

Enfermedad periodontal.

Enfermedad periodontal.

Caso práctico



Claudia sigue trabajando en el centro de salud. Después de un período de adaptación, se ha integrado perfectamente en el gabinete. Sabe que debe mucho a **Elena**, su compañera de trabajo, que le ha ayudado tanto en estas semanas.

Elena ha decidido que las listas de consulta se las repartan, una vez que ha comprobado que **Claudia** puede asumir tareas perfectamente, tales como la exploración dental, las tartrectomías y los sellados.

Claudia, hoy, al recoger la lista de pacientes, ha visto que vendrá Marina, que es una compañera de estudios.

-¡Qué sorpresa! Cuánto tiempo sin verla. Estoy deseando hablar con ella y saber como se encuentra, si está trabajando, etc. Además, ¿por qué pediría cita? -Piensa **Claudia**.

Sigue repasando la lista de pacientes y ya se pone a trabajar. Hoy será un día intenso, tiene muchos niños en consulta, y la verdad, son siempre agotadores. Está contenta porque volverá a ver a Marina, pero a la vez, preocupada, porque no sabe que le estará pasando para acudir a consulta, ya que es una titulada en Higiene Dental y, salvo problemas mayores, estará capacitada para resolver pequeños problemas orales.

La jornada de trabajo va a comenzar y prepara todo el material e instrumental para iniciar la consulta. No deja de pensar en Marina:

-¿Qué le estará pasando? Es raro que venga aquí a la consulta si trabaja en una alguna clínica dental...

En esta unidad didáctica se abordará la patología periodontal, iniciando la unidad con un repaso de la anatomía del periodonto. Posteriormente vamos a estudiar la patología más frecuente que afecta a los tejidos periodontal. Está relacionada con los procesos inflamatorios de la encía y del aparato de inserción dental, derivados de procesos infecciosos relacionados con la acumulación de placa dental y flora periodontal patógena subgingival.



Citas para pensar

Cornelius Celsus, aproximadamente en el año 40 después de Cristo, fue autor de una enciclopedia médica donde incluyó recomendaciones de higiene bucodental y salud general: "*Si los dientes son negros y cubiertos de sarro, es preciso rasparlos y después frotarlos con una mezcla de hojas de rosas con nuez de agalla y otro tanto de mirra. Es preciso enjuagarse la boca con vino puro, tener la cabeza cubierta, pasear, darse fricciones en la cabeza y evitar los alimentos ácidos*".

Cornelius Celsus. Libro VIII, capítulo XII.



Materiales formativos de FP Online propiedad del Ministerio de Educación y Formación Profesional.

[Aviso Legal](#)

1.- Anatomía y fisiología del periodonto.

Caso práctico



Claudia está realizando las consultas de la mañana. Ha tenido numerosas revisiones infantiles y está cansada. En la sala de espera le aguarda Marina, compañera de estudios del ciclo de Higiene Bucodental, y que va a entrar en consulta. Es su turno. **Claudia** le dice:

-Qué maravilla, volver a vernos. ¿Cómo estás? ¿Trabajas?

Marina está triste y preocupada, y le comenta:

-Estoy de baja, trabajo en una clínica dental, pero estoy embarazada y tengo un embarazo de riesgo. Además, presento continuos sangrados gingivales. Por eso vengo aquí, no me gusta ir a la consulta en la que trabajo, estando de baja.

Claudia responde:

-¡Enhorabuena por el embarazo! Vamos a explorarte y a ver cómo estás. Empezamos por la historia clínica, como ya sabes. El sangrado ¿lo relacionas con el embarazo?

Marina se queda pensando y dice:

-La verdad, es que tenía sangrado provocado por el cepillado, de vez en cuando. Pero ahora es espontáneo.

Claudia le dice:

-Si te parece bien, te hago yo la historia pero te explorará mi compañera, **Elena**. Es una gran profesional y tiene más experiencia que yo.



Para empezar el estudio del periodonto, debemos conocer una serie de conceptos y funciones de las distintas estructuras del mismo.

El **periodonto** ("peri" alrededor, "odonto"diente) engloba a todos los tejidos y estructuras que protegen y proporcionan soporte a la raíz del diente. Se diferencian dos tipos:

- **Periodonto de protección:** Formado por la encía. Su función primordial es proteger (de ahí el nombre) las restantes estructuras periodontales de las agresiones externas.
- **Periodonto de inserción:** Integrado por el cemento, el ligamento periodontal y el hueso alveolar. Su función es servir de inserción (de ahí el nombre) y soporte al diente.

Las funciones más importantes del periodonto son:

- Proporcionar inserción del diente en el alveolo.
- Soportar y dispersar las fuerzas que se generan en la masticación.
- Soportar los cambios estructurales relacionados con el envejecimiento y el desgaste. Para ello el periodonto está en un permanente proceso de remodelación y regeneración.

La **encía** es la parte de la mucosa oral que cubre los procesos o apófisis alveolares de los maxilares superior e inferior. Se pueden distinguir 3 áreas:

- **Encía marginal o libre:** Rodea el diente como un anillo en la zona de la unión amelocementaria, el surco gingival lo separa de la encía insertada. Tiene 1 cm de ancho.
- **Encía insertada o adherida:** Se sitúa a continuación de la encía libre. Es firme y se fija al periostio. Va desde la unión mucogingival al fondo del surco gingival o bolsa periodontal.
- **Encía interdientaria:** Se sitúa entre los dientes formando la **papila gingival**. Tiene forma triangular y según la zona se denominará papila vestibular, lingual e interdental.

Para saber más

En el siguiente enlace puedes encontrar más datos sobre el periodonto y sus características.

http://www.slideshare.net/slideshow/embed_code/1873782

[Resumen textual alternativo](#)

2.- Etiología de la patología periodontal: gingivitis y periodontitis.

Caso práctico



Claudia ha llamado a **Elena** para explorar a **Marina**. **Elena** le pregunta a **Claudia** por los datos de la historia clínica de Marina. Comprueban que tiene, en general, una buena salud, aunque presenta hábitos que propician la patología oral, tales como el tabaco y morderse las uñas.

Elena le pregunta:

-**Marina**, ¿cuánto fumas al día?

Marina le responde:

-Al quedarme embarazada lo he dejado, pero fumaba una cajetilla diaria, más o menos. Por favor, no me riñáis, ya sé que es una barbaridad, tanto para mí salud en general, como, específicamente, para mi boca.

Elena contesta:

-**Marina**, parece mentira, con tu profesión, en la que ves todo tipo de casos clínicos asociados al tabaquismo. En fin, vamos a explorar particularmente el periodonto, pero ya sabes que posiblemente el sangrado pueda estar asociado al hábito de fumar y, además el embarazo, también influye.



En este tema vamos a estudiar la patología más frecuente que afecta a los tejidos periodontales y que está relacionada con los procesos inflamatorios de la encía y del aparato de sujeción dental relacionados con la acumulación de placa dental, [cálculo](#) y [flora](#) periodontal patógena subgingival.

Antes de adentrarnos en el estudio de la patología periodontal, deberás conocer las principales características que definen las dos entidades que conforman la patología periodontal: Gingivitis y Periodontitis.

GINGIVITIS: es un proceso inflamatorio de la encía en el que el [epitelio](#) de unión permanece unido al diente en el lugar original, es decir, su porción más profunda o apical está unida al esmalte o cerca de la unión amelocementaria.

PERIODONTITIS: es la patología que aparece cuando ocurre la migración apical del lugar de inserción del epitelio de unión en el diente, que pasa a situarse sobre la porción radicular, acompañándose de la pérdida de inserción del ligamento periodontal y del soporte que el hueso alveolar proporciona al diente. Vulgarmente se la conoce como "piorrea".

En la [etiología](#) de las periodontitis y de las gingivitis podemos distinguir dos grandes grupos de causas:

Causas locales: son las que más importancia tienen en la génesis de estas patologías:

- Factores iniciadores: la placa bacteriana.
- Factores modificadores:
 - Flujo y volumen salivar.
 - Cálculo dental.
 - Oclusión traumática.
 - Maloclusión.
 - Respiración bucal.
 - [Impactación](#) alimenticia.
 - Odontología defectuosa.
 - Hábitos inadecuados.

Causas sistémicas: son, todos ellos, modificadores del proceso patológico y se pueden clasificar en:

- Problemas hormonales.
- Problemas nutricionales.
- Enfermedades sistémicas.
- Alteraciones hematológicas.

Debes conocer

Como ampliación y con una presentación más gráfica te proponemos la siguiente presentación sobre las diferencias más significativas entre encía sana y enferma.

http://www.slideshare.net/slideshow/embed_code/584938

[Resumen textual alternativo](#)

2.1.- Factores locales iniciadores. Placa dental o bacteriana.



La placa dental ya fue tratada en otras unidades, ahora sólo haremos hincapié en algunos aspectos que no se comentaron. Aún así, es importante que recuerdes que la placa dental es un depósito que se produce en la superficie dentaria, adherente y estructurado, de color gris amarillento, formado por bacterias unidas entre sí mediante [glucoproteínas](#) de la saliva y [polisacáridos](#) extracelulares (por ejemplo, glucanos, fructanos) producidos por las propias bacterias, y que no puede ser eliminado con un simple enjuague, sino que precisa de un sistema mecánico, como por ejemplo el cepillado, para su [remoción](#). Puede ser supra y subgingival (ésta última cobra mayor importancia en la génesis de las gingivitis y/o periodontitis).

La placa dental es el factor necesario para que se inicie el proceso de gingivitis o de periodontitis y, sin ella no se producirían estas patologías, aunque estén presentes los demás factores.

Es importante que conozcas el concepto de **materia alba**, que es una cubierta adquirida de origen bacteriano, sin organización definida, de color blanquecino o gris amarillenta, que se deposita en los márgenes gingivales, en la superficie de restauraciones dentales y protésicas y en la superficie dental.

Se caracteriza por:

- Está poco adherida a la superficie del diente por lo que es fácil eliminarla con un chorro de agua.

- Está compuesta por bacterias, células epiteliales de descamación, [leucocitos](#), depósitos salivales, restos alimenticios y productos bacterianos.
- Se acumula sobre todo en los lugares donde es más difícil realizar la higiene bucodental (apiñamientos).

Podemos diferenciar estos tipos de placa:

- **Placa adherida:** Unida al diente, tiende a calcificarse.
- **Placa no adherida:** No llega a unirse al diente, y avanza en sentido apical contribuyendo a la periodontitis.
- **Materia alba:** Capa bacteriana adquirida, consiste en un depósito amarillo o blanco-grisáceo, blando y pegajoso, con menos capacidad de adhesión que la placa bacteriana. Se deposita sobre obturaciones, margen gingival,...

Para saber más

En este artículo podrás conocer los microorganismos causantes de las enfermedades del periodonto.

[Microorganismos de la placa dental relacionados con la etiología de la periodontitis.](#)

Autoevaluación

Señala la respuesta correcta:

- El ligamento periodontal pertenece al periodonto de protección.
- En la gingivitis el epitelio de unión permanece unido al diente.

- En las periodontitis nunca existe pérdida de inserción del ligamento periodontal.
- La presencia de placa dental no es imprescindible para la aparición de periodontitis.

Retroalimentación. Incorrecto. El ligamento periodontal pertenece al periodonto de inserción.

Correcto. En las gingivitis no hay migración del epitelio de unión.

Incorrecto. En las periodontitis, una de las características fundamentales es la pérdida de inserción del ligamento periodontal.

Incorrecto. En las periodontitis el factor iniciador es la presencia de placa dental.

Solución

1. Incorrecto
2. Opción correcta
3. Incorrecto
4. Incorrecto

2.2.- Factores locales modificadores.



En este apartado reconocerás alguno de los factores que influirán en la presencia o no de placa dental:

Flujo y volumen salival. El flujo salival tiene un ritmo [circadiano](#) (es decir, que en condiciones normales experimenta variaciones que se repiten cada día): El flujo mínimo se produce durante el sueño y el máximo después de las comidas. Diariamente se producen alrededor de un litro a litro y medio de saliva.

La saliva ejerce un efecto protector sobre la salud periodontal porque:

- Contribuye a la remoción de los residuos alimentarios (efecto limpiador).
- Contiene sustancias que neutralizan los ácidos producidos por la placa bacteriana.
- La mucina salivar es una glucoproteína que recubre todas las mucosas como una película protectora.
- Contiene sustancias bactericidas: tales como la [lisozima](#), catalasas, [inmunoglobulina A](#), etc.

El flujo y el volumen salivares influyen, de forma inversamente proporcional, en la aparición de la enfermedad periodontal.



Cálculo dental ("sarro"). Es una masa de placa bacteriana, mineralizada o en proceso de mineralización, cubierta en su superficie externa por placa bacteriana no mineralizada que se le adhiere fuertemente. Puede ser supragingival e infragingival.

Oclusión traumática. Son muchas las causas de [trauma oclusal](#), pero en general, cualquier trastorno que dificulte que las fuerzas oclusales se dirijan normalmente, o que genere fuerzas frecuentes continuas y excesivas sobre uno, o algunos dientes, y que pueden causar daño sobre las estructuras de soporte. Destacan dientes rotados, malposición dentaria, [bruxismo](#), [onicofagia](#), restauraciones mal ajustadas, etc.

Respiración bucal. Cuando el paciente respira por la boca se producen dos efectos:

- Disminuye la acción normal de limpieza de la saliva. Esto favorece la acumulación de placa en las superficies vestibulares y linguales de los incisivos superiores.
- Se pueden deshidratar los tejidos y se deteriora su resistencia.

En definitiva, estas situaciones se pueden asociar con gingivitis, [hipertrofia](#) y [edema](#) en las regiones citadas anteriormente.

Impactación alimentaria. Es la introducción forzada de alimentos en los espacios interproximales.

Odontología defectuosa. Prótesis mal diseñadas, restauraciones defectuosas, tratamientos [ortodóncicos](#) fijos o removibles, etc.

Hábitos inadecuados. Por ejemplo, morder objetos duros (lápices, bolígrafos...), onicofagia, tocar instrumentos musicales de viento, fumar, piercing, etc.

Debes conocer

En este enlace encontrarás un folleto informativo de las causas de enfermedad periodontal, así como otras cuestiones importantes en el conocimiento de esta patología.

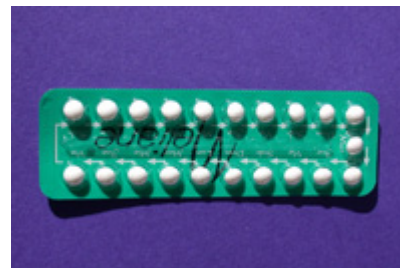
[Enfermedad periodontal.](#)

2.3.- Factores sistémicos.

Ahora comprobarás que enfermedades, estado nutricional, etc., van a influir en la aparición de gingivitis y/o periodontitis.

Factores hormonales:

- Embarazo: existe una relación entre la concentración de hormonas y las alteraciones gingivales. Con frecuencia aparece una masa tumoral de localización interproximal, denominada **tumor, épuli o granuloma del embarazo**.
- Uso de anticonceptivos: en los anticonceptivos se usan [progestágenos](#) que pueden producir alteraciones hormonales parecidas a las del embarazo.
- Gingivitis de la pubertad: se produce un aumento de tamaño de los tejidos dentales como respuesta exagerada a la irritación que produce la placa bacteriana. Esta alteración aparece por igual tanto en hombres como en mujeres. Es mucho más visible en la papila interdental.
- Ciclo menstrual: en ocasiones puede acompañarse de alteraciones gingivales como sangrado gingival más fácil e incremento del fluido en el [surco gingival](#). Estas alteraciones suelen existir durante cuatro o cinco días.



Problemas nutricionales: las deficiencias nutricionales no producen gingivitis ni enfermedad periodontal, pero sí pueden alterar la evolución de las patologías producidas por la placa bacteriana, dado que hacen más deficiente la respuesta de los tejidos a los irritantes que proceden de la misma.



Enfermedades sistémicas:

- **Diabetes:** la diabetes, por sí misma, no es la responsable de la aparición de gingivitis o enfermedades periodontales, pero la respuesta de los tejidos, están alteradas y, por lo tanto, las manifestaciones serán más intensas y graves que en otros pacientes no diabéticos; siendo también más lentos los procesos de cicatrización.
- **Epilepsia:** en esta enfermedad es necesario hacer hincapié en el tratamiento al que se somete el paciente durante periodos prolongados de tiempo (incluso, a veces, toda la vida), consistente en la administración de [hidantoínas](#). Estos tratamientos provocan una [proliferación](#) gingival, más importante en las piezas anteriores que en las posteriores y afectando sobre todo a la superficie vestibular.
- **Enfermedades hematológicas:** [anemias](#), [leucemias](#), [neutropenias](#), [hemofilia](#), etc. Por sí mismas estas alteraciones no producen gingivitis ni periodontitis, pero pueden producir alteraciones en los tejidos gingivales que alteren la respuesta a la placa bacteriana.

Para saber más

El siguiente enlace te mostrará la relación entre enfermedad periodontal y otras enfermedades.

Autoevaluación

De entre los siguientes factores, ¿Cuál sería factor local modificador de patología periodontal?

- Cantidad de saliva.
- Tratamientos farmacológicos.
- Diabetes.
- Hemofilia.

Correcto. Tanto el flujo como el volumen salival es un factor modificador del periodonto.

Incorrecto. Algunos fármacos, como por ejemplo los antiepilépticos o algún antihipertensivo, pueden provocar alteraciones en el periodonto, pero son factores sistémicos.

No es correcta. La diabetes se considera un factor sistémico y no local que influye en el periodonto.

Incorrecto. La hemofilia se considera un factor sistémico y no local que influye en el periodonto.

Solución

1. Opción correcta
2. Incorrecto
3. Incorrecto

4. Incorrecto

3.- Enfermedades gingivales: gingivitis.

Caso práctico



Claudia y **Elena**, han estado explorando a **Marina**. El periodonto está seriamente dañado. Hay inflamación, sangrado y dolor a la exploración.

Claudia le comenta que, la observación de la encía es típica, cuando menos, de una gingivitis y, aunque, no existe gran cantidad de placa, van a valorar el hacerle una [tartrectomía](#). Elena le pregunta:

-**Marina**, ¿de cuánto tiempo estás embarazada?

Marina comenta que está de 18 semanas y media y, que, antes de quedarse embarazada, ha hecho una limpieza exhaustiva en la clínica.

Elena le comenta, que entonces, no le realizarán la limpieza con ultrasonidos, pero que va a tener que poner más de su parte para el cuidado oral y dedicarle tiempo y paciencia.



Como ya has visto al comienzo de la unidad, la gingivitis es un proceso inflamatorio de la encía en el que el epitelio de unión se mantiene unido al esmalte en la zona de la unión amelo cementaria. Es la patología periodontal más frecuente que puede producirse en cualquier persona como resultado de la acumulación de placa bacteriana en el margen gingival. Este proceso cursa con los siguientes cambios en la encía:

- Cambios en el color: pasa de sonrosada a rojo azulada.
- Cambios en la forma: de ser delgada, con borde afilado, cambia a edematosa con las papilas interdentes abultadas.
- Cambios en la posición gingival: el margen gingival se eleva dando la impresión de que la corona dentaria queda más hundida en la encía.
- Cambios en la textura de la superficie: se pierden o disminuyen mucho las depresiones gingivales que le dan a la encía sana el aspecto de piel de naranja.
- Aparición de hemorragias espontáneas o con una leve presión.
- Presencia de [exudado](#) en el surco.
- Ausencia de [bolsas periodontales](#). Pero sí es posible ver "pseudobolsas" por la separación del margen gingival, que avanza en dirección incisal u oclusal.

Se distinguen las siguientes fases evolutivas en la gingivitis:

1. Primera fase, de comienzo o **gingivitis inicial**: en esta fase las alteraciones se inician en la papila interdental, pero de ahí se diseminan y llegan a rodear todo el diente. La lesión comienza entre dos y cuatro días después de abandonar las medidas higiénicas. Se observa un incremento en la salida de fluidos en el surco.
2. Segunda fase o **gingivitis temprana**: en esta fase se observa que el fluido gingival sigue aumentando, se debilita el sellado que el anillo gingival ejerce sobre la superficie dentaria, la papila se vuelve roja, se inflama y sangra con el [sondaje](#).
3. Tercera fase o **gingivitis establecida**: la encía esta roja, inflamada y sangra con facilidad o espontáneamente.

Debes conocer

Para que conozcas en imágenes los cambios que se producen desde una encía sana a una encía inflamada.

http://www.slideshare.net/slideshow/embed_code/7351779

[Resumen textual alternativo](#)

3.1.- Tipos de gingivitis.



Entre las distintas formas de presentación de las gingivitis debes conocer las siguientes:

- **Gingivitis marginal aguda o crónica:** Es la primera reacción de la encía frente a la placa bacteriana y se corresponde con las características de la gingivitis inicial.
- **Pericoronaritis:** Es un cuadro inflamatorio que se presenta alrededor de la encía que rodea a la corona de un diente que está en fase de erupción. Este cuadro aparece sobre todo en los terceros molares.
- **Gingivitis descamativa crónica:** Es un cuadro que puede aparecer en mujeres que están en la menopausia. La encía está roja, edematosa y duele al masticar, sobre todo si los alimentos están excesivamente condimentados. En la zona afectada la encía se despegue y forma una [ampolla](#). El tejido que queda por debajo, cuando ésta rompe, es muy doloroso y sangra.
- **Hiperplasia gingival:** Es un aumento de tamaño de la encía que se corresponde con la acción de factores medicamentosos (hidantoínas) o endocrinos (tumor del embarazo).
- **Gingivitis ulceronecrotica aguda (GUNA):** Es un cuadro que aparece con más frecuencia entre los jóvenes. Los gérmenes que se encontraron con más frecuencia y a los que se les considera responsables son las [espiroquetas](#) y bacterias fusiformes. Además se

identifican como factores favorecedores o predisponentes:

- La mala higiene bucal: Es el factor principal.
- La tensión psíquica excesiva (por ejemplo, épocas de exámenes).
- Situaciones de guerra.
- La desnutrición, sobre todo cuando existen importantes déficits vitamínicos.
- El tabaco: Debido a la nicotina y a los irritantes locales que proceden de los alq uitranes que se forman en la combustión.

Suele empezar por un dolor gingival y un cambio del color gingival en la zona afectada. La lesión afecta sobre todo a las papilas interdentes, que pueden quedar destruidas en pocos días, y la apariencia de estas papilas hace que se las denomine "papilas decapitadas". Aparecen unas úlceras que tienen forma de sacabocados que empiezan en el vértice de la papila y de ahí avanzan afectando a toda a papila y a la encía marginal. Estas úlceras se cubren de un exudado gris-amarillento, que se denomina pseudomembrana. Esta pseudomembrana está formada por bacterias, células epiteliales y leucocitos muertos.

Es fácil desprenderla y al hacerlo, deja una superficie dolorosa y sangrante. Las lesiones pueden evolucionar hacia una periodontitis ulcerosa, con pérdida del hueso alveolar y de la inserción, en la región interdental.



Para saber más

El siguiente artículo te presentará diferentes tipos de gingivitis.

[Tipos de gingivitis.](#)

3.2.- Pronóstico y terapéutica de las gingivitis.

El pronóstico, como ya sabes, es bueno si se consigue que el paciente colabore con las medidas higiénico-sanitarias precisas y la eliminación de malos hábitos.



La siguiente tabla te ayudará a comprender el tratamiento idóneo según la clínica de las distintas gingivitis:

Resumen clínico-terapéutico de las gingivitis infecciosas

Patología

Gingivitis asociadas con placa bacteriana, sin factores favorecedores

Datos clínicos más significativos

- Enrojecimiento.
- Aumento de volumen.
- [Sensibilidad](#) térmica.
- Sangrado.

Resumen terapéutico

- Modificar las técnicas de higiene para mejorar la misma.

Patología

Gingivitis asociadas con placa bacteriana, con factores favorecedores

Gingivitis asociadas con patología sistémica.

Enfermedades gingivales asociadas y alteradas por el consumo de medicamentos.

Datos clínicos más significativos

- Enrojecimiento.
- Aumento de volumen.
- Sensibilidad térmica.
- Sangrado
- Factores favorecedores como:
Restauraciones defectuosas, malposiciones dentarias, etc.

- Enrojecimiento.
- Aumento de volumen.
- Sensibilidad térmica.
- Sangrado.

- Enrojecimiento.
- Aumento de volumen.
- Sensibilidad térmica.
- Sangrado.

Resumen terapéutico

- Modificar las técnicas de higiene.
- Actuación sobre los factores favorecedores para eliminarlos o minimizarlos:
- Pulido de obturaciones, etc.

- Modificar las técnicas de higiene.
- Actuación sobre la patología sistémica.
- [Gingivectomía](#).

- Modificar las técnicas de higiene.
- Supresión o sustitución del medicamento por otro sin acción sobre la encía.

Autoevaluación

Completa los huecos:

a. Las pseudobolsas periodontales son propias de las .

- b. Las úlceras en sacabocados son típicas de un tipo de gingivitis conocida como .
- c. Cuando la encía sangra espontáneamente, corresponde a la fase o tercera fase de la gingivitis.
- d. La inflamación gingival de una pieza dentaria en erupción se denomina .

Enviar

Las pseudobolsas o bolsas falsas están presentes en algunas gingivitis. En la GUNA la lesión típica es la úlcera en sacabocados. En la tercera fase o gingivitis establecida la encía sangra sin ningún estímulo, espontáneamente. La pericoronaritis es la inflamación gingival de una pieza que está erupcionando. Es muy típica en la erupción del tercer molar o molar cordal.

3.3.- Indices gingivales

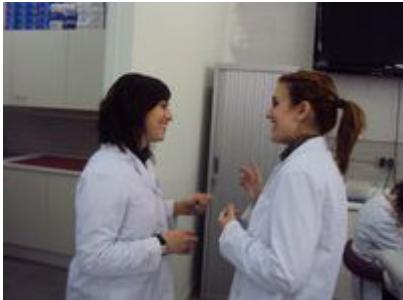
Desde hace tiempo, para catalogar o evaluar la gingivitis, se realizan una serie de indices, entre ellos, los mas importantes y empleados son:

- **Índice de Loe&Silness (1967):** Mide la gravedad de la respuesta inflamatoria alrededor de todos los dientes. Cada diente es dividido en 4 caras, para ser analizado (vestibular, lingual, mesial y distal).
 - Escala:
 - 0: encía normal, no inflamada, sin cambio de color y sin sangrado.
 - I: inflamación leve, ligero cambio de color, ligero [edema](#), no sangrado al sondear.
 - II: inflamación moderada, enrojecimiento, presencia de edema, y sangrado al sondaje y a la presión.
 - III: inflamación marcada, aumenta el enrojecimiento, edema, ulceración, hemorragia espontánea y úlceras espontáneas.
- **Índice de Saxer & Mühlemann (PBI):** Fue desarrollado en 1975, se trata de un índice sobre el grado de gravedad de la inflamación gingival. Solo se exploran las papilas por su cara vestibular.
 - Escala:
 - 0: No sangrado.
 - 1: Solo existe un punto hemorrágico en la papila.
 - 2: Línea fina o varios puntos hemorrágicos.
 - 3: El triángulo interdental se llena mas o menos de sangre.
 - 4: Hemorragia profusa inmediata al sondaje.
 - Después de sondear, se debe esperar 15 segundos, antes de realizar las mediciones.
 - PBI = sumatorio de los valores registrados/ número de papilas analizadas (máximo 28).
- **Índice de Lindhe (IG-s):** fue desarrollado en 1983, consiste en pasar la sonda periodontal por la zona crevicular, y anotar, si se produce sangrado o no.

- Se debe esperar entre 15-30 segundos para la lectura.
- IG-s= número de puntos sangrantes/ número de superficies analizadas (máximo de 100) X 100.

4.- Periodontitis. Tipos.

Caso práctico



Marina ya se ha ido de la consulta. Volverá mañana, para que la atienda el periodoncista del servicio de salud y darle las recomendaciones terapéuticas y, asegurarse que en la familia más cercana nadie ha padecido periodontitis.

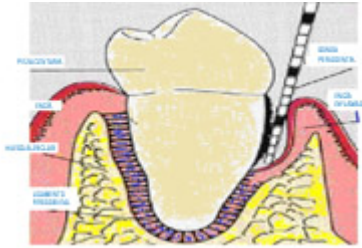
Claudia y **Elena**, mientras están trabajando, comentan el caso de Marina. **Claudia** comenta:

-La verdad, es que tenía las encías bastante dañadas. Recuerda que sangraban espontáneamente, solo al sonreír. ¿Tenía bolsas?

Elena dice:

-Al pasar la sonda, yo creo que eran pseudobolsas, pero no podría asegurarlo. El periodoncista, seguramente, realizará un periodontograma, además de radiografías, y valorará el estado periodontal.

Claudia piensa que se alegró mucho de verla, pero que se da cuenta que está pasando una situación complicada, posiblemente asociada al consumo de tabaco y, empeorada, por la situación hormonal que genera el embarazo.



La enfermedad periodontal constituye, como ya sabes, el grupo de padecimientos más frecuente del aparato de inserción periodontal.

Aparece cuando ocurre la migración o movimiento apical del lugar de inserción del epitelio de unión en el diente, que pasa a situarse sobre la porción radicular, acompañándose de la pérdida de inserción del ligamento periodontal y del soporte que el hueso alveolar proporciona al diente.

Estos procesos inflamatorios raramente cursan un dolor intenso, por lo que muchos pacientes los padecen sin ser conscientes de ello.

Los primeros signos y síntomas que aparecen en las fases más tempranas de la enfermedad son:

- Enrojecimiento e hinchazón de la encía y sangrado de las encías al cepillarse los dientes o de un modo espontáneo.
- Cuando las alteraciones periodontales han evolucionado a periodontitis, suelen aparecer otros síntomas tales como:
 - Retracción de las encías, sensación de "dientes más largos".
 - Movilidad de los dientes.
 - Separación de los dientes de la encía (bolsa periodontal).
 - Aumento de la sensibilidad dentaria, sobre todo al frío.
 - Sensación de quemazón y dolor de encías.
 - Mal aliento.
 - Aparición de [abscesos](#) en la encía.

Distinguiremos distintos tipos de periodontitis:

- Periodontitis crónica o del adulto.
- Periodontitis agresiva.
- Periodontitis juvenil.
- Periodontitis rápidamente progresiva.
- Periodontitis como manifestación de una enfermedad sistémica, por ejemplo la periodontitis relacionada con el VIH o SIDA.
- Otros: [Periimplantitis](#).

Debes conocer

En este artículo podrás conocer las manifestaciones clínicas de la periodontitis y los tipos de enfermedad periodontal.

[Periodontitis, clasificación y clínica.](#)

4.1.- Periodontitis crónica o del adulto.



Debes saber que constituye alrededor del 95 % de todas las periodontitis.

Suele afectar a individuos de 35 años o mayores, pero también puede afectar a niños.

La producen gérmenes específicos, sobre todo [anaerobios](#), que colonizan al área subgingival y destruyen los tejidos de la zona en sucesivos ataques periódicos. Bacteroides gingivalis, Bacteroides intermedius, Bacteroides gingivalis, etc.

Cuando las defensas del individuo se ven superadas por el número de bacterias, los gérmenes proliferan y comienza la sintomatología.

Las manifestaciones clínicas están en relación con:

- La aparición de bolsas periodontales.
- Pérdida de inserción apical a la unión amelo cementaria.
- Presencia de calculo supragingival.

Puede ser:

- Leve: Afectación de menos del 30% de las superficies.

- Generalizado: Afectación de más del 30% de las superficies.
 - Leve: Existe una pérdida de inserción de 1-2 milímetros.
 - Moderado: Existe una pérdida de inserción de 3-4 milímetros.
 - Severo: Existe una pérdida de inserción de más de 5 milímetros.

Estos dos hechos pueden aparecer en cualquiera de las superficies dentales, bien sean uni o multirradiculares y también aparecen en las [furcaciones](#) de estas últimas.

En etapas posteriores aparece:

- Movilidad dentaria.
- Movilidad patológica: generalmente los dientes anteriores se aproximan a los labios.
- Las bolsas sangran a la exploración.
- La encía presenta los cambios correspondientes al proceso inflamatorio: enrojecimiento, [tumefacción](#).
- Aparecen alteraciones radiológicas consistentes en pérdidas óseas verticales y horizontales:

El tratamiento con [raspaje](#) y [alisado](#) radicular suele dar buenos resultados aunque la colaboración del paciente no sea buena.

Para saber más

El siguiente artículo podrás conocer la clasificación actual de la periodontitis, así como las distintas características, clínica, diagnóstico y tratamiento.

[Periodontitis crónica.](#)

Autoevaluación

Lee el texto y completa los espacios en blanco.

La enfermedad periodontal aparece cuando se produce la migración del lugar de inserción del epitelio de unión dentario, que pasa a situarse sobre la porción del diente, acompañándose de la pérdida de inserción del periodontal y del soporte que el hueso proporciona al diente. La periodontitis del adulto se denomina, también, periodontitis . Las complicaciones de esta periodontitis son, fundamentalmente, la aparición de periodontales y dentaria.

Enviar

4.2.- Periodontitis agresiva.

Como ya comentábamos en la presentación de la periodontitis agresiva, existen dos tipos:

- **Periodontitis juvenil:**

Supone un 5 % de las periodontitis. Es rara su aparición antes de los 10 años, pero si lo hace, generalmente, suele estar asociada a enfermedades sistémicas graves (neutropenias, leucemias, etc.). Afecta más frecuentemente a las mujeres.

En las fases iniciales se afectan incisivos y primeros molares, aunque posteriormente lo hacen otras piezas.

El aspecto de la encía es muchas veces normal, con escasa placa supragingival.

La [microbiota](#) que predomina en las bolsas esta constituida por gérmenes anaerobios.

Sin tratamiento, la enfermedad evoluciona con rapidez hacia la destrucción de los dientes que se afectaron al principio: Incisivos y primeros molares.

El tratamiento instrumental, acompañado de [antibióterapia](#), frena la evolución y los daños óseos pueden recuperarse.

- **Periodontitis rápidamente progresiva o postjuvenil:**

Es una entidad rara, inferior al uno por ciento de todas las periodontitis. Puede empezar después de la pubertad y se diagnostica entre los veinte y los cuarenta años. También es más frecuente en las mujeres que en los hombres. Puede afectar a todos los dientes.

Cursa con brotes agudos que se cronifican. En el brote agudo se observa:

- Intensificación de la inflamación gingival.
- Hemorragia al sondaje.
- Exudado y salida de pus de las bolsas.

Sin tratamiento la evolución es muy rápida y lleva a la pérdida de los dientes. El tratamiento instrumental debe ser reforzado, en los casos graves, con la administración de antibióticos y antisépticos locales del tipo de la clorhexidina.



Ambas tienen estas características en común:

- Paciente sano
- Rápida pérdida de inserción y destrucción ósea.
- No relación con la cantidad de depósitos de placa bacteriana.
- Patrón hereditario.

Para saber más

En el siguiente vídeo puedes observar las causas de la periodontitis

<https://www.youtube.com/embed/Uv-E-LpcfgE>

[Resumen textual alternativo](#)

4.3.- Periodontitis como manifestación del VIH.



En la primera inspección es difícil diferenciar la Periodontitis relacionada con el VIH de la GUNA, ya que parece una GUNA superpuesta con una periodontitis de evolución rápida. Al hacer un estudio más detallado se observa que:

- Los individuos con VIH son conscientes de su estado de [seropositivos](#).
- Tienen otras manifestaciones de infección por VIH, además de [candidiasis](#), [leucoplasia vellosa](#) o [sarcoma de Kaposi](#).

Las características clínicas principales de la Periodontitis relacionada con el VIH son:

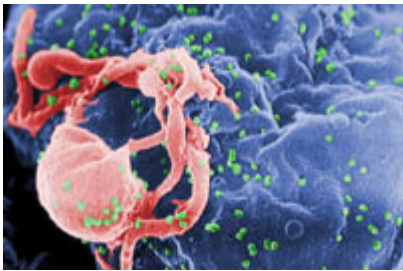
- [Eritema](#) intenso de la encía insertada y marginal.
- [Necrosis](#) interproximal, ulceración, que, a diferencia con la GUNA, no se limitan al área de las papilas y al margen gingival libre, sino que se extiende a la encía insertada y mucosa alveolar.
- Pérdida ósea muy rápida.
- Dolor intenso.

- Hemorragia gingival espontánea o nocturna.
- La encía libre es brillante, de color rojo oscuro, y, en la mayoría de los pacientes el margen gingival tiene un borde rojo lineal. Este signo es muy significativo de la periodontitis en pacientes con VIH.
- En los casos graves no existen bordes distintivos o separación entre la encía libre y la insertada.

Este tipo de periodontitis responde mal al tratamiento habitual. Los pacientes muestran una respuesta ligera al raspaje y alisado radicular, y, mejor a la aplicación de las técnicas de higiene bucal.

Los antibióticos suelen estar contraindicados porque aumentan el riesgo de [sobreinfecciones](#) por hongos (sobre todo, *Cándidas*), aunque el sistema inmunitario del individuo no esté muy afectado.

Para el mantenimiento a largo plazo se utiliza la clorhexidina.



Otras enfermedades sistémicas asociadas con la periodontitis, son:

- Hematológicas: Neutropenia adquirida, leucemias,...
- Genéticas: Síndrome Down, síndrome de Cohen.

Para saber más

En el siguiente artículo podrás conocer los aspectos más relevantes de las lesiones orales asociadas al VIH.

Autoevaluación

Relaciona cada característica clínica con el tipo de patología:

Ejercicio de relacionar

Característica clínica

Margen gingival con un borde rojo lineal.

Pseudomembrana y papilas decapitadas.

Aumento del tamaño de la encía.

No suele manifestarse antes de los 10 años y está asociada a enfermedades sistémicas.

Relación Patología

1. Periodontitis juvenil.

2. Periodontitis asociada a VIH.

3. GUNA.

4. Hiperplasia gingival.

Enviar

El borde rojo lineal en el margen de la encía es típico de la encía de pacientes con VIH. La GUNA se caracteriza por presentar úlceras que van decapitando las papilas dentarias y, posteriormente, se cubren por una pseudomembrana. Los aumentos de tamaño de las encías se pueden asociar a hiperplasias gingivales por fármacos, tumores, etc. La periodontitis juvenil se presenta antes de los 10 años y suele estar asociada a otras patologías, como neutropenias, agranulocitosis, etc.

4.4.- PUNA y absceso periodontal.



La PUNA (periodontitis ulcero necrótica aguda), tiene las siguientes características:

- Papila necrótica y ulcerada.
- Margen gingival recubierto por una pseudomembrana.
- Papila en crater.
- Sangrado provocado o espontáneo.
- Dolor y aliento fétido.
- Puede acompañarse de fiebre, malestar general y linfadenopatías.

Cuando se habla de absceso, nos referimos a una estructura que representa una colección de, generalmente, pus en un área determinada. En los tejidos dentarios o en los tejidos que rodean los dientes, es frecuente la aparición de abscesos.

El absceso periodontal es un área de inflamación localizada, con formación de pus en los tejidos periodontales. Lo producen microorganismos [piógenos](#), que posiblemente aprovechan la reducción en los mecanismos de resistencia del individuo debida a la acción de factores locales y/o generales. Entre estos factores hay que destacar:

- La obstrucción de la entrada a una bolsa periodontal profunda, generalmente tortuosa, o cuando se hace una eliminación incompleta de la placa y cálculo subgingival en las zonas profundas de la bolsa.
- Lesión gingival causada con un objeto extraño como puede ser:
 - La cerda de un cepillo dental.
 - Un palillo interdental.
 - Un raspaje subgingival mal hecho, etc.
- Infección de tejidos periodontales lesionados por:
 - Traumatismos dentales.
 - Presión excesiva de un dispositivo de ortodoncia.
 - Bruxismo.
- A partir de un proceso pulpar que:
 - Disemina en dirección coronal a partir del ápice.
 - Afecta al ligamento periodontal si se perfora la pared lateral del diente durante la realización de una endodoncia.
- Respuesta defectuosa ante un proceso infeccioso en un paciente con una enfermedad general que altera su respuesta inmune: diabetes, SIDA, etc.



El comienzo suele ser brusco, con un dolor pulsátil durante la masticación, la encía está inflamada y suele haber [adenopatías](#). En fases más avanzadas aparece el pus, que puede localizarse en la bolsa periodontal o acceder al hueso alveolar. La pérdida ósea puede ser rápida y extensa pero reversible si se hace un correcto tratamiento.

Si el absceso madura y se fistuliza, sale el pus y se alivian los síntomas.

Si no se fistuliza, la inflamación se disemina hacia los tejidos vecinos produciendo una [celulitis](#). Esta es una evolución frecuente en los pacientes con afectación del [sistema inmunitario](#).

En el caso de abscesos periodontales del maxilar superior, según la pieza afectada, la inflamación puede alcanzar a los labios, mejillas, región suborbitaria y párpado inferior (estas últimas localizaciones son especialmente peligrosas).

En el caso de abscesos periodontales del maxilar inferior, según la pieza afectada, la inflamación puede llegar al mentón, mejillas, ángulo de la mandíbula y cuello.

El tratamiento depende de la fase de desarrollo en la que se encuentre. Generalmente los objetivos iniciales son:

- Eliminar el dolor.
- Tratar la infección.

Cuando el absceso está maduro lo que se debe hacer es [drenarlo](#), generalmente con una [incisión](#) horizontal, en el lugar que presente una mayor acumulación de pus, o reabriendo la bolsa periodontal.

Debes conocer

En el siguiente enlace puedes ver una descripción de absceso periodontal e imágenes del mismo.

[Absceso periodontal.](#)

4.5.- Periimplantitis.

Habrás oído hablar sobre los implantes dentales de titanio. Se introduce, así, el término osteointegración para definir el anclaje directo del hueso al cuerpo del implante.

Como consecuencia de los implantes dentales, surge el término periimplantitis que se define como la afectación del hueso que soporta al implante debido a una [inflamación](#) o [infección](#) bacteriana.

La patología infecciosa periimplantaria es muy parecida a la patología periodontal en la interfase implante-encía, pero como el cierre epitelial en torno al implante no es hermético, es posible el paso de productos e incluso de bacterias a zonas más profundas.

La formación de placa bacteriana en la zona periimplantaria sigue el siguiente proceso: Las bacterias (cocos y bacilos grampositivos anaerobios facultativos), inicialmente, se adhieren a la superficie implantaria supragingival y posteriormente colonizan el surco periimplantario.

El *Streptococcus. sanguis* se adhiere con igual facilidad al esmalte o al titanio.

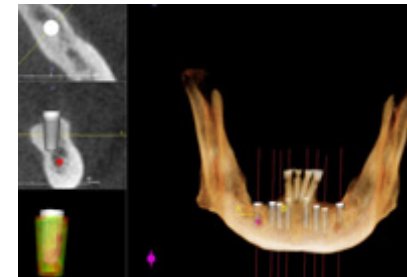
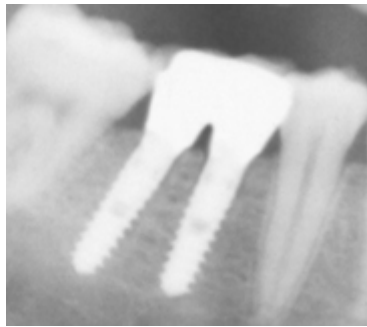
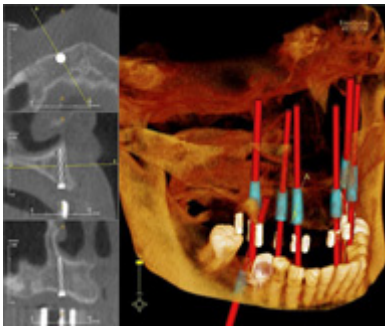
Desde un enfoque práctico, y, por lo que se sabe en la actualidad, los tejidos periimplantarios responden de forma parecida a los periodontales ante el ataque bacteriano, esto significa que **son inexcusables las medidas higiénicas de mantenimiento con un estricto control de la microbiota periimplantaria, si se pretende conseguir buen resultado a largo plazo.**

Cuando, superado el proceso postoperatorio, se produce una gingivitis periimplantaria se producen modificaciones en la microbiota de la zona: Disminuye de forma importante la presencia de cocos grampositivos anaerobios facultativos en la placa subgingival y aparecen [periodontopatógenos](#).

El uso prolongado de antibióticos por vía sistémica o irrigaciones frecuentes de clorhexidina facilita la aparición de gérmenes que generalmente son raros en la cavidad oral o no se comportan como patógenos habitualmente.

No obstante conviene tener presente que los implantes también pueden fracasar por otras causas que no son infecciosas:

- Fuerzas oclusales excesivas.
- Técnica quirúrgica incorrecta.
- Patología general que repercute en el periodonto.
- Hábitos inadecuados: Fumar.



Para saber más

En el siguiente enlace podrás encontrar datos sobre la periimplantitis.

[Periimplantitis, diagnóstico y tratamiento.](#)

5.- Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la patología periodontal.

Caso práctico



Claudia está con **Elena** y le pregunta qué tal le ha ido ayer con Marina, ya que ella estuvo en consulta con el periodoncista mientras exploraban a Marina. Elena le comenta el caso:

-El doctor le ha realizado una historia clínica más detallada. Le realizó un sondaje periodontal, radiografías, etc. y completó el periodontograma. El diagnóstico es una hiperplasia gingival, en principio. Además presentaba un pequeño épuli del embarazo, que nosotras no apreciamos, porque estaba enmascarado con el crecimiento gingival. Le hemos dado unas pautas de higiene domiciliarias, que ella ya conocía muy bien, y volverá a consulta próximamente.

Claudia está contenta porque el cuadro no reviste gravedad. Marina lo sabrá controlar perfectamente porque está preparada para ello y, además, el pronóstico es bueno.



Para evaluar la patología del periodonto en sus fases más leves (gingivitis) o más complicadas, tendrás que utilizar tus conocimientos y técnicas auxiliares. Se podría hacer una clasificación de las técnicas de diagnóstico en ambos procesos, de la siguiente forma:

- Diagnóstico de patología gingival:
 - Historia clínica: antecedentes personales, hábitos, situación actual, antecedentes familiares, etc.
 - Inspección o exploración de la encía: color, tamaño, aspecto, hemorragia, etc.
 - Pruebas complementarias: índices o grados de hemorragia, radiografías, [percusión](#), etc.
- Diagnóstico de patología periodontal:
 - Historia clínica: antecedentes personales, hábitos, situación actual, antecedentes familiares, etc.
 - Exploración del periodonto: color, tamaño, aspecto, hemorragia, movilidad, presencia de furcaciones o furcas, etc.
 - Sondaje periodontal.
 - Pruebas complementarias: índices de hemorragia, radiografías, percusión, etc.

Para saber más

En el siguiente artículo podrás observar los métodos diagnósticos de patología periodontal.

Autoevaluación

Es correcto afirmar que:

- El tratamiento de los abscesos periodontales es siempre el drenaje quirúrgico.
- La periimplantitis conlleva la destrucción ósea por agentes infecciosos.
- Una lesión gingival por un objeto (por ejemplo, palillo dental) jamás ocasionaría la aparición de un absceso periodontal.
- La historia clínica es un medio de diagnóstico secundario en la patología periodontal.

Incorrecta. El drenaje es una de las últimas fases del tratamiento, siempre si fracasa el tratamiento farmacológico.

Correcta. La periimplantitis es la destrucción del hueso que soporta al implante debido a una inflamación o infección bacteriana.

No es correcta. La manipulación del periodonto por objetos es una de las causas del origen de abscesos periodontales.

Incorrecta. La historia clínica es fundamental para valorar las causas que propiciaron la aparición de la patología periodontal. El conocimiento de las mismas favorecerá el adecuado tratamiento.

Solución

1. Incorrecto
2. Opción correcta
3. Incorrecto

4. Incorrecto

5.1.- Diagnóstico.

Al revisar toda la información sobre patología periodontal, te darás cuenta que, existen signos clínicos en gingivitis y en periodontitis comunes y, que otros, son muy similares, y que solo difieren en la gravedad del proceso.

Para evaluar ambas patologías se utilizan los mismos métodos diagnósticos:

- **Historia clínica detallada.** Se valorarán los antecedentes personales y familiares, así como la situación clínica actual del paciente (patologías que presenta, tratamientos que tiene prescritos, etc.).
- **Inspección de la encía.** Se valorarán los siguientes datos, que se resumen en la siguiente tabla:

Características, según inspección, de la encía normal e inflamada

Características	Encía	
	Normal	Inflamada
Color	Rosa pálido.	Rojo.
Tamaño	Borde cortado a filo de cuchillo.	Aumentado
Aspecto	Tipo piel de naranja.	Liso.
Consistencia	Firme.	Depresible.
Hemorragia	Ausente.	Presente al sondaje o espontánea.

- **Índice de hemorragia.** Lo verás reflejado en la siguiente tabla.

Índice de hemorragia

Grado Características**Signos clínicos**

0 Ausencia de hemorragia. No sangra al sondaje.

1 Presencia de hemorragia. Sangra al sondaje, de inmediato.

- **Sondaje periodontal.** La presencia de **bolsa periodontal** (profundización patológica del surco gingival en presencia de infección, con migración apical del epitelio de unión) es el signo más importante de diagnóstico de la enfermedad periodontal. Los tipos de bolsa periodontal se clasifican según dos factores:
 - De acuerdo a la relación del fondo de la bolsa con el hueso:
 - **Supraósea:** (supracrestal), es aquella en la que el fondo de la bolsa es coronal al hueso alveolar subyacente.
 - **Infraósea:** (subcrestal o intraalveolar), es aquella en la que el fondo de la bolsa es apical al nivel del hueso alveolar adyacente.
 - Según el número de superficies afectadas:
 - **Simple:** una superficie dentaria comprometida.
 - **Compuesta:** dos o más superficies dentarias comprometidas. La base de las bolsas está en comunicación directa con el margen gingival a lo largo de cada superficie afectada.
 - **Compleja:** Es una bolsa que se origina en una superficie dentaria y que da vueltas alrededor del diente afectando a otra cara o más. La única comunicación con el margen gingival está en la cara donde nace la bolsa.
- **Diagnóstico radiológico:** Ortopantomografía en la que se apreciará el posible compromiso óseo.
- **Realización del [periodontograma](#) y evaluación de cambios** en el mismo a lo largo de todo el tratamiento.



Para saber más

En la siguiente presentación puedes ver una descripción de las bolsas periodontales, tipos, contenido, sondaje, etc.

http://www.slideshare.net/slideshow/embed_code/2214887

[Resumen textual alternativo](#)

5.1.1.- Índices periodontales

A lo largo de la historia, se han usado diversos índices periodontales, con el objetivo de determinar la gravedad de la enfermedad periodontal, así como su pronóstico y tratamiento. Los más conocidos y empleados son los siguientes:

- **Índice periodontal de necesidades de tratamiento en una comunidad (CPITN):**
 - La boca se divide en sextantes, limitados por los caninos y excluyendo los terceros molares.
 - Para que un sextante sea válido, debe tener al menos dos dientes. Si solo tiene uno, se mete ese diente, en el sextante adyacente.
 - Dientes examinados:
 - En pacientes mayores de 20 años: se examinan 17, 16, 11, 26, 27, 21, 36, 37, 31, 46, 47, 41.
 - En pacientes menores de 20 años: se examinan 16, 11, 26, 31, 36, 46.
 - En pacientes menores de 15 años: solo se analiza el sangrado gingival y el cálculo.
 - Se analizan 6 puntos de sondaje en cada diente, posteriormente, de cada sextante se anota la peor puntuación.
 - Escala:
 - 0: ausencia de signos patológicos.
 - 1: sangrado al sondaje, no presencia de cálculo ni de bolsas periodontales.
 - 2: presencia de cálculo y/o obturaciones desbordantes.
 - 3: Existen bolsas periodontales de menos de 3,5 milímetros.
 - 4: Existen bolsas periodontales de más de 5,5 milímetros.
 - Códigos de tratamiento (índice NT):
 - 0: no necesita tratamiento (valor 0 de la escala anterior).
 - 1: instrucción de higiene oral (valor 1 de la escala anterior).

- 2: eliminación del cálculo + instrucciones de higiene + raspaje y alisado radicular (RAR) + profilaxis (valor 2,3 de la escala anterior)
- 3: tratamiento complejo: higiene + tartrectomía + RAR+ cirugía periodontal (valor 4 de la escala anterior).
- **Índice periodontal comunitario (CPI):** Fue desarrollado en 1997, se trata de una variante del índice CPITN, se introduce la pérdida de inserción
 - Se divide la boca de la misma forma, es decir en sextantes, pero en este caso para analizar un sextante tiene que contener dos dientes o más que no sean considerados de extracción. Si solo queda un diente en el sextante, este **no** se incluye en el adyacente.
 - A los códigos anteriores del CPITN, añadimos:
 - 0: existe una pérdida de fijación de 0-3 milímetros (LAC no visible y códigos CPITN de 0-3).
 - 1: existe una pérdida de fijación de 4-5 milímetros (LAC dentro de la banda negra de la sonda periodontal).
 - 2: existe una pérdida de fijación de 6-8 milímetros (LAC se encuentra entre el límite superior de la banda negra y el anillo amarillo de la sonda periodontal).
 - 3: existe una pérdida de fijación de 9-11 milímetros (LAC se encuentra entre los anillos de 8,5, amarillo, y el de 11,5 milímetros).
 - 4: existe una pérdida de fijación/inserción de más de 12 milímetros (LAC se encuentra más allá del anillo de 11,5 milímetros de la sonda periodontal).
 - X: sextante excluido (menos de dos dientes).
 - 9: sextante no registrable.

5.2.- Pronóstico.



Una vez se realiza el diagnóstico, la valoración y análisis del tratamiento, pasa por distintas fases que nos harán predecir el pronóstico. Éste se adivina en base a una serie de factores:

- **Cambio hacia hábitos de higiene dental más rigurosos.**
- **Adquisición de hábitos de vida saludables.** Abandono de hábitos nocivos (por ejemplo, tabaco, chupar palillos, morder objetos, etc.).
- **Valoración de la movilidad dental.** Según en qué grado esté, el pronóstico será mejor o no. Se distingue:
 - **Grado 0:** es la movilidad fisiológica que toda pieza tiene en condiciones normales. Oscila entre 0 y 0,2 milímetros.
 - **Grado 1:** oscila entre 0,2 y un milímetro en sentido horizontal.
 - **Grado 2:** oscila entre uno y dos milímetros en sentido horizontal.
 - **Grado 3:** existe movilidad tanto horizontal como vertical. El diente tiende a "caer".
- **Aparición de furcaciones o furcas.** Es un problema importante porque, además de la pérdida de soporte que implica su aparición, constituyen espacios en los que se pueden alojar gérmenes. Se determinan, lógicamente, en molares y se miden en grados:
 - **Grado 0:** puede existir bolsa, pero la sonda no puede acceder a la furcación.
 - **Grado 1:** la sonda penetra en la furcación hasta 3 milímetros en dirección horizontal.
 - **Grado 2:** la sonda penetra en la furcación más de 3 milímetros en dirección horizontal.
 - **Grado 3:** la furcación es permeable, se puede pasar con la sonda de un lado al otro.

Debes conocer

En el siguiente artículo se abordan las furcaciones dentales y su clasificación.

[Furcas dentales.](#)

5.3.- Tratamiento.



Debes conocer

Tratamiento de la enfermedad periodontal:

- Estudio periodontal: consiste en la realización de radiografías periapicales de los dientes y la medición de la profundidad de sondaje.
 - Se emplean 3 colores para el registro:
 - Amarillo: profundidad de sondaje de más de 5 milímetros
 - Rojo: profundidad de sondaje de 4-5 milímetros.
 - Negro: profundidad de sondaje de 1-3 milímetros.
 - Cuando la encía sangra, se registra con un rombo rojo, en cada papila que sangra.
- Estudio microbiológico, para mandar el antibiótico efectivo.
- Raspaje y alisado radicular (RAR), se trata de una limpieza periodontal profunda mediante curetas.

- Reevaluación: 4-6 semanas después del tratamiento.
- Seguimiento: A los 4-6 meses.

También existen tratamientos quirúrgicos, como la cirugía de colgajo, para la reducción de la bolsa periodontal.

Para saber más

- En la siguiente presentación se resumen todos los datos de la enfermedad periodontal.
[En la siguiente documento se resumen todos los datos de la enfermedad periodontal.](#)
- En el siguiente documento se muestran las pautas del examen básico de la enfermedad periodontal.
[Examen básico del periodonto.](#)

Autoevaluación

Relaciona cada característica con los grado de índice de hemorragia, movilidad o de furcación:

Ejercicio de relacionar

Característica

Oscila entre 1 y 2 milímetros de movilidad en sentido horizontal.

La sonda no accede a la furcación.

Sangra al sondaje.

Movilidad entre 0 y 0,2 milímetros.

Relación Grados

1. Grado 0 de movilidad.

2. Grado 2 de movilidad

3. Grado 0 de furca.

4. Grado 1 de índice de hemorragia.

Enviar

El conocimiento de las clasificaciones para índice de hemorragia, movilidad y furcaciones dentarias, se hace en base a grados (desde 0, que es la situación normal o fisiológica, hasta grados superiores, según la gravedad de la lesión).

Anexo I.- Cuadro resumen clínico-terapéutico de las periodontitis infecciosas.

Cuadro resumen clínico-terapéutico de las periodontitis infecciosas

Patología	Datos clínicos más significativos	Resumen terapéutico	Programa de mantenimiento
Periodontitis del adulto	<ul style="list-style-type: none"> • Aparición después de los 35 años. • Enrojecimiento. Aumento de volumen. • Sangrado. Sensibilidad térmica. • Retracción gingival. • Bolsa periodontal. Supuración. • Movilidad dental. • Destrucción ósea en la radiografía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las técnicas de higiene. • Raspado, alisado y pulido radicular. • Cirugía periodontal. • Control químico local. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisiones cuatrimestrales o semestrales. • Control mecánico de la placa.

Patología

Datos clínicos más significativos

Resumen terapéutico

Programa de mantenimiento

Periodontitis rápidamente progresiva

- Aparición antes de los 30 años.
- Enrojecimiento. Aumento de volumen.
- Sangrado. Sensibilidad térmica.
- Retracción gingival.
- Bolsa periodontal. Supuración.
- Movilidad dental.
- Destrucción ósea en la radiografía.

- Mejorar las técnicas de higiene.
- Raspado, alisado y pulido radicular.
- Cirugía periodontal.
- Control químico local.
- Antibioterapia.

- Revisiones trimestrales a semestrales.
- Monitorización microbiológica.

Patología

Datos clínicos más significativos

Resumen terapéutico

Programa de mantenimiento

Periodontitis juvenil

- Aparición alrededor de la pubertad.
- Enrojecimiento. Aumento de volumen.
- Sangrado. Sensibilidad térmica.
- Retracción gingival.
- Bolsa periodontal. Supuración.
- Movilidad dental.
- Destrucción ósea en la radiografía.

- Mejorar las técnicas de higiene.
- Raspado, alisado y pulido radicular.
- Cirugía periodontal.
- Control químico local.
- Antibioterapia.

- Revisiones trimestrales.
- Monitorización microbiológica.

Anexo.- Licencias de recursos.

Licencias de recursos utilizados en la l

Recurso
(1)

Datos del recurso (1)

Reci
(2)



Autoría: Michael Ottenbruch.

Licencia: CC by-sa.

Procedencia: <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:ZMO0393-001.jpg>

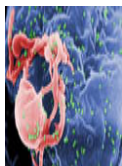


Autoría: Modteque.



Licencia: Dominio público.

Procedencia: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ulcerative_necrotizing_gingivitis.jpg



Autoría: CDC/C. Goldsmith.

Licencia: Dominio público.

Procedencia: <http://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:HIV-budding-Color.jpg>

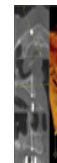


Autoría: CDC/ Sol Silverman, Jr., D.D.S.



Licencia: Dominio público.

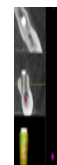
Procedencia: http://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:Kaposi%E2%80%99s_sarcoma_intraoral_AIDS_072_lores.jpg



Autoría: DZZI GmbH.

Licencia: CC by-sa.

Procedencia: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Xray_two_cylinders.jpg



Autoría: Guilarte C, Perrone M

--- Licencia: Acta Odontológica Venezolana ---

Procedencia: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2004/3/microorganismos_placa_dental_etiologia_periodontitis.asp

Autoría: Desconocida

--- Licencia: SEPA ---

Procedencia: <https://www.perioexpertise.es/sites/default/files/Asociacion-entre-enfermedad-periodontal.pdf>

--- Autoría: Sanz M, Tonett M. ---

Licencia: European Federation of Periodontology

Procedencia: http://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2019/08/Paper02_Periodontitis-01-Final_Castellano.pdf

Autoría: Top Doctors

--- Licencia: Creative Commons de Youtube -----

Procedencia: https://www.youtube.com/watch?v=Uv-E-LpcfgE&feature=emb_logo

Autoría: Desconocida

---- Licencia: Dominio público -----

Procedencia: https://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Absceso+Periodontal&lang=2

Autoría: Botero JE, Bedoya E

--- Licencia: Revista Clínica Periodoncia Implantología y Rehabilitación Oral -----

Procedencia: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072010000200007

Autoría: Desconocida

---- Licencia: Dominio público -----

Procedencia: <http://www.personales.ulpgc.es/mvicente.dcmq/Capitulo%209.-%20La%20enfermedad%20periodontal.pdf>