EN LAS LEUCEMIAS AGUDAS Y NEUTROPÉNICAS MA
LIGNAS PUEDEN PLANTEAR ALGUNOS PROBLEMAS DE DIAGNÓS-

TICO. LA TUMEFACCIÓN DE LAS ENCÍAS SUELE SER CONSIDERABLE Y LOS SÍNTOMAS GENERALES GRAVES, EN LAS LEUCEMIAS AGUDAS. LAS ULCERACIONES BUCALES EN LA NEUTROPENIA MALIGNA NO PRODUCE RESPUESTA INFLAMATORIA - AGUDA Y GENERALMENTE SON INDOLORAS. CON FRECUENCIA TIENEN BASE NEGRO VERDUZCA QUE NO SE ENCUENTRAN EN - LAS ÚLCERAS FUSIESPIROQUETÓNICAS. LOS FROTIS CARECEN DE VALOR DIAGNÓSTICO, PERO EL HEMOGRAMA PERMITIRÁ DIAGNOSTICAR NEUTROPENIAS MALIGNAS O LEUCEMIAS.

LAS LESIONES DIFTÉRICAS DE LA MUCOSA BUCAL SON RARAS Y SUELEN IR ACOMPAÑADAS DE INTENSOS SÍNTOMAS - GENERALES, INCLUYENDO LEUCOCITOSIS ELEVADA. LAS -- SIEMBRAS DEL EXUDADO PERMITIRÁN ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO CORRECTO.

E) FIEBRE AFTOSA:

SE ACOMPAÑA DE SIGNOS GENERALES BRUSCOS, SEGUIDOS AL CABO DE 24 A 48 HORAS POR LA APARICIÓN DE AFTAS MÁS NUMEROSAS QUE EN LA ESTOMATITIS AFTOSA.

CUANDO LA ERUPCIÓN ES MUY EXTENSA, LAS ÚLCERAS CON--
FLUYEN DANDO LUGAR A TRASTORNOS FUNCIONALES MUY IM--
PORTANTES. LA EVOLUCIÓN PUEDE HACERSE POR VARIOS --
ACCESOS EN UNA A TRES SEMANAS. EL PRONÓSTICO ES BE
NIGNO.

F) ESTOMATITIS DE LAS CAQUECCIAS:

EN ESTOS CASOS LOS LABIOS ESTÁN SECOS Y RECU---
BIERTOS DE UN BARNIZ FIBRINOSO. LA LENGUA ESTÁ SE--
CA Y ESCAMOSA, LA MUCOSA SE DESCAMA PRIMERO Y DES---
PUÉS SE ULCERA.

G) ESTOMATITIS POR AVITAMINOSIS:

EXISTEN ESTA CLASE DE ESTOMATITIS SOBRE TODO EN
EL ESCORBUTO Y LA PELAGRA.

LA ESTOMATITIS ESCORBÚTICA EMPIEZA POR MANCHAS--
ROJAS SOBRE LA ENCÍA, EL VELO DEL PALADAR Y SUS PILA
RES. LAS ENCÍAS SE VUELVEN FUNGOSAS Y SE VAN DESA--

ROLLANDO YEMONES CARNOSOS, EL ALIENTO ES FÉTIDO, --
HAY ADENOPATÍA SUBMAXILAR, EL ENFERMO SE AGRAVA PRO-
GRESIVAMENTE PUDIENDO LLEGAR A LA CAÍDA DE LOS DIEN-
TES Y A LA GANGRENA.

II) ESTOMATITIS DIABÉTICA:

SE CARACTERIZA ESENCIALMENTE POR LA SEQUEDAD DE
LA BOCA Y DE LA FARINGE, CUYAS MUCOSAS SE TORNAN DE-
UN ROJO VIVO. SE ENCUENTRA CON FRECUENCIA ALGUNAS -
ULCERACIONES A NIVEL DE LAS COMISURAS LABIALES.

LAS COMPLICACIONES GINGIVO-DENTARIAS QUE SE PRE-
SENTAN SON IMPORTANTES Y PRECOCES. ADEMÁS, LA IN--
VESTIGACIÓN DE GLUCOSA EN LA ORINA Y EN LA SANGRE --
ACLARA POR COMPLETO EL DIAGNÓSTICO.

I) ESTOMATITIS POR DEFICIENCIAS ORGÁNICAS O INTOXICA-
CIONES ENDÓGENAS:

PUEDEN COEXISTIR CON LA ENFERMEDAD DE VINCENT O
PRESENTARSE AISLADAMENTE. CARACTERIZÁNDOSE LA ESTO

MATITIS URÁMICA POR SER GENERALMENTE ERITOMATOSA, --
MÁS RARAMENTE ULCEROSA. LA BOCA ESTÁ SECA, LA LEN-
GUA Y LAS ENCÍAS ESTÁN CUBIERTAS DE UN BARNIZ BISCO-
SO BAJO EL CUAL EXISTEN ULCERACIONES POCO PROFUNDAS-
SANGUINOLENTAS O GRISÁCEAS. EL ANÁLISIS DE LA ORI-
NA Y DE LA SANGRE CONFIRMAN EL DIAGNÓSTICO.

J) ESTOMATITIS AFTOSA:

EN ESTA ESTOMATITIS, LOS SÍNTOMAS GENERALMENTE-
SON ÍNFIMOS O NULOS Y ÚNICAMENTE SE PRESENTA LA ERUP-
CIÓN BUCAL. LAS AFTAS POR LO GENERAL SON POCO NUME-
ROSAS. EMPIEZA POR UNA MANCHA ROJA SOBRE LA CUAL -
SE FORMA RÁPIDAMENTE UNA VESÍCULA, ESTA SE ROMPE Y -
DA LUGAR A UNA ULCERACIÓN REDONDA U OVAL SUPERFICIAL
RODEADA DE UNA ZONA ENROJECIDA CARACTERÍSTICA Y CUYO
FONDO ESTÁ RECUBIERTO DE UNA FALSA MEMBRANA AMARILLA
MUY ADHERENTE. COMÚNMENTE ESTAS ULCERACIONES SE EN-
CUENTRAN EN LA CARA INTERNA DEL LABIO INFERIOR Y EL-
SURCO GINGIVOLABIAL. EN EL NIÑO APARECEN CON FRE--
CUENCIA A CADA LADO DEL RAFÉ MEDIO DEL PALADAR.

SU CICATRIZACIÓN SE EFECTÚA EN UNOS CUANTOS ---
DÍAS.

K) MUSGUILLO:

ESTA ES UNA ESTOMATITIS PARASITARIA DEBIDO AL -
SACAROMYCES ALBICANS, TAMBIÉN LLAMADO OIDIUM ALBI---
CANS. EL CRECIMIENTO DE ESTE HONGO ES FAVORECIDO -
POR EL MAL ESTADO GENERAL DE LAS PERSONAS EN LAS CUA
LES SE DESARROLLAN.

SE OBSERVA SOBRE TODO EN LOS CAQUÉCCICOS, ASÍ -
COMO EN LOS NIÑOS QUE ADOLECEAN DE TRASTORNOS DIGESTI
VOS FRECUENTES.

ESTA AFECCIÓN PUEDE TOMAR UN CARÁCTER CONTAGIO-
SO EN LOS ASILOS, LA TRANSMISIÓN SE HACE POR LOS OB-
JETOS, POSIBLEMENTE POR EL POLVO.

LA ENFERMEDAD EMPIEZA POR PEQUEÑAS MANCHAS, QUE
CONTRIBUYEN SOBRE LA MUCOSA BUCAL, DANDO MANCHAS AM-
PLIAS DE COLOR BLANCO PÚRPURA CREMOSO, LIGERAMENTE -

SALIENTES, EXTENDIENDOSE PROGRESIVAMENTE, PREDOMINANDO SOBRE LA LENGUA, LA CARA INTERNA DE LOS CARRILLOS VELO DEL PALADAR Y LAS AMÍGDALAS. LA MUCOSA BUCAL-ESTÁ SECA, DE COLOR ROJO OSCURO, BRILLANTE, DESCAMADA Y MUY DOLOROSA.

LA EVOLUCIÓN ES VARIABLE, LA CURACIÓN ES FÁCIL-CUANDO NO ESTÁ UNIDA A DEFICIENCIAS ORGÁNICAS.

L) ESTOMATITIS IMPETIGINOSA:

ESTA ESTOMATITIS ES DE ORIGEN ESTREPTOCÓCICA Y-CONSECUTIVA AL IMPETIGO DE LA CARA. SOBREVIENE COMÚNMENTE EN LOS NIÑOS DEBILITADOS, ALGUNAS VECES A -CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA. SE PRESENTA BAJO LA FORMA DE UNA INFLAMACIÓN POCO INTENSA, EMPEZANDO POR LA CARA INTERNA DEL LABIO INFERIOR Y -QUE QUEDA EN GENERAL LIMITADA A LA PARTE ANTERIOR DE LA BOCA, DE DONDE EL NOMBRE DE ESTOMATITIS VESTIBU-LAR QUE TAMBIÉN SE LE DA.

LAS PEQUEÑAS ULCERACIONES QUE LA CONSTITUYEN--
PUEDAN EXTENDERSE A LA LENGUA, AL VELO DEL PALADAR
Y AL BORDE DE LAS ENCÍAS QUE SE PRESENTAN RECUBIER
TAS DE UN EXUDADO DIFTEROIDE. CUANDO ESTAS ULCE-
RACIONES ESTÁN SITUADAS EN EL BORDE LIBRE DE LOS -
LABIOS, TOMAN EN SU PORCIÓN CUTÁNEA UN ASPECTO COS
TOSO.

ESTAS LESIONES SON POCO CONTAGIOSAS, OCASIO--
NAN TRASTORNOS FUNCIONALES Y GENERALES MUY DISCRE-
TOS, DESAPARECIENDO BAJO LA INFLUENCIA DE ANTISÉP-
TICOS LIGEROS.

M) ESTOMATITIS MERCURIAL:

PUEDE CONFUNDIRSE LA ENFERMEDAD DE VINCENT --
SIEMPRE QUE LOS ANTECEDENTES DEL ENFERMO NO FACILI
TEN EL DIAGNÓSTICO. LA ESTOMATITIS MERCURIAL ERA
ANTES UNA LESIÓN MUY COMÚN Y SE VEÍAN CASOS MUY --
GRAVES, HOY HA DISMINUIDO DEBIDO A QUE EL TRATA---
MIENTO DE LA SÍFILIS POR EL MERCURIO PUEDE SER ---
REEMPLAZADO POR ARSÉNICO O BISMUTO. SE PRESENTA-
ALGUNAS VECES COMO UNA LESIÓN DE ORIGEN PROFESIO--

NAL OBSERVÁNDOSE EN LOS MINEROS QUE TRABAJAN LA -- PLATA, POR EL PROCEDIMIENTO DE LA ALEACIÓN DE ÉSTA CON EL MERCURIO, CONSTITUYENDO EN ESTOS CASOS MANIFESTACIONES DE INTOXICACIÓN CRÓNICA.

N) ESTOMATITIS PELAGROSA:

LA RUBICUNDEZ Y EL ASPECTO BRILLANTE DE LA MU COSA ES LO QUE LA CARACTERIZA. APARECEN HEMORRAGIAS A NIVEL DEL SURCO GINGIVAL Y SE OBSERVAN FISU RAS, SOBRE TODA LA EXTENSIÓN DE LA LENGUA, LAS MANIFESTACIONES CUTÁNEAS EVOLUCIONAN PARALELAMENTE A LOS ACCIDENTES BUCALES.

EN TODO CASO Y AUNQUE HAYA UNA EVIDENCIA CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD DE VINCENT, ES ACONSEJABLE HACER PRUEBAS DE LABORATORIO PARA DIFERENCIARLA DE LAS LESIONES SIFILÍTICAS Y DE LA DIFTERIA. DE--- BIÉNDOSE SIEMPRE RECORDAR QUE TANTO EN LA DIFTERIA COMO EN LA ENFERMEDAD DE VINCENT HAY PSEUDOMEMBRANAS Y AL BASARSE SOLO EN EL CUADRO CLÍNICO PODRÍA-- LLEGARSE, EN ALGUNOS CASOS A RESULTADOS DESASTRO-- SOS.

PUEDE DIAGNOSTICARSE UNA ENFERMEDAD DE VINCENT AL OBSERVAR AL ENFERMO Y DENTRO DE LA GARGANTA ENCONTRARSE AL BACILO DE LOOFFOR CON LO QUE SE PONDRÍA EN PELIGRO LA VIDA DEL PACIENTE.

0) ESTOMATITIS CATARRAL:

ESTA AFECCIÓN OCASIONA UNA LESIÓN DE INTENSIDAD LIGERA, CUYO PRINCIPIO ES MARCADO POR UNA SENSACIÓN DE SEQUEDAD EN LA BOCA, POCA SALIVACIÓN Y LIGERA FETIDEZ DEL ALIENTO.

LA MUCOSA ESTÁ, PRIMERO ROJA Y DESPUÉS SE EDEMATIZA LIGERAMENTE, LA CARA INTERNA DE LOS CARRILLOS Y LOS BORDES DE LA LENGUA CONSERVAN LA IMPRESIÓN DE LOS DIENTES. SE OBSERVA ENSEGUIDA EN ALGUNOS LUGARES, UN BARNIZ PULTACEO NO ADHERENTE QUE SE QUITA CON FACILIDAD, Y BAJO EL CUAL NO PRESENTA LA MUCOSA NI ULCERACIÓN NI HEMORRAGIA.

ESTA ESTOMATITIS QUE PROVOCA POCO DOLOR LOCAL, PUEDE DIFICULTAR LA DEGLUCIÓN Y SE ACOMPAÑA DE ADE-

NOPATÍAS. LOS SÍNTOMAS GENERALES SON INSIGNIFICANTES NO PERSISTEN MUCHO TIEMPO A MENOS QUE EXISTA UNA CAUSA PERMANENTE DE IRRITACIÓN.

P) NOMA:

EL NOMA O ESTOMATITIS GANGRENOSA ES, ENTRE LAS ESTOMATITIS, LA QUE MAYOR GRAVEDAD PRESENTA Y QUE MÁS PUEDE CONFUNDIRSE CON LA ENFERMEDAD DE VINCENT EN SUS FORMAS GRAVES.

NUMEROSOS MICROBIOS SE ENCUENTRAN A NIVEL DE LAS LESIONES, TALES COMO ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCOS, -- ANAEROBIOS Y FRECUENTEMENTE FUSOESPIRILOS. SE HAN -- ATRIBUÍDO A CADA UNO DE ESTOS GÉRMENES UN PAPEL PRE-- PONDERANTE EN LA EVOLUCIÓN DE ESTA ENFERMEDAD.

ATACA SOBRE TODO A LOS NIÑOS, MÁS RARAMENTE A -- LOS ADULTOS Y A LOS ANCIANOS. SOBREVIEENE EN EL CURSO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, EN PARTICULAR EN EL -- SARAMPIÓN Y LA ESCARLATINA, MÁS RARAMENTE EN LA DIFTE

RIA Y EN LA FIEBRE TIFOIDEA; LA COQUELUCHE, LAS -
AFECCIONES PULMONARES Y EL RAQUITISMO CUENTAN CON
RELATIVA FRECUENCIA EL NOMA ENTRE SUS COMPLICACIO
NES.

EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE CUANDO EL NO-
MA NO ES CONSECUTIVO A LAS ENFERMEDADES ANTES MEN
CIONADAS, NO PARECE GRAVE; SIN EMBARGO, CUANDO ES
PRECEDIDA DE LAS ENFERMEDADES CITADAS, VIENE EN--
TONCES UN PERIODO DE SINTOMAS GENERALES MUY GRA--
VES, LA FIEBRE PUEDE NO SER EXCESIVA, PERO LA AL-
TERACION DEL COLOR DE LA CARA, LOS SUDORES PROFUN
DOS, LOS TRASTORNOS DIGESTIVOS, LA ALBUMINUVIA, -
LA POSTRACION ALTERNANDO CON ACCESOS DE AGITACION
TESTIFICAN LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD.

LAS LESIONES EMPIEZAN SOBRE LA MUCOSA DE LA-
CARA INTERNA DE LOS CARRILLOS, POR UNA PLACA LIGE
RAMENTE ABULTADA, ROJO VIOLÁCEA SOBRE LA CUAL SE-
DESARROLLAN FLICTOMAS, DESPUÉS PEQUEÑAS ULCERACIO

NES QUE SE EXTIENDEN JUNTANDOSE UNAS CON OTRAS Y DANDO LUGAR CUANDO SE ROMPEN, A UNA ESCARA, EN DOS O TRES DÍAS QUEDA CONSTITUIDA LA GANGRENA. SU FONDO LO FORMA UN TEJIDO NEGRUSCO DEOLOR FÉTIDO, ES DOLOROSO A LA PALPITACIÓN Y -- APARECE UN ALIENTO FÉTIDO.

LA ESCARA INVADE POCO A POCO EL TEJIDO CELULAR Y LOS MÚSCULOS SUBYACENTES, LLEGANDO A - DESTRUIRLOS TOTALMENTE. SE EXTIENDE RÁPIDA-- MENTE INVADIENDO LAS REGIONES CERCANAS, EL MA-XILAR PRONTO ES ATACADO, SE VE EL HUESO DESNU- DO QUE SE NECROSA, ENCONTRANDOSE MÚLTIPLES ES- QUIRLAS, LOS DIENTES SE AFLOJAN Y SE CAEN.

A NIVEL DE LA PLACA GANGRENOSA, LOS VASOS SANGUÍNEOS SUFREN LESIONES EN SUS PAREDES, A - LA VEZ QUE SE TROMBOSAN. LOS NERVIOS POR EL- CONTRARIO RESISTEN LA NECROSIS, SIENDO LAS VAI- NAS ATACADAS, SU CILINDRO EJE PERMANECE INTAC- TO.

CAPÍTULO IX

TRATAMIENTO PARODONTAL O QUIRÚRGICO

CUANDO LA ENFERMEDAD DE VINCENT SE HACE CRÓNICA, SE DEBE RECURRIR AL TRATAMIENTO PARODONTAL O QUIRÚRGICO.

COMO TRATAMIENTO PREOPERATORIO SE DEBE LIMPIAR LA BOCA TAN MINUCIOSAMENTE COMO SEA POSIBLE, YA QUE CON ESTO SE REDUCE EL NÚMERO DE BACTERIAS, DEJANDO EL CAMPO MÁS LIMPIO PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

PARA MAYOR VISIBILIDAD, EL CAMPO DONDE SE OPERA DEBE ESTAR LIBRE DE SANGRE Y SALIVA, VALIÉNDOSE EL AYUDANTE DEL ASPIRADOR QUIRÚRGICO O DE COMPRESAS DE AGUA.

ADEMÁS DEL EQUIPO LUMINOSO ACOSTUMBRADO, ES --
CONVENIENTE EMPLEAR UNA LÁMPARA PARA DIAGNÓSTICO, -
OBTENIENDO ASÍ UNA BUENA ILUMINACIÓN DEL CAMPO OPE-
RATORIO.

ES SUMAMENTE IMPORTANTE ADOPTAR LAS PRECAUCIO-
NES DE ASEPSIA NECESARIAS. LOS INSTRUMENTOS QUE -
NO PUEDAN SER ESTERILIZADOS EN EL AUTOCLAVE SE DEBE
RAN ESTERILIZAR CON SOLUCIONES ANTISÉPTICAS SUMER--
GIENDOLAS EN LAS MISMAS EN CUANTO SON USADOS. ASÍ
MISMO, LA CARA Y LOS LABIOS DEL PACIENTE DEBERÁN GO
ZAR DE UNA CORRECTA ASEPSIA, YA QUE LAS OPERACIONES
BUCALES NO DIFIEREN ESENCIALMENTE DE LAS QUE SE EJE
CUTAN EN OTRAS PARTES DEL CUERPO, POR CONSIGUIENTE--
SE TENDRÁN LAS MISMAS PRECAUCIONES DE ASEPSIA QUE -
EN CIRUGÍA GENERAL.

EL TIPO DE ANESTESIA A USAR SERÁ LA PREFERIDA--
POR EL OPERADOR, YA QUE ALGUNOS OPERAN CON IGUAL --
DESTREZA CON ANESTESIA GENERAL QUE CON LA ANESTESIA
LOCAL, SIENDO ÉSTA ÚLTIMA LA MÁS USADA EN LA MAYO--
RÍA DE LOS CASOS.

ADEMÁS, POR OTRA PARTE SE TOMA EN CUENTA LA --
DISPOSICIÓN DEL PACIENTE, YA QUE CON FRECUENCIA EN-
CONTRAMOS ENFERMOS QUE TEMEN A LA AGUJA HIPODÉRMICA
Y ALGUNAS VECES SE HAN PRESENCIADO REACCIONES DESA-
GRADABLES CAUSADAS POR LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA. POR
LO QUE ES IMPORTANTE LA MEDICACIÓN PREOPERATORIA E-
INVESTIGACIÓN DE LA SENSIBILIDAD A LA MISMA. LA -
ADMINISTRACIÓN DE UN SEDANTE UNA HORA ANTES DE ANES-
TESIAR, CALMA LA TENSIÓN NERVIOSA Y ALIVIA LA APREN-
SIÓN.

EL INSTRUMENTAL A USAR SE DERIVA DEL TIPO DE -
ALTERACIÓN EXISTENTE Y LA TÉCNICA QUIRÚRGICA A EM--
PLEAR. A CONTINUACIÓN MENCIONARÉ LAS MÁS FRECUEN-
TES A USAR EN LAS SECUELAS DE LA ENFERMEDAD DE VIN-
CENT.

EL CRÁTER GINGIVAL.- ES UNA DEFORMIDAD DE LA -
GINGIVA QUE ES SECUELA COMÚN DE MENOS CASOS DE LA -
ENFERMEDAD DE VINCENT EN SUS FASES AGUDA Y CRÓNICA.
SE CARACTERIZA POR UNA INVERSIÓN DE LA PAPILA INTER

DENTAL, ENCONTRÁNDOSE UNA DISPOSICIÓN PROXIMAL INFUNDIBULIFORME. EN EL VERDADERO CRÁTER, EL FONDO PASA A SER LA CIMA DE LA NUEVA PAPILA.

A) GINGIVOPLASTÍA:

ES UN PROCESO MEDIANTE EL CUAL LOGRAMOS DARLE A LA ENCÍA SU FORMA Y CONTORNO FISIOLÓGICO, ESTO PERMITE EL DESLIZAMIENTO DE LOS RESTOS ALIMENTICIOS SIN DETENERSE DENTRO DE LOS CRÁTERES, EN CUYO CASO LLEVARÍAN A LA RECIDIVA DE LA ENFERMEDAD.

LA GINGIVOPLASTÍA ESTÁ INDICADA CUANDO LA TOPOGRAFÍA GINGIVAL HA SIDO LEVEMENTE ALTERADA SIN DEJAR MARCADA PÉRDIDA DE VOLUMEN PAPILAR.

ESTE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO SE REALIZA TANTO SOBRE LA ENCÍA MARGINAL COMO LA ENCÍA ADHERIDA, CON LA MIRA DE DARLE SEMEJANZA AL FESTONEADO DE LAS DENTADURAS ARTIFICIALES.

SE APLICAN PUNTOS MÚLTIPLES DE ANESTESIA, TANTO COMO EN CADA PAPILA COMO EN ENCÍA MARGINAL DE LA ZONA POR TRATAR.

YA LOGRADA LA ANESTESIA, EL REMODELADO PUEDE PRACTICARSE POR MEDIO DE TRES TÉCNICAS:

- 1.- POR MEDIO DEL BISTURÍ PARODONTAL.
- 2.- POR MEDIO DE PIEDRAS ROTATORIAS DE --
DIAMANTE DE GRANO GRUESO.
- 3.- POR MEDIO DE ELECTROCIRUGÍA.

1.- REMODELADO POR MEDIO DEL BISTURÍ PARODONTAL:

CON EL BISTURÍ PARODONTAL SE TALLA LA ENCÍA -- MARGINAL ENFERMA, DÁNDOLE UN BISEL EN FORMA DE FILO DE CUCHILLO, CONSIGUIENDO DE ESTE MODO EL CONTORNO- GINGIVAL DESEADO.

LAS PAPILAS INTERPROXIMALES TAMBIÉN SE TALLA-- RÁN EN FORMA ADECUADA Y EN LO POSIBLE SE MODELARÁN-

PARA QUE ADQUIERAN UNA FORMA CÓNCAVA POR VESTIBULAR A SU VEZ, LAS SUPERFICIES RADICULARES DEBERÁN SER CURETEADAS PERFECTAMENTE.

2.- REMODELADO POR MEDIO DE PIEDRAS DE DIAMANTE DE GRANO GRUESO:

AL USAR ESTA TÉCNICA, PRIMERAMENTE SE EFECTÚA LA GINGIVECTOMÍA DE LA ENCÍA MARGINAL ENFERMA, LUEGO SE PROCEDE AL CURETAJE DE LAS SUPERFICIES RADICULARES Y FINALMENTE CON LAS PIEDRAS DE DIAMANTE DE GRANO GRUESO SE CONSIGUE EL CONTORNO DESEADO DE LA ENCÍA ADHERIDA FIBROSA, EN LA FORMA SIGUIENTE:

CON LA PIEDRA DE DIAMANTE EN FORMA DE RUEDA, ESTABLECEMOS LAS HUELLAS FISIOLÓGICAS CORRESPONDIENTES A LOS ESPACIOS INTERRADICULARES O SURCOS FISIOLÓGICOS DE LA ENCÍA ADHERIDA. CON LA DE BOLA LOGRAMOS LAS HUELLAS CORRESPONDIENTES A LA ENCÍA MARGINAL Y PARA FINALIZAR CON LA PIEDRA DE DIAMANTE EN FORMA DE CONO MODELAREMOS LAS PAPILAS, COLOCANDO LA MISMA CON EL ÁNGULO EN DIRECCIÓN INCISAL, DEPENDIEN

DO DE LA IRREGULARIDAD PAPILAR. SIEMPRE ACOMPAÑADAS POR LA APLICACIÓN DE UN CHORRO DE AGUA.

CONSEGUIDO LO ANTERIOR, EL ÁREA ES LIMPIADA Y CUBIERTA CON EL APÓSITO PARODONTAL, EL CUAL PERMANECERÁ DURANTE UN ESPACIO DE DIEZ A QUINCE DÍAS, AYUDANDO CON ESTO A PREVENIR LA HEMORRAGIA Y LA INFLAMACIÓN MODERANDO EL DOLOR POST-OPERATORIO Y PROTEGIENDO DEBIDAMENTE CONTRA TODA CLASE DE IRRITACIONES PROCEDENTES DEL EXTERIOR.

3.- REMODELADO POR MEDIO DE ELECTROCIRUGÍA:

EL BISTURÍ ELÉCTRICO PRESTA SERVICIOS SATISFACTIVOS PARA LA GINGIVOPLASTÍA, SIN EMBARGO, SU EMPLEO REQUIERE SUMO CUIDADO Y ADIESTRAMIENTO, DE LO CONTRARIO SE CORRE EL RIESGO DE DESTRUIR GRAVEMENTE A LOS TEJIDOS TRATADOS, DE AHÍ SU LIMITACIÓN EN EL USO.

DESVENTAJAS:

- A) SU USO REQUIERE ADISTRAMIENTO.
- B) LA APLICACIÓN DEMASIADO PROLONGADA O -
PENETRACIÓN EXCESIVA, DÁ POR RESULTADO
GRAN NÚMERO DE SECUESTROS.
- C) AL CONTACTO CON OBTURACIONES METÁLICAS
PUEDE PROVOCAR MUERTE PULPAR.

B) GINGIVECTOMÍA:

LA GINGIVECTOMÍA O EXTIRPACIÓN PARCIAL DE LA -
ENCÍA ES UNA OPERACIÓN QUE, SI SE EJECUTA COMO ES -
DEBIDO, ES ENTERAMENTE INDOLORA Y LOS RESULTADOS --
SON SATISFACTORIOS.

ESTÁ INDICADA PARA EL TRATAMIENTO DE TODAS LAS
LESIONES PERIODONTALES, SEA CUAL FUERA SU SITUACIÓN
EN LA BOCA, CUANDO HAN PADECIDO DESINTEGRACIÓN EL -
SUELO Y LAS PAREDES INTERSTICIO SUBGINGIVALES COMO-
RESULTADO DE UN ESTADO MORBOSO.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

LA GINGIVECTOMÍA CONSISTE EN LA EXTIRPACIÓN-
DE LOS BORDES GINGIVALES CON EL PROPOSITO DE SU--
PRIMIR TODO EL TEJIDO GINGIVAL ENFERMO QUE CUBRE-
LA REGIÓN PATÓGENA.

DESPUÉS DE ESCOGER LA ZONA POR OPERAR, SE --
QUITA TODO EL TEJIDO BLANDO PATÓGENO, EL CUAL SE-
CORTA AL RAS DE LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA O CER-
CA DE ELLA.

AL EXTIRPAR ESTE TEJIDO EN LA SUPERFICIE LIN
GUAL, LA INCISIÓN SE HARÁ CASI EN LÍNEA RECTA.
EN SUPERFICIE BUCAL O LABIAL ES CONVENIENTE FESTO
NEARLA UN TANTO SIGUIENDO POR SEPARADO EL CONTOR-
NO GINGIVAL DE CADA DIENTE.

LO SIGUIENTE CONSISTE EN EXTIRPAR EL TROZO -
GINGIVAL CORTADO, LO QUE PUEDE HACERSE CON UNA LE
GRA.

UNA VEZ EXTIRPADO EL TEJIDO CORTADO, QUEDAN A LA VISTA LAS ZONAS INTERPROXIMALES Y LAS BOLSAS, LO QUE PERMITE EL LIBRE MANEJO DE LOS INSTRUMENTOS. DE BEN EXTIRPARSE TODAS LAS GRANULACIONES DE LAS ÁREAS-INTERPROXIMALES HASTA EL FONDO DE LAS BOLSAS, LO QUE PUEDE HACERSE CON CUCHARILLAS, TIJERAS Y LIMAS.

SE PROCURARÁ ALISAR Y PULIR LOS BORDES ÁSPEROS- Y DESIGUALES QUE RODEAN AL DIENTE Y QUE TIENDEN A -- FORMAR SUPERFICIES DIFÍCILES DE CONSERVAR LIMPIAS. NO SE CORTARÁ EL HUESO SANO EN TODA LA PROFUNDIDAD - DE LAS BOLSAS VERTICALES, PUES LA CUCHARILLA QUE SE EMPLEA SIGUE EL CONTORNO DE LAS MISMAS Y EXTIRPA EL- TEJIDO MORBOSO, DEJANDO EL SANO.

C) APÓSITO QUIRÚRGICO O PERIODONTAL:

ESTE APÓSITO TIENE COMO OBJETIVO CUBRIR EL ÁREA OPERADA Y PROTEGER LOS TEJIDOS INCIDIDOS DURANTE EL- PROCESO DE CICATRIZACIÓN. SE OBTIENEN BUENOS RESUL TADOS UTILIZANDO EL CEMENTO DE KIRKLAND:

EL POLVO CONTIENE: ÓXIDO DE ZINC, BREA Y ESCAMAS DE ÁCIDO TÁNICO, ESTE ÚLTIMO ESTÁ AGREGADO COMO HEMOSTÁTICO.

EL LÍQUIDO CONTIENE: UNA PARTE DE ACEITE DE CAHAUATE Y DOS PARTES DE EUGENOL.

PARA SU PREPARACIÓN SE MEZCLA LÍQUIDO Y POLVO--HASTA OBTENER UNA CONSISTENCIA POCO MÁS DURA QUE EL MASTIQUE. A ESTA MEZCLA SE LE DÁ UNA FORMA DE CILINDRO UN POCO MÁS GRUESA QUE UNA BARRA DE GUTAPERCHA Y LA DIVIDIMOS EN DOS PARTES IGUALES.

LA RETENCIÓN DEL CEMENTO OFRECE FRECUENTEMENTE UN GRAN PROBLEMA CUANDO LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES ESTÁN ABIERTOS, SE COLOCAN PEQUEÑOS TRIÁNGULOS DE CEMENTO POR LABIAL Y OTRO POR LINGUAL. EL CEMENTO ES PRESIONADO EN SU LUGAR HASTA QUE LOS FRAGMENTOS SE UNEN.

FINALMENTE SE LE DÁ INSTRUCCIONES AL PACIENTE
PARA EL POSTOPERATORIO, CON APLICACIÓN DE ANTIBIÓ-
TICO RECOMENDANDO DIETA ADECUADA Y ANALGÉSICOS.

CAPÍTULO X

EPIDEMIOLOGÍA Y PRODUCCIÓN
EXPERIMENTAL DE LA ENFERME
DAD DE VINCENT.

LAS CONDICIONES PREDISONENTES SON DE SUMA IM
PORTANCIA Y A VECES PUEDEN SER DE NATURALEZA ENDÉ-
MICA, PUES AFECTAN A GRUPOS PEQUEÑOS O GRANDES Y -
FAVORECEN LA PRODUCCIÓN DE LA EPIDEMIA.

EN LA EPIDEMIA DE 1932 EN VALLE DE SAN LUIS -
COLORADO, EE.UU., EL 40% APROXIMADAMENTE DE LOS --
9,404 INDIVIDUOS EXAMINADOS PRESENTABAN SIGNOS CLÍ
NICOS DE LA ENFERMEDAD O DABAN POSITIVOS LOS ANÁLI
SIS DE LABORATORIO. EN ORFELINATOS, CAMPAMENTOS-
MILITARES, NAVÍOS, CASAS DE HUÉSPEDES Y ESCUELAS -
PARTICULARES Y PÚBLICAS, SE OBSERVAN PEQUEÑOS BRO-
TES EPIDÉMICOS DE ESTOMATITIS DE VINCENT. EN LAS

ARMADAS INGLESAS Y NORTEAMERICANAS SE HA OBSERVADO QUE CUANDO FALTAN MEDIOS PARA ESTERILIZAR LAS VAJILLAS AUMENTA LA FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD.

DEAN Y SINGLETON REALIZARON IMPORTANTES ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS ENTRE LOS MIEMBROS DE LAS GUARDIAS COSTERAS Y DEL SERVICIO MARÍTIMO DE LOS ESTADOS UNIDOS Y NO PUDIERON COMPROBAR LA CONTAGIOSIDAD DE LA ESTOMATITIS DE VINCENT. EL CARÁCTER-CONTAGIOSO DE ESTA ENFERMEDAD HABÍA SIDO EXAGERADO EN TIEMPOS PASADOS.

LAS AUTORIDADES SANITARIAS DE 20 ESTADOS DE NORTEAMERICA EXIGEN LA DECLARACIÓN DE ESTA ENFERMEDAD, PERO LA INFORMACIÓN QUE ASÍ OBTIENEN ES MUY INEXACTA POR LA DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS INADECUADOS DE LA ANGINA DE VINCENT, DIFTERIA Y NEUTROPENIA MALIGNA, PERO NO ESTÁN JUSTIFICADAS ALGUNAS DISPOSICIONES SOBRE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE VINCENT.

PRODUCCIÓN EXPERIMENTAL: SE HAN EFECTUADO MUCHAS TENTATIVAS PARA PRODUCIR EXPERIMENTALMENTE LA ENFERMEDAD. VINCERT Y TUNICLIFFE FRACASARON EN SUS ESFUERZOS PARA REPRODUCIR EN PERROS. LICHTENBURG OBSERVÓ QUE LOS CABALLOS SANOS NO TIENEN BACILLOS FUSIFORMES NI ESPIROQUETAS EN LA BOCA, PERO SI BAJO ANESTESIA SE LESIONAN LAS ENCÍAS DE ÉSTOS ANIMALES, 14 DÍAS DESPUÉS EN LOS FROTIS SE ENCUENTRAN ESOS MICROORGANISMOS. ROSENTHAL HA DEMOSTRADO -- QUE LA SALIVA DE LOS MAMIFEROS SANOS (EXCEPTO EL HOMBRE) INHIBE LA MOVILIDAD DE LAS ESPIROQUETAS Y, POR CONSIGUIENTE PUEDEN DESTRUIR POR COMPLETO LA RELACIÓN SIMBIÓTICA.

LAS TENTATIVAS PARA TRANSMITIR EXPERIMENTALMENTE ESTA ENFERMEDAD AL HOMBRE HAN DADO RESULTADOS DUDOSOS. GROSSMAN Y SHWEKARTZMAN NO PUDIERON TRANSMITIRLA A NIÑOS. KING CREYÓ HABER LOGRADO TRANSMITIR LA ENFERMEDAD EN SU PROPIA BOCA POR INOCULACIONES REPETIDAS AL MISMO TIEMPO QUE DESCUIDA-

BA LA HIGIENE BUCAL Y SE IRRITABA MECÁNICAMENTE LAS ENCÍAS. SEGÚN LAS INVESTIGACIONES DE WILKIE, PROBABLEMENTE LA "INFECCIÓN" CRÓNICA RESULTE NECESARIA PARA QUE SE ESTABLEZCA LA VIRULENCIA.

ROSEBURY HA DEMOSTRADO EN FORMA CONCLUSIVA QUE LOS BACILOS FUSIFORMES Y ESPIROQUETAS DE LA BOCA -- SON LOS CAUSANTES DE LA GANGRENA PULMONAR. TAMBIÉN OBSERVÓ EN LOS ANIMALES QUE LAS INOCULACIONES-- EN LA REGIÓN GINGIVAL PRODUCÍAN ABSCESOS Y GANGRENAS CARACTERÍSTICOS SI AL MISMO TIEMPO SE LESIONABAN LOS TEJIDOS. ASIMISMO HA LOGRADO PRODUCIR LESIONES BUCALES EXPERIMENTALES, SIEMPRE QUE LA INOCULACIÓN FUE ACOMPAÑADA DE LESIONES DE LOS TEJIDOS.

EL CARÁCTER PATÓGENO DEL BACILO FUSIFORME PARA EL HOMBRE FUE DEMOSTRADO TAMBIÉN POR DICKER (1938), QUIEN PRODUJO ABSCESOS CON CABALLOS Y CONEJOS, DE LOS CUALES EL MICROORGANISMO FUE AISLADO NUEVAMENTE

C O N C L U S I O N E S

1.- LA COMPLICADA INTERRELACIÓN ENTRE LOS FACTORES LOCALES Y GENERALES QUE VAN ACOMPAÑADOS NECESARIAMENTE DEL FACTOR EMOCIONAL, ES LA CAUSA DE LA PREDISPOSICION DE TODA PRERSONA A ESTA ENFERMEDAD DE VIN---CENT.

2.- ESTE FACTOR EMOCONAL ES LA CAUSA DE LOS ATAQUES REPETIDOS DE ESTA ENFERMEDAD AGUDA.

3.- EL TRABAJO CONTINUO SIN DESCANSO ADECUADO Y LOS CAMBIOS DE HÁBITOS DE VIDA DEL PACIENTE, OCASIONAN QUE LAS CARACTERISTICAS DE LA FASE AGUDA NORMALMENTE CONOCIDAS, SE HAGAN MÁS FRECUENTES.

4.- EL ESTUDIO MICROSCÓPICO DE LOS TEJIDOS ENFERMOS NO ES DE NATURALEZA ESPECÍFICA, POR LO QUE AL ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO NO ES SUFICIENTE LA OBTENCIÓN DE UN FROTIS POSITIVO.

5.- EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEBE TENERSE PRESENTE PARA OBTENER UN EXAMEN E HISTORIA CLÍNICOS ADECUADOS PARA LA FORMACIÓN DE NUESTRO DIAGNÓSTICO.

6.- LAS CAUSAS DE FRACASO EN EL TRATAMIENTO DE-
ESTA ENFERMEDAD SON: LA NO ELIMINACIÓN DE FACTORES LO-
CALES, LA NO ELIMINACIÓN DE FACTORES GENERALES Y LA -
FALTA DE TRATAMIENTO SIMULTÁNEO DE LOS TRASTORNOS EMO-
CIONALES DEL PACIENTE.

7.- LOS ESTUDIOS RECIENTES DE ESTA ENFERMEDAD DE
VINCENT, NOS LLEVAN A LA CONCLUSIÓN DE QUE ESTA ENFER-
MEDAD ES TRANSMITIBLE EN CIERTAS CONDICIONES, MÁS NO-
SE LE PUEDE CONSIDERAR DE CARÁCTER CONTAGIOSO.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- BERNIER, JOSEPH L.
TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES ORALES.
EDITORIAL BIBLIOGRAFICA OMEGA, S.A.
BUENOS AIRES, ARGENTINA. 1972
2a. EDICIÓN
884 PÁGINAS

- 2.- BHASKAR, S.N.
PATOLOGÍA BUCAL.
EDITORIAL EL ATENEO
BUENOS AIRES, ARGENTINA 1971
436 PÁGINAS

- 3.- BURKET. LESTER
MEDICINA BUCAL.
EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. DE C.V.
MÉXICO, D.F. 1973
2a. EDICIÓN
592 PÁGINAS

- 4.- GIUNTA, JHON
ENFERMEDADES DE LA BOCA.
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES, ARGENTINA 1973
TOMO II
773 PÁGINAS

- 5.- GRINSPAN, DAVID
ENFERMEDADES DE LA BOCA.
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES, ARGENTINA 1973
TOMO II
1575 PÁGINAS
- 6.- HAUPL, KARL
— TRATADO GENERAL DE ODONTO-ESTOMATOLOGÍA.
EDITORIAL ALHAMBRA, S.A.
BILBAO, ESPAÑA 1958
TOMO I
1048 PÁGINAS
- 7.- PINDBORG, JENS JORGEN
ATLAS DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL.
EDITORIAL SALVAT, EDITORES, S.A.
BARCELONA, ESPAÑA 1976
2a. EDICIÓN
208 PÁGINAS
- 8.- QUIROZ GUTIERREZ FERNANDO
TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL.
EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A.
MÉXICO, D.F., 1979
845 PÁGINAS
- 9.- TIECKE, RICHAR W.
FISIOPATOLOGÍA BUCAL
EDITORIAL INTERAMERICANA S.A.
MÉXICO, D.F., 1960
494 PÁGINAS

- 10.- THOMA KURT, HERMANN
PATOLOGÍA BUCAL.
EDITORIAL UTEHA
BARCELONA, ESPAÑA 1973
2a. EDICIÓN
TOMO II
1623 PÁGINAS
- 11.- SHAFER WILLIMAS G.
TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL.
EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A.
MÉXICO, D.F., 1979
846 PÁGINAS
- 12.- ZAGARELLI, EDWARD V.
DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL.
EDITORIAL SALVAT EDITORES S.A.
BARCELONA, ESPAÑA 1972
651 PÁGINAS