

EFICACIA DE LA TERAPIA PERIODONTAL NO QUIRÚRGICA EN UNA PERIODONTITIS AGRESIVA

EFFICACY THERAPY IN A NONSURGICAL PERIODONTAL TREATMENT IN AGGRESSIVE PERIODONTITIS

TÍTULO CORTO: EFICACIA DE LA TERAPIA PERIODONTAL NO QUIRÚRGICA

Nelly Garcia-Madueño¹, Fabiola Gutierrez-Romero², Jesús Bolaños-Palacios³

Recibido en julio 14 de 2015

Aceptado en octubre 05 de 2015

RESUMEN

La terapia periodontal no quirúrgica es la clave para el control y el mantenimiento de la enfermedad periodontal logrando evitar la fase quirúrgica en muchos casos. Paciente de sexo masculino de 46 años de edad con diagnóstico de periodontitis agresiva generalizada se realizó el control mecánico de placa bacteriana, motivación e instrucción de higiene oral, raspado y alisado radicular manual por cuadrantes, clorhexidina al 0.12% en colutorio 15 ml por 30s dos veces al día por siete días; se complementó con terapia antibiótica sistémica clindamicina de 300mg tres veces al día por siete días. Durante un año de seguimiento con tratamiento periodontal de soporte se observó una reducción de los parámetros clínicos como sangrado al sondaje, disminución de la pérdida de inserción y estabilidad del nivel óseo.

Palabras clave: periodontitis agresiva; desbridamiento periodontal; placa bacteriana

ABSTRACT

Non-surgical periodontal therapy is the key to controlling and maintaining achieving periodontal disease avoid surgical phase in many patients with periodontal disease. Male patient 46 years of age diagnosed with generalized aggressive periodontitis mechanical dental plaque control, motivation and oral hygiene instruction, periodontal debridement quadrant, 0.12% chlorhexidine mouthwash 15 ml 30s performed by two times a day for seven days; It was supplemented with systemic antibiotic therapy Clindamycin 300mg three times daily for seven days. During a year of monitoring and treatment of periodontal maintenance reduced clinical parameters such as bleeding on probing, reduced attachment loss and stability of bone level was observed.

Keywords: aggressive periodontitis; dental plaque; periodontal debridement

1. Cirujano dentista, Maestro en Periodoncia, Especialista en Periodoncia y Docente de la Maestría en Periodoncia de la Universidad de San Martin de Porres Lima-Perú. Correo: nellygm@yahoo.com
2. Cirujano dentista, Maestro en Periodoncia, Especialista en Periodoncia y Docente de la Universidad de San Martin de Porres Lima-Perú. Correo: fabiolagutierrezromero@yahoo.com.pe
3. Cirujano Dentista y Maestrando en Periodoncia de la Universidad de San Martin de Porres Lima-Perú. jesusbolanospalacios@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La periodontitis agresiva, llamada así desde el año 1999, es un tipo de periodontitis que tiene características clínicas y de laboratorio claramente identificable la cual hacen diferenciarla de la periodontitis crónica.

La periodontitis agresiva puede aparecer a cualquier edad, su diagnóstico requiere la exclusión de enfermedades sistémicas que puedan deteriorar severamente las defensas del huésped y llevar a la pérdida prematura de los dientes (manifestaciones periodontales de enfermedades sistémicas). La periodontitis agresiva comprende un grupo de formas raras y a menudo severas de periodontitis rápidamente progresiva, caracterizada a veces por un comienzo a temprana edad y una tendencia distintiva a la agregación familiar. Esta enfermedad periodontal implica una infección por una microflora muy virulenta, un nivel alto de susceptibilidad del sujeto o una combinación de ellos¹⁻⁴.

En cuanto a la epidemiología de la periodontitis agresiva se sabe que en los países industrializados se encontró que afecta la dentición primaria de niños 5-11 años con frecuencia que oscilan de 0.9% a 4.5%. La mayor parte de los estudios de la dentición permanente de jóvenes de 13 a 20 años informaron una prevalencia inferior al 1%, en los niños escolares estadounidenses de 5-17 años la prevalencia se estimó de 0.2% para los blancos y de 2.6% para los negros. También se ha encontrado una mayor prevalencia en mujeres que en hombres y menos del 1% de la población menor de 30 años padece periodontitis agresiva³.

El tratamiento periodontal no quirúrgico consiste en el desbridamiento mecánico supragingival y subgingival junto con las instrucciones de higiene oral para el auto mantenimiento de la salud bucal. Estas medidas se dirigen directamente a: reducir y alterar la carga bacteriana logrando controlar los signos de inflamación y estabilizar el nivel de inserción^{4,5}.

Se ha demostrado en diferentes revisiones la efectividad de la terapia periodontal no quirúrgica adjunto a un antibiótico sistémico en el control de la periodontitis agresiva evitando así el tratamiento quirúrgico⁶⁻⁸.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 26 años de edad acude a la Clínica especializada de odontología de la Universidad de San Martín de Porres, Maestría en Periodoncia, Lima-

Perú, se procede a la firma del consentimiento informado, en el motivo de consulta paciente refiere “se me mueven los dientes”, no presenta antecedentes sistémicos, no fumador, en los antecedentes odontológicos refiere haberse realizado una exodoncia una semana atrás de acudir a la clínica y haber sido medicado con clindamicina 300mg tres veces al día por siete días, frecuencia de cepillado dos veces al día, no usa ningún instrumento de higiene interdental, presenta sangrado al cepillado, siente que se le mueven los dientes, sensibilidad al frío y al calor y los alimentos se le quedan atrapados entre los dientes posteriores.

Al examen intrabucal el paciente presenta: encía color rojo, tamaño bulboso, textura lisa y brillante, consistencia blanda, papilas achatadas, contorno irregular, márgenes agrandados, sangrado al sondaje y aumento del fluido crevicular, índice de placa O'Leary al 24%, destacando que la cantidad de placa bacteriana no guarda relación con el grado de destrucción periodontal (Figura 1). Se le realizó el periodontograma y se hallaron bolsas periodontales en más del 50% de las piezas presentes en boca, localizándose las bolsas más profundas en el sector antero superior PAS 1.1 (4-9-10), 2.1 (4-4-4) las primeras molares superiores e inferiores 1.6 (3-5-4), movilidad dental en las piezas anteriores superiores e inferiores grado 2 en la escala de Miller y sangrado al sondaje. Al examen radiográfico presenta pérdida ósea vertical en el sector antero superior y zonas posteriores superiores e inferiores (Figura 2). El diagnóstico del paciente debido a las características clínicas y los hallazgos radiográficos es de periodontitis agresiva generalizada.



Figura 1. Características clínicas antes del tratamiento periodontal.

Se realizó el tratamiento periodontal no quirúrgico comenzando con la motivación e instrucción de higiene oral, se le instruyó con la técnica de cepillado de bass modificado, uso de cepillos interproximales dos veces al día, raspado y alisado radicular manual con curetas

Gracey en dos sesiones, enjuagues de clorhexidina 0.12% 15ml cada 12 horas por 30 segundos por siete días y se decidió continuar con la terapia antibiótica con la que vino el paciente de clindamicina de 300mg cada 8h por siete días para evitar así la resistencia antibiótica^{9,10}.

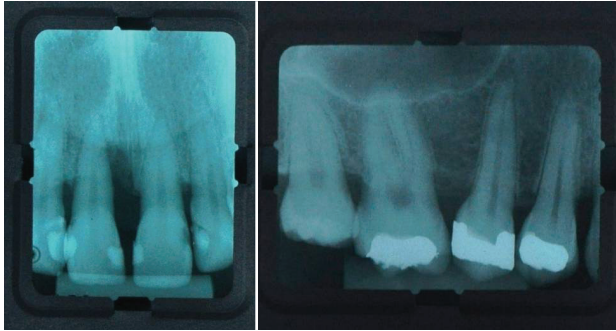


Figura 2. Radiografías periapicales antes del tratamiento periodontal.



Figura 3. Profundidad al sondaje al inicio



Figura 4. Disminución profundidad al del tratamiento marzo 2012. Pieza 1.1PAS sondaje en agosto 2012. Pieza 1.1 PAS 5mm. 3mm.

RESULTADOS

La evaluación del éxito del tratamiento periodontal no quirúrgico estuvo dado por la mejora en los siguientes parámetros clínicos: reducción del índice de placa bacteriana, reducción de la profundidad al sondaje, estabilidad de la pérdida de inserción y conservación de los dientes.

Se observó una reducción de la profundidad al sondaje PAS: 1.1 (2,2,3), 2.1 (1,1,1) como resultado de la ganancia de inserción clínica y de la recesión de los tejidos gingivales marginales.

La recesión se debe a la disminución de la inflamación del margen gingival y aumento del número de capilares presentes en el tejido conectivo gingival, se reemplaza gradualmente por un tejido rico en colágeno, la superficie de contacto entre la superficie radicular y el epitelio de la bolsa se transforma en un epitelio de unión largo de inserción.

La presencia del epitelio largo y el contenido creciente de las fibras de colágeno del tejido conectivo gingival se traduce en una ganancia de inserción clínica, que es observada en una aumento de la resistencia de los tejidos a la penetración de la sonda periodontal¹¹ (Figura 3, 4, 5).

Al control radiográfico realizado al año del tratamiento periodontal no quirúrgica se observó una ligera ganancia de nivel óseo en los incisivos superiores (Figura 6).



Figura 5. Paciente al año de recibir el tratamiento periodontal y con terapia de mantenimiento cada 4 meses.



Figura 6. Radiografía al año de tratamiento periodontal.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de la periodontitis agresiva en el paciente de sexo masculino de 26 años de edad, estuvo basado en las características clínicas, radiográficas e histológicas tal como lo manifiestan Tonetti¹ *et al.* en el año 1999. Algunas de las características clínicas principales son: la cantidad de placa bacteriana no está directamente proporcional a la pérdida de inserción, manifestándose principalmente a nivel de los incisivos superiores y primeras molares de manera simétrica⁹.

Durante un año de seguimiento de haber aplicado el tratamiento periodontal no quirúrgico en el paciente, basado en las directrices de la Academia Americana de Periodoncia, se observó una mejora de los signos clínicos de inflamación y en el control de placa bacteriana con una disminución del índice de O'leary de 24% a 11% tal como lo manifiestan Petersilka *et al.*¹⁰ donde afirma que el control mecánico de placa bacteriana mejora los resultados clínicos de la enfermedad periodontal.

Con la terapia periodontal no quirúrgica se observó una mejora en la profundidad al sondaje, los niveles de inserción y nivel óseo mostrando una disminución del grado de movilidad dental de un grado de 2 en la escala de Miller a un grado uno en el sector antero superior, tal como lo anuncian Claffey *et al.*⁵, manifestando que el raspado y alisado radicular es el patrón de oro en el control y manejo del paciente con periodontitis agresiva. Un buen raspado y alisado radicular acompañado de una terapia antibiótica sistémica en casos de periodontitis agresiva^{12, 13, 14} pueden disminuir la profundidad al sondaje evitando incluso en muchos casos ir a la fase quirúrgica esto gracias a la cicatrización del epitelio de la bolsa en un epitelio de unión largo y una nueva formación de fibras colágenas lo cual se manifiesta por la resistencia al momento de introducir la sonda periodontal tal como lo manifiestan Heitz-Mayfield *et al.*⁶.

En cuanto a la elección del antibiótico sistémico si bien es cierto el patrón de oro para el tratamiento de la periodontitis agresiva es metronidazol mas amoxicilina, hay otras opciones de antibióticos tal como lo manifiesta la Academia Americana de periodoncia en su revisión⁸, por lo cual se siguió con la terapia de clindamicina para

evitar una resistencia antibiótica ya que el paciente venía con una terapia antibiótica previa.

Para acompañar la terapia mecánica se usó clorhexidina 0.12% para el control químico de la placa bacteriana y así obtener una mejor desinfección. Tal como lo manifiestan Walker *et al.*¹³, donde manifiesta que la clorhexidina es el colutorio por excelencia en el control químico de la placa bacteriana por su alta sustantividad y efectividad en el control de placa bacteriana.

La fase inicial de la terapia periodontal estuvo acompañada de una terapia de mantenimiento que se llevó a cabo cada cuatro meses en la cual se realizaba motivación e instrucción de higiene oral y raspaje supra y subgingival tal como lo manifiestan Renvert *et al.*¹² donde explica que una correcta fase de mantenimiento evita la pérdida de inserción y pérdida ósea de manera progresiva evitando la perdida de dientes en el paciente con periodontitis agresiva.

El raspado y alisado radicular adjunto al tratamiento antibiótico sistémico en el paciente y la terapia de mantenimiento de un año lograron estabilizar y reducir los parámetros clínicos como pérdida de inserción y pérdida ósea evitando la fase quirúrgica periodontal¹⁵.

CONCLUSIÓN

El tratamiento periodontal no quirúrgico en el paciente adjunto a un antibiótico sistémico demostró una disminución de la profundidad al sondaje, perdida de inserción y nivel óseo.

El auto mantenimiento del paciente, la motivación e instrucción de higiene oral fue un complemento para el control de la periodontitis agresiva.

La terapia de mantenimiento de un año permitió estabilizar los niveles de inserción y así evitar la pérdida de dientes en el paciente con periodontitis agresiva.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tonetti M, Mombelli A. Early-Onset Periodontitis. *Ann Periodontol* 2000. 1999; 4; 39-52.
2. Armitage G, Cullinam M. Comparasion of the clinical features of chronic and aggressive periodontitis. *Periodontol* 2000. 2010; 53: 12-27.
3. Albandar J. Aggressive and acute periodontal disease. *Periodontol* 2000. 2014; 65; 7-12.
4. Armitage G. Comparasion of the microbiological features of chronic and aggressive periodontitis. *Periodontol* 2000. 2010; 53; 70-88.
5. Claffey N, Polyzois I, Ziaka P. Revisión de los tratamientos Periodontales quirúrgicos y no quirúrgicos. *Periodontol* 2000. 2005; 11; 35-44.
6. Heitz-Mayfield L, Lang N. Surgical and nonsurgical periodontal therapy. Learned and unlearned concepts. *Periodontol* 2000. 2013; 62; 218-231.
7. Mombelli A, Cionca N, Almaghlouth. Does adjunctive antimicrobial therapy reduce the perceived need for periodontal surgery? *Periodontol* 2000. 2011; 55; 215-216.
8. Position Paper. Systemic antibiotics in Periodontics. *J Periodontol* 2000. 2004; 75; 1553-1565.
9. Position Paper. Guidelines for Periodontal Therapy. *J Periodontol* 2000. 2001; 72; 1624-1628.
10. Teughels W, Dhondt R, Dekeyser C, Quirynen M. Treatment of aggressive periodontitis. *Periodontol* 2000. 2014; 65; 107-133.
11. Petersilka G, Ehmke B, Flemming T. Antimicrobial effects of mechanical debridement. *Periodontol* 2000. 2002; 28; 56-71.
12. Renvert S, Persson R. Tratamiento periodontal de Mantenimiento. *Periodontol* 2000. 2005;11; 146-165.
13. Walker C, Karpina K, Baehhni P. Quimioterapia antibiótica y otros antimicrobianos. *Periodontol* 2000. 2005; 11; 146-165.
14. Adriaens P, Adriaens L. Efectos del tratamiento periodontal no quirúrgico sobre los tejidos duros y blandos. *Periodontol* 2000. 2005;11; 121-145.
15. Feres M, Figueiredo L, Silva Soares G, Faveri M. Systemic antibiotics in the treatment of periodontitis. *Periodontol* 2000. 2015; 67; 131-186.

Para citar este artículo: Garcia-Madueño N, Gutiérrez-Romero F, Bolaños-Palacios J. Eficacia de la terapia periodontal no quirúrgica en una periodontitis agresiva. *Duazary*. 2016 enero; 13 (1): 52 - 56