



Nueva clasificación de las enfermedades periodontales

Dr. Agustín Zerón*

* Prof. Titular en el Posgrado de Periodoncia en la Univ. Intercontinental y en la Div. de Posgrado e Investigación de la U.N.A.M.

Resumen

Este artículo resume la nueva clasificación de las enfermedades periodontales propuestas recientemente por la Academia Americana de Periodontología. El sistema de clasificación es necesario para que en un marco de referencia científico se permita ordenar las entidades por sus propias características etiológicas y patogénicas que deriven a un plan de tratamiento moderno basados en las actuales evidencias de enfermedad periodontal.

Abstract

This document summarizes the new classification for periodontal diseases and conditions presented by The American Academy of Periodontology. Classification systems are necessary in order to provide a framework to scientifically study the etiology, pathogenesis and treatment of disease in an orderly fashion.

En fechas recientes un comité de expertos clínicos e investigadores científicos convocados por la Academia Americana de Periodontología desarrollaron un sistema de clasificación para ordenar las diversas entidades clínicas y condiciones patológicas en torno a la expresión genérica de enfermedad periodontal. En esta nueva clasificación resaltan cambios importantes por adiciones de algunos términos y el reemplazo de otros.¹⁴

Desde 1989 durante el Taller Mundial de la A.A.P. en Princeton N.J.¹⁵ se discutieron ampliamente las diferentes formas que deberían diferenciarse entre una periodontitis y otra. Y así desarrollaron una clasificación

Cuadro 1. Clasificación de Weski (1937).

Paradentitis
Hipertrófica
Simple
Ulcerativa
Paradentosis
Atrófica parcial
Atrófica total
Paradentoma
Epulis
Elefantiasis

Cuadro 2. Clasificación de la A.A.P. (1986).

I.- Periodontitis juvenil
A.- Prepuberal
B.- Juvenil localizada
C.- Juvenil generalizada
II.- Periodontitis del adulto
III.- Gingivo-periodontitis ulcerativa necrosante
IV.- Periodontitis refractaria

que se basó en una revisión comparativa de años anteriores, particularmente de la propuesta de Page & Schroeder en 1982.^{2,8}

Las evidencias de ese tiempo no lejano, dejaban advertir alteraciones o cambios en las defensas del huésped como uno de los principales factores para clasificar las enfermedades periodontales, relacionado su posible inicio y a la velocidad de progresión en la pérdida de inserción.^{1,2,8,9,10}

Desde entonces se ha reconocido que la periodontitis sigue un curso episódico con una duración y frecuencia variable que determinan la presencia de sitios activos relacionados a la destrucción progresiva del soporte dentario.^{3,4,5,6,10}

Desafortunadamente no existe a la fecha una regla de oro que logre explicar y determinar los mecanismos que marcan el verdadero inicio y la progresión con que avanza

Cuadro 3. Clasificación A.A.P. (1989)

I.- Periodontitis del Adulto
II.- Periodontitis de Inicio temprano
A.- <i>Prepuberal</i>
1.- Generalizada
2.- Localizada
B.- <i>Juvenil</i>
1.- Generalizada
2.- Localizada
C.- <i>Rápida-progresiva</i>

una periodontitis, ya que la pérdida de inserción en una periodontitis puede progresar a velocidad variable, afectar a sitios diferentes, y atacar a diversos tipos de pacientes.^{10,11}

Resulta todavía complicado encuadrar a las enfermedades periodontales a factores tales como la edad del individuo o la presencia de determinados estados sistémicos que no siempre son una constante en cada caso de periodontitis.^{1,7}

La periodontitis más que una infección en los tejidos de soporte es una enfermedad inflamatoria crónica, y muchas de las formas de este tipo de enfermedad periodontal están asociadas a la placa bacteriana, y más específicamente a complejos microbianos patogénicos que colonizan y residen en el espacio subgingival formando bolsas patológicas donde interactúan de diversas formas con las defensas del huésped.^{12,13}

A la fecha son más de 500 especies microbianas las que han podido identificarse en la cavidad bucal, y un pequeño grupo de complejos bacterianos están relacionados a la etiopatogenia de las diversas entidades de la enfermedad periodontal. El término de placa bacteriana puede resultar inespecífico para determinar su papel en el desarrollo de la enfermedad periodontal.

En los paradigmas actuales se establece que la presencia de especies bacterianas patogénicas son necesarias pero no suficientes para desarrollar una periodontitis, remarcando que primero deben existir tipos de clones virulentos y factores genéticos cromosomales y extracromosomales para iniciar la enfermedad (*Socransky S. 1992*).¹³

Sabemos hoy en día que el inicio y progresión de una determinada enfermedad periodontal es modificado por condiciones locales o sistémicas llamadas factores de riesgo.

Cambios en el sistema de clasificación para las enfermedades periodontales

No obstante lo meticuloso del procedimiento, en la clasificación de 1989 no se incluyó un apartado para distinguir a las enfermedades gingivales. Por esa razón ahora en la nueva enmienda se contempla este inciso con una amplia y

detallada clasificación de lesiones y enfermedades que se desarrollan en la encía y que no sólo se confinan a las que tradicionalmente se han asociado a la presencia de placa bacteriana.

Uno de los puntos que más resaltan en esta nueva clasificación es que al término simple de gingivitis no siempre se debe asociar a una lesión gingival y debe considerarse una adición cuando existen:

- 1) Factores sistémicos tales como desórdenes del sistema endocrino,
- 2) Uso de ciertos medicamentos
- 3) Estados de malnutrición

I. Enfermedades gingivales (cuadro A)

A.- Enfermedad por placa dental

- 1 Gingivitis asociada únicamente a placa
 - a. Sin otros factores locales contribuyentes
 - b. Con otros factores locales contribuyentes
- 2 Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos
 - a. Asociadas al sistema endocrino
 - 1) en la pubertad
 - 2) en el ciclo menstrual
 - 3) en el embarazo
 - a) gingivitis
 - b) granuloma piógeno
 - 4) gingivitis en diabetes mellitus
 - b. Asociadas a discrasias sanguíneas
 - 1) Gingivitis en la leucemia
 - 2) otras...
- 3 Enfermedades gingivales influenciadas por medicación
 - a. Influenciada por drogas
 - 1) agrandamientos gingivales inducidos por drogas
 - 2) gingivitis influenciada por drogas
 - b. influenciada por anticonceptivos
 - c. otros
- 4 Enfermedades gingivales modificadas por malnutrición
 - a. gingivitis por deficiencia de ac. ascórbico
 - b. otros

(cuadro B) B.- Enfermedades gingivales no asociadas a la placa

- 1 Lesiones originadas por bacterias específicas
 - a. *Neisseria gonorrhoea*
 - b. *Treponema pallidum*

- c. *Streptococal* sp.
 - d. otras variedades
- 2 Enfermedad gingival de origen viral
 - a. infecciones por herpes
 - 1) gingivostomatitis primaria
 - 2) herpes oral recurrente
 - 3) varicela-zoster
 - b. otras
 - 3 Enfermedad gingival de origen fúngico
 - a. infecciones por *Candida* sp.
 - 1) Candidiasis gingival generalizada
 - b. eritema gingival lineal
 - c. histoplasmosis
 - d. otras
 - 4 Lesiones gingivales de origen genético
 - a. fibromatosis gingival hereditaria
 - b. otras
 - 5 Manifestaciones gingivales de ciertas condiciones sistémicas
 - a. desórdenes mucocutáneos
 - 1) liquen plano
 - 2) penfigoide
 - 3) pénfigo vulgar
 - 4) eritema multiforme
 - 5) lupus eritematoso
 - 6) inducido por drogas
 - 7) otros
 - b. reacciones alérgicas
 - 1) materiales dentales
 - a) mercurio
 - b) níquel
 - c) acrílico
 - d) otros
 - 2) reacciones atribuibles a
 - a) dentífricos
 - b) enjuagues bucales
 - c) aditivos del chicle
 - d) alimentos y aditivos
 - 3) otros
 - 6 Lesiones traumáticas (iatrogénicas, accidentales, incidentales)
 - a. químicas
 - b. físicas
 - c. térmicas
 - 7 Reacciones a cuerpo extraño
 - 8 No especificadas (NES)

II.- Periodontitis

Reemplazo de periodontitis del adulto por periodontitis crónica

La periodontitis en un paciente adulto puede resultar un hecho frecuente desde el punto de vista epidemiológico, sin que la edad sea el factor que determine la susceptibilidad para desarrollar alguna enfermedad periodontal destructiva.

Desafortunadamente la periodontitis no es detectada oportunamente, por lo que una lesión que inició a edad temprana, al no diagnosticarse, tratarse o controlarse, hace clásica la imagen del paciente adulto con dientes afectados periodontalmente. Este hecho refleja que entre más avanzada es la lesión periodontal mayor es la destrucción de los tejidos de soporte, por lo que se hace más evidente y más fácilmente la detecta el paciente o un dentista común.

El término de periodontitis del adulto ha resultado durante décadas un dilema para algunos académicos y una confusión para otros clínicos al tratar de acomodar una gama de lesiones destructivas durante un periodo específico. Dicho en otras palabras, no todas las periodontitis encontradas en un individuo adulto son iguales, ya que algunas formas pueden presentar un avance lento y otras presentar una forma de avance rápidamente progresivo.

II.- Periodontitis crónica

- A. Localizada
- B. Generalizada

El término de periodontitis crónica refleja un concepto tradicional de enfermedad no curable, pero esto no quiere decir que no sea controlable, o que no responda al tratamiento convencional. Y que un paciente que recibió una terapia periodontal debe continuar con un plan de mantenimiento o terapia periodontal de soporte para un control a largo plazo que permita evitar una recurrencia de la enfermedad.

III.- Reemplazo de periodontitis de inicio temprano por periodontitis agresiva

El término de periodontitis de inicio temprano fue usado en la clasificación de la A.A.P. en 1989 y los Europeos en 1993 también lo adoptaron para enmarcar un grupo de enfermedades periodontales destructivas que afectaban a pacientes jóvenes. Las formas cronológicas de las periodontitis parecían contemplar las diversas etapas en el desarrollo de un individuo; prepuberal, juvenil y rápidamente progresiva, pero la relación temporal en el probable inicio, y el momento en que es detectada puede generar igualmente dilemas o confusiones para clasificarla.

Una característica que parece constante en una periodontitis en individuos de corta edad es la evidente agresividad de la enfermedad por la destrucción tem-

prana de los tejidos de soporte dentario. Este tipo de periodontitis puede también no ser detectada oportunamente, y los cambios tan dramáticos dejan ver una notable destrucción en pacientes donde por lo regular no se correlaciona la cantidad de placa bacteriana a lo avanzado de la destrucción periodontal.

El término de periodontitis juvenil surge para diferenciar con criterios principalmente clínicos a la destrucción que se observa en un paciente adulto, y surge a demanda del reemplazo de arcaico nombre de *parodontosis*.

III.- Periodontitis agresiva

- A. Localizada
- B. Generalizada

Una periodontitis de inicio temprano detectada en un adulto joven confundía fácilmente a los clínicos, ya que resultaba un dilema en denominarla como una periodontitis rápidamente progresiva o periodontitis juvenil generalizada, resultando que en cualquiera de los casos la principal característica es la agresiva destrucción de los tejidos periodontales. El término de rápida progresión resultaba además difícil de afirmar cuando no se conocía el momento de su inicio.

Eliminación de la categoría separada de periodontitis refractaria

En la clasificación de 1989 se incluyó una categoría especial a la entidad de periodontitis refractaria. Este grupo heterogéneo de enfermedad periodontal se refiere a la continua progresión de una periodontitis en un paciente con excelente cooperación que ha recibido una adecuada terapia periodontal, pero que sus tejidos no responden favorablemente como sucedería con la mayoría de los pacientes. En la nueva clasificación la periodontitis refractaria no debe considerarse como un caso aislado para darle un apartado especial, por lo que el término de periodontitis refractaria puede aplicarse a todas las formas del nuevo sistema de clasificación (e.g. periodontitis refractaria crónica, periodontitis refractaria agresiva, etc.)

Otras adiciones y modificaciones

Resulta importante resaltar que en esta nueva clasificación se reemplazaron varios términos, y el de gingivitis ulcero-necrosante aguda y periodontitis ulcero-necrosante se agrupan ahora en *Enfermedades Periodontales Necrotisantes* al considerarse que estas entidades que pueden ser manifestaciones de problemas sistémicos como la infección por VIH. Y aunque se adiciona un apartado a las manifestaciones sistémicas, la PUN y GUN se asocian también a otros factores que predisponen el desarrollo del estado ulceronecrosante tales como el estrés emocional y el tabaquismo.

La adición de la categoría de *Abscesos en el Periodonto y Lesiones Endo-Periodontales*, no sólo se debe a que muchas veces en el curso de algunas enfermedades periodontales se desarrollan este tipo de lesiones, sino que su aparición requiere de un diagnóstico especial y por lo tanto de algunos cambios en las estrategias del tratamiento convencional.

En esta clasificación para las diversas condiciones y enfermedades periodontales nos da ahora un nuevo marco de referencia ante el inicio del tercer milenio, para que con ello se pueda ejercer clínicamente la determinación de un buen diagnóstico y desarrollar así una terapia periodontal con los métodos actuales en sus diversas formas de tratamiento.

Las clasificaciones al igual que los paradigmas irán cambiando conforme aparezcan nuevas evidencias o mayores datos respecto al conocimiento científico. Para una descripción más detallada de la nueva clasificación se recomienda revisar el volumen recientemente publicado en abril del 2000: *Annals Vol. 4, International Workshop for a Classification of Periodontal Disease and Conditions. Vol. 4 No.1, 1999.* y *Parameters of Care Supl.71 mayo 2000, págs. 847-883.*

IV.- Periodontitis con manifestaciones de enfermedades sistémicas

- A. Asociada con desordenes hematológicos
 - 1. Neutropenia adquirida
 - 2. Leucemias
 - 3. Otras
- B. Asociada con desórdenes genéticos
 - 1. Neutropenia cíclica y familiar
 - 2. Síndrome de Down
 - 3. Síndrome de deficiencia de adherencia de leucocitos
 - 4. Síndrome de Papillon-Lefevre
 - 5. Síndrome de Chediak-Higashi
 - 6. Síndrome de histiocitosis
 - 7. Enfermedad de almacenamiento de glucógeno
 - 8. Agranulocitosis genética infantil
 - 9. Síndrome de Cohen
 - 10. Síndrome de Ehlers-Danlos (tipo IV y VII)
 - 11. Hipofosfatasa
 - 12. Otras
- C. No especificadas (NES)

V.- Enfermedades periodontales necrotisantes

- A. Gingivitis ulcerativa necrosante (GUN)
- B. Periodontitis ulcerativa necrosante (PUN)

VI.- Abscesos en el periodonto

- A. Absceso gingival

- B. Absceso periodontal
- C. Absceso pericoronar

VII.- Periodontitis asociadas con lesiones endodóncicas

- A. Lesión combinada endoperiodontal

VIII.- Deformidades y condiciones del desarrollo y adquiridas

- A. Factores localizados al diente que modifican o predisponen la acumulación de placa que inducen enfermedad gingival y periodontitis
 1. Factores de la anatomía dentaria
 2. Restauraciones y aparatos dentales
 3. Fracturas radiculares
 4. Resorción radicular cervical y fisuras cementarias
 - B. Deformidades mucogingivales y condiciones alrededor del diente
 1. Recesión gingival y de tejidos blandos
 - a. superficies vestibulares y linguales
 - b. interproximal o papilar
 2. Falta de encía queratinizada
 3. Vestíbulo poco profundo
 4. Posición aberrante de frenillo / muscular
 5. Excesos gingivales
 - a. bolsa gingival (pseudobolsa)
 - b. margen gingival inconsistente
 - c. despliegue gingival excesivo
 - d. agrandamientos gingivales
 6. Coloración anormal
 - C. Deformidades mucogingivales y condiciones de procesos edéntulos
 1. Deficiencia horizontal / vertical del proceso
 2. Falta de tejido gingival queratinizado
 3. Agrandamiento de tejidos blandos/gingivales
 4. Posición aberrante de frenillo /muscular
 5. Vestíbulo poco profundo
 6. Coloración anormal
 - D. Trauma oclusal
 1. Trauma oclusal primario
 2. Trauma oclusal secundario
2. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999; 4(1).
 3. Hujoel PP, Løe H, Anerud A, Boysen H, Leroux H. The informativeness off attachment loss on tooth mortality. *J Periodontol* 1999; 70: 44-48.
 4. Jeffcoat MK, Reddy MS. Progression of probing attachment loss in adult periodontitis. *J Periodontol* 1991; 62: 185-189.
 5. Løe H, Anerud A, Boysen H, Morrison E. Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. *J Clin Periodontol* 1986; 13: 431-440.
 6. Løe H, Anerud A, Boysen H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, and extent of gingival recession. *J Periodontol* 1992; 63: 489-495.
 7. Machtei EE, Christerson LA, Grossi SG, Dunford R, Zambon JJ, Genco RJ. Clinical criteria for the definition of "established periodontitis." *J Periodontol* 1992; 63: 206-214.
 8. Page RC, Schroeder HE. Periodontitis in man and other animals. Basel, S. Karger, 1982: 1-330.
 9. Page RC, Bowen T, Altman LC et al. Prepubertal periodontitis. I. Definition of a clinical disease entity. *J Periodontol* 1983; 54: 257.
 10. Page RC, Altman LC, Ebersole JL et al. Rapidly progressive periodontitis: A distinct clinical condition. *J Periodontol* 1983; 54: 197.
 11. Prichard JF, Ferguson DM, Windmiller J, Hurt WC. Prepubertal periodontitis affecting the deciduous dentition and permanent dentition in a patient with cyclic neutropenia. A case report and discussion. *J Periodontol* 1984; 55: 114-122.
 12. Socransky SS, Haffajee AD, Goodson JM, Lindhe J. New concepts of destructive periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1984;11:21-32.
 13. Socransky SS, Haffajee AD. The bacterial etiology of destructive periodontal diseases: Current concepts. *J Periodontol* 1992; 63: 322-331.
 14. The American Academy of Periodontology. *Annals* Vol. 4, International Workshop for a Classification of Periodontal Disease and Conditions. Vol. 4 No.1, 1999.
 15. The American Academy of Periodontology. Proceedings of the Word Workshop in Clinical Periodontics Chicago: A.A.P. 1989, 1/23-24
 16. The American Academy of Periodontology. *Parameters of Care* Suppl. Vol. 71 No. 5 May 2000, 847-883.

Bibliografía

1. Albandar JM, Brown LJ, Brunelle JA, Løe H. Gingival state and dental calculus in early-onset periodontitis. *J Periodontol* 1996; 67: 953-959.

Reimpresos:

Dr. Agustín Zerón
 Damas 12 Desp. 4 San José Insurgentes
 México D.F. 03900
 Tel. 5598 55 29 Fax. 5615 09 34