

Cuidado de las encías

Abordaje desde la farmacia

Las enfermedades de las encías son una de las principales causas de pérdida de piezas dentales en personas adultas. Además, se trata de enfermedades muy frecuentes, que afectan a 3 de cada 4 personas en algún momento de sus vidas. En el presente artículo se analizan las principales afecciones asociadas a las encías, así como los factores etiológicos más significativos y las medidas más adecuadas para su prevención.

ADELA-EMILIA GÓMEZ AYALA

Doctora en Farmacia

Antes de abordar cómo preservar la salud bucodental, es conveniente recordar brevemente la anatomía de esta zona del organismo. En la cavidad bucal se distingue entre tejidos dentarios, que forman el diente propiamente dicho, periodonto o tejidos peridentarios, que rodean el diente sujetándolo y protegiéndolo, la lengua y la saliva.

El diente se encuentra insertado en la encía y anclado en el hueso alveolar de la mandíbula (fig. 1). La encía consta de dos partes distintas: encía libre (separada del cuello del diente por el surco gingival) y encía insertada (adherida al diente y al hueso alveolar). La unión del diente a la mandíbula tiene lugar mediante el ligamento periodontal, cuya flexibilidad permite a la pieza dental tener una cierta movilidad durante la masticación.

La encía sana tiene una consistencia dura, firme y no deslizable, a lo que se une un característico color rosa pálido. Su superficie está queratinizada y puede presentar ocasionalmente prominencias en forma de piel de naranja. En determinadas circunstancias pueden aparecer pigmentos de color marrón debidos a la melanina producida

por los melanocitos. El espacio existente entre la encía y el diente se denomina surco gingival y su profundidad se mide en clínica utilizando la sonda periodontal.

Epidemiología de la enfermedad periodontal

La gingivitis es una de las enfermedades más frecuentes del ser humano independientemente de la edad de éste. Se ha comprobado que afecta al 75% de los jóvenes con edades comprendidas entre 20-25 años. Se ha observado que en determinadas ocasiones, incluso en ausencia de tratamiento, la gingivitis no progresa a periodontitis.

La periodontitis es muy rara en niños y en adolescentes (1/10.000), aunque su prevalencia y su gravedad se incrementa marcadamente con la edad: afecta al 10% de los adultos con edades comprendidas entre 50-60 años.

En los niños y adolescentes con diabetes tipo 1 mal controlada y en los adultos con diabetes tipo 2 también mal controlada, la prevalencia de la enfermedad periodontal es considerablemente mayor que entre sus homólogos

no diabéticos. La gravedad de esta afección es también mayor entre las personas con diabetes.

Etiopatogenia de la enfermedad periodontal

La placa bacteriana y otros factores como la genética, problemas de maloclusión, la edad, el tabaquismo o el estrés están ligados a la aparición de patología periodontal.

La placa bacteriana

La causa más frecuente de aparición de enfermedad periodontal es la presencia de placa bacteriana constituida por un conjunto de materiales que se depositan y/o adhieren al diente. La presencia de cálculos, más conocidos como sarro, es especialmente importante, ya que se relaciona de forma directa con la aparición de gingivitis.

Los microorganismos implicados en la aparición de gingivitis varían en función de la antigüedad y la localización de la placa bacteriana:

- Cuando las bacterias predominantes son aerobias grampositivas, su acumulación da lugar a la aparición de gingivitis, proceso caracterizado porque no hay pérdida del tejido de soporte dentario y, además, es fácilmente reversible con una adecuada higiene oral y un sencillo tratamiento periodontal.
- El cambio en la composición de las bacterias que forman la placa dental, con un predominio de anaerobios gramnegativos, conlleva la aparición de periodontitis, proceso en el que ya tiene lugar una destrucción del aparato de soporte dentario (encía y hueso alveolar). La periodontitis

Conceptos generales sobre la enfermedad periodontal

La denominación de enfermedad periodontal incluye diferentes enfermedades inflamatorias que afectan a los tejidos de soporte del diente: encía, hueso y ligamento periodontal. Se considera que estos procesos son fruto del desequilibrio entre la interacción inmunológica del huésped y la flora de la placa dental marginal que coloniza el surco gingival.

Básicamente la enfermedad periodontal incluye dos procesos: la gingivitis y la periodontitis.

La gingivitis hace referencia a los diferentes procesos que cursan con inflamación de las encías, independientemente de su causa, pudiendo aparecer sola o con afectación del resto de componentes del periodonto, en cuyo caso se denomina periodontitis.

La periodontitis se caracteriza por la presencia de una lesión celular y molecular avanzada, con un daño de la estructura del periodonto, prácticamente irreversible, en cuyo avance involucra regiones anatómicas y crea deformaciones estructurales severas en la unidad dentogingival y en la unidad dentoalveolar.

La gingivitis se clasifica en:

- Marginal localizada o generalizada.
- Papilar localizada o generalizada.
- Difusa localizada o generalizada.

La periodontitis se clasifica en:

- De establecimiento temprano.
- Del adulto.
- Necrotizante.



implica riesgo de pérdida de la pieza dental y puede requerir una intervención quirúrgica en la zona afectada.

Los patógenos implicados en el desarrollo de enfermedad periodontal incluyen *Actinobacillus actinomycetem-comitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *P. nigrescens* y *Fusobacterium spp.*

Otros factores

Además de la placa bacteriana, cuya importancia en el desarrollo de la patología periodontal acaba de ser descrita, existen otros factores que pueden clasificarse en tres grandes grupos:

- Factores genéticos, en virtud de los cuales hay personas que son más susceptibles que otras a desarrollar

enfermedades periodontales, susceptibilidad que es debida a una predisposición heredada.

- Factores locales, entre los que se incluyen las maloclusiones, la respiración bucal, la impactación alimentaria, la morfología dentaria, ciertos factores ligados a tejidos blandos, la odontología yatrógena, la oclusión traumática y los hábitos higiénicos inadecuados.

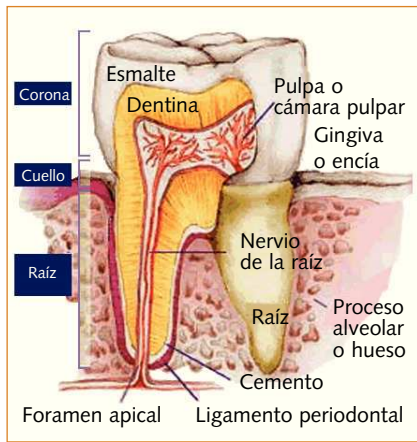


Fig. 1. Anatomía del diente y la encía

– Factores sistémicos, entre los que se incluye el estrés, la edad, la nutrición, la medicación, el tabaco, la inmunosupresión, el embarazo y la diabetes.

Seguidamente se analizan individualmente alguno de los factores más significativos:

Edad. Si bien está demostrado que la prevalencia de enfermedad periodontal aumenta con la edad, e incluso la propia edad por sí misma parece ejercer cierta influencia en la pérdida de inserción periodontal, actualmente se admite que dicha influencia no tiene la magnitud suficiente como para considerarse un factor clínicamente significativo, más bien se acepta que la enfermedad periodontal es una consecuencia directa de los procesos de envejecimiento y de los efectos acumulativos de patologías crónicas.

Estrés. Actualmente se sabe que el estrés, igual que la depresión franca, triplican el riesgo de desarrollar enfermedad periodontal en comparación con los individuos no afectados por estas condiciones.

Tabaco. El tabaco es el factor de riesgo ambiental que más predispone a la periodontitis. Su importancia es equivalente a la de los propios patógenos periodontales. De hecho, las personas fumadoras triplican el riesgo de desarrollar enfermedad periodontal avanzada en comparación con los no fumadores.

La periodontitis en los fumadores no depende de la higiene oral, sino que es debida a la influencia directa del ta-

baco en el periodonto. Los tejidos periodontales de los fumadores se ven afectados por muchos de los productos que contiene el tabaco, especialmente por la nicotina y la cotinina, de tal manera que el diente pierde la inserción de forma más rápida y agresiva en comparación con el sujeto no fumador. Al mismo tiempo, al existir una menor vascularización de la encía, la inflamación queda enmascarada por la palidez de la misma, lo que complica el diagnóstico precoz.

Virus de la inmunodeficiencia humana. La infección por el VIH se considera un factor de riesgo para el desarrollo de periodontitis, habiéndose comprobado que el tratamiento con zidovudina se relaciona con la periodontitis grave, quizá por su intervención sobre la función de los neutrófilos.

En general, se admite que cualquier condición que comprometa los mecanismos de defensa del huésped predispone al sujeto a presentar episodios tempranos de periodontitis grave.

Diabetes. La periodontitis es la complicación intraoral más frecuente de todas las observadas en pacientes diabéticos, independientemente de que sean diabéticos tipo 1 o diabéticos tipo 2.

Los sujetos diabéticos con mayor riesgo de presentar enfermedad periodontal son los que presentan mala higiene oral, una larga evolución de su diabetes o un mal control de su alteración metabólica. Al mismo tiempo, las bacterias periodontales pueden pasar a la circulación sanguínea y empeorar el control metabólico de la diabetes; de hecho, se ha demostrado que la gravedad y la progresión de la periodontitis influyen en el grado de control metabólico de la diabetes.

Osteoporosis. La osteoporosis en la mujer posmenopausica se ha intentado correlacionar con la enfermedad periodontal, aunque lo cierto es que hay disponibles muy pocos estudios longitudinales rigurosos sobre este tema. En la actualidad se acepta que hay una correlación ligera entre descenso de la densidad ósea extracraneal y mayor número de pérdidas dentarias.

En pacientes con osteoporosis, la prevalencia de la periodontitis aumenta con la edad. Se ha sugerido que el aumento en la reabsorción del hueso

en el maxilar y en la mandíbula contribuye a que el hueso de soporte del diente sea susceptible a la enfermedad periodontal, por lo que dicha enfermedad es una manifestación temprana y patognomónica de osteoporosis.

Sintomatología de la enfermedad periodontal

El cuadro clínico que acompaña a la gingivitis aparece alrededor de dos semanas después de que se ponga de manifiesto la placa bacteriana. Se expresa en forma de enrojecimiento o eritema de la encía marginal, signos que poco a poco se van haciendo más intensos. Se acompaña de sensación de tensión o picor gingival, con dolor, sangrado espontáneo y/o durante la masticación de alimentos y el cepillado.

Cuando la gingivitis evoluciona a periodontitis, aparecen los signos propios de la primera, pero acompañados de los que se citan a continuación: recesión gingival, movilidad y separación de los dientes, pérdida ósea, bolsa periodontal con fístula o pus alrededor del diente, halitosis, cambios en la forma de morder e incluso alteraciones en la oclusión. A estos síntomas también puede unirse una marcada sensibilidad dental, especialmente manifiesta para el frío.

Finalmente, si no se instaura un tratamiento apropiado, se producirá la pérdida de las piezas dentales. En individuos jóvenes la enfermedad periodontal evoluciona de forma rápida, pudiendo llegar a perderse las piezas dentales en 5 años. En sujetos de más edad la evolución es más lenta, pero también conlleva pérdida de los dientes.

Diagnóstico de la enfermedad periodontal

Para diagnosticar la enfermedad periodontal, es necesaria una buena entrevista clínica con el paciente, que le interroga también sobre sus hábitos higiénicos. La entrevista permitirá la realización de las historias generales médica y oral. La presencia de sangrado de encías, recesión gingival, halitosis, absceso periodontal y separación dentaria, entre otros factores, hará sospechar una posible enfermedad periodontal.

La sonda periodontal es un instrumento sencillo y barato, que permite

determinar si hay bolsas periodontales, recesión gingival, movilidad dentaria, etc. Actualmente se dispone de sondas electrónicas conectadas a un ordenador, que permiten obtener fácilmente el periodontograma, consistente en una ficha de registro donde quedan anotados todos los datos obtenidos en la exploración clínica.

La realización de un estudio radiológico permite determinar el nivel de hueso de soporte, lo cual reviste interés, tanto desde la perspectiva diagnóstica, como pronóstica.

Otros métodos diagnósticos complementarios incluyen la microbiología, la inmunología y el estudio bioquímico de los componentes del fluido gingival.

Abordaje terapéutico de la enfermedad periodontal

El tratamiento específico de la enfermedad periodontal está en función de la edad del paciente, su estado general, su tolerancia a determinados fármacos, procedimientos o intervenciones, así como su opinión o preferencia.

El tratamiento incluye una de las siguientes opciones o una combinación de ellas:

- Eliminación de la placa bacteriana mediante una limpieza profunda que permite hacer desaparecer dicha placa así como el tejido infectado en las etapas tempranas de la enfermedad; al mismo tiempo, también se alisan las superficies dañadas de la raíz de los dientes. Posteriormente las encías pueden volver a adherirse a las piezas dentales.
- Tratamiento farmacológico, especialmente útil para combatir el absceso periodontal. Incluye metronidazol dosificado a razón de 250 mg cada 8 h durante 7 días. Este tratamiento no siempre debe acompañarse necesariamente del empleo de colutorios de clorhexidina. Son contraindicaciones para este tratamiento farmacológico la presencia de úlceras, problemas hepáticos o consumo de alcohol.
- Cirugía, cuya indicación es la presencia de enfermedad avanzada, situación que requiere limpieza de las áreas infectadas debajo de las encías, junto con la reforma o reemplazo de tejidos. Los tipos de cirugía en en-

fermedad periodontal son reducción en bolsa, procedimiento de regeneración, injerto de tejido blando y agrandamiento de la corona.

- Implantes dentales, técnica que permite reponer las piezas dentales perdidas como consecuencia de la enfermedad periodontal. En la década de 1980 se descubrió la capacidad del titanio para interactuar con el hueso y formar una unión sólida con él. A partir de ese momento, se ha producido un continuo avance en las técnicas de implantología.

Prevención de la enfermedad periodontal

Las patologías bucodentales, y entre ellas obviamente la enfermedad periodontal, son uno de los motivos de consulta más frecuentes en la farmacia. Es precisamente en estas situaciones en las que la labor educadora del farmacéutico es más necesaria.

La prevención de la enfermedad periodontal se basa en las siguientes recomendaciones:

- Si el paciente es diabético, resulta fundamental ayudarle a controlar su glucemia e indicarle que debe informar a su odontólogo de su condición. Al mismo tiempo, en estos pacientes la visita al dentista no debe interferir con el tratamiento insulínico ni con el programa de comidas. El mejor momento para acudir a ellas son las horas que siguen al desayuno.
- Otro punto capital es la correcta eliminación de la placa bacteriana, lo que se consigue con un correcto cepillado de los dientes al menos 2 veces al día, usando un cepillo suave y una pasta fluorada; el enjuague cuidadoso del cepillo tras cada lavado, guardándolo en posición vertical y sustituyéndolo como mínimo cada 3 meses; el uso del hilo dental, limpiadores de puente o cualquier otro accesorio de limpieza recomendado por el odontólogo y la revisión pe-



riódica de la dentadura por el dentista como mínimo cada 6 meses.

- La presencia de halitosis, mal sabor de boca, encías sangrantes u otro síntoma clínico debe ser motivo de visita al odontólogo. □

Bibliografía general

- Anónimo. Enfermedad periodontal. Guías de diagnóstico y tratamiento (consultado el 10 de noviembre de 2007). Disponible en: http://www.iqb.es/d_mellitus/medico/guias/g15/g15_10.htm
- Anónimo. Las Enfermedades Periodontales. Portal de la Sociedad Española de Periodoncia, (consultado el 7 de noviembre de 2007). Disponible en: <http://www.dentalgb.com/paginas/enferio.htm>
- Anónimo. Las Enfermedades Periodontales. Portal Health System, University of Virginia, (consultado el 10 de noviembre de 2007). Disponible en: http://www.healthsystem.virginia.edu/uva-health/adult_oralhlth_sp/perio.cfm
- Anónimo. Tabaco y salud periodontal (monográfico) 2004, (consultado el 10 de noviembre de 2007). Disponible en: <http://www.geodental.net>
- Calsina G, Birbe J. Efectos del tabaco en las encías. FMC. 2006;4:199-205.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Campaña bucodental. Guía del Farmacéutico, 2005 (consultado el 6 de julio de 2007). Disponible en: <http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000029.nsf/voDocumentos>
- García MM, Ortiz FJ. Manifestaciones orales como primer signo de diabetes mellitus. Semergen. 2004;4:169-174.
- Lindhe J. Textbook of clinical periodontology, 2.^a ed. Copenhagen: Munksgaard; 1993.
- Rodrigo L, Cadahia V, Fuentes D. Alteraciones de la cavidad oral. Portal de la Sociedad Española de Patología Digestiva, (consultado el 10 de noviembre de 2007). Disponible en: <http://www.sepd.es/uploads/biblioteca/46/121.pdf>
- Servicio de Promoción de la Salud. La salud bucodental en los mayores. Prevención y cuidados para una atención integral. Promoción de la salud en personas mayores. Madrid: Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid; 2003.
- Wilson TG, Kornman KS, Newman MG. Advances in periodontitis. Chicago: Quintessence; 1992.