



**Fundación  
Juan José Carraro**

"Investigar y concientizar, respecto a la salud de los tejidos periodontales"

La Marca más Usada por los  
Odontólogos en el Mundo



Miércoles, 30 de Julio de 2014

Consultas y comentarios

Regístrate

Home



#### INSTITUCIONAL

Dr. Juan José Carraro  
Objetivos  
Comisión Científica

#### EVENTOS

Congresos  
Conferencias  
Cursos

#### PUBLICACIONES

Revista  
Instrucciones Autores

#### ENTREVISTAS

#### INSTITUCIONES ODONTOLÓGICAS

#### SOC. CIENTÍFICAS DE PERIODONCIA

#### UNIVERSIDADES DE LATINOAMERICA

#### REVISTAS INTERNACIONALES

Me gusta { 16 }

Una marca,  
múltiples soluciones



#### ARTICULOS

#### ARTICULOS DE INTERES

## PRONOSTICO PERIODONTAL VERSUS PRESTIGIO PROFESIONAL

**Autores:** Dr Luis Alexandro Bueno Rossy.  
Postgraduado en Periodoncia e Implantología Oral. Udelar.  
Profesor Adjunto Interino de Periodoncia  
UDELAR. Uruguay.

Dr Gabriel Apra.  
Especialista en Periodoncia. Universidad de Buenos Aires.  
Presidente de la Sociedad de Periodoncia del Circulo Odontológico Mendocino.

#### RESUMEN

El pronóstico es un punto fundamental en la elaboración de nuestra historia clínica periodontal, las tres preguntas claves que nuestros pacientes nos hacen son:

1. Que tengo? , hace referencia al diagnóstico, para lo cual nos guiaremos por la clasificación de la AAP, 1999, y le explicaremos al paciente de forma sencilla que es la enfermedad periodontal, haciendo hincapié que se trata de una enfermedad infecciosa.
2. Que se me va a realizar? , osea el plan de tratamiento.
3. Cuanto le durarán los resultados obtenidos osea el pronóstico, predecir los hechos.

El pronóstico por definición es predecir el progreso, curso y terminación de una enfermedad (1).

Por otra parte el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define el pronóstico como el juicio que forma el médico respecto a la importancia y terminación de una enfermedad (2).

La experiencia, los conocimientos y habilidades del profesional permiten comprender los hechos biológicos que ocurren en el sistema estomatognático, al que no escapa el periodonto (2).

Como veremos son varios los factores que condicionan el pronóstico, factores generales del individuo y factores locales que afectan directamente al diente afectado.

El concepto de pronóstico como su evaluación han variado mucho a través del tiempo, debido en gran parte a los nuevos conceptos en periodoncia y al concepto tan importante de factores de riesgo e indicadores de riesgo de enfermedad periodontal.

#### PALABRAS CLAVES

Pronóstico, factores de riesgo.

#### INTRODUCCION

Como veremos hay factores que condicionan el pronóstico que se podrán evaluar a través del tratamiento periodontal como ser la colaboración del paciente para la remoción de placa y la respuesta tisular frente al tratamiento (2).

Hay factores que nos servirán para evaluar la respuesta al tratamiento periodontal como ser cambios en los niveles de inserción, reducción de la profundidad de sondaje, variación en los índices de placa y gingival, entre otros, pero que son de poco valor al momento de evaluar un pronóstico a priori.

#### TIPOS DE PRONOSTICOS

La bibliografía nos cita tres tipos de pronósticos (2).

Considero de forma muy personal que es un aporte didáctico interesante.

Se trata de Pronóstico Diagnóstico, Pronóstico Terapéutico y Pronóstico Protésico.

El pronóstico diagnóstico tiende a diagnosticar el estado dentoperiodontal en el momento inicial y el futuro de los mismos. El pronóstico terapéutico, se refiere a cual es el tratamiento más correcto para ese diagnóstico de ese diente, en ese paciente específico y en esa boca específica.

Y por último el pronóstico protésico se refiere a cual es el pronóstico de la futura restauración, si las propuestas restauradoras serán beneficiosas o no para los pilares, y que aspectos deben contemplarse en cuanto a dichos dientes. Recordar que no es necesario salvar todos los dientes para que el tratamiento sea exitoso, esto explica la relación entre periodoncia y odontología restauradora (3).

Recordemos que frente a un plan de tratamiento tanto los factores traumáticos como inflamatorios, juntos o no pueden condicionar severamente el pronóstico terapéutico (4). El Dr. Afanador Ruiz, Carlos, de la Pontificia Universidad Javeriana, Colombia nos cita Pronóstico de la enfermedad (realizado una vez evaluado el diagnóstico y previo al plan de tratamiento); como aquel que lleve al paciente a mejor estética, función, y salud mejorando así su calidad de vida (3).

#### PRONOSTICO GENERAL

Los factores más relevantes del pronóstico general son la historia de la enfermedad periodontal, la edad del paciente, el estado de salud, pronóstico individual de sus piezas, progresión de la enfermedad, cooperación del paciente, factores



etiológicos, hábitos orales y bruxismo (5).

#### EDAD

Se da mayor prevalencia, extensión y avance de la enfermedad periodontal en los adultos que jóvenes, (6) no por mayor riesgo de los adultos sino por estar mayor tiempo expuesto a los agentes etiológicos. Según Jonson, N la pérdida de inserción y de hueso alveolar no es una consecuencia obligatoria del envejecimiento, cuando se mantiene una higiene oral correcta y la predisposición genética no esta presente (7). Ante dos pacientes con niveles comparables de hueso alveolar remanente, el pronóstico es mejor en el de mayor edad (3).

#### RAZA.

Los pacientes de raza negra tienen una mayor prevalencia de enfermedad periodontal hasta tres veces más (8). Otros estudios indican que estas diferencias desaparecen cuando las variables socioeconómicas y culturales se nivelan (9). Los pacientes de raza negra parecen presentar mayor prevalencia de periodontitis agresivas (10,11).

#### SEXO

La periodontitis se presenta con mayor prevalencia en hombres que mujeres, justificado por el mayor cuidado en cuanto al control de placa de las últimas. Por otro lado ciertos estados fisiológicos de la mujer como ser embarazo y menopausia se han relacionado con la aparición de cuadros periodontales específicos (12).

#### HABITOS ORALES

##### a) Neurosis

Morder objetos, morderse los labios o los carrillos. Neurosis oclusales. Todos conducen a posiciones extrafuncionales de la mandíbula, malposición dentaria, y cicatrización excesiva de las mucosas.

##### b) Laborales

Derivados de la ocupación u oficio. Utilizan los dientes en forma activa o pasiva para sostener clavos, romper hilos, presión de la boquilla de instrumentos musicales. Estos pueden dar problemas periodontales localizados y si se prolongan alterar la función oclusal.

c) Fumar pipa, o cigarro, métodos incorrectos de cepillado, respiración bucal, succión del dedo pulgar, empuje anormal de la lengua, etc (3).

#### VISITAS AL ODONTOLOGO- INTERVALOS DE MANTENIMIENTO

Tanto la frecuencia como la calidad de asistencia por parte del profesional son un pilar importante en cuanto a pronóstico dento periodontal (6, 13, 14). Los factores a tener en cuenta para un correcto mantenimiento dependen de: - severidad de la enfermedad, efectividad de la higiene oral, edad del paciente, grados del control de la inflamación, respuesta del huésped (3).

#### NIVEL SOCIOECONOMICO Y LUGAR DE RESIDENCIA.

Tanto uno como otro condicionan la concurrencia a la consulta y lo más importante son las consultas de mantenimiento obligatorias y periódicas en vuestros pacientes periodontales (13). El tratamiento integral no es una ley del todo o nada. La prioridad número uno es eliminar la infección dental y periodontal.

#### ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

##### Diabetes Mellitus.

Aumenta la susceptibilidad del hospedador a la enfermedad periodontal (15), no la desencadena sino que la respuesta tisular esta predispuesta a los irritantes locales (12). En el estudio guiado por Grossi, S donde relacionó diversas enfermedades sistémicas con periodontitis avanzadas la única relacionada era la diabetes (16). Recordar que la salud se relaciona con la capacidad de reparación. Durante el tratamiento con los pacientes diabéticos que presentan periodontitis deben tenerse varias precauciones:

-identificar signos o síntomas de un control pobre de la enfermedad; realizar consultas periódicas con su médico tratante; recomendar que durante los días de tratamiento activo tomen su medicación y mantengan la dieta. En casos de emergencias odontológicas, en pacientes no controlados se deben prescribir antibióticos. Debemos reducir el estrés.

#### FACTORES PSICOSOCIALES. ESTRÉS.

El estrés actúa a través del sistema nervioso autónomo afectando el sistema inmunitario dando lugar esto a una respuesta alterada de cualquier parte del organismo inervada, incluyendo las estructuras gingivoperiodontales (22). La evidencia científica no es clara al respecto, pero hay estudios que documentan mayores lesiones periodontales y mayor prevalencia de las mismas en pacientes con estrés (23, 24). En el caso de la gingivitis ulceronecrotizante aguda su papel es más claro (3).

#### HERENCIA

Es un factor de riesgo demostrado, tanto la periodontitis crónica como las agresivas presentan factores genéticos que predisponen al ataque antigénico (25, 26).

#### CAUSAS Y FORMA EVOLUTIVA DE LA PERIODONTITIS.

Las periodontitis agresivas presentan peor pronóstico que las periodontitis crónicas ya que en las primeras el factor hospedador es un factor decisivo en la evolución de las mismas al igual que su microbiología (27). Por lo general aquellos pacientes con gran acúmulo de placa y pérdida ósea tienen mejor pronóstico que aquellos con poco acúmulo de placa a igual pérdida ósea.

#### GRADO DE MOTIVACION DEL PACIENTE. REGULARIDAD DE LAS REVISIONES.

La importancia del acúmulo de placa quedó ampliamente demostrado por los clásicos estudios de Loe y colaboradores de acumulación intencional de placa (13) y en estudios secuenciales donde comparaban pacientes con un control óptimo de placa en Noruega con otro de mal control de placa, de plantadores de té en Sri Lanka (28, 29). Axelsson ha demostrado la importancia que tiene el control de placa microbiana y las citas de mantenimiento a largo plazo- 14 años- en el pronóstico periodontal de pacientes con cuadros avanzados (30). Debemos crear en nuestro pacientes el hábito de higiene definiendo hábito como algo que se hace a menudo y por eso se hace fácil.

Recordar que cepillarse los dientes no es lo mismo que mantenerlos libres de placa, todos nos cepillamos pero no todos los tenemos limpios (3). El hábito es el producto final de seis procedimientos escalonados: Ignorancia, conocimiento, interés, compromiso, acción y hábito.

#### TABAQUISMO.

Se trata de un factor de riesgo demostrado. Reduce el índice gingival y el sangrado al sondaje (31), la relación con la patología periodontal es dosis dependiente, a mayor consumo, mayor riesgo de pérdida de inserción, por otra parte los

individuos que consumen menos de 10 cigarrillos diarios tienen diferencias mínimas con los no fumadores en cuanto a pérdida de inserción (31). Los rasgos de odds ratios van de 3,0 a 7,0 (32). Sabemos que afecta al tratamiento periodontal no quirúrgico, quirúrgico convencional y regenerativo (33, 34, 35). Esto nos tiene que encaminar en seleccionar los tratamientos menos complejos en aquellos pacientes que tienen el hábito de fumar más de 10 cigarrillos diarios. El tabaco tiene influencia como vemos sobre los microorganismos periodontopatógenos y sobre el huésped (36, 37).

#### **GRADO Y TIPO DE PERDIDA OSEA.**

Tomando la totalidad de la boca en consideración las pérdidas horizontales tienen mejor pronóstico que las verticales. Los defectos de tres paredes tienen mejor pronóstico para su reparación y mayor potencial de regeneración, los de dos más limitado y ni hablar los de una pared (2). Importante saber con que etiología microbiológica se relacionan estas pérdidas óseas, esto nos condiciona el pronóstico.

#### **NUMERO Y DISTRIBUCION DE DIENTES**

A menor cantidad de dientes peor es el pronóstico para los mismos pues las cargas masticatorias y la complejidad de tratamientos muchas veces es diferente que si es de arcada completa. A su vez es de mejor pronóstico conservar caninos y molares que incisivos, la distribución bilateral es mejor que la unilateral.

#### **OCLUSION**

La oclusión tiene importancia en cualquier especialidad de la odontología. Se estima que en 24 horas, 17,5 minutos ocluyen los dientes, 9 minutos para masticación y 8,5 para deglución (3). La duración, frecuencia, sentido e intensidad de las mismas condicionará si dará lugar o no a lesión en el periodonto. Actúa como un factor codestructivo. El no uso de placas mio-relajantes en pacientes tratados periodontalmente y con hábitos parafuncionales disminuye el pronóstico periodontal, por otra parte la oclusión se ha relacionado con disminución de la cresta ósea (38).

#### **HABILIDAD Y CONOCIMIENTO PROFESIONAL.**

Por supuesto que la experiencia, ética y conceptos actuales por parte del profesional condicionarán el pronóstico. Para lograr un buen pronóstico independientemente del cuadro que estemos tratando debemos partir de un correcto diagnóstico y la elaboración de un plan de tratamiento adecuado.

#### **TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS**

Es obvio que cuanto más necesitemos de la colaboración de otras especialidades para nuestro paciente más comprometido es el pronóstico, a igual nivel de enfermedad periodontal. Es de resaltar que los tratamientos protésicos correctamente efectuados en pacientes con historia de enfermedad periodontal son exitosos, más los fijos que los removibles. Los fracasos se dan por pérdida de retención de los retenedores, fracturas de los pilares, fracturas de los componentes metálicos y no por la recidiva de la enfermedad periodontal a lo largo de 10 años de observación (39, 40). Recordar siempre el concepto de la Ley de Ante y relacionarla a la realidad de cada paciente (3).

#### **PRONOSTICO INDIVIDUAL**

Es importante ser claro con nuestros pacientes, y si vemos del comienzo que el pronóstico de una pieza es desfavorable no tardar la extracción, pues se ve mal tratarlo, darle expectativas, gastos económicos y luego extraerlo. Siempre debemos ser claros con nuestros pacientes y tomarnos el tiempo suficiente para educación y explicación de su pronóstico general e individual.

Clásicamente los puntos a evaluar son:

Porcentaje de pérdida ósea, profundidad de sondaje, patrón de pérdida ósea, grado de afectación furcal, movilidad, relación coronoradicular, anatomía radicular, afectación pulpar, presencia de caries, procesos periapicales, posición del diente en la arcada, relación oclusal, valor estratégico de la pieza, migración dentaria, complicaciones endoperiodontales mucogingivales (2).

#### **CARÁCTER CUALITATIVO DE LA PLACA MICROBIANA**

Hoy por hoy existen debates muy grandes en cuanto a este punto. De todas formas tanto el *actinobacillus actinomycetemcomitans*, *bacteroides forsythus* y las *porphyromonas gingivalis* son las más fuertemente relacionadas a las paradenciopatías, aunque como todos sabemos hay muchas otras con relaciones más débiles pero presentes y muy importantes, entre ellas, *prevotella intermedia*, *eikenella corrodens*, *fusobacterium nucleatum*, *campilobacter rectus*, *treponema denticola*, *peptostreptococcus micros*.

#### **RELACION CORONO RADICULAR**

Comparar la longitud del diente que está dentro del alvéolo con la longitud que está fuera del mismo ha sido usada para determinar la relación corono radicular. Una relación 1-1,5 puede considerarse satisfactoria, y una relación 1-1 es lo mínimo aceptable. La relación de la corona con la raíz para efectos de pronóstico debe relacionarse con la movilidad, localización, utilidad del diente y por supuesto con la salud periodontal.

#### **VELOCIDAD DE FORMACION DE LA PLACA.**

El pH salival, la alimentación del paciente, el flujo salival y la higiene oral son entre otros condicionantes de la velocidad con que ocurre la sucesión bacteriana. Por supuesto que dependerá de la composición bacteriana del biofilm, el valor patogénico y la expresión clínica de la enfermedad.

#### **PROFUNDIDAD Y LOCALIZACION DE LA BOLSA PATOLOGICA**

Estos dos puntos son muy importantes pues propician el acúmulo de periodontopatógenos y el avance de la pérdida de inserción (41, 42).

#### **AFECTACION DE LA FURCA.**

Las piezas multiradiculares responden peor al tratamiento que las uniradiculares, y si presentan furcaciones son reservados como pilares protésicos. Son piezas difíciles de realizar un correcto raspado y alisado radicular, en el 58 % de los primeros molares superiores e inferiores el diámetro de entrada a la furcación es más estrecha que la anchura de las curetas periodontales de Gracey. Debemos evaluar:

Grado de afectación furcal, estado del hueso de soporte remanente, angulación y longitud de las raíces, afectación de los dientes adyacentes. En un estudio de 600 pacientes, de carácter retrospectivo, durante 22 años demostró que las zonas furcales son sitios de riesgo, más con un mantenimiento incorrecto. Aquellos pacientes que recibieron mantenimiento adecuado solo el 15 % de dichas piezas con furcaciones (primeros y segundos molares inferiores) recibieron exodoncia (43). Excepto en las lesiones de furca grado 1 la terapia básica suele ser un tratamiento

insuficiente, merecen terapia quirúrgica, sea resectiva o regenerativa (44). De por sí las furcaciones en premolares tienen un pronóstico reservado. Lo que debemos evaluar en una furca frente a su pronóstico es: Extensión de la lesión, estado del hueso que comparte con los dientes vecinos, grado de movilidad, angulaciones en la separación de las raíces, posición del diente en el arco, edad y estado sistémico, higiene oral, incidencia de caries, estado de tratamiento de endodoncia (3).

#### **ACTIVIDAD DE LA BOLSA.**

Si tenemos bolsas profundas pero hay una altura ósea relativa el pronóstico es más favorable que si tenemos bolsas poco profundas y una mayor destrucción ósea. Recordar siempre que quien nos da la real pérdida ósea es la pérdida de inserción y no la bolsa patológica, y que bolsas patológicas pueden ser reales o virtuales. Múltiples estudios intentaron relacionar actividad clínica, sangrado y supuración con actividad bioquímica. Todos estos parámetros se evalúan sobre pacientes enfermos por lo cual pierden el valor de indicadores de futura pérdida de inserción ósea de gran valor pronóstico a priori del tratamiento. Ciertos productos bioquímicos se han propuesto para relacionarlos con hallazgos de pérdidas óseas futuras, llamándolos marcadores de actividad (45). Para evaluar cada paciente y cada sitio específico necesitamos:

- experiencia clínica
- conocer los resultados de los últimos estudios.

#### **GRADO DE PERDIDA DE INSERCIÓN.**

La patología avanzada conlleva un pronóstico reservado ya que muchos factores como ser movilidad dentaria, contactos dentarios abiertos, complicaciones en el control de placa, presencia de nichos ecológicos específicos, como ser furcaciones complican mucho el mantenimiento de estos dientes.

#### **MORFOLOGÍA DENTARIA**

Las proyecciones del esmalte como depresiones radiculares son de considerar frente al pronóstico periodontal. Los dientes multiradulares con morfología compleja como ser raíces fusionadas, troncos radiculares cortos o demasiados largos a veces dificultan el tratamiento, dificultando el mantenimiento del cuadro de salud periodontal. No olvidemos la importancia que tiene la relación corono radicular frente a un pronóstico periodontal, al igual que su grosor y forma, cónica o cilíndrica. Sobre las mismas influyen las fuerzas oclusales por milímetro cuadrado de área periodontal.

Las raíces largas y anchas son las de mejor pronóstico.

Los multiradulares tienen mejor pronóstico que los uniradulares dentro del punto de vista oclusal.

La presencia de surcos radiculares influye en el tratamiento y en el mantenimiento periodontal.

Las morfologías específicas que constituyen riesgo son:

- concavidades radiculares en primeros premolares superiores, raíz mesiovestibular del primer molar superior, primeros molares e incisivos inferiores.
- Surcos de desarrollo palatogingival o distopalatinos en incisivos laterales superiores e inferiores.
- furcaciones (3).

#### **TIPO DE PERDIDA OSEA**

Se acepta que por lo general las pérdidas verticales aisladas tienen mejor pronóstico que las horizontales cuando son posibles de regenerar y cuentan con los otros puntos del pronóstico favorables.

Los tratamientos de raspado y alisado radicular al igual que los regenerativos han ganado su lugar frente a los resectivos (46).

#### **ANOMALÍAS DE POSICIÓN Y TRAUMA OCLUSAL**

Las anomalías dentarias actúan como retenedores de placa y el trauma oclusal se lo considera un descriptor secundario de la enfermedad periodontal, nunca un desencadenante de la enfermedad.

#### **MOVILIDAD DENTARIA**

La pérdida de soporte periodontal, la inestabilidad oclusal y la presencia de hábitos parafuncionales, estados fisiológicos, tratamientos ortodóncicos entre otros pueden relacionarse con la movilidad dentaria.

Un estudio observó que existía el doble de probabilidad de que un paciente perdiera sus dientes si estos presentaban una movilidad en aumento o si existía un hábito de parafunción no tratado en forma correcta mediante férula de descarga (47).

En cuadros iniciales responden mejor a igual tratamiento piezas que permanecen fijas que aquellas con movilidad. Si ferulizamos, en determinados casos, mediante una rehabilitación protésica se logra funcionalidad de dichas piezas dentarias (2).

Si la movilidad se debe a una causa oclusal tiene mejor pronóstico en general que si es por enfermedad periodontal.

#### **RESTAURACIONES DESBORDANTES**

La base de esto es sin lugar a dudas el acúmulo de placa microbiana por encima del efecto físico lesivo de los tejidos (48, 49).

#### **CARIES**

Pacientes con predisposición a caries no tienen porque poseer predisposición a enfermedad periodontal, es más, algunos autores hablan de procesos antagonistas.

Si recordar, por supuesto que una caries no tratada es un retenedor de placa y un foco séptico (3).

#### **ACCESIBILIDAD QUIRÚRGICA**

Bocas pequeñas, con un poco rango de apertura, escasa elasticidad de las mejillas dificulta la instrumentación.

Factores anatómicos como las zonas retromolares estrechas, inserciones altas de los milohioideos y presencia de líneas oblicuas externas, no facilitan el tratamiento de bolsas.

Cuanto más accesible sea el área mejor es el pronóstico periodontal.

#### **GRADUACIÓN DEL PRONÓSTICO INDIVIDUALIZADO**

A continuación expresamos una clasificación en base a parámetros diagnósticos objetivos cuya base conceptual se

fundamenta en varios grupos académicos como ser la Universidad de Berna / Suiza (50).

### 1- DIENTES CON BUEN PRONOSTICO

Aquí se enmarcan todos los dientes que no entran en los dos siguientes apartados.

### 2- DIENTES CON PRONOSTICO CUESTIONABLE

#### a) por criterios periodontales furcas grado 2

defectos angulares profundos

defectos horizontales de más de 2/3 de la longitud de la raíz

#### b- por criterios endodónticos

infraobturación del conducto tras terapia endodóntica

patología periapical

pernos radiculares de tamaño exagerado, frente a necesidad de retratamiento endodóntico.

#### c- por criterios dentales

caries profunda o en zonas de furcaciones

caries en el conducto radicular

### 3- PREFERENTES DE EXODONCIA

Terceros molares no funcionales con profundidad mayor de 6mm en distal de los segundos molares, o segundos molares no funcionales con más de 6 mm en distal a primeros molares.

Aquellos dientes con pronóstico cuestionable deben pasar tras su tratamiento a un pronóstico bueno o sino considerarlos en el contexto general de la boca.

### MOLARES O PREMOLARES CON FURCA 2 o 3.

La única forma de cambiar el pronóstico de estas piezas es a través de técnicas regenerativas o resectivas.

Si no realizamos estas técnicas el pronóstico no será diferente al del comienzo.

Son piezas que de por sí no deben considerarse como pilares de prótesis fija o removibles hasta no solucionar su problema furcal.

### DEFECTOS INFRAOSEOS PROFUNDOS

Se definen así aquellos defectos con componente infraóseo mayor o igual a 5mm, estos defectos son factibles de tratar con técnicas regenerativas.

El objetivo fundamental de la técnica sea resectiva o regenerativa es erradicar ese nicho ecológico que condiciona el avance de la patología periodontal.

### DEFECTOS OSEOS HORIZONTALES AVANZADOS.

Estos casos hay que evaluarlos con cautela.

No olvidarnos de la terapéutica de implantes pero tampoco olvidarnos de los pilares básicos biológicos y etiológicos del estado de esa pieza dentaria. Por otra parte evaluar su función oclusal es básico. La ferulización, ajuste oclusal, por supuesto inmerso en una terapia básica periodontal puede permitir su tratamiento, su correcta reevaluación y luego mejorar el pronóstico.

Recordar que a igual movilidad y pérdida ósea un incisivo tiene mejor pronóstico que un canino por su demanda funcional.

### ENFOQUE DE DIENTES CON PRONÓSTICO MALO

El único tratamiento real y dentro de la terapia básica es la extracción dentaria.

Hay casos especiales donde el paciente y el clínico llegan a un acuerdo de mantener esa pieza contra la voluntad biológica siempre y cuando:

No genere un foco séptico, no peligre piezas vecinas, no sean incluidas en rehabilitaciones protésicas, valorar el capital óseo por futuras zonas a implantar.

Hay casos que estas piezas dentarias ofician de pilares de prótesis provisionales tras el tratamiento quirúrgico implantológico, siempre recibiendo terapia básica y de mantenimiento obligatorio aunque tengan extracción indicada a su debido tiempo.

La graduación que sugiere la Universidad Javeriana de Colombia, es la siguiente:

- pronóstico bueno, donde las piezas gozan de longevidad con un mantenimiento correcto. Pronóstico favorable, cuando el diente perdió 25% de inserción clínica, compromiso furcal que permite el acceso a la higiene por parte del paciente sin dificultad.

- Pronóstico pobre o reservado, en este caso la posibilidad de eliminar la enfermedad es escasa, tienen 50% de pérdida de inserción, y furcas de grado 2.

- Pronóstico dudoso, cuando es difícil definir un pronóstico pobre y necesitamos tiempo para evaluarlo. Puede presentar más de 50% de pérdida de inserción, relación coronaradicular desfavorable, raíces cortas, furcas 2 o 3 de difícil acceso y proximidad radicular.

- Pronóstico malo (3).

La Sociedad Española de Periodoncia utiliza la siguiente gradación:

Seguro, cuestionable e imposible (51).

En Argentina, Universidad de Buenos Aires, Cátedra de Periodoncia, se utiliza pronóstico bueno, regular, pobre e irre recuperable.

En Uruguay, en la Cátedra de Periodoncia de la Universidad de la República manejamos pronóstico favorable, reservado favorable, reservado desfavorable y desfavorable.

El punto principal es que el pronóstico general esta siempre sobre el individual.

Sabemos que hay factores difíciles hasta imposibles hoy día de modificar como ser la genética o morfología radicular, importantes de evaluar y realizar el tratamiento conociendo y adecuando todas las etapas del tratamiento desde la urgencia hasta el mantenimiento basados en estos factores de riesgo y factores pronósticos.



**CONCLUSIONES**

- 1- El pronóstico que se da al comienzo es provisional, luego en el momento de la reevaluación periodontal se replantea, al igual que en las sucesivas etapas de mantenimiento.
- 2- El pronóstico general condiciona y depende a su vez del pronóstico individual.
- 3- Un paciente con evolución lenta y en sitios específicos tiene un mejor pronóstico que un paciente con evolución rápida y generalizado.
- 4- Pacientes con altos valores de placa son en principio de mejor pronóstico que aquellos con pérdidas severas de hueso y poca cantidad de placa microbiana visible.
- 5- Es básico, ético y obligatorio realizarle a todo paciente periodontal historia clínica completa, haciendo hincapié en los factores de riesgo periodontales, exámen de parodencio marginal, periodontograma, exámen radiográfico periapical y exámen oclusal. El exámen microbiológico, PCR por ejemplo es un exámen interesante pero costoso y que no esta al alcance de todos. Es un examen importante de realizar en las Periodontitis agresivas.
- 6- Siempre recordar que los exámenes clínicos están por encima de los paraclínicos.
- 7- Siempre trabajar en equipo y resolver en equipo, cada disciplina condiciona el pronóstico, a más complejidad de tratamiento mayor compromiso con el pronóstico.
- 8- Veremos muchos pacientes incluso dientes, que su pronóstico no es blanco ni negro sino gris o sea no hay algo definitivo y es más, el compromiso del pronóstico incluye en gran parte a vuestro paciente. Su actitud y colaboración también varían y con él su pronóstico periodontal.
- 9- Gran parte de la investigación apunta a los mecanismos de respuesta del hospedador, punto fundamental en la valoración del pronóstico.
- 10- Los dientes que más se pierden por enfermedad periodontal son los segundos molares superiores y los que menos se pierden son los caninos y los primeros premolares inferiores (41).
- 11- La depresión tiene un valor importante en la evolución de la enfermedad periodontal (52).
- 12- Recordar el viejo aforismo que dice, "usted ve lo que sabe, si no sabe no ve".

**BIBLIOGRAFIA**

- 1- AAP (Ed).Glossary of Periodontal Terms. 3era edition.Chicago 1992.
- 2- Monlleo Lloret P. Pronostico Periodontal. Periodoncia: 5 (3) Julio- setiembre, 1995: 198-203.
- 3- Afanador Ruiz, Carlos. Pronóstico, en Fundamentos de la Odontología, Pontificia Universidad Javeriana, cap. 6, octubre 2000.
- 4- Grossi,S; Genco, R;Machtei, E. Assesment of risk factors for periodontal disease.II.Risk indicators for alveolar bone loss. J. Periodontol, 1995; 66: 23-39.
- 5- Mc Guire, M. Prognosis versus actual outcome: a long term survry of 100 treated periodontal patients under maintenance care. J. Perio,1991; 62 (1): 51-58.
- 6- Mumghamba, E, Markkanen, H; Honkala, E. Risk factors for periodontal diseases in Ilala, Tanzania. J. Period, 1995; 22: 347 – 354.
- 7- Johnson, N; Griffith, G; Wilton, J. Detention of hight risk groups and individuals for periodontal diseases. Evidence for the existence of high risk groups and individuals and approachesto their detention. J Clin Period, 1988;15: 276-286.
- 8- Alpagot, T;Wolff, L;Smith, Q. Risk indicators for periodontal disease in a racially diverse urban population. J. Clin.Period 1996;23: 982-988.
- 9- Beck, J; Koch, G;Rozier, R. Prevalence and risk indicators for periodontal attachment loos in a population of older community dw elling and w hites. J. Period, 1990,61:521-528.
- 10- Loe, H; Brow n,L. Early onset periodontitis in the United States of America. J. Period.1991;62: 608-616.
- 11- Saxen,I. Prevalence of juvenile periodontitis in Findand. J Clin Period,1980;7:177-186.
- 12- Mealey, B; Moritz, A. Influencias hormonales: efectos de la diabetes mellitus y las hormonas sexuales esteroideas endogenas femeninas en el periodonto. Periodontology 2000(ed esp), 2004;7: 59-81.
- 13- Loe, H; Anerud, A;Boysen, H. The natural history of periodontal disease in man.The rate of periodontal destruction before 40 years of age. J Period 1978;49: 607-620.
- 14- Axelsson, P; Lindhe, J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. J. Clin. Period, 1981;8:239-248.
- 15- Schlossman, M; Know ler, W; Pettit, D. Type 2 diabetes mellitus and periodontal disease. J Am Dent Assoc,1990;121:531-536.
- 16- Grossi, S;Zambon,J; Ho, A.Assessment of risk factorsfor periodontal diseases. I. Risk indicatorsfor attachment loss. J Period, 1994; 65: 238-242.
- 17- Geurs, N; Lewis, C, Jeffcoat, M. Osteoporosis y progresion de la enfermedad periodontal. Periodontology 2000 (ed esp),2004;7: 105 -110.
- 18- Ronderos, M; Jacobs, D; Himes, J. Associations of periodontal disease w ith femoral bone mineral density and estrogen replacement therapy; cross sectional evaluation of US adults from NHANES III. J Clin Period, 2000: 27:778.786.
- 19- Izumi, Y; Sugiyama, J; Shinozuka, O. Defective neutrophile chemotaxis in Dow n's Syndrome patients and its relationship to periodontal destruction. J Period, 1989; 60: 238-242.
- 20- Kardashi, B; New comb, G. A clinical study of gingival inflammation in renal transplant recipients taking inmunosupresive drugs. J Period, 1978; 49:307-309.
- 21- Robertson, P; Mackler, B; Wright,T. Periodontal status of patients w ith abnormalities of the immune system. II. Observations over a 2 years period. J Period Res, 1980; 51: 70 – 73.
- 22- Weiner, H. Psychobiology and human disease. Psychosom Med;1980; 42, 1- 28.
- 23- Moulton, R; Ew en, S; Thieman, W. Emotional factors in periodontal disease. J Oral Pathol, 1952; 5: 833-860.
- 24- Becker, R; Karp, C; Becker, W. Personality differences and stressful life events. Differences betwe en treated periodontal patients w ith and w ithout maintenance. J Clin Period, 1988;15:49-52.
- 25- Sofaer, J.Genetic approaches in the study of periodontal diseases. J Clin Period, 1990; 17: 401-408.
- 26- Goteiner, D; Goldman, M. Human lymphocyte antigen haplotype and resistance to periodontitis. J Period, 1984; 55: 155- 158.
- 27- Armitage, G. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Ann Period, 1999; 4: 1- 6.
- 28- Loe, H, Anerud, A; Boysen, H. The natural histoy of periodontal disease in man. Study design and baseline data. J. Period., 1978;13: 550- 562.
- 29- Loe, H, Anerud, A; Boysen, H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession. J Period, 1992; 63: 489-495.
- 30- Axelsson, P; Lindhe, J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. J. Clin. Period, 1981a; 8: 239-248.

- 31- Feldman, R; Bravacos, J; Rose, C. Association between smoking different tobacco products and periodontal disease indexes. J. Period;1983;54:481
- 32- Bergstrom, J; Preber, H. Tobacco use as a risk factor. J Period,1994;5 (suppl): 545-550
- 33- Preber, H; Bergstrom, J. The effect of non surgical treatment on periodontal pockets and non smokers. J Clin Period, 1985; 13: 31-323.
- 34- Ah, M; Johnson, G; Kalwarf, K. The effect of smoking on the response to periodontal therapy. J Clin Period, 1994; 21: 91-97.
- 35- Tonetti, M; Pini Prato, G; Cortellini, P. Effect of cigarette smoking on periodontal healing following gtr in intrabody defects. A preliminary retrospective study. J Clin Period 1995; 22: 229-234.
- 36- Preber, H; Bergstrom, J. Occurrence of periodontopathogens in smokers and non smokers patients. J Clin Period, 1992; 19:667-671.
- 37- Zambon, J; Grossi, S; Machtei, E. Cigarette smoking increases the risk for subgingival infection with periodontal pathogens. J Period 1996, 67:1050-1054.
- 38- Mc Guire, M, Nunn, M. Prognosis versus actual outcome III. The effectiveness of clinical parameters in accurately predicting tooth survival. J Period,1996,67;666-674.
- 39- Nyman, S; Lindhe, J. The role of occlusion for the stability of fixed bridge in patients with reduced periodontal tissue. J Clinical Period 1975; 2:53.
- 40- Nyman, S, Ericsson, I. The capacity of reduced periodontal tissue to support fixed bridge work. J Clin Period; 1982; 9: 409.
- 41- Haffajee, A; Socransky, S; Lindhe, J. Clinical risk factors for periodontal attachment loss. J Period 1991; 18; 117-125.
- 42- Clafey, N; Egelberg, J. Clinical indicators of probing attachment loss following initial periodontal treatment in advanced periodontitis patients. J Clin Period, 1995; 22: 690-696.
- 43- Hirschfeld, L; Wasserman, B. A long term survey of tooth loss 600 treated periodontal patients. J Period, 1978; 49: 225- 237.
- 44- Kalkwarf, K; Reinhardt, R. The furcation problem and current controversies and future directions. Dent Clin North Am, 1988;22: 243-266.
- 45- Parashis y cols. Calculus removal from multirouted teeth with and without surgical access. J Clin Period, 1993; 20: 63-68.
- 46- Karring, T; Lindhe, J; Cortellini, P. Regenerative Periodontal Therapy. En Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. Munksgaard 3rd ed; 1997:597-646.
- 47- Mc Guire, M. Prognosis versus actual outcome IV. The effectiveness of clinical parameters prognoses and tooth survival. J Period 1999; 70:49-56.
- 48- Arneberg, D; Silness, J; Norbi, H. Marginal and crevicular extent of class II amalgam restorations related to periodontal conditions. A clinical and roentnological study of overhand elimination, J Period Rest 1980; 15:669-670.
- 49- Silness, J; Periodontal conditions in patients treated with dental bridges. J Period Rest, 1974; 9: 50-55.
- 50- Cabello, G; Aixedla, M; Calzavara, D. Pronostico en Periodoncia, Analisis factores de riesgo y propuesta de clasificacion. Periodoncia y Osteointegracion, 2005;15(2): 93 110.
- 51- Bullon, Pedro; Martínez, Angel; Moreu, Gerardo. Diagnóstico y Pronóstico. En Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de Implantes, 2005: 9\_14.
- 52- Moos, M; Beck, J; Kaplan, B. Exploratory case control analysis of psychosocial factors and adult periodontitis. J Period, 1996: 67 (suppl): 1060. 1069.

---

[^ arriba](#) | [<< atrás](#)