

Enfermedades periodontales

Autora: C.D. Ana Patricia Vargas Casillas

Profesora del Departamento de Periodoncia de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM.

La gingivitis (inflamación de la encía) y las enfermedades periodontales (destrucción de los tejidos que soportan al diente) son infecciones bacterianas crónicas que afectan a la encía y al soporte óseo de los dientes. La enfermedad periodontal puede dañar un diente o muchos. Empieza cuando las bacterias de la placa (la película amarillenta que constantemente se forma sobre los dientes) ocasionan que la encía se inflame, se torne de color rojizo y sangre fácilmente.¹

Si la gingivitis no es tratada puede avanzar hacia una periodontitis. Con el tiempo la placa se disemina y crece por debajo de la encía. Las toxinas estimulan una respuesta crónica inflamatoria, la cual progresa hacia el ligamento y hueso que sostienen a los dientes, destruyéndolos. La encía se separa del diente y se forma lo que se conoce como bolsas periodontales (espacios entre los dientes y la encía).

Conforme progresa la enfermedad, las bolsas periodontales se profundizan y se destruye más hueso y encía. A menudo este proceso destructivo tiene ligeros síntomas, los dientes se aflojan y muchos terminan siendo extraídos.² En un estimado conservador, una de tres personas alrededor de los 30 años sufre periodontitis.³

Generalmente, la enfermedad periodontal es silenciosa, es decir, los síntomas no aparecen hasta una etapa avanzada del padecimiento. Los signos más comunes son: enrojecimiento, inflamación o encía sensible, sangrado al cepillado o al pasar el hilo dental, separación y migración de la encía del diente, dientes flojos o que se están separando, salida de pus entre la encía y el diente, mal aliento persistente, dientes móviles o, si están usando prótesis removibles, malestar al portarlas.

Aunque la placa presente en los dientes es la causante de las enfermedades periodontales, existen otros

factores de riesgo que contribuyen a su severidad y velocidad de desarrollo, entre ellos el tabaquismo,⁴ condiciones generales de salud,⁵ medicamentos,⁶ tensión emocional,⁷ genética,⁸ cambios hormonales⁹ y una nutrición deficiente.¹⁰

En cierto momento la gingivitis y las enfermedades periodontales pueden complicarse, agudizarse y provocar dolor como principal signo. Ése es el caso de las infecciones periodontales agudas como: absceso gingival, absceso periodontal, absceso pericoronar (pericoronitis), enfermedades necrosantes periodontales, lesiones combinadas endodóncicas-periodontales y gingivoestomatitis herpética.

Absceso gingival

Es una lesión dolorosa, purulenta y localizada que involucra el margen de la encía o a la papila interdental. Por lo general es una respuesta aguda inflamatoria a sustancias extrañas que han sido forzadas dentro de la encía inflamada, dolorosa, sangrante, con una superficie roja y brillante. El tratamiento incluye el drenaje para el alivio de los síntomas agudos, así como la restauración de la salud y la función gingival mediante la eliminación de la placa y el cálculo depositados sobre los dientes e instalación de medidas de higiene oral.

Absceso periodontal

Es una infección purulenta localizada dentro de una bolsa periodontal existente en una periodontitis crónica. El absceso puede agravar la destrucción del ligamento periodontal y el hueso alveolar. Los abscesos suelen ser agudos o crónicos; un absceso localizado agudo puede convertirse en crónico si los contenidos purulentos drenan a través de una fístula hacia la superficie externa de la encía.

El absceso periodontal agudo se manifiesta como una elevación ovoide de la encía regularmente a nivel de la parte media y lateral de la raíz. La encía se muestra lisa, muy inflamada, enrojecida y con una superficie lisa y brillante. En la mayoría de los casos se observa la salida de pus desde el margen gingival al hacer una ligera presión digital. Los síntomas de un absceso periodontal agudo varían desde un leve malestar hasta un dolor severo e inflamación. El diente es sensible a la percusión o a la masticación y puede presentar movilidad. En algunos pacientes se detecta una linfadenopatía regional.

El tratamiento consiste en realizar un drenaje a través de la bolsa periodontal, removiendo la placa, el cálculo y otros irritantes y/o incidiendo en el absceso. Otra opción es la irrigación dentro de la bolsa, el ajuste oclusal y la administración de antimicrobianos. Ya que se ha removido el cuadro agudo, queda presente la bolsa periodontal, la cual debe ser sometida a un tratamiento periodontal. Algunas veces es necesaria la extracción del diente.

Absceso pericoronar (pericoronitis)

Se trata de una infección purulenta localizada dentro del tejido que cubre parte de la corona de un diente parcial o completamente erupcionado. Se presenta con mayor frecuencia en el área del tercer molar inferior. Estas lesiones se observan inflamadas y rojas, dolorosas al tacto. En algunos casos el trauma provocado por la masticación sobre el absceso pericoronar por el diente opuesto agrava la situación. Existe trismus, exudado purulento, linfadenopatías, fiebre y malestar general.¹

Respecto al tratamiento, éste incluye la debridación e irrigación de la superficie por debajo del colgajo pericoronar, el uso de antimicrobianos y el remodelamiento de los tejidos o, preferentemente, la extracción del tercer molar. Las áreas donde no se resuelve el problema pueden caracterizarse por la recurrencia de los síntomas

agudos y/o la diseminación de la infección a los tejidos circunvecinos.

Enfermedades periodontales ulcerativas necrosantes

La gingivitis ulcerosa necrosante (GUN) es una infección aguda de la encía. Cuando la GUN ha progresado, destruyendo la inserción del ligamento periodontal y del hueso alveolar, entonces se conoce como periodontitis ulcerosa necrosante (PUN).

Entre las características clínicas de la GUN están la necrosis y la ulceración de las puntas de las papilas interdentales o del margen gingival cubiertas con una pseudo membrana blanca-amarrillenta o grisácea, dejando la apariencia de cráteres en lugar de las papilas. La encía se observa brillante, eritematosa, la cual sangra al leve estímulo; existe dolor, aliento fétido y manifestaciones sistémicas como fiebre y malestar general. En los pacientes con GUN es común que haya una tensión emocional personal, tabaquismo crónico y una deficiente nutrición.¹⁴

La periodontitis ulcerosa necrosante tiene la misma apariencia clínica que la GUN, excepto que los sitios con PUN sufren la pérdida de inserción del ligamento periodontal y del hueso alveolar. Se considera que estos eventos son la secuela normal de una GUN. Tanto la GUN como la PUN pueden estar asociadas con la infección por VIH, malnutrición severa y otras enfermedades del sistema inmune.

El objetivo del tratamiento de las enfermedades periodontales necrosantes es la pronta eliminación de los signos y síntomas agudos. El tratamiento abarca la eliminación de las áreas necróticas y de la placa y cálculo presentes sobre los dientes, las instrucciones de higiene oral, el uso de enjuagues bucales, el control del dolor, la terapia antibiótica y el manejo de las enfermedades sistémicas. Se indica una higiene oral adecuada, una nutrición apropiada, ingesta de líquidos y el cese del tabaquismo.

Las áreas no tratadas se caracterizan por la recurrencia y/o progresión de la destrucción de la encía y de la inserción del ligamento periodontal y pérdida ósea. Los factores que contribuyen a la no resolución son la falla para remover las causas de la infección (placa bacteriana), un diagnóstico inadecuado, el no cumplimiento de las instrucciones por parte del paciente y/o la falta de control de las condiciones sistémicas subyacentes.¹⁵ ▶

Lesiones combinadas endodóncicas-periodontales

Las lesiones combinadas endodóncicas-periodontales son áreas localizadas circunscritas de infección originadas en los tejidos periodontales y/o pulpaes que en determinado momento se unen, agravando la situación. Las infecciones pueden surgir principalmente de la enfermedad pulpar inflamatoria expresada como una lesión en el área periapical o como un trayecto fistuloso drenando a través del ligamento periodontal. Asimismo, suelen ser el resultado de la presencia de una bolsa periodontal profunda que se extiende hasta el ápice del diente o a través de los canales accesorios de la pulpa, lesionando el paquete vasculonervioso pulpar del diente. También son la secuela de una fractura dentaria.

Las características clínicas son una encía o mucosa blanda, brillante y dolorosa, con el área de inflamación sensible al tacto y/o la presencia de exudado purulento. El diente puede estar móvil y sensible a la percusión y a la masticación.

Es importante hacer un diagnóstico correcto mediante el sondeo periodontal para determinar la presencia de bolsas periodontales; las pruebas de vitalidad pulpar y las imágenes radiográficas muestran una destrucción ósea desde la cresta alveolar hasta el ápice o hasta las regiones de la furcación.

El tratamiento incluye la terapia endodóncica y periodontal, el ajuste oclusal, la administración de antimicrobianos y el manejo de la comodidad del paciente. En ciertas situaciones es necesaria la extracción del diente.¹⁶

Gingivostomatitis herpética

Es una infección primaria de la boca originada por el virus herpes simple tipo 1. Es más frecuente en recién nacidos y menores de seis años de edad, pero también se registra en adolescentes y adultos. Algunas de sus características clínicas son gingivitis severa y dolorosa y la presencia de vesículas que se agrupan, produciendo úlceras cubiertas con fibrina rodeadas por un halo amarillento presentes en la encía y mucosa oral. La linfadenopatía, fiebre y malestar general son otras características clásicas. La reactivación del virus se manifiesta en la forma de herpes *labialis*. Los pacientes inmunocomprometidos están en mayor riesgo de adquirir esta infección.

Los factores que disparan la reactivación del virus latente son el trauma, la luz solar, la fiebre y la tensión emocional. El diagnóstico se realiza con base en la historia y los hallazgos clínicos en el paciente apoyados por el aislamiento del virus herpes simple de las lesiones.

El tratamiento incluye la eliminación del dolor (enjuagues con anestésico tópico), la instrucción de una adecuada nutrición, la toma adecuada de líquidos y el aseguramiento de que la condición es autolimitante y desaparecerá sin dejar secuelas. Se debe considerar el uso de medicamentos antivirales. Esta enfermedad es contagiosa en ciertas etapas.¹⁷ *OC*

Referencias bibliográficas

1. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999;7:7-8.
2. Armitage GC. Periodontal diseases: diagnosis. *Ann Periodontol* 1996;1:37-215.
3. Albandar JM, Brunelle JA, Kingman A. Destructive periodontal disease in adults 30 years of age and older in the United States 1988-1994. *J Periodontol* 1999;70:13-29.
4. Axelsson P. Effects of tobacco products on the pathogenesis of periodontal diseases. In: *Diagnosis and risk prediction of periodontal diseases* 2002. Quintessence books. 113-118.
5. Kinane DF. Periodontitis modified by systemic factors. *Ann Periodontol* 1999;4:54-63.
6. Butler RT, Kalwarf KL, Kandhal WB. Drug-induced gingival hyperplasia: phenytoin, cyclosporine and nifedipine. *J Am Dent Assoc*. 1987;114-156.
7. Genco RJ, Ho AW, Grossi SG, Dunford RG, Tedesco LA. Relationship of stress, distress and inadequate coping behaviors to periodontal disease. *J Periodontol* 1999;70: 711-713.
8. Aldred MJ, Bartold PM. Genetic disorders of the gingivae and periodontium. *Periodontol* 2000;1998:18-7
9. Mariotti A. Dental plaque-induced gingival diseases. *Ann Periodontol* 1999;4:9-10.
10. Klokkevoid PR, Maley BL, Carranza FA. Influencias nutricionales. En: Carranza. *Periodontología clínica* 2000. 9ª ed. McGraw Hill:228-31.
11. Carranza FA, Camargo PM. Agrandamiento gingival agudo En: Carranza *Periodontología clínica* 2000. 9ª ed. McGraw Hill:299
12. _____. La bolsa periodontal. En: Carranza. *Periodontología Clínica* 2000. 9ª ed. McGraw Hill:370-372.
13. Kareha MJ, Rosenberg ES, DeHaven H. Therapeutic considerations in the management of a periodontal abscess with an intrabony defect. *J Clin Periodontol* 1981; 8: 375-386.
14. Horning GM, Cohen ME. Necrotizing ulcerative gingivitis, periodontitis and stomatitis: clinical staging and predisposing factors. *J Periodontol* 1995;66:990-998.
15. Johnson BD, Engel D. "Acute necrotizing ulcerative gingivitis. A review of diagnosis, etiology, and treatment". *J Periodontol* 1986; 57:141-150.
16. Bergenholtz G, Hasselgren G. Endodoncia y periodoncia. En: Lindhe J, Karring T, Lang NP. *Periodontología clínica e implantología odontológica*. 3ª ed. Panamericana 2000:297-334.
17. Miller Cs, Redding SW. Diagnosis and management of orofacial herpes simplex virus infections. *J Dent Clin N Am* 1992;36:879-895.