



Periodontitis necrosante: reporte de caso

Necrotizing periodontitis: case report

Jaime Antonio Enríquez Herrera,* David Gómez-Thomas,* Juan de Dios Garza Gallardo*

RESUMEN

A partir del análisis y evidencia estudiada del *workshop 1999*, se desarrolló una nueva clasificación para las enfermedades periodontales. De acuerdo con el IV documento del «*workshop 2017*», las enfermedades periodontales necrosantes se clasifican como gingivitis, periodontitis y estomatitis necrosantes; se identifican tres características clínicas típicas, necrosis papilar, sangrado y dolor. Las enfermedades periodontales necrosantes están asociadas con alteraciones de la respuesta inmune del huésped, así como ciertos factores predisponentes que influyen en su desarrollo como bacterias oportunistas, cuadros de estrés, tabaquismo y nutrición. El objetivo del presente trabajo es analizar las características de la enfermedad periodontal necrosante, su correcto diagnóstico y plan de tratamiento.

Palabras clave: enfermedad periodontal necrosante, periodontitis necrosante.

ABSTRACT

Based on the analysis and evidence studied from the 1999 workshop, a new classification for periodontal diseases was developed. According to the IV document of the «workshop 2017», necrotizing periodontal diseases are classified as necrotizing gingivitis, necrotizing periodontitis and necrotizing stomatitis; three typical clinical characteristics are identified, papillary necrosis, bleeding and pain. Necrotizing periodontal diseases are associated with alterations in the host's immune response, as well as certain predisposing factors that influence its development such as opportunistic bacteria, stress, smoking, and nutrition. The aim of this work is to analyze the characteristics of necrotizing periodontal disease, its correct diagnosis and treatment plan.

Keywords: necrotizing periodontal disease, necrotizing periodontitis.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal necrosante, se clasifica en gingivitis, periodontitis y estomatitis necrosantes, las cuales representan distintas etapas de la misma infección y clínicamente son diferenciales en función de la pérdida del soporte periodontal.¹ La terminología «ulcerativa» se eliminó porque la ulceración está considerada una lesión secundaria a la necrosis.²

Las patologías periodontales necrosantes comparten los mismos signos clínicos, los cuales son divididos en primarios y secundarios. Los signos primarios u obligados se caracterizan por la presencia de: dolor, necrosis en

las papilas interdetales y sangrado gingival espontáneo, mientras que los signos clínicos secundarios incluyen: halitosis, formación de pseudomembrana, linfadenopatías regionales, malestar generalizado, febrícula y sialorrea; cabe mencionar que están asociadas a condiciones que comprometen el sistema inmune del huésped: VIH/SIDA, desnutrición grave, condiciones de vida extremas o infecciones severas así como sujetos fumadores y personas con estrés psicosocial.³

Las bacterias que resultan ser los agentes causales primarios son *Prevotella intermedia* y *Spirochaetota*.⁴⁻⁶ Además, en estudios recientes se constató la presencia de treponemas, selenomonas y algunas especies de *Fu-*

* Postgrado en Periodoncia e Implantología Oral - Universidad AME. Monterrey, Nuevo León, México.

Recibido: 13 de abril de 2024. Aceptado: 27 de junio de 2024.

Citar como: Enríquez HJA, Gómez-Thomas D, Garza GJD. Periodontitis necrosante: reporte de caso. Rev Mex Periodontol. 2023; 14 (1-3): 24-27. <https://dx.doi.org/10.35366/118774>

sobacterium que fueron consideradas parte de la «flora constante», de manera más reciente, se añadió el *Peptostreptococcus* genus como etiología de las enfermedades periodontales necrosantes.^{7,8}

Éstas se encuentran claramente asociadas con la respuesta inmune del huésped, misma que dictara la progresión, extensión y severidad de la enfermedad.⁹ En este sentido, los pacientes portadores de VIH son más susceptibles. Se ha estudiado la progresión de las enfermedades periodontales necrosantes en pacientes portadores del VIH, encontrando que son más frecuentes y de progresión más rápida y con mayor riesgo de evolucionar a lesiones más severas (periodontitis y estomatitis necrosante).

En general, la prevalencia de la gingivitis necrosante va de 0.51 a 3.3%; en militares, sin embargo, se reportó que fue más alta cerca del final de la segunda guerra mundial (3.96 a 20.6%), en estudios recientes es de 0.19 a 6.19%. En pacientes con VIH/SIDA presenta grandes variaciones: adultos VIH+ 0.0 a 27.7% para gingivitis necrosante (GN) y 0.3 a 9.0% para periodontitis necrosante (PN).⁹⁻¹¹

El diagnóstico inicial de las patologías periodontales necrosantes es observacional y se basa primordialmente en identificar las manifestaciones clínicas primarias, cabe mencionar que en la periodontitis necrosante además de los signos primarios se observa: pérdida de inserción, destrucción ósea y en algunos casos cuando el paciente se encuentra severamente inmunocomprometido la presencia de secuestros óseos.¹²⁻¹⁶

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 31 años, el cual acudió al postgrado en periodoncia de AME universidad con motivo de consulta «tengo dolor en las encías», presentó fiebre de 37.5 °C y sangrado gingival con dos días de evolución. Al interrogatorio comentó ser VIH+, fumar más de 20 cigarros al día y estar sometido a estrés laboral, por lo que se le solicitó presentar en su próxima cita estudios de laboratorio, carga viral y recuento de linfocitos CD4.



Figura 1: Tejidos periodontales. Necrosis en papilas, ulceraciones, sangrado espontáneo y abundante *biofilm*. **A)** Vista clínica frontal. **B)** Vista clínica oclusal superior. **C)** Vista clínica oclusal inferior.

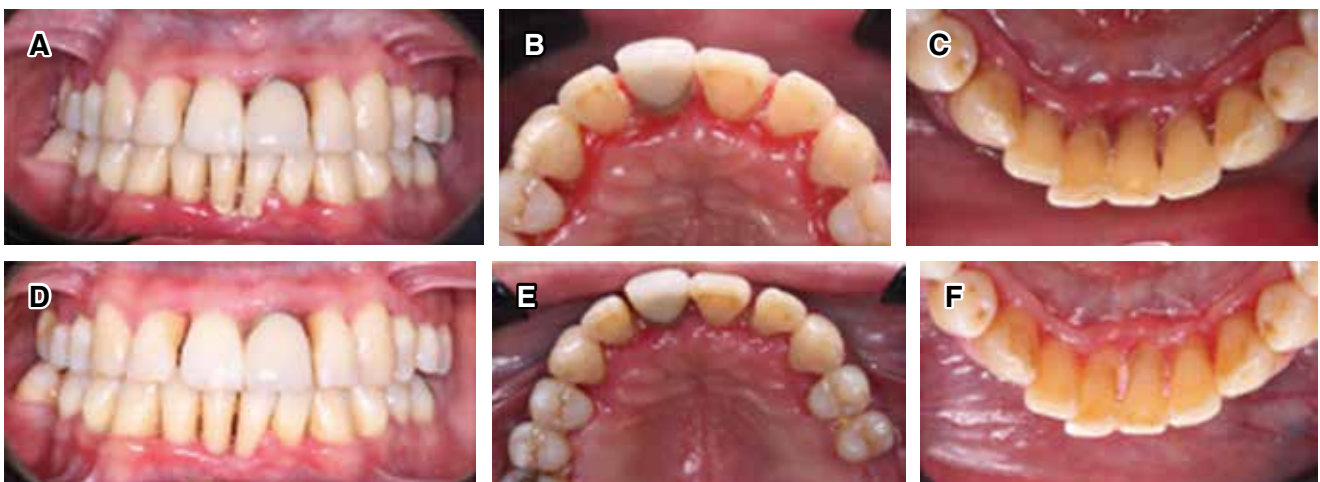


Figura 2: **A)** Vista clínica frontal de los tejidos periodontales tres días posteriores al inicio del tratamiento de la fase aguda. **B)** Vista clínica oclusal superior. **C)** Vista clínica oclusal inferior. **D)** Vista frontal de los tejidos periodontales al séptimo día del tratamiento de la fase aguda. **E)** Vista oclusal superior. **F)** Vista oclusal inferior.

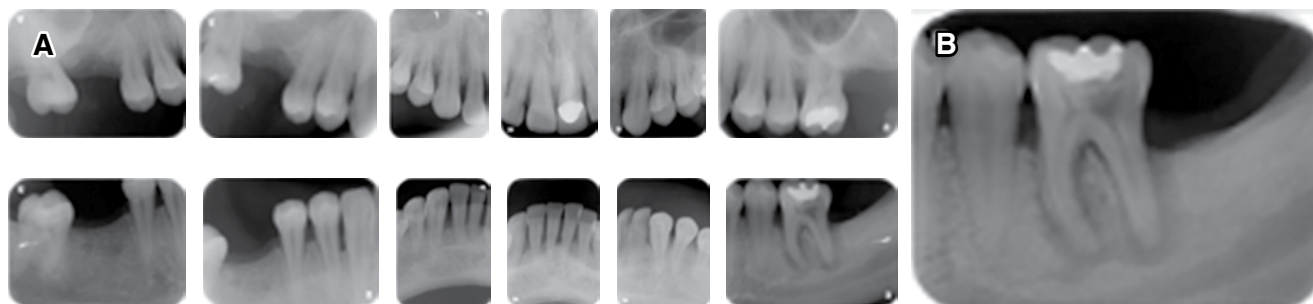


Figura 3: A) Estudio radiográfico periapical, se aprecia pérdida ósea generalizada. B) Radiografía periapical del órgano dentario 36, muestra una pérdida de continuidad en la lámina dura del hueso, por lo que se estableció el diagnóstico de periodontitis necrosante.



Figura 4: Vista clínica de los tejidos periodontales 21 días posteriores a la fase higiénica del tratamiento periodontal.

En el análisis extraoral, presentó linfadenopatía, mientras que en el análisis intraoral se pudo constatar la presencia de hemorragia gingival espontánea, ulceraciones, necrosis en papilas, halitosis, así como abundante *biofilm* (Figura 1). Por lo que el paciente fue diagnosticado con enfermedad periodontal necrosante. Se procedió a tratar la fase aguda con raspado ultrasónico al primer, tercer y séptimo día, enjuagues con peróxido de hidrógeno 3% proporción 1 a 3 durante las primeras 24 horas, uso de clorhexidina en colutorio a 12% dos veces al día. Como terapia farmacológica, metronidazol 500 mg con amoxicilina 500 mg cada ocho horas durante siete días, en sus estudios presentó una carga viral de 40, mientras que su recuento de linfocitos CD4 fue de 588.¹⁷

Después de este periodo, y una vez resuelta la fase aguda, se observó una evidente mejoría de los tejidos (Figura 2), se procedió a realizar la examinación periodontal completa. Presentó un rango de profundidad al sondeo de 1 a 6 mm, un rango de encía queratinizada de 1 a 5 mm y un nivel de inserción clínico máximo de 7 mm.

Radiográficamente se observa la pérdida de continuidad en la lámina dura, pérdida de soporte óseo en la



Figura 5: Radiografía periapical del órgano dentario 36 posterior a tratamiento de conductos.

raíz mesial del órgano dentario 36, así como una zona radiolúcida en el periápice de dicho órgano dentario (Figura 3), razón por la cual se otorgó el diagnóstico de periodontitis necrosante.

Se realizó fase I periodontal y después de tres semanas reevaluación donde no tuvo ninguna profundidad mayor a 3 mm y se constató la salud de los tejidos periodontales (Figura 4); por último, se refirió al postgrado en endodoncia para valorar órgano dentario 36 y se decidió realizar tratamiento de conductos (Figura 5).

DISCUSIÓN

La periodontitis necrosante, es una enfermedad rara y poco común donde la inmunosupresión juega un papel clave en el desarrollo de este padecimiento. El diagnóstico se realiza con base en signos clínicos, por lo que resulta de suma importancia su correcta identificación. El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de

la enfermedad previenen la progresión, dando como resultado la resolución de la enfermedad.

Los jóvenes de 15 a 34 años de edad presentan mayor riesgo de padecer alguna enfermedad periodontal necrosante, a menudo en combinación con otros factores predisponentes como tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas y factores psicológicos como el estrés.^{18,19} En el presente caso, el paciente se encuentra dentro de este rango de edad, es un fumador pesado (más de 20 cigarros al día) y está bajo un cuadro de estrés, de manera que estos factores, aunados a la inmunosupresión, constituyeron un ambiente ideal para el desarrollo de la enfermedad periodontal necrosante.²⁰

El tratamiento de las lesiones necrosantes incluye la eliminación de los factores irritantes locales, es decir, el *biofilm* y el cálculo. Diversos autores concuerdan en el uso de peróxido de hidrógeno como coadyuvante, ya que por un lado ayuda a la remoción del tejido gingival necrótico, mientras que el medio rico en oxígeno ayuda a inhibir el crecimiento bacteriano de microorganismos anaerobios. El enjuague bucal con gluconato de clorhexidina tiene efectos antisépticos. El tratamiento periodontal oportuno, el refuerzo de la higiene bucal y el cumplimiento del paciente son esenciales en el tratamiento de estas lesiones.^{16,19,20}

CONCLUSIONES

Las enfermedades periodontales necrosantes, son padecimientos de etiología compleja con signos muy característicos y fácilmente identificables. Es de suma importancia el entrenamiento de los profesionales de la salud para diagnosticar y tratar las distintas patologías necrosantes de manera correcta. Además del tratamiento, es imprescindible educar e inspirar a nuestro paciente para que tenga un adecuado control del *biofilm*, así como direccionarlo a un protocolo de mantenimiento periódico y de esta manera lograr disminuir el riesgo a recidiva.

REFERENCIAS

1. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, et al. A new classification scheme for periodontal and periimplant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol*. 2018; 89 Suppl 1: S1-S8.
2. Loesche WJ, Syed SA, Laughon BE, Stoll J. The bacteriology of acute necrotizing ulcerative gingivitis. *J Periodontol*. 1982; 53 (4): 223-230.
3. Papananou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: consensus report of workgroup 2 of the

- 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions. *J Periodontol*. 2018; 89 (S1): S173-S182.
4. Listgarten MA. Electron microscopic observations on the bacterial flora of acute necrotizing ulcerative gingivitis. *J Periodontol*. 1965; 36 (4): 328-339.
5. Faddy MJ, Cullinan MP, Palmer JE, Westerman B, Seymour GJ. Ante-dependence modeling in a longitudinal study of periodontal disease: The effect of age, gender, and smoking status. *J Periodontol*. 2000; 71 (3): 454-459.
6. Albandar JM, Susin C, Hughes FJ. Manifestations of systemic diseases and conditions that affect the periodontal attachment apparatus: Case definitions and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol*. 2018; 45 (S20): S183-S203.
7. Courtois CJ III, Cobb CM, Killoy WJ. Acute necrotizing ulcerative gingivitis: a transmission electron microscope study. *J Periodontol*. 1983; 54 (11): 671-679.
8. Corbet EF. Diagnosis of acute periodontal lesions. *Periodontol* 2000. 2004; 34 (1): 204-216.
9. Feller L, Lemmer J. Necrotizing gingivitis as it relates to HIV infection: a review of the literature. *Periodontol*. 2005; 2: 31-37.
10. Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, Bissada NF, Bouchard P, Cortellini P, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol*. 2018; 89 (S1): S237-S248.
11. Herrera D, Retamal-Valdes B, Alonso B, Feres M. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. *J Periodontol*. 2018; 89 (S1): S85-S102.
12. Cobb CM, Ferguson BL, Keselyak NT, Holt LA, MacNeill SR, Rappley JW. A TEM/SEM study of the microbial plaque overlying the necrotic gingival papillae of HIV-seropositive, necrotizing ulcerative periodontitis. *J Periodontol Res*. 2003; 38 (2): 147-155.
13. Umezudike KA, Savage KO, Ayanbadejo PO, Akanmu SA. Severe Presentation of necrotizing ulcerative periodontitis in a Nigerian HIV-positive patient: a case report. *Med Princ Pract*. 2011; 20 (4): 374-376.
14. Barr CE, Robbins MR. Clinical and radiographic presentations of HIV-1 necrotizing ulcerative periodontitis. *Spec Care Dentist*. 1996; 16 (6): 237-241.
15. Novak MJ. Necrotizing ulcerative periodontitis. *Ann Periodontol*. 1999; 4 (1): 74-77.
16. Horning GM, Cohen ME. Necrotizing ulcerative gingivitis, periodontitis, and stomatitis: Clinical staging and predisposing factors. *J Periodontol*. 1995; 66 (11): 990-998.
17. Bergstrom J. Tobacco smoking and chronic destructive periodontal disease. *Odontology*. 2004; 92 (1): 1-8.
18. Skach M, Zabrodsky S, Mrklas L. A study of the effect of age and season on the incidence of ulcerative gingivitis. *J Periodontol Res*. 1970; 5 (3): 187-190.
19. Gómez TD, Ruiz GA, Martínez RV. Enfermedad periodontal necrosante: reporte de dos casos. *Rev Mex Periodontol*. 2017; 8 (2-3): 65-70.
20. Taiwo JO. Oral hygiene status and necrotizing ulcerative gingivitis in Nigerian children. *J Periodontol*. 1993; 64 (11): 1071-1074.

Correspondencia:

Jaime Antonio Enríquez Herrera

E-mail: jaimenriquezh@gmail.com