



MANTENIMIENTO PERIODONTAL EN EL PACIENTE INTERDISCIPLINAR. A PROPÓSITO DE UN CASO. RESULTADOS A LARGO PLAZO.

CAROLINA MANRESA.

Carolina Manresa¹

1. Doctora en Odontología. Profesora asociada de la Universidad de Barcelona (UB). Profesora del Master de Odontología Integrada de Adultos en la UB. Practica exclusiva en Periodoncia, Implantes y Prótesis, en Clínica Birbe, Barcelona.

RESUMEN:

EN ESTE TRABAJO SE DESCRIBEN EL DIAGNÓSTICO, plan de tratamiento interdisciplinar y el programa de mantenimiento periodontal, llevados a cabo durante la fase correctora-rehabilitadora y tras la finalización del tratamiento, de una paciente joven con periodontitis agresiva. Así mismo, y con un seguimiento a 9 años, se documenta la evolución a largo plazo de los resultados tanto desde el punto de vista periodontal, como funcional y estético.

La colaboración del paciente fué incondicional desde el inicio del tratamiento y los resultados obtenidos fueron altamente satisfactorios. Durante la fase de mantenimiento se logró preservar toda la dentición y prácticamente no se registraron modificaciones de los parámetros clínicos periodontales, funcionales y estéticos.

INTRODUCCIÓN

La resolución de casos complejos periodontalmente comprometidos que requieren de la intervención de varias especialidades para su exitosa resolución deben estar fundamentados en un buen diagnóstico (AAP 2003a) y correcta planificación de las distintas fases del tratamiento. El tratamiento periodontal se inicia con la Terapia Periodontal Activa (TPA) y le sucede el Mantenimiento Periodontal (MP), que es indispensable para prevenir y controlar la enfermedad periodontal a largo plazo (AAP 2003b y 2011). La primera fase del TPA, denominada fase higiénica o causal, está dirigida a eliminar la infección (remoción de bacterias, cálculo u otros factores locales irritativos) e incluye la motivación y enseñanza al paciente de las técnicas de higiene oral.

Correspondencia a:

Carolina Manresa
cmanresa@ub.edu

Agradecimiento:

Mi agradecimiento a la higienista dental Mireia Zambrano por su constancia y buen hacer.



Carolina Manresa



Figura 1.
Sonrisa de la paciente el día de la primera visita.

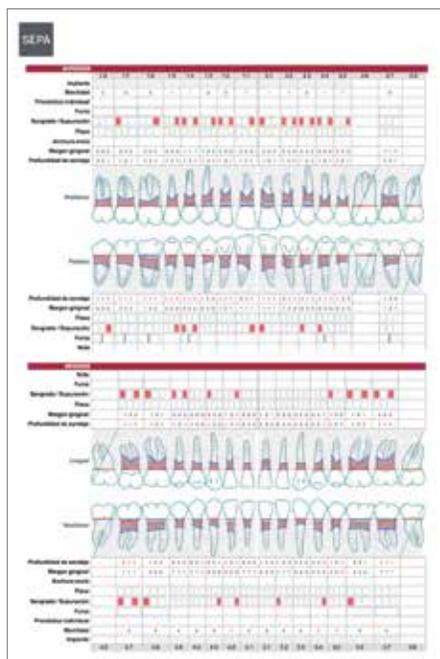


Figura 2.
Periodontograma inicial.



Figuras 3 a y b.
Ortopantomografía y radiografía periapical de los dientes incisivos superiores.



Figura 4.
Vista lateral intraoral inicial.

A continuación, se evalúan los resultados obtenidos y se determina si éstos conducen a la finalización del tratamiento causal o si existe la necesidad de incluir al paciente en una fase quirúrgica periodontal. Una vez finalizado el TPA se convierte en una cuestión crucial el *control de la reinfección* durante cada una de las fases de tratamiento posteriores (fase correctora o rehabilitadora) mediante las visitas de reevaluación y la instauración de un adecuado programa de MP; especialmente en pacientes periodontales con necesidades de tratamiento ortodóncico. También la fase rehabilitadora y estética debe garantizar una buena salud periodontal mediante la correcta adaptación marginal de las restauraciones. La evaluación de los factores de riesgo (AAP 1999, 2006 y 2008) i susceptibilidad del paciente conducirán al clínico a definir la periodicidad y pauta a seguir en las visitas de mantenimiento periodontal. En determinadas situaciones, puede identificarse una recurrencia de la enfermedad periodontal (localizada o generalizada) que necesite de un retratamiento y/o de la indicación de agentes antimicrobianos. El profesional debe ser capaz de inculcar que, dada la naturaleza crónica de las enfermedades periodontales, la fase de MP es una etapa de “por vida” y que el éxito del tratamiento a largo plazo depende de una responsabilidad compartida entre: el odontólogo, la higienista y el paciente (Echeverría y cols. 1996).

El objetivo de este artículo es exponer las diferentes fases del tratamiento interdisciplinar y de mantenimiento periodontal mediante la resolución de un caso clínico complejo de una paciente joven con soporte periodontal reducido, con un seguimiento a 9 años.

PRESENTACIÓN DEL CASO

1. Problema del paciente

Mujer de 27 años de edad, fumadora de 10 cigarrillos al día, que acude a la consulta preocupada por el desplazamiento progresivo y movilidad de los dientes anterosuperiores. Solicita que se le repare la ferulización que lleva por palatino parcialmente despegada.

2. Diagnóstico

A la exploración extraoral y análisis dinámico de la sonrisa, la paciente presenta incompetencia labial, labio corto superior y extrusión esquelética del maxilar superior; lo que le confiere una amplia sonrisa gingival (Figura 1).

En el examen periodontal se observa un biotipo periodontal grueso, sangrado al sondaje generalizado y profundidades de bolsa aumentadas. La pérdida de inserción se estima en valores comprendidos entre 4 y 10 mm. Presencia de frémitos, trauma oclusal y movilidad grado I (#11, #21, #22), grado II (#12) y grado III (#18) (Figura 2). En la exploración radiográfica inicial, se observa una pérdida de soporte del 60% para los dientes incisivos del maxilar superior y de un 20% para el resto de la dentición (Figuras 3a y 3b). El estudio genético y microbiológico solicitados indican que la paciente presenta una susceptibilidad aumentada a desarrollar formas agresivas de la enfermedad periodontal (Interleuquina I positivo) y niveles por encima del umbral patológico para *Tannerella forsythensis*, *Porphyromonas gingivalis* y *Prevotella intermedia*. Lo que nos lleva a concluir que la paciente presenta una periodontitis agresiva localizada.

Funcionalmente, la paciente presentaba dificultad a la masticación y una maloclusión secundaria de Clase II/1 (periodontitis activa, trauma de la oclusión y hábito de interposición labial) con un abanicamiento severo y extrusión de los dientes anterosuperiores, a pesar de estar preservada la dentición de los sectores posteriores (Figura 4).

3. Objetivos del tratamiento

- Eliminar la infección, reducir la profundidad de sondaje, mejorar el nivel de inserción y mejorar el pronóstico de los dientes.
- Distribuir adecuadamente las cargas oclusales, con la consiguiente reducción de frémitos / trauma oclusal y de las movilidads dentarias.
- Mejorar la sobremordida profunda y corregir las extrusiones dentarias.
- Mejorar la estética, obtener un correcto nivelamiento de los márgenes gingivales y reducir al mínimo los “triángulos negros” interproximales.
- Mantener los resultados del tratamiento a largo plazo.

4. Plan de tratamiento interdisciplinar

4.1. Fase higiénica periodontal

Antes de la finalización de esta fase, la paciente dejó el tabaco. Hecho que demuestra una colaboración incondicional de la paciente desde el inicio del tratamiento. En la primera visita la paciente presentaba placa y depósitos de cálculo sobre las superficies de los dientes (IP 72% O'Leary), por lo que se le motivó e instruyó en el uso de los cepillos interproximales y una adecuada técnica de cepillado. Se realizó una profilaxis supragingival y el tratamiento de raspado y alisado radicular (RAR) subgingival por cuadrantes bajo anestesia local. Se finalizó con el pulido de los dientes mediante copa de goma y pasta de profilaxis y la irrigación subgingival con clorhexidina al 0,2%. La extracción del #18 se realizó coincidiendo con el procedimiento de RAR del mismo cuadrante. Para reducir el frémido de los dientes anteriores se incrementó ligeramente la dimensión vertical posterior añadiendo unos pequeños topes de composite en las cúspides vestibulares de premolares y molares inferiores; lo que permitió a su vez albergar una nueva ferulización palatina de #12 a 22. Para el control químico de la placa se prescribió un colutorio de clorhexidina al 0,12% y la administración sistémica de una combinación de 2 antibióticos durante 10 días (Metronidazol 500 mg cada 12 horas y Amoxicilina 500 mg cada 8 horas).

4.2. Reevaluación (I)

Al cabo de un mes se llevó a cabo un nuevo sondaje. Pese a la considerable mejoría de la condición periodontal, se indicó la cirugía periodontal en bolsas residuales de moderada profundidad (4-5 mm), con motivo de que la paciente recibiría posteriormente tratamiento ortodóntico (Echeverría y Echeverría 2005, Geisinger 2014). Con ello se pretendió asegurar la completa eliminación de la placa y cálculo subgingivales que tanto pueden interferir en el mantenimiento del soporte periodontal en presencia de "trauma" ortodóntico.

4.3. Fase quirúrgica periodontal

En el maxilar superior se practicó una cirugía periodontal según la técnica de Kirkland; únicamente de los sextantes 1º y 3º para evitar la recesión consecuencia de la elevación de un procedimiento a colgajo de los dientes del sector anterosuperior, que nuevamente recibieron RAR. En la mandíbula la intervención consistió en la realización de colgajos de acceso.

4.4. Reevaluación (II)

Hasta 6 semanas después de la última cirugía periodontal no se recogieron los nuevos datos del periodontograma (Figura 5). Los valores de profundidad de sondaje se redujeron, así mismo como el porcentaje de localizaciones con sangrado al sondaje; lo que es indicativo de ausencia de inflamación y de enfermedad periodontal activa (Lang y cols. 1986; Joss cols.1994) tras la realización del tratamiento periodontal avanzado. Los factores de riesgo de la paciente fueron tomados en cuenta, junto con la mayor dificultad para mantener una correcta higiene oral con aparatología ortodóntica fija, y se estimaron necesarias visitas cada 3 meses de MP a lo largo de toda su fase correctora-rehabilitadora.

4.5. Fase correctora-rehabilitadora

La corrección ortodóntica de la maloclusión secundaria a la enfermedad periodontal consistió en la retrusión, intrusión y enderezamiento del grupo incisivo superior e inferior, así como de los caninos superiores. Trabajando en ambas arcadas a la vez, se procedió al alineamiento y nivelación con arcos ligeros térmicos (0,12 mm, 0,16 mm NiTi) para posteriormente proceder al cierre de espacios y retrusión del grupo anterior (0,16 x 0,22 mm, 0,18 x 0,25 mm SS). Una vez cerrados los diastemas, se procedió al detallado y ajuste final de ambas arcadas (Figura 6). La retención ortodóntica se realizó con un alambre trenzado de #13 a #23 y de #33 a #43.

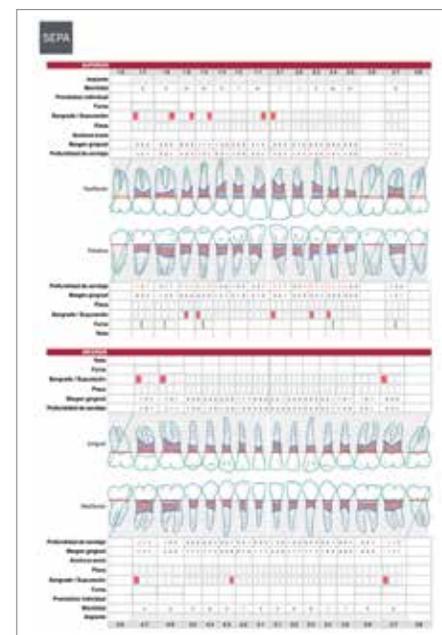


Figura 5.
Periodontograma de reevaluación del TPA.



Figura 6.
Secuencia del tratamiento de ortodoncia y resultado final.



Figura 7.
Secuencia del tratamiento restaurador y resultado final.

Finalizada la ortodoncia y en ausencia de movilidads dentarias, con el objetivo de reducir las troneras interdetales, se realizaron restauraciones estéticas de composite en los caninos superiores y 4 carillas de cerámica feldespática de 0,3-0,5 mm en los incisivos. La preparación y el cementado se realizó de acuerdo con el protocolo descrito por Magne y Belser. (2002), teniendo especial importancia la preparación palatinizada a nivel interproximal y la terminación cervical en cemento 0-0,5 mm subgingival (Figura 7). Por último se indicó la utilización de una férula de Michigan.

4.6. Fase de Mantenimiento

Finalizado el tratamiento, el primer control se llevó a cabo al mes (Figura 8). Las citas de mantenimiento de la paciente se pautaron con una periodicidad cuatrimestral. Esta pauta concuerda con el análisis mediante el diagrama de Lang y Tonetti (2003), validado por Matuliane y cols. (2010), de estimación del riesgo individual de progresión de la enfermedad (Figura 9). Los procedimientos llevados a cabo en cada una de las visitas de mantenimiento se realizaron de acuerdo con las recomendaciones de la Academia Americana de Periodoncia (AAP 2003, 2011). Este protocolo se resume brevemente en la Tabla 1 y tal como la AAP (2011) sugiere se adaptó a las condiciones y necesidades de la paciente. Se instrumentaron subgingivalmente aquellos puntos con sangrado al sondaje, mientras que en el resto se hizo una profilaxis (Echeverría y Echeverría 2007). El tiempo requerido para cada una de las visitas osciló entre los 50 y los 60 minutos. Durante el periodo de seguimiento de la paciente su cumplimiento con las citas fue del 89%, faltando solo a 3 de las visitas programadas a lo largo de los 9 años.

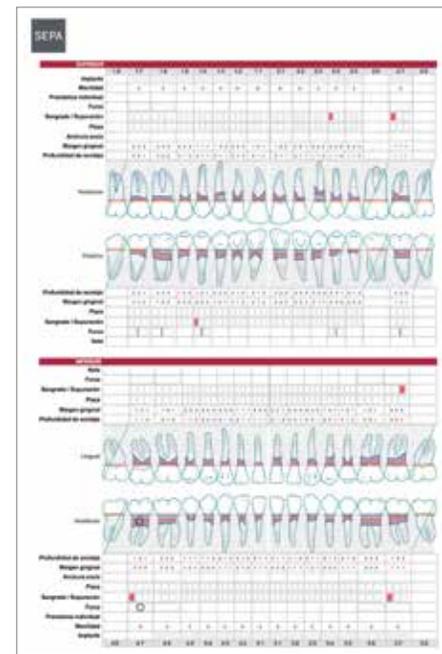


Figura 8. Periodontograma inicio fase MP.

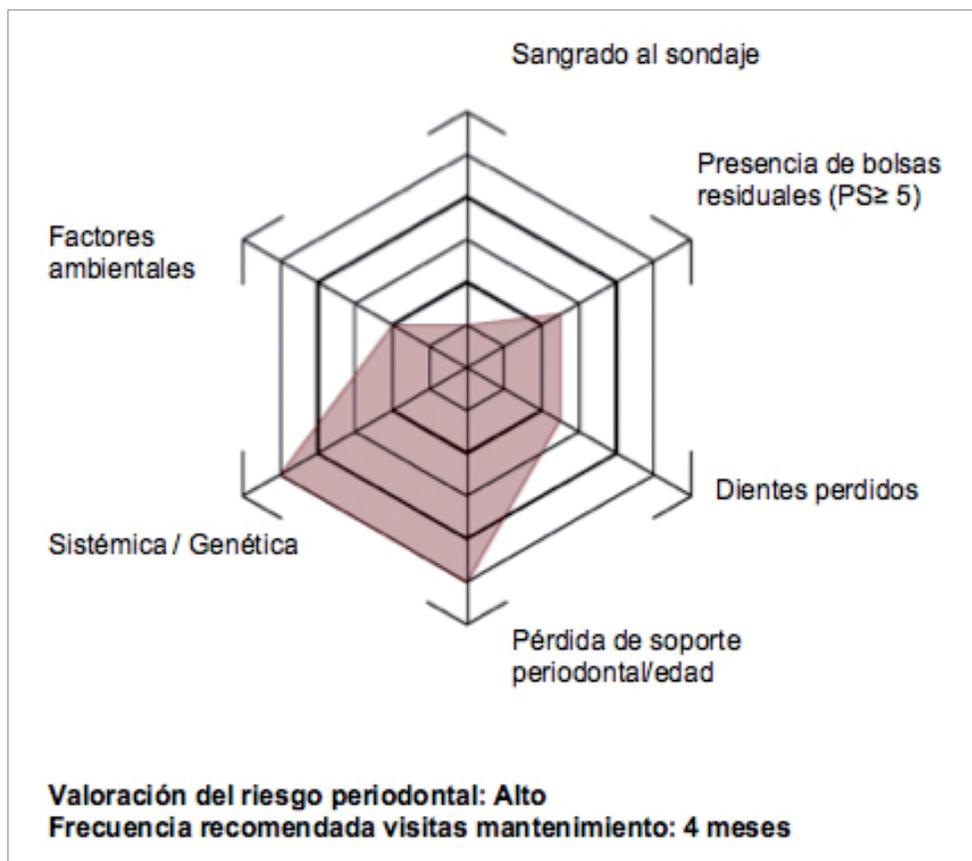


Figura 9. Diagrama funcional que evalúa el riesgo de la paciente frente a la progresión de la enfermedad periodontal y recomienda el intervalo entre visitas de MP. Cada vector representa un factor de riesgo (a- Porcentaje de localizaciones con sangrado al sondaje, b- Presencia de bolsas residuales ≥ 5 mm, c) Pérdida de dientes, d) Pérdida de soporte periodontal en relación a la edad del paciente, e) Condiciones sistémicas y genéticas, f) Factores ambientales como p.ej. el tabaco) (Lang y Tonetti, 2003). Imagen obtenida y adaptada de: www.periodontools.com.

Tabla 1. Procedimientos que se llevan a cabo en la visita de mantenimiento (AAP, 2003b).

Procedimiento	Evaluación / Procedimientos
Exploración clínica	Exploración intra y extraoral, comparada con la inicial. Exploración periodontal detallada y evaluación de caries, movilidads dentarias, trauma de la oclusión, condición de las restauraciones y prótesis.
Examen radiográfico	Radiografías basadas en las necesidades diagnósticas del paciente, el grado de actividad de la enfermedad y el juicio del profesional.
Evaluación de la evolución del estado periodontal	Comparación de los hallazgos clínicos y radiográficos actuales con los iniciales y sucesivos.
Evaluación de la higiene oral	Comparación de los hallazgos actuales con los iniciales y sucesivos. Si es necesario, motivación y re-instrucción en técnicas de cepillado.
Tratamiento	Eliminación de todo el cálculo supra y subgingival; ajuste oclusal y aplicación de agentes antimicrobianos si estuviere indicado; recomendaciones sobre el control de los factores de riesgo; colaboración del paciente y cumplimiento con las visitas de control.
Comunicación	Estado de salud actual y cualquier tratamiento adicional necesario. Consulta con otros profesionales de la salud para tratamientos adicionales.
Planificación	Cita para siguiente visita de mantenimiento o tratamiento adicional.

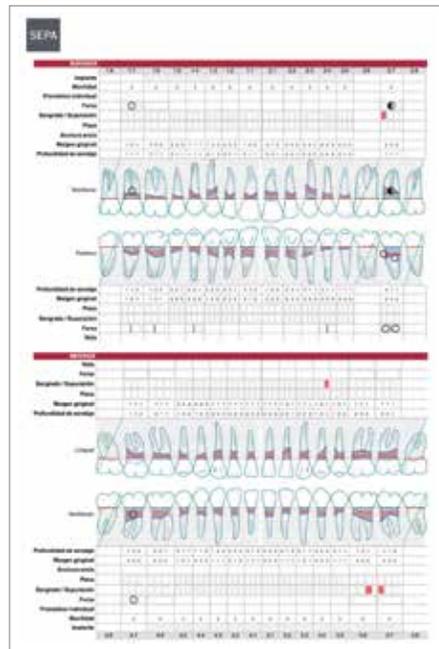


Figura 10. Periodontograma última visita MP, seguimiento a 9 años.



Figura 11. Ortopantomografía última visita MP, seguimiento a 9 años.

5. Resultados

Desde el punto de vista del estado periodontal, la evolución y los resultados tras 9 años de seguimiento fueron satisfactorios, habiéndose podido preservar toda la dentición y obtenido una estabilidad generalizada de los parámetros clínicos periodontales, a excepción de en algunas localizaciones puntuales. Se perdió inserción y hubo retracción a nivel del #21 (medial), #23 (mesial) y #27 (furcaciones) (Figuras 10 y 11). El índice de placa promedio registrado durante el MP fue del 26%.

Durante todo el periodo de seguimiento, fue necesario reparar en 2 ocasiones la retención fija de ortodoncia y, en última instancia, rehacerla por completo, lo que explica el casi imperceptible desplazamiento del #21 a vestibular durante alguno de estos procedimientos. No se registró incremento de las movilidads dentarias y las revisiones y los ajustes oclusales y de la férula reflejan una correcta estabilidad oclusal y función masticatoria (Figura 12).



Figura 12. Vista lateral intraoral última visita MP, seguimiento a 9 años.



Figura 13.
Aspecto intraoral del tratamiento interdisciplinar y programa de MP recibidos, tras 9 años de seguimiento.

A nivel estético, la retracción en #21 deja cemento radicular expuesto y conlleva una asimetría de 1,5 mm respecto al margen gingival del #11 (Figura 13). Sin embargo, y gracias al tipo de restauración, libre de metal y prácticamente sin preparación cervical, tiene un mínimo impacto estético en la sonrisa de la paciente (Figura 14).

Por último, cabe destacar la satisfacción y agradecimiento de la paciente por los resultados obtenidos hasta la fecha.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

LA MOVILIDAD DENTAL es junto con la repercusión estética lo que más preocupa al paciente periodontal que solicita tratamiento odontológico. Hoy en día, el conocimiento de las bases biológicas que explican la acción del trauma oclusal sobre el periodonto permiten llevar a cabo tratamientos ortodónticos complejos en denticiones con mínimo soporte periodontal, de manera fiable y con excelentes resultados a largo plazo (Vanarsdall 1995). Sin embargo, representa un desafío para la profesión el inadecuado cumplimiento de los pacientes con las medidas de higiene oral diarias y las visitas de mantenimiento. Numerosos estudios han demostrado que los pacientes comprometidos con el MP muestran mejor salud periodontal y mejor pronóstico a largo plazo que los pacientes no cumplidores (Wilson y cols. 1987, 1996 y 1998). También, se ha descrito que a mejor cumplimiento menor pérdida de dientes (Ng y cols. 2011). No obstante, dos revisiones sistemáticas sobre los factores que afectan la pérdida de dientes durante el MP (Chambrone y cols. 2010) y el efecto de la eliminación mecánica de placa profesionalmente (Trombelli y cols. 2015), no encontraron evidencias concluyentes de la asociación entre cumplimiento y pérdida de dientes. Por otro lado, recientemente, una revisión sistemática y meta-análisis llevada a cabo por Lee y cols. (2015), concluye que el cumplimiento regular de los pacientes durante el MP puede reducir el riesgo de pérdida de dientes. Además, los autores señalan que es crucial interpretar cautelosamente los resultados debido a la considerable heterogeneidad de los datos (procedimientos de mantenimiento, severidad de la periodontitis, susceptibilidad del paciente, etc.). En este contexto, el caso clínico que aquí se presenta está en la línea de la relación causal entre un alto cumplimiento del paciente con el programa de MP y una adecuada estabilidad de los parámetros clínicos periodontales (y consecuentemente también de los parámetros función y estética), tras 9 años de seguimiento.



Figura 14.
Sonrisa de la paciente en su última visita de MP.

RELEVANCIA CLÍNICA

EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR del paciente periodontalmente comprometido constituye un enfoque terapéutico que reúne los objetivos de preservar la dentición en salud, otorgándole a su vez de una adecuada función y estética. El éxito del tratamiento integral, a todos los niveles y a largo plazo, se basa en un adecuado control de los factores de riesgo y de la remoción de la placa bacteriana supra y subgingival por parte del paciente y de forma profesional periódica. El paciente debe conocer el carácter crónico de las enfermedades periodontales, lo que le ayudará a comprender la necesidad de recibir un **mantenimiento periodontal** continuado en el tiempo y la importancia de su supervisión por parte del periodoncista y su equipo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Periodontology (1999) Tobacco use and the periodontal patient (position paper). *Journal of Periodontology* **70**, 1419-1427.
- American Academy of Periodontology (2003a) Diagnosis of Periodontal Disease (position paper). *Journal of Periodontology* **74**, 1237-1247.
- American Academy of Periodontology (2003b) Periodontal Maintenance (position paper). *Journal of Periodontology* **74**, 1395-1401.
- American Academy of Periodontology (2006) Guidelines for the Management of patients with Periodontal Diseases. *Journal of Periodontology* **77**, 1607-1611.
- American Academy of Periodontology (2008) American Academy of periodontology statement assessment. *Journal of Periodontology* **79**, 202.
- American Academy of Periodontology (2011) Comprehensive Periodontal Therapy: A Statement by the American Academy of Periodontology. *Journal of Periodontology* **82**, 943-949.
- Chambrone L, Chambrone D, Lima LA, Chambrone LA (2010) Predictors of tooth loss during long-term periodontal maintenance: a systematic review of observational studies. *Journal of Clinical Periodontology* **37**, 675-684.
- Echeverría JJ, Manau C, Guerrero A (1996) Supportive care after active periodontal treatment: a review. *Journal of Clinical Periodontology* **23**, 898-905.
- Echeverría JJ, Echeverría JI. Tratamiento ortodóntico del paciente periodontal. (2005) En: Varela M, editor. Ortodoncia interdisciplinar. Madrid: Ergon, pag. 101-128.
- Echeverría JJ, Echeverría A. Fase de mantenimiento periodontal y cómo tratar las lesiones recidivantes. (2007) En: Manual de Periodoncia. Barcelona: Ergon, pag. 96-103.
- Geisinger ML, Abou-Arrej RV, Souccar N M, Holmes CM, Geurs NC. (2014). Decision making in the treatment of patients with malocclusion and chronic periodontitis: Scientific evidence and clinical experience. *Seminars in Orthodontics* **20**, 170-176.
- Joss A, Adler R, Lang NP (1994). Bleeding on probing. A parameter for monitoring periodontal conditions in clinical practice. *Journal of Clinical Periodontology* **21**, 402-408.
- Lang NP, Joss A, Orsanic T, Gusberti FA, Siegrist B (1986) Bleeding on probing. A predictor for the progression of periodontal disease? *Journal of Clinical Periodontology* **13**, 590-596.
- Lang NP, Tonetti MS (2003) Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). *Oral Health and Preventive Dentistry* **1**, 7-16.
- Lee CT, Huang H Y, Sun TC, Karimbux N (2015) Impact of Patient Compliance on Tooth Loss during Supportive Periodontal Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Dental Research* **94**, 777-786.
- Magne, P, Belsler, U. (2002) Bonded porcelain restorations in the anterior dentition: A biomimetic approach. Chicago: Quintessence Publishing Co, Inc.
- Matuliene G, Studer R, Lang NP, Schmidlin K, Pjetursson BE, Salvi GE, Brägger U, Zwahlen M (2010) Significance of Periodontal Risk Assessment in the recurrence of periodontitis and tooth loss. *Journal of Clinical Periodontology* **37**, 191-199.
- Ng MC, Ong MM, Lim LP, Koh CG, Chan YH (2011) Tooth loss in compliant and non-compliant periodontally treated patients: 7 years after active periodontal therapy. *Journal of Clinical Periodontology* **38**, 499-508.
- Trombelli L, Franceschetti G, Farina R (2015) Effect of professional mechanical plaque removal performed on a long-term, routine basis in the secondary prevention of periodontitis: a systematic review. *Journal of Clinical Periodontology* **42** (supl. 16), S221-S236.
- Vanarsdall RL. (1995). Orthodontics and periodontal therapy. *Periodontology 2000* **9**, 132-149.
- Wilson T (1987) Compliance. A review of the literature with possible applications to periodontics. *Journal of Periodontology* **58**, 706-714.
- Wilson TG Jr. (1996) Compliance and its role in periodontal therapy. *Periodontology 2000* **12**, 16-23.
- Wilson TG Jr. (1998) How patient compliance to suggested oral hygiene and maintenance affect periodontal therapy. *Dental Clinics of North America* **42**, 389-403.