

NOMA.

Univ. José Julio Escobar Larrea⁵

RESUMEN.

Noma es una enfermedad de la boca y de la cara (gangrena) y paso a paso el tejido es destruido. Mayormente hay esa enfermedad con niños con mala alimentación, con una higiene bucal insuficiente y cuando ya tienen enfermedades que dañan a su sistema antes. Hay bastante literatura sobre Noma, pero muchos clientes no van al doctor al inicio, y así su causa y el primer desarrollo todavía es un misterio. Ese reportaje describe los diversos estadios de la necrosis del tejido, con indicaciones de la literatura la más nueva, incluyendo el inicio de la enfermedad y su desarrollo, y va ser dicho fuertemente que se necesita un diagnóstico temprano y tratamiento al inicio.

INTRODUCCION.

Llamado también cancrum oris o estomatitis gangrenosa, el noma es una infección gangrenosa que ataca la boca y la cara, su nombre proviene del latín "nomein" que significa "devorar"

La infección se inicia como una infección ulcero-necrotizante que en un comienzo se presenta como una zona eritematosa sobre la encía que cubre las piezas va abarcando zonas adyacentes con mucha facilidad comprometiendo las mucosa vestibular y exteriorizándose a la piel de la zona afectada, por ser esta infección altamente destructiva e invasiva.

En estadios iniciales la lesión es única, dolorosa y se presenta como una placa eritematosa o vesicular sobre la encía que cubre las piezas Premolares o molares; en etapas posteriores es común la celulitis de labio y mejilla del lado comprometido. La enfermedad ocurre en niños severamente debilitados y mal nutridos, dejando secuelas mutilantes en la región afectada que posteriormente interfieren en la alimentación y el lenguaje. Muchos niños fallecen debido a la incapacidad para alimentarse

El noma es una enfermedad infecciosa que tiene mayor prevalencia en niños que viven en países empobrecidos en especial los países del África que son los que mayor casuística tienen, la etiología de dicha infección es desconocida pero se asocia a la desnutrición severa, viviendas precarias sin servicios básicos, falta de higiene bucal, son factores que condicionan la aparición de dicha infección en niños.

Niños pequeños y niños jóvenes no tienen mucho esa enfermedad porque la leche de la madre los protege con proteína y con anticuerpos que los protegen. Después la leche de la madre los niños son vulnerables respectivamente cuando su alimentación falta de proteínas lo que baja el sistema inmunológico. El paciente de aquí tenía 9 años y su alimentación fue gravemente incompleta referente a proteínas y vitaminas.

Noma no es una enfermedad primaria. Hay enfermedades que normalmente preceden a la enfermedad Noma, como sarampión, tuberculosis, leucemia y el SIDA.

⁵ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

CAUSAS.

La causa exacta se desconoce, pero puede deberse a bacterias llamadas organismos fusospiroquetósicos.

Este trastorno se presenta con mayor frecuencia en niños severamente desnutridos, que con frecuencia han padecido enfermedades como sarampión, escarlatina, tuberculosis, cáncer o inmunodeficiencia.

Los factores de riesgo abarcan Kwashiorkor y otras formas de desnutrición proteica severa, deficiencias higiénicas y sanitarias, trastornos como el sarampión o la leucemia y el hecho de vivir en un país subdesarrollado.

En los países desarrollados ha desaparecido casi por completo —salvo casos aislados en enfermos de sida y pacientes muy inmunodeprimidos infectados por *Fusobacterium necrophorum*, *Prevotella intermedia* y otras bacterias oportunistas—, pero en los países del África subsahariana, por desgracia, sigue siendo una enfermedad relativamente frecuente, con una incidencia que supera los cien mil casos anuales diagnosticados.



Noma

Fuente:
<http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/2010/10/28/noma/>

CASO CLÍNICO.

Se presenta en pacientes de 1 a 10 años edad por lo regular, que proceden de países subdesarrollados en especial en el continente africano. Antecedentes familiares: por lo general los padres son de escasos recursos y muchas veces son familias con más de 4 componentes en la familia; en cuyas familias los ingresos mensuales no sobrepasan los salarios básicos mínimos. Y cuyos Antecedentes generales son: vivienda precaria, techo de calamina o paja, sin contar con los servicios básicos es decir condiciones sociales que se catalogan como extrema pobreza.

El paciente acude por lo general por presentar un hinchazón de aproximadamente 5 cm. que causa molestias al momento de ingerir alimentos que va acompañada de una palidez y una desnutrición severa, evoluciona con una ulceración que puede abarca toda la zona malar del lado afectado y el paladar blando, comprometiendo hueso y mucosas, exponiendo piezas dentarias, bordes necrosados y olor fétido. Boca en mal estado de higiene lo que conlleva a presentar múltiples caries.

PRUEBAS Y EXAMENES.

Un examen físico muestra las áreas inflamadas de las membranas mucosas, úlceras bucales y úlceras cutáneas. Estas úlceras tienen una secreción de olor fétido. Puede haber otros signos de desnutrición.

Es difícil encontrar el agente principal de Noma en la herida. Especulaciones dicen que *Borrelia vincenti* y *Fusobacterium*

son bacterias prominentes en esas heridas.

Relaciones simbióticas entre fusiform bacilli y streptococci no-hemolíticos y stafilococci han sido considerados importantes referente al desarrollo de Noma.

Reportajes nuevos dicen que al lado de fusiform bacilli y spirochetes también otras bacterias anaeróbicos son presentes en la herida de Noma – en una proporción relativamente alta.

Fusobacterium necrophorum es considerado un elemento decisivo; ese organismo produce dermatotoxinas que pueden explicar el rápido desarrollo de la enfermedad.

Fusobacterium necrophorum es admitido por niños en la pobreza por agua con heces fecales cuando agua es compartido con animales y cuando las condiciones sanitarias son muy pobres. *Prevotella intermedia* tiene la capacidad a romper la estructura de lípidos, y eso contribuye a la destrucción de tejido. También produce enzimas proteolíticas que pueden destruir el inmunglobulina G, y así no hay eliminación de microorganismos más.

Diversos estudios dijeron que esos microorganismos tienen una resistencia a penicilina, por lo cual es necesario realizar exámenes de sensibilidad antes de administrar antibióticos.

TRATAMIENTO.

Para empezar el tratamiento se hace la Recuperación del estado nutricional con dieta hipercalórica e hiperproteica.

Antibioticoterapia: inicio con ceftriaxona, luego ciprofloxacina y clindamicina.

Esta infección puede ser tratada y cuando se la realiza oportunamente se logra resultados satisfactorios pero en estadios avanzados deja grandes cicatrices y mutilaciones.

Cualquier complicación en esta infección puede llegar a ser mortal ya que el organismo está muy debilitado y es así que una deshidratación o una septicemia son mortales en esta infección

Una vez reconocido el padecimiento debe instaurarse terapia antimicrobiana cubriendo agentes anaeróbicos y aeróbicos; la penicilina es el fármaco de elección, sin embargo cabe resaltar que debido a la emergencia de agentes productores de betalactamasa resulta imperativo asociar clindamicina. Una excelente alternativa es ampicilina-sulbactam por su óptima cobertura frente a anaerobios Gramm positivos y negativos. En el caso que nos ocupa optamos por la primera opción con resultado totalmente favorable. La duración de la terapia antimicrobiana no ha sido establecida, aunque tres semanas podría ser suficiente, sin embargo debe considerarse que gran parte de los pacientes cursa con compromiso óseo (osteomielitis) por lo que el curso antimicrobiano podría prolongarse hasta seis semanas. La reparación quirúrgica está indicada una vez controlado el proceso infeccioso y rehabilitado el estado nutricional. La secuestrectomía y desfocalización de piezas dentarias en mal estado se plantea como primera medida quirúrgica y una vez resuelta la infección debe

abordarse el problema estético y funcional.

Noma puede ser tratado con éxito pero deja una grande cicatriz por sus complicaciones. Los tejidos de la cara crecen rápidamente durante la infancia, pero el proceso de desarrollo normal es afectado con niños que tenían Noma. La enfermedad puede causar la pérdida de dientes incisivos, puede causar un daño permanente a la madre de los dientes, puede causar el retiro del hueso maxilar, puede provocar trismos, y puede provocar bloqueo de articulaciones (anquilosis de huesos o fibrosa) de la articulación del hueso maxilar.

No obstante el esfuerzo aplicado en el tratamiento de estos niños, las secuelas estéticas y funcionales suelen ser groseras; el éxito dependerá del estado inmunológico y el momento en que se inicia la terapia. La mortalidad alcanza a 90% en los niños que no reciben tratamiento, sin embargo gracias a modernas técnicas de identificación bacteriana y nuevos antibióticos es posible abatir esa cifra.

Actualmente los programas de salud para controlar esta enfermedad han tenido un buen resultado ya que se esta disminuyendo los casos mundiales de dicha infección con la detección precoz y el inmediato reporte de estos casos a los centro de control epidemiológico.

Es por tal motivo que la OMS impulsa programas de control de dicha enfermedad para erradicar por completo dicha enfermedad.

PRONOSTICO.

En algunos casos, esta afección puede ser mortal si se deja sin tratamiento. Otras veces, la afección puede sanar con el tiempo incluso sin tratamiento; sin embargo, puede ocasionar cicatrización y deformidad severas. Luego se realiza limpieza quirúrgica de la úlcera eliminando todos los tejidos comprometidos de la zona. Se espera luego de dicha limpieza que se forme tejido de granulación.

Posteriormente se realizan las cirugías reconstructivas para devolver la morfología a la región malar.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.http://www.bago.com.bo/sbp/revista_ped/Vol43_1/html/noma.html; CASO CLINICO. Noma. Presentación de un caso; Sociedad Boliviana de Pediatría; Revisado en fecha 13 – 11-2010
- 2.<http://www.ops.org.bo/textocompleto/rn/AIEPI1841.pdf> ; S.T. ; S.A Revisado en fecha 16 – 11 -2010
- 3.http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/folia/vol15_n1/noma.htm; Folia Dermatol. vol.15 no.1 Lima Jan./abr. 2004; Círculo Dermatológico del Perú; Revisado en fecha 16- 11-2010
- 4.<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/cervicalcancer.html>; NOMA; A.D.A.M., Inc. ; Medlineplus enciclopedia medica. Revisado en fecha 16- 11-2010