

CASO CLÍNICO

“TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE UN PACIENTE CON PERIODONTITIS AVANZADA GENERALIZADA”

Leticia Caneiro, Santiago Mareque, Pilar Batalla, Juan Blanco. Universidad Santiago de Compostela, Facultad de Odontología, Departamento de Periodoncia

▪ INTRODUCCIÓN

Las enfermedades periodontales tienen una elevada prevalencia en la población adulta en España. Entre el 85-94% de los mayores de 35 años presenta algún problema relacionado con las encías y entre el 16-30% de los mayores de 35 años tiene periodontitis, alcanzando el grado de severa en el 5-11% de la población adulta. (Encuesta de salud oral en España 2010).

Las enfermedades periodontales son un grupo de enfermedades infecciosas polimicrobianas causadas por bacterias predominantemente gram negativas, anaerobias, que colonizan el área subgingival (Moore & Moore, 1994).

El objetivo del tratamiento periodontal es controlar esta infección, para ello se realiza un desbridamiento subgingival junto con unas instrucciones en higiene oral y el uso coadyuvante de antisépticos orales, lo cual disminuye los niveles de placa y sangrado además de conseguir disminuir las profundidades de sondaje y una ganancia en los niveles de inserción, repercutiendo todo ello en una reducción de la carga bacteriana patógena (Lindhe et al., 1984).

Pero el paciente periodontal presenta además en ocasiones una serie de características, como pueden ser la proinclinación de los dientes antero-superiores, diastemas interincisales, rotaciones y sobreerupciones que pueden modificar el patrón oclusal y empeorar el pronóstico de los dientes, además de la estética del paciente. Para resolver estos problemas es necesaria la realización de un tratamiento multidisciplinar.

Los pacientes adultos que acuden a la consulta además de enfermedad periodontal tienen ausencias que complican el anclaje ortodóncico. El uso de implantes dentales se ha descrito en la literatura para posibilitar el tratamiento ortodóncico en estos pacientes. (Huang et al., 2005).

La capacidad de los implantes osteointegrados de permanecer estables bajo cargas oclusales se ha evaluado en múltiples estudios experimentales (Turley et al., 1988; Roberts et al., 1984; Higuchi & Slack, 1991) llegaron a la conclusión de que un anclaje intraoral fijo es posible mediante el proceso de oseointegración.

El caso que se presenta a continuación es el de una paciente con periodontitis crónica generalizada avanzada, que ha sido tratada con un tratamiento periodontal básico y con un coadyuvante (Perio-Aid® Tratamiento), seguido de un tratamiento de implantes para anclaje ortodóncico y de un tratamiento de ortodoncia y restaurador.

- **ANAMNESIS**

Mujer de 60 años de edad.

- **MOTIVO DE CONSULTA**

“Tengo dolor, me sangran las encías y quiero reponer los dientes que me faltan”

- **HISTORIA MÉDICA ACTUAL**

Hipertensión arterial controlada con medicación vía oral (Kalpress® 320mg, 1comp/24 horas), clasificada como paciente ASA tipo II

Antecedentes familiares

No se refieren antecedentes familiares de enfermedades sistémicas ni de enfermedad periodontal.

- **EXPLORACIÓN CLÍNICA**

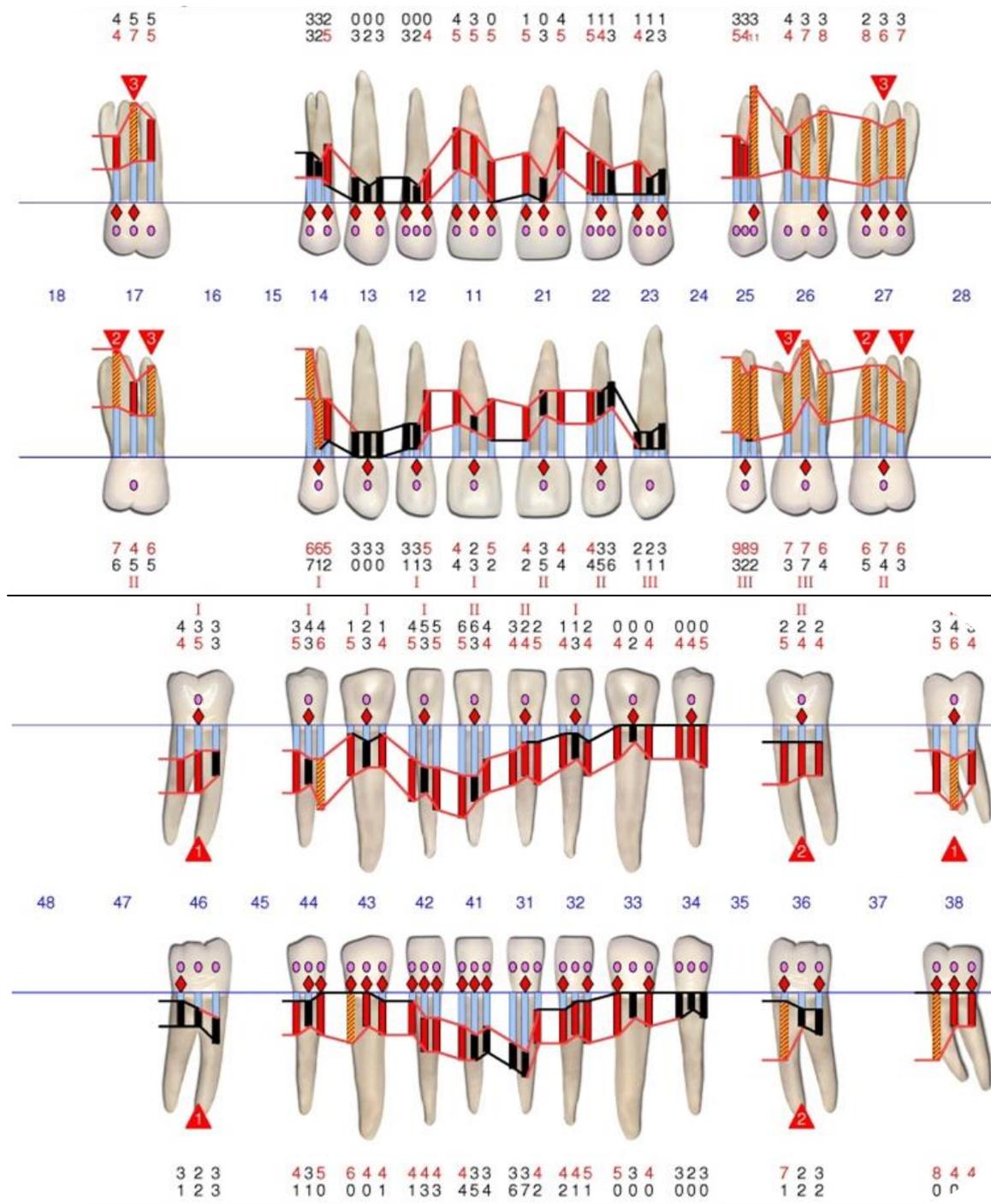
Exploración intraoral

En la exploración intraoral se observó inflamación gingival generalizada, con acúmulo de placa y cálculo, además de ausencias, malposiciones dentarias y diastemas.



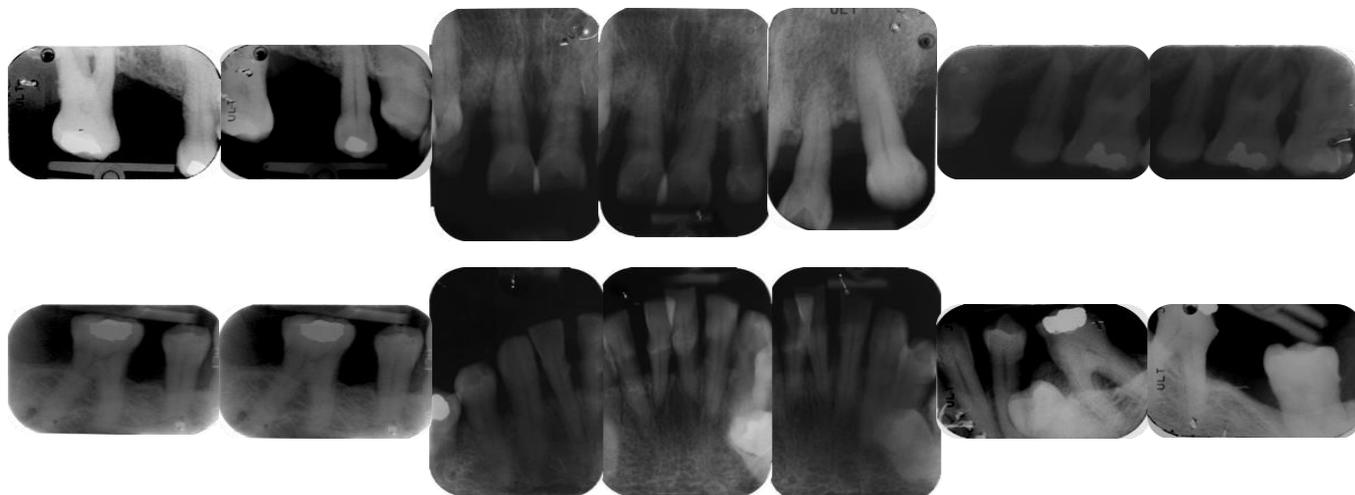
Examen periodontal

En el examen periodontal de la paciente se observó la presencia de bolsas profundas (>6mm) generalizadas, con afectación de furca, con un índice de placa del 98% y con un índice de sangrado del 71%.



Examen radiográfico

En el examen radiográfico se puede observar una pérdida ósea generalizada avanzada, con afectaciones de furca en el I, III y IV sextantes.



Examen microbiológico

Se tomaron muestras microbiológicas de la bolsa más profunda en casa cuadrante, y se obtuvieron unos recuentos totales de 6.4×10^6 , de los cuales el 46.39% corresponde con *P.gingivalis* y un 10.31% con *P.micra*.

Laboratorio de Investigación						CLAVE	1315	
Siglas:								
Año nacimiento:						Fumador:	NO	
Clínica:						Último antibiótico:	2-3AÑOS	
Fecha de toma:						(cuál; hace cuánto)		
Causa de toma:								
Salud general:	BIEN							
Medicamentos:	CALPRÉS 320							
Otros comentarios:								
Momento toma:	PRE-RAR	(pre-RAR, post-RAR, post-QCO, MTO, control)						
		1	2	3	4			
Localización	17V	27MV	36MV	43DL		recuentos	%flora	
Profundidad bolsa	7	8	5	4	total anaerobios	6402000		
Recesión	4	3		1	<i>A. actinomyc.</i>	0	0,00%	
Sangrado	SI	SI	SI	SI	<i>P.gingivalis</i>	2970000	46,39%	
Placa	SI	SI	SI	SI	<i>P.intermedia</i>	1980	0,03%	
Supuración	NO	NO	NO	NO	<i>T.forsythensis</i>	66000	1,03%	
Movilidad	1	II	NO	NO	<i>P.micros</i>	660000	10,31%	
					<i>C.rectus</i>	0	0,00%	
					<i>F.nucleatum</i>	19800	0,31%	
					<i>Capnocytophaga</i>	0	0,00%	
Comentario resultados (solo laboratorio)					<i>E.corrodens</i>	13200	0,21%	
					<i>Eubacterium sp.</i>	0	0,00%	

- **DIAGNÓSTICO**

La paciente fue diagnosticada de periodontitis crónica generalizada avanzada, de acuerdo a la clasificación de 1999 (Armitage, 1999).

- **PLAN DE TRATAMIENTO**

Fase I. Fase sistémica

Monitorización de su hipertensión arterial.

Fase II. Fase inicial

Exodoncia de dientes con pronóstico imposible (25 y 26).

Instrucciones en higiene oral con Técnica de Bass (VITIS® Medio Access) e higiene interproximal adaptada a cada espacio interdental (Interprox®).

Raspado y alisado radicular con anestesia local en dos sesiones de unos 60 minutos aproximadamente cada una.

Tratamiento coadyuvante con colutorio de clorhexidina al 0.12% y cloruro de cetilpiridinio al 0.05% (Perio-Aid® Tratamiento) durante 30 segundos, dos veces al día, durante 15 días.

Reevaluación.

Llevada a cabo a las 8 semanas de la realización del tratamiento, observamos una reducción en las profundidades de sondaje y en los niveles de placa y cálculo.

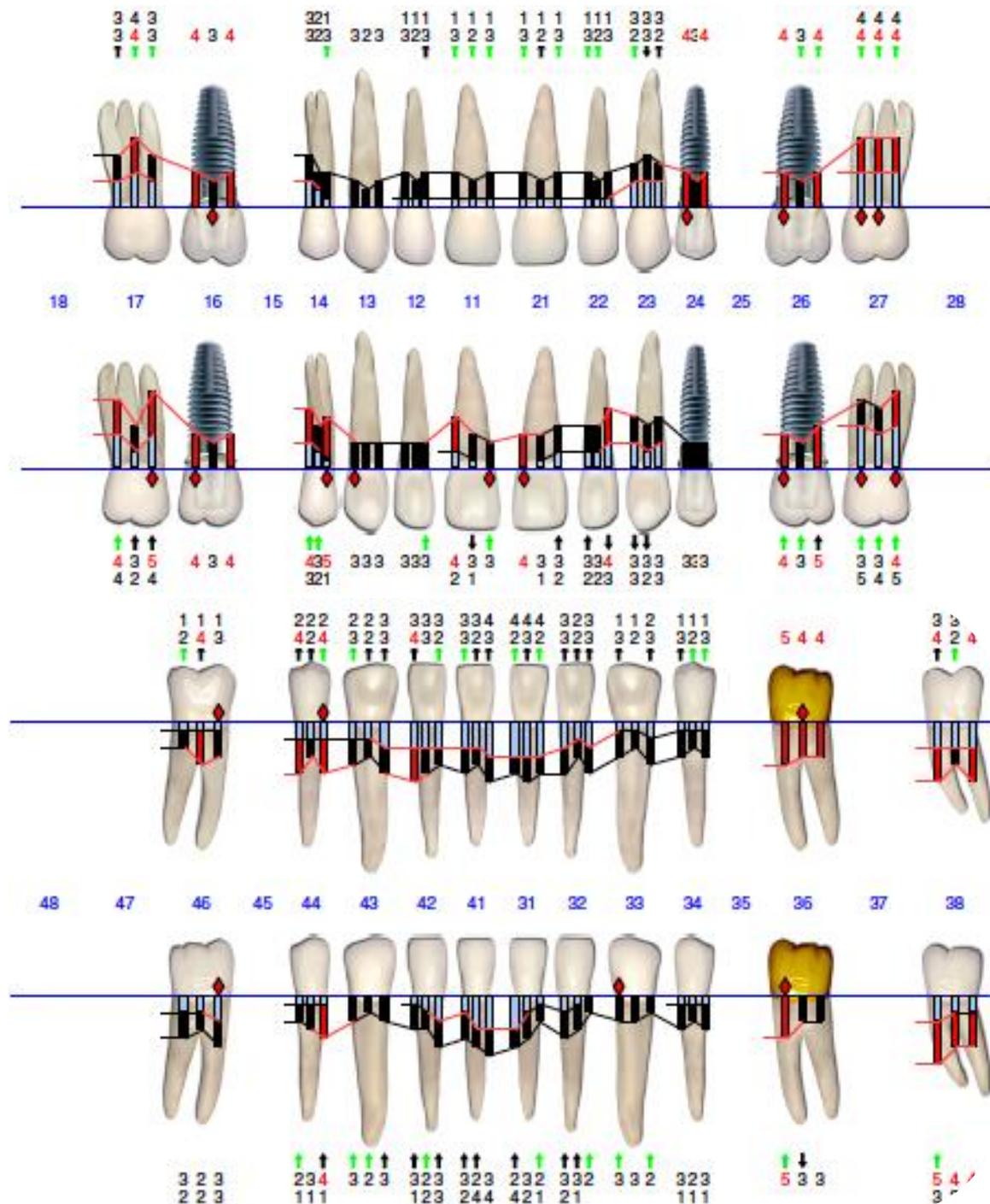


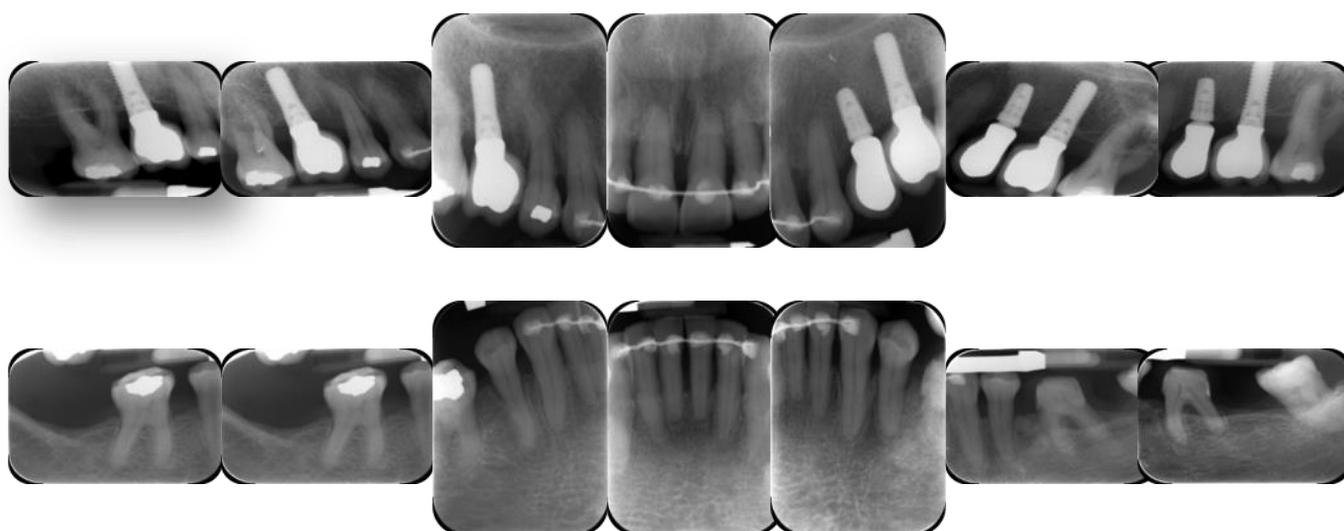
Fase III. Fase correctiva restauradora

Se realizó la exodoncia del 35 incluido.

Cirugía de colocación de implantes en posición 16 y 26 para anclaje ortodóncico.

Tratamiento de ortodoncia con una duración de 18 meses.





Cirugía de colocación de implantes en posición 25.

Tratamiento restaurador definitivo.

Fase IV. Fase de mantenimiento

Durante el tratamiento de ortodoncia se realizaron mantenimiento cada 2-3 meses. Una vez finalizado el mismo los mantenimientos se realizaron cada 3-4 meses.



Caso clínico: "Tratamiento multidisciplinar de un paciente con periodontitis avanzada generalizada"



▪ *DISCUSIÓN*

El en caso que se ha presentado hemos podido observar cómo el manejo multidisciplinar de pacientes con enfermedad periodontal puede mejorar no sólo los parámetros periodontales, sino también la función y la estética del paciente.

Clásicamente el tratamiento básico de la enfermedad periodontal puede ser dividido en cuatro fases: sistémico, higiénico, correctivo y de mantenimiento.

El raspado y alisado radicular es el procedimiento utilizado para la reducción en la profundidad de sondaje y el aumento en los niveles de inserción, además de las reducciones que se obtienen en los niveles bacterianos (Mombelli et al., 1994).

Además también se ha comprobado que el tratamiento puede no obtener los resultados esperados sino se lleva a cabo una adecuada terapia periodontal de soporte (Pihlstrom, 2001).

También sabemos que el trauma oclusal favorece la progresión de la enfermedad periodontal, por lo que es necesario que no esté presente durante el tratamiento ortodóncico de los pacientes periodontales (Harrel & Nunn, 2001)

▪ **REFERENCIAS**

Armitage GC. (1999) Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Annals of Periodontology*, 4(1):1-6.

Lindhe J, Westfelt E, Nyman S, Socransky SS, Haffajee AD. (1984) Long-term effect of surgical/non-surgical treatment of periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology*, 11(7):448-58.

Harrel SK, Nunn ME. (2001) The effect of occlusal discrepancies on periodontitis. II. Relationship of occlusal treatment to the progression of periodontal disease. *Journal of Periodontology*, 72(4):495-505.

Higuchi KW, Slack JM. (1991) The use of titanium fixtures for intraoral anchorage to facilitate orthodontic tooth movement. *International Journal of Oral Maxillofacial Implants*, 6(3): 338-344.

Huang L-H, Shotwell JL, Wang H-L. (2005) Dental implants for orthodontic anchorage. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 127 (6): 713-722.

Mombelli A, Gmür R, Gobbi C, Lang NP. (1994) *Actinobacillus actinomycetemcomitans* in adult periodontitis. I. Topographic distribution before and after treatment. *Journal of Periodontology*, 65(9):820-6.

Moore WE, Moore LV. (1994) The bacteria of periodontal diseases. *Periodontology 2000*, 5:66-77.

Pihlstrom BL. (2001) Periodontal risk assessment, diagnosis and treatment planning. *Periodontology 2000*, 25:37-58.

Turley PK, Kean C, Schur J, Stefanac J, Gray J, Hennes J, Poon LC. (1988) Orthodontic force application to titanium endosseous implants. *Angle Orthodontics*, 58(2):151-62.