

Manejo Integral de una Paciente con Periodontitis Crónica y Recursos Económicos Bajos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, Medellín-Colombia. Caso Clínico

Comprehensive Management of a Patient with Chronic Periodontitis and Low Income at the School of Dentistry, University of Antioquia, Medellín-Colombia. Clinical Case

Zapata Zapata R¹, Guzmán Zuluaga IC², Saldarriaga Molina JR³, Tobón Calle D⁴

RESUMEN

La enfermedad periodontal y la pérdida de inserción clínica constituyen uno de los factores más importantes causantes de la pérdida de los dientes con las consiguientes alteraciones en la estética y la función. En este caso clínico se presenta una solución transitoria a un problema periodontal de una paciente de muy bajos recursos económicos, que fue atendida durante 2 años por un estudiante de pregrado de último año y supervisado por un grupo interdisciplinario de docentes especializados en Periodoncia, Ortodoncia y Rehabilitación en la facultad de odontología de la Universidad de Antioquia (Medellín-Colombia).

Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabíl. Oral Vol. 2(2); 78-81, 2009.

Palabras clave: Periodontitis crónica, pérdida de inserción clínica, trauma oclusal, provisionalización, ferulización.

ABSTRACT

Periodontal disease and loss of clinical attachment are the most important causes of teeth loss and therefore changes in aesthetics and function. This case report presents a temporal solution to a problem in a periodontal patient with very low income, who was attended by a senior student, and supervised by an interdisciplinary group of professors specialized in periodontics, orthodontics and rehabilitation at the School of Dentistry, University of Antioquia (Medellin-Colombia).

Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabíl. Oral Vol. 2(2); 78-81, 2009.

Key words: Chronic periodontitis, loss of clinical attachment, occlusal trauma, temporary, ferulization.

INTRODUCCIÓN

La periodontitis crónica es la forma más frecuente de periodontitis y la más prevalente en adultos, aunque no se descarta su presencia también en niños y adolescentes. Al momento de instaurar un tratamiento combinado (periodoncia-ortodoncia), es importante tener en cuenta el remanente de soporte óseo con que se cuenta y debe estar de acuerdo con la biomecánica del tratamiento ortodóntico, donde debemos contar con lo menos de 1/3 de soporte óseo sano⁽¹⁾. La pérdida dentaria y la enfermedad periodontal son los factores más relevantes en el desencadenamiento del fenómeno de “migración patológica dentaria” en adultos, determinante en la formación de diastemas con o sin protrusión dentaria, rotación y/o inclinación de molares, con el consecutivo colapso posterior y una disminución de la dimensión vertical⁽²⁾.

A través de estudios se ha determinado que la respuesta de los tejidos al tratamiento periodontal no se obtiene sino hasta 3 a 4 meses de iniciada la terapia debido al tiempo requerido para lograr la cicatrización del tejido periodontal inicial^(3,4).

En la toma de decisiones acerca del tipo de restauración más indicada según lo reportado en este caso clínico, se tuvo en cuenta que las restauraciones provisionales deben funcionar por extensos periodos de tiempo, ya que la tardanza en instaurar la restauración definitiva es bastante común, por la situación económica y clínica de la paciente.

REPORTE DE CASO

Paciente de sexo femenino de 48 años de edad con residencia en Medellín - Colombia, con grado de escolaridad 11° bachillerato y de profesión estilista, quien acude a consulta a la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia (Medellín -Colombia), para tratamiento odontológico integral, porque sentía que los dientes estaban cambiando de posición y manifestaba sentir afectada su estética y sus relaciones sociales.

Al hacer la historia clínica médica relata antecedentes familiares de: epilepsia, hipertensión arterial controlada con dieta (no requiere ningún medicamento para su hipertensión, según criterio médico), e igualmente pérdida de dientes por caries dental.

Diagnóstico

- **Dental:** destrucción coronaria completa del 4.5. Coronas desadaptadas en 1.2 y 2.2.
- **Oclusal:** trauma oclusal secundario, asociado con enfermedad periodontal.
- **Periodontal:** periodontitis crónica severa localizada con pérdida de inserción clínica.

Al servicio odontológico que se presta en Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, acuden personas de bajos recursos económicos pertenecientes a estratos socioeconómicos 1 y 2, quienes cubren el tratamiento a medida que se va evolucionando en él,

1. Estudiante de último año de odontología. Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Colombia.

2. Odontóloga Universidad CES. Periodoncista, Universidad de Chile. Profesor Facultad Odontología Universidad de Antioquia. Colombia.

3. Odontólogo Universidad de Antioquia. Certificado en Ortodoncia Washington University. Profesor Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. Colombia.

4. Odontólogo Universidad de Antioquia. Endodncista Universidad CES. Profesor Facultad de odontología Universidad de Antioquia y Universidad CES. Colombia.

mediante módicas cuotas cada vez que asisten a una cita. La paciente ingresó por primera vez al servicio odontológico en noviembre de 2004, donde se le tomó la primera serie periapical radiográfica completa (Figura 1). Se tomaron impresiones superior e inferior, se hizo el vaciado y el montaje de los modelos en articulador Whip Mix (Figuras 2 y 3).

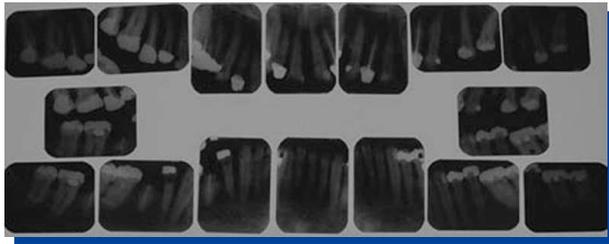


Figura 1. Primera serie radiográfica periapical.



Figura 2. Modelos articulados lateral derecha.



Figura 3. Modelos articulados lateral izquierda.

Se le diagnosticó trauma oclusal secundario asociado con enfermedad periodontal y periodontitis crónica severa generalizada.

Desde entonces a la paciente se le realizaron diferentes procedimientos diagnósticos y clínicos: cultivo y antibiograma, terapias periodontales no quirúrgicas que incluyó la instrucción en higiene con aditamentos adecuados de higiene para ella, detartrajes supra y subgingivales generalizados, alisados radiculares cerrados por cuadrantes y medicación antibiótica con Azitromicina Tabletas de 500 mg. # 6 cada 24 horas según datos que mostró el antibiograma en cuanto a la sensibilidad de los periodontopatógenos presentes, esto se prescribió a la paciente posterior al tratamiento mecánico cerrado^(5,6). Se hizo reevaluación cada tres meses para evaluar signos persistentes de inflamación, control de su higiene y fichado de placa bacteriana para tomar las decisiones que permitieran avanzar en el tratamiento.

Dado el interés y la motivación de la paciente respecto a su tratamiento, se pudo controlar satisfactoriamente la infección, se realizó ajuste oclusal en anteroinferiores mediante sustracción dentaria para aliviar el trauma que se generaba contra los anterosuperiores. Controlado todo lo anterior, se hizo interconsulta con el ortodoncista para instalar ortodoncia anterosuperior con el fin de mejorar la posición de los dientes, su estética y autoestima. Existían varias opciones de tratamiento:

- Exodoncia del 1.1 y reemplazo por Prótesis Parcial Removible (PPR).
- Rehabilitación sobre implante, posterior a una regeneración ósea y aumento de reborde.
- Placa estética.

Lo más relevante fue que la paciente se rehusaba a perder su diente natural; además su higiene no era satisfactoria como para instalarle PPR o una placa estética, ya que esto podría llevar a un mayor acumulo de placa bacteriana, y se debía tener en cuenta su situación económica, ya que tampoco contaba con los recursos económicos suficientes para una rehabilitación sobre implantes dentales.

Se presenta un plan de tratamiento para llevar el 1.1 con ortodoncia a posición y equilibrar diastemas en 1.1 – 1.2; 2.1 – 2.2 y 1.1- 2.1. La paciente, acepta y firma el consentimiento informado. Por lo tanto se hace una orden para la toma de una nueva serie radiográfica periapical, con el fin de evaluar el control de la infección y observar el soporte óseo con que contaba la paciente (Figura 4).

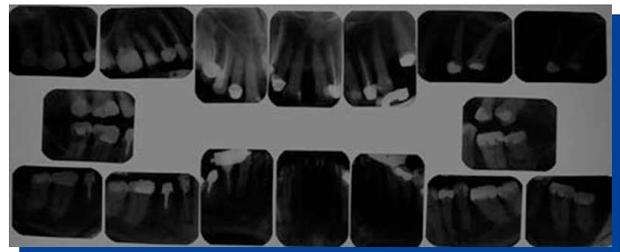


Figura 4. Serie radiográfica periapical previa al tratamiento ortodóntico.

Inicialmente se manda a elaborar una Placa de Hawley superior con ganchos Adams para soportarse en 1.7 y 2.7 con brazos vestibulares segmentados en los caninos donde se realiza un gancho para soportar una ligadura elástica, los brazos vestibulares van soldados al Adams (Figura 5). El 08 de febrero de 2008 se instala la placa de Hawley Superior, se revisa oclusión y se observa que es necesario realizar ajuste oclusal en dientes anteroinferiores para modificar de manera precisa las superficies incisales de estos dientes con el fin de mejorar el patrón de contacto general, eliminando selectivamente parte de la estructura dentaria hasta que los dientes contactaran de manera tal que se pudieran satisfacer los objetivos del tratamiento, para evitar puntos prematuros y oclusión traumática en estos dientes, los cuales presentaban además movilidad grado II con pérdida de inserción de moderada a severa.



Figura 5. Placa Hawley superior.

Igualmente en la Placa se realizó el ajuste mediante desgaste del acrílico en la parte palatina de los dientes anterosuperiores con el fin de dejarlos libres para poder realizar movimiento hacia palatino del 1.1 y además porque también se producía algún tipo de movimiento en sentido proximal de 1.1, 1.2, 2.1 y 2.2. Una vez realizados todos estos ajustes en la placa y revisado nuevamente el ajuste oclusal, se procede a adherir brackets de Roth en 1.1, 1.2, 2.1 y 2.2 (Figura 6). Se coloca arco de Niti .014" termoplástico con ligadura metálica controlado (Figuras 7 y 8). Luego se colocó cadeneta elástica continua suspendida en los ganchos de la Placa de Hawley en los caninos para controlar la posición vestibular del 1.1. Se realizó control radiográfico a los 2 y a los 6 meses de haber colocado ortodoncia, se encontró hueso totalmente corticalizado, espacio del ligamento periodontal normal y no se encuentra pérdida ósea adicional (Figura 9).



Figura 6. Instalación de Brackets.



Figura 7. Vista clínica lateral derecha.



Figura 8. Vista clínica lateral izquierda.



Figura 9. Control radiográfico a los 6 meses de instaurada la aparatología.

A los 8 meses se había llevado el 1.1 a una buena posición dentro del arco, se había palatinizado lo suficiente y se suspende el uso de la Placa de Hawley. Lo que siguió fue la distribución de espacios, para lo cual se usó ligadura elástica continua con mínima presión en 1.1 y 2.1 (Figura 10).



Figura 10. Cierre de diastemas entre 1,1 - 2,1 y 2,1 - 2,2.

A los 12 meses se retiraron los brackets de 1.2 y 2.2, se retiraron coronas de porcelana existentes (Figura 11). Se procedió a acondicionar carillas como provisionales para el 1.2 y el 2.2. En 1.1 y 2.1 se dejan los brackets adheridos sin arco pero ligados con ligadura metálica en ocho, para estabilizarlos (Figura 12).



Figura 11. Retiro de coronas desadaptadas en 1,2 y 2,2.



A los 12 meses

Figura 12. Ligado de 1,1 y 2,1. Provisionalización en 1,2 y 2,2.

Se hizo cierre de diastemas en interproximal de 1.2 y 1.1; 1.1 y 2.1; 2.1 y 2.2 mediante el uso de resina de fotocurado (Figura 13), posteriormente se hizo la orden al laboratorio para la elaboración de los provisionales en acrílico de termocurado y se cementaron con Ionómero de Vidrio tipo I de autocurado y se dejaron como restauración definitiva (Figura 13).

Posteriormente se fabricó una férula intracoronal la cual se extendió por palatino de 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 y 2.3, tallando un surco a una profundidad de 1.5 mms. Se utilizó para su fabricación alambre de ligadura metálica trenzado en cuatro dobleces adherido con resina de fotocurado, y posteriormente se da un cubrimiento general con resina fluida de fotocurado con el fin de sellar muy bien la interface diente – restauración. La férula se dejó de manera permanente. Finalmente se hizo ajuste oclusal en anteroinferiores se retiró arco de acero .014” y brackets de 1.1 y 2.1 y se procedió a la realización de resinas con el fin de cerrar lo más posible, los espacios restantes y generar unas dimensiones mas estéticas de dichas piezas dentarias (Figura 13).



Figura 13. Resultado Final.

La paciente seguirá en la Facultad de Odontología en controles periódicos periodontales y radiográficos (Figura 14) cada 3 meses, hasta que la salud periodontal y la situación económica de la paciente permita otro tipo de restauración⁽⁷⁾.



Figura 14. Foto de último control radiográfico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chaves S M. Altobelli Silvina. Integración Ortodoncia Periodoncia, Estética, caso clínico.[documento en línea]2009[citado 25 de marzo de 2009]; URL disponible en: www.spch.cl/portals/0/casoclínico2.pdf 2009. Marzo 25
2. Årtun J, Urybe KS. The effect of orthodontic treatment on periodontal bone support in patients with advanced loss of marginal periodontum. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1998;93:143-8.
3. Badersten A, Nilveus R, Egelberg J.Effect of nonsurgical periodontal therapy. II. Severely advanced periodontitis. J Clin Periodontol 1984; 11:63-71.
4. Greensteiff G. Contemporary interpretation of probing depth assessment: Diagnosis and therapeutic implications. A literature review. J Periodontol 1997; 68:1194-200.
5. Looome M. Microbiological Diagnostic Testing in the Treatment of Periodontal Diseases. Periodontol 2000 2004; 34:49-56.
6. Arie J. van Winkelhoff, Edwin G. Winkel. Microbiological diagnostics in periodontics: biological significance and clinical validity. Periodontology 2000 2005; 39: 40-52.
7. Gaunt F, Devine M, Pennington M, Vernazza C, Gwynnett E, Steen N, Heasman P. The cost-effectiveness of supportive periodontal care for patients with chronic periodontitis. J Clin Periodontol 2008; 35 (Suppl. 8): 67–82.

CORRESPONDENCIA AUTOR

Isabel Cristina Guzmán Zuluaga.
Carrera 43B # 7 sur 177. Edificio Murano.
Medellín- Colombia.
isabelguzman@une.net.co

Trabajo recibido el 08/07/2009.
Aprobado para su publicación el 21/07/2009.