

# RESEÑAS ODONTOLÓGICAS

Publicación mensual de interés general  
editada por Lepetit S. A. Q. I. C.  
Avda. L. N. Alem 896  
Buenos Aires

Editor responsable: Eduardo E. Brites

Asesores: Dr. M. C. Cozzi y Dra. N. E. Findling

Producción Gráfica: J. J. Bozzi - Impresión: Papelcar

Vol. 2 - Nº 7  
Setiembre de 1972

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización previa del editor. Registro de la Propiedad Intelectual Nº 1136608.

## GINGIVITIS ÚLCERO-NECROTIZANTE

**Dr. Héctor Gendelman\***  
**Dr. Ricardo J. Parodi\*\***

La gingivitis úlcero-necrotizante es una enfermedad aguda de la encía con características clínicas particulares que la distinguen de otros cuadros gingivales agudos. Su relativa frecuencia, la edad en que hace su aparición junto con los daños irreversibles que produce en la encía y, eventualmente, en el tejido óseo de soporte dentario, la convierten en una enfermedad que debe ser conocida, diagnosticada y tratada adecuadamente por el odontólogo general.

Se caracteriza por una sintomatología diagnóstica donde el dolor, que puede ser intenso y espontáneo, es lo primero que preocupa al paciente. La halitosis particular y la hemorragia es-

pontánea, son síntomas que concurren con el dolor y pueden ser manifestados por pacientes más susceptibles.

La encía se presenta muy sensible, enrojecida, privada de todas o de la mayoría de sus características clínicas de normalidad y recubierta por una pseudomembrana de color gris amarillento a la altura de la papila, del margen gingival o de ambos, según sea la gravedad de la lesión (Fig. 1). Inicialmente la enfermedad ataca a la papila interdientaria, por contigüidad interesa el margen gingival y, en casos muy graves, parte de la encía insertada.

El paciente puede presentar signos clínicos de intoxicación importante, como adenopatías regio-

\* Profesor Titular. Cátedra de Anatomía y Fisiología Patológicas. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

\*\* Profesor Adjunto. Cátedra de Clínica Estomatológica y Periodoncia. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

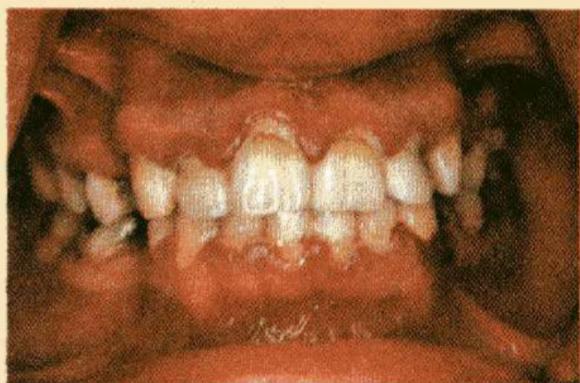


Fig. 1

Cuadro clínico de la gingivitis úlcero-necrotizante aguda. Se observa el margen gingival y la papila interdientaria cubiertos por una pseudomembrana gris-amarillenta. Además, resalta que la encía ha perdido todas sus características de normalidad.

nales, fiebre, malestar y decaimiento.

Aunque mucho menos frecuente que las formas localizadas, pueden observarse gingivitis úlcero-necrotizantes generalizadas a todos los dientes. En ambos casos las lesiones están asociadas a la presencia de factores irritantes locales, tales como cálculos supra e infragingivales, empaquetamiento de alimentos, masticación unilateral, obturaciones desbordantes, prótesis inadecuadamente adaptadas o cavidades de caries próximas a la encía, con bordes agudos; estos sitios son propicios para retener la placa bacteriana.

Se discute la posibilidad de que la gingivitis úlcero-necrotizante pueda asentar en encías perfectamente sanas. Hay fundamentos para pensar que la lesión necesita, para hacer su eclosión, de un terreno gingival previamente modificado por la inflamación.

La lesión, abandonada a su propia suerte, puede extenderse a la mucosa de labios, carrillos y piso de la boca ocasionando trastor-

nos que pueden comprometer seriamente la vida del enfermo. La recurrencia y los estados subagudos son muy frecuentes porque la enfermedad es tratada, en la mayoría de los casos, sintomáticamente.

## ETIOLOGIA

La etiología de la gingivitis úlcero-necrotizante es muy discutida. En principio se la atribuyó a la simbiosis fuso-espirilar, pero luego pudo demostrarse que ambos gérmes están presentes en las bolsas periodontales. También se aislaron diversas bacterias, como cocos, filamentos, vibriones y bacilos, pero la significación etiológica de ellos perdió fuerza desde que todos estos gérmes fueron encontrados en la placa bacteriana subgingival.

El hecho de que la simbiosis fuso-espirilar esté implicada en la gingivitis úlcero-necrotizante no parece permitir establecer una relación de causalidad. Tampoco parece que la simbiosis tenga significación en la iniciación de la lesión. Listgarten demostró que las espiroquetas halladas en encías con gingivitis úlcero-necrotizante no son cultivables en el medio apto para el espirilo de Plaut-Vincent (*Borrelia vincenti*). Actualmente parece más sensato pensar que para que se produzca una gingivitis úlcero-necrotizante es necesario un estado gingival inflamatorio previo, cuya respuesta esté muy modificada ya por un fuerte descenso de los mecanismos defensivos —depresión de la resistencia tisular local o general, o de ambas— ya porque la lesión se establezca por un mecanismo de alergia bacteriana y sensibilidad local.

## FUNDAMENTOS DIAGNOSTICOS

### Dolor

El dolor gingival es un síntoma importante en la gingivitis úlcero-necrotizante. Puede iniciarse con sensación de prurito seguido por uno o más días de dolor de intensidad variable, que se agudiza al ingerir comidas muy condimentadas.

La lesión se caracteriza por destrucción hística rápida y produce una ulceración del epitelio que recubre la papila y el margen gingival. Además expone las terminaciones nerviosas libres del conectivo gingival a un medio muy modificado por la presencia de

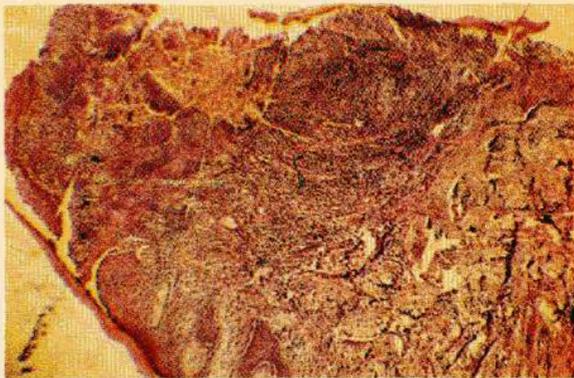


Fig. 2

Microfotografía del margen gingival de un espécimen con gingivitis úlcero-necrotizante. Se observa destrucción tisular, zonas de necrosis e infiltrado inflamatorio.

grandes cantidades de gérmenes, detritus y productos bacterianos —enzimas y toxinas—. Estos elementos producen modificaciones en el umbral de excitabilidad de cada fibra nerviosa expuesta (Fig. 2).

### Hemorragia

La hemorragia gingival se produce como consecuencia de la ulceración del epitelio y de la gran congestión vascular subyacente.

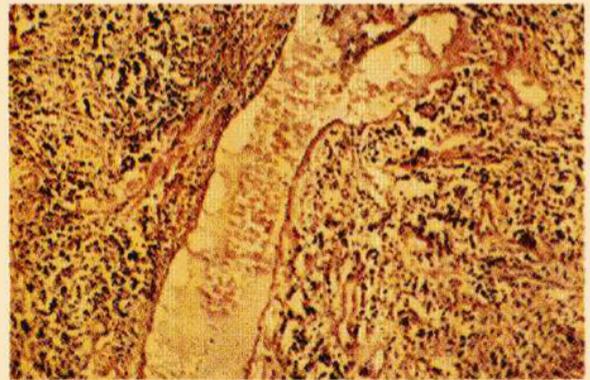


Fig. 3

Microfotografía de una encía con gingivitis úlcero-necrotizante. Se observa gran congestión vascular e intenso infiltrado polimorfonuclear.

Dicha congestión torna de color rojo intenso la encía vecina a la zona de necrosis (Fig. 3). La hemorragia espontánea y la provocada por cualquier estímulo, se producen porque la pseudomembrana que tapiza la úlcera resulta poco apta para reemplazar la función de cubierta que cumple el tejido epitelial de la encía. En los sitios donde han ocurrido hemorragias, es frecuente observar pequeños coágulos de fibrina y hematíes asociados a la pseudomembrana, que se forma sobre un diente con gran cantidad de placa bacteriana.

### Pseudomembrana

La pseudomembrana que recubre la lesión es de color gris-amarillento y puede ser desprendida muy fácilmente por fricción suave con una torunda de algodón. Por debajo de la pseudomembrana se observa un tejido muy enrojecido a causa del contacto de la misma y sus productos tóxicos en el tejido conectivo subyacente. Listgarten ha descrito cuatro zonas en la lesión de la gingivitis úlcero-necrotizante que, de afuera hacia adentro, son las siguientes:

tes: 1) una zona bacteriana; 2) una zona rica en neutrófilos; 3) una zona de necrosis y 4) una zona de invasión de espiroquetas (Fig. 4).

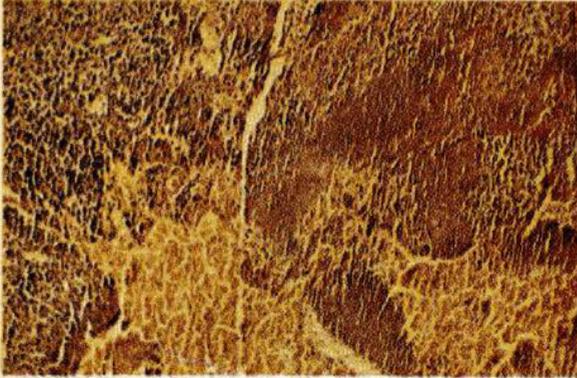


Fig. 4

Microfotografía de la interfase entre la zona de necrosis, los acúmulos de bacterias y la zona de infiltrado inflamatorio.

### Halitosis

La serie de cambios analizados es una buena razón para fundamentar la presencia de halitosis en pacientes con gingivitis últero-necrotizante. Los restos hísticos en diferentes estadios de descomposición, la hemorragia y el exudado purulento, la necrosis y la ausencia de higiene oral, sea por falta de hábitos o por dolor, cierran un círculo cuya resultante es la halitosis característica de estos enfermos.

### Fiebre, adenopatías, malestar y decaimiento

En los estadios avanzados, la lesión puede dar síntomas generales que caracterizan un cuadro de intoxicación severa. La virulencia de los gérmenes asociados a un estado de resistencia hística muy disminuido, facilitan la aparición de fiebre, malestar, decaimiento y adenopatías regionales.

Si bien no son frecuentes en nuestro país, se han comunicado extensiones de la lesión a otras áreas de la cavidad bucal, que han producido mutilaciones faciales o la muerte del enfermo.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se deben tener en cuenta para el diagnóstico diferencial los siguientes factores: 1) la gingivo-estomatitis herpética aguda primaria y 2) el absceso periodontal agudo.

La gingivo-estomatitis herpética aguda primaria es una lesión de etiología viral que aparece en niños y rara vez en adultos. Se presenta con un enrojecimiento difuso de las mucosas, seguido por la formación de vesículas, que pronto se rompen y dejan una superficie ulcerada muy dolorosa que generalmente se complica con una infección bacteriana. Las lesiones son autolimitantes; curan sin dejar secuelas, pero dejan una inmunidad relativa.

La gingivitis últero-necrotizante es una lesión de etiología bacteriana; se presenta en adultos jóvenes y rara vez, por lo menos en nuestro país, en niños. Sus manifestaciones clínicas se limitan a la encía y papila interdental y, muy ocasionalmente, se extiende hasta comprometer la mucosa. No es una enfermedad autolimitante; puede producir secuelas importantes y no deja inmunidad.

El absceso periodontal agudo se caracteriza por dolor muy agudo localizado, elongación y movilidad del diente comprometido. De ordinario, puede detectarse la presencia de una bolsa periodontal que dio origen al absceso y

pueden observarse cambios radiográficos. En la gingivitis úlcero-necrotizante el dolor tiene otras características; generalmente, son varios los dientes comprometidos, no presentan elongación y la movilidad no es un rasgo de interés. El examen radiográfico no evidencia cambios que faciliten el diagnóstico. Dado que la base de la lesión de la gingivitis úlcero-necrotizante es la necrosis gingival, no es posible observar la presencia de bolsa periodontal.

## TRATAMIENTO

Es necesario distinguir dos fases en el tratamiento de la gingivitis úlcero-necrotizante: 1) la dirigida a eliminar los síntomas y 2) la orientada a corregir las secuelas creadas por la enfermedad. Es importante enfatizar que ambas deben cumplirse, pues eliminar la sintomatología sin tener en cuenta los defectos de la estructura gingival producidos por la enfermedad, implica la posibilidad cierta de que la misma deje de ser aguda para convertirse en un cuadro subagudo con exacerbaciones en un plazo más o menos breve. Tratamos, a continuación, los pormenores de ambas fases.

### 1. Eliminación de los síntomas

La eliminación de la sintomatología que preocupa al paciente puede realizarse con drogas. Estas pueden agruparse del siguiente modo: 1) drogas óxido-reductoras, 2) cáusticos, 3) antibióticos y 4) antitricomoniásicos.

El efecto terapéutico de las drogas óxido-reductoras (como ser la solución de Prinz, comprimidos que liberan oxígeno o solución de bicromato de potasio -fórmula de Acevedo-) se obtie-

ne porque crean un medio inhóspito para los gérmenes gram-negativos.

Los cáusticos suaves como el ácido crómico en solución acuosa, no son recomendables porque producen una destrucción hística adicional que se suma a la ya producida por la enfermedad y, en consecuencia, aumentan la cantidad de secuelas. Además descalcifican el esmalte dentario.

Los antibióticos producen una mejoría espectacular en muy poco tiempo, lo que confirmaría la etiología bacteriana de la gingivitis úlcero-necrotizante. Pueden utilizarse las penicilinas o los antibióticos de amplio espectro, ambos bajo estricto control profesional.

Por la gran mejoría que producen los antibióticos, el paciente se siente tentado a abandonar el tratamiento una vez desaparecidos los síntomas. Este es un aspecto negativo de dicha terapéutica, pues, suspendida la medicación por parte del enfermo, pueden reaparecer las lesiones con un cuadro subagudo.

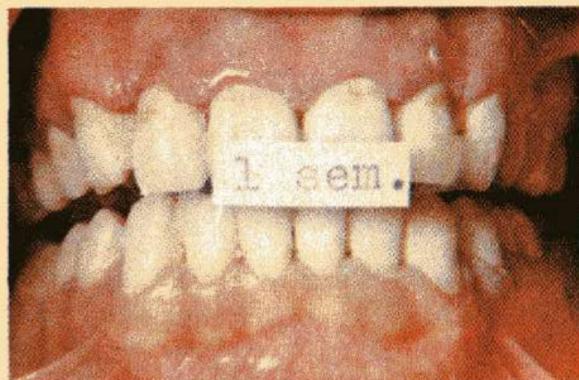
Los antitricomoniásicos han sido utilizados con relativo éxito en la primera etapa del tratamiento de la gingivitis úlcero-necrotizante. El metronidazol tiene las mismas limitaciones que los antibióticos, pero, además, el paciente debe abstenerse de beber alcohol mientras toma la droga, por el daño renal que puede producir la liberación de radicales fenólicos.

### 2. Eliminación de las secuelas

Dominado el estado agudo de la gingivitis úlcero-necrotizante, pueden quedar en la encía secuelas de importancia que deben eliminarse, fundamentalmente,

para restaurar las relaciones gingivo-dentarias. Esta enfermedad produce modificaciones en la arquitectura gingival, que se caracterizan por inversión de la morfología gingival papilar y por modificaciones del contorno del margen gingival. Dichas manifestaciones se convierten en sitios muy aptos para que los gérmenes proliferen y queden retenidos detritus, al abrigo de las medidas de higiene oral que el paciente pueda practicar.

Muchos autores sugieren, como primer y único paso en el trata-



Figs. 5 y 6

Observación de un mismo caso, antes y después de tratado según lo explicado en el texto.

miento de la gingivitis úlcero-necrotizante, la eliminación de la pseudomembrana mediante un debridamiento suave con curetas y, posteriormente, la eliminación de todos los depósitos adheridos a la superficie dentaria, es decir,

la placa bacteriana, los cálculos y el cemento reblandecido. Tales recaudos son indispensables para que se produzca una cicatrización gingival sin secuelas (Figs. 5 y 6).

## GINGIVOPLASTIA

Cuando quedan secuelas —cráteres por inversión del contorno de la papila interdental y márgenes gingivales irregulares— es imprescindible realizar una gingivoplastia del área afectada para devolver a la encía sus características morfofuncionales y restaurar las relaciones gingivo-dentarias.

La técnica gingivoplástica consiste en la eliminación quirúrgica de aquella porción de la encía donde se asientan las secuelas de la enfermedad, el tratamiento de la pared dura del diente —raspaje, alisado y pulido de la superficie dental— y la colocación de un apósito de cemento quirúrgico.

Previa anestesia infiltrativa del sector, se practica una incisión contorneada en bisel externo comenzando inmediatamente por encima del margen óseo y llegando en profundidad hasta la superficie dentaria (Fig. 7). La encía incidida se elimina con curetas y se procede a realizar el raspaje y alisado de la superficie dental (Fig. 8).

Una vez controlada la hemorragia, se coloca cemento quirúrgico sobre la superficie de la herida (Fig. 9). Dicho cemento deberá renovarse a los siete días, previa higiene de la herida con soluciones antisépticas suaves.

A los diez días se retira definitivamente el cemento quirúrgico y se indican los hábitos de higiene

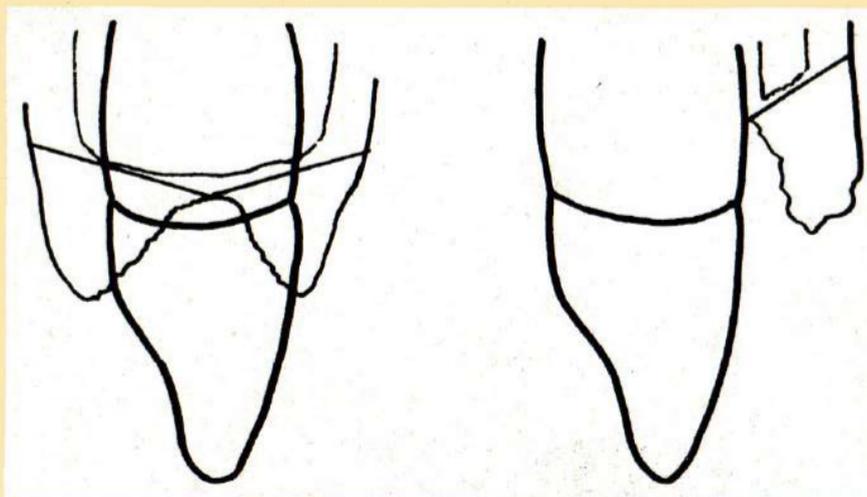


Fig. 7

Diseño de la incisión de la gingivoplastia, vista en una cara libre y en un espacio interproximal.

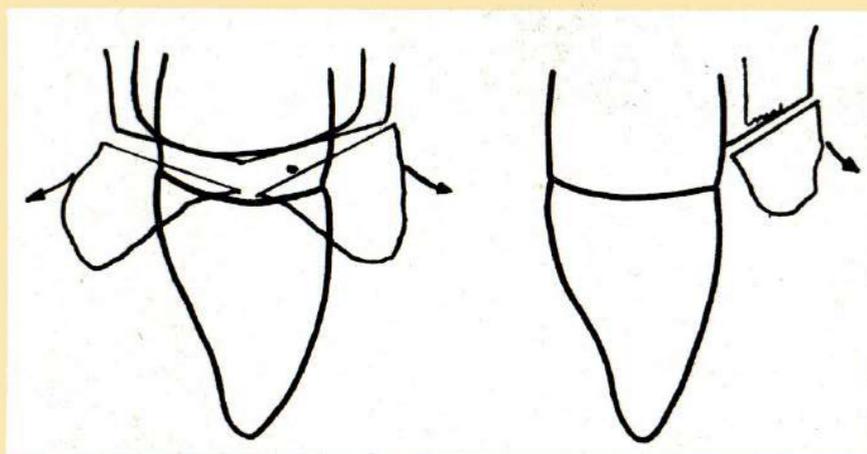


Fig. 8

Eliminación de la porción de encía donde se asientan las secuelas, vista en una cara libre y en un espacio interproximal.

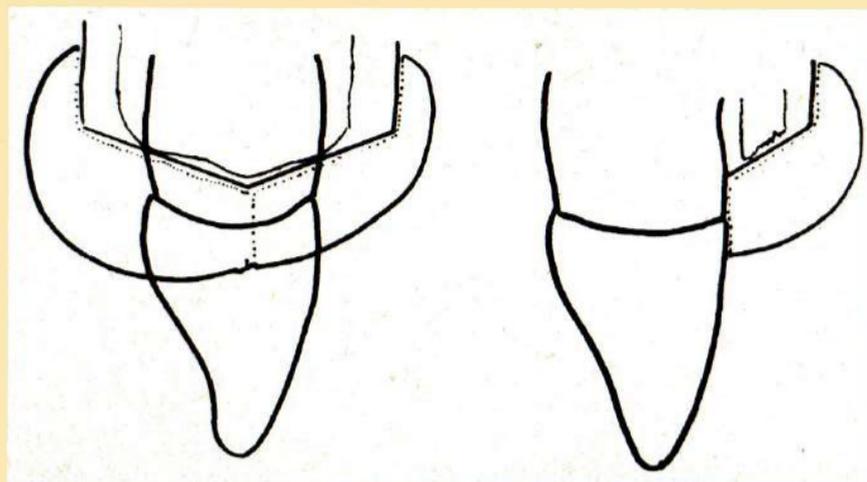
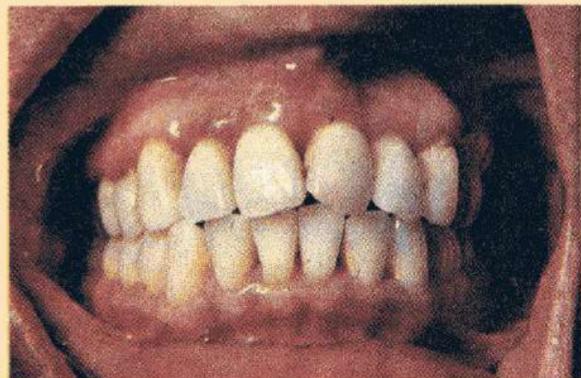


Fig. 9

Recubrimiento del área cruenta con cemento quirúrgico.



Figs. 10 y 11

Un mismo caso, antes y después de tratado con gingivoplastia.

oral que deben ser minuciosamente controlados por el odontólogo (Figs. 10 y 11).

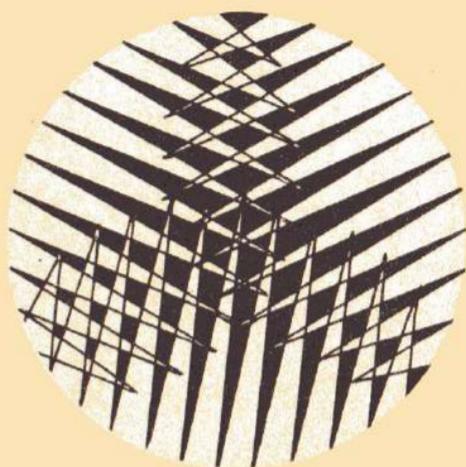
### CONSIDERACIONES FINALES

La gingivitis úlcero-necrotizante aguda debe ser debidamente reconocida por el odontólogo general, diagnosticada y tratada de manera efectiva, pues se trata de una enfermedad común en sujetos de 25 a 35 años.

El tratamiento no sólo deberá limitarse a mitigar los síntomas agudos, sino que también con- vendrá tener en cuenta las secue- las que produce la enfermedad. Es importante además recalcar que, como todo tratamiento gin- gival o periodontal, requiere la cooperación del paciente, quien deberá apoyar la terapéutica con hábitos de higiene oral correctos y controlados por el odontólogo.

CORREO ARGENTINO	
CENTRAL (R)	
ESPANOL PLAGADO	INTERES GENERAL
CONCESION N.º 4505	CONCESION N.º 9335

**calciterapia y ascorboterapia oral intensivas**



# AGRUCAL

1g-2g

*No contiene edulcorantes artificiales*

### PRESENTACION

**AGRUCAL 1 g**

Envases de 6 y 24 sobres de 10 g de granulado

**AGRUCAL 2 g**

Envases de 6 y 24 sobres de 10 g de granulado

*Sobre eventuales advertencias y contraindicaciones consultar prospectos o solicitar la bibliografía correspondiente*