

Arturo Sánchez Pérez



PERIODONCIA



DIEGO MARÍN
LIBRERO EDITOR

ISBN: 978-84-15429-86-9



9 788415 429869

<http://www.diegomarin.com>
e-mail: gonzalezpalencia@diegomarin.com



E-BOOKS

Tu tienda on-line de libros digitales

www.dmebooks.com



DIEGO MARÍN
LIBRERO EDITOR

Capítulo 19: PLAN GENERAL DE TRATAMIENTO. TRATAMIENTO SISTÉMICO Y DE URGENCIA

Prof. Dra. M^a José Moya Villaescusa.

Objetivos:

- Saber controlar la enfermedad periodontal, eliminando sus causas.
- Conocer cómo corregir las deformaciones creadas por la enfermedad periodontal.
- Adquirir conocimientos acerca del mantenimiento de la salud periodontal.
- Saber establecer un sistema de medidas preventivas para reducir las posibilidades de recidiva.

Contenidos:

El plan de tratamiento se confecciona una vez realizado el diagnóstico y determinado el pronóstico, con una visión de conjunto. Es el momento de decidir: si es necesario extraer dientes; establecer las necesidades de operatoria dental y restauración protética, para devolver la salud, función y estética al sistema dentario del paciente; determinar qué técnicas utilizaremos para eliminar la inflamación gingival y detener la pérdida ósea en las piezas restantes.

Antes de comenzar el tratamiento periodontal, debemos conocer algunos factores que pueden influir en el pronóstico, tales como:

- El pronóstico periodontal es mejor en la periodontitis crónica que en la agresiva.
- El pronóstico a corto/medio plazo (5-10 años) depende fundamentalmente de las características dentales y periodontales: soporte remanente, movilidads, lesiones de

bifurcación, profundidad de bolsa o lesiones periapicales, (factores locales).

- El pronóstico a largo plazo (> 10 años) depende especialmente de la presencia de factores de riesgo, especialmente fumar 20 o más cigarrillos al día, durante veinte o más años, en cuyo caso, el pronóstico general es impredecible. (Hábitos).
- En general, no fumar o fumar menos de 10 cigarrillos al día, controlar las parafunciones (férulas oclusales) y llevar a cabo un adecuado programa de mantenimiento asegura la conservación del soporte periodontal en los pacientes con periodontitis crónica.

La mayoría de las lesiones en pacientes con periodontitis crónica pueden tratarse mediante una fase higiénica meticulosa, sin precisar tratamiento quirúrgico adicional.

A lo largo de este capítulo hablaremos de los siguientes apartados:

- 1 Necesidad de un tratamiento periodontal.
- 2 Tipos de tratamiento periodontal.
- 3 Fases del tratamiento periodontal.

1 Necesidad de un tratamiento periodontal.

Las periodontitis constituyen una de las causas más importantes de pérdida de dentición, afectando a un 50-55% de la población. Dentro de los desórdenes periodontales, el 25% corresponde a periodontitis, y de éstas, el 80% a periodontitis crónica (Løe et al, 1992). Por todo ello, se pone de manifiesto la necesidad de establecer un diagnóstico precoz y tratamiento que evite la pérdida de inserción.

Respecto a la severidad de la periodontitis, en 1986, Løe y cols (1986) realizaron un estudio longitudinal en trabajadores de una plantación de té en Sri Lankan con alta prevalencia de periodontitis, quienes nunca habían recibido ningún programa de

higiene o terapia de soporte periodontal. Estos autores observaron, que en ausencia de cualquier tipo de tratamiento, el 81% de la población experimentaba una pérdida de inserción moderada (> 1 mm/año), siendo su edad media de 45 años. El 8% sufría una pérdida de inserción rápida (> 1.5 mm/año), siendo la edad media de los sujetos de 35 años. Y un último grupo (11% de la población) no mostraba ningún tipo de pérdida de inserción. El estudio concluye que la prevalencia de la enfermedad, no sólo es alta, si no que el 8% tiene una gran pérdida de inserción.

En 1984, Becker W and Becker BE realizaron otro estudio para valorar el comportamiento de la enfermedad periodontal en 3 grupos de pacientes: sin tratamiento, con tratamiento pero sin mantenimiento y un último grupo con tratamiento y mantenimiento. Estos autores encuentran que la pérdida de inserción en pacientes sin tratamiento era el triple que la observada en el tercer grupo, y que los pacientes tratados pero sin mantenimiento, perdían el doble de inserción que si seguían un mantenimiento.

2 Tipos de tratamiento periodontal.

- 2.1. Higiene oral.
- 2.2. Tartrectomía.
- 2.3. Raspado y alisado radicular.
- 2.4. Cirugía.

2.1. Higiene oral.

En el caso de existir bolsas periodontales (> 3 mm. de profundidad de sondeo), el mantener una buena higiene oral por parte del paciente, no va a ser suficiente para el control de la enfermedad periodontal. Aún aplicando técnicas de cepillado como la de Bass, el paciente, por sí solo, no va a poder remover la placa subgingival, sobre todo aquella existente en el fondo de la bolsa periodontal.

Estudios realizados en "boca partida", donde en un cuadrante se realizaban sólo técnicas de higiene, mientras que en el contiguo se le aplicaba además raspado y alisado radicular (RAR), han demostrado que aunque el índice de placa se reduce de igual forma en ambos casos, el tipo de bacterias eliminado con el RAR es preferentemente bacilos móviles y espiroquetas, aumenta la flora saprófita (cocos y bacilos Gram (+) y disminuyen los bacilos móviles y las espiroquetas (Tabla 1). Además, dicho RAR también mejora en mayor medida el índice gingival y la profundidad de sondeo (Tabla 2).

Tabla 1: Porcentaje de microorganismos presentes después de realizar una higiene oral sola o combinada con el RAR.

	EXAMENES (Semanas)	NO DETARTRADO	DETARTRADO
Células cocáceas + bacilos rectos.	0	41%	42%
	8	43%	82%
	25	39%	75%
Bacilos móviles + espiroquetas	0	55%	49%
	8	48%	13%
	25	51%	8%

Tabla 2: Variación en los índices de placa (IP) y gingival (IG) y en la profundidad de sondeo (PS) al aplicar higiene oral (HO) sola o combinada con raspado y alisado radicular (RAR).

TIEMPO	IP		IG		PS (mm.)	
	HO	RAR	HO	RAR	HO	AR
0 semanas	2	2	2	2	7	7
8 semanas	0	0	1	0.5	6.5	5.3
25 semanas	0	0	1.5	0	6.5	4.5

Por lo tanto, podemos concluir que las medidas de higiene tienen un efecto limitado en bolsas profundas, sólo controlando la enfermedad periodontal en su inicio.

2.2. Tartrectomía.

El cálculo dental constituye uno de los factores que más favorecen el acúmulo de la placa bacteriana y su remoción, de ahí que haya que ser eliminado para llevar a cabo un buen control de higiene. (Hablaemos con más detenimiento de esta fase en el capítulo 21).

2.3. Raspado y alisado radicular.

En un estudio realizado en 1500 noruegos, tratados con raspado y alisado radicular cada 3-6 meses, durante 5 años, se observó, que independientemente de que el paciente tuviera o no una buena higiene dental, tanto el grado de gingivitis, como la pérdida de inserción, disminuían tras el tratamiento: los pacientes con buena higiene al inicio de estudio, y una pérdida dentaria de 1 diente/año, después del tratamiento, reducía su grado de gingivitis y experimentaba una pérdida de inserción de 0.4 dientes/año. Por otro lado, los pacientes con mala higiene oral al inicio de la investigación, y una pérdida de 1.8 dientes/año; después del tratamiento reducían la inflamación gingival y la pérdida de dientes era de 0.9 dientes/año.

Por ello, podemos concluir que el tratamiento con raspado y alisado radicular, junto con un buen seguimiento del paciente, consigue mantener a los pacientes con bolsas sanos, independientemente del grado de inflamación e higiene que presente el paciente previo al tratamiento. Sin embargo, este tipo de tratamiento no siempre es efectivo al 100% (como veremos en el capítulo de raspado y alisado radicular), tiene sus limitaciones en: bolsas profundas mayores de 6 mm, caso de irregularidades en la superficie radicular como surcos o fisuras, cuando existe afectación de las bifurcaciones, o cuando el

acceso a la superficie radicular resulta dificultoso por la posición del diente.

2.4. Cirugía.

Podemos distinguir 2 tipos de cirugía:

2.4.1. Cirugía resectiva: se trata de la cirugía periodontal clásica, cuyo objetivo es la eliminación o disminución de las bolsas periodontales. Buscamos tener un mejor acceso a la raíz y una visión directa de la misma.

2.4.2. Cirugía mucogingival: busca mejorar las condiciones estéticas de la encía.

Ramfjord realizó una serie de estudios a largo plazo aplicando 3 técnicas quirúrgicas para el control de la bolsa periodontal: curetaje, colgajo de Widman modificado o colgajo reposicionado apicalmente. Este autor demostró que las 2 últimas técnicas tenían un resultado similar, mientras que con la 1ª (eliminación total de la bolsa) se obtenían peores resultados (mayor recesión y pérdida de inserción). Ramfjord llegó a la conclusión de que lo más importante tras el tratamiento periodontal es realizar un correcto seguimiento y mantenimiento del paciente.

Por lo tanto, podemos decir que si el paciente cumple con un adecuado control de higiene, sea cual sea la técnica quirúrgica que empleemos, se van a conseguir buenos resultados. Pero si el paciente no es sometido a un correcto programa de mantenimiento, su enfermedad periodontal recidivará y quedará peor que la principio del tratamiento; ya que toda cirugía lleva consigo una mayor recesión que el raspado y alisado radicular.

Decidiremos someter a un paciente a una cirugía periodontal, cuando, una vez realizada la fase higiénica (control de la placa, tartrectomía y raspado y alisado radicular), el paciente continúa con bolsas periodontales e inflamación

gingival; pero siempre y cuando, el paciente mantenga un correcto seguimiento y mantenimiento posterior.

3 Fases del tratamiento periodontal.

Todo tratamiento periodontal debe de seguir un protocolo reglado, el cual incluye las siguientes fases (fig.1):

- 3.1. Fase sistémica: donde se incluye, tanto el tratamiento de pacientes con enfermedades sistémicas concomitantes a la enfermedad periodontal, como el tratamiento sistémico de la enfermedad periodontal.
- 3.2. Fase higiénica o causal: donde se eliminarán todos aquellos factores, generalmente locales, que directa o indirectamente tengan que ver con la inflamación: placa, cálculo, caries, obturaciones desbordantes, coronas desajustadas, obturaciones no pulidas, exodoncia de dientes irrecuperables, ajuste oclusal, surcos radiculares, cemento rugoso no alisado, etc. Incluye enseñanza de higiene y motivación del paciente, tartrectomía y raspado y alisado radicular.
- 3.3. Fase correctora (fase quirúrgica + rehabilitadora): dirigida a desbridar bolsas residuales, mejorar la anatomía ósea y gingival, y llevar a cabo el tratamiento necesario para alcanzar la salud, función y estética adecuada a cada caso.
- 3.4. Fase de mantenimiento: su finalidad es conservar los resultados del tratamiento a través del esfuerzo conjunto profesional-paciente.

**En este capítulo desarrollaremos con detalle la fase sistémica, puesto que habrá un capítulo entero para hablar de cada una de las otras fases del tratamiento periodontal.*

3.1. Fase sistémica y de urgencia

3.1.1 Fase sistémica:

A Enfermedades sistémicas concomitantes.

- Pacientes diabéticos: estos pacientes presentan una mayor predisposición a padecer una periodontitis, debido a que sufren una microangiopatía que hace que puedan defenderse peor frente a la placa. Además, cuando la periodontitis está presente, controlan peor su diabetes. Debemos insistir en que vea a su médico y controle la glucosa.
- Pacientes con agrandamientos gingivales: debemos intentar que su médico les cambie la medicación por otra que no tenga este efecto secundario.
- Pacientes anticoagulados: debemos pedir una interconsulta y solicitar un informe de su cardiólogo donde nos diga la pauta a seguir (si sustituir el anticoagulante por heparina, suspender el anticoagulante, aplicar esponjas hemostáticas, antifibrinolíticos, etc.)
- Pacientes con riesgo de endocarditis bacteriana: pacientes que han sufrido una endocarditis bacteriana previa, portadores de prótesis de válvulas cardíacas, pacientes con bypass, portadores de marcapasos, etc., (fig. 2) deben tomar antibióticos una hora antes del tratamiento. (Fig. 3).
- Pacientes esplenectomizados, inmunodeprimidos, prótesis de cadera, etc., es preferible hacer profilaxis antibiótica, pero dependerá del criterio del especialista.

B Tratamiento sistémico de la enfermedad periodontal.

Generalmente no está indicado, aunque puede ser beneficioso en las periodontitis agresivas y en la gingivitis necrotizante.

Cada vez se acepta más que algunas formas de la enfermedad periodontal están relacionados con algunos tipos de microorganismos específicos, por ello es lícito pensar que el tratamiento a nivel sistémico de un antibiótico puede eliminar la bacteria, y por lo tanto, mejorar la enfermedad periodontal.

El uso local de antibióticos mediante fibras de tetraciclina o metronidazol, podría estar indicado ante bolsas profundas localizadas, que mantienen actividad inflamatoria a pesar del tratamiento mediante raspado y alisado radicular.

3.1.2 Tratamiento de urgencia.

En periodoncia existen 4 situaciones de urgencia:

A Gingivitis necrotizante:

En estos casos daremos en primer lugar antibióticos (metronidazol solo o asociado a espiramicina, durante una semana), analgésicos y mandaremos colutorios de clorhexidina para reducir o inhibir la placa mientras el paciente no se puede cepillar. El dolor suele remitir entre 24-48 horas.

En segundo lugar, eliminaremos los factores causantes: placa (tartrectomía y desbridamiento), tabaco y estrés.

B Abscesos periodontales.

También son muy dolorosos, y por eso es urgente tratarlos: una vez anestesiado el diente responsable, se

curetea y drena el absceso para disminuir la presión. A continuación se lava la zona con suero fisiológico y finalmente se prescribirán antibióticos y analgésicos.

C Movilidad dentaria cuando es dolorosa.

Normalmente, una movilidad dentaria llega a ser dolorosa cuando limita la función masticatoria, es decir, cuando la pérdida de inserción es tal que la longitud de la corona clínica supera a la de la raíz. Generalmente, se trata de una movilidad de grado 3, por lo que está indicada la extracción. En el caso de que la movilidad fuera menor, se podría ferulizar.

D Síndrome de la papila.

Se produce como consecuencia de la impactación de un cuerpo extraño en el espacio interproximal: alimentos, restos de mondadientes, material de impresión, etc.

Su clínica se caracteriza por dolor y edema papilar, originando en ocasiones un diastema dentario.

Su tratamiento consistirá en el desbridamiento, raspado de la zona y eliminación del cuerpo extraño.

Fig. 1: Protocolo de tratamiento periodontal.

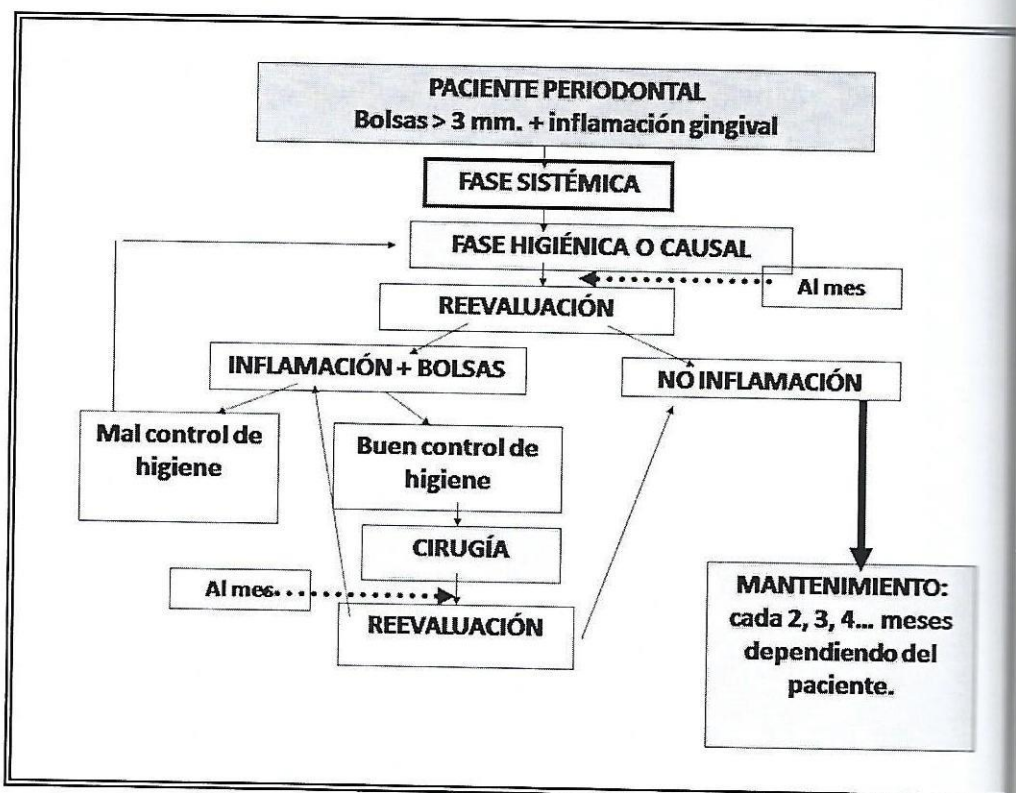


Fig. 2: Enfermedades con riesgo de endocarditis bacteriana.

■ Profilaxis de endocarditis bacteriana: <u>Antecedentes clínicos de alto riesgo:</u> ■ Endocarditis bacteriana previa. ■ Válvulas protéticas cardíacas, incluyendo bioprotéticas, y válvulas "homograph". ■ Enfermedades congénitas cianótica. ■ Intervenciones quirúrgicas de desvíos, conductos sistema-pulmonares. <u>Antecedentes clínicos de riesgo moderado:</u> ■ Valvulopatía cardíaca. ■ Otras malformaciones cardíacas. ■ Disfunciones valvulares adquiridas (por ejemplo enfermedad reumática cardíaca: fiebre reumática) ■ Prolapso de válvula mitral con regurgitación. ■ Cardiopatías congénitas. ■ Hidrocefalia tratada con shunt ventrículo-atrial. ■ By-pass arteriales recientes (<6 meses). ■ Pacientes sometidos a hemodiálisis. ■ Marcapasos.

Fig. 3: Pautas de profilaxis antibiótica para la endocarditis bacteriana.

<u>PROFILAXIS ANTIBIÓTICA</u> • <u>No alérgicos a penicilina:</u> – Adultos: 2g AMOXICILINA* v.o. (vía oral) 1 h. antes del tto. – Niños: 50 mg/Kg v.o. de peso 1 h. antes. *IM (intramuscular) ó IV (intravenosa) AMPICILINA 2g. (50mg/ kg.) (30' antes) • <u>Alérgicos a penicilina:</u> – Adultos: CLINDAMICINA* (600 mg.); AZITROMICINA CLARITROMICINA (500 mg.) 1h. antes del tto. – Niños: CLINDAMICINA* (20 mg./kg de peso) AZITROMICINA ó CLARITROMICINA (15 mg/kg de peso). *IM (30' antes) Ó IV (inmediatamente).
--

Bibliografia:

- Løe H, Anerud A, Boysen H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity and extent of gingival recession. *J Periodontol* 1992; 27: 97-100.
- Loe H, Anerud A, Boysen H, Morrison E. Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. *J Clin Periodontol*. 1986; 13(5):431-45.
- Becker W, Becker BE, Berg LE. Periodontal treatment without maintenance. A retrospective study in 44 patients. *J Periodontol*. 1984; 55(9):505-9.
- Lovdal A, Arno A, Schei O, Waerhaug J. Combined effect of subgingival scaling and controlled oral hygiene on the incidence of gingivitis. *Acta Odontol Scand*. 1961; 19:537-55.
- Ramfjord SP. Longitudinal evaluation of periodontal therapy. *Quintessence Int*. 1981; 12(1):43-8.
- Ramfjord SP. Surgical pocket therapy. *Int Dent J*. 1977; 27(3):263-9.