

## INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA LOS PACIENTES

### LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal es una patología crónica, que cursa en brotes con una sintomatología mínima (a veces, totalmente asintomática) y conduce a la pérdida de soporte periodontal de los dientes, es decir, del hueso en el que éstos se sujetan y de las encías). Dentro de ella se distinguen:

#### **LAS GINGIVITIS (INFLAMACIÓN DE LAS ENCÍAS)**

Las periodontitis (inflamación del periodonto, o conjunto de estructuras que sujetan los dientes a los maxilares). Dentro de ellas se distinguen formas de gravedad distinta; así, la periodontitis rápidamente progresiva y refractaria al tratamiento, que generalmente empieza en una edad joven (tanto más joven, más grave), acaba en la pérdida inexorable de dientes en unos pocos años.

La enfermedad periodontal está causada por la placa bacteriana, que es el conjunto de bacterias presentes en la superficie de los dientes y de las encías. De ahí la importancia fundamental de la higiene oral personal, dirigida a eliminar la placa bacteriana que continuamente se forma y deposita sobre los dientes.

Existe una cierta predisposición genética, aparentemente hereditaria, de padecimiento de la periodontitis, ligada a algunas deficiencias del sistema inmunitario (dicho popularmente, « de las defensas») específico contra dichas bacterias. Por eso, las medidas higiénicas particulares dirigidas a eliminar la placa bacteriana no suelen ser suficientes y se requiera el concurso periódico del dentista para corregir esos defectos inevitables en la higiene oral personal (más peligrosos en las personas inmunitariamente predispuestas a padecer periodontitis), mediante un tratamiento de mantenimiento (generalmente, profilaxis o «limpieza»), de periodicidad variable (generalmente, cada 2 a 6 meses, según los casos).

#### **Factores de riesgo**

El mal control de placa: sin una correcta técnica de cepillado que elimine los depósitos bacterianos de dientes y encías, el control de la periodontitis no es posible.

El tabaco es un conocido factor agravante de la enfermedad periodontal, por lo que el fumar conlleva una respuesta peor a los tratamientos, y un mayor riesgo de agravamiento de su evolución normal y de reactivación de la enfermedad.

#### **Cronicidad**

Por todo lo dicho, la enfermedad periodontal no cura (salvo raras excepciones), aunque en la gran mayoría de los casos puede mantenerse detenida mediante tratamiento odontológico si existe una buena cooperación del paciente en el mantenimiento de una buena higiene oral.

#### **Expectativas terapéuticas**

El tratamiento de la enfermedad periodontal es fundamentalmente domiciliario, por medio de una exquisita higiene oral: cepillado, uso de seda dental y, en ocasiones, manejo de colutorios.

Sin embargo, en las fases activas de la enfermedad estos procedimientos no surten efecto sin la previa intervención del dentista.

El papel del dentista consiste en preparar la boca para que Vd. pueda limpiarla adecuadamente; a saber:

1. Eliminar los irritantes que retienen la placa bacteriana, como desbordamientos (salientes) de obturaciones («empastes») y coronas («fundas»), que deben ser corregidos.
2. Eliminar los depósitos de placa bacteriana y de cálculo («sarro» o «tártaro») supra y subgingivales (es decir, situados por encima y por debajo del borde de la encía, respectivamente), mediante un procedimiento de descontaminación periodontal denominado profilaxis dental o «detartraje»
3. Alisar las raíces (la llamada fase básica) para reducir la tendencia a acumular placa y cálculo.
4. Cuando las medidas anteriores no son suficientes, realizar algunas correcciones quirúrgicas de defectos.

5. Desgraciadamente, a veces no existe más posible tratamiento que la extracción de uno más dientes, para evitar la propagación de la enfermedad o eliminar la sintomatología de dientes muy afectados.
6. Además, para poder controlar y frenar la evolución de la enfermedad periodontal es imprescindible, aparte de una cuidadosa higiene oral personal, la realización de periódicas visitas de control y mantenimiento al dentista , consistentes en profilaxis (limpiezas) y ocasionales raspados de las irregularidades que los depósitos microbianos provocan en las superficies de las raíces.

#### **Las técnicas quirúrgicas pueden ser:**

Resectivas (eliminación de tejidos contraproducentes), o

Regenerativas (dirigidas a recuperar tejidos perdidos, aunque no siempre el resultado es predecible), con la ayuda de injertos o de insertos de materiales aloplásticos (membranas, proteínas del esmalte, preparados minerales, hueso liofilizado, etc.).

#### **Advertencias fundamentales**

No nos cansaremos de repetirle que su colaboración personal en el mantenimiento inactivo de su enfermedad periodontal es tan importante que no le recomendamos empezar ningún tratamiento clínico si no está dispuesto a implicarse activamente en su propio cuidado personal.

Le recordamos, igualmente, que todas las enfermedades crónicas son susceptibles de reactivarse en un determinado momento, y que cuando, como la enfermedad periodontal, son poco sintomáticos, los nuevos brotes pueden pasarle inadvertidos.

Le insistimos en que los mantenimientos y las revisiones periodontales van dirigidos a disminuir este riesgo, así como a diagnosticarlo y tratarlo precozmente en caso de que ocurriera.

Si es Vd. fumador, debe saber que producirá menos saliva y presentará mayor riesgo de caries y, sobre todo, de enfermedad periodontal. I insistimos en recomendarle que deje de fumar, para lo que le ofrecemos expreso apoyo y ayuda a deshabitarse.

Si consume Vd. fármacos psicotropos, dado que producen sequedad de boca , tendrá especial propensión a padecer enfermedad periodontal en forma particularmente grave, por lo que, al objeto de aminorar su impacto, deberá esmerarse en la higiene de su boca y en el uso de colutorios antibacterianos , así como, en el mantenimiento de la humedad bucal: procurar no respirar por la boca , beber sorbos de agua de vez en cuando y utilizar medicamentos productores o excretores de saliva (sialeréticos y sialogogos, respectivamente) y saliva artificial.

#### **Circunstancias particulares**

El consumo de fármacos psicotropos produce sequedad de boca, por lo que también predisponen al padecimiento de enfermedad periodontal y empeoran el pronóstico. Al objeto de aminorar el impacto, (i) se debe esmerar la higiene bucal, (ii) conviene emplear colutorios antibacterianos y fluorurados, y (iii) para el mantenimiento de la humedad bucal es recomendable: procurar no respirar por la boca, beber sorbos de agua de vez en cuando, y utilizar medicamentos productores o excretores de saliva (sialeréticos y sialogogos, respectivamente) y saliva artificial.

La diabetes mellitus comporta un riesgo específico de evolución desfavorable o menos favorable de lo que lo es normalmente, tanto de la enfermedad como del tratamiento.

Ciertas particularidades anatómicas labiales y maxilares, como las conducentes a sonrisa gingival (exposición excesiva de encía al reír) tienen en particular un mayor riesgo de estética deficiente, cuya corrección (no predecible al ciento por ciento) debería ser quirúrgica.

## **INFORMACIÓN SOBRE LAS PÉRDIDAS DENTARIAS**

### **Información sobre las consecuencias de no reponer dientes extraídos**

Cuando no se reponen los dientes extraídos, se suele producir una migración de los dientes adyacentes hacia el espacio libre (sobre todo, de los situados posteriormente) y un crecimiento o extrusión del (o de los) antagonista(s) que mordía(n) contra el extraído.

El grado de estos desplazamientos es variable, pero puede llegar a ser muy pronunciado. En todo caso, las migraciones no consisten en una traslación, sino en una inclinación, con lo que la forma de las arcadas se modifica y con ello la eficacia masticatoria.

**De estas migraciones pueden derivarse, con el tiempo:** Defectos de la intercuspidadación o « engranaje » de los dientes, que pueden limitar la masticación y provocar unas dolencias de las articulaciones de la mandíbula (la articulaciones témporo-mandibulares o articulación cráneo-mandibular) y del cuello, que se acompañan de mareos: es el llamado síndrome disfuncional (o dolor-disfunción) cráneo-mandibular o témporo-mandibular.

Además, si con las migraciones de los dientes adyacentes el espacio estrechado no llega a cerrarse del todo puede resultar muy problemática, incluso imposible, una adecuada reposición protética. Lo mismo ocurre cuando algún diente de la arcada contraria, extruido, se inmiscuye y ocupa parte de la altura del espacio correspondiente al diente extraído.

Un mayor riesgo de caries en los contactos de los dientes adyacentes al extraído con los dientes vecinos, porque al aflojarse los puntos de contacto, hay tendencia a la penetración y retención (empaquetamiento) entre dichos dientes de restos alimenticios, que sirven de alimento a los gérmenes causantes de caries.

También se produce un mayor riesgo de caries en el diente antagonista extruido y en los dos que contactan con él, porque se desacoplan sus puntos de contacto normales y se favorece el empaquetamiento de alimentos entre ellos.

## INFORMACIÓN SOBRE DIENTES INCLUIDOS

Los «dientes incluidos» son los dientes que no han erupcionado, o sea, no han aparecido o lo han hecho parcialmente en la cavidad bucal.

Existen múltiples causas, muchas de ellas mal conocidas, que pueden provocar este fenómeno. Con mucha frecuencia se asocia a una falta de espacio durante el período eruptivo.

Los problemas que pueden plantear estos dientes, en el interior del hueso, son varios:

- Daños en estructuras anatómicas situadas también en el espesor del hueso: seno maxilar, troncos nerviosos, raíces de dientes adyacentes, etc.
- Alteraciones en el resto de los dientes, bien dificultando su erupción en el caso de los niños, o bien produciendo movimientos y malposiciones en los dientes ya erupcionados.
- Formación de quistes por la proliferación del tejido epitelial que rodea al diente incluido. Estos quistes en alguna ocasión pueden llegar a malignizarse, pero en cualquier caso afectarían a las estructuras anatómicas vecinas.

El tratamiento recomendado es la extracción quirúrgica de los «dientes incluidos», salvo que el riesgo de la cirugía lo desaconsejara.

## INFORMACIÓN SOBRE PATOLOGÍA QUÍSTICA EN LOS MAXILARES

Los quistes óseos orales son cavidades formadas en el seno del hueso maxilar o mandibular y habitualmente revestidas por tejido epitelial (una especie de «piel»). Aunque existen una gran cantidad de causas posibles la gran mayoría son de origen dentario, por infección crónica de un diente. Un número mucho menor puede tener otras causas, como los de origen odontogénico formados a partir del epitelio del f liculo dentario («germen») de dientes incluidos o ya erupcionados. Puede suceder, aunque es muy infrecuente, que los quistes se malignicen.

La evolución natural de un quiste no tratado suele ser el crecimiento, con o sin sintomatología aguda. Los quistes originados por infecciones dentales crónicas tienden a fistulizarse produciendo salida episódica de material purulento a la cavidad oral.

**Los problemas que pueden plantear los quistes óseos maxilares o mandibulares son varios:**

- En el caso de quistes óseos de origen odontogénico, el crecimiento puede desplazar o dañar estructuras anatómicas vecinas, como el seno maxilar, troncos nerviosos (con afectación de la sensibilidad), o vasos sanguíneos (con riesgo de hemorragia). También puede producir movimientos o pérdidas de vitalidad en los dientes vecinos.

- En el caso de quistes óseos originados por infección dentaria, su evolución es a la formación de fistulas (comunicaciones del quiste con la cavidad bucal) por las que sale material purulento. En ocasiones, el crecimiento de estos quistes también afecta a los dientes vecinos produciendo pérdidas de vitalidad.
- El lento crecimiento de los quistes óseos, sea cual sea su etiología, puede debilitar el hueso en el que se encuentra facilitando la fractura del mismo.
- Existe el riesgo, infrecuente, de malignización del epitelio que rodea al quiste.

El tratamiento puede variar según el origen del quiste. En el caso de que se haya originado por infección dentaria crónica, la endodoncia (o sea, la retirada del material infectado del interior del diente) puede en ocasiones solucionar el problema. En caso contrario habría que acudir a la cirugía para extirpar el quiste.

En el caso de los quistes odontogénicos o de otros orígenes, el único y obligado tratamiento es el quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico de los quistes conlleva unos riesgos intrínsecos de la cirugía (posibilidad de infección, hemorragia, etc.) y otros que dependerán de la zona anatómica sobre la que se actúe.

## INFORMACIÓN SOBRE PATOLOGÍA DE LAS ARTICULACIONES TÉMPORO-MANDIBULARES

Los problemas de la ATM (articulación témporo mandibular) son relativamente frecuentes, habitualmente muy molestos y pueden llegar a producir importantes limitaciones en las funciones masticatoria y fonatoria.

Su origen puede ser muy variado ya que son muchas las estructuras que forman la ATM o que pueden actuar sobre ella. Además debemos tener presente que las dos ATM (derecha e izquierda, que conjuntamente suelen agruparse bajo la denominación «articulación cráneo-mandibular») actúan al unísono y, por lo tanto, la alteración en una de ellas acaba afectando indefectiblemente a la otra. También las alteraciones en la correcta oclusión dental (la articulación entre los dientes de la arcada superior e inferior) termina por afectar a las ATM.

Habitualmente se dividen los problemas de la ATM en dos grandes grupos: funcional y orgánico.

- Los problemas funcionales serían aquellos en los que no encontramos alteraciones objetivas en la articulación, a pesar de existir sintomatología.
- Los problemas orgánicos serían los originados por una alteración evidenciable en la articulación.

Normalmente los problemas funcionales son más leves y fácilmente tratables que los orgánicos.

La sintomatología que producen las alteraciones de la ATM es muy variada, podemos citar por orden de importancia:

- Pequeños ruidos o chasquidos articulares
- Dolores a la palpación
- Dolores difusos que pueden aumentar con la masticación
- Limitaciones variables a la apertura con desviación mandíbula
- Incluso bloqueos completos de la articulación.

La evolución de los problemas de la ATM es crónica. Si no se actúa tenderán a empeorar progresivamente haciéndose más patente la sintomatología.

La posibilidad de actuar sobre los problemas de la ATM es limitada y los resultados, en ocasiones, no son muy buenos.

En general todos los tratamientos comienzan por la relajación de la musculatura masticatoria mediante «férulas (o placas) de descarga (o neuro-oclusales, o de desprogramación...». Estas férulas son dispositivos que se colocan entre las arcadas dentarias y que pueden tener varias funciones: relajación de la musculatura masticatoria como ya indicamos, recolocación de los cóndilos mandibulares, etc.

En el caso de problemas funcionales se debe equilibrar la oclusión restituyendo los dientes perdidos y eliminando los contactos prematuros o anómalos. Para ello en ocasiones se precisa rehabilitar mediante prótesis toda la oclusión.

En la patología orgánica de la ATM puede ser preciso recurrir a técnicas invasivas como la artrocentesis (punción y «lavado» de la articulación) y diversas técnicas quirúrgicas de resultados variables.

## INFORMACIÓN SOBRE CANCER ORAL

El cáncer en la boca existe

1. El cáncer oral es más frecuente en hombres que en mujeres, aunque la diferencia disminuye
2. El cáncer oral no es una enfermedad sólo de ancianos, también puede afectar, y afecta, a menores de 40 años.
3. La zona con más frecuencia es la lengua, aunque se presenta en toda la boca.

El cáncer en la boca suele avisar

1. Existen lesiones no malignas antes de aparezca el cáncer que se pueden diagnosticar y curar.
2. Suele presentar síntomas que lo hacen reconocible por el dentista.
3. Síntomas precoces del cáncer oral, autoexploración.

Si lo diagnosticamos pronto, se puede curar

1. La mortalidad por cáncer oral es muy alta, y no mejora porque se diagnostica tarde
2. La proporción de pacientes que sobreviven si se diagnostica pronto es muy alta
3. El tratamiento cuando está avanzado es complicado y mutilante

Qué puedo hacer para evitarlo

1. Existen factores de protección frente a este cáncer

Consumo de frutas y verduras

Mantener una buena higiene oral

Curar las lesiones que puedan aparecer antes del cáncer

2. Existen factores que producen el cáncer

Consumo de tabaco |

Consumo de alcohol

La infección por ciertos tipos de VPH

La existencia de algún elemento que roce continuado en la cavidad oral

Qué puede hacer mi dentista frente al cáncer oral

1. El dentista es el mejor profesional para diagnosticar las lesiones malignas y premalignas.
2. Las revisiones periódicas ayudarán a un diagnóstico precoz

## Pasos para realizar una exploración propia:

1. Enfrente del espejo, mirarse los labios de cerca
2. Con la boca cerrada, doblar el labio superior e inferior hacia fuera y observar el tejido interno.
3. Con la boca abierta, y con la ayuda del mango de una cuchara o tenedor, mover las mejillas hacia arriba y hacia atrás, y hacia abajo y hacia atrás, para observar las paredes internas de la boca y su ángulo.
4. Con la boca abierta, examinar la parte de atrás de los dientes de abajo.
5. Sacando y metiendo la lengua, mirar en su parte de atrás, y moviéndola hacia la izquierda y la derecha, examinar los laterales de la lengua desde la punta hasta su parte del fondo.
6. Tocando el paladar con la punta de la lengua, examinar ésta y su mucosa de abajo.
7. Dejando la punta de la lengua en contacto en el paladar, mover la lengua hacia la derecha y hacia la izquierda y examinar su mucosa de abajo.
8. Moviendo la cabeza hacia atrás, intentar examinar el paladar.

