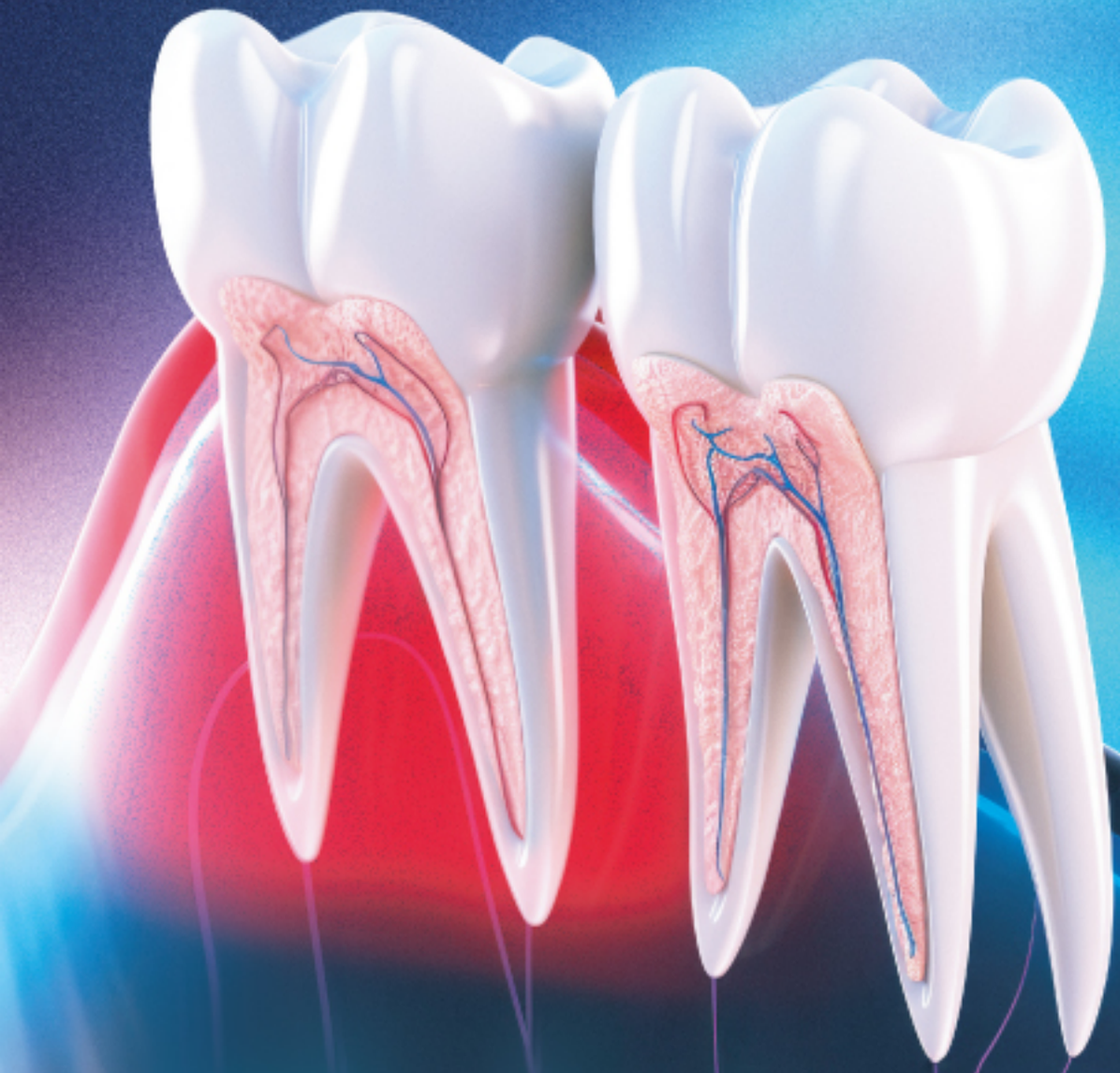
BIBLIOTECA DIGITAL

INCLUYE **E-BOOK**



GEORGE LASKARIS

DIMITRIS TATAKIS

ELEANA STOUFI

ATLAS A COLOR DE ENFERMEDADES PERIODONTALES

LOCALES Y SISTÉMICAS

AMOLCA

2ª EDICIÓN

ATLAS A COLOR DE ENFERMEDADES PERIODONTALES

LOCALES Y SISTÉMICAS

2ª EDICIÓN

ATLAS A COLOR DE ENFERMEDADES PERIODONTALES

LOCALES Y SISTÉMICAS

GEORGE LASKARIS
DIMITRIS TATAKIS
ELEANA STOUFI

2026
AMOLCA

Editor en jefe: Félix E. Suárez

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse o transmitirse por ningún medio electrónico, mecánico, incluyendo fotocopiado o grabado mediante cualquier sistema de almacenamiento de información sin el permiso escrito de los editores.

El editor no es responsable (de hechos de responsabilidad, negligencia u otra) por lesión alguna resultante de cualquier material contenido aquí. Esta publicación contiene información relacionada a principios generales de cuidados médicos que no deben ser tomados como instrucciones específicas para pacientes individuales.

La información y empaque de productos manufacturados insertos deben ser revisados para el conocimiento actual, incluyendo contraindicaciones, dosis y precauciones.

Publicado originalmente en inglés bajo el título
Periodontal Manifestations of Local and Systemic Diseases, by **George Laskaris, Dimitris Tatakis and Eleana Stoufi, 2nd edition**
Copyright © The Editor(s) (if applicable) and The Author(s), under exclusive license to Springer Nature Switzerland AG, 2023
Esta edición ha sido traducida y publicada bajo acuerdo de Springer Nature Switzerland AG.
Springer Nature Switzerland AG no se hará responsable por cuanto a la exactitud de esta traducción.

ISBN: 978-3-031-10827-3

Edición en idioma castellano:
Copyright © 2026. Editorial Amolca S. A. S.
Atlas a color de enfermedades periodontales locales y sistémicas
de **George Laskaris, Dimitris Tatakis y Eleana Stoufi, 2da edición**

ISBN: 978-9962-8604-9-5

Edición año 2026

Corrección clínica: Dra. Sinaí Arias
Corrección de estilo y gramática: Carmen Luisa Domínguez
Artes finales: Lukas Cardona
Diseño de portada: Steven Cifuentes
Impreso en China

CASA MATRIZ
Cra 43 # 9 Sur 195 Ed. Square Torre Inexmoda Ofc. 1334 - 1338 Medellín, Colombia
+573027157665 *(604) 479 74 31* *hola@amolca.com* *www.amolca.com*

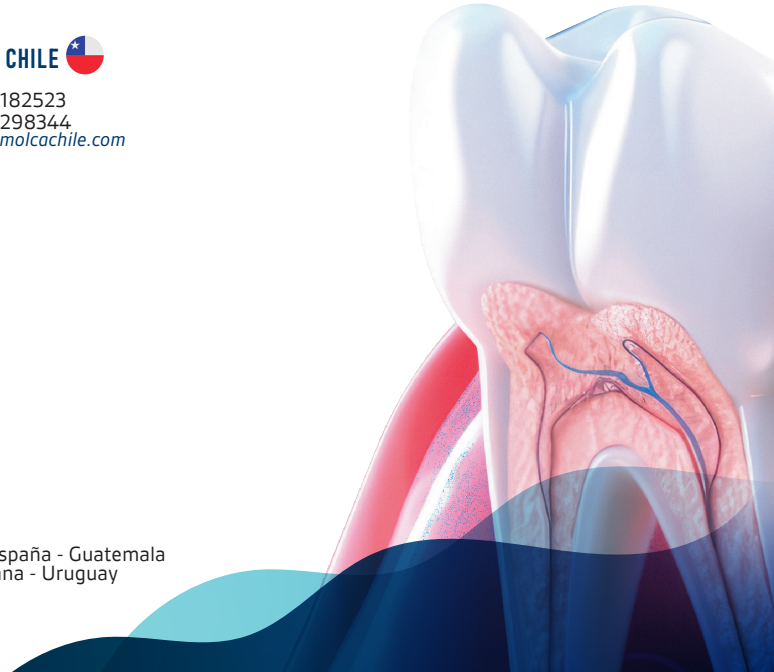
AMOLCA COLOMBIA
Circular 5 #71 A -5 Barrio Laureles
(604) 444 3314
+57 3175049844
gerencia@amolca.com.co

AMOLCA PERÚ
Jr. Inclan 312 Magdalena del Mar, Lima
+51 998 128 873
ventas@amolca.com.pe

AMOLCA CHILE
+56 944182523
+56 920298344
ventas@amolcachile.com

AMOLCA MÉXICO
Arquitectura 49 – 202 o Videoportero Amolca. Colonia Copilco Universidad. Alcaldía Coyoacán. C.P. 04360. Ciudad de México.
+52 5556580882
administracion@amolcamexico.com

AMOLCA VENEZUELA
Calle VillaFlor Edificio Centro Profesional del Este Piso 08 Oficina 81. Urbanización San Antonio / Sabana Grande Sur Parroquia El Recreo, Municipio Libertador. Distrito Libertador
+58 414 255 51 85
comercioexterior@amolca.com



Distribuidores

Argentina - Bolivia - Brasil - Costa Rica - Ecuador - El Salvador - España - Guatemala
Honduras - Nicaragua - Panamá - Paraguay - República Dominicana - Uruguay

Prólogo

Familiarizado como estoy con la primera edición de este *Atlas a color de enfermedades periodontales locales y sistémicas,* no podía imaginar que la aparición de una edición aún más detallada y ampliada fuera posible. No es sorprendente que se hayan añadido varias entidades patológicas nuevas. En esta edición, se dedica un capítulo aparte a la biopelícula dental como factor de riesgo de enfermedades sistémicas, como las enfermedades cardiovasculares, pulmonares, la diabetes *mellitus* y los recién nacidos con bajo peso al nacer. Se ha prestado amplia atención a las enfermedades periodontales que pueden estar asociadas con un gran número de enfermedades sistémicas.

La estructura del libro, en 47 capítulos, está bien elegida. El texto es conciso y se apoya en imágenes de gran calidad. Al final de cada capítulo figura una lista de referencias. En conjunto, hay que felicitar a los autores por esta segunda edición sin precedentes.

A primera vista, este erudito *Atlas a color de enfermedades periodontales locales y sistémicas* parece ser útil principalmente para periodoncistas y especialistas en el campo de la medicina oral, sin embargo, puesto que se trata de un texto bien estructurado y accesible, con abundantes imágenes clínicas, esta obra maestra también puede ser muy recomendable para los odontólogos generales y todos los demás especialistas de la salud que participan en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades periodontales.

Isaäc van der Waal
Profesor emérito de Patología oral,
Facultad de Odontología ACTA
Ámsterdam, Países Bajos

AMOLCA

Prólogo

Los lectores de este completo atlas obtendrán un valioso conocimiento práctico de las enfermedades sistémicas que se manifiestan a los profesionales en el ámbito periodontal. Tanto los periodoncistas como los estudiantes tendrán a su alcance la información más actualizada, necesaria para comprender la importante relación entre la salud periodontal y la sistémica.

Como proveedores de atención al paciente, necesitamos estar constantemente al tanto de los avances en el conocimiento para mantenernos a la vanguardia de la práctica clínica. Al adquirir una sólida comprensión de la forma en que se manifiestan los problemas médicos complejos en la cavidad oral y, en particular, en el periodonto, estamos mejor equipados para ofrecer a nuestros pacientes la mejor información basada en datos científicos para mejorar su salud oral y general.

Tanto la medicina periodontal como la medicina oral tienen sus raíces en la patología oral. Los antepasados de la periodoncia y la medicina oral fueron médicos (entre ellos Gottlieb, Orban y Goldman). Teniendo esto en cuenta, los doctores Laskaris (Medicina Oral), Tatakis (Periodoncia) y Stoufi (Medicina Oral) se han centrado en los temas de medicina oral que afectan el periodonto. La segunda edición de *Atlas a color de enfermedades periodontales locales y sistémicas* se ha ampliado considerablemente para abarcar una amplia gama de trastornos sistémicos que cursan con lesiones gingivales o periodontales y los autores destacan, por ejemplo, la importancia del equipo de medicina periodontal y oral en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con problemas médicos complejos.

El profesor George Laskaris y el profesor Dimitris Tatakis son clínicos, profesores e investigadores en activo de medicina oral y periodoncia, respectivamente, con amplia experiencia y especial interés en las manifestaciones periodontales de las enfermedades sistémicas. Ambos son expertos con numerosas publicaciones en este campo.

Ahora, más que nunca, los profesionales de la salud bucodental necesitan estar al día de los nuevos descubrimientos y avances en la gestión de la salud oral. Este atlas amplía enormemente las posibilidades de aprendizaje y enseñanza.

Thomas E. Van Dyke
Diplomado, American Board of Periodontology
Vicepresidente y miembro senior del Instituto Forsyth
Catedrático de Medicina Oral, Infecciones e Inmunidad,
Facultad de Medicina,
Universidad de Harvard,
Cambridge, MA, EE. UU.

AMOLCA

In memoriam y dedicatoria

Crispian Scully (1945-2017)

Lamentamos profundamente la pérdida del **profesor Crispian Scully**, científico excepcional, amigo entrañable y colaborador inestimable.

Le dedico este volumen, como homenaje a su memoria y como expresión de mi admiración, que va mucho más allá de las palabras, por el hombre y su obra en el campo de la Medicina Oral. Me inclino con inmenso respeto ante la memoria de un hombre que honró a su país y que adornó con sus logros el edificio de la ciencia internacional, un verdadero líder espiritual e intelectual.

Trabajamos juntos por más de 35 años y, durante este tiempo, se desarrolló un inquebrantable vínculo de amistad y colaboración científica que generó la inspiración para la primera edición de este libro en 2003. Su participación en innumerables actividades científicas como conferencias, seminarios, congresos, trabajos de investigación, libros y debates sobre problemas clínicos difíciles ayudó a educar e inspirar a generaciones de jóvenes científicos en mi país natal. Fue una fuerza motivadora que ayudó al florecimiento de la Medicina Oral en Grecia y por ello estamos en deuda con él.

A Crispian Scully lo impulsaron siete cualidades fundamentales, a las que sirvió de manera sobresaliente: fue un **científico** excepcional, un **profesor** inspirador, un **escritor** prolífico, un **clínico** notable, un **investigador** digno, un **gestor** excelente, pero, sobre todo, fue un **hombre virtuoso**, que brilló con la mayor bendición que se le puede conceder a un hombre según Aristóteles (384-322 a.C.). Sus logros y el recuerdo de su mente perspicaz y siempre cuestionadora continuarán guiándonos.

George Laskaris, MD, DDS, PhD

AMOLCA

La medicina oral es una especialidad odontológica importante y en rápido desarrollo entre todos los que reconocen y cultivan la estrecha relación entre la salud bucodental y la sistémica. Por otra parte, el espectro de las enfermedades bucodentales es amplio e incluye las enfermedades de la mucosa oral y la encía, los trastornos de los labios, las enfermedades de las glándulas salivales y los maxilares, los trastornos de la articulación temporomandibular, el dolor orofacial, las alteraciones del gusto, el mal olor y, principalmente, las manifestaciones orales de enfermedades sistémicas. Las enfermedades orales pueden ser *comunes* o *raras, locales* o *sistémicas, agudas* o *crónicas, inocentes* o *serias* y pueden *cambiar la vida* o *amenazarla*. El especialista en Medicina Oral debe colaborar con varias especialidades *médicas* y *odontológicas*, así como con los *dentistas generales*.

Existe una relación científica particular entre la Medicina Oral y la Periodoncia, ya que en varias enfermedades locales y sistémicas el tejido periodontal puede estar implicado con diversos grados de gravedad. Es importante tener en cuenta que las lesiones periodontales pueden ser los primeros signos de una enfermedad sistémica. El reconocimiento temprano de este hecho acelera el proceso diagnóstico y la terapia de la enfermedad en beneficio de los pacientes e, incluso, salvarles la vida en los casos de enfermedades potencialmente mortales.

El libro que nos ocupa se escribió, teniendo en cuenta la complejidad del tema, con un doble propósito:

- Ayudar al médico especialista en medicina oral y periodoncia, así como a los odontólogos generales, a realizar el diagnóstico correcto.
- Facilitar la planificación y la implementación de la terapia óptima para el problema clínico en cuestión, siempre adhiriéndose a los más altos principios morales y a los estándares de atención al paciente.

El objetivo final es la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades de la boca.

La decisión diagnóstica

Desde el punto de vista del examen clínico, la boca presenta varias ventajas para el examinador:

- Se trata de una cavidad abierta, fácilmente accesible y susceptible de todas las modalidades de exploración clínica.
- Las biopsias de las lesiones se obtienen fácilmente.
- El paciente puede autoexaminarse.
- El diagnóstico temprano de las lesiones orales se consigue durante las visitas al dentista.

Sin embargo, se producen dificultades de diagnóstico por las siguientes razones:

- Hay una gran variedad de lesiones que afectan la cavidad oral y se asocian con un amplio espectro de enfermedades locales y sistémicas.

AMOLCA

- Hay solapamiento y variedad de expresión de las propias lesiones elementales.
- Es frecuente la modificación de las lesiones orales elementales por factores locales, como alimentos, prótesis dentales, saliva y dientes.

El enfoque diagnóstico sigue las normas codificadas de diagnóstico y diagnóstico diferencial.

Diagnóstico

- Anamnesis detallada.
- Evaluación clínica de las lesiones orales.
- Examen y evaluación de las lesiones cutáneas y mucosas en otras partes del cuerpo.
- Evaluación de los síntomas y signos en otros órganos y sistemas.
- Registro de la ingesta de medicamentos previa al inicio de la enfermedad actual.
- Agrupación de entidades patológicas probables según criterios clínicos.
- Reevaluación de los síntomas y signos en caso de duda sobre el diagnóstico.
- En caso necesario, comunicación con el médico de familia del paciente.
- Realización de una biopsia si es necesario.
- Estudio de las muestras de tejido obtenidas por parte de un patólogo experimentado.
- Evaluación del informe patológico a la luz del diagnóstico clínico.
- Repetición de la biopsia, si es necesario.
- Análisis de laboratorio, según sea necesario.
- Confirmación del diagnóstico.
- Reexamen y repetición de la evaluación del paciente tras el inicio de la terapia.

Diagnóstico diferencial

- Comienzo de los síntomas y signos de la enfermedad.
- Duración (aguda, subaguda, crónica).
- Síntomas generales (fiebre, dolor, malestar, anorexia, pérdida de peso, artralgias, etc.).
- Lesiones primarias (mácula, pápula, vesícula, ampolla, pústula, placa, nódulo, etc.).
- Lesiones secundarias (erosión, úlcera, costra, cicatriz).
- Color de las lesiones (blanco, rojo, negro, marrón, amarillo).
- Localización (lengua, boca, paladar, piso de la boca, encías, labios).
- Coexistencia con lesiones cutáneas, mucosas y órganos de otras partes del cuerpo.
- Biopsia e histopatología.
- Otras pruebas de laboratorio (microbiología, inmunología, hematología, molecular, estudios de imagen).

Decisión terapéutica

Las normas y principios que deben respetarse se presentan a continuación de forma codificada.

Abordaje terapéutico

- Antes de iniciar cualquier forma de terapia, debe establecerse firmemente el diagnóstico.
- La terapia sin diagnóstico es, por regla general, ineficaz y, en ocasiones, puede resultar perjudicial e incluso poner en peligro la vida del paciente.

- Los medicamentos se administran solo si son absolutamente necesarios y los beneficios esperados superan los riesgos probables.
- El éxito de la terapia depende en gran medida de la elección del fármaco adecuado y del cumplimiento por parte del paciente de las instrucciones de uso del medicamento.
- El clínico debe conocer a fondo el modo de acción, las indicaciones, las interacciones con otros fármacos, los efectos secundarios, las contraindicaciones, la forma farmacéutica, la dosis precisa y la pauta de administración de cada medicamento. El médico siempre elige el fármaco con el mejor efecto terapéutico, los menores efectos secundarios y el menor costo.
- El clínico debe tener especial cuidado al utilizar nuevos medicamentos.
- Los dentistas deben abstenerse de tratar enfermedades bucodentales de pronóstico grave y derivar a los pacientes a especialistas en Medicina Oral o especialidades afines.
- La terapia local de las lesiones orales debe realizarse en colaboración con un especialista.
- Los pacientes con enfermedades orales de pronóstico grave en la fase aguda deben ser siempre hospitalizados.

El aforismo de Hipócrates (460-377 a.C.): "beneficiar o no dañar", debe ser siempre el faro de todo médico antes de tomar una decisión diagnóstica o terapéutica.

George Laskaris

AMOLCA

Introducción a la periodoncia

La Periodoncia es la especialidad de la Odontología que abarca la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades de los tejidos de soporte y circundantes de los dientes o sus sustitutos, así como el mantenimiento de la salud, la función y la estética de estas estructuras y tejidos. Los tejidos de soporte de los dientes, denominados *periodonto*, son la encía, el hueso alveolar, el cemento y el ligamento periodontal. Los implantes dentales, que sirven como sustitutos de los dientes, carecen de ligamento periodontal y cemento, pero están rodeados de hueso alveolar y encía o mucosa alveolar.

Las enfermedades y las afecciones periodontales, que incluyen un amplio espectro de entidades clínicas, como atestigua este libro, son conocidas por la humanidad desde hace milenios. La periodontitis, la forma destructiva de la enfermedad identificada exclusivamente en el periodonto, se ha encontrado en los primeros humanos de diversas culturas prehistóricas y se ha identificado como una de las enfermedades que más comúnmente ha afectado a las poblaciones antiguas y actuales. Muchas de las culturas antiguas describieron enfermedades como la gingivitis ulceronecrosante y la periodontitis, practicaron la higiene bucal y fueron conscientes de la importancia de mantener los dientes limpios. Sin embargo, los avances significativos hacia la caracterización de la periodontitis como entidad patológica, su posible etiología y los enfoques terapéuticos eficaces no se materializaron hasta el siglo XIX, periodo en el que se produjeron numerosos avances científicos.

La boca, a pesar de ser objeto de estudio y práctica clínica independientes, no está desconectada del resto del organismo. Al igual que muchas enfermedades sistémicas pueden manifestarse en la cavidad oral, los procesos patológicos, ya sean de naturaleza infecciosa, inflamatoria o neoplásica, que se inician en los tejidos orales pueden propagarse a través de redes vasculares y rutas no vasculares a lugares distantes del organismo. El término *medicina periodontal* se ha utilizado para describir la forma en que la infección y/o la inflamación periodontal pueden afectar la salud extraoral. En los últimos años, se han presentado nuevas pruebas significativas que refuerzan la contribución de las enfermedades periodontales a los procesos de enfermedad sistémica. Estos hallazgos subrayan el hecho de que mantener la boca sana es importante para conservar la salud y el bienestar generales.

Desde una perspectiva profesional, la especialidad en Periodoncia se organizó y empezó a evolucionar en EE. UU. después de que dos periodoncistas pioneras, Grace Rogers Spalding y Gillette Hayden, fundaran la Academia Americana de Periodoncia en 1914. En las décadas de 1940 y 1950 se crearon varias sociedades periodontales nacionales en todo el mundo. La American Dental Association concedió formalmente el estatus de especialidad a la Periodoncia en 1949, cuando reconoció a la American Board of Periodontology, constituida en 1940, como la Junta oficial de la especialidad para certificar a los periodoncistas. En los 73 años transcurridos desde este reconocimiento oficial, la especialidad ha experimentado enormes avances y una progresiva ampliación de su ámbito de aplicación para incluir la colocación de implantes dentales y el desarrollo de zonas de implantes, entre otros procedimientos.

Un aspecto de la especialidad que se ha mantenido constante a lo largo de los años es el interés y la implicación en el diagnóstico y el tratamiento de las patologías orales, una actividad clínica que muchos periodoncistas de todo el mundo realizan a diario. La Periodoncia es considerada históricamente como la disciplina que dio origen a la especialidad en Medicina Oral. Con estos antecedentes, no es de extrañar que ambas especialidades se entrecrucen, especialmente en el contexto de las manifestaciones orales y, más concretamente, periodontales, de diversas enfermedades sistémicas y orales. El hecho de que la encía a menudo sea un lugar primario de tales manifestaciones proporciona una

base sólida para esta fuerte interacción interdisciplinaria. La atención interdisciplinaria oportuna, ejemplificada por la colaboración activa entre el odontólogo general, el periodoncista y el especialista en medicina oral, es la única forma de ofrecer a nuestros pacientes el mejor tratamiento posible y salvaguardar su salud y bienestar oral y sistémico.

Este libro sirve para enfatizar esta interfaz única y para apoyar los esfuerzos diagnósticos y terapéuticos de los profesionales que se encuentran en este ámbito. Al ofrecer información clínica práctica, este volumen permitirá a los lectores repasar lo que han aprendido previamente y explorar nuevos conocimientos. Porque, como afirmó G. V. Black: "el profesional no tiene derecho a ser otra cosa sino un estudiante continuo".

Dimitris Tatakis

AMOLCA

Prefacio a la segunda edición

La Medicina Oral y la Periodoncia son dos especialidades clínicas odontológicas que suponen un reto y cuyo enfoque científico respectivo en las enfermedades de la mucosa oral y de los tejidos periodontales se mantiene nítido y constante gracias a las necesidades y expectativas de nuestros pacientes. Sin embargo, las dos especialidades individuales se entrecruzan cuando se trata de pacientes con manifestaciones periodontales de enfermedades orales. Es necesaria una fuerte interacción científica entre la Medicina Oral y la Periodoncia que nos permita seguir atendiendo adecuadamente las necesidades de los pacientes y mejorar la atención que les prestamos, especialmente ante la constante aparición de nueva información biomédica y la ampliación de la base de conocimientos.

Aunque hay varios artículos y capítulos excelentes en los libros de texto de Periodoncia y Medicina Oral/Patología Oral, no se disponía de ningún otro libro centrado específicamente en las manifestaciones periodontales de las enfermedades orales y sistémicas. Este libro pretende llenar ese vacío.

Han transcurrido diecinueve años desde la primera edición de este libro, durante los cuales se han producido notables avances científicos en este campo, seguidos de cambios fundamentales, lo que ha hecho necesaria esta nueva edición.

El último esquema de clasificación de enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias, publicado en 2018 y adoptado por la American Academy of Periodontology y la European Federation of Periodontology, representa un fuerte impulso para el creciente interés en este campo. Esta nueva clasificación, que abarca tanto las enfermedades inducidas por la biopelícula dental como las condiciones y enfermedades periodontales no inducidas por esta, ha ampliado el número de entidades clínicas consideradas anteriormente e ilustra el amplio espectro de procesos patológicos que pueden manifestarse en el periodonto. La amplitud y la complejidad de la información científica relativa a todas estas enfermedades puede suponer un reto para el clínico y subraya la necesidad de disponer de una fuente concisa y útil que combine los conocimientos pertinentes de la Periodoncia y la Medicina Oral.

En esta edición, hemos seguido de cerca tanto la clasificación de las enfermedades periodontales relacionadas con la biopelícula dental como el amplio espectro de enfermedades locales y sistémicas que afectan los tejidos periodontales, la mucosa oral y otros órganos y sistemas. Esta clasificación se plasma esquemáticamente en forma de "árbol" en la Figura 1. Se ha realizado un esfuerzo concertado para abarcar la amplia gama de enfermedades locales y sistémicas que pueden aquejar a los tejidos periodontales.

En este contexto, esta segunda edición se ha reescrito, ampliado y actualizado casi por completo para incluir nueva información clínica y adaptarse a los estándares científicos y editoriales contemporáneos. Se han añadido nuevos capítulos y tipos de enfermedades y más del 50 % del material fotográfico se ha renovado y enriquecido con imágenes en color de alta calidad. Además, se han incluido los avances significativos de los últimos 20 años en los métodos de diagnóstico, por ejemplo, la histopatología, la inmunología, la bioquímica, la genética, entre otros. Todo ello proporciona lector un libro conciso, completo y fiable.

Según Hipócrates (460-377 a. C.), "...el sabio debe considerar que la salud es la mayor de las bendiciones humanas".

Es cierto que cuando se considera la salud humana, la boca ocupa un lugar destacado, ya que está asociada con funciones únicas y placeres fundamentales de la vida: *el gusto, el habla, el amor, todas las expresiones verbales del afecto humano y las interacciones sociales y profesionales*. Desde este punto

Clasificación esquemática de las enfermedades y condiciones que afectan los tejidos periodontales

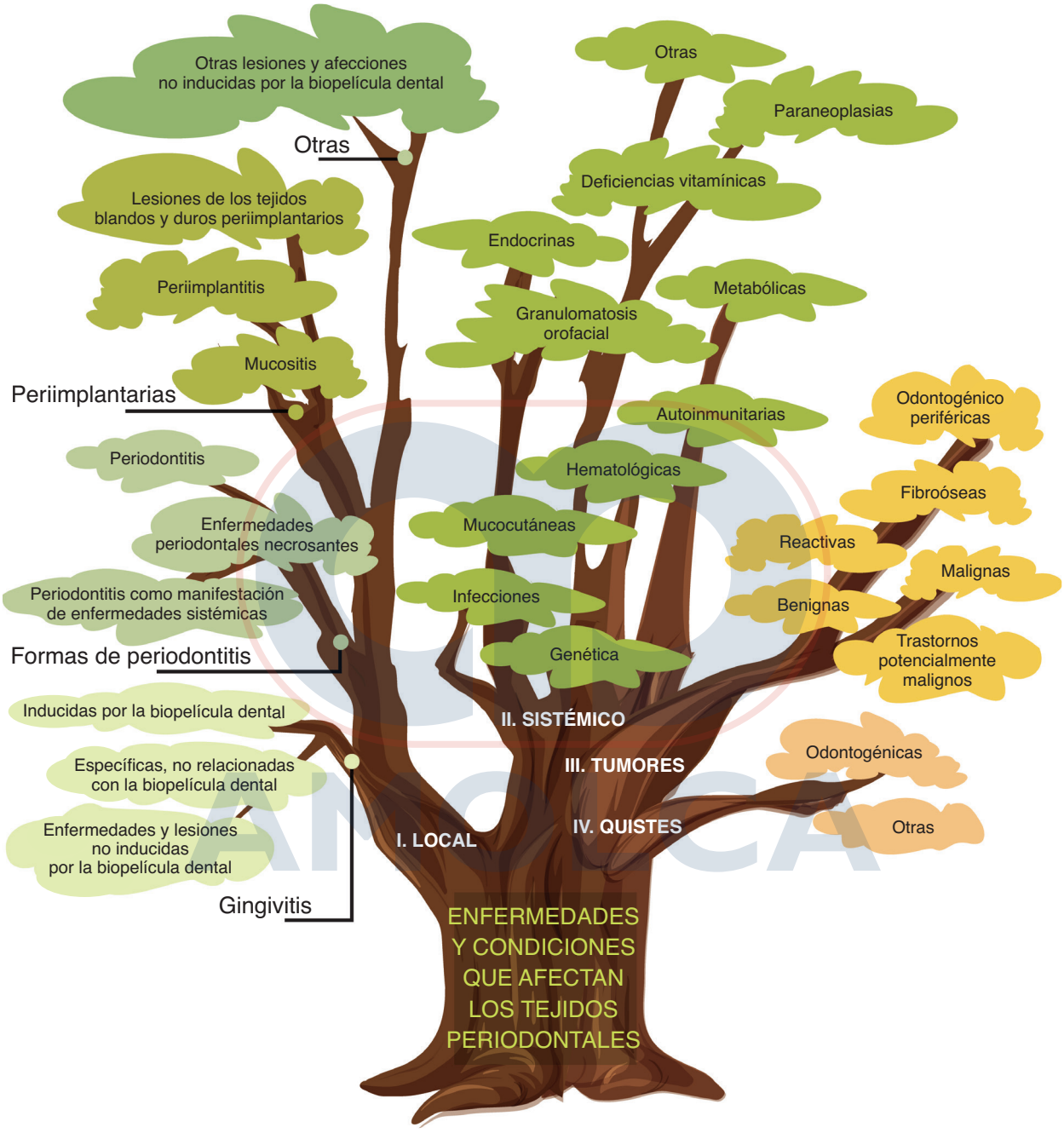


Figura 1. Ilustración panorámica en forma de "árbol" de la clasificación actualizada de las enfermedades y condiciones que afectan los tejidos periodontales, para proporcionar un marco rápido a los periodoncistas, especialistas en medicina oral, odontólogos generales y estudiantes de odontología. ©George Laskaris.

de vista, los odontólogos generales y los especialistas en odontología ocupan un lugar destacado y, al mismo tiempo, se les confía la responsabilidad de garantizar la misión clave de prevención, diagnóstico y tratamiento, además de la restauración de la función de este órgano crítico: la boca, siempre que se vea afectado.

Esperamos que la segunda edición de este libro suponga una valiosa contribución a esta misión, ya que tiene el noble objetivo de ayudar a mantener la salud oral y general al más alto nivel. Los odontólogos generales, los periodoncistas, los especialistas en medicina oral, los estudiantes de odontología y otros profesionales de la salud pueden encontrar información básica y actualizada que, en combinación con las imágenes clínicas de alta calidad, conforman un libro práctico y fácil de usar.

Esperamos que la Medicina Oral y la Periodoncia, individualmente y combinadas, como en este libro de texto, sigan ofreciendo nuevas perspectivas en la prestación de servicios de salud bucodental y general y sigan beneficiando a la comunidad mundial.

George Laskaris
Dimitris Tatakis
Eleana Stoufi

AMOLCA

Agradecimientos

La realización de este libro no habría sido posible sin la ayuda de muchas personas que amablemente han contribuido a este esfuerzo de diferentes maneras. Sus contribuciones son sinceramente apreciadas y reconocidas con gratitud. Sin embargo, nos gustaría expresar nuestro profundo agradecimiento y reconocimiento particular a las siguientes personas:

Agradecemos especialmente al profesor e investigador **Nikos Soukos** (EE. UU.) por sus sugerencias sobre el texto y su minuciosa revisión crítica final, así como al profesor **Stathis Papavassiliou** (Grecia) por sus sugerencias sobre el texto. Cualquier error es responsabilidad exclusiva de los autores.

Nuestro especial agradecimiento al profesor **Isaäc van der Waal** (Países Bajos) y al profesor **Thomas E. Van Dyke** (EE. UU.) por sus excelentes prólogos.

La gran mayoría de las imágenes procede de la vasta colección de más de 130 000 diapositivas en color del profesor Laskaris y otras menos de los archivos del difunto profesor Scully, del profesor Tatakis y de la doctora Stoufi.

Varios colegas, citados a continuación, han contribuido a esta edición aportando imágenes de su propia colección, lo que sin duda ha mejorado la calidad de este libro. A todos ellos queremos expresar nuestro sincero agradecimiento por su apoyo.

Lista de colaboradores

Prof. Oslei Paes de Almeida (Brasil), Figuras 29.1, 29.7, 29.8, 30.1, 30.2, 30.3, 42.21.
Dra. Ghada Alzamel (Arabia Saudí), Figura 25.58.
Dr. Wilson Delgado Azanero (Perú), Figura 26.13.
Profs. Marilia Heffer Cantisano y Geraldo Oliveira Silva *junior* (Brasil), Figura 34.25.
Prof. Iain L. C. Chapple (Reino Unido), Figuras 25.57, 25.59, 25.60.
Prof. Kamile Erciyas (Turquía), Figuras 25.81, 25.82.
Dr. Mark G. Hochberg (EE. UU.), Figura 25.24.
Dr. John Koutlas (EE. UU.), Figuras 25.7, 25.52.
Dr. Dimitris Malamos (Grecia), Figuras 13.7, 13.8, 14.9, 20.16.
Dr. Andreas Parashis (Grecia), Figuras 5.4, 5.5, 10.1, 10.4, 10.5, 10.6.
Prof. Stephen Porter (Reino Unido), Figura 25.91.
Dr. Yeshwant Rawal (EE. UU.), Figuras 34.24, 46.9.
Prof. Karla Mayra Rezende (Brasil), Figuras 25.1, 25.2, 25.3, 25.4.
Prof. Lida Toomarian (Irán), Figura 25.65.
Drs. Sergio Verdu, Paula Mastrotta y Gabriella Nalli (Argentina), Figura 25.64.
Prof. Isaäc van der Waal (Países Bajos), Figuras 25.70, 25.71.

La **División de Periodoncia** de la Facultad de Odontología de la Universidad Estatal de Ohio (EE. UU.) facilitó el acceso a su archivo de imágenes clínicas, lo cual constituyó una valiosa fuente de material.

Wikipedia Commons, Figura 10.3. https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/f/ff/EnamelPearl.JPG. Creador: Wicketcity Licencia: CC BY-SA 4.

Nuestro especial agradecimiento al personal de la editorial que publicó la obra en inglés por su valiosa ayuda, apoyo y excelente cooperación durante este proyecto. Apreciamos especialmente el papel destacado de la **Sra. Allison Wolf** en la realización de este libro. Un agradecimiento especial a **Lilly Oikonomou** (Grecia) por su apoyo informático.

Por último, pero no por ello menos importante, deseamos reconocer y agradecer a nuestros cónyuges **Vivi Laskari, Wei Tatakis** y **Spyros Dimas** por su apoyo, paciencia y comprensión durante el tiempo necesario para investigar, escribir y finalizar este libro.

Contenido

Sección 1. El periodonto y la salud

1. El periodonto normal 3
Anatomía. . . . 3
Tejidos periodontales 3
Características clínicas de la encía 3
Histología de la encía 4
Hueso alveolar 5
Ligamento periodontal 6
Cemento 6
Irrigación sanguínea e inervación 7
Bioquímica y fisiología 7
Microbiología y papel de los microorganismos en la patogénesis de la enfermedad periodontal 7
Patología: mecanismos inmunológicos 8
Patología y correlaciones clínicas 8
Mecanismos inmunológicos: inmunopatogénesis 9
Diagnóstico de las enfermedades periodontales 10
Examen periodontal 10
Diagnóstico 13
Referencias 14

2. Salud periodontal y gingival 17
Referencias 18

Sección 2. Enfermedades y condiciones locales que afectan los tejidos periodontales

3. Enfermedades gingivales 21
Gingivitis inducida por la biopelícula dental 21
Gingivitis asociada con la respiración bucal 22
Gingivitis específica no inducida por la biopelícula dental 23
Gingivitis granulomatosa 23
Gingivitis de células plasmáticas 24
Gingivitis descamativa 25
Gingivitis espongiótica juvenil localizada 26
La gingivitis como manifestación de enfermedades sistémicas 26
Referencias 26

4. Periodontitis. . . . 29
Periodontitis inducida por la biopelícula dental 29
La periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas 31
Referencias 31

5. Enfermedades periodontales necrosantes 33
Gingivitis necrosante 33
Periodontitis necrosante. . . . 34
Referencias 35

AMOLCA

6. Enfermedades periimplantarias 37
Salud periimplantaria 37
Mucositis periimplantaria 38
Periimplantitis 39
Deficiencias de los tejidos blandos y duros periimplantarios 39
Referencias 40

Sección 3. Otras afecciones locales no inducidas por la biopelícula dental que afectan los tejidos periodontales

7. Abscesos periodontales 43
Abscesos periodontales 43
Referencias 44

8. Deformidades mucogingivales y afecciones alrededor de los dientes 45
Recesión gingival/tejido blando 45
Ausencia de encía queratinizada 46
Frenillo aberrante 46
Exceso gingival-agrandamiento gingival 47
Referencias 48

9. Lesiones endodónticas y periodontales 49
Referencias 50

10. Fuerzas oclusales traumáticas y traumatismo oclusal 51
Referencias 52

11. Factores relacionados con los dientes y las prótesis 53
Proyección cervical del esmalte 53
Perla de esmalte 54
Surco del desarrollo 55
Factores relacionados con la prótesis 56
Referencias 57

12. Trastornos del desarrollo 59
Torus mandibular 59
Exostosis múltiples 60
Aumento de tejido fibroso en la tuberosidad 60
Referencias 61

13. Depósitos de metales pesados y cuerpos extraños 63
Tatuaje por amalgama 63
Deposición de plata y grafito 64
Deposición de bismuto 65
Deposición de plomo 65
Materia alba 66
Deposiciones varias de cuerpos extraños 66
Referencias 67

14. Lesiones gingivales de naturaleza mecánica 69
Úlcera traumática 69
Lesión facticia 70

AMOLCA

Hiperqueratosis friccional 71
Referencias 72

15. Lesiones gingivales químicas y térmicas 73
Lesiones químicas 73
Lesiones térmicas 74
Referencias 75

16. Lesiones gingivales inducidas por fármacos 77
Agrandamiento gingival inducido por fenitoína, ciclosporina y bloqueantes de los canales de calcio 77
Lesiones inducidas por bifosfonatos e inhibidores del RANKL 79
Referencias 79

17. Lesiones gingivales inducidas por la radiación y la quimioterapia 81
Mucositis inducida por la radiación 81
Osteorradionecrosis 82
Mucositis inducida por la quimioterapia 83
Referencias 83

18. Reacciones alérgicas e inflamatorias 85
Estomatitis alérgica por contacto 85
Gingivitis por contacto con la canela 86
Referencias 86

19. Trastornos pigmentarios 87
Pigmentación racial 87
Efélides 88
Lentigo simple 88
Nevus 89
Melanosis del fumador 90
Referencias 91

20. Infecciones gingivales bacterianas 93
Gingivitis necrosante 93
Periodontitis necrosante 93
Pericoronitis 93
Gingivoestomatitis estreptocócica 94
Referencias 94

21. Infecciones gingivales víricas 95
Gingivoestomatitis herpética primaria 95
Gingivoestomatitis herpética secundaria 96
Infecciones por el virus del papiloma humano 97
Condiloma acuminado 97
Verruga vulgar 98
Papiloma 99
Hiperplasia epitelial focal 99
Infección gingival por citomegalovirus 100
Referencias 101

22. Infecciones gingivales fúngicas 103
Candidiasis seudomembranosa aguda 103

AMOLCA

Candidiasis eritematosa 104
Referencias 105

23. Úlceras aftosas 107
Referencias 108

24. La biopelícula dental como factor de riesgo de enfermedades sistémicas 109
Periodontitis y enfermedades cardiovasculares 110
Periodontitis y enfermedades pulmonares 110
Periodontitis y diabetes *mellitus* 110
Periodontitis y desenlace del embarazo. 110
Referencias 111

25. La gingivitis y la periodontitis como fuente de halitosis 113
Referencias 114

Sección 4. Enfermedades sistémicas que afectan los tejidos periodontales

26. Enfermedades genéticas 117
Síndrome de Chediak-Higashi 118
Síndrome de Ellis-Van Creveld 118
Enfermedad granulomatosa crónica 119
Síndrome de Cowden 121
Fibrosis quística 121
Enfermedad de Darier 122
Síndrome de Down 122
Disqueratosis congénita 123
Síndrome de Ehlers-Danlos 124
Acantosis *nigricans* familiar 125
Anemia de Fanconi 126
Síndrome de hipoplasia dérmica focal 127
Síndrome de hiperqueratosis palmoplantar focal y gingival 128
Síndrome de Gardner 129
Enfermedad del almacenamiento de glucógeno de tipo 1b 130
Epidermólisis bullosa hereditaria 131
Síndrome de Kindler 133
Fibromatosis gingival hereditaria 134
Telangiectasia hemorrágica hereditaria 135
Síndrome de Hurler. 136
Hipomelanosis de Ito. 136
Hipofosfatasia 137
Fibromatosis hialina juvenil y hialinosis sistémica infantil 138
Síndrome de Klippel-Trénaunay-Weber 139
Síndromes de deficiencia de adhesión leucocitaria 140
Proteinosis lipoidea 141
Síndrome de neoplasia endocrina múltiple de tipo 2B 142
Neurofibromatosis de tipo 1 143
Síndrome orofaciodigital de tipo I 144
Síndrome de Papillon-Lefèvre 145
Síndrome de Haim-Munk 146
Síndrome de Sturge-Weber 147
Esclerosis tuberosa 147
Nevus esponjoso blanco. 148

AMOLCA

Síndrome de Wiskott-Aldrich 149
Síndrome de Zimmermann-Laband 150
Referencias 150

27. Infecciones bacterianas 153
Tuberculosis 153
Sífilis 154
Actinomicosis 155
Infección gonocócica 156
Angiomatosis bacilar 157
Donovanosis 157
Referencias 158

28. Infecciones víricas 159
Sarampión 159
Varicela 160
Herpes zóster 161
Mononucleosis infecciosa 162
Enfermedad de mano-pie-boca 162
Enfermedad de Kawasaki 163
Hepatitis vírica crónica 165
Referencias 165

29. Infección por VIH y SIDA 167
Infecciones bacterianas 167
Gingivitis necrosante 167
Periodontitis necrosante 168
Angiomatosis bacilar 169
Infecciones víricas 169
Virus del herpes simple 169
Herpes zóster 170
Citomegalovirus 170
Condiloma acuminado 170
Micosis 171
Eritema gingival lineal 171
Candidiasis 171
Micosis sistémicas 172
Neoplasias 172
Sarcoma de Kaposi 172
Linfomas no Hodgkin 173
Referencias 173

30. Micosis sistémicas 175
Histoplasmosis 175
Aspergilosis 176
Mucormicosis 177
Blastomicosis 177
Paracoccidioidomicosis 178
Referencias 179

31. Protozoos e infestaciones 181
Leishmaniasis 181
Miasis oral 182
Referencias 183

AMOLCA

32. Enfermedades hematológicas no neoplásicas 185
Neutropenia congénita grave 185
Neutropenia adquirida 186
Neutropenia cíclica 187
Agranulocitosis 187
Anemia aplásica 188
Trombocitopenia 189
Deficiencia de plasminógeno de tipo I 190
Policitemia vera 191
Enfermedad de Von Willebrand 191
Síndromes mielodisplásicos 192
Referencias 193

33. Enfermedades mucocutáneas 195
Eritema multiforme 195
Síndrome de Stevens-Johnson 196
Necrólisis epidérmica tóxica 198
Pénfigo vulgar 198
Penfigoide de membranas mucosas 200
Penfigoide bulloso 201
Penfigoide gestacional 202
Enfermedad por IgA lineal 203
Epidermólisis bullosa adquirida 204
Dermatitis herpetiforme 205
Liquen plano 206
Estomatitis ulcerosa crónica 207
Psoriasis 208
Referencias 209

34. Enfermedades mucocutáneas paraneoplásicas 211
Acantosis *nigricans* maligna 211
Pénfigo paraneoplásico 212
Penfigoide de las membranas mucosas antilaminina 5 213
Dermatitis herpetiforme 213
Referencias 213

35. Enfermedades autoinmunitarias y autoinflamatorias 215
Lupus eritematoso 215
Síndrome de Sjögren 216
Esclerosis sistémica 217
Enfermedad mixta del tejido conjuntivo 218
Dermatomiositis 219
Enfermedad de injerto-contra-huésped 220
Enfermedad de Adamantiades-Behçet 221
Síndrome PFAPA 223
Granulomatosis de Wegener 223
Enfermedad de Reiter 224
Referencias 225

36. Granulomatosis orofacial 227
Introducción 227
Síndrome de Melkersson-Rosenthal 227
Enfermedad de Crohn 228
Sarcoidosis 229
Pioestomatitis vegetante 231

AMOLCA

Referencias 231

37. Enfermedades metabólicas 233
Porfirias 233
Amiloidosis 234
Referencias 235

38. Enfermedades endocrinas 237
Diabetes *mellitus* 237
Enfermedad de Addison 238
Hormonas esteroides sexuales 239
Referencias 240

39. Deficiencias vitamínicas 241
Escorbuto 241
Referencias 242

Sección 5. Trastornos potencialmente malignos que afectan los tejidos periodontales

40. Trastornos potencialmente malignos 245
Leucoplasia 245
Eritroplasia 247
Referencias 247

Sección 6. Tumores que afectan los tejidos periodontales

41. Tumores benignos 251
Fibroma 251
Fibroma de células gigantes 252
Fibroma osificante periférico 253
Lipoma 253
Neurofibroma 254
Schwannoma 255
Leiomioma 255
Condroma en los tejidos blandos 256
Osteoma mandibular 257
Xantoma verruciforme 257
Melanoacantoma 258
Tumor neuroectodérmico melanótico de la infancia 258
Hemangioma 259
Linfangioma 259
Referencias 260

42. Tumores malignos 263
Epitelio superficial 263
Carcinoma de células escamosas 263
Carcinoma verrugoso 264
Mesénquima 265
Histiocitoma fibroso maligno 265
Leiomiosarcoma 266
Angiosarcoma 266
Sarcoma de Kaposi 267
Osteosarcoma 268

AMOLCA

Sarcoma de Ewing. 269
Melanoma maligno 270
Neoplasias metastásicas 271
Referencias 272

43. Tumores malignos hematopoyéticos y linfoides 275
Leucemias 275
Plasmocitoma de partes blandas 277
Mieloma múltiple 278
Enfermedad de Hodgkin 279
Linfomas no Hodgkin 279
Linfoma extraganglionar de células NK/T de tipo nasal 281
Linfoma de Burkitt 281
Micosis fungoide 282
Histiocitosis de células de Langerhans 283
Referencias 285

Sección 7. Otras lesiones, tumores y quistes que afectan los tejidos periodontales

44. Lesiones reactivas 289
Granuloma piógeno 289
Variaciones del granuloma piógeno 290
Granuloma de células plasmáticas 291
Granuloma periférico de células gigantes 291
Tumor pardo del hiperparatiroidismo 292
Hiperplasia fibrosa inducida por prótesis dentales 293
Mucinosis oral focal 294
Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia 294
Épulis congénito del recién nacido 295
Referencias 295

45. Lesiones fibroóseas 297
Displasia fibrosa 297
Enfermedad de Paget 298
Referencias 299

46. Tumores odontogénicos periféricos benignos 301
Ameloblastoma 301
Tumor odontogénico epitelial calcificante 302
Mixoma odontogénico 302
Referencias 303

47. Quistes de los tejidos blandos 305
Quiste de erupción 305
Quiste gingival del recién nacido 306
Quiste gingival del adulto 307
Quiste nasopalatino 307
Quiste periodontal lateral 308
Referencias 309

Apéndice: clasificación de las lesiones gingivales según el color y la morfología 311

Índice alfabético 313

AMOLCA

George Laskaris, DDS, MD, PhD (Universidad de Atenas), completó sus estudios de posgrado en Dermatología en el Hospital Universitario "A. Sygros" (Atenas) y en Medicina Oral en las Universidades de Londres y de Bristol. Se doctoró en la Universidad de Atenas y ha sido Profesor Asociado de Medicina Oral en la Facultad de Medicina de la Universidad de Atenas y Profesor visitante en la Universidad de Londres. Creó el departamento de Medicina Oral en el Hospital Universitario de Dermatología "A. Sygros" y fue jefe de la clínica (1971-2008).

Es miembro del comité de la OMS para la clasificación de las manifestaciones orales del SIDA (1990-1995). Cuenta con más de 850 publicaciones científicas y ha realizado más de 1000 presentaciones. Ha publicado 11 libros en griego y 5 en inglés (*Color Atlas of Oral Diseases* [4.ª ed.], *Pocket Atlas of Oral Diseases* [3.ª ed.], *Color Atlas of Oral Diseases in Children and Adolescents, Treatment of Oral Diseases* en la editorial Thieme y *Periodontal Manifestations of Local and Systemic Diseases* [2ª ed.] con la editorial Springer, los cuales han sido traducidos al francés, italiano, español, portugués, croata, ruso, turco, portugués [Brasil], español [17 países de Latinoamérica], indonesio, coreano y chino).

Dos libros en inglés: *Color Atlas of Oral Diseases* (en la editorial Thieme, ahora en su 4.ª edición) y *Pocket Atlas of Oral Diseases* (también en Thieme, ahora en la 3ª edición), que son libros superventas en el ámbito médico internacional. También ha contribuido con capítulos en 23 libros griegos y 3 en inglés.

Libros premiados

Oral Medicine: Diagnosis and Treatment (en griego) recibió un premio de la Academia Nacional Griega en 2013.

Color Atlas of Oral Diseases (2.ª ed., en inglés), premiado en 1995 por la British Medical Association en un concurso internacional de libros. Este libro ya se encuentra en su 4.ª edición y es considerado como "la biblia" de la medicina oral en todo el mundo.

Color Atlas of Oral Diseases y *Periodontal Manifestations of Local and Systemic Diseases* (1.ª ed.), traducidos al ruso, recibieron en 2005 un premio de la Academia Rusa de Ciencias de la Salud.

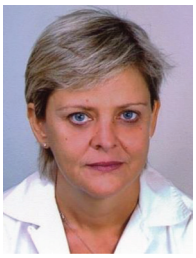
Color Atlas of Oral Diseases (2.ª ed.), fue premiado por la Asociación Griega de Dermatología-Venereología en 1996.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Atenas premió al doctor Laskaris en 2003 por el conjunto de sus publicaciones en inglés.

AMOLCA

Dimitris Tatakis, DDS, PhD, estudió en la Universidad de Buffalo (SUNYaB) y obtuvo su certificado en Periodoncia y su doctorado en Biología Oral, tras completar su formación odontológica, en la Universidad de Atenas. Es Diplomado de la Junta Americana de Periodoncia, miembro del Colegio Internacional de Dentistas y miembro de la Asociación Americana de Investigación Dental, Oral y Craneofacial. Actualmente es profesor y director del Programa de Educación Avanzada en Periodoncia y director de Iniciativas Globales en la Facultad de Odontología de la Universidad Estatal de Ohio, así como examinador de la Junta Estadounidense de Periodoncia. Forma parte del Consejo Editorial de varias publicaciones, entre ellas *Journal of Clinical Periodontology* y *Journal of Periodontology*.

Sus intereses de investigación incluyen la cicatrización de heridas y los resultados quirúrgicos periodontales. Es autor de más de 170 artículos académicos revisados por pares, varios capítulos de libros y coautor de la segunda edición del libro *Periodontal Manifestations of Local and Systemic Diseases* (2023). Sus investigaciones han sido reconocidas con el Premio E. Bud Tarrson de Investigación en Cirugía Plástica Oral (2004) y el Premio R. Earl Robinson de Regeneración Periodontal (2015). Ha recibido el Premio al Educador Periodontal Destacado de la Academia Americana de Periodoncia (2019) y da conferencias a nivel nacional e internacional.



Eleana Stoufi, DMD (Universidad de Atenas), MSc (Universidad de Harvard), PhD, completó sus estudios de posgrado en Medicina Oral y Patología Oral en la Universidad de Harvard (Boston, EE. UU.) y recibió su doctorado de la Universidad de Atenas. Es profesora a tiempo parcial en la Facultad de Medicina Dental de Harvard y profesora asociada honoraria en la Universidad de Ruanda, donde ha ejercido como HRH (Recursos Humanos para la Salud) durante 4 años como parte del profesorado de Harvard (2016-2019) y ha enseñado en el programa de estudios de Medicina Oral/Patología Oral. Es jefa del Departamento de Medicina Oral del Euroclinic Hospital de Atenas y ha sido asociada científica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Atenas. Ha sido directora científica del programa de 2 años para la "Prevención del cáncer oral" patrocinado por la CE, el Ministerio de Sanidad griego y la Asociación Dental griega (2015-2016). Desde 2019 es miembro del Comité Nacional del Ministerio de Sanidad griego para la campaña estratégica contra el tabaquismo y desde 2020 es secretaria electa del Comité Científico de la Asociación Dental griega. Desde 2022 es colaboradora externa del equipo de trabajo del proyecto de deshabituación tabáquica de la FDI. Tiene más de 40 publicaciones científicas y más de 200 presentaciones en reuniones nacionales e internacionales. Es coautora del libro *Pocket Atlas of Oral Diseases* en griego (2019).

3
Enfermedades gingivales

CONTENIDO

Gingivitis inducida por la biopelícula dental 21
Gingivitis asociada con la respiración bucal 22
Gingivitis específica no inducida por la biopelícula dental 23
La gingivitis como manifestación de enfermedades sistémicas 26
Referencias 26

Gingivitis inducida por la biopelícula dental

Definición. Lesión inflamatoria resultante de la interacción entre la biopelícula dental y la respuesta del huésped. Esta lesión, que es reversible tras la reducción de los niveles de biopelícula, permanece contenida dentro de la encía y no se extiende más allá de la unión mucogingival o al resto del aparato de inserción periodontal.

Etiología. Acumulación de biopelícula dental (placa) en la zona del margen gingival y apical a este. Puede estar asociada únicamente con la biopelícula o mediada por diversos factores modificadores (p. ej., tabaquismo, hiperglucemia, hormonas esteroideas sexuales) o predisponentes (p. ej., xerostomía, márgenes de las restauraciones sobrecontorneados).

Afectación gingival. Exclusivamente; afecta a la mayoría de la población.

Otras zonas afectadas. Ninguna.

Características clínicas

- Una de las enfermedades bucales más prevalentes en todo el mundo.
- Clínicamente, se presenta indolora, con sangrado provocado (por cepillado dental, sondaje periodontal, morder alimentos duros, por ejemplo, manzanas), enrojecimiento gingival y edema (Figura 3.1). Eventualmente puede producirse un leve agrandamiento gingival (Figuras 3.2 y 3.3).

Figura 3.1. Gingivitis inducida por la biopelícula dental, con enrojecimiento y edema. Se evidencia la acumulación de biopelícula dental.

- Puede desarrollarse en un periodonto intacto (gingivitis en un periodonto intacto) o en un periodonto reducido en un paciente sin periodontitis (p. ej., paciente con recesión o antecedente de alargamiento coronario; gingivitis en un periodonto reducido) o en un periodonto reducido en un paciente con periodontitis tratado con éxito (en este caso, no puede descartarse una periodontitis recurrente).
- El diagnóstico se basa principalmente en las características clínicas y el historial dental.

Figura 3.2. Gingivitis inducida por la biopelícula dental, con enrojecimiento y edema, especialmente en las zonas papilares.

Figura 3.3. Gingivitis inducida por la biopelícula dental. El enrojecimiento, el edema, el sangrado y la biopelícula dental asociada son evidentes, obsérvese el agrandamiento gingival resultante.

Diagnóstico diferencial

- Periodontitis.
- Gingivitis de células plasmáticas.
- Gingivitis descamativa.
- Gingivitis espongiótica juvenil localizada.
- Infecciones bacterianas, víricas o fúngicas específicas.
- Traumatismos.
- Agrandamiento gingival inducido por fármacos.
- Enfermedades sistémicas que afectan los tejidos periodontales (véase la Sección 4).

Pruebas de laboratorio. No hay pruebas específicas. Ocasionalmente, las imágenes radiográficas pueden ayudar a apoyar el diagnóstico clínico.

Tratamiento. Instrucción para la higiene oral (control de la biopelícula). Cuando sea necesario, terapia periodontal no quirúrgica (profilaxis; eliminación del cálculo mediante raspado y pulido). Ocasionalmente, uso de enjuagues bucales antimicrobianos, que ayudarán al control de la biopelícula y a la posterior resolución de la inflamación.

Gingivitis asociada con la respiración bucal

Definición. Término descriptivo de la gingivitis inducida por biopelículas y relacionada con la respiración bucal.

Etiología. Entre los diversos factores que pueden provocar un hábito de respiración bucal, que da lugar a una gingivitis con agrandamiento gingival, se encuentran el asma, las alergias, la obstrucción de las vías respiratorias superiores (p. ej., desviación del tabique nasal), la rinitis alérgica o la maloclusión. Asociada con la biopelícula dental.

Afectación gingival. Común.

Otras zonas afectadas. Ninguna.

- Características clínicas
- La respiración bucal se observa en las personas que respiran por la boca (normalmente debido a la desviación del tabique nasal o a la hipertrofia del tejido linfoide faríngeo, amígdalas y adenoides).
- Es frecuente en niños y adolescentes y afecta sobre todo la encía vestibular del sector anterior superior que corresponde aproximadamente a las zonas que carecen de cobertura labial.
- La respiración bucal se asocia con un alto nivel de sequedad oral de la biopelícula dental (o placa), lo que provoca una inflamación gingival que puede conducir a un agrandamiento de la encía, especialmente la encía vestibular del sector anterior (Figuras 3.4 y 3.5).

Figura 3.4. Gingivitis asociada con la respiración bucal, con agrandamiento gingival en la zona vestibular anterior del maxilar superior.

Figura 3.5. Gingivitis asociada con la respiración bucal, con agrandamiento gingival en la zona vestibular anterior del maxilar superior.

- Clínicamente, la encía libre y, predominantemente, las papilas interdentales están agrandadas, secas, eritematosas y brillantes y cubren parte de la corona del diente. Hay seudobolsas en los lugares de agrandamiento.
- El diagnóstico se basa en los antecedentes y las características clínicas.

Diagnóstico diferencial
- Gingivitis crónica.
- Fibromatosis gingival hereditaria.
- Agrandamiento gingival inducido por fármacos.
- Gingivitis del embarazo.
- Sarcoidosis.
- Enfermedad de Crohn.
- Leucemia.
- Granulomatosis de Wegener.
- Amiloidosis.
- Escorbuto.
- Mucopolisacaridosis.

Pruebas de laboratorio. Ninguna.

Tratamiento. Manejo de la etiología subyacente a la respiración bucal, por ejemplo, examen de las vías respiratorias superiores por un otorrinolaringólogo. Alto nivel de higiene bucal y, ocasionalmente, gingivectomía.

Gingivitis específica no inducida por la biopelícula dental

Gingivitis granulomatosa

Definición. Inflamación de los tejidos gingivales en asociación con evidencia histológica de inflamación granulomatosa no caseificante.

Etiología. No está clara, a menudo idiopática. Típicamente, componente de la granulomatosis orofacial, que a su vez puede ser la manifestación clínica localizada de enfermedades como el síndrome de Melkersson-Rosenthal, la queilitis granulomatosa crónica, la enfermedad de Crohn, la sarcoidosis y otras (como la enfermedad de Anderson-Fabry). También puede representar una reacción a aditivos alimentarios (p. ej., aldehído cinámico) o a un cuerpo extraño incrustado en la encía.

Afectación gingival. Rara.

Otras zonas afectadas. Labios, mucosa oral, cara.

Características clínicas
- Aumento de volumen gingival granulomatoso y rojizo que puede acompañarse de lesiones mucosas como aspecto empedrado por engrosamiento y plegamiento, apéndices mucosos, úlceras lineales en el vestíbulo, a menudo con masas granulomatosas adyacentes (Figuras 3.6 y 3.7).

Figura 3.6. Gingivitis granulomatosa, apéndices mucosos y úlceras.

Figura 3.7. Gingivitis granulomatosa, agrandamiento gingival. Paciente con enfermedad de Crohn.

AMOLCA

- Bastante frecuente (20-30 %) entre los pacientes que presentan granulomatosis orofacial.
- El diagnóstico se basa en los antecedentes y las características clínicas, complementados por la histopatología.

Diagnóstico diferencial
- Gingivitis de células plasmáticas.
- Gingivitis inducida por cuerpo extraño.
- Enfermedad de Crohn.
- Sarcoidosis.
- Sarcoma de Kaposi.
- Granulomatosis de Wegener.
- Tuberculosis.
- Lepra.

Pruebas de laboratorio. Examen histopatológico e histoquímico.

Tratamiento. Manejo de la condición sistémica subyacente, evitación de los elementos dietéticos desencadenantes. Corticosteroides tópicos, intralesionales o sistémicos.

Gingivitis de células plasmáticas

Definición. Reacción no sintomática, eritematosa y edematosa a diversas sustancias, que se encuentra en la encía marginal y adherida. También se conoce como gingivoestomatitis alérgica, gingivoestomatitis atípica y gingivoestomatitis idiopática.

Etiología. No está clara, a menudo idiopática. Hipersensibilidad a componentes o aditivos de alimentos, dentífricos y otros productos de uso oral (p. ej., pastillas), como aldehído cinámico, aceite de canela, hexilresorcinol y menta.

Afectación gingival. Rara.

Otras zonas afectadas. Raramente, otras localizaciones orales (labios, lengua) o faríngeas (epiglotis), mucosa genital.

Características clínicas
- Clínicamente, la gingivitis de células plasmáticas se presenta como una zona roja y edematosa difusa, claramente delimitada, dentro de la encía adherida y marginal, friable, granular y que sangra fácilmente con un ligero estímulo (Figuras 3.8-3.10). En raras ocasiones puede presentar también aspecto ampollar o verruciforme.
- El diagnóstico se basa en los antecedentes y las características clínicas, complementados por la histopatología.

Diagnóstico diferencial
- Gingivitis inducida por la biopelícula dental.
- Gingivitis espongiótica juvenil localizada.

Figura 3.8. Gingivitis de células plasmáticas, con lesiones granulares eritematosas en la encía superior.

Figura 3.9. Gingivitis de células plasmáticas, con lesiones eritematosas y edematosas generalizadas en la encía superior.

Figura 3.10. Gingivitis de células plasmáticas, con lesiones eritematosas difusas en la encía inferior.

AMOLCA

- Gingivitis descamativa.
- Sarcoidosis.
- Enfermedad de Crohn.
- Leucemia.
- Granulomatosis de Wegener.
- Amiloidosis.
- Escorbuto.
- Mucopolisacaridosis.
- Mucolipidosis.

Pruebas de laboratorio. Examen histopatológico e histoquímico.

Tratamiento. Identificación y eliminación del agente desencadenante. Refuerzo de la higiene bucal, enjuague antimicrobiano y corticoides tópicos (o sistémicos, en los casos graves).

Figura 3.11. Gingivitis descamativa. Lesiones en la encía típicas del penfigoide de membranas mucosas.

Gingivitis descamativa

Definición. Término descriptivo de una lesión inflamatoria gingival caracterizada por eritema, descamación (desprendimiento) del epitelio y/o formación de ampollas tras la presión de la encía. Es una manifestación de varias enfermedades mucocutáneas.

Etiología. Varias enfermedades vesiculobullosas pueden manifestarse como gingivitis descamativa. El liquen plano, el penfigoide de la mucosa y el pénfigo vulgar son las más frecuentes.

Afectación gingival. Común.

Otras zonas afectadas. Mucosa oral (mucosa bucal, labios, lengua, paladar) y no oral (conjuntiva, faringe, genitales). También puede haber lesiones cutáneas, dependiendo de la enfermedad subyacente.

Figura 3.12. Gingivitis descamativa, manifestación clínica del penfigoide de membranas mucosas.

Figura 3.13. Gingivitis descamativa. Lesiones de penfigoide de membranas mucosas que se presentan con formación de pequeñas ampollas hemorrágicas en un niño.

Características clínicas

- Clínicamente, la gingivitis descamativa se presenta con áreas eritematosas, edematosas y descamativas, a menudo con erosiones dolorosas y, ocasionalmente, ulceraciones (Figuras 3.11-3.13).
- La formación de ampollas, la descamación y el sangrado al contacto son rasgos característicos.
- El diagnóstico clínico debe confirmarse mediante pruebas de laboratorio.

Diagnóstico diferencial

- Gingivitis de células plasmáticas.
- Liquen plano.
- Penfigoide de membranas mucosas.
- Pénfigo vulgar.
- Penfigoide bulloso.

AMOLCA

- Epidermólisis ampollosa adquirida.
- Enfermedad IgA lineal.
- Eritema multiforme.

Pruebas de laboratorio. Examen histopatológico, incluyendo inmunofluorescencia directa e indirecta para establecer la causa subyacente.

Tratamiento. Identificación y tratamiento de la enfermedad mucocutánea subyacente. Corticoides tópicos o sistémicos y otros fármacos inmunosupresores. Refuerzo de la higiene bucal.

Figura 3.14. Hiperplasia gingival espongiótica, lesión localizada en la encía superior.

Gingivitis espongiótica juvenil localizada

Definición. La gingivitis espongiótica juvenil localizada o hiperplasia gingival espongiótica juvenil localizada es una forma rara y única, desde una perspectiva clínica e histopatológica, de hiperplasia gingival que afecta principalmente a niños y adolescentes y, raramente, a otras edades.

Etiología. Desconocida. Aparentemente sin relación con la biopelícula dental. Posiblemente debida a la exteriorización del epitelio de unión.

Afectación gingival. Exclusivamente.

Otras zonas afectadas. No se han reportado.

Características clínicas

- Clínicamente se presenta como una lesión gingival roja brillante, bien delimitada, elevada e indolora, generalmente sésil, en su mayoría solitaria. Presenta un aspecto superficial granular, papilar o aterciopelado y sangra al contacto (Figura 3.14).
- A menudo localizada en la encía adherida y marginal vestibular de los incisivos superiores.
- El diagnóstico se basa en la historia y las características clínicas, complementadas por el patrón histopatológico característico (espongiosis celular y exocitosis de neutrófilos).

Diagnóstico diferencial

- Gingivitis inducida por biopelícula dental.
- Gingivitis granulomatosa.
- Gingivitis de células plasmáticas.
- Plasmocitoma de tejidos blandos.
- Granuloma piógeno.

Pruebas de laboratorio. Examen histopatológico e histoquímico.

Tratamiento. La escisión quirúrgica conservadora es el tratamiento de elección. Ligera tendencia a la recidiva. Es posible la resolución espontánea.

La gingivitis como manifestación de enfermedades sistémicas (véase la Sección 4)

Estas entidades clínicas se presentan en la Sección 4.

Referencias

1. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: consensus report of workgroup 1 of the 2017 world workshop on the classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions. J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20):S68–77.
2. Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Plaque-induced gingivitis: case definition and diagnostic considerations. J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20):S44–67.
3. McCartan BE, Healy CM, McCreary CE, et al. Characteristics of patients with orofacial granulomatosis. Oral Dis. 2011; 17(7):696–704. https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2011.01826.x.
4. Lourenço SV, Lobo AZ, Boggio P, et al. Gingival manifestations of orofacial granulomatosis. Arch Dermatol. 2008;144(12):1627–30. https://doi.org/10.1001/archderm.144.12.1627.
5. Gordon SC, Daley TD. Foreign body gingivitis: clinical and microscopic features of 61 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1997;83(5):562–70. https://doi.org/10.1016/s1079-2104(97)90121- 9.
6. Antunes KB, Miranda AM, Carvalho SR, et al. Sarcoidosis presenting as gingival erosion in a patient under long-term

clinical control. J Periodontol. 2008;79(3):556–61. https://doi.org/10.1902/jop.2008.070139.
7. Leuci S, Coppola N, Adamo N, et al. Clinico-pathological profile and outcomes of 45 cases of plasma cell gingivitis. J Clin Med. 2021;10(4):830. https://doi.org/10.3390/jcm10040830.
8. Prasanna JS, Mutyap DA, Pantula VR, et al. Plasma cell gingivits–a conflict of diagnosis. J Clin Diagn Res. 2016;10(11):ZD01–3. https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/21148.8763.
9. Vishnu V, Ramesh R, Radhakrishnan RP, Sreelakshmi RM. Plasma cell gingivitis mimicking granulomatous disease: a diagnostic dilemma. Clin Adv Periodontics. 2020;11(4):220–4. https://doi.org/10.1002/cap.10108. Epub ahead of print
10. Cabras M, Gambino A, Broccoletti R, Arduino PG. Desquamative gingivitis: a systematic review of possible treatments. J Biol Regul Homeost Agents. 2019;33(2):637–42.
11. Tofan EC, Părlătescu I, Ţovaru Ş, et al. Desquamative gingivitis–a clinicopathological review. Curr Health Sci J. 2018;44(4):331–6. https://doi.org/10.12865/CHSJ.44.04.01.
12. Maderal AD, Lee Salisbury P 3rd, Jorizzo JL. Desquamative gingivitis: clinical findings and diseases. J Am Acad Dermatol. 2018;78(5):839–48. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.05.056.
13. Yih WY, Maier T, Kratochvil FJ, Zieper MB. Analysis of desquamative gingivitis using direct immunofluorescence in conjunction with histology. J Periodontol. 1998;69(6):678–85. https://doi.org/10.1902/jop.1998.69.6.678.
14. Nisengard RJ, Neiders M. Desquamative lesions of the gingiva. J Periodontol. 1981;52(9):500–10. https://doi.org/10.1902/jop.1981.52.9.500.
15. Laskaris G, Demetriou N, Angelopoulos A. Immunofluorescent studies in desquamative gingivitis. J Oral Pathol. 1981;10(6):398–407. https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.1981.tb01291.x.
16. Sklavounou A, Laskaris G. Frequency of desquamative gingivitis in skin diseases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1983;56(2):141–4. https://doi.org/10.1016/0030-4220(83)90278- 5.
17. McNamara KK, Kalmar JR. Erythematous and vascular oral mucosal lesions: a clinicopathologic review of red entities. Head Neck Pathol. 2019;13(1):4–15. https://doi.org/10.1007/s12105-019- 01002- 8.
18. Chang JY, Kessler HP, Wright JM. Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008;106(3):411–8. https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2008.04.024.
19. Darling MR, Daley TD, Wilson A, Wysocki GP. Juvenile spongiotic gingivitis. J Periodontol. 2007;78(7):1235–40. https://doi.org/10.1902/jop.2007.060502.
20. Eslami A, Sadeghi EM. Mouth breather's gingivitis: a clinicopathologic review. Compendium. 1987;8(1):20–4.
21. Wagaiyu EG, Ashley FP. Mouth breathing, lip seal and upper lip coverage and their relationship with gingival inflammation in 11-14 year-old schoolchildren. J Clin Periodontol. 1991;18(9):698–702. https://doi.org/10.1111/j.1600-051x.1991.tb00112.x.
22. Gulati MS, Grewal N, Kaur A. A comparative study of effects of mouth breathing and normal breathing on gingival health in children. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 1998;16(3):72–83.
23. Sharma RK, Bhatia A, Tewari S, Narula SC. Distribution of gingival inflammation in mouth breathing patients: an observational pilot study. J Dent Indones. 2016;23:28–32.

AMOLCA