



Revista Sul-Brasileira de Odontologia

Doença periodontal necrosante: gengivite ulcerativa necrosante – relato de caso

Necrosante periodontal disease: ulcerative gingivitis necrosante – case report

Maurício Colin B. CORDEIRO*

Endereço para correspondência:

Dr. Maurício Colin B. Cordeiro

Avenida Juscelino Kubistchek, 110 – Centro – Joinville – SC

CEP: 89201-100

E-mail: macolin@pop.com.br

* Professor de Periodontia e Atividades Clínicas da Faculdade de Odontologia – UNIVILLE/SC –, Mestre em Saúde e Meio Ambiente.

Recebido em 20/12/03. Aceito em 14/4/04.

Palavras-chave:
necrose gengival;
sangramento gengival;
placa bacteriana visível.

Resumo

Este trabalho buscou discutir características clínicas da GUN e seu diagnóstico diferencial com a PUN sob a nova ótica da classificação da doença periodontal necrosante. Trata-se de um caso clínico de uma paciente, com 18 anos de idade, que apresenta necrose gengival limitada à margem gengival vestibular e à papila interdental na região anterior superior, com sintomatologia dolorosa, sangramento gengival ao toque, cálculo dental, grande quantidade de placa bacteriana visível e mau odor não acentuado, com ausência de linfadenopatia, febre, pseudomembrana e mal-estar. Durante a anamnese médica a paciente relata estar saudável, com exceção de um possível envolvimento com o estresse emocional. O plano de tratamento é conservador (orientação de educação em saúde, raspagem coronária e alisamento radicular em toda a cavidade bucal, profilaxias, tratamento químico, tópico, da placa bacteriana com peróxido de hidrogênio – H₂O₂ – e monitoramento da higiene bucal usando o índice de placa visível – IPV – e o sangramento da margem gengival – ISG). Não se fez uso de antibioticoterapia sistêmica. O período de tratamento é semanal. No final desse período há completo restabelecimento da saúde periodontal e marca-se, então, retorno para manutenção periódica preventiva, em 4 meses. Desse modo, este caso corrobora a decisão do comitê, responsável pela elaboração da nova classificação para a doença periodontal, de colocar a GUN e a PUN numa mesma categoria: “doença periodontal necrosante”.

Keywords:

gingival necroses; gingival bleeding; visible bacterial plaque.

Abstract

This project proposes to discuss the clinical characteristics of GUN and its differentiated diagnostics with the PUN under the new optical classification of necrosante periodontal disease. Deals with a clinical case of an 18 year old female patient, with symptoms of limited gingival necroses at the gingival vestibule edge and the inter-dental papilla in the upper back region, with painful symptoms, gum bleeding when touched, dental calculus, large quantity of visible bacterial plaque and bad breath not significant, with the absence of linfadenopathy, fever, pseudomembrane, and no discomfort. During the discussion of the patient's medical history she reports that she is healthy, except for the possible development of emotional stress. The treatment plan is conservative (educational orientation on health, coronary scraping, and smoothing out of the root on the entire oral cavity, prophylaxis, topical chemical treatment, of the bacterial plaque with hydrogen peroxide H₂O₂ and oral hygiene monitoring utilizing the visible index of plaque – IPV – and the edge gum bleeding – ISG). Antibiotic therapy was not used. The treatment is weekly. At the end of this period there is a complete reestablishing of the periodontal health so, her return for preventive periodontal maintenance was scheduled, in 4 months. For this reason, this case agrees with the decision of the committee responsible for the elaboration of the new classification for the periodontal disease for it to be placed in the same category “necrosante periodontal disease”.

Introdução

Entre as inúmeras formas de enfermidade periodontal, encontra-se a gengivite ulcerativa necrosante (GUN), um tipo de doença periodontal necrosante [23].

Embora não seja tão freqüente [29], quando comparada a outras morbidades do periodonto suas condições periodontais não deixam de ser clinicamente significativas, haja vista que sua agressividade, aguda, rápida e deliberante, torna-a uma das doenças mais graves provocadas pela placa bacteriana [11].

Referências a essa patologia na história humana são bastante antigas, e ela pode ser identificada por meio das seguintes sinônimas: doença de Vincent's, gengivite fusoespiroqueta, boca de trincheira, gengivite ulcerativa aguda, gengivite necrosante e gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA) [1, 4, 6, 7, 12].

Tal enfermidade apresenta como principais características clínicas dor, necrose gengival limitada em sua margem e/ou nas papilas interdentais e sangramento da gengiva [23, 29]. Pode-se encontrar ainda mau odor, febre [7], linfadenopatia e mal-estar [15, 18, 24, 30] e uma “pseudomembrana” de cor branco-amarelada ou cinza cobrindo as úlceras gengivais [8].

Tem uma apresentação clínica aguda, com características inconfundíveis [1, 4, 6, 7, 12]. Contudo apresenta diagnóstico diferencial com a gengivostomatite herpética primária (GHP) [13], gengivite descamativa, pênfigo benigno das membranas mucosas, eritema multiforme exsudativo, gengivite estreptocócica, gengivite gonocócica e leucemia aguda [8].

Os estudos epidemiológicos demonstram que essa doença é rara, ocorre em adultos jovens, numa faixa etária entre 15 e 35 anos, nos países desenvolvidos [3, 10] e em crianças nos países pobres [16, 20, 25]. Em muitos estudos, essa enfermidade vem sendo relacionada com indivíduos portadores do vírus HIV. Ocorre, provavelmente, de forma mais freqüente nesses pacientes especiais, embora com prevalência também baixa [9, 22].

Sua etiologia bacteriana foi proposta inicialmente por Plaut no ano de 1894 [21] e Vincent em 1896 [28]. Sabe-se hoje, por intermédio de amostras microbianas, que a flora bacteriana dessa patologia pode ser “constante” ou “variável”. A flora “constante” contém *Treponema* sp., *Selenomonas* sp., *Fusobacterium* sp., *Prevotella intermedia*. Já a flora “variável” consiste num conjunto heterogêneo de tipos bacterianos [14]. Assim, os microrganismos ocupam um papel determinante no surgimento da doença, mas ela está condicionada à presença de fatores predisponentes, tais como: estresse psicológico [5,

17, 26], imunodepressão [23], má nutrição [1, 4, 6, 7, 12], fumo [19, 27], álcool [11] e má higiene [5, 12]. A literatura prevê duas etapas para o tratamento: uma aguda e outra de manutenção [8].

Em 1999, o comitê responsável pela elaboração da nova classificação para as doenças periodontais decidiu colocar tanto a GUN quanto a PUN numa mesma categoria, denominada “doença periodontal necrosante” (DPN). Essa decisão baseou-se no fato de haver dados insuficientes que confirmassem ser a GUN e a PUN patologias isoladas ou que esta fosse uma evolução daquela [2].

O estado-da-arte anteriormente apresentado fornece subsídios para investigar com maior lucidez um caso clínico, previamente diagnosticado como GUN, ocorrido em Joinville (SC). Esta investigação tem como objetivo, portanto, discutir as características clínicas e o diagnóstico da GUN como uma única entidade patológica ou como doença periodontal necrosante, conforme proposto pelo comitê no *Workshop International* ocorrido em 1999.

Relato do caso clínico

Uma paciente do sexo feminino, solteira, com 18 anos de idade, procurou tratamento para doença periodontal necrosante.

A terapêutica consistiu de 6 sessões, que incluíram anamnese médica e odontológica, educação em saúde – explicação sobre a etiologia da doença e técnica de escovação –, limpeza mecânica profissional – raspagem supra, subgengival e profilaxias – e recomendação para o uso diário (3 vezes ao dia) de água oxigenada após a escovação dental. Essa substância foi aplicada topicamente com uma haste de algodão flexível nos locais com tecido mole lesionado. Não foi receitado antibiótico sistêmico.

Na anamnese médica, não houve registro de nenhuma doença sistêmica. Já na anamnese odontológica, constatou-se a presença de possível estresse envolvido com o processo patológico. A paciente relatou que, tendo se mudado de sua cidade natal para Joinville, afastou-se de todas as suas relações sociais construídas até aquele momento. Somaram-se a isso as dificuldades financeiras que sua família atravessava e o longo tempo (aproximadamente quatro anos) de ausência de tratamento dentário.

No exame clínico, a sintomatologia dolorosa estava presente, mas não havia linfadenopatias, febre nem odor fétido acentuado. Foi encontrada grande quantidade de placa bacteriana supragengival, presença de cálculo dental, gengiva ulcerada limitada às regiões vestibulares da margem gengival e às gengivas interdentais dos dentes anteriores superiores. Além disso, ocorria sangramento gengival

ao leve toque. Não estava presente pseudomembrana nos locais das lesões (figura 1).



Figura 1 – Gengiva marginal e papilar ulcerada

Na mesma consulta, dando início ao tratamento da fase aguda, foi efetuada profilaxia em toda a dentição com pasta profilática, exceto nos dentes com gengiva ulcerada. Nestes, em função da dor e do sangramento excessivo, realizou-se com muita delicadeza raspagem supragengival com cureta Gracey 5-6. Em seguida, recomendou-se à paciente que fizesse o controle mecânico da placa bacteriana supragengival, nos dentes com gengiva marginal e papilar afetada, por intermédio de fricções com uma haste de algodão flexível e com o fio dental, respectivamente. E, à medida que a sintomatologia fosse regredindo, poderia readotar a escova dental, com cuidado e delicadeza, em sua higiene bucal.

Após uma semana, durante a segunda consulta, foi feita raspagem supra e subgengival em todos os sextantes bucais, com exceção do local com gengiva papilar e marginal necrosada, onde se executou somente raspagem supragengival, com melhor qualidade quando comparada com a da sessão anterior. Nesse momento, foi indicada a escova unitufo para melhorar os autocuidados bucais. Isso foi possível em virtude da melhora do grau de inflamação e da dor nas áreas afetadas (figura 2). Manteve-se, ainda, o uso terapêutico da água oxigenada por mais uma semana, sempre após as escovações.



Figura 2 – Gengiva marginal e papilar no dente 12 ainda avermelhada e a anatomia da papila completamente restaurada

Na terceira consulta, sete dias após o atendimento anterior, foram realizadas raspagens supra e subgingival somente na região anterior superior, seguida de profilaxia das arcadas e a suspensão do tratamento químico da placa com H₂O₂.

Na terceira semana, durante a quarta consulta, a paciente retornou para avaliação da placa visível e acompanhamento visual do processo regenerativo, que foi observado por intermédio da cor, da textura e do contorno gengival. Logo após, realizou-se a profilaxia das arcadas.

Houve ainda uma quinta e uma sexta consulta, em que foi realizado o monitoramento da higiene bucal por meio do índice de placa visível (IPV) e sangramento da margem gengival (ISG). Concomitantemente, deu-se a verificação do quadro inflamatório. Isso possibilitou dar alta à paciente e marcar seu retorno para manutenção periódica preventiva, em 4 meses.

Não foi necessário efetuar o planejamento cirúrgico para esse caso.

Na segunda consulta observou-se melhora no quadro inflamatório, dando início à epiteliação das regiões ulceradas, restabelecimento do contorno gengival e diminuição da sintomatologia dolorosa. Ocorreu, ainda, sangramento gengival ao toque, principalmente nas papilas interdentais, que se apresentavam avermelhadas. Optou-se, então, por repetir a raspagem supragengival (figura 2).

Na terceira consulta houve a ausência total da sintomatologia dolorosa – espontânea e ao toque – e completo restabelecimento do contorno, da epiteliação e da cor gengival (figura 3).



Figura 3 – Cor rosada da gengiva, presença dos arcos côncavos normais e a epiteliação completa da área

Durante a quarta consulta o quadro regenerativo manteve-se estável e a paciente controlava adequadamente a placa bacteriana visível.

A quinta consulta realizou-se quatro semanas após o atendimento inicial, e executou-se o monitoramento da higiene bucal (IPV, ISG), estando presente placa visível somente no elemento dental 12 e havendo sangramento da margem gengival unicamente nos dentes 12, 13, 16 e 36. Dessa maneira, pôde-se concluir que nos elementos 13, 16 e 36 a paciente não realizava autocuidados diariamente. Com relação ao dente 13, envolvido no processo patológico, foi possível suspeitar que ainda não poderia ter ocorrido tempo suficiente para a completa cicatrização gengival. Por essa razão, chamou-se a atenção da paciente para os dentes 13, 16 e 36, buscando motivá-la a melhorar a higiene nessas áreas, pois tinha capacidade de controlar a placa supragengival, dispensando nova instrução de escovação dental. Em relação ao dente 12, que, ao contrário, apresentava placa visível, procurou-se identificar o motivo dessa má higienização, corrigindo e reforçando a técnica de escovação anteriormente fornecida.

Na sexta consulta efetuou-se novamente o monitoramento da higiene bucal e não foram encontrados placa visível nem sangramento da margem gengival (ausência de gengivite). Isso permitiu dar alta à paciente, com o compromisso de retorno, após quatro meses, para a manutenção periódica preventiva (figura 4).



Figura 4 – Manutenção periódica preventiva após 4 meses do término do tratamento

Discussão

Na nova classificação para as doenças periodontais proposta em 1999 durante o Workshop Internacional para Classificação de Doenças Periodontais, a gengivite ulcerativa necrosante (GUN) e a periodontite ulcerativa necrosante (PUN) foram definidas como uma única doença denominada “doença periodontal necrosante”. Isso deveu-se ao fato de haver dúvidas se as condições clínicas eram parte de um único processo da doença ou se eram doenças separadas (Armitage, [2]).

Em função disso, neste trabalho procurar-se-á distingui-las por intermédio do diagnóstico, baseado nas características clínicas existentes na literatura científica sobre o assunto.

Segundo Rowland [23], a GUN é uma entidade de origem infecto-inflamatória localizada exclusivamente na gengiva. Para ele, na GUN devem-se levar em consideração três características clínicas fundamentais para chegar ao seu diagnóstico: a presença da dor, da necrose da gengiva interproximal e do sangramento gengival. Acrescenta que, apesar de não serem patognômicos, outros sinais e sintomas podem estar presentes: linfadenopatia, febre, mal-estar e mau odor. Holmstrup e Westergaard [8] complementam dizendo que na GUN o ligamento periodontal e o osso alveolar não estão afetados.

Na presente investigação, em razão das características clínicas encontradas (a dor, o sangramento gengival, a ulceração da margem gengival e da papila interdental), sem comprometimento dos tecidos periodontais de suporte, comprovadas ao final do tratamento com o exame do nível de inserção clínica, decidiu-se pelo diagnóstico de “gengivite ulcerativa necrosante”.

Ficou também caracterizado o possível envolvimento dessa doença com estresse emocional, conforme relato da paciente durante a anamnese odontológica, fato que a predisporia à enfermidade. Muitos trabalhos, entre eles os de Moulton *et al.* [17], Grupe e Wilder [7] e Shields [26], sustentam o pensamento anterior. Esses autores demonstram que a prevalência da GUN pode aumentar quando o indivíduo é submetido a condições que elevam o nível de estresse.

Embora a paciente não tenha apresentado febre, linfadenopatia, pseudomembrana nem mau odor acentuado, esses sinais e sintomas poderiam ser encontrados. Estudos como os de Schluger [24], Wilson [30] e Murayama *et al.* [18] confirmam essa afirmação.

Sabe-se, entretanto, que a febre não é uma característica consistente dessa doença, mas conforme Grupe e Wilder [7], Goldhaber e Giddon [6], Shields [26] e Stevens *et al.* [27], se houver aumento da temperatura corporal na GUN, ela será moderada. Além disso, Goldhaber e Giddon [6] e Shields [26] dizem que, se ela estiver presente, pode ser indício de outras doenças como gengivoestomatite herpética primária ou mononucleose.

A linfadenopatia também nem sempre é encontrada, a não ser em casos mais avançados, conforme constatam Manson e Rand [15]. Como nessa investigação a linfadenopatia está ausente, a doença estaria em estágio inicial.

O mesmo acontece com a halitose, que também nem sempre está presente, conforme relato de Grupe e Wilder [7].

Conclusão

As características clínicas e o diagnóstico diferencial possível entre GUN e PUN, perceptíveis no caso específico estudado, demonstram que essa doença seria uma gengivite ulcerativa necrosante. Entretanto o quadro apresentado pela paciente mostra um caso em estágio inicial. Isso permite formular uma indagação: se a doença em estudo estivesse em estágio mais avançado, seja por maior agressividade da doença, seja pela demora ou ausência adequada de tratamento – conforme pensamento do comitê responsável pela nova classificação –, ela progrediria para uma periodontite ulcerativa necrosante? Desse modo, o quadro descrito neste estudo permite corroborar a decisão do comitê que classifica ambas as doenças, tanto GUN quanto PUN, como DPN.

Referências bibliográficas

1. Armitage G C. Acute periodontal lesions. In: *Biologic Basis of Periodontal Maintenance Therapy*. Berkeley. C A: Praxis Publishing Company; 1980. P. 145-64.
2. Armitage G C. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999 Dec; 4 (1): 1-6.
3. Barnes G P, Bowles W F, Carter H G. Acute necrotizing ulcerative gingivitis: a survey of 218 cases. *J Periodontol* 1973 Jan; 44 (1): 35-42.
4. Cogen R B. Acute necrotizing ulcerative gingivitis. In: Genco R J, Goldman H M, Cohen D W. *Contemporary periodontics*. St. Louis: The C. V. Mosby Company; 1999. P. 459-65.
5. Giddon D B, Zackin S J, Goldhaber P. Acute necrotizing ulcerative gingivitis in college students. *JADA* 1964 Mar; 68: 381-6.
6. Goldhaber P, Giddon D B. Present concepts concerning the etiology and treatment of acute necrotizing ulcerative gingivitis. *Int Dent Journal* 1964; 14 (4): 468-96.
7. Grupe H E, Wilder L S. Observations of necrotizing gingivitis in 870 military trainees. *J Periodontol* 1956; 27: 255-61.
8. Holmstrup P, Westergaard J. Doença periodontal necrosante. In: Lindhe J. *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral*. Guanabara Koogan; 1999. P. 178-92.

9. Holmstrup P, Westergaard J. Periodontal diseases in HIV-infected patients. *J Clin Periodontol* 1994; 21: 270-80.
10. Horning G M, Hatch C L, Lutskus J. The prevalence of periodontitis in a military treatment population. *JADA* 1990 Nov; 121: 616-22.
11. Horning G M, Cohen M E. Necrotizing ulcerative gingivitis, periodontitis, and stomatitis: Clinical staging and predisposing factors. *J Periodontol* 1995 Nov; 66 (11): 990-8.
12. Johnson B D, Engel D. Acute necrotizing ulcerative gingivitis. A review of diagnosis, etiology and treatment. *J Periodontol* 1986 Mar; 57 (3): 141-50.
13. Klotz H. Differentiation between necrotic ulcerative gingivitis and primary herpetic gingivostomatitis. *N. Y. State D. J.* 1973 May; 39 (3): 283-94.
14. Loesche W J, Syed S A, Laughon B E, Stoll J. The bacteriology of acute necrotizing ulcerative gingivitis. *J Periodontol* 1982; 53 (4): 223-30.
15. Manson J D, Rand H. Recurrent Vincent's disease. A survey of 61 cases. *Brit Dent J* 1961 Jun; 110 (6): 386-90.
16. Migliani D C, Sharma O P. Incidence of acute necrotizing gingivitis and periodontosis among case seen at the Government Hospital, Madras. *J India Dent. Ass* 1965 Jun; 37 (6): 183-202.
17. Moulton R, Ewen S, Thieman W. Emotional factors in periodontal disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1952; 5: 833-60.
18. Murayama Y, Kurihara H, Nagai A, Dompkowski D, Van Dyke T E. Acute necrotizing ulcerative gingivitis: risk factors involving host defense mechanisms. *J Periodontol* 2000 1994; 6: 116-24.
19. Pindborg J J. Influence of service in armed forces on the incidence of gingivitis. *JADA* 1951 May; 42 (5): 517-22.
20. Pindborg J J. Occurrence of acute necrotizing gingivitis in South Indian children. *J Periodontol* 1966; 37: 14-19.
21. Plaut H C. Bacterial diagnostic studies of diphtheria and oral diseases. *Dtsch Med Wochnschr* 1894 Dez; 20 (49): 920-23.
22. Riley C, London J P, Burmeister J A. Periodontal health in 200 HIV-positive patients. *J Oral Pathol Med* 1992; 21: 124-7.
23. Rowland R W. Necrotizing ulcerative gingivitis. *Ann Periodontol* 1999 Dez; 4 (1): 65-73.
24. Schluger S. The etiology and treatment of Vincent's infection. *J M Dent Assoc* 1943; 30: 524-32.
25. Sheiham A. An epidemiological survey of acute ulcerative gingivitis in Nigerians. *Archs Oral Biol* 1966; 11: 937-42.
26. Shields W D. Acute necrotizing ulcerative gingivitis. A study of some of the contributing factors and theirs validity in an army population. *J. Periodontol* 1977; 48 (6): 346-9.
27. Stevens A Jr., Cogen R B, Cohen-Cole S, Freeman A. Demographic and clinical data associated with acute necrotizing ulcerative gingivitis in a dental school population (AGUN-demographic and clinical data). *J Clin Periodontol* 1984; 11: 487-93.
28. Vincent H. The etiology and the histopathology of hospital rot. *Ann de l'Insti Pasteur* 1896; 10: 488-510.
29. Wade D N, Kerns D G. Acute necrotizing ulcerative gingivitis-periodontitis: a literature review. *Mil Med* 1998 May; 163 (5): 337-42.
30. Wilson Jr. Etiology and diagnosis of bacterial gingivitis including Vincent's disease. *JADA* 1952 Jun; 44 (6): 671-9.