



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



EDITORIAL

La salud bucodental también importa



Oral health also matters

Las enfermedades bucodentales, caries y enfermedades periodontales, están entre las más prevalentes del ser humano. Dentro de las enfermedades periodontales, es especialmente relevante la periodontitis, que causa una destrucción progresiva de los tejidos que sostienen a los dientes (periodonto), conduciendo eventualmente a su pérdida. Los últimos datos epidemiológicos disponibles en España, realizados en la población laboral¹, indicaron que el 38,4% sufría periodontitis, que se incrementaba hasta el 65,1% en mayores de 55 años.

Si el primer elemento relevante es la alta prevalencia, que se incrementa con la edad, hay otros elementos significativos que convierten a la periodontitis en un claro problema de salud pública (ver el Manifiesto de Federación Europea de Periodoncia [*European Federation of Periodontology*, EFP] <http://www.efp.org/efp-manifiesto/>): es la mayor causa de pérdida de dientes en adultos, se asocia a discapacidad con disfunción masticatoria y peor situación nutricional², afecta al habla, a la estética, a las relaciones sociales, reduce la calidad de vida³ y representa un alto coste económico para las personas (como en España) y/o para las autoridades sanitarias (para países de nuestro entorno, en el que la salud bucodental entre dentro las coberturas de los sistemas nacionales de salud)⁴, solo superado por el asociado a la diabetes y a las enfermedades cardiovasculares.

Pero a todos estos factores, evidencias científicas incontestables, generadas en las últimas décadas, se han añadido que la periodontitis, como enfermedad crónica infecciosa de naturaleza inflamatoria, está claramente asociada con otras enfermedades inflamatorias crónicas, como las enfermedades cardiovasculares⁵ o la diabetes⁶, entre otras⁷, además de incrementar el riesgo de resultados adversos del embarazo⁸.

¿A qué se deben estas asociaciones? La periodontitis está causada por la formación de un biofilm microbiano patógeno, a nivel subgingival (bajo la encía), que induce una respuesta inmunoinflamatoria en los tejidos, que en las

personas susceptibles puede acabar destruyendo los tejidos de soporte del diente (incluyendo el tejido óseo de los maxilares), haciendo que la enfermedad progrese y eventualmente cause la pérdida del propio diente. La respuesta inflamatoria está condicionada por factores genéticos, ambientales y hábitos de vida, incluyendo el tabaco, control de la glucemia, obesidad, factores nutricionales, estrés o higiene bucodental. La enfermedad, que progresa lentamente y con escasos signos relevantes para el paciente (como el sangrado de las encías), puede mantener durante años una gran cantidad de bacterias en estrecho contacto con el tejido gingival de las encías inflamado y ulcerado, lo que provoca bacteriemias frecuentes (paso de bacterias vivas a la circulación sanguínea sistémica)⁹ y un estado de inflamación sistémico que se puede medir objetivamente¹⁰.

La evidencia científica disponible para avalar estas asociaciones se revisó concienzudamente en una reunión de 90 expertos de la EFP y la Academia Americana de Periodoncia (*American Academy of Periodontology*, AAP) celebrada en 2012 en La Granja de San Ildefonso (Segovia) en España, bajo la dirección del Prof. Mariano Sanz. En la reunión se presentaron 11 revisiones sistemáticas, cuyas conclusiones fueron recogidas en los diferentes consensos y recomendaciones. Por citar algunas de las más destacadas, una de ellas evaluó la asociación epidemiológica entre la periodontitis y la enfermedad cardiovascular aterosclerótica incidente, y los datos de 12 estudios longitudinales confirmaron la asociación, especialmente en varones jóvenes¹¹. También es especialmente relevante la asociación con diabetes, dado que la relación es bidireccional: la diabetes es factor de riesgo para sufrir periodontitis (hasta 3 veces más), y la periodontitis dificulta el control de la glucemia, incrementa el riesgo de sufrir diabetes y aumenta la prevalencia de complicaciones¹².

Todos estos argumentos han llevado a la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA) a pasar a la acción y proponer cambiar los protocolos de atención de salud para implementar estrategias preventivas primarias y

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.04.009>

1138-3593/© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

secundarias que permitan, tanto desde la atención odontológica como desde otras áreas de la salud, promocionar la salud de manera global, ya sea bucodental o cardiovascular o de control metabólico. Por ejemplo, las clínicas dentales tienen el potencial para ser espacios de prevención primaria del riesgo cardiovascular o para la detección precoz de personas con diabetes no diagnosticada; y las consultas de atención primaria y otras disciplinas médicas se pueden erigir en puntos de información y detección precoz de enfermedades periodontales.

Con esta doble finalidad sinérgica, se ha iniciado el trabajo conjunto con diferentes sociedades científicas españolas: en 2014 se constituyeron los grupos de trabajo conjuntos con la Sociedad Española de Diabetes (SED) y con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO); en 2015, empezó a trabajar el grupo con la Sociedad Española de Cardiología (SEC). Y ahora, en 2016, comienza su trabajo el grupo más relevante en cuanto a capacidad de divulgación y llegada directa a la población, con la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

Los beneficios del trabajo conjunto entre diferentes áreas de la salud son evidentes, siempre desde el convencimiento de que la salud es solo una, y no hay diferentes «saludes» bucodental, cardiovascular o metabólica. Y otro aspecto, que ha sido evidenciado recientemente, va más allá del propio beneficio para la salud del paciente, y llega al beneficio económico para los gestores sanitarios. Los estudios realizados por compañías de seguros en EE. UU.¹³ han señalado que se si se trata la periodontitis en pacientes con problemas cardiovasculares, se reducen los costes globales en un 25,4% (enfermedad cardíaca) o un 34,7% (infarto de miocardio). Estos datos fueron confirmados en un análisis independiente¹⁴, en el que se compararon pacientes tratados y no tratados de periodontitis, y encontraron que los costes económicos de las otras comorbilidades se redujeron significativamente para diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad arterial coronaria y resultados adversos del embarazo en un 40,2; 40,9; 10,7; y 73,7%, respectivamente. Porque la buena noticia es que la periodontitis es prevenible y tratable, a un coste económicamente razonable (como se ha visto, no es un gasto, sino una inversión), y que su control reduce el riesgo cardiovascular y metabólico, entre otros, mejorando la salud, la única salud que importa, la salud como un todo.

Desde estas líneas que brinda la revista científica de SEMERGEN, invitamos a los responsables públicos a escuchar la evidencia científica y a abordar la prevención de las enfermedades periodontales como una cuestión de salud pública. Y al mismo tiempo, aprovechar para estrechar la cooperación con las sociedades científicas definiendo innovadoras estrategias de prevención primaria de enfermedades no transmisibles y ambiciosos programas de promoción de la salud que integren el espacio de salud bucodental como una oportunidad de intervención y mejora, dado el número de pacientes sanos que son atendidos por los profesionales de la salud bucal.

Antes de terminar este editorial querríamos apropiarnos del título de otro editorial, publicado en el *British Medical Journal* en 2014¹⁵, y escrito por el Prof. Iain Chapple, una de las referencias en este tema: *Time to take periodontitis seriously. The benefits of treatment are likely to exceed the costs.* «Ya es momento de tomarnos en serio la periodontitis,

los beneficios del tratamiento muy probablemente superarán sus costes».

Bibliografía

- Carasol M, Llodra JC, Fernández-Meseguer A, Bravo M, García-Margallo MT, Calvo-Bonacho E, et al. Periodontal conditions among employed adults in Spain. *J Clin Periodontol.* 2016; <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12558>.
- United Nations. Political declaration of the high level meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of NCDs. A/66/L.1. Disponible en: www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf
- Eke PI, Dye BA, Wei L, Thornton-Evans GO, Genco RJ, CDC Periodontal Disease Surveillance workgroup. Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010. *J Dent Res.* 2012;91:914–20.
- Federación Dental Internacional (FDI). El desafío de las enfermedades bucodentales – Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental. 2015. 2.^a ed. Ginebra. Disponible en: http://www.fdiworldental.org/media/84768/book_spreads_oh2_spanish.pdf
- Tonetti MS, van Dyke TE, on behalf of working group 1 of the joint EFP/AAP workshop. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: Consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Clin Periodontol.* 2013;40 Suppl 14:S24–9.
- Chapple ILC, Genco R, on behalf of working group 2 of the joint EFP/AAP workshop. Diabetes and periodontal diseases: Consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Clin Periodontol.* 2013;40 Suppl 14:S106–12.
- Linden GJ, Herzberg MC, on behalf of working group 4 of the joint EFP/AAP workshop. Periodontitis and systemic diseases: A record of discussions of working group 4 of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Clin Periodontol.* 2013;40 Suppl 14:S20–3.
- Sanz M, Kornman K, on behalf of working group 3 of the joint EFP/AAP workshop. Periodontitis and adverse pregnancy outcomes: Consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Clin Periodontol.* 2013;40 Suppl 14:S164–9.
- Reyes L, Herrera D, Kozarov E, Roldán S, Progulské-Fox A. Periodontal bacterial invasion and infection: Contribution to atherosclerotic pathology. *J Clin Periodontol.* 2013;40 Suppl 14:S30–50.
- Van Dyke TE, van Winkelhoff AJ. Infection and inflammatory mechanisms. *J Clin Periodontol.* 2013;40 Suppl 14:S1–7.
- Dietrich T, Sharma P, Walter C, Weston P, Beck J. The epidemiological evidence behind the association between periodontitis and incident atherosclerotic cardiovascular disease. *J Clin Periodontol.* 2013;40 Suppl 14:S70–84.
- Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, et al. Periodontitis and diabetes: A two-way relationship. *Diabetologia.* 2012;55:21–31.
- Cigna Health and Life Insurance Company. 2013. Improved health and lower medical costs: why good dental care is important. Disponible en: <http://kb.previser.com/wp-content/uploads/2013/12/Cigna-Possible-Medical-Savings-from-Improved-Dental-Care.pdf>
- Jeffcoat MK, Jeffcoat RL, Gladowski PA, Bramson JB, Blum JJ. Impact of periodontal therapy on general health evidence from insurance data for five systemic conditions. *Am J Prev Med.* 2014;47:166–74.
- Chapple I. Time to take periodontitis seriously. The benefits of treatment are likely to exceed the costs. *BMJ.* 2014;348:g2645.

D. Herrera^{a,*}, M. Sanz^b, J.L. Herrera Pombo^c, J.J. Gómez Doblás^d y A. Guerrero^e

^a *Presidente de la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA), coordinador del grupo de trabajo conjunto de SEPA con la Sociedad Española de Diabetes (SED), Profesor Titular de Periodoncia (Facultad de Odontología, Universidad Complutense de Madrid)., Madrid, España*

^b *Catedrático de Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Complutense de Madrid, Director del Workshop conjunto de la Federación Europea de Periodoncia (European Federation of Periodontology, EFP) y la Academia América de Periodoncia (American Academy of Periodontology, AAP) sobre enfermedades periodontales y enfermedades sistémicas, Madrid, España*

^c *Sociedad Española de Diabetes (SED), Coordinador del Grupo de Trabajo conjunto de SEPA con SED, Profesor Emérito de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España*

^d *Jefe de Sección de Cardiología del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, Presidente de la Sociedad Andaluza de Cardiología, Málaga, España*

^e *Vicepresidente de la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA), coordinador del Grupo de Trabajo conjunto de SEPA con la Sociedad Española de Cardiología (SEC), España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: davidher@odon.ucm.es (D. Herrera).