

Tratamiento periodontal sistemático y protésico de un caso complejo

Stefan Klar, Dr. med. dent., y Peter Cichon, Prof. Dr. med. dent.

En el presente trabajo se describe el tratamiento periodontal y protésico sistemático de un caso complejo, desde la terapia inicial hasta el tratamiento periodontal de apoyo una vez concluido el tratamiento protésico. Tras establecer un diagnóstico de periodontitis crónica generalizada de grado medio y localmente avanzado y de defecto de cresta alveolar de clase III en la zona estéticamente relevante de los dientes 12 y 11, se instauró en primer lugar un tratamiento periodontal sistemático (tratamiento periodontal previo y terapia antiinfecciosa con desbridamiento subgingival). Después de la reevaluación se adoptaron medidas terapéuticas correctivas con cirugía periodontal resectiva y cirugía mucogingival. Se efectuó una amputación de la raíz distovestibular del diente 26 y se creó un colgajo mucoperióstico desplazado hacia apical. También se efectuó un aumento de la cresta alveolar con un injerto de tejido conjuntivo en los dientes 12 y 11. El ulterior tratamiento protésico permitió lograr una rehabilitación satisfactoria desde el punto de vista funcional y estético. Durante la reevaluación, realizada a lo largo de 3 años, se pudo constatar el éxito a largo plazo del tratamiento.

(Quintessenz. 2006;57(7):755-70)

Introducción

La forma más habitual de la periodontitis es la forma crónica. Aparece principalmente en la edad adulta, aunque también se puede dar a edades más tempranas¹⁶. En

prácticamente todos los grupos de población adulta con relación de parentesco se puede diagnosticar una ligera pérdida de inserción clínica de entre 1 y 2 mm. La prevalencia de pacientes con una pérdida de inserción clínica superior a 3 mm en uno o varios puntos medidos aumenta con la edad. En grupos de población que no recibieron tratamiento se constató a lo largo de un año una pérdida de inserción > 3 mm en el 5,2% al 27% de los individuos estudiados. Un estudio transversal realizado con la población norteamericana reveló que aproximadamente el 35% de los adultos padecen una periodontitis¹.

La periodontitis crónica se caracteriza por una destrucción generalmente lenta pero continuada de las estructuras periodontales. Aparece en determinadas superficies y se modula por factores adquiridos (tabaquismo) y congénitos (genética), locales (margen insuficiente de una restauración) y sistémicos (enfermedades como la diabetes mellitus). El factor etiológico de la enfermedad es la placa bacteriana^{14,18}, si bien los mecanismos de respuesta inmune del huésped también desempeñan un papel decisivo en la patogénesis^{3,21}. La placa bacteriana patógena se organiza subgingivalmente en una película biológica¹⁴. Desde el punto de vista etiológico, el avance de la periodontitis crónica se atribuye principalmente a factores virulentos de los gérmenes que forman un complejo rojo y anaranjado, como *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis*, *B. forsythus* (*T. forsythensis*), *T. dentiscola* y espiroquetas no clasificadas, *P. intermedia*, *C. rectus*, *E. nodatum*, *S. intermedia*, *P. nigrescens*, *P. Micros* y *F. nucleatum*¹⁶. Así mismo, se atribuye un importante papel en la etiología de la periodontitis a polimorfismos genéticos (como los genes codificados para la citocina IL-1 α y IL-1 β) y al aumento asociado de secreción de PGE2, MMPs y TNF- α . Clínicamente la periodontitis crónica se puede clasificar, por la extensión (localizada/generalizada) y por la gravedad¹⁶ (leve, media, grave) de la pérdida de inserción.

Centro ambulatorio de asistencia odontológica específica. Facultad de odontología y de medicina oral y maxilofacial de la Universidad de Witten/Herdecke.

Correspondencia: Alfred-Herrhausen-Strasse 50. 58448 Witten. Alemania.

Correo electrónico: stefank@uni-wh.de

El presente trabajo describe el tratamiento odontológico periodontal y protésico continuado de un caso complejo, que se prolongó durante tres años y que abarcó desde la terapia inicial hasta el tratamiento periodontal de apoyo. En el momento de iniciar el tratamiento, el paciente contaba con 44 años de edad. Se estableció un diagnóstico de periodontitis crónica generalizada de grado medio y localmente avanzado y un defecto de la cresta alveolar de clase III en la zona estéticamente relevante de los dientes 12 y 11. En la presentación del caso se describe el tratamiento sistemático instaurado, con una terapia inicial (tratamiento periodontal previo y terapia antiinfecciosa con desbridamiento subgingival), una reevaluación, tratamiento de corrección con cirugía periodontal resectiva y cirugía mucogingival, tratamiento periprotésico y tratamiento periodontal de apoyo. La descripción se centra especialmente en los pasos del tratamiento periodontal en relación con las medidas terapéuticas de apoyo conservadoras y protésicas.

Anamnesis

Anamnesis específica

Antes del inicio del tratamiento documentado, el paciente estaba recibiendo un tratamiento irregular y centrado en la abolición del dolor. Después de haber sido ampliamente informado y asesorado, se decidió por seguir un plan de tratamiento sistemático.

Anamnesis general

El paciente presentaba un estado general de salud bueno. No padecía enfermedades sistémicas ni se medicaba, factores que influyen negativamente en la aparición y en el curso evolutivo de una periodontitis. El paciente no fumaba. La historia familiar no arrojó datos destacables en relación con patologías dentales relevantes.

Situación inicial

Exploración extraoral

En la exploración extraoral no se halló ninguna particularidad reseñable. El color de la piel, las ATM, la musculatura, los ganglios linfáticos y los puntos de salida del nervio eran normales.

Diagnóstico intraoral

Evaluación de los tejidos blandos. En el momento de la primera exploración, el estado de la mucosa era normal.

Ni el suelo de la boca, la lengua, la mucosa del paladar ni la faringe presentaban signos patológicos. La encía marginal presentaba rubefacciones localizadas. En determinadas zonas dentarias se hallaron depósitos de placa y de cálculo.

Estado de los dientes. El examen clínico realizado en el momento del registro del estado periodontal reveló una cavidad oral que había recibido un tratamiento protésico deficiente (figs. 1 y 2).

Exploración periodontal. Las profundidades de sondaje se encontraban entre los 2 mm y los 7 mm. El 11% de los puntos medidos presentaba una profundidad de sondaje > 4 mm. Se constató un sangrado al sondaje tras el tratamiento previo en 29 de los 126 puntos medidos. Se hallaron recesiones en todos los dientes que iban de 1 mm a 5 mm. En uno de los dientes existía una afectación de furca clínicamente diagnosticable y dos dientes presentaban cierto grado de movilidad (fig. 3).

Exploración radiográfica

La radiografía panorámica y las radiografías intraorales del maxilar muestran la situación radiológica existente al inicio del tratamiento (fig. 4). Se diagnosticaron una reabsorción ósea horizontal generalizada y otra vertical localizada. Se observaron imágenes radioopacas correspondientes a restauraciones en los dientes 17 a 27, 37 a 35 y 44 a 48, con sospecha de margen de la restauración insuficiente en los dientes 21 y 45. No constató ninguna imagen radiolúcida periapical, y la imagen radioopaca de la obturación de los conductos radiculares del diente 26 mostró que ésta era deficiente. Se diagnosticaron caries en los dientes 38 y 48 evidenciadas por las imágenes radiolúcidas.

La trayectoria del hueso/reborde alveolar observada radiográficamente era la siguiente:

- Primer cuadrante: reabsorción ósea horizontal generalizada de aproximadamente el 60% de la longitud radicular en el diente 17 y del 20% de la longitud radicular de los dientes 14 y 13.
- Segundo cuadrante: reabsorción ósea horizontal generalizada de aproximadamente el 20% al 30% de la longitud radicular con pérdida ósea vertical hasta el 80% de la longitud radicular del diente 26 en la cara distal y afectación de furca.
- Tercer cuadrante: reabsorción ósea horizontal generalizada del 20% al 30% aproximadamente de la longitud radicular.

Sensi- bilidad		+			+	+			Sensi- bilidad	+	+	+	+	+	-	+	
Clínica		C	P	P	C	C	P	P	Clínica	C	C	Comp.	Amal.	Comp.	Ket	Amal.	
Maxilar																	
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
Mandíbula																	
Clínica				C	C		Comp.	Comp.	Clínica	Comp.				Ket		Ket	
Sensi- bilidad				+	+	+	+	+	Sensi- bilidad	+	+	+	+	+			+

Figura 1. Situación clínica inicial. Amal.: amalgama; C: corona; Comp.: composite; Ket: ionómero de vidrio; P: póstico.



Figura 2. Situación clínica en el momento de la terapia inicial.

- Cuarto cuadrante: reabsorción ósea horizontal generalizada de aproximadamente el 20% al 30% de la longitud radicular con pérdida ósea vertical hasta el 90% de la longitud radicular del diente 41 en la cara distal.

Estudio microbiológico

Teniendo en cuenta los resultados de la exploración clínica, se pudo prescindir de un diagnóstico microbiológico.

Análisis del perfil de riesgo

El análisis individual del riesgo de padecer periodontitis, realizado según Lang y Tonetti²², dio como resultado un valor medio (tabla 1).

Diagnóstico

En base al cuadro clínico existente se diagnosticó una periodontitis crónica generalizada de grado medio y lo-

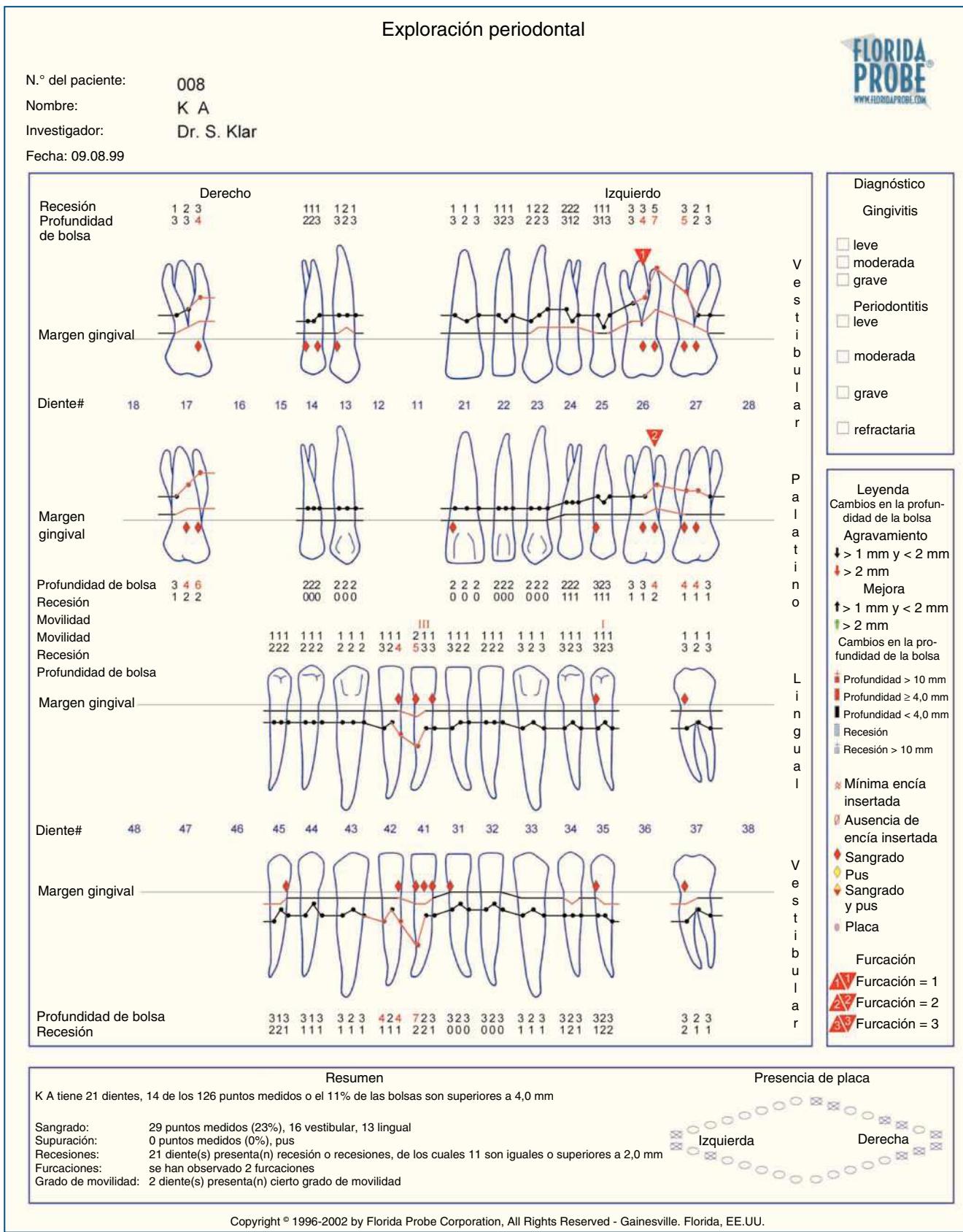


Figura 3. Estado periodontal (situación inicial).



Figura 4. Exploración radiográfica (situación inicial).

calmente avanzado⁵ y un defecto de la cresta alveolar de clase III en los dientes 12 y 11^{29,30}.

Pronóstico

La evaluación del pronóstico se basó en los criterios clínicos de McGuire^{24,25} y McGuire y Nunn²⁶⁻²⁸, y se diferenció entre pronóstico favorable, incierto y muy desfavorable. En función de dicha clasificación, se estableció un pronóstico incierto de los dientes 17, 26 y 41 y un pronóstico favorable de los dientes 14, 13, 21 a 25, 27, 37, 35 a 31 y 42 a 45. Así mismo, se determinó que el pronóstico de la situación en su conjunto era favorable.

Plan de tratamiento

El plan de tratamiento abarcó los puntos siguientes:

- Tratamiento previo
- Terapia inicial/tratamiento periodontal conservador
- Reevaluación/tratamiento periodontal de apoyo
- Cirugía periodontal de corrección
- Tratamiento protésico
- Reevaluación/tratamiento periodontal de apoyo

Las instrucciones sobre higiene oral para eliminar el cálculo supragingival constituyeron la base para la instauración de un tratamiento periodontal adecuado. Den-

Tabla 1. Análisis del perfil de riesgo antes del inicio del tratamiento

Análisis de los factores de riesgo	Número	Riesgo patológico bajo	Riesgo patológico medio	Riesgo patológico alto
Sangrado al sondaje (%)	< 9	10-25	> 25	
Profundidad de bolsa > 5 mm	< 4	5-8	> 9	
Pérdida dentaria	< 4	5-8	< 9	
Pérdida de hueso/edad	< 0,5	0,6-1,0	> 1,0	
<i>Factores exógenos</i>				
- Tabaquismo	Cig./día	No fumador	< 10 cig./día	> 10 cig./día
- Colonización bacteriana	Tipo, cantidad	Ausencia de bacterias marcadoras	Presencia de bacterias marcadoras	Alta presencia de bacterias marcadoras
<i>Factores endógenos</i>				
- Genética (p. ej. polimorfismo de IL-1)	Tipo:	Ausencia	Presencia, baja importancia	Presencia, alta importancia
- Enfermedades sistémicas (diabetes, infec. VIH)	Tipo:	Ausencia	Presencia, baja importancia	Presencia, alta importancia
Valoración del riesgo		Riesgo patológico bajo	Riesgo patológico medio	Riesgo patológico alto

tro de la terapia inicial se realizó en repetidas ocasiones un desbridamiento supra y subgingival. En el diente 26, después de revisar la obturación radicular, se efectuó una amputación radicular y cirugía periodontal resectiva con ayuda de un colgajo mucoperióstico de reposición apical. Dentro del tratamiento global, se compensó la pérdida por traumatismo de tejidos duros y blandos en la zona anterior de los dientes 12 y 11 con un injerto de tejido conjuntivo libre. El tratamiento culminó con la siguiente rehabilitación protésica por medio de coronas y puentes, si bien al inicio del tratamiento no fue posible tomar una decisión definitiva sobre si se debían utilizar prótesis fijas o removibles.

Fases del tratamiento

El primer paso del tratamiento periodontal previo fue la eliminación del cálculo supragingival, después de haber realizado una osteotomía de los dientes 38 y 48 y de haber retirado el puente de los dientes 46 a 48. Se tomaron medidas de motivación y se realizaron demostraciones de la correcta higiene oral, lo que permitió que el índice de placa en el espacio interproximal (API) pasara del

72% al 25% y que el índice de sangrado sulcular (SBI) pasara del 63% al 14%.

A continuación se efectuó un tratamiento periodontal conservador con desbridamiento subgingival. Dada la importante movilidad que presentaba el diente 41, se dotó a los dientes 31 a 42 de una férula de resina semi-permanente. Se dio instrucciones al paciente para que al término del tratamiento periodontal realizara enjuagues con una solución de clorhexidina al 0,2% durante 14 días a modo de refuerzo.

La reevaluación se realizó a las diez semanas de la terapia antiinfecciosa (fig. 5). El tratamiento había logrado una mejora notable de la situación clínica. De ese modo, la profundidad al sondaje registrada en el 73% de los puntos medidos se redujo al menos 1 mm y sólo el 1% de los puntos medidos seguía presentando profundidades al sondaje > 4 mm. En todos los dientes se registraron recesiones de entre 1 mm y 5 mm y sólo el 3% de los puntos medidos presentaban sangrado al sondaje. En un diente se diagnosticó clínicamente una afectación de furca. Tres dientes presentaban una ligera movilidad.

Al mismo tiempo, se realizó un nuevo control del cálculo supra y subgingival dentro del tratamiento pe-

Periodoncia

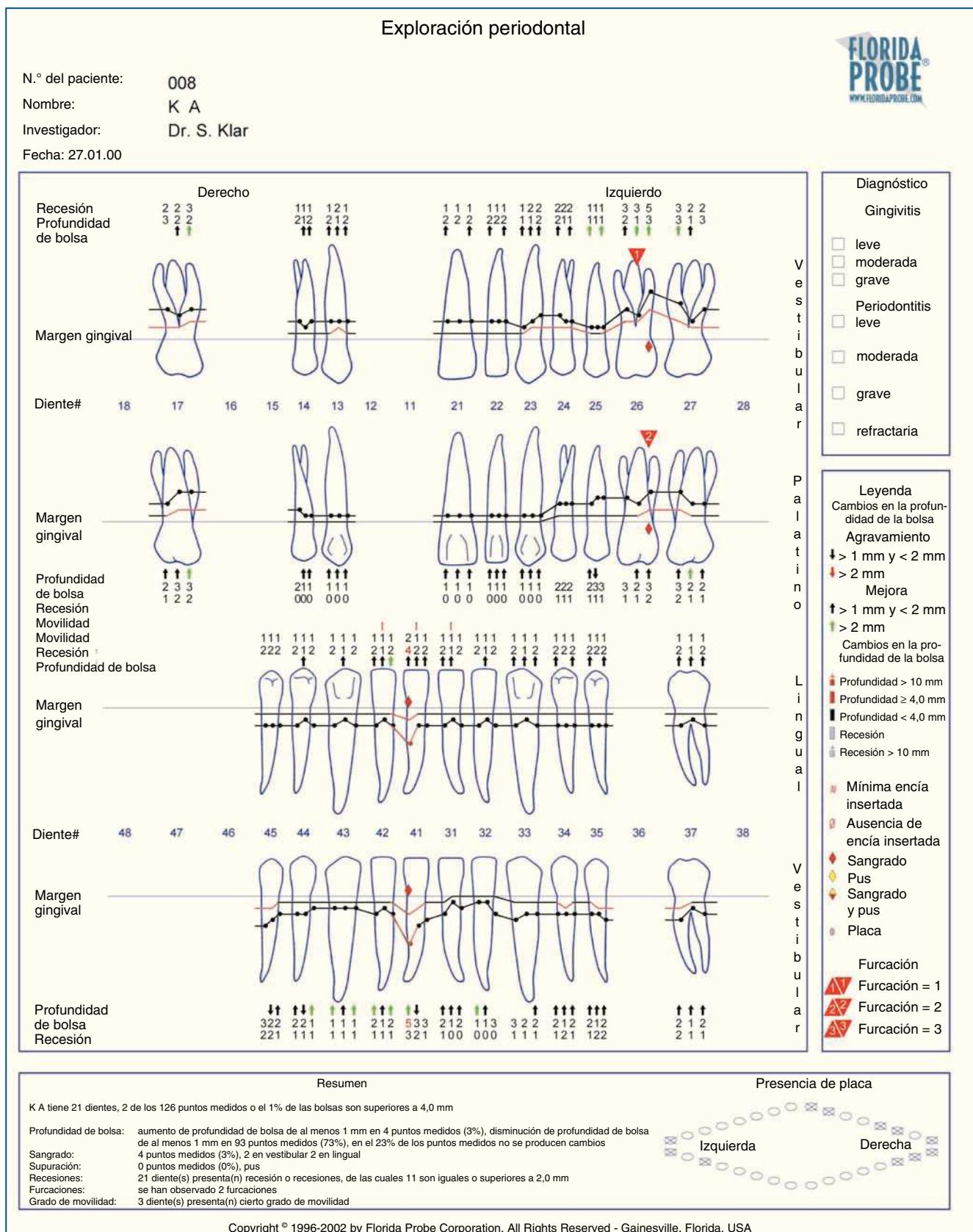


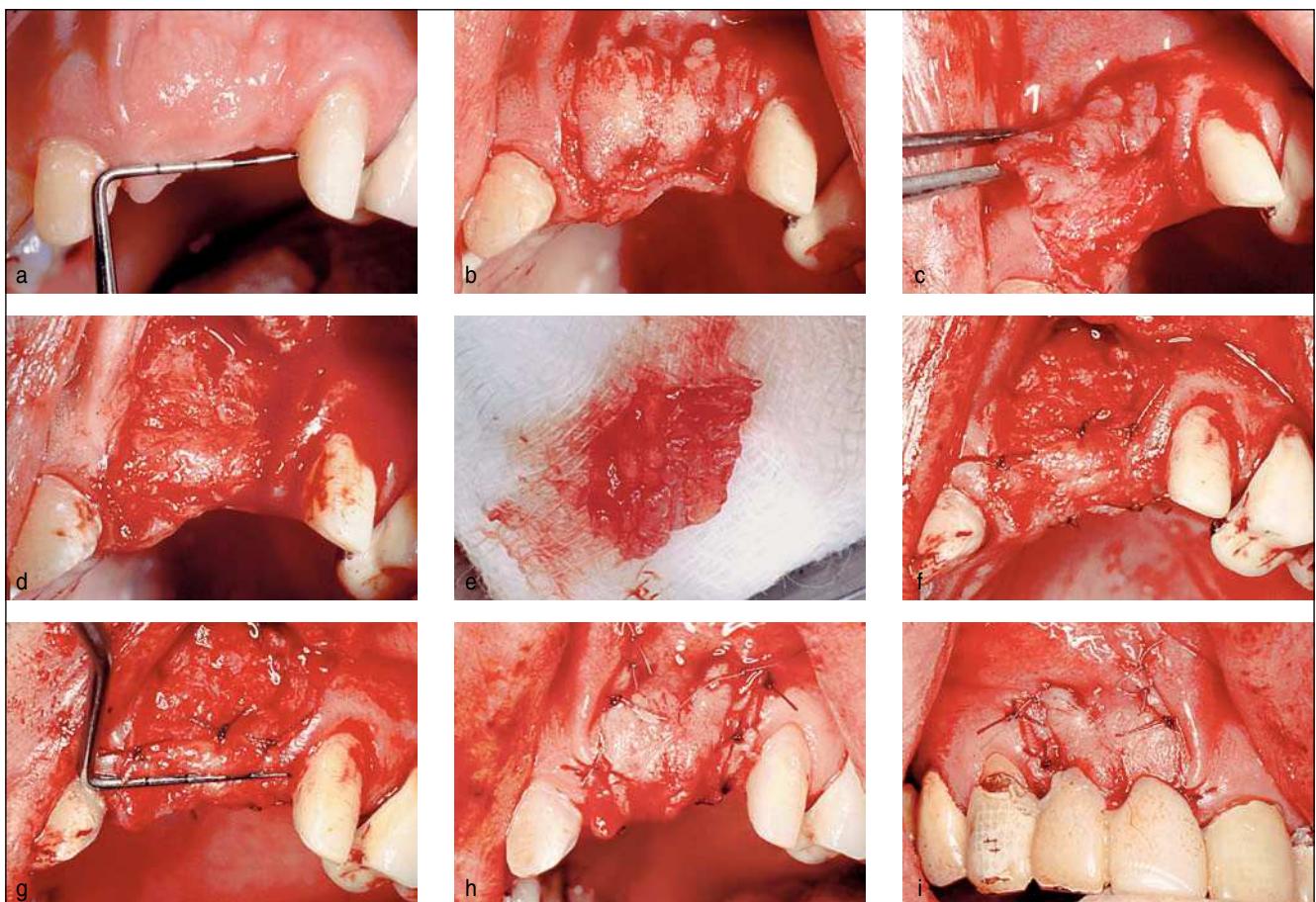
Figura 5. Reevaluación tras la terapia inicial.



Figura 6. Tratamiento endodóntico del diente 35.



Figura 7. Amputación de la raíz distovestibular del diente 26 y control radiográfico.



Figuras 8a a 8i. Aumento de la cresta alveolar en la zona de los dientes 12 y 11 con injerto de tejido conjuntivo subepitelial. Situación inicial (a), incisión (b), creación de colgajo de espesor parcial (c), lecho del injerto (d), injerto de tejido conjuntivo (e), injerto in situ (f), altura aumentada (g), recolocación del colgajo (h) y provisional modificado (i).



Figuras 9a a 9d. Zona de los dientes 12 y 11 tras la transformación del puente en un provisional de larga duración. Vista vestibular (a), palatina (b), oclusal (c) y anterior (d). Situación tres meses después del aumento.

riodontal de apoyo. Las instrucciones sobre higiene oral fueron adaptadas a la nueva situación.

A continuación, se aplicó un tratamiento conservador consistente en la obturación de conductos del diente 45 (fig. 6) y en la revisión de la obturación radicular del diente 26. En la fase correspondiente a la cirugía periodontal de corrección se realizó la amputación de la raíz distostibular del diente 26 con la creación de un colgajo muco-perióstico desplazado hacia apical y osteoplastia (fig. 7).

Se retiró el puente de los dientes 13 a 22 y se transformó en una prótesis provisional. Seguidamente se procedió al aumento de la cresta alveolar en la zona de los dientes 12 y 11 (figs. 8a a 8i). Para ello se obtuvo un injerto de tejido conjuntivo subepitelial palatino de la zona de los dientes 17 a 13, que, tras la preparación de un colgajo de espesor parcial, fue colocado sobre la cresta alveolar para conseguir un aumento vestibulopalatino y apicocoronal¹³. Durante las visitas postoperatorias se retocó reiteradamente la base del provisional para adaptarlo a la nueva situación, de modo que a los tres meses de

la intervención quirúrgica periodontal de corrección se había recuperado el tejido perdido y se habían generado unas estructuras similares a las papillas. De este modo se habían logrado las condiciones necesarias para la confección de una prótesis dental altamente estética, en la que se procuró guardar una relación equilibrada entre la longitud y la anchura dentarias (figs. 9a a 9d).

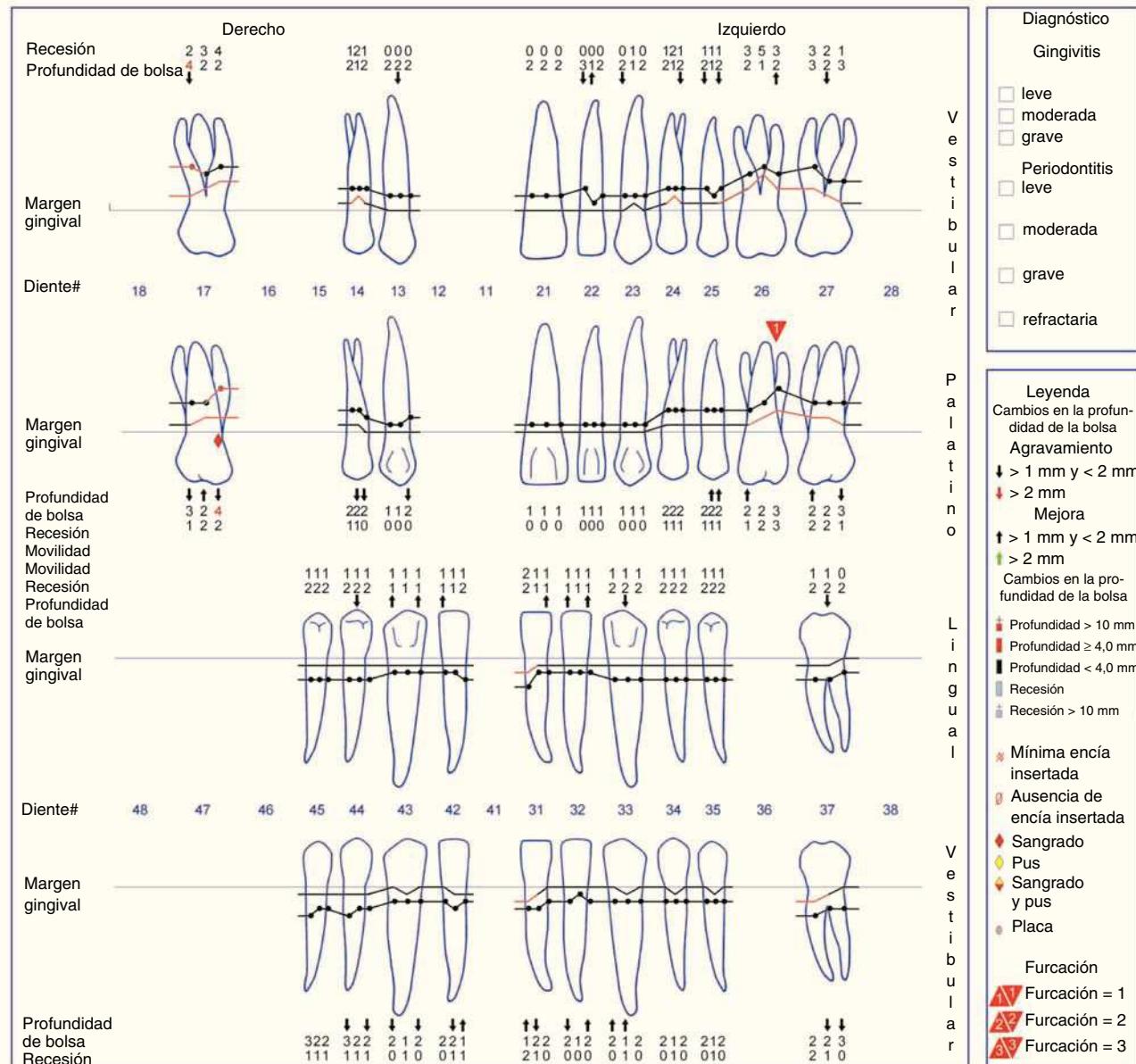
El tratamiento periodontal de apoyo realizado a continuación se aplicó con un intervalo de tres meses. Seis meses después de la cirugía periodontal se procedió a la rehabilitación protésica con la confección de la prótesis definitiva por medio de puentes de metal cerámica nuevos para los dientes 13 a 21/22, 35 a 37 y 31 a 42 (previa extracción del diente 41) y con un puente a extensión de 44/45 a 46.

La reevaluación efectuada dentro del tratamiento periodontal de apoyo a los tres meses de la rehabilitación protésica definitiva (figs. 10 y 11a a h) dio como resultado, en comparación con la reevaluación efectuada tras la terapia antiinfecciosa, una estabilización de los paráme-

Exploración periodontal



N.º del paciente: 008
 Nombre: K A
 Investigador: Dr. S. Klar
 Fecha: 09.03.01



Resumen
 K A tiene 20 dientes, 2 de los 120 puntos medidos o el 1% de las bolas son superiores a 4,0 mm

Profundidad de bolsa: aumento de profundidad de bolsa al menos 1 mm en 4 puntos medidos (3%), disminución de profundidad de bolsa de al menos 1 mm en 84 puntos medidos (70%), en el 26% de los puntos medidos no se detectan cambios

Sangrado: 2 puntos medidos (1%), 2 en vestibular, 0 en lingual

Supuración: 0 punto medido (0%), pus

Recesiones: 16 diente(s) presenta(n) recesión o resecciones, de las cuales 5 son iguales o superiores a 2,0 mm

Furcaciones: se han observado 0 furcaciones

Grado de movilidad: 0 diente(s) presenta(n) cierto grado de movilidad

Presencia de placa



Copyright © 1996-2002 by Florida Probe Corporation, All Rights Reserved - Gainesville, Florida, EE.UU.

Figura 10. Reevaluación al año del tratamiento periodontal y a los 3 meses de la rehabilitación protésica.



Figuras 11a a 11h. Situación tras la rehabilitación protésica. Detalle de la zona aumentada (f a h).

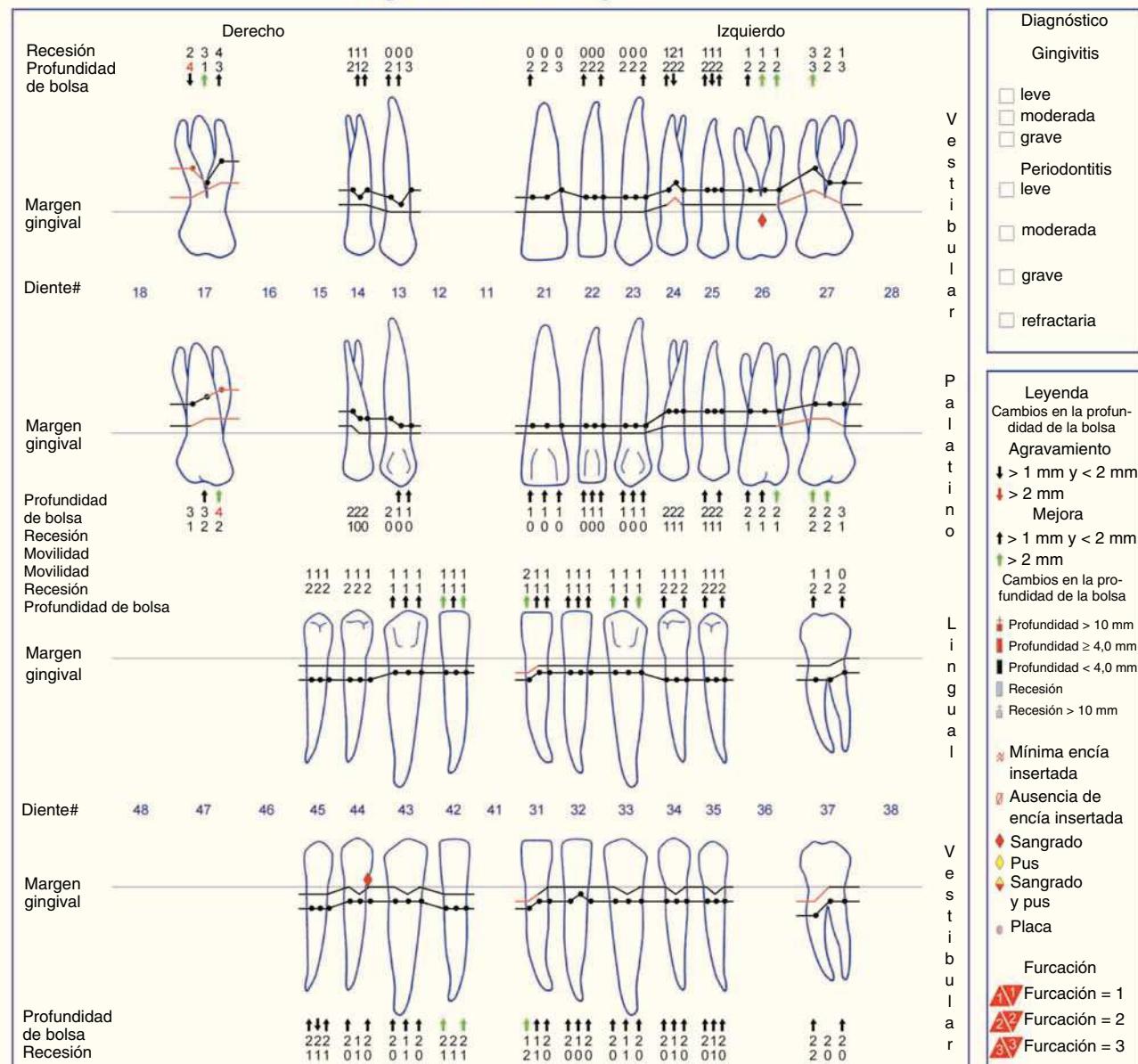


Figura 12. Reevaluación radiográfica.

Exploración periodontal

N.º del paciente: 008
Nombre: K A
Investigador: Dr. S. Klar

Vergleich mit Untersuchung vom: 09.08.99



Resumen

K A tiene 20 dientes. 2 de los 120 puntos medidos o el 1% de las bolsas son superiores a 4.0 mm

Profundidad de bolsa: aumento de profundidad de bolsa al menos 1 mm en 26 puntos medidos (21%), disminución de profundidad de bolsa de al menos 1 mm en 93 puntos medidos (15%), en el 63% de los puntos medidos no se detectan cambios

Sangrado: 1 punto medido (1%), 0 vestibular, 1 lingual

Supuración: 0 puntos medidos (0%), pus

Recesiones: 17 diente(s) presenta(n) recesión o recesi

Presencia de placa

Izquierda

Derecha

Figura 13. Reevaluación a los 3 años del tratamiento periodontal y a los 2 años de la rehabilitación protésica.



Figura 14. Situación clínica a los 3 años del tratamiento periodontal y a los 2 años de la rehabilitación protésica.

Sensi- bilidad		+			+	+			Sensi- bilidad	+	+	+	+	+	-	+		
Clínica		C	P	P	C	C	P	P	Clínica	C	C	Comp.	Amal.	Comp.	K/ hem	Amal.		
Maxilar																		
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	
Mandibula																		
Clínica			P	C	C		C	P	Clínica	C				C	P	C		
Sensi- bilidad				+	+	+	+		Sensi- bilidad	+	+	+	+	+			+	

Figura 15. Exploración clínica final. Amal.: amalgama; C: corona; Comp.: composite; P: pótico.

tros clínicos en la mayoría de los puntos medidos. El 63% de los puntos medidos no mostró ningún cambio en la profundidad de sondaje, y en el 15% de los puntos medidos la profundidad de sondaje registrada había disminuido 1 mm más. Sólo el 1% de los puntos medidos presentaba una profundidad de sondaje > 4 mm. En un total de 17 dientes se registraron recesiones entre 1 mm y 5 mm. Sólo se detectó sangrado al sondaje en el 1% de los puntos medidos. La afectación de furca de grado II

en el diente 26 pasó a ser de grado I tras la amputación radicular. No se observó movilidad dentaria, si bien el diente 41 tuvo que ser extraído.

Evaluación a largo plazo del resultado del tratamiento

En la reevaluación radiográfica (fig. 12) efectuada un año después de haber concluido los tratamientos perio-

Tabla 2. Análisis del perfil de riesgo en la reevaluación (resultados con fondo azul). TPA: tratamiento periodontal de apoyo. Riesgo de periodontitis bajo: todos los parámetros se encuentran dentro de la categoría de riesgo bajo, o como máximo un parámetro se encuentra en la categoría de riesgo medio. Riesgo de periodontitis medio: al menos dos parámetros se encuentran en la categoría de riesgo medio; como máximo un parámetro se encuentra en la categoría de riesgo alto. Riesgo de periodontitis alto: al menos dos parámetros se encuentran en la categoría de riesgo alto

Análisis de los factores de riesgo	Número	Riesgo patológico bajo	Riesgo patológico medio	Riesgo patológico alto
Sangrado al sondaje (%)	< 9	10-25	> 25	
Profundidad de bolsa > 5 mm	< 4	5-8	> 9	
Pérdida dentaria	< 4	5-8	< 9	
Pérdida de hueso/edad	< 0,5	0,6-1,0	> 1,0	
Factores exógenos				
– Tabaquismo	Cig./día	No fumador	< 10 cig./día	> 10 cig./día
– Colonización bacteriana	Tipo, cantidad	Ausencia de bacterias marcadoras	Presencia de bacterias marcadora	Alta presencia de bacterias marcadoras
Factores endógenos				
– Genética (p. ej. polimorfismo de IL-1)	Tipo:	Ausencia	Presencia, baja importancia	Presencia, alta importancia
– Enfermedades sistémicas (diabetes, infec. VIH)	Tipo:	Ausencia	Presencia, baja importancia	Presencia, alta importancia
Valoración del riesgo		Riesgo patológico bajo	Riesgo patológico medio	Riesgo patológico alto
Intervalo de TPA		1 al año	2 al año	4 al año

dental y protésico y en la reevaluación clínica (figs. 13 a 15), realizada un año más tarde, se pudieron constatar los buenos resultados a largo plazo del tratamiento.

Exploración clínica (situación dentaria y periodontal)

A los tres años del tratamiento conservador y la cirugía periodontal y a los dos años de la rehabilitación protésica, se llevó a cabo una reevaluación en la que se pudo constatar una notable mejora de los parámetros clínicos en comparación con la situación inicial (véase fig. 3). Sólo el 1% de los puntos medidos presentaba una profundidad de sondaje > 4 mm. En el 26% no se había producido ningún cambio y en el 70% la última profundidad de sondaje registrada se había reducido al menos 1 mm. En un total de 16 dientes se observaron recesiones entre 1 mm y 4 mm. Sólo se detectó sangrado al sondaje en el 1% de los puntos medidos. No se diagnosticaron furcaciones ni movilidades dentarias, pero fue

necesario extraer el diente 41 por motivos de salud periodontal.

Exploración radiográfica

En las radiografías (fig. 12) se objetivaba una reabsorción ósea horizontal generalizada que no había variado respecto a la exploración radiográfica inicial (fig. 4). No se observaron defectos verticales. En el diente 26, tras la revisión de la obturación de los conductos radiculares y la amputación de la raíz distovestibular, se observaba una regeneración ósea horizontal; esto último se produjo también en la zona del diente 41.

Se habían perdido los dientes 18, 16, 15, 12, 11, 28, 38, 36, 41, 46, 47 y 48. Se podían observar imágenes radioopacas de densidad metálica o mineral correspondientes a coronas, póticos u obturaciones en los dientes 17 a 22, 24, 26, 27, 37 a 35, 33 a 42 y 44 a 46. Los dientes 26 y 35 presentaban radioopacidades correspondien-

tes a las obturaciones radiculares. No se observaron imágenes radiolúcidas debidas a caries. Sí se detectó lo que parecían ser imágenes radiolúcidas periapicales en el diente 42 (clínicamente asintomáticas: sens+/perc-).

La trayectoria del hueso/reborde alveolar observada radiográficamente era la siguiente:

- Primer cuadrante: reabsorción ósea horizontal generalizada de aproximadamente el 60% de la longitud radicular en el diente 17 y del 20% de la longitud radicular de los dientes 14 y 13.
- Segundo cuadrante: reabsorción ósea horizontal generalizada de aproximadamente el 20% de la longitud radicular en los dientes 21 a 25, reabsorción ósea horizontal de aproximadamente el 50% de la longitud radicular en los dientes 26 y 27 con defecto óseo compensado en la cara distal del diente 26 y raíz distovestibular amputada.
- Tercer cuadrante: reabsorción ósea horizontal generalizada del 20% al 30% aproximadamente de la longitud radicular.
- Cuarto cuadrante: reabsorción ósea horizontal generalizada del 20% al 30% aproximadamente de la longitud radicular con regeneración del alveolo de extracción en la región del diente 41.

Análisis del perfil de riesgo

El análisis del perfil de riesgo (tabla 2) efectuado durante la reevaluación dio como resultado un riesgo periodontal de bajo a medio, de modo que se decidió instaurar un tratamiento periodontal de apoyo en un plazo de seis meses.

Conclusión

En la última exploración se constató una clara mejora de la situación inicial: se había conseguido una notable reducción de las profundidades de sondaje y de los puntos que presentaban sangrado al sondaje. Así mismo, radiográficamente se observó a largo plazo una estabilización del nivel de inserción tras las intervenciones quirúrgicas periodontales. La adecuada implantación de la rehabilitación definitiva permitió lograr una situación periodontal higiénica y fácil de limpiar, de modo que se puede partir de un pronóstico favorable para los dientes remanente con un control a largo plazo.

Epicrisis

Antes del inicio del tratamiento documentado, el paciente estaba recibiendo un tratamiento irregular y centrado

en la abolición del dolor. Después de haber sido ampliamente informado y asesorado, se decidió por seguir un plan de tratamiento sistemático. La anamnesis general dio como resultado la ausencia de signos de patologías sistémicas y de medicación. Las exploraciones extra e intraorales no arrojaron datos reseñables. En el momento de la primera exploración se observó irritación localizada de la encía marginal ocasionada por algunos márgenes deficientes de la restauración. Las profundidades de sondaje se encontraban entre los 2 mm y los 7 mm. Los dientes 35 y 41 presentaban sendos grados de movilidad I y III. En base al cuadro clínico existente se diagnosticó una periodontitis crónica generalizada de grado medio y localmente avanzado⁵ y un defecto de la cresta alveolar de clase III en los dientes 12 y 11^{29,30}.

Dada la situación clínica, caracterizada por profundidades de sondaje de hasta 7 mm y sangrado al sondaje en un 23% de los puntos medidos tras el tratamiento periodontal previo, surgió la necesidad de instaurar un tratamiento periodontal continuado¹². Una vez transmitidas las instrucciones sobre higiene oral, se aplicó una terapia inicial conservadora con desbridamiento supra y subgingival en todas las estructuras periodontales y un tratamiento subgingival consistente en raspaje y alisado radicular en los puntos que presentaban una profundidad de sondaje > 3 mm sin antibioticoterapia coadyuvante.

El resultado de este tratamiento fue una reducción de la profundidad de sondaje y una disminución del número de zonas que presentaban sangrado tras el sondaje^{9,10,12,17}. La reevaluación puso de manifiesto la necesidad de realizar una intervención quirúrgica en el diente 26 tras la revisión de la obturación radicular y de un ulterior tratamiento conservador^{16,19,20}. Dado que el diente 26 presentaba una afectación de furca de grado II y una profundidad de sondaje > 5 mm, se efectuó una cirugía resectiva con amputación de la raíz distovestibular con colgajo mucoperióstico desplazado hacia apical. Esto permite mejorar el índice de supervivencia de dientes con afectación de furca, pasando del < 60% al > 90% durante un período de hasta 10 años^{11,15,23,25}.

Por otro lado, estaba indicada por razones estéticas la aplicación de técnicas de aumento en el defecto de cresta alveolar vertical y horizontal de la zona de los dientes 12 y 11, resultado de la pérdida por traumatismo de ambos dientes veinte años antes. Se trataba de un defecto de cresta alveolar de clase III^{29,30} en el que para ganar tejidos blandos verticales y horizontales y para reconstruir unas estructuras similares a las papillas fue necesario utilizar un injerto de tejido conjuntivo. Para conseguir dicho objetivo, en defectos de clase III los injertos de tejido conjuntivo subepitelial son más indicados que los

injertos mucosos libres de aposición^{13,31,32}. La técnica consiste en colocar el injerto de tejido conjuntivo libre bajo un colgajo mucoso preparado con anterioridad en la zona que va a ser aumentada. El provisional que sustituye a los dientes perdidos se va modificando basalmemente hasta que se confecciona la prótesis definitiva a fin de ejercer presión sobre el injerto, remodelar el tejido blando y conformar papillas interdentales. Como alternativa se podrían haber aplicado técnicas de regeneración ósea guiada para el aumento de la cresta alveolar atrofiada. Sin embargo, con dichas técnicas no habría sido posible remodelar los tejidos blandos del modo descrito. Por otro lado, en el caso descrito no era necesaria una ganancia ósea, dado que no estaba prevista la colocación de ningún implante.

Después de haber aplicado con éxito el tratamiento previo, fue posible efectuar una rehabilitación definitiva por medio de coronas y puentes. En la zona anterior, estéticamente relevante, el margen coronal se estableció a nivel subgingival³⁴, mientras que en otras zonas se hizo a nivel paragingival o supragingival³³. Para rehabilitar la situación clínica de extremo libre del cuarto cuadrante se cementó un puente en extensión que, desde el punto de vista periodontal, supone un método de tratamiento posible cuando ni se utiliza una prótesis removible ni se coloca un implante.

Tras un período de observación de un año, que siguió a los tratamientos periodontal y restaurador, y a un TPA de tres meses de duración, la reevaluación clínica y radiográfica mostró una situación periodontal estabilizada, aunque fue necesario un raspaje subgingival completo en el diente 17, puesto que presentaba sangrado al sondaje y una profundidad de sondaje de 5 mm. Más tarde el diente 26, al que se le había amputado una raíz, fue tratado con una corona unitaria.

En conjunto, la exploración final realizada a los tres años del tratamiento conservador y de la cirugía periodontal reveló una situación periodontal que había mejorado notablemente. Dentro del tratamiento periodontal de apoyo, se realiza además un control de la placa supra y subgingival a fin de garantizar la salud periodontal del paciente el mayor tiempo posible^{2,4,6-8,22}.

Bibliografía

1. Albandar J, Brunelle J, Kingman A. Destructive periodontal disease in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994. *J Periodontol* 1999;70:13-29.
2. American Academy of Periodontology. Supportive periodontal therapy. *J Periodontol* 1998;69:502-506.
3. American Academy of Periodontology. Informational paper: The pathogenesis of periodontal diseases. *J Periodontol* 1999;70: 457-470.
4. American Academy of Periodontology. Guidelines for periodontal therapy. *J Periodontol* 2001;72:1624-1628.
5. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999;4:1-6.
6. Axelsson P, Albandar J, Rams T. Prevention and control of periodontal diseases in developing and industrialized nations. *Periodontol* 2000 2002;29:235-246.
7. Axelsson P, Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1981;8: 281-294.
8. Axelsson P, Lindhe J, Nyström B. On the prevention of caries and periodontal disease. Results of a 15-year longitudinal study in adults. *J Clin Periodontol* 1991;18:182-189.
9. Badersten A, Nilveus R, Egelberg J. Effect of nonsurgical periodontal therapy. I. Moderately advanced periodontitis. *J Clin Periodontol* 1981;8:57-72.
10. Badersten A, Nilveus R, Egelberg J. Effect of nonsurgical periodontal therapy. II. Severely advanced periodontitis. *J Clin Periodontol* 1984;11:63-76.
11. Carnevale G, Pontoriero R, di Febo G. Long-term effects of root-reflective therapy in furcation-involved molars. A 10-year longitudinal study. *J Clin Periodontol* 1998;25:209-214.
12. Cobb C. Clinical significance of non-surgical periodontal therapy: an evidence-based perspective of scaling and root planing. *J Clin Periodontol* 2002;29(Suppl 2):6-16.
13. Cohen ES. Ridge augmentation utilizing the subepithelial connective tissue graft: case reports. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 1994;6:47-53;quiz 55.
14. Darveau RP, Tanner A, Page RC. The microbial challenge in periodontitis. *Periodontol* 2000 1997;14:12-32.
15. Erpenstein H. A 3-year study of hemisectioned molars. *J Clin Periodontol* 1983;10:1-10.
16. Flemmig TF. Periodontitis. *Ann Periodontol* 1999;4:32-38.
17. Greenstein G. Nonsurgical periodontal therapy in 2000: a literature review. *J Am Dent Assoc* 2000;131:1580-1592.
18. Haffajee AD, Socransky SS. Microbial etiological agents of destructive periodontal diseases. *Periodontol* 2000 1994;5:78-111.
19. Heitz-Mayfield LJ, Trombelli L, Heitz F, Needleman I, Moles D. A systematic review of the effect of surgical debridement vs non-surgical debridement for the treatment of chronic periodontitis. *J Clin Periodontol* 2002;29(Suppl 3):92-102;discussion 160-162.
20. Kaldahl WB, Johnson GK, Patil KD, Kalkwarf KL. Levels of cigarette consumption and response to periodontal therapy. *J Periodontol* 1996;67:675-681.
21. Kornman KS, Page RC, Tonetti MS. The host response to the microbial challenge in periodontitis: assembling the players. *Periodontol* 2000 1997;14:33-53.
22. Lang N, Tonetti M. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). *Oral Health Prev Dent* 2003;1:7-16.
23. Loesche WJ. Clinical and microbiological aspects of chemotherapeutic agents used according to the specific plaque hypothesis. *J Dent Res* 1979;58:2404-2412.
24. McGuire MK. Prognosis versus actual outcome: a long-term survey of 100 treated periodontal patients under maintenance care. *J Periodontol* 1991;62:51-58.
25. McGuire MK. Prognosis vs outcome: predicting tooth survival. *Compend Contin Educ Dent* 2000;21:217-220,222,224 passim;quiz 230.
26. McGuire MK, Nunn ME. Prognosis versus actual outcome. II. The effectiveness of clinical parameters in developing an accurate prognosis. *J Periodontol* 1996;67:658-665.
27. McGuire MK, Nunn ME. Prognosis versus actual outcome. III. The effectiveness of clinical parameters in accurately predicting tooth survival. *J Periodontol* 1996;67:666-674.
28. McGuire MK, Nunn ME. Prognosis versus actual outcome. IV. The effectiveness of clinical parameters and IL-1 genotype in accurately predicting prognoses and tooth survival. *J Periodontol* 1999;70: 49-56.

29. Seibert JS. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part I. Technique and wound healing. *Compend Contin Educ Dent* 1983;4:437-453.
30. Seibert JS. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part II. Prosthetic/ periodontal interrelationships. *Compend Contin Educ Dent* 1983;4: 549-562.
31. Studer S, Naef R, Scharer P. Adjustment of localized alveolar ridge defects by soft tissue transplantation to improve mucogingival esthetics: a proposal for clinical classification and an evaluation of procedures. *Quintessence Int* 1997;28:785-805.
32. Studer SP, Lehner C, Bucher A, Scharer P. Soft tissue correction of a single-tooth pontic space: a comparative quantitative volume assessment. *J Prosthet Dent* 2000;83:402-411.
33. Valderhaug J. Die Bedeutung der Füllungen, Kronen und Brücken für das Parodontium. *Zahnärztl Welt* 1978;87:230-235.
34. Wilson RD, Maynard G. Intrasulculäre restaurative Zahnheilkunde. *Int J Parodontol Rest Zahnheilkd* 1981;1:34-49.

Sin problemas de adaptación desde el primer día.

Nadie sabe mejor que usted para cualquier persona que use dentadura postiza, **lo más importante es su buena adaptación desde el primer día**. Tanto física como psicológicamente, que se encuentren cómodos y seguros con ellas les hará valorar esta nueva etapa de su vida de una forma muy positiva. Por eso, las almohadillas ALGASIV representan una gran ayuda desde el primer momento de esta experiencia.

Mejor adaptación, mayor fijación

Gracias a sus dos potentes adhesivos naturales, **a su máxima superficie de contacto con la dentadura**, tanto inferior como superior, y a la suavidad de su tejido, se adaptan por completo a la dentadura y la fijan mejor y por más tiempo a la encía y al paladar proporcionando una total sensación de comodidad y seguridad.



El comienzo de una nueva vida

Las almohadillas ALGASIV evitan la intrusión de residuos de comida, así como las irritaciones y molestias de las encías. Además, no tienen ni olor ni sabor y evitan la ingrata tarea de la limpieza diaria. Por todo ello, con ALGASIV las personas con una nueva dentadura se adaptan mejor y más rápido a su nueva vida.



ALGASIV®

Fija la dentadura, protege las encías.

MUESTRAS GRATUITAS

Para más información, o recibir muestras gratuitas, llame al teléfono de Consulta Personalizada 91 556 04 65, escriba a ALGASIV, Orense 58-7^a, 28020 Madrid, o envíe un e-mail a: combe1@combeurope.es