

Pronóstico periodontal: parámetros para una clasificación sencilla

* Dr. Sergio Ortiz-Pérez

** Dra. Melania Aguilar

RESUMEN

El pronóstico es la predicción del curso probable de una enfermedad y determina la respuesta al tratamiento. El asignar un pronóstico a un diente particular, brinda una información crítica en el desarrollo de un plan de tratamiento, ya que el objetivo general como profesionales de Ciencias de la Salud es devolver y/o mantener adecuada función masticatoria. El pronóstico constituye una de las funciones más importantes del odontólogo, y su aplicación, a nivel global como individual, determinará el éxito del tratamiento periodontal. El paciente debe conocer el pronóstico integral, ya que esto hará que tome parte en la toma de decisiones, participe en su tratamiento, observe las diferencias y se motive con los cambios que se observan antes y después de una fase higiénica. El pronóstico establece una proyección, basada en éxitos y fracasos anteriores que han sido documentados y evaluados, para hacer de este ejercicio una experiencia valiosa.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad periodontal, pronóstico, progresión de la enfermedad, parámetros clínicos.

ABSTRACT

Prognosis is the prediction of the probable course of a disease. Assigning a prognosis to a particular tooth, offers critical information for the development of a treatment plan. The aim is to restore and/or maintain suitable conditions for dental function. Prognosis constitutes one of the most important decision functions in dentistry, and it will determine the success of the periodontal treatment.

The patient must know the condition of his/her teeth, in order to take part in the decisions, participate in take note of the difference and become motivated by the changes seen before and after the treatment. Prognosis establishes a projection during time, based on previous success and failures which have been properly, making this application a valuable experience.

KEY WORDS

Periodontal disease, prognosis, clinical progression of the disease, parameters.

Introducción

La enfermedad periodontal es una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes, causada por microorganismos específicos que producen la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsa, recesión o ambas. La enfermedad periodontal ha ido evolucionando en su terapéutica, por ende el pronóstico de las piezas ha tenido una tendencia a mantener más órganos dentarios a lo largo del tiempo. Tratamientos regenerativos, biomateriales, técnicas quirúrgicas y avances tecnológicos han hecho de la Periodoncia una rama de la Odontología cada día más acertada (Nyman et al. 1987. Cortellini et al. 1993. Ridgway. et al. 2008.).

Se define pronóstico médico como el curso o patrón de una enfermedad en un tiempo (Mc Guire et al. 1991). Otras definiciones indican que el pronóstico es la predicción del futuro patrón de enfermedad en términos de su resultado desde el comienzo hasta el tratamiento (Nieri, 2002).

Muchas han sido las clasificaciones propuestas a lo largo de los años, con múltiples variaciones. En 1955 Marshall-Day realiza el primer pronóstico periodontal. En un inicio se manejó la se-

veridad de la enfermedad periodontal con base en la profundidad de la bolsa (Hirshfiel, Et al. 1978).

El establecimiento del pronóstico periodontal representa una de las condiciones más importantes en el plan de tratamiento, ya que tanto el odontólogo como el paciente determinan su curso en torno a factores como: relación costo-beneficio, manejo interdisciplinario del paciente y el posterior tratamiento protésico.

En cuanto al pronóstico periodontal existen ciertos patrones que se pueden seguir pero no hay valores claros o certeros que dicten la longevidad de una pieza; algunas veces el pronóstico se basa en una intuición o en la experiencia clínica.

Es difícil establecer patrones exactos para la asignación del pronóstico, sin embargo es indispensable tomar en cuenta, ciertas características, tanto de carácter innato como factores locales, que a lo largo de los años han sido centro de interés para dictaminar dicha evaluación. La asignación del pronóstico debe ser respaldada por un adecuado diagnóstico y se deben tomar en cuenta todos los agentes que contribuyan con el curso y progresión de la enfermedad.

*Profesor invitado. Facultad de Odontología. Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

**Profesor instructor. Facultad de Odontología. Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

El objetivo de esta revisión de literatura es brindar al odontólogo general, una clasificación basada en datos clínicos recopilados de distintos estudios, en la que se pueda brindar una guía para dar pronóstico a las piezas periodontalmente afectadas.

Dentro de los factores innatos y adquiridos más importantes por considerar están los siguientes: (Nunn, et al. 2003. Matuliene, et al. 2003):

- Edad: se ha visto que conforme avanzan los años, avanza la pérdida de inserción.
- Etnia: hay un predominio mayor en la etnia negra y en pacientes con un potencial socioeconómico bajo.
- Género: las mujeres presentan mayor predisposición, ya que el componente hormonal juega un papel importante.
- Pacientes fumadores: presentan 2.7 veces más pérdida de piezas dentales que los pacientes no fumadores con enfermedad periodontal crónica de moderada a avanzada (Williams, et al. 1998).
- Los factores psicológicos como la falta de empleo, el estrés laboral y eventos negativos a lo largo de la vida, aumentan la probabilidad de padecer enfermedad periodontal.
- Las enfermedades sistémicas como los pacientes con VIH y pacientes diabéticos presentan asociación con la enfermedad periodontal.
- La cooperación del paciente es de suma importancia para evaluar el pronóstico, ya que a mayor compromiso por parte del paciente, mejores resultados.

Al realizar el pronóstico de un paciente con periodontitis, se deben tener en cuenta el aspecto global e individual de los dientes. El pronóstico global se refiere a la dentición como un todo, con las condiciones generales y sistémicas del estado del paciente y el pronóstico individual, toma de cada diente las características específicas y varios factores que lo rodean (McGuire MK, et al. 1996).

Los factores a considerar cuando se realiza un pronóstico son:

Pronóstico individual de dientes	Pronóstico general
- Porcentaje de pérdida ósea.	- Historia de la enfermedad.
- Profundidad al sondaje.	- Edad.
- Distribución y tipo de pérdida ósea	- Estado médico o sistémico.
- Presencia y severidad de furcaciones.	- Pronóstico individual del diente.
- Movilidad.	- Velocidad de progression.
- Relación corona raíz.	- Cooperación del paciente.
- Forma radicular.	- Consideraciones económicas.
- Implicación pulpar.	- Conocimiento y habilidad del odontólogo.
- Caries.	- Factores etiológicos.
- Posición dental y relación oclusal.	- Hábitos orales.
- Valor estratégico.	
- Habilidad y conocimientos del operador.	

Con base en estas características, se puede brindar un pronóstico individual apoyado en un adecuado diagnóstico clínico y ra-

diográfico.

Es importante recalcar que el tipo de tratamiento por realizar influirá mucho en el pronóstico de las piezas. En un estudio realizado por Numm et al, en el 2001, se evaluaron piezas dentales a las cuales se asignó un pronóstico periodontal; observaron que en las piezas dentales a las que les realizaron cirugías periodontales, presentaban una mejoría considerable del 82%, en comparación con piezas dentales a las cuales sólo les realizaron raspados y alisados, estas denotaron una mejoría del 13%. Además, de las piezas dentales a las que les realizaron cirugías periodontales, solamente empeoró un 4 %, mientras que las piezas a las que les realizaron raspados y alisados, empeoró el 57% (Nunn, M. 2001).

Numerosos estudios han evaluado el pronóstico a largo plazo de las piezas periodontalmente tratadas. Dentro de los que cabe rescatar los siguientes:

Becker y Becker en 1984, demostraron que el tratamiento periodontal sin un adecuado plan de mantenimiento resultaba en una recidiva de la enfermedad periodontal. Ellos observaron que, los pacientes que presentaban una o más de las siguiente características, tenían un pronóstico “sin esperanza”: pérdida ósea del 75%, profundidad de bolsa de 8mm, defectos de furca clase III, movilidad dentaria clase III, relación corona raíz-hueso remanente pobre (relación de pérdida de más de los dos tercios).

Mc Guire y Nunn en 1996, evaluaron los parámetros clínicos en la determinación del pronóstico periodontal en 100 pacientes por un lapso de cinco años de mantenimiento estricto, y hallaron que, los parámetros que presentaban más relación con el pronóstico eran: porcentaje de pérdida ósea, profundidad de bolsa, presencia y severidad de defectos de furcación, movilidad dental, relación corona raíz-hueso remanente. Basados en estos parámetros encontraron que de los 2007 dientes evaluados, 5% empeoraron su pronóstico (116), y 14 % mejoraron su pronóstico. Ocho años más tarde, volvieron a evaluar dichas piezas y encontraron resultados muy semejantes.

En el 2001 Nunn y Harrell, valoraron 2350 piezas en las que evaluaron la evolución en cuanto a su tratamiento, raspado y alisado radicular y tratamiento quirúrgico, así como pacientes que

no recibieron tratamiento; ellos brindaron una clasificación basada en la estabilidad del órgano dental a diferencia de clasificarlos con base en el deterioro sufrido. La clasificación propuesta por ellos fue la siguiente:

- Bueno: cuando una pieza dental se pueda retener como una unidad funcional, ya sea sin ningún o con un mínimo tratamiento.
- Regular: pieza dental que se pueda mantener como una unidad funcional posterior a un tratamiento periodontal completo.
- Pobre: cuando el órgano dental con tratamiento periodontal se pueda perder en un lapso de 1 a 2 años.

• **Malo:** órgano dental que debe ser extraído durante el curso del tratamiento.

Para los dos primeros ítemes de la clasificación, los autores proponen que se debe cumplir con una profundidad de surco o bolsa de 2 a 4 mm, y que un sondeo mayor a 5mm cumple y cabe en la categoría de pobre o malo (Nunn, et al. 2001).

De acuerdo con los estudios anteriormente mencionados y haciendo hincapié en que el pronóstico se ve favorecido por una etapa quirúrgica, si es necesaria, y un estricto mantenimiento periodontal a lo largo del tiempo, de la experiencia clínica, y del hecho que el tratamiento por realizar de parte de un odontólogo general comprende una fase higiénica completa únicamente, sin una fase quirúrgica, se propone la siguiente clasificación:

• **Bueno:**

Buen soporte periodontal clínico y radiográfico, buena cooperación por parte del paciente, ausencia de movilidad dental, ausencia de furcas, mínima pérdida en los niveles de inserción, control de los factores etiológicos.

• **Regular**

Movilidad grado I, furca grado I o II mantenible, pérdida ósea de leve a moderada, bolsas no mayores a 5mm, piezas que cuando se termine la fase higiénica queden en boca.

• **Malo**

Bolsas mayores a 5mm, movilidad grado II o III, furcas grado II o III, pérdida ósea de moderada a severa, piezas que a pesar que se les realice la fase higiénica no se puedan quedar en la boca a menos que sean tratadas quirúrgicamente.

Establecer el pronóstico para las piezas dentales es de suma importancia y en especial, en casos en los que dichas piezas vayan a ser pilares protésicos. El fin de asignar un pronóstico, es tratar de predecir el posible comportamiento de las piezas dentales en un tiempo determinado, para ello se deben tomar en cuenta muchos factores y entre más de estos se puedan mantener controlados, mayor predictibilidad se tendrá a la hora de asignar un pronóstico. Muchos de estos elementos requieren de un compromiso por parte del paciente, ya que su colaboración hace posible el éxito del tratamiento a largo plazo. En la literatura existe una fuerte base científica para afirmar este hecho. En los pacientes diagnosticados con periodontitis crónica y tratados con un plan de mantenimiento riguroso, la pérdida de órganos dentarios fue de 0,1 dientes por año (Lindhe y Nyman, 1984). Los pacientes que siguieron un tratamiento periodontal pero no asistieron minuciosamente, tuvieron doble riesgo de perder sus piezas dentales, lo que implica que perdieron una pieza dental cada cinco años (Becker et al., 1984); y aquellos pacientes que no recibieron tratamiento periodontal perdieron 0,6 piezas dentales por año (Becker et al., 1979).

Los distintos factores, tanto individuales como generales, deben ser ampliamente considerados para lograr establecer un adecuado pronóstico. Es importante recalcar que el pronóstico no se establece una sola vez, se debe de realizar antes, durante y después de la terapia periodontal.

Conclusiones

El pronóstico periodontal de las piezas incluye varios factores dentro de los cuales cabe destacar los locales y sistémicos, así como la consulta interdisciplinaria, estos deben ser incluidos a la hora de dar un pronóstico. El plan de tratamiento depende en gran medida, del pronóstico asignado y una vez dado este, es de suma importancia el mantenimiento por parte del clínico y el compromiso por parte del paciente, ya que es imposible mantener la salud periodontal posterior a una fase periodontal activa, sin un programa de mantenimiento estricto.

Bibliografía

- Becker, W. et al. Periodontal treatment without maintenance. A retrospective study in 44 patients. *J Periodontology*. 1984. 505-509.
- Becker, W. et al. The long term evaluation of periodontal treatment and maintenance in 95 patients. *Journal of perio-prost*. 1984. 55-71.
- Becker, W., Berg, L. & Becker, B.E. (1979). Untreated periodontal disease: a longitudinal study. *Journal of Periodontology* 50, 234-244.
- Cortellini, Pini Prato, Tonetti. Periodontal regeneration of human infrabony defects. lire entry procedures and bone measures. *J Periodontol*. 1993, 64:261.
- Hirschfeld, L. et al. A long term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients. *J Periodontol*. 1978: 225-237.
- Kwok, V. Caton, J. Prognosis revisited: a system for assigning periodontal prognosis. *J Periodontol*. 2007; 78: 2063-2071.
- Lindhe, J. & Nyman, S. (1984). Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology* 11(8), 504-514.
- Maguire, M. et al. Prognosis versus actual outcome III. The effectiveness of clinical parameters in accurately predicting tooth survival. *J Periodontol*. 1996; 67: 666-674.
- Maguire, M. Prognosis versus actual outcome: a long-term Survey of 100 treated periodontal patients under maintenance care. *J Periodontol*. 1991; 62:51-58.
- Matuliene, G. et al. Influence of residual pockets on progression of periodontitis and tooth loss: results after 11 years of maintenance. *J Clin Periodontol*. 2008; 35: 685-695.
- Matuliene, Pjetursson. Influence of residual pocket on progression of periodontitis and tooth loss: results after 11 years of maintenance. *J Clin Periodontol*. 2008; 35: 685.
- McFall, W. Tooth loss in 100 treated patients with periodontal disease. A long term study. *J Periodontol*. 1982. 539-549.

McGuire MK, Nunn ME. Prognosis versus actual outcome. II. The effectiveness of clinical parameters in developing an accurate prognosis. *J Periodontol* 1996;67:658-665.

Niere, M. et al. The prognosis value of several periodontal factors measured as radiographic bone level variation: a 10 year retrospective multilevel analysis of treated and maintenance periodontal patients. *J Periodontol*; 73: 1458-1493.

Numm, Harrel. Longitudinal comparison of the periodontal status of patients with moderate to severe periodontal disease receiving no treatment, non surgical treatment utilizing individual site for analysis. *J Periodontol*. 2001;72: 1509.

Nyman, Gottlow, Karring. New attachment formation by guided tissue regeneration. *J Periodont Research* 1987;22: 252.

Ridway, Hk., Melloning Jt., Cochran Dl., Cochran DL. Human histologic and clinical evaluation of recombinant human platelet-derived growth factor and beta-tricalcium phosphate for the treatment of periodontal intraosseous defects. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2008 Apr;28(2):171-9.