



Gingivitis ulceronecrosante aguda

Necrotizing ulcerative gingivitis

Eduardo de la Teja-Ángeles
Francisco Antonio Rodríguez-Ramírez
Luis Villegas-García
Luis Américo Durán-Gutiérrez

Servicio de Estomatología, Instituto Nacional de Pediatría, México.

La gingivitis ulcerativa necrosante, conocida por sus siglas en inglés como GUN (anteriormente se le conocía como enfermedad de Vincent o "boca de trinchera" por afectar a soldados en guerra), es una enfermedad poco frecuente.¹⁻⁶ Se caracteriza por ser una infección aguda y dolorosa en la que las encías sangran, hay necrosis de las papilas interdentes y ataque al estado general.

En los países en vías de desarrollo la gingivitis ulcerativa necrosante es poco común en niños, la mayoría de los pacientes tiene entre 18 y 30 años;⁶ aunque puede presentarse también entre los 6 y los 12 años de edad.⁵ La etiología es multifactorial, entre los factores locales se encuentran mala higiene bucal, placa dentobacteriana, mala posición dental y gingivitis. Los factores sistémicos son deficiencias nutricionales (malnutrición), estrés y enfermedades sistémicas relacionadas con alteraciones del sistema inmunitario.^{2,6,7}

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La gingivitis ulcerativa necrosante se diagnostica por la rapidez de sus síntomas y signos. La lesión se inicia con un eritema lineal sobre las papilas interproximales y la encía marginal ulcerada, dolorosa y sangrante que conduce a la necrosis tisular. Al progresar la necrosis aparece un cráter óseo profundo en las regiones interproximales donde se han perdido las papilas; la necrosis avanzará a la destrucción del hueso alveolar y del ligamento periodontal. Se consideran tres criterios: a) ulceración y necrosis de la papila interdental que se ve de color blanquecino, b) sangrado espontáneo y c) dolor intenso (Figura 1). Puede acompañarse de otros síntomas y signos como ataque al estado general, linfadenopatía, halitosis y fiebre. No involucra al hueso a menos que exista un estado preexistente de periodontitis. Se le ha asociado con concentraciones elevadas de cortisol y bajas de cinc y de aminoácidos en niños previamente infectados con el virus del herpes. Otros factores predisponentes son: taba-

Recibido: 30 de septiembre del 2015

Aceptado: 28 de octubre del 2015

Correspondencia: Dr. Eduardo de la Teja Ángeles
Servicio de Estomatología
Instituto Nacional de Pediatría
misangeles3@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

De la Teja-Ángeles E, Rodríguez-Ramírez FA, Villegas-García L, Durán-Gutiérrez LA. Gingivitis ulceronecrosante aguda. Acta Pediatr Mex 2015;36:497-498.



Figura 1. Gingivitis ulcerativa necrosante en un paciente con inmunodeficiencia combinada severa. Obsérvese la línea de necrosis que involucra a las papilas interdientales.

quisimo, gingivitis previa y traumatismos.¹⁻¹² El microbioma existente en la cavidad bucal sugiere una asociación de bacterias con un desarrollo microbiano oportunista para que se inicien las lesiones necróticas. Histológicamente pueden observarse cuatro zonas:

- a) Zona bacteriana
- b) Zona rica en neutrófilos
- c) Zona necrótica
- d) Zona de infiltración de espiroquetas

Pueden encontrarse anaerobios pleomórficos tales como *Prevotella intermedia*, *Fusobacterium nucleatum*, diversas espiroquetas como treponemas orales del género *Borrelia* y bacterias anaerobias gramnegativas. Existen otras especies como: *T. medium*, *T. maltophilum*, *T. amylovorum*, *T. oralis*, *T. macrodentium*, *Synergistetes cluster A* y *Jonquetella anthropi*.¹⁻¹³

Debe establecerse el diagnóstico diferencial con las siguientes entidades: gingivoestomatitis herpética, gingivitis descamativa, agranulocitosis, inmunodepresión, neutropenia cíclica, leucemia, VIH, gingivitis por deficiencia de

ácido ascórbico, estomatitis gangrenosa o noma y mononucleosis.¹⁻¹³

TRATAMIENTO

Están indicados analgésicos y metronidazol, enjuagues antisépticos, desbridamiento mecánico de las zonas afectadas, raspado y alisado radicular. La regeneración papilar es posible.^{2,4,10,12,13}

REFERENCIAS

1. Koch G, Poulsen S. Odontopediatria abordaje clínico. 2ª ed. Reino Unido: Amolca 2011.
2. McDonald R, Avery D., Dean J. Odontología para el niño y el adolescente. 9ª ed. Neva York: Amolca 2014.
3. Porras Lira D, Zerón A. Gingivitis ulcerativa necrotizante. Revisión y reporte de dos casos. Rev Mex Periodontol 2012;IV(i):7-14.
4. Botero JE, Rösing CK, Duque A, Jaramillo A, Contreras A. Periodontal disease in children and adolescents of Latin America. Periodontol 2000. 2015;67(1):34-57.
5. Mizrahi Y. NUG-necrotizing ulcerative gingivitis: a review. Refuat Hapeh Vehashinayim 2014;31(3):41-7.
6. Kumar RK, Mohan G, Reddy NV, Rao VA, Shameer M, Christopher A. Associated oral lesions in human immunodeficiency virus infected children of age 1 to 14 years in anti retroviral therapy centers in Tamil Nadu. Contemp Clin Dent 2013;4(4):467-71.
7. Kinane D. Periodontology 2000. Enfermedad periodontal en niños y adolescentes. Ed. Arsmedica. Edición Española Vol. 4, 2003.
8. Hernández Juyol M. Manifestaciones orales de la infección por el VIH en Odontopediatria. RCOE 1999;4157-67.
9. Behrman RE, Kliegman R, Jenson HB. Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida. En: Behrman RE, Kliegman R, Jenson HB, eds. Tratado de Pediatría. Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill; 2000. p. 1124-32.
10. Yeruhan I, Elad D. Necrotizing ulcerative associated with fusobacterium necrophorum in two goats. J Vet Med B Infect Dis Vet Public Health 2004;51(1):46-7.
11. Quasso L, Scipioni C, Pavesi L, Calzavara Mantovani D, Perea García MA, Bascones Martínez A. Complicaciones periodontales en las leucemias en edad pediátrica. Av Periodon Implantol 2005;17(2):55-68.
12. Bascones-Martínez A, Escribano-Bermejo M. Enfermedad periodontal necrosante: una manifestación de trastornos sistémicos. Med Clin (Barc) 2005;125:706-13.
13. Pitarch Bort G, Sánchez Motilla JM, Pitarch Archelós A. Enfermedad periodontal necrosante. Med Cutan Iber Lat Am 2009;37(2):108-110.