



P.J. Monlleó Lloret

Pronóstico periodontal

Postgraduado en Periodoncia en
University of Texas Health Science
Center at Houston, Dental Branch.

Correspondencia:

Dr. P.J. Monlleó Lloret
C/ Pedilla 8
46001 Valencia

DEFINICIÓN

Pronóstico es definido por la Academia Americana de Periodoncia como la predicción en el progreso, curso y terminación de una enfermedad (Glossary of Periodontal Terms, 1992, 3ª edición)⁽¹⁾.

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.

INTRODUCCIÓN

La habilidad de pronosticar correctamente es importante por varias razones. El paciente utiliza esta información para determinar si el tratamiento propuesto le conviene y el periodoncista se basa en éste cuando realiza las recomendaciones sobre las distintas posibilidades protésicas y funcionales. El pronóstico sobre un diente individual es una de las cuestiones más comprometidas para los periodoncistas, ya que esta información es crítica para el desarrollo del plan de tratamiento restaurador. En ocasiones la reputación clínica del periodoncista depende de la habilidad para pronosticar correctamente⁽²⁾.

Aunque en ocasiones el establecimiento del pro-

nóstico se basa en la intuición clínica debemos considerar diferentes factores. El clínico escogerá individualmente para cada paciente estos factores dependiendo de su aprendizaje, juicio, habilidad y experiencias anteriores⁽²⁾.

FACTORES A CONSIDERAR PARA REALIZAR EL PRONÓSTICO

Pronóstico de dientes individuales

1. Porcentaje de pérdida ósea.
2. Profundidad de sondaje.
3. Patrón de pérdida ósea.
4. Grado de afectación furcal
5. Movilidad.
6. Relación corono radicular.
7. Anatomía radicular.
8. Afectación pulpar.
9. Presencia de caries.
10. Posición del diente y relación oclusal.
11. Valor estratégico del diente.

Pronóstico general

1. Edad del paciente.

2. Estado de salud.
3. Pronóstico individual del diente.
4. Progresión de la enfermedad.
5. Cooperación del paciente.
7. Factores etiológicos.
8. Hábitos orales y bruxismo.

McGuire, 1991⁽²⁾.

Podemos hablar de tres tipos de pronóstico⁽³⁾:

1. Pronóstico Diagnóstico

¿Cuál es el estado de los dientes en ese momento y cuál es el futuro de los mismos?

2. Pronóstico Terapéutico

Basándonos en las posibilidades terapéuticas de la periodoncia, ¿cuál es el tratamiento periodontal más eficaz para el curso de la enfermedad?

3. Pronóstico Protésico

¿Cuál es el pronóstico para el éxito de la restauración protésica? ¿La prótesis será beneficiosa o perjudicial? ¿Qué aspectos específicos deben ser contemplados?

Hemos de tener en cuenta que la correcta elección del tratamiento puede alterar el pronóstico. Si un paciente padece una gingivitis moderada o simplemente unas caries, con el tratamiento adecuado y un mantenimiento correcto lograremos un estado de salud oral estable durante años. El paciente nos podría preguntar cómo va a alterar nuestro tratamiento el estado de sus dientes. Este depende de los hallazgos diagnósticos y del pronóstico diagnóstico. Para poder determinar el efecto del tratamiento debemos valorar la severidad y distribución de las lesiones así como factores que pueden complicar la enfermedad.

Según el grado de afectación la enfermedad la dividimos en leve, moderada o avanzada. La severidad depende de la pérdida de inserción, la profundidad de las bolsas, grado de pérdida ósea, movilidad y relación corono-radicular. La distribución de

la enfermedad puede ser generalizada o localizada. La inflamación puede ser generalizada o localizada. Factores traumáticos pueden ser generalizados o localizados. La combinación de ambos factores, inflamatorios y traumáticos, varían el pronóstico tanto en piezas individuales como en el conjunto de toda la dentición⁽³⁾.

Uno de los factores más importantes cuando realizamos el pronóstico son los antecedentes que nos van a indicar la tasa de progresión de la destrucción, e indirectamente lo que podemos esperar de nuestro tratamiento. En una dentición en que observamos gran pérdida ósea pero que permanece invariable durante años, podemos esperar un mejor resultado que en una dentición con menor pérdida ósea pero con signos de progresión rápida. Es necesario, por tanto, realizar una buena historia clínica e idealmente compararla con los datos obtenidos años atrás. La historia clínica incluirá ficha periodontal completa con profundidad de sondaje, nivel de inserción, nivel óseo, movilidad, estudio radiográfico, estudio de la oclusión. Con estos datos podremos valorar el grado de progresión de la enfermedad. La estabilidad de los signos clínicos equivale a estado de remisión, con pronóstico favorable. Una progresión rápida generalizada presenta un pronóstico más desfavorable que la progresión lenta y localizada⁽³⁾. En ocasiones es difícil determinar un pronóstico para un paciente antes de cualquier tratamiento. Es prudente informar al paciente que el pronóstico inicial es provisional y que se hará una reevaluación del mismo en sucesivas etapas del tratamiento.

DISCUSIÓN DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE INFLUYEN EN EL PRONÓSTICO

El pronóstico general se refiere a la totalidad de la dentición. Para esto tenemos en cuenta diferentes factores. El pronóstico individual se refiere a la predicción para cada diente en particular. El pronóstico general depende de la evaluación del pronóstico para cada diente individual.

200 RESPUESTA ANTERIOR DEL HUESO

Valoramos la cantidad y el patrón de destrucción ósea en relación de diferentes factores: edad del paciente; distribución, severidad y duración de los irritantes locales tales como placa, calculo e impactación de comida, maloclusión y hábitos orales.

Valorados estos parámetros estaremos en disposición de determinar si la destrucción ósea está en relación a la edad del individuo y la acción de la placa y el cálculo o si, por el contrario, existen factores coadyuvantes agravantes de carácter local, como patógenos periodontales más agresivos o combinaciones de patógenos, o sistémico, como alteraciones en la respuesta de los polimorfonucleares neutrófilos. La destrucción ósea avanzada indicará en estos casos un mal pronóstico.

EDAD

Ante dos pacientes con niveles comparables de hueso alveolar remanente, el pronóstico es mejor en el de mayor edad. La pérdida ósea en el paciente joven ha sido más rápida ya que ha ocurrido en un periodo más corto de tiempo, lo cual implica un pronóstico a largo plazo más desfavorable. En los individuos de edad avanzada, con buen estado de salud y buen control de placa, el pronóstico tras el tratamiento periodontal es favorable.

FACTORES ETIOLÓGICOS

Cuando se identifican fácilmente los factores etiológicos locales de la enfermedad (mala higiene oral y acúmulo de placa y cálculo), su corrección puede realizarse eficazmente mejorando el pronóstico. Cuando los dientes están inclinados, apiñados o rotados, la higiene oral es más complicada y la eliminación de las bolsas es dificultosa, lo cual proporciona un peor pronóstico. Pacientes que presentan una respuesta de los tejidos periodontales muy severa ante la

presencia de una mínima cantidad de placa presentan en general un pronóstico peor que aquellos que aparecen resistentes a grandes acúmulos de placa.

INFLAMACIÓN GINGIVAL

El grado de inflamación existente nos da una idea de la repercusión que los irritantes locales ejercen sobre los tejidos periodontales de un paciente, es decir si ante un paciente en el cual no observamos gran cantidad de irritantes locales vemos una gran inflamación gingival y destrucción ósea nos indica que la respuesta del organismo está disminuida y no responderá igual al tratamiento que un paciente con gran cantidad de irritantes locales y poca afectación periodontal, lo cual nos hace prever una respuesta favorable al tratamiento y podremos detener la destrucción ósea.

FORMACIÓN DE BOLSAS

Si tenemos bolsas profundas pero hay una buena altura ósea el pronóstico es más favorable que si tenemos bolsas poco profundas y una mayor destrucción ósea. Por otra parte, las bolsas de los dientes unirradiculares son generalmente más fáciles de eliminar que las bolsas alrededor de dientes multirradiculares, especialmente cuando la furca está afectada. La valoración del nivel de inserción es el parámetro clínico que nos da mayor información acerca de la destrucción periodontal. La medición de la profundidad de las bolsas no siempre está relacionada con la pérdida ósea.

PÉRDIDA ÓSEA

Debemos valorar la pérdida ósea, el hueso residual y su capacidad para mantener los dientes funcionales, el patrón de la destrucción y la arquitectura de los defectos. Ante una destrucción ósea avanzada e irregular el pronóstico será desfavorable. También influye el patrón de la destrucción ósea: en



Figura 1 a y b. Gran pérdida ósea en ambos incisivos superiores, pero en la figura 1b tenemos un mejor pronóstico debido a que la cantidad de hueso perdido es menor y las raíces son más largas.

general si la pérdida ósea es horizontal el pronóstico es más favorable que si es vertical. Además hemos de valorar la arquitectura de los defectos lo cual condicionará la modalidad terapéutica.

MOVILIDAD DENTAL

Las principales causas de movilidad dental son pérdida del hueso alveolar, cambios inflamatorios en el ligamento periodontal y trauma de la oclusión. Si la causa de la movilidad puede ser eliminada y controlamos la movilidad el pronóstico mejora notablemente. Clínicamente observamos que ante una lesión inicial similar responden mejor, a la misma modalidad

de tratamiento, los dientes que permanecen fijos que aquellos que tienen movilidad. En determinados casos si ferulizamos mediante una rehabilitación protésica los dientes con hipermovilidad se logra mejorar la funcionalidad de las mismas⁽⁸⁾.

NÚMERO Y DISTRIBUCIÓN DE LOS DIENTES

En los desdentados parciales, los dientes van a soportar peor las fuerzas de la masticación y hábitos parafuncionales que en aquellos individuos con su fórmula dentaria completa, lo cual empeorará su pronóstico. Denticiones con pocos dientes van a tener mejor pronóstico si éstos son molares, premolares y caninos

202 en lugar de incisivos. Denticiones con distribución bilateral tiene mejor pronóstico que las unilaterales.

MORFOLOGÍA DENTARIA

Cuanto más favorable sea la relación corono-radicular mejor será el pronóstico. Dientes con destrucción periodontal en los que la raíz sea corta, delgada y cónica tienen un pronóstico peor debido a que poseen menor superficie para soporte periodontal y se ven más afectados por las fuerzas oclusales. Por el contrario si la raíz es larga y ancha el pronóstico es mejor. Los dientes multirradiculares generalmente resisten mejor las fuerzas traumáticas que los unirradiculares, por lo que poseen un mejor pronóstico. Dentro de los dientes multirradiculares poseen un mejor pronóstico aquellos en los que las raíces están separadas (frente a las que las raíces son cónicas y están fusionadas) ya que la superficie periodontal es mayor. En los unirradiculares los caninos soportan mejor la pérdida ósea que los incisivos debido a que poseen una raíz más larga y convexa. También influye en el pronóstico del diente la presencia o no de surcos radiculares, ya que esto influirá tanto en el tratamiento como en el mantenimiento a largo plazo.

INVASIÓN DE LA FURCA

Generalmente dientes en los que la furca se encuentra afectada tienen un peor pronóstico y no son idóneos como pilar de prótesis. Esto se debe a que en estos dientes es muy difícil poder realizar un correcto raspado y alisado radicular. En el 58% de los primeros molares superiores e inferiores el diámetro de entrada de la furcación es más estrecho que la anchura de las curetas periodontales generalmente utilizadas. Ante estas situaciones debemos de considerar:

1. Grado de afectación de la furcación.
2. Estado del hueso de soporte remanente.
3. Angulación y longitud de las raíces.
4. Afectación de los dientes adyacentes.



Figura 2. Observamos invasión de la furca de clase III en 46, por lo que el pronóstico es malo y una invasión de la furca clase II en el 4.7 que mejora el pronóstico.

Hirschfeld y Wasserman⁽⁹⁾ en un estudio retrospectivo de 600 pacientes tratados en una clínica periodontal a lo largo de 22 años mostraron que las afectaciones furcales son un riesgo, en especial en aquellos pacientes que no tienen un buen mantenimiento. Sin embargo, en su evaluación de los pacientes con buen mantenimiento (higiene oral adecuada, visitas de mantenimiento frecuentes), sólo se exodonciaron el 15% de primeros y segundos molares mandibulares con lesiones furcales.

CONSERVACIÓN DE LA DENTICIÓN

Debemos de considerar la dentición como una unidad funcional y conservarla como tal⁽³⁾, pudiendo perder un diente siempre que el resto puedan ser mantenidas y podamos realizar una restauración funcional y estética. En ocasiones la exodoncia de un diente supone mejorar las posibilidades de supervivencia de los dientes adyacentes, particularmente en aquellos que se han inclinado o donde hay una gran pérdida ósea localizada así como dientes en los que hay una caries imposible de restaurar o con problemas endodóncicos persistentes.

No debemos ver el pronóstico sólo como bueno o malo, como si se tratase de blanco y negro, ya que en el pronóstico periodontal existe una zona de grises que es donde nos vamos a desenvolver en la mayoría de las ocasiones. Algunas veces está indicado el tratamiento periodontal pero en otras está indicada la exodoncia. En ocasiones en nuestro afán conservador intentamos tratar dientes cuando verdaderamente lo que está indicado es la extracción, por esto es importante poder diferenciar entre estas dos modalidades terapéuticas.

Por lo tanto hemos valorar diente a diente pero teniendo presente toda la dentición. Muchas veces una simple extracción nos impide restaurar toda la dentición, y en otras ocasiones una extracción simplifica enormemente el problema.

CONTROL DE PLACA

Como hemos mencionado con anterioridad gran parte del éxito de los tratamientos periodontales resi-

de en la fase de mantenimiento en la consulta dental y en el control de placa por parte del paciente. Generalmente en la consulta dental lo realizamos cada tres meses aunque hay que individualizar para cada paciente dependiendo de las necesidades de cada uno. Los resultados del tratamiento periodontal dependen de la actitud y la cooperación del paciente. Si el paciente mantiene una higiene oral adecuada, el pronóstico es mejor, y las visitas de mantenimiento las podemos distanciar. Si la higiene oral es mala, el pronóstico es peor, siendo normalmente pacientes que no están motivados, o no poseen destreza y disciplina para mantener un índice de placa bajo.

En conclusión, el pronóstico es una predicción clínica de los resultados del tratamiento que se determinará en función de diversos factores relacionados con la severidad del proceso inflamatorio destructivo, la cantidad de tejidos periodontales de soporte remanentes, las características morfológicas de la dentición, la respuesta observada en las primeras fases del tratamiento y la actitud y cooperación del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. AAP (Ed). *Glossary of Periodontal Terms*. 3ª edición. Chicago 1992.
2. McGuire MK. Prognosis versus actual outcome: a long term survey of 100 treated periodontal patients under maintenance care. *J Perio* 1991; **62**(1): 51-58.
3. Grant, Stern & Lisgarten. *Periodontics. Textbook*. 6 th ed. chapter 29. Mosby Co, 1988.
4. Genco RS, Goldman HM, Cohen DW. *Periodoncia*. Interamericana 1993.
5. Rosling B et al. The healing potential of the periodontal tissue following different techniques of periodontal surgery in plaque free dentitions. A two years clinical study. *J Clin Perio* 1976; **3**(4): 233-250.
6. Nyman S et al. Effect of professional tooth cleaning on healing after periodontal surgery. *J Clin Perio* 1975; **2**:80-86.
7. Nyman S et al. Periodontal surgery in plaque infected dentitions. *J Clin Perio* 1977; **4**(4):240-249.
8. Greenstein G, Polson A. Understanding tooth mobility. *Compend Cont Educ Dent* 1988; **9**(6):470-479.
9. Hirschfeld L, Wasserman B. A long-term survey of tooth loss i 600 treated periodontal patients. *J Perio* 1978; **49**:225-237.
10. McFall WT. Tooth losin 100 treated patients with periodontal disease. A long term study. *J Perio* 1982; **53**(9): 539-549.
11. Goldman MT et al. Effect of periodontal therapy on patients manteined for 15 years or longer. a retrospective study. *J Perio* 1986; **57**(6):347-353.