

Periodontitis crónica avanzada: ¿tratamiento conservador o colocación de implantes?

Holger Garling, Dr. med. dent.

Optar por un tratamiento conservador o por la extracción selectiva en una dentición con deterioro periodontal grave suele ser una decisión difícil de tomar por una serie de cuestiones, entre las que se encuentran las socioeconómicas. Dicha decisión suele estar influida por factores como la colaboración del paciente, la habilidad del odontólogo y el asesoramiento en la consulta. En el caso presentado, se había previsto inicialmente exodonciar todos los dientes con lesión periodontal del maxilar y su sustitución por una prótesis fija implantosoportada. Dicha opción no pudo llevarse a cabo por motivos económicos. Como alternativa se decidió instaurar un tratamiento conservador de los dientes con el periodonto dañado. Se recurrió a un método mínimamente invasivo con el que fue posible detener el avance de la periodontitis a lo largo de un período de seguimiento de 3 años.

(Quintessenz. 2005;56(8):813-23)

Introducción

El tratamiento de arcadas edéntulas con un deterioro periodontal severo plantea interrogantes en la práctica odontológica diaria. La decisión de conservar o extraer los dientes depende de diferentes factores de riesgo. Como se sabe, son aspectos importantes los factores del entorno del paciente, su colaboración, sus pretensiones y posibilidades económicas y la orientación profesional del especialista.

En el caso que se presenta, a la paciente le fueron propuestas dos estrategias terapéuticas diametralmente opuestas expuestas por sendos facultativos:

- Un tratamiento quirúrgico inicial con pérdida total de la dentadura en el maxilar superior y la posterior colocación de una prótesis implantosoportada.

- El intento de conservación de la dentición remanente mediante tratamiento periodontal, rehabilitación protésica provisional con puentes provisionales con refuerzo metálico y, en caso de éxito, tratamiento adecuado y definitivo con puentes de metal cerámica.

Debido especialmente a motivos económicos, la paciente optó por la conservación dentaria. En la descripción del caso se exponen el método terapéutico y el resultado del tratamiento.

Presentación del caso

Datos generales

El tratamiento periodontal de la señora W. (nacida en 1958) comenzó a finales del año 1999.

Anamnesis

Anamnesis general

En la anamnesis general destacó la presencia de una hepatitis padecida en 1966. Los antecedentes familiares fueron irrelevantes. La paciente no es fumadora.

Anamnesis odontológica

En la primera visita la paciente estaba muy desmoralizada y desmotivada. Presentaba sangrado gingival de importancia y gran cantidad de cálculo en el espacio interdental (fig. 1) por una rehabilitación protésica deficiente (prótesis con base colada) en el maxilar superior (figs. 2 a 7).

Se expusieron a la paciente planes de tratamiento consistentes en la extracción completa de los dientes del maxilar superior y en la posterior reconstrucción proté-

Correspondencia: Dr. Holger Garling.
Körnerstrasse 15. 19055 Schwerin. Alemania.
Correo electrónico: Zahnarztpraxis-Dr.Garling@t-online.de

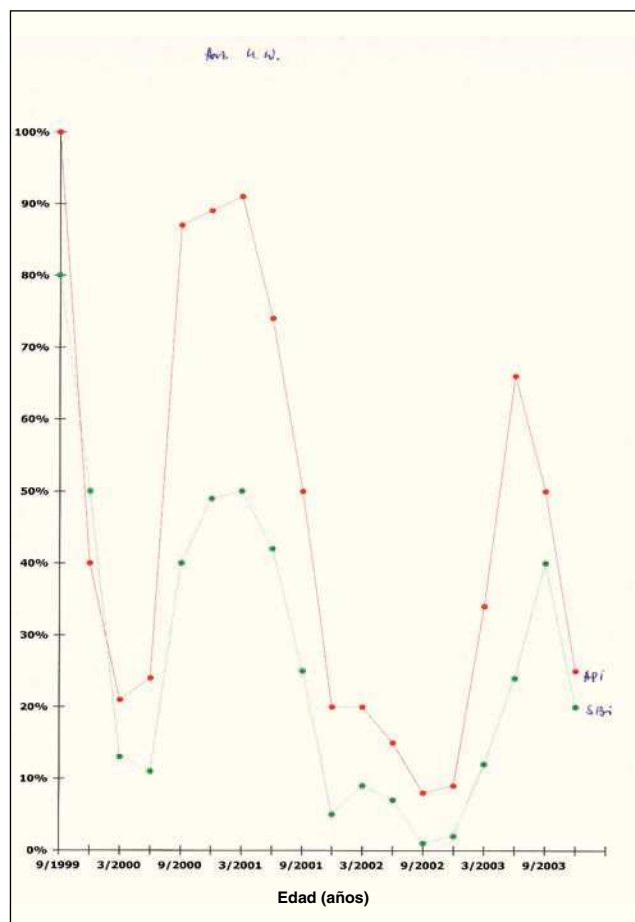


Figura 1. Índices de placa (API) y de sangrado sulcular (SBI) de 1999 a 2004.

sica mediante implantes y puentes. Sin embargo, el enorme coste del tratamiento planteado (se calculó que el importe total ascendería entonces a unos 55.000 marcos alemanes) hizo que la paciente buscase alternativas terapéuticas.

Exploración

Exploración extraoral

No presentaba hallazgos relevantes.

Exploración intraoral

La paciente presentaba una dentición con rehabilitación protésica conservadora de tipo B1 según la clasificación de Eichner. La situación periodontal se caracterizaba por una fuerte presencia de cálculo y por una acusada tendencia al sangrado.

Exploración radiográfica

La exploración radiográfica del año 1999 mostraba una dentición con una reabsorción ósea horizontal grave y defectos verticales. Los tratamientos endodónticos existentes (diente 46) eran irrelevantes (figs. 8 y 9).

Examen periodontal

La exploración del periodonto en octubre de 1999 mostró profundidades de sondaje de hasta 9 mm y una movilidad dentaria de hasta grado II con numerosas concreciones subgingivales. Así mismo, se diagnosticaron lesiones de furcación de grado II en los dientes 24, 26, 36, 37, 46 y 47 (fig. 10).

Diagnóstico

La planificación del tratamiento obedeció a un diagnóstico de periodontitis crónica generalizada²⁻⁴.

Etiología

No se localizaron factores sistémicos que favoreciesen la patología.

Planificación terapéutica

Como método terapéutico se instauró un raspaje profundo.

Pronóstico

La conservación dentaria en el maxilar superior se consideró crítica (de pronóstico incierto). En la mandíbula, los molares del tercer y cuarto cuadrante fueron clasificados así mismo con un pronóstico incierto.

Evolución terapéutica

Mediante los correspondientes tratamientos previos se consiguieron una notable mejora de la higiene oral y un descenso del sangrado al sondaje. Las profundidades de bolsa persistieron.

En marzo del año 2000 se realizó un raspaje profundo a cielo cerrado. A finales del año 2000 se produjo una recidiva y, en la misma medida en que disminuyó la motivación de la paciente, aumentaron los índices de placa y de sangrado (fig. 11).

En junio de 2002, tras una motivación intensiva y asistencia profiláctica, se decidió iniciar un nuevo trata-



Figura 2. Vista anterior de la situación previa al tratamiento.



Figura 3. Vista de los dientes 13 y 15: los depósitos de cálculo en el espacio interdental son claramente reconocibles.



Figura 4. Situación inicial de la prótesis con estructura colada en el maxilar superior, vista oclusal.



Figura 5. Vista oclusal del maxilar superior sin prótesis antes del tratamiento.



Figura 6. Sector posterior (primer y cuarto cuadrante) antes del tratamiento.



Figura 7. Detalle de los dientes 23 a 25 con cálculo en el espacio interdental antes del tratamiento.



Figura 8. Ortopantomografía de 1999.



Figura 9. Radiografía periapical de los dientes 21 y 11 de 1999.

miento periodontal (fig. 11). En primer lugar se realizó un análisis funcional instrumental por la presencia de problemas en la articulación temporomandibular (ATM) izquierda y se planificó una prótesis provisional fija tanto en el maxilar como en la mandíbula.

La determinación de microorganismos llevada a cabo en la paciente evidenció una concentración muy elevada de microorganismos marcadores periodontopatógenos (figs. 12 a 14).

El tratamiento quirúrgico se efectuó con cobertura antibiótica de amoxicilina y metronidazol^{1,3,4}. Paralelamente, se realizó el tallado de los dientes 13, 15, 23, 24, 25, 27, 36 y 37 para la cementación de coronas y puentes.

El tratamiento subsiguiente comprendió las siguientes medidas:

- 07-11-2002: Raspaje profundo en el maxilar superior a cielo abierto en las regiones 24/27, realización de colgajo mínimo para el acceso (colgajo de Widman modificado).
- 08-11-2002: Raspaje profundo en la mandíbula.
- 18-11-2002: Retratamiento.
- 25-11-2002: Retratamiento.
- 02-12-2002: Cementación de las prótesis provisionales a largo plazo reforzadas con metal.

Una exploración de control de la flora bacteriana oral en junio de 2003 evidenció una concentración de microorganismos marcadores periodontopatógenos por debajo del valor de corte (*cut-off*) (fig. 15). Tras la cirugía periodontal, la señora W. acude a revisiones cada tres meses.

Diagnóstico definitivo, epicrisis y pronóstico

En la exploración de control de febrero de 2005 se registraron un índice de placa del 25% y un índice de

sangrado surcular del 20%. En comparación con la situación inicial del año 1999, las profundidades de sondaje se habían reducido de forma notable (fig. 16). El diente 46 tenía una profundidad de sondaje de 5 mm y no presentaba ningún indicio de bolsa periodontal «activa».

La reducción del recuento de gérmenes registrada en junio de 2003 puede atribuirse a la antibioticoterapia y especialmente a la mejora de la higiene oral. La paciente está muy satisfecha con la rehabilitación actual y muestra una excelente motivación.

Considerando todos los resultados y la vitalidad existente en los dientes pilares, puede procederse a una rehabilitación con prótesis fija definitiva, para cuya confección deberá tomarse como referencia la prótesis provisional existente. Dada la anatomía de los senos maxilares no se prevé un aumento de los pilares mediante implantes.

Bajo las circunstancias actuales parece posible la conservación a largo plazo de los dientes remanentes. Las figuras 17 a 22 muestran la situación clínica de la última revisión y la figura 23 presenta el estado radiográfico. El diagnóstico de periodontitis crónica se ve confirmado por la evolución del tratamiento.

Conclusión

Mediante un tratamiento periodontal adecuado se pueden conservar a largo plazo los dientes y el hueso alveolar en casos aparentemente sin esperanza. No obstante, para conseguirlo es absolutamente necesaria una gran colaboración por parte del paciente y una profilaxis posquirúrgica individualizada.

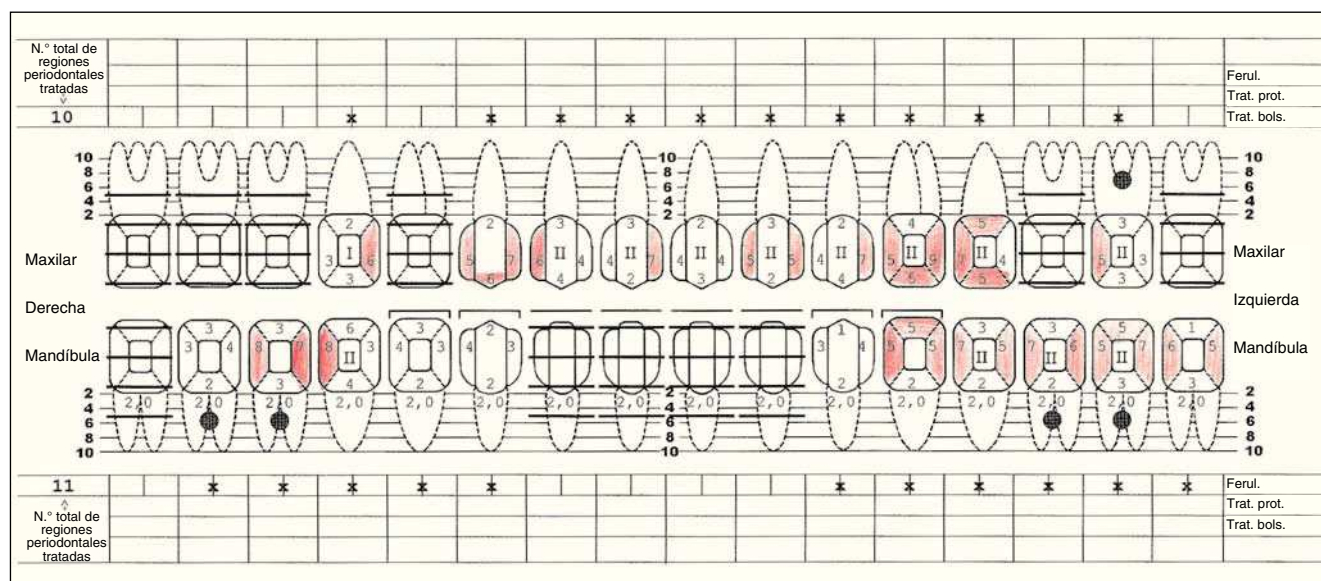


Figura 10. Examen periodontal de octubre de 1999.

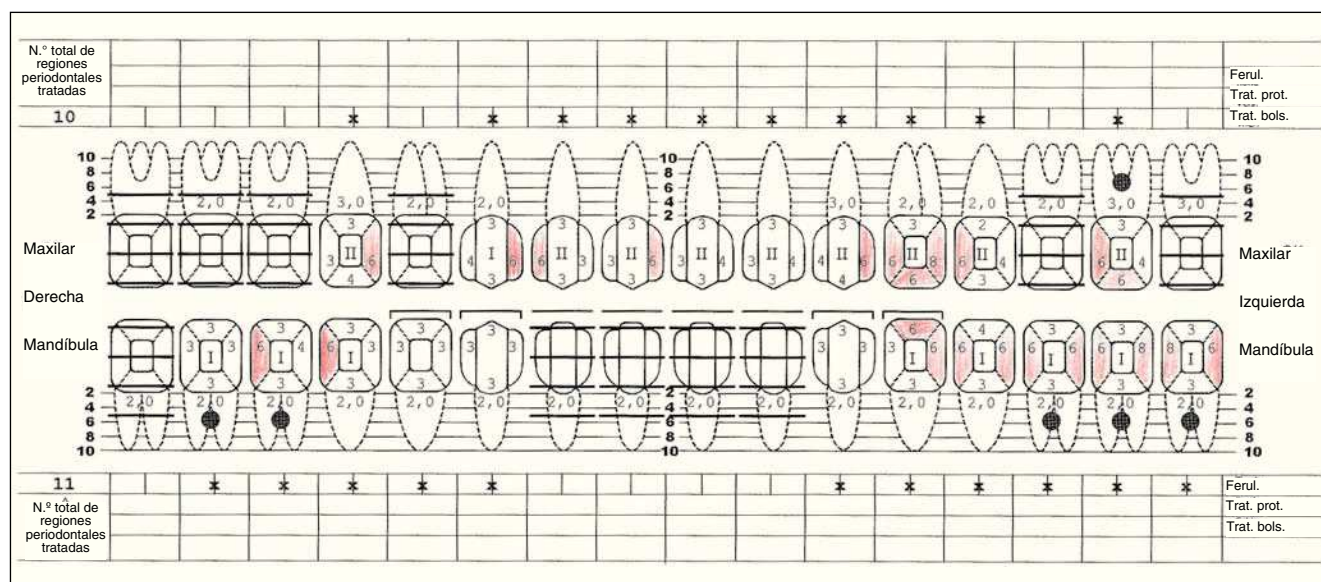
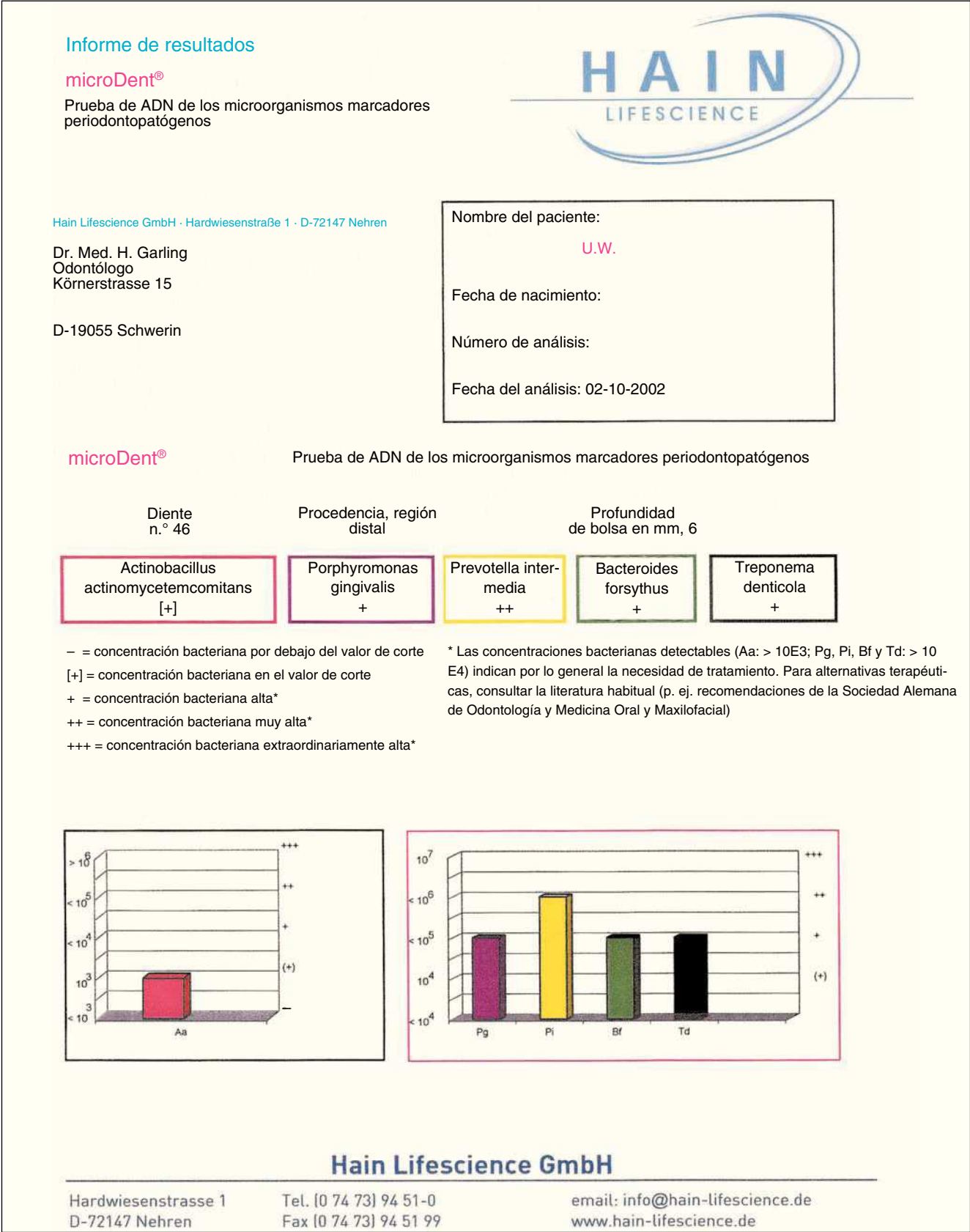


Figura 11. Examen periodontal de junio de 2002.



Informe de resultados

microDent®

Prueba de ADN de los microorganismos marcadores periodontopatógenos



Hain Lifescience GmbH · Hardwiesenstraße 1 · D-72147 Nehren

Dr. Med. H. Garling
Odontólogo
Körnerstrasse 15

D-19055 Schwerin

Nombre del paciente:

U.W.

Fecha de nacimiento:

Número de análisis:

Fecha del análisis: 02-10-2002

microDent®

Prueba de ADN de los microorganismos marcadores periodontopatógenos

Diente
n.º 13

Procedencia, región
distal

Profundidad
de bolsa en mm, 7

Actinobacillus
actinomycetemcomitans
++

Porphyromonas
gingivalis
+

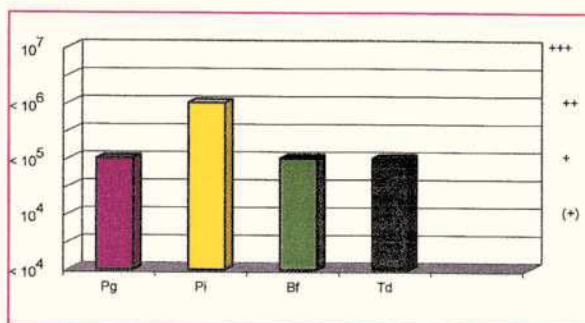
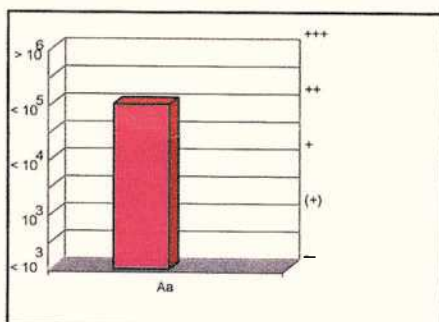
Prevotella inter-
media
++

Bacteroides
forsythus
+

Treponema
denticola
+

- = concentración bacteriana por debajo del valor de corte
[+] = concentración bacteriana en el valor de corte
+ = concentración bacteriana alta*
++ = concentración bacteriana muy alta*
+++ = concentración bacteriana extraordinariamente alta*

* Las concentraciones bacterianas detectables (Aa: > 10E3; Pg, Pi, Bf y Td: > 10 E4) indican por lo general la necesidad de tratamiento. Para alternativas terapéuticas, consultar la literatura habitual (p. ej. recomendaciones de la Sociedad Alemana de Odontología y Medicina Oral y Maxilofacial)



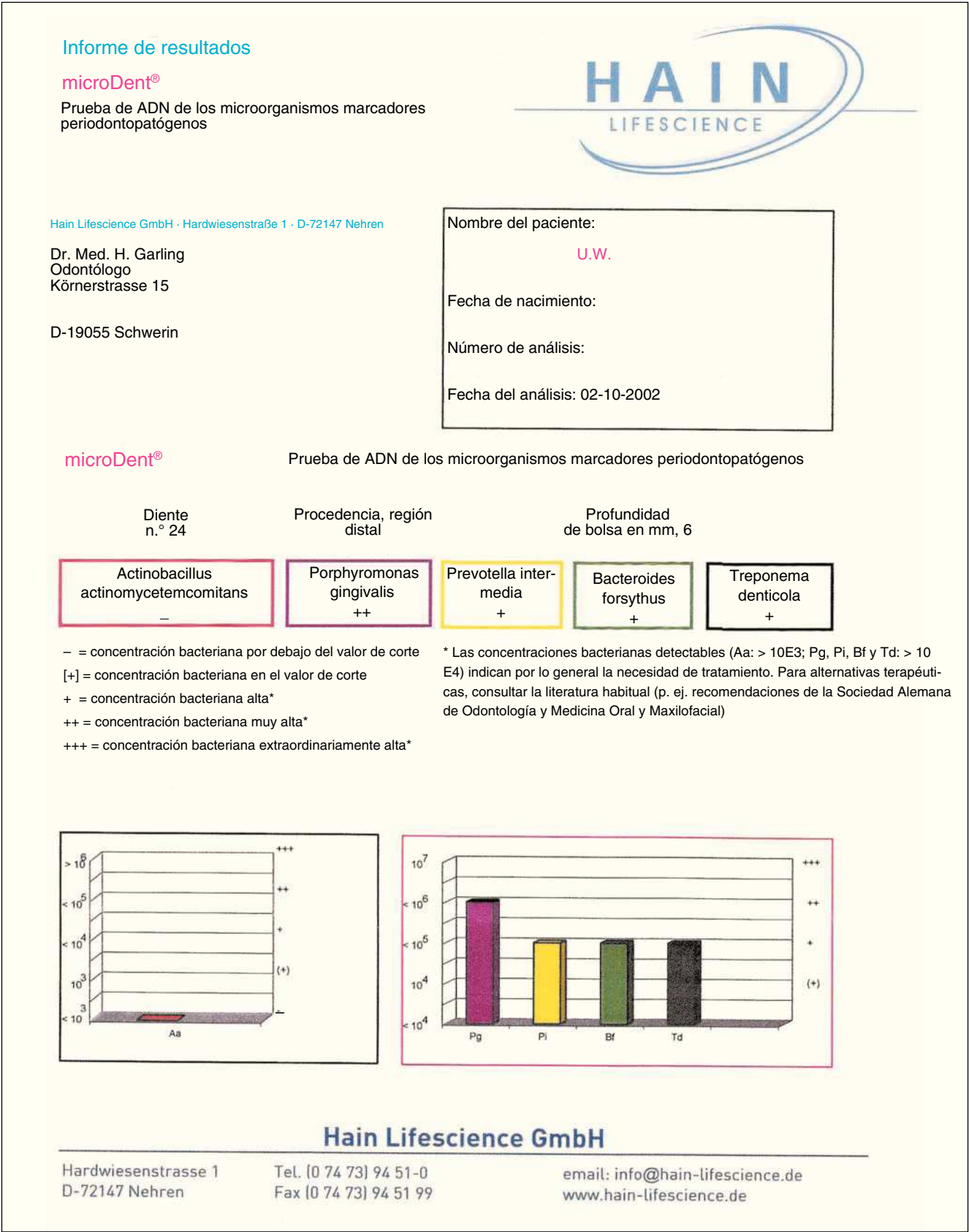
Hain Lifescience GmbH

Hardwiesenstrasse 1
D-72147 Nehren

Tel. (0 74 73) 94 51-0
Fax (0 74 73) 94 51 99

email: info@hain-lifescience.de
www.hain-lifescience.de

Figura 13. Prueba de ADN de los microorganismos marcadores periodontopatógenos en el diente 13.



Informe de resultados

microDent®

Prueba de ADN de los microorganismos marcadores periodontopatógenos



Hain Lifescience GmbH · Hardwiesenstraße 1 · D-72147 Nehren

Dr. Med. H. Garling
Odontólogo
Körnerstrasse 15

D-19055 Schwerin

Nombre del paciente:

U.W.

Fecha de nacimiento:

Número de análisis:

Fecha del análisis: 23-06-2003

microDent®

Prueba de ADN de los microorganismos marcadores periodontopatógenos

Diente n.º
11/13/23/46/36

Procedencia
variada

Profundidad
de bolsa en mm

Actinobacillus
actinomycetemcomitans
—

Porphyromonas
gingivalis
—

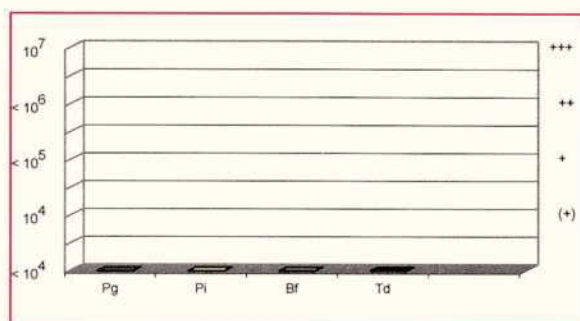
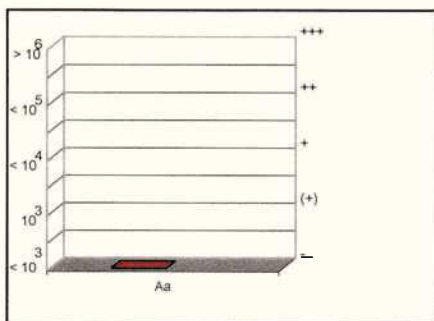
Prevotella inter-
media
—

Bacteroides
forsythus
—

Treponema
denticola
—

— = concentración bacteriana por debajo del valor de corte
[+] = concentración bacteriana en el valor de corte
+ = concentración bacteriana alta*
++ = concentración bacteriana muy alta*
+++ = concentración bacteriana extraordinariamente alta*

* Las concentraciones bacterianas detectables (Aa: > 10E3; Pg, Pi, Bf y Td: > 10 E4) indican por lo general la necesidad de tratamiento. Para alternativas terapéuticas, consultar la literatura habitual (p. ej. recomendaciones de la Sociedad Alemana de Odontología y Medicina Oral y Maxilofacial)



Hain Lifescience GmbH

Hardwiesenstrasse 1
D-72147 Nehren

Tel. [0 74 73] 94 51-0
Fax [0 74 73] 94 51 99

email: info@hain-lifescience.de
www.hain-lifescience.de

Figura 15. Prueba de ADN de los microorganismos marcadores periodontopatógenos (exploración de control de junio de 2003).

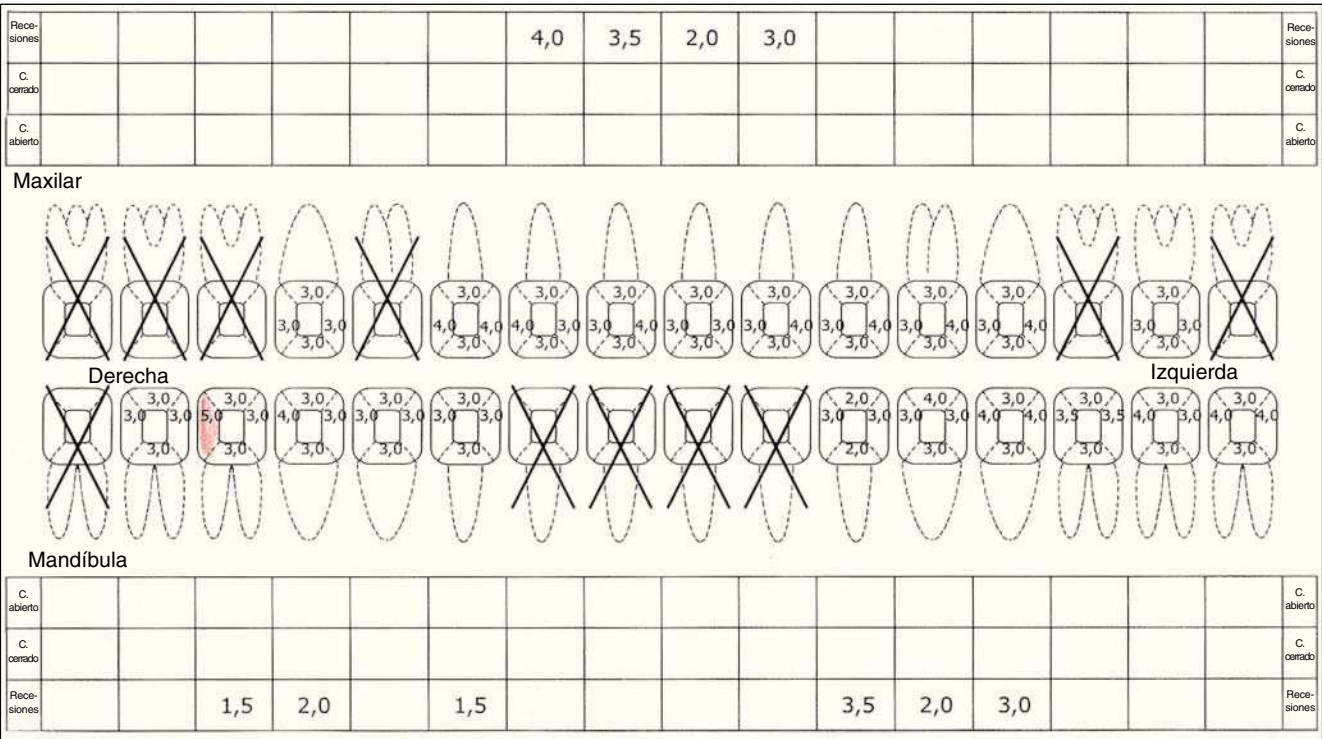


Figura 16. Examen periodontal de febrero de 2005.



Figura 17. Vista oclusal de la mandíbula.



Figura 18. Vista vestibular del primer y cuarto cuadrante.



Figura 19. Vista oclusal del maxilar.



Figura 20. Vista anterior.



Figura 21. Vista vestibular del segundo y tercer cuadrante.



Figura 22. Vista detallada de los dientes 11 a 13.

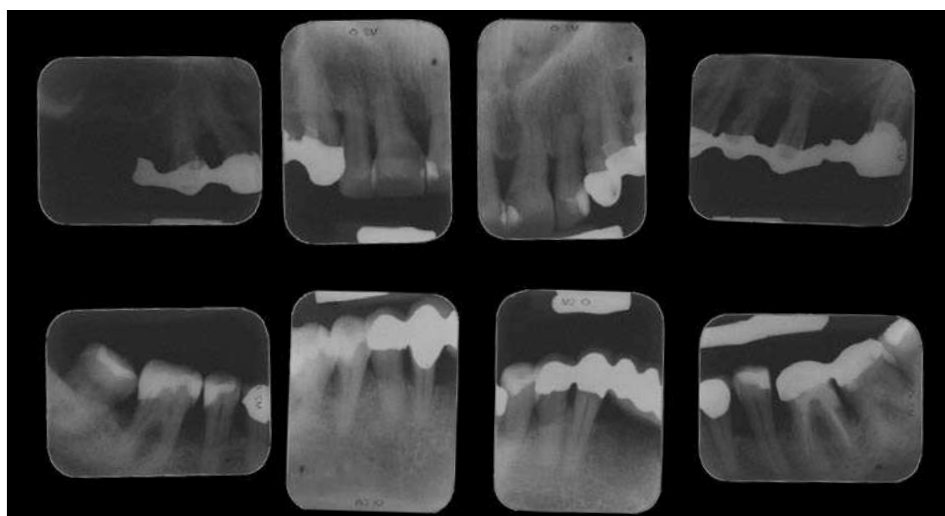


Figura 23. Estatus radiográfico de junio de 2004.

Bibliografía

1. American Academy of Periodontology: Systemic antibiotics in periodontics. J Periodontol. 1999;67:831-8.
2. Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (Hrsg.): Klassifikation der Parodontalerkrankungen. Quintessenz, Berlin; 2002.
3. Müller HP. Checkliste Parodontologie. Thieme, Stuttgart; 2001.
4. Wolf HF, Rateitschak KH, Rateitschak EM. Parodontologie. Farbatlanten der Zahnmedizin Bd. 1. 3. Aufl. Thieme, Stuttgart; 2004.