

Enfermedad periodontal necrosante

Necrotizing periodontal disease

G. Pitarch Bort, JMª Sánchez Motilla, A. Pitarch Archelós

Servicio de Medicina Interna. Sección de Dermatología. Hospital General de Castelló.

Correspondencia:

Gerard Pitarch Bort
Dermatología
Hospital General de Castelló
Av. Benicàssim, s/n
12004 Castelló de la Plana
Tel.: 964 72 65 98
e-mail: gerardpitarch@hotmail.com

Resumen

La enfermedad periodontal necrosante es una infección con necrosis de las papilas interdentarias, dolor y hemorragia gingival. Las espiroquetas son los patógenos implicados en la gingivitis necrosante aguda. Los factores predisponentes son el consumo de tabaco y alcohol, el déficit alimentario, la inmunosupresión, especialmente en pacientes infectados por VIH, el estrés emocional y la gingivitis preexistente. Presentamos el caso de un hombre de 38 años con lesiones en encías y labio superior, tratado con éxito con metronidazol y spiramicina.

(G. Pitarch Bort, JMª Sánchez Motilla, A. Pitarch Archelós. Enfermedad periodontal necrosante. Med Cutan Iber Lat Am 2009;37(2):108-110)

Palabras clave: periodontal, necrosante, gingivitis, ulcerativa, oral.

Summary

Necrotizing periodontal disease is an infection characterized by gingival necrosis, pain and gingival bleeding. Spirochetes are pathogens usually involved in acute necrotizing gingivitis. Predisposing factors are tobacco smoking, alcohol abuse, poor diet, inmunosupression, specially in HIV infected patients, emotional stress and preexisting gingivitis. We present a 38-year-old man with gingival and upper lip lesions, successfully treated with metronidazole and spiramycin.

Key words: periodontal, necrotizing, gingivitis, ulcerative, oral.

La enfermedad periodontal necrosante consiste en una inflamación inicial de las encías que puede progresar hacia la destrucción tisular en tejidos blandos y hueso. Su asociación con enfermedades sistémicas, en particular la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), requiere un estudio completo de los pacientes. Es fundamental un diagnóstico precoz para evitar las secuelas, por lo que es necesario conocer su presentación clínica y su manejo.

Caso clínico

Un varón de 38 años de edad presentaba desde hacía una semana unas lesiones ulcerativas en la mucosa labial y en las encías, intensamente dolorosas que impedían la deglu-

ción y dificultaban el habla. Al mismo tiempo había aparecido halitosis importante y sensación de malestar general. El paciente era fumador de 20 cigarrillos al día y tenía un consumo enólico moderado. No refería otros antecedentes médicos de interés.

El examen físico revelaba edema en el labio superior. Al evertir el labio, se observaba una úlcera de 10 x 5 mm en la mucosa interna de dicho labio (Figura 1). Esta lesión era blanda al tacto e intensamente dolorosa a la palpación, y estaba cubierta por una pseudomembrana de tejido necrótico. Al retirar esta pseudomembrana se produjo un sangrado discreto de la úlcera. Las papillas interdentarias de la porción anterior del maxilar superior estaban asimismo ulceradas “en sacabocados” y cubiertas por una pseudomem-

brana necrótica. En la exploración también se evidenciaba una higiene oral deficiente. Se palparon adenopatías submaxilares dolorosas.

En el cultivo de las úlceras creció flora mixta habitual de la mucosa oral. El hemograma y la bioquímica sanguínea fueron normales. Las serologías para VIH y sífilis fueron negativas. Se realizó el diagnóstico de enfermedad periodontal necrosante, y se instauró tratamiento con metronidazol 250 mg y espiramicina 1,5 millones de UI mg cada 8 horas durante 14 días, y enjuagues con agua oxigenada mezclada con agua en proporción 1:1, que condujo a la curación de las lesiones.

Comentario

La enfermedad periodontal necrosante (EPN) es el término que engloba la gingivitis necrosante (GN), la periodontitis necrosante (PN) y la estomatitis necrosante (EN). Estas entidades se caracterizan por destrucción tisular rápidamente progresiva causada por las bacterias de la placa periodontal[1]. En realidad se trata de diferentes etapas de un mismo proceso nosológico, que reciben una u otra denominación según se afecten las encías, haya pérdida de la inserción periodontal o se supere la línea mucogingival[2]. Entre los muchos nombres que ha recibido esta enfermedad los más conocidos son el de “boca de las trincheras”, enfermedad de Plaut-Vincent, gingivitis ulceromembranosa o gingivitis ulceronecrosante aguda.

La prevalencia de la EPN se ha reducido mucho en el mundo desarrollado en el último siglo. Recientemente se ha detectado un aumento de casos relacionado con la epidemia del VIH al parecer porque en este grupo de pacientes se combinan diferentes factores predisponentes[3]. La GN es una infección frecuente y precoz en pacientes seropositivos, mientras que la PN se presenta habitualmente cuando el recuento de CD4 es menos de 100 células[4]. La flora de la placa es igual a la de los pacientes seronegativos, pero en ocasiones se pueden encontrar gérmenes atípicos como *Mycoplasma salivarium* y *Enterobacter cloacae*[5, 6]. En los países subdesarrollados la EPN y su forma más grave, noma, todavía es un problema de salud importante, que afecta sobretodo a la población infantil.

Los microorganismos responsables de la EPN son principalmente *Fusobacterium* sp., *Treponema* sp., *Selenomonas* sp. y *Prevotella intermedia*[7]. Se ha sugerido que también los herpesvirus podrían estar implicados en la patogenia de la enfermedad periodontal[8]. La infección se produce cuando en un individuo se combinan diferentes factores que reducen la respuesta de defensa frente a estos gérmenes. Entre estos factores se encuentran el consumo



Figura 1. Decapitación de las papilas interdentarias, y gran úlcera en mucosa labial, con tendencia al sangrado, cubierta por tejido necrótico.

de tabaco y de alcohol, el estrés, estados de desnutrición, inmunodepresión, diabetes mellitus, gingivitis preexistente y una higiene oral deficiente[9]. Estos condicionantes se combinan, por ejemplo, en militares durante conflictos bélicos o en toxicómanos.

Las características clínicas principales de la EPN son un dolor intenso y de aparición súbita, unas úlceras gingivales crateriformes en las papillas interdentales, generalmente en los dientes anteriores y en la región vestibular, y la tendencia a la hemorragia espontánea de las lesiones. Otros signos menos constantes son la pseudomembrana compuesta por tejido necrótico y fibrina que cubre las úlceras y que se retira fácilmente, halitosis, fiebre, malestar general y adenopatías submandibulares y cervicales[1]. La progresión de la enfermedad, desde la gingivitis y la periodontitis hacia la estomatitis necrosante, es muy rápida, especialmente en pacientes con desnutrición grave. En estos últimos hay mayor tendencia a las recidivas y peor respuesta al tratamiento. Si el tratamiento se instaura de forma precoz las lesiones curan por completo, pero si éste se demora pueden producirse lesiones crateriformes en las encías o incluso destrucción ósea[10].

En países de extrema pobreza, en particular en el África subsahariana, la inflamación tisular puede evolucionar hacia la gangrena orofacial extensa. Esta forma clínica se conoce como noma o *cancrum oris*. Aparece con mucha mayor frecuencia en niños de 1-4 años con desnutrición grave[11]. La inflamación gingival puede extenderse hacia la mandíbula y el hueso maxilar, hasta la nariz y los márgenes infraorbitarios.

El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos característicos. El diagnóstico diferencial de la gingivitis necrosante

debe establecerse principalmente con la gingivoestomatitis herpética. Sin embargo esta infección ocurre principalmente en niños, las ulceraciones, pequeñas y redondeadas, se localizan en las encías y en la mucosa oral y curan sin secuelas. El diagnóstico diferencial puede ampliarse con infecciones virales (varicela, herpes zóster, mononucleosis infecciosa), bacterianas (estreptococos, gonococos), inflamatorias (liquen plano oral, lupus eritematoso, eritema multiforme), ampollosas (pénfigo vulgar, penfigoide) o traumatismos por la higiene dental.

El tratamiento sistémico de elección es el metronidazol a dosis de 250 mg cada 8 horas. Otras alternativas son clindamicina o amoxicilina-clavulánico, pero siempre

durante un tiempo mínimo de 5-7 días. A nivel local se debe eliminar la placa y el tejido necrótico. Se debe evitar el cepillado porque resulta muy doloroso, que se sustituirá por enjuagues de clorhexidina al 0,2% o de peróxido de hidrógeno al 3%. Por supuesto deberán corregirse en lo posible los factores predisponentes para evitar la progresión o nuevas recidivas[1].

En conclusión, la EPN es una enfermedad infecciosa que puede indicar la presencia de una enfermedad subyacente que implique inmunosupresión, en particular la infección por el VIH. El tratamiento precoz es esencial para evitar la progresión de la enfermedad, que conduce a la destrucción tisular y a la curación con secuelas.

Bibliografía

- Bascones-Martínez A, Escribano-Bermejo M. Enfermedad periodontal necrosante: una manifestación de trastornos sistémicos. *Med Clin (Barc)* 2005;125:706-13.
- Consensus Report: Necrotizing Periodontal Diseases. *Ann Periodontol* 1999;4:78.
- Reznik DA. Oral manifestations in HIV disease. *Top HIV Med* 2005;13:143-8.
- Bascones A, Serrano C, Campo J. Manifestaciones por el virus de la inmunodeficiencia humana en la cavidad bucal. *Med Clin (Barc)* 2003;120:426-34.
- Lamster IB, Grbic JT, Bucklan RS, Mitchell-Lewis D, Reynolds HS, Zambon JJ. Epidemiology and diagnosis of HIV-associated periodontal diseases. *Oral Dis* 1997;3:141-8.
- Novak MJ. Necrotizing ulcerative periodontitis. *Ann Periodontol* 1999;4:74-7.
- Loesche WJ, Syed SA, Laughon BE. The bacteriology of acute necrotizing ulcerative gingivitis. *J Periodontol* 1982;53:223-30.
- Cappuyns I, Gugler P, Mombelli A. Viruses in periodontal disease- a review. *Oral Dis* 2005;11:219-29.
- Kinane DF, Marshall GJ. Periodontal manifestations of systemic disease. *Aust Dent J* 2001;46:2-12.
- Bermejo-Fenoll A, Sánchez-Pérez A. Enfermedades periodontales necrosantes. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004;9:108-19.
- Enwonwu CO, Falkler WA, Phillips RS. Noma (cancrum oris). *Lancet* 2006;368:147-56.