

132



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Volvo
[Signature]
[Signature]

EFFECTO DE LA TERAPIA PERIODONTAL EN UNA PACIENTE CON PERIODONTITIS RAPIDAMENTE PROGRESIVA

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANA DENTISTA PRESENTAN:
MA. DEL CARMEN LOZANO DIAZ
MAGALI MIRANDA CLAVIJO

DIRECTOR: C.D.M.O. ISMAEL FLORES SANCHEZ
ASESORA: C.D.M.O. ALMA AYALA PEREZ

MEXICO, D. F.

ENERO DEL 2000.

273847





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS:

C.D.M.O. ISMAEL FLORES SÁNCHEZ.

LE AGRADECEMOS SU VOLUNTAD, DEDICACIÓN ,
Y PACIENCIA QUE OFRECIÓ EN NUESTRA TESINA , SIENDO
DE GRAN IMPORTANCIA PARA NOSOTRAS; DEMOSTRANDO
ASÍ SU EMPEÑO E INTERÉS.

GRACIAS POR SU AMISTAD.

C.D.M.O. ALMA AYALA PÉREZ.

GRACIAS POR SU APOYO, ORGANIZANIZACIÓN É
INTERÉS QUE MOSTRÓ EN EL TRANCURSO DE ESTE
SEMINARIO DE PERIODONCIA Y POR SU APORTACIÓN
EN LA ELABORACIÓN DE ESTE TRABAJO.

GRACIAS POR SU ENTUSIASMO.

DEDICATORIAS:

A DIOS:

GRACIAS POR GUÍARME DURANTE EL CAMINO DE MI VIDA, BRINDÁNDOME SALUD, PACIENCIA, EMPEÑO Y SEGURIDAD. Y ASÍ, EN UN FUTURO SEGUIR ADELANTE SIEMPRE CONTIGO.

A MIS PAPÁS:

GRACIAS A USTEDES DOS, YA QUE HAN ESTADO SIEMPRE A LO LARGO DE MÍ VIDA APOYÁNDOME, EN TODOS LOS ASPECTOS Y DEMOSTRANDOME ANTE TODO SU CARIÑO, CONFIANZA Y SEGURIDAD EN MÍ, DE LO CUAL, ESTOY ORGULLOSA DE QUERERLOS EN TODO MOMENTO.

A MI HERMANO EDUARDO:

GRACIAS POR ESTAR A MI LADO, YA QUE JUNTOS QUIERO QUE SIGAMOS APRENDIENDO Y COMPARTIENDO EXPERIENCIAS A LO LARGO DEL TIEMPO.

A L. C.D.M.O. RICARDO MEDELLÍN FUENTES:

LO ADMIRO Y ESTIMO PORQUE ME ENSEÑÓ Y DEMOSTRÓ CON SU ACTITUD A QUERER ESTA PROFESIÓN, MOTIVÁNDOME A PREPARARME CADA VEZ MÁS CON DEDICACIÓN, ESFUERZO, RESPONSABILIDAD Y CONFIANZA EN UNO MISMO. CONTANDO CON SU AMISTAD Y APOYO.

MA. DEL CARMEN LOZANO DÍAZ.

DEDICATORIAS:

A DIOS:

A TÍ SEÑOR POR ESTAR CONMIGO DESDE SIEMPRE,
POR SER MI MEJOR AMIGO Y COMPARTIR MIS ALEGRÍAS,
SUEÑOS Y ANHELOS; YA QUE TODAS LAS METAS QUE NOS
PROPONEMOS LAS HEMOS LOGRADO JUNTOS. GRACIAS
POR ENSEÑARME DE TU VIDA Y COMPARTIR TU GRAN
AMOR, LO CUAL GENERA EN MI VIDA UNA DULCE BENDICIÓN.

A MIS PAPÁS:

LAS PERSONAS MÁS ESPECIALES E INCONDICIONALES
DE MI CORAZÓN, QUE CON SU AMOR Y DEDICACIÓN HAN HE-
CHO DE MÍ UN SUEÑO REAL.

A MIS HERMANAS:

POR SU ALEGRÍA Y ENTUSIASMO, PORQUE JUNTAS
HEMOS LOGRADO Y APRENDIDO MUCHAS COSAS. GRACIAS
POR HACER QUE MI VIDA SEA MÁS FELÍZ CON SU PRESENCIA.

MAGALI MIRANDA CLAVIJO.

ÍNDICE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.

CAPÍTULO 1 :

ANTECEDENTES.

PERIODONTITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA

*DEFINICIÓN_____	1
*FACTORES PREDISPONENTES_____	1
*CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS_____	2
*CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS_____	3
*CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS_____	3
*CARACTERÍSTICAS INMUNOLÓGICAS_____	5

CAPÍTULO 2 :

TERAPIA PERIODONTAL_____ 7

TERAPIA NO QUIRÚRGICA_____ 10

***CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA_____** 11

***REMOCIÓN DE PLACA DENTOBACTERIANA**

Y CÁLCULO DENTAL_____ 12

***EFECTOS DEL CEPILLADO Y AUXILIARES_____** 13

TÉCNICAS DE CEPILLADO.

1-TÉCNICA DE BASS_____ 14

2-TÉCNICA ROTATORIA Ó DE BARRIDO_____ 14

3-TÉCNICA DE CHARTERS_____ 14

4-TÉCNICA DE FONES_____ 14

5-TÉCNICA DE STILLMAN.	15
6-TÉCNICA DE STILLMAN MODIFICADA	15
MÉTODOS AUXILIARES.	16
RASPADO Y ALISADO RADICULAR.	
*RASPADO RADICULAR.	16
*ALISADO RADICULAR.	16
*OBJETIVOS.	16
*INDICACIONES.	16
*LIMITACIONES.	17
*EFECTOS Ó BENEFICIOS.	17
*REVALORIZACIÓN.	18
TERAPIA QUIRÚRGICA.	
CIRUGÍA DE DEBRIDACIÓN POR COLGAJO.	
*OBJETIVOS.	19
COLGAJO REPOSICIONADO LATERALMENTE.	
*OBJETIVO.	20
*INDICACIÓN.	20
*CONTRAINDICACIÓN.	20
*VENTAJAS.	20
INJERTOS ÓSEOS.	
a)OSTEOGÉNICOS.	21
b)OSTEOINDUCTORES.	21
c)OSTEOCONDUCTORES.	21
TIPOS DE INJERTO.	
a)AUTOINJERTOS.	22

b)ALOINJERTOS._____ 22

c)INJERTOS ALOPLÁSTICOS._____ 23

REGERACIÓN TISULAR GUÍADA.

*APLICACIONES._____ 24

*TIPOS DE MEMBRANA._____ 26

TERAPIA PERIODONTAL DE SOPORTE._____ 26

*OBJETIVOS._____ 28

CAPÍTULO 3

TERAPIA ANTIMICROBIANA._____ 30

ANTIBIÓTICOS UTILIZADOS EN LA ACTUALIDAD PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

*PENICILINA._____ 30

*TETRACICLINA._____ 31

*CLINDAMICINA._____ 32

*ERITROMICINA._____ 33

*METRONIDAZOL._____ 33

ANTISÉPTICOS._____ 34

*YODO._____ 35

*CLORHEXIDINA._____ 35

*TRICLOSÁN._____ 36

*TRICLOSÁN Y ZINC._____ 38

*FENOLES ANTISÉPTICOS._____ 38

CAPÍTULO 4

REPORTE CASO CLÍNICO. _____	40
1-INSTRUCCIONES DE HIGIENE. _____	41
2-ELIMINACIÓN DE CÁLCULO Y PULIDO DENTAL. _____	41
3-RASPADO Y ALISADO RADICULAR DE TODA LA DENTICIÓN. _____	42
4-CIRUGÍA PERIODONTAL COMBINADA CON LA COLOCACIÓN DE INJERTOS ÓSEOS Y/O MEMBRANA DE REGENERACIÓN TISULAR GUÍADA. _____	42
5-TERAPIA PERIODONTAL DE SOPORTE _____	45

FIGURAS.

*FICHA DEL PERIODONTOGRAMA (JUN-97). _____	I
*FICHA DEL CONTROL DE PDB (JUN-97). _____	II
*CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (JUN-97). -FRENTE. _____	III-A
-LATERAL. _____	III-B
*CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS (JUN-97). -ZONA ANTERIOR SUP. E INF. _____	IV-A
-ZONA POSTERIOR SUP. E INF. IZQUIERDA. _____	IV-B
-ZONA POSTERIOR SUP. E INF. DERECHA. _____	IV-C
*CIRUGÍA DE INJERTO ÓSEO (21,22 y 23). _____	V
*COLGAJO REPOSICIONADO LATERAL . (22 y 23). -INCISIÓN. _____	VI-A
-COLGAJO _____	VI-B
-SUTURA. _____	VI-C

*FERULIZACIÓN	
-ZONA ANTERIOR _____	VII-A
-LATERAL IZQUIERDO _____	VII-B
-LATERAL DERECHO _____	VII-C
*RADIOGRAFÍAS DEL TRATAMIENTO ENDODÓNTICO	
-INCISIVOS CENTRALES Y LATERAL DERECHO _____	VIII-A

CAPÍTULO 5

RESULTADOS DE LA TERAPIA PERIODONTAL ___47

FIGURAS:

*FICHA DEL PERIODONTOGRAMA (NOV-97) _____	IX
*FICHA DEL PERIODONTOGRAMA (OCT-99). _____	X
*FICHA DE CONTROL DE PDB (NOV-97) _____	XI
*FICHA DE CONTROL DE PDB (OCT-99). _____	XII
*SERIE RADIOGRÁFICA ACTUAL (OCT-99).	
-ZONA ANTERIOR. _____	XIII-A
-ZONA POSTERIOR SUP. E INF. IZQUIERDA. _____	XIII-B
-ZONA POSTERIOR SUP. E INF. DERECHA. _____	XIII-C

CONCLUSIONES. _____	52
----------------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA. _____	55
----------------------------	-----------

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En la presente tesina que se desarrolla en el área Odontológica, involucrando la especialidad de Periodoncia, se aborda como tema principal la respuesta a la Terapia Periodontal en una paciente con una de las enfermedades más sobresalientes llamada Periodontitis Rápidamente Progresiva, abarcando sus antecedentes, aspectos etiológicos, manifestaciones clínicas y características microbiológicas, así como el reporte del caso clínico desde su diagnóstico, su terapéutica no quirúrgica, quirúrgica, de soporte y antibiótica hasta su revalorización.

El periodonto es un grupo de tejidos que soportan los dientes, se compone de encía, ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar. El periodonto está sujeto a variaciones morfológicas y funcionales así, como cambios por la edad.

La periodontitis es el tipo más común de enfermedad periodontal producida por la extensión de la inflamación iniciada en la encía hacia los tejidos periodontales de soporte.

El problema fundamental de la enfermedad periodontal radica en su naturaleza destructiva .

El tratamiento de la enfermedad periodontal requiere la interrelación de la atención del periodonto con otras fases de la Odontología. El concepto

de tratamiento integral abarca cuatro objetivos terapéuticos diferentes para cada paciente según sus necesidades.

1-TEJIDOS BLANDOS.

Eliminación de la inflamación gingival y de los factores que conducen a ella (acúmulo de placa), restauraciones inadecuadas, áreas de impactación alimentaria, establecimiento del contorno gingival, restauración de caries, corrección de márgenes de restauraciones ya existentes, etc.

2-ASPECTOS FUNCIONALES.

Establecimiento de relaciones oclusales óptimas para toda la dentadura. Una relación oclusal óptima es aquella que proporciona la estimulación funcional necesaria para preservar la salud periodontal.

Para conseguirla se requiere ajuste oclusal, procedimientos restauradores protésicos y ortodónticos, ferulización y la corrección de hábitos de bruxismo.

3-ASPECTOS SISTÉMICOS.

Van a ser los complementos sistémicos del tratamiento local y las precauciones especiales en el manejo del paciente impuestas por sus condiciones sistémicas.

4-MANTENIMIENTO DEL CASO.

Abarca todos los procedimientos para mantener la salud periodontal, una vez que ha sido conseguida. Consiste en el reforzamiento de la higiene bucal, citas del paciente a intervalos regulares para controlar el estado del periodonto, el estado de las restauraciones dentales y la conveniencia de poder realizar ajustes oclusales y radiográficas de control.

Es importante el conocimiento de los fenómenos clínicos relacionados con los cambios tisulares subyacentes así como la comprensión de la naturaleza biológica de las respuestas periodontales.

La microbiología de la enfermedad periodontal ha recibido considerable atención en los años recientes, gracias a los avances en investigaciones de gérmenes libres, terapéuticas antibióticas y aplicaciones inmunológicas.

La meta del plan de tratamiento es la combinación de todos los procedimientos terapéuticos con la finalidad de crear una dentadura que funcione bien en un medio ambiente periodontal sano .

La gran cantidad de información en relación con la naturaleza de la enfermedad periodontal y su tratamiento procede de los esfuerzos clínicos y de los investigadores.

CAPÍTULO

1

ANTECEDENTES.

PERIODONTITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA.

El término Periodontitis Rápidamente Progresiva fué establecido por Page y col. en 1983, para denominar una forma de periodontitis que comunmente ocurre en adultos jóvenes entre los 20-35 años de edad, afectando la dentición permanente.

La Periodontitis Rápidamente Progresiva fué clasificada por la American Academy of Periodontology en 1989, conjuntamente con la Periodontitis Pre-Puberal y Periodontitis Juvenil con el nombre genérico de Periodontitis de Inicio Precoz ó Temprano (Caton, 1989). (1).

DEFINICIÓN.

La Periodontitis Rápidamente Progresiva es una infección gingival fulminante ocasionada por un espectro limitado de microorganismos *anaerobios, gram negativos*, dando como consecuencia lesiones muy activas con pérdida de inserción en sitios específicos en los que se presenta evidencia radiográfica de destrucción ósea muy rápida. (1).

FACTORES PREDISPONENTES.

Varias enfermedades sistémicas parecen predisponer a la Periodon-

titis Rápidamente Progresiva entre ellas se encuentran Diabetes Mellitus Tipo 1, Síndrome de Down, Síndrome de Papillon Lefevre, Neutropenia, Síndrome de Chediak- Higashi, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) entre otras (Page y col. 1983, Caton 1989).

Es muy posible que haya complicaciones genéticas de ésta enfermedad (Nishimura y col. 1990). (1).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Page y col. seleccionaron pacientes para ilustrar esta condición clínica diferente e informaron las características clínicas, radiográficas y de laboratorio encontradas. Se constató que las lesiones son generalizadas, afectando la mayoría de los dientes, sin un patrón consistente de distribución. La velocidad de destrucción es muy rápida ocurriendo pérdida del hueso alveolar en pocas semanas ó meses (Page y col. 1983, Caton 1989).

En la Periodontitis Rápidamente Progresiva se puede ó no observar inflamación gingival aguda.

La formación de bolsas periodontales comienza con un cambio inflamatorio en la pared del tejido conjuntivo del surco gingival originado por la placa dentobacteriana. El exudado inflamatorio celular causa la degeneración del tejido conjuntivo circundante incluyendo las fibras gingivales. (1,2).

Page y col. 1983, describieron una fase activa de la enfermedad, en

la cual ocurre destrucción periodontal que puede continuar con una fase - inactiva persistiendo por un periodo indefinido pudiendo volver la actividad de la enfermedad.

La Periodontitis Rápidamente Progresiva se presenta algunas veces acompañada de manifestaciones sistémicas como pérdida de peso, depresión y malestar general. Algunos pacientes aunque no todos, presentan previamente Periodontitis Juvenil (Page y col. 1983). (1).

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.

Radiográficamente se presenta una destrucción generalizada y la pérdida ósea es muy variada ya sea, horizontal ó vertical y es posible observar destrucción en un periodo corto de tiempo.

Ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal. (1).

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS.

Page en 1983, estudió la microbiota asociada a la bolsa periodontal en esta enfermedad y como patógenos importantes encontraron :

Bacilos asacarolíticos anaeróbicos.

Gram negativos : bacteroides, actinobacillus y capnocytophaga.

Por otro lado, Kama y col. en 1994, relacionaron las especies microbianas con los siguientes parámetros clínicos :

a) Profundidad de bolsa periodontal mayor de 6mm. encontrando :

Porphyromonas gingivalis, *Bacteroides forsythus* y *Prevotella intermedia*.

b) Bolsas periodontales que sangraron en el momento de sondear se encontraron :

Prevotella intermedia, *Selenomonas sputigena* y *Campylobacter*.

c) Bolsas periodontales en el momento de sondear sin presentar sangrado encontraron :

Streptococcus sanguis, *actinobacillus actinomycetemcomitans* y *Bacteroides forsythus*.

d) Bolsas periodontales con supuración se encontraron :

Prevotella intermedia, *Capnocytophaga ochracea* y *Actinobacillus actinomycetemcomitans*.

e) Bolsas periodontales sin supuración encontraron :

Fusobacterium nucleatum. (2).

Kama y col. en 1995, estudiaron la microbiota en pacientes con lesiones periodontales leves, moderadas y severas en Periodontitis Rápidamente Progresiva encontrando lo siguiente :

a) Lesiones leves :

Streptococcus, *Actinomyces*, *Capnocytophaga ochracea* y *veillonella parvula*.

b) Lesiones moderadas :

Bacteroides forsythus, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Fusobacterium nucleatum* y *Capnocytophaga ochracea*.

c) Lesiones severas :

Porphyromona gingivalis, *Bacteroides forsythus*, *Fusobacterium nu-*

cleatum, *Actinobacillus actinomycetemcomitans* y *Campylobacter*. (3).

CARACTERÍSTICAS INMUNOLÓGICAS.

Mooney y Kinane en 1994, estudiaron el comportamiento de los anticuerpos IgG, IgM e IgA con los siguientes microorganismos resultando :

- a) Actividad menor de IgG, IgM e IgA para *Porphyromonas gingivalis*.
- b) Actividad mayor de IgG, IgM e IgA para *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. (1).

Vincent en 1985, estudiando la reacción del suero humano al producir anticuerpos para periodontopatógenos encontró anticuerpos reactivos para *Actinobacillus actinomycetemcomitans* aumentados en Periodontitis Rápidamente Progresiva. (1).

Page (1983), Dimurro (1987), Katsuragi (1988), Caton (1989), y Caruso y Mattout (1990), demostraron que los neutrófilos ó monocitos presentaron defectos funcionales y anormalidades.

Katsuragi en 1988, encontró que la fagocitosis de los neutrófilos está reducida en la Periodontitis Rápidamente Progresiva. (1).

Caton en 1989, reportó que personas afectadas con Periodontitis Rápidamente Progresiva presentan quimiotaxis disminuida de neutrófilos y una respuesta alterada de linfocitos. Aunque los valores clínicos de la sangre e inmunidad humoral en el laboratorio parecen ser normales.

Las anomalías y la defensa del huésped puede estar más relacionadas con la migración desordenada de los leucocitos que con la quimiotaxis deprimida.

Ochiai en 1989, comprobó que *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis* y *Bacteroides intermedius* pueden causar depresión inmune sistémica y por lo tanto, pueden aumentar la patogenicidad de los microorganismos en el surco gingival.

Pippin y col. en 1995, informaron que los neutrófilos polimorfonucleares de la sangre periférica en la Periodontitis Rápidamente Progresiva presentaron en su interior niveles elevados de glucoronidasa siendo, una enzima lisosomal que conducirá a una mayor destrucción del tejido periodontal.

(1).

CAPÍTULO

2

TERAPIA PERIODONTAL.

Una terapéutica periodontal completa puede parecer que tenga dos objetivos:

1-La eliminación ó detención de la lesión periodontal con la corrección ó curación de la deformidad por ella creada.

2-La alteración en esa boca del ambiente periodontal que presumiblemente fué un factor contribuyente importante en la destrucción del periodonto.

Los objetivos generales de la terapéutica periodontal en un adulto incluyen:

1-El alivio del dolor.

2-Detener las enfermedades dentales.

3-La satisfacción de los requerimientos del paciente, respecto de estética y comodidad masticatoria.

La eficacia de la terapéutica periodontal se hace posible gracias a la notable capacidad de cicatrización de los tejidos periodontales. (4).

La terapéutica periodontal puede restaurar la encía inflamada crónicamente de tal modo, que tomado desde un punto de vista clínico y estructural resulte funcional a la encía que no ha sido expuesta nunca a un acúmulo de placa excesivo.

Del tratamiento periodontal, si se ha realizado adecuadamente se puede esperar que cumpla lo siguiente :

- a)Elimine el dolor.
- b)Elimine la inflamación gingival .
- c)Elimine el sangrado gingival.
- d)Reduzca las bolsas periodontales.
- e)Elimine la infección.
- f)Detenga la formación de supuración.
- g)Detenga la destrucción de tejidos blandos y duros.
- h)Reduzca la movilidad dentaria normal.
- i)Establezca una función oclusal óptima.
- j)Restablezca los tejidos destruidos por la enfermedad.
- k)Restablezca el contorno gingival fisiológico necesario para la preservación de la salud periodontal.
- l)Prevenga la recidiva de la enfermedad .
- m)Reduzca la pérdida dentaria. (4,5).

En el trabajo de Page y col. 1983, los pacientes afectados por Periodontitis Rápidamente Progresiva respondieron favorablemente al tratamiento de raspado y alisado radicular abierto ó cerrado, especialmente cuando estaban acompañadas por dosis estandarizadas de antibióticos, por periodos de tiempos convencionales.

Se concluyó que, no teniendo el individuo ninguna enfermedad sistémica relacionada, los individuos con Periodontitis Rápidamente Progresiva responde positivamente a la terapia periodontal conservadora, control minu-

cioso y diario de la placa, especialmente cuando está combinado con anti - bióticos tal como, la tetraciclina en una dosis de 1 gr al día durante 7-21 días. En dichos pacientes, los dientes diagnosticados completamente perdidos pudieron volverse saludables y pudieron continuar de ésta forma por periodos de tiempo indefinido. (1).

Wilson y col. 1989, en un estudio longitudinal de diez años enfatiza - ron que el mantenimiento parece representar el papel principal en la estabi - lización de la enfermedad. Se comprobó que el avance clínico de la enferme - dad se detenía cuando el mantenimiento era frecuente, y avanzaba cuando la cooperación del paciente declinaba. (1).

El control de la Periodontitis Rápidamente Progresiva se puede con - seguir con un tratamiento adecuado a nivel de raspado y alisado radicular con ó sin acceso quirúrgico. La antibioticoterapia dirigida a la microbiota es - pecífica se puede usar como terapia adjunta en el tratamiento periodontal.

No obstante, para el mejoramiento de la salud a largo plazo los cui - dados de mantenimiento ocupan el papel principal.

Cabe al profesional, motivar e instruir al paciente a efectuar visitas más frecuentes al consultorio redefiniendo el riesgo e instruyendo medidas e intervenciones específicas para el paciente.

La Terapia Periodontal consta de tres partes :

a) Terapia no quirúrgica ó terapia inicial.

b)Terapia quirúrgica ó correctiva.

c)Terapia de soporte ó terapia periodontal de mantenimiento. (4).

TERAPIA NO QUIRÚRGICA.

El tratamiento periodontal no quirúrgico es también llamado :

a)Fase 1.

b)Preparación periodontal inicial.

c)Debridación.

d)Manejo del tejido blando.

La Terapia no Quirúrgica incluye :

1-Remoción de placa dentobacteriana.

2-Control de placa dentobacteriana.

3-Efectos del cepillado dental y auxiliares.

4-Raspado y alisado radicular supra y subgingival.

La Terapia no Quirúrgica es la primera línea de tratamiento en la enfermedad periodontal. Está dirigida a la eliminación de todos los irritantes locales capaces de causar inflamación; así como la instrucción y motivación del paciente para el adecuado control de la placa dentobacteriana.

La determinación de la extensión de la terapia requerida está dictada por: la profundidad al sondeo, la inflamación gingival y la cantidad de cálculo y extensión de la placa encontrada durante la examinación clínica. (4).

La terapia se debe dirigir principalmente a las áreas de mayor necesidad y atención, en especial a los dientes molares, ya que se ha demostrado que estos dientes son particularmente vulnerables.

El papel del periodoncista en la provisión de una Terapia no Quirúrgica es la de participar activamente y la de supervisar auxiliares, de ésta en algunos aspectos. Se deben incluir esfuerzos para educar a la comunidad dental en el mejoramiento de la salud bucal.

CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA.

La placa dentobacteriana es un depósito microbiano no calcificado que aparece en la superficie del diente, la cual está compuesta por microorganismos y una matriz intermicrobiana de productos bacterianos, constituyentes y compuestos de la saliva.

Las finalidades del control de placa dentobacteriana son :

- a) Eliminación mecánica de la placa mediante el cepillado y medios auxiliares.
- b) Alteración de la interacción bacteriana en la superficie dentaria.
- c) Supresión de la flora de la placa dentobacteriana mediante la utilización de sustancias antisépticas.
- d) Disgregación de la matriz de la placa. (6).

En la Terapéutica Periodontal Quirúrgica, el control de placa dentobacteriana sirve a tres importantes propósitos :

- 1-Reducir la inflamación gingival, antes de hacer una intervención quirúrgica periodontal.
- 2-Facilitar la óptima cicatrización después de la cirugía periodontal.
- 3-Impedir la recidiva ó avance de la enfermedad periodontal en bocas tratadas. (4).

El grado de control de placa se determina con el uso de agentes re - veladores de placa, éstos productos tiñen la placa para que sea visible su localización. Son soluciones y comprimidos siendo excelentes elementos auxiliares de la higiene bucal, proporcionando al paciente una herramienta de educación y automotivación para mejorar su eficiencia en el control de la placa. (4,7).

REMOCIÓN DE LA PLACA DENTOBACTERIANA Y CÁLCULO DENTAL.

Este procedimiento se puede llevar a cabo, con raspadores manuales, con dispositivos sónicos y ultrasónicos e incluso con instrumentos rotatorios, lo cual tiene por objeto dejar libre de depósitos microbianos duros y blandos en la superficie dentaria.

Una vez, eliminado los irritantes locales se procede a efectuar el pulido de las superficies dentales.

Los objetivos generales de esta instrumentación son :

a) Ayudar a la prevención y control de infecciones periodontales al remover factores que predisponen a la retención de placa siendo éstos cálculos dentales, restauraciones irregulares, sobrecontorneadas y superficies dentarias del cemento enfermas y alteradas.

b) Proporcionar al paciente superficies dentarias lisas siendo más fáciles para la limpieza y manteniéndolas libres de placa por los procedimientos de autocuidado diarios.

c) Ayudar al adiestramiento del paciente en la apariencia y sensación de una boca completamente limpia como una motivación hacia el desarrollo de los hábitos adecuados del cuidado bucal personal.

d) Mejorar la estética bucal y saneamiento. (6).

EFFECTOS DEL CEPILLADO Y AUXILIARES.

El cepillado es el procedimiento más recomendado de manera universal para la remoción de placa supragingival de las superficies accesibles de los dientes. Sin embargo, las superficies proximales y áreas subgingivales son difíciles de alcanzar con el cepillado (Lang y col. 1973) y para estas áreas se necesitan otros auxiliares como hilo dental ó puntas de hule.

Existen numerosos estilos de cepillos, con diferentes tamaños y formas de cabeza, mangos angulados y dimensiones de cerdas, las recomendaciones estándar para seleccionar un cepillo son:

- 1-Mango recto .
- 2-Cerdas suaves y puntas redondeadas.
- 3-Cabeza con multipenachos.

TÉCNICAS DE CEPILLADO.

1-TÉCNICA DE BASS (INTRACREVICULAR Ó INTRASURCAL).

La cabeza del cepillo se coloca paralela al plano oclusal las cerdas planas contra la superficie vestibular de los dientes y los extremos de las cerdas cerca del margen gingival introduciéndose en el surco con una inclinación de 45 grados, se realizan movimientos vibratorios 10 veces por cada zona. Las cerdas penetran de 2 a 2.5 mm. así se elimina la placa y aumenta la queratinización del epitelio del surco, se limpian de 2 en 2 los dientes, tanto en vestibular como en lingual.

2-TÉCNICA ROTATORIA DE BARRIDO.

El cepillo se coloca sobre la encía adherida cerca del margen gingival de los dientes las cerdas en dirección apical formando un ángulo de 30-40 grados respecto al eje longitudinal del diente, se realizan movimientos de rotación ó barrido y se mueve el cepillo en dirección coronal hasta que las cerdas formen un ángulo de 90 grados con la superficie del borde oclusal.

3-TÉCNICA DE CHARTERS.

Las cerdas del cepillo se dirigen a los espacios interproximales y superficie externa de los dientes, formando un ángulo de 45 grados hacia apical respecto al eje del diente. Se realizan movimientos vibratorios presionando el cepillo en dirección interproximal.

4-TÉCNICA DE FONES.

El cepillo se presiona firmemente contra los dientes y la encía, el

mango del cepillo queda paralelo a la línea de la oclusión y las cerdas perpendiculares a las superficies dentarias vestibulares. después se mueve el cepillo en sentido rotatorio con los maxilares ocluidos y la trayectoria esférica del cepillo confinado dentro de los límites del pliegue mucovestibular.

5-TÉCNICA DE STILLMAN.

El cepillo se coloca de modo que las puntas de las cerdas queden una parte sobre la encía y otra sobre la zona cervical de los dientes y están orientadas en sentido apical ejerciendo presión lateralmente contra el margen gingival, con movimientos rotatorios separando el cepillo para permitir que la sangre vuelva a la encía. Las superficies oclusales de molares y premolares se limpian colocando las cerdas perpendicularmente al plano oclusal y penetrando en la profundidad de surcos y espacios interproximales.

6-TÉCNICA DE STILLMAN MODIFICADA.

Es una acción vibratoria colocando el cepillo en la línea mucogingival con las cerdas dirigidas hacia afuera de la corona y se activa con movimientos de frotamiento en la encía insertada, en el margen gingival y en la superficie dentaria. Se gira el mango hacia la corona y se vibra mientras se mueve el cepillo. (7).

MÉTODOS AUXILIARES MECÁNICOS.

- a) Hilo dental con ó sin cera.
- b) Cepillo interdental.
- c) Puntas de goma semiflexibles.
- d) Palillos dentales.

Son necesarios para remover la placa de las áreas interproximales y el surco gingival que no alcanza de manera efectiva el cepillo dental. Por ejemplo, pacientes portadores de prótesis dental fija, mal posición dental y pacientes bajo tratamiento ortodóntico. (7).

RASPADO Y ALISADO RADICULAR.

RASPADO RADICULAR.

Es el procedimiento dirigido a la remoción de placa y cálculo de la superficie dentaria, siendo supra ó subgingival dependiendo de la ubicación del cálculo con respecto al margen gingival.

ALISADO RADICULAR.

Procedimiento terapéutico definitivo, diseñado para remover cemento ó dentina superficial que está rugosa, impregnada de cálculo ó contaminada con toxinas ó microorganismos.

OBJETIVOS :

- a)Facilitar procedimientos de higiene bucal.
- b)Disminuir inflamación y profundidad de bolsa periodontal.
- c)Mantenimiento de los niveles de inserción.
- d)Preparación de los tejidos para procedimientos quirúrgicos.

INDICACIONES :

- a)Tejidos gingivales inflamados.
- b)Tejidos gingivales sangrantes.

- c) Tejidos gingivales edematosos.
- d) Presencia de bolsas mayores de 3mm.
- e) Presencia de factores locales como placa, cálculo y cemento enfermo.

LIMITACIONES :

- a) Bolsas con profundidad al sondeo de moderadas a severas.
- b) Bolsas poco profundas involucrando dientes multirradiculares con variación en la anatomía de la furcación.
- c) Anomalías en la anatomía radicular (concavidades, perlas de esmalte, muescas, convexidades).
- d) Problemas mucogingivales (tejido gingival delgado).
- e) Sitios inaccesibles.
- f) Proximidad radicular .
- g) Malposición dentaria.

EFFECTOS Ó BENEFICIOS :

- a) Disminución de inflamación ó edema.
- b) Disminución de profundidad de bolsa, debido a la contracción del tejido.
- c) Disminución de la flora bacteriana supra y subgingival.
- d) Superficies radiculares más lisas.
- e) Reparación de tejido gingival.
- f) Preparación inicial para la terapia periodontal quirúrgica.
- g) Prevención de la recurrencia de la enfermedad a través de la supervisión del mantenimiento y tratamiento.

REVALORIZACIÓN:

Los efectos del raspado y alisado radicular deben evaluarse de 4 -5 semanas después del procedimiento, incluso pueden ocurrir cambios meses después. (7).

TERAPIA QUIRÚRGICA.

Los procedimientos quirúrgicos periodontales comprenden el corte ó remoción de tejidos blandos y duros de las estructuras de soporte de los dientes.

Los principales objetivos de la cirugía periodontal comprenden :

1-Lograr acceso quirúrgico a bolsas profundas para la eliminación de tejido de granulación y alisado radicular.

2-Terapéutica periodontal regenerativa, la regeneración de hueso nuevo, cemento y ligamento periodontal se puede realizar en dientes afectados con bolsas infraóseas profundas ó furcaciones completas. También se utiliza para interrumpir la recesión gingival y cubrir áreas denudadas utilizando membranas ya sean absorbibles ó no absorbibles con la finalidad de ganar nivel de inserción.

3-Facilitar el control de placa dentobacteriana por medio de la reducción ó eliminación de las áreas factibles de retención de placa como furcaciones radiculares, depresiones radiculares, malposición dental, etc.

4-Proporcionar un medio para prótesis dentales adecuadas.

5-Corregir anomalías estéticas. (4,7).

CIRUGÍA DE DEBRIDACIÓN POR COLGAJO.

Se realiza para tener una mejor visión y acceso para la eliminación de tejido enfermo.

OBJETIVOS :

- 1-Visión directa y facilidad de realizar el alisado radicular.
- 2-Eliminación del tejido granulomatoso de la bolsa periodontal.
- 3-Remoción completa del epitelio del surco ó bolsa periodontal, incluyendo el epitelio de unión y la remoción de tejido conjuntivo inflamado subyacente.

En ésta cirugía se levanta un colgajo de espesor total hasta observarse la cresta ósea, se elimina el tejido enfermo (epitelio de la bolsa y tejido crónico inflamatorio) por medio de curetas y se realiza el alisado de la superficie radicular, se adelgazan los colgajos si es necesario, con la finalidad de afrontar mejor los tejidos y reposicionarlos colocando puntos de sutura.
(8).

COLGAJO REPOSICIONADO LATERALMENTE.

Es un colgajo de espesor total pero, puede ser un colgajo de espesor parcial que se inserta en su base y se transfiere en el plano horizontal lateralmente al sitio receptor adyacente.

OBJETIVO:

Detener la recesión y restaurar áreas denudadas, de manera cosmética con encía insertada.

INDICACIÓN:

En áreas donde existe recesión gingival estrecha, adyacente a donde existe una banda amplia de encía insertada que puede utilizarse como sitio donador.

CONTRAINDICACIÓN:

Cuando hay falta de suficiente encía donadora adyacente al área de recesión y en dehiscencias, fenestraciones y hueso alveolar delgado del sitio donador.

VENTAJA:

No existe herida en el paladar desde el sitio receptor. (8).

INJERTOS ÓSEOS.

Los injertos óseos tienen un efecto para inducir a la formación de hueso y éstos se pueden clasificar en tres tipos :

a)OSTEOGÉNICOS :

Ocurre cuando las células del injerto óseo sobreviven al trasplante y contribuyen en el proceso de reparación; pero, en injertos óseos periodontales existen muy poca evidencia de que esto suceda.

b)OSTEOINDUCTORES :

Se da cuando dos ó más tejidos de diferente naturaleza ó propiedades se relacionan íntimamente, dando como resultado, alteraciones en el curso del desarrollo de los tejidos.

c)OSTEOCONDUCTORES :

Hay crecimiento interno de capilares en el tejido conjuntivo nuevo, ésto se presenta tanto en injertos óseos como sintéticos. Este proceso es seguido de resorción simultánea del hueso muerto ó del entrelazado sintético y la deposición de la lámina ósea nueva.

TIPOS DE INJERTOS ÓSEOS.

- a)Autoinjertos.
- b)Alloinjertos.
- c)Injertos aloplásticos.

Su principal objetivo es el de regenerar los tejidos periodontales y formar una nueva inserción. (9).

a)AUTOINJERTOS.

Éstos injertos son tomados del mismo paciente pero, de diferente sitio quirúrgico.Su utilización es complicada, ya que, generalmente se requiere de un sitio donador ocasionando una doble intervención quirúrgica, lo que produce mayores molestias para el paciente, aumento de la duración de la cirugía, riesgo de infección y rehabilitación del paciente.

Existen dos tipos de autoinjertos :

1-Intraorales : Generalmente se obtienen de la tuberosidad del maxilar, lugares de cicatrización de extracciones recientes ó de cualquier sitio cuando se realice el recontorneado óseo en sitios quirúrgicos.

2-Extraorales : Siendo los de cresta iliaca y de médula ósea los de mayor potencial regenerativo.

b)ALOINJERTOS.

En éste injerto el hueso es tomado de cadáveres.

Existen tres tipos de aloinjertos disponibles en los bancos de tejidos

1-Aloinjertos de médula ósea y hueso esponjoso ilíaco congelado.

2-Aloinjertos óseos mineralizado.

3-Aloinjertos óseos desmineralizado. (9).

Urist y col. 1984, mostraron que la desmineralización del aloinjerto

óseo cortical, facilita su potencial osteogénico mediante la exposición de la proteína morfogenética ósea, así éstas proteínas pueden estimular a la formación ósea.

Libin y col. 1992, mencionaron clínicamente que los sitios tratados con aloinjertos desmineralizados mostraron mayor ganancia en el llenado óseo.

El hueso del donante debe ser procesado mediante las normas de la Asociación Americana de Bancos de Tejidos evitando enfermedades transmisibles como el VIH, hepatitis. (9).

c) INJERTOS ALOPLÁSTICOS.

Son materiales sintéticos inertes los cuales son colocados en defectos periodontales para la reparación de éstos tejidos. (9).

El más utilizado en Odontología, ha sido la hidroxiapatita, la cual se empezó a utilizar por haber dado buen resultado en la reparación ósea en otros tratamientos.

La utilización de hidroxiapatita ha dado buenos resultados en cuanto, a la ganancia de inserción clínica tanto en humanos como en animales, al compararla con sitios no tratados con hidroxiapatita. (9).

Existen otros injertos aloplásticos, como el fosfato tricálcico que ha mostrado también, un aumento en la ganancia de inserción. El HTR es un

material sustituto óseo formador a base de polimetil-metacrilato y polihidro-xiletilmetacrilato.

El polímero osteoconductor biocompatible (BOP) formado por metil-metacrilato, polivinil pirrolidona, gluconato de calcio y fibras de poliamida.

Éstos materiales han demostrado, resultados similares a los obtenidos con la hidroxiapatita y hueso desmineralizado en el tratamiento de defectos periodontales. (9).

REGENERACIÓN TISULAR GUIADA.

La Regeneración Tisular Guiada tiene como objetivo detener la migración del epitelio y tejido conjuntivo creando un espacio que permita al hueso y ligamento periodontal proliferar.

Se logra utilizando membranas (absorbibles, no absorbibles), sirviendo como una barrera física para que el epitelio no tapice la parte interna del colgajo, permitiéndose entonces que a partir del ligamento periodontal lleguen al área células mesenquimatosas indiferenciadas, en las cuales se forma nuevo hueso alveolar, cemento radicular y fibras del ligamento periodontal; obteniéndose así la regeneración de la nueva inserción epitelial (Gottflow, 1986).

APLICACIONES :

a) Furcaciones clase II

b) Defectos interproximales .

c) Grandes defectos de paredes alveolares con injerto óseo.

Después de la intervención quirúrgica, cuatro tipos de tejido comienzan a repoblar la superficie de la raíz :

1-El tejido epitelial migra a la superficie de la raíz impidiendo adhesiones .

2-Tejido conjuntivo que cicatriza rápido y puede adherirse a la superficie radicular.

3-Al no estar presentes el cemento radicular y el ligamento periodontal, ésta inserción fibrosa es tenue y puede dar como resultado una reabsorción de la dentina y su descomposición.

4-El hueso cicatriza lentamente y se ha demostrado que se anquilosa al cemento radicular y al ligamento periodontal sin protección.

Durante el proceso inicial de cicatrización, éste aislamiento permite que se restablezcan las estructuras periodontales, dando un mejor resultado a la salud del diente durante un plazo mayor.

La ganancia de nivel de inserción es de 2-3 mm. en un periodo aproximado de seis meses. (9,10).

Rowen y col. 1996, mencionan que la presencia de tejido de regeneración inhiben la diferenciación de osteoclastos *in vitro*.

Ginger 1996, apoya ésto, mencionando que las células del ligamento periodontal inhiben a la hormona paratiroidea relacionada con la reabsorción ósea.

TIPOS DE MEMBRANAS :

1-Membranas no absorbibles : Politetrafluoretileno expandido ó no expandido, dique de hule.

2-Membranas absorbibles : Colágena, ácido poliláctico, glicólido y lactil.

Las membranas absorbibles tienen una ventaja sobre las no absorbibles y es que no necesitan una doble cirugía para ser eliminadas, con lo cual se minimizan las molestias para el paciente. (9,10).

TERAPIA PERIODONTAL DE SOPORTE.

La Terapia Periodontal de Soporte se denomina de diversas formas, las más conocidas son terapéutica de apoyo, cuidado de mantenimiento y terapia periodontal de mantenimiento. (7,11).

La Terapia Periodontal de Soporte es una parte integral en la Terapia periodontal. Incluye actualización de la historia médica y dental, reevaluación periodontal, remoción de placa dentobacteriana localizada en regiones

supra y subgingival, pulido de dientes y reforzamiento para un eficiente control de placa.

Una vez terminada la fase 1, y de acuerdo a sus resultados, los pacientes se pueden centrar en un programa de visitas periódicas de control de placa para cuidados de mantenimiento y de este modo, prevenir la recidiva de la enfermedad. En otros casos, se procederá a una Terapia Quirúrgica para posteriormente iniciar la Terapia de Soporte.

El paso del paciente de un estatus de tratamiento activo a la Terapia de Soporte es un escalón definitivo en la atención global del paciente que requiere tiempo y esfuerzo por parte del dentista y su personal.

La Terapia de Soporte realizada a intervalos regulares promueve la salud periodontal y reduce la pérdida dentaria, para ello es indispensable contar con la cooperación del paciente. El manejo de éste tipo de tratamiento comprende la participación activa de los integrantes involucrados paciente dentista general y periodoncista. (7,11).

La Terapia Periodontal de Soporte comprende :

- a)Control de Placa Dentobacteriana.
- b)Control de cálculo dental.
- c)Medición de bolsas periodontales.
- d)Control de caries.
- e)Control de la oclusión.

f)Control de movilidad dental.

OBJETIVOS DE LA TERAPIA DE SOPORTE.

1-Control de Placa Dentobacteriana.

2-Control de profundidad al sondeo y nivel de inserción.

En cada sesión se debe realizar :

a)Examen y reevaluación del estado periodontal y control de placa para el paciente.

b)Instrucción de higien bucal.

c)Profifaxis y pulido.

d)Raspado y alisado radicular donde esté indicado.

e)Terapia quirúrgica, si es necesario.

La Terapia de Soporte en su fase activa consiste en el manejo correcto de los diferentes métodos de diagnóstico, reducción de placa supra y subgingival, instrucción de higiene bucal raspado y alisado radicular y cuando se requiere Terapia Quirúrgica. (11).

La finalidad de la Terapia de Soporte ó Terapia Periodontal de Mantenimiento es la reducción de la profundidad de bolsas periodontales, reducción de signos y síntomas de inflamación, ganancia de inserción clínica y disminución de pérdida ósea alrededor de los dientes.

El pronóstico es favorable, cuando se consideran diversas causas co-

mo, la cooperación del paciente en cuanto horario y la efectividad en la remoción de placa; los resultados negativos se relacionan con pacientes comprometidos sistémicamente como la diabetes u otros factores como el fumar ó el estrés. (7,11).

Las visitas del control periódico representan la base de un programa de prevención significativo a largo plazo.El intervalo entre las visitas normalmente es de tres meses inicialmente pero, puede variar según las necesidades del paciente. (11).

Durante las citas de la Terapia Periodontal de Soporte también es necesaria la toma de radiografías para un mejor seguimiento del caso.

CAPÍTULO

3

TERAPIA ANTIMICROBIANA.

ANTIBIÓTICOS.

El uso de antibióticos es parte de la Terapia Periodontal y se basa en:

a)Diferencias de la microflora de aquellos sitios con y sin enfermedad periodontal (Socransky 1997; Slots y Genco 1984).

b)Aislamiento del mismo microorganismo ó grupo de microorganismos, de gran número de pacientes con la misma enfermedad periodontal.

c)Detección de respuesta de anticuerpos a cepas bacterianas específicas en sitios con enfermedad periodontal (Slots, 1984).

Para la elección de un antibiótico en el tratamiento de cualquier infección se toman en consideración varios factores :

1-El microorganismo causante más probables de una infección en particular .

2-Susceptibilidad antibiótica del organismo infectante.

3-Toxicidades comparativas de los agentes antibióticos apropiados.

4-Farmacocinética apropiada. (12,13).

ANTIBIÓTICOS UTILIZADOS EN LA ACTUALIDAD PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

1-PENICILINA.

Es un compuesto bacteriano betalactámico que actúa inhibiendo la síntesis de la pared celular de microorganismos sensibles.

Casi todas las bacterias periodontales probadas, son sensibles a la penicilina , se trata del antibiótico más activo en la supresión de la flora subgingival.

La amoxicilina tiene mayor efecto inhibitorio que la penicilina ó la ampicilina en cultivos aislados de lesiones periodontales.

Van Osten y col. 1986, demostraron que una sola administración sistémica de amoxicilina alteraban significativamente la composición de la microflora subgingival.

Layton y col. 1983, demostraron que la amoxicilina penetra bien en el fluido crevicular y tiene un nivel en suero significativamente mayor que otras penicilinas. (13,14,15).

2-TETRACICLINAS.

Son los antibióticos que con más frecuencia son utilizados para el tratamiento auxiliar de la periodontitis.

La doxiciclina y minociclina están incluidas en el grupo de tetraciclinas.

Las tetraciclinas no se recomiendan en niños menores de 6 años porque se depositan en tejidos calcificados en formación e interfieren en el desarrollo de éstos.

La mayor parte de las especies de bacterias periodontales patógenos potenciales, son inhibidas *in vitro* por concentraciones de tetraciclina equivalentes ó menores a las que aparecen en el fluido crevicular.

Las tetraciclinas se concentran en el surco gingival.

Una sola dosis oral de tetraciclina ó minociclina producen concentraciones de dos a diez veces más altas en el fluido crevicular que en sangre (Ciaccio y col. 1982).

Las tetraciclinas inhiben, las colagenasas histica y bacterianas (Golub y col. 1984), efecto que parece ayudar a la cicatrización durante el tratamiento con éste medicamento.

Los efectos secundarios de las tetraciclinas son : náuseas, vómito, diarrea, exantema cutáneo, fotosensibilidad, toxicidad hepática y renal. (13,14,15).

3-CLINDAMICINA.

• Es el derivado clorado de lincomicina, presenta actividad bacteriostática .Bloquea la síntesis proteínica por unión a los ribosomas 50s bacterianos e interfiere en la transferencia peptidil.

Tienen potencial de agente quimioterapéutico en la periodontitis.

La Clindamicina ha demostrado ser eficaz, contra un amplio número de bacterias periodontales, a concentraciones que se obtienen fácilmente en el fluido crevicular y la sangre

La concentración mínima inhibitoria menor de 2 gr por ml para casi todas las bacterias *gram negativas* principalmente las cepas de *Bacteroides*, *Campylobacter*, *Fusobacterium*, *Selenomonas*, (Backer y col. 1983; Walker

y col. 1983).

Los efectos secundarios son : colitis pseudomembranosa, malestar gastrointestinal, náuseas, vómito y diarrea. (13,14,15).

4-ERITROMICINA

Es un macrólido que interfiere en la síntesis de proteínas. Se utiliza como sustituto de la penicilina

Mills y col. 1991, mostraron que era menos efectiva que la espiramicina para reducir los signos clínicos de la periodontitis; a pesar, de que ambos antibióticos tienen una estructura química similar y su mecanismo de acción y de espectro bacteriano es parecido .

A pesar, de que la eritromicina se utiliza frecuentemente en el tratamiento de las infecciones en cavidad bucal, no es una buena elección, como auxiliar en el control de microorganismos periodontales (Backer y col. 1983).

Efectos secundarios : molestias gastrointestinales, náuseas y vómito, se debe evitar este medicamento en pacientes con disfunción renal.(13,14, 15).

5-METRONIDAZOL

Es un nitro imidazol que actúa de modo principal, sobre microorganismos *anaerobios* como *espiroquetas*. Es eficaz para el tratamiento de gingivitis ulceronecrosante aguda (GUNA) y en el de la periodontitis

Un tratamiento de una semana con metronidazol reduce de manera significativa las proporciones de *B. asacharolyticus*, *B. gingivalis* y de las *espiroquetas* en las lesiones periodontales en adultos y dá como resultado una mejoría en los parámetros clínicos cuando se utiliza de una manera conjunta al desbridamiento completo de la raíz.

Las combinaciones de metronidazol con espiramicina ó metronidazol y penicilina, ó metronidazol y amoxicilina pueden ser adecuadas en el tratamiento de las infecciones periodontales.

Los efectos secundarios son : náuseas, vómito, diarrea, vértigo, molestias gastrointestinales e insomnio. (13,14,15).

ANTISÉPTICOS.

Son sustancias químicas que destruyen a los agentes patógenos ó impiden su multiplicación; no deben causar daño a los tejidos, ni estorbar la acción de las defensas naturales.

Varios tipos de agentes antisépticos, se han investigado y evaluado su efectividad *in vitro* ó *in vivo* contra la placa dentobacteriana, el cálculo dental, colonias bacterianas y gingivitis. Dentro de los antisépticos se incluyen : ioduros, fenoles, fluoruros, agentes comerciales (Isodine, Listerine, Plax, Oral B, Astringosol, Bucosept, Cepacol, etc) así como agentes clasificados como compuestos tensoactivos y caracterizados como guanidinas (clorhexidina); compuestos cuaternarios (cloruro de benzalconio).

1-YODO.

Casimir Devains en 1873, descubrió la acción germicida del yodo, utilizándose para desinfectar la piel y membranas mucosas. Es eficaz contra bacterias *gram negativas* y *gram positivas*, actúa como fungicida, virucida, y también como esporicida.

Los derivados orgánicos como la yodo-povidona (Iodine) reducen efectos colaterales, con lo cual reducen notablemente la sensibilización e irritación de la piel y membranas mucosas.

Rosling y col. 1986, han referido la utilidad de la irrigación con yodo-povidona al 1% como auxiliar en el debridamiento subgingival mecánico realizado bajo anestesia local en el tratamiento de la periodontitis en el adulto.

El uso coadyuvante de la irrigación yodada da como resultado un incremento del 50% en la ganancia de inserción en bolsas profundas comparado con los beneficios de la terapéutica mecánica sola.

Está indicado su uso en : desinfección antes de la cirugía en la zona peribucal, en infecciones en boca, aftas, reducción de incidencia a una bacteremia después de una cirugía. (16).

2-CLORHEXIDINA.

Químicamente es una bis-biguanidina catiónica comercializada como una sal de gluconato.

Un enjuague disponible en el comercio (Oral B) , contiene gluconato de clorhexidina con una base que contiene agua. 11.6% de alcohol, glicerina agentes saborizantes y sacarosa.

Está bien establecido su empleo como inhibidor de la placa supragingival en el control de la gingivitis (Fardal y Turnbull, 1986).

El uso del enjuague bucal con clorhexidina, se recomienda en el tratamiento de la gingivitis y en cualquier condición que dificulte el control mecánico de placa, ejemplo : después de una cirugía periodontal.

La clorhexidina provoca pigmentaciones dentales reversibles y alteración de la sensación gustativa, descamación de la mucosa oral, ayuda a la cicatrización por el efecto antibacteriano y pigmenta las mucosas sobre todo la lengua.

Sus propiedades químicas y estructurales inhiben la formación de PDB, ya que hay menor cantidad de bacterias adyacentes a los dientes y no en la reducción de los microorganismos salivales.

Al ser absorbida a los dientes *in vitro* puede inhibir el crecimiento de *Streptococcus mutans*. (17,18).

3-TRICLOSÁN.

Fórmula : 2,2,4, triclora 2 -dihidroxifenileter.

Es un agente bactericida, antibacterial, antiséptico fenolado, antiplaca

y antiinflamatorio.

Se encuentra disponible en concentración de 0.3%, en pastas y enjuagues.

Es un agente antibacterial no iónico, no catiónico, combinado con un copolímero de efecto prolongado contra la formación de placa dentobacteriana (Nabil, 1989).

El triclosán es de espectro amplio contra *gram negativos* y *gram positivos*. Reduce la microbiota gingival : *Actinomyces actinomycetemcomitans*, *P. intermedia*, *F. nucleatum*, *Campytophaga*, *Selenomonas* y *A. naeslundii* (Gaffer y col. 1990).

Waaler y col. 1993, encontraron que el triclosán es un lipido soluble puede penetrar en piel y membranas mucosas.

Ramberg y col. 1995, mencionaron que el triclosán en enjuagues bucales inhiben ó retardan la inflamación gingival en presencia de PDB.

Inhibe la síntesis de prostaglandinas, interleucinas, y fosfolípidos en la membrana celular.

El doble efecto antiinflamatorio del triclosán (0.3%), reduce el eritema causado por la histamina.

Presenta un moderado efecto contra la formación de placa durante 8 hrs.

Gaffer y col. 1992, mencionan que con el uso de triclosán hay un con-

tro y reducción de PDB y gingivitis. (19).

4-TRICLOSÁN Y ZINC.

a)El triclosán es compatible con otros ingredientes de pastas y enjuagues bucales.

b)Son agentes antimicrobianos.

c)Poseen baja toxicidad.

d)Reducen índices de PDB, cálculos dentales y gingivitis.

e)El 1% de citrato de zinc y el 0.3% de triclosán reducen hasta un 50% de placa dentobacteriana en cuatro días con otros componentes

f)Reducen el sangrado de un 20 a 40% en gingivitis.

g)Reducción de la microflora.

h)Tienen acción selectiva contra *streptococcus mutans* y *lactobacilos*.

(18).

5-FENOLES ANTISÉPTICOS.

Son agentes bactericidas entre ellos encontramos al (timol, hexil-resorcinol, fenilfenol, tribrimsalen (TSB), que han sido potenciales inhibidores de la placa *in vitro*.

CARACTERÍSTICAS DEL TRIBRIMSALLEN (TBS) :

a)Tiene un marcado efecto tanto sobre el crecimiento de la placa dentobacteriana como sobre la formación de : *Actinomyces viscosus*, *A. naeslundii*, *Streptococcus mutans*.

b)Es capaz de adsorberse a las superficies dentarias cubiertas de saliva, de modo similar a la clorhexidina.

c)Efectivo contra la formación de placa dentobacteriana y gingivitis.

El Listerine es un antiséptico fenólico de efecto prolongado.

Sus ingredientes activos son : alcohol y aceites esenciales disueltos como timol, eucaliptol y salicilato de metilo.

Ataca la membrana celular de los microorganismos y reduce la placa dentobacteriana. (17).

CAPÍTULO

4

REPORTE CASO CLÍNICO.

Se presentó en Junio de 1997, en la Clínica de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UNAM, una paciente de 32 años de edad que presentaba desde hace 3 meses síntomas como : hormigueo en el maxilar superior, movilidad dental, pérdida de peso y apetito.

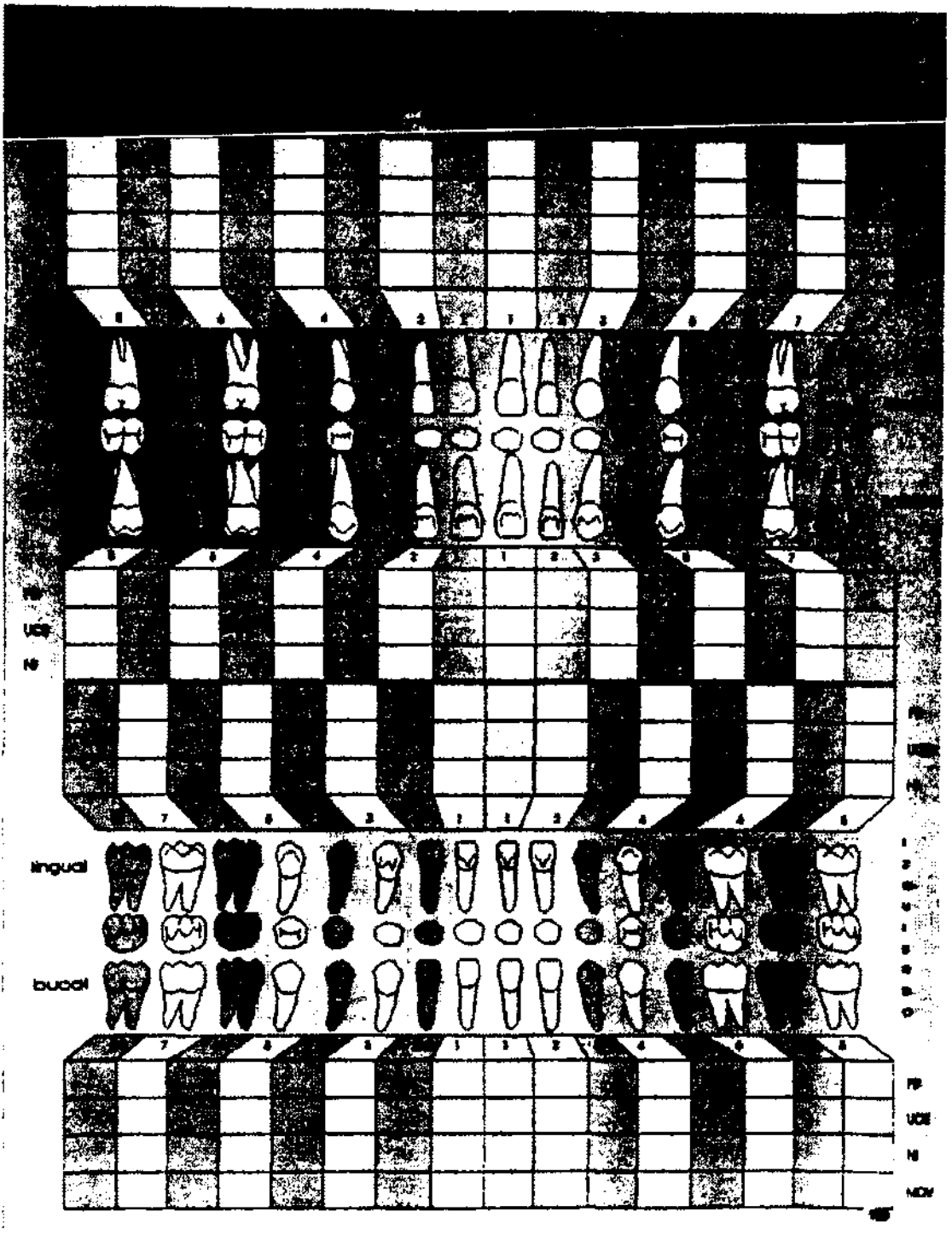
La historia clínica no reveló otros datos, por lo cual, se consideró sistémicamente sana, por lo que se prosiguió a evaluarla periodontalmente mediante la elaboración de una ficha periodontal y control de PDB. (Figuras I y II).

Encontrándose las siguientes características :

- 1-Presencia escasa de depósitos microbianos.
- 2-Encía con pocos signos clínicos de inflamación.
- 3-Ausencia dental asociada a caries y por falla en la terapéutica endodóntica .
- 4-Dientes con migración y movilidad dentaria que en algunos casos llega a grado II.
- 5-Presencia de bolsas periodontales que en algunos sitios alcanzaron los 9mm.
- 6-Recesión gingival generalizada. (Figuras III-A y III-B).

Radiográficamente se observó destrucción periodontal generalizada presentándose defectos horizontales y verticales sin un patrón definido de distribución, así como lesiones periapicales en algunos dientes.

Figuras :(IV-A, IV-B y IV-C).



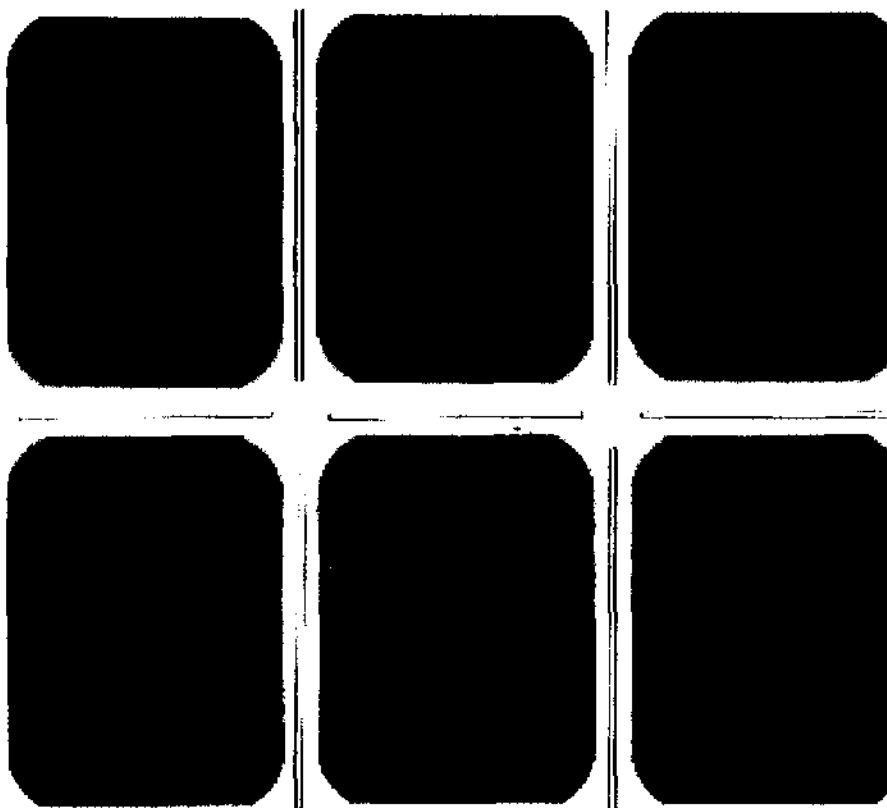
DIAGNOSTICO _____



FIGURA III-A
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
FRENTE.



FIGURA III-B
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
LATERAL.



**FIGURA IV-A ZONA ANTERIOR SUP. E INF.
JUNIO DE 1997.**

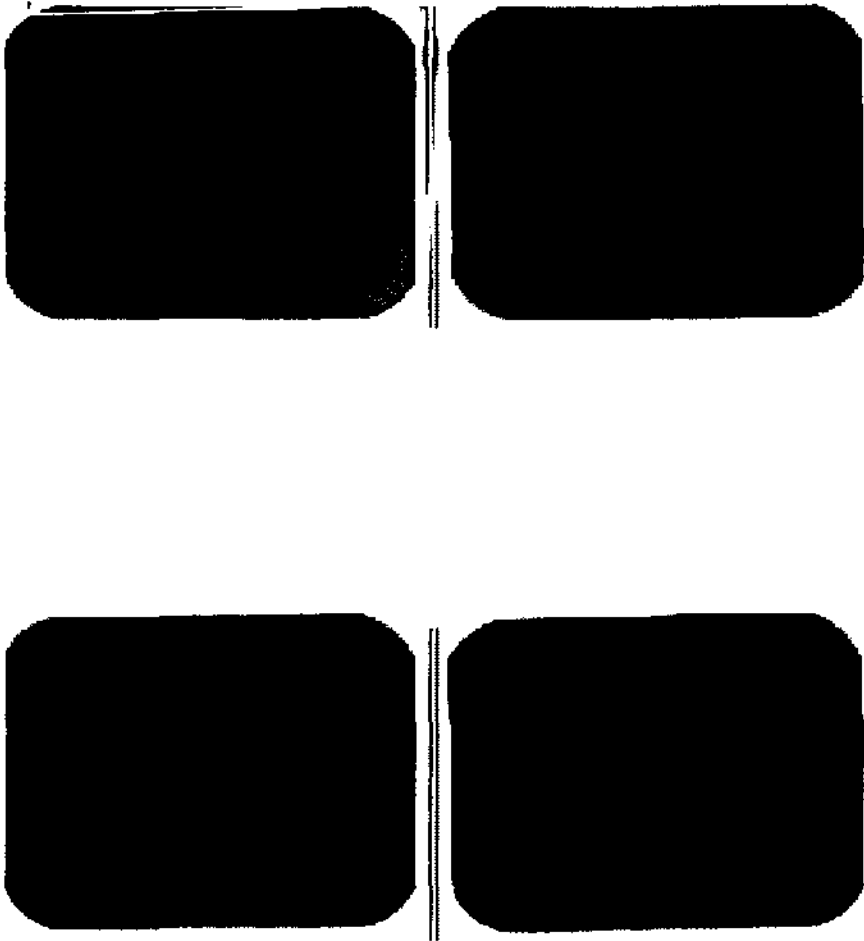


FIGURA IV-B
ZONA POSTERIOR SUP. E INF. IZQUIERDA.
JUNIO DE 1997.

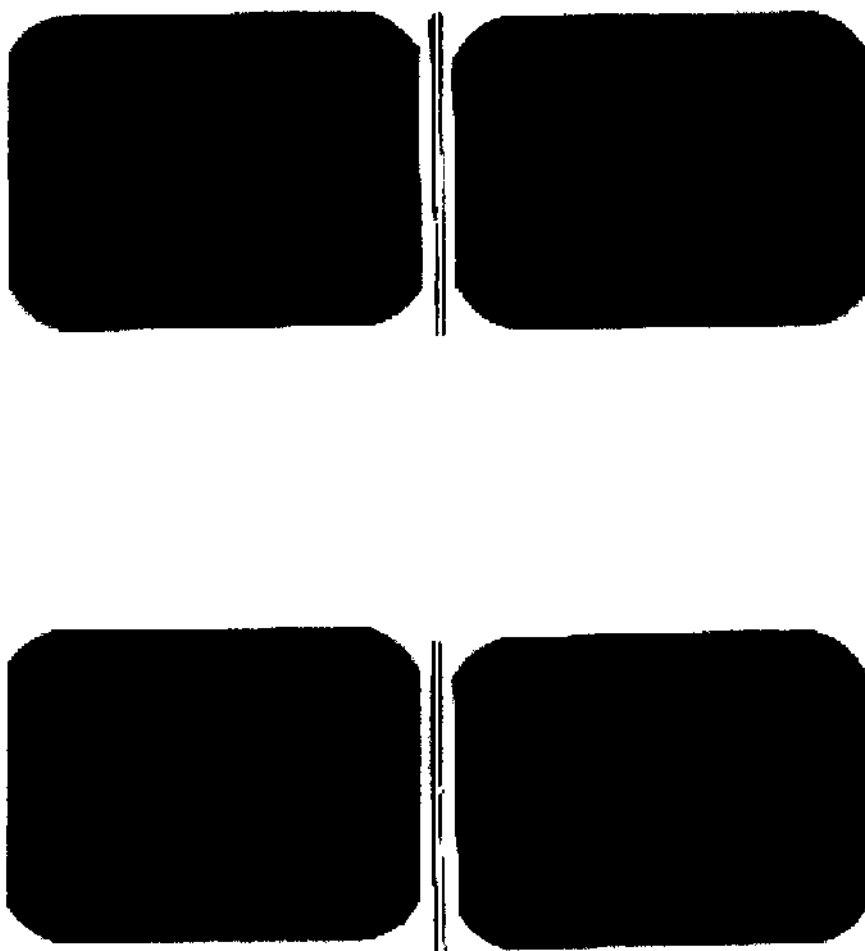


FIGURA IV-C
ZONA POSTERIOR SUP. E INF. DERECHA
JUNIO DE 1997.

Con los datos recopilados, sintomáticos, clínicos y radiográficos se diagnosticó Periodontitis Rápidamente Progresiva y se elaboró el siguiente Plan de Tratamiento :

- 1-Instrucción de higiene bucal.
- 2-Eliminación de cálculo y pulido dental.
- 3-Raspado y alisado radicular de toda la dentición.
- 4-Cirugía periodontal combinada con la colocación de injertos óseos y/o colocación de membranas para regeneración tisular guiada.
- 5-Terapia Periodontal de Soporte.

1-INSTRUCCIONES DE HIGIENE BUCAL.

Se instruyó a la paciente en la utilización de la técnica Stillman modificada, así como la utilización de auxiliares para la limpieza interdental como el cepillo interdental y punta de goma, procurando que cuando menos una vez al día realizará una higiene minuciosa, auxiliándose del empleo de tabletas reveladoras de placa dental bacteriana.

La paciente presentó al inicio del tratamiento un control de placa dentobacteriana de 36%, el cual fué disminuyendo gradualmente hasta alcanzar un 13%.

Éstas insrucciones de higiene bucal fueron reforzadas durante las primeras visitas.

2-ELIMINACIÓN DE CÁLCULO Y PULIDO DENTAL.

Una vez realizadas las instrucciones de higiene bucal, se procedió a la remoción de los depósitos bacterianos duros y blandos localizados sobre todo supragingivalmente para lo cual se utilizaron raspadores como el CK6,

Jacket 30-33 y Goldman Fox 21, y posteriormente se realizó un pulido dental con cepillo y pasta abrasiva para favorecer la presencia de superficies lisas y facilitar el control de placa por parte del paciente. La remoción de cálculo se llevó a cabo durante dos citas.

3-RASPADO Y ALISADO RADICULAR DE TODA LA DENTICIÓN.

Una vez alcanzado un adecuado control de placa y completada satisfactoriamente la eliminación de cálculo se procedió a realizar los raspados y alisados radiculares por cuadrantes.

Previa anestesia se realizó la instrumentación con curetas de gracey: 3/4, 7/8, 11/12, 13/14, hasta el fondo de las bolsas, tratando de obtener superficies radiculares lisas.

Como indicaciones post-operatorias se le recomendó continuar con sus procedimientos de higiene bucal y en caso de dolor tomar algún analgésico. Los raspados y alisados radiculares fueron concluidos en 2 semanas.

4-CIRUGÍA PERIODONTAL COMBINADA CON LA COLOCACIÓN DE INJERTOS ÓSEOS Y/O MEMBRANAS DE REGENERACIÓN TISULAR GUÍADA.

Una vez concluidos los raspados y alisados radiculares, se programó llevar a cabo, procedimientos quirúrgicos con el objetivo de controlar mejor la infección en sitios profundos y de realizar la colocación de injertos óseos de hueso desmineralizado para reconstruir parte de los tejidos periodontales perdidos debido a la enfermedad.

En el cuadrante superior derecho desde el central hasta el segundo molar, previa anestesia, con incisiones intrasurcales, se levantó un colgajo

de espesor total para poder tener accesibilidad a la superficie radicular y a la cresta ósea alveolar, eliminándose el tejido granulomatoso para debridar perfectamente los defectos óseos. Se procedió a realizar el raspado y alisado radicular, así como eliminación de tejido de granulación de los colgajos.

Después de esto se lavaron con solución salina para eliminar cualquier resto presente.

El injerto óseo que se colocó fué hueso desmineralizado cortical, el cual fué previamente hidratado con anestésico. Una vez preparado, se procedió a realizar un cierre parcial de los colgajos con sutura de seda de 3-0 y se procedió a colocar el injerto óseo en todos los defectos, compactándolos. A continuación se procedió al cierre definitivo del colgajo y se colocó a propósito quirúrgico.

Las instrucciones post-operatorias incluyeron : tetraciclina a una dosis de 250 mg. cada 6 hrs. por 15 días; así como la utilización de clorhexidina al 0.12%, 15 ml. durante 30 segundos, 2 veces al día y analgésico en caso necesario.

Se dieron indicaciones para cuidar el área operada, cepillando y no masticando de ese lado.

El apósito y la sutura fueron removidos a la semana, apreciándose que no hubo exposición del material de injerto.

Quince días después, se realizó un procedimiento similar en el cuadrante inferior derecho del incisivo central al segundo premolar, observándose resultados satisfactorios.

Los cuadrantes del lado izquierdo de la boca no fueron tratados quirúrgicamente en ese momento sino 5 meses después, antes de lo cual se volvieron a reforzar las instrucciones de higiene bucal.

Se realizó una nueva eliminación de cálculo y pulido dental, así como una nueva sesión de raspado y alisado radicular para posteriormente continuar con los procedimientos quirúrgicos periodontales.

Un procedimiento quirúrgico fué llevado desde el incisivo central superior izquierdo hasta el canino del mismo lado. (Figura V).

De igual forma, se efectuó en los premolares inferiores izquierdos, ambos procedimientos incluyeron la colocación de injertos de hueso desmineralizado cortical.

Dos meses después, se realizó un procedimiento de Regeneración Tissular Guiada, entre el incisivo central superior derecho y el lateral contiguo utilizándose una membrana absorbible de vycril. Para lo cual, mediante incisiones intrasurcales se elevó un colgajo de espesor total, y se realizaron incisiones liberatrices para facilitar el manejo del colgajo. Una vez debridada la cresta ósea y llevado a cabo, un minucioso raspado y alisado radicular se procedió a la conformación de la membrana, teniendo cuidado de que se extendiera 2-3 mm. más allá del defecto óseo para que se pudiera estabilizar adecuadamente. A continuación se suturó la membrana y se procedió a re-posicionar el colgajo teniendo cuidado de cubrir perfectamente la membrana. Se colocó apósito quirúrgico y se dieron las indicaciones post-operatorias pertinentes.

Por último, se realizó un injerto desplazado lateral, para cubrir la recesión gingival en el canino superior izquierdo.



FIGURA V
CIRUGÍA INJERTO ÓSEO.

La técnica consistió en raspar y alisar la superficie radicular expuesta, y posteriormente se realizaron las incisiones necesarias para llevar a cabo, el desplazamiento del tejido gingival desde el premolar contiguo. El injerto desplazado fué de espesor total en su porción coronal y de espesor parcial en la porción apical, lo cual permite una adecuada nutrición del mismo. Se suturó firmemente en el lecho receptor y se cubrió con apósito quirúrgico (Figuras: VI-A, VI-B y VI-C).

Ocho días después de la cirugía, se retiró el apósito y la sutura, dándole indicaciones al paciente de cepillar suave. El resultado obtenido a la semana fué muy favorable pero, gradualmente ocurrió una contracción del tejido perdiéndose el resultado en su totalidad, durante los siguientes seis meses.

5-TERAPIA PERIODONTAL DE SOPORTE.

Una vez concluidos los procedimientos quirúrgicos, se instruyó a la paciente para realizar minuciosamente su higiene bucal, así mismo se le citó para realizar profilaxis frecuentes durante el siguiente año.

Finalmente, la paciente fué referida a la clínica de Endodoncia para realizar los tratamientos necesarios y se prosiguió a la ferulización de los dientes con movilidad en la región anterior superior de canino a canino. (Figuras VII-A , VII-B y VII-C).

Los objetivos de colocar la férula a la paciente fueron :

a) Además de lograr la inmovilización de los dientes, evitar su vestibularización, ya que debido a la ausencia de molares inferiores existe una pérdida en la dimensión vertical, lo cual, favorece un excesivo translapo de los

dientes de la zona anterior.

b) Poder realizar el tratamiento endodóntico de los incisivos central, lateral derecho e incisivo central izquierdo con aislamiento absoluto (de premolar a premolar). (Figuras VIII-A).

La férula se realizó mediante la colocación de brackettes y una ligadura del 0.18; seis meses después fué retirada la férula.



FIGURA VI-A
INJERTO DESPLAZADO LATERAL
INCISIÓN.



FIGURA VI-B
INJERTO DESPLAZADO LATERAL
COLGAJO.



FIGURA VI-C
INJERTO DESPLAZADO LATERAL
SUTURA.



**FIGURA VII- A FERULIZACIÓN, ZONA ANTERIOR
MAYO DE 1998.**



FIGURA VII-B LATERAL IZQUIERDA.

MAYO/1998.

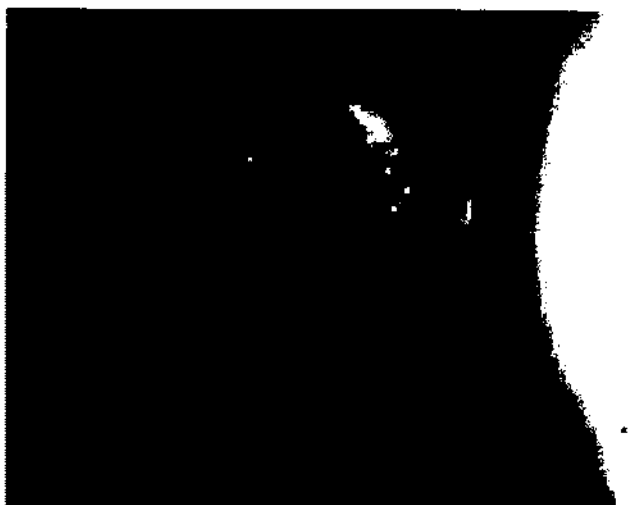


FIGURA VII-C LATERAL DERECHA.

MAYO/1998.



FIGURA VIII-A

3 TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS:

2 INCISIVOS CENTRALES SUP.

1 INCISIVO LATERAL DERECHO.

CAPÍTULO

5

RESULTADOS DE LA TERAPIA PERIODONTAL

La Terapia Periodontal, tiene efectos sobre los diversos parámetros clínicos que se consideran durante las valoraciones como lo son : profundidad de bolsa periodontal, nivel de inserción, inflamación gingival, movilidad dentaria, etc.

Para valorar los efectos de la terapia es indispensable la toma de registros, tanto iniciales como a largo plazo, con el objeto de hacer comparaciones y establecer si los cambios observados reflejan éxito ó fracaso de los procedimientos, tomando en cuenta que cada uno de los procedimientos terapéuticos realizados, tienen resultados específicos y la suma de éstos refleja el resultado general de todos los procedimientos.

Las medidas de higiene personal por sí sola, tienen un efecto nulo ó limitado sobre la flora microbiana subgingival y los signos asociados de inflamación en las bolsas periodontales profundas. Por lo tanto, las medidas de higiene bucal por sí solas no son eficaces en el tratamiento de la enfermedad periodontal con bolsas profundas:

La revisión de algunas experiencias clínicas importantes demuestran que el raspado y alisado radicular son medidas eficaces :

- 1-Eliminar la inflamación en las bolsas periodontales profundas.
- 2-Reducir la profundidad de sondeo.
- 3-Mejorar los niveles de inserción clínica.

Esto no siempre significa que sean el raspado y alisado radicular los únicos recursos requeridos para eliminar correctamente la infección subgingival en las bolsas profundas. Estudios de Waerhaug, Rabbani y col. 1981; y Magnusson, revelaron que en las bolsas periodontales profundas aún se podrá hallar cálculo y placa residuales, pese a un minucioso raspado y alisado radicular.

Si después del raspado y alisado radicular persistieran los signos de sangrado al sondeo de las bolsas profundas y de falta de mejoría del nivel de inserción clínica, estaría indicada la terapéutica quirúrgica, dado que éste tratamiento podría facilitar un debridamiento radicular más correcto.

El criterio más importante en Periodontitis es el de sangrado durante el sondeo y el criterio más importante en salud periodontal es la ausencia de sangrado durante el sondeo.

Las investigaciones describen el efecto de la terapéutica quirúrgica y no quirúrgica en pacientes con enfermedad periodontal y demuestran que las áreas periodontales con bolsas inicialmente profundas tienden a una recuperación de inserción clínica, mientras que las bolsas inicialmente superficiales tienden a perder inserción.

El abordaje quirúrgico puede producir más pérdida de inserción que el raspado y alisado radicular solos, cuando se les emplea en áreas con bolsas inicialmente superficiales. Por eso, las observaciones pueden ser interpretadas con el significado de que en los casos de numerosos sitios perio _

dontales con bolsas superficiales al sondeo, debe preferirse un abordaje no quirúrgico, mientras en pacientes con gran cantidad de bolsas profundas, el tratamiento quirúrgico puede dar por resultado una mayor ganancia de inserción.

Las observaciones de los estudios clínicos indicaron que los abordajes no quirúrgicos para el tratamiento periodontal pueden ser tan efectivos como las modalidades de tratamiento que incluyen cirugía periodontal.

El clínico debe reconocer el hecho de que ambas técnicas de tratamiento quirúrgico y no quirúrgico pueden satisfacer sus objetivos en sitios diversos. (4,20).

Al comparar las valoraciones periodontales realizadas en la paciente podemos observar diversos cambios en los parámetros valorados.

Las bolsas periodontales disminuyeron muy significativamente encontrándose solamente algunos sitios con profundidad de 5mm. sin embargo, la mayoría de los sitios exhibieron surcos entre 1 y 5 mm. Así tenemos que en lo que respecta a profundidad de bolsa durante la valoración inicial, tuvimos una profundidad promedio de 2.2 mm. y una vez concluido el tratamiento tenemos una profundidad promedio de 1.7 mm. lo cual nos indica que tuvimos una disminución promedio en la profundidad de bolsa periodontal de .5mm. Ésta disminución aunque mínima, se explica por falta de gran inflamación gingival al inicio del tratamiento, ya que los tejidos edematosos sufren de una mayor contracción gingival después de la terapia.

Con respecto, al nivel de inserción durante la valoración inicial se detectó un pérdida promedio de 4.7mm. y una vez concluida la terapia, se estableció una pérdida promedio de 2.2 mm. lo cual nos indica una ganancia en el nivel de inserción de 2.2 mm. Ésto se puede deber en parte, al tipo de procedimientos empleados, ya que se incluyó la utilización de injertos óseos, así como la utilización de una membrana para regeneración tisular guiada. (Figuras IX y X).

Actualmente, la paciente continua en Terapia de Soporte y a la re-evaluación encontramos las siguientes condiciones :

1-Adecuado control personal de placa que se mantiene en un 13%, recordando que el control inicial fué de un 36%.(Figuras XI y XII).

2-Mínima cantidad de depósitos microbianos.

3-La movilidad dentaria no disminuyó de manera significativa pero tampoco se incrementó, a excepción del segundo premolar inferior derecho el cual exhibió un grado III de movilidad por lo cual fué indicada su extracción.

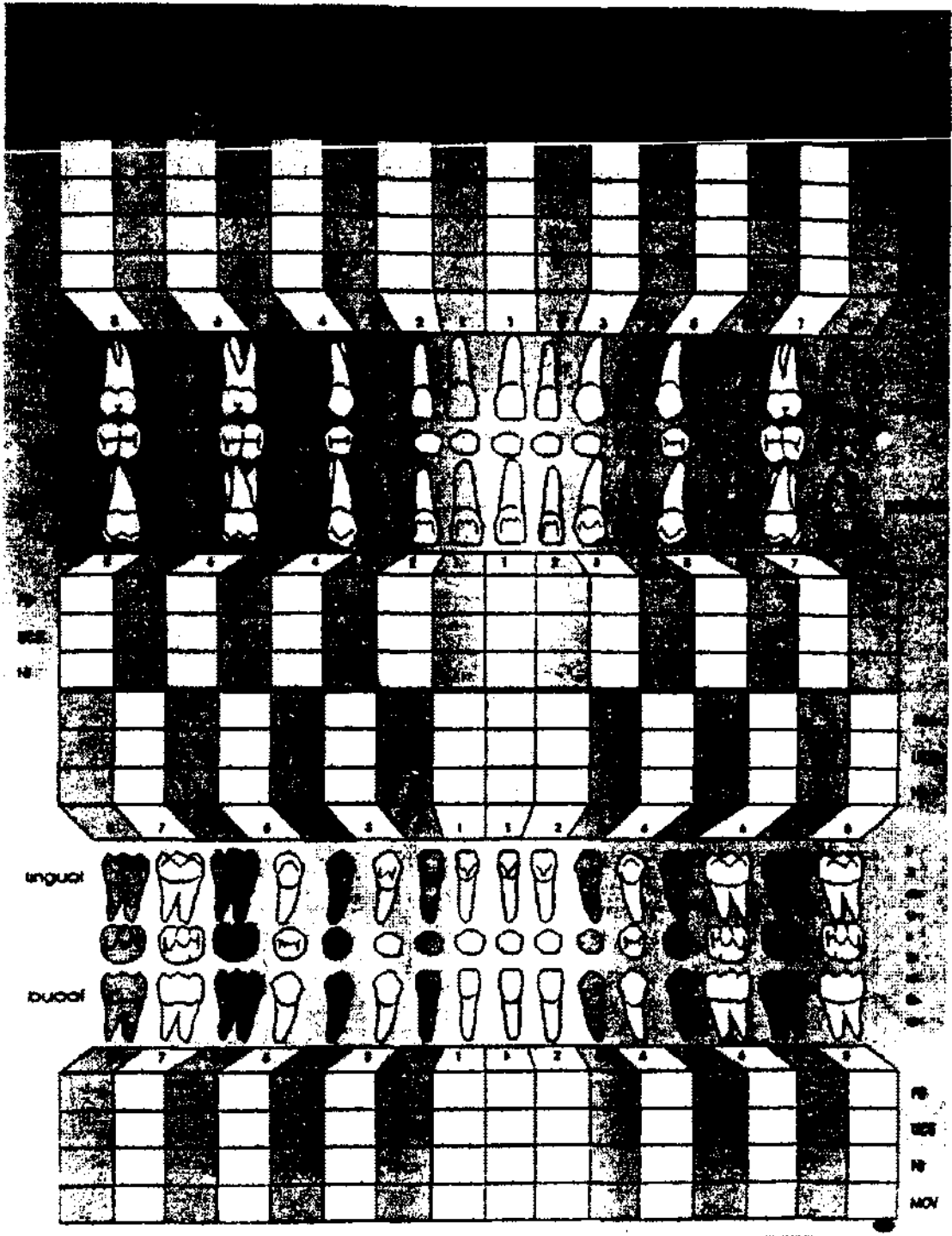
El canino superior izquierdo presenta trauma oclusal, por lo cual, se espera que al corregir ésto, disminuya su movilidad.Sin embargo, la presencia de movilidad en varios de los dientes hace necesario planear la utilización de una férula definitiva que proporcione estabilidad, función y estética.

4-La presencia de sangrado al sondeo es mínima alcanzando un porcentaje de 1.2%, lo cual se relaciona con la buena higiene bucal del paciente y una terapia periodontal adecuada.

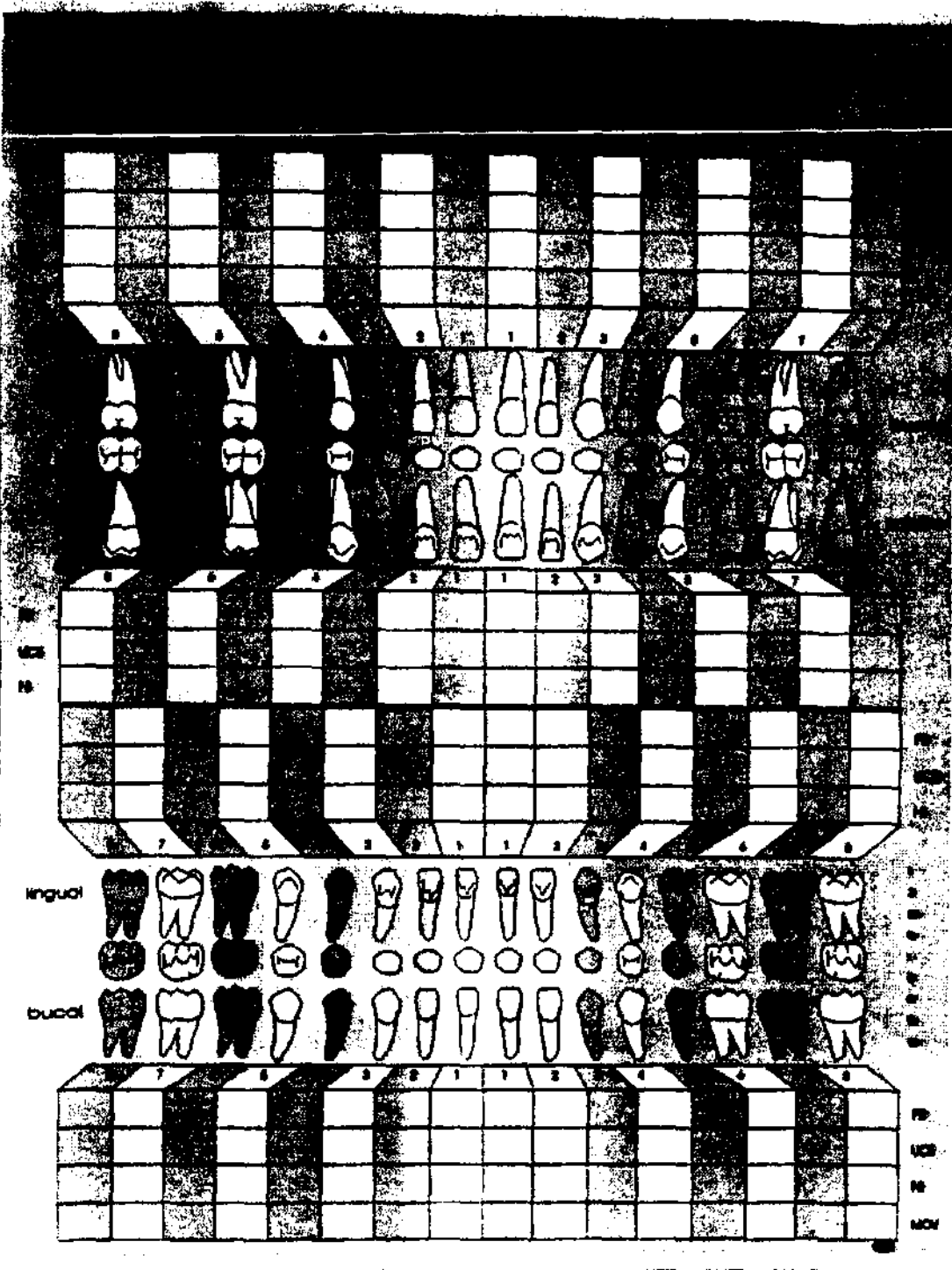
5-Las recesiones gingivales, son la secuela tanto del proceso de enfermedad como de la terapia periodontal.

El injerto desplazado lateral, no tuvo el resultado esperado sin embargo, el sitio presenta encía insertada, lo cual es suficiente para mantener un estado de salud.

Serie Radiográfica Actual Oct-99 (Figuras: XIII-A, XIII-B y XIII-C).



DIAGNOSTICO

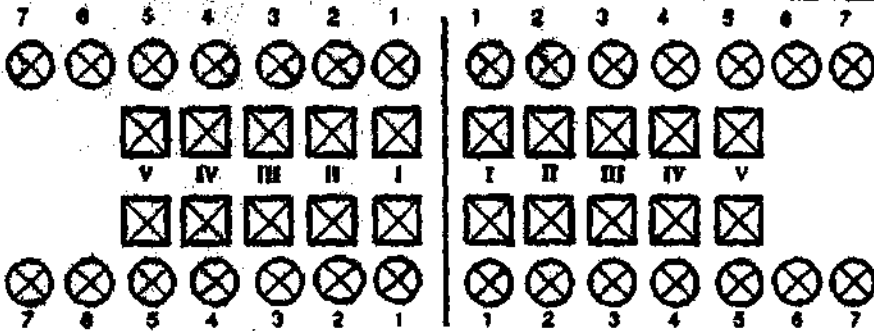


DIAGNOSTICO

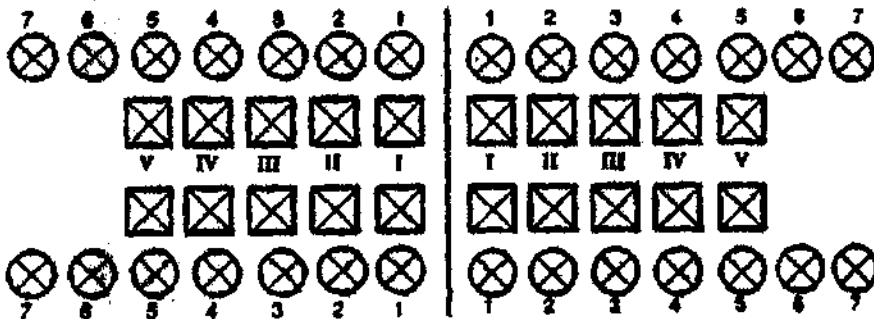
PAGEZAR DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PARODONCIA

Control de Placa Bacteriana.

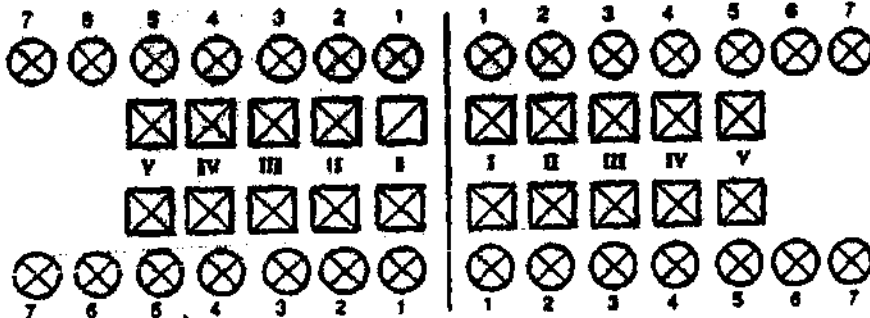
Nombre Milibel Fecha 24-NOV-93
 Edad 28 años Control 22
 Total de dientes 22 Total de caras 88 Porcentaje 22 %



Total de dientes 22 Total de caras 88 Control 14
 Porcentaje 15 %
 Fecha 23-Feb-98



Total de dientes 22 Total de caras 88 Control 10
 Porcentaje 11 %
 Fecha 19-nov-98

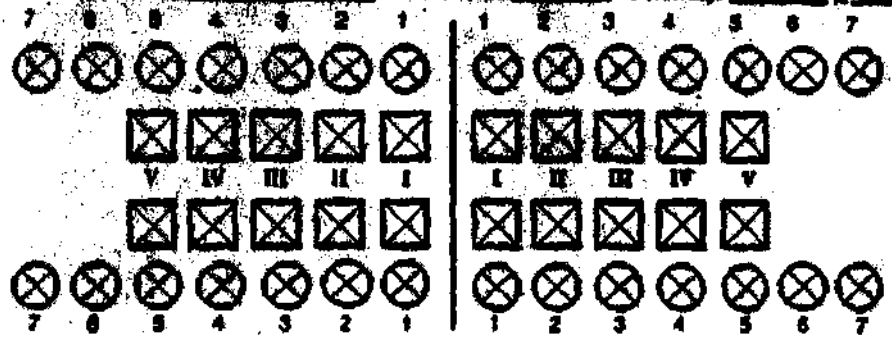


FORMULÁRIO DE REGISTRO DE DENTURA

Hospital de Foz de Iguaçu

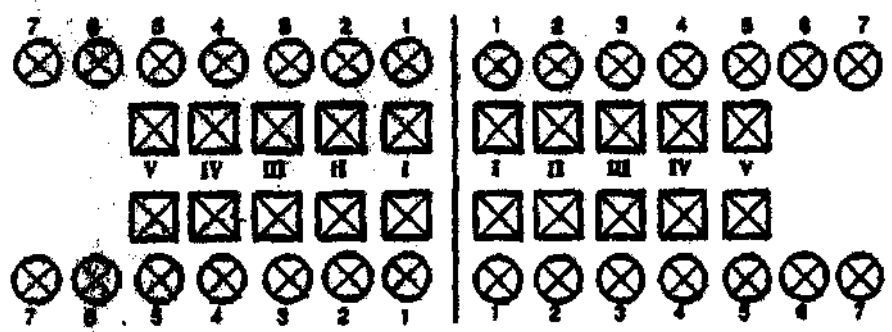
Nome: _____ Nº: _____
 Data: _____
 Total de dentes: 22 Total de caras: BS

Fecha: 16-08-99
 Control: 89
 Porcentaje: 21 %



Total de dentes: 22 Total de caras: BS

Control: 12
 Porcentaje: 13 %
 Fecha: 21-08-99



Total de dentes: 22 Total de caras: BS

Control: 12
 Porcentaje: 13 %
 Fecha: 9-10-99

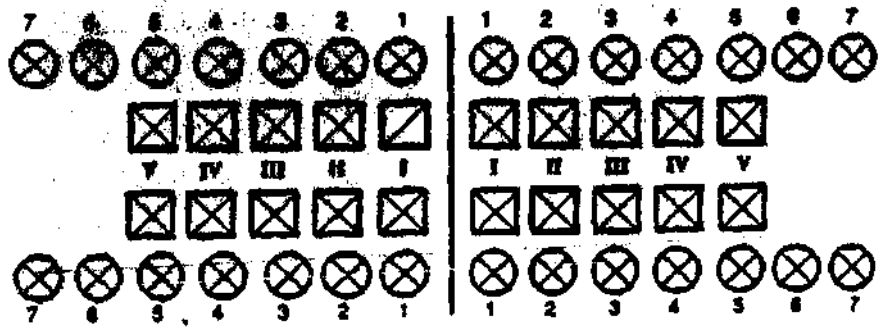




FIGURA XIII-A
ZONA ANTERIOR SUP. E INF.
OCTUBRE DE 1999.

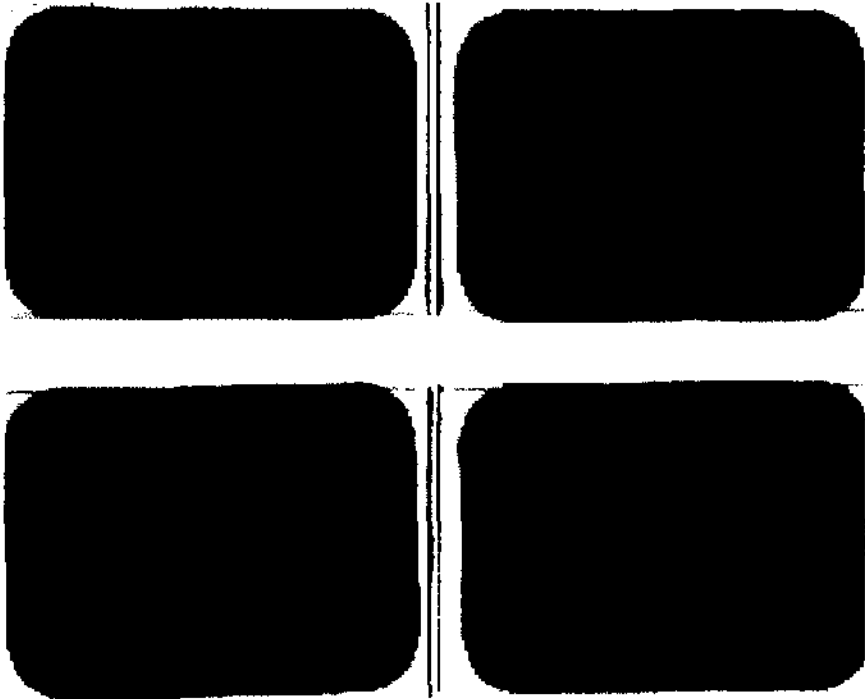


FIGURA XIII-B
ZONA POSTERIOR SUP. E INF. IZQUIERDA.
OCTUBRE DE 1999.

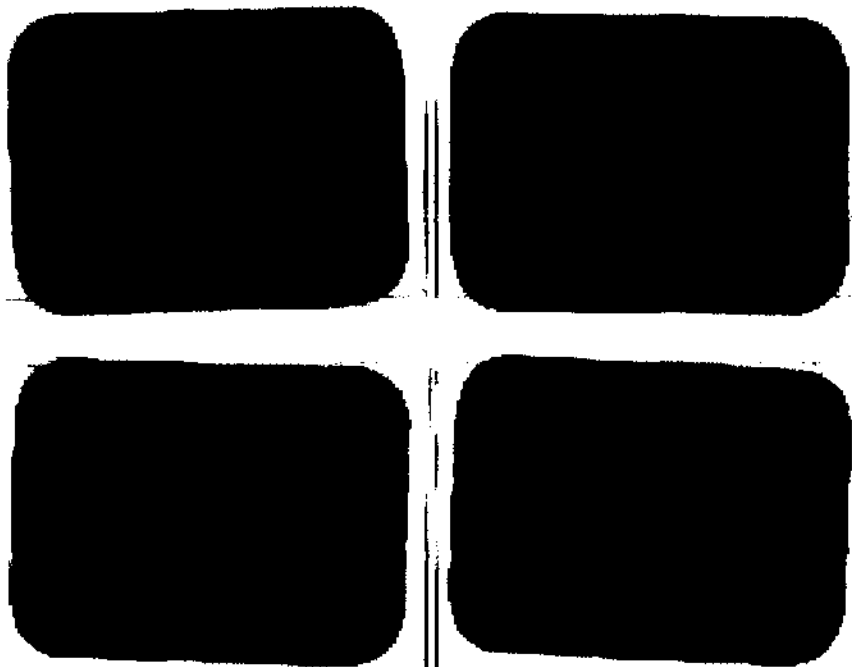


FIGURA XIII-C
ZONA POSTERIOR SUP. E INF. DERECHA.
OCTUBRE DE 1999.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES.

En base a los resultados obtenidos durante la reevaluación periodontal de éste caso, independientemente de que la Terapia Periodontal realizada, no haya sido llevada a cabo de manera secuencial podemos concluir :

1-Un adecuado control personal de placa, permite un resultado favorable de la Terapia Periodontal.

2-La presencia de un bajo porcentaje de sitios con sangrado al sondeo, refleja clínicamente la eficacia de los esfuerzos del paciente en su control personal de placa dentobacteriana y la adecuada instrumentación subgingival por parte del clínico.

3-La reducción en la profundidad de bolsas periodontales es uno de los objetivos de la Terapia Periodontal, independientemente de que facilita la Terapia de Soporte.

4-Los cambios en el nivel de inserción clínico, son un parámetro más objetivo y reflejan fielmente los efectos de la Terapia Periodontal. Sin embargo, la obtención de éste registro clínico es más complicado.

5-La utilización de injertos óseos es un procedimiento que favorece la posibilidad de ganar soporte periodontal adicional, lo cual si ocurre, cumple con otros de los objetivos de la Terapia Periodontal que es la reconstrucción de los tejido periodontales perdidos durante la enfermedad periodontal. Sin

embargo, es necesario seleccionar adecuadamente los sitios a injertar ya que los resultados no son predecibles.

6-La utilización de membranas en procedimientos de Regeneración Tisular Guiada, demanda mayor habilidad del clínico y aunque en éste caso no se obtuvieron resultados deseados favorables, su utilización en sitios específicos requiere de un mayor análisis.

7-Los procedimientos de cirugía mucogingival constituyen una alternativa en la reconstrucción gingival, sin embargo, sus resultados no son predecibles a largo plazo y debemos intentar favorecer las condiciones que beneficien el estado periodontal.

8-El empleo de agentes antimicrobianos en el tratamiento de pacientes con Periodontitis Rápidamente Progresiva, está indicado y bien administrado constituyen parte del éxito del procedimiento, sin embargo, no hay que utilizarlos de manera indiscriminal, sobre todo tratándose de antibióticos, ya que exponemos al paciente a sus efectos secundarios como lo son : alergia, toxicidad y resistencia bacteriana.

9-La ferulización temporal de dientes con movilidad durante la Terapia Periodontal, facilita los procedimientos dentales y favorece la comodidad del paciente durante la masticación y a largo plazo debe ser considerada la utilización de férulas permanentes de mayor estética y funcionalidad.

10-La Terapia Periodontal, realizada en ésta paciente fué exitosa en lo general, ya que se conservaron la mayoría de los dientes, se controlaron los signos clínicos de enfermedad como son la inflamación gingival y movilidad dentaria, así como una reducción en profundidad de bolsa periodontal y ganancia de nivel de inserción. Para mantener éstos resultados a largo plazo, es indispensable que la paciente continúe con su Terapia Periodontal de Soporte así como su ferulización protésica.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1-GUARINO C., SIMONE J. Periodontitis de progresión rápida-Etiología, características clínicas y tratamiento.*Rev.Fola/Oral.* 1998;11:367-40.

2-KAMMA J., NAKOU M., MANTI F. Microbiota of rapidly progressive periodontitis in association with clinical parameters.*J Periodont.* 1994;65:1073-1078.

3-KAMMA J., NAKOU M., NABTU F. Predominant microflora of severe, moderate and minimal periodontal lesions in young adults with rapidly progressive periodontitis.*J Periodont Res.* 1995;30:66-72.

4-LINDHE J. Visión global de los efectos de la terapéutica periodontal.In: LINDHE J. (ed).*Periodontología Clínica.*Buenos Aires, Argentina:Editorial Médica Panamericana. 1992:540-559.

5-CARRANZA F. Fundamentos del tratamiento periodontal.In: CARRANZA F (ed).*Periodontología Clínica de Glickman.*Editorial Panamericana Mc. Graw Hill.1998:573-574.

6-GAY P., FLORES A.La placa dentobacteriana como factor etiológico de la enfermedad periodontal.*Práctica Odontológica.*1993;14(3):31-37.

7-WOODALL I. Prevención de la enfermedad periodontal.In:GENCO R. (ed).*Periodoncia.*Editorial Médica Panamericana Mc. Graw Hill. 1993:377-386.

8-GENCO R. Cirugía periodontal. In: GENCO R. (ed). Periodoncia. Editorial Médica Panamericana Mc. Graw Hill. 1993:605-607.

9-GENCO R. Terapéutica regenerativa en periodoncia. In: GENCO R. (ed). Periodoncia. Editorial Médica Panamericana Mc. Graw Hill. 1993:623-64

10-HANS P., STAHL M., EGER T. Root coverage employing an envelope technique or guided tissue regeneration with a bioabsorbable membrane. *J Periodontol* . 1999;70:743-751.

11-CARRANZA F. Fase de mantenimiento. In: CARRANZA F. (ed). Periodontología Clínica de Glickman. Editorial: Panamericana Mc. Graw Hill. 1998:991-995.

12-MYLOTTE J. Principios generales del tratamiento antiinfeccioso. In: GENCO R. (ed). Periodoncia. Editorial Médico Panamericana Mc. Graw Hill. 1993:417-422.

13-CIANCIO S. Antibiotics in periodontal therapy. In: NEWMAN M., KORNMAN K. (eds). Antibiotic antimicrobial use in dental practice. Chicago, Illinois: Quintessence Publishing. 1990:136-147.

14-SLOTS J., RAMS T. Antibiotics in periodontal therapy : advantages and disadvantages. *J Periodontol*. 1990;17:479-493.

15-WALKER C. Selected antimicrobial agents :mechanisms of action, side effects and drug interactions.*Periodontology 2000*.1996;10:12-28

16-GENCO R.Sensibilidad de los microorganismos periodontales a los antibióticos y otros agentes antimicrobianos.In:GENCO R. (ed).Periodoncia.Editorial Médica Panamericana Mc. Graw Hill.1993:169-177.

17-BREX M., NETUSCHIL L., REICHERT B., SCHREIL G. Efficacy of listerine, meridol and clorhexidine mouthrinses on plaque, gingivitis and plaque bacteria vitality.*J Clin Periodontol*. 1990;17:292-297.

18-GJERMO P., SAXTON C. Antibacterial dentifrices.Clinical data and relevance with emphasis on zinc/ triclosán.*J Clin Periodontol*. 1991;18:468-473.

19-GAFFAR A., SCHERL D., AFFLITTO J., COLEMAN J.The effect of triclosan on mediators of gingival inflammation.*J Clin Periodontol*. 1995;22:480-484.

20-UBELE V., WOUTER S. Scientific basis for the treatment of periodontitis.In:LINDHE J. (ed).Clinical periodontology and implant dentistry 1998:794-816.