

INFORME DE CASOS

Tratamiento multidisciplinario de un paciente con periodontitis del adulto. Presentación de un caso

Dra. Diana Rosa Morales Aguiar¹
Dra. Damara San Román Santana²
Dra. Olga del Rosario Hernández³

RESUMEN

Se presenta un paciente de 28 años, masculino y blanco, con enfermedad periodontal inflamatoria crónica avanzada y moderada, localizada en los sectores ántero-superior e inferior, lo que provocó migraciones patológicas y marcada movilidad dentaria en los incisivos. Se decide tratamiento multidisciplinario de periodoncia-ortodoncia y se comenzó el mismo al desactivar la enfermedad periodontal con raspado y alisado radicular. Luego de recuperada la zona fue colocada la aparatología ortodóncica fija para corregir la oclusión. Aparecen fotos que nos permiten mostrar su evolución satisfactoria.

DeCS:

PERIODONTITIS/terapia
MOVILIDAD DENTARIA
OCCLUSION DENTAL TRAUMATICA
RASPADO DENTAL/utilización
RESULTADO DEL TRATAMIENTO

SUMMARY

It is presented the case of a 28 years-old white male patient, who suffered from moderate and also advanced chronic inflammatory disease located in the anteroposterior and inferior sectors, which brought on pathological migrations and stressed dental mobility of incisors. It was decided a multidisciplinary orthodontic-periodontal treatment. The treatment began by deactivating the periodontal disease using a scaling and root planning. For the correction of occlusion the authors used the fixed orthodontic appliances after the zone had been recuperated. In this research work appear pictures, in which can be seen the satisfactory evolution of patient.

MeSH:

PERIODONTITIS /therapy
TOOTH MOBILITY
DENTAL OCCLUSION, TRAUMATIC
DENTAL SCALING/utilization
TREATMENT OUTCOME

La enfermedad periodontal inflamatoria crónica avanzada tiene entre sus signos clínicos la migración patológica y el movimiento dental, que se producen cuando se altera el equilibrio entre los factores que mantienen la posición fisiológica del diente.

La migración patológica es producida por la conjugación de varios factores, entre los que se encuentran la pérdida del soporte periodontal, el empuje del

tejido de granulación del bolo alimenticio y las fuerzas musculares y las de la oclusión.

Este cambio de posición puede ocasionar la pérdida dentaria y crear interferencias oclusales y problemas estéticos que pueden afectar el éxito del tratamiento periodontal y la complacencia del paciente respectivamente.¹

Los dientes con una inclinación axial anormal no distribuyen de modo correcto la fuerza oclusal a lo largo del eje radicular longitudinal; como estas fuerzas no se distribuyen parejamente a través del ligamento periodontal hacia el hueso alveolar pueden ser traumáticas, más aun si el diente en mal posición tiene una mala proporción entre corona clínica y raíz a causa de la enfermedad periodontal, entonces será susceptible al traumatismo oclusal, pues hay menos hueso alveolar para resistir las fuerzas mal dirigidas.

En ocasiones el tratamiento periodontal se complica con maloclusiones severas que demandan el concurso de otras especialidades estomatológicas para neutralizar los agentes etiológicos locales y corregir los efectos de la enfermedad periodontal.^{1,2} Para darle una solución integral y satisfactoria participaron, además, especialistas de Ortodoncia.

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Paciente de 28 años, masculino, que acude a la Consulta de Periodoncia de la Clínica Estomatológica Docente de Especialidades de Santa Clara, Villa Clara, en enero de 2005.

Mediante la anamnesis conocimos que el paciente presenta antecedentes de salud y fue remitido a nuestra consulta del Servicio de Estomatología General Integral por sangramiento en las encías de forma espontánea y al cepillado.

El examen clínico de la cavidad bucal nos reveló la presencia de una dentadura completa que mostraba acumulación de sarro supra e infragingival, placa dentobacteriana (PDB) y que concommitaba con encías de color rosado oscuro, edematosas, con pérdida del punteado que abarca las papilas y las márgenes en el sector anterior tanto superior como inferior, vestibuloversión de incisivos superiores con resección periodontal y movilidad grado III y extrucción del 21, además de linguoversión de caninos superiores y diastemas en la región anterior de ambas arcadas. Al realizar el sondeo se encontraron bolsas periodontales de 5-7mm de profundidad en esta zona (figuras 1 y 2). El



Figura 1. Antes del tratamiento



Figura 2. Antes del tratamiento

estudio radiográfico periapical evidenció la presencia de pérdidas óseas de tipo angular con aumento del espacio desmodontal. Los complementarios indicados mostraron cifras en los límites normales.

En el análisis de la oclusión se muestra resalte aumentado (5mm), el sobrepase de 1/3 de corona y mordida cruzada anterior entre 13/43 y 23/33.

Por todo lo anteriormente referido diagnosticamos periodontitis del adulto; lo que demandó la participación multidisciplinaria de la especialidad de Ortodoncia pues era imprescindible la corrección ortodóncica.

Tratamiento periodontal

Seguimos los criterios más actualizados y procedimos a inactivar la periodontitis, así preparamos al paciente para recibir el tratamiento ortodóncico mediante la combinación del control de PDB mecánico y químico (diacetato de clorexidina al 0.2%), la tartrectomía profunda en los sectores posteriores, el raspado y el alisado radicular en el sector anterior. Este último procedimiento tiene el fin de eliminar uno de los principales factores causales de la inflamación gingival representado por las endotoxinas producidas por las bacterias Gram negativas que conforman la microbiota del surco y, además, desintoxica el cemento de estas sustancias y crea una superficie radicular propicia para el logro de una nueva inserción del ligamento periodontal a un nivel más coronario.

Obtuvimos un resultado favorable con estos procedimientos, lo que sin duda contribuyó a la motivación del paciente.^{1,3}

Tratamiento ortodóncico

Una vez inactivada la enfermedad periodontal comenzamos el tratamiento ortodóncico de las migraciones dentarias con el uso de la aparatología fija y la técnica de brackets estándar. Tuvimos en cuenta una serie de consideraciones biomecánicas pues estamos en presencia de un paciente adulto joven (cuyos tejidos dentales y de soporte no presentan las mismas características de un niño), además de encontrarnos con la agravante de la enfermedad periodontal.^{1,4}

Las fuerzas ortodóncicas aplicadas en estos casos deben ser ligeras para ayudar a los movimientos lentos de los dientes, que serán el resultado de los procesos fisiológicos de resorción y reparación óseas, y también para reducir al mínimo la posibilidad de resorción de la raíz. Muchos coinciden en que el movimiento ortodóncico suele ser útil para la corrección de los defectos óseos pues favorece la regeneración de este tejido, pero están contraindicadas las excesivas versiones.⁵

En este caso comenzamos con descruzar la mordida a nivel de los caninos, se vestibularizaron 13 y 23, posteriormente se trató el sobrepase con una ligera intrusión de los incisivos centrales superiores (uso de curvas de Spee invertidas), al mismo tiempo se cerraron los diastemas localizados en el sector anteroinferior y, por último, se lingualizaron los incisivos (cadenetas elastoméricas).



Figura 3. Después del tratamiento periodontal



Figura 4. Después del tratamiento periodontal



Figura 5. Después de concluidos ambos tratamientos

Independientemente de la mejoría estética obtuvimos una guía anterior estable con valores de resalte y sobrepase funcionales, una relación canina de neutro y un contacto en Posición de Máxima Intercuspidación (PMI).⁶⁻⁸

Un tratamiento ortodóncico siempre requiere del ajuste oclusal (eliminación de las interferencias) antes, durante y después para obtener mejor estabilidad oclusal y mantener los resultados logrados.¹

El tratamiento activo duró aproximadamente 13 meses y más adelante se mantuvo la contención con aparatología fija durante nueve meses, continuada con la contención de removibles. De esta manera se permite la maduración completa de las nuevas fibras colágenas y que se mantenga la estabilidad de los resultados (figuras 3, 4 y 5).

COMENTARIO FINAL

Actualmente el tratamiento ortodóncico en adultos con periodontos reducidos se realiza por equipos de periodoncistas y ortodontistas. La cooperación interdisciplinaria cuidadosa de ambas disciplinas puede transformar al paciente con denticiones poco atrayentes, con dientes espaciados, extruidos o de algún modo migrados y

con periodontos inflamados y reducidos, en personas con sonrisas y dentaduras estéticas, atrayentes y funcionales. Tal es el caso de nuestro paciente, el cual se encuentra satisfecho con los resultados obtenidos.

Los especialistas que hemos intervenido comprobamos una vez más que el trabajo en equipo es imprescindible para la solución integral y satisfactoria de estos casos, y que aun en adultos afectados periodontalmente la corrección ortodóncica es una opción válida, siempre que se aplique adecuada y coordinadamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zachrisson BV. Ortodoncia y periodoncia. En: Linthe I. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 3ra ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2001.

2. Chinea Meneses EM, de la Rosa Samper H, Morales Aguiar DR. Etiología y patogenia de las enfermedades periodontales agudas y crónicas. En: Colectivo de autores. Compendio de periodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 53-157.
3. Sada Garralda V. Enfoque ortodóncico en el tratamiento multidisciplinario de pacientes adultos. Su relación con la periodoncia. Rev COE [serie en Internet]. 2003 nov-dic [citado 23 abr de 2007];8(6):[aprox. 4p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2004000200005&script=sci_arttext&tlng=es
4. Vellini Ferreira F. Crecimiento y desarrollo cráneo facial. En: Ortodoncia y planificación clínica. Sao Paulo Brasil: Editorial Artes Médicas Latinoamericanas; 2002. p. 31-56.
5. Baggini A. Clasificación y tratamiento de las neutroclusiones. Web odontológica [sede Web] Venezuela 2004. [citado 5 ene de 2006]. [aprox. 3p.]. Disponible en: http://www.webodontologica.com/paginas_guia/odon_guia/baggini.aspx
6. Inocencio F. Facial analysis. Clínica de Ortodoncia [CD-ROM]. USA: Mosby; 2004.
7. Barker DK. Occlusal interferences and temporomandibular dysfunction. Florida. USA. Gen Dent. 2004 Jan-feb;52(1):56-61.
8. Mi dentista.com [sede Web] Guía anterior. 2006 [citado 3 jul de 2006]:[aprox. 3p.]. Disponible en: <http://www.medmayor.cl/odontologia/tercero/oclusion/guiaanterior2004>

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado de Periodoncia. Profesora Instructora. ISCM-VC. E-mail: dianar@capiro.vcl.sld.cu.
2. Especialista de I Grado de Ortodoncia.
3. Especialista de I Grado de Ortodoncia. Profesora Instructora. ISCM-VC.