CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES Y ALTERACIONES PERIODONTALES Y PERIIMPLANTARES

2017

AAP-EFP

Resumen y traducción de los documentos de Consenso

con aclaraciones - 2020

Este documento elaborado por la **Sociedad Argentina de Periodontología** es un resumen y traducción de los documentos de consenso de la "**Clasificación de las Enfermedades y alteraciones Periodontales y Periimplantares 2017".** La clasificación más detallada y los documentos preliminares elaborados por cada grupo de trabajo se encuentran publicados en el ***J Periodontol 2018 Jun; 89 Suppl 1*** y el ***J Clin Periodontol 2018 Jun; 45 Suppl 20,*** los cuales sugerimos consultar para ampliar la información.

CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES Y ALTERACIONES PERIODONTALES Y PERIIMPLANTARES 2017 AAP-EFP

<table>
<tr><th colspan="5">ENFERMEDADES Y ALTERACIONES PERIODONTALES</th></tr>
<tr><td colspan="5">Salud periodontal y enfermedades y alteraciones gingivales</td></tr>
<tr><td colspan="2">Salud periodontal y gingival</td><td colspan="2">Gingivitis inducida por biofilm dental</td><td>Enfermedades gingivales no inducidas por biofilm dental</td></tr>
<tr><td colspan="5">Formas de Periodontitis</td></tr>
<tr><td colspan="2">Enfermedades periodontales necrotizantes</td><td colspan="2">Periodontitis</td><td>Periodontits como manifestación de enfermedades sistémicas</td></tr>
<tr><td colspan="5">Otras alteraciones que afectan al periodonto</td></tr>
<tr><td>Enfermedades y trastornos sistémicos que afectan a los tejidos de soporte</td><td>Abscesos periodontales y lesiones endodóntico-periodontales</td><td>Deformidades o alteraciones mucogingivales</td><td>Trauma oclusal y fuerzas oclusales traumáticas</td><td>Factores relacionados con prótesis dentales y dientes</td></tr>
<tr><th colspan="5">ENFERMEDADES Y ALTERACIONES PERIIMPLANTARES</th></tr>
<tr><td>Salud periimplantar</td><td>Mucositis periimplantar</td><td>Periimplantitis</td><td colspan="2">Deficiencias periimplantares de tejidos duros y blandos</td></tr>
</table>

La nueva **Clasificación de Enfermedades y Alteraciones Periodontales y Periimplantares 2017** es el producto del trabajo de un gran número de expertos de todo el mundo, reunidos en un **taller mundial realizado en Chicago, ILL en 2017**. La misma fue **publicada** en forma simultánea **en junio de 2018** por la **Academia Americana de Periodontología (AAP)** y la **Federación Europea de Periodoncia (EFP).**

El taller estuvo formado por **cuatro grupos de expertos**:

Grupo 1: Salud periodontal, enfermedades y alteraciones gingivales.

Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, Geisinger ML, Genco RJ, Glogauer M, Goldstein M, Griffin TJ, Holmstrup P, Johnson GK, Kapila Y, Lang NP, Meyle J, Murakami S, Plemons J, Romito GA, Shapira L, Tatakis DN, Teughels W, Trombelli L, Walter C, Wimmer G, Xenoudi P, Yoshie H.

Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions.

J Periodontol. 2018 Jun;89 Suppl 1:S74-S84. doi: 10.1002/JPER.17-0719.
J Clin Periodontol. 2018 Jun;45 Suppl 20:S68-S77. doi: 10.1111/jcpe.12940.

Grupo 2: Periodontitis.

Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, Flemmig TF, Garcia R, Giannobile WV, Graziani F, Greenwell H, Herrera D, Kao RT, Kebschull M, Kinane DF, Kirkwood KL, Kocher T, Kornman KS, Kumar PS, Loos BG, Machtei E, Meng H, Mombelli A, Needleman I, Offenbacher S, Seymour GJ, Teles R, Tonetti MS. **Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions.**

J Periodontol. 2018 Jun;89 Suppl 1:S173-S182. doi: 10.1002/JPER.17-0721
J Clin Periodontol. 2018 Jun;45 Suppl 20:S162-S170. doi: 10.1111/jcpe.12946

Grupo 3 Manifestaciones periodontales de enfermedades sistémicas y alteraciones de desarrollo y adquiridas

Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, Bissada NF, Bouchard P, Cortellini P, Demirel K, de Sanctis M, Ercoli C, Fan J, Geurs NC, Hughes FJ, Jin L, Kantarci A, Lalla E, Madianos PN, Matthews D, McGuire MK, Mills MP, Preshaw PM, Reynolds MA, Sculean A, Susin C, West NX, Yamazaki K. **Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions.**

J Periodontol. 2018 Jun;89 Suppl 1:S237-S248. doi: 10.1002/JPER.17-0733.
J Clin Periodontol. 2018 Jun;45 Suppl 20:S219-S229. doi: 10.1111/jcpe.12951.

Grupo 4: Enfermedades y alteraciones periimplantarias

Berglundh T, Armitage G, Araujo MG, Avila-Ortiz G, Blanco J, Camargo PM, Chen S, Cochran D, Derks J, Figuero E, Hämmerle CHF, Heitz-Mayfield LJA, Huynh-Ba G, Iacono V, Koo KT, Lambert F, McCauley L, Quirynen M, Renvert S, Salvi GE, Schwarz F, Tarnow D, Tomasi C, Wang HL, Zitzmann N. **Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions.**

J Periodontol. 2018 Jun;89 Suppl 1:S313-S318. doi: 10.1002/JPER.17-0739
J Clin Periodontol. 2018 Jun;45 Suppl 20:S286-S291. doi: 10.1111/jcpe.12957

Aclaraciones 2019 y 2020 basadas en

American Academy of Periodontology. Frequently Asked Questions on the 2018 Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. 2019
https://www.perio.org/sites/default/files/files/2017%20World%20Workshop%20on%20Disease%20Classification%20FAQs.pdf

Kornman, KS, Papapanou, PN. Clinical application of the new classification of periodontal diseases: Ground rules, clarifications and "gray zones". *J Periodontol*. 2020; 91: 352– 360. DOI: 10.1002/JPER.19-0557.

Sanz M, Papapanou P, Tonetti M, Greenwel H, Kornman K. Guest Editorial: Clarifications on the use of the new classification of periodontitis J Clin Periododntol 2020; 47:658–659 DOI: 10.1111/jcpe.13286.

Sanz M, Herrera D, Kebschull M, et al. Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol*. 2020; 47 Suppl 22:4-60. doi:10.1111/jcpe.13290.

1. SALUD Y ENFERMEDADES Y ALTERACIONES GINGIVALES

1.1. SALUD Y GINGIVITIS INDUCIDAS POR BIOFILM DENTAL

Salud gingival y periodontal	Salud clínica con un periodonto sano
	Salud clínica gingival en un periodonto reducido en paciente sin periodontitis
	Salud clínica gingival en un periodonto reducido en paciente con periodontitis tratado con éxito y estable
Gingivitis/Inflamación gingival inducida por biofilmdental	Periodonto intacto
	Periodonto reducido en paciente sin periodontitis
	Periodonto reducido en pacientes con periodontitis tratado con éxito y estable
Gingivitis inducida por biofilm dental	**A. Asociada exclusivamente a biofilm** **B. Mediada por factores de riesgo sistémicos o locales** ***i Factores de riesgo sistémicos*** *(factores modificadores de la respuesta)* a) Tabaquismo b) Hiperglucemia c) Factores nutricionales d) Agentes farmacológicos (prescriptos/no prescriptos/recreativos) e) Hormonas sexuales esteroides Pubertad Ciclo menstrual Embarazo Anticonceptivos orales f) Trastornos hematológicos ***ii Factores de riesgo locales*** *(factores predisponentes a acumular biofilm)* a) Factores retentivos de placa (márgenes prominentes de restauraciones) b) Sequedad bucal ***C. Hipertrofias gingivales inducidas por fármacos***

- No hay evidencia robusta para diferenciar claramente gingivitis leve, moderada y severa, lo cual entonces sigue siendo una cuestión de juicio profesional.
- Se podría definir como **gingivitis localizada** cuando presentan sangrado al sondaje entre el 10 y 30% de los sitios ; **generalizada** > 30 % de los sitios
- Para fines epidemiológicos, un caso de periodontitis no puede ser simultáneamente definido como un caso de gingivitis. Por lo tanto, un paciente con antecedentes de periodontitis, con inflamación gingival sigue siendo un caso de periodontitis
- Definiciones de caso para estudios EPIDEMIOLOGICOS- Salud periodontal: Paciente sin o con periodontitis previa: SS < 10% sitios , PS ≤ 3mm / Gingivitis: Paciente sin periodontitis (actual o previa) SS≥ 10%,PS≤ 3mm.

Criterios diagnósticos para salud y gingivitis inducida por placa bacteriana.

El concepto de **salud clínica** varía según se considere al **sitio o la boca en su conjunto (paciente)**. Se considera que **un SITIO presenta salud clínica en un periodonto intacto**, cuando no hay sangrado al sondaje, ni eritema ni edema, y que presenta niveles fisiológicos óseos (rango de 1 a 3 mm apical al límite amelocementario).

Los siguientes parámetros permiten valorar la salud en la práctica clínica a nivel del paciente.

Periodonto intacto	**Salud**	**Gingivitis**
Pérdida de inserción clínica	No	No
Profundidad de sondaje [A]	≤ 3 mm	≤ 3 mm [C]
Sangrado al sondaje [A]	< 10%	Si (≥ 10%)
Pérdida ósea radiográfica	No	No
Periodonto reducido en paciente sin periodontitis (1)	**Salud**	**Gingivitis**
Pérdida de inserción clínica	Sí	Sí
Profundidad de sondaje [A]	≤ 3 mm	≤ 3 mm
Sangrado al sondaje [A]	< 10%	Si (≥ 10%)
Pérdida ósea radiográfica	Posible	Posible
Paciente con periodontitis tratada con éxito y estable	**Salud (2)**	**Inflamación gingival en paciente con antecedentes de periodontitis (2)**
Pérdida de inserción clínica	Sí	Sí
Profundidad de sondaje [A] (todas la zonas, asumiendo ausencia de pseudobolsas)	≤ 4 mm (ningún sitio con PS 4 mm y SS)[B]	≤ 4 mm (ningún sitio con PS 4 mm y SS)[D]
Sangrado al sondaje [A]	< 10%	Si (≥ 10%)
PérDida ósea radiográfica	Sí	Sí

PS: Profundidad de sondaje.

[A] Supone una ligera presión de sondaje de 0,2 a 0,25 N .

[B] Si bien hubo una opinión minoritaria que expresó que el umbral para definir un caso clínico de **salud en un paciente con periodontitis** tratado con éxito debe establecerse en PS ≤ 3 mm sin BOP para reconocer el riesgo elevado de enfermedad recurrente, la opinión contraria y mayoritaria fue que un umbral ≤ 3 mm rara vez se alcanza en el 100% de los sitios tratados y podría llevar a un tratamiento excesivo, ya que cualquier sitio sin sangrado y PS > 3 mm no se clasificaría como "salud" y, por lo tanto, estaría abierto a un tratamiento más invasivo, en lugar de observación y mantenimiento. Por lo tanto, el umbral se estableció en PS ≤ 4 mm reconociendo que los fenotipos clínicos posteriores al tratamiento deben considerarse de manera diferente al tratamiento previo.

[C] en periodonto intacto en ciertas situaciones clínicas la PS puede ser mayor (*ej, agrandamientos).*

[D] Los casos de "*inflamación gingival en un paciente con antecedentes de periodontitis* "pueden presentar sangrado ≥10% de los sitios mientras estos sean poco profundos de ≤ 3 mm. Si estos pacientes presentan algún sitio con PS 4 mm con sangrado, se considera periodontitis no controlada.

(1) En casos de pacientes con recesiones o alargamiento de corona clínica, no hay evidencia de mayor riesgo de periodontitis

(2) Importante Una vez diagnosticada la periodontitis, un paciente sigue siendo un paciente periodontal de por vida, cuyo estado en cualquier momento dado después de la terapia exitosa se puede clasificar como: • **Controlado**: sano / estable; • **En remisión**: inflamación gingival; • **No controlado**: periodontitis recurrente / inestable. Un paciente con periodontitis tratado con éxito y estable en el que aparecen sitios con sangrado al sondaje tiene un alto riesgo de recurrencia de la enfermedad y progresión en esos sitios.

1.2. ENFERMEDADES y ALTERACIONES GINGIVALES NO INDUCIDAS POR BIOFILM DENTAL

A. Desordenes genéticos de desarrollo
i Fibromatosis gingival hereditaria

B. Infecciones específicas
i De origen bacteriano
- a. Neisseria gonorrhea[a]
- b. Treponema pallidum[a]
- c. Mycobacterium tuberculosis [a]
- d. Gingivitis streptococcsica

ii De origen viral
Virus Coxsackie (mano pie boca)[a]
Herpes simple I & II (primaria y recurrente)[a]
- c. Varicella –zoster [a]
- d. Molluscum contagiosum[a]
- e. Human papiloma virus (papiloma escamoso, condiloma acuminatum, verruga vulgaris, hiperplasis epitelial focal)

iii De origen fúngico
- a. Candidiasis
- b. Otras micosis ej. histoplasmosis, aspergillosis

C. Alteraciones inflamatorias e inmunes
i Reacciones de hipersensibilidad
Alergia de contacto[a]
Gingivitis de células plasmáticas[a]
Eritema multiforme[a]

ii Enfermedades autoinmunes de piel y mucosas
a. Pénfigo vulgaris[a]
b. Penfigoide[a]
c. Liquen plano[a]
d Lupus eritematoso[a] (Lupus sistémico, Lupus eritematoso discoide)

iii Lesiones inflamatorias granulomatosas orofaciales
- a. Enfermedad de Crohn[a]
- b. Sarcoidosis[a]

D. Procesos reactivos
i Épulis
- a. Épulis fibroso
- b .Granuloma fibroblástico calcificado
- c. Épulis vascular (granuloma piógeno)
- d. Granuloma gigantocelular periférico

E. Neoplasmas
i Premalignos
- a Leucoplasia
- b. Eritroplasia

ii Malignos
- a. Carcinoma escamoso[a]
- b. Infiltrado celular leucémico[a]
- c. Linfoma (Hodkin, No – Hodkin)[a]

F. Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas
iii. Déficit de vitaminas[a]
- a. Déficit de Vitamina C (Escorbuto)

G. Lesiones traumáticas
i Trauma físico mecánico
- a. Queratosis friccional
- b. Ulceraciones mecánicas
- c. Injurias auto-producidas

ii Quemaduras químicas(toxicas)

iii Daño térmico
- a. Quemadura de la encía

H. Pigmentaciones gingivales
i Melanoplasia [a]

ii Melanosis nicotínica

iii Pigmentaciones por drogas (anti-malarios, minociclina)

iv Tatuaje por amalgama

[a] Las enfermedades o alteraciones marcadas con [(a)] tienen compromiso a nivel general asociado o son manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas. Pueden requerir diagnóstico y tratamiento multidisciplinar.

2. FORMAS DE PERIODONTITIS

2.1 ENFERMEDADES PERIODONTALES NECROTIZANTES (EPN)

Gingivitis necrotizante (GN)- Periodontitis necrotizante (PN) - Estomatitis necrotizante (EN)

Categoría	Paciente	Condiciones predisponentes	Cuadro clínico
EPN en pacientes con compromiso general crónico y grave	En adultos	VIH+/SIDA con recuentos de CD4<200y carga viral detectable	GN, PN, EN, Noma. Posible progresión
		Otras alteraciones sistémicas graves(inmunosupresión)	
	En niños	Malnutrición severa[a]	
		Condiciones de vida extremas[b]	
		Infecciones (víricas) graves[c]	
EPN en pacientes con compromiso general temporal y moderado	En pacientes con gingivitis	Factores no controlados: estrés, nutrición, tabaquismo, hábitos	GN generalizada. Posible progresión a PN
		EPN previa: cráteres residuales	
		Factores locales: proximidad radicular, malposición dentaria	GN localizada. Posible progresión a PN
		Factores predisponentes para EPN	GN Infrecuente progresión.
	En pacientes con periodontitis	Factores predisponentes para EPN	PN Infrecuente progresión.

EPN Enfermedades periodontales necrotizantes, GN, gingivitis necrotizante; PN, periodontitis necrotizante; EN, estomatitis necrotizante.

[a] Medias de concentraciones plasmáticas y séricas de retinol, ácido ascórbico total, zinc y albúmina, marcadamente reducidas, o una disminución muy marcada del retinol plasmático, zinc y ascorbato; y de los niveles en saliva de albúmina y cortisol, concentraciones de cortisol en plasma aumentadas.

[b] Viviendo en alojamientos de calidad inferior, exposición a enfermedades infantiles debilitantes, viviendo cerca del ganado, higiene bucal deficiente, acceso limitado a agua potable y mala disposición sanitaria de los desechos fecales humanos y animales.

[c] Sarampión, virus del herpes (citomegalovirus, virus de Epstein-Barr 1, virus del herpes simple), varicela, malaria, enfermedad febril.

2.2 PERIODONTITIS

DEFINICION DE CASO

En el contexto de la **atención clínica**, un paciente es considerado un "**caso de periodontitis**" cuando:

1. Se detecta **pérdida de inserción clínica interdental en 2 o más dientes no adyacentes**, o

2. Se detecta **pérdida de inserción clínica en caras libres ≥3 mm con PS >3 mm en 2 o más dientes.**

La periodontitis debe diferenciarse de las siguientes condiciones clínicas (sin ser esta una lista exhaustiva de condiciones y enfermedades):

a) recesión gingival de origen traumático;

b) caries dental que se extiende en el área cervical del diente;

c) presencia de pérdida de inserción clínica en distal de un segundo molar asociado a la mala posición o extracción de un tercer molar,

d) lesión endodóntica que drena a través del periodonto marginal;

e) fractura o fisura vertical de raíz.

f) lesiones por reabsorción radicular externa

g) tumores u otras condiciones sistémicas que afecten al periodonto

h) desgarros de cemento

NOTA: Si se detecta un solo sitio proximal con las características expresadas en 1) y un sitio en cara libre con las características expresados en 2), se clasificaría como Caso de periodontitis cuando los dientes no son adyacentes.

3. Un **caso individual de periodontitis** debe caracterizarse además utilizando una **matriz simple** que describe el **ESTADIO y el GRADO** de la enfermedad.

El **ESTADIO** depende de la gravedad de la enfermedad y la presentación, así como sobre la complejidad del tratamiento necesario y además incluye una descripción de la **EXTENSIÓN Y DISTRIBUCIÓN** en la dentición. La evaluación de la extensión se realiza después de determinar el estadio y describe el porcentaje de los dientes de los presentes en boca con el nivel de severidad que define al estadio. El **GRADO** proporciona información sobre las características biológicas de la enfermedad, incluyendo la historia y análisis basada en la tasa de progresión de la periodontitis; evaluación de riesgo de mayor progresión; análisis de posibles pobres resultados del tratamiento.

Clasificación de Periodontitis por ESTADÍOS, según la gravedad del diagnóstico inicial y la complejidad del tratamiento, sobre la base de factores locales.

		ESTADÍO I	ESTADÍO II	ESTADÍO III	ESTADÍO IV
Gravedad	**NIC interdental en la zona de mayor pérdida**	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Pérdida ósea radiográfica	1/3 coronal (<15%)	1/3 coronal (15-30%)	Extensión al 1/3 medio o apical de la raíz	Extensión al 1/3 medio o apical de la raíz
	Perdidas dentarias	No hay pérdida de dientes debido a periodontitis		Pérdida de dientes debido a periodontitis[(1)] ≤ 4	Pérdida de dientes debido a periodontitis [(1)] ≥ 5
Complejidad	**Local**	PS máxima ≤ 4 mm Pérdida ósea Mayormente horizontal	PS máxima ≤ 5 mm Pérdida ósea mayormente horizontal	Presenta además al ESTADIO II : PS ≥ 6mm PO vertical ≥ 3 mm Lesión de furcación grado II o III Defecto de reborde moderado	Presenta además al ESTADÍO III: <u>Necesidad de rehabilitación compleja</u> debido a: Disfunción masticatoria \trauma oclusal secundario (movilidad ≥ 2) Defecto severo de reborde Colapso oclusal Menos de 20 dientes remanentes (10 pares opuestos)
Extensión y distribución(2)	Agregar al ESTADÍO como descriptor	Para cada ESTADÍO agregar la extensión y distribución: LOCALIZADA <30% dientes afectados/ GENERALIZADA ≥30% dientes involucrados / PATRÓN INCISIVO-MOLAR			

NIC = nivel de inserción clínico; PO-RX= Pérdida ósea radiográfica; PS=profundidad de sondaje;

(1) Se considera como perdidos también a los dientes no tratables pero aún en boca (aquellos en los que la pérdida de soporte se aproxima al ápice circunferencialmente, en combinación con un alto grado de hipermovilidad dental (grado III))

(2) La evaluación de la extensión se realiza después de determinar el estadio, describe el porcentaje de los dientes presentes en boca con el nivel de severidad que define al estadio.

ESTADÍOS: Determinar utilizando el NIC. Si el NIC no está disponible, se debe utilizar la pérdida ósea radiográfica (PO-RX). Si hay información sobre si la pérdida de dientes puede atribuirse a la periodontitis, esto puede modificar la definición del ESTADÍO, incluso en ausencia de complejidad. Los **FACTORES DE COMPLEJIDAD** pueden cambiar el ESTADIO a un nivel superior, por ejemplo, la lesión de furcación II o III cambiarían al ESTADÍO II al III independientemente de NIC. Varios factores de complejidad pueden estar presentes, sin embargo, en general con solo un factor de complejidad cambia el diagnóstico a un ESTADÍO superior. Se debe enfatizar que estas definiciones de casos son lineamientos que deben ser <u>aplicados con buen juicio clínico</u> para llegar al diagnóstico clínico más adecuado

Se deberá aplicar el juicio clínico para modificar al alza los estadios I y II al estadio III. Por ejemplo, en presencia de pseudobolsas, el caso de periodontitis debería seguir siendo valorado como estadio II.

La distinción entre la ESTADÍO III y IV se basa en la cantidad de dientes perdidos por periodontitis o dientes con indicación de extracción por periodontitis y en los factores de complejidad.

POST TRATAMIENTO: El NI y la PO-RX siguen siendo los determinantes del ESTADIO primario. Si un factor de complejidad que cambio el ESTADÍO se elimina por el tratamiento, el ESTADIO no debe retroceder a uno inferior, ya que el factor de complejidad del ESTADIO original siempre debe considerarse en la fase de mantenimiento. El **Estadio puede ascender con el tiempo**, si el estado periodontal se deteriora.

Clasificación de Periodontitis por GRADOS*

			GRADO A Lenta tasa de progresión	GRADO B Moderada tasa de progresión	GRADO C Rápida tasa de progresión
Criterio primario	Evidencia **directa** de progresión	Datos longitudinales PO- RX o de pérdida de NIC	No hay evidencia de PO-RX ni de pérdida de NIC en los últimos 5 años	Pérdida < 2 mm en los últimos 5 años	Pérdida ≥ 2 mm en los últimos 5 años
	Evidencia **indirecta** de progresión	Relación % PO-RX/edad	<0,25	0,25-1	>1
		Fenotipo	Grandes depósitos de biofilm con niveles bajos de destrucción	Destrucción proporcional a los depósitos de biofilm	Destrucción supera las expectativas según depósitos de biofilm. Patrón clínico que sugiere períodos de progresión rápida y/o patología de aparición temprana (ej. patrón molar-incisivo, falta de respuesta esperada al tratamiento habitual)
Factores modificadores	Factores de riesgo	Fumar	No fumador	<10 cig/día	≥ 10 cig/día
		Diabetes	Glucemia normal/no diagnóstico de diabetes	HbA1c <7% en paciente con diabetes	HbA1c ≥ 7% en paciente con diabetes

* Puede ser evidencia directa con datos previos si se dispone de ellos o con el cálculo de % PO-RX /edad; NIC = nivel de inserción clínico; HbA1c = hemoglobina glicosilada; PO-RX = pérdida ósea radiográfica.

El **GRADO** debe usarse como un indicador de la tasa de progresión de la periodontitis. Los criterios principales son evidencia directa o indirecta de progresión. Siempre que esté disponible, se utiliza evidencia directa; en su ausencia, la estimación indirecta se realiza utilizando la pérdida ósea en función de la edad en el diente más afectado o presentación del caso (pérdida ósea radiográfica expresada como porcentaje de la longitud de la raíz más afectada dividido por la edad del sujeto, PO-RX / edad).

Los clínicos deberían inicialmente asumir una clasificación GRADO B y buscar si hay evidencia disponible específica para cambiar hacia el GRADO A o C.

Una vez establecido el GRADO **basado en el criterio primario**, se puede modificar en función de la presencia de los factores modificadores, a un grado superior**. La ausencia de factores modificadores NO modifica el grado a uno inferior.**

El cambio de grado a lo largo del tiempo es posible hacia cualquier dirección, después de una evaluación exhaustiva y colectiva de los cambios en los parámetros anteriores. Un paciente que muestra luego de 5 años ausencia de progresión o que ya no posee los factores modificadores que lo ubicaron en un grado superior a su tasa de progresión, cambia un grado inferior al incial. Otros factores de riesgo o "modificadores de grado", como el tabaquismo y la diabetes mellitus, también se podrían considerar por su contribución a la tasa de progresión de la enfermedad en el presente o en el futuro.

Enfermedades sistémicas que influyen en la patogénesis de la periodontitis (código ICD-10)

- Diabetes mellitus(E10 TIPO 1,E11 TIPO 2_
- Obesidad (E66.9)
- Osteoporosis (M81.9)
- Artritis (artritis reumatoidea/osteoartritis) (M05,M06,M15-M19)
- Stress emocional y depresión (F32.9)
- Dependencia a la nicotina(F17)
- Medicaciones

2.3 PERIODONTITIS COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS

Hay evidencia suficiente para considerar que la periodontitis observada en el contexto de ciertas enfermedades sistémicas que afectan gravemente la respuesta del huésped, deben considerarse una manifestación periodontal de la enfermedad sistémica de base y que el diagnóstico primario debe ser la enfermedad sistémica según la Clasificación internacional de las enfermedades **(código ICD-10)** **El caso se definen como periodontitis en presencia de la afección**

A Desordenes genéticos

A1 -Enfermedades asociadas desordenes inmunológicos

1. Síndrome de Down (Q90.0)
2. Síndrome de deficiencia de adhesión leucocitaria (D72.0)
3. Síndrome de Papillon-Lefevre (Q82.8)
4. Síndrome de Haim-Munk (Q82.8)
5. Síndrome de Chadiak-Higashi (E70.3)
6. Neutropenia severa
   - Neutropenia congénita(Sindrome de Kostmann) (D70.0
   - Neutropenia cíclica(D70.4)
7. Enfermedades con inmunodeficiencia primaria
   - Enfermedad crónica granulomatosa(D71.0)
   - Síndrome de Hiperglobulina E ((D82.9)
   - Síndrome de Cohen (Q87.8)

A 2- Enfermedades que afectan la mucosa oral y los tejidos gingivales

1. Epidermólisis ampollar
   - Epidermólisis ampollar distrófica ((Q81.2)
   - Síndrome de Kindler (Q81.8)
2. Deficiencia de plasminógeno (D68.2)

A 3- Enfermedades que afectan los tejidos conectivos

1. Síndrome de Ehlers-Danlos (tipo IV,VIII) (Q79.6)
2. Angioedema (déficit de inhibidor C1) (D84.1)
3. Lupus eritematoso sistémico (M32.9)

A 4- . Desórdenes metabólicos y endócrinos

1. Enfermedad de almacenamiento de glucógeno(E74.0)
2. Enfermedad de Gaucher (E75.2)
3. Hipofosfatasia ((E83.30)
4. Hipofosfatemia rickets (E83.31)
5. Síndrome de Hajdu-Cheney (Q78.8)

B. Enfermedades de inmunodeficiencia adquiridas

1. Neutropenia adquirida (D70.9)
2. Infección por HIV (B24)

C. Enfermedades inflamatorias

1. Epidermólisis ampollar adquirida (L12,3)
2. Enfermedad inflamatoria de Bowel (K50,51.9,52.9)

3. OTRAS ALTERACIONES QUE AFECTAN AL PERIODONTO

3.1 DESÓRDENES SISTÉMICOS QUE PUEDEN RESULTAR EN PÉRDIDA DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE (INDEPENDIENTEMENTE DE LA PERIODONTITIS)

A. Neoplasias

1.Neoplasias primarias

-Carcinoma oral de células escamosas (C03.0)
-Tumores odontogénicos (D48.0)
-Otras

2. Neoplasias metastásicas secundarias (C06.8)

B. Otros desórdenes que pueden afectar los tejidos periodontales

-Granulomatosis con poliangitis (M31.3)
-Histiocitosis de células de Langerhans (C96.6)
-Granuloma de células gigantes (K10.1)
-Hiperparatidoidismo(E21.0)
-Esclerosis sistémica (Esclerodermia) (M34.9)
-Enfermedad de esfumación de hueso (Sindrome de Gorham-Stout) (M89.5)

3.2 ABSCESOS PERIODONTALES Y LESIONES ENDODÓNTICO-PERIODONTALES

Clasificación de abscesos periodontales

En pacientes con periodontitis *(en una bolsa periodontal previa)*	Exacerbación aguda	Periodontitis no tratada	
		Periodontitis refractaria	
		Tratamiento periodontal de mantenimiento	
	Post-tratamiento	Post raspado	
		Post cirugía	
		Post medicación Antimicrobiano sistémicos Otros fármacos	
En pacientes sin periodontitis *(no es obligatoria la presencia de una bolsa periodontal previa)*	Impactaciones	Hilo de seda, elásticos de ortodoncia, palillos de dientes, dique de goma, cáscaras de palomitas de maíz.	
	Hábitos perniciosos	Mordisqueo de cable o uñas y apretamiento	
	Factores ortodónticos	Fuerzas ortodónticas o mordida cruzada	
	Hiperplasia gingival		
	Alteración de la superficie radicular	Alteraciones anatómicas graves	Diente invaginado, odontodisplasia
		Alteraciones anatómicas menores	Desgarros cementarios, perlas adamantinas surcos de desarrollo
		Condiciones iatrogénicas	Perforaciones
		Daño radicular grave	Fisuras o fracturas , síndrome del diente fisurado
		Reabsorción radicular externa	

Clasificación de las lesiones endodóntico-periodontales

La lesión endodóntica-periodontal es una comunicación patológica entre la pulpa y los tejidos periodontales que pueden ocurrir en una forma aguda o crónica.

LEP[1] con daño radicular	Fractura o grieta radicular	
	Perforación de conducto radicular o cámara pulpar	
	Reabsorción radicular externa	
LEP[1] sin daño radicular	En pacientes con periodontitis	Grado 1- bolsa periodontal estrecha y profunda en 1 superficie dentaria
		Grado 2- bolsa periodontal ancha y profunda en 1 superficie dentaria
		Grado 3-bolsas periodontales profundas en más de una superficie dentaria
	En pacientes sin periodontitis	Grado 1- bolsa periodontal estrecha y profunda en 1 superficie dentaria
		Grado 2- bolsa periodontal ancha y profunda en 1 superficie dentaria
		Grado 3-bolsas periodontales profundas en más de una superficie dentaria

[1]LEP Lesión endodóntico-periodontal

3.3 DEFORMIDADES MUCOGINGIVALES Y ALTERACIONES ALREDEDOR DE DIENTES

1. Fenotipo periodontal (ver tabla 3.3.1)
    a. Fino festoneado
    b. Grueso festoneado
    c. Grueso plano
2. Recesión gingival (ver tabla 3.3.1)
    a. vestibular o lingual
    b. interproximal (papilar)
    c. severidad de la recesión (según Cairo 2011 RT1,2,3 ver recuadro)
    d. espesor gingival
    e. presencia de LCNC/caries cervical
    f. preocupación estética del paciente (Smile Esthetic Index)
    g. presencia de hipersensibilidad
3. Falta de encía queratinizada
4. Profundidad de vestíbulo disminuida
5. Posición aberrante de frenillos/músculos
6. Exceso gingival
    a. pseudo-bolsa
    b. márgenes gingivales inconsistentes
    c. exposición gingival excesiva
    d. agrandamientos gingivales
7. Color anormal
9. Alteraciones del la superficie radicular expuesta

Recesiones gingivales *(Cairo 2011)*

Recesión tipo 1 (RT1)
Recesión gingival sin pérdida de inserción proximal. El LAC interproximal a nivel M y D no es detectable clínicamente

Recesión tipo 2 (RT2)
Recesión gingival asociada a pérdida de inserción proximal. La cantidad de pérdida de inserción proximal es igual o menor a la pérdida de inserción vestibular.

Recesión tipo 3 (RT3)
Recesión gingival asociada a pérdida de inserción proximal. La cantidad de pérdida de inserción proximal es mayor a la pérdida de inserción vestibular.

(Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. J.Clin Periodontol. 2011;38:661–666.)

3.3.1. Clasificación de las alteraciones mucogingivales (fenotipo gingival) y recesiones gingivales

La nueva clasificación está orientada al tratamiento y se basa en la evaluación de fenotipo gingival, severidad de recesión gingival y la presencia de lesiones cervicales para ayudar a la decisión clínica terapéutica.

Clasificación de las alteraciones mucogingivales (fenotipo gingival) y recesiones gingivales					
	Encía			Diente	
	Profundidad de la recesión mm	Grosor gingival GT	Ancho de tejido queratinizado KTW	L.A.C A/B	Escalón +/-
Ausencia de recesión					
RT 1					
RT 2					
RT 3					

RT: tipo de recesión según Cairo et al 2011 /GT: espesor gingival (*en inglés gingival thickness*) /KTW: ancho de tejido queratinizado (*en inglés keratinized tissue width*)
LAC A/B: Limite amelo- cementario Clase A: detectable, Clase B: no detectable.
Escalón: concavidad de la superficie (Clase+: presencia de escalón cervical>0,5mm; Clase-: ausencia de escalón cervical>0,5mm) (*Pini-Prato G, Franceschi D, Cairo F, Nieri M, Rotundo R. Classification of dental surface defects in areas of gingival recession.J Periodontol. 2010;81:885–890.*)
Otros factores a considerar y describir son: posición dental, frenillos, profundidad del vestíbulo, número de recesiones adyacentes

FENOTIPO PERIODONTAL

El grupo sugiere firmemente la adopción de la definición "**fenotipo periodontal** "para describir la combinación de **fenotipo gingival** (volumen gingival tridimensional) y el grosor de la **tabla ósea** (morfotipo óseo).
Esto se debe a que: **Biotipo**: (genética) se refiere a "grupo de órganos que tienen el mismo genotipo específico" y **Fenotipo**: se refiere a "apariencia de un órgano basado en una combinación multifactorial de rasgos genéticos y factores ambientales (su expresión incluye el biotipo)".
El fenotipo indica una dimensión que puede cambiar a través de tiempo dependiendo de factores ambientales e intervención clínica y puede ser específico del sitio (se puede modificar el fenotipo, no el genotipo).

El **fenotipo periodontal** está determinado por el **fenotipo gingival** (espesor gingival y ancho (*en sentido apico-coronal)* del tejido queratinizado) y **morfotipo óseo** (grosor de la tabla de hueso vestibular).
A la fecha, el **fenotipo periodontal** no puede evaluarse en su totalidad, mientras que el "**fenotipo gingival"** (grosor gingival, ancho del tejido queratinizado) se puede evaluar de forma estandarizada y reproducible. Utilizando una sonda periodontal se puede medir la el espesor de la encía (GT) observando la sonda brillando a través tejido gingival después de ser insertada en el surco: 1) Sonda visible: delgado (≤1 mm). 2) Sonda no visible grueso (> 1 mm). El volumen gingival tridimensional puede determinarse midiendo también el ancho del tejido queratinizado (KTW) desde el margen gingival hasta la línea mucogingival.

El fenotipo gingival, puede describirse ya sea en toda la dentición, o en sitios individuales.

3.4 FUERZAS OCLUSALES TRAUMÁTICAS

a. Trauma oclusal primario
b. Trauma oclusal secundario
c. Fuerzas ortodónticas

Definiciones de casos y consideraciones diagnósticas

Fuerza oclusal traumática: cualquier fuerza oclusal resultante en la lesión de los dientes y / o del aparato de inserción periodontal. Las presencia de uno o más de los siguientes puede ser indicador de fuerzas oclusales traumáticas: frémito, movilidad dental, sensibilidad térmica, excesivo desgaste oclusal, migración dental, malestar / dolor al masticar, fractura dentaria, espacio del ligamento periodontal radiográficamente ensanchado, reabsorción radicular, hipercementosis. *El manejo clínico de las fuerzas oclusales traumáticas está indicado para prevenir y tratar los signos y síntomas.*

Trauma oclusal: es una lesión en el ligamento periodontal, cemento y hueso adyacente causado por fuerzas oclusales traumáticas. Dicho término es histológico, sin embargo un diagnóstico clínico de trauma oclusal puede ser hecho en presencia de uno o más de los siguientes: movilidad dental progresiva, movilidad dental adaptativa (fremitus), radiográficamente ampliación del espacio del ligamento periodontal, migración dental, malestar /dolor al masticar, y reabsorción radicular.

- **Trauma oclusal primario**: lesión que resulta en cambios tisulares producida por fuerzas oclusales traumáticas aplicadas a un diente o dientes con soporte periodontal normal. Se manifiesta clínicamente con movilidad adaptativa, no progresiva.
- **Trauma oclusal secundario:** lesión que resulta en cambios tisulares producida por fuerzas oclusales normales o traumáticas aplicadas a un diente o dientes con reducción de soporte apoyo. Los dientes con movilidad progresiva también pueden exhibir migración y dolor en la función. Un "**periodonto reducido"** es un término difícil de definir por lo que es sólo significativo cuando la movilidad es progresiva indicando que las fuerzas que están actuando sobre el diente exceden la capacidad adaptativa de la persona o sitio.
- **Fuerzas de ortodónticas**: la evidencia de modelos animales sugiere que ciertas fuerzas ortodónticas pueden afectar negativamente al periodonto y dar lugar a la reabsorción radicular, trastornos pulpares, recesión gingival y pérdida de hueso alveolar. Por el contrario, hay evidencia de estudios observacionales que con un buen control de la placa, dientes con un periodonto reducido pero sano pueden experimentar un movimiento dental exitoso sin comprometer el soporte periodontal.

No hay evidencia de que fuerzas oclusales traumáticas provoquen pérdida de la inserción periodontal, lesiones cervicales no cariosas o recesiones gingivales.

Las **terapias periodontales actuales** están dirigidas principalmente a abordar la etiología o sea las fuerzas oclusales traumáticas. Los dientes con **movilidad progresiva** pueden requerir ferulización para la comodidad del paciente.
NOTA Como algunos de los signos y síntomas de las fuerzas oclusales traumáticas y el trauma oclusal también pueden estar asociadas con otras afecciones, se debe realizar un análisis diferencial apropiado para descartar otros factores etiológicos.

3.5 FACTORES RELACIONADOS A LOS DIENTES Y A LA PRÓTESIS QUE PUEDEN AFECTAR EL PERIODONTO

Varias condiciones asociadas con prótesis y dientes, pueden predisponen a enfermedades del periodonto y fueron extensamente revisadas. La medida en que estas condiciones contribuyen al proceso de la enfermedad puede depender de la susceptibilidad del paciente individual.

A. Factores localizados relacionados con los dientes que modifican o predisponen a Enfermedades gingivales inducidas por placa / periodontitis

1. Factores anatómicos del diente.
2. Fracturas de la raíz.
3. Reabsorción radicular cervical, desgarros de cemento.
4. Proximidad de la raíz.
5. Erupción pasiva alterada.

B. Factores localizados relacionados con la prótesis dental que modifican o predisponen a Enfermedades gingivales inducidas por placa / periodontitis

1. Márgenes de restauración colocados dentro del área de los tejidos supracrestales.
2. Procedimientos clínicos relacionados con la fabricación de restauraciones indirectas.
3. Reacciones de hipersensibilidad / toxicidad a materiales dentales.

Definición de caso y consideraciones diagnósticas.

1. **Tejidos supracrestales insertados**

El término **espacio biológico** se sustituye por **inserción de tejido supracrestal** (*en inglés supracrestal tissue attachment or supracrestal attached tissues).*
La " **inserción de tejido supracrestal"** se compone del **epitelio de unión** y del **tejido conectivo supracrestal insertado**. Las dimensiones ápico-coronales de estos tejidos es variables. Clínicamente, hay evidencia de que la colocación de restauraciones con márgenes dentro área del **tejido conectivo supracrestal insertado** se asocia con inflamación y pérdida de soporte periodontal. Se necesita investigación adicional para aclarar los efectos de la colocación de márgenes dentro del área del epitelio de unión.

2. **Erupción pasiva alterada**: Es una condición del desarrollo con anomalía de las relaciones dento-alveolares. Clínicamente, esta condición se caracterizada por el margen gingival (y a veces el hueso) ubicado en un nivel más coronal, que conduce a pseudobolsas y problemas estéticos. La corrección de esta condición se puede lograr con cirugía periodontal.

4. ENFERMEDADES Y ALTERACIONES PERIIMPLANTARIAS

4.1 SALUD Y ENFERMEDADES Y PERIIMPLATARIAS

- Las **definiciones de caso** propuestas deben verse dentro del contexto en el que no hay implantes genéricos y que hay numerosos diseños de implantes con diferentes características de superficie, protocolos quirúrgicos y de carga.
- El grado de remodelación fisiológica después de la colocación del implante puede variar y determinará el nivel de hueso crestal esperado en la salud periimplantaria. La cantidad de remodelación también estará influenciada por una serie de factores locales y sistémicos.
- Los clínicos deben ser conscientes de que la pérdida extensa del hueso periimplantar puede ser un reflejo del desarrollo de periimplantitis durante la fase de remodelación.
- Se recomienda que el clínico obtenga una radiografía basal y mediciones de sondaje después de la colocación de la prótesis y una radiografía adicional después de un período de carga para establecer una referencia de nivel de hueso siguiente a la remodelación fisiológica.
- Si el paciente se presenta por primera vez con una prótesis soportada por implantes, el clínico debe tratar de obtener registros clínicos y radiografías previas para valorar cambios en los niveles óseos.

Salud, Mucositis y Periimpalntitis – definición de caso (criterios diagnósticos)

		Salud periimplantaria	**Mucositis periimplantaria**	**Periimplantitis**
Signos clínicos	Signos visuales de inflamación	Ausente	Puede estar presente	Puede estar presente
	Sangrado al sondaje	Ausente*	Presente	Presente***
	Supuración	Ausente**	Puede estar presente	Normalmente presente
	Profundidad de sondaje aumentada (en comparación con datos post carga)	Ausente**	Puede estar presente	Presente***
Signos radiográficos	Pérdida ósea aumentada (en comparación con datos post carga)	Ausente**	Ausente**	Presente***

*No es posible definir un rango de profundidad de sondaje (PS) compatible con la salud, ya que las PS dependen de la altura de los tejidos blandos y localización del implante por lo que son muy importantes los signos clínicos de inflamación. En salud, no hay diferencias visuales entre el los tejidos gingivales peri implante y los dientes. Sin embargo, las profundidades de sondaje son generalmente mayores en los sitios de implantes. Las papilas en interproximal de implantes pueden ser más cortas que las papilas en sitios interproximales del dientes.

** Puede existir salud periimplantaria o mucositis alrededor de implantes con un soporte óseo reducido en casos de implantes colocados de forma supracrestal o remodelación ósea fisiológica.

***En ausencia de datos previos, el diagnóstico de periimplantitis puede estar basado en la combinación de sangrado y/o supuración tras un sondaje cuidadoso, y PS ≥ 6 mm y niveles óseos ≥ 3 mm hacia apical de la parte más coronal del componente intraóseo del implante.

NOTA El sondaje del tejido periimplantario utilizando una fuerza ligera es un componente seguro e importante de un completo examen bucal.

Consideraciones: Definición de caso de salud, mucosistis y periimplantitis en <u>estudios epidemiológicos</u>
Salud periimplante y mucositis: Utilizar los mismos criterios para definir la salud periimplante y mucositis en la práctica clínica del día a día, para las definiciones de caso en estudios epidemiológicos.
Periimplantitis : Se debe tener en cuenta el error de las mediciones en relación a evaluaciones de cambios en el nivel óseo. La pérdida ósea debe ser reportada usando umbrales que exceden el error de medición (media 0,5 mm). Los estudios epidemiológicos deberían incluir idealmente exámenes previos realizados después del primer año de carga. En ausencia de exámenes radiográficos previos, niveles óseos ≥3 mm apicales de la porción más coronal de la parte intraósea del implante junto con sangrado en el sondaje son consistentes con el diagnóstico de periimplantitis.

4.2 ALTERACIONES PERIIMPLANTARES

4.2.1 Deficiencias de tejidos duros y blandos de los sitios que recibirán implantes

El proceso de curación después de la pérdida de dientes conduce a una disminución de las dimensiones del proceso alveolar / crestal. Pueden ocurrir mayores deficiencias en sitios expuestos a los siguientes factores:
Pérdida de soporte periodontal/ Infecciones endodónticas/Fracturas radiculares longitudinales
Tabla vestibular delgada, posición vestibularizada o lingualizada en relación con el arco/ Extracción con trauma adicional y lesión/Neumatización del seno maxilar/Medicamentos y enfermedades sistémicas que reducen la cantidad de hueso formado naturalmente/Agenesia de los dientes/Presión de prótesis removible con soporte en tejido blando/Combinaciones.

4.2.2 Factores asociados con la recesión de la mucosa periimplantaria

- Mala posición de los implantes
- Falta de tabla ósea vestibular
- Tejido blando delgado
- Falta de tejido queratinizado
- Estado periodontal (nivel de inserción) de los dientes adyacentes.
- Trauma quirúrgico.

4.2.3. Papel de la ausencia/presencia de mucosa queratinizada en el mantenimiento a largo plazo de la salud periimplantaria

La evidencia es equívoca con respecto al efecto de la mucosa queratinizada en la salud a largo plazo del tejido periimplantario. Sin embargo, la presencia de mucosa queratinizada puede tener ventajas en cuanto a la comodidad del paciente y la facilidad de eliminación de la placa.

4.2.4 Rol del tejido óseo periimplantario en dar forma a los tejidos blandos periimplantares

La altura de la papila entre implantes y dientes se ve afectada por la el nivel de los tejidos periodontales en los dientes adyacentes a los implantes.
La altura de la papila entre implantes se determina por la altura del hueso crestal entre los mismos.
Los resultados son equívocos para determinar si la tabla ósea vestibular es necesaria para dar soporte al tejido blando vestibular del implante a largo plazo.

https://www.saperiodoncia.org.ar/

Sociedad Argentina de Periodontología
Junín 959 C1113AAC Buenos Aires, Argentina
Email: contacto@saperiodoncia.org.ar
Teléfono: +54 11 4961-6141 Int: 412
Whatsapp +54911 23902825

Actualizado, Buenos Aires, julio, 2020