

# Regeneración de la papila interdientaria mediante mantenimiento periodontal periódico

José Javier Echeverría  
Carolina Manau  
José María Tejerina  
José Juan Vilar

Estomatólogos y Periodoncistas

*Echeverría JJ, Manau C, Tejerina JM, Vilar JJ: Regeneración de la papila interdientaria mediante mantenimiento periodontal periódico. Archivos de Odonto-Estomatología 1987; 3: 229-231.*

**Resumen.** Se presenta un caso de decapitación gingival interproximal, que evoluciona hacia la completa regeneración gingival tras tratamiento periodontal conservador y mantenimiento periódico, en una paciente joven con adecuada higiene oral.

**Palabras clave:** G.A.N.U.-  
Tratamiento periodontal-  
Regeneración periodontal-  
Mantenimiento periodontal.

Aceptado para publicación:  
Junio 1987.

**Correspondencia:**  
Dr. José Javier Echeverría,  
Ronda General Mitre, 174-176,  
08006 Barcelona.

## Abstract

*A case of interdental decapitation is presented, in which, after conservative periodontal treatment and periodontal maintenance, complete regeneration of the gingival architecture is achieved. The case corresponds to a young patient with adequate level of oral hygiene.*

**Key words:** A.N.U.G.-Periodontal treatment -Periodontal regeneration -Periodontal maintenance.

## Introducción

La gingivitis ulcerativa necrotizante aguda (GANU) es un tipo de enfermedad periodontal de origen infeccioso<sup>(1)</sup> con participación de otros posibles factores<sup>(2-3)</sup>. Aunque determinados gérmenes se han sugerido como causantes de la enfermedad<sup>(4)</sup>, y en todos los casos de GANU se ha observado un aumento de elementos espirales<sup>(5)</sup>, no se ha establecido la naturaleza específica de la infección que da lugar a la aparición de la enfermedad<sup>(6)</sup>.

La GANU se presenta habitualmente en pacientes jóvenes con mala higiene oral y es característico de la enfermedad la presencia, en su fase aguda, de dolor, sangrado espontáneo, márgenes gingivales necrosados y decapitación de la papila interproximal. En ocasiones existe también afectación del estado ge-

neral.

El tratamiento de la GANU incluye la eliminación cuidadosa de los factores locales—placa y cálculo—, instrucción en higiene oral, clorhexidina<sup>(6,7)</sup> y, ocasionalmente, uso de antibióticos orales, especialmente tetraciclinas y metronidazo<sup>(8)</sup>.

Con posterioridad a la desaparición de la sintomatología aguda puede observarse generalmente la persistencia de defectos interproximales que sugieren la existencia de un componente de pérdida de soporte en la GANU, lo que podría justificar el cambio de nombre de la GANU, de manera que se adaptase mejor a las características de la enfermedad.

El tratamiento de los defectos gingivales interproximales en forma de meseta que se observan con frecuencia en pacientes con historia previa de GANU se ha llevado a cabo a través de diferentes procedimientos<sup>(9)</sup>, incluyendo gingivoplastias<sup>(10)</sup>, cirugía mucogingival<sup>(11,12)</sup>, curetages<sup>(13)</sup>, antibióticos<sup>(14)</sup> y curetages periódicos<sup>(15)</sup>. Todos ellos son procedimientos invasivos que, en algunos casos, regeneran totalmente la papila interproximal<sup>(15)</sup>.

Por otra parte se ha demostrado<sup>(16)</sup> que, a medio y largo plazo, el contorno gingival en una zona libre de placa e inflamación está fuertemente influenciado por el contorno dentario y la línea amelocementaria<sup>(16)</sup>. También se ha descrito<sup>(10)</sup> la posibilidad de crecimiento gingival en pacientes bien mantenidos tras el tratamiento periodontal (inserción reptante = creeping attachment).

En consecuencia, y bajo circunstancias adecuadas,

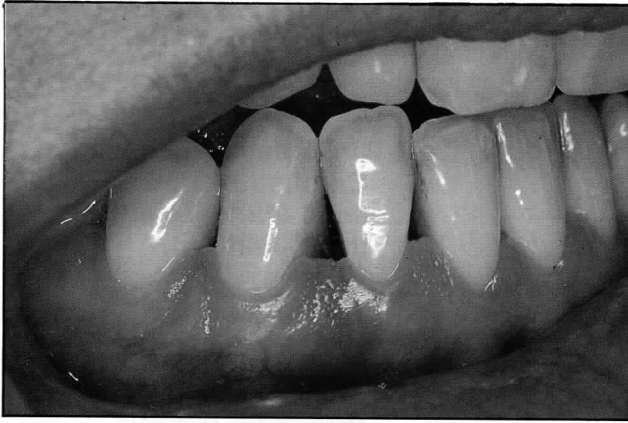


Fig. 1. Obsérvese la decapitación de las papilas interproximales a nivel de 41-44 y la exposición de la línea amelocementaria en mesial de 43.

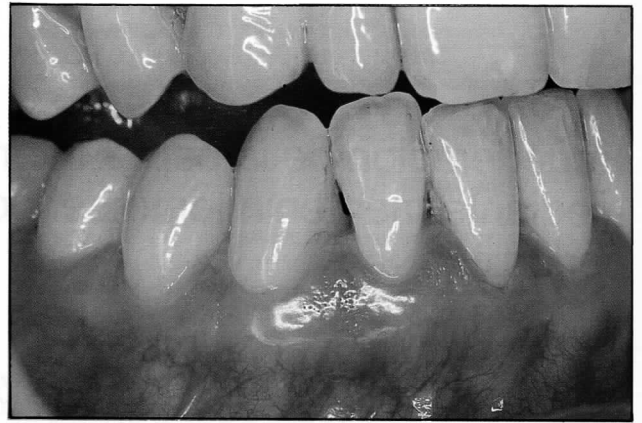


Fig. 2. Diez meses después de la primera visita, y seis meses después de finalizar el tratamiento periodontal. Es evidente la parcial reformatión de la anatomía interproximal a nivel de 41-44.



Fig. 3. Seis años después de finalizado el tratamiento periodontal. Obsérvese la reconstrucción total de la arquitectura interproximal a nivel de 41-44.

podría esperarse una adecuada anatomía interproximal incluso en casos post-GANU, adheriéndose a los conceptos biológicos básicos.

### Caso clínico

Paciente P.M.R., de 31 años de edad, sexo femenino, que acude en noviembre de 1980 a la consulta del periodoncista (J.J.E.) a causa de movilidads dentarias y episodios de inflamación gingival recidivante. La exploración periodontal revela la existencia de una periodontitis moderada. La paciente refiere dos episodios previos (el último hace seis meses) de lo que parece corresponder a una gingivitis aguda necrotizante y ulcerativa (G.A.N.U.). Se observa a la inspección gingival la típica decapitación gingival interproximal de la G.A.N.U.

La paciente es tratada de acuerdo con el protocolo periodontal al uso, incluyendo dos colgajos de Widman modificados a nivel de molares superiores, colo-

cándose seguidamente en un régimen de mantenimiento periodontal periódico que la paciente sigue escrupulosamente. Las zonas interproximales que muestran decapitación de las papilas no reciben ningún tipo de tratamiento específico, excepto la profilaxis correspondiente a cada visita de mantenimiento. La paciente no recibe tratamiento oclusal de ningún tipo.

En la actualidad, la paciente, en vista de la buena evolución del caso y su óptima higiene oral, recibe profilaxis periodontal cada seis meses.

En los seis años subsiguientes a la finalización del tratamiento periodontal, la paciente no ha vuelto a presentar ningún síntoma de lesión periodontal, las papilas interproximales han adoptado una conformación fisiológica, y no existen caries dentales nuevas tras el tratamiento de las existentes al iniciarse la fase higiénica, demostrando una vez más la eficacia de las medidas a disposición del odontoestomatólogo en la prevención de las enfermedades dentales y periodontales.

### Discusión

El objetivo del tratamiento periodontal es el mantenimiento del soporte periodontal y, si es posible, su regeneración<sup>(17)</sup>. Por otra parte, el sentido común indica que el mejor tratamiento es aquél que, siendo el mínimo, sea también el necesario, y suponga la menor inversión económica para el paciente<sup>(18)</sup>. Está bien establecido que después de todo tratamiento periodontal es imprescindible llevar a cabo mantenimiento periodontal de acuerdo a las necesidades del paciente<sup>(19)</sup> si quieren mantenerse niveles de inserción<sup>(20)</sup>. No se ha demostrado experimentalmente que una arquitectura horizontal favorezca la reaparición de nuevas lesiones periodontales, especialmente si se sigue un régimen adecuado de higiene oral y mantenimiento periodontal. En consecuencia, el tratamiento invasivo de

este tipo de defectos no está justificado, si a través de procedimientos más conservadores existe la posibilidad cierta de conseguir similares resultados.

## Bibliografía

1. Sabiston CB: A review an proposal for the etiology of acute necrotizing gingivitis. *J Clin Perio* 13: 727-734, 1986.
2. Shannon IL et al: Stress as a predisposing factor in necrotizing gingivitis. *J Period* 40: 240-242, 1969.
3. Stevens A et al: Demographic and clinical data associated with acute necrotizing ulcerative gingivitis in a dental school population. *J Clin Perio* 11: 487-493, 1984.
4. Loesche W et al: The bacteriology of acute necrotizing ulcerative gingivitis. *J Perio* 53: 223-230, 1982.
5. Listgarten MA: The distribution of spirochetes in the lesion of acute necrotizing ulcerative gingivitis. *J Period* 36: 328-339, 1965.
6. Lindhe J: Textbook of Clinical Periodontology, pp 202-218, Munksgaard, 1983.
7. Lang NP, Brex MC: Chlorhexidine digluconate. An agent for chemical plaque control and prevention of gingival inflammation. *J of Perio Res*, suppl 1986: 74-89.
8. Shinn D: Vincent's disease and its treatment. Proceedings of the International Metronidazol Conference. Montreal, Canada, 1976.
9. Johnson B, Engel D: Acute necrotizing ulcerative gingivitis. A review of diagnosis, etiology and treatment. *J Period* 57: 133-140, 1986.
10. Goldman M, Cohen D: Periodontal Therapy. 6th ed. Mosby Co. St. Louis, 1980.
11. Carranza I: Glickman's Clinical Periodontology. 5th ed. Saunders Co. Philadelphia, 1979.
12. Schluger S, Yuodelis R, and Page R: Periodontal Disease. Lea and Febiger, Philadelphia, 1977.
13. Prichard J: Advanced periodontal disease. 2nd ed. Saunders Co, Philadelphia, 1972.
14. Duckworth R et al: Acute ulcerative gingivitis: a double blind controlled clinical trial of metronidazol. *Br. Dent J* 120: 599-603, 1966.
15. Shapiro A: Regeneration of Interdental Papillae Using Periodic Curettage. *The Int J Period Rest Dent* 5: 27-34, 1985.
16. Zander H, Matherson D: Osseous surgery on interdental tissue morphology in monkeys. *IADR Abstracts* n° 326, 1963.
17. Ramfjord S, Ash M: Periodontology and Periodontics. Saunders Co, Philadelphia, 1979.
18. Käyser A: Minimum number of teeth needed to satisfy functional and social demands. En: *Public Healt Aspects of Periodontal Disease*. Ed: Asger Frandsen. Quintessence, Chicago, 1984.
19. Axelsson P, Lindhe J: The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J Clin Perio* 8: 281, 1981.
20. Rosling B et al: The effect of systemic plaque control on bone regeneration in infrabony pockets. *J Clin Perio* 3: 38, 1976.