

Caso Clínico:

Efectividad del Tratamiento en Periodontitis Agresiva.

Mariana Baglivo Duarte. Universitat Internacional de Catalunya. Facultat de Odontologia, Departament de Periodoncia.

El mantenimiento de la dentición natural en estado de salud ha sido un objetivo importante en odontología y en la especialidad de la periodoncia. Debido a que muchos pacientes prefieren mantener sus dientes, es fundamental el manejo inicial y apropiado de la periodontitis. Cuando los pacientes presentan periodontitis moderada o avanzada, la evidencia sugiere que la retención y el mantenimiento en salud de estos dientes se consigue mediante diversos enfoques, incluyendo instrucciones de higiene oral (IHO) y terapia no quirúrgica, terapia quirúrgica con una gran variedad de técnicas, y por su puesto terapia de mantenimiento periodontal.

Presentamos un caso clínico de una paciente de 29 años de edad, no fumadora, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. Su motivo de consulta fue "se me mueven los dientes hacia delante". Se realizó un estudio periodontal, en el que se detectaron bolsas periodontales profundas de 5-6 mm generalizadas y de 6-7mm localizadas en molares. Tras la evaluación clínica y radiográfica, se determinó el diagnóstico periodontal siendo éste de Periodontitis Agresiva avanzada generalizada y moderada localizada en 23,24,25,32,33 y 41 (Imágenes 1 y 2).



Imagen 1. Fotografía intraoral frontal antes de iniciar el tratamiento periodontal. Se observan zonas edematosas y eritematosas especialmente a nivel interproximal, sin grandes depósitos de placa y cálculo asociados con la destrucción periodontal. Además, se observa migración dental patológica del sector anterosuperior.



Imagen 2. Seriada Radiográfica. Se observa pérdida ósea horizontal y vertical.

El tratamiento periodontal planificado fue iniciado mediante Fase I (Higiénica o Causal), basada en la eliminación de los depósitos bacterianos en la superficie radicular y el control de factores locales que pudiesen predisponer a la pérdida de inserción. En esta fase es de importancia la motivación del paciente y las IHO, que en este caso fueron: cepillado con Cepillo Vitis® medio Access, higiene interdental diaria con Interprox® e Interprox® Access para zonas de molares, y Perio-Aid® 0,12 Tratamiento (Clorhexidina 0,12% con Cloruro de Cetilpiridinio al 0,05%).

Debido al perfil microbiológico específico en estos casos de periodontitis, se realizó un test microbiológico que nos informó de la presencia de *T. Forsythusis* como bacteria principal de la muestra subgingival, y se recomendó la administración de Metronidazol como antibiótico de elección (Imagen 3). En este caso, el antibiótico se administró durante la fase higiénica periodontal.

DENTaid
Rede de San Feliú, s.l.
 Parc Sant Jordi, s/n, 08840
 Sant Joan de Vilatorrada (Barcelona)
 Tel: 93 50 50 80 80
 Fax: 93 50 50 80 80
 Correu: dentaid@dentaid.es

INFORME PMT
 Dr. Mariana Baglivo
 Paciente:
 Fecha muestra:
 Fecha informe:
 Número registro:

Diagnóstico microbiológico:
 Hemos encontrado *T. forsythusis* como patógeno principal en la muestra subgingival de esta paciente. Además, hemos detectado niveles elevados de otros patógenos comensales.

Recomendación terapéutica:
 Sería recomendable realizar un desbridamiento completo supra y subgingival y hacer hincapié en su paciente de la importancia que tiene el mantener un buen nivel de higiene oral.
 Sería recomendable, también, la realización de cirugía periodontal previa en las bolsas residuales más profundas y sangrantes de la zonas molares.
 A continuación, y siempre y cuando el nivel de higiene oral sea óptimo, podría considerarse un tratamiento durante 7 días con metronidazol (3x500 mg/día).
 Se recomienda el uso de enjuagues con clorhexidina durante el tratamiento antimicrobiano. Es también recomendable la toma de un test de control 3-4 meses después del tratamiento activo para detectar patógenos subgingivales que todavía ocupan las bolsas.
 Regamos tenga en cuenta las contraindicaciones e interacciones de metronidazol.

Dr. A.J. van Winkelhoff


Imagen 3. Test microbiológico.

La literatura periodontal demuestra buenos efectos de la terapia periodontal no quirúrgica (TPNQ), observando:

1. Cambios en la inflamación gingival: La TPNQ produce una reducción de la inflamación periodontal, que se evidencia por una reducción del sangrado al sondaje. Esta reducción de la inflamación no se podría conseguir sólo con control de placa. Aunque el control de placa supragingival da lugar a una cierta reducción de la inflamación, la mayor parte de la mejoría en la inflamación se obtiene después de la instrumentación subgingival (raspado y alisado radicular).
2. Cambios en la profundidad de sondaje (PS): Se observa reducción de la PS, lo que resulta en un entorno menos favorable para el establecimiento de microorganismos anaerobios.
3. Cambios en la recesión gingival: Como resultado del tratamiento periodontal, se producen cambios en la PS y el nivel de inserción clínica. Sin embargo, la magnitud de ambos cambios no es igual. La diferencia entre ambos parámetros origina la recesión gingival.

En general, durante la Fase I periodontal debemos controlar la higiene oral del paciente, factores locales de retención de placa, factores riesgo como el hábito tabáquico, y factores sistémicos como la DM no controlada. Tras 4-6 semanas, podemos realizar la reevaluación del estado periodontal. En el caso presentado, se observó una notable mejora en reducción de PS, especialmente en el sector anterior. Sin embargo, persistieron bolsas periodontales en zonas de molares, asociadas a defectos óseo creados por la periodontitis (Imagen 4). Por ello, se determinó el plan de tratamiento de Fase II periodontal (Fase Quirúrgica), donde se realizaron cirugías resectivas y regenerativas para el tratamiento de los defectos óseos.



Imagen 4. Reevaluación Fase I (Higiénica o Causal).

Después de la terapia periodontal activa, la enfermedad puede reinstaurarse si el factor etiológico, las bacterias con potencial patógeno, vuelven a alcanzar valores que sobrepasan la capacidad de resistencia del huésped. En este sentido, las enfermedades periodontales deben considerarse potencialmente crónicas. La efectividad del tratamiento a largo plazo depende del mantenimiento de un ecosistema a nivel del sulcus en el que exista un equilibrio huésped-parásito. Conseguir este equilibrio depende fundamentalmente del paciente, mediante la eliminación diaria de la placa bacteriana. Por ello, se recomendó terapia de mantenimiento periodontal e IHO con los mismos dispositivos de higiene mencionados anteriormente, y Perio-Aid® 0,05 Mantenimiento y Control (Clorhexidina 0,05% con Cloruro de Cetilpiridinio al 0,05%).

Tras varios meses en mantenimiento periodontal, se inició tratamiento de ortodoncia para solucionar el motivo de consulta de la paciente, la migración dental patológica causada por la periodontitis, así como la maloclusión que presentaba (Imagen 5).

Los intervalos de mantenimiento se determinan cada 3-4 meses en base el control de placa del paciente y el control de factores predisponentes. En pacientes con ortodoncia en los que el control de placa es complicado pueden ser de 2 meses. En este caso, durante este tratamiento se recomendó el uso de cepillo Vitis® Orthodontic Access.



Imagen 5. Fotografía intraoral durante el tratamiento de Ortodoncia, realizado por la Dra. Cristina Vento, Departamento de Ortodoncia, Universitat Internacional de Catalunya.