

 <p>UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA</p>	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página1 de 28

GUIA DE ATENCIÓN EN PERIODONCIA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SEDE BOGOTA

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD

FEBRERO 2013

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página2 de 28

1. JUSTIFICACIÓN

Las distintas enfermedades periodontales presentan una alta prevalencia en la población general en Colombia, el Tercer Estudio Nacional de Salud Buco-Dental (ENSAB III) demostró como aproximadamente el 60% de la población colombiana puede verse afectada por Gingivitis Asociada a Placa Bacteriana, y a su vez cerca del 30% restante de las personas puede presentar diferentes grados de severidad de Periodontitis. Esto lleva a que el personal docente y estudiantes de la Facultad de Odontología deben estar familiarizados con el diagnóstico, la características asociadas al pronóstico y el tratamiento de las distintas patologías periodontales.

2. OBJETIVO

El presente trabajo tiene como objetivo servir como guía de atención en el área de Periodoncia de la Facultad de Odontología de Universidad Nacional de Colombia, no se pretende con éste remplazar los textos y la revisión de artículos que los docentes plantean en las diversas actividades académicas y clínicas que se realizan en la facultad.

3. POBLACIÓN OBJETO

La población que consulta las clínicas de pregrado y postgrado de la Facultad de Odontología presenta una gran heterogeniedad en cuanto a: Sistema de afiliación a la seguridad social, edad, condición socio-económica y necesidad de tratamiento buco-dental. La presenta guía pretende incluir los diagnósticos más frecuentes de la población atendida, como base para definir conductas de tratamiento estandarizadas para el personal asistencial, docentes y estudiantes.

Las actividades que comprende la Periodoncia incluye el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades de los tejidos que rodean y soportan el diente y/o implantes dentales. La especialidad incluye el mantenimiento de la salud, función y estética de todos los tejidos y estructuras de soporte (encía, ligamento periodontal, hueso alveolar, cemento radicular y sitios para el remplazo de dientes).

El tratamiento periodontal integral comprende procedimientos de regeneración tisular, manejo de lesiones endo-periodontales y remplazo de dientes mediante implantes dentales cuando son indicados (1).

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página3 de 28

4. CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Sistema de Clasificación de las Enfermedades y Condiciones Periodontales Academia Americana de Periodoncia 1999 (2)

I. Enfermedades Gingivales

A. Enfermedades Gingivales Inducidas por Placa Bacteriana¹ CIE 10 K051 CUPS 240200

1. Gingivitis Asociada a Placa Bacteriana solamente

- a. Sin otros factores locales contribuyentes
- b. Con otros factores locales contribuyentes (ver VIII)

2. Enfermedades Gingivales Modificadas por Factores Sistémicos

a. Asociadas al sistema endocrino

1. Gingivitis asociada a la pubertad
2. Gingivitis asociada al ciclo menstrual
3. Asociadas al embarazo
 - a. Gingivitis
 - b. Granuloma piógeno
4. Gingivitis asociada a Diabetes Mellitus

b. Asociadas a Discrasias Sanguíneas

1. Gingivitis Asociada a Leucemia
2. otras

3. Enfermedades Gingivales Modificadas por Medicamentos

a. Enfermedades Gingivales modificadas por medicamentos

1. Agrandamientos Gingivales Inducidos por Medicamentos
2. Gingivitis inducidas por medicamentos
 - a. Gingivitis Inducida por Anticonceptivos Orales
 - b. Otros

4. Enfermedades Gingivales Modificadas por Malnutrición

- a. Gingivitis Asociada a Deficiencia de Ácido Ascórbico
- b. Otras

¹ Puede presentarse en un periodonto disminuido estable, el cual no está experimentando pérdida de inserción progresiva **CIE-10 K060 CUPS 240300**

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página4 de 28

**B. Lesiones Gingivales no Inducidas por Placa Bacteriana CIE-10 K055 CUPS
240300**

1. Enfermedades Gingivales de Origen Especifico
 - a. Lesiones Asociada a *Neisseria gonorrea*
 - b. Lesiones Gingivales Asociadas a *Treponema pallidum*
 - c. Lesiones Asociadas a especies estreptococcicas
 - d. Otras
2. Enfermedades Gingivales de Origen Viral
 - a. Infecciones por herpes virus
 1. Gingivoestomatitis Herpética Primaria
 2. Herpes Oral Recurrente
 3. Infecciones por varicela-zoster
 - b. Otros
3. Enfermedades Gingivales de Origen Fúngico
 - a. Infecciones por especies de cándida
 1. Candidosis oral generalizada
 - b. Eritema Gingival Lineal
 - c. Histoplasmosis
 - d. otras
4. Lesiones Gingivales de Origen Genético
 - a. Fibromatosis Gingival Hereditaria
 - b. Otras
5. Manifestaciones Gingivales Asociadas a Condiciones Sistémicas
 - a. Desordenes Mucocutáneos
 1. Liquen Plano
 2. Pénfigoide
 3. Pénfigo vulgar
 4. Eritema Multiforme
 5. Lupus Eritematoso
 6. Inducido por medicamentos
 7. otros
 - b. Reacciones alérgicas
 1. Materiales restaurativos Dentales
 - a. Mercurio
 - b. Níquel
 - c. Acrílico
 - d. otros
 2. Reacciones atribuibles a:
 - a. Dentífricos/ cremas dentales
 - b. Enjuagues orales
 - c. Aditivos de chicles
 - d. Comidas y aditivos
 3. Otros

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página5 de 28

6. Lesiones Traumáticas (facticias, iatrogénicas, accidentales)
 - a. Injuria Química
 - b. Injuria física
 - c. Injuria Térmica
7. Reaccione a Cuerpos extraños
8. Otras No Especificadas

II. Periodontitis Crónica T CIE-10 K053 CUPS 240300

- A. Localizada
- B. Generalizada

III. Periodontitis Agresiva T CIE-10 K055 CUPS 240300

- A. Localizada
- B. Generalizada

IV. Periodontitis como Manifestación de una Enfermedad Sistémica CIE-10 K055 CUPS 240300

- A. Asociada a Desordenes Hematológicos
 1. Neutropenias adquiridas
 2. Leucemias
 3. otras
- B. Asociada a Desordenes Genéticos
 1. Neutropenia Cíclica y Familiar
 2. Síndrome de Down
 3. Síndrome de Deficiencia de Adhesión del Leucocito (LAD)
 4. Síndrome de Papillon Lefèvre
 5. Síndrome de Chediak Higashi
 6. Síndromes de Histiocitosis
 7. Enfermedad de Almacenamiento del Glicógeno
 8. Agranulocitosis Genética Infantil
 9. Síndrome de Cohen
 10. Síndrome de Ehlers Danlos (tipo IV y VIII)
 11. Hipofosfatasia
 12. Otros
- C. Otras No Especificadas

V. Enfermedades Periodontales Necrosantes

- A. Gingivitis Ulcerativa Necrosante (GUN)
- B. Periodontitis Ulcerativa Necrosante (PUN)

VI. Abscesos del Periodonto

- A. Absceso Gingival **CIE-10 K050 CUPS 240400**
- B. Absceso Periodontal **CIE-10 K052 CUPS 240400**
- C. Absceso Pericoronar

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página6 de 28

VII. Periodontitis Asociada a Lesiones Endodónticas (Lesión Endo Periodontal)

VIII. Deformidades o Condiciones del Desarrollo o Adquiridas CIE-10 K068 CUPS 242100

- A. Factores Localizados Relacionados a los Dientes que Modifican o Predisponen a las Enfermedades Gingivales Inducidas por Placa Bacteriana/ Periodontitis
 - 1. Factores Anatómicos Dentales
 - 2. Restauraciones Dentales/ Aparatología
 - 3. Fracturas Radiculares
 - 4. Reabsorciones Radiculares cervicales o lagrimas del cemento
- B. Condiciones y Deformidades Mucogingivales alrededor de los dientes o implantes
 - 1. Recesión de tejido blando/ encía **CIE-10 K060 CUPS 242101 O 242102**
 - a. Superficie vestibular/ lingual (palatina)
 - b. Interproximal (papilar)
 - 2. Ausencia de tejido queratinizado
 - 3. Perdida de la Profundidad de Vestíbulo
 - 4. Frenillos/ posición muscular aberrante
 - 5. Exceso Gingival **CIE-10 K061**
 - a. Pseudobolsas
 - b. Inconsistencia marginal de la encía
 - c. Agrandamientos Gingivales (Ver I. A. y I. B. 4.)
 - 6. Color anormal
- C. Condiciones y Deformidades Mucogingivales de rebordes Edéntulos
 - 1. Deficiencia de reborde en sentido vertical y/ o horizontal
 - 2. Ausencia de tejido queratinizado
 - 3. Agrandamiento del tejido mucoso
 - 4. Frenillos/ posición muscular aberrante
 - 5. Perdida de la Profundidad de Vestíbulo
 - 6. Color Anormal
- D. Trauma Oclusal
 - 1. Trauma Oclusal Primario
 - 2. Trauma Oclusal Secundario

Se debe clasificar de acuerdo a la severidad y extensión. Como guía general, de acuerdo a la extensión puede ser caracterizada como localizada: $\leq 30\%$ de los sitios involucrados y generalizada $> 30\%$ de los dientes involucrados. La severidad se realiza con base a parámetros como la perdida de nivel de inserción (Leve: 1- 2 mm, moderada: 3- 4 mm y severa: ≥ 5 mm) y la **pérdida ósea radiográfica**.

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página7 de 28

5. GUÍAS DE ATENCIÓN DE PATOLOGÍAS PERIODONTALES CON MAYOR PREVALENCIA.

5.1 Periodontitis Crónica Código CIE-10 K053

Realizado por: Carlos Alberto Serrano.

5.1.1 Definición.

La Periodontitis Crónica es una enfermedad infecciosa que resulta en un proceso inflamatorio crónico localizado en los tejidos que dan soporte a los dientes, se caracteriza por pérdida progresiva de la inserción clínica periodontal y pérdida ósea radiográfica(3).

5.1.2 Descripción Clínica.

Las principales características clínicas de la Periodontitis Crónica son inflamación gingival, presencia de bolsas periodontales, pérdida del nivel de inserción periodontal y pérdida ósea radiográfica (4). Ha sido descrito que la prevalencia de la enfermedad con características avanzadas puede afectar a un rango del 5 al 15% de la población de Estados Unidos, con una prevalencia para la severidad moderada que incluye a la mayoría de la población adulta(5). En Colombia un 31% de la población presenta bolsas periodontales posiblemente compatibles con la presencia de periodontitis(6). La etiología de la enfermedad incluye una infección bacteriana como agente etiológico principal, siendo los microorganismos más frecuentemente relacionados con la patología: Porphyromonadingivalis, Aggregatibacteractinomycetemcomitans, Tanerellaforsythensis, Prevotella intermedia, Treponema denticola, Campylobacterrectus, Fusobacteriumnucleatum, Micromonas micros y Eikenellacorrodens. Los microorganismos inducen una respuesta inflamatoria crónica en los tejidos periodontales caracterizada por la presencia de células plasmáticas, linfocitos y macrófagos, mientras que polimorfonucleares neutrófilos migran hacia la bolsa periodontal a través del epitelio de unión y del epitelio sulcular. La ubicación del epitelio de unión migra hacia apical, y el tejido conectivo subyacente pierde una proporción considerable de su contenido colágeno dando paso al establecimiento de un infiltrado inflamatorio crónico(4).

Dentro de las características clínicas usuales de la Periodontitis Crónica se incluye:

- Es más prevalente en adultos, pero puede ocurrir en niños y adolescentes.
- La severidad de la destrucción periodontal es compatible con la presencia de irritantes locales, placa bacteriana y cálculo dental.
- La presencia de cálculo subgingival es frecuente.
- Está asociada a un patrón microbiológico variable.
- Aunque su velocidad de progresión es lenta, puede tener periodos de progresión rápidos.
- Se puede asociar a factores locales de acúmulo de placa bacteriana.
- Puede verse asociada o modificada por enfermedades sistémicas, por ejemplo la diabetes mellitus.

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página8 de 28

- Puede verse modificada por factores ambientales como el hábito de fumar o el estrés emocional(3).

El modelo teórico de mayor aceptación que describe el progreso de la Periodontitis es el "Modelo de Estallido", en él la pérdida de inserción periodontal se considera la consecuencia de breves períodos agudos de progresión de la enfermedad, seguidos de otros períodos de estabilidad. La pérdida del nivel de inserción clínico progresiva que se observa en la población adulta diagnosticada con periodontitis refleja el efecto cíclico acumulativo de períodos de actividad de la enfermedad, seguidos por otros períodos de cicatrización y estabilidad(7). En promedio se ha calculado que la pérdida del nivel de inserción clínico y la pérdida ósea radiográfica puede estar en el rango de 0.04 a 1.04 en la población adulta afectada por Periodontitis Crónica(4); sin embargo un porcentaje bajo de distintos grupos de sujetos seguidos de forma longitudinal han demostrado una progresión mucho mayor de la enfermedad en tiempo cortos de tiempo(8).

Factores de Riesgo

Por factor de riesgo se comprende a aquella característica de la persona o del ambiente, que cuando está presente, resulta en una probabilidad incrementada de contraer una enfermedad(9); diferenciándolo de factores de progresión de la enfermedad, o de factores pronósticos, los cuales influyen en el curso de la enfermedad una vez se ha iniciado el tratamiento(7). De acuerdo a la literatura las principales características individuales, condiciones clínicas o enfermedades sistémicas descritas como factores de riesgo de la enfermedad periodontal destructiva incluyen a: Edad, género, raza, nivel socio-económico, biopelícula dental, microorganismos patógenos específicos, hábitos de fumar, diabetes mellitus, obesidad, osteoporosis, factores genéticos y factores psico-sociales(7)(10).

Biopelícula Dental y Microorganismos Específicos: Estudios clínicos han demostrado como pacientes con un elevado nivel de placa bacteriana muestran una mayor progresión de la enfermedad periodontal después del tratamiento periodontal quirúrgico que pacientes no tratados(11). Así mismo grupos de microorganismos patógenos específicos, agrupados bajo el título de "complejo rojo", con fines de organización, tales como: Porphyromonadingivalis, Treponema denticola y Tanerellaforsythensis han sido relacionados con el diagnóstico clínico de Periodontitis.

Diabetes Mellitus: Múltiples estudios describen una mayor prevalencia de la enfermedad periodontal destructiva en pacientes diabéticos con mal control metabólico(12). Así mismo una mayor incidencia de progresión de la enfermedad periodontal está descrita para pacientes con mal control metabólico(13).

Hábitos de Fumar: Estudios longitudinales han demostrado una mayor prevalencia de Periodontitis Marginal en pacientes fumadores. Un estudio longitudinal con 10 años de seguimiento mostró un incremento en el número de superficies dentales con enfermedad periodontal y mayor pérdida ósea radiográfica en pacientes fumadores, comparado con pacientes no fumadores o que habían dejado el hábito de fumar(14).

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página9 de 28

Factores Genéticos: Estudios realizados en gemelos han mostrado como distintos polimorfismos genéticos tienen una mayor prevalencia en gemelos homocigotos con enfermedad periodontal(15). De forma complementaria un polimorfismo genético compuesto para la interleuquina 1 ha demostrado un efecto modulador de la severidad de la Periodontitis Crónica en pacientes no fumadores(16).

Nivel Socio-económico: Estudios de carácter seccional han descrito diferencias significativas en el estado de salud periodontal entre pacientes con distinto nivel de escolaridad y de ingreso económico(17).

Factores Psico-sociales: Factores como una inadecuada tolerancia al estrés, presiones financieras, insatisfacción laboral y tipos de personalidad específicos se han correlacionado con mayor severidad o progresión incrementada de la enfermedad periodontal destructiva(10).

5.1.3 Características de la Atención Clínica

Diagnóstico

La Periodontitis Crónica es una infección que resulta en la inflamación crónica de los tejidos de soporte del diente, se caracteriza por la presencia de bolsas periodontales, pérdida progresiva de la inserción periodontal y posible recesión gingival(3). De forma complementaria la Periodontitis Crónica puede ser diagnosticada de una forma más específica de acuerdo a su extensión y su severidad, la extensión puede ser generalizada si $>30\%$ de las superficies periodontales se encuentran afectadas, o localizada si $\leq 30\%$ de las superficies están afectadas, la severidad puede ser categorizada de acuerdo al nivel de pérdida del nivel de inserción clínico en: Incipiente con pérdida de 1 a 2 mm, moderada con pérdida de 3 a 4 mm, y avanzada con pérdida ≥ 5 mm(3).

A través del tiempo múltiples definiciones han sido utilizadas para definir las condiciones clínicas que debe cumplir un paciente en términos cuantitativos para poder ser diagnosticado con Periodontitis, estas definiciones de caso se basan en porcentajes específicos de hemorragia al sondaje periodontal, números establecidos de bolsas periodontales, superficies con pérdida del nivel de inserción clínica o pérdida ósea radiográfica, que conduzcan al diagnóstico de Periodontitis Crónica. Un consenso realizado en Estados Unidos describió que la Periodontitis de severidad moderada podría ser definida con la presencia de ≥ 2 superficies dentales con profundidad de bolsa ≥ 4 mm, o, la presencia de ≥ 2 superficies con pérdida ósea radiográfica ≥ 4 mm; mientras que la Periodontitis de severidad avanzada contendría ≥ 2 superficies dentales con pérdida del nivel de inserción clínica ≥ 6 mm, y, ≥ 1 superficies dental con profundidad de bolsa ≥ 5 mm(18). Otra definición de Periodontitis realizada en un consenso de expertos europeos, con énfasis para ser utilizada en estudios longitudinales relacionados con factores de riesgo para el desarrollo de Periodontitis Crónica, estableció una categoría más amplia de Periodontitis caracterizada por la presencia de pérdida del nivel de inserción clínico ≥ 3

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página10 de 28

mm en interproximal de ≥ 2 dientes no adyacentes, y otra categoría más específica con la presencia de pérdida del nivel de inserción clínico por inter-proximal ≥ 5 mm en $\geq 30\%$ de los dientes presentes(19).

Tratamiento

Un tratamiento periodontal exitoso depende de los procedimientos clínicos orientados al control del proceso infeccioso, en los cuales se debe eliminar a los microorganismos patógenos(20). La terapia periodontal tradicionalmente comprende diferentes fases de tratamiento, en las cuales después del control de procesos agudos y la valoración del estado de salud general del paciente, se realiza un tratamiento de carácter no quirúrgico, seguido de una re-evaluación del estado periodontal que debe llevar a la decisión de realizar o no procedimiento de carácter quirúrgico(21). Pocos pacientes son capaces de mantener la salud periodontal sin cuidado dental profesional regular, el cual mayormente consiste en refuerzos para tener una buena higiene oral y tratamiento periodontal no quirúrgico (20). Estudios realizados a largo plazo durante la fase de mantenimiento periodontal han demostrado como un alto nivel de higiene oral contribuye a la detención o reducción del progreso de la enfermedad periodontal destructiva(22).

Tratamiento Periodontal No-quirúrgico

El tratamiento periodontal no-quirúrgico incluye procedimientos de tipo mecánico o quimio-terapéuticos para eliminar o minimizar la biopelícula dental. El tratamiento mecánico consiste en el debridamiento meticuloso de las raíces dentales mediante el uso de instrumentos manuales, sónico-ultrasónicos o rotatorios para la remoción de la biopelícula dental, cálculo, endotoxinas y otros factores que facilitan el acúmulo de la biopelícula (20). La base del tratamiento mecánico la constituyen los procedimientos de raspaje y alisado radicular, por raspaje se entiende la remoción de biopelícula y cálculo de todas las superficies dentales coronal al epitelio de unión, puede hacerse supragingival o subgingival; por alisado radicular se comprende la remoción de porciones de cálculo residual y cemento o dentina conducentes a la obtención de una superficie radicular lisa, dura y limpia(23). Los pasos comúnmente empleados para la realización del raspaje y alisado radicular incluyen (23):

- La cureta se toma con el agarre de lapicero modificado.
- Se establece un apoyo digital adecuado.
- Se identifica el lado de trabajo de la cureta.
- La hoja de la cureta se adapta con fuerzas ligeras sobre la superficie dental.
- Se inserta la hoja de la cureta de forma apical hasta el epitelio de unión.
- Se establece una angulación de trabajo $>45^\circ$ pero $<90^\circ$.
- Se explora la superficie radicular hasta que el cálculo sea identificado.
- Se realiza el raspaje con movimientos firmes, cortos, controlados y secuenciales sobre la superficie radicular hasta que todo el cálculo sea removido.
- El alisado radicular se realiza con movimientos largos y secuenciales hasta que la superficie radicular se encuentre lisa y dura.

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 11 de 28

- Se deben instrumentar todos los aspectos de la superficie radicular incluyendo: líneas angulares, convejidades, concavidades, rotando el mango de la cureta en los dedos.

Estudios de meta-análisis reportan que los procedimientos de raspaje y alisado radicular conducen a una reducción de la profundidad de bolsa en bolsas inicialmente moderadas (4-6 mm) de 0.40 a 1.70 mm, y de bolsas inicialmente profundas (> 7 mm) de 0.99 a 2.80 mm; la ganancia de los niveles de inserción clínica para bolsas inicialmente moderadas fue calculado en 0.10 a 1.09 mm, y para las bolsas inicialmente profundas en 0.32 a 2.00 mm(24). Otro estudio de meta-análisis calculó que para bolsas con una profundidad de bolsa inicial ≥ 5 mm la reducción de la profundidad de bolsa fue de 0.7 a 1.7mm., y la ganancia de nivel de inserción clínico de 0.42 a 1.50 mm(25).

El tratamiento quimio-terapéutico incluye la aplicación tópica de antisépticos, el uso de antimicrobianos de liberación controlada en el área subgingival, o la prescripción de antibióticos de uso sistémico (20), estos procedimientos por lo general complementarios al tratamiento mecánico.

Tratamiento Periodontal Quirúrgico

Por lo general el tratamiento periodontal quirúrgico está indicado donde el tratamiento no quirúrgico no ha obtenido los objetivos del tratamiento, dentro de los propósitos del tratamiento quirúrgico se incluyen(26):

- Lograr acceso y visibilidad a las superficies dentales de difícil acceso durante la fase de tratamiento no-quirúrgico.
- Establecer una morfología dento-gingival saludable que facilite al paciente realizar una adecuada higiene oral.
- Reducir la profundidad de bolsa para permitir una adecuada higiene y monitorear el estado y posible progresión de la enfermedad periodontal.
- Realizar la corrección de defectos mucogingivales, o, el tratamiento de lesiones que requieran procedimientos regenerativos o reconstructivos.

Las técnicas quirúrgicas más utilizadas durante el tratamiento periodontal incluyen: Gingivectomía, Colgajo Modificado de Kirkland, Colgajo Posicionado Apical y el Colgajo de Widman Modificado (21). Estas técnicas difieren principalmente en la posibilidad de acceder a defectos intra-óseos, resección de los tejidos blandos, realización de osteotomía/osteoplastia, y reposición o posicionamiento apical de los tejidos.

Los procedimientos de Gingivectomía tienen como objetivo la eliminación de las lesiones periodontales a través de la remoción de la pared de tejido blando de las bolsas. Los pasos para su realización incluyen: Determinar la profundidad de las bolsas a través de puntos sangrantes, una incisión primaria biselada dirigida hacia la base de la bolsa, incisión de los tejidos interproximales con la utilización de bisturíes periodontales específicos, remoción de los tejidos blandos incididos, realizar raspaje y alisado radicular y

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 12 de 28

colocación de un cemento quirúrgico. Después de un período de cicatrización de 10 a 14 días se realiza limpieza profesional de los dientes e instrucción en higiene oral(27).

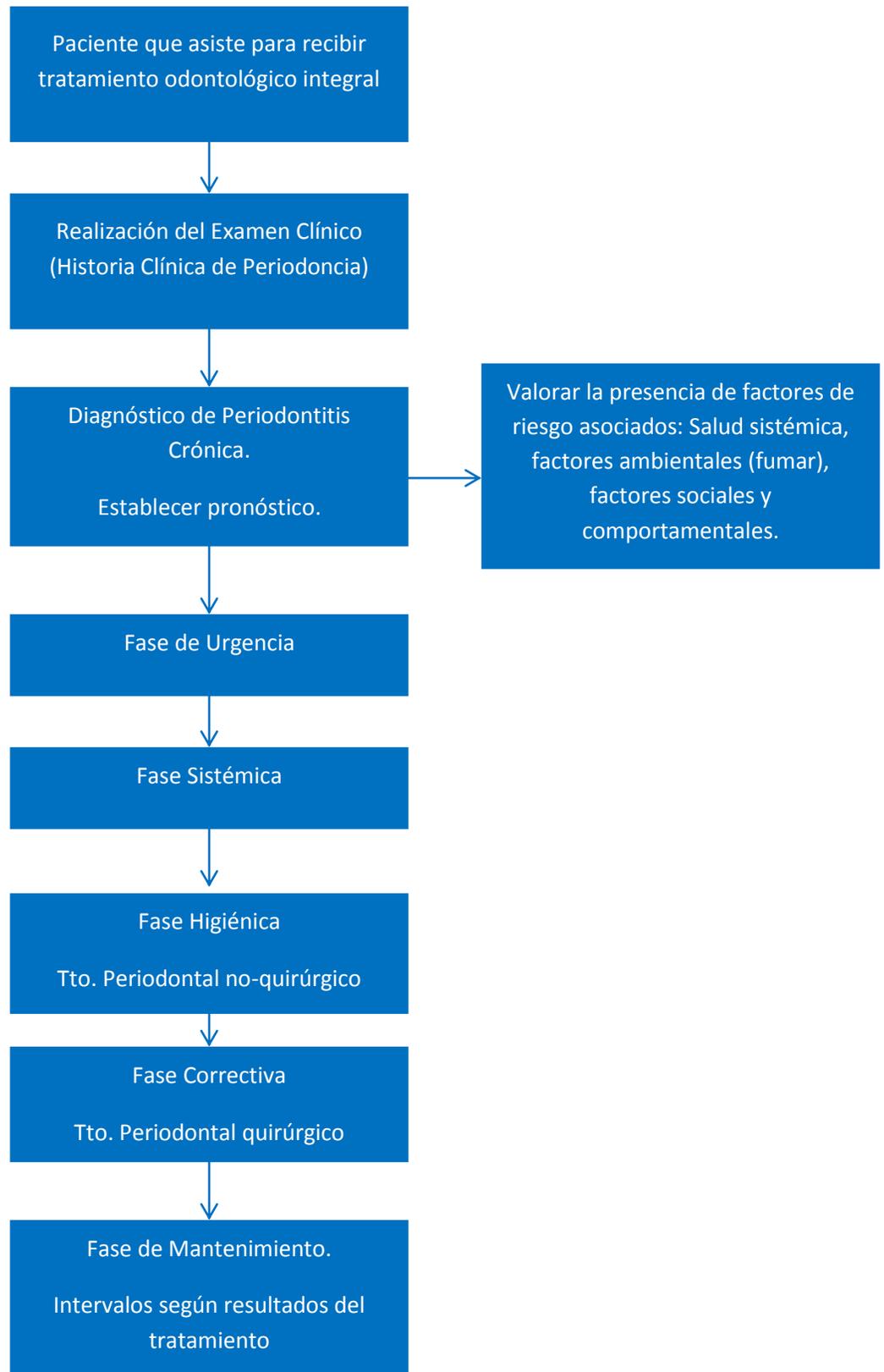
El Colgajo Modificado de Kirkland describe un colgajo básico de acceso y visibilidad para la instrumentación de las superficies radiculares. El procedimiento comprende: Incisiones intra-sulculares hasta la base de las bolsas, elevación de colgajos muco-periósticos, raspaje y alisado radicular, eliminación del tejido de granulación y reposicionamiento de los colgajos (27). En este procedimiento no se realiza remoción intencional de tejidos blandos o duros con el objeto de reducir la profundidad inicial de las bolsas.

En el Colgajo Posicionado Apical busca la conservación del complejo muco-gingival es un esfuerzo por conservar una zona adecuada de encía insertada, esta técnica quirúrgica comprende: Una incisión a bisel interno de amplitud variable de acuerdo a la profundidad de bolsa, incisiones verticales relajantes, elevación de colgajos, remoción del collar de encía delineado por la incisión a bisel interno, cirugía ósea y posicionamiento apical de los colgajos (21) (27).

El Colgajo Modificado de Widman descrito por Ramfjord es una técnica conservadora en la cual no se realiza remoción intencional de tejido óseo o posicionamiento apical de los tejidos, sin embargo incluye una incisión a bisel interno para la eliminación de la pared de tejido blando de la bolsa. La técnica incluye: Incisión a bisel interno paralela al eje longitudinal del diente, incisión intra-sulcular, elevación de colgajos muco-periósticos, una tercera incisión en sentido horizontal se realizar para separar el collar de tejido blando, raspaje y alisado radicular, curetaje de los defectos óseos, reposicionamiento de los colgajos.

El período post-operatorio luego de los procedimientos de cirugía periodontal puede incluir dolor, inflamación, hemorragia, reacciones adversas a medicamentos o infección; la prevalencia de las complicaciones post-operatorias es inferior al 1% (26). Otros riesgos potenciales de los procedimientos de cirugía periodontal incluyen hipersensibilidad dentinal, reabsorción radicular o anquilosis, perforación del colgajo o la formación de contornos gingivales irregulares.

5.1.4 Flujoograma de Atención



 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 14 de 28

5. 2 Enfermedades Gingivales Inducidas por Placa Bacteriana CIE-10 K051

Realizado por: Sergio Iván Losada Amaya

5.2.1. Definiciones.

Gingivitis

De acuerdo a la Academia Americana de Periodoncia (AAP) la Gingivitis es la más leve de las enfermedades del periodonto, según el glosario de términos de la AAP se puede considerar como el primer estadio de la enfermedad periodontal (28) (29).

Gingivitis es la presencia de inflamación en la encía sin pérdida de inserción conectiva, sin embargo se puede asumir que se puede presentar en un periodonto reducido en el cual, no se está presentando pérdida de inserción(30).

La Academia Americana de Periodoncia realizó las siguientes definiciones, que se encuentran publicadas en los anales de periodoncia (Volumen 4 Numero 1 de Diciembre de 1999)(31):

Gingivitis Asociada a Placa Bacteriana (o Inducida por Placa Bacteriana)

Inflamación de la encía como resultado del acumulo de placa bacteriana. Bascones Martínez A y Figuero Ruíz E, en el artículo las Enfermedades Periodontales como Infección Bacteriana definen la Gingivitis Asociada a Placa Bacteriana como una inflamación de la encía debido a las bacterias que se localizan a lo largo de la encía marginal, que luego se extiende a toda la encía (32).

Factores locales contribuyentes*

Características locales contribuyentes que pueden influenciar la aparición de la enfermedad, tales como aparatología ortodóntica y restauraciones dentales.

La severidad de la enfermedad puede ser influenciada por la anatomía dental, adicionalmente a factores restaurativos y/o el estado endodóntico (33).

Gingivitis Asociada a la Deficiencia de Ácido Ascórbico

Respuesta inflamatoria de la encía, que es crónicamente agravada por los bajos niveles de ácido ascórbico.

Gingivitis Asociada a Discrasias Sanguíneas

Se refiere a la gingivitis asociada a la función anormal o en el número de las células sanguíneas.

Gingivitis Asociada a Leucemia

Es una respuesta inflamatoria pronunciada de la encía a la placa bacteriana y produce un incremento en el sangrado y un subsecuente agrandamiento gingival asociado a la leucemia.

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 15 de 28

Gingivitis Asociada a Diabetes

Se refiere a la respuesta inflamatoria gingival que es agravada por el pobre control metabólico de los niveles de glucosa plasmática.

Gingivitis Inducida por Medicamentos

Respuesta inflamatoria gingival pronunciada asociada a la placa bacteriana y medicamento(s)

Agrandamiento Gingival Asociado o Inducido por Medicamentos

Agrandamiento gingival que es resultado total o parcial del uso de medicamentos sistémicos

Gingivitis Asociada al Ciclo Menstrual

Respuesta gingival inflamatoria pronunciada a la placa bacteriana y los cambios hormonales en los días anteriores a la ovulación.

Gingivitis Asociada a Anticonceptivos Orales

Respuesta gingival inflamatoria pronunciada como respuesta al acumulo de placa bacteriana y al uso de anticonceptivos orales.

Gingivitis Asociada al Embarazo

Respuesta gingival inflamatoria pronunciada como respuesta al acumulo de placa bacteriana y hormonas, usualmente ocurre durante el segundo y el tercer trimestre de embarazo.

Granuloma Piógeno Asociada al Embarazo

Se refiere a una masa gingival exofítica, protuberante, localizada, ausente de dolor que se adhiere a una base sesil o pedunculada a nivel de la encía marginal o más comúnmente en los espacios interproximales como resultado del acumulo de placa bacteriana y los cambios hormonales durante el embarazo.

Gingivitis Asociada A la Pubertad

Respuesta gingival inflamatoria pronunciada en respuesta al acumulo de Placa Bacteriana y los cambios hormonales que ocurren durante el periodo circumpuberal (como se ha designado por el estadio Tanner 2)

5.2.2 Descripción Clínica.

Enfermedades Gingivales Inducidas por Placa Bacteriana(34)

Las enfermedades gingivales inducidas por placa bacteriana son una familia diversa de complejas y distintas entidades patológicas que se encuentran limitadas a la encía y cuya etiología primaria es la placa bacteriana.

Existen varias características clínicas comunes a todas las enfermedades gingivales y estas características incluyen los signos clínicos de inflamación (cambios en el contorno

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 16 de 28

debido al edema o fibrosis, cambio de color: enrojecimiento o color azul rojizo, elevación de la temperatura gingival, hemorragia al sondaje e incremento del exudado gingival), los signos y síntomas que se encuentran confinados a la encía, presencia de placa bacteriana que inicia y/o exacerba la severidad de la lesión o la enfermedad y posible papel como precursor para la pérdida de inserción alrededor de los dientes, reversibilidad de la enfermedad al eliminar los factores etiológicos (33).

La gingivitis inducida por Placa Bacteriana es la forma más común de las enfermedades que afectan el periodonto, afectando a una porción significativa de la población. El paciente debe ser informado acerca del proceso de la enfermedad, las alternativas terapéuticas, las complicaciones potenciales, los resultados esperados y la responsabilidad del paciente en el transcurso del tratamiento. Las consecuencias de no realizar tratamiento deben ser explicadas: el no tratar la enfermedad puede dar como resultado que los signos clínicos permanezcan, con la posibilidad que se desarrollen defectos gingivales y pueda progresar a periodontitis (34).

5.2.3 Características de la Atención.

Metas Terapéuticas(35)

La meta terapéutica es restablecer la salud gingival, eliminando los factores etiológicos; como por ejemplo la placa bacteriana, el cálculo dental y otros factores retentivos para la placa bacteriana como son sobrecontornos restaurativos, etcétera.

5.2.4 Tratamiento.

Consideraciones en el tratamiento Periodontal de la Gingivitis(35)

Los factores de riesgo sistémicos contribuyentes pueden afectar el tratamiento y los resultados terapéuticos de la gingivitis inducida por placa bacteriana. Estos factores son la diabetes mellitus, tabaquismo, ciertos periodontopatógenos, la edad, el género, la predisposición genética, condiciones y enfermedades sistémicas (como la inmunosupresión), el estrés, nutrición, embarazo, abuso de sustancias, infección por VIH y medicamentos. Un plan de tratamiento efectivo durante la terapia activa debe ser desarrollado e incluir lo siguiente:

- I. Motivación, educación e instrucción del paciente en técnicas de higiene oral.
- II. Debridamiento de las superficies dentales para remover la placa y cálculo supra y subgingival (raspaje supra y/ o subgingival, en el caso de gingivitis asociada a placa bacteriana con pérdida de inserción se realizara alisado radicular)
- III. Uso de agentes antimicrobianos y antiplaca, así como de otros elementos de higiene oral, para mejorar el nivel de higiene oral de los pacientes que mediante los métodos mecánicos tradicionales y su higiene oral es poco efectiva (debe ser evaluado el riesgo beneficio de los agentes a utilizar).
- IV. Corrección y eliminación de factores retentivos de placa bacteriana tales como sobrecontornos en coronas, márgenes restaurativos abiertos, contactos

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 17 de 28

abiertos, caries, malposiciones dentales, prótesis fijas y removibles con pobre adaptación.

- V. Pulido coronal (se realizara a discreción del clínico) y eliminación de pigmentaciones extrínsecas(35)
- VI. En casos seleccionados, corrección quirúrgica de deformidades en los tejidos que impidan una correcta eliminación de la placa bacteriana por parte del paciente.
- VII. Una vez finalizada la terapia activa, la condición del paciente debe ser evaluada para determinar el curso futuro del tratamiento (reevaluación periodontal, se realizara al mes y medio de realizada la fase higiénica- tiempo necesario para la cicatrización del tejido periodontal).

Evaluación del Resultado(36)

1. La eliminación o reducción de la placa bacteriana, cálculo dental, pigmentaciones, edema, eritema y sangrado al sondaje serán evidencia del tratamiento implementado y si la higiene oral del paciente es satisfactoria. La salud gingival estará presente sí estas condiciones existen.
2. Si el tratamiento no es exitoso, se requerirá instrumentación adicional y/ o cambio en la frecuencia de instrumentación; así como revisar los procedimientos de control de placa por parte del paciente, y evaluar la necesidad de utilizar medidas alternativas y/ o adicionales que requiera el paciente para remover la placa.

Manejo Periodontal y Dental del paciente con leucemia(37)

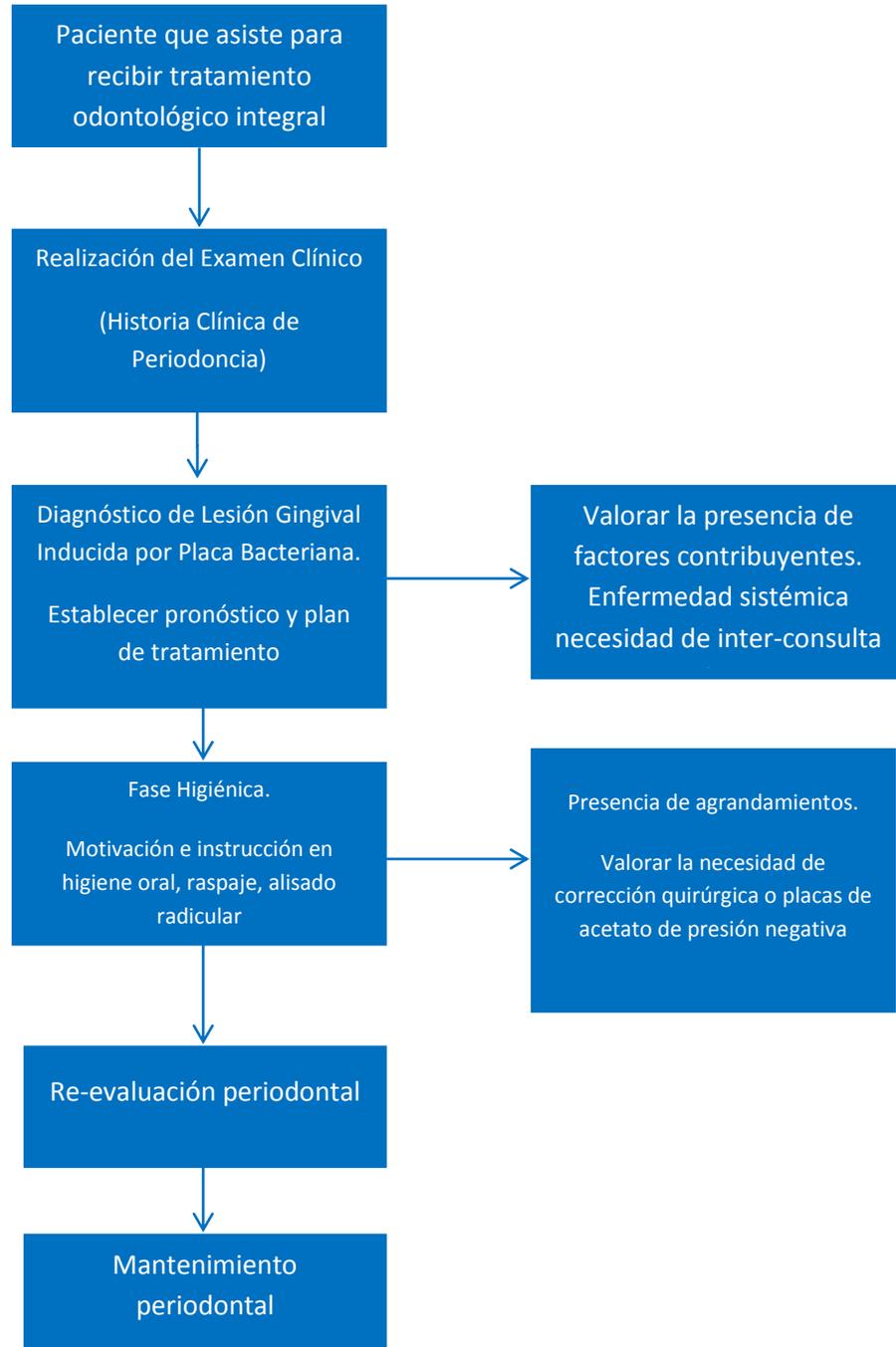
- Tratamiento periodontal y dental antes del tratamiento de leucemia
 - I. Interconsulta con el médico hemato- oncólogo
 - II. Por lo menos un mes antes del tratamiento de la leucemia, todo paciente debe ser evaluado por el odontólogo general y especialista en Periodoncia. Durante esta evaluación, el odontólogo debe evaluar el estado oral del paciente, identificar cualquier problema potencial, realizar el plan de tratamiento que reduzca cualquier complicación durante y después de la terapia para el manejo de la leucemia.
 - III. Deben tomarse radiografías periapicales, aleta de mordida y/o panorámica de acuerdo a las necesidades que se observen durante examen intraoral.
 - IV. Debe retirarse cualquier aparatología ortodóntica fija o removible, antes de iniciar el tratamiento para la leucemia.
 - V. Se debe realizar una fase higiénica exhaustiva y tratamiento dental agresivo (debe realizarse exodoncia de los dientes con pronóstico regular y malo: dientes con procesos agudos y crónicos, caries extensas y/ o móviles), antes de iniciar la fase de inducción. El odontólogo debe realizar el tratamiento de los problemas orales existentes, de tal manera que no vayan a surgir problemas una vez iniciado el tratamiento de quimioterapia (antes de iniciar el tratamiento dental el odontólogo debe

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 18 de 28

haber consultado al médico hemato-oncólogo). Idealmente el tratamiento debe ser finalizado 10 días antes de la fase de inducción.

- Tratamiento periodontal y dental durante del tratamiento de la leucemia
 - I. El paciente debe realizar enjuagues con agua fría estéril o solución salina.

5.2.5 Flujograma de Atención.



 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 19 de 28

5.3 PATOLOGÍAS AGUDAS EN PERIODONCIA (Niño y adulto)

Realizado por: Diego Sabogal R

5.3.1 Introducción.

Las patologías agudas periodontales, son condiciones clínicas de inicio rápido que involucran el periodonto o estructuras asociadas y se caracterizan por la presencia de dolor o molestias, e infección.

Éstas patologías pueden o no estar relacionadas con gingivitis o periodontitis; pueden ser localizadas o generalizadas y con posibles manifestaciones sistémicas.

5.3.2. Absceso Gingival: CIE-10 K050

5.3.2.1. Definición

Infección purulenta localizada que involucra margen o la papila interdental. Su tiempo de evolución es de 24 a 48 horas. Los factores etiológicos se asocian con cuerpos extraños como; la cerda de un cepillo dental, un resto alimenticio o un cuerpo extraño, los cuales penetran el tejido conectivo.

5.3.2.2 Características Clínicas (Signos y síntomas)

Agrandamiento del margen y la papila gingival.

Textura lisa.

Superficie brillante.

Color enrojecido.

Dolor localizado.

Presencia de exudado purulento.

Presencia de hemorragia fácil.

No afecta estructuras profundas.

5.3.2.3 Tratamiento

Se deben eliminar los signos y síntomas agudos. Drenar el absceso e identificar y eliminar el factor etiológico. Generalmente drena espontáneamente. El tratamiento pretende restaurar la salud y función gingival. Si no se resuelve el absceso gingival se crea un proceso crónico por medio de la generación de una fístula. Esto es ocasionado por la falta de eliminación del agente causal, un incompleto debridamiento o un inadecuado diagnóstico (38)

5.3.3 Absceso Periodontal: CIE-10 K052

5.3.3.1. Definiciones

Infección purulenta, localizada en los tejidos adyacentes a la bolsa periodontal; puede destruir del ligamento periodontal y el hueso alveolar.

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página20 de 28

Generalmente los abscesos periodontales se presentan en pacientes con periodontitis crónicas, por cambios en la microflora subgingival, disminución en la respuesta inmunológica, o ambas (38). El factor etiológico está relacionado con la no eliminación del exudado de una bolsa periodontal profunda; por la oclusión de esta o por la presencia de un cuerpo extraño. Una incompleta remoción de cálculos es una de las causas más frecuentes para la generación de abscesos periodontales. La terapia antibiótica sistémica se puede asociar con la formación de abscesos periodontales; y de igual forma una sobreinfección por microorganismos oportunistas.

Las zonas con compromisos de furca son muy susceptibles para la generación de abscesos periodontales.

5.3.3.2. Características Clínicas (Signos y síntomas)

Cambio en la forma.

Textura lisa.

Superficie brillante.

Color enrojecido.

Dolor localizado a la palpación.

Presencia de exudado purulento.

Presencia de hemorragia fácil.

Aumento en la profundidad de bolsa.

Rápida pérdida de inserción periodontal.

Afecta estructuras profundas (Ligamento, hueso).

Sensible a la percusión, extrusión y presencia de movilidad.

Se puede asociar a patologías endodónticas.

La formación de una fístula lo transforma en crónico.

5.3.3.3 Tratamiento

Se debe establecer una vía de drenaje; la vía más sencilla es a través de la bolsa periodontal. La realización de raspaje y alisado radicular con curetas, permitirá eliminar el factor etiológico. Se irrigará la bolsa y se controlará la oclusión. En caso de presentarse cambios sistémicos (fiebre, adenopatías y malestar general) se debe medicar con terapia antibiótica. Amoxicilina cápsulas de 500mg 1 cada 8 hora, número 21. En caso de alergia a la penicilina se utilizaría Clindamicina cápsulas de 300 mg 1 cada 8 horas.

El tratamiento debe realizarse en la fase aguda evitando que avance la lesión, para ganar inserción.

Cuando el compromiso periodontal es severo asociado a un mal pronóstico, se debe realizar la exodoncia.

El fracaso en el tratamiento se asocia a la no eliminación del irritante, incompleto debridamiento, incorrecto diagnóstico (patología endodóntica concomitante) o la presencia de alguna alteración sistémica no controlada.

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página21 de 28

5.3.4 Enfermedad Periodontal Necrotizante: CIE-10 K055

5.3.4.1 Definiciones

La gingivitis necrosante, la periodontitis necrosante y la estomatitis necrosante son los trastornos inflamatorios más graves causados por la placa bacteriana. Son entidades de curso agudo, y muy destructivas.

La Gingivitis necrosante afecta, tejido gingival (márgenes y papilas). No se genera pérdida de inserción periodontal.

La Periodontitis necrosante genera pérdidas de inserción porque afecta el hueso y el ligamento periodontal.

5.3.4.2 Características clínicas.

Papilas y márgenes ulcerados y necróticos.

Dolor moderado que aumentos, con presencia de hemorragia.

El paciente presenta gingivitis preexistente.

En lesiones avanzadas se pueden presentar necrosis óseas.

Factores predisponentes:

Desnutrición, mala higiene oral, gingivitis pre-existente, enfermedad necrosante previa, estrés, tabaco y alcohol, raza blanca y edades de 22 a 24 años.

5.3.4.3. Tratamiento.

Fase aguda:

Manejo del dolor y el malestar general.

Motivación e instrucción en higiene oral.

Raspaje con ultrasonido.

Control químico de placa.

En pacientes que no responden a la terapia local, el manejo con antibióticos sistémicos es la elección (250 mg de metronidazol).

Mantenimiento:

Dentro de los efectos secundarios se encuentra la creación de cráteres interproximales los cuales persisten, y facilitan la acumulación de placa bacteriana. Para esto se debe realizar la corrección quirúrgica, para facilitar la eliminación de placa bacteriana.

5.3.5 Gingivoestomatitis Herpética: CIE-10 K055

5.3.5.1 Definiciones.

La gingivoestomatitis herpética es una infección viral de la mucosa oral, ocasionada por el virus del herpes simple I. El virus penetra la mucosa bucal, viaja a través de las dendritas neuronales para establecerse en el ganglio del trigémino (latente durante años). Afecta la encía de niños (6 años), también puede afectar adolescentes y adultos.

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página22 de 28

El factor que dispara la infección es el trauma por contacto corporal. Recaídas traumatismos, exposición a radiación ultravioleta y fiebre.

5.3.5.2 Características Clínicas

Dolor en la encía y la mucosa, lo que hace que el paciente no se pueda alimentar e hidratar bien.

Se forman vesículas puntiformes que se ulceran de forma.

Se pueden presentar cambios sistémicos como: fiebre, adenopatías y malestar general.

La gingivoestomatitis herpética en su fase aguda es contagiosa.

5.3.5.3 Tratamiento

La resolución es espontánea sin cicatrices después de una semana.

Manejo del dolor para facilitar la alimentación, la hidratación y la higiene oral.

Los pacientes con complicaciones se pueden manejar con: Aciclovir; dosis de 200mg cuatro veces al día durante cuatro días.

5.3.6 Pericoronitis: CIE-10 K055

5.3.6.1 Definiciones.

Infección purulenta localizada alrededor de las coronas de dientes parcialmente o totalmente erupcionados (tercer molar inferior).

5.3.6.2 Características Clínicas.

Enrojecimiento localizado.

Dolor el cual se irradia al oído, faringe y piso de boca.

Edema, exudado inflamatorio.

La lesión puede ser dolorosa al tacto.

Trismus (apertura limitada).

Linfadenopatias, fiebre y malestar general.

5.3.6.3 Tratamiento.

Debridar e irrigar bajo la superficie del capuchón pericoronario.

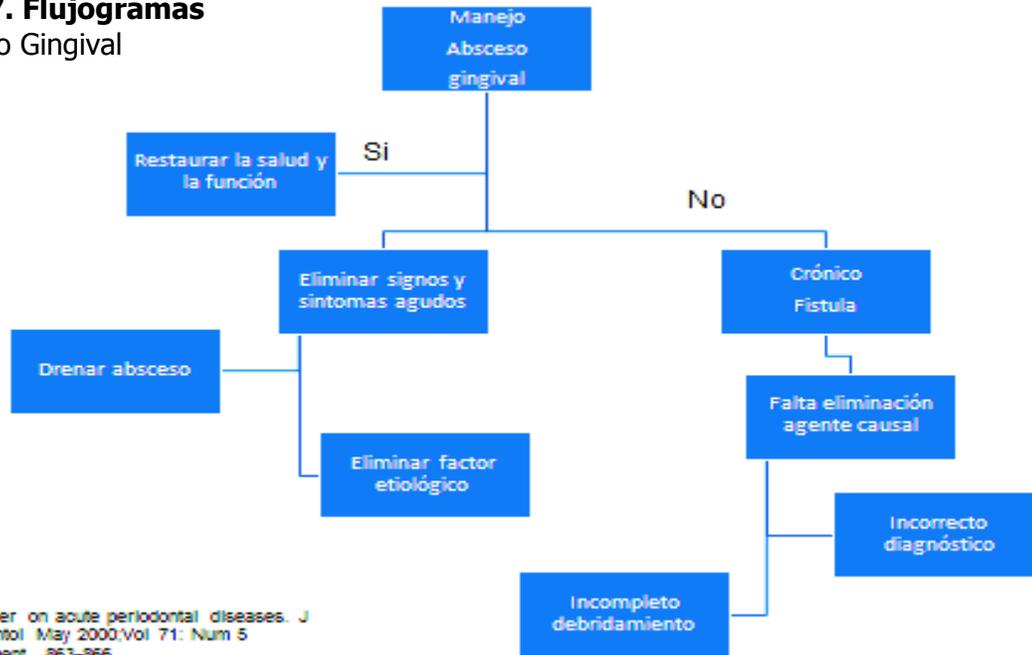
Control químico de placa.

Exodoncia del diente comprometido y/o el antagonista.

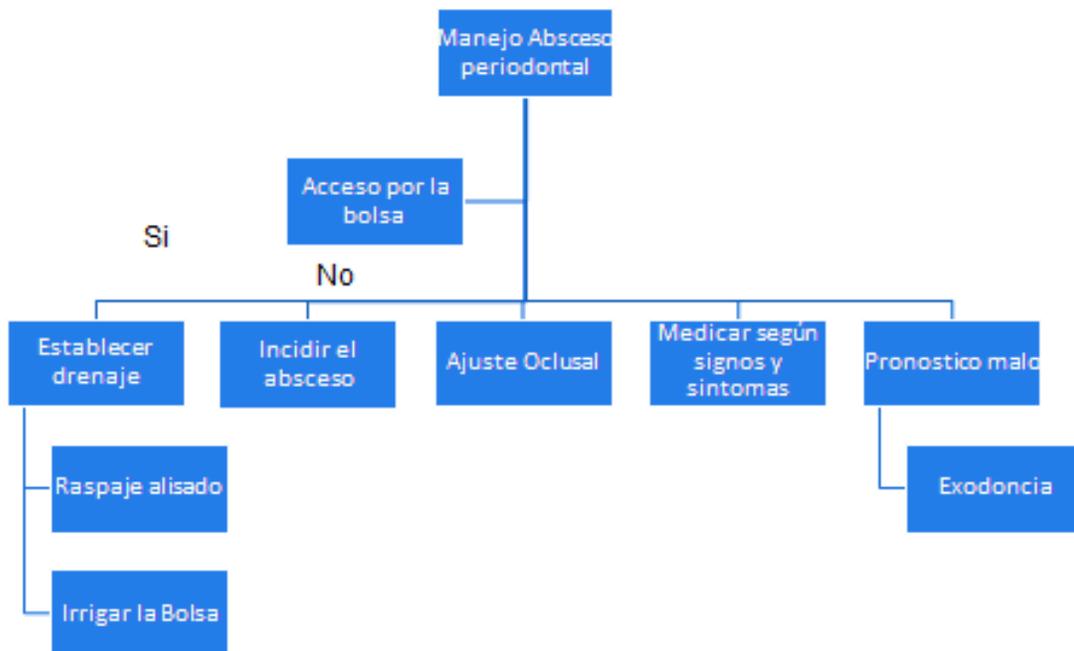
Se puede realizar recontorneo de tejido blando.

5.3.7. Flujogramas

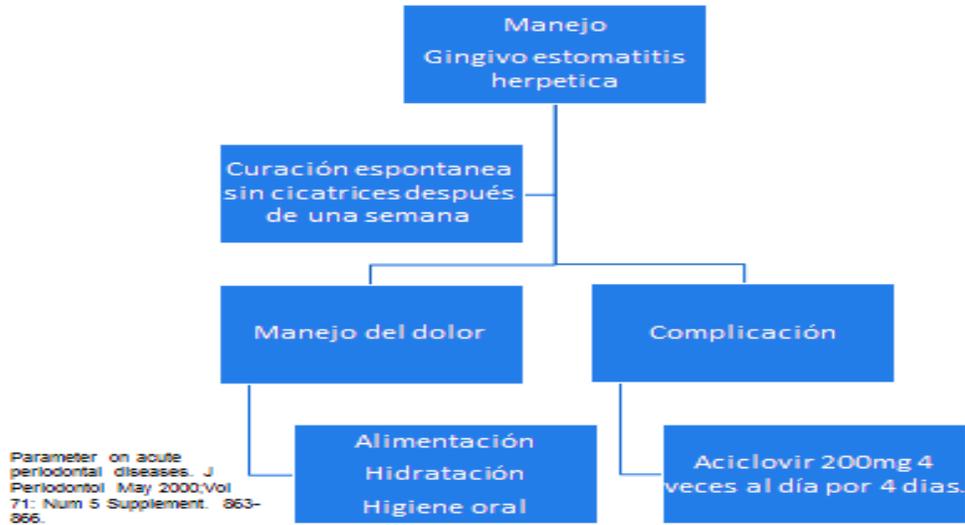
Absceso Gingival



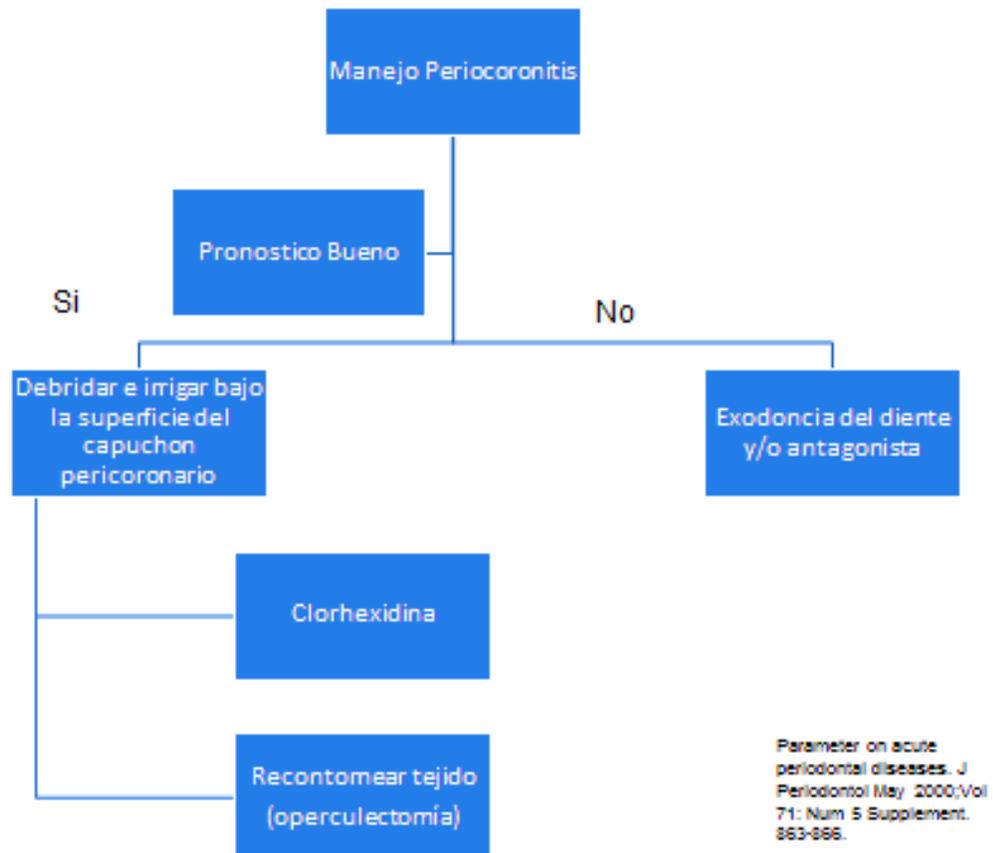
Absceso Periodontal



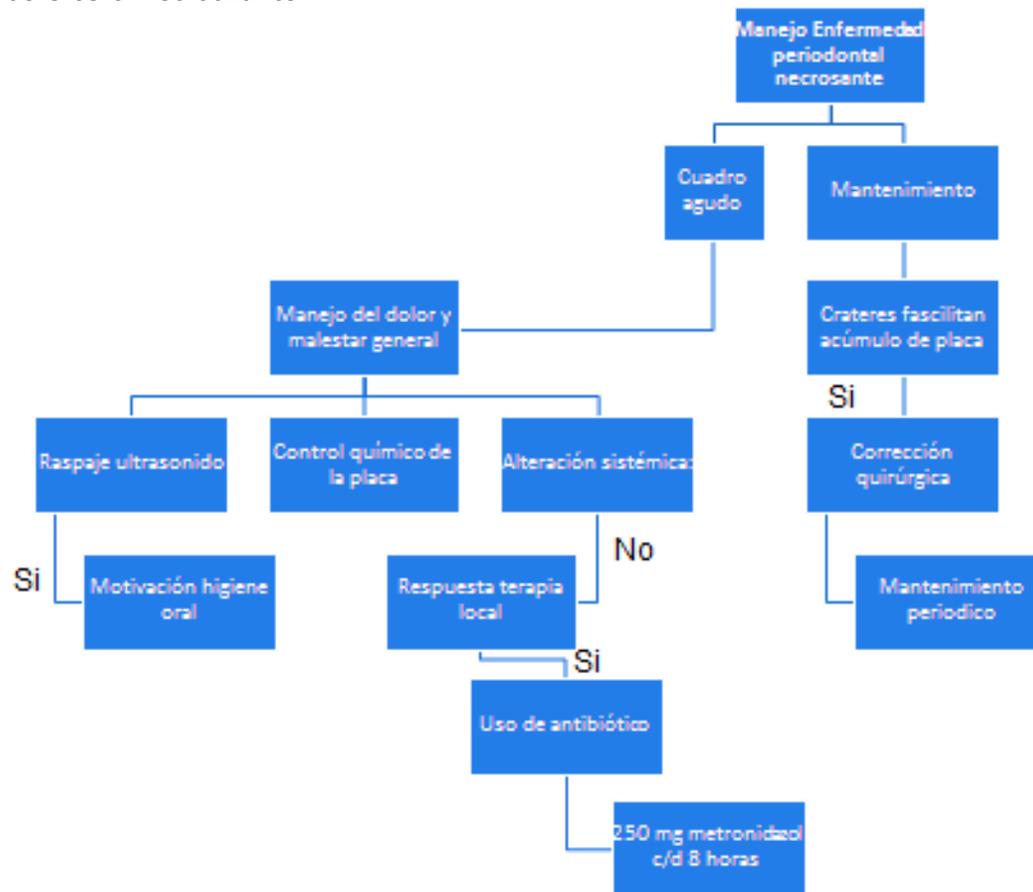
Gingivo-estomatitis Herpética



Pericoronitis



Gingivitis Ulcero-Necrotizante



ELABORÓ	Dra. Catalina Arévalo Dra. Ma. Claudia Castro Dr. Sergio Losada Dra. Martha Serrano Dr. Carlos Serrano Dr. Diego Sabogal	REVISÓ	Dra. Luz Mireya Daza ----- Invitados y miembros del COVIECIDE Dra. Claudia Patricia Castaño Ríos Dr. Víctor Daniel Onofre Dra. Viviana Catalina Ávila Pinzón	APROBÓ	Consejo de Facultad Dr. Manuel Roberto Sarmiento Dr. Juan Norberto Calvo Ramírez Dr. Francisco Javier Acero Luzardo Dr. Gabriel Ignacio Patrón López Dra. Paula Alejandra Baldión Elorza Dra. Ángela Inés Galvis Torres Dra. Martha Esperanza Fonseca Chaparro Dr. Carlos Durán Meléndez Julian Alfonso Orjuela Benavidez
CARGO	Docentes área de Periodoncia	CARGO	Coordinadora del Servicio Docente-Asistencial, Auditora en Salud-Oficina de Calidad ----- Odontólogo Especialista - Jefe de Clínicas y Laboratorios Docente – Coordinador de Clínicas Técnico Operativo 40805	CARGO	Decano Vicedecano Director de Bienestar Representante de los Profesores Directora Centro de Investigación y Extensión Directora Departamento de Salud Oral. Directora Área Curricular Estudiante Secretario de Facultad Representante Estudiantes de pregrado
FECHA	Enero 22 de 2013	FECHA	Febrero 14 de 2013 ----- Febrero 15 de 2013	FECHA	6 de Marzo de 2013

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 26 de 28

BIBLIOGRAFIA

1. Committee on Research, Science and therapy position paper: Guidelines for periodontal therapy. J Periodontol. 2001; 72(11): p. 1624-1628.
2. Armitage G. Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. Ann Periodontol. 1999; 4(1): p. 1-6.
3. Lindhe J y col. Consensus Report: Periodontitis. Ann. Periodontol. 1999; 4: p. 38.
4. Flemming TF. Periodontitis. Ann. Periodontol. 1999; 4: p. 32-37.
5. Burt B. Position Paper: Epidemiology of periodontal diseases. J. Periodontol. 2005; 76: p. 1406-1419.
6. Franco AM, Suarez E, Tovar S, Jacome S, Ruiz JA. Enfermedad Periodontal. Incluido en: Ministerio de Salud de Colombia, III Estudio Nacional de Salud Bucal. Bogota: Republica de Colombia, Ministerio de Salud. 1999;: p. 99-107.
7. Borrell LN, Papapanou PN. Analytical epidemiology of periodontitis. J. Clin. Periodontol. 2005; 32(Suppl 6): p. 132-158.
8. Loe H, Anerud A, Boysen H, Morrison E. Natural history of periodontal disease in man. J. Periodontol. 1986; 13: p. 431-445.
9. Beck JD. Methods for assessing risk for periodontitis and developing multifactorial models. J. Periodontol. 1994; 65: p. 468-478.
10. Heitz-Mayfield LJA. Disease progression: Identification of high-risk groups and individuals for periodontitis. J. Clin. Periodontol. 2005; 32 (Suppl. 6): p. 196-209.
11. Nyman S., Lindhe J., Rosling B. Periodontal surgery in plaque-infected dentitions. J. Clin. Periodontol. 1977; 4: p. 240-249.
12. Tsai C, Hayes C, Taylor GW. Glycemic control of type 2 diabetes and severe periodontal disease in the US adult population. CommunityDent Oral Epidemiol. 2002; 30: p. 182-192.
13. Taylor GW., Burt B., Becker MP., Genco RJ., Shlossman M., Knowler WC., Pettitt DJ. Non-insulin dependent diabetes mellitus and alveolar bone loss progression over 2 years. J. Periodontol. 1998; 69: p. 76-83.
14. Bergstrom J., Eliasson S., Dock J. A 10-year prospective study of tobacco smoking and periodontal health. J. Periodontol. 2000; 71: p. 545-550.

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 27 de 28

15. Michalowicz BS., Aepli DP., KubaRK., Bereuter JE., Conry JP., Segal NL., Bouchard TJ., Philstrom BL. A twin study of genetic variation in proportional radiographic alveolar bone height. *J. Periodontol.* 1991; 62: p. 293-299.
16. Kornman KS., Crane A., Wang HY., di Giovine FS., Newman MG., Pirk FW., Wilson TG., Higginbottom FL., Duff GW. The interleukin-1 genotype as a severity factor in adult periodontal disease. *J. Clin. Periodontol.* 1997; 24: p. 72-77.
17. Borrell LN. Burt B., Neighbors HW., Taylor GW. Social factors and periodontitis in an Older Population. *J. Public Health.* 2004; 94: p. 748-754.
18. Page RC., Eke PI. Case definitions for use in population-based surveillance of periodontitis. *J. Periodontol.* 2007; 78: p. 1387-1399.
19. Tonetti MS., Claffey N. Consensus report: Advances in the progression of periodontitis and proposal of definitions of a periodontitis case and disease progression for use in risk factor research. *J. Clin. Periodontol.* 2005; 32 (Suppl. 6): p. 210-213.
20. Hastings Drisko C. Nonsurgical periodontal therapy. *Periodontol 2000.* 2001; 25: p. 77-88.
21. Claffey N., Polyzois I., Ziaka P. An overview of nonsurgical and surgical therapy. *Periodontol.* 2000. 2004; 36: p. 35-44.
22. Axelsson P., Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J. Clin. Periodontol.* 1981; 8: p. 281-294.
23. Pattison GL. Fundamentals of Scaling and Root Planing. Incluido en: Pattison GL. *Periodontal Instrumentation: a Clinical Manual: Prentice-Hall; 1979.*
24. Hung HC., Douglass CW. Meta-analysis of the effect of scaling and root planing, surgical treatment and antibiotic therapies on periodontal probing depth and attachment loss. *J. Clin. Periodontol.* 2002; 29: p. 975-986.
25. Van der Weijden GA, Timmerman MF. A systematic review on the clinical efficacy of subgingival debridement in the treatment of chronic periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology.* 2002; 29 (Suppl.3): p. 55-71.
26. Wang HL., Greenwell H. Surgical periodontal therapy. *Periodontology 2000.* 2001; 25: p. 89-99.
27. Wennstrom J., Heijl L., Lindhe J. Periodontal surgery: Access therapy. Incluido en: Lindhe J., Karring T., Lang NP. *Clinical periodontology and implant dentistry: Blackwell.*
28. <http://www.perio.org/consumer/gingivitis.htm>. [Online].

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	MACROPROCESO: FORMACION	Código :B-OD-GU-05.004.003
	GUIA DE ATENCION EN PERIODONCIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	Versión: 1.0
		Página 28 de 28

29. <http://www.perio.org/consumer/glossary.htm>. [Online].
30. Committee on Research, Science and therapy. Position paper: Diagnosis of periodontal diseases. J Periodontol. 2003; 74: p. 1237-1247.
31. Caton, JG, Mariotti, A, Zackin, J y col. Consensus Report: Dental Plaque- Induced Gingival Diseases. Ann periodontol. 1999; 4(1): p. 18- 19.
32. BasconesMartínez A, Figuero Ruiz E. Periodontal diseases as bacterial infection. Av Periodont Implantol. 2005; 17(3): p. 111-118.
33. Mariotti, A. Dental Plaque_ Induced Gingival- Diseases. Ann Periodontol. 1999; 4: p. 7-17.
34. Adams, DA; Barrington EP; Caton J y col. Parameter on Plaque-Induced Gingivitis. J Periodontol. 2000 Mayo; 71 (5) Supplement: p. 851-852.
35. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical Guidelines. Reference Manual. Guideline on the Role of Dental Prophylaxis in Pediatric Dentistry; 2005-2006.
36. Standards of Care. University of Kentucky: College of Dentistry; August 2004.
37. <http://dentalresource.org/topics28.htm>. [Online].
38. Parameter on acute periodontal diseases. J Periodontol. 2000 May; 71(5 Supplement): p. 863-866.