

Gingivitis. Características y prevención.

Autora:

Eva María Tur Feijón.

Correspondencia:

Eva María Tur Feijón.

evaff1000@hotmail.com.

Resumen

La prevención de las enfermedades periodontales tiene su base en el control mecánico de la placa bacteriana, así como en el control químico mediante antisépticos bucodentales. El conocimiento de la patología gingival y los métodos de remoción de la placa en la prevención de ésta enfermedad son indispensables para el mantenimiento de una cavidad bucal sana, lo que hace necesario el papel del profesional tanto a nivel del control como en las instrucciones, adaptadas según la anatomía oral de la persona.

Palabras clave: enfermedad periodontal, prevención, higiene bucodental.

Introducción

La higiene bucodental constituye una de las actividades diarias necesaria para un buen mantenimiento tanto odontológico como periodontológico, siendo los elementos que constituyen éste último la encía, el hueso alveolar, el ligamento periodontal y el cemento radicular.

Los signos clínicos de un periodonto sano se determinan mediante tres tipos de exploración:

- Exploración visual de la encía.** En condiciones normales se observa un color sonrosado, tono fibroso, superficie granulada y queratinizada, anchura superior a 2 mm y presencia de papilas interdentales.
- Exploración clínica con sonda.** La presencia de un surco inferior a 3 mm, ausencia de sangrado al sondaje, ausencia de facetas dentarias de desgaste y de movilidad dentaria determina la buena calidad gingival.
- Exploración radiográfica.** La cresta ósea alveolar está intacta y tiene una consistencia homogénea. Se encuentra justo por debajo de la línea amelocementaria (1 mm).

La presencia de una encía de color rojizo, amoratado, con sangrado espontáneo, un tono edematoso o una superficie lisa y brillante es indicador de patología gin-



Figura 1. Inflamación gingival con presencia de depósitos de placa bacteriana.

gival, concretamente de gingivitis (Figura 1). La gingivitis se localiza a nivel de la encía, no hay afectación de los elementos de inserción, siendo una patología reversible, generalmente indolora, con hemorragia al sondaje o de forma espontánea, localizada o generalizada y que puede presentar pseudobolsas (Tabla 1).

TABLA 1. EXPLORACIÓN VISUAL DE LA ENCÍA

	ENCÍA SANA	ENFERMEDAD GINGIVAL
COLOR	Sonrosado con posibles pigmentaciones melánicas	Rojizo, amoratado, sangra espontáneamente.
TONO	Fibroso	Blando o edematoso
SUPERFICIE	Granulada, queratinizada	Liso, brillante
ANCHURA	> 2 mm	< 2 mm
ANATOMÍA	Presencia de papilas interdentales. Ausencia de bolsas.	Papilas alteradas, aumentadas de tamaño, destruidas. Pseudobolsas, crecimiento hacia las coronas.
SANGRADO	Ausencia de sangrado al sondaje	Sangrado al sondaje

Material y método. Clasificación y prevención.

Han sido analizados diferentes artículos y libros para la composición de este artículo, basados tanto en la prevención como la identificación, características y clasificación de las enfermedades periodontales. (Tabla 2)

La patología gingival viene determinada, principalmente, por la cantidad de placa dental y cálculos acumulados, pero también depende del estado nutricional, medicamentos, factores sistémicos, bacterias, virus, hongos y factores genéticos. Está dividida en 4 fases: lesión inicial, lesión temprana, lesión establecida y lesión avanzada.

a) Lesión inicial. No se aprecia desde el punto de vista clínico. Consiste en un aumento de la circulación sanguínea por vasodilatación y la presencia de vasculitis debido a la aparición de neutrófilos polimorfonucleares (PMN) por depósito de placa bacteriana de dos a cuatro días de permanencia.

b) Lesión temprana. Se presenta entre los días 4 a 7 con infiltración leucocitaria en el tejido conectivo, por debajo del epitelio de unión, a nivel del cual se localiza una infiltración densa de neutrófilos (del mismo modo ocurre en el surco gingival) y la aparición de proyecciones interpapilares. Se observan signos clínicos como: marcado eritema gingival, ligero edema y hemorragia al sondaje, proliferación vascular y mayor destrucción de la colágena que en la lesión inicial.

c) Lesión establecida. Se traduce como una gingivitis crónica, y lleva a cabo su aparición entre los días 14 a 2. Se produce un éstasis sanguíneo con alteración del retorno venoso y anoxemia gingival que produce una encía característica en esta etapa, de un color azul por la anoxemia y la descomposición de la hemoglobina en sus pigmentos elementales. También encontramos cambios en la textura e inflamación, de moderada a intensa, y marcado edema y eritema gingival.

d) Lesión avanzada. Se produce una extensión de la lesión hacia el hueso alveolar.

TABLA 2. CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES GINGIVALES.

CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES GINGIVALES DEL WORD WORKSHOP, 1989	CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES GINGIVALES DEL WORD WORKSHOP, 1999
<p>a. Gingivitis asociada a placa.</p> <p>b. Gingivitis ulcerativa necrotizante aguda (GUNA).</p> <p>c. Gingivitis inducida por hormonas esteroideas.</p> <p>d. Agrandamientos gingivales inducidos por medicamentos.</p> <p>e. Gingivitis asociada a desórdenes sanguíneos, deficiencias nutricionales, tumores, factores genéticos, infecciones víricas.</p> <p>f. Gingivitis descamativa.</p>	<p>a. Inducidas por placa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gingivitis asociada sólo con placa dental • Modificadas por factores sistémicos. • Modificadas por medicamentos. • Modificadas por malnutrición. <p>b. No inducidas por placa bacteriana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De origen bacteriano específico. • De origen viral. • De origen fúngico. • De origen genético. • Manifestaciones gingivales de condiciones sistémicas: <ul style="list-style-type: none"> – Desórdenes mucocutáneos. – Reacciones alérgicas. • Lesiones traumáticas (autolesiones, yatrógenas, accidentales): <ul style="list-style-type: none"> – Lesión química. – Lesión física. – Lesión térmica. • Reacciones de a cuerpos extraños. • Otras no específicas.

Control mecánico de la placa bacteriana

Según el *European Workshop on Mechanical Plaque Control*, 1998 “la eliminación eficaz de la placa es esencial para la salud dental y periodontal durante la vida”. La placa dental (Figura 2) es una biopelícula que se encuentra adherida a la superficie dentaria y otras superficies tales como prótesis removibles o fijas, y que está constituida por diferentes microorganismos



Figura 2. Presencia de placa bacteriana en incisivos y caninos.

Foto cedida por el departamento de Dermatología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

(más de 500 especies microbianas distintas), entre los que destacan bacterias, hongos, protozoarios y virus.

Se ha demostrado la relación entre la falta de higiene oral y la inflamación de la encía (Figura 3) y su



Figura 3. Hipertrofia gingival.

Foto cedida por el departamento de Dermatología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

reversibilidad en un estudio llevado a cabo por Løe, en el que se dejó que se acumulara la placa bacteriana, provocando la aparición de gingivitis entre siete y veintiún días. La limpieza de la placa tras la patología gingival llevó a la mejora de la encía, desapareciendo la inflamación.

El mejor método de eliminación de la placa es el control minucioso realizado por el individuo en casa a partir de cepillos dentales (manuales o eléctricos), hilo o seda dental, cepillos interdentes para aquellas personas con periodontitis o espacios interdentes abiertos y control químico mediante colutorios evitando la mineralización de la placa, todo esto combinado con la eliminación frecuente realizada por el profesional en la consulta.

Cepillado dental

El principal objetivo del cepillado dental es la eliminación de restos de alimentos y tinciones en los dientes, así como evitar la formación de la placa bacteriana que provoca la patología gingival y dentaria. Es importante matizar que la cantidad de fuerza utilizada durante el cepillado no es decisiva en la eliminación de la placa, sino que será la técnica de cepillado la que determinará la presencia de salud gingival.

Los cepillos dentales deben cumplir las siguientes características:

- **Cabezal** adaptado a la anatomía del usuario, los hay grandes y pequeños, estrechos y anchos.
- **Mango** adaptado a la edad del usuario.
- **Diámetro** de las cerdas: 0,2 mm suave, 0,3 mm mediano, 0,4 mm duro.
- **Cerdas** de nylon. Se recomiendan cerdas redondeadas de dureza media o suave para evitar lesiones en la encía y dispuestas en tres o cuatro hileras, aunque que contienen penachos múltiples contienen más cerdas y pueden llegar a realizar un mayor barrido de la superficie dental y por tanto ser más efectivos.

Debemos seleccionar el cepillo adecuado según las condiciones anatómicas y en relación a la situación de salud de la persona. En el caso de que se efectúe una adecuada remoción de placa y una higiene bucodental óptima no debemos cambiar el método de cepillado ni el tipo de cepillo, además, se recomienda el cambio de cepillo cuando las cerdas empiezan a deformarse o ablandarse.

Los **cepillos eléctricos** son otra opción para un buen mantenimiento periodontal, algunos autores apoyan el uso de éstos frente a los manuales por sus mejores resultados gingivales en cuanto a la remoción de placa y cálculos, pero no todos ven en el cepillo eléctrico la mejor opción para el mantenimiento diario. Son aconsejados sobre todo para:

- Niños y adolescentes.
- Niños con discapacidad física o mental.
- Pacientes internados, incluidos ancianos.
- Personas portadoras de prótesis fijas.

Hilo dental

Es el método más efectivo para la eliminación de la placa ubicada en las caras proximales de los dientes y en presencia de una papila interdental intacta y en contacto con el diente. En el mercado existe una amplia variedad de hilos dentales (con cera, sin cera, multifilamento, grueso, fino...). A la hora del uso de este método lo más importante es la destreza y la técnica de la persona y no el tipo de hilo utilizado. La técnica consiste en coger un trozo de hilo de aproximadamente 45 cm y enrollarlo en los dedos medios o pulgar y medio, tensar un trozo de hilo y pasarlo por la cara proximal de cada diente, de arriba abajo rodeándolo y procurando no dañar la encía interdental, realizando siempre movimientos suaves. Una vez el tramo utilizado se ensucie o deshilache se coge otro tramo limpio para continuar con los demás dientes, desde los incisivos centrales hasta las caras distales de los últimos molares.

Cepillos interdentales

Los cepillos interdentales (Figura 4) se utilizan para aquellos espacios amplios entre los dientes, producidos por enfermedad periodontal, diastemas (separación entre dientes adyacentes) o por cualquier otro motivo en el que el hilo o seda dental no va a favorecer la eliminación de placa presente en estas zonas. Los cepillos interdentales pueden ser cónicos o cilíndricos y los hay de diferentes tamaños en lo que al penacho y al mango se refiere.



Figura 4. Cepillo interdental cónico entre premolares.

Al pasar el cepillo las cerdas deben ejercer presión sobre las superficies proximales de los dientes.

También se pueden utilizar en furcas dentales (destrucción del tejido óseo del área de furcación), generalmente de grado III (Figura 5).



Figura 5. Furcación grado III.

Control químico de la placa

El control químico de la placa mediante antisépticos se utiliza para destruir microorganismos e inhibir su reproducción o metabolismo favoreciendo la acción preventiva dentogingival. Son agentes útiles como coadyuvantes de las técnicas mecánicas de control de placa o cuando éstas últimas se realizan con dificultad, como en los casos de pacientes discapacitados o tras cirugía periodontal en la que es difícil mantener la higiene con el cepillado por la molestia que este ocasiona (Tabla 3).

**TABLA 3.
CONTROL QUÍMICO DE LA PLACA.**

CONTROL QUÍMICO -AGENTES ANTIPLACA

- a) Clorhexidina al 0,2% (agente antiplaca más eficaz)
- b) Enjuague de aceite esencial
- c) Triclosán + citrato de cinc
- d) Fluoruro estañoso
- e) Compuestos de amonio cuaternario.

Conclusión

La gingivitis es una patología periodontal prevenible e identificable tanto por el paciente (de forma limitada) como por el profesional. Los diferentes medios de detección de la patología (visual, mediante sondaje y radiológica) nos llevarán a un diagnóstico certero, que requiere la colaboración de ambos.

Las instrucciones que el profesional da sobre los métodos preventivos facilitarán el buen resultado y una óptima colaboración por parte de la persona que padece la enfermedad.

Es importante recordar que no todas las personas presentan las mismas condiciones anatómicas y la misma destreza a la hora de realizar la higiene bucodental diaria. Visto así, a cada uno se le explicará la técnica más adecuada y los instrumentos más convenientes a sus particularidades.

Bibliografía

1. CAMBRA J.J, Capítulo 1. Exploración periodontal. En: Atlas de periodoncia. España. Dentaid 2000, 4-8.
2. MATESANZ-PÉREZ P, MATOS-CRUZ R, BASCONES-MARTÍNEZ A. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. En: Avances en Periodontología e Implantología Oral. Madrid, España. 2008; 20, 1: 11-25.
3. MICHAEL G. NEWMAN, HENRY H. TAKEI, FERMÍN A. CARRANZA. CARRANZA. Capítulo 16. Inflamación gingival. En: Periodontología clínica. Mexico, Editorial McGraw-Hill Interamericana 2004, 281 – 285.
4. MOORE WE, MOORE LV: The bacteria of periodontal diseases. En: Periodontology. 2000 1994; 5, 66.
5. LÖE H, THEILADE E, JENSEN SB. Experimental gingivitis in man. En: Journal of Periodontology. 1965; 36, 177-87.
6. VAN DER WEIJDEN GA, TIMMERMAN MF, DANSER MM, et al: Relationship between the plaque removal efficacy of a natural toothbrush and brushing force. En: J Clin Periodontol. 1998; 25: 413.
7. MICHAEL G. NEWMAN, HENRY H. TAKEI, FERMÍN A. CARRANZA. CARRANZA. Capítulo 49. Control de placa en el paciente periodontal. En: Periodontología clínica. Mexico, Editorial McGraw-Hill Interamericana 2004, pág. 692.