

Tratamiento Interdisciplinario de Periodontitis Agresiva Localizada: Reporte de un Caso

Interdisciplinary Treatment of Localized Aggressive Periodontitis: A Case Report

Bueno Rossy LA¹, Rodríguez Salaberry D²

RESUMEN

Los pacientes con Periodontitis Agresiva Localizada (**PAL**) presentan generalmente alteraciones funcionales y estéticas, por lo cual su tratamiento no sólo debe estar enfocado al cuadro infeccioso de periodontitis.

Se presenta el caso de una paciente de 38 años de edad, profesional, caucásica, de sexo femenino con **PAL**, cuyo motivo de consulta fue mejorar su estética.

El equipo interdisciplinario que la asistió se integró por Higienista Dental, Periodoncista, Cirujano Maxilofacial, Ortodoncista y Prostodoncista.

Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 3(2); 90-93, 2010.

Palabras clave: Tratamiento interdisciplinario, periodontitis agresiva, ortodoncia, implantes, prostodoncia.

ABSTRACT

The patients with located aggressive periodontitis (**PAL**) generally have functionals and esthetics alterations so their treatment not only should be focused on periodontitis infection.

The case we present is about a 38 years old, professional, caucasian woman with located aggressive periodontitis which is concerned to her esthetic.

She was assisted by a interdisciplinary team formed by dental hygienist, periodontist, maxillofacial surgeon, orthodontist and prosthodontist.

Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 3(2); 90-93, 2010.

Key words: Interdisciplinary treatment, aggressive periodontitis, orthodontics, implants, prosthodontics.

INTRODUCCIÓN

La **PAL** es una enfermedad inflamatoria, infecciosa, poligénica, de etiología multifactorial, donde la etiología microbiológica específica es muy importante y su presentación clínica es polimorfa⁽¹⁾.

Se asocia a la presencia de periodontopatógenos y a una respuesta alterada del hospedador⁽²⁾.

El tratamiento de los pacientes con **PAL** debe abordarse en un equipo interdisciplinario tratando no solo la patología de base, sino las secuelas estéticas y funcionales producidas a causa de la pérdida de inserción.

Dentro de estas secuelas figuran malposiciones dentarias, falta de estabilidad oclusal, movilidad dentaria incrementada, aumento de corona clínica, pérdida de tejidos duros y blandos en zonas edéntulas, secuelas que se presentan en el caso reportado.

La recuperación de la estética y función en el sector antero superior de la cavidad oral constituye un desafío importante especialmente cuando los tejidos duros y blandos están afectados por una patología periodontal, una vez que se ha producido la pérdida dentaria.

La reposición con implantes unitarios en el sector anterior tiene una tasa de éxito superior al 95%, tanto en pacientes con o sin antecedentes de patología periodontal⁽³⁻⁷⁾.

Si bien esto es una realidad, las condiciones del terreno receptor del implante en la gran mayoría de los casos condicionan negativamente la instalación correcta del implante para lograr una morfología y estética gingival en la zona peri-implantaria, por lo cual es imperativo realizar una correcta evaluación del lecho receptor tanto en altura gingival como ósea en el sentido vestibulo lingual como ápico-coronario.

Frente a la falta de soporte de tejidos blandos o duros es necesaria la previa preparación de la zona a tratar^(8,9).

Se presenta un caso clínico con manejo interdisciplinario en una paciente con **PAL**, a la cual se le realizó fase etiológica, correctiva (ortodóncica, implantológica, rehabilitadora) y de mantenimiento periodontal.

REPORTE DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 38 años de edad, profesional, caucásica, sistémicamente sana que asistió a la consulta particular para recuperar su estética afectada por la pérdida de la pieza dentaria 11.

La paciente relató pérdida de la pieza dentaria 11 por presentar "mucha movilidad".

Al examen clínico presentaba ausencia de la piezas dentarias 11 y 14, índice de placa microbiana de 48%, índice de Loe y Silness de 1 en un 42% de las superficies dentarias y 2 en un 58%, índice de Tártaro de 28% localizado en el sector anteroinferior.

La pérdida de inserción encontrada fue incipiente y media, a expensas tanto de aumento de corona clínica como de sacos periodontales.

Se destaca la presencia de sacos periodontales de 5 mm en la cara distal de la pieza dentaria 21, mesial y distal de la pieza dentaria 16, cara distal de la pieza dentaria 26, cara mesial y distal de la pieza dentaria 37, y de 4 mm en la cara mesial y distal de las piezas dentarias 31, 41, 42, movilidad de grado 1 en las piezas dentarias 12 y 21 (Figuras 1 y 2).

1. Doctor en Odontología. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. Profesor Titular de la Cátedra de Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

2. Doctor en Odontología. Universidad de Buenos Aires. Argentina. Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Escuela Colombiana de Medicina. Bogotá, Colombia.

Correspondencia autor: Prof. Dr. Luis Bueno. lb1234@adinet.com.uy. Dr. Daniel Rodríguez. rodher47@adinet.com.uy. Trabajo recibido el 22/03/2010. Aprobado para su publicación el 20/09/2010.



Figura 2.

En el examen radiográfico se observan pérdidas óseas de grado incipiente a medio de tipo horizontal en la mayoría de las piezas

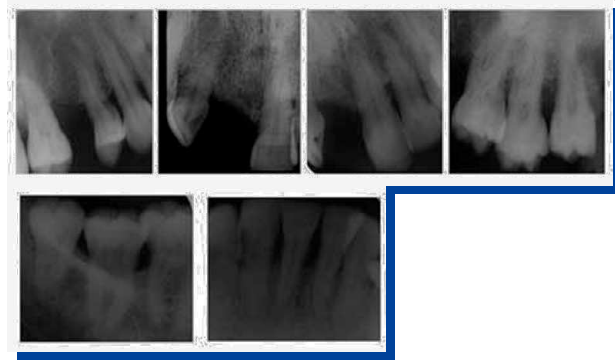


Figura 3.

El diagnóstico periodontal es **PAL**, ya que es una paciente sistémicamente sana, con rápida pérdida de inserción, con agregación familiar (madre y hermana con enfermedad periodontal), índice de Placa Microbiana de 48% que no se corresponde con la destrucción periodontal^(10,11).

Es importante posponer el tratamiento de ortodoncia seis meses (con terapia de mantenimiento mensual) luego de finalizado el tratamiento periodontal⁽¹²⁾.

El pronóstico lo realizamos al comienzo de la fase etiológica y lo verificamos al finalizar la misma, pudiendo evaluar no sólo la adhesión del paciente al tratamiento, sino la respuesta biológica de los tejidos frente al tratamiento. Debido a la colaboración de la paciente, el grado y tipo de reabsorción ósea, la edad de la paciente y la estabilidad que ha mostrado a través del tiempo, se puede considerar un pronóstico

favorable, pero los antecedentes del cuadro patológico y la necesidad de tratamientos complementarios lo hace reservado favorable^(13,14,15).

El plan de tratamiento que recibió la paciente fue el siguiente:

1. Fase Etiológica

En esta fase de tratamiento se realizó educación para la salud gingivoperiodontal, detartraje y profilaxis, raspado y alisado radicular en piezas dentarias con sacos periodontales y antibioterapia una vez finalizada la terapia mecánica subgingival⁽¹⁶⁾.

La antibioterapia consistió en amoxicilina 500 mg (un comprimido cada 8 horas por 7 días) combinado con metronidazol 250 mg (un comprimido cada 8 horas por 7 días)⁽¹⁷⁾.

La higienista dental en conjunto al periodoncista realizaron esta fase de tratamiento.

Previo al comienzo de la terapia de raspado y alisado radicular, la paciente presentaba un índice de Placa Microbiana de 26%.

A los 30 días de finalizar la fase etiológica se realizó la reevaluación de los resultados, encontrando un índice de Placa Microbiana de 28%, un índice de Silness y Loe de 30%, Índice de Tártaro de 10% localizado en las caras linguales de las piezas anteroinferiores y pérdidas de inserción a expensas de aumentos de coronas clínicas con ausencia de sacos periodontales.

Luego se citó la paciente mensualmente durante seis meses realizando examen y evaluación, remotivación, detartraje y profilaxis⁽¹²⁾.

Luego de este período, y verificando la estabilidad del cuadro periodontal, se procede a realizar la fase correctiva.

2. Fase Correctiva

En esta fase de tratamiento se realizó tratamiento de ortodoncia, tratamiento implantológico simultáneo a injerto conectivo subepitelial y tratamiento rehabilitador.

a) Tratamiento de ortodoncia (Figura 4).

La técnica utilizada fue la técnica de Damon. Los objetivos de este tratamiento fueron la alineación y nivelación bimaxilar, la estabilización de la oclusión, recuperar el espacio adecuado para la futura colocación y rehabilitación de un implante en la posición 11 y facilitar los cuidados higiénicos del paciente.



Figura 4.

Esta fase se desarrollo durante 18 meses, durante los cuales el paciente asistió mensualmente a la higienista dental, periodoncista y ortodontista.

b) Tratamiento rehabilitador implantoasistido.

La estabilidad de la salud periodontal nos permite proseguir con el tratamiento planificado.

Una vez finalizado el tratamiento de ortodoncia y logrado los objetivos del mismo se procede a la colocación de un implante Osseotite (Biomet 3i, USA, 11,5 x 3,75 mm) en posición 11, siguiendo un protocolo quirúrgico en dos fases⁽¹⁸⁾ (Figura 5).

Con el objetivo de mejorar el resultado estético de dicha reconstrucción, se procedió a la colocación de un injerto de tejido conectivo obtenido de la zona desdentada, correspondiente a la pieza dentaria 14⁽⁹⁾ (Figura 6). Dicho injerto fue colocado en forma simultánea al implante debajo del colgajo vestibular (Figura 7)⁽¹⁹⁾.

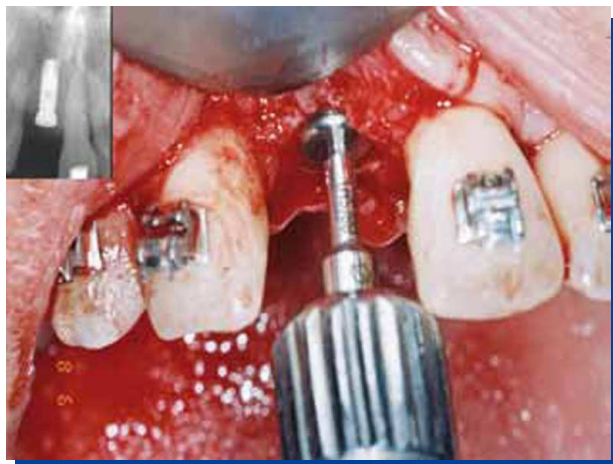


Figura 5.



Figura 8.



Figura 6.



Figura 9.

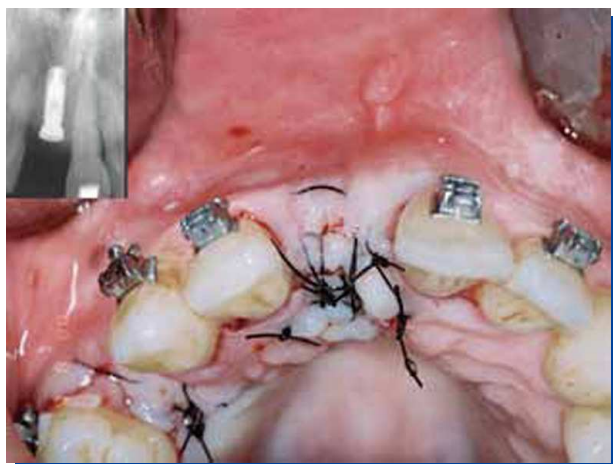


Figura 7.



Figura 10.

A los seis meses se llevó a cabo la segunda fase quirúrgica, instalándose a continuación una corona provisional (corona de policarbonato 3M ESPE, USA) (Figura 8) mediante la colocación de un pilar protésico provisional Biomet 3i, USA.

El tejido blando cicatrizó durante un período de dos meses para luego proceder al procedimiento protésico definitivo⁽²⁰⁾.

El tratamiento rehabilitador definitivo de dicha zona consistió en un pilar de zirconio Zi Real de Biomet 3i (USA) (Figura 9), y una corona aluminica (InCeram con estratificación VM7, VITA, Alemania) (Figuras 10 y 11).

3. Fase de Mantenimiento Periodontal

Esta fase, de carácter obligatoria en todo paciente periodontal, consta de examen y evaluación, terapia de apoyo y terapia de recidiva si fuera necesario⁽¹⁰⁾.

La fase de examen y evaluación consiste en actualizar la historia clínica en cuanto a salud sistémica, regional y local.

En cuanto a los exámenes periodontales, realizamos sistemáticamente índice de Placa Microbiana, índice de Loe y Silness, índice de Tártaro Dental, periodontograma y examen oclusal.

El examen radiográfico se debe realizar solamente si los exámenes clínicos así lo dictaminan.

Durante las fases de mantenimiento no se han encontrado



Figura 11.

signos de enfermedad periodontal y el índice de Placa Microbiana no supera el 25%.

Luego de finalizada la fase correctiva, la fase de mantenimiento se realiza cada tres meses.

Hace dos años que hemos finalizado la fase correctiva y hasta el momento se encuentra la paciente con salud periodontal (ausencia de sangrado al sondaje y de sacos periodontales).

En cada sesión se realiza remotivación del paciente, corroborando las técnicas de cepillado dental, higiene interdental y cepillado lingual.

El tratamiento periodontal no cambia la susceptibilidad de la paciente, por lo cual debe continuar en la fase de mantenimiento de por vida.

CONCLUSIONES

El tratamiento interdisciplinario de los pacientes con **PAL** permite no sólo tratar la patología periodontal, sino abordar las secuelas de la enfermedad.

La paciente presentaba migraciones en el sector antero superior acompañadas de la ausencia del 11, con falta de tejidos blandos y duros a dicho nivel. El sector anterosuperior constituye un desafío terapéutico, y para lograr éxito, es importante contar con salud periodontal y respetar los protocolos de tratamiento interdisciplinarios^(21,22,23).

El éxito de la fase etiológica es la que permite acceder a una fase correctiva y posterior fase de mantenimiento periodontal.

En cuanto al tratamiento específico del espacio correspondiente a la pieza dentaria 11, se colocó un implante de diámetro y longitud adecuadas logrando un perfil de emergencia fisiológico. Como resultado de la colocación del injerto en el flanco vestibular se logró mejorar los tejidos blandos periféricos a dicho implante.

La fase de mantenimiento periodontal se realiza cada tres meses, es de carácter obligatorio y de por vida.

Dicha terapia, en conjunto a la conducta de la paciente en cuanto a remoción domiciliar de placa microbiana, mejora el pronóstico a largo plazo de los resultados obtenidos en el tratamiento interdisciplinario (Figura 12).



Figura 12.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Fabiana Villarnobo, Encargada de Educación para la Salud, Clínica Periodoncia Uruguay; al Dr. Alfredo Nappa, Ortodoncista, y al Dr. Jorge Cortés, Rehabilitador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tonetti M, Mombelli A. Periodontitis agresiva. En: Lindhe J. España: *Editorial Médica Panamericana*, 2009:428-458.
2. Medina M, Luz I, Cano N. Presencia de interleuquina 8 en fluido cervical de pacientes con periodontitis agresiva. *Rev Fac Odont Univ Ant*, 2005;16 (1 y 2):107-114.
3. Henry PH, Laney WR, Jemt T et al. Osseointegrated implants for single-tooth replacement: a prospective five-year multicenter study. *Int. J Oral Maxillof Implants*, 1996;11:450-455.
4. Avivi-Arber L, Zarb GA. Clinical effectiveness of implants-supported single-tooth replacement. The Toronto Study. *Int. J Oral Maxillof Implants*, 1996;11:311-321.
5. Norton MR. Biological and mechanical stability of single tooth implants: 4-to 7-year follow-up. *Clin Impl Dent Rel Res*, 2001;3:214-220.
6. Mengel R, Schroeder T, Flores-de-Jacoby L. Osseointegrated implants in patients treated for generalized chronic periodontitis and generalized aggressive periodontitis: 3- and 5-year results of a prospective long-term study. *J Periodontol*, 2001;72:977-989.
7. Baelum V, Ellegaard B. Implant survival in periodontally compromised patients. *J Periodontol*, 2004;75:1404-1412.
8. Mengel R, Flores-de-Jacoby L. Implants in regenerated bone in patients treated for generalized aggressive periodontitis: a prospective longitudinal study. *International J Period and Rest Dentistry*, 2005;25:331-341.
9. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol*, 1985;56:715-717.
10. Discepoli N, Bascones A. Controversias etiológicas, diagnósticas y terapéuticas de la periodontitis agresiva. *Av Period Implant*, 2008;20(1):39-47.
11. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Annals of Periodontol*, 1999;4:1-6.
12. Bueno L. Tratamiento periodontal: antes, durante y después del tratamiento de ortodoncia. Revisión de la literatura. *Periodoncia y Osteointegración*, 2004; 14(4):271-282.
13. Mc. Guire M, Nunn M. Prognosis versus actual outcome II. The effectiveness of clinical parameters in developing an accurate prognosis. *J Periodontol*, 1996;67:658-665.
14. Mc. Guire M. Prognosis versus actual outcome. A long term survey of 100 treated periodontal patients under maintenance care. *J Periodontol*, 1991;62:51-58.
15. Bueno L, Apra G. Pronóstico periodontal versus prestigio profesional. *Revista Fund J J Carraro*, 2006;22:15-21.
16. Haffajee A, Socransky S, Gunsolley J. Systemic anti-infective periodontal therapy. A systematic review. *Annals of Periodontol*, 2003;8:115-181.
17. Herrera D, Alonso B, León R. Antimicrobial therapy in periodontitis: the use of systemic antimicrobials against the subgingival biofilm. *J Clin Periodontol*, 2008;35:45-66.
18. Branemark P-I, Adell R, Breine U, Hanson BO et al. Intra osseous anchorage of dental prostheses. 1- Experimental studies. *Scand J Plast Reconst Surg*, 1969;3:81-100.
19. Kan J, Rungcharassaneng K, Lozada J. Bilaminar subepithelial connective tissue grafts for immediate implant placement and provisionalization in the esthetic zone. *J CDA*, 2005;33(11):865-871.
20. Berglundh T, Abrahamsson Y, Wellendar M et al. Morphogenesis of the periimplant mucosa: and experimental study in dogs. *C Oral Impl Res*, 2007;18:1-8.
21. Cooper L, Felton DA, Kugelberg CF et al. A multicenter 12-month evaluation of single -tooth implants restored 3 weeks after 1- stage surgery. *Inter J Oral and Maxillof Impl*, 2001;16:182-192.
22. Guerrero J. Tratamiento periodontal en un entorno multidisciplinario. En: Echeverría J. Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de Implantes, España, Ed. *Médica Panamericana*, 2005:229-253.
23. Kois JC et al. Predictable peri-implants gingival aesthetics: surgical and prosthodontics rationales. *Pract Proced Aesthet Dent*, 2001;13:691-698.