



Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

GINGIVITIS ULCERO
NECROSANTE

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
AGUSTIN BERNARDO MANTILLA TROLLE

SAN JUAN IZTACALA, EDO. DE MEXICO

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

- I.- INTRODUCCION.
- II.- CARACTERISTICAS.
- III.- HISTOPATOLOGIA.
- IV.- ETIOLOGIA.
- V.- DIAGNOSTICO.
- VI.- TRATAMIENTO.
- VII.- CONCLUSIONES.

I N T R O D U C C I O N .

La inercia mental va transmitiéndose de generación en generación, siendo tan antigua como la humanidad, aquel que quiera vencer deberá estar dotado de audacia no cohibida por el sentido de la responsabilidad y una resolución que no reconozca obstáculo alguno, debemos atesorar esas cualidades en todo lo que emprendamos y tendremos la evolución que necesitamos.

El trabajo que realizo es sobre una de las afecciones parodontales y trataré de revivir los hechos esenciales del tema, sin caer en lo elemental ni en lo erudito.

El motivo principal que me lleva a la elaboración de éste tema es debido a que el ataque al parodonto es muy frecuente y la enfermedad parodontal es la cuestión más importante en la práctica de la Odontología moderna.

Estudios paleontológicos señalan que el hombre ha estado expuesto a la enfermedad periodontal desde épocas prehistóricas y documentos antiguos revelan el conocimiento de la enfermedad periodontal así como la necesidad de su tratamiento.

La enfermedad parodontal aparece como la más común de las enfermedades y es importante tener una perspectiva adecuada respecto al papel de la periodoncia en el ejercicio de la Odontología, teniendo en cuenta que la enfermedad parodontal es la principal causa de pérdida de dientes en adultos.

La denominación de gingivitis ulcero-necrosante aguda (GUNA) connota una enfermedad inflamatoria destructiva de la encía que presenta signos y síntomas característicos.

Otros nombres con que se conoce a la lesión son:

Infección de Vincent, gingivitis ulceromembranosa aguda, boca de trinchera, gingivitis fagédénica, gingivitis ulcerativa aguda, estomatitis ulcerativa, estomatitis ulceramembranosa, gingivitis fusospirilar, estomatitis fétida, boca dolorosa pútrida, estomatocacia, gingivitis séptica aguda, angina pseudomembranosa aguda, es

tomatitis espiroquetal.

La enfermedad fué reconocida ya en el siglo IV A.C. por - Jenofonte quien mencionó que los soldados griegos se hallaban afectados de dolor de boca y aliento fético.

John Hunter, en 1778 describe los hallazgos clínicos y los diferencia del escorbuto y de la enfermedad periodontal destructiva crónica. Se produjo en forma epidémica en el ejército francés en el siglo IX, y en 1886 Hersch explica una característica propia de la enfermedad, como nodulos linfáticos agrandados, fiebre, malestar y aumento de salivación, en 1890 Plaut y Vincent la enfermedad y atribuye su origen a las bacterias fusiformes y espiroquetas.

Durante la primera mitad del siglo XX se le conoció con el nombre de infección de Vincent, pero la denominación actual es gingivitis ulcero necrosante aguda.

Al decidirse a presentar éste trabajo, con un tema aparentemente sencillo, quisiera hacer notar que para mí representa el camino a seguir, ó sea, la visión integral, de conjunto que debe tener cada paciente desde el momento que entre a mi consultorio en busca de un diagnóstico adecuado y un tratamiento objetivo por simple que parezca su mal, en realidad como muchas tesis, ésta no aporta ningún conocimiento nuevo para quienes dignamente han ejercido la práctica de la profesión, si es, como repito la representación de una actitud que en adelante normará el criterio de quién trate de iniciarse en el ejercicio de ella.

Mi propósito fundamental es el de cumplir con una obligación académica que se requiere para obtener el título de Cirujano Dentista, esto representa un esfuerzo enmarcado por la ilusión de llegar a la meta propuesta y seguir por la senda evolutiva de la vida.

C A R A C T E R I S T I C A S .

La gingivitis ulceronecrosante aguda, es una infección aguda de la encía; el nombre actual se deriva de los síntomas -- claves: necrosis, ulceración e inflamación de la encía.

Los signos y síntomas clásicos a partir de los cuales se elabora el diagnóstico incluyen:

- 1.- Ulceración de las puntas de las papilas interdentarias.
- 2.- Hemorragia.
- 3.- Instalación repentina.
- 4.- Dolor.
- 5.- Olor desagradable (Fetor oris).

Sin embargo la enfermedad puede presentarse en la fase incipiente leve, con sólo dos signos clínicos.

- 1.- Necrosis de las puntas de las papilas interdentarias.
- 2.- Tendencia a la hemorragia.

Aunque durante la fase incipiente puede no haber dolor, al sondear la zona el paciente lo experimenta, los factores irritativos locales pueden ser mínimos.

La enfermedad se ha clasificado en las formas, aguda, -- subaguda y crónica. Esta diferenciación clínica se basa en la intensidad, duración e instalación de la infección.

Hay ciertos desacuerdos por varios autores a las formas, subaguda y crónica. Muchas autoridades en la materia opinan que estos términos se refieren a la forma recurrente aguda de la enfermedad. Sin embargo considero que resulta muy difícil justificar esta designación como entidad separada porque, la mayoría de las bolsas periodontales con úlceras y destrucción gingival presentan características clínicas, microscópicas que son comparables.

La gingivitis ulceronecrotizante se caracteriza por la aparición repentina, frecuentemente después de una enfermedad debilitante ó infección respiratoria aguda.

A veces los pacientes manifiestan que la han notado poco después de que han limpiado sus dientes. La modificación de los hábitos de vida, trabajo intenso sin descanso adecuado y la tensión psicológica son elementos frecuentes en la historia del paciente.

Los Signos que se presentan en Boca son:

Las lesiones características son depresiones crateriformes socavadas en la cresta de la encía que abarcan la papila interdental, la encía marginal ó ambas. La superficie de los cráteres gingivales está cubierta por una pseudomembrana gris, separada del resto de la mucosa gingival por una línea eritematosa definida. En algunos casos, quedan sin la pseudomembrana superficial y exponen el margen gingival, que es rojo, brillante y hemorrágico. Las lesiones características destruyen progresivamente la encía y los tejidos periodontales subyacentes.

El olor fétido, el aumento de la salivación y la hemorragia gingival espontánea ó hemorragia abundante ante el estímulo más leve son otros signos clínicos característicos.

La gingivitis ulceronecrotizante aguda se produce en bocas sanas ó superpuestas a la gingivitis crónica ó a bolsas periodontales.

La lesión puede circunscribirse a un sólo diente, ó a un grupo de dientes ó abarcar toda la boca. Es rara en bocas desdentadas, pero a veces se producen lesiones esféricas aisladas en el paladar blando.

Como síntomas bucales podemos agregar que las lesiones son en su grado sensibles al tacto y el paciente se queja de un dolor constante, irradiado, corrosivo, que se intensifica al contacto con alimentos condimentados ó calientes y con la masticación. Hay un sabor metálico desagradable y el paciente puede

notar que posee una cantidad excesiva de saliva pastosa y describe la sensación de sentir los dientes como estacas de madera.

Como signos extrabucales y generales se mencionan que -- por lo general los pacientes son ambulatorios, con un mínimo de complicaciones generales. Linfadenopatía local y aumento leve y moderado de la enfermedad. En los casos graves hay complicaciones orgánicas marcadas, como fiebre alta, pulso acelerado, -- leucocitosis, pérdida del apetito, decaimiento general.

Las reacciones generales son mucho más intensas en los niños, es frecuente el insomnio, estreñimiento, alteraciones gastrointestinales, cefalea y depresión mental acompañan al cuadro.

Aunque poco comunes, se pueden presentar secuelas como -- las que siguen: ~~normo~~ o estomatitis gangrenosa, meningitis y peritonitis fusospiroquetal, infecciones pulmonares, toxemia y absceso cerebral mortal.

Su evolución clínica es indefinida. Si no se realiza -- tratamiento, puede tener por consecuencia destrucción progresiva del periodonto y denudación de las raíces, junto con intensificación de las complicaciones tóxicas generales. Muchas veces su -- intensidad decrece y termina en un estado subagudo con diversos grados de sintomatología clínica. La enfermedad puede remitir -- espontáneamente sin tratamiento, estos pacientes suelen presentar antecedentes de remisiones y exacerbaciones repetidas. También es frecuente la repetición de la afección en pacientes ya -- tratados.

Cuando existe contacto directo con la lesión se producen úlceras en labio y lengua, a la infección gingival puede unirse la faríngea (Angina de Vincent).

Podemos decir que la zona de más frecuencia instalación es en el área de incisivos y capuchones de terceros molares siendo de mayor repercusión en estos últimos, por tal motivo cuando se localizan capuchones de terceros molares, el opérculo es particularmente vulnerable a la irritación y muchas veces es -- traumatizado directamente cuando queda preso entre la corona que

cupre y el diente antagonista al ocluir. La forma de cripta de los tejidos pericoronarios favorece la retención y estancamiento de alimentos y proliferación de microorganismos, en esta zona la higiene bucal adecuada es difícil, estos factores predisponen a la infección estafilocócica y a veces estos capuchones son asientos de gingivitis ulceronecrosante.

Debemos ver con precisión el estado y evolución de la - pericoronitis. Del pronóstico adecuado depende de lo completo y exacto que sea la información.

Es raro ver gingivitis ulceronecrosante en niños de países desarrollados, pero adquieren diferentes patrones de distribución de edad en las naciones pobres. Más de la mitad de los casos vistos en la India se registran en niños menores de diez años de edad, los niños con alimentación deficiente de proteínas y calorías tienen una frecuencia más alta de gingivitis ulceronecrosante que los testigos de igual edad bien alimentados del mismo país.

El examen en niños de grupos socio-económicos altos y - bajos de Nigeria nos demuestra lo siguiente:

El primer grupo no reveló caso alguno de gingivitis ulceronecrosante.

El segundo grupo tomado de una aldea con alta frecuencia de desnutrición proteínica, se observó ochenta y siete casos de gingivitis ulceronecrosante en un período de quince meses, y todos, menos dos se produjeron en niños de uno a diez años. El pico de la frecuencia estaba entre los dos y tres años de edad que corresponden al período de destete inmediato.

En algunos casos la gingivitis ulceronecrosante aguda se extendía hacia los tejidos adyacentes, produciendo necrosis extensa y destrucción de tejidos bucofaciales. Esta lesión conocida como noma es muy rara en países desarrollados, excepto en - clases menesterosas o marginadas. Por lo particular se hayan comúnmente en naciones pobres.

Jellife registró 53 casos en los cuales la edad de los pacientes oscilaba entre dos y cinco años, señaló que todos habían tenido una dieta deficiente en proteínas por períodos de seis meses a dos años, las pocas veces que el noma aparece en los países desarrollados, casi invariablemente el paciente tiene carencias nutricionales, de esta manera el noma es esencialmente una enfermedad socio-económica. Representa un resultado natural del sinergismo entre desnutrición e infección.

Mencionaremos en este capítulo la gingivostomatitis herpética, ya que es una infección primaria de uno de los herpesvirus bucales y puede producir una enfermedad con el nombre de --gingivostomatitis herpético aguda.

La importancia de mencionarla es que con frecuencia se le diagnóstica como gingivitis ulceronecrotizante aguda y la gingivostomatitis aguda se presenta en niños de seis meses a diez años y con menor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes. La gingivitis ulceronecrotizante aguda por el contrario no aparece en niños menores de doce años. Apoyados esto en estudios recientes en los Estados Unidos.

La lesión de gingivostomatitis herpética no se confinan a la encía, sino que se les puede ver en cualquier zona de la cavidad bucal, incluso en labios, carrillos, paladar, lengua y faringe. En algunos casos en el momento de la erupción bucal se observan vesículas en el rostro ó el paciente informa que las tiene en alguna otra parte del cuerpo.

La gingivostomatitis tiene instalación repentina, dura entre diez y dieciseis días, el paciente tiene fiebre y debilidad, la temperatura puede elevarse a 40 grados centígrados el paciente presenta malestar y su boca se torna sensible a la ingestión de alimentos y le resulta difícil y casi imposible.

No es raro que los adultos pierdan cuatro kilogramos de peso en una semana, en niños pequeños la deshidratación se convierte en problema específico. La gingivostomatitis tiene ciertas manifestaciones que llevan a confundirla con la gingivitis ulceronecrotizante aguda, es por eso que el examen bucal

debe ser conciso, preciso para evitar todo tipo de confusiones.

HISTOPATOLOGIA.

I I I

Desde el punto de vista microscópico, la lesión es una inflamación inespecífica aguda, necrotizante, en el margen gingival, que abarca el epitelio escamoso estratificado y el tejido conectivo subyacente.

El epitelio de la superficie es destruido y remplazado por una trama pseudo membranosa de fibrina, células epiteliales necróticas, leucocitos polimorfonucleares y varias clases de microorganismos. Esta es la zona que clínicamente aparece como la pseudomembrana superficial.

En el tejido conectivo subyacente hay hiperemia intensa numerosos capilares ingurgitados y un infiltrado denso de leucocitos polimorfonucleados. Esta zona hiperémica de inflamación aguda es la que clínicamente se observa como línea eritomatosa por debajo de la membrana superficial.

El epitelio y el tejido conectivo presenta alteraciones de su aspecto a medida que aumenta la distancia desde el margen gingival necrótico.

Hay una mezcla gradual del epitelio desde la encía sana hacia la lesión necrótica. En el borde inmediato de la pseudomembrana necrótica, el epitelio está edematizado y las células presentan diversos grados de degeneración hidrópica, además hay infiltrado de leucocitos polimorfonucleares en los espacios intercelulares, la inflamación en el tejido conectivo disminuye a medida que aumenta la distancia de la lesión necrótica, hasta que su aspecto se identifica, con el estroma del tejido conectivo sano de la mucosa gingival normal.

Es digno de señalar que el cuadro microscópico de la gingivitis ulceronecrosante aguda es inespecífica.

Alteraciones comparables se encontrarían en lesiones dadas por traumatismo, irritación química ó por drogas escarificadoras.

La relación de las bacterias con la lesión característica ha sido estudiada con microscopio corriente y microscopio electrónico. Con el primero se comprueba que el exudado de la lesión necrótica contiene cocos, bacilos fusiformes y espiroquetas, la franja entre el tejido necrótico y el tejido vivo contiene enorme cantidad de bacilos fusiformes y espiroquetas, además de leucocitos y fibrina. Las espiroquetas invaden el tejido vivo y subyacente, aquí no se encuentran otros microorganismos que se ven en la superficie. Algunos investigadores sostienen que las espiroquetas son introducidas en el tejido cuando se retiran de las muestras para su estudio microscópico.

El exámen al microscopio electrónico revela que la gingivitis ulceronecrotizante aguda se puede dividir en cuatro zonas y que se mezclan unas con otras y pueden no estar presentes en todos los casos.

ZONA I.

Zona bacteriana que es la más superficial y consiste en una masa de diversas bacterias; incluso algunas espiroquetas de tamaño pequeño, mediano y grande.

ZONA II.

Rica en neutrófilos, que contiene numerosos leucocitos con predominio bastante marcado de neutrófilo, e incluye muchas espiroquetas de diferentes clases entre los leucocitos.

ZONA III.

Zona necrótica que contiene células desintegradas, material fibrilar, resto de fibras colágenas, numerosas espiroquetas de tamaño intermedio y grande y algunos otros microorganismos.

ZONA IV.

Zona de infiltración de espiroquetas en las que se observa tejido sano infiltrado con espiroquetas intermedias y grandes sin otros microorganismos.

En ningún caso hay espiroquetas a más de 300 micrones, de profundidad, la mayoría de las espiroquetas de las zonas más profundas son morfológicamente diferentes a las cepas cultivadas a - *Borrelia Vincentti*, aparecen en tejido no necrótico; delante de - otras clases de bacterias pueden encontrarse concentraciones altas entre las células del epitelio adyacente a la lesión ulcerada y en el tejido conectivo.

También es muy importante tomar en cuenta la flora bacteriana, ya han sido tomadas muestras de las lesiones, las cuales - presentan bacterias diseminadas, con predominio de espiroquetas y bacilos fusiformes, células epiteliales escamadas y algunos leucocitos polimorfonucleares. Raras veces, se observa una muestra -- que se encuentren únicamente con espiroquetas y bacilos fusiformes. Por lo común, estos dos microorganismos están juntos con -- otras espiroquetas bucales, vibriones, estreptococos y microorganismos filamentosos; *Borrelia* y otras espiroquetas que forman una maya entrelazada clara a través de todo el campo microscópico. -- Los bacilos fusiformes toman una coloración más oscura con violeta de genciana y presentan un aspecto granular.

Durante mucho tiempo se creyó que *Borrelia Vincentti* era la espiroqueta predominante de la gingivitis ulceronecrotizante - aguda. Estudios recientes con microscopio electrónico indicarán que las espiroquetas pueden ser clasificadas en 3 grupos morfológicos.

Pequeña de 7 a 39% del total de espiroquetas.

Intermedia de 43.9% a 90%

Grandes de 0 a 20%

Así mismo se dijo que hay grandes cantidades de espiroquetas "intermedias" distintas de *Borrelia Vincentti* (también en el grupo intermedio). En raspados unificados de gingivitis ulceronecrotizante aguda, y su porcentaje es mayor a las porciones más profundas de la lesión. La cuenta fusiforme promedio de la saliva de pacientes con gingivitis ulceronecrotizante aguda es más alta en - pacientes normales.

Fusobacterium Necleatum constituyen el 75% del total de

fusiformes en ambos grupos.

Considero necesario mostrar un cuadro de diferenciación de la gingivitis ulceronecrosante aguda con otros padecimientos que pueden tener características más ó menos semejantes. Aunque sobre la gingivostomatitis herpética aguda ya la mencionamos anteriormente; considero importante presentar el cuadro comparativo.

DIFERENCIACION ENTRE:

GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA

Etiología.- No establecida

Lesión.- Necrotizante.

Márgenes gingivales carcomidos, pseudomembrana que se despegando dejando zonas de carne viva.

Afecta solamente la encía marginal y rara vez tejidos orales.

Relativamente rara en niños.

Inmunidad no demostrada.

Contagio no demostrado.

GINGIVOSTOMATITIS HERPÉTICA AGUDA.

Etiología.- Específica -- por virus.

Lesión.- Eritema difuso y erupción vesicular.

Las vesículas se rompen - dejando úlceras esféricas u ovals ligeramente deformadas.

Afecta en forma difusa pudiendo incluir la mucosa bucal y labios.

Aparece más frecuente en niños.

Un episodio agudo produce un cierto grado de inmunidad.

Contagiosa.

DIFERENCIACION ENTRE:

GINGIVITIS ULCERONECROSANTE AGUDA.

Los frotis bacterianos muestra el complejo fusospirilar.

Ataca encía marginal.

GINGIVITIS DESCAMATIVA CRÓNICA

Los frotis bacterianos muestran células epiteliales y algunas formas bacterianas.

Ataca en forma difusa. La ataca encía marginal.

ENFERMEDAD PARODONTAL CRÓNICA

Los frotis bacterianos muestran el complejo fusospirilar.

	nal y adherida y - otras zonas de la mucosa oral.	
Historia aguda	Historia crónica	Historia crónica.
Dolorosa	Puede ó no haber - dolor	Sin dolor si no se - complica.
Pseudomembrana	Descamación del -- epitelio gingival en zonas	Generalmente no hay descamación, pero - aparece material pu- rulento en bolsas.
Lesiones necróticas y papilas margina-- les.	Las papilas no se necrosan	Las papilas no se - necrosan en forma - notable.
<u>GINGIVITIS ULCERONE CROZANTE AGUDA</u>	<u>GINGIVITIS DESCAMA TIVA.</u>	<u>ENFERMEDAD PARODON- TAL CRONICA.</u>
Ataca a los adultos de ambos exos, oca- sionalmente a los - niños.	Ataca a los adultos mas frecuente a las mujeres.	Generalmente en a-- dultos geocacional- mente en niños.
Olor fétido caracte- rístico.	Sin olor.	Puede haber algún - olor pero especial- mente fétido.

DIFERENCIACION SOBRE:

<u>GINGIVITIS ULCERONE CROZANTE AGUDA.</u>	<u>DIFTERIA</u>	<u>SIFILIS SECUNDARIA.</u>
Etiología no esta-- blecida.	Etiología bacteriana Específica <i>Corynebac- terium diphtheriae.</i>	<i>Treponema Pallidum.</i>
Ataca encía margi- nal.	Rara vez ataca encía marginal.	Rara vez ataca encía marginal.
Membrana muy fácil de sacar	Membrana difícil de sacar.	Membrana imposible - de sacar.
Dolorosa.	Menos dolorosa.	No muy dolorosa.
Ataca encía margi- nal.	Ataca gargante, fau- ces y amígdalas.	Ataca cualquier par- te de la boca.
Pruebas serológicas negativas.	Prueba serológica ne- gativa.	Pruebas serológicas positivas (reacción de Wassermann, de - Kahn).

No produce inmunidad.	Inmunidad conferida por un ataque.	No produce inmunidad.
Contagiosidad negativa.	Muy contagiosa.	Solo en contacto directo transmite enfermedad.
Los antibióticos alivian los síntomas	Los antibióticos -- tienen poco efecto.	Los antibióticos dan excelentes resultados.

ETIOLOGIA.

Explicar la etiología de la gingivitis ulceronecrosante aguda, ha sido siempre motivo de importantes polémicas entre los investigadores interesados en ella, de ahí que ocupe una delimitación especial en el tratado de las enfermedades orales y que sea el tema de este trabajo.

Como anteriormente se hizo un bosquejo de los estudios realizados en 1894 y en 1896 por el alemán Hugo Carl Plaut y el francés Jean Heri Vincent, asentaron el concepto de que la gingivitis ulceronecrosante aguda, proviene de las bacterias asociadas específicas, afirmación que basaron en la relación constante que observaron en los casos clínicos del padecimiento y la existencia masiva de tales microorganismos.

Todavía las opiniones divergen al respecto, sin las bacterias son factores causales primarios de la gingivitis ulceronecrotizante aguda. Algunas observaciones respaldan el concepto de etiología primaria.

Siempre se hayan espiroquetas y bacilos fusiformes en la enfermedad, también intervienen otros microorganismos. Rose Buri, Mac. Donal y Clark describen un complejo fuso-espiroquetal que consta de *Treponema microdentium*, espiroquetas intermedias, *Borrelia buccalis*, vibriones, bacilos fusiformes y *Borrelia Vincenti*.

El hecho de que la gingivitis ulceronecrosante se produzca en grupos sugiriendo el contagio, respalda el concepto del origen bacteriano.

Las pruebas de la inmunidad en pacientes con gingivitis ulceronecrosante aguda muestra una reacción definida a cultivos de bacilos fusiformes, sugiriendo la patogenicidad de los microorganismos.

Las bacterias y sus productos participan en la desnutrición del tejido en la gingivitis ulceronecrosante aguda, sin embargo, el concepto de que estos microorganismos son los facto-

res etiológicos primarios, se encuentra con una resistencia considerable, establecida, sobre los hechos que sigue:

1) Los microorganismos fusospiroquetales son encontrados básicamente en las mismas proporciones en muchos estados bucales, como enfermedad periodontal destructiva crónica, gingivitis marginal, y pericoronitis. Se requieren otros factores para que se reproduzca la destrucción rápida en la gingivitis ulceronecrosante aguda. Hay diferencias cuantitativas entre la flora bacteriana en esas afecciones, y la de la gingivitis ulceronecrosante aguda; pero no se ha establecido su significado, - los microorganismos en pequeñas cantidades se encuentran en surcos normales.

2) La gingivitis ulceronecrosante aguda no ha sido producida experimentalmente en seres humanos ó animales por incubación de exsudados bacterianos de las lesiones, los exsudados de la gingivitis ulceronecrosante aguda producen: Absesor fusospiroquetales cuando se inocula por vía subcutánea en animales de laboratorio y la infección se transmite libremente en serie, la inyección intracutánea local de un infiltrado de un bacilo difterode bucal microanaerobio, sin células, que contienen hialuronidasa y condroitinasa agravó las lesiones producidas por teponemas bucales.

Solamente en una experiencia con animales se registró la transmisión de lesiones de modo comparable a lo observado con personas.

No se ha establecido la etiología específica de la gingivitis ulceronecrosante aguda. Prevalece la opinión de que es un grupo de enfermedades fusospiroquetales, cuya causa es un complejo de microorganismos bacterianos, pero que demandan cambios en el tejido subyacente que faciliten la actividad patógena de las bacterias. Además del bacilo fusiforme y *Borrelia Vincenti*, se incluyen invariablemente otras clases de espiroquetas, vibrios y estreptococos en el complejo bacteriano aislado de lesiones de este grupo de enfermedades. Las otras enfermedades de este grupo son, la angina de Vincent, Chancro bucal, fusospiroquetosis genital, fusospiroquetosis pulmonar y úlcera tropical.

FACTORES PREDISPONENTES ESTRINSECOS.

Además de los factores microbianos son comunmente otros Hallazgos concomitantes ó predisponentes, tales como caries no tratada, impacción de alimentos, odontología defectuosa, mal higiene bucal, cálculos, capuchones pericoronarios, bolsas periodontales, y fumar en exceso. La instalación de la enfermedad -- puede estar fomentada por el descenso de la resistenciatisular que se origina en el daño que sufren los tejidos. No obstante, la enfermedad se produce también en ausencia de cualquiera de estos factores. La gingivitis ulceronecrotizante aguda se presenta en no fumadores, y en boca escrupulosamente limpia. El cepillado es doloroso en los pacientes; por ello, la mala higiene puede ser un efecto y no una causa.

FACTORES PREDISPONENTES INTRINSECOS.

En algunos casos, la infección fusospiroquetal aparece después de enfermedades febriles ó debilitantes, como una deficiencia nutricional, leucemia, agranulocitosis, anemia, perniciosa, mononucleosis infecciosa y eritema multiforme. En estos casos, la gingivitis ulceronecrotizante aguda se sobreagrega a la enfermedad básica, y el aspecto clínico de la enfermedad bucal no cambia. Si el paciente no responde al tratamiento de la enfermedad bucal, hay que investigar la presencia de una enfermedad sistemática.

CAUSAS PSICOGENAS.

Aunque es evidente que se precisa un grado de percepción psicológica para el ejercicio de la práctica dental, hay otras relaciones entre la psicología y la odontología que son muchos menos obvias, pero no menos importantes. La teoría -- psicoanalítica adjudica gran importancia a la relación de la cavidad bucal con la psique. También otros datos sugieren la hipótesis de que los factores psicológicos y sociales intervienen en la enfermedad de la cavidad bucal.

La enfermedad periodontal se puede relacionar con causas psicógenas, un estudio realizado sobre la población hospi

talizada emocionalmente enferma, señaló que los pacientes con trastornos agudos presentaban frecuencia más alta en la enfermedad que los pacientes apáticos.

Probablemente los factores psicógenos predisponen a la enfermedad. Los microorganismos actuarían con un mecanismo secundario, como patógenos facultativos. Las pseudoepidemias son atribuibles al hecho que las poblaciones pueden hallarse sometidas simultáneamente a circunstancias nocivas y alteradoras.

Otros informes indicaron que hay alto grado de correlación entre enfermedad periodontal y tendencia neurótica, ansiedad medida (un síntoma de neurosis), y factores tales como las relaciones familiares tensas, histeria e hipocondría. Estos estudios apoyan la existencia de una asociación, entre enfermedad periodontal y factores psicológicos; es decir, que determinados factores mensurables de la enfermedad periodontal y el estado psicológico varían en proporción. La casualidad no interviene en estas mediciones, aunque tendemos a suponerlo. La gingivitis ulceronecrotizante aguda es una enfermedad de especial interés porque puede tener base emocional, ciertos hechos indican que la relación entre la tensión emocional y la gingivitis ulceronecrotizante aguda es más que una conjetura.

De los pacientes hospitalizados examinados por Mellars y Herms, los de afecciones mentales agudas eran más propensos a la gingivitis ulceronecrotizante que los de las afecciones mentales crónicas. La enfermedad entre el personal militar podría vincularse con la fatiga, nerviosismo y dependencia extraordinaria. Un grupo de pacientes con esta enfermedad examinados por Moulton y colaboradores presentaban un patrón de dependencia bucal como problema central de la vida. En este grupo, los ataques de gingivitis ulceronecrotizante eran producidos por la ansiedad aguda. Los antecedentes de los casos indican que muchas veces el factor desencadenante, son ataques de ansiedad aguda. Los pacientes con gingivitis ulceronecrotizante aguda tienen tendencia a vasodilatación cutánea en respuesta a la irritación y además presentan un período de latencia más prolongado para el estallido de la reacción. Otros hábitos potencialmente perjudiciales actúan al efectuar a la humedad de los tejidos o su temperatura. Quizá el más incidioso de ellos es el

fumar, que según algunos estudios se halla relacionado con la GUM y probablemente con las enfermedades locales. También hay una relación inversa de fumar con muchas variables psicológicas asociadas con la salud mental. Lo que no se sabe es, por sí mismo, de importancia etiológica directa ó un mero síntoma de algún trastorno psicológico subyacente que tiene papel más importante en la patogenia de estas enfermedades. Esta cualidad no reduce el efecto irritativo local directo de la nicotina y los alquitranes en el tejido, ni influye en el papel de estos irritantes en la formación de cálculos.

El desconocimiento de la estructura emocional del paciente es importante, porque el paciente relaciona los tonos emocionales intensos con su enfermedad y tratamiento, y con su dentista, y porque la enfermedad periodontal tiene facetas psicósomáticas. Es posible que el odontólogo tenga ese conocimiento sin preparación específica. Aunque la capacidad de efecto y comprensión hacia la gente sea natural, también se le puede desarrollar si se aprende a permanecer relajado y escuchar lo que realmente dice el paciente, las cualidades de sensibilidad, percepción y compenetración se acrecientan al dedicar el tiempo adecuado a la entrevista. Un conocimiento adecuado de esto es tan importante para el dentista como para el médico.

Si no se da cuenta, los pacientes revelan indicios de su estructura emocional y de lo que en realidad piensan. El dentista que detecte e interprete correctamente estos indicios -- esta en posición de ayuda al paciente, de manera que reciba el mínimo de tensión y el máximo de beneficio del tratamiento. Tal conocimiento de la conducta del paciente exige paciencia y agudeza diagnóstica. Por lo general todo lo que el paciente dice ó hace tiene razón. Ninguna reacción o respuesta, ni siquiera una broma, deja de tener sentido. Las respuestas son guías para el inconsciente. El inconsciente suele estar bien oculto y el paciente no está al tanto de su influencia sobre su conducta; pero el observador puede detectar la conducta, e interpretar el inconsciente a través de ella.

profesional, en cierto sentido, simboliza a la madre, en muchos pacientes se establece la relación madre e hijo con ella, las actitudes infantiles de dependencia, rebeldía y afecto se revalidan durante el tratamiento. Puesto que la Odontología es aterradora y dolorosa, se puede desplegar actitudes infantiles entre otras, respecto a la enfermedad, el dolor y la muerte. El paciente puede llegar hasta el dentista con muchas nociones preconcebidas. Esto tiende a determinar el estado de la relación real e invadir el lado técnico de la relación real e invadir el lado técnico del tratamiento. hablar, luchar, sentir y amar. Muchos conflictos neuróticos se centran en torno a la boca. El dentista ha de enfrentarse a la estructura psicológica y la boca del paciente como centro de manifestaciones emocionales. Por desgracia, el dentista no es neutral en su tratamiento, y su psique entra en el tratamiento por la relación de profesional y paciente de manera que se refleja en el modo que trata el paciente.

TRATAMIENTO.

Para instituir el tratamiento adecuado a un enfermo que padezca Gingivitis Ulceronecrosante aguda, es indispensable, como obviamente se comprende, que la elaboración del diagnóstico sea, no sólo correcta, sino que este fundamentada en una "Historia Clínica" completa, que abarque todos los datos de un interrogatorio cuidadoso y detallado, de una exploración minuciosa de la cavidad oral, de la observación experimentada de las características importantes del estado general del paciente y, en su caso, de los reportes bacteriológicos, hematológicos ó histopatológicos complementarios.

Como asentamos cuando tratamos lo referente al diagnóstico por medio de la observación del aspecto general del paciente, nos percataremos de su nivel socioeconómico, de la constitución física y la relación entre talla y peso, del estado higiénico de la persona etc; hábitos nocivos y, específicamente, la narración de iniciación, la sintomatología, la duración y, en su caso, la recurrencia y los tratamientos aplicados con anterioridad y la tolerancia a las drogas con relación a la afección presente. Finalmente, la exploración nos reportará los signos vitales, la existencia de factores locales como acumulación de materia blanda, sarro, caries, catuchones pericoronarios, restauraciones y prótesis inadecuadas,

etc; y los datos característicos de las lesiones, su extensión - oral, la existencia y responsabilidad nidos y los estados higiénicos local y ganglionar regional.

No significa esto, que el Cirujano Dentista en caso de duda posponga su intervención terapéutica, hasta complementar y coadyuvar su diagnóstico con exámenes de laboratorios lentos ó complicados, sino que aún después de iniciar el tratamiento con la firme sospecha que esta en presencia de un enfermo con gingivitis ulceronecrosante debe asegurar por todos los medios posibles de que no se ha equivocado.

De esta manera, y, sin perder de vista la urgencia con que el paciente llega a nosotros, se inician los primeros pasos de un plan de tratamiento bien fundamentado y se advierte al paciente que debe asistir al consultorio hasta que se le de totalmente de alta, aunque en apariencia, ceda antes la enfermedad.

Por otra parte, tomando en cuenta la discutida etiología del padecimiento, es necesario que comprendamos que no basta con atacar y curar el cuadro clínico agudo, sino que, para evitar fracasos y recurrencias debemos combatir y eliminar, si es posible, todos los factores predisponentes locales y sistématicos, lo cual representa, desde luego, bastante laboriosidad y un criterio acertado y responsable por nuestra parte.

Inmediatamente después de hacer el diagnóstico, se iniciara como hemos dicho antes, el tratamiento de sintomatología aguda, en sesiones diarias subsecuentes, en las que se irá introduciendo gradual y lentamente la corrección y eliminación de los factores predisponentes locales.

Más adelante, instituiremos, la corrección de deformidades parodontales, mientras valorizamos y atacamos los factores predisponentes sistématicos ó generales, y terminaremos el tratamiento cuando estemos concientes de que el paciente domina los hábitos higiénicos indispensables para mantener su boca y su estado general en las condiciones más saludables posibles.

La primera fase del tratamiento es entonces, la más intensa y constante, requiere de 3 a 5 sesiones diarias y consiste en la aplicación de varios medicamentos para aliviar los síntomas agudos de la enfermedad, y en tratamiento gradual para la eliminación de factores locales predisponentes.

El primer paso terapéutico consiste en lavar y tener limpias las mucosas orales, para lo cual, se requiere remover las pseudomembranas que cubren las lesiones, la materia alba de los espacios interproximales y de los interficios gingivales y además los restos alimenticios acumulados en zonas dentarias ó mucosas por falta de higiene, a causa del dolor de la afección.

Esta limpieza, se ha llevado a cabo a través de la historia de la enfermedad, mediante colutorios y antisépticos de mayor ó menor aceptación y eficacia, seleccionado por el Cirujano Dentista de acuerdo con el criterio que sugiere la literatura, ó bien con la propia experiencia.

La mayoría indica la remoción de pseudomembranas superficiales y residuos y alimenticios, y el uso de colutorios a base de agua oxigenada al 3% en solución diluida a partes iguales con agua caliente, atribuyendo su acción mecánica de limpieza, a la afevrescencia que produce aquella y al oxígeno que libera. En la primera, en la segunda, y a veces en la tercera sesiones subsiguientes, los Cirujanos Dentistas empapan torundas de algodón ó gasas en la solución, y van removiendo los restos tisulares y alimenticios de pequeñas zonas gingivales, para evitar la contaminación. Después prescriben al paciente la práctica casera de colutorios enérgico por lo menos de 5 min. en cada hora, de la misma solución lo más caliente soportable durante 3 días ó 2, hasta ordenarle verbalmente, que disminuya la frecuencia. La duración, en efecto, del tratamiento con peróxido de hidrógeno y otras sustancias oxidantes, no debe prolongarse demasiado, ya que ocurre el riesgo de provocar serias reacciones con la acidez (pH de 3.5 en soluciones al 3% de H_2O_2) del medicamento, como son: el eritema difuso en varias zonas gingivales, pero más notable en la región vestibular, y que paduras dolorosas ó hiperplasia de las papilas filiformes de la lengua.

Las otras sustancias oxidantes que se han empleado son: el perborato de sodio, muy semejantes en el uso del agua oxigenada: - el glicerito de peróxido de hidrógeno ó agua oxigena estabilizada, que desprende oxígeno lentamente, alargando su acción higienizadora que va formando carbonato de sodio, un compuesto considerado -- como eficaz espiroqueticida; y pasta de pasta de peróxido de zinc que alivia el dolor y disminuye el olor fétido característico y la flora bacteriana, se aplica con la técnica de cepillado suave que debe practicar el enfermo en su tratamiento inicial.

Por sus propiedades espiroqueticidas y antisépticas, se han empleado además, una gran variedad de sustancias clasificadas en grupo para su mejor comprensión y para simplificar su estudio.

El azul de metileno al 2% de violeta cristal en solución - - acuosa al 2% y el verde brillante, así como la mezcla de ellos, conocida como Viofen ó solución de Berwick elaborada con 1gr. de - - cristal violeta, y 1gr. de verde brillante, 50ml. de alcohol etílico y 50 ml. de agua, forma el grupo de colorantes y tinturas de -- anilinas aplicados con eficacia en el tratamiento de gingivitis u^lceronecrotizante aguda. Su acción germicida, aún que lenta y no espectacular, elimina los microorganismos de los tejidos profundos pero tienen como inconveniente, el de no aliviar el dolor de manchar la mucosa y los silicatos de las prótesis odontológicas.

Los compuestos químicos, ya sean arsenicales como la arsphenamina ó la neoarsphenamina al 5% en glicerina, ó al 10% en solución acuosa; ó mercuriales como la tintura del metaphen 1/200 ó - 1/500 ó la tintura de merthiolate 1/100, ó bien, el bicarbonato de sodio en soluciones al 10% han sido agentes terapéuticos de aplicación tópica utilizados para combatir los síntomas agudos de gingivitis ulceronecrotizante. De ellos, el más recomendable es éste - último, es decir el carbonato ó bicarbonato de sodio en soluciones al 10% tibias ó muy calientes (50%), por que neutralizan la acidez producida por la fermentación de los alimentos.

En seguida, se aconsejan los compuestos mercuriales como la tintura de metaphen 1/200 ó 1/500 y la tintura de merthiolate 1/1000, que intentan como cualidades no irritar la mucosa bucal, la de tener poca tensión superficial y la de ser casi totalmente ino-

loro, y por lo tanto, no manchar los tejidos de la cavidad oral.

La arsphenamina y la neoarsphenamina en soluciones acuosas al 10% ó en glicerina al 5% son compuestos arsenicales, cuya aplicación local ó parenteral ha demostrado tener varios inconvenientes que nos han obligado a prescribir su uso, tales inconvenientes radican en la toxicidad del metaloide, así como la aplicación dolorosa y, por lo tanto lenta y complicada del medicamento.

Existe además otro grupo de sustancias que fueron empleadas en la antigüedad para tratar la gingivitis ulceronecrotizante; se les llamó sustancias escaróticas ó corrosivas, aunque en realidad son cáusticos que actúan necrosando los tejidos. Quien es hacían uso de ellas, aconsejaban un cúmulo de precauciones para su aplicación y justificaban su empleo terapéutico aduciendo que alivian el dolor que destruyen las terminaciones nerviosas, que tienen acción oxidante para la terminación de microorganismos anaerobios como el bacilo fusiforme y la borrelia Vincenti, y que su acción ayuda a precipitar las proteínas superficiales, lo cual acelera al proceso de cicatrización de las capas subyacentes. De cualquier modo, el hecho de que se hayan utilizado de manera poco prudente, causó efectos negativos y suficientes para prohibir su empleo. Tales contraindicaciones radican en la síntesis, de la actividad necrotizante mal encaminada y lesiones más dolorosas en los tejidos enfermos, además de descalsificación de los dientes.

Dentro de este último grupo de sustancias están el ácido crómico al 4% ó 10% el ácido tricloroacético al 50% el cloruro de zinc, el fenol y la solución de Churchill ó tratamiento de Adan ó sea, el nitrato de plata al 10 ó 50%.

De todos los medicamentos descritos, el Cirujano Dentista seleccionará el que considere más adecuado, tomando en cuenta como se dijo antes, que la medicina tópica, si bien no es curativa por sí sola, es en cambio, muy útil por lo que disminuye el número de virulencia de los gérmenes de la cavidad oral.

Es muy importante también tener presente la aplicación de tales agentes deberá ser posterior al lavado local practica-

do con sumo cuidado, para ello, usaremos, no soló agua oxigenada en soluci3n diluida tibia, sino suero fisiol3gico ó soluci3n salina tambi3n tibios en torundas de gasa ó algod3n, ó en jeringa hipod3rmica pulverizador ó irrigador para regiones poco accesibles a nuestras manipulaciones.

Tambi3n nos parece oportuno que tanto las limpiezas mucogingivales como el destartaje y los curetajes paulatinos, deben ir precedidos de la aplicaci3n de anest3sicos local, en los casos - que el dolor sea un obstaculo para el tratamiento.

Para complementar la terap3utica local, algunos autores aconsejan ap3sitos de 3xido de zinc, Wondr Pak ó de bacitracin hidrogenado para aliviar el dolor de las zonas lesionadas, indicando que la retenci3n de estos se logre mediante la aplicaci3n de los mismos y la remoci3n de los exedentes de material que pudiese interferir con la masticaci3n. Los dem3s, creen suficiente recetar analg3sicos comunes vfa oral, condicionados al dolor.

Otros tipos de autores, hacen incapi3 en completar el tratamiento de los sntomas agudos, mediante el control nutricional - del paciente apoyado en una dieta balanceada y enriquecidas con vitaminas ó t3nico a base de cloruro f3rrico ó clorato de pot3sico. En cuanto a las vitaminas, algunos indican de 6 a 10 tabletas de 100mg. de vitamina C ó Acido ascorbico para disminuir la gingivorragias y acelerar la cicatrizaci3n; otros recomiendan la vitamina B; otros m3s 3cido nicotnico y los 3ltimos con un criterio m3s conservador, prefieren indicar multivitaminas para prevenir deficiencias y posteriores problemas.

En lo que concuerdan todos, de que es necesario reforzar la terap3utica local en casos graves, ó tomar como procedimiento - preventivo en Cirugia de emergencia, con el empleo de antibi3ticos. El antibi3tico de elecci3n es la penicilina, y lo primero que debe hacerse es interrogar al paciente, o bien comprobar la tolerancia del mismo a este medicamento, si el enfermo tolera la penicilinoterapia, es conveniente aplicar de 400,000 a 600,000 de penicilina procainica cristalifica, por vfa intramuscular ca 8 a 12 hrs. adecuando las dosis altas a los individuos cuyas lesiones hayan invadidos tejidos profundos.

El Benzetacil L - A 120, de larga duración se usará únicamente en los muy contados casos de cirugía de emergencia en bocas con sintomatología aguda, como medida profiláctica.

Las tabletas de 30,000 U. cada 3 hrs, por vfa oral, están poco indicadas por la lentitud de su efecto y por destruir la flora intestinal.

Finalmente, la administración local de penicilina en forma de pastillas de poliantibióticos (Wibiotic), para chupar una cada 3 hrs. durante 3 días ó en discos de 20,000 U. para masticar uno después de cada alimento, o suspensiones y también soluciones para aplicaciones tópicas, se han dejado de usar, por haberse comprobado su acción detergente y descamativa, aparentemente distribuida en las regiones lesiones poco accesibles de la cavidad oral, es mínima, en tanto que la actividad sensibilizante se hace más evidente en los microorganismos, cuyo desarrollo se va incrementando en capas cada vez más resistentes, además que provocan complicaciones por procesos infecciosos producidos por hongos y los tejidos producen una reacción seria por la incompatibilidad del antibiótico con el agua oxigenada.

En los casos de intolerancia a la penicilinoterapia, es -- conveniente prescribir tabletas de aureomicina ó terramicina de 250mg. cada 3 ó 4 hrs por vfa oral.

Por último, en los casos de suma gravedad, cuyas complicaciones exhiban un cuadro clínico angustioso exagerado en el proceso inflamatorio, en la cantidad de exudado, en la proliferación y formación de toxinas y en el número de lesiones hemorrágicas, debemos estudiar la necesidad y aplicación adecuada de un -- tratamiento a base de corticoesteroides.

Las precauciones extremas y el dominio absoluto de los -- efectos farmacodinámicos de los productos hormonales, son requerimientos indispensables para su empleo.

Los riesgos que nos exponemos con el uso incorrecto de corticoesteroides, por ignorancia, ó descuido, son varios y muy im-

portantes. El primero consiste en el enmascaramiento de los síntomas agudos, mientras la enfermedad sigue desarrollándose. El segundo, la sensible perturbación del equilibrio hormonal, que producen. El tercero sería el efecto involutivo que provocan en la corteza suprarrenal, después de una suspensión brusca del tratamiento, ó sea hipofunción ó atrofia de las glándulas. Otro -- más, sería la exacerbación de enfermedades infecciosas por aplicación masiva de grandes dosis de corticosteroides, todavía -- otros, consistirían en las reacciones patológicas originadas por -- no asociar este medicamento a una terapia bacteriostática apropiada, ó por no equilibrar sus efectos mediante la administración dosificada en forma creciente de hormonas adrenocorticotrópica (ACTH).

De cualquier modo, de lo expuesto, podemos sintetizar -- que la primera fase del tratamiento para gingivitis ulceronecrotizante se ha cubierto cuando después de limpiar y atacar la -- sintomatología aguda, hemos notado una gran mejoría en las zonas lesionadas: la mucosa se presenta ligeramente eritomatosa, las pseudomembranas, el olor fétido han desaparecido, se ha reducido al mínimo la acumulación de materia alba y el número de microorganismos anaerobios, y se ha logrado el destartraje supra y subgingival, así como la cicatrización de los tejidos.

Los medios que utilizamos han sido: primero, la remoción instrumentada de pseudomembranas superficiales y materia alba; los lavados a presión con jeringa, irrigador ó pulverizador, -- los colutorios enérgicos, el cepillado correcto, que deberá ser suave y espaciado con estimulación interdental; la aplicación -- tópica de antisépticos; administración de antibióticos; y posteriormente, en una forma paulatina y graduada concordante con -- las respuestas gingivales, el destartraje supra y subgingival y un ligero curetaje de los tejidos blandos. También insistimos en cepillado lento y suave ya que es de suma importancia a -- igual de una dieta balanceada e indicar al paciente medidas de descanso adecuadas.

La valorización de los factores locales, como retención de materia alba, formación de sarro, existencia de capuchones pericoronarios, caries cervicales y caries profundas, induce al

Cirujano Dentista poco experimentado a tomar medidas quirúrgicas tempranas que, según el, acelerarían la curación del cuadro clínico agudo, reforzando el tratamiento específico; pero esto es un error, ya que, salvo en casos de suma emergencia, al usar procedimientos quirúrgicos aún sencillos, como curetaje, extracciones ó gingivoplastia, se corre el riesgo de exacerbar los síntomas, de facilitar una propagación aún de iniciar una bacteremia.

Conforme la respuesta de la encía no los vaya permitiendo, se van eliminando los cálculos supragingivales y después los subgingivales por legrado de raíces, se va curetando las paredes blandas que lo vayan requiriendo y se va tratando las lesiones agudas pericoronarias en procedimiento que podía partir de aislar la zona y separar el capuchón hasta remover los restos alimenticios y lavar el espacio con la solución diluida de agua oxigenada descrita en párrafos anteriores.

Más adelante se va examinando y corrigiendo, substituyendo ó simplemente aplicando, las medidas de restauración Odontológicas que el paciente requiera.

Al mismo tiempo, y cuando ha pasado un lapso aproximado de 2 semanas después de que se han controlado síntomas agudos, se buscan los defectos morfológicos gingivales que el padecimiento originó.

El signo patognomónico que cada como secuela de la lesión de gingivitis ulcerosa necrosante, es una deformidad es una secuela situada generalmente en la papila interdientaria, la cual en lugar de aparecer en forma de punta, se invierte, mostrando el aspecto de haber sido cortada con un sacabocado, y en lugar de llegar al punto de contacto entre las dos piezas adyacentes, se disponen interproximalmente de una manera infundibuliforme, ó sea, como un embudo con el vértice hacia apical; la cima de esta rara papila corresponde entonces, al fondo del cráter de la lesión. Las alteraciones residuales abarcan por supuesto, además de las papilas interdientarias, los márgenes gingivales, las incerciones epiteliales etc., dependiendo esto de la profundidad y la gravedad que haya alcanzado el padecimiento y la eficacia y el curso del tratamiento.

Para atender las alteraciones morfológicas que hemos descrito, se emplean varias técnicas quirúrgicas que corresponden a sendos grados de desviación ó destrucción paradontal, estos son principalmente: la gingivoplastia y la ostioplastia.

Para poder aplicar en forma adecuada una de las técnicas mencionadas deberemos tener presente siempre los requerimientos científicos previos de que consta la intervención, como son: la eliminación de todos los focos infecciosos del campo operatorio, mediante la limpieza de la cavidad oral y las superficies adyacentes (cañillos, labios, cara); la visibilidad segura y correcta a través del empleo de la lámpara de diagnóstico que mejore el rendimiento del equipo de iluminación habitual; de las muy conocidas compresas de algodón ó gasa y el aspirador que mantenga el campo libre de líquidos (sangre, saliva) en el transcurso de la operación; y la asepsia y anticepsia del instrumental y los materiales de curación sirviéndose del autoclave, esterilizadores, las soluciones antisépticas ó las tabletas germicidas.

También, para poder practicar cualquiera de estas técnicas será necesario la insensibilización de los tejidos por intervenir lo cual se logrará por medio del acostumbrado manejo odontológico de la anestesia local, además de la indicación sedativa adecuada para los pacientes cuyas características de aprehensión ó tensión emocional, lo requiera.

Desde luego, para asegurarnos que nuestros procedimientos siguen el camino correcto no debemos olvidar ampliar la historia clínica con los datos de sensibilidad a los anestésicos, y las pruebas de tiempo de sangrado, tiempo de coagulación, tiempo de protomina etc. que podrán obtenerse por el interrogatorio y análisis de laboratorio.

GINGIOVOPLASTIA.

Es el tratamiento quirúrgico menos energético y corresponde, como es de esperarse, a los casos donde han sido leves las alteraciones de la topografía gingival, ó sea, en la que no ha habido una pronunciada destrucción tisular.

El propósito consiste en devolver a la encía la forma y el contorno indispensable para su fisiología normal, es decir, las características anatómicas que permitan la masticación correcta y el deslizamiento mecánico de los alimentos por superficies mucosas normales, donde no puedan acumularse ó empacarse.

Las técnicas que abarca tres métodos que difieren en el instrumental utilizado son:

- 1o. El bisturí parodontal.
- 2o. Las piedras rotativas de diamante de grano grueso y
- 3o. La electrocirugía.

El primero, en el que se emplea el bisturí parodontal, parece ser el más sencillo y accesible.

El segundo está indicado después de una gingivectomía y el consiguiente curetaje de superficies radiculares, las piedras de diamante de grano grueso se manejan en él, son de tres clases: la forma de rueda para la encía adherida, la forma de bola para -- construir lo que sería la encía marginal y la forma de como con el vértice con dirección incisal para dar morfología a las papilas interdentarias, su aplicación requiere la adaptación de un chorro de agua constante y habilidad para adecuar la presión del instrumento, al tejido por remover y a las condiciones estéticas deseadas.

La electrocirugía es el otro método que puede usarse para realizar una gingivoplastia. Es el más complicado de los tres, en cuanto al equipo y adiestramiento que precisa.

El equipo consiste en:

- a) Una máquina que manifieste diversos tipos de corriente,
- b) Una placa conductora mecánica ó de goma metálica, que debe estar en contacto con el paciente, y.
- c) Un juego de electrodos diferentes, ó sea, con puntas de trabajo en forma de bola, de rombo,

de aguja, de aguja acodada, de ansa esférica y an-
sa elíptica.

Es de suma importancia el adiestramiento del Cirujano Dentista para obtener los óptimos resultados del método, ya que - un error al seleccionar la intensidad de la corriente y el electrodo adecuado, así como la aplicación prolongada ó excesiva penetración, puede originar serias complicaciones por destrucción, como por ejemplo, la formación de sequestros. Sólo un descuido, como el exponer una obturación al contacto con el electrodo, provoca - una muerte pulpar.

Las bondades del método son francamente valiosas, porque permite al operador apreciar los minúsculos cortes que, a manera de pinceladas, destina a zonas inaccesibles ó restringidas, como a áreas pequeñas de la superficie gingival, los restos tisulares quemados se eliminan finalmente con escapelos ó curetas usuales.

Las tres técnicas deben infligir el tejido gingival se mejando el festoneado anatómico natural, con sus papilas interdentarias en forma de punta, con un bisel delgado como filo de cuchillo en la encía libre ó marginal con los surcos interradiculares de la encía alveolar (adherida ó insertada).

También en los tres métodos, debe ponerse un punto de anestésia previa a cada papila y a cada región unidental de encía marginal ó adherida por tratar, además de que en las áreas ya intervenidas aplicaremos apósito periodontal ó cemento quirúrgico - por espacio de una semana para contribuir a la correcta cicatrización.

GINGIVECTOMIA.

La gingivectomía, como su nombre indica, es una extirpación parcial del tejido gingival, es decir, es la resección de - la encía que carece de soporte, hasta donde se encuentre firmemente adherida.

Es una medida terapéutica más enérgica, que tiene por objeto erradicar para curar las bolsas paradontales, establecien

TESIS DONADA POR

D. G. B.

UNAM

do un margen gingival limitado más apicalmente que el original, e intersticios gingivales muy superficiales ó nulos. Tiene como meta la de retribuir su función normal al parodonto, por medio de la eliminación de espacios propicios al empaquetamiento de restos alimenticios, materia alba y tartaro dentario, los cuales son focos causantes de futuras recidencias.

El instrumental necesario para realizar una gingivectomía, debe tener como característica, además de su previa y obvia esterilización, la de estar perfectamente afilado. Consta de un paro-dontometro ó sonda milimetrada, pinzas marcadoras derecha e izquierda, bisturf de hoja angosta derecho e izquierdo angulados para cortes interproximales, tijeras delgadas, sierras, limas, juego de curetas, escariodontos fuertes, jeringa y agujas.

La técnica se inicia también con la profilaxis bucal y la preparación del campo operatorio en cuanto a iluminación, visibilidad, aislamiento e insensibilización al dolor.

Como siempre, el método de elección, para lograr esto último, es la infiltración de anestésicos local, por medio de inyecciones en pliegue mucolabial y en las zonas interdentarias por intervenir. La facilidad de administración, la brevedad del período de inducción y el logro de una isquemia local, en papilas temporalmente más urgentes, son las razones de la preferencia en nuestra elección.

El primer paso de la técnica en sí, consiste en establecer la profundidades de las bolsas parodontales, para lo cual -- esta indicado el parodontómetro y las pinzas marcadoras, el parodontómetro nos mostrará únicamente la medida en milímetros de la citada profundidades; en cambio, el uso de las pinzas marcadoras -- (de Krein Krampton) facilita el procedimiento, por que de los dos rams de estas, una intersecta a la otra con un punzón terminal en ángulo recto, de manera que mientras que la rama cuya posición sigue en los ejes verticales tanto de la pinza como del diente se introduce hasta el fondo de la bolsa, el punzón en ángulo recto se clava en las áreas mucosas vestibulares, linguales ó palatinas, para señalar con un punto sangrante la profundidad de dicha bolsa.

También para marcar la profundidas de las bolsas parodontales, otros autores nos recomiendan un método que nos parece efectivo, pero más complicado. Consiste en impregnar de tintura de metaphen todas y cada una de las bolsas por atender, empleando para -- ello una tacita de caucho de las que se usas para pulir.

Establecida por cualquier método la profundidad del tejido por extirpar, se toma ésta como guía para fijar la línea de incisión.

Procederemos a cortar nítidamente y de un solo trazo, si es posible, la encía marcada, con bisturíes de hoja ancha y redondeada derecho e izquierdo empezando por el punto más distal de uno de los extremos de la región comprometida, para terminar en el punto más distal del extremo opuesto. Se las bolsas abarcan regiones vestibulares ó labiales y palatinas ó linguales, comenzaremos por aquellas, para después actuar en estas. La incisión en estos casos, debe de ser de bisel, con una inclinación de 45° de grosor gingival en relación a la pared dentaria, y deberá llegar hasta hueso ó diente, en seguida y con la misma angulación, se inciden los vértices de las papilas con un instrumento de forma de lanceta como - el Goldman Fox No. 8.

El paso subsecuente consiste en remover el colgajo del tejido incidido con el instrumento adecuado, como el Goldeman Fox, - No. 10 que por se triangular, puede introducirse en los espacios - interproximales.

Después procederemos a regularizar las áreas descubiertas, logrando con instrumentos adecuados como curetaje y limas las superficies radiculares, hasta llegar al cemento sano, y cerciorando se dejarlas libres de sarro y tejido de granulación, aunque la función de este sea restauradora.

La nitidez del festón se conseguirá mediante un segundo y más suave curetaje con cuchillas, que provea a la encía de nuevos detalles anatómicos, además de la superción de fragmentos de tejido adherido, con tijeras finas.

Luego para proteger el área intervenida de irritaciones externas, para moderar el dolor y procurar la hemostásis a fin de favorecer el proceso de cicatrización, se coloca un apósito de cemento quirúrgico u de Kirkland, de tal modo, que pueda -- mantenerse en su lugar, sin mostrar excedentes que puedan inter-ferir en la masticación.

El cemento de Kirkland consta de un polvo y un líquido, el polvo está compuesto de óxido de zinc, brea y escamas de ácido tánico, en tanto que una parte de aceite de cacahuete por dos partes de eugenol integran el líquido.

Para utilizarlo, se mezclan polvo y líquido con espátula hasta obtener una consistencia poco más dura que la del mas-tique, y se aplica empacando triángulos pequeños en los espacios interproximales y presionado sobre las superficies linguales, pa-latinas ó vestibulares que lo ameriten siendo cilindros ó rollos de diámetro aproximado de 4 ó 5 mm., hasta organizar un bloque - lo más organizado posible.

El cemento Kirkland no es, por supuesto, el único protec-tor quirúrgico que existe; hay en el mercado un sinnúmero de -- ellos y sus componentes son esencialmente los mismos, por lo que, cada operador puede elegir el que sea de su preferencia.

Para terminar la sesión, se indican al paciente los cui-dados postoperatorios referente al control del curso terapéutico, mediante el empleo de antibióticos ó analgésicos, la observación de una dieta adecuada y oportuna vigilancia médica.

Finalmente, se remueve el apósito quirúrgico, cuando a - transcurrido un tiempo aproximado de 2 semanas, ó sea, de 10 a 15 días.

OSTEOPLASTIA.

Es también un tratamiento quirúrgico bastante enérgico, que se utiliza para remodelar las porciones óseas alteradas, cuando ha habido un cuadro de gingivitis ulcerosa necrosante cuya - evolución y mantenimiento han llegado a un grado excesivamente --

Finalmente se remueve el apóstito quirúrgico, cuando - a transcurrido un tiempo aproximado de 2 semanas, o sea, de 10 a 15 días.

OSTEOPLASTIA.

Es también un tratamiento quirúrgico bastante enérgico, que se utiliza para remodelar las porciones óseas alteradas, cuando ha habido un cuadro de gingivitis Ulcerosa necrosante cuya evolución y mantenimiento han llegado a un grado excesivamente agudo y prolongado.

En estos casos, el proceso necrótico ha invadido las -- cresta alveolares provocando deformaciones que se revela como aristas cortantes y crateres en los tabiques óseos.

Al emplear la técnica, nunca eliminaremos hueso de solorte, sino que nos dedicaremos a festónear o regularizar las anomalías expuesta cuando ha habido resección de la encía, o manifiestas, a pesar de estar bajo una meseta contñua gingival.

En el primer caso, o sea, cuando la alteración ósea es visible aplicaremos únicamente la osteoplastia; en cambio, cuando se esconde bajo una deformidad gingival, la técnica se combinará con -- gingivoplastia.

Nuestro propósito será como siempre, el de devolver - a las estructuras tisulares, la morfología indispensable para una dinámica fisiológica sana.

Para llevar a cabo la operación, se recomienda un instrumental consistente en varias piedras de diamante de diferentes formas, por actuar estas con menos severidad que las "fresas para hueso".

Auxiliadas invariablemente por un frescante chorro de agua permanente, por ejemplo, una piedra de diamante redonda suprime las crestas vestibular y lingual de los crateres óseos interproximales y configurará un tabique para cada cresta remanente; otra piedra de diamante en forma de cono que remodelará la apariencia original de hueso proximal vestibular o reintegrará su morfología piramidal y su bisel a los márgenes interradiculares óseos que hayan adquirido el aspecto de escalones gruesos.

Actuando siempre en un campo quirúrgico insensibilizando con anestesia, el operador se ve obligado en un sinnúmero de casos a poner al descubierto o emplear el área ósea por intervenir para mejorar su visibilidad y la eficiencia del recurso terapéutico. En tales casos, iniciará el procedimiento desprendiendo colgajos de hueso y periostio de un tamaño, aproximado de 3 a 6 mm., en dirección apical, sirviéndose de una legra, y terminará por supuesto, restableciéndolos en su lugar.

Finalmente, debemos insistir que ningún tratamiento se dará por terminado, si persisten en el paciente hábitos o disfunciones que se condicionen como factores predisponentes locales o sistemáticos para el desencadenamiento de recidivas o nuevos problemas pato-

lógicos.

Antes de dar de "alta al paciente" nos cercionaremos, por lo tanto, de que su estado general es saludable o, en caso fuera de nuestro alcance, de que el individuo se encuentre bajo control -- médico adecuado. También debemos comprobar que mediante nuevas instrucciones y una práctica constante, el sujeto ha adquirido los hábitos higiénicos referente a dieta balanceada y nutritiva, reposo, -- esparcimiento, consulta periódica al odontólogo etc., y sobre todo, -- que domine la técnica de cepillado dental, además de haber corregido condiciones perjudiciales como fatiga, insomnio, alcoholismo, taba- -- quismo, y todas las que a nuestro juicio actúen en menoscabo de su salud.

El cepillado dental sirve para estimular la circulación en las encías y para eliminar los restos alimenticios de las superficies dentales. Debe practicarse con un cepillo de cerdas duras o extraduras, todas de la misma longitud, y recto también en cuanto a la dirección del mango; la frecuencia será de tres veces al día una después de cada alimento.

El método más recomendable es el de Stillman modificado que consiste en colocar las cerdas inclinadas en dirección apical, sobre la unión dentogingival, de manera que abarquen el cuello de los dientes, encía marginal y encía incertada. En posición mantenida firmemente y con presión suficiente como para causar isquemia en el --

tejido gingival, se ejercen movimientos vibratorios rápidos con el - - mango del cepillo, sin que las cerdas se muden de lugar y se cuenta mentalmente hasta 10. Inmediatamente después se efectúa el barrido girando las cerdas sobre la superficie, en un movimiento circular -- dirigido hacia oclusal. Cuando se ha terminado, de este modo, de cepillar la totalidad de las áreas vestibulares, linguales y palatinas, se verifica la limpieza de las superficies oclusales de premolares y molares.

CONCLUSIONES

El ejercicio de la carrera de Cirujano Dentista se debe llevar a cabo, recordando invariablemente todos los principios científicos de las materias básicas de nuestra carrera y la interrelación - que exista en cada una de ellas. Esto no hará olvidar la función humana que tiene nuestra carrera a la cual debemos responder tratando de ayudar a todo paciente que se presente, sirviéndole honestamente.

Debemos tomar en cuenta que en México los Odontólogos y los especialistas de alguna rama de dicha profesión, están considerados por algunos profesionistas sobre todo los de la rama Médica como subprofesionales, y la Odontología como el pariente pobre de la medicina por lo que en estos casos debemos colaborar, para borrar esa impresión ya que a nosotros nos corresponde que a nuestra carrera se le de la importancia que tiene.

Buscare en cada paciente las alteraciones morfológicas de función, histológicas y ambientales, así como sus causas para elaborar un diagnóstico adecuado.

El Parodonto es una unidad funcional.

Para su estudio se ha dividido en cinco estructuras que son: Encía, Unión dentogingival, ligamento parodontal, cemento radicular, y proceso alveolar. La comprensión de su arquitectura y principios biológicos a los que está sujeto, son indispensables por supuesto para el ejercicio de la práctica parodontal.

El medio bucal esta integrado principalmente por la saliva y los microorganismos alimenticios, los cuales a su vez constituyen un ambiente muy favorable para el alojamiento de un gran número de microorganismos saprófitos que en un momento dado pueden desencadenar patosisa.

Tanto para cooperar al desarrollo de la actividad patogena los gérmenes, como para detenerlo o impedirlo, son muy importantes la capacidad de defensa organica y las variaciones causadas -- por los estímulos externos.

Uno de los motivos que me indujeron a seleccionar el tema de Gingivitis Ulcerosa Necrosante como tema de este trabajo, es la notable frecuencia con la que aun se presenta, a pesar que existe referencia de ella desde el siglo IV A.C.

A través de la historia de la enfermedad, los estudios más determinantes fueron realizados, casi simultaneamente, por el alemán Hugo Carl Plaut y el francés Jean Henri Vincent, quienes atribuyeron la aparente transmisibilidad del padecimiento a un concepto bacteriano.

De todos los nombres con los que se ha asignado el padecimiento, hemos escogido el que nos parece más descriptivo para poner título ha este trabajo.

La Gingivitis Ulcerosa Necrosante es un estado inflamatorio de la encía, que comienza generalmente de súbito, ataca con más frecuencia a los varones de 3 a 6 años y de 15 a 30 años de edad. -

Las ulceraciones características que acometen al principio a las papilas interdentarias y a la encía marginal acompañadas de una leve o marcada destrucción parodontal, y cubiertas por una pseudomembrana, amarillenta y grisácea, constituyen la típica lesión de la enfermedad.

Hipersensibilidad gingival, dolor parcial o generalizado hemorragias espontáneas profusas, salivorra, sabor metálico, aliento fétido peculiar, sensación de tener "dientes de madera" pérdida o disminución del sentido del gusto, coloración parda de mucosa y superficies dentales, lengua saburral y linfadenopatía submaxilar y cervical, son los demás signos y síntomas que distinguen al padecimiento.

Tomando en cuenta las variaciones en cuanto a la gravedad aspecto y distribución anatómica de las lesiones se ha clasificado a la gingivitis Ulcerosa Necrosante en Aguda y Subaguda. La Aguda a su vez, se ha dividido en "destruktiva" e "Hiperplásica".

Se han reportado complicaciones que explican tanto por criterio partidarios del concepto bacteriano en lesiones a distancia, como por autores que apoyan su juicio en la concurrencia de factores desencadenantes para que la afección ataque por proximidad a estructuras contiguas.

Nuestro especial interés por intentar elaborar un estudio de la Gingivitis Ulcero Necrosante, tiene su inicio al cursar la materia, tomando en cuenta las frecuentes polémicas que ha suscitado la

búsqueda de la etiología primaria de este padecimiento.

La teoría bacteriana nacida de los estudios de Plaut y Vincent, atribuyen el origen a la actividad patógena del bacilo fusiforme de la *Borrelia Vincentii* asociado en forma simbiótica; una segunda teoría, más moderna que la anterior trata de demostrar que un conjunto de factores predisponentes locales y sistemáticos, propician el desencadenamiento y el consiguiente condicionamiento para el predominio de la patogenidad microbianas.

Los más importantes factores locales predisponente son mal posición dentaria, oclusión traumática, trastornos circulatorios, persistencias de zonas de incubación, retención y empaquetamiento, de detritos alimenticios, y materia alba y sarro supra y subgingival e irritación de la encía por agentes químicos o por prácticas odontológicas defectuosas.

Entre los factores sistemáticos predisponentes, podemos mencionar: desnutrición o desequilibrio nutricional, los trastornos gastrointestinales, la disminución de la resistencia orgánica por enfermedades debilitantes o anomalías metabólicas, las discracias sanguíneas y la alteraciones emocionales o Psicosomáticas.

El examen histopatológico revela una intensa inflamación inespecífica, necrosante y aguda del tejido gingival, variable en cuanto al progreso de edematización, al carácter del exudado, a la cantidad de necrosis y al grado de la invasión de la asociación fusoespirilar.

El diagnóstico debe fundamentarse en principio por los hallazgos clínicos y coadyuarse con los análisis de laboratorio. Los recursos que emplearemos serán: el interrogatorio detallado y las -- exploraciones minuciosas, auxiliados por los estudios bacteriológicos, histopatológicos y hematológicos.

Un tratamiento completo, oportuno y adecuado, aportaran como consecuencia, un pronostico totalmente favorable para los - casos de Gingivitis Ulcerosa Necrosante. Las deficiencias terapéuti- cas originan complicaciones y frecuentes recidivas.

El tratamiento consiste en:

a). - Suprimir el cuadro agudo mediante la limpieza me- cánica en el consultorio, antisepticos, colutorios caseros y, en algu- nos casos, antibióticos.

b). - Corregir o eliminar factores predisponentes locales y sistemáticos, condicionados a los metodos empleados de una manera paulatina, a las respuestas gingivales que se vayan observando. En esta etapa, haremos uso de practicas odontologicas, protésicas res- taurativas y correctivas, utilizaremos maniobras parodontales como destartrajem curetaje y adiestramiento para el cepillado correcto e -- indicaremos dietas, costumbres saludables y un control medico apro- piado, en caso de enfermedades fuera de nuestro alcance.

c). - Valorizar y reformar las deformaciones del paro- donto que hallan quedado como secuelas del padecimiento, para lo cual,

nos sirven tres técnicas quirúrgicas: la gingivoplastia, la gingivectomía y la osteoplastia, utilizadas en formas aislada o combinándolas.

d). - Instruir al paciente y cerciorarse de su técnica de cepillado correcta, los hábitos de vida más deseables y el propósito de visitar más periódicamente al odontólogo.

B I B L I O G R A F I A.

Periodontal.- DISEASE. Saúl Schluger.

D.D.S. Ralph Ynotelis, D.D.S.M.R.

Roy C. Page, D.D.S.M.S.D.B.H.D.

1a. Edición en Ingles año de 1977

Editorial L.E.A. and FEBIGER.

ADVANCED Periodontal D.I.S.E.A.S.E.

John F. Prichard D.D.S. 2a. Edición en Ingles 1972

Editorial W.B. Saunders Company.

Consideraciones Clínico - Patológicas.

Dr. Juan Tapia Camacho. Esc. Nal. Odontológica 1970.

Periodoncia de Orban.- Daniel A. Grant.- Irving Stern.

Frank G. Everett. 4a. Edición en español México D.F.

1975 Editorial Interamericana.

Tratado de Microbiología.- Ernesto Cervera Barrón M.C.

Editorial Porrúa. S.A. Reimpresión de la 4a. Edición.

México D.F. 1959.

Patología Bucal Kurt H. Toma Editorial Uteha México D.F.

1.- Apuntes del Dr. Rafael Lozano Orozco Jr.

Tomados en la Cátedra de Parodoncia.

Irving G. Likman.

4a. Edición.

Editorial Interamericana Julio 1975.