

Arturo Sánchez Pérez



PERIODONCIA



DIEGO MARÍN
LIBRERO EDITOR

ISBN: 978-84-15429-86-9



9 788415 429869

<http://www.diegomarin.com>
e-mail: gonzalezpalencia@diegomarin.com



E-BOOKS
Tu tienda on-line de libros digitales
www.dmebooks.com



DIEGO MARÍN
LIBRERO EDITOR

Capítulo 6: CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN GENERAL DE LOS DESÓRDENES PERIODONTALES

Prof. Dra. M^a José Moya Villaescusa.

Objetivos:

- Saber los distintos desórdenes periodontales que se pueden presentar en un sujeto determinado.
- Conocer la etiología, patogénesis y tratamiento de las periodontitis de una manera ordenada y sistemática.
- Adquirir conocimientos acerca de los cuidados que el paciente necesita.

Contenidos

Con el término de Enfermedad Periodontal designamos a todas aquellas enfermedades que afectan al tejido de sostén del diente. Se caracteriza por ser de causa infecciosa (placa bacteriana), de naturaleza inflamatoria y de curso crónico o agudo, ocasionando la pérdida de inserción del tejido conjuntivo y del hueso de alrededor de los dientes (pérdida del sistema de anclaje) de forma reversible o irreversible.

El conocimiento acerca de la etiopatogenia de las enfermedades periodontales ha ido evolucionando con los años, lo que ha hecho que los sistemas de clasificación de estas enfermedades se modifiquen, adaptándose a los avances del momento.

Aunque a lo largo de la historia de la periodoncia han coexistido numerosas clasificaciones de las enfermedades periodontales, el sistema de clasificación más utilizado durante años por científicos y clínicos de todo el mundo, fue el que se estableció en 1989, durante el World Workshop in Clinical Periodontics, en Princeton (EE UU). (Fig. 1)

Fig. 1: Esquema de la clasificación de 1989.

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES
(World Workshop in Clinical Periodontics, 1989)

1. Periodontitis del adulto.
2. Periodontitis de establecimiento temprano.
 - Periodontitis prepuberal.
 - Periodontitis juvenil localizada y generalizada.
3. Periodontitis rápidamente progresiva.
4. Periodontitis Úlcero Necrotizante.
5. Periodontitis refractarias

Sin embargo, este sistema de clasificación tenía algunos inconvenientes como que existía un solapamiento en las distintas categorías, carecía de un apartado para las enfermedades gingivales, se daba un inapropiado énfasis a la edad de comienzo y al rango de progresión de la enfermedad, y además, los criterios de clasificación eran inadecuados o con falta de clarificación.

Esto llevó a que en 1996, en el World Workshop in Periodontics, periodoncistas de todo el mundo propusieran la necesidad de revisar los sistemas de clasificación. En 1997, La Academia Americana de Periodoncia responde a esta necesidad y forma un comité para organizar y planificar un nuevo workshop internacional. Este nuevo workshop tiene lugar en 1999, dando como fruto un nuevo sistema de clasificación que veremos a o largo de este capítulo. En esta nueva clasificación aparecen nuevos grupos como las enfermedades gingivales, abscesos del periodonto, periodontitis asociadas con lesiones endodónticas y deformidades y condiciones desarrolladas o adquiridas. Además, en esta nueva clasificación aparecen algunos cambios de nombre como:

- Periodontitis del adulto por periodontitis crónica: este cambio se debe a la necesidad de adoptar un término no específico que englobe todas aquellas enfermedades periodontales destructivas de progresión lenta, aunque pueden aparecer episodios puntuales con pérdida significativa de soporte periodontal.
- Periodontitis de aparición temprana (P. prepuberal localizada, P. Juvenil localizada y generalizada, P rápidamente progresiva) por periodontitis agresiva: con este término se intenta encuadrar a todas aquellas periodontitis que con características similares a la periodontitis de aparición temprana, son diagnosticadas en individuos que no se encuentran en esos grupos de edad.
- Periodontitis prepuberal generalizada por periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas: aparece un listado de enfermedades sistémicas en las que las periodontitis son parte de las manifestaciones de las mismas.
- Gingivitis y periodontitis ulceronecrotizante aguda por enfermedades periodontales necrotizantes: no se ha demostrado que sean entidades distintas, podrían ser distintos estadios de la misma infección. Se trata de un grupo de enfermedades con unos signos clínicos característicos. Pueden aparecer como manifestación de enfermedades sistémicas (VIH), pero también existen otros factores que pueden predisponer a estas enfermedades (estrés, tabaco, placa etc.).
- Se elimina el apartado de periodontitis refractarias, puesto que se considera que determinados cuadros de cada uno de los apartados de la clasificación son potencialmente refractarios.

Como conclusión, podemos afirmar, que estos conceptos son discutibles, y seguramente se verán de nuevo modificados con el paso del tiempo.

En el nuevo sistema de clasificación de la Asociación Americana de Periodoncia, (1999) los desórdenes periodontales se establecen tal y como se muestran en la fig. 2.

En este capítulo hablaremos de los siguientes desórdenes periodontales:

1. Enfermedad gingival.
6. Abscesos del periodonto.
7. Periodontitis asociadas con lesiones endodónticas.
8. Deformidades y condiciones desarrolladas o adquiridas.

Los apartados 2, 3, 4 y 5 correspondientes a las Periodontitis y enfermedades necrotizantes no se explicarán en este capítulo, pues se dedicará un capítulo entero cada uno de ellos.

Fig. 2: Esquema de la clasificación actual de los desórdenes periodontales, de acuerdo a la Asociación Americana de Periodoncia (1999)

CLASIFICACIÓN DE LOS DESÓRDENES PERIODONTALES	
Asociación Americana de Periodoncia (1999)	
1.	Enfermedad gingival:
1.1	Enfermedades gingivales inducidas por placa bacteriana (PB).
1.2	Lesiones gingivales no inducidas por PB.
2.	Periodontitis crónica:
2.1	Localizada.
2.2	Generalizada.
3.	Periodontitis agresiva:
3.1	Localizada.
3.2	Generalizada.
4.	Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas:
4.1	Asociada con desórdenes hematológicos.
4.2	Asociada con desórdenes genéticos.
4.3	Otros desórdenes no especificados.
5.	Enfermedad periodontal necrotizante:
5.1	Gingivitis ulcerativa necrotizante (GUN).
5.2	Periodontitis ulcerativa necrotizante (PUN).
6.	Abscesos del periodonto: Abscesos gingivales, periodontales, pericoronales.
7.	Periodontitis asociadas con lesiones endodónticas: lesiones endo-perio.
8.	Deformidades y condiciones desarrolladas o adquiridas:
8.1	Factores localizados.
8.2	Deformidades y condiciones mucogingivales alrededor de los dientes.
8.3	Deformidades y condiciones mucogingivales en crestas edéntulas.
8.4	Trauma oclusal.

1. Enfermedad gingival.

Son una familia de entidades patológicas diversas y complejas que aparecen en la encía como resultado de una variedad de agentes etiológicos.

Las características comunes a todas ellas son:

- Signos y síntomas limitados a la encía.
- Presencia de placa bacteriana para iniciar y/o exacerbar la severidad de la lesión.
- Signos clínicos de inflamación gingival: Agrandamiento del contorno gingival debido a edema o fibrosis, cambio de color (rojo o azulado), aumento de la temperatura, sangrado y aumento del exudado gingival.
- Reversibilidad de la enfermedad tras eliminar el o los agentes etiológicos.
- Posible precursor de la pérdida de inserción alrededor del diente.

1.1 Enfermedades gingivales inducidas por PB:

1.1.1 Asociadas a PB solamente:

- A Sin otros factores locales asociados.
- B Con otros factores locales asociados (anatomía dentaria, obturaciones desbordantes, etc.)

La gingivitis inducida por placa es una inflamación de la encía como resultado del acúmulo de placa bacteriana en el margen gingival, que puede aparecer en cualquier edad, considerándose la forma más común de enfermedad periodontal. La intensidad de los signos y síntomas varía entre un individuo y otro y de un lugar a otro de la dentición. Se caracteriza por:

- Presencia de placa bacteriana en el margen gingival.
- La enfermedad comienza en el margen gingival.
- Cambios de color.
- Cambios en el contorno gingival.
- Cambios en la temperatura sulcular.
- Aumento del exudado gingival.
- Sangrado.
- Ausencia de pérdida de inserción.
- Cambios histopatológicos: proliferación del epitelio de unión con migración celular lateral y apical, vasculitis de los vasos adyacentes al epitelio de unión, destrucción de las fibras colágenas, alteración citopatológica de los fibroblastos y un progresivo infiltrado inflamatorio celular.
- Reversible tras remover la placa bacteriana.

1.1.2 Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos:

- A Asociados con el sistema endocrino: pubertad, ciclo menstrual, embarazo (gingivitis, granuloma piogénico), Diabetes Mellitus.

La homeostasis del periodonto envuelve una compleja relación multifactorial que incluye el sistema endocrino; siendo modulado por hormonas esteroideas: estrógenos, andrógenos y progesterona.

La incidencia y severidad de la gingivitis en adolescentes está influenciada por una variedad de factores: niveles de placa, caries dental, frecuencia de cepillado, erupción dental, etc. Sin embargo, el aumento de los niveles de hormonas esteroideas en ambos sexos durante la pubertad (mujeres: 26 nmol/L de estradiol; hombres: 8.7 nmol/L de

testosterona), hace que el adolescente sea más susceptible a desarrollar una inflamación gingival en presencia de cantidades relativamente pequeñas de placa bacteriana. Este estado inflamatorio se resuelve una vez el individuo pasa esta etapa de su vida y elimina el factor causal (placa bacteriana).

Durante el ciclo menstrual existen una serie de cambios inflamatorios en la encía como consecuencia de la secreción de estrógenos y progesterona. Previo a la fase de ovulación, se produce una modesta respuesta inflamatoria gingival en presencia de una moderada cantidad de placa bacteriana en el margen gingival, la cual aumenta en un 20% durante la ovulación.

Durante el embarazo (sobre todo en el 2º y tercer trimestre), debido a los cambios hormonales, la mujer presenta una mayor predisposición a desarrollar una gingivitis en presencia de relativamente poca cantidad de placa. Un tipo de lesión característica de esta etapa es el granuloma piogénico o tumor del embarazo. Se trata de una respuesta inflamatoria exagerada del tejido gingival a la placa bacteriana, que da lugar a un hemangioma capilar que se caracteriza por ser una masa exofítica de base sesil o pediculada que surge del margen gingival o más comúnmente del espacio interproximal, no dolorosa, y sangrante. Suele ocurrir en el 0.5-5% de las mujeres, sobre todo en el maxilar, en cualquier trimestre del embarazo. Suele resolverse después del parto, recuperando la encía su estado de salud normal íntegramente.

La Diabetes mellitas (DM) es una enfermedad sistémica caracterizada por desórdenes en la producción de insulina, metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, junto con alteraciones en la

estructura y función de los vasos sanguíneos (microangiopatías). Las características de la gingivitis asociada con la DM son similares a la gingivitis inducida por placa, sin embargo, en ésta el control de la diabetes es más importante que el control de la placa, influyendo en la severidad de la inflamación gingival. Se asocia más comúnmente con la diabetes Tipo I (insulinodependiente, Juvenil), en niños con diabetes mal controlada.

B Asociados a discrasias sanguíneas: leucemia, etc..

La leucemia es un desorden hematológico maligno progresivo que se caracteriza por una anormal proliferación y desarrollo de los leucocitos y sus precursores en la médula ósea.

En el caso de las leucemias agudas se han descrito una serie de manifestaciones orales primarias consistentes en adenopatías cervicales, petequias, úlceras mucosas e inflamación y agrandamiento gingival. Los signos de inflamación gingival incluyen hinchazón, pérdida de consistencia y alteración del color de rojo a púrpura. El sangrado gingival es común en pacientes con leucemia, siendo un signo inicial en el 17.7% de las leucemias agudas y en el 4.4% de las crónicas. En algunos casos también se observa un agrandamiento gingival que comienza por la papila interdental y continúa por el margen gingival y la encía adherida.

Aunque irritantes locales pueden predisponer y exacerbar la respuesta gingival en las leucemias, no son un prerrequisito para que aparezcan estas lesiones en la cavidad oral. La reducción de la placa dental puede limitar la severidad de las lesiones.

1.1.3 Enfermedades gingivales causadas por medicamentos:

Ciertos medicamentos como anticonvulsivantes (fenitoína, difenilhidantoína), inmunosupresores (ciclosporina A), antihipertensivos bloqueadores de los canales del calcio (nifedipina, verapamilo, diltiazem valproato sódico), producen agrandamientos gingivales cuya magnitud y extensión varían de un individuo a otro, existiendo una cierta predisposición genética. Tiende a ocurrir en las regiones anteriores de la arcada dentaria, siendo más prevalentes en grupos de edad jóvenes, comenzando a los 3 meses de su uso. Dicho agrandamiento puede limitar la severidad de la lesión.

Respecto a los anticonceptivos orales, se ha demostrado que en mujeres premenopáusicas que toman este tipo de medicamentos existe una mayor predisposición a desarrollar una gingivitis en presencia de relativamente poca placa. Sin embargo, en mujeres posmenopáusicas se asocian con una reducción de la inflamación gingival.

1.1.4 Enfermedades gingivales causadas por malnutrición:

A Gingivitis por déficit de ácido ascórbico.

Los efectos del déficit severo de vitamina C (escorbuto) en la cavidad oral ha sido una de las deficiencias nutricionales más estudiadas. Aparece en niños de un nivel socioeconómico bajo, ancianos institucionalizados y alcohólicos. Los signos clínicos de esta enfermedad a nivel de la encía son: encía de color rojo brillante, aumentada de tamaño, ulcerada y con gran susceptibilidad a la hemorragia.

1.2 Lesiones gingivales no inducidas por PB:

Se trata de un grupo de gingivitis con unas características clínicas específicas, distintas de la gingivitis asociada a la placa bacteriana.

1.2.1 Enfermedades gingivales de origen bacteriano específico:

- A Neisseria gonorrhoea (Gonorrea).
- B Treponema pallidum (Sífilis).
- C Especies estreptocócicas.

En este tipo de enfermedades, las lesiones gingivales se pueden manifestar como:

- Ulceraciones dolorosas, edematosas y enrojecidas
- Manchas mucosas asintomáticas.
- Encía altamente inflamada.

Estas lesiones orales se pueden acompañar o no de lesiones en otras partes del cuerpo.

1.2.2 Enfermedades gingivales de origen viral:

- A Infecciones herpéticas: gingivoestomatitis herpética primaria, herpes oral recurrente, varicela zoster, etc.

La gingivoestomatitis herpética es la manifestación inicial clásica del virus del herpes simple-1. Se caracteriza por una gingivitis severa dolorosa con ulceraciones y edema, acompañada por estomatitis. Una característica específica de ella es la formación de vesículas que se rompen dejando úlceras rodeadas de fibrina. Se puede acompañar de fiebre y linfadenopatías.

Tras la primoinfección, el virus se acantona en los ganglios donde permanece latente hasta que ciertos factores como traumatismos, luz ultravioleta, fiebre, etc., hacen que se reactive (virus del Herpes simple recurrente) provocando lesiones menos dramáticas que en la primoinfección. A nivel de la encía adherida suelen aparecer pequeñas úlceras dolorosas.

La primoinfección por el virus varicela-zoster da lugar a la varicela (principalmente en niños), mientras que su reinfección en adultos, causa el herpes zoster. La varicela se asocia con fiebre, malestar y rash cutáneo, mientras que a nivel intraoral aparecen pequeñas úlceras en la lengua, el paladar y la encía. Tras la primoinfección, el virus permanece latente en los ganglios de la raíz dorsal desde donde puede ser reactivado como herpes zoster, apareciendo lesiones unilaterales siguiendo al nervio infectado. La reactivación del virus desde el ganglio trigémino puede dar lugar a lesiones intraorales, con síntomas como dolor y parestesia. A nivel gingival las lesiones aparecen como vesículas que pronto se rompen, dejando úlceras rodeadas de fibrina. En pacientes inmunocomprometidos, incluyendo pacientes con VIH, la infección puede llevar a una destrucción severa del tejido con exfoliación dental y necrosis del hueso alveolar.

1.2.3 Enfermedades gingivales de origen fúngico:

A Especies de *Cándida*: Candidiasis gingival generalizada.

La infección fúngica más común e la mucosa oral es la Candidiasis, causada por Cándida Albicans Se considera una infección oportunista y suele ocurrir como consecuencia de una bajada de las defensas del

huésped. En individuos sanos, la candidiasis oral raramente se manifiesta en la encía. Sin embargo, en sujetos seropositivos o inmunodeprimidos puede aparecer un eritema en la encía adherida, característico de los individuos con VIH, un eritema gingival lineal. Otros tipos de manifestaciones orales de la candidiasis es la candidiasis pseudomembranosa que aparece como manchas blanquecinas que pueden ser desprendidas de la mucosa con un instrumento o gasa, dejando una superficie brillante y enrojecida, no dolorosa. También puede aparecer como candidiasis eritematosa en cualquier parte de la mucosa oral, caracterizándose por lesiones rojas asociadas con dolor. Otra forma de manifestación de la candidiasis es como lesiones nodulares. Estas lesiones son infrecuentes en la encía y se caracterizan por nódulos elevados de color blanco o rojo.

B Eritema gingival lineal.

El eritema gingival lineal se trata de una manifestación gingival de la inmunosupresión, caracterizada por una banda eritematosa lineal limitada a la encía libre. Esta lesión no responde a la remoción de la placa.

C Histoplasmosis.

La Histoplasmosis es una micosis sistémica granulomatosa causada por *Histoplasma capsulatum*, un saprófito terrestre que se encuentra en las heces de pájaros y murciélagos. En el huésped normal el curso de la infección es subclínico. Las manifestaciones clínicas incluyen histoplasmosis pulmonar aguda y crónica y una forma diseminada que afecta a pacientes inmunodeprimidos. Las lesiones orales afectan al 30%

de los pacientes con histoplasmosis pulmonar y a un 66% de pacientes con formas diseminadas, apareciendo en cualquier área de la mucosa oral. Se inician como una lesión nodular o papilar que más tarde se ulcera y duele. Algunas veces las lesiones pueden ser granulomatosas, dando la apariencia clínica de un tumor maligno.

1.2.4 Lesiones gingivales de origen genético:

- A Fibromatosis gingival hereditaria: Se trata de una enfermedad hereditaria caracterizada por un agrandamiento gingival fibrótico.

1.2.5 Manifestaciones gingivales del estado sistémico:

- A Enfermedades mucocutáneas: liquen plano oral, penfigoide, pénfigo vulgar, eritema multiforme, lupus eritematoso, inducidas por medicamentos (Ej: aspirina).

Las manifestaciones gingivales de los desórdenes mucocutáneos se presentan como erosiones, vesículas, ampollas, úlceras y lesiones descamativas. Las lesiones pueden ser eritematosas, blancas o estriadas.

B Reacciones alérgicas:

- Materiales de restauración dental: mercurio, níquel, acrílico y otros.
- Reacciones atribuibles a pastas dentífricas, colutorios, aditivos y alimentos: cacahuete, calabaza, kiwi, melocotón, manzana, salami, castañas.

Se trata de manifestaciones gingivales como respuesta a una reacción de hipersensibilidad inmediata o retardada. Las manifestaciones clínicas incluyen una gingivitis

edematosa, enrojecida donde pueden aparecer ulceraciones o zonas blanquecinas.

1.2.6 Lesiones traumáticas (facticias, iatrogénicas, accidentales): injuria química, física o térmica.

Pueden ser autoinfringidas (facticias), accidentales o iatrogénicas. Se pueden presentar como recesiones gingivales localizadas, abrasiones, ulceraciones y quemaduras. Las lesiones pueden ser edematosas, eritematosas y/o blancas.

1.2.7 Reacciones a cuerpo extraño: Síndrome del Septo o de la papila.

Estas lesiones se pueden presentar como una inflamación aguda o crónica asociada con cuerpos extraños. En algunos casos el cuerpo extraño puede producir tatuajes. Las lesiones pueden exhibir supuración y un color rojo o rojo/blanco.

1.2.8 Otras lesiones no especificadas: leucoplasias, lesiones fibromatosas, hemangiomas...

6. Abscesos del periodonto: Abscesos gingivales, periodontales y pericoronales.

Un absceso periodontal es una infección localizada purulenta dentro del tejido adyacente a la bolsa periodontal que puede llevar a la destrucción del ligamento periodontal y el hueso alveolar. Suele aparecer en periodontitis moderadas-avanzadas. Los microorganismos causantes de este tipo de lesión son bacterias anaerobias Gram negativas, similares a las bacterias presentes en bolsas periodontales profundas, aunque también se han encontrado otros microorganismos no específicos. La formación de abscesos agudos se relaciona con algunos factores como cierre de una bolsa periodontal profunda, terapia antibiótica sistémica en ausencia de tratamiento periodontal y

diabetes no controlada. Radiográficamente se observa un triángulo negro de base en la cresta alveolar. Necesitan ser diferenciados de los abscesos gingivales y periapicales. Si el absceso se limita al margen gingival o la papila interdental, el paciente no tiene historia de enfermedad periodontal previa, y existe un cuerpo extraño, probablemente se trata de un absceso gingival. Si el absceso se encuentra en un diente no vital, probablemente se trata de un absceso periapical (radiográficamente se observa un triángulo negro de base apical).

Los abscesos del periodonto se suelen asociar con varias combinaciones de los siguientes signos y síntomas: dolor, inflamación, cambio de color, movilidad dental, extrusión dental, supuración, fiebre, linfadenopatías y radiolucidez del área ósea alveolar afectada.

7. Periodontitis asociadas con lesiones endodónticas: lesiones endoperio.

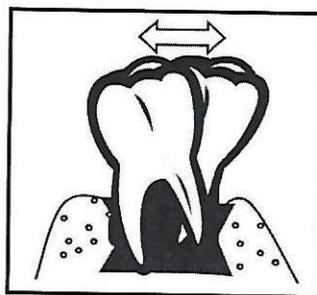
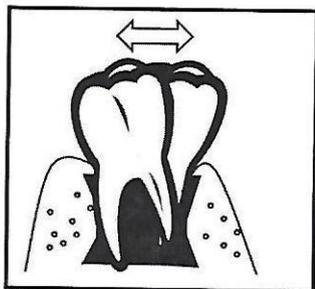
La enfermedad pulpar puede causar cambios periodontales a través de los canales laterales, accesorios y foraminas apicales, extendiéndose a la encía. Del mismo modo, las enfermedades periodontales pueden causar cambios pulpares a través de las comunicaciones entre la pulpa y la superficie radicular. Además, ambas patologías pueden existir independientemente en el mismo diente. El diagnóstico diferencial entre ambas lesiones incluirá pruebas de vitalidad pulpar y profundidad de sondeo.

8. Deformidades y condiciones desarrolladas o adquiridas:

8.1 Factores localizados, relacionados con el diente, que modifican o predisponen a enfermedades gingivales o periodontitis, inducidas por placa: factores anatómicos dentarios, restauraciones dentales, fracturas radiculares, reabsorciones radiculares cervicales y lesiones del cemento, etc.

- 8.2 Deformidades y condiciones mucogingivales alrededor de los dientes: recesiones gingivales, falta de encía queratinizada, disminución de la profundidad del vestíbulo, posición de los músculos y/o frenillo aberrante, exceso de encía (pseudobolsa, alargamiento gingival..), color anormal de la encía.
- 8.3 Deformidades y condiciones mucogingivales en crestas edéntulas: cresta ósea vertical u horizontal deficiente, falta de encía o tejido queratinizado, posición del frenillo o músculo aberrante, agrandamiento gingival, profundidad del vestíbulo disminuida, color anormal...
- 8.4 Trauma oclusal: primario o secundario.
- A. Trauma oclusal primario: cuando el diente no ha perdido inserción. El aumento de la movilidad se debe a un ensanchamiento del ligamento periodontal debido a que el diente está sufriendo fuerzas superiores a las que puede soportar, sobre todo en un sentido distinto del eje axial del diente (prematuridad o interferencia). En una radiografía se vería una imagen "en reloj de arena". (Fig.3)
- B. Trauma oclusal secundario: cuando el diente ha perdido ya inserción. Debido a esta pérdida de soporte, las propias fuerzas de la masticación actúan como un trauma oclusal sobre el diente, incrementando su movilidad. (Fig.4)

Fig. 3: Trauma oclusal primario Fig.4: Trauma oclusal secundario



Bibliografia:

- The American Academy of Periodontology. Proceedings of the World Workshop in Clinical Periodontics. Chicago: The American Academy of Periodontology; 1989: 1/23-1/24.
- Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999; 4:1-6.