

Guía de Práctica Clínica

Salud Bucal (segunda entrega)

En la presente guía de EVIDENCIA, se revisan temas de salud bucal en los que el médico y el equipo de atención primaria tienen injerencia. Se evalúan la enfermedad periodontal, el cáncer de la cavidad bucal así como las lesiones preneoplásicas (leucoplasia y eritroplasia), los traumatismos bucales y la maloclusión.

Enfermedad periodontal y cálculos

Introducción

La enfermedad periodontal es la inflamación y degeneración de los tejidos que sostienen el diente: encías, cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar¹. Las formas más frecuentes de enfermedad periodontal son la gingivitis marginal crónica y la periodontitis, siendo la segunda una extensión de la primera.

Fisiopatología y presentación clínica

Durante la primera fase de la enfermedad periodontal la placa bacteriana se adhiere a las encías y si no hay una correcta limpieza, el ácido comienza a inflamar el tejido generando hipertrofia local o generalizada y sangrado activo ante leves traumatismos o el cepillado. Las encías cambian del color rosado al rojo intenso y la superficie se torna abombada, lisa y brillante, rodeando los cuellos de los dientes. En ocasiones la placa bacteriana puede endurecerse a causa de los minerales de los alimentos y formar cálculos (sarro) siendo su localización más frecuente la cara vestibular de los molares superiores o la cara lingual de incisivos y caninos inferiores. Ambas localizaciones están en relación al drenaje de los conductos salivales. La placa bacteriana es al principio de aspecto claro y blando pero con el tiempo se va oscureciendo y endureciendo. El sarro no es precursor de la gingivitis, pero una vez producida, colabora con su sostén.

Si la inflamación progresa y alcanza los tejidos de sostén del diente se declara la periodontitis, de carácter irreversible, que lleva a la caída de la pieza dentaria.

La placa bacteriana colabora en el sostén de la gingivitis. Si la inflamación progresa y alcanza los tejidos de sostén del diente se declara la periodontitis, de carácter irreversible, que lleva a la caída de la pieza dentaria.

En estas situaciones la placa bacteriana ya ha aumentado considerablemente de volumen y forma, entre la encía y el diente, formando un bolsillo que consigue desprender la encía de su inserción y aumenta la cantidad de sarro. En el mismo se acumulan residuos que facilitan el crecimiento bacteriano y potencian la enfermedad¹.

La clínica de esta etapa es muy variada. El paciente puede quejarse de sangrados repetidos, halitosis, dolor y fiebre (por la formación de abscesos y/o por movilidad de las piezas dentarias). El aspecto de las encías puede ser el de la gingivitis o presentarse retraída, adelgazada y opaca, evidenciando la raíz dentaria.

Factores de riesgo

Malos hábitos higiénicos: la falta de cepillado y uso de hilo dental favorecen el desarrollo de la placa bacteriana sobre las encías. Tabaquismo: la cantidad de cigarrillos consumidos y el tiempo de consumo están estrechamente relacionados con la enfermedad periodontal y su pronóstico. Los tratamientos tienen menor respuesta en los tabaquistas activos.

Enfermedades crónicas: los diabéticos no controlados presentan una respuesta exagerada a los irritantes locales, presentando con mayor frecuencia infecciones y abscesos locales. Las hipovitaminosis como el escorbuto y la pelagra; la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, el antecedente de radiaciones en la cabeza y el cuello, las enfermedades que alteren la respuesta inflamatoria y el uso de fármacos en forma prolongada (ej. fenitoína, ciclosporina y antagonistas cálcicos como la nifedipina) se

asocian a gingivitis.

Embarazo: a menudo las embarazadas presentan una inflamación leve de las encías como consecuencia de hiperplasia (especialmente en las papilas interdientarias) que puede revertir o no después del parto.

Prevención y tratamiento

El cuadro 1 muestra las recomendaciones para la prevención de la enfermedad periodontal².

El tratamiento debe ser encarado por el especialista, debiendo el médico reforzar las medidas de higiene bucal, el consejo dietario y la cesación del tabaquismo. En casos de mala oclusión las correctas medidas de higiene bucal pueden prevenir el desarrollo de la enfermedad, no siendo obligatorio el tratamiento de ortodoncia.

Cuadro 1: recomendaciones para la prevención de enfermedad periodontal²

Existe buena evidencia para recomendar buches con Clorhexidina dos veces al día en aquellos pacientes que tengan impedimentos para el cepillado dentario (recomendación tipo A). Para la prevención de la gingivitis está recomendado el cepillado y el uso de hilo dental en los adultos (recomendación tipo A) y el cepillado en los niños (tipo B).

La eliminación del hábito de fumar para disminuir el riesgo de enfermedad periodontal es una recomendación tipo B.

La limpieza realizada por el especialista solo está recomendada a pacientes con alta actividad de enfermedad periodontal (recomendación tipo B).

En los niños el uso de hilo dental se recomienda para generar el hábito (tipo C).

El uso de listerina en buches para prevención de gingivitis es una recomendación tipo B.

El cepillado con dentífricos con fórmula anticálculos no ha mostrado ser efectivo en la población general (recomendación tipo C) pero sí lo ha sido en pacientes con alta actividad de formación de cálculos (recomendación tipo B).

El uso de cepillos eléctricos no está recomendado en la población general (recomendación tipo D) excepto en aquellos pacientes con limitaciones motoras.

Hay buena evidencia en contra de la recomendación del uso de antibióticos orales para la prevención de la enfermedad periodontal (recomendación tipo E).

Cáncer de la cavidad oral

Epidemiología

Datos de Canadá informan que en 1993 el cáncer de la cavidad oral responsable de 1.100 muertes (el 1,9% del total de las muertes por cáncer)³. En EE.UU. se comunican 30.000 casos nuevos por año representando el 5% de los cánceres en los hombres y el 2% de los que ocurren en mujeres. En Concordia, provincia de Entre Ríos, Argentina, se registró la incidencia del cáncer de la cavidad oral y sus localizaciones entre 1990 y 1994. La mayoría de los casos ocurrieron en la población de 60 a 80 años de edad, siendo la lengua (seguida por el labio y la boca) las localizaciones más frecuentes.

Estos tumores están asociados fuertemente al hábito de fumar y al consumo de alcohol. Los fumadores tienen 50 veces más probabilidades de tener cáncer de encías y mucosa yugal que los no fumadores.

Con menos importancia se relacionan a los malos hábitos de higiene bucal, infecciones bucales crónicas, uso de prótesis inadecuadas que generen lesiones crónicas, disartrias y disglusias por problemas anatómicos faciales, quimioterapia y radioterapia de cabeza y cuello, disminución de la secreción salival y disfunciones tiroideas o paratiroideas.

Mientras que las lesiones orales menores de 1cm de diámetro se curan fácilmente, más del 50% de los casos se diagnostican en

estados avanzados, cuando los ganglios regionales ya tienen metástasis. En esta situación la supervivencia a cinco años es de 30 a 40% y se cree que puede deberse, en parte, a la falta de diagnóstico temprano por médicos y odontólogos.

Los fumadores tienen 50 veces más probabilidades de tener cáncer oral que los no fumadores.

Las lesiones orales de menos de 1cm de diámetro se curan fácilmente, sin embargo más del 50% de los diagnósticos se hacen en pacientes avanzados que tienen compromiso de los ganglios regionales.

Controversias sobre el rastreo del cáncer de la cavidad oral

Varios trabajos evaluaron la efectividad del rastreo del cáncer de la cavidad oral. Estudios de cohortes y caso-control* reportaron que la pesquisa de casos tempranos mediante el examen oral tiene una sensibilidad de 60 a 100% y una especificidad de más del 96%. Cuando se realizó, además, el test de azul de toluidina, el promedio de sensibilidad fue cercano al 97% y la especificidad de 91%. Sin embargo, la baja prevalencia y el bajo valor predictivo positivo* de estos hallazgos limitan la recomendación de efectuar un rastreo sistemático³.

La pesquisa de casos tempranos mediante el examen oral tiene una sensibilidad de 60 a 100% y una especificidad de más del 96%. Sin embargo, la baja prevalencia y el bajo valor predictivo positivo* de estos hallazgos limitan la recomendación de efectuar un rastreo sistemático.

Formas clínicas de las lesiones pre-cancerosas de la cavidad oral

La prevalencia de estas lesiones en la población general es baja (del 1 al 4%) variando su riesgo de transformación a formas malignas del 0,1-6% al 7-36% en las poblaciones de alto riesgo.

Leucoplasia

La leucoplasia es una placa blanca que se ve frecuentemente en personas de 50 a 70 años y predomina en el sexo masculino. Puede tener un aspecto homogéneo, verrugoso o punteado con zonas rojas (eritroplasia). La textura puede ser fisurada, arrugada o lisa. Se puede encontrar en múltiples tamaños y varias localizaciones, pero los más comunes son la mucosa yugal y las comisuras labiales. Menos del 5% de los carcinomas espinocelulares se presentan como leucoplasias, ocurriendo en su mayoría esta forma en el piso de la boca, la cara ventrolateral de la lengua y el paladar blando. Una serie de 782 pacientes con leucoplasia mostró que el riesgo de desarrollo de carcinoma espinocelular a los 10 años es de 2,4%, y de 4% a los 20 años.

La leucoplasia es una placa blanca que se ve frecuentemente en personas de 50 a 70 años con predominio masculino. Tiene un riesgo de malignarse (carcinoma espinocelular) a los 10 años de 2,4% y a los 20 años de 4%.

Eritroplasia

La eritroplasia no es realmente una lesión precancerosa ya que representa una forma in situ del carcinoma espinocelular. Se presentan alrededor de 16.000 casos nuevos al año en EE.UU., afecta más a varones de 50 a 70 años, siendo su causa principal el tabaco y el consumo de alcohol. El 95% de los espinocelulares se presentan de esta forma. Se trata de una placa roja que puede tener o no regiones puntuales o en parches blanquecinas. La mayoría tiene un diámetro entre 1 y 2cm, pudiendo algunas de ellas presentarse induradas o sobreelevadas a la palpación y al principio con límites netos que se van borrando a medida que la lesión va

creciendo. El sitio más frecuente de aparición en el hombre es el piso de la boca y en la mujer, la lengua y la mucosa yugal. Generalmente el paciente consulta en etapas avanzadas de la enfermedad, siendo las manifestaciones frecuentes el sangrado anormal de algún sector de la boca, la presencia de alguna "dureza" y/o la existencia de una úlcera que no cicatriza en 15 días.

La eritroplasia es una forma in situ del carcinoma espinocelular. Su manifestación más frecuente es el sangrado anormal en algún sector de la boca, la presencia de alguna dureza o de una úlcera que no cicatriza.

Prevención del cáncer de la cavidad oral y tratamientos disponibles

El cuadro 2 muestra las principales recomendaciones para la prevención del cáncer de la cavidad oral.

El tratamiento estándar de las lesiones precancerosas es la cirugía radical, pero su efectividad no ha sido evaluada en estudios controlados y aleatorizados. Estudios observacionales muestran que después de este tipo de terapia, la recurrencia de lesiones premalignas es de un 20% y el riesgo de evolución a lesiones malignas continúa siendo de 5%. El número de lesiones prevenidas luego de la cirugía no ha sido evaluado.

Existen opciones evaluadas en ensayos clínicos que fueron usadas cuando la excisión quirúrgica había sido dificultosa. La isotretinoína fue más efectiva que el placebo para el tratamiento de la leucoplasia oral pero se asoció a significativos efectos adversos y recidivas al abandonar el tratamiento⁴. Un trabajo aleatorizado con bajas dosis de isotretinoína fue más efectiva que la vitamina A para evitar el progreso a malignidad de la lesión (8 vs 55% respectivamente)⁵.

El tratamiento del tumor en estadio I se correlaciona con una supervivencia a los 5 años del 57 al 90% y en estadio II, de 41 a 72%. Solo dos estudios reportaron la recurrencia en los primeros cinco años: para los tratados en estadio I fue del 12 al 14% y para los del estadio II del 18 al 22%.

Cuadro 2: Principales recomendaciones para la prevención del cáncer de la cavidad oral.

El consejo sobre abandono del tabaquismo es una recomendación tipo A.

Hay suficiente evidencia para excluir la inspección de la cavidad oral en busca de lesiones pre-cancerosas en la población general (recomendación tipo D) sin embargo puede considerarse realizar esta evaluación una vez al año en los pacientes mayores de 60 años o con factores de riesgo (recomendación tipo C).

Traumatismos

El traumatismo es la emergencia más importante de la odontología pediátrica, siendo las edades de mayor frecuencia de presentación: a) uno a tres años (el momento de la vida que ocurren más caídas); b) entre los siete y los diez años en forma secundaria a accidentes; c) entre los 15 y los 18 debido a peleas, accidentes deportivos y automovilísticos.

Tienen más riesgo de sufrírselos los niños con dientes salientes, malformaciones craneo-faciales y enfermedades neuromusculares. Las lesiones se consideran complicadas cuando además de interesar tejidos duros comprometen la pulpa dentaria.

Rol del médico de atención primaria ante la fractura dentaria

Se debe pedir al paciente que busque el fragmento roto. Si no lo encuentra se recomienda solicitar una radiografía ya que muchas veces el fragmento se encuentra insertado en el labio.

Si la pieza dentaria sale totalmente del alvéolo hay que tomarlo por la corona (nunca por la raíz) enjuagarlo bajo agua si presenta restos de suciedad (no frotarlo ni usar otro elemento) introducirlo en el alvéolo y derivar al paciente al odontólogo en forma urgente para su fijación.

Si no se puede reinsertar el diente se lo debe colocar en un recipiente con agua o leche para el traslado. El éxito de la reinsertación aumenta cuanto más temprano se la efectúa.

En los pacientes que sufrieron traumatismos complicados es necesario administrar antibióticos durante varios días.

Se recomienda que el médico de familia informe sobre el uso de protectores bucales al realizar deportes, la corrección temprana de las malas posiciones dentarias y el uso obligatorio de cinturón de seguridad y casco durante los traslados en vehículos automotores¹.

El éxito de la reinsertación de una pieza dentaria traumatizada aumenta cuanto más temprano se la efectúa. Si es necesario trasladarlo debe hacerse en un recipiente con agua o leche.

Maloclusión

Generalidades y descripción de la oclusión normal

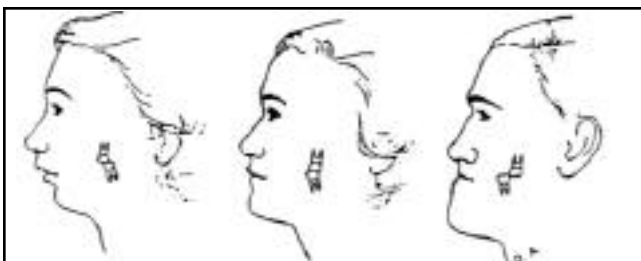
Recomendamos que todo profesional que atienda niños conozca las características de la oclusión normal, así como las alteraciones establecidas o potenciales para la derivación temprana al especialista.

La oclusión comprende la relación e interdigitaciones de los dientes entre sí, la relación de los dientes con los tejidos blandos y duros que los rodean, así como la de los maxilares entre sí y con el cráneo.

En la oclusión normal los dientes superiores anteriores se disponen delante de los inferiores anteriores, cubriéndolos parcialmente. Vista de perfil, las caras externas de los dientes superiores anteriores se disponen externamente en relación a las homólogas de la arcada inferior, lo que permite que las mejillas y los labios queden desplazados hacia delante alejándose del espacio interdentario y evitando ser mordidos (Ver figura 1).

Como la arcada inferior tiene un diámetro menor, la lengua queda confinada y se minimiza la posibilidad de que sea mordida. Cada diente de la arcada superior debe contactar con su antagonista en la arcada inferior; de no producirse esta situación la fuerza masticatoria puede generar movimientos de las piezas facilitando su caída y complicando más la oclusión.

Figura 1: tipos de oclusión. a) mordida abierta; b) mordida normal, mordida invertida.



Dr. Diego Terceiro [Unidad de Medicina Familiar. Hospital Italiano de Buenos Aires]

Bibliografía

- 1 Terceiro D, Klemons G. Salud bucal del niño. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Adolfo Rubinstein. Ed 2001. pg 1002-1005.
- 2 Amid I, Lewis D. Periodic health examination, 1993 update: 3. Periodontal diseases: classification, diagnosis, risk factors and prevention. J Can Dent Assoc 1993; 149: 1409-1422.
- 3 Hawkins R, Wang E, et al. preventive Health care, 1999 Update: Prevention of oral cancer mortality. J Can Dent Assoc 1999; 65:167.
- 4 Hong W, Endicott J et al. 13 cis-retinoic acid in the treatment of oral leukoplakia. N Engl J Med 1986; 315: 1501-1505.
- 5 Lippman S, Batsakis J, et al. Comparison of low-dose isotretinoin with beta-carotene to prevent oral carcinogenesis. N Engl J Med 1993; 328:15-20.

Maloclusión

Datos de 1994 reportan que la maloclusión afecta al 55% de la población infanto-juvenil de Argentina. Su diagnóstico y tratamiento precoz permite evitar las caries, la fractura de los bordes de los dientes anteriores y la enfermedad periodontal, mejorando la masticación y el habla.

En la mordida invertida los incisivos inferiores están por delante de los superiores y en la mordida abierta, el cierre no se produce, habitualmente por interposición de la lengua. Las causas de maloclusión son varias, encontrándose entre las más importantes las hereditarias (patrón de crecimiento del esqueleto facial; forma, tamaño y cantidad de dientes; conformación de la musculatura facial); los traumatismos; las caries; el tipo de alimentación (dietas suaves y blandas producen atresia o contracción de los arcos maxilares e hipotrofia de músculos maseteros); la lactancia prolongada; la respiración bucal (contracción del maxilar superior, labioversión de incisivos superiores, apilamiento dentario, hipertrofia y agrietamiento del labio superior junto a hipotonía labial); y los hábitos como succión del pulgar o interposición lingual. Una causa frecuente entre los adultos y ancianos es la pérdida de piezas dentarias con migración de las piezas adyacentes y extrusión del antagonista, excepto que el paciente lleve un puente o una prótesis removible.

Rol del profesional de Atención Primaria

Recomendamos controlar la posición postural general; la posición de los labios, su color y consistencia; el tipo de respiración, el examen de la cara de frente (ver si hay asimetrías) el perfil, la relación mandíbulo-maxilar, el color y la consistencia de las encías, contar y examinar los dientes, la oclusión, con la boca cerrada y los labios abiertos, así como el tono y trefismo del músculo cuadrado de la barba. Ante cualquier alteración se debe interconsultar al especialista¹.

Resumen para llevar al consultorio

- Las formas más frecuentes de enfermedad periodontal son la gingivitis marginal crónica y la periodontitis. La placa bacteriana colabora en el sostén de la gingivitis. Si la inflamación progresa y alcanza los tejidos de sostén del diente se declara la periodontitis, de carácter irreversible, que lleva a la caída de la pieza dentaria. Para su prevención existe una recomendación tipo A acerca del uso del capillado y el hilo dental.

- Los fumadores tienen 50 veces más probabilidades de tener cáncer oral que los no fumadores. Las lesiones orales de menos de 1cm de diámetro se curan fácilmente, sin embargo más del 50% de los diagnósticos se hacen en pacientes avanzados que tienen compromiso de los ganglios regionales. A pesar de esto no se aconseja el rastreo de lesiones precancerosas en la población general (Recomendación tipo D). Sí se aconseja abandonar el tabaquismo para la prevención del cáncer (Recomendación tipo A).

- En cuanto al traumatismo bucal, el éxito de la reinsertación de una pieza dentaria traumatizada aumenta cuanto más temprano se la efectúa. Si es necesario trasladarlo debe hacerse en un recipiente con agua o leche.

- Se recomienda que todo profesional que atienda niños conozca las características de la oclusión normal, así como las alteraciones establecidas o potenciales para la derivación temprana al especialista.