

ESTOMATITIS GANGRENOSA (NOMA). PRESENTACION DE CUATRO CASOS

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE "WILLIAM SOLER"

Dra. María A. Campa*, Dr. José J. Cárdenas**, Dr. Eric Martínez***, Dra. Victoria Abqahan**** y Dra. Dalia Osés*****

Campa, M. A. y otros: *Estomatitis gangrenosa (noma). Presentación de cuatro casos.*

Se informa que el noma es una enfermedad gangrenosa de los tejidos de la boca. Se trata de una entidad rara que se presenta en niños con resistencia disminuida por desnutrición o enfermedades concurrentes. Se caracteriza el cuadro clínico por una lesión que comienza con una pequeña úlcera de la mucosa oral que progresa rápidamente y se extiende a los tejidos de la boca y maxilares, con esfacelo de los tejidos que dejan expuestos los huesos maxilares y producen caída de los dientes. Se destaca que las enfermedades eruptivas y entre ellas, el sarampión se informaron con mucha frecuencia como elemento predisponente de la instalación del noma. Se presentan 4 casos con el diagnóstico de noma, atendidos en la República Popular de Angola. Estos niños presentaban desnutrición, así como anemia y 3 tenían antecedentes de haber mostrado sarampión 2 y 3 semanas antes del ingreso. Se informa de los resultados de los exámenes complementarios, del tratamiento aplicado y de la evolución de los niños.

INTRODUCCION

El noma es una enfermedad gangrenosa de los tejidos de la boca, que invade rápidamente los tejidos subyacentes hasta perforar las mejillas.¹ Con menos frecuencia puede tener asiento en otras membranas mucosas y orificios mucocutáneos, tales como nariz, conducto auditivo externo, y más raro en vulva, prepucio y ano.²

Se trata de una entidad rara, que se presenta como mayor frecuencia en niños con resistencia disminuida, por desnutrición o por enfermedades generales debilitantes. Los factores que deben estar presentes para el desarrollo de la enfermedad son: mal estado nutricional, una infección específica de la boca y una afección predisponente.

Fue descrita por *Tourdes* en 1948 como afección gangrenosa de la boca, que atacaba niños con mala higiene bucal afectados por enfermedades serias, como fiebres eruptivas y que siempre tenía un desenlace fatal.³

Se ha insistido en la importancia de la difusión de todo lo concerniente a esta enfermedad, para su conocimiento por el personal médico cubano, debido a la proyección internacionalista de nuestra medicina.⁴

* Residente de 2do año en Pediatría.

** Especialista de I Grado en Pediatría. Profesor Auxiliar de Pediatría. Hospital Pediátrico Docente "Ángel Arturo Aballí".

*** Especialista de II Grado en Pediatría. Instructor de Pediatría.

**** Especialista de I Grado en Pediatría. Hospital Pediátrico Docente "Ángel Arturo Aballí".

***** Especialista de I Grado en Neonatología. Hospital Maternoinfantil "Ramón González Coro".

PRESENTACION DE LOS CASOS

Se presentan 4 pacientes diagnosticados con noma en la República Popular de Angola, en el Hospital Pediátrico de Lubango, provincia de Huila y en el Hospital Universitario de Luanda, en los años 1977 y 1980.

Paciente No. 1 (figura 1).

Nombre: Viera Dongola de 1 año de edad, raza negra, sexo masculino, peso al ingreso 6 kg, estado nutricional: desnutrido grado III según clasificación de Gómez.

Antecedentes: Padece de sarampión 2 semanas antes y que desde la semana anterior presentaba lesión en la boca, que aumentó progresivamente de tamaño, y se acompañaba de fiebre alta, toma del estado general e imposibilidad de alimentarse.

Examen físico al ingreso: palidez cutáneo-mucosa, edemas fríos en miembros inferiores; cara: lesión necrotizante en región nasolabial, con pérdida total de tejido blando de un tercio de la nariz y pérdida del tejido cartilaginoso; así como de la porción anterior del maxilar. Los bordes eran irregulares y presentaba secreción purulenta muy fétida.

Exámenes complementarios: hemoglobina (al ingreso): 6,6 g%; cultivo de lesión: *Proteus morganii*.

Tratamiento aplicado hidratación parenteral: antibióticos (ampicilín y gentamicina); vitamina C; vitaminas del complejo B; hemoterapia (sangre y plasma); cura local y alimentación por sonda nasogástrica.

Evolución: satisfactoria, cicatrización de las lesiones con tejido fibroso; recuperación nutricional.
Estadía: 45 días.

Paciente No. 2 (figura 2)

Nombre: Hinambija Yoaquín de 3 años de edad, raza negra, sexo masculino, peso al ingreso 7 kg, estado nutricional: desnutrido grado III según Gómez.

Antecedentes: Padece de sarampión 3 semanas antes. Varios días antes del ingreso, lesión de la boca que se extendía a la cara.

Se le había iniciado tratamiento en un puesto médico con estreptomycinina por un enfermero 5 días antes. La lesión se había extendido, el niño presentaba fiebre alta, marcada postración e imposibilidad para alimentarse, por lo que es remitido al hospital de Lubango.

Examen físico al ingreso: palidez cutáneo-mucosa; piel lesiones hipocolaradas descarnadas en miembros inferiores simétricas y bilaterales; cara: necrosis del tercio medio de la hemicara izquierda, que se extiende desde el párpado inferior con pérdida del tejido blando y duro en región nasal; labio y región geniana, con exposición del hueso en dicha región, secreción purulenta y marcada fetidez; signos de deshidratación intensa.

Examen complementario: hemoglobina (al ingreso): 6 g%

Tratamiento aplicado: hidratación parenteral; antibiótico (piopén); vitamina C, vitaminas del complejo B; hemoterapia (sangre y plasma); régimen dietético.

Evolución: satisfactoria, cicatrización con tejido fibroso.

Estadía: 5 meses.



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

Paciente No. 3 (figura 3)

Nombre: Mona, de 11 meses de edad, raza negra, sexo femenino, peso al ingreso: 8,6 kg; estado nutricional: desnutrida grado I según Gómez.

Antecedentes: Ingresa días antes en el Hospital de Benguela, por proceso supurativo al nivel del maxilar superior, y remitida al Hospital Universitario de Luanda, con el objetivo de que fuera atendida por especialistas en Cirugía Maxilofacial con el diagnóstico de osteomielitis maxilar superior.

Examen físico al ingreso: palidez cutáneo-mucosa; abdomen globuloso, esplenomegalia de 2 cm; cara: lesión ulcerada de bordes irregulares, que afectaba labio y maxilar superior.

Exámenes complementarios: hemoglobina (al ingreso): 6,2 g%; rayos X de tórax: lesiones bronconeumónicas en ambos campos pulmonares.

Tratamiento médico: antibiótico (ceporán), vitamina C, vitaminas del complejo B.

Tratamiento quirúrgico: injerto pediculado de piel mediante rotación de un colgajo nasogeniano.

Evolución posoperatoria satisfactoria: al alta ligera elevación del labio superior, pendiente de un 2do tiempo quirúrgico.

Paciente No. 4 (figura 4)

Nombre: Jorge Bernardo de 5 años de edad, raza negra, sexo masculino, peso al ingreso 12 kg; estado nutricional: desnutrido grado III por Gómez.

Fue remitido al Hospital Universitario de Luanda procedente de Malange: con el antecedente de haber presentado sarampión, y días después haberle comenzado aumento de volumen, supuración y finalmente pérdida del carrillo izquierdo.

Examen físico al ingreso: palidez cutáneo-mucosa; cabellos quebradizos, aparato respiratorio: ruidos transmitidos bilaterales; cara: sialorrea, pérdida de la piel y planos subyacentes de la mejilla por necrosis de los tejidos con afectación de la encía y arcada dentaria a ese nivel, halitosis marcada.

Exámenes complementarios: hemoglobina (al ingreso): 8,6 g%, leucocitosis discreta.

Tratamiento aplicado: hidratación, antibióticos, cura local, vitaminas, hierro por vía oral.



Figura 4.

como elemento predisponentes del noma; también se ha señalado la estrecha conexión entre noma y paludismo.²

En las formas crónicas de esta última entidad se produce un déficit inmunitario por afectación del sistema retículo endotelial y por bloqueo inmunitario celular.⁵ Otras entidades que se mencionan como predisponentes, son la escarlatina, fiebre tifoidea, sífilis, tuberculosis, leucosis y kala azar.²

El noma es una enfermedad de niños, y se ha informado pocos casos en adultos; la edad de mayor incidencia es de 2 a 5 años.

Esta entidad en nuestro medio al igual que en Europa y Norteamérica es rara, se señala que sólo se observa hoy en países pobres.⁶ En Cuba conocemos que al menos se han reportado 3 casos. *Cardelle* y *Ducassi*² informan en 1945 la presencia de esta enfermedad en 2 niñas desnutridas, una de ellas con noma simultáneo de la boca, vulva y ano. *Santana Garay* en 1970³ informa de otro caso que se presentó en un adulto de 42 años que presentaba una parálisis cerebral y se alimentaba sólo de leche de vaca.

Se han señalado como agentes causales las bacterias anaerobias, entre las que se encuentran fusospiroquetas, con infección secundaria por otras bacterias patógenas como estafilococos y estreptococos.⁷

*Gentilini*⁶ plantea que el origen bacteriano específico (*Fusiformis fusiformis*, *Borrelia vincenti*), no parece haberse establecido.

El cuadro clínico está caracterizado por una lesión, que comienza por una pequeña úlcera de la mucosa bucal, con pocos síntomas generales,⁷ que progresa rápidamente y se extiende a tejidos adyacentes con esfacelación de los mismos y exposición de los huesos maxilares, y da lugar a la caída de los dientes. El área de gangrena se extiende

DISCUSION

Los 4 pacientes provenían de las áreas rurales de peores condiciones, por estar afectadas por los bandidos de la UNITA, lo que ha producido un desarrollo socioeconómico muy pobre.

Tres de los pacientes presentaron desnutrición grave, y de desnutrición grado I (de acuerdo con la clasificación de Gómez).

La desnutrición es un factor común en los pacientes que presentan noma.

En un estudio realizado por *Tempeat* y mencionado por *Santana*,³ 250 pacientes que padecían de noma, el 48,8% era desnutrido severo, el 28,6% poseía malnutrición moderada y el 30% tenía kwashiorkor.

Se recoge el antecedente de haber presentado enfermedad eruptiva (sarampión) en 3 pacientes. Las enfermedades eruptivas y fundamentalmente el sarampión son informadas con frecuencia

hasta perforar la mejilla. La lesión posee un fuerte y desagradable olor producto de los tejidos gangrenosos; éstos toman color negro con exudado gris verdoso.

El cuadro local se acompaña de fiebre alta y toma del estado general, aunque en algunos pacientes los síntomas generales son discretos.

Hísticamente hay necrosis masiva inespecífica con reacción inflamatoria notablemente escasa.¹

La evolución de los 4 pacientes fue favorable, el proceso séptico se limitó; en un paciente se realizó la cirugía reconstructiva y los 3 restantes quedaron con lesiones fibróticas cicatrizales, con la posibilidad de cirugía reconstructiva posterior.

SUMMARY

Campa, M. A. et al.: *Gangrenous stomatitis (noma). Presentation of four cases.*

It is reported that noma is a gangrenous disease of oral tissues. It is a rare entity which is presented in children with decreased resistance due to denutrition or concomitant diseases. The clinical picture is characterized by a lesion starting with a small ulcer of oral mucosa, which progress rapidly and extends to oral and maxillary tissues, with sphacelus of the tissues yielding to exposition of maxillary bones and provoking teeth dropping. Eruptive diseases, among them measles, were very often reported as predisposing element for noma. Four cases with diagnosis of noma, assisted at the People Republic of Angola, are presented. These children presented denutrition, as well as anemia, and three of them had history of suffering measles two and three weeks before admission to hospital. Results from complementary examinations, treatment applied and evolution of the children, are reported.

RÉSUMÉ

Campa, M. A. et al.: *Stomatite gangréneuse (noma). A propos de quatre cas.*

Le noma est une maladie gangréneuse des tissus de la bouche. Il s'agit d'une entité rare se présentant chez des enfants avec une résistance diminuée par la dénutrition ou par des maladies concurrentes. Le tableau clinique est caractérisé par une lésion qui débute par un petit ulcère de la muqueuse orale, qui progresse rapidement s'étendant sur les tissus de la bouche et des maxillaires, avec sphacèle des tissus qui laisse les os maxillaires exposés, entraînant la chute des dents. Les maladies éruptives, dont la rougeole, ont été fréquemment rapportées comme élément prédisposant pour l'installation du noma. Il est présenté ici 4 cas avec le diagnostic de noma, traités dans la République Populaire d'Angola. Ces enfants présentaient dénutrition et anémie, et 3 avaient l'antécédent de rougeole 2 et 3 semaines avant l'hospitalisation. Il est rapporté les résultats des examens complémentaires, du traitement appliqué et de l'évolution des enfants.

BIBLIOGRAFIA

1. Robbins, S.: Patología Estructural y Funcional. Ed. Revolucionaria, Instituto del Libro, La Habana, 1978.
2. Cardellé, G. y otros: Noma simultáneo de la boca, vulva y ano. Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría 1945. Pp. 249-264.
3. Santana, J.: Noma. Rev Cub Estomatol 7: 1-6, enero-diciembre, 1976.
4. Cárdenas, J. J. y otros: Cancrum Oris. Presentación de dos casos. Resúmenes de la XIX Jornada Nacional de Pediatría. La Habana. Diciembre 15 al 17, 1977. P. 158.
5. Cruz, M.: Tratado de Pediatría. Vol. 2. Barcelona, Ed. Espaxs, 1983.
6. Gentilini, M. et al.: Medicine Tropicale. Flammation. Medicine-Sciences, París, 1982. P. 508.
7. Parkin, F. M.: Noma. In: Nelson Text Books of Pediatrics. 11th ed. Vaughan, Mckay Behrman (ed) Philadelphia Ed. Saunders, 1979.

Recibido: 5 de febrero de 1985. Aprobado: 7 de marzo de 1985.

Dra. Ma. Aurora Campa. Calle N, No. 255, apartamento 6, entre 21 y 23. Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.