

## REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

**Responsabilidad del estomatólogo general en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal**

**Responsability of the general odontologist in the prevention, diagnosis and treatment of the periodontal disease.**

**Dra. Magda Lima Álvarez, Dra. Alicia Reigada Martínez, Dra. Ana Vara Delgado**

Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Facultad de Estomatología. Camagüey. Camagüey, Cuba.

### RESUMEN

Este trabajo pretende actualizar al lector en aspectos correspondientes al diagnóstico y tratamiento de la gingivitis crónica, afección de gran interés desde el punto de vista epidemiológico. Se profundiza en los métodos de tratamiento, los cuales van desde la educación sanitaria, mencionando el control mecánico de la placa bacteriana y los tratamientos naturales hasta los tratamientos higiénicos y enfatiza en la responsabilidad del Estomatólogo General Integral en el control de los factores de riesgo de la enfermedad periodontal.

**DeCS:** ENFERMEDADES PERIODONTALES; RESPONSABILIDAD LEGAL; ODONTÓLOGOS.

### ABSTRACT

This work is intended to update the reader on aspects related with diagnosis and treatment of the chronic gingivitis, disease of great interest from the epidemiological point of view.

Methods of treatment are studied which begin with health education, mentioning mechanic control of the bacterial plate and natural treatments to hygienic

treatments. It stresses the responsibility of the General Integral Odontologist in the control of risk factors of the periodontal disease.

**DeCS:** PERIODONTAL DISEASES; LIABILITY, LEGAL; DENTISTS.

## **INTRODUCCIÓN**

La clasificación de la enfermedad periodontal nos permite diferenciar o distinguir los procesos patológicos que alteran al periodonto.

Una clasificación no es permanente e inmutable; por el contrario debe tener la suficiente flexibilidad para adaptarse a los cambios y descubrimientos de las ciencias en su evolución constante. (1)

La enfermedad periodontal ha sido clasificada por diferentes autores, entre ellos, un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1961, la cual se conoce como: Clasificación de la Enfermedad Periodontal según OMS, fundamentándose en un basamento de Afección General. En este caso pueden distinguirse tres grandes grupos de procesos patológicos: inflamatorios, degenerativos y neoplásicos. Esta clasificación se utiliza en nuestro país y constituye la base para organizar las diferentes afecciones del periodonto (1). Existe otra clasificación publicada en las Clínicas de Norteamérica y que es también utilizada (2).

Se hace necesario que el Estomatólogo General sea capaz de comprender la importancia de los procesos crónicos superficiales, su prevención, diagnóstico y tratamiento.

La gingivitis es un tipo de proceso inflamatorio que afecta los tejidos blandos que rodean los dientes; el mismo no se extiende al hueso alveolar, ligamento periodontal y cemento radicular (3, 4, 5).

La gingivitis crónica, de acuerdo a su extensión puede ser localizada o generalizada. Según su distribución se clasifica en: papilar, marginal o difusa cuando afecta tanto la papila interdental, el margen gingival y toda la encía, respectivamente. Por su aspecto clínico e histopatológico la gingivitis puede ser edematosa, fibrosa, fibroedematosa y descamativa. (1, 6). Su principal causa es la placa dentobacteriana. Los cambios patológicos se deben a la presencia de microorganismos en el surco gingival, y son los responsables de sintetizar sustancias potencialmente lesivas que producen daños en las células de los tejidos epitelial y conectivo, así como los componentes intercelulares (2, 5).

En la gingivitis crónica los vasos sanguíneos se ingurgitan y congestionan, se altera el retorno venoso y el flujo sanguíneo se torna lento. El resultado de todo esto es la anoxia gingival localizada que se superpone con un tono azulado a la encía enrojecida. También puede oscurecer el color de la encía inflamada crónicamente la extravasación de eritrocitos en el tejido conectivo y la descomposición de la hemoglobina en sus pigmentos. La inflamación crónica puede raramente estar precedida de una forma aguda o haberse iniciado como una inflamación crónica como tal (2, 7, 8).

Es por todo esto que se hace necesario que el Estomatólogo General sea capaz de comprender la importancia de reconocer los diferentes procesos crónicos superficiales, lo cual nos ha motivado para realizar este trabajo con el objetivo de actualizar aspectos del tratamiento de la gingivitis crónica, que están en constante revisión, mencionar los aspectos a tener en cuenta en la prevención de la enfermedad, periodontal y determinar el papel del Estomatólogo General en la atención primaria.

## **DESARROLLO**

El tratamiento a los pacientes que padecen de gingivitis crónica, una vez diagnosticada, cuenta con varias actividades, entre ellas y en primer lugar como actividad más importante se encuentra el control y eliminación de los factores etiológicos locales, fundamentalmente la placa dentobacteriana. Para esto es necesario realizar la educación sanitaria y sesiones de tartrectomía, eliminar las caries y obturaciones deficientes (9, 10), corregir la oclusión y eliminar hábitos, que constituyen aspectos esenciales en la prevención. Las instrucciones, supervisadas por parte del estomatólogo en cada visita ayudarán a desarrollar hábitos de higiene bucal positivos y duraderos. El instrumento universalmente aceptado como vital para la eliminación de la placa dentobacteriana es el cepillo dental. Su función, además de eliminar la placa y los restos alimenticios, se basa en la estimulación de los tejidos gingivales (11). Esto constituye la fase de preparación inicial (1, 4, 5).

Un segundo elemento en el plan de tratamiento es la utilización de medicamentos (6). Su uso está generalmente indicado en el control de la placa dentobacteriana y en la literatura se mencionan muchos: la clorhexidina, flúor, la alexidina, el listerine, el cloruro de benzalconio, la sanguinarina, el triclosan y más recientemente la iodopovidona, los cuales son empleados como enjuagatorios bucales coadyuvantes del cepillado los que actúan en el control químico de la placa. Su indicación debe ser seguida cuidadosamente por el estomatólogo puesto que

cuando se usan durante un período de tiempo prolongado pueden traer efectos nocivos. (1, 5)

La medicación local en el tratamiento de la gingivitis está generalmente confinada a la gingivitis crónica edematosa o fibroedematosa localizada, puesto que las características histopatológicas del tejido (predominio de fluido inflamatorio) permiten una respuesta positiva a la aplicación de los fármacos; no sucede igual con la gingivitis fibrosa ya que el predominio de la proliferación fibroblástica en el tejido conectivo como respuesta reparadora del daño hístico, no es suprimida a través de la terapia medicamentosa, sino por medios quirúrgicos (5).

Los **antisépticos** son agentes químicos que actúan sobre los tejidos vivos inhibiendo el crecimiento bacteriano o destruyendo los microorganismos presentes en los tejidos sin lesionar las células epiteliales. Ejemplo de ello podemos citar el fenol en bajas concentraciones (3 %), el colutol, perborato de sodio, el peróxido de hidrógeno, el flúor, la alexidina, la clorhexidina, el listerine, el cloruro de benzalconio y la iodopovidona, además de la sanguinarina y el triclosan.

Los **astringentes** son medicamentos que aplicados sobre la piel o mucosa provocan una precipitación o coagulación superficial de las proteínas, conllevando a una reducción o condensación de la superficie sobre la que actúan. No provocan muerte celular. Cuando un astringente es aplicado sobre el tejido edematoso puede reducir el volumen del mismo. El sulfato de cobre del 0,5 % al 2 %, el cloruro de zinc y el fenol a bajas concentraciones son ejemplos de astringentes que pueden ser utilizados en el tratamiento de la gingivitis crónica, sobretodo de tipo edematosa. (5)

Los **cáusticos** son medicamentos que también se usan en esta afección. Al ser aplicados localmente son capaces de destruir los tejidos vivos. Su mecanismo de acción es diferente de acuerdo a si es ácido o alcalino, pero de forma general actúan precipitando o desnaturalizando las proteínas tisulares. Entre los cáusticos ácidos podemos señalar el ácido tricloroacético, ácido crómico (orthocromic) y el ácido fénico (clorofenol) en concentraciones superiores al 5 %. Son cáusticos alcalinos el hidrato de potasio y el hidrato de sodio en soluciones al 30 %. Los cáusticos se aplican previo aislamiento del campo con torundas de algodón y con ayuda de un aplicador se lleva el medicamento a la gingiva, permaneciendo allí de 1 a 2 minutos y después enjuagar rápidamente. Se debe aplicar cada 7 a 10 días, realizándose el número de aplicaciones que sean necesarias (5).

Los **citostáticos** son aquellas drogas de origen natural o sintético capaces de afectar la actividad mitótica, tanto de células normales como tumorales. Ejemplo de estos medicamentos es la podofilina. Otros medicamentos usados en gingivitis crónica son el oleogadus A y el ungüento epidermizante (5).

La medicina natural y tradicional también ha sido utilizada en el tratamiento de esta afección, la de mayor importancia desde el punto de vista epidemiológico. La apiterapia (propóleos al 1,5 % en solución hidroalcohólica) se ha empleado en Matanzas en el control de la placa dentobacteriana. (12). Otra alternativa de la terapéutica es el agua ozonizada que disminuye el estreptococo mutans de la placa dental (13).

En fitoterapia a la guayaba y el llantén mayor se le atribuyen propiedades astringentes, ambos se pueden indicar en colutorios fríos (14). Como antiséptico se menciona la tintura de caléndula al 10 % y 20 % (14, 15).

Existen otros tratamientos en medicina natural y tradicional que por sus propiedades y efectos pueden emplearse en la terapéutica gingival. La acupuntura posee efectos antiinflamatorios y estimulantes del sistema inmunológico.

Para el tratamiento de la acupuntura las agujas pueden ser colocadas en los puntos:

- . Vesícula biliar 12 (Vb12).
- . Estómago 42 (E42).
- . Intestino delgado 5 (Id5).
- . Intestino delgado 8 (Id8).
- . Intestino delgado 17 (Id17).
- . Vasogobernador 28 (Vg28) (16, 17).

La medicación general en el tratamiento de la gingivitis crónica es muy limitada, indicándose en pacientes con un estado general comprometido o un cuadro séptico severo intrabucal. En estos casos los antibióticos más usados son la Penicilina y la Tetraciclina (5).

Posterior a todo lo planteado, si no ocurre la regresión total de la gingivitis pueden realizarse **tratamientos quirúrgicos** que no constituyen una etapa frecuente en dicho tratamiento. Las técnicas quirúrgicas que pueden ser utilizadas en la gingivitis crónica son: curetajes gingivales, papilectomias, gingivoplastias y gingivectomías (3, 4, 5).

Una última fase del tratamiento periodontal lo constituye la **fase de mantenimiento** que consiste en el control periódico de la evolución de los pacientes tratados con el objetivo de verificar los resultados obtenidos, manteniendo los tejidos libres de irritantes locales (6).

## **RESPONSABILIDAD DEL ESTOMATÓLOGO GENERAL EN EL TRATAMIENTO DE LA PARODONTITIS**

EL estomatólogo general juega un papel importante en el diagnóstico de esta enfermedad y en su tratamiento inicial con el que se consigue en un buen número

de pacientes resolver la inflamación gingival una vez que se han eliminado o controlado los factores locales presentes quedando por lo general bolsas paradontales en zonas localizadas o de menor profundidad que cuando el paciente concurre por primera vez a la consulta. (5)

A su vez, es el Estomatólogo General el encargado de realizar la remisión del caso al nivel secundario de atención una vez culminado su tratamiento inicial y que se haya valorado la necesidad del tratamiento integral por parte del especialista (8).

No obstante, es responsabilidad del estomatólogo realizar el seguimiento a los pacientes remitidos y aplicar las medidas necesarias de promoción y prevención para garantizar un adecuado control de los mismos según las indicaciones del especialista (18). Para ello, se hace necesario la aplicación de un método de vigilancia de observación y control de cada paciente. (19).

### **PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL**

La enfermedad periodontal en la mayoría de los casos podría ser prevenida por métodos tan simples como el control de la placa. Es responsabilidad del estomatólogo utilizar a pleno aquellas medidas preventivas previstas en la literatura. Es evidente que cuanto antes se coloquen las medidas preventivas más efectivo será el resultado final (20).

Se hace necesario entonces aplicar programas que sean capaces de conservar la salud bucodental, disminuir la morbilidad de las enfermedades bucales y conservar el mayor número de dientes en boca al disminuir la prevalencia y severidad de estas afecciones (18, 19) y los mismos se deberán encontrar estrechamente vinculados a la atención integral a la comunidad. (6)

El trabajo del Estomatólogo General Integral debe incluir en sus objetivos el control de los factores de riesgo que condicionan las enfermedades dentomaxilares, incrementar y perfeccionar la educación para la salud a todos los grupos de población, incrementar y perfeccionar las actividades de prevención, disminuir la morbilidad de las enfermedades estomatológicas y desarrollar actividades de rehabilitación (21).

Para conocer la situación de salud bucal de una comunidad, los factores que la condicionan, medir el estado de salud de esa población; se debe realizar el diagnóstico de salud bucal en la comunidad y del mismo dependerá la calidad del tratamiento, así como de las medidas a tomar según los problemas encontrados (22).

Los Factores de riesgo más comunes en la enfermedad periodontal y sobre los cuales debemos mantener vigilancia son:

- . Higiene bucal deficiente.
- . Grado de inflamación gingival.

- Profundidad de las bolsas a más de 3 mm.
- Hemorragia al sondeo.
- Título de inmunoglobulinas.
- Mecanismos defensivos.
- Factores endógenos y exógenos desfavorables (diabetes, embarazo, cálculos, obturaciones deficientes).
- Nivel óseo deficiente.
- Hábito de fumar.
- Condiciones socioeconómicas.
- Susceptibilidad genética.
- Otros. (18, 23)

### **CONCLUSIONES**

La gingivitis crónica puede ser tratada con diferentes métodos terapéuticos los cuales van desde el simple uso del cepillo dental con adecuadas medidas de fisioterapia bucal, uso de antisépticos, cáusticos y astringentes, y de tratamientos naturales hasta el empleo de técnicas quirúrgicas como el curetaje gingival, papilectomías, gingivoplastias y gingivectomías.

En la prevención de la enfermedad es importante reconocer y controlar los factores de riesgo dentro de los que ocupan lugar relevante la higiene bucal deficiente, el hábito de fumar y la mala operatoria dental, entre otros.

El Estomatólogo General Integral debe tener como objetivo básico en su labor preventiva el control de dichos factores de riesgo, no sólo en el individuo si no en la comunidad, incrementar y perfeccionar las actividades de prevención, disminuir la morbilidad de las enfermedades periodontales y desarrollar actividades de rehabilitación.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Estomatología. Tema Parodoncia. Camagüey: Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay", 1990; t1. P.2-9, 37-41, 50,63, 33-40,150-67.
2. Suzuki JB. Diagnóstico y clasificación de las enfermedades periodontales. Clin Odontol Norteamer 1988; 32 (2): 203-25.
3. Carranza FA. Periodontología clínica d Glickman. 5 ed. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1983. P.183, 402-21, 442-5, 451-9, 772-3.

4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Normas de Parodontología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1983. P. 55.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Estomatología. Tema Parodoncia. Camagüey: Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay", 1990; t2. P. 32-52.
6. Corella Sánchez R. Atención primaria periodontal. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1989. P. 7-11, 55-8.
7. Lau Rojo L. Compendio de Periodoncia. Sinaloa: "El Diario de Sinaloa"; 1992. P. 105-8.
8. Carranza FA. Periodontología clínica de Glickman. 5 ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 1989. P. 173- 8, 346-9, 467-72.
9. Garro-Barro J. Estado actual de la Odontología Conservadora. RCOE 1999; 4 (1): 57 – 70.
10. Garro-Barro J. Restauración con amalgama de plata. Barcelona: Masson-Salvat Odontología; 1995. P. 597-624.
11. Lluch de Francisca. Higiene bucal. Prevención y mantenimiento de la enfermedad periodontal: función del higienista. Gaceta Dental 1999; 99: 50-4.
12. Martínez Silveira G, Alfonso González E, Ortega Delgado L, Gou Godoy A. Efectos curativos de una solución hidroalcohólica del propóleo cubano al 1,5 % en la terapéutica periodontal. Rev Cubana Estomatol 1992; 29(2):14-9.
13. Garduño Garduño MP, González Quijano JI, Vázquez de Lara LG, Nájera García S, Huitzil Muñoz E. Efectos del agua ozonizada en la placa dentobacteriana. Rev ADM 1995; 52(6): 305-8.
14. Corneage P, Guillaume V, Villar T. Fitoterapia en Estomatología. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1995. P. 38-9, 46-7, 50-1, 56-7.
15. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Fito-Med. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1993. t2. P. 21-3, 71-2.
16. Jayasuriya A. Acupuntura clínica. 16 ed. Sri Lanka: De Medicina Alternativa Internacional, [199]: 21, 130.
17. Rigol OA. Manual de acupuntura y digitopuntura para el médico de la familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1992. P. 23.
18. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de atención estomatológica integral a la población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1992. P. 2-11.
19. Rodríguez Calzadilla A, Delgado Méndez L. Vigilancia y evaluación de la salud bucal. Método de observación y control. Rev. Cubana Estomatol 1995; 32(1): 9-15.
20. Katz S, McDonald JL, Stookey GK. Odontología preventiva en acción. Ciudad de La Habana: Editorial Científico- Técnica; 1984. P. 26.



21. Rodríguez Calzadilla A, Delgado Méndez L. Programa Nacional de atención estomatológica integral a la población. Rev. Cubana Estomatol 1995; 32(2): 85-94.
22. Rodríguez Calzadilla A, Delgado Méndez L. Diagnóstico de Salud Bucal. Rev. Cubana Estomatol 1996; 33(1): 5-11.
23. Rodríguez Calzadilla A. Enfoque de riesgo en la atención estomatológica. Rev Cubana Estomatol 1997; 34 (1): 40-9.

*Dra. Magda Lima Álvarez.* Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Facultad de Estomatología. Camagüey. Camagüey, Cuba.