

Colgate® REPORTE DEL CUIDADO ORAL

Una revista que resume los últimos avances en Odontología y Cuidado de Salud Oral



Prevención de la Caries de la niñez en las Prácticas Médicas

El cuidado de la Enfermedad Dental es la necesidad de salud más prevalente no lograda en nuestra sociedad. La caries es la enfermedad crónica más común de los niños en Estados Unidos¹, la prevalencia creciente de la caries temprana en niños (ECC) es un ejemplo primordial de las repercusiones de una insuficiencia en los servicios de salud oral. La ECC es definida como la presencia de uno o más dientes primarios cariados, perdidos u obturados en un niño menor de 71 meses de edad², que puede afectar tanto la calidad de vida del niño como de la familia, con serias consecuencias sociales y económicas³. Por ejemplo, las infecciones de las caries no tratadas pueden diseminarse en la boca, resultando en lesiones irreversibles. La pérdida dental también puede ocurrir ocasionando dificultades ortodónticas, estéticas y de pronunciación, las cuales pueden resultar en problemas psicológicos y de relaciones⁴. Los niños con ECC usualmente pierden peso y son más pequeños que el promedio debido a problemas de sueño y alimentación por la infección y el dolor⁴. El tratamiento de la ECC es complicado y costoso; los niños pequeños suelen tener tratamientos bajo anestesia general o pueden necesitar tratamientos restaurativos posteriores más tarde en su vida, haciendo de la enfermedad una carga para los padres y la sociedad⁴. La prevención dental primaria es el mejor abordaje para reducir la prevalencia de la ECC.

Disparidades en el Acceso a la Odontología

La Asociación Dental Americana (ADA)², la Academia Americana de Odontología Pediátrica⁵ y la Academia Americana de Pediatría⁶ recomiendan programar una primera visita odontológica para el niño, dentro de

los seis meses de erupción del primer diente y no más tarde de los 12 meses de edad, con el fin de prevenir problemas dentales, incluyendo la ECC. La incidencia de caries ha disminuido en los últimos 50 años; sin embargo, la caries dental permanece como un serio problema especialmente en ciertas poblaciones. Aproximadamente el 75% de la caries experimentada por los niños ocurre en solo el 33% de la población, principalmente en las minorías, individuos de bajos ingresos, y aquellos que viven en zonas rurales⁷. La dificultad en el acceso al cuidado dental y la información inadecuada sobre higiene oral se suman a la disparidad racial y de ingresos en la frecuencia de la caries^{8,9}. Por ejemplo, la minoría de niños pobres tienen mayor tendencia a tener caries no tratadas^{9,10} y la mitad del número de visitas odontológicas que la mayoría de los niños caucásicos afluentes. La escasez de odontólogos y pediatras públicos también contribuye a la dificultad en el acceso al cuidado dental. Una solución a la escasez en el acceso a los profesionales odontólogos es entrenar pediatras que ofrezcan cuidado dental preventivo. Un estudio de pediatras encontró que el 74% querían ofrecer cuidado dental preventivo a los padres⁸ familia representando un recurso potencialmente grande de proveedores de tratamiento. Durante la programación regular, de la consulta para el cuidado de los niños, los pediatras, los médicos familiares, y las enfermeras que tienen acceso a las madres de niños pequeños, pueden jugar un papel esencial en mejorar la salud oral de pacientes quienes de otra manera tendrían dificultades para el acceso al cuidado dental preventivo. Las consultas para el cuidado de los niños, que comienzan en la temprana infancia, permitirían una

Volumen 18, Número 1, 2010

En Esta Edición

Prevención de la Caries de la niñez en las Prácticas Médicas	1
En la Práctica	4
Página Periodontal	5
Página Clínica	6
Página de Higiene	7
Tendencias en el Cuidado de la Salud	9
Actualidad Odontológica	10

Regístrese en www.colgateprofesional.com.co y reciba avisos via e-mail acerca de las ediciones en línea del Reporte del Cuidado Oral Colgate

Jefe de Redacción

Dominick P. DePaola, DDS, PhD;
U.S.A. President and CEO
The Forsyth Institute

Redactores Asociados

John J. Clarkson, BDS, PhD; Ireland

Saskia Estupiñán-Day, DDS, MPH

Pan American Health Organization; Wash., D.C.
Joan I. Gluch, RDH, PhD; U.S.A.

Kevin Roach, BSc, DDS, FACD; Canada

Zhen-Kang Zhang, DDS, Hon. FDS,
RCS (Edin.); China

Consejo Asesor Internacional

Per Axelsson, DDS, Odont.Dr.; Sweden

Irwin Mandel, DDS; U.S.A.

Roy Page, DDS, PhD; U.S.A.

Gregory Seymour, BDS, MDSc, PhD,
MRCPath; Australia

Brindando Educación Continuada como un Servicio a la Odontología Mundial



Ejemplos de Programas desarrollados para tratar asuntos sobre accesibilidad al cuidado dental

Estado	Programa (Sitio Web)	Generalidades del Programa
California	MediCal (www.denti-cal.ca.gov)	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un mejor sistema de cuidado dental y aumentar la calidad de los servicios disponibles para las familias de bajos ingresos. • Provisión de servicios odontológicos como evaluaciones orales, profilaxis dentales, radiografías, procedimientos restaurativos, periodontales, endodónticos, y ortodónticos para individuos de 21 años o menos, elegibles para el programa de Medicaid.
Michigan	Programa Dental de Niños Saludables (www.deltadentalmi.com/programs/hkd/introduction.html)	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración pública-privada creada para mejorar el acceso al cuidado dental para las poblaciones de menos ingresos y menos favorecidas. • Proveer beneficios dentales para los beneficiarios de Medicaid menores de 21 años que cubra procedimientos odontológicos como rayos x, limpiezas, obturaciones, endodoncias y exodoncias.
North Carolina	En la boca de los bebés (www.ncafp.com/imb/)	<ul style="list-style-type: none"> • Creada para la reducción de la incidencia de caries en la niñez temprana en North Carolina. • Entrenar a los proveedores médicos para que proporcionen servicios de salud oral preventiva a los niños de alto riesgo desde el momento de la erupción hasta los 3 años, incluyendo examen oral, educación de los padres, y aplicación de barnices de flúor.
Washington	Acceso a Odontología para niños pequeños (www.abcd-dental.org)	<ul style="list-style-type: none"> • Basado en la premisa de que iniciar las visitas dentales temprano, conllevará comportamientos positivos en padres y niños. • Proporcionar cuidado dental preventivo y restaurativo para los niños desde el nacimiento hasta los seis años, elegibles para Medicaid, con énfasis en el alistamiento al año.
Nacional	Trabajando juntos por la salud oral	<ul style="list-style-type: none"> • Su propósito es mejorar la salud dental de los niños desde el nacimiento hasta los tres años. • Fondos para las reuniones anuales de "entrene al instructor" en salud oral donde los pediatras aprenden a conducir evaluaciones del riesgo de salud oral, enseñar a las familias sobre salud oral y prevención y remitir a los niños al hogar dental.¹⁶

evaluación en el tiempo de la salud oral del niño, la prevención y la identificación temprana de problemas dentales, remitir los problemas orales y aconsejar sobre la caries⁸. Los pediatras y los médicos familiares pueden extender su papel más allá de proporcionar tratamiento para el control de la caries¹¹ Como ejemplo, un estudio encontró que la aplicación de un barniz de flúor dos veces al año ocasionó un 38% de reducción en la caries dental¹². Este es un ejemplo perfecto de tratamiento profiláctico que puede ser administrado por los pediatras.

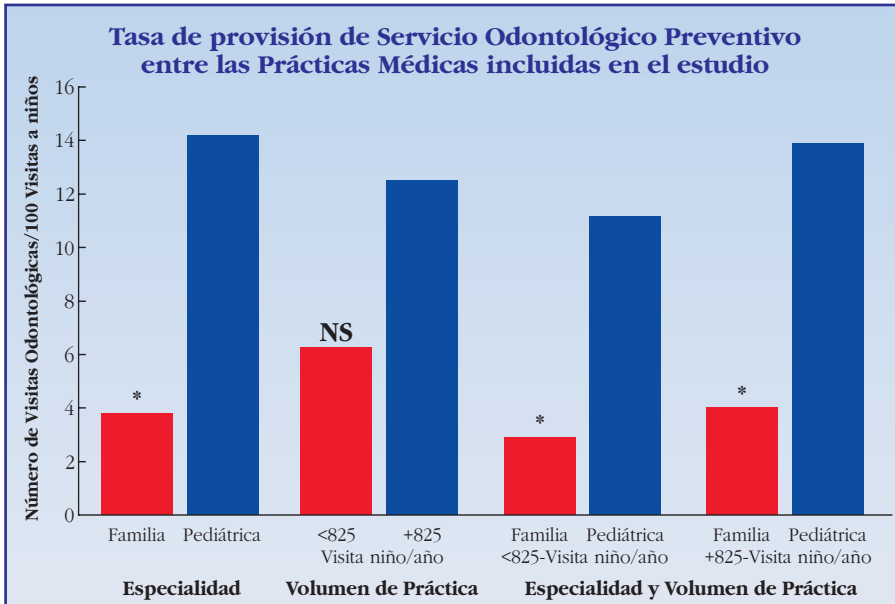
Abordajes que aumentan el acceso al Tratamiento Odontológico

Actualmente en Estados Unidos, hay unos programas con fondos del gobierno en 23 estados, los cuales son representaciones excelentes de los esfuerzos por mejorar el acceso al cuidado dental¹³. Por ejemplo, programas en California, Michigan, Carolina del Norte, y Washington, reembolsan a los profesionales médicos y odontólogos por varios tratamientos dentales y de salud oral y por las

orientaciones en salud oral (ver tabla). En algunos casos, los programas también entrenan médicos y otro personal en la provisión del cuidado dental preventivo.^{3,8,14}

Entrenamiento y Apoyo para los Pediatras

Es esencial que los programas se desarrollen para entrenar y apoyar a los proveedores del cuidado primario de la salud para adoptar efectivamente procedimientos odontológicos preventivos¹⁵. En Carolina del Norte, un programa estatal reembolsa a los médicos por proveer servicios dentales preventivos a los niños desde su nacimiento hasta los tres años de edad, sólo si todo el personal médico provee los servicios bajo un programa acreditado de Educación Médica Continua (CME)¹⁵. Un grupo realizó un estudio para evaluar la efectividad de diferentes métodos de CME en el nivel de provisión de servicio dental preventivo a niños en los consultorios médicos de atención primaria¹⁵. Primero, los investigadores calcularon la tasa total de la provisión del servicio para todas las prácticas médicas en 10 servicios odontológicos preventivos por 100 visitas a los niños. No hubo diferencias significativas entre las metodologías CME y las tasas de provisión del servicio odontológico. Sin embargo, el volumen de especialidad y práctica fueron predictivos de la provisión del servicio odontológico preventivo, con las prácticas pediátricas ofreciendo tres veces más los servicios de salud oral que las prácticas familiares y aunque no hay diferencia estadísticamente significativa, el volumen de altas prácticas estaba asociada con una diferencia del doble en las proporciones (ver la figura en la siguiente página)¹⁵. Los hallazgos claves fueron que independiente de la metodología CME, una proporción relativamente alta de prácticas fue capaz de adoptar servicios odontológicos preventivos, resultando en la provisión de visitas dentales preventivas en un promedio de 10% de niños elegibles para ayuda médica. Esto representa un progreso significativo hacia el aumento de la disponibilidad de los servicios odontológicos preventivos, especialmente a las poblaciones más vulnerables¹⁵.



* : pb .05; NS: no significativo

Adaptado de Slade, *et al.*, 2007¹⁵

El mejoramiento de la salud oral de la niñez mediante accesibilidad odontológica es el foco de una colaboración entre la Fundación de la Asociación Dental Americana y la Academia Americana de Pediatría, quienes recientemente anunciaron el desarrollo de un patrocinio "Trabajando juntos para la salud oral". Este patrocinio apoyará anualmente reuniones de salud oral "Entrene al Instructor" donde los pediatras aprenden a realizar evaluaciones de riesgo de la salud oral, aplicar medidas preventivas contra la caries, enseñar a las familias a cerca de la salud oral, y remitir a los niños a servicios odontológicos suplementarios (ver la tabla en la página 2)¹⁶. Esto representa una única alianza real entre las comunidades médicas y odontológicas que se formó para tratar la necesidad particularmente seria de salud de la ECC.

Conclusión

Los programas discutidos acá han sido exitosos en proveer a los pediatras y médicos familiares, las herramientas necesarias para la prevención de la ECC. Estos modelos sirven como ejemplos de lo que se puede lograr en las comunidades alrededor del mundo para reducir la ECC. Las enfermeras también tienen la capacidad de jugar un rol importante en la prevención de la enfermedad oral a través de su trabajo con los padres de niños pequeños y con

las visitas de los bebés. Los aseguradores de salud necesitan apoyar la coordinación del cuidado entre los médicos, enfermeras, y odontólogos con estos programas que ilustran como las comunidades médicas y odontológicas pueden trabajar juntas para tratar la prevención de la caries especialmente en las poblaciones más vulnerables. ©

Referencias

1. Edelstein BL. *Evidence-based dental care for children and the age 1 dental visit*. *Pediatr Ann* 1998;27(9):569-574.
2. American Dental Association. *ADA statement on early childhood caries*. On American Dental Association website [updated 2000; cited 2008 Mar 11]. Available from: <http://ada.org/prof/resources/positions/statements/caries.asp>.
3. Rozier RG, Sutton BK, Bawden JW, Haupt K, Slade GD, King RS. *Prevention of early childhood caries in*

North Carolina medical practices: Implications for research and practice. *J Dent Educ* 2003;67(8):876-885.

4. Msefer S. *Importance of early diagnosis of early childhood caries*. *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec* 2008;(Supplement):6-8.
5. American Academy of Pediatric Dentistry. *Helpful hints for a healthy smile*. On American Academy of Pediatric Dentistry website [updated 2008; cited 2008 Apr 22]. Available from: <http://www.aapd.org/foundation/bints.asp>.
6. Hale KJ. *Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home*. *Pediatrics* 2003;111(5 Pt 1):1113-1116.
7. Macek MD, Heller KE, Selwitz RH, Manz MC. *Is 75 percent of dental caries really found in 25 percent of the population?* *J Public Health Dent* 2004;64(1):20-25.
8. Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK, Deyo RA. *The role of the pediatrician in the oral health of children: A national survey*. *Pediatrics* 2000;106(6):E84.
9. Vargas CM, Crall JJ, Schneider DA. *Sociodemographic distribution of pediatric dental caries: NHANES III, 1988-1994*. *JADA* 1998;129(9):1229-1238.
10. United States General Accounting Office. *Dental disease is a chronic problem among low-income populations*. On United States General Accounting Office website [updated 2000 Apr; cited 2008 Mar 31]. Available from: www.gao.gov/archive/2000/be00072.pdf.
11. Newacheck PW, Hughes DC, Hung YY, Wong S, Stoddard JJ. *The unmet health needs of America's children*. *Pediatrics* 2000;105(4 Pt 2):989-997.
12. Helfenstain U, Steiner M. *Fluoride varnishes (Duraphat): A meta-analysis*. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994;22(1):1-5.
13. Deinard AS. *Personal Communication*; 2008 Apr 22.
14. Fisher-Owens SA, Barker JC, Adams S, Chung LH, Gansky SA, Hyde S, *et al*. *Giving policy some teeth: Routes to reducing disparities in oral health*. *Health Aff (Millwood)* 2008;27(2):404-412.
15. Slade GD, Rozier RG, Zeldin LP, Margolis PA. *Training pediatric health care providers in prevention of dental decay: Results from a randomized controlled trial*. *BMC Health Serv Res* 2007;7:176.
16. American Dental Association. *American Dental Association Foundation awards \$300,000 grant to educate pediatricians in oral health care*. On American Dental Association website [updated 2008 Feb 11; cited 2008 Mar 11]. Available from: http://ada.org/public/media/releases/0802_release03.asp.

Colgate®
PreviDent® 5000
 (1,1% de Fluoruro de Sodio - 5000 ppm de flúor)
Plus

Es **2 VECES MÁS EFECTIVA** que un dentífrico común regular porque contiene 4.5 veces más flúor





EN LA PRÁCTICA

Enjuagues Terapéuticos Para prevenir la Enfermedad Oral

Las recomendaciones de higiene oral de la Asociación Dental Americana (ADA) consisten en cepillado dos veces al día con una crema dental fluorada aceptada por la ADA, uso de seda dental una vez al día con una seda aceptada por la ADA, consumir una dieta balanceada con número limitado de pasabocas entre las comidas y visitas regulares al profesional del cuidado dental para limpiezas profesionales y exámenes orales. Además de estas recomendaciones, el Consejo para Asuntos Científicos de la ADA recientemente enunció los beneficios proporcionados por el uso de enjuagues terapéuticos para la salud oral.¹

Los enjuagues bucales son caracterizados como cosméticos o terapéuticos (ver tabla). Además de algunos o todos los siguientes ingredientes básicos (agua, alcohol, ingredientes saborizantes, y agentes colorantes), los enjuagues bucales cosméticos contienen sales astringentes que combaten el mal aliento actuando como desodorantes temporales; mientras que los enjuagues bucales terapéuticos contienen uno o varios ingredientes activos que proporcionan uno o la combinación de varios beneficios: neutralizadores de olor que combaten el mal aliento inactivando químicamente los componentes que inducen el mal olor, o agentes que combaten las bacterias del mal aliento; flúor que protege el esmalte dental, previniendo o controlando la caries; agentes antimicrobianos que reducen la placa, previenen o disminuyen el riesgo de gingivitis y hace más lenta la formación de cálculos.¹ Los enjuagues bucales terapéuticos pueden ser usados

antes o después del cepillado y el uso de la seda; los consumidores deben remitirse a la recomendaciones del fabricante.¹

Beneficios de los Enjuagues Bucales Terapéuticos

Los enjuagues bucales con flúor, pueden ayudar a disminuir el riesgo de caries protegiendo el esmalte dental.¹ Se ha probado clínicamente que aumentan la protección contra la caries cuando son usados en combinación con una crema dental fluorada en el cepillado,² y son recomendados por la ADA para proporcionar protección extra contra la caries.²

Los enjuagues bucales terapéuticos pueden reducir la placa bacteriana inhibiendo la actividad bacteriana. Debido a que la placa puede causar gingivitis, que a su vez puede progresar a enfermedad periodontal y finalmente a pérdida dental, la ADA recomienda el uso de enjuagues bucales antimicrobianos como una protección adicional contra la enfermedad periodontal. Los enjuagues bucales antimicrobianos también pueden prevenir la formación de cálculos en las superficies de los dientes.^{1,2}

Percepción Pública

Un estudio nacional de opinión pública reportó que la mayoría de consumidores reconocen el sello de Aceptación de la ADA, y que el 81% de ellos compran productos de higiene oral con el sello de la ADA.² Para obtener el sello de la ADA, el fabricante debe proporcionar evidencia que muestre que su producto es seguro y efectivo. En el caso de los enjuagues bucales, el Consejo de Asuntos Científicos de la ADA evalúa su efectividad dependiendo de la intención de su uso como el control de la gingivitis o el manejo del

mal olor bucal.¹

Recomendaciones y Restricciones para el Uso de los Enjuagues Bucales

Se ha sugerido que los profesionales de la odontología aconsejen a sus pacientes cuando un enjuague se necesita para mejorar su salud bucal,¹ proporcionándoles protección adicional contra la caries y la enfermedad periodontal. El uso de antimicrobianos terapéuticos y enjuagues bucales con flúor puede ser particularmente benéfico para pacientes que tienen dificultad con el cepillado y el uso de la seda.¹

Para niños, el uso de un enjuague con contenido de flúor debe ser restringido a los mayores de seis años por la posibilidad de que los niños menores ingieran el enjuague.^{1,2}

Conclusión

Mientras que la caries dental permanece como un problema de salud importante en la población infantil, es importante reconocer que esta ocurre en los adultos también. Más aún, si los asuntos de salud bucal, como la gingivitis, no son tratados, pueden eventualmente conducir a pérdida dental.² De acuerdo con un reporte reciente de los Centros para el Control y Prevención de la Enfermedad de Estados Unidos, el 27% de la gente con 65 años o más tienen pérdida total de dientes.² Al ayudar a prevenir tanto la caries como la gingivitis,^{1,2} los enjuagues terapéuticos antimicrobianos y con flúor son recomendados además de las cremas dentales fluoradas para una mejor salud oral. Los enjuagues cosméticos, por otro lado, tienen beneficios limitados. ©

Referencias

1. American Dental Association. **Mouthbrines**. On American Dental Association website [updated 2008; cited 2008 Mar 11]. Available from: <http://ada.org/ada/seal/mouthbrines.asp>.
2. American Dental Association. **ADA affirms benefits of ADA-accepted antimicrobial mouth rinses and toothpastes, fluoride mouth rinses**. On American Dental Association website [updated 2007 May 23; cited 2008 Mar 11]. Available from: http://ada.org/public/media/releases/0705_release03.asp.

Ingredientes Activos en Enjuagues Bucales Cosméticos y Terapéuticos						
Beneficios*	Cosmético	Terapéutico				
	Refresca el aliento	Combate las causas del mal olor	Previene o controla la caries dental	Reduce la placa	Previene o reduce la gingivitis	Hace más lenta la formación de cálculo en los dientes
Ingred. Activos	Sales astringentes	Neutralizadores de olor	Flúor	Agentes antimicrobianos		

*Del Programa de Sello de Aceptación de la ADA¹



PÁGINA PERIODONTAL

Evaluación del Riesgo Periodontal

El concepto de herramientas de evaluación utilizadas para identificar factores de riesgo para las enfermedades bucales más comunes fue brevemente presentado en un número previo del *Reporte del Cuidado Oral* (Volumen 17, Número 3). Este número concentra su atención específicamente en la evaluación del riesgo para la enfermedad periodontal. Sin herramientas que cuantifiquen objetivamente el riesgo y el estado de la enfermedad, la prevención de la enfermedad periodontal tiende a ser genérica por naturaleza, más que enfocada hacia los pacientes que están en mayor riesgo.¹

Antes de la aparición de los signos y síntomas de la periodontitis, los pacientes que están en alto riesgo de desarrollar la enfermedad no pueden distinguirse fácilmente de aquellos que son resistentes a ella. Este es un problema para los clínicos, puesto que los pacientes de alto riesgo necesitan mayor tratamiento comparados con los pacientes de bajo riesgo.¹ La evaluación del riesgo no solamente identifica la existencia de la enfermedad y su severidad, sino que identifica los factores que pueden influenciar la progresión futura de la enfermedad. En este número, los conceptos de evaluación del riesgo, se desarrollan más adelante y se revisan varias herramientas para la evaluación del riesgo.

Enunciado de la Academia Americana de Periodoncia sobre la Evaluación del riesgo

Recientemente, ha habido mucho interés en el concepto de la evaluación del riesgo y las herramientas para evaluación de riesgo; generalmente hay un acuerdo en que estas herramientas son beneficiosas para los odontólogos y para los pacientes, y a largo plazo, se espera que ayuden a reducir los costos generales de los tratamientos odontológicos. Esto condujo a la Academia Americana de Periodoncia en Octubre de 2007 a incorporar los conceptos de evaluación del riesgo periodontal en sus *"Lineamientos para el manejo de pacientes con Enfermedad Periodontal"*, y producir una herramienta de autoevaluación en línea para el paciente.^{2,3}

Los factores conocidos que influncian la aparición, presentación clínica y tasa de progresión de la enfermedad periodontal incluyen el hábito de fumar, la diabetes mal controlada, la mala higiene oral, la extensión y severidad de la pérdida ósea alveolar, la historia familiar positiva, la proporción de profundidad al sondaje > 6 mm, la edad, el género, y el sangrado gingival. El número de dientes perdidos también es una variable de valor predictivo, mientras que ciertos microorganismos etiológicos pueden también ser indicadores del riesgo.⁴

La evaluación del Riesgo puede ayudar a predecir la probabilidad con la que un paciente pueda llegar a desarrollar enfermedad periodontal y mejorar la toma de decisión clínica.

Midiendo el riesgo y la severidad de la enfermedad Periodontal

Tres ejemplos de herramientas disponibles para la evaluación del riesgo de la enfermedad periodontal incluyen:

- Examen y Registro Periodontal (PSR; de la Asociación Dental Americana)⁵
- Evaluación Interactiva del Riesgo del Paciente (de la Academia Americana de Periodoncia)²
- Evaluación Periodontal (parte integral de la Información de Salud Oral)⁶

El sistema de detección PSR de la ADA no es el mismo examen de evaluación del riesgo, pero proporciona detección temprana para la revisión periodontal.

La tabla (página anterior) muestra detalles de cada herramienta de evaluación. Debería notarse que ninguna de ellas intenta ser un sustituto de un examen periodontal integral completo.

El uso de la evaluación del riesgo puede ayudar a los odontólogos a predecir el potencial para desarrollar enfermedades periodontales y capacitarlos para enfocarse en una identificación temprana, así como para proporcionar tratamientos enfocados a los pacientes de alto riesgo. Se anticipa que esto reducirá la necesidad de futuros procedimientos periodontales complejos y el costo del cuidado periodontal. ©

Referencias

1. Chapple ILC. *Treatment planning based upon risk prediction - The future of preventative care*. *Perio* 2007;4(3):161.
2. American Academy of Periodontology. *Interactive patient risk assessment tool released today*. 2006. <http://www.perio.org/consumer/risk-assessment.htm>. (Accessed 19 Mar 2008).
3. American Academy of Periodontology. *Statement on risk assessment*. *J Periodontol* 2008; 79(2):202.
4. Van Dyke TE, Sheihs D. *Risk factors for periodontitis*. *J Int Acad Periodontol* 2005; 7(1):3-7.
5. American Dental Association. *Periodontal screening & recording: An early detection system Q & A*. 2008. <http://ada.org/prof/resources/topics/perioscreen/index.asp>. (Accessed 11 Mar 2008).
6. Page RC, Martin JA. *Quantification of periodontal risk and disease severity and extent using the Oral Health Information Suite (OHIS)*. *Perio* 2007;4(3):163-180.
7. PreViser Corporation. *PreViser website*. 2008. <http://www.previser.com/default.htm>. (Accessed 10 Apr 2008).

	Examen y Registro Periodontal	Evaluación interactiva de riesgo del paciente	Evaluación Periodontal
Organización	Asociación Dental Americana	Academia Americana de Periodoncia	Suite de Información de Salud Oral
Evaluador	Odontólogo*	Paciente	Odontólogo
Formato	•Examen por un profesional con una sonda periodontal específicamente diseñada	•Cuestionario de auto-evaluación en línea de 12 preguntas	•23 items registrados de un examen periodontal rutinario • Niveles de severidad con un valor numérico asignado: 1=saludable 100=Periodontitis severa
Asignación del riesgo	•Evaluación odontológica profesional del estado periodontal en seis áreas de los dientes	•Bajo, medio, alto	•Puntaje: 1=riesgo muy bajo 5= riesgo muy alto
Asignación del riesgo	•Cada diente examinado en todas las seis áreas, sin embargo solo se registra el puntaje más alto para cada sextante	•Aparece un reporte del perfil individualizado •El cálculo se basa en la fórmula Pre-viser ⁷	•El registro del riesgo ha mostrado ser válido y seguro por 15 años •El cálculo se basa en la fórmula Pre-viser ⁷ •El sistema genera una lista de opciones de tratamiento
Limitaciones	•Solamente seis puntajes son registrados, pero todos los dientes del paciente deben ser sondeados en seis áreas	•Auto-aplicable •No exhaustivo •Depende de la certeza del paciente en su autoevaluación	•Sistema relativamente complejo •Después del uso inicial gratis hay que pagar por su uso

*Puede ser realizado por una higienista dental donde las leyes estatales lo permitan.

⁷La fórmula Pre-Viser fue desarrollada por la corporación Pre-viser y es usada en su herramienta de evaluación del riesgo de cáncer oral, como parte de la suite de información de salud oral⁷

Información de la ADA⁵, AAP² y Page y Martin, 2007⁷



PRÁCTICA CLÍNICA

Lupus Eritematoso Sistémico y Práctica Odontológica

El Lupus Eritematoso Sistémico (SLE) es una enfermedad crónica, autoinmune, reumática, multifacética, con manifestaciones orales significativas. Las lesiones orales, incluyendo la gingivitis descamativa o marginal o lesiones mucosas erosivas han sido reportadas en 40% de los pacientes con SLE.¹ Tiene una prevalencia mundial entre 12 y 50 por 100,000² y ocurre predominantemente en mujeres de 30 años y más.³ Es más común entre los afroamericanos, latinos, asiáticos, y nativos americanos.³

Presentación Clínica

El SLE puede afectar varias partes del cuerpo, aunque a menudo ataca la piel, articulaciones, músculos, riñones, pulmones y el sistema cardiovascular.¹ Posibles manifestaciones dentales incluyen lesiones mucocutáneas, infecciones odontogénicas latentes, desórdenes de la articulación temporomandibular, desorden de Sjögren (otro tipo de enfermedad autoinmune) e higiene oral deficiente a causa de lesiones orales dolorosas y caries en pacientes con Síndrome tipo Sjögren¹. A causa de su compromiso multisistémico, el diagnóstico del SLE puede ser difícil. La clasificación de pacientes que sufren de SLE requiere que presenten por lo menos cuatro de los siguientes 11 criterios: inflamación del tejido seroso, úlceras orales, test positivo de anticuerpos antinucleares, artritis, sensibilidad a la luz, mancha en la cara en forma de mariposa, (una forma de lupus que sólo involucra la piel) y desórdenes sanguíneos, renales, inmunológicos o neurológicos. A la aparición de la enfermedad, la queja principal de más de la mitad de los pacientes de SLE es el dolor articular, con otros síntomas incluyendo fiebre, malestar, mialgias y fatiga.¹

Tratamiento

El manejo del SLE incluye prevención de la enfermedad, disminución de la inflamación, mantenimiento de la remisión y alivio de los síntomas de la enfermedad.¹ En casos severos, se usan los medicamentos anti-inflamatorios, principalmente corticosteroides e inmunosupresores para controlar la enfermedad y prevenir la recurrencia de los síntomas. El odontólogo debe conocer todos los medicamentos ingeridos por el paciente para advertir las posibles interacciones de las drogas y evitar impactos potenciales en el tratamiento odontológico. Por ejemplo, los pacientes con corticosteroides por largo tiempo, pueden requerir dosis adicionales de medicación antes de una cirugía odontológica.

Para las lesiones orales, los corticosteroides tópicos son una opción de tratamiento efectivo. Los procedimientos odontológicos deben realizarse suavemente para minimizar la disrupción de los tejidos y el raspaje manual puede ser una técnica

preferible a otros métodos odontológicos.³ Un cepillo de cerdas suaves y productos odontológicos ligeros también se indican para pacientes con SLE.³

Los pacientes con SLE a menudo tienen infecciones silenciosas, difíciles de detectar, las cuales pueden progresar rápidamente debido a su estado inmunosuprimido. El cuidado dental preventivo, mediante visitas frecuentes, identificación de los mecanismos disparadores, y estrecho monitoreo de infecciones de cabeza y cuello, son vitales para controlar la enfermedad. Los pacientes con SLE sufren de migrañas, así que el papel del odontólogo es descartar fuentes de dolor odontogénico, de la articulación temporomandibular o miofascial. A los pacientes con SLE que tienen falla renal y están recibiendo diálisis, se les debe hacer la cirugía odontológica un día después de la diálisis para asegurar la eliminación de los medicamentos administrados y sus subproductos. Los pacientes con SLE también pueden presentar inflamación de varias partes del corazón que resulte en daño valvular. En estos casos, es esencial que los profesionales de la salud oral

continúa la página 8

Consideraciones Orales y Dentales en Pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico

- Manejo de los siguientes tipos de lesión mucocutánea:
 - Gingivitis descamativa
 - Gingivitis marginal
 - Lesiones mucosas erosivas
 - Úlceras orales
- Monitoreo y tratamiento de infecciones de cabeza y cuello, por ejemplo:
 - Infecciones odontogénicas sin ningún síntoma obvio debido a la respuesta inmune reducida.
- Antes del tratamiento odontológico, pacientes con SLE, con daño valvular requieren antibióticos profilácticos para prevenir la infección bacteriana de la membrana cardíaca.
- Ajustes en las dosis de medicación odontológica para pacientes con SLE que han tenido severo compromiso renal.
- Atención a las posibles interacciones de las drogas debido a que los pacientes con SLE pueden estar tomando varios medicamentos como:
 - Corticosteroides, NSAIDs, anticoagulantes, inmunosupresores y medicación antimalaria.

NSAID Droga antiinflamatoria no esteroidea LSE Lupus Eritematoso Sistémico
Adaptado de Albilia, *et al.*, 2007



PÁGINA DE HIGIENE

Salud Ósea y Salud Oral

La osteoporosis y la osteopenia son consideradas como problemas importantes de salud pública en Estados Unidos, afectando alrededor del 55% de la población por encima de los 50 años.¹ Estas son caracterizadas por baja masa ósea que deteriora la arquitectura ósea, e incrementa la fragilidad ósea debido a un desbalance entre la formación y la reabsorción ósea favoreciendo la pérdida de masa mineral.² El género, la edad avanzada, la raza, el bajo índice de masa corporal, la herencia y la menopausia temprana no son los únicos factores de riesgo para la osteoporosis.^{2,3} Otros tales como ingesta inadecuada de calcio y vitamina D, inactividad física, hábito de fumar y uso de alcohol son factores que pueden ser controlados. Incluso otros, como baja masa ósea, ciertos medicamentos y enfermedades específicas, son factores de riesgo que pueden ser parcialmente modificables.³

Muchos grupos de investigación han sugerido que la osteoporosis afecta la altura del hueso alveolar, la cual es importante para la retención de los dientes. Sin embargo, la carencia de estudios bien diseñados en el pasado no permitió lograr un consenso sobre la asociación entre la osteoporosis y el riesgo incrementado de pérdida ósea alveolar.^{2,3} Un reciente análisis de la WHI (Iniciativa de Salud de las Mujeres) - un estudio longitudinal prospectivo de 15 años sobre los factores de riesgo en mujeres postmenopáusicas en USA - sugirió que el estado del hueso sistémico puede influenciar la progresión de la pérdida ósea alveolar.³ En este estudio, la información de tres años mostró que las mujeres postmenopáusicas con osteoporosis tienen significativamente mayor progresión de pérdida de hueso alveolar, siendo aún mayor en presencia de periodontitis preexistente. Se requieren análisis posteriores de seguimiento a largo plazo para confirmar dichas conclusiones.

Estrategias para prevenir la Pérdida de Hueso Alveolar

Aunque se necesita más investigación para explorar el vínculo entre la pérdida de hueso sistémico y la supervivencia de implantes dentales, la osteoporosis avanzada puede imponer limitaciones en los tipos de reemplazos de dientes. Las terapias comunes para la osteoporosis, como el reemplazo hormonal y los bifosfonatos, pueden ser benéficos para los huesos alveolares y pueden reducir la pérdida de dientes en pacientes que no experimentan eventos bucales adversos relacionados con estos tratamientos. (La Osteonecrosis de los maxilares ha sido reportada en algunos pacientes que reciben bifosfonatos. Ver la página de Práctica Clínica en El Reporte del Cuidado Oral, Volumen 17, Número 4.^{4,5})

Entre otras estrategias usadas contra la osteoporosis, una ingesta adecuada y balanceada de calcio y vitamina D puede ayudar a reducir la pérdida ósea alveolar.^{2,5} El calcio y la

vitamina D son los mayores contribuyentes a la formación ósea. Se recomienda que los adultos tomen entre 1,000 y 1,300 miligramos de calcio y 10 a 15 microgramos de vitamina D diariamente.² Mientras que la vitamina D es producida en la piel por la exposición al sol, la dieta es la primera fuente de calcio (ver tabla). Los productos lácteos, los alimentos fortificados (cereales, jugos) y las sardinas tienen la más alta concentración de calcio. La ingesta diaria de calcio puede hacerse usando ayudas disponibles en internet, como la Fundación de Cálculo de Calcio para la Osteoporosis (www.iofbonehealth.org), y el sitio web interactivo MyPyramid diseñado por el US Department of Agriculture (www.mypyramid.org).²

Sin embargo, es poco el beneficio obtenido con una ingesta alta de calcio en ausencia de niveles adecuados de vitamina D; se requiere la ingesta balanceada de ambos nutrientes para una óptima salud ósea.² Por lo tanto, el suplemento de vitamina D de la dieta es esencial para las personas que no

Contenido de Calcio y Vitamina D de algunos alimentos comunes

	Calcium, mg*	Vitamin D, µg*
Desayuno con cereal (fortificado con Vitamina D)	2-1,000	1.0-1.3
Queso	80 ⁺ -300 ⁺⁺	0-0.13
Yogurt	260-340	-
Sardinas	325	2-5.8
Leche	300	2.5
Jugo de Naranja (con calcio)	300	-
Salmón (enlatado con espinas)	180	13.3
Pizza de queso	115	-
Macarrones y Queso	90	-
Helado	90	-
Brócoli	60	-
Pan	50	-
Yema de huevo	22	0.5

* Cantidad aproximada por porción promedio

⁺ Queso cottage, ⁺⁺ queso cheddar

Adaptado de Kaye, 2007⁷



tienen suficiente exposición a la luz del sol; en particular las personas mayores que están en riesgo de osteoporosis y pérdida de dientes. El pescado y la leche fortificada son fuentes excelentes de vitamina D (ver tabla en la página anterior).

Una ingesta balanceada de Vitamina D y Calcio es necesaria para una óptima Salud Oral y Ósea.

Conclusión

La pérdida ósea sistémica es un problema real de salud global que se espera que empeore en el futuro cercano debido al envejecimiento de la población. La osteoporosis puede incrementar el riesgo de pérdida ósea alveolar en las personas de mediana edad y mayores.

En realidad, la osteoporosis avanzada puede tener implicaciones en las decisiones con respecto a los abordajes al reemplazo de dientes. Un estilo de vida saludable y una ingesta balanceada de calcio y vitamina D puede ayudar a mantener una buena estructura ósea y reducir el riesgo de pérdida dental. ©

Referencias

1. National Osteoporosis Foundation. *America's bone health: The state of osteoporosis and low bone mass*. On National Osteoporosis Foundation website [updated 2008; cited 2008 Mar 31]. Available from: <http://www.nof.org/advocacy/prevalence/index.htm>.
2. Kaye EK. *Bone health and oral health*. JADA 2007;138(5):616-619.
3. Geurs NC, Lewis CE, Jeffcoat MK. *Osteoporosis and periodontal disease progression*. Periodontol 2000 2003;32:105-110.
4. Jeffcoat MK. *Safety of oral bisphosphonates: Controlled studies on alveolar bone*. Int J Oral Maxillofac Implants 2006;21(3):349-353.
5. Krall EA. *The periodontal-systemic connection: Implications for treatment of patients with osteoporosis and periodontal disease*. Ann Periodontol 2001;6(1):209-213.

viene de la página 6

utilicen la profilaxis antibiótica apropiada antes de una intervención quirúrgica dental y bucal asociada a bacteremia.^{1,3} Adicionalmente, los pacientes con SLE que reciben terapias anticoagulantes necesitan que el equipo odontológico trabaje estrechamente con el equipo médico antes de iniciar cualquier tratamiento odontológico que pueda resultar en sangrado.

Conclusión

El SLE es uno de los desórdenes reumáticos autoinmunes más difíciles de tratar; la prevención de la infección es crítica. El manejo de la enfermedad SLE es el principal ejemplo de la importancia de la participación del odontólogo dentro de un equipo multidisciplinario del cuidado de la salud. Los roles de los profesionales de la salud en el manejo del SLE son

El profesional del cuidado oral es un miembro integral del equipo multidisciplinario de salud para el manejo del SLE.

motivar la buena higiene oral, monitorear y tratar agresivamente las infecciones dentales y bucales y ayudar en el diagnóstico de lesiones mucocutáneas de cabeza y cuello.¹ ©

Referencias

1. Albilis JB, Lam DK, Clokie CM, Sandor GK. *Systemic lupus erythematosus: A review for dentists*. J Can Dent Assoc 2007;73(9):823-828.
2. Von Feldt JM. *Systemic lupus erythematosus. Recognizing its various presentations*. Postgrad Med 1995;97(4):79,83,86.
3. Burkhart N. *Lupus erythematosus*. On RDH Magazine website [updated 2007 Oct 26; cited 2008 Feb 21]. Available from: http://www.rdhmag.com/display_article/310238/56/none/none/Colum/Lupus-Erythematosus.

Descubra un Alivio Instantáneo y Duradero para la Sensibilidad Dentinaria

Pasta Desensibilizante
Colgate Sensitive Pro-Alivio™
con Tecnología Pro-Argin™
para Uso en Consultorio





TENDENCIAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD



Editor-in-Chief Dominick P. DePaola, DDS, PhD; U.S.A.

Presidente y director Ejecutivo de Forsyth Institute

© 2008 Colgate-Palmolive Company.
Todos los derechos reservados.
Impreso en papel reciclado ♻️

El Reporte del Cuidado Oral (SIN 1520-0167) para los profesionales de la odontología está apoyado por la compañía Colgate Palmolive. El programa de educación continuada es patrocinado por el Forsyth Institute y respaldado por una beca de la compañía Colgate Palmolive. Forsyth Institute no avala los productos de ninguna compañía. La redacción médica está a cargo de BioMedCom Consultants, Inc., Montreal QC (Canadá)

Publicado por Professional Audience Communications, Inc., Yardley, PA (Estados Unidos).

Dirija sus comentarios, inquietudes y cambios de domicilio a:



The Oral Care Report
Colgate Continuing Education
Services Coordinator
The Forsyth Institute
140 The Fenway
Boston, MA 02115 USA
Correo electrónico:
colgateoralcarereport@forsyth.org.



MEMBER
PUBLICATION
AMERICAN
ASSOCIATION OF
DENTAL EDITORS

La Prioridad Global de la Salud Bucal

Dominick P. DePaola, DDS, PhD

La Organización Mundial de la Salud ha publicado numerosos reportes sobre el peso significativo de la enfermedad bucal en el mundo.¹ El rango de enfermedades que afectan la cavidad bucal y los tejidos circundantes va desde la ubicua caries dental y las enfermedades periodontales, hasta las menos comunes, pero igualmente devastadoras, cáncer bucal y faríngeo, anomalías craneofaciales incluyendo fisuras de labio y paladar, injurias traumáticas craneofaciales, enfermedades y desórdenes de la articulación temporomandibular, y cancrum oris (noma). Además, muchas enfermedades sistémicas presentan importantes síntomas bucales y craneofaciales, incluyendo HIV/AIDS, diabetes, Síndrome de Sjögren, deficiencias nutricionales, osteoporosis, y lupus eritematoso sistémico.^{2,3}

En la última década también se ha hecho más claro que las infecciones orales, en particular, la enfermedad periodontal, son factores de riesgo para embarazos adversos, enfermedades cardiovasculares y pulmonares, diabetes y derrames. Más aún, las enfermedades bucales pueden tener un profundo impacto en la necesidades humanas más básicas, incluyendo la capacidad de ingerir alimentos bebidas, deglutir, mantener un estado nutricional balanceado, autoestima, comunicaciones y estética.^{2,3}

Así, las enfermedades bucales tienen un efecto directo en la salud general, bienestar y calidad de vida del individuo y cuando no son tratadas pueden inclusive resultar en la muerte.

Es importante reconocer que debido al acceso limitado, y accesibilidad a los servicios de cuidado oral, el peso de la enfermedad bucal afecta desproporcionalmente a las poblaciones socioeconómicas inferiores, siendo los niños de familias de bajos ingresos, los más vulnerables.^{2,4} En los países en desarrollo, por ejemplo, vemos tasas de caries pandémicas y enfermedad periodontal rampante.

En Estados Unidos, la caries prevalece como la enfermedad crónica más común de la niñez.² El uso de de un espectro más amplio de profesionales del cuidado de la salud para prevenir la enfermedad en las poblaciones más vulnerables como los niños, sin embargo,

está comenzando a ganar soporte. El artículo principal de este Reporte del Cuidado Oral señala que dichos programas ya están funcionando. Además, las industrias odontológicas y farmacéuticas están desarrollando productos que reducen el riesgo de infecciones orales y sus potenciales secuelas sistémicas. Y como los datos lo soportan, la industria del aseguramiento también está desarrollando programas y reembolsos que motivan a los consumidores a prevenir las enfermedades bucales como una forma de reducir los costos del cuidado de la salud general. Debe hacerse un continuo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la cual es la vía más efectiva para reducir la enfermedad y la carga resultante personal y social.

De todas maneras, la prioridad de la salud bucal continúa siendo muy baja, particularmente entre los generadores de políticas y de toma de decisión tanto en las naciones desarrolladas como en vía de desarrollo.⁴ Entonces, como podremos superar la falta de prioridad para la salud bucal?

Para realmente efectuar el cambio, el consumidor, el sector privado y la profesión deben presionar a nuestros legisladores para expandir los fondos para la salud bucal. En últimas, su reconocimiento de los determinantes socioeconómicos, ambientales y políticos que subyacen a la salud bucal y un compromiso hacia iniciativas preventivas efectivas serán críticos para asegurar la salud bucal como una prioridad en las mentes de los consumidores y en los corazones y los bolsillos de los generadores de políticas del mundo.⁴

Referencias

1. Petersen PE. *The burden of oral disease: Challenges to improving oral health in the 21st century.* Bulletin of the World Health Organization 2003; 83:3.
2. National Institute of Dental and Craniofacial Research. *Strategic plan. The burden of oral disease.* <http://www.nidcr.nih.gov/research/researchpriorities/strategicplan/burdenoraldisease.htm>. Accessed 4/1/08.
3. Callister LC. *Global oral health in women and children.* MCN Am J Matern Child Nurs 2008; 33(1):60.
4. FDI World Dental Federation. *Global burden of oral disease.* http://www.fdiworlddental.org/public_health/2_oglobal.html. Accessed 4/1/08.

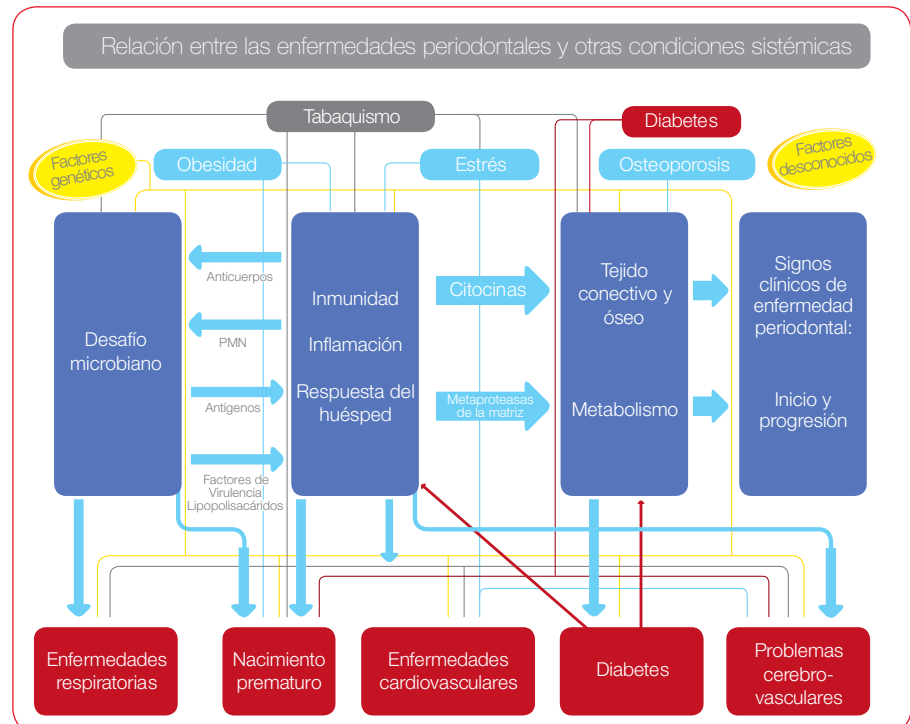
Actualidad Odontológica

ENFERMEDAD PERIODONTAL ASOCIADA CON ALGUNAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS – IMPACTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Revisión de Literatura: Cassiano Kuchenbecker Rösing. Profesor asociado de Periodontología -Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Profesor asociado de Periodontología - Universidad Luterana de Brasil, Canoas, Brasil.

INTRODUCCIÓN

Se entiende que las enfermedades periodontales son enfermedades del organismo humano. Pese a que durante cierto tiempo la odontología apartó cualquier relación con otras partes del cuerpo, en la actualidad la patogénesis de la enfermedad periodontal únicamente se comprende cuando se tiene en cuenta el equilibrio/desequilibrio del reto microbiano representado por las biopelículas supra y subgingivales) y la respuesta inmune-inflamatoria del huésped. No obstante, en términos de prevención y tratamiento de las enfermedades periodontales, durante cierto tiempo sólo se tuvieron en cuenta las acciones que consideraban el aspecto de la patogenicidad microbiana. Por consiguiente, comprender la patogénesis de las enfermedades periodontales en la era moderna implica considerar todos los factores que pueden interferir con la instauración y la progresión de la condición, sí como considerar el posible efecto sistémico de la presencia de la infección periodontal. Los factores sistémicos que pueden contribuir a la etiología de la periodontitis incluyen el tabaquismo y la diabetes – los dos verdaderos riesgos para la infección, además del estrés, la actividad física, otras condiciones metabólicas, la obesidad, la osteoporosis, factores genéticos y otros no definidos. Por otra parte, en el manejo de los pacientes periodontales es preciso tener presente la asociación observada entre la enfermedad periodontal y las respiratorias, el nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer, los problemas cardiovasculares y la dificultad para lograr el control metabólico de la diabetes. La clásica gráfica publicada por Page y Kornman en 1997 sobre la patogénesis de las enfermedades periodontales ha sido un pilar de la periodontología actual. Nuestro grupo (Rösing et al, 2007) ha incorporado parte del conocimiento a la actual comprensión de las enfermedades periodontales, especialmente con respecto a las posibles interacciones que ha de considerar el médico (Figura 1). Aunque parece complicada, la gráfica en realidad es sólo la demostración de que lo que en el pasado se consideraba un “problema sencillo” se ha convertido en un factor importante a tener en términos de la salud de los pacientes. Coincidimos entonces con el planteamiento según el cual la enfermedad periodontal es una condición sistémica influenciada por la salud de los individuos y de las poblaciones sobre la que también influye. El propósito de este artículo es destacar algunas interacciones importantes entre las enfermedades periodontales y otros problemas sistémicos del organismo, haciendo particular énfasis en las enfermedades respiratorias, la osteoporosis, la artritis reumatoidea y el síndrome metabólico. Esta serie de White Papers contemplará otras relaciones, especialmente problemas cardiovasculares y efectos adversos en el embarazo.



Pretendemos informar el conocimiento definido e ilustrar cada tema con algunas referencias.

RELACIÓN ENTRE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES Y RESPIRATORIAS

Algunos de los posibles efectos adversos importantes de la periodontitis que se encuentran actualmente en estudio son las condiciones respiratorias, especialmente la neumonía por aspiración y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La neumonía es una inflamación de los pulmones asociada con infecciones virales, micóticas o bacterianas. Su desarrollo depende de la colonización pulmonar por microorganismos patógenos. La EPOC es también un problema frecuente que incluye dificultad respiratoria y bronquitis crónica.

A la fecha, la evidencia disponible en la literatura señala una asociación bastante importante entre la neumonía y la infección periodontal, la cual debido a la mayor posibilidad de aspiración es más firme en los individuos hospitalizados o reclusos en el lecho. En diversas partes del mundo se han realizado estudios epidemiológicos que han demostrado que los individuos que no se encuentran periodontalmente sanos tienen mayor riesgo de experimentar neumonía.

La factibilidad biológica de esta asociación se relaciona con la presencia de disfgia en la mayoría de los casos (por aspiración de alimentos o saliva durante el proceso de deglución). En los individuos que tienen infecciones bucales, por bacterias periodontales por ejemplo, estos organismos pueden ser aspirados hacia el tracto respiratorio donde encuentran un lugar para colonizar los pulmones y posiblemente conducen al desarrollo de neumonía.

Recientemente Wang y colaboradores (2009) publicaron un estudio de casos y controles que reveló que la deficiencia en términos de salud oral, cuidado dental y conocimiento de la salud se asoció significativamente con mayor riesgo de EPOC. Igualmente Gomes Filho y colaboradores (2009) hallaron una asociación marginal entre la periodontitis y la infección del tracto respiratorio inferior (TRI) al incluir las variables del tabaquismo, la edad y la duración de la hospitalización. En los pacientes con infección del TRI fue más elevada la sospecha de broncoaspiración, lo que podría explicar la posible asociación entre la enfermedad periodontal y la infección del TRI observada en ésta y otras series.

La evidencia sobre el tema no es definitiva. Sin embargo, es importante que los médicos y los odontólogos estén atentos a esta posibilidad.

RELACIÓN ENTRE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES Y LA OSTEOPOROSIS

La osteoporosis es un trastorno metabólico del hueso, caracterizado por disminución de la densidad ósea con incremento del riesgo de fracturas. Se observa más comúnmente en las mujeres que en los hombres y con mayor frecuencia en huesos distantes de la boca. Sin embargo, hay indicios de que la reducción de la densidad ósea ocurre también en los maxilares. La importancia de la osteoporosis en relación con la enfermedad periodontal tiene que ver con el posible aumento de la velocidad de la enfermedad periodontal ya que el hueso menos mineralizado (menos denso) se resorbe más fácilmente.

No obstante, el aspecto más interesante de la relación entre la periodontitis y la osteoporosis no es la patogénesis de la degradación periodontal per se sino que la etiología de la osteoporosis (asociada con el envejecimiento, el tabaquismo y los medicamentos, entre otros factores) también podría estar relacionada con la periodontitis. Se sabe que la osteoporosis y la periodontitis comparten factores de riesgo y que en las mujeres que reciben terapia de reemplazo hormonal la condición ósea y periodontal mejoran. Se ha demostrado igualmente que la presencia de inflamación (especialmente citocinas circulantes) eleva el riesgo de osteoporosis.

Para demostrar la asociación y los posibles mecanismos involucrados, se han realizado diferentes estudios epidemiológicos y estudios en animales. Recomendamos una interesante revisión de la literatura sobre el tema llevada a cabo por Lerner en 2006. El autor sugiere que en las pacientes con enfermedad periodontal y osteoporosis posmenopáusicas concomitante es posible que la falta de estrógeno afecte de tal manera las actividades de las células óseas y de las células inmunes que se intensifica la progresión de la pérdida de hueso alveolar. Éste es también un interesante campo para el abordaje interdisciplinario por parte de distintos profesionales de la salud.

RELACIÓN ENTRE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES Y LA ARTRITIS REUMATOIDEA

La artritis reumatoidea es una enfermedad inflamatoria crónica con patrones de destrucción de los tejidos duros y blandos similares a los de la periodontitis. Sin embargo, los factores etiológicos de la enfermedad periodontal y esta condición son diferentes. La primera se asocia con un desafío infeccioso y la segunda directamente con el sistema de defensa, ya que se trata de una enfermedad autoinmune.

Tras estudiar la relación entre las dos enfermedades, se ha establecido que comparten importantes factores: el más interesante para los propósitos de este artículo es que la presencia de un proceso infeccioso-inflamatorio como la periodontitis puede desencadenar la artritis reumatoidea. Evidentemente la enfermedad periodontal no es un factor etiológico de la artritis reumatoidea pero puede participar en su cadena causal a raíz de la presencia de mediadores

inflamatorios sumada a los posibles desafíos infecciosos, lo que eleva la posibilidad de desarrollar signos y síntomas de artritis. Recientemente Smolik y colaboradores (2009) publicaron una revisión de la literatura relacionada con la artritis reumatoidea y la enfermedad periodontal; los autores informaron una asociación epidemiológica aunque no ofrecieron claras explicaciones sobre la misma.

RELACIÓN ENTRE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES Y EL SÍNDROME METABÓLICO

El síndrome metabólico se define como la presencia de una asociación de factores que entre otros incluyen diabetes, obesidad y dislipidemia con niveles elevados de colesterol.

La información epidemiológica ha demostrado claramente una asociación entre el los factores que contribuyen al síndrome metabólico y la enfermedad periodontal. Li y colaboradores demostraron claramente la asociación entre algunos de los factores que contribuyen al síndrome metabólico y la enfermedad periodontal, independientemente de otros factores de riesgo. Entre los aspectos más importantes del síndrome metabólico asociado con la enfermedad periodontal se destaca la obesidad.

La obesidad continúa aumentando en el mundo y actualmente se admite que es un problema de salud pública. Su importancia en la patogénesis de la enfermedad periodontal podría estar relacionada con el hecho de que el tejido adiposo produce citocinas inflamatorias, lo que hace que estos individuos sean más propensos a experimentar condiciones inflamatorias. Además, es posible que las personas obesas exhiban comportamientos no sanos que pueden originar dificultades para lograr el control de la placa. La información epidemiológica y los estudios realizados en animales por nuestro propio grupo han demostrado que la profesión odontológica debe estar atenta a la posible asociación entre la enfermedad periodontal y la obesidad (Dalla Vecchia et al 2005; Simch et al 2008).

Para los propósitos del presente artículo, el hallazgo más importante se relaciona con la diabetes y la enfermedad periodontal. La primera ha sido ampliamente estudiada como factor de riesgo para la periodontitis y ha cumplido los requisitos para ser considerada como tal. Sin embargo, lo que aún se encuentra en estudio y es fundamental con respecto a la relación entre las enfermedades periodontales y otras condiciones sistémicas es que el tratamiento periodontal parece facilitar el control metabólico de los individuos diabéticos. García y colaboradores publicaron este año un análisis cuyos resultados sugieren que el tratamiento periodontal puede mejorar el control glicémico. Esto es importante pues los odontólogos y los médicos deben embarcarse conjuntamente en la misión de manejar tanto la periodontitis como la diabetes no controlada.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

En resumen, comprendemos que la periodontitis se asocia con una serie de enfermedades igualmente

sistémicas bien sea como factor desencadenante, siendo modificada por ellas o compartiendo riesgos. Es importante que el personal de la salud comprenda que no debe separar la boca del resto del cuerpo. Además, es esencial que los profesionales del cuidado oral consideren que las prácticas de la salud general también son importantes. Esto incluye abordar los riesgos comunes, lo que incluye discutir temas como la dieta, la práctica de ejercicio, la limpieza dental y el abandono del tabaquismo, entre otros. La observación de estas prácticas sanas debe hacer parte de la estrategia de promoción, considerando que las enfermedades periodontales son tan importantes como cualquier otra experimentada por el ser humano.

En el enfoque individual, en cada consultorio odontológico deben hacerse preguntas sobre los temas expuestos en este artículo, favoreciendo también la comunicación con otros profesionales de la salud para beneficio de los pacientes.

REFERENCIAS

- Dalla Vecchia CF, Susin C, Rösing CK, Oppermann RV, Albandar JM. Overweight and obesity as risk indicators for periodontitis in adults. *J Periodontol* 2005; 76: 1721-1728.
- García R. Periodontal treatment could improve glycaemic control in diabetic patients. *Evid Based Dent* 2009; 10: 20-21.
- Gomes-Filho IS, Santos CM, Cruz SS, Passos J de S, Cerqueira E de M, Costa M da C Santana, TC, Seymour GJ, Santos Ca, Barreto ML. Periodontitis and nosocomial lower respiratory tract infection: preliminary findings. *J Clin Periodontol* 2009; 36:380-387.
- Lerner UH. Inflammation-induced bone remodeling in periodontal disease and the influence of postmenopausal osteoporosis. *J Dent Res* 2006; 85:596-607.
- Li P, He L, Sha YQ, Luan QX. Relationship of metabolic syndrome to chronic periodontitis. *J Periodontol* 2009; 80: 541-549.
- Page RC, Kornman KS. The pathogenesis of human periodontitis: an introduction. *Periodontol* 2000 1997;14:9-11.
- Rösing CK, Haas AN, Fiorini T. A prevenção no contexto da medicina periodontal. *Ver Periodontia* 2007; 17: 60-66.
- Simch RP, Gaio EJ, Rösing CK. Effect of body weight in the pathogenesis of ligature-induced periodontal disease in Wistar rats. *Acta Odontol Scand* 2008; 66:130-134.
- Smolik I, Robinson D, El-Gabalawy Hs. Periodontitis and rheumatoid arthritis: epidemiologic, clinical, and immunologic associations. *Compend Contin Educ Dent* 2009; 30:188-194.
- Wang Z, Zhou X, Zhang J, Zhang L, Song Y, Hu FB, Wang C. Periodontal health, oral health behaviours and chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Periodontol* 2009; Epub ahead of print.

GRUPO

Colgate® CONNECTION

Correo electrónico
centrodecontacto@targetbt.com

Website
www.colgateprofesional.com

Centro de Contacto
01 8000 515800