

GUÍAS DE ATENCIÓN DE PATOLOGÍAS PERIODONTALES CON MAYOR PREVALENCIA.

5.1 Periodontitis Crónica Código CIE-10 K053



5.1.1 Definición. La Periodontitis Crónica es una enfermedad infecciosa que resulta en un proceso inflamatorio crónico localizado en los tejidos que dan soporte a los dientes, se caracteriza por pérdida progresiva de la inserción clínica periodontal y pérdida ósea radiográfica(3).

5.1.2 Descripción Clínica. Las principales características clínicas de la Periodontitis Crónica son inflamación gingival, presencia de bolsas periodontales, pérdida del nivel de inserción periodontal y pérdida ósea radiográfica (4). Ha sido descrito que la prevalencia de la enfermedad con características avanzadas puede afectar a un rango del 5 al 15% de la población de Estados Unidos, con una prevalencia para la severidad moderada que incluye a la mayoría de la población adulta(5). En Colombia un 31% de la población presenta bolsas periodontales posiblemente compatibles con la presencia de periodontitis(6). La etiología de la enfermedad incluye una infección bacteriana como agente etiológico principal, siendo los microorganismos más frecuentemente relacionados con la patología: Porphyromonadingivalis, Aggregatibacteractinomycetemcomitans, Tannerellaforsthyensis, Prevotella intermedia, Treponema denticola, Campylobacterrectus, Fusobacteriumnucleatum, Micromonas micros y Eikenellacorrodens. Los microorganismos inducen una respuesta inflamatoria crónica en los tejidos periodontales caracterizada por la presencia de células plasmáticas, linfocitos y macrófagos, mientras que polimorfonucleares



neutrófilos migran hacia la bolsa periodontal a través del epitelio de unión y del epitelio sulcular. La ubicación del epitelio de unión migra hacia apical, y el tejido conectivo subyacente pierde una proporción considerable de su contenido colágeno dando paso al establecimiento de un infiltrado inflamatorio crónico(4).

Dentro de las características clínicas usuales de la Periodontitis Crónica se incluye:

- Es más prevalente en adultos, pero puede ocurrir en niños y adolescentes. La severidad de la destrucción periodontal es compatible con la presencia de irritantes locales, placa bacteriana y cálculo dental.
- La presencia de cálculo subgingival es frecuente.
- Está asociada a un patrón microbiológico variable.
- Aunque su velocidad de progresión es lenta, puede tener periodos de progresión rápidos.
- Se puede asociar a factores locales de acúmulo de placa bacteriana.
- Puede verse asociada o modificada por enfermedades sistémicas, por ejemplo la diabetes mellitus
- Puede verse modificada por factores ambientales como el hábito de fumar o el estrés emocional(3).

El modelo teórico de mayor aceptación que describe el progreso de la Periodontitis es el “Modelo de Estallido”, en él la pérdida de inserción periodontal se considera la consecuencia de breves períodos agudos de progresión de la enfermedad, seguidos de otros períodos de estabilidad. La pérdida del nivel de inserción clínico progresiva que se observa en la población adulta diagnosticada con periodontitis refleja el efecto cíclico acumulativo de períodos de actividad de la enfermedad, seguidos por otros períodos de cicatrización y estabilidad(7). En promedio se ha calculado que la pérdida del nivel de inserción clínico y la pérdida ósea radiográfica puede estar en el rango de 0.04 a 1.04 en la población adulta afectada por Periodontitis Crónica(4); sin embargo un porcentaje bajo de distintos grupos de sujetos seguidos de forma longitudinal han demostrado una progresión mucho mayor de la enfermedad en tiempo cortos de tiempo(8).

Factores de Riesgo Por factor de riesgo se comprende a aquella característica de la persona o del ambiente, que cuando está presente, resulta en una probabilidad incrementada de contraer una enfermedad(9); diferenciándolo de factores de progresión de la enfermedad, o de factores pronósticos, los cuales influyen en el curso de la enfermedad una vez se ha iniciado el tratamiento(7). De acuerdo a la literatura las principales características individuales, condiciones clínicas o enfermedades sistémicas descritas como factores de riesgo de la enfermedad periodontal destructiva incluyen a: Edad, género, raza, nivel socio-económico, biopelícula dental, microorganismos patógenos específicos, hábitos de fumar, diabetes mellitus, obesidad, osteoporosis, factores genéticos y factores psico-sociales(7)(10).

Biopelícula Dental y Microorganismos Específicos: Estudios clínicos han demostrado como pacientes con un elevado nivel de placa bacteriana muestran



una mayor progresión de la enfermedad periodontal después del tratamiento periodontal quirúrgico que pacientes no tratados (11). Así mismo grupos de microorganismos patógenos específicos, agrupados bajo el título de “complejo rojo”, con fines de organización, tales como: Porphyromonadingivalis, Treponema denticola y Tanerellaforsthyensis han sido relacionados con el diagnóstico clínico de Periodontitis.

Diabetes Mellitus: Múltiples estudios describen una mayor prevalencia de la enfermedad periodontal destructiva en pacientes diabéticos con mal control metabólico(12). Así mismo una mayor incidencia de progresión de la enfermedad periodontal está descrita para pacientes con mal control metabólico(13).

Hábitos de Fumar: Estudios longitudinales han demostrado una mayor prevalencia de Periodontitis Marginal en pacientes fumadores. Un estudio longitudinal con 10 años de seguimiento mostró un incremento en el número de superficies dentales con enfermedad periodontal y mayor pérdida ósea radiográfica en pacientes fumadores, comparado con pacientes no fumadores o que habían dejado el hábito de fumar

Factores Genéticos: Estudios realizados en gemelos han mostrado como distintos polimorfismos genéticos tienen una mayor prevalencia en gemelos homocigotos con enfermedad periodontal(15). De forma complementaria un polimorfismo genético compuesto para la interleuquina 1 ha demostrado un efecto modulador de la severidad de la Periodontitis Crónica en pacientes no fumadores(16).

Nivel Socio-económico: Estudios de carácter seccional han descrito diferencias significativas en el estado de salud periodontal entre pacientes con distinto nivel de escolaridad y de ingreso económico (17).

Factores Psico-sociales: Factores como una inadecuada tolerancia al estrés, presiones financieras, insatisfacción laboral y tipos de personalidad específicos se han correlacionado con mayor severidad o progresión incrementada de la enfermedad periodontal destructiva(10).

5.1.3 Características de la Atención Clínica

Diagnóstico La Periodontitis Crónica es una infección que resulta en la inflamación crónica de los tejidos de soporte del diente, se caracteriza por la presencia de bolsas periodontales, pérdida progresiva de la inserción periodontal y posible recesión gingival(3).

De forma complementaria la Periodontitis Crónica puede ser diagnosticada de una forma más específica de acuerdo a su extensión y su severidad, la extensión puede ser generalizada si $>30\%$ de las superficies periodontales se encuentran afectadas, o localizada si $\leq 30\%$ de las superficies están afectadas, la severidad puede ser categorizada de acuerdo al nivel de pérdida del nivel de



inserción clínico en: Incipiente con pérdida de 1 a 2 mm, moderada con pérdida de 3 a 4 mm, y avanzada con pérdida ≥ 5 mm(3).

A través del tiempo múltiples definiciones han sido utilizadas para definir las condiciones clínicas que debe cumplir un paciente en términos cuantitativos para poder ser diagnosticado con Periodontitis, estas definiciones de caso se basan en porcentajes específicos de hemorragia al sondaje periodontal, números establecidos de bolsas periodontales, superficies con pérdida del nivel de inserción clínica o pérdida ósea radiográfica, que conduzcan al diagnóstico de Periodontitis Crónica. Un consenso realizado en Estados Unidos describió que la Periodontitis de severidad moderada podría ser definida con la presencia de ≥ 2 superficies dentales con profundidad de bolsa ≥ 4 mm, o, la presencia de ≥ 2 superficies con pérdida ósea radiográfica ≥ 4 mm; mientras que la Periodontitis de severidad avanzada contendría ≥ 2 superficies dentales con pérdida del nivel de inserción clínica ≥ 6 mm, y, ≥ 1 superficies dental con profundidad de bolsa ≥ 5 mm(18). Otra definición de Periodontitis realizada en un consenso de expertos europeos, con énfasis para ser utilizada en estudios longitudinales relacionados con factores de riesgo para el desarrollo de Periodontitis Crónica, estableció una categoría más amplia de Periodontitis caracterizada por la presencia de pérdida del nivel de inserción clínico ≥ 3 mm en interproximal de ≥ 2 dientes no adyacentes, y otra categoría más específica con la presencia de pérdida del nivel de inserción clínico por inter-proximal ≥ 5 mm en $\geq 30\%$ de los dientes presentes(19).

Tratamiento Un tratamiento periodontal exitoso depende de los procedimientos clínicos orientados al control del proceso infeccioso, en los cuales se debe eliminar a los microorganismos patógenos(20). La terapia periodontal tradicionalmente comprende diferentes fases de tratamiento, en las cuales después del control de procesos agudos y la valoración del estado de salud general del paciente, se realiza un tratamiento de carácter no quirúrgico, seguido de una re-evaluación del estado periodontal que debe llevar a la decisión de realizar o no procedimiento de carácter quirúrgico(21). Pocos pacientes son capaces de mantener la salud periodontal sin cuidado dental profesional regular, el cual mayormente consiste en refuerzos para tener una buena higiene oral y tratamiento periodontal no quirúrgico (20). Estudios realizados a largo plazo durante la fase de mantenimiento periodontal han demostrado como un alto nivel de higiene oral contribuye a la detención o reducción del progreso de la enfermedad periodontal destructiva(22).

Tratamiento Periodontal No-quirúrgico El tratamiento periodontal no-quirúrgico incluye procedimientos de tipo mecánico o quimio-terapéuticos para eliminar o minimizar la biopelícula dental. El tratamiento mecánico consiste en el debridamiento meticuloso de las raíces dentales mediante el uso de instrumentos manuales, sónico-ultrasónicos o rotatorios para la remoción de la biopelícula dental, cálculo, endotoxinas y otros factores que facilitan el acúmulo de la biopelícula (20). La base del tratamiento mecánico la constituyen los procedimientos de raspaje y alisado radicular, por raspaje se entiende la remoción de biopelícula y cálculo de todas las superficies dentales coronal al



epitelio de unión, puede hacerse supragingival o subgingival; por alisado radicular se comprende la remoción de porciones de cálculo residual y cemento o dentina conducentes a la obtención de una superficie radicular lisa, dura y limpia(23).

Los pasos comúnmente empleados para la realización del raspaje y alisado radicular incluyen (23):

- La cureta se toma con el agarre de lapicero modificado.
- Se establece un apoyo digital adecuado.
- Se identifica el lado de trabajo de la cureta.
- La hoja de la cureta se adapta con fuerzas ligeras sobre la superficie dental.
- Se inserta la hoja de la cureta de forma apical hasta el epitelio de unión.
- Se establece una angulación de trabajo $>45^\circ$ pero $<90^\circ$.
- Se explora la superficie radicular hasta que el cálculo sea identificado.
- Se realiza el raspaje con movimientos firmes, cortos, controlados y secuenciales sobre la superficie radicular hasta que todo el cálculo sea removido.
- El alisado radicular se realiza con movimientos largos y secuenciales hasta que la superficie radicular se encuentre lisa y dura.
- Se deben instrumentar todos los aspectos de la superficie radicular incluyendo: líneas angulares, convejidades, concavidades, rotando el mango de la cureta en los dedos.

Tratamiento Periodontal Quirúrgico

Por lo general el tratamiento periodontal quirúrgico está indicado donde el tratamiento no quirúrgico no ha obtenido los objetivos del tratamiento, dentro de los propósitos del tratamiento quirúrgico se incluyen(26):

- Lograr acceso y visibilidad a las superficies dentales de difícil acceso durante la fase de tratamiento no-quirúrgico.
- Establecer una morfología dento-gingival saludable que facilite al paciente realizar una adecuada higiene oral.
- Reducir la profundidad de bolsa para permitir una adecuada higiene y monitorear el estado y posible progresión de la enfermedad periodontal.
- Realizar la corrección de defectos mucogingivales, o, el tratamiento de lesiones que requieran procedimientos regenerativos o reconstructivos.

Las técnicas quirúrgicas más utilizadas durante el tratamiento periodontal incluyen: Gingivectomía, Colgajo Modificado de Kirkland, Colgajo Posicionado Apical y el Colgajo de Widman Modificado (21). Estas técnicas difieren principalmente en la posibilidad de acceder a defectos intra-óseos, resección de los tejidos blandos, realización de osteotomía/osteoplastia, y reposición o posicionamiento apical de los tejidos.



Los procedimientos de Gingivectomía tienen como objetivo la eliminación de las lesiones periodontales a través de la remoción de la pared de tejido blando de las bolsas. Los pasos para su realización incluyen: Determinar la profundidad de las bolsas a través de puntos sangrantes, una incisión primaria biselada dirigida hacia la base de la bolsa, incisión de los tejidos interproximales con la utilización de bisturíes periodontales específicos, remoción de los tejidos blandos incididos, realizar raspaje y alisado radicular y Colocación de un cemento quirúrgico. Después de un período de cicatrización de 10 a 14 días se realiza limpieza profesional de los dientes e instrucción en higiene oral(27).

El Colgajo Modificado de Kirkland describe un colgajo básico de acceso y visibilidad para la instrumentación de las superficies radiculares. El procedimiento comprende: Incisiones intra-sulculares hasta la base de las bolsas, elevación de colgajos muco-periósticos, raspaje y alisado radicular, eliminación del tejido de granulación y reposicionamiento de los colgajos (27). En este procedimiento no se realiza remoción intencional de tejidos blandos o duros con el objeto de reducir la profundidad inicial de las bolsas.

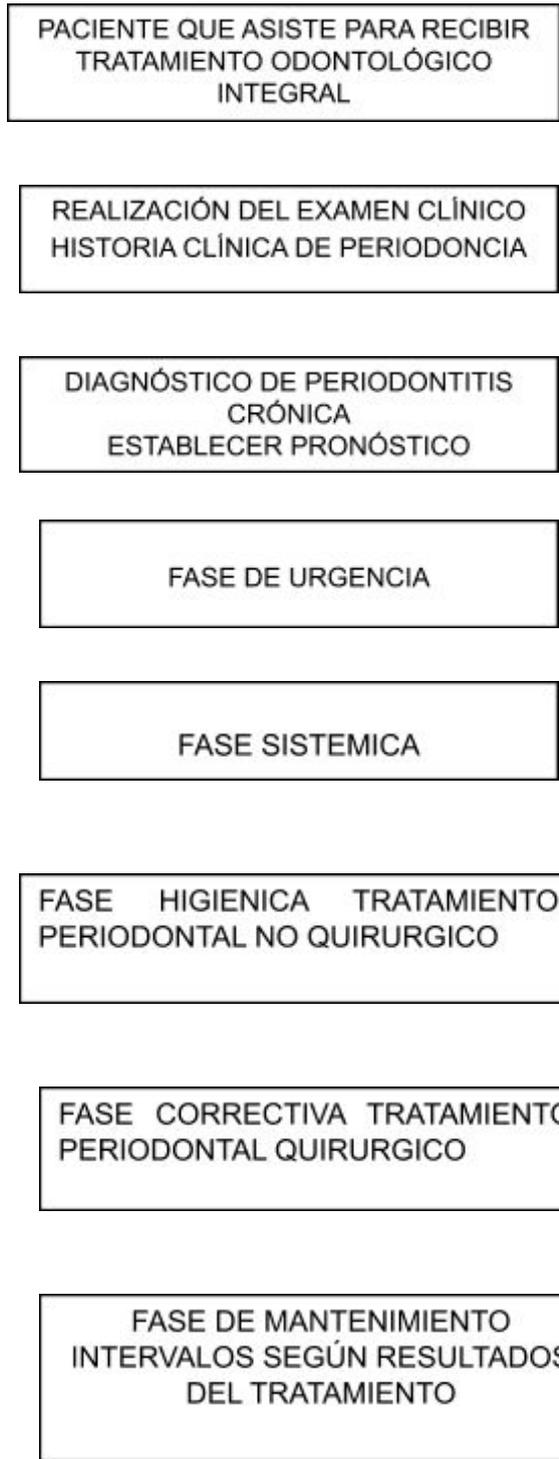
En el Colgajo Posicionado Apical busca la conservación del complejo muco-gingival es un esfuerzo por conservar una zona adecuada de encía insertada, esta técnica quirúrgica comprende: Una incisión a bisel interno de amplitud variable de acuerdo a la profundidad de bolsa, incisiones verticales relajantes, elevación de colgajos, remoción del collar de encía delineado por la incisión a bisel interno, cirugía ósea y posicionamiento apical de los colgajos (21) (27).

El Colgajo Modificado de Widman descrito por Ramfjord es una técnica conservadora en la cual no se realiza remoción intencional de tejido óseo o posicionamiento apical de los tejidos, sin embargo incluye una incisión a bisel interno para la eliminación de la pared de tejido blando de la bolsa. La técnica incluye: Incisión a bisel interno paralela al eje longitudinal del diente, incisión intra-sulcular, elevación de colgajos muco-periósticos, una tercera incisión en sentido horizontal se realizar para separar el collar de tejido blando, raspaje y alisado radicular, curetaje de los defectos óseos, reposicionamiento de los colgajos

El período post-operatorio luego de los procedimientos de cirugía periodontal puede incluir dolor, inflamación, hemorragia, reacciones adversas a medicamentos o infección; la prevalencia de las complicaciones post-operatorias es inferior al 1% (26). Otros riesgos potenciales de los procedimientos de cirugía periodontal incluyen hipersensibilidad dentinal, reabsorción radicular o anquilosis, perforación del colgajo o la formación de contornos gingivales irregulares



FLUJOGRAMA DE ATENCION



VALORAR LA PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A: SALUD SISTEMÁTICA, FACTORES AMBIENTALES, (EUMAR), FACTORES SOCIALES Y COMPORTAMENTALES