

CASOS CLÍNICOS

Odontología integrada: Tratamiento periodontal, ortodóntico y protésico

Integrated dentistry:
Periodontal treatment, orthodontic and prosthetic

Resumen

Las necesidades de tratamiento odontológico en los pacientes plantea un trabajo multidisciplinario. Se reporta un caso clínico de una persona que presenta enfermedad periodontal avanzada, con secuelas de migración de piezas dentarias en el sector antero superior. Después del tratamiento periodontal (Motivación, raspaje, alisado radicular, cirugía periodontal, injerto óseo autólogo) se realizó el tratamiento ortodóntico en el sector antero superior. Finalmente se realizó el cambio de las coronas del segmento antero superior por unas coronas ferulizadas.

Abstract

The needs of the dental treatment in the patients foroud a mutidiscipling work. It report a clinical case of one patient who exhibilidad a advanced periodontal disease, whith migration of the anterior upper teeth after the periodontal treatment (Motivation oral periodontal hygienic, root planning, periodontal autologos bore injerto it mode the orthodontic in the anterior upper tooth. Finally the patient recivea a bridge in the upper segment.

Luis Vidal Maita Véliz¹ y Luis Mariano Maita Castañeda²

- ¹ Departamento Académico de Estomatología Médico Quirúrgico, Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú
² Consulta privada, Calle Vargas Machuca 194, San Antonio, Lima 18, Perú
E-mail: lamitav@unmsm.edu.pe

Palabras clave: odontología integrada, trabajo multidisciplinario

Key words: integrated dentistry, multidisciplinary team

El avance científico de la odontología es cada vez más amplio en sus diferentes áreas o especialidades. El tratamiento interdisciplinario estomatológico es requerido con mayor frecuencia por nuestros pacientes, porque se entiende que el carácter interdisciplinario o la participación de varios especialistas en la solución de sus problemas de salud bucal les van a conferir una mejor oportunidad para recuperar la salud dental perdida.

Para alcanzar el éxito en la solución de casos complejos es imprescindible el trabajo en equipo, no existe ninguna especialidad o disciplina odontológica que se pueda considerar como una cerrada área clínica de única responsabilidad, subestimando y sin considerar la interrelación de las diferentes estructuras de la cavidad bucal.

Para una mejor ilustración de lo anterior presentamos un caso clínico que involucra a las áreas de periodoncia, ortodoncia y prótesis.

El paciente es referido al periodoncista para el tratamiento de la enfermedad

periodontal (31-12-2003). Al examen clínico periodontal se observa pérdida de la adherencia clínica de 4 a 9 mm, y movilidad dentaria de grado 1 a 3; siendo el diagnóstico periodontal: periodontitis crónica del adulto. En la radiografía se puede apreciar la pérdida ósea (Fig. 1).

El tratamiento periodontal consistió en: higiene periodontal, control de placa bacteriana, raspaje, alisado radicular, cirugía periodontal e injerto óseo autólogo, lograndose una franca recuperación osea (Fig. 2).

Después de 4 meses de tratamiento periodontal se inicia el tratamiento ortodóntico, utilizándose brackets metálicos de ranura 0,022" de canino a canino con un alambre de acero de 0,014" con un doblés de tipo "box loop" (tipo caja) a la altura de la pieza 2,1, para darle elasticidad al arco, traduciéndose en fuerzas leves y suaves. Además para ayudar a la recuperación de la papila interdientaria se realizó desgastes interproximales en las caras mesiales de ambos incisivos, para que el punto de contacto se

encuentre más cerca de la cresta ósea y de esta manera se logre la reparación completa de la papila (Fig 3).

El tratamiento ortodóntico demoró 3 meses, y finalmente se inicio el tratamiento protésico, el cual incluyo el recambio de sus coronas por unas coronas ferulizadas pensando en la contención del tratamiento ortodóntico; se tomó control radiográfico (Fig 4).

El objetivo básico del tratamiento periodontal es la curación de la periodontitis. La curación en parte se va a producir mediante un epitelio de unión largo, al mismo tiempo la contracción marginal del tejido inflamado reduce la profundidad de la bolsa y esto permite una ganancia en tonicidad de los tejidos y reduciendo la profundidad de sondaje.

Sabemos que la curación periodontal obedece a reglas biológicas conocidas, pero a la vez constituye la tarea de curación más compleja del organismo humano; porque existen cinco tipos de tejidos: epitelio, conjuntivo gingival, conjuntivo del ligamento periodontal, hueso y cemento radicular, los cuales



Fig. 1: Aspectos clínicos, radiográfico y modelo de estudio al inicio del tratamiento, el 02-01-04.



Fig. 3: Aspecto clínico durante y al finalizar el tratamiento ortodóntico el 09-09-04.



Fig. 4: Secuencia del tratamiento protésico: al retirar sus coronas (se observa un tallado defectuoso); retallado; nuevas coronas ferulizadas y radiografía de control.



Fig. 2: Aspecto radiográfico después de terminar el tratamiento periodontal el 24-05-04 (se observa la recuperación ósea).

deben establecer una nueva unión con el tejido duro radicular no vital y avascular.

La curación de las lesiones periodontales se ve complicada además por el hecho de que transcurre en un sistema abierto, permanentemente contaminado y sometido a una considerable carga bacteriana, por lo que la colaboración del paciente es muy importante para el éxito de los tratamientos periodontales, así este sea el de una gingivitis moderada.

La planificación del tratamiento periodontal consistió:

1. Fase inicial (higiene periodontal):

La motivación, consiste en proporcionarle al paciente una explicación clara de la enfermedad periodontal; el establecimiento de los procedimientos de higiene periodontal¹: técnica de Bass; uso del cepillo apropiado; uso del hilo dental apropiado y uso del enjuagatorio a base de Clorhexidina al 0,12 %

Después el paciente observará que sus tejidos periodontales se han desedematizado y que la inflamación va cediendo. Debemos recordar que en 1m³ de placa bacteriana existen aproximadamente 100 millones de bacterias por lo que los cambios van a ser muy notables en la recuperación de la salud periodontal para el paciente y éste observará los beneficios que se están produciendo.

Posteriormente se realizaron los procedimientos de raspaje y de alisado

radicular, este último considera un "método quirúrgico cerrado" el que se lleva a cabo con anestesia local. Los beneficios serán la disminución de la población bacteriana, el periodonto patógeno y la recuperación de los tejidos periodontales lo que nos va a permitir continuar con la fase quirúrgica.

2. Fase quirúrgica:

Se realizó un colgajo periodontal a espesor completo con injerto óseo autólogo de la paciente. El injerto óseo se obtuvo de la zona retro molar del lado derecho, como una posibilidad para "rellenar el defecto óseo periodontal" debido a la periodontitis crónica avanzada en la región de los incisivos superiores.

De haberse producido la extracción del incisivo central superior izquierdo, la atrofia alveolar subsiguiente hubiese producido secuelas de mayor dificultad para su tratamiento integral.

Un injerto es una parte de un órgano o tejido que después de haberse seccionado de una "zona donante" se coloca en otra "zona receptora" con el objetivo de dar soporte o corregir un defecto estructural. El injerto se nutrirá eventualmente de la zona receptora.

Los auto injertos o injertos autólogos, son trasplantes realizados entre dos regiones del mismo individuo, por tanto no provocan problemas de histocompatibilidad^{2,3}. Los injertos óseos son funcionales desde un punto de vista estructural, a pesar de que las células inicialmente transplantadas no permanecen viables; esto es así, porque la matriz extracelular es repoblada por células que invaden desde las zonas adyacentes. Este fenómeno no ocurre en injertos de otros tejidos - como la piel o las mucosas - para cuyo éxito es esencial la supervivencia de la población celular inicial⁴.

El hueso es probablemente el tejido que con mayor frecuencia se transplanta en el cuerpo. El hueso autólogo es hasta la fecha la única fuente de células osteogénicas con la que contamos.

La cicatrización del injerto se explica por tres mecanismos básicos: osteogénesis, osteoinducción y osteoconducción. Clásicamente la osteoinducción se vinculaba con los trasplantes de hueso fresco autólogo. Actualmente disponemos de proteínas morfogenéticas de hueso obtenidas por ingeniería genética recombinante (rhBMP) que han sido desarrolladas para inducir la formación ósea⁵.

Después de realizado el injerto óseo autólogo en la paciente se espero tres meses para iniciar el tratamiento de ortodoncia, después de haberse comprobado los resultados favorables.

Una de las secuelas de la enfermedad periodontal avanzada es la migración con inclinación y extrusión de uno o varios dientes, además de la pérdida de la papila interdental. La resolución de estos problemas no sólo deben hacerse por razones estéticas, sino como parte de un proceso de normalización de la oclusión; es por eso que los dientes deben mantener su posición correcta en el arco dentario, con buenos puntos de contacto que protejan la papila interdental.

El manejo de los tejidos periodontales es importante en los procedimientos de ortodoncia, pues es imposible mover dientes en presencia de bolsas periodontales activas ya que se producirá una pérdida de inserción con mucha rapidez^{6,7}. Sin embargo, podemos realizar tratamientos en pacientes con periodonto de inserción reducido pero sano, siempre que utilicemos fuerzas controladas y continuas y lograr no sólo una mejoría estética y funcional sino estabilidad a

largo plazo, que es uno de los objetivos de la odontología.

Referencias bibliográficas:

1. Maita Véliz, Luis y Col. Enfermedad Periodontal, su terapia: un reto. Rev. Odontología San marquina 2006; 9(1): 24- 27.
2. Block Ms, Kent Jn.: Sinus augmentation for dental implants. The use of autogenous bone. J Oral Maxillofac. Surg 1997; 55 : 1281- 1286
3. Hernández Alfaro Federico: Injertos óseos implantología Editorial Quintessence, S.L 2006 Barcelona, España.
4. Burwell RG Osteogenesis in cancellous bone grafts: considered in terms of cellular changes, basic mechanisms and the perspective of growth control and its possible aberrations. Clin Orthop 1965; 40:35
5. Wozney J. The bone morphogenetic protein family and osteogenesis. Mol Reprod Develop 1992; 160-166
6. Harfin Julia Tratamiento Ortodóntico en el Adulto 2da Edición Editorial Medica Panamericana 2006. Buenos aires, Argentina.
7. Varela Margarita, Ortodoncia Interdisciplinaria. Mmv 1era Ed., Editorial Océano/ Ergon, Madrid , España. 2005

Notas:

Soporte Online
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/
www.latindex.unam.mx](http://sisbib.unmsm.edu.pe/www.latindex.unam.mx)

Recibido el artículo el 10 de octubre de 2006 y aceptado para su publicación el 01 de diciembre de 2006