



La salud bucodental no entiende de edad

Mitos y
leyendas
sobre
implantes

página
10

¿Implantes
dentales
sin hueso?

página
12



Entrevista
Dr. Edelmiro
Menéndez,
presidente de
la Sociedad
Española de
Diabetes (SED)

página
14

Radiografía
de las
enfermedades
bucodentales
en España

página
18

Nuevas
tendencias
en Periodoncia:
el futuro ya
está aquí

página
20



Avance



A fondo

La salud bucodental no entiende de edad

página
04

Al contrario de lo que se suele asumir, es la población anciana la que más interés suele mostrar por su salud bucodental. Al margen de cuestiones meramente estéticas, la posibilidad de mejorar la funcionalidad de la boca hace que las personas de edad avanzada sientan una mayor necesidad de acudir al dentista.



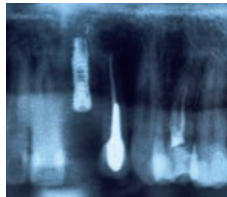
Prevención

Entrevista a
**Manuel
Campo Vidal**

página
09

Mitos y leyendas
sobre implantes

página
10



Tratamientos

¿Implantes
dentales
sin hueso?

página
12



Entrevista

Dr. Edelmiro
Menéndez,
presidente de
la Sociedad
Española de
Diabetes (SED)

página
14



Al día

La Periodontitis
se ceba con
el Síndrome
de Down

página
17



¿Sabías que...?

Radiografía de las
enfermedades
bucodentales
en España

página
18



Informe

Nuevas tendencias
en Periodoncia:
el futuro ya
está aquí

página
20



SEPA Divulgación

Se celebra, por
primera vez,
el 'Día Europeo
de la Periodoncia'

página
24



SEPA Divulgación

Campaña
'Cuida tus
Encías',
a todo tren

página
25



PRESENTACIÓN

Dr. Jaime Alcaraz Sintés
Director Científico de la revista
Cuida tus encías

“NUNCA ES TARDE PARA LA SALUD BUCODENTAL”

Tener una boca sana para mantener una buena salud general es una máxima que adquiere aún mayor relevancia en la tercera edad, que representa en España el 16% de la población. La prevalencia de las enfermedades de las encías ha aumentado significativamente en las personas mayores de 60 años, estando ya presente en el 90% de esta población.

En esta etapa de la vida se incrementa exponencialmente el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, respiratorias, reumáticas, diabetes, osteoporosis, obesidad... También es más habitual que se presenten enfermedades crónicas y el consumo de fármacos se multiplica; son, además, personas que suelen tener trastornos neurovegetativos que dificultan su adecuada higiene oral rutinaria y dificulta los tratamientos dentales. Por ello, es muy importante desarrollar programas de prevención adecuados para este grupo poblacional.

La Sociedad Española de Periodoncia y Oseointegración (SEPA) en los últimos años ha estado muy involucrada con otras sociedades científicas médicas en campañas de prevención y divulgación de las enfermedades periodontales, subrayando su relación con todas estas enfermedades generales. Por su rigor científico y su apuesta por la difusión de las enfermedades periodontales en la profesión odontológica, sanitaria y en la población general, SEPA se ha convertido en un referente que ahora quiere recordarle que para mejorar la salud bucodental, nunca es tarde... pero cuanto antes, mejor.

Cuida tus encías

Publicación divulgativa de la Fundación Española de Periodoncia e Implantes Dentales.

Edita: Fundación Española de Periodoncia e Implantes Dentales.
Sociedad Española de Periodoncia SEPA.

Junta Directiva:

Presidente:
David Herrera
Vice Presidente:
Adrián Guerrero
Secretario:
Antonio Bujaldón
Vocales
Regina Izquierdo · Antonio Liñares · Paula Matesanz · Mónica Vicario

Comité Editorial:

Director: Jaime Alcaraz
Coordinadores de Sección:
Gloria Calsina · Assumpta Carrasquer · Pedro Mir
Mónica Muñoz · Blas Noguero
Rosa Puigmal · María Cristina Serrano
Coordinadora de Junta:
Regina Izquierdo

Comité Científico Asesor:

Javier Aláñez · Francisco Alpiste · Sol Archanco
Antonio Bascones · Pedro Bullón · Agustín Casas
Montserrat Conill · Gonzalo Hdez. Vallejo · Berta Legido
José Nart · Silvia Roldán
Francisca Rubio · Alberto Sicilia · Fabio Vignoletti

Dirección del Proyecto y

Equipo de Comunicación:
Dirección: Javier García
Coordinación: Eugenia Huerta
Redacción: Francisco Romero
Diseño Editorial: Juan Aís
Ilustraciones: Gonzalo Herrero
Impresión: Gráficas Muriel

Para más información:
Tel.: 913 142 715
www.cuidatusencias.es
www.sepa.es
sepa@sepa.es

Depósito legal: M-21249-2011

Sección patrocinada por

COREGA®

La población anciana es la que más interés suele mostrar por su salud bucodental. Se empieza a resquebrajar la clásica y nociva concepción tradicional que identifica enfermedad y tercera edad. En el ámbito de la boca, la edad no está reñida con la salud.

La salud bucodental no entiende de edad



El aumento de la esperanza de vida

ha hecho que en las últimas décadas se incremente de manera considerable el número de personas mayores de 65 años. En España más del 16% de la población superan esa edad. En un mundo moderno con gran capacidad tecnológica, es ya posible preparar a los hombres y mujeres para que lleguen a una vejez en las mejores condiciones de salud posible para así poder disfrutar de un bienestar más pleno, facilitando su inclusión y participación social. Sin duda, la salud bucodental es un factor clave para añadir años a la vida, y también vida a los años.

Vejez ≠ enfermedad

El envejecimiento no debe ser sinónimo de pérdida de salud, aunque es cierto que la salud es una de las preocupaciones básicas de las personas mayores. Sin embargo, entre los mayores existe cierta tendencia a sobrevalorar su buen estado de salud, lo que unido al hecho de que estos pacientes expresan una

La salud bucodental es un factor clave para añadir años a la vida, y también vida a los años

menor sintomatología lleva en muchas ocasiones a que no reciban el tratamiento pertinente o a retrasarlo (lo que hace que los tratamientos sean menos efectivos).

Por eso, se aconseja desarrollar programas de prevención adecuados a este grupo de población. El éxito de estos programas depende, en gran parte, de que se asuma la relación bidireccional que hay entre la salud general y la salud bucodental. Hay muchas enfermedades sistémicas, que son especialmente frecuentes en los ancianos (como la diabetes o determinados trastornos cardiovasculares), que de manera directa o indirecta influyen en la salud bucodental: bien porque lesionen la boca o porque incrementen trastornos ocasionados por la mayor acumulación de placa bacteriana. Pero, además, algunas enfermedades bucales (como

SECCIÓN COORDINADA POR:

Dra. Assumpta Carrasquer.
Profesora del Máster de Periodoncia e Implantes.
Facultad de Odontología de Valencia.

La opinión de los expertos



“Las enfermedades crónicas, la polimedicación y la posibilidad de trastornos neurodegenerativos condicionan el tratamiento dental”

Prof. Dr. Gerardo Gómez-Moreno. Profesor Titular de Odontología en Pacientes Especiales. Director del Máster de Periodoncia e Implantes de la Universidad de Granada.



“La prevención y tratamiento precoz de los problemas de la encía, ayuda a conseguir en la edad adulta una mejor calidad de vida”

Lorenzo de Arriba de la Fuente. Doctor en Odontología y Postgrado en Periodoncia por la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Profesor Asociado de la Facultad de Odontología de la UCM.



El estado general del paciente condicionará el enfoque del tratamiento periodontal, y la utilización o no de técnicas quirúrgicas

la periodontitis) comparten las mismas causas.

La boca también envejece

Los cambios que se producen a lo largo de los años en las estructuras orales se adaptan a las variaciones propias que induce la edad, por lo que en muchas ocasiones no deben ser considerados como trastornos o enfermedades.

Estos son los principales procesos fisiológicos del envejecimiento bucal:

- Esmalte: Desgaste, diente más amarillo y menos transparente, aparecen grietas y fisuras, se decolora por procesos corrosivos. Las coronas de porcelana adyacentes a dientes envejecidos van pareciendo menos naturales.
- Cemento¹: Aumenta su grosor, y se oscurece.

- Dentina²: Disminución de la sensibilidad y de la permeabilidad de los dientes.
- Estrechamiento progresivo del canal pulpar. Aumentan las calcificaciones pulpares. Cambios que dificultan el éxito de los tratamientos.
- Pulpa³: Disminuye el volumen pulpar y se reduce la vascularización, lo que convierte a la pulpa en una estructura más vulnerable y a la vez menos sensible a los estímulos externos. Menor capacidad de regeneración.

También se pierde tejido dentario

La pérdida de tejido dentario no provocada por caries es uno de los problemas que aumentan su prevalencia en la vejez, debido a la mayor conservación de los dientes en los mayores. Son problemas difíciles de tratar y de diagnosticar. Son frecuentes problemas tales como la atricción (o desgaste dental por el contacto de diente contra diente), la abrasión (o desgaste por la fricción de un cuerpo externo, como un cepillado excesivo), o la erosión dental (debida a factores como ►

Nunca es tarde, pero mejor pronto

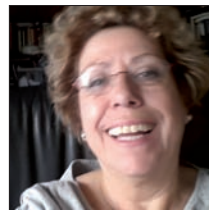
Para evitar cualquier enfermedad, la prevención es la clave, sobre todo si se realiza precozmente. En el caso de la salud bucodental, nunca es tarde para iniciar una serie de medidas higiénicas y la adopción de determinados hábitos saludables, y también se alcanzan beneficios; sin embargo, cuanto antes se adopten estos cambios mayores y mejores serán los resultados obtenidos.

La importante reducción de los casos de caries infantil y juvenil que se ha registrado en las últimas décadas (sobre todo debido al uso generalizado de los dentífricos fluorados) está posibilitando que muchas personas adultas vislumbren la vejez con una mejor salud oral.



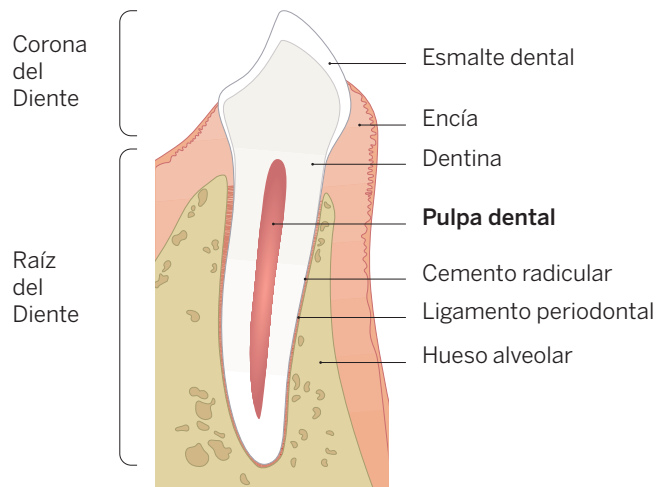
“La higiene, el cepillado tras las comidas (incluidas las prótesis), los autocuidados y la prevención son fundamentales también en los mayores”

Andrés Blanco Carrión. Prof. Titular de Medicina Oral y Responsable de Gerodontología de la Universidad de Santiago de Compostela. Expresidente de la Sociedad Española de Gerodontología.



“Han de ser conscientes de que la calidez de los gestos, las palabras, las sonrisas y los besos dependen de una buena salud bucodental”

Pilar Serrano Garijo. Especialista en Geriatría Jefa del Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo Dirección General de Mayores y Atención Social. Ayuntamiento de Madrid.



Envejecer sí, pero con dientes

Ya es una realidad el descenso acusado de personas dentadas, especialmente en la tercera edad, y se espera que en un futuro próximo se consolide aún más esta tendencia.

Los expertos auguran que cada vez será más habitual que las personas mayores posean prácticamente todos sus dientes; al mismo tiempo, predicen que aquellos que padezcan más problemas de salud oral demandarán más tratamientos de prótesis y de restitución de dientes.

También en la Tercera Edad se acabó la moda de solucionar los problemas de la boca cortando de raíz, siendo infrecuente los pacientes que se resignan a extracciones dentales para solucionar sus problemas.

la ingesta de bebidas ácidas, los vómitos frecuentes o el reflujo gástrico).

¿Y qué más cambios se producen en mi boca?

- **Dificultad para masticar.** La falta de dientes es un factor determinante en el deterioro de la función masticatoria. Hay una correlación entre el número de dientes y la fuerza de mordida.
- **La mucosa bucal pierde elasticidad y los tejidos se adelgazan.** Los pacientes portadores de prótesis removibles son más susceptibles de padecer cambios en las mucosas debido a los efectos adversos que éstas pueden provocar, siendo esencial instruir al paciente en los cuidados higiénicos de estas prótesis.
- **Ligera pérdida del sentido del gusto y el olfato** en portadores de prótesis con mala higiene oral.
- **Alteraciones en la saliva.** La saliva es muy importante en el mantenimiento de la salud oral, por los mecanismos de defensa física, inmunológica y química que ésta aporta.

Es frecuente a estas edades la sensación subjetiva de sequedad de boca (xerostomía), que en muchos casos se debe a una patología sistémica o al uso de ciertas medicaciones.

Cada vez hay más personas mayores con todos sus dientes y, por tanto, con problemas dento-gingivales

Opciones terapéuticas en los mayores

Básicamente, el tratamiento odontológico en pacientes mayores no difiere, en esencia, del que se lleva a cabo en otros pacientes de cualquier edad. Salvo tener en cuenta algunas recomendaciones básicas de sentido común, el abordaje de las enfermedades es idéntico:

- Si hay lesiones en los tejidos blandos orales (muy frecuentes en las personas mayores, tanto relacionadas con el uso de prótesis como lesiones primarias o derivadas del uso de fármacos), se debe acudir al odontólogo.

La opinión de los expertos



“Es necesario desmitificar determinados estereotipos, algunos procesos no forman parte del envejecimiento sino que constituyen verdaderas enfermedades bucodentales”

Primitivo Ramos Cordero. Geriatra. Secretario General de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.



“Las piezas dentarias son necesarias en el proceso de la deglución de alimentos, y evitar su pérdida es esencial para prevenir importantes enfermedades”

Rosa López Mongil. Geriatra. Jefe de Sección de Servicios Sociales Centro asistencial Dr. Villacián. Valladolid.

Radiografía de la enfermedad periodontal en el anciano

En general, las características periodontales de los pacientes mayores implica:

- Pérdida de soporte dental.
- Recesiones gingivales.
- Gran acúmulo de placa y cálculo.

Las lesiones de la mucosa oral más frecuentes son la lengua fisurada y las lesiones asociadas a portadores de prótesis:

- Candidiasis.
- Úlceras traumáticas.
- Queilitis comisural (o 'boqueras').

- No se deben obviar la úlceras, que los pacientes portadores de prótesis removibles pueden asociar a éstas. Hay que llevar especial cuidado con aquellas úlceras, que aun siendo de origen traumático, no desaparecen al eliminar la causa que las provocó.
 - Si hay caries, se puede llevar a cabo un tratamiento restaurador o endodóntico. El enfoque del tratamiento va a depender del tipo de caries y de las condiciones generales del paciente.
- La aparición brusca de caries en un paciente mayor, puede indicar una diabetes tipo 2 sin diagnosticar.
- Ante casos de polícarías agudas, no se tratan como lesiones dentarias aisladas sino como una enfermedad bucodental.
- La probabilidad de éxito de los tratamientos de endodoncia en los adultos mayores es la misma que en los jóvenes. La edad no es una contraindicación para la endodoncia, pero hay que valorar que el diente sea reconstruible, que los conductos sean accesibles y se puedan trabajar, que tenga buen pronóstico periodontal y que sea un diente útil.
 - Si se precisa un tratamiento periodontal, la edad no es ninguna limitación, pero sí el estado del paciente.
- Los cambios fisiológicos de las personas ▶



¡Quítate años de encima: resuelve tu halitosis!



Estadísticamente está documentado que el mal aliento, o la conocida halitosis, es más frecuente en las personas de edad avanzada y, sobre todo, en los hombres. Tradicionalmente se ha asociado, casi de forma indisoluble, el mal olor de boca con la vejez, considerándose casi como un fenómeno normal. Sin embargo, no lo es: la halitosis es un problema de salud, que tiene una curación sencilla y eficaz y que puede acarrear no solo implicaciones personales, sino también sociales, afectando

negativamente a la calidad de vida.

Más de un 90% de los casos de halitosis tienen su origen en la boca y están relacionados con patología oral (sobre todo por las enfermedades de las encías) y/o falta de higiene bucodental. Así que si quiere estar sano y parecer más joven, la solución es sencilla: acuda a su odontólogo para que investigue el posible origen patológico de esa halitosis y para que establezca las medidas higiénicas adecuadas.

Glosario

- 1. Cemento:** es el tejido mesenquimal calcificado encargado de cubrir y proteger la totalidad de la superficie radicular del diente, desde el cuello anatómico hasta el ápice.
- 2. Dentina:** es un tejido muy mineralizado, compuesto un 70% de material inorgánico (de cristales de hidroxiapatita), alrededor de un 20% de base orgánica y un 10% de agua.
- 3. Pulpa:** es el conjuntivo ubicado en la cavidad del diente, muy ricamente vascularizado e innervado. Posee funciones de nutrición, sensoriales, de protección y nutritivas.

El paso de los años en 5 cambios

Los dientes, con el tiempo, sufren cambios tanto a nivel macroscópico como a nivel de composición de los tejidos dentarios.

En los dientes del paciente mayor encontramos:

- 1 Superficies masticatorias más lisas.**
- 2 Mayor prevalencia de caries** entre los dientes a nivel de la línea que une el esmalte al cemento de la raíz debido a una higiene deficiente.
- 3 Mayor prevalencia de caries radiculares** asociadas a recesiones gingivales
- 4 El esmalte** tiene menor espesor.
- 5 La dentina** está más mineralizada.

mayores, así como su estado general, van a condicionar la evolución y el tratamiento de la periodontitis.

- La respuesta inmune está disminuida, así como la capacidad de regeneración y cicatrización de los tejidos, pero esto se compensa con una menor reacción inflamatoria ante la presencia de bacterias.
- Es fundamental acudir a visitas de mantenimiento periodontal de forma periódica donde se controlará la evolución de la enfermedad, el control de la placa bacteriana, se motivará en técnica de higiene bucodental y se realizará una higiene profesional. En personas mayores, además, se aplicarán barnices de flúor en las raíces expuestas para minimizar el riesgo de caries.
- Es indispensable el control de la placa bacteriana por parte del paciente; si no es capaz de ello, habrá que aumentar la frecuencia de mantenimientos periodontales
 - Si se indica un tratamiento de prótesis, se sigue la misma estrategia que en el resto de paciente. En general los criterios para los tratamientos para la reposición de los dientes perdidos son los mismos que para los adultos jóvenes.
- La prótesis fija, bien sobre dientes o sobre

implantes, debe ser la primera elección siempre que sea posible. Se deben mantener limpias las prótesis para evitar problemas periodontales y de caries, que pueden llevarle al fracaso de dichas prótesis.

- Las prótesis removibles quedarán para cuando no es posible el acceso a una prótesis fija y, en muchos casos, como paso previo a una dentadura completa.
 - Y si se opta por un tratamiento con implantes, generalmente tampoco existe contraindicación.
- Las personas mayores son cada vez más propensas a utilizar implantes dentales
- Además, al aumentar la esperanza de vida, se producen mayores reabsorciones óseas con el uso de prótesis completas removibles, llegando un momento en el que la estabilidad y retención de la prótesis en boca se hace imposible.
- No hay límite de edad para la colocación de implantes. El proceso de osteointegración y de cicatrización de tejidos blandos es similar en el adulto mayor sano que en el adulto joven, y está demostrado que una prótesis sujeta con implantes aumenta la capacidad masticatoria del paciente respecto a las completas removibles. ■

“LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS APORTAN VARIEDAD Y CALIDAD A LA COMUNICACIÓN EN SALUD”

MANUEL CAMPO VIDAL
PERIODISTA Y PRESIDENTE DE LA ACADEMIA DE LA TELEVISIÓN

¿La información en salud resulta de interés para la población general?

La información de salud interesa mucho a los ciudadanos. Mi experiencia, tanto en los telediaros de TVE como de Antena 3, me ha confirmado esta creencia. Cada vez que se difunde por televisión una noticia de salud, bien hecha y argumentada, se eleva la audiencia. Y lo mismo sucede con la prensa escrita.

¿Cómo cree que se está abordando este tipo de información en los medios generalistas que existen?

La crisis económica ha hecho que los medios de comunicación en general, y la prensa escrita en particular, pierdan en experiencia y especialización en sus redacciones. Esto es especialmente grave y preocupante en el caso de la información de salud, puesto que significa que uno de los contenidos informativos que más les interesa a los ciudadanos y que tiene tanta trascendencia sociosanitaria y económica sean abordados de forma poco profesional. Sin duda, esto no es una buena noticia. La crisis nos ha hecho retroceder en experiencia y especialización en la difusión de noticias.

En el ámbito de la televisión, ¿cree que se tiene suficientemente atendida esta demanda de información en salud?

En general, la tendencia es correcta, pero sería importante evitar algunas excepciones. Me preocupa, sobre todo, el exceso de sensacionalismo que, por otro lado, está inundando algunas cadenas y programas de televisión.

¿Y la comunicación por medio de redes sociales...?

Cualquier medio de comunicación puede resultar interesante y útil, siempre y cuando se utilice con sensatez y rigor. El problema de Internet, en general, y de las redes sociales, en particular, es la credibilidad. Pero, en cualquier caso, creo que estamos en los albores de un nuevo tipo de comunicación y espero que poco a poco vayamos perfeccionando el uso de estos nuevos recursos.

En concreto, sobre salud bucodental, ¿cómo valora la información que le llega a los ciudadanos?

Como usuario habitual de los servicios odontológicos, y conociendo el enorme impacto que tienen las enfermedades bucodentales, detecto una cierta falta de sensibilidad y de atención por parte de los medios de comunicación de masas sobre las implicaciones que tienen estas enfermedades en la salud y sobre las innovaciones que se están produciendo constantemente en este ámbito.

Hay cierta falta de sensibilidad en los medios sobre las implicaciones que tienen las enfermedades bucodentales

¿Cómo valora el papel que juega, a nivel divulgativo, las sociedades científicas?

Es crucial, puesto que es sobre todo gracias al empuje y el rigor de muchas de estas sociedades



UN PERIODISTA TODOTERRENO...

Y MUCHO MÁS. Manuel Campo Vidal (@mcampovidal) es periodista, Ingeniero Técnico Industrial y doctor en Sociología. Pero es mucho más: ha sido la cara amable, profesional y rigurosa que ha acompañado el devenir informativo de muchos españoles en las últimas tres décadas. En estos momentos, entre otros cargos, ejerce como presidente de la Academia de la Televisión. A pesar de su apretada agenda, ha hecho un hueco a la revista Cuida tus Encías, editada por la Fundación SEPA.

científicas, como es el caso de SEPA, que están consiguiendo situar en primera plana de la información diaria los retos y avances que se registran en el ámbito de la salud e higiene bucodental. La irrupción de las sociedades científicas como generadoras de contenido informativo está aportando variedad y calidad a la comunicación en salud. ■

SECCIÓN COORDINADA POR:

Dra. Gloria Calsina.
 Certificado en Periodoncia.
 Universidad del Sur de California, USA.

Los implantes dentales son un recurso terapéutico útil y frecuente para solucionar problemas funcionales y/o estéticos en la boca. Sin embargo, subsisten algunas falsedades y mitos.

Implantes dentales

El tratamiento con implantes dentales es un procedimiento sencillo pero que requiere una adecuada planificación y una completa explicación. Mediante prótesis colocadas sobre implantes, es posible recuperar la estética y la función correcta de la boca motivada por la pérdida de una o más piezas dentales. Sin embargo, para garantizar el éxito de esta medida terapéutica se deben conocer y superar algunos mitos y mentiras.

No me puedo poner implantes porque no tengo suficiente hueso

Actualmente, se puede preparar adecuadamente el hueso para la colocación posterior del implante.

Incluso, en pacientes que no tengan suficiente altura o anchura de hueso maxilar, se pueden ya colocar injertos óseos provenientes del mismo paciente o de un banco de huesos, injertos con materiales sintéticos o materiales biológicos. Posteriormente, una vez conseguido el nivel óseo necesario, será posible colocar los implantes.

Los implantes dentales pueden sufrir alergia o rechazo

Los implantes no sufren alergia ni rechazo, ya que el titanio tiene una excelente biocompatibilidad con los tejidos del organismo humano que los toleran sin reacciones alérgicas del sistema inmunitario.

Lo que sí puede ocurrir es que no se consiga la osteointegración¹ necesaria para mantener adecuadamente el implante en boca. Esta falta de osteointegración puede deberse a problemas técnicos

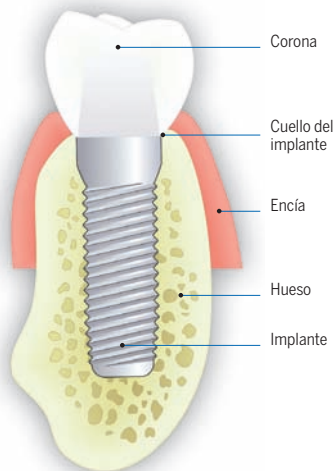
El tratamiento con implantes dentales es un procedimiento sencillo pero que requiere una adecuada planificación y una completa explicación

durante la cirugía por parte del profesional (insuficiente formación, entorno quirúrgico inadecuado...) o a problemas dependientes del paciente (tipo de hueso del paciente y/o existencia de factores de riesgo, como determinadas enfermedades, tabaquismo o mala higiene).

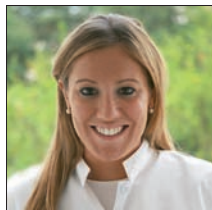
Los implantes dentales son solo para las personas mayores que han perdido sus dientes

Los implantes se pueden colocar cuando el hueso maxilar y mandibular hayan terminado su periodo de crecimiento óseo (a partir de los 18 años aproximadamente).

A partir de esos años, no hay limitaciones de edad y cualquier momento es bueno para aquellos pacientes que presenten ausencia de uno o más dientes, siempre y cuando tengan unos buenos hábitos de higiene y no presenten enfermedad periodontal sin tratar.



La opinión de los expertos



“La selección del implante, su colocación, la manipulación de tejidos y el mantenimiento, requiere de profesionales bien formados en periodoncia, cirugía y la rehabilitación oral”

Dra. Carolina Mor: Máster en Periodoncia (UIC). Coordinadora de la Residencia Clínica en Periodoncia de la U. Internacional de Catalunya.



“Afortunadamente, a día de hoy, disponemos de diversas técnicas que nos permiten aumentar la disponibilidad ósea de una manera predecible y con una baja morbilidad”

Dr. Juan José Aranda. Máster en Periodoncia (UCM). Profesor de Postgrado de Periodoncia e Implantes (U.S., U.C.M. y U.A.H./H.C.D. “Gómez-Ulla”)

les, mitos y mentiras

Cualquier dentista puede colocar implantes

El profesional dental que coloque los implantes debe estar muy bien formado y capacitado en implantes y cirugía implantológica.

La terapéutica de implantes precisa de grandes conocimientos y de una importante pericia. El profesional que lleve a cabo esta intervención no solo ha de estar bien formado en implantes, sino que debe estar bien preparado para llevar a cabo y evaluar el estudio radiológico de la zona a implantar, y tiene que saber realizar un plan de tratamiento adecuado. Este profesional debe valorar la necesidad de tratamiento periodontal, protésico, rehabilitador, ortodóntico y oclusal, así como conocer y actuar frente a los factores de riesgo que presente el paciente.

La colocación de implantes es un tratamiento largo y doloroso

La colocación del implante se realiza con anestesia local o, si se desea, con sedación intravenosa, por lo que no es una intervención dolorosa.

El postoperatorio, en general es poco molesto si se siguen las recomendaciones del cirujano. La colocación del implante es rápida aunque, si simultáneamente se requieren técnicas de aumento de hueso, se alarga el tiempo intraquirúrgico y las

molestias postoperatorias.

Una vez colocado el implante generalmente se debe esperar unos meses para su oseointegración y para la colocación de los dientes o coronas definitivas. Durante este tiempo se pueden utilizar prótesis provisionales. En zonas estéticas, y siempre que se cumplan unos requisitos especiales, se puede colocar la corona provisional el mismo día que el implante.

Los implantes son para siempre y duran toda la vida

Si no se cuidan correctamente, los implantes pueden durar menos de lo previsto.

El paciente debe cuidar su boca en general, dientes e implantes, mediante una excelente higiene oral, combinado con visitas periódicas de control y mantenimiento periodontal e implantológico (cada 4-6 meses). Los implantes pueden sufrir inflamaciones (mucositis) o infecciones (periimplantitis²) si no se controlan correctamente los factores de riesgo; entre ellos: la correcta higiene bucal, el tabaco y la enfermedad periodontal en los dientes del paciente. Los implantes dentales, bien cuidados, pueden durar toda la vida o, por lo menos, pueden extender su vida media útil durante muchísimos años.

Los implantes no se tienen que cuidar

Una vez colocados los implantes, se han de cuidar igual que cuidamos los dientes. Como los dientes naturales, un implante dental precisa de una correcta higiene bucodental para evitar enfermedades como la mucositis o periimplantitis.

Muchas personas creen que si se extraen todos los dientes y se colocan implantes “se acaban todo los problemas”. Además, se suele considerar que los implantes, al ser de materiales tales como el titanio, no está expuestos a infecciones y no tienen el riesgo de deteriorarse y perder funcionalidad. Pero eso no es cierto, ya que los implantes, al igual que los dientes, precisan de controles e higiene profesional periódicos, siendo imprescindible una excelente higiene bucal para mantenerlos sanos y libres de infección. ■

Glosario

1. Osteointegración: conexión directa estructural y funcional entre el hueso vivo y la superficie de un implante sometido a una carga funcional.

2. Periimplantitis: reacciones inflamatorias patológicas en el tejido blando y duro que rodea a un implante osteointegrado. Es una de las principales causas de pérdida de implantes dentales.



“Los implantes se encuentran en desventaja frente a los dientes a la hora de defenderse de la placa bacteriana, por ello aún es más importante mantener una higiene adecuada”

Dr. Ignacio Sanz Martín. Certificado en Periodoncia e Implantes. Tufts University. Diplomado en Periodoncia por la AAP.



“Tras un fracaso prematuro de un implante se podrá reponer perfectamente una vez cicatrizada la herida, sin mayor riesgo de fracaso”

Dr. Ramón Lorenzo Vignau. Máster en Periodoncia e Implantes por la Universidad Complutense de Madrid. Board Europeo en Periodoncia por la European Federation in Periodontology.

¿Implantes dentales sin hueso?

Todo es posible

Colocar un implante no siempre es posible cuando no existe en la boca hueso suficiente para facilitar su sujeción; ahora, con los avances tecnológicos y con la regeneración ósea, cada vez son más los pacientes con poco hueso bucal que pueden recibir un implante.

Una vez que el paciente se ha planteado

reponer una ó varias piezas dentales ausentes con implantes, su dentista valorará entre otros parámetros si hay hueso suficiente para colocarlos o no.

Se deberá valorar si hay suficiente altura y suficiente anchura, puesto que el implante tiene que estar en contacto con el hueso a lo largo y ancho de su superficie para que la prótesis final sea óptima funcional y estéticamente.

Soluciones a pedir de boca

Las características anatómicas son diferentes en el maxilar superior y en el inferior, por lo que la falta de hueso plantea problemas diferentes y requiere soluciones distintas según en qué maxilar exista este déficit.

En el maxilar superior

- Si la falta de hueso se sitúan en el sector posterior del seno maxilar, esto condiciona la altura ósea disponible. Ésta es una cavidad neumática que no se debe invadir al colocar implantes, porque se podría provocar una sinusitis
- Si donde existe un déficit de hueso es en el sector anterior del maxilar superior, sobre todo se debe tener en cuenta que siempre que

se pierde una pieza dental se produce una remodelación ósea que hace que, aunque se pueda colocar un implante, la prótesis final no quede del todo estética. Además en el sector anterior también es importante tener en cuenta la situación del suelo nasal para no perforarlo al colocar los implantes. Para determinar el diámetro del implante debe tenerse en cuenta que el maxilar se ensancha conforme se transcurre hacia sectores más posteriores.

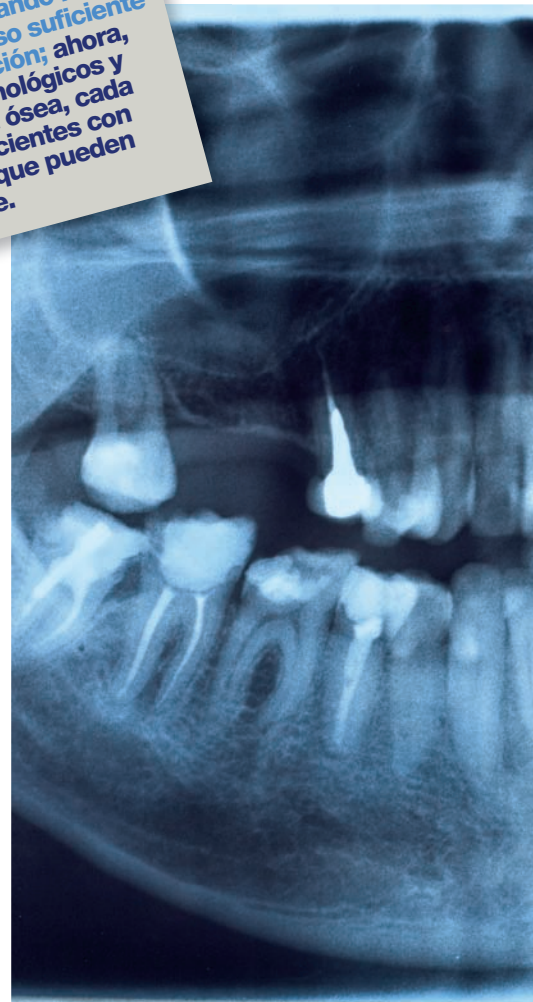
En el maxilar inferior, hay que medir a qué altura se encuentra el nervio dentario y la salida del nervio mentoniano. Se mide el hueso disponible desde ambos hasta el borde superior de la mandíbula y esa será la altura de hueso disponible; si se invaden estos límites se podrían dañar los nervios y causar parestesias (zonas anestesiadas) temporales ó permanentes.

¿Y si me falta hueso en altura?

Actualmente no resulta un impedimento para la colocación de implantes el hecho de que haya poca altura o poca anchura de hueso. Hoy en día, en realidad, se pueden colocar implantes prácticamente en cualquier situación... por poco hueso que haya.

Actualmente existen implantes más cortos (de 6 ó 4 mm de longitud), pero eso trae consigo una menor superficie de soporte para la restauración, que en ocasiones se intenta suplir dando mayor anchura al implante. Por eso esta opción se suele dejar para casos en los que se ponga más de un implante y la calidad de hueso sea óptima para no comprometer los resultados a largo plazo de la restauración.

Otra opción es crear esa altura ósea que no hay. En este caso, el abordaje del tratamiento



La opinión de los expertos



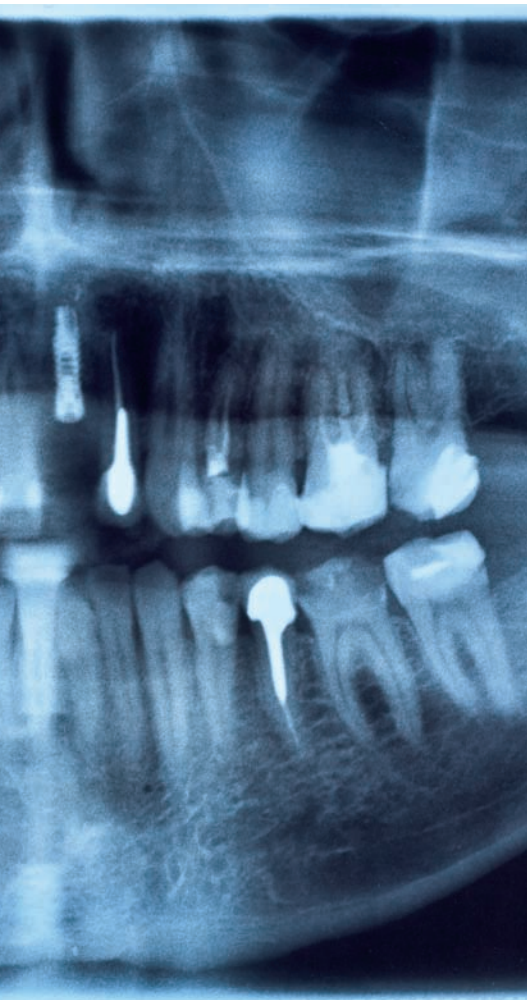
“Hoy en día, en la mayor parte de los casos, el déficit óseo en anchura no es un problema y su tratamiento, mediante diferentes técnicas, es muy predecible”

Dr. Luis Antonio Aguirre. Diplomado en Periodoncia Clínica por la Universidad de Gotemburgo. Profesor Titular de Periodoncia en la Universidad del País Vasco (UPV/EUH).



“Cuando se hace necesario un aumento de hueso en el maxilar superior, una buena solución es la regeneración ósea guiada, con la utilización de diversos biomateriales y membranas de regeneración”

Dr. Alberto Ortiz-Vigón. Máster de Periodoncia e Implantes por la UCM. Profesor colaborador de la UCM.



Hoy en día se pueden colocar implantes prácticamente en cualquier situación... por poco hueso que haya

con implantes varía dependiendo de si la falta de hueso es vertical (menos altura de hueso) u horizontal (menos anchura de hueso), o ambas.

En el maxilar superior. Si la falta de altura se debe a la presencia de un seno maxilar

bajo, se puede realizar una elevación de seno y se coloca un injerto de hueso para situar los implantes de una longitud adecuada. También se puede optar por colocar un injerto de hueso sobre el maxilar para de nuevo, y tras unos meses de cicatrización, colocar los implantes.

En la mandíbula. Si no hay suficiente altura de hueso, se puede modificar la posición del nervio dentario y colocar implantes (pero el riesgo de una lesión nerviosa hace que esta sea una opción infrecuente). También se puede colocar un injerto sobre la mandíbula. Otra opción es hacer crecer el hueso mediante distractores mandibulares¹; esto precisa de una cirugía previa a la colocación de implantes, siendo una opción que casi no se usa con este propósito.

¿Y si falta anchura?

Para aquellos casos en los que el problema proviene de que la anchura ósea es menor a la deseada, la opción más habitual pasa por la utilización de injertos de hueso. Sobre estos se sitúa una membrana protectora, que puede ser reabsorbible o no.

Por lo tanto, actualmente es posible colocar implantes casi en cualquier localización por poco hueso que hay. Sin embargo, hay que valorar otros parámetros, como el estado de salud general, si el paciente es fumador o no...para finalmente decidir si el tratamiento con implantes es la mejor opción en cada caso en concreto. ■

Glosario

1. Distractores mandibulares: aditamentos que se fijan a la mandíbula en dos puntos diferentes y que se van activando de manera que hacen que la mandíbula “crezca” en altura.

Injertos: ¿cuáles?

Para hacer posible un implante dental en una zona de la boca carente de hueso suficiente, en muchas ocasiones se precisa del uso de injertos. Existen diferentes tipos de injertos pueden ser autólogos (del propio paciente) o xenoinjertos (pueden ser humanos o de animales, así como de materiales sintéticos). Los injertos autólogos pueden ser intra ó extraorales (de cadera, tibia...).

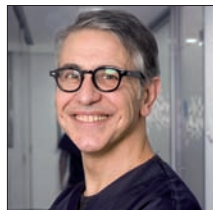
Mejorando la función, pero también la estética

Cada vez con más frecuencia, y de forma casi rutinaria a pesar de tener altura y anchura suficiente de hueso, para colocar un implante en una zona estética se realiza tras la extracción dental una preservación de cresta. Consiste en colocar un injerto óseo, injerto de encía, y generalmente una membrana, para minimizar la pérdida y remodelación ósea que tiene lugar cada vez que se pierde una pieza dental. De esta forma se logra el resultado funcional y estético más parecido a lo que nos da la naturaleza.

SECCIÓN COORDINADA POR:

Dra. Mónica Muñoz.

Máster en Periodoncia Universidad Complutense de Madrid.
Certificado en Implantología. Universidad del País Vasco.



“Las mandíbulas con poco hueso son uno de los principales desafíos en la rehabilitación con implantes. Por su parte, los implantes cortos o la regeneración ósea han aportado soluciones predecibles y seguras”

Dr. Pedro Buitrago. Especialista en Estomatología y Máster en Periodoncia. Profesor Universidad de Valencia.



“El avance en nuevos materiales y técnicas permite actualmente conseguir resultados estéticos y funcionales de altísima calidad”

Dra. Mónica Vicario.

Doctora en Odontología y Profesora Asociada Máster de Periodoncia e Implantes Universitat Internacional de Catalunya (UIC).

SECCIÓN COORDINADA POR:

Dr. Blas Noguero.

Máster en Periodoncia Universidad Complutense de Madrid. Expresidente de SEPA.

“LAS ALTERACIONES BUCODENTALES SON UNA COMPLICACIÓN MÁS DE LA DIABETES”

DR. EDELMIRO MENÉNDEZ
PRESIDENTE
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE DIABETES (SED)

El riesgo de padecer diabetes y la posibilidad de controlarla de manera satisfactoria depende en gran parte de la salud bucodental y, en particular, la salud periodontal. Esta realidad ha hecho que en los últimos años se acelere y potencie la colaboración entre endocrinólogos y odontólogos. La máxima expresión de esta vinculación se constata con el inicio de proyectos comunes entre la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA) y la Sociedad Española de Diabetes. El Dr. Edelmiro Menéndez ha sido recientemente elegido presidente de la SED y destaca en esta entrevista algunos aspectos de interés sobre la diabetes y su interrelación con la salud bucodental.

¿Cómo calificaría la situación actual de la prevención de la diabetes mellitus en nuestro país? ¿vamos para adelante o se está evidenciando algún retroceso?

No avanzamos lo suficiente en este aspecto. Para luchar contra la diabetes, es necesario realizar acciones de prevención más proactivas. Existen métodos sencillos para detectar personas de riesgo y no se está haciendo lo suficiente para ponerlos en práctica. Es necesario realizar un diagnóstico lo más precoz posible para prevenir su evolución. Se debe detectar la prediabetes y tomar ya las medidas necesarias para evitar el paso a diabetes.

Y en relación con el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad, ¿cómo cree que se está actuando?

Cada vez se detecta mejor la diabetes, pero aún cerca del 40 % de los diabéticos están sin diagnosticar; por eso, debemos mejorar la atención a los métodos de diagnóstico en aquellas personas que sabemos tienen más riesgo. El tratamiento ha mejorado muchísimo y las evaluaciones más recientes en distintos lugares del país indican que se cumplen los criterios de las guías clínicas en la mayoría de los casos.

No se trata de alarmar a la población, pero es cierto que las cifras que arroja la diabetes en nuestro país, así como sus consecuencias, son para echarse a temblar...

Sí, porque se ha producido un aumento de la prevalencia muy importante, sobre todo debido al paralelo aumento del sobrepeso y la obesidad. El cambio de los hábitos de vida, el aumento del ejercicio y la dieta saludable son indispensables para evitar este aumento o conseguir un descenso de su prevalencia en el próximo futuro.

¿Considera que se le presta la atención suficiente?

En nuestro país no se le presta suficiente atención a la diabetes. Un 14 % de los adultos de este país tienen diabetes y su atención supone un 8% del gasto sanitario total, pero

PARA LUCHAR CONTRA LA DIABETES, ES NECESARIO REALIZAR ACCIONES DE PREVENCIÓN MÁS PROACTIVAS

más de la mitad de este gasto se dedica a tratar sus complicaciones, complicaciones que podrían evitarse con un mejor control previo, que es donde debería invertir el sistema sanitario.

Últimamente se le está concediendo una gran importancia a la relación entre diabetes y enfermedad de las encías, ¿se trata de una moda pasajera o existen bases científicas y clínicas que justifican esta atención?

Existen desde hace años bases científicas que avalan esta relación, aunque no se le ha prestado suficiente atención hasta muy recientemente. Las alteraciones bucodentales son una complicación más de la diabetes y el buen control metabólico mejora también la salud bucodental.

Exactamente, ¿qué asociación se aprecia entre ambas enfermedades?

Existe una clara relación entre la hiperglucemia de la diabetes y la enfermedad periodontal. Por un lado, los diabéticos tienen mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad y de que esta enfermedad progrese; por otro, cuando los diabéticos tienen esta enfermedad de las encías empeora su control metabólico. ▶

“LOS ODONTÓLOGOS
PODRÍAN JUGAR UN
IMPORTANTE PAPEL
EN LA DETECCIÓN
DE DIABETES EN
AQUELLAS PERSONAS
NO DIAGNOSTICADAS”

UN NUEVO PRESIDENTE PARA LA SED

Edelmiro Menéndez Torre, asturiano de nacimiento (Pola de Lena), es médico endocrinólogo y actualmente Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Central de Asturias, cargo que ejerce desde hace más de siete años y que compagina con el de profesor asociado en la Universidad de Oviedo. Ha participado activamente en la vida de la Sociedad Española de Diabetes, de la que recientemente ha sido elegido presidente



Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Periodoncia y la Sociedad Española de Diabetes. Expertos de ambas Sociedades científicas analizan periódicamente la asociación entre las enfermedades de las encías y la diabetes. De izquierda a derecha, los doctores José Vicente Ríos, Héctor Juan Rodríguez, Cristina Serrano, Javier Díez, José Luis Herrera-Pombo, David Herrera y la educadora Eva Delgado. También integran el grupo de trabajo los doctores Albert Goday, Alfonso López y Ricardo Faria.

EL PACIENTE COMO RAZÓN DE SER

La Sociedad Española de Diabetes –SED– es una organización científica multidisciplinar que agrupa a 2.000 profesionales de la Medicina (endocrinos, endocrino-pediatras, médicos de familia, médicos de Atención Primaria, enfermeras, educadores, biólogos y otros investigadores).

Entre sus objetivos principales, esta sociedad científica pretende apoyar los avances en la prevención y el tratamiento de la diabetes, impulsar la investigación y la formación de los profesionales sanitarios especializados, y favorecer la generación e intercambio de conocimiento a nivel nacional e internacional con el fin de contribuir a la mejora de la esperanza y calidad de vida de los pacientes con diabetes.

Para la SED, el paciente con diabetes es el centro de toda actuación. Pero, además, tiene el compromiso de llegar al conjunto de los ciudadanos con mensajes que estimulen la prevención y la sensibilización respecto a la dimensión de la diabetes.

CADA VEZ SE DETECTA MEJOR LA DIABETES, PERO AUN CERCA DEL 40 % DE LOS DIABÉTICOS ESTÁN SIN DIAGNOSTICAR

Y teniendo esto en cuenta, ¿cómo cree que debería variar la colaboración entre odontólogos y expertos en diabetes?

Tiene que existir una estrecha correlación. Los odontólogos podrían jugar un importante papel en la detección de diabetes en aquellas personas no diagnosticadas; además, también podrían ayudar a detectar pacientes diabéticos con un mal control manifestado en las complicaciones gingivales. A su vez, los diabetólogos deben prestar atención a las alteraciones bucodentales como manifestación de hiperglucemia no controlada para remitir a dichos pacientes a los odontólogos y que reciban la atención adecuada.

A su juicio, ¿qué rol debería ocupar el odontólogo como agente de promoción de salud y, más específicamente, como elemento clave en la prevención y manejo de la diabetes?

Juega un papel clave para detectar prediabetes o diabetes y como colaborador en la educación para la salud y tratamiento en

diabéticos ya diagnosticados, puesto que tienen un riesgo muy alto de desarrollar complicaciones bucodentales y su evolución dependerá del control glucémico.

¿Cuál es el mejor sistema para que el dentista en la clínica pueda detectar precozmente a pacientes con diabetes y en riesgo de padecerla?

Conocer los factores de riesgo de la diabetes (obesidad, antecedentes familiares, sedentarismo, malos hábitos de alimentación) y recomendar la realización de pruebas de detección (glucemia, curva de glucemia o hemoglobina glicosilada) en personas con problemas gingivales o periodontales.

¿Qué valor tiene la determinación de las variables morfométricas, tipo perímetro abdominal, en la detección precoz de la diabetes?

La diabetes tipo 2 se asocia a obesidad, pero con mayor potencia con obesidad visceral o abdominal, que puede detectarse mediante la medición del perímetro abdominal. Un perímetro abdominal mayor de 104 cm en varones o 90 cm en mujeres supone un gran aumento de riesgo de tener o desarrollar diabetes. ■

La artritis reumatoide y la periodontitis **también caminan juntas**



La inflamación de las encías y la artritis reumatoide no solo tienen “vidas paralelas” sino que podrían guardar una estrecha vinculación. Recientes estudios revelan que la presencia de artritis reumatoide eleva el riesgo de sufrir periodontitis y, de hecho, los pacientes con esta enfermedad tienen una mayor prevalencia de periodontitis que aquellos sin artritis. Pero no solo eso, también se ha evidenciado que existe una relación directa entre la gravedad de la enfermedad periodontal y la severidad de la artritis.

Ambas tienen fases de remisión y exacerbación, en las dos se produce una destrucción ósea y se eleva el riesgo de sufrir una

enfermedad vascular. El exceso de inflamación es también un rasgo característico de ambas enfermedades.

Este similar proceso patológico en la periodontitis y la artritis no parece casual: la manera en que se produce la destrucción, tanto de los tejidos que rodean al diente como de las articulaciones, es muy parecida, por lo que se especula que comparten mecanismos patogénicos comunes. Incluso, se ha comprobado que algunas estrategias terapéuticas podrían beneficiar a ambas enfermedades. Una buena salud periodontal es especialmente aconsejable en estos pacientes con artritis reumatoide.

La periodontitis se ceba con el Síndrome de Down

La periodontitis es la enfermedad inflamatoria más común en los humanos. Pero en niños con Síndrome de Down no es solo más frecuente aún que en el resto de la población, sino que esta enfermedad periodontal suele aparecer de forma mucho más precoz.

Casi el 100% de los pacientes con este síndrome han desarrollado periodontitis antes de los 30 años. La aparición de esta enfermedad se observa ya en niños pequeños, incluso con dientes de leche. Hay estudios que muestran la existencia de bolsas periodontales (una separación patológica entre la parte interna de la encía y la superficie del diente) en más de un tercio de los niños con síndrome de Down menores de 6 años. Los dientes que primero se afectan suelen ser los incisivos inferiores, de forma que éstos suelen ser los primeros dientes que pierden. Esta precoz aparición de problemas en las encías es debida a alteraciones en los leucocitos y en los linfocitos inherentes al síndrome, que les hacen más susceptibles a las bacterias de la boca.

El niño con síndrome de Down presenta alteraciones en la boca características. Es frecuente que tengan una lengua grande y



fisurada y que sus labios también puedan estar fisurados y bastante secos; suelen tener tendencia a boca seca y es característico que tanto los dientes de leche como los permanentes erupcionen con bastante retraso.

Es indispensable que los padres conozcan este mayor riesgo desde los primeros meses de vida de su hijo con Síndrome de Down, porque así se asegura un mejor control de la placa bacteriana. La motivación de los padres es fundamental, siendo recomendable que estén muy pendientes de cepillar correctamente los dientes de sus hijos.

¿Tienes enfermedades reumáticas y tomas ‘medicamentos biológicos’? Tu dentista debe saberlo

En el tratamiento de algunas de las más frecuentes enfermedades reumáticas causadas por el sistema inmunitario, como la artritis reumatoide o la espondilitis anquilosante, el objetivo terapéutico es actuar de manera selectiva en el proceso de la inflamación, bloqueando a las principales células inflamatorias implicadas en su desarrollo. En los últimos años se han desarrollado prometedores fármacos, denominados “biológicos” que actúan eficazmente inhibiendo el proceso inflamatorio. Estos fármacos, entre los que se encuentran el adalimumab (Humira®) o el etanercept (Enbrel®), provocan un aumento de la susceptibilidad a infecciones, tanto a nivel general como en la cavidad oral, y pueden retardar la cicatrización de heridas. Esto es muy importante a la hora de que el paciente necesite realizarse algún tipo de cirugía periodontal, extracciones dentarias o implantes, por lo que es fundamental que el dentista conozca que el paciente toma esa medicación, la posología y el tiempo que lleva tomándola.

Otro “medicamento biológico” que ha comenzado a utilizarse en el tratamiento de la osteoporosis es el denosumab (Prolia®), que puede provocar, al igual que los bifosfonatos orales, la muerte de las células de la mandíbula, causando lo que se llama “osteonecrosis” en caso de cirugía periodontal, extracciones o implantes.

Dos de las enfermedades más frecuentes en el ser humano ocurren en la boca: la caries y las enfermedades periodontales.

Radiografía de las enfermedades bucodentales en España



Según la revista médica “The Lancet”, la caries de los dientes permanentes es la enfermedad más frecuente en el ser humano (al menos afecta a una de cada tres personas), seguida por las cefaleas/migrañas, las enfermedades de la piel, y la periodontitis crónica (una de las enfermedades periodontales, con una prevalencia estimada del 10.8% de la población mundial). Si se agruparan todas las enfermedades periodontales, incluidas las gingivitis, el 90% de la población mundial tendría afectadas sus encías.

Pero, ¿cuál es la situación en España?

Datos para la reflexión. Según los datos de la última encuesta de Salud Bucodental en España (Libro Blanco, 2010), 4 de cada 10 niños de 5 años presenta caries, y a los 12 años cada adolescente presenta una media de una caries. En adultos jóvenes (35-44 años), cada persona tiene una media de siete dientes afectados por la caries, cifra que sube a 8.75 en la población laboral (estudio de la Sociedad de Prevención de Ibermutuamur-SEPA).

Respecto a las enfermedades periodontales (incluyendo tanto gingivitis como

Esta frase destacada es virtual, lorem ipsum sit amet consequat in alora qumque delays est nostrata insta loramque estrata della estrata qumque

periodontitis), según la encuesta de Salud Bucodental de 2010, solamente 2 de cada 10 adolescentes españoles tiene sus encías sanas, y el 16% de los adultos jóvenes y el 30% de los adultos mayores (65-74 años) presentan periodontitis. En la población laboral, únicamente el 6% de los adultos tienen sus encías sanas, y la afectación por periodontitis varía desde el 16% en los menores de 25 años, hasta un 37% en los adultos jóvenes y un 64% en los mayores de 55 años.

Según destaca el presidente de la Sociedad Española de Periodoncia, el Dr. David Herrera, “esta elevada prevalencia se asocia a importantes problemas percibidos por las personas que los sufren: la mitad de los adultos mayores de 35 años considera que su salud bucodental es regular o mala”.

Evidencias para la preocupación. La visita de los españoles al dentista es poco frecuente y normalmente se acude cuando hay dolor y no por prevención. El dolor y la pérdida de dientes son los principales problemas que se

SECCIÓN COORDINADA POR:

Dra. Rosa Puigmal.
Máster en Periodoncia.
Universidad de Barcelona.

La opinión de los expertos



“Todos podemos mantener nuestra salud bucodental. Solo necesitamos constancia para dedicar dos minutos, dos veces al día y hacerlo con un técnica eficaz con pasta fluorada”

Dr. Elías Casals. Doctor en Odontología y Expresidente de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO)



“Como profesionales de la salud somos responsables en parte de que sólo 2 de cada 10 adolescentes y el 6% de los adultos tengan sus encías sanas”

Dra. Bettina Alonso. Profesora asociada del Departamento de Estomatología III y del Máster de Periodoncia de la UCM Universidad Complutense de Madrid

asocian a una mala salud bucodental y que copan la preocupación de los pacientes. Y es que el dolor es un trastorno habitualmente asociado a una mala salud bucodental: uno de cada 4 adultos jóvenes presenta dolor debido a su estado de salud oral, y un tercio de los adultos ha tenido dolor por causa bucodental en el último año. Por su parte, la pérdida de dientes es una consecuencia comúnmente asociada a la enfermedad periodontal: la mitad de las personas mayores de 65 años son portadoras de algún tipo de prótesis dental.

A pesar de estos problemas, solamente el 43% de la población española visitó al dentista en el último año (cuando la media europea es 57%), a pesar de que 9 de cada 10 españoles afirman tener a un dentista cerca de su domicilio. Las mujeres acuden más al dentista que los hombres, mientras que el 5% de los menores de 25 años no han ido nunca al dentista.

Hallazgos para promover un cambio.

Tampoco los cuidados bucodentales son óptimos. Aunque el 60% se cepilla los dientes más de una vez al día, el 40% de los españoles no se cepilla los dientes al menos 2 veces al día, que es la frecuencia recomendada. Además, 6 de cada 10 españoles le dedican al cepillado menos de 2 minutos.

Especialmente relevante es la falta de higiene entre los dientes, dado que 50-60% de los españoles no usa nunca la seda dental. Por otro lado, el 75% indica usar un colutorio a diario.

Grandes beneficios. Si se realiza una higiene dental e interdental correcta y se acude al dentista con regularidad, probablemente la población en España tendrá su dentición más sana y durante muchos más años.

Las revisiones periódicas de la salud bucodental reducen los problemas más graves, ahorran tiempo y son rentables a largo plazo para el bolsillo del paciente. ■



Caries

4 de cada 10 niños de 5 años (o menos) tiene caries.

A la edad de 12 años, cada adolescente presenta de media 1 caries.

Los adultos jóvenes españoles presentan de media 7 dientes afectados por la caries.

1 de cada 4 adultos jóvenes presenta dolor debido a su estado de salud oral.

La mitad de la tercera edad española necesita de algún tipo de prótesis dental.

Enfermedad Periodontal

Solamente 2 de cada 10 adolescentes españoles tiene sus encías sanas.

El 16% de los adultos jóvenes y el 30% de los adultos mayores presentan enfermedad periodontal.

La periodontitis afecta a más de la mitad de los adultos, un tercio de los cuales tendrían una enfermedad moderada, mientras que las formas severas de esta patología tendrían una prevalencia media del 10% en los adultos (rango: 5- 20%).

En las poblaciones mayores de 60-74 años la prevalencia de la periodontitis es aún superior, afectando al 70-90% de las personas de ese rango de edad.



Hábitos de salud bucodental, asignatura pendiente

El 40% de los españoles no se cepilla los dientes al menos 2 veces al día.

6 de cada 10 españoles le dedican al cepillado menos de 2 minutos.

1 de cada 2 españoles no usa nunca la seda dental.

3 de cada 4 españoles usa algún tipo de enjuague bucal a diario.

Solamente el 43% de la población española visitó al dentista en el último año (media europea 57%).

9 de cada 10 españoles afirman tener a un dentista cerca de su domicilio.

El 5% de los menores de 25 años no han ido nunca al dentista.



Sin cepillo no hay brillo, ni salud bucodental

Los datos que existen sobre la salud bucodental en España alarman especialmente en lo que respecta al escaso uso del cepillado dental. Como destaca el Dr. Elías Casals, Doctor en Odontología y Expresidente de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO, "la principal medida de prevención en salud bucodental es el cepillado de los dientes dos veces al día con pasta fluorada"; sin embargo, reconoce, "no están aún suficientemente difundidos y extendidos los beneficios de esta simple medida por parte de la población española".



“La salud oral de los españoles está lejos de ser óptima: queda mucho por hacer”

Prof. Juan Carlos Llodra. Profesor Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Universidad de Granada y Presidente del Comité de Salud Pública en la World Dental Federation.



“Aunque se ha avanzado mucho, todavía queda un largo camino para que la prevención de la caries y enfermedades periodontales lleguen a los niveles que deseamos”

Dr. Rafael Magán. Máster en Periodoncia por la Universidad de Valencia y Profesor Asociado en la Universidad de Murcia.

SECCIÓN COORDINADA POR:

Dr. Pedro Mir.
Práctica en Periodoncia
e Implantes.

Nuevas tendencias en Periodoncia: el futuro ya está aquí

El futuro de la Periodoncia¹ viene marcado por técnicas diagnósticas más sofisticadas y apoyadas en recursos de imagen, el estudio genético y tratamientos médicos más eficaces, seguros y económicos, y cirugías menos invasivas.

La investigación en Periodoncia ha crecido de forma casi exponencial en los últimos años, mientras que en otras especialidades odontológicas se ha registrado un cierto estancamiento en la producción científica. Y es que su impacto científico no sólo se ha mantenido en las últimas dos décadas, sino que ha crecido, tanto en número de publicaciones como en el factor de impacto² de éstas.

Son muchas las líneas de investigación que están emergiendo en esta área y que marcan, de alguna forma, lo que será la Periodoncia del futuro.

Lo próximo en diagnóstico

La **tecnología radiológica** ha experimentado una gran mejora con la incorporación de la informática, la agilización y optimización del procesado de los datos y, sobre todo, con la incorporación del 3D; y es que la imagen radiográfica tridimensional puede ser una

Se cuenta ahora con técnicas que advierten precozmente del desarrollo de una enfermedad periodontal, así como con recursos de imagen más específicos y de calidad

herramienta esencial para optimizar las decisiones de tratamiento. Todo ello permitirá próximamente dar un paso más en conseguir una precisión más alta en la valoración de la pérdida de los tejidos periodontales.

Además, se tiende a disminuir los niveles de radiación, concentrando ésta solo en la zona a explorar. Esto se traduce en menos riesgo y, a su vez, permite obtener imágenes cada vez más nítidas.

Por su parte, los **estudios genéticos** permitirán determinar el riesgo heredado de sufrir periodontitis, más aún una vez conocidos e identificados ciertos genes que

La opinión de los expertos



“La utilización de células madre mejorará aún más los resultados que hoy conseguimos con técnicas de regeneración periodontal”

Dr. Vicente Fuenmayor. Profesor de Periodoncia de la Universidad de Valencia.



“La conservación de los dientes seguirá siendo la mejor alternativa a los implantes dentales”

Antonio Santos Alemany. MD, DDS, MS, Dr Odont. Máster en Periodoncia. Universidad de Tufts. Boston. USA.





Salud periodontal y salud general: el centro de atención

Una muestra más evidente del auge y pujanza de la investigación sobre las enfermedades de las encías ha sido la eclosión de la denominada Medicina Periodontal, que en pocos años ha demostrado la existencia de significativas asociaciones entre las enfermedades periodontales y un importante número de enfermedades sistémicas.

Actualmente existen evidencias sólidas de la relación que existe entre la periodontitis y enfermedades sistémicas tales como: la diabetes, la enfermedad cardiovascular y arteriosclerosis, la aparición de problemas en el embarazo, la artritis reumatoide, ciertas enfermedades pulmonares o el cáncer. Esto está cambiando no sólo el conocimiento científico del impacto de un proceso infeccioso e inflamatorio a nivel local y sobre el resto del organismo, sino también la apreciación por parte del colectivo médico de la importancia de la salud bucal en el contexto de la salud general. Éste se convertirá en un futuro próximo en uno de los aspectos más prometedores y fructíferos de la investigación en Periodoncia.

regulan la respuesta inflamatoria.

También se prevé una emergente utilización de ciertos biomarcadores³ (derivados tanto del huésped como de las bacterias), que pueden tener un gran potencial diagnóstico. Varios componentes de los fluidos orales están siendo estudiados como posibles marcadores útiles para determinar la futura aparición de periodontitis crónica, haciendo posible una actuación más específica y rotunda para evitar la pérdida de soporte óseo. También se ha confirmado que ciertos mediadores de la inflamación juegan un papel importante en la destrucción tisular periodontal, postulándose como posibles biomarcadores. Otros trabajos están señalando la existencia de proteínas relacionadas con la inmunidad e inflamación, destacándose también que su concentración en la saliva puede tener un gran potencial diagnóstico.

En la misma línea, se están desarrollando técnicas para medir la presencia de elementos

Muchas de las tendencias de futuro en el ámbito de la Periodoncia ya empiezan a ser una realidad

químicos en el líquido que hay en el surco entre el diente y la encía (**fluido crevicular**), que permiten determinar la correlación entre sus niveles y los distintos tipos de periodontitis

La **espectroscopia óptica**, que calcula la saturación de oxígeno de la hemoglobina, es una herramienta prometedora para el diagnóstico de la enfermedad periodontal.

Las investigaciones también están haciendo posible un mejor conocimiento de las **bacterias** que hay en la boca, haciendo posible su clasificación. Así, se han podido identificar a aquellas que tienen propiedades más virulentas, que coincide que son las que suelen causar la enfermedad periodontal. ►



“Las pastas dentales se convertirán en nuestro mejor aliado, al incorporar nuevos tratamientos frente a la infección”

Arturo Sánchez Pérez.
Profesor de Periodoncia en la Universidad de Murcia.



“El macrodiseño de implantes, aditamentos, prótesis y nuestros protocolos intentarán aprovechar el extraordinario potencial de los tejidos”

Xavi Vela.
Licenciado en Odontología por la Universidad de Barcelona, cofundador y miembro del BORG (Barcelona Osseointegration Research Group).

Glosario

- 1. Periodoncia:** especialidad odontológica que estudia la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y condiciones que afectan los tejidos que dan soporte a los dientes (encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar) y a los implantes, para el mantenimiento de la salud, función y estética de los dientes, sus tejidos adyacentes e implantes.
- 2. Factor de impacto:** también conocido como índice de impacto. Es una medida de la importancia de una publicación científica.
- 3. Biomarcador:** sustancia utilizada como indicador de un estado biológico.
- 4. Terapia coadyuvante:** contribuye o ayuda a la solución del problema o enfermedad de manera suplementaria.
- 5. Ligamento periodontal:** conjunto de fibras que, mediante una especie de "estuche" vasculonervioso, une los dientes al hueso alveolar de los maxilares.
- 6. Recesiones gingivales:** se inicia por una inflamación de la encía que puede inducir la retracción de la misma, es decir, se genera una migración del margen de la encía que deja al descubierto la raíz del diente.
- 7. Encía queratinizada:** es la parte de la encía que le confiere adecuado soporte y resistencia frente a los efectos de la placa bacteriana, cepillado, fuerzas de retracción muscular y de las intervenciones de la restauración dental.

Un vivero de nuevas investigaciones

La **Periodoncia es una disciplina** con una importantísima presencia científica en la odontología contemporánea, siendo la subespecialidad que cuenta con un mayor número de revistas científicas. Las revistas periodontales han mantenido durante las dos últimas décadas el liderazgo en cuanto a impacto científico.

Y es que la investigación en este ámbito no ha hecho más que crecer en las últimas décadas, sobre todo en lo que respecta a la búsqueda de los factores causantes de las principales enfermedades que afectan a las encías y en relación a la vinculación entre salud periodontal y enfermedades sistémicas (que afectan a todo el organismo).



¿Qué nos ayudará a controlar la placa bacteriana?

Es mucha, y muy productiva, la investigación que se está llevando a cabo para hacer frente a uno de los principales problemas que sacuden a la salud oral: el control de la placa bacteriana. La evolución de los conocimientos y las tecnologías en este campo es extraordinaria:

Pastas de Dientes. Han ido mejorando considerablemente en los últimos años. Actualmente tienen dos objetivos: 1) ayudar a los cepillos dentales en la limpieza de la superficie de los dientes; y 2) proporcionar un efecto terapéutico tanto antiplaca como antiinflamatorio.

Cepillos de Dientes. Los nuevos cepillos eléctricos tienen la capacidad de reducir más la placa bacteriana, reducir la inflamación y producen menos lesiones.

Colutorios. Se está trabajando en la posibilidad de desarrollar métodos químicos de control de placa que puedan, incluso, llegar a suprimir el uso de métodos mecánicos, como el cepillado.

Dietética. Con el aumento de las resistencias a los antibióticos, los probióticos están emergiendo como una prometedora terapia coadyuvante⁴. En animales se ha observado que el uso de suplementos

probióticos reduce la pérdida ósea en casos de periodontitis e, incluso, se ha apuntado que estos probióticos son eficaces en la prevención o tratamiento de la enfermedad periodontal.

Y en el tratamiento, ¿qué mejoras podemos esperar?

La tendencia será a que la demanda de tratamientos periodontales aumenten, al acrecentarse la sensibilidad de pacientes y profesionales sobre la importancia de mantener los dientes naturales.

Probablemente, se emplearán más **tratamientos médicos** para hacer frente a la infección residual, pero aumentará la exigencia de recursos quirúrgicos para mejorar la estética de la encía. Y es que las posibilidades regenerativas, estéticas y cosméticas van a seguir requiriendo mayoritariamente cirugía periodontal.

Lo que sí es seguro es que mejorarán las técnicas quirúrgicas. Las **nuevas tecnologías ópticas** y de **materiales quirúrgicos** permitirán un manejo delicado de los tejidos, clave para el éxito de los procedimientos quirúrgicos. También se elevará la capacidad de predecir y mejorar el resultado de las técnicas de regeneración ósea.

La **ingeniería tisular** incorporada a la **regeneración tisular guiada** puede aportar

La ingeniería tisular incorporada a la regeneración de tejidos y guiada puede aportar grandes beneficios



Tratamientos médicos más eficaces, seguros y baratos, y técnicas quirúrgicas menos invasivas, dolorosas y con un postoperatorio más corto y comfortable

grandes beneficios.

Y se desarrollará una segunda generación de compartimentos osteoconductores óseos, que actuarán de andamiaje y mejorarán la interconectividad entre el hueso y el ligamento periodontal⁵, guiando la orientación de las nuevas fibras regeneradas entre el hueso alveolar y el cemento.

Combinado la **tecnología radiológica**, las **reconstrucciones 3D**, la **ingeniería tisular** y las **impresoras 3D** será posible conseguir crecimiento vertical, tanto del hueso como del ligamento periodontal.

Un campo especialmente prometedor es el de la investigación en posibles mejoras para el tratamiento de las recesiones gingivales⁶. Están en fase avanzada de desarrollo membranas barrera, factores de crecimiento y diferenciación, y sustitutivos de los tejidos blandos para el **tratamiento de las recesiones gingivales** localizadas, para cuando existe insuficiente cantidad de encía queratinizada⁷ o si hay un déficit de volumen de tejido blando. ■

El futuro de la Periodoncia en España, a examen

Recientemente, la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA) ha elaborado, utilizando la técnica Delphi, un estudio sobre “Periodoncia en España 2025”. Ofrece elementos de reflexión y análisis tanto para la sociedad en general, como para los profesionales, la organización colegial, la universidad y la administración sanitaria.

- La prevalencia de las periodontitis (en sus diferentes formas) se mantendrá.
- Habrá menos casos de enfermedad periodontal en adultos jóvenes, pero más en personas con edades comprendidas entre los 65-74 años.
- Reducción de la demanda de tratamientos con implantes, por la reducción de patología acumulada en los jóvenes.
- La periimplantitis aumentará de forma significativa, lo que modificará el ejercicio de la implantología, hacia una mayor complejidad técnica.
- La relación con las enfermedades

cardiovasculares y otras afectaciones sistémicas cambiará el escenario científico y el contexto médico de la odontología.

- El control de la infección periodontal será más conservador, pero aumentarán en cambio la cirugía plástica periodontal y la regeneración de tejidos perdidos.
- En cuanto a los factores de riesgo asociados con la enfermedad periodontal se desprende que algunos parámetros van a mejorar (como el consumo de tabaco y alcohol, así como el grado de higiene), mientras que otros empeorarán (más estrés y diabetes).
- Se aconseja a las administraciones públicas que dediquen esfuerzos a fomentar la salud periodontal de la población como forma de mantener una dentición sana y preservar la salud general y la calidad de vida.
- Se reivindica la especialidad en Periodoncia como una forma de promocionar el desarrollo científico y la asistencia a la población.

Se celebra, por primera vez, el 'Día Europeo de la Periodoncia'



De izquierda a derecha: David Herrera, presidente de SEPA, Jose María Lailla, presidente de SEGO, José Luis Herrera Pombo, integrante de la SED y Miguel Ángel García Fernández, secretario general de la SEC, junto en el día europeo de la Periodoncia.

La Sociedad Española de Periodoncia (SEPA), con la colaboración las sociedades científicas de Cardiología, Diabetes y Ginecología y Obstetricia, ha

promovido recientemente la celebración en Europa de una actividad que pretende convertirse en un punto de inflexión en la promoción de la salud y de la higiene bucodentales, haciendo posible el reto de acercar la "Periodoncia a todos". Por primera vez, se ha llevado a cabo el "Día Europeo de la Periodoncia", con el amparo de la Federación Europea de Periodoncia (EFP), teniendo como eje principal la "Salud Periodontal y Salud General".

Con esta iniciativa se quiere fomentar la prevención y sensibilización en este ámbito. SEPA, en colaboración con las Sociedades Españolas de Cardiología

(SEC), Diabetes (SED), y Ginecología y Obstetricia (SEGO), así como con el apoyo la Real Academia Nacional de Medicina (RANM), quiere hacer un llamamiento a los profesionales sanitarios sobre la interacción entre la salud de las encías y la diabetes, el riesgo cardiovascular o el parto prematuro.

Con la celebración del "Día Europeo de la Periodoncia" se quiere integrar la salud bucodental como un aliado fundamental en la prevención primaria y secundaria de importantes patologías sistémicas para la población. Y es que, como resalta el presidente de SEPA, el Dr. David Herrera "la promoción de la salud requiere del apoyo y la generación de sinergias que contribuyan a establecer proyectos de intervención y metas de salud orientadas a mejorar nuestro compromiso con los pacientes y con la sociedad en general".

"Nuestra sociedad científica, que agrupa ya a más de 4.000 asociados, quiere contribuir a que los profesionales de la Odontología sean agentes activos en la concienciación de hábitos saludables, en la detección precoz de patologías relevantes y en la prevención de enfermedades generales"



David Herrera, presidente de la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA)

"Los profesionales de la salud bucodental tienen que promocionar la salud oral como parte de un estilo de vida saludable y, viceversa, los cardiólogos deben conocer bien cómo una mala salud periodontal podría complicar o estar en el origen de algunos trastornos cardiovasculares"



Dr. Miguel Ángel García Fernández, Secretario General de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)

"Existe una relación bidireccional entre diabetes y enfermedad periodontal: la diabetes es más frecuente en personas con enfermedad periodontal y, a su vez, las enfermedades periodontales son más frecuentes y avanzadas en personas con diabetes comparadas con personas sanas"... "el odontólogo debe jugar un papel importante en la prevención y diagnóstico precoz de la diabetes"



Dr. José Luis Herrera Pombo, Profesor Emérito Universidad Autónoma de Madrid y representante de la Sociedad Española de Diabetes (SED)

"Las enfermedades periodontales están adquiriendo un protagonismo relevante en el control del embarazo, principalmente al demostrarse su implicación en el parto pretérmino"... "otras patologías, como la preeclampsia y el crecimiento fetal restringido, también pueden estar relacionadas con la patología oral, pero aún están en fase de estudio"



Dr. José María Lailla, presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)



Campaña 'Cuida tus Encías', a todo tren



Con un destacado éxito de participación y aceptación se ha celebrado, coincidiendo con la doble cita científica de SEPA Valladolid, una campaña de divulgación y concienciación sobre salud bucodental en la estación de tren de Valladolid-Campo Grande.

La iniciativa ha sido posible gracias a la colaboración prestada por Adif y Renfe, así como a la ayuda ofrecida por la Consejería de Sanidad de Castilla y León y el Ayuntamiento de Valladolid, cuyos responsables políticos se han comprometido con la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA) en la difusión e implementación de otras destacadas iniciativas de formación e información sobre salud e higiene de la boca.

La iniciativa "Cuida tus Encías" ha movilizado a más de 200 escolares de la zona, que han asistido a las charlas

informativas y que han podido conocer de primera mano cómo deben cuidar sus dientes (además, se les ha enseñado cómo cepillarse utilizando para ello un fantoma). Igualmente, las embarazadas han tenido un protagonismo especial en esta campaña. También las personas de la tercera edad han sido uno de los colectivos que mayor interés han mostrado por esta actividad. En total, se estima que más de un millar de personas se han acercado por el stand y se han practicado más de un centenar de exploraciones.

En el stand se ha dispuesto de 2 sillones de revisión, cedidos por ADEC y TLS Dental, kits desechables de espejo y sonda periodontal, cedidos por Proclinic, así como mascarillas, guantes y baberos. También se ofrecieron muestras gratuitas de productos de higiene bucodental por gentileza de Colgate, Dentaïd y Listerine.



Campaña Cuida tus Encías en la estación ADIF de Valladolid-Campo Grande.



La historia de la Odontología y la Estomatología, de exposición

Aspecto general de la exposición. En primer plano, equipo odontológico 'Ritter' de la década 1920-30. Detrás, retratos al óleo de los Académicos P. García Gras, L. Calatrava y J.P. Moreno.



La Real Academia Nacional de Medicina (RANM), en Madrid, ha acogido la exposición 'De la Odontología a la Estomatología. Y de la Estomatología a la Odontología', organizada en colaboración con el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid (COEM) y SEPA.

En esta exposición se recorre la historia de esta especialidad a través de 50 piezas entre cuadros, esculturas, libros, documentos, sillas e instrumental. Ha sido posible gracias a la colaboración de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid y la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, y todas las piezas provienen de los fondos del Museo de Medicina Infanta Margarita, del Museo de la Facultad de Odontología de la UCM,

del COEM y de algunos particulares.

Según explica el académico de Número Miguel Lucas y Tomás, comisario de la exposición, el objetivo era narrar la peripecia de una profesión de titulación alternante a través del discurso de sus protagonistas, así como de los adelantos técnicos que "le permitieron ejercer su ciencia y arte".

La especialidad ha pasado por numerosas reformas y no es hasta el siglo XX, concretamente en 1901, cuando se establece el Título Universitario en Odontología, que coincide con el comienzo de las primeras actividades científicas: congresos científicos, publicaciones científicas y debate profesional, en general, sobre la especialidad, explicó.



CONFÍE EN SEPA.

SEPA ES LA SOCIEDAD CIENTÍFICA DE REFERENCIA EN ESPAÑA EN PERIODONCIA E IMPLANTES.

PERIODONCISTAS, DENTISTAS, HIGIENISTAS, AUXILIARES, OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD Y LAS PRINCIPALES MARCAS DEL SECTOR CONFORMAN UNA RED ENFOCADA A LA MEJORA CONSTANTE DE SUS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICA CLÍNICA, PROMOCIONANDO LA SALUD PERIODONTAL DE LA POBLACIÓN Y CONTRIBUYENDO ASÍ A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE MUCHAS PERSONAS.

CONFÍE EN SEPA. USTED TAMBIÉN FORMA PARTE DEL EQUIPO.

Socios

SEPA facilita a sus asociados la oportunidad de estar al día sobre investigaciones, tratamientos y prácticas clínicas.

Formación

Avanzado Programa de Formación Continuada.
Aulas de Investigación y Clínica.
Cursos de Periodoncia y terapéutica de implantes.
Cursos de Gestión.
Cursos acreditados para Higienistas y Auxiliares.

Divulgación

Edición de la revista científica Periodoncia y Osteointegración.
Estar al día en www.sepa.es
Campaña y revista "Cuida tus Encías".
Folletos divulgativos.

Encuentros Científicos

Reuniones de primer nivel:
Reunión Anual SEPA.
SEPA Higiene Bucodental.
SEPA Joven.
Workshops.
Reuniones SEPA Patrocinadores Platino.



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE PERIODONCIA
Y OSTEOINTEGRACIÓN

Confíe
en SEPA

913 142 715
sepa@sepa.es

www.sepa.es



www.cuidatusencias.es

Patrocinadores SEPA Platino:



Patrocinadores SEPA Oro:



GIN- GIVI- TIS.

Inflamación superficial de la encía. El sangrado es su principal señal de alerta. Si no se trata adecuadamente puede derivar en Periodontitis.

PERIO- DON- TIS.

Infección profunda de la encía y el resto de tejidos que sujetan el diente. Puede provocar la pérdida dental. Repercute en la salud general: aumenta el riesgo cardiovascular, diabético o de partos prematuros.

cuida tus encías.es



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE PERIODONCIA
Y OSTEINTEGRACIÓN

2 veces al día, actúa:



1 Cepilla tus encías y dientes con dentífrico.



2 Usa la seda dental o cepillos interdenciales.



3 Refuerza tu higiene con un colutorio.



4 Renueva tu cepillo.



5 Visita a tu dentista o periodoncista: Revisa tus encías y limpia tu boca.

SEPA recomienda el uso de productos avalados científicamente.



Factores de riesgo

- Tabaco.
- Estrés.
- **Enfermedades Generales** o defensas bajas: diabetes, osteoporosis, VIH, herpes, transplantados, etc...
- **Cambios hormonales:** embarazo, menopausia.
- **Antecedentes Familiares.**



Señales de Alerta

- **Sangrado** o enrojecimiento de encías.
- **Mal aliento.**
- **Hipersensibilidad al frío.**
- **Movilidad o separación** de dientes.
- **Dientes más largos.**
- **Pérdida** de dientes.



Tratamientos Sencillos

- **Mejora de la higiene bucal.**
- **Limpieza completa** de la placa bacteriana en la encía.
- **Evaluación** del estado Periodontal.
- **Control de placa y bacterias** por debajo de la encía (raspado).
- **En casos avanzados,** pequeñas cirugías.

www.cuidatusencias.es



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE PERIODONCIA
Y OSTEINTEGRACIÓN

www.sepa.es



FUNDACIÓN
ESPAÑOLA
DE PERIODONCIA
E IMPLANTES
DENTALES