

Arturo Sánchez Pérez



PERIODONCIA



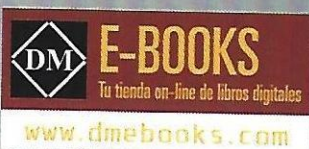
DIEGO MARÍN
LIBRERO EDITOR

ISBN: 978-84-15429-86-9



9 788415 429869

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



DIEGO MARÍN
LIBRERO EDITOR

Capítulo 30: MANTENIMIENTO PERIODONTAL

Prof. Dra. M^a José Moya Villaescusa

Objetivos:

- Tener conocimientos sobre la prevención o reducción de la recurrencia y progresión de la enfermedad periodontal (gingivitis, periodontitis o periimplantitis).
- Saber prevenir o reducir la incidencia de la pérdida dental mediante su monitorización.
- Conocer la forma de diagnosticar y tratar precozmente otras enfermedades que se localicen en la cavidad oral.

Contenidos

Tal y como hemos demostrado a lo largo de este curso, existe una relación causa-efecto entre el acúmulo de placa bacteriana y la presencia de enfermedades periodontales. Por lo tanto, su tratamiento está dirigido tanto a la eliminación de esta placa, como de los detritos acumulados en las superficies dentales.

Los estudios clínicos de los efectos a largo plazo del tratamiento de la periodontitis demuestran que la fase de mantenimiento, es una parte integral del tratamiento, resultando esencial para la conservación a largo plazo de la salud de nuestros pacientes.

El Tercer Taller Mundial de la Academia norteamericana de Periodontología (1989) denominó a esta fase “terapia periodontal de apoyo” (TPA) y en 1998, la Academia Americana de Periodoncia la define como “una extensión de la terapia periodontal, procedimientos realizados a intervalos establecidos para ayudar al paciente periodontal en el mantenimiento de la salud oral”.

Dicha terapia se sustenta en la naturaleza crónica de la enfermedad periodontal, la capacidad recolonizadora de las superficies dentales por parte de la placa bacteriana y en la incapacidad de los seres humanos para mantener la cavidad oral libre de placa.

En el capítulo que nos ocupa hablaremos de siguientes apartados:

1. Bases científicas sobre la necesidad de la TPA.
2. Protocolo clínico de actuación.
3. Motivación.

1 Bases científicas sobre la necesidad de la TPA.

En 1971, Suomi y cols, realizaron un estudio en 1248 individuos que habían recibido tratamiento periodontal. Dividieron la muestra en 2 grupos: En el primero de ellos reforzaron la motivación para el control de placa y profilaxis cada dos meses el primer año, cada tres el segundo y cada cuatro el tercer año; mientras que el segundo grupo sólo fue explorado una vez al año, sin recibir tratamiento de mantenimiento o motivación. Los resultados mostraron una pérdida de inserción clínica de 0.03 mm./ año en el primer grupo y de 0.1 mm / año en el segundo.

Nyman y cols (1977), mostraron en un estudio que los pacientes tratados por enfermedad periodontal avanzada con técnicas quirúrgicas, pero no incorporados a un programa de mantenimiento supervisado, presentaban recaídas de la periodontitis, incluyendo pérdida de inserción con un ritmo de tres a cinco veces superior al documentado para el progreso natural de la enfermedad periodontal.

Kerr (1981) dio más pruebas de la probabilidad de recaída en pacientes no sometidos a una TPA. Cinco años después de un tratamiento con éxito, el 45% de los pacientes presentaban situaciones periodontales similares a su estado antes del tratamiento.

Por todo ello, “la terapia de mantenimiento a largo plazo es un imperativo necesario para mantener la salud periodontal estable” (Caffesse RG, 1990).

2 Protocolo clínico de actuación:

Lo más importante a la hora de instaurar un programa de mantenimiento óptimo es que el paciente valore la necesidad de mantener los resultados del tratamiento periodontal a largo plazo.

Dicho programa constará de las siguientes fases (fig. 1):

2.1. Previo a la visita:

2.1.1. Revisión del historial del paciente: Se debe repasar el historial médico del paciente por si tenemos que tener algún tipo de precaución como el riesgo de endocarditis bacteriana. También resulta útil revisar si el paciente cumple con las recomendaciones dadas (higiene oral, citas, etc.).

2.2. Durante la visita:

2.2.1. Actualizar la historia médica y dental: Debemos anotar cualquier enfermedad o tratamiento que haya sufrido el paciente desde la última visita.

2.2.2. Hablar con el paciente: Es interesante anotar todos los comentarios de paciente acerca de cómo se encuentra, cómo nota sus encías, si nota que le sangren, si nota los dientes más fuertes, si ha dejado de fumar.

2.2.3. Diagnóstico: Para llegar al diagnóstico sobre el estado actual del paciente, debemos examinar al paciente tanto extraoral como intraoralmente. Este diagnóstico nos permitirá establecer el tipo de tratamiento que precisa y valorar el resultado de los tratamientos anteriores.

A. A nivel extraoral examinaremos la cabeza y cuello en busca de lesiones cutáneas o adenopatías.

B. A nivel intraoral examinaremos en primer lugar los tejidos blandos, anotando o no la presencia de flemones periodontales, fístulas u otras lesiones de la mucosa oral.

Desde el punto de vista dental nos interesa la aparición de nuevas caries, restauraciones, exodoncias,

endodoncias, prótesis, facetas de desgaste, migraciones y el tipo de oclusión.

En cuanto al examen periodontal, realizaremos una reevaluación del paciente (fig.1), anotando la actual profundidad de sondeo de todos los dientes de la boca (6 superficies/diente), la presencia de recesiones (mm.), el grado de higiene del paciente según el índice de higiene de Lindhe, 1982 (4 superficies/diente) y la presencia o ausencia de sangrado transcurridos 30 segundos del sondeo.

Aunque no disponemos de pruebas diagnósticas de pérdida de inserción futura; sí de destrucción pasada El porcentaje de zonas con sangrado al sondeo indica el riesgo del paciente de que progrese la enfermedad. Los pacientes con porcentajes menores al 10% presentan un riesgo bajo, mientras que si el porcentaje es superior al 25%, el riesgo es alto.

La ausencia de sangrado al sondaje indica estabilidad, a excepción de los pacientes fumadores donde, debido al efecto de la nicotina sobre las encías, éstas no sangran. En estos pacientes debemos valorar la existencia o no de pérdida de inserción, acortando las citas de mantenimiento.

No podemos afirmar que una zona con sangrado al sondeo vaya a perder soporte irremediablemente. Los estudios sobre sangrado al sondeo han demostrado que las bolsas que sangran en cuatro visitas consecutivas tienen un riesgo del 30% de perder inserción, mientras que las que sangran en una de las cuatro visitas tienen un riesgo del 3%. Sin embargo, todas estas zonas con sangrado al sondeo deben ser instrumentadas subgingivalmente para reducir al mínimo la pérdida de inserción.

Otro tipo de exploraciones complementarias incluirían radiografías (para valorar el tejido óseo remanente o lesiones periapicales), análisis

microbiológicos y análisis genéticos. Estas 2 últimas en caso de periodontitis agresivas, refractarias al tratamiento.

Fig. 1: Esquema del protocolo de actuación en las visitas de mantenimiento del paciente periodontal.

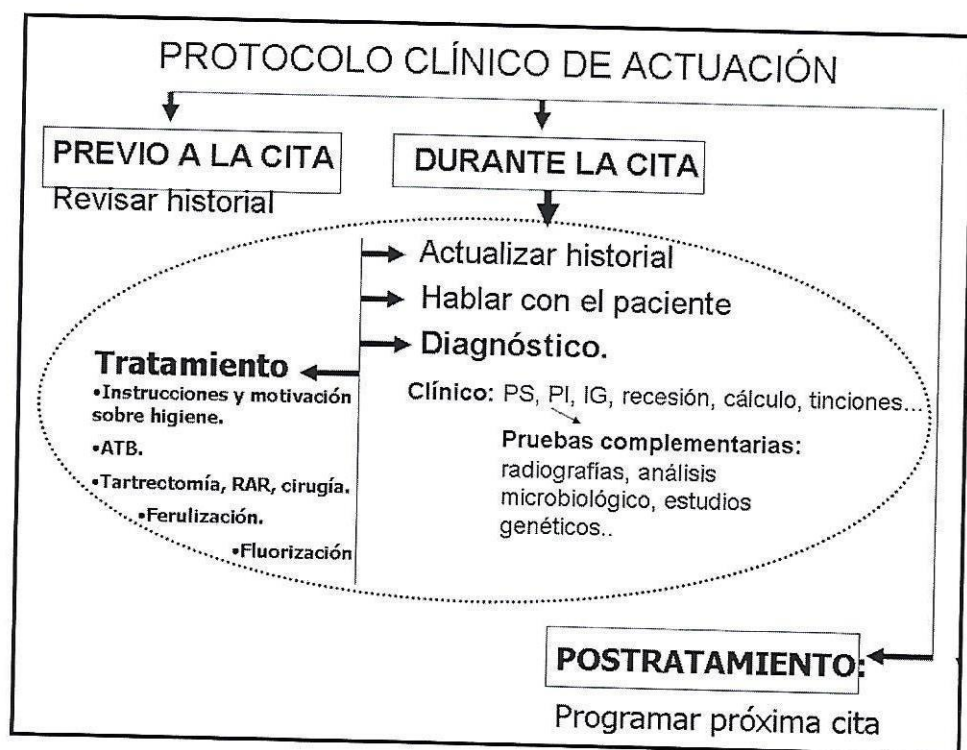


Fig. 2: Esquema del periodontograma a rellenar en la reevaluación y visitas de mantenimiento del paciente.

Diente	Sondeo		Recesiones		Bifurcación	Movilidad	C	D	E
	V	P	V	P					
17									
16									
15									
14									
13									
12									
11									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
37									
36									
35									
34									
33									
32									
31									
41									
42									
43									
44									
45									
46									
47									

2.2.4.Tratamiento

Una vez diagnosticado el estado actual del paciente, debemos reinstruir y reinstrumentar los sitios en riesgo identificados en el examen periodontal. Algunos sitios reinfectados pueden requerir un tratamiento posterior, entre los que destacan:

- A Instruir y motivar sobre medidas de higiene oral: Para prevenir las reinfecciones, se deben reducir las bacterias de toda la cavidad oral. En este aspecto, debemos diferenciar entre pacientes que no se cepillan de los que no saben, ya que estos últimos suelen tener interés, por lo que será fácil corregir su técnica. Las zonas que más frecuentemente aparecen sin cepillar son los espacios interproximales. Sin embargo, esta reinstrucción de los pacientes no suele ser suficiente para que éstos lleven a cabo un buen control de la placa bacteriana, hay que motivarlos repetidamente, como veremos en otro apartado de este capítulo.
- B Tartrectomía y pulido posterior: En caso de que el paciente tenga cálculo supragingival acumulado o tinciones extrínsecas.
- C Raspado y alisado radicular: se realizará únicamente en las superficies dentales donde se detecte la presencia de cálculo subgingival y en aquellas bolsas periodontales mayores o iguales a 4mm. que presenten signos de inflamación (supuración o sangrado al sondeo).
- D Cirugía: Se llevará a cabo en aquellas bolsas periodontales mayores o iguales a 6 mm. con signos de inflamación y siempre y cuando el paciente tenga buena higiene oral.
- E Prescripción de antibióticos: El uso rutinario de antimicrobianos no está indicado. Como ya dijimos en temas anteriores, las bacterias periodontopatógenas subgingivales se organizan en biofilms, resistiendo a la

acción de los antisépticos orales. Además, los antisépticos en forma de colutorios orales, no suelen llegar a las bolsas más profundas, ni a las furcas estrechas, como tampoco pueden destruir a las bacterias con capacidad de invadir los tejidos como el *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. Prescribiremos antibióticos por vía sistémica en aquellos casos de periodontitis refractarias al tratamiento.

- F Ferulización periodontal: se realizará en dientes con movilidad 1 ó 2 (nunca 3), que dificulten la función masticatoria normal del paciente. Para poder llevarse a cabo, los dientes no deben de estar inflamados. Los materiales a utilizar pueden ser fibras de vidrio o alambres, fijados con composite, o incluso puentes fijos fabricados con los materiales existentes en el mercado: metal, metal-porcelana, zirconio, etc.
- G Fluorización: Entre los efectos secundarios del tratamiento periodontal destacan la pérdida del cemento acelular radicular y la recesión que suelen ir acompañados de sensibilidad. Este síntoma, difícil de combatir, remite en muchas ocasiones con la aplicación de barnices, cubetas de flúor, o mediante el uso continuado de pastas, geles y/o colutorios desensibilizantes como Desensin®, Sensikin®, Sensilacer®, etc. En otras ocasiones, cuando los síntomas no remiten, nos veremos obligados a realizar tratamientos más agresivos como la endodoncia.

Además, estas fluorizaciones ayudarán a prevenir la posible aparición de caries radiculares.

2.3. Postratamiento:

Una vez realizado el tratamiento pertinente, debemos programar la próxima cita. Todos los pacientes sometidos a mantenimiento deben abandonar la consulta con una nueva

cita. Los intervalos de tiempo serán individualizados, y dependerán: del control de higiene del paciente, del grado de inflamación (susceptibilidad individual) y de las pérdidas de inserción.

El periodo máximo recomendado para volver a ver al paciente periodontal es de 3-6 meses. Algunos autores proponen utilizar el porcentaje de puntos con sangrado al sondeo como ayuda a la hora de determinar la frecuencia de las visitas de mantenimiento. De manera que si el número de sitios con sangrado es inferior al 16%, se espaciarán las visitas a un mes más del periodo transcurrido desde la última visita. Si las zonas con sangrado son superiores al 16%, se acortará dicho período en un mes.

Los últimos estudios estadísticos realizados muestran que sólo el 17% de los pacientes cumple con la frecuencia recomendada, empeorando a medida que aumentan los años postratamiento. Por ello, resulta muy importante motivar a los pacientes en cada visita.

3 Motivación

La motivación la podemos definir como un proceso por el cual tratamos de reforzar hábitos y de la necesidad de adquisición o modificación de los mismos para el mantenimiento a largo plazo del estado de salud periodontal conseguido tras el tratamiento.

Este proceso lo podemos dividir en las siguientes fases:

3.1. Información.

El paciente debe conocer lo que le pasa, la etiología de la enfermedad periodontal, los signos y síntomas que la acompañan, las fases del tratamiento periodontal y que al ser una enfermedad crónica, precisa de un mantenimiento de por vida. Tal información se debe dar pausadamente, con pequeñas paradas, siendo una comunicación no sólo verbal y transmitiendo confianza al paciente. Para ello, no debemos

llevar guantes ni mascarilla y tenemos que mostrar que nos preocupa.

3.2. Modificación de hábitos.

Establecer unos hábitos de higiene oral en adultos es un proceso educativo que implica cambios en la actitud del individuo que llevarán a un cambio en su conducta. Estos cambios dependerán de factores como el estilo de vida, de los hábitos establecidos, de la edad del paciente, género, los tipos de tratamientos recibidos, nivel socioeconómico, distancia del lugar de residencia a la clínica, deficiencias sensitivas y/o motoras, etc. Por ello, resulta una tarea bastante complicada.

Debemos dar a la higiene oral un carácter terapéutico. Un procedimiento por pasos donde el paciente explica en primer lugar su técnica y a continuación le explicamos nosotros la técnica correcta sobre un modelo. Después, el paciente tiñe su placa con el uso de un revelador y se vuelve a cepillar, insistiendo en aquellas zonas que aparecen coloreadas. Resulta importante insistir en la higiene interproximal. Al terminar la sesión daremos al paciente un manual o guía sobre higiene oral.

En este proceso de modificación de hábitos, el miedo no es una buena estrategia. Resulta más efectivo buscar aspectos positivos en el paciente como que los dientes están más firmes, que ya no le sangran, ya no tiene mal aliento, mostrar su mejoría en el control de la placa, etc.

Bibliografía:

- Lindhe J, Karring T, Lang P. Periodontología clínica e implantología odontológica. Madrid: Ed Médica Panamericana; 2001.
- Echeverría García J. Manual SEPA de PERIODONCIA y terapéutica de implantes. Fundamentos y guía práctica. Madrid: Ed Médica Panamericana; 2005.

- Noguerol Rodríguez B, Llodra Calvo JC, Teixeira Rebelo H, Echeverría García J, Sanz Alonso M. et al. 1º Workshop ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ed ergon; 2003.
- Nyman S, Lindhe J, Rosling B. Periodontoal sugerí in plaque-infected dentitions. Journal Clinical Periodontology 1977; 4: 240-9.
- Kerr NW. Treatment of chronic periodontitis. 45% failure rate. British Dental Journal 1981; 150: 222-4.