

CASO CLÍNICO 1:

“TRATAMIENTO DE UN PACIENTE CON PERIODONTITIS CRÓNICA”

Eduardo Montero, David Herrera. Posgrado de Periodoncia, Facultad de Odontología Universidad Complutense de Madrid

▪ INTRODUCCIÓN

Las periodontitis son enfermedades infecciosas de los tejidos de soporte de los dientes (ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar), que resulta en la destrucción progresiva de éstos. Esta destrucción se ve acompañada por la formación de bolsas entre diente y encía, en las que se acumulan las bacterias responsables del proceso, organizadas en forma de biofilm.

Este proceso infeccioso repercute además en la salud general. Las bacterias presentes en el biofilm subgingival pueden pasar a la sangre y afectar a otros lugares del organismo, habiéndose asociado a fenómenos de inflamación sistémica (*D’Aiuto et al. 2010, Paraskevas et al. 2008*). Entre las afecciones que han demostrado presentar un mayor riesgo de aparición en individuos con periodontitis se encuentran las enfermedades cardiovasculares, los partos pre término y la descompensación de la diabetes.

El objetivo del tratamiento periodontal consiste en el control de la infección para detener la progresión de la enfermedad y conseguir mantener el periodonto sano. El “desbridamiento” mecánico del biofilm supra y subgingival junto con una higiene oral adecuada es la referencia en el tratamiento periodontal. El desbridamiento subgingival conduce importantes reducciones de los recuentos totales de bacterias subgingivales (*Teles et al. 2006*), provocando además un cambio hacia una flora menos patógena, caracterizada por altas proporciones de microorganismos aerobios gram-positivos (*Ximenez-Fyvie et al. 2000*).

El uso coadyuvante de antisépticos ha demostrado producir una mejoría adicional en los resultados del tratamiento periodontal. Entre ellos, los colutorios con clorhexidina al 0.12% han demostrado obtener mejores resultados clínicos y microbiológicos al asociarse al raspado y alisado radicular que los controles en los que no se empleó clorhexidina (*Faveri et al. 2006*). Por otra parte, se ha visto que diferentes formulaciones que compartan el mismo ingrediente activo, como clorhexidina al 0.12%, pueden tener efectos muy diferentes (*Herrera et al. 2003*). En ese sentido, la adición de cloruro de cetilpiridinio en una formulación conjunta con clorhexidina y sin alcohol (*Perio-Aid® tratamiento*) ha demostrado ser un eficaz agente antiplaca (*Quirynen et al. 2001*).

Se presenta a continuación un caso clínico de un paciente con periodontitis crónica que fue tratado con tratamiento periodontal básico con un antiséptico coadyuvante (con cloruro de cetilpiridinio y con clorhexidina).

▪ CASO CLÍNICO

Anamnesis:

Paciente de 48 años y sexo masculino.

Motivo de consulta:

Acude por presentar inflamación gingival acompañada de sangrado y supuración.

Historia médica general:

El paciente es diabético tipo 2, bajo tratamiento con metformina, y con valores elevados por encima de lo normal tanto para la glucosa (158mg/dL) como para la hemoglobina glicosilada (8,5%).

Antecedentes familiares:

El paciente refiere que su padre sufrió de diabetes tipo II y que ambos progenitores perdieron sus dientes a edad temprana.

Exploración Extraoral:

Patrón dolicofacial con tercio inferior aumentado, siendo la línea bipupilar perpendicular a la línea media y paralela a la línea intercomisural. La línea incisal está ligeramente desviada hacia la derecha y el eje de los caninos es prácticamente paralelo a la línea comisura-canto externo de los ojos. El perfil es ligeramente convexo y los labios se encuentran dentro del estándar definido por la línea estética de Ricketts. Tanto el ángulo nasolabial como el mentolabial están en norma.



Exploración Intraoral:

En la exploración intraoral, se observó inflamación gingival así como acumulación de placa.



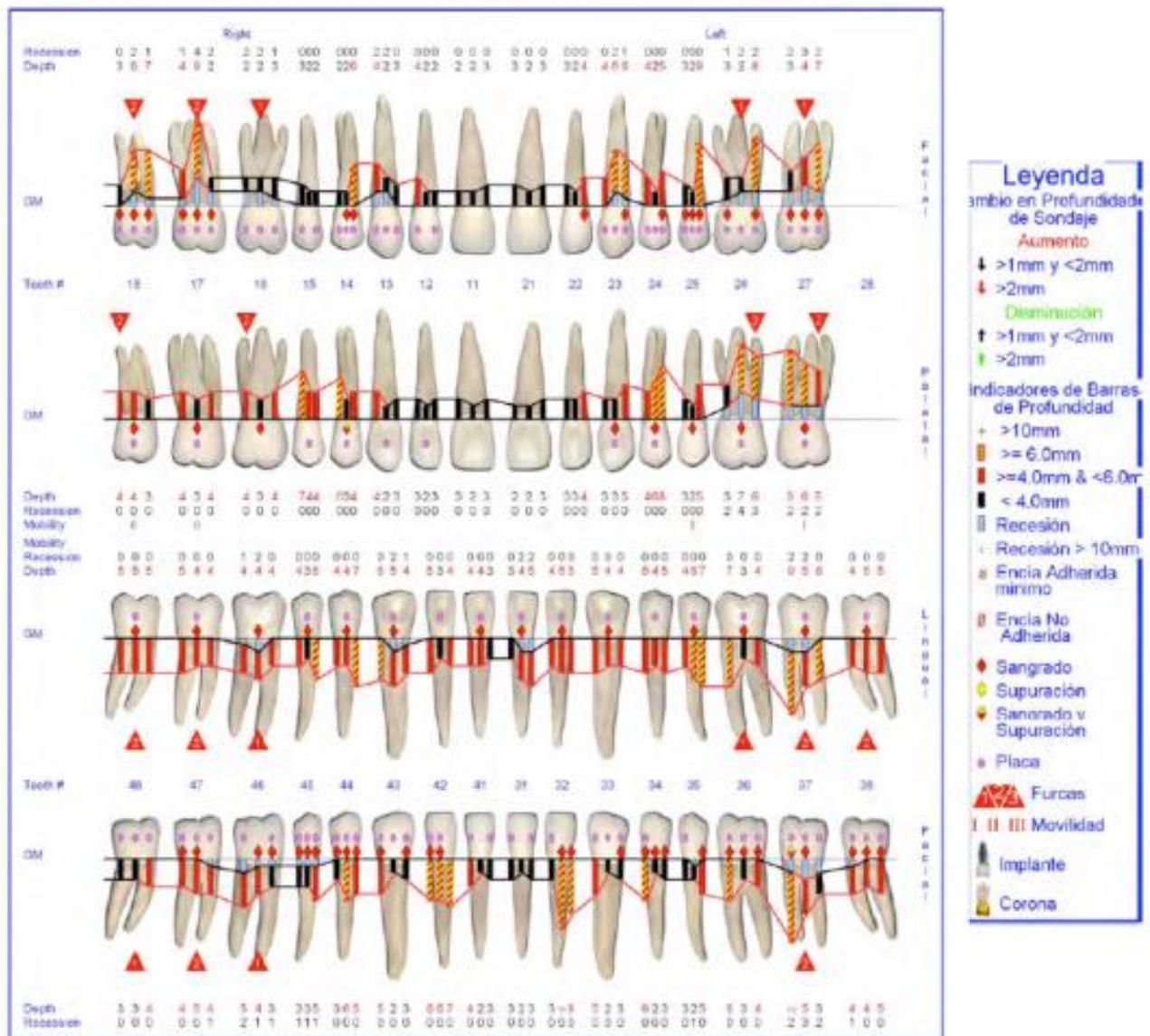
Examen Oclusal:

El examen oclusal reflejó la presencia de clases molares y caninas tipo I en ambos lados.



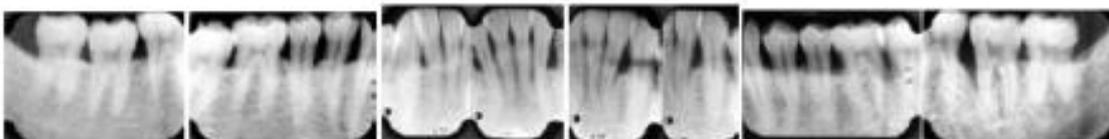
Exploración periodontal:

La exploración periodontal reflejó la presencia de bolsas profundas (≥ 6 mm) en los sextantes posteriores, con afectación de furca en el caso de algunos molares (17, 26, 27 y 37) e índices de placa y sangrado al sondaje del 84% y 61%, respectivamente.



Examen Radiográfico:

El examen radiográfico reveló la presencia de numerosos defectos intraóseos interproximales (15, 14, 24, 25, 37), en alternancia con zonas donde la pérdida ósea era despreciable, por ello se describió el patrón de pérdida ósea como primordialmente vertical.



Diagnóstico Microbiológico:

Se tomaron muestras microbiológicas subgingivales de las bolsas más profundas con sangrado de cada cuadrante, y el paciente presentó unos recuentos totales de anaerobios de $2,07 \times 10^6$, con alta proporciones de *Porphyromonas gingivalis* y *Tannerella forsythia* sobre el total de la flora subgingival, de 31,85% y 5,73% respectivamente.

Laboratorio de Investigación		CLAVE	1416
Siglas:	F.E.	Fumador	NO
Año nacimiento:		Antibióticos:	
Clínica:	EDUARDO	(cuál; hace cuánto)	
Fecha de toma:	10-oct-11	DIABETES MELLITUS	
Causa de toma:	PER.AVANZADA		
Salud general:			
Medicamentos:			
Otros comentarios:			
Momento toma:	PRE-RAR	(pre-RAR, post-RAR, post-QCO, MTO, control)	

	1	2	3	4
Localización				
Profundidad bolsa				
Recesión				
Sangrado				
Placa				
Supuración				
Movilidad				

	recuentos	%flora
total anaerobios	2072400	
<i>A. actinomyc.</i>	0	0,00%
<i>P.gingivalis</i>	660000	31,85%
<i>P.intermedia</i>	7260	0,35%
<i>T.forsythia</i>	118800	5,73%
<i>P.micros</i>	184800	8,92%
<i>F.nucleatum</i>	6600	0,32%
<i>C.rectus</i>	0	0,00%
<i>E.corrodens</i>	0	0,00%
<i>Capnocytophaga sp.</i>	0	0,00%
<i>Eubacterium sp.</i>	0	0,00%

Comentario resultados (solo laboratorio)

DIAGNÓSTICO

El paciente fue diagnosticado con una periodontitis crónica generalizada moderada, localizada avanzada de acuerdo a la clasificación de 1999 (Armitage et al. 1999).

PLAN DE TRATAMIENTO PASO A PASO

1. Información al paciente.

Se explicó al paciente todo lo relativo a su patología y el tratamiento, haciendo especial énfasis en los factores de riesgo y la importancia de la higiene.

2. Fase de control sistémico.

Previamente a la realización del tratamiento periodontal, se insistió al paciente en lo conveniente de realizar ejercicio físico y llevar a cabo un control dietético adecuado dada su condición.

3. Control de otras infecciones orales.

No necesaria.

4. Instrucciones de higiene oral.

Se le explicó al paciente el cepillado con técnica de Bass y el uso de cepillos interdentaes (Interprox®), de tamaño adecuado.

5. Eliminación factores retentivos.

No necesario.

6. Ajuste y estabilización oclusal.

Eliminación de la interferencia en movimientos de protrusiva en 37.

7. Profilaxis supragingival.

Se realizó conjuntamente con la siguiente tarea.

8. Raspado y alisado radicular.

Bajo anestesia local y en dos sesiones, con dos cuadrantes del mismo lado tratados en la misma sesión, cada una de 75 minutos aproximadamente.

9. Tratamiento coadyuvante con antisépticos.

Enjuague con 15 mL de un colutorio con clorhexidina al 0.12% y cloruro de cetilpiridinio al 0.05% (Perio Aid® tratamiento) durante 30 segundos, dos veces al día, durante 15 días. Después de la higiene mecánica, tras el desayuno y tras la cena.

10. Tratamiento coadyuvante con antibióticos.

Se reservó para la fase quirúrgica.

11. Cirugía de eliminación de bolsas.

Según los resultados de la re-evaluación.

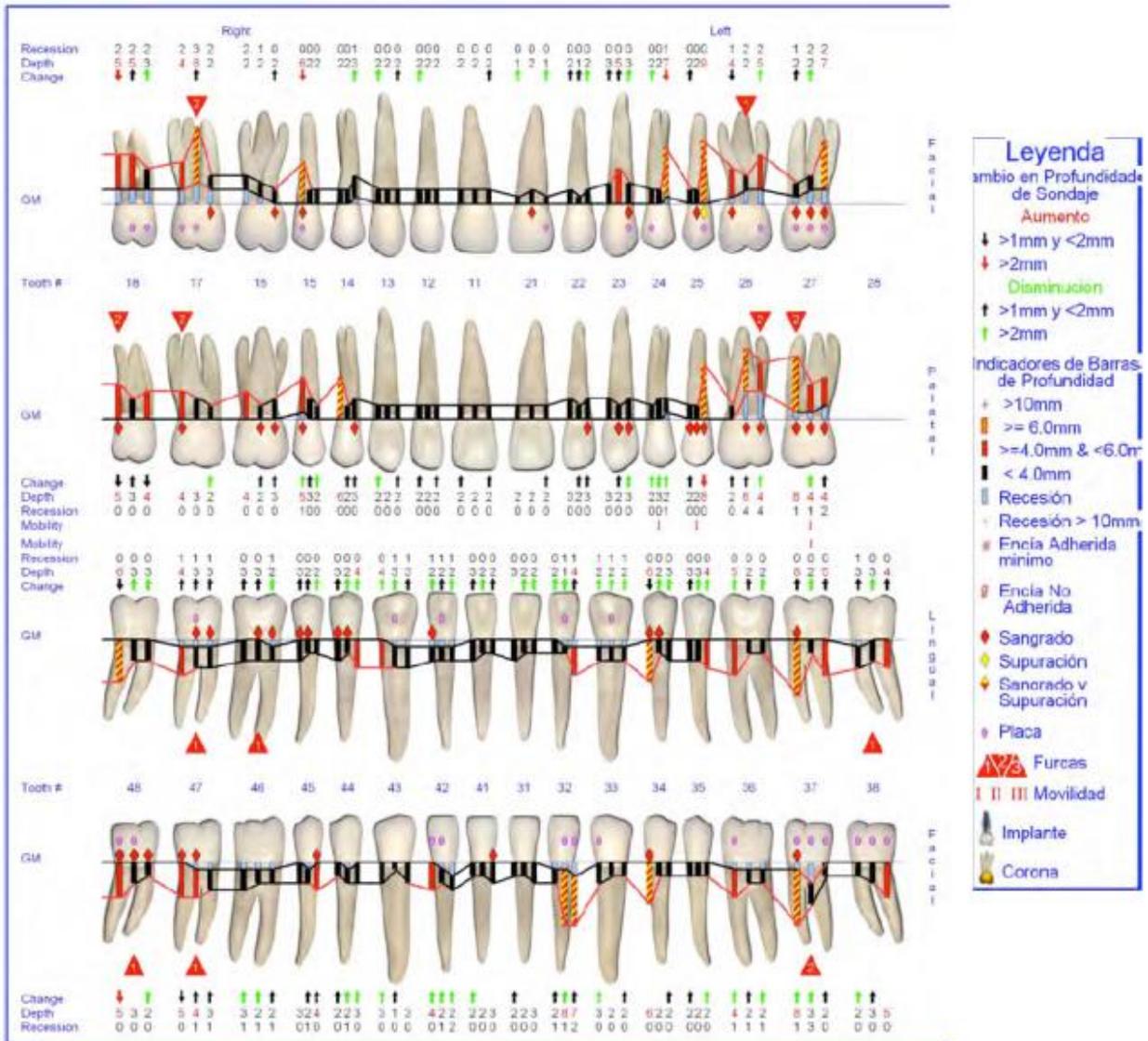
RE-EVALUACIÓN

La re-evaluación periodontal se llevó a cabo al mes de la realización del tratamiento, observándose mejoría respecto a los siguientes parámetros:

- Marcada reducción de la inflamación gingival y eliminación de los depósitos de cálculo.



- Reducción de los índices de placa y sangrado (20% y 24% respectivamente).
- Reducción de la profundidad de bolsa y ganancia clínica de inserción.



- Mejora del control diabético (Glucosa: 120 mg/dl, Hemoglobina glicosilada: 6,5%)

- Reducción de los recuentos totales de microorganismos anaerobios ($8,1 \times 10^5$) y de las proporciones de patógenos periodontales (8,33% para *Porphyromonas gingivalis* y 1,85% para *Tannerella forsythia*)

Laboratorio de Investigación		CLAVE	1416
Siglas:	F.E.		Fumador: NO
Año nacimiento:			Antibióticos: (cuál; hace cuánto)
Clinica:	EDUARDO	DIABETES MELLITUS	
Fecha de toma:	20-ene-11		
Causa de toma:	PER.AVANZADA		
Salud general:			
Medicamentos:			
Otros comentarios:			
Momento toma:	POST-RAR	(pre-RAR, post-RAR, post-QCO, MTO, control)	

	1	2	3	4
Localización				
Profundidad bolsa				
Recesión				
Sangrado				
Placa				
Supuración				
Movilidad				

	recuentos	%flora
total anaerobios	818400	
<i>A. actinomyc.</i>	0	0,00%
<i>P. gingivalis</i>	68172	8,33%
<i>P. intermedia</i>	982	0,12%
<i>T. forsythia</i>	15140	1,85%
<i>P. micros</i>	15140	1,85%
<i>F. nucleatum</i>	5280	0,65%
<i>C. rectus</i>	0	0,00%
<i>E. corrodens</i>	2640	0,32%
<i>Capnocytophaga sp.</i>	19800	2,42%
<i>Eubacterium sp.</i>	0	0,00%

Comentario resultados (solo laboratorio)

TRATAMIENTO ADICIONAL

Tras la fase básica del tratamiento periodontal, sólo persistieron bolsas asociadas a defectos intraóseos, que fueron tratados quirúrgicamente mediante procedimientos regenerativos con técnicas de preservación de papila y proteínas derivadas de la matriz del esmalte (procedimiento aquí no mostrado), y la administración de antibióticos sistémicos (metronidazol 500 mg/8h/7 días) durante la semana posterior a la última cirugía.

DISCUSIÓN

El presente caso ilustra el tratamiento periodontal básico de un paciente con periodontitis crónica mediante el raspado y alisado radicular y el uso coadyuvante de un colutorio con clorhexidina al 0.12% y cloruro de cetilpiridinio al 0.05% (*Perio Aid® tratamiento*).

El tratamiento de las infecciones periodontales se ha basado tradicionalmente en el raspado y alisado radicular junto con la eliminación periódica de la placa supragingival (*Magnusson et al. 1984*). Por otra parte, la clorhexidina es el antiséptico de referencia para el control de placa supragingival, pero es importante que esté adecuadamente formulado dentro del producto comercializado (*Herrera et al. 2003*). En ese sentido, el producto utilizado de manera coadyuvante en este caso ha demostrado que la eliminación del alcohol de la formulación no reduce su capacidad antibacteriana, y que la adición de cloruro de cetilpiridinio aumenta esa capacidad (*Quirynen et al. 2001, Herrera et al. 2003*).

En este caso, el tratamiento se correlacionó no sólo con una mejoría de los parámetros clínicos (profundidad de bolsa, nivel de inserción, índices de placa y sangrado al sondaje) sino también con importantes cambios en la flora subgingival, tal y como han reflejado otros autores (*Faveri et al. 2006*). Incluso existió una mejoría en el control glucémico del paciente, confirmando la relación bidireccional propuesta entre la diabetes y la periodontitis (*Preshaw et al. 2012*).

Se ha propuesto el uso de colutorios con clorhexidina de manera inmediata tras la eliminación profesional de placa supra y subgingival, así como tras cualquier otro procedimiento que pueda ocasionar dolor durante el cepillado (cirugía periodontal, de implantes, ortognática...). Por otra parte, los pacientes médicamente comprometidos y con una mayor susceptibilidad al padecimiento de infecciones orales (como los También diabéticos, pero también los pacientes recibiendo quimioterapia o radioterapia) son potenciales beneficiarios del uso de este antiséptico, incluso para

prevenir mucositis e infecciones por especies de *Candida sp.* (Lanzos et. al 2010, 2011). Por tanto se puede concluir que el tratamiento periodontal básico es eficaz en el tratamiento de la periodontitis, aportando además beneficios en el estado de salud general; y que el uso coadyuvante con clorhexidina al 0.12% y cloruro de cetilpiridinio al 0.05% (*Perio Aid® tratamiento*) conduce a una mejor respuesta clínica y microbiológica, pudiendo beneficiarse especialmente aquellos pacientes con una mayor predisposición a las infecciones orales.

REFERENCIAS

D'Aiuto et al. Oxidative stress, systemic inflammation, and severe periodontitis. *J Dent Res* (2010) vol. 89 (11) pp. 1241-6

Faveri et al. Scaling and root planing and chlorhexidine mouthrinses in the treatment of chronic periodontitis: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Journal of clinical periodontology* (2006) vol. 33 (11) pp. 819-28

Herrera et al. Differences in antimicrobial activity of four commercial 0.12% chlorhexidine mouthrinse formulations: an in vitro contact test and salivary bacterial counts study. *Journal of clinical periodontology* (2003) vol. 30 (4) pp. 307-14

Lanzós et al. Mucositis in irradiated cancer patients: effects of an antiseptic mouthrinse. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* (2010) vol. 15 (5) pp. e732-8

Lanzós et al. Microbiological effects of an antiseptic mouthrinse in irradiated cancer patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* (2011) vol. 16 (7) pp. e1036-42

Paraskevas et al. A systematic review and meta-analyses on C-reactive protein in relation to periodontitis. *Journal of clinical periodontology* (2008) vol. 35 (4) pp. 277-90

Preshaw et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia* (2012) vol. 55 (1) pp. 21-31

Quirynen et al. Effect of different chlorhexidine formulations in mouthrinses on de novo plaque formation. *J Clin Periodontol* (2001) vol. 28 (12) pp. 1127-36