Sanitas
Revista arbitrada de ciencias de la salud
Vol. 5(especial9), 434-440, 2026
DOI: https://doi.org/10.62574/hd53dota

Clorhexidina frente a aceites esenciales en enjuagues bucales para el control de la gingivitis: revisión narrativa

Chlorhexidine versus essential oil mouthwashes for gingivitis control: a narrative review

Pablo Fernando Pita-Suárez
pablops42@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0009-3934-4779

Darwin Omar Reina-Carrera
darwinc42@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0009-9027-4630

Gladys Viviana Urrego-Cueva
ui.gladysuc07@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0006-9336-1893

RESUMEN

Objetivo: comparar la eficacia de los enjuagues bucales de clorhexidina y de aceites esenciales en el control de la placa y la gingivitis. **Método:** revisión narrativa en PubMed y SciELO de ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis en inglés y español; se analizaron 15 documentos. **Resultados:** ambos enjuagues, añadidos al cepillado, reducen la placa y la inflamación gingival. La clorhexidina obtiene mayor reducción de placa, mientras que la diferencia en los índices gingivales es pequeña o no significativa. La clorhexidina produce más tinción dental, cálculo y alteración del gusto, y su uso extendido plantea dudas sobre resistencia bacteriana. **Conclusión:** la clorhexidina es preferible para periodos cortos de control intensivo; los aceites esenciales son una alternativa eficaz y mejor tolerada para el uso prolongado.
Descriptores: antisépticos bucales; clorhexidina; aceites volátiles; gingivitis; placa dental. (Fuente, DeCS).

ABSTRACT

Objective: To compare the efficacy of chlorhexidine and essential oil mouthwashes in controlling plaque and gingivitis. **Method:** Narrative literature review in PubMed and SciELO focused on clinical trials, systematic reviews and meta-analyses in English and Spanish; 15 documents were analysed. **Results:** Both mouthwashes, added to toothbrushing, reduce plaque and gingival inflammation. Chlorhexidine generally achieves greater plaque reduction, whereas differences in gingival indices are small or non-significant. Chlorhexidine causes more tooth staining, calculus and taste disturbance, and its widespread use raises concerns about bacterial resistance. **Conclusion:** Chlorhexidine is preferable for short periods of intensive control; essential oils are an effective, better-tolerated alternative for long-term use.
Descriptors: mouthwashes; chlorhexidine; oils, volatile; gingivitis; dental plaque. (Source, DeCS).

Recibido: 10/09/2026. Revisado: 28/09/2026. Aprobado: 20/10/2026. Publicado: 15/11/2026.
Original breve

INTRODUCCIÓN

La gingivitis inducida por placa es una de las condiciones crónicas más frecuentes en la población adulta y constituye el antecedente necesario de la periodontitis, cuya carga sobre la salud, la nutrición y la calidad de vida justifica estrategias preventivas de alcance poblacional (1). La guía de práctica clínica S3 de la Federación Europea de Periodoncia sitúa el control de la placa supragingival y de la inflamación gingival como el primer paso de cualquier tratamiento periodontal y contempla los antisépticos como coadyuvantes del control mecánico en casos seleccionados (2).

La acumulación de biopelícula dental es el principal factor etiológico de la gingivitis. El cepillado y la limpieza interdental son la base de la prevención, y su mantenimiento a largo plazo se asocia con menor pérdida dentaria, caries y enfermedad periodontal (3). Sin embargo, muchos pacientes no consiguen un control mecánico suficiente por falta de destreza, de tiempo o de motivación. En ese contexto, los enjuagues con agentes químicos antiplaca se han propuesto como complemento capaz de reducir la carga bacteriana en zonas de difícil acceso y de mejorar los índices gingivales (4).

La clorhexidina (CHX) se considera el patrón de referencia entre los antisépticos orales por su amplio espectro y su sustantividad, es decir, su capacidad de permanecer adsorbida en las superficies orales y liberar el principio activo durante horas (5,6). Su uso prolongado, no obstante, se asocia con tinción extrínseca de dientes y lengua, aumento del cálculo y alteración del gusto, efectos que limitan la adherencia (5,6). Los enjuagues con aceites esenciales (AE), basados en timol, eucaliptol, mentol y salicilato de metilo, actúan alterando la pared celular bacteriana y la maduración de la biopelícula, y se han presentado como una alternativa con mejor tolerancia para el uso diario (7).

La elección entre ambos productos es una decisión frecuente en la consulta odontológica, tanto para pacientes con gingivitis leve a moderada como para quienes requieren un control químico temporal. El objetivo de esta revisión fue comparar la eficacia de los enjuagues bucales de CHX y de AE en el control de la placa y de la gingivitis, y describir sus efectos adversos, a partir de la evidencia científica publicada.

MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa de la literatura. La búsqueda se efectuó en PubMed y SciELO con combinaciones de los descriptores «clorhexidina», «aceites esenciales», «antisépticos bucales», «gingivitis» y «placa dental», y de sus equivalentes en inglés «chlorhexidine», «essential oils», «mouthwashes», «gingivitis» y «dental plaque», unidos con los operadores booleanos AND y OR.

Se incluyeron artículos en inglés o español publicados en revistas indexadas en PubMed/MEDLINE o SciELO que cumplieran alguna de estas condiciones: ensayos clínicos

que compararan directamente CHX y AE en el control de la placa o de la gingivitis; revisiones sistemáticas o metaanálisis sobre la eficacia de cualquiera de los dos enjuagues; documentos de consenso o revisiones sobre el papel del control de la placa, los efectos adversos de la CHX o la resistencia bacteriana a este antiséptico. Se dio prioridad a las publicaciones de 2015 a 2025, aunque se conservaron ensayos y revisiones anteriores cuando eran la fuente original de la comparación directa entre ambos agentes.

Se excluyeron libros, tesis, trabajos de grado, literatura gris, documentos sin revisión por pares y artículos sin identificador digital verificable. La selección se realizó por lectura del título, del resumen y, en caso necesario, del texto completo. Se analizaron 15 documentos. De cada uno se extrajeron el diseño, la comparación evaluada, los desenlaces de placa y de inflamación gingival y los efectos adversos descritos. La información se sintetizó de forma descriptiva, sin metaanálisis propio.

RESULTADOS

De los 15 documentos analizados, dos fueron comparaciones directas entre CHX y AE (un ensayo clínico y una revisión sistemática), cinco fueron revisiones sistemáticas o metaanálisis sobre la eficacia de los enjuagues, y el resto correspondió a guías clínicas, revisiones narrativas y estudios sobre el control mecánico de la placa, la resistencia bacteriana y el microbioma oral. La Tabla 1 resume los estudios de eficacia.

Eficacia comparativa sobre placa y gingivitis

La revisión sistemática de Van Leeuwen et al. comparó directamente ambos enjuagues en estudios de al menos cuatro semanas. La CHX obtuvo mejores resultados en la reducción de la placa, mientras que en los parámetros de inflamación gingival no se observaron diferencias significativas entre ambos productos (8). En el ensayo clínico de seis meses de Charles et al., los dos enjuagues redujeron de forma significativa la placa y la gingivitis frente al control; la CHX fue algo superior en placa y ambos fueron comparables en gingivitis, aunque la CHX produjo más tinción y cálculo (9).

La revisión Cochrane de James et al. confirmó que la CHX, usada como coadyuvante del cepillado, reduce de forma marcada la placa y en menor grado la inflamación gingival, con un aumento claro de la tinción extrínseca (5). El metaanálisis de Figuero et al., realizado para la guía europea, encontró que los enjuagues con CHX y con AE añadidos al control mecánico producen reducciones significativas de los índices de placa y gingivales, y los situó entre los agentes coadyuvantes más eficaces (10).

Respecto a los AE, el metaanálisis de Haas et al. mostró reducciones significativas de la placa y de la gingivitis frente al placebo o al control negativo (11). La revisión de Stoeken et al., limitada a estudios de al menos seis meses, confirmó un efecto sostenido de los AE sobre ambos índices (12), y la revisión de Alshehri llegó a la misma conclusión con estudios más recientes (7).

Tabla 1. *Estudios sobre la eficacia de los enjuagues de clorhexidina y aceites esenciales*

Estudio	Diseño	Comparación	Hallazgo principal
Charles et al. (9)	Ensayo clínico, 6 meses	CHX frente a AE y control	Ambos reducen placa y gingivitis; CHX con más tinción y cálculo
Van Leeuwen et al. (8)	Revisión sistemática	CHX frente a AE	CHX superior en placa; sin diferencia significativa en gingivitis
James et al. (5)	Revisión Cochrane	CHX frente a placebo o control	Gran reducción de placa, menor en gingivitis; más tinción
Figuero et al. (10)	Revisión sistemática y metaanálisis	Coadyuvantes químicos frente a control	CHX y AE entre los agentes más eficaces
Haas et al. (11)	Metaanálisis y metarregresión	AE frente a placebo o control	Reducción significativa de placa y gingivitis
Stoeken et al. (12)	Revisión sistemática	AE a largo plazo frente a control	Efecto sostenido a 6 meses o más
Alshehri (7)	Revisión sistemática	AE frente a control	AE eficaz como complemento de la higiene

Fuente: elaboración propia (2026).

Los documentos de consenso y las revisiones generales coincidieron en que los agentes químicos solo deben indicarse como complemento de un control mecánico adecuado (2,4). Van der Weijden et al. señalaron que, entre los productos disponibles, la CHX y los AE son los que reúnen la evidencia más sólida y constante de efecto antiplaca y antigingivitis en estudios de uso doméstico (4). El seguimiento de 30 años de Axelsson et al. mostró que un programa sostenido de control mecánico profesional y personal mantiene estables los tejidos periodontales y reduce la pérdida dentaria, lo que confirma que el beneficio de los enjuagues se suma al de la higiene y no la reemplaza (3).

Efectos adversos y seguridad

Los efectos adversos de la CHX descritos con mayor frecuencia fueron la tinción extrínseca de dientes y restauraciones, el aumento del cálculo supragingival, la alteración transitoria del gusto y, con menor frecuencia, la descamación de la mucosa (5,6,9). En los enjuagues con AE se describieron sensación de ardor y alteraciones leves del gusto, sin tinción relevante (7,8).

Varios documentos advirtieron sobre el uso extendido de la CHX. Se han descrito bacterias con menor sensibilidad a este antiséptico y posibles resistencias cruzadas con antibióticos, por lo que se ha propuesto un uso racional similar al de los antimicrobianos (13,14). Además, los enjuagues antisépticos modifican la composición del microbioma oral, con efectos que todavía no se conocen bien a largo plazo (15).

DISCUSIÓN

La evidencia revisada indica que ambos enjuagues aportan un beneficio real cuando se añaden al cepillado y que la diferencia entre ellos es menor de lo que sugiere la denominación de la CHX como patrón de referencia. La ventaja de la CHX es consistente en la reducción de la placa, pero en la inflamación gingival, que es el desenlace clínico relevante en la gingivitis, la comparación directa no mostró diferencias significativas (8,9). Este hallazgo coincide con la guía europea, que considera tanto la CHX como los AE coadyuvantes válidos del control mecánico (2,10).

La diferencia entre ambos agentes se explica por sus mecanismos. La CHX se une a la película adquirida y a las mucosas y mantiene su acción durante horas, lo que justifica su gran efecto sobre la formación de placa (6). Los AE actúan sobre la membrana bacteriana y la cohesión de la biopelícula, con menor sustantividad, pero con un efecto que se mantiene en estudios de seis meses o más (11,12). Por ello, la CHX parece más adecuada para periodos cortos de control intensivo, como el posoperatorio o la imposibilidad temporal de cepillarse, mientras que los AE se adaptan mejor al uso diario prolongado (4,6).

La tolerancia es un factor decisivo. La tinción, el cálculo y la alteración del gusto asociados a la CHX reducen la adherencia y obligan a limitar su uso en el tiempo (5,9). Los AE, con un perfil de efectos adversos más leve, pueden mantenerse durante meses, lo que en la práctica compensa parte de su menor efecto antiplaca (7,8). En pacientes con gingivitis leve a moderada que necesitan apoyo químico continuado, esta diferencia de tolerancia puede inclinar la balanza hacia los AE.

A estas consideraciones se añade la preocupación por la resistencia. La exposición repetida a concentraciones subletales de CHX puede seleccionar bacterias menos sensibles y favorecer resistencias cruzadas con antibióticos (13,14). Asimismo, el uso continuado de antisépticos altera el equilibrio del microbioma oral, incluidas especies con funciones beneficiosas, como las bacterias reductoras de nitrato (15). Estos datos apoyan reservar la CHX para indicaciones concretas y por tiempo definido, en lugar de recomendarla como enjuague de uso indefinido.

Desde la perspectiva de la salud pública, la elevada frecuencia de la gingivitis y su papel como antecedente de la periodontitis hacen que las decisiones sobre el uso de enjuagues tengan un alcance poblacional (1). Un producto eficaz pero mal tolerado se abandona pronto y pierde utilidad fuera del ensayo clínico, mientras que un producto algo menos potente, pero aceptable para el paciente, puede ofrecer un beneficio acumulado mayor. Esta lógica, junto con el coste y la disponibilidad local de cada formulación, debería orientar las recomendaciones en los servicios odontológicos de atención primaria (2,7).

Ningún enjuague sustituye al control mecánico. La reducción de la gingivitis depende sobre todo de un cepillado e higiene interdental eficaces y mantenidos, como demuestran los

programas de control de placa a largo plazo (3). Los enjuagues deben presentarse al paciente como complemento, y su indicación debe considerar el grado de inflamación, la capacidad de higiene, la duración prevista del tratamiento y la tolerancia individual (2,4).

Esta revisión tiene limitaciones. Se trata de una revisión narrativa con un número reducido de documentos, sin evaluación formal del riesgo de sesgo ni metaanálisis propio. Las comparaciones directas entre CHX y AE son escasas y en su mayoría antiguas, y los estudios difieren en concentraciones, duración, índices utilizados y población. Además, gran parte de los ensayos con AE se refieren a una formulación comercial concreta, lo que limita la generalización a otros productos. Se necesitan ensayos clínicos recientes, independientes y de mayor duración que comparen ambos agentes en poblaciones latinoamericanas.

CONCLUSIÓN

Los enjuagues de CHX y de AE reducen la placa y la gingivitis cuando se usan como complemento del cepillado. La CHX logra una mayor reducción de la placa, pero en la inflamación gingival la diferencia con los AE es pequeña o no significativa. Por sus efectos adversos y por el riesgo de resistencia bacteriana, la CHX debe reservarse para periodos cortos de control intensivo, mientras que los AE son una alternativa eficaz y mejor tolerada para el uso prolongado. La elección debe individualizarse según la necesidad clínica y la tolerancia del paciente, sin sustituir el control mecánico de la placa.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Tonetti MS, Jepsen S, Jin L, Otomo-Corgel J. Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: a call for global action. J Clin Periodontol. 2017;44(5):456-62.
2. Sanz M, Herrera D, Kebschull M, Chapple I, Jepsen S, Berglundh T, et al. Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. J Clin Periodontol. 2020;47 Suppl 22:4-60.

3. Axelsson P, Nyström B, Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. J Clin Periodontol. 2004;31(9):749-57.
4. Van der Weijden FA, Van der Sluijs E, Ciancio SG, Slot DE. Can chemical mouthwash agents achieve plaque/gingivitis control? Dent Clin North Am. 2015;59(4):799-829.
5. James P, Worthington HV, Parnell C, Harding M, Lamont T, Cheung A, et al. Chlorhexidine mouthrinse as an adjunctive treatment for gingival health. Cochrane Database Syst Rev. 2017;3(3):CD008676.
6. Brookes ZLS, Bescos R, Belfield LA, Ali K, Roberts A. Current uses of chlorhexidine for management of oral disease: a narrative review. J Dent. 2020;103:103497.
7. Alshehri FA. The use of mouthwash containing essential oils (LISTERINE®) to improve oral health: a systematic review. Saudi Dent J. 2018;30(1):2-6.
8. Van Leeuwen MP, Slot DE, Van der Weijden GA. Essential oils compared to chlorhexidine with respect to plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review. J Periodontol. 2011;82(2):174-94.
9. Charles CH, Mostler KM, Bartels LL, Mankodi SM. Comparative antiplaque and antigingivitis effectiveness of a chlorhexidine and an essential oil mouthrinse: 6-month clinical trial. J Clin Periodontol. 2004;31(10):878-84.
10. Figuero E, Roldán S, Serrano J, Escribano M, Martín C, Preshaw PM. Efficacy of adjunctive therapies in patients with gingival inflammation: a systematic review and meta-analysis. J Clin Periodontol. 2020;47 Suppl 22:125-43.
11. Haas AN, Wagner TP, Muniz FWMG, Fiorini T, Cavagni J, Celeste RK. Essential oils-containing mouthwashes for gingivitis and plaque: meta-analyses and meta-regression. J Dent. 2016;55:7-15.
12. Stoeken JE, Paraskevas S, van der Weijden GA. The long-term effect of a mouthrinse containing essential oils on dental plaque and gingivitis: a systematic review. J Periodontol. 2007;78(7):1218-28.
13. Kampf G. Acquired resistance to chlorhexidine - is it time to establish an 'antiseptic stewardship' initiative? J Hosp Infect. 2016;94(3):213-27.
14. Cieplik F, Jakubovics NS, Buchalla W, Maisch T, Hellwig E, Al-Ahmad A. Resistance toward chlorhexidine in oral bacteria - is there cause for concern? Front Microbiol. 2019;10:587.
15. Brookes Z, Teoh L, Cieplik F, Kumar P. Mouthwash effects on the oral microbiome: are they good, bad, or balanced? Int Dent J. 2023;73 Suppl 2:S74-81.

Derechos de autor: 2026 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/