

MANEJO DEL PACIENTE PERIODONTAL AVANZADO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Vijande Díaz de Corcuera F.*

Licenciado en Odontología por la Universidad del País Vasco. Master en Periodoncia e Implantes por la Universidad Complutense de Madrid. Board of the European Federation of Periodontology. Práctica exclusiva en Periodoncia e Implantes en Bilbao.

RESUMEN:

En la actualidad, el tratamiento odontológico debe de enfocarse desde un punto de vista multidisciplinar de manera que nos permita manejar casos complejos con la mayor sencillez posible consiguiendo óptimos resultados.

De esta manera, el paciente periodontal avanzado, en casi todas las ocasiones requiere de un tratamiento complejo, con la intervención de múltiples especialistas (ortodoncista, restaurador, periodoncista, ...) correctamente coordinados para resolver los casos lo más rápido y fácilmente posible.

El objetivo de este artículo, a través de un caso clínico, es describir, secuenciar y planificar el tratamiento periodontal en casos de periodontitis avanzadas y su posterior rehabilitación oral.

PALABRAS CLAVE: periodontitis avanzada, tratamiento multidisciplinar y rehabilitación oral.

ABSTRACT:

In the last years, dental treatment must be focused from a multidisciplinary point of view in order to manage complex cases in the easiest way getting good results.

Thus, in most cases advanced periodontal patient requires a complex treatment, with the work of many specialist (orthodontist, prosthodontist, periodontist, ...) well coordinated to solve cases as fast and easy as possible.

The aim of this paper, through a clinic case, is describe, step and plan periodontal treatment in advanced periodontal cases and their oral rehabilitation.

KEY WORDS: advanced periodontal cases, multidisciplinary treatment and oral rehabilitation.

LABURPENA:

Gaur egun, hortz tratamendua disziplina askorekin fokatu behar da kasu komplexuak simpletasun handiarekin maneiatuz emaitz ezin hobek lortzeko.

Modu honetan, paziente periodontala aurreratua, aldi askotan, tratamendu komplexua eskatzen du, especialista asko ondo koordinatuta parte hartuz, kasuak modu arin eta erraz erabakitzeko.

Lan honen helburua, kasu kliniko aurreratu baten bidez, tratamendu periodontala eta bere aho berrabilketa deskribatzea, sekuentziatzea eta planifikatzea da.

GAKO HITZAK: Periodontitis aurreratua, tratamendu multidisciplinar eta aho berrabilketa.

INTRODUCCION:

La periodontitis es una enfermedad multifactorial en la que las bacterias periodontopatógenas tanto endógenas como exógenas^(1,2,3) (**Prevotella intermedia, Actinobacillus actinomycetemcomitans, Porphyromonas gingivalis, Tanarella forsythensis, ...**) juegan un papel primordial en la etiología, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Aceptando que la periodontitis es una infección de origen bacteriano, sabemos que es imprescindible un huésped susceptible para el comienzo y desarrollo de la enfermedad periodontal. De esta manera, existen una serie de factores de riesgo⁽⁴⁾ (propios del individuo, sociales y de comportamiento, sistémicos y genéticos) que tienen un papel fundamental en la etiopatogenia de la enfermedad.

La clasificación actual de las enfermedades periodontales⁽⁵⁾ divide las periodontitis en dos grandes

grupos: periodontitis crónicas y agresivas. Las **periodontitis crónicas** normalmente son de evolución lenta, abundantes factores etiológicos, pudiendo llegar a niveles avanzados de pérdida de inserción. Las **periodontitis agresivas** suelen ser de evolución rápida, pérdidas de inserción localizadas o generalizadas importantes y habitualmente una asociación de bacterias periodontopatógenas exógenas. En esta clasificación, la edad del paciente no es un factor a tener en cuenta, aunque muchas veces es la sospecha clínica quien nos hace clasificar de una u otra forma el tipo de periodontitis a la que nos enfrentamos.

Comprendido el origen y los factores etiológicos asociados a la enfermedad, debemos definir nuestros objetivos de tratamiento. En los casos de enfermedades periodontales en las que el dolor sea el motivo principal de consulta, su eliminación será nuestro objetivo prioritario. Una vez controlado el dolor, habrá que establecer las diferentes **fases de tratamiento**:

1. Fase sistémica:

Necesaria para que las fases siguientes se realicen en un estado de seguridad desde el punto de vista médico. Valoraremos los factores que pueden contraindicar, influir o modificar el tratamiento periodontal activo en pacientes con problemas sistémicos.

En los casos de periodontitis avanzadas, destaca el **control del hábito tabáquico**^(6,7) por su especial implicación en la evolución y severidad de la enfermedad, así como en las fases de cicatrización siguientes. Recomendaremos y motivaremos a nuestro paciente para que ingrese en un programa de abandono de este hábito nocivo ya que en muchas ocasiones el tabaco puede contraindicar algún procedimiento quirúrgico avanzado y está directamente asociado a la severidad de la enfermedad periodontal.

En esta fase también controlaremos, junto a otros especialistas médicos, alteraciones en los índices de glucemia-diabetes⁽⁸⁾, hipertensión, cardiopatías, problemas de coagulación, etc.

2. Fase higiénica. Tratamiento desinflamatorio

Fase fundamental del tratamiento periodontal. Realizaremos sesiones de raspado y alisado radicular (Figura 1), enseñanza de técnicas de higiene oral, extracción de los dientes con pronóstico imposible, modificación de las obturaciones desbordantes, eliminación del trauma oclusal primario mediante ajuste oclusal y secundario



Figura 1.
Fase higiénica a base de instrumentación ultrasónica y manual mediante curetas

mediante ferulización. En esta fase debemos conseguir unos niveles de implicación en el tratamiento y de motivación del paciente elevados para que se puedan realizar con éxito las siguientes fases de nuestro tratamiento.

En las periodontitis que precisen de tratamiento antibiótico coadyuvante, éste podrá ser administrado durante la fase higiénica. El estudio microbiológico de los patógenos que afectan al periodonto mediante cultivo o técnicas de PCR ayudará a elegir el antibiótico de elección en cada caso y a definir el tipo de infección a la que nos enfrentamos.

3. Fase quirúrgica periodontal

A los 2 meses de haber realizado el tratamiento desinflamatorio, y basándonos en la respuesta al tratamiento desinflamatorio mediante los parámetros periodontales de profundidad y sangrado al sondaje, indicaremos en la mayoría de los casos avanzados, las localizaciones que precisen de **abordaje quirúrgico**. Existen diferentes técnicas quirúrgicas⁽⁹⁾ encaminadas a la eliminación de los factores etiológicos y a la reducción de las bolsas periodontales. No obstante, la técnica quirúrgica⁽¹⁰⁾ a utilizar depende de diferentes factores que tendremos que tener en cuenta:

- localización a tratar
- cantidad de encía queratinizada existente
- profundidad de sondaje
- anatomía de los defectos óseos.

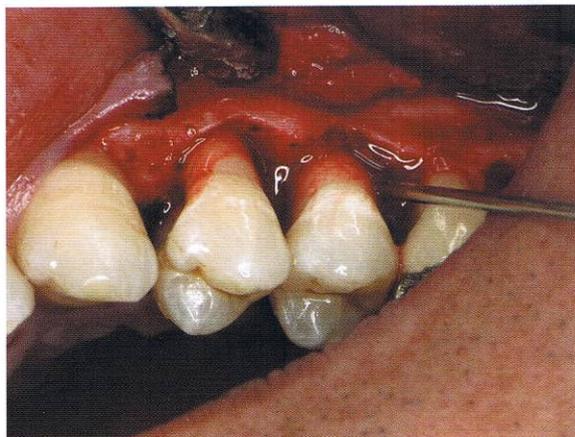


Figura 2.

Cirugía regenerativa con proteínas derivadas de la matriz del esmalte.

En esta misma fase, y en aquellos casos favorables y predecibles, realizaremos **técnicas regenerativas** (Figura 2) para restituir el periodonto. Una vez curada la enfermedad, en casos de periodontitis avanzadas es habitual programar técnicas de **cirugía plástica periodontal** que nos permitan reducir o eliminar defectos estéticos, hipersensibilidad dentinaria o problemas de inflamación gingival crónica por ausencia de encía insertada-queratinizada previas al tratamiento rehabilitador.

4. Fase rehabilitadora

Una vez controlada la infección periodontal, programaremos, en aquellos casos en los que sea necesario, la reposición de dientes ausentes mediante implantes o prótesis fija convencional. En casos de maloclusiones dentarias o migraciones dentarias como consecuencia o no de la enfermedad periodontal, podemos realizar tratamiento ortodóncico para reparar estas malposiciones. Mediante tratamientos estéticos podemos enmascarar defectos como diastemas, triángulos negros o malposiciones de manera que devolvamos finalmente a nuestros pacientes tanto la función como la estética (Figura 3).

5. Fase de mantenimiento periodontal. Tratamiento preventivo de reinfección

El objetivo de esta fase de tratamiento es evitar la reinfección periodontal mediante un protocolo de mantenimiento estricto en casos avanzados⁽¹¹⁾. Lo



Figura 3.

Cierre de diastemas con composites interproximales tras tratamiento periodontal completo. Restauraciones realizadas por la Dra. Calvo Box.

estableceremos en base a unos intervalos de 3-4 meses durante el primer año, que posteriormente modificaremos en función de las características individuales de cada caso. Tendremos en cuenta los diferentes factores de riesgo a padecer una reinfección periodontal para determinar dichos intervalos. En los mantenimientos realizaremos una exploración periodontal, motivando e insistiendo en los hábitos de higiene oral, valoraremos la presencia de caries, problemas endodónticos o protésicos, realizaremos un ligero raspado y alisado radicular y retrataremos aquellas localizaciones con reactivación de la enfermedad.

Los casos de periodontitis avanzadas requerirán de un estricto protocolo de mantenimiento ya que normalmente la susceptibilidad del individuo suele ser elevada, y dado que el tratamiento realizado suele ser complejo, habría que minimizar al máximo el riesgo de reactivación de la enfermedad.

No debemos olvidar que esta secuencia de tratamiento es flexible y que debemos individualizarla en cada caso. En ocasiones algunas situaciones nos hacen modificar o



Figura 4.
Máxima intercuspidad de nuestro paciente periodontal avanzado.

posponer el plan de tratamiento establecido por falta de control en los factores de riesgo.

A continuación vamos a desarrollar como hemos tratado un caso de periodontitis avanzada desde la primera visita hasta su rehabilitación oral completa:

Descripción del caso:

Mujer de 58 años de edad que acude a nuestra consulta refiriendo movilidad, sangrado de encías y malposiciones dentarias. Como hábitos nocivos presenta un hábito tabáquico de 10 cigarrillos/día (exfumadora de más de 20 cigarrillos/día). No presenta enfermedades sistémicas conocidas aunque sus niveles de ansiedad y estrés son muy elevados.

Centrándonos en los problemas orales, su técnica de higiene oral es inadecuada (2 veces/día) y la atención dental recibida ha sido intermitente: obturaciones, extracciones, profilaxis, prótesis fija y removible (para reponer el #1.2) y tratamiento periodontal básico hace 6 años sin ningún tipo de mantenimiento periodontal (Figura 4).

Diagnóstico:

Según la **Academia Americana de Anestesiología** clasificamos el caso como ASA tipo I, la cual nos permite realizar cualquier tratamiento odontológico de manera estándar.

Utilizando la última clasificación del **Workshop Internacional del año 1999** podemos decir que se trata de una periodontitis crónica generalizada severa (Figura 5).



Figura 5.
Serie periapical completa pretratamiento.

Analizando parámetros estéticos, presenta un patrón mesofacial, con un perfil ligeramente convexo, línea de sonrisa media, diastemas en el sector anterior superior, sobreerupción del 5° sextante y un defecto tipo III-combinado^(12,13) de tejido blando en la región del #1.2.

Valorando aspectos restauradores, observamos ausencia de dientes anteriores y posteriores, maloclusión dentaria con un plano incisal irregular.

Etiología:

Como **agente etiológico primario** presenta bacterias periodontopatógenas que no hemos podido determinar inicialmente porque la paciente acudió a nuestra consulta tras haber tomado antibióticos de amplio espectro en las últimas semanas.

Dentro de los **agentes etiológicos secundarios** observamos el tabaco, la pérdida de dientes, la maloclusión dentaria y el trauma oclusal combinado.

Pronóstico:

Basándonos en todos los factores dentales y periodontales, el pronóstico general del caso es cuestionable inicialmente, ya que como veremos de manera localizada, presenta muchos dientes con este mismo pronóstico (Figura 6).

En la **arcada superior**, el pronóstico inicial es bueno para el #1.3, 2.1 y 2.3; cuestionable para el #1.5 y 1.4; e imposible para el #1.6, 1.1, 2.2, 2.4 y 2.6.

En la **arcada inferior** en cambio el pronóstico es bastante más favorable, siendo el pronóstico inicial bueno

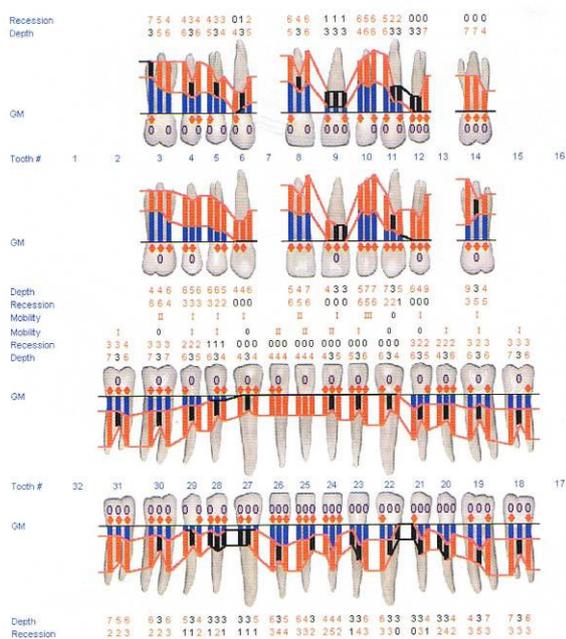


Figura 6. Periodontograma inicial.

para el #3.6, 3.5, 3.4, 3.3, 3.2 4.3, 4.4, 4.5 y 4.6; y cuestionable para el #3.7, 3.1, 4.1, 4.2 y 4.7.

Objetivos de tratamiento:

Teniendo siempre en cuenta las prioridades de la paciente (1. salud 2. función y 3. estética), debemos inicialmente controlar la enfermedad periodontal que presenta, eliminando los dientes con pronóstico imposible.

Una vez controlada la infección, repondremos los dientes ausentes con una solución fija de manera que demos soporte posterior al caso, y finalmente realizaremos tratamiento encaminado a mejorar la estética.

Secuencia de tratamiento:

Una vez realizado un correcto diagnóstico mediante una historia médica y dental, un periodontograma completo, una serie radiográfica periapical y una exploración clínica⁽¹⁴⁾, comenzamos el **tratamiento desinflamatorio** realizando el raspado y alisado radicular de ambos maxilares en 4 sesiones y la extracción de los dientes con pronóstico imposible del 3º sextante (#2.4 y 2.6). En esta fase instruimos a la paciente a mejorar su control de placa y a reducir al máximo el hábito tabáquico.

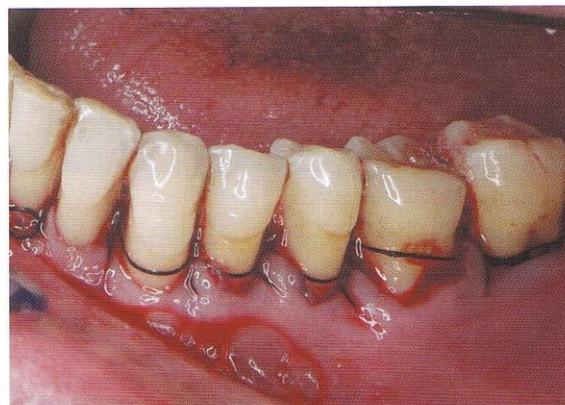


Figura 7. Sutura dentoanclada de la cirugía periodontal realizada en el 3º cuadrante.

A los 2 meses de realizar el tratamiento, y habiendo reducido los índices gingivales y de placa por debajo del 15%, programamos la **fase quirúrgica periodontal** del 3º y 4º cuadrante. En este caso realizamos una cirugía conservadora, cuña distal para eliminar la bolsa distal de los 2º molares y cirugía ósea en zonas interproximales (Figura 7).

Una vez cicatrizada la zona tratada quirúrgicamente, al mes y medio realizamos una sesión de reevaluación postquirúrgica de manera que nos permita valorar tanto la situación periodontal conseguida como el control de placa por parte del paciente (Figura 8). Confirmada que la enfermedad periodontal ha sido controlada, podremos comenzar con la **fase rehabilitadora**.



Figura 8. Situación clínica tras la cicatrización de ambas cirugías periodontales.

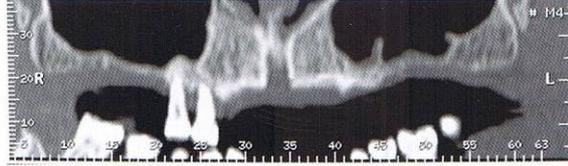


Figura 9.
Escáner tomográfico previo a la elevación de seno.

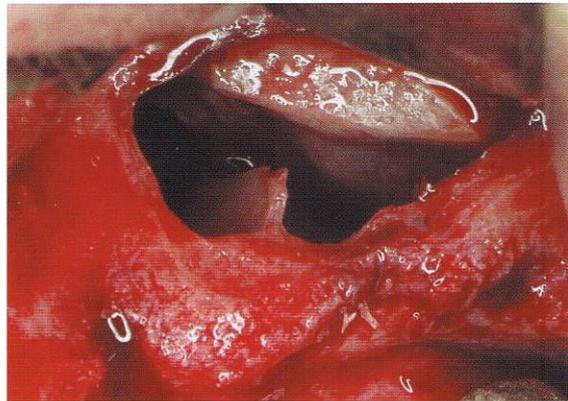


Figura 10.
Imagen del seno maxilar izquierdo en la que se observa



Figura 11.
Injerto óseo intrasinusal con plasma rico en plaquetas.

Basándonos en el primer escáner tomográfico solicitado (Figura 9), programamos la realización de una **elevación de seno abierta bilateral** (Figura 10) mediante el uso de hueso bovino liofilizado, hueso humano de banco desproteinizado y desnaturalizado junto con plasma rico

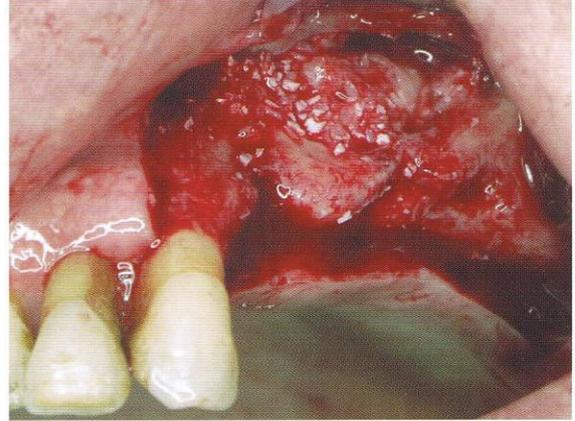


Figura 12.
Imagen clínica del seno relleno con el injerto óseo.



Figura 13.
Situación clínica antes y después de las extracciones y la colocación del provisional.

en plaquetas (Figura 11) para facilitarnos el manejo del injerto intrasinusal (Figura 12).

Durante la fase de cicatrización y maduración de las elevaciones de seno abierta, realizamos un provisional fijo inmediato tras la extracción de los dientes con pronóstico imposible del 2º sextante (#1.1 y 2.2) (Figura 13).



Figura 14.
Segundo escáner tomográfico con férula radiológica tras las elevaciones de seno.

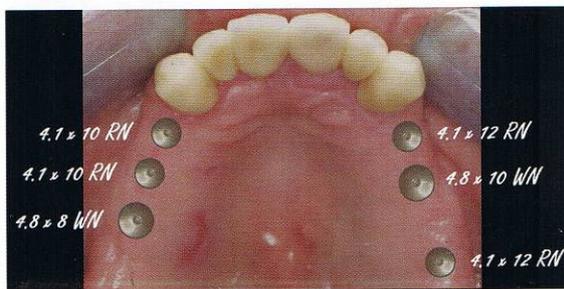


Figura 15.
Disposición de implantes ideal tras la elevación de seno.

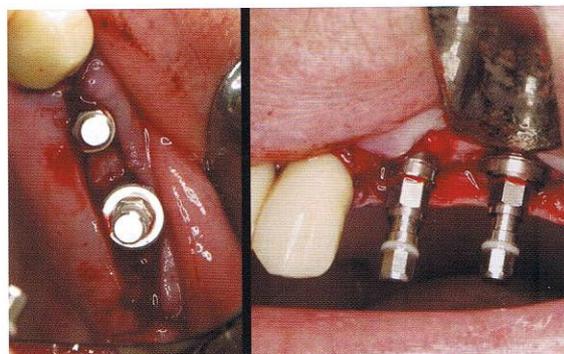


Figura 16.
Imagen intraquirúrgica de los implantes en la hemiarcada izquierda.

La paciente aunque se encuentre sin sectores posteriores, prefiere no llevar ningún tipo de provisional removible durante la fase de cicatrización.

A los 6 meses de las elevaciones de seno, y mediante un escáner tomográfico con férula radiográfica basada en un encerado diagnóstico previo (Figura 14), confeccionamos las diferentes configuraciones posibles

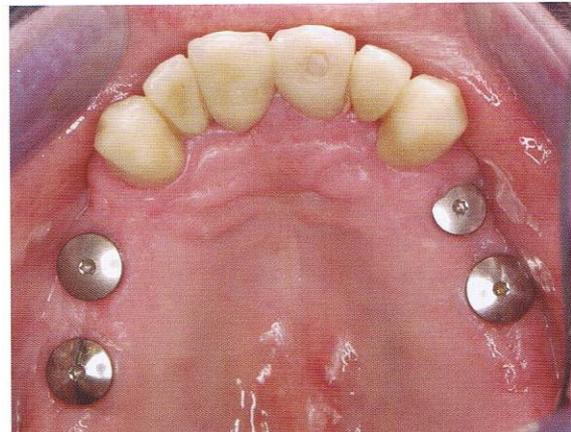


Figura 17.
Imagen oclusal a los 2 meses de la colocación de los implantes.



Figura 18.
Estructura metálica realizada en tres tramos independientes con un cantilever mesial y distal en sectores posteriores.

de nuestra **cirugía de implantes** (Figura 15). En este caso nos decidimos por la colocación de 2 implantes de superficie SLA en cada hemiarcada (Figura 16) con un cantilever mesial y distal en cada una de ellas (Figura 17).

Tras la osteointegración de los implantes, aproximadamente a los 6 meses, realizamos la **fase protésica definitiva** en la arcada superior (Figura 18), en tres tramos y tras haber realizado un alargamiento coronario en el #2.1 para reducir la discrepancia que existía entre el margen gingival de ambos incisivos centrales (Figura 19).

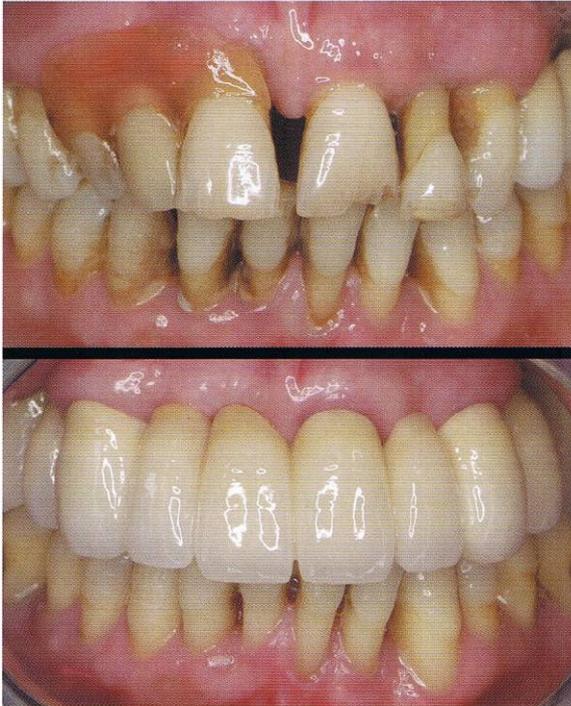


Figura 19.

Foto frontal final antes y después del tratamiento protésico realizado por la Dra. Gallardo.



Figura 20.

Imágenes laterales una vez finalizado el tratamiento restaurador.

Una vez finalizado el caso y cumplidos todos los objetivos de tratamiento marcados inicialmente (Figura 20), establecemos una pauta de **mantenimiento periodontal** estricta, cada 3 meses el primer año, que posteriormente iremos modificando en función de la evolución del caso.



Figura 21.

Sonrisa final una vez terminada la rehabilitación oral.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Socransky SS y cols. Microbial complexes in subgingival plaque. *J Clin Periodontol* 1998; 25: 134-144
- 2) Grossi SG y cols. Microbiological risk indicators for periodontal disease. *J Dent Res* 1993; 72:206 (abstr 818)
- 3) Haffajee & Socransky. Etiological agents of periodontal disease. *Periodontology* 2000 1994; 5: 78-111
- 4) Nunn ME. Understanding the etiology of periodontitis: an overview of periodontal risk factors. *Periodontology* 2000, 2003; 32: 11-23.
- 5) Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol*, 1999; 4: 1-6.
- 6) Jansson L. and Lavstedt S. Influence of smoking on marginal bone loss and tooth loss-a prospective study over 20 years. *J Clin Periodontol* 2002; 29: 750-756.
- 7) Haber J, Wattles J, Crowley M. Evidence for cigarette smoking as a major risk factor for Periodontitis. *J Periodontol*, 1993; 64: 16-20.

- 8) Taylor G. Bidirectional interrelationship between diabetes and periodontal diseases: An epidemiologic perspective.. *Ann. Periodontol.* 2001; 6-(1):99-113
- 9) Friedman F. Mucogingival Surgery: The Apically Repositioned Flap. *J Periodontol* 1962; 33:328-340
- 10) Olsen C, Ammons W, Belle G. A Longitudinal Study Comparing Apically Repositioned Flap, with and without Osseous Surgery. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 4:11-33
- 11) Lindhe J, Nyman S. Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. *J Clin Periodontol*, 1984; 11: 504-514.
- 12) Seibert JS. Reconstruction of deformed partially edentulous ridges, using full thickness onlay graft: I. Technique and wound healing. *Comp Cont Ed in General Dentistry*, 1983; 4: 437-453.
- 13) Seibert JS. Reconstruction of deformed partially edentulous ridges, using full thickness onlay graft: II. Prosthetic/periodontal interrelationships. *Comp Cont Ed in General Dentistry*, 1983; 4: 549-562.
- 14) The American Academy of Periodontology. Guidelines for periodontal therapy (position paper). Chicago: The American Academy of Periodontology. 1993: 1-2.

