

Cuadros agudos

Gingivitis ulcero–necrotizante (GUN)

Abscesos

Gingivoestomatitis herpética

El tratamiento de los cuadros agudos involucra el alivio del dolor y otros síntomas, como así también la eliminación de los agentes causantes. La eliminación de otra enfermedad de base como un cuadro de gingivitis crónica se realiza en una etapa siguiente a la primer consulta.

Gingivitis ulcero–necrotizante (GUN)

Esta enfermedad puede ocurrir en una boca sana o sobreagregarse a una gingivitis de base. Es una enfermedad infecciosa aguda, que produce gran destrucción tisular. Se lo conoce también con el nombre de infección de Vincent, gingivitis úlcero membranosa, boca de trincheras, llamada así, debido a que durante la primer guerra mundial tuvo una alta prevalencia entre los soldados que luchaban en las trincheras.

Durante la consulta del paciente, hay que tener en cuenta su historia médica y dental, información demográfica, edad, posición socioeconómica, hábitos generales de vida, estrés físico o emocional. Hay que estar atento a todo esto ya que esta enfermedad puede ser uno de los signos tempranos de enfermedades graves e inminentes.

Factor etiológico

Las bacterias involucradas son en mayor porcentaje fusobacterias, espiroquetas y bacteroides intermedius. Estas actúan como bacterias oportunistas. Es por ello que se habla de una infección fuso-espiroquetal.

Factores predisponentes

Locales

Dentro de los factores predisponentes locales encontramos hábitos como el consumo de drogas como la cocaína y tabaco. El tabaco actúa inhibiendo la función neutrófila, suprime la respuesta de anticuerpos, aumenta la liberación de interleucina 1 β (IL-1 β) y afecta directamente la función de los osteoblastos. Además son factores predisponentes locales la presencia de bolsas periodontales, procesos periodontales crónicos y capuchones de terceros molares.

Generales

Dentro de los factores generales encontramos enfermedades que están relacionadas con la mal nutrición, enfermedades debilitantes como cáncer, sida y enfermedad renal avanzada. Los leucocitos afectados en estas enfermedades sistémicas son los neutrófilos. Dentro de los factores de origen general hay que tener en cuenta el factor psicosomático o sea la conjunción de presencia de una importante cantidad de placa y estados de tensión y estrés. El factor determinante del estrés, actúa de dos maneras: una es liberando de la glándula supra renal mayor cantidad de corticoides, aumentando su presencia en saliva constituyéndose como un nutriente para microorganismos como porfiromona intermedia y gingivalis. Las catecolaminas liberadas por la suprarrenal producen vasoconstricción de los pequeños vasos de la encía, provocando así una disminución de

la nutrición y oxigenación del tejido, aumentando el número de bacterias anaerobias. En segundo lugar aumenta la producción de interleukina 1, la cual inhibe la función neutrófila, suprime la respuesta de los anticuerpos y aumenta la función de osteoclastos y de las prostaglandinas, que aumentan la reabsorción ósea.

Prevalencia

Afecta generalmente a adultos jóvenes (17 a 35 años) aparentemente jóvenes sanos.

Un 30% esta relacionada con HIV.

Signos

necrosis y ulceración

papila decapitada

papila invertida

halitosis

pseudomembrana grisácea

hemorragia espontanea o provocada

puede presentarse: fiebre, adenopatias y malestar general

Síntomas

Dolor irradiado

Sialorrea

Sabor metálico

Diagnóstico

Su diagnóstico no es muy difícil. Hay tres criterios necesarios para identificarla.

Inflamación aguda con necrosis y ulceración de la papila.

Dolor gingival.

Hemorragia gingival.

Es frecuente encontrar una película blanco–amarillenta (pseudomembrana) facilmente desprendible. Al retirar con una gasa esta pseudomembrana se descubre una superficie ulcerada y sangrante. La superficie expuesta corresponde al conjuntivo razón por la cual no se debe realizar el sondaje de diagnóstico porque es muy doloroso para el paciente. Además tanto si se intentara sondear como de realizar un raspaje y alisado debe tenerse en cuenta el momento en el cual realizarlo para no impulsar espiroquetas en el interior del conjuntivo.

En el momento de hacer un diagnóstico diferencial hay otras enfermedades de la mucosa bucal que pueden confundirse: gingivitis descamativa, gingivitis hormonal, pénfigo y gingivitis marginal avanzada. Todas estas

se presentan como un enrojecimiento diseminado, pero ninguna posee papilas con necrosis como en la GUN.

La lesión típica presenta las siguientes características: papila decapitada, la lesión se extiende a encía marginal, pseudomembrana grisácea.

Microbiología

Microbiologicamente encontramos cuatro zonas en el tejido:

Bacteriana: capa superficial de tejido epitelial con degeneración hidrópica y necrosis epitelial.

Neutrófilos: red de fibrina, leucocitos polimorfonucleares.

Necrótica.

Infiltrado de espiroquetas.

En superficie se observa al epitelio y células necróticas, hay presencia de leucocitos y microorganismos

En el tejido conectivo hay degeneración hidrópica y monocitos.

Hay otra GUN que esta relacionada a drogas y a HIV, esta última muestra secuestros óseos. Es localizada. Pueden encontrarse conjuntamente asociadas a otras lesiones en mucosa (cándida).

Tratamiento

Inmediato y local

Se debe eliminar la pseudomembrana y realizamos una limpieza supragingival. Indicamos agua oxigenada de diez volúmenes en buches por 48 hs. tres a cuatro veces por día. Luego se indica buches de clorhexidina al 0,12 % durante 1 minuto hasta el próximo control. El objetivo de los buches con agua oxigenada es disminuir la cantidad de microorganismos anaerobios.

En cuanto a la frecuencia de la recitación esta debería realizarse dentro de los dos a tres días siguientes.

Según el estado sistémico del paciente se realizara cobertura antibiótica

Metronidazol 500 mg cada 8 hs.

Penicilina 250 mg cada 6 hs.

Eritromicina 250 mg cada 6 hs.

Se indican hasta 48 hs. después de haber desaparecidos los síntomas.

Mediato y sistémico

Se realizará el tratamiento periodontal habitual pudiendo continuar con los buches según el caso hasta la próxima evaluación.

Fallas en el tratamiento

en remoción de la causa.

diagnóstico incorrecto.

debridamiento incompleto.

falta de colaboración del paciente.

enfermedades sistémicas subyacentes.

Abscesos

Es una colección purulenta en el tejido conectivo. Según su evolución pueden ser crónicos o agudos.

Se clasifican en:

Periodontales

Gingivales

Apicales

Absceso periodontal

Es provocado por bacterias, suele ocurrir por el cierre de la luz de una bolsa, por bolsas infraoseas profundas y angostas, lesiones de furcación, por tratamiento periodontal incompleto. Otras de las causas son las lesiones pulpares a través del periodonto por la existencia de conductos accesorios o por la perforación producida por caries o por un accidente operatorio. Aparece como una elevación ovoide de la encía a lo largo de la parte lateral de la raíz. La encía se encuentra edematosa y roja, con una superficie brillante y lisa. En ocasiones no se observa clínica ni radiográficamente ninguna lesión o cambio. En ese caso la sintomatología es compatible con un cuadro agudo donde el paciente manifiesta dolor pulsátil, irradiado, el diente puede tener movilidad. En el caso de un cuadro crónico se presenta el paciente con una fístula que se abre en la mucosa gingival en algún lugar a lo largo de la raíz. Habitualmente este cuadro es asintomático, aunque aparecen momentos de reagudización.

Para el diagnóstico se requiere de la evaluación conjunta de las manifestaciones clínicas y radiográficas siendo esta última una ayuda en el diagnóstico diferencial con un absceso de origen periapical. Si hubiere una duda se puede sondear la fístula utilizando un cono de gutapercha.

Causas no periodontales

Fractura radicular, fisura, lesión en furcación, conductos laterales, perno muñon.

Síntomas

dolor a la masticación

dolor a la percusión horizontal y vertical

puede haber movilidad dentaria

Signos

Aparece como una zona fluctuante rojiza.

Tratamiento

Drenaje del absceso para aliviar el dolor, puede hacerse a través de la bolsa o con una incisión vertical alejada de la papila, en la zona más fluctuante. Se indican buches con agua tibia durante 24 hs. a 48 hs. Puede complementarse en algunos casos con terapia antibiótica.

Absceso gingival

Abarca tejido interdental o marginal. Su etiología no es bacteriana. Es provocado amenudo por la introducción de un cuerpo extraño.

Signos clínicos

Dolor pulsátil, edema localizado, supuración, movilidad dentaria, sensibilidad dentaria a la percusión y a la palpación.

Tratamiento

Consiste en eliminar el objeto que lo provoca. La diferencia de estos abscesos con el periapical la da la ubicación del origen del absceso y la vitalidad o no de la pieza.

Gingivoestomatitis herpética

Es común en niños, es contagiosa; dura de 7 a 14 días, crea inmunidad y puede ir acompañada por fiebre y malestar general. Aparece una inflamación localizada en forma de ramillete (vesículas), estas vesículas se rompen y queda expuesto el conectivo. Afecta al paladar, labio, lengua y mucosa bucal.

Cuadro primario

Solo el 1% la tiene, si no es subclínica. Es una inflamación repentina, muy dolorosa y localizada, se ven ramilletes de vesículas que se rompen dejando una zona erosiva expuesta.

Cuadro secundario

El virus permanece en el cuerpo y se reactiva con el sol, estrés, trauma mecánico, alergias, fiebre, ansiedad.

Tratamiento

El tratamiento es paliativo. Puede indicarse Aciclovir, lisovir, sovirax.

<http://www.webinterdental.com/dentality/articulos/PE00006.htm>