

# Tratamiento multidisciplinario del paciente periodontal avanzado

## Presentación de un caso clínico

**José J. Echeverría García**

Estomatólogo,  
Máster en Periodoncia

*Echeverría García JJ: Tratamiento multidisciplinario del paciente periodontal avanzado. Archivos de Odonto-Estomatología 1988; 4:469-474.*

**Resumen.** Se presenta un caso de Periodontitis de Evolución Rápida que precisó tratamiento periodontal, endodóncico, ortodóncico y protésico, a través de la intervención organizada de diferentes especialistas. Los favorables resultados obtenidos sólo pueden mantenerse con un enfoque preventivo de la salud bucal.

**Palabras Clave:** Enfermedad periodontal; Tratamiento periodontal.

Aceptado para publicación:  
Agosto 1988.

**Correspondencia:**

Dr. J.J. Echeverría,  
Rda. Gral. Mitre 174-176,  
08006 Barcelona.

---

### Abstract

*A case in which a patient with Rapidly Progressive Periodontitis was treated by a team of different specialists is presented. The long term success of such a complex treatment can be assured only by means of preventive oral care.*

**Key Words:** Periodontal Disease; Periodontal treatment.

---

### Introducción

En muchas ocasiones, el avance de la enfermedad periodontal destructiva conlleva la pérdida de una o más piezas dentarias. Además, las piezas remanentes pueden presentar un aumento de la movilidad por pérdida de soporte, con o sin un componente adicional de sobrecarga oclusal, así como cambios en su posición, y aparición de diastemas en piezas anteriores donde en muchos casos existe un hábito de empuje lingual y/o colapso de la dimensión vertical resultante de la pérdida de apoyo molar.

En estas circunstancias es necesario rehabilitar la dentición del paciente tras detener el avance de la enfermedad periodontal. Rehabilitación que puede precisar de la colaboración de diversos especialistas,

cuyo esfuerzo mancomunado debe ir necesariamente dirigido hacia el establecimiento de unas condiciones orales que permitan que tanto la estética como la función sean satisfactorias, estables y fácilmente mantenibles por el paciente.

Sin embargo, en muchas ocasiones, este enfoque progresista choca con la odontología tradicional, que pone en duda no sólo la efectividad del tratamiento periodontal, sino también la capacidad del periodonto reducido de las piezas restantes para soportar tanto los movimientos ortodóncicos como el trabajo protésico que con frecuencia son necesarios en estos pacientes.

El objeto de esta presentación es, en consecuencia, el mostrar la resolución de un caso clínico complejo mediante un enfoque multidisciplinario, recalando cómo, a través de una adecuada motivación y cooperación por parte del paciente, estos resultados pueden, además, mantenerse.

---

### Caso Clínico

El paciente J.M<sup>a</sup>.A.A., de 34 años de edad, profesor de universidad, acude en Marzo de 1983 a la consulta del periodoncista (JJE), por molestias dolorosas erráticas en la boca, pérdidas dentarias frecuentes en los últimos cuatro años, migraciones dentarias y progresiva dificultad a la masticación. No

Pieza dentaria	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Movilidad	2	3	1		1	1	1	1	1	2	1		1			0
Distal	11	10	9		7	7	7	8	7	9	6		4			7
Proximal	9	9	7		4	3	3	4	3	3	4		3			5
Mesial	10	10	8		7	7	5	5	6	9	4		4			6
Palatal	10	10	5		5	6	6	5	5	7	6		5			5
Lingual	6					7	6	4	4	5	4	3	5			3
Distal	8					6	6	7	8	5	4	2	3			3
Proximal	3					4	3	3	3	3	3	3	3			4
Mesial	8					8	8	6	8	6	6	0	0			0
Movilidad	3					1	1	1	1	1	1		0			
Pieza dentaria	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Fig. 1. Movilidades y pérdidas de inserción clínica del paciente (P.I.) con ocasión de la primera visita.



Fig. 2. Antes del tratamiento. Obsérvese la presencia de diastemas, ligera sobremordida y relativa falta de placa, cálculo e inflamación gingival.

existen antecedentes sistémicos y el paciente, en el cuestionario escrito que cumplimenta en la primera visita, no señala movilidads dentarias, no refiere sangrado gingival de ningún tipo, indica ser apretador habitual y, limpiándose los dientes dos veces al día, considera que su higiene oral es buena.

La exploración bucal general no demuestra la existencia de lesiones a nivel de la mucosa oral. En la exploración dentaria se observa la ausencia de las siguientes piezas:

15	24	26	27
47 46 45 44		36	38

Los datos obtenidos a partir de la exploración periodontal pueden observarse en la Fig. 1. Los tejidos gingivales aparecían ligeramente edematosos y enrojecidos, sin un componente inflamatorio marcado (Fig. 2). El margen gingival estaba generalmente localizado en la vecindad de la correspondiente línea amelocementaria. El índice de sangrado<sup>(1)</sup> era del 80%, y el índice de placa<sup>(2)</sup>, del 55%. El cálculo supragingival era muy escaso.

La Figura 3 muestra la ortopantomografía que se tomó al paciente en la primera visita, previa a la serie intraoral.

Con todos los datos clínicos y radiológicos se estableció un diagnóstico de Periodontitis Avanzada, y se presentó al paciente un plan de tratamiento, que fue aceptado y llevado a cabo, que incluía:

*Fase Higiénica*

Exodoncia de 18, 17 y 48, enseñanza de la higiene oral y motivación del paciente, tratamiento endodónico y poste en 24, y raspaje, alisado y pulido en un total de ocho sesiones de una hora, durante cuatro meses, introduciendo enjuagues con clorhexidina (Cariax®) a partir de la penúltima visita de raspaje.

*Fase Quirúrgica*

Dos meses después de finalizar la fase higiénica, y tras nuevo sondaje periodontal, y con seguridad sobre la adecuada higiene oral del paciente, se practican, en tres sesiones sucesivas, tres colgajos modificados de Widman<sup>(3)</sup>, sin remodelado óseo, y a nivel de 11-16, 21-23 y 33-43.



Fig. 3. Ortopantomografía del paciente inmediatamente antes de iniciar tratamiento periodontal.



Fig. 4. Tras vigoroso raspaje, pulido y alisado. Obsérvense las tinciones por clorhexidina.

### Fase Rehabilitadora

Dos meses después de finalizar el tratamiento quirúrgico se retiran los enjuagues con clorhexidina (Cariax®) y se inicia el tratamiento ortodóncico que dura veinte meses, mediante aparatología fija y fuerzas ligeras de acuerdo con la técnica de arco de canto<sup>(4)</sup>. Durante este tiempo, el paciente recibe una profilaxis cada tres meses, y mantiene un excelente nivel de higiene oral. A continuación del tratamiento retentivo mediante férula superior y barra lingual a nivel de 33 a 43, se inicia tratamiento protésico, que incluye preparación dentaria, así como el diseño, confección y colocación definitiva de sendos puentes en primer (14-16), segundo (23-28) y tercer (35-37) cuadrantes, y una prótesis removible inferior que cubre las pérdidas dentarias en cuarto cuadrante, al no aceptar por el momento el paciente un procedimiento de osteointegración a este nivel.

### Fase de Mantenimiento

En Febrero de 1986 se da por terminado el tratamiento activo, y se prosigue el régimen de mantenimiento periodontal<sup>(5)</sup> pero ahora a intervalos de 5 meses, que continúa en la actualidad, sin que exista más indicación de actividad patológica periodontal, incremento de las movilidads dentarias ni ningún otro signo de patología bucal.

### Discusión

Existen dos factores importantes que pueden explicar los resultados conseguidos en el tratamiento dental y periodontal de este paciente. De una parte, el adecuado control de su enfermedad periodontal. En

segundo lugar, el establecimiento de unas relaciones intermaxilares que favorecen la estabilidad dentaria, satisfacen la función y mejoran significativamente la estética.

Aunque el diagnóstico inicial del caso correspondía a Periodontitis Avanzada, el correcto sería de Periodontitis de Evolución Rápida (PER), porque las características del caso se adaptan perfectamente a los criterios establecidos por Page y Schroeder para esta enfermedad<sup>(6)</sup>. La presencia de factores locales -placa y cálculo- era escasa, así como era poco manifiesta la inflamación gingival. No obstante, se procedió al raspaje y alisado minuciosos de las bolsas para conseguir el máximo de mejoría periodontal a través de la instrumentación. Con ello damos al paciente la oportunidad de mejorar de manera supervisada su higiene oral, lo que es particularmente importante en este tipo de enfermedad donde muy pocas bacterias provocan mucha destrucción de soporte periodontal.

La Figura 4 muestra que tras el raspaje y alisado se produjo una significativa retracción gingival, lo que puede considerarse la respuesta normal de los tejidos gingivales en las bolsas profundas<sup>(7-9)</sup>. Después, las bolsas superiores a cinco milímetros<sup>(10)</sup> fueron tratadas con colgajos modificados de Widman<sup>(9)</sup>, con objeto de asegurar la total eliminación de placa y cálculo de las superficies radiculares dejados inadvertida o inevitablemente durante el raspaje inicial<sup>(11)</sup>.

El tratamiento quirúrgico se llevó a cabo una vez asegurada la adecuada higiene oral por parte del paciente. En su ausencia, la pérdida ósea que sigue al tratamiento quirúrgico es muy significativa, y la enfermedad recidiva inmediatamente<sup>(12)</sup>. A continuación el paciente empezó el mantenimiento periodontal, poco tiempo antes de iniciar la fase rehabilitadora. La importancia del mantenimiento periodontal no



Figs. 5 y 6. Después de cirugía periodontal y antes de iniciar tratamiento ortodóncico. Obsérvese colapso de la dimensión vertical en lado derecho y distalización de 25.



Figs. 7 y 8. Poco antes de finalizar el tratamiento ortodóncico. Obsérvese, en comparación con las figuras 5 y 6, la mejoría en la altura de la dimensión vertical, la posición de 25 y el cierre de los diastemas. Es evidente la excelente higiene oral personal del paciente. (Ortodoncia realizada por el Dr. J.I. Echeverría García).

puede minusvalorarse. Numerosos estudios demuestran que sin terapia de mantenimiento no es posible esperar niveles estables de soporte periodontal a lo largo del tiempo<sup>(13)</sup>. La terapia de mantenimiento precisa de la cooperación (compliance) del paciente<sup>(14)</sup>. Es difícil de conseguir<sup>(15)</sup> pero posible<sup>(16)</sup>, y depende fundamentalmente de la relación que consiga establecerse entre el terapeuta y el paciente<sup>(17)</sup>.

Las relaciones interdientarias e intermaxilares mejoraron significativamente, y previamente a la rehabilitación protésica, mediante tratamiento ortodóncico (Figs. 5-7). El tratamiento ortodóncico en adultos goza hoy de una creciente popularidad entre los ortodontistas, debido sobre todo a la mayor experiencia en la aparatología utilizada, a las demandas de los pacientes y a los avances en el tratamiento periodontal<sup>(18)</sup>. Y desde el punto de vista periodontal, unos dientes mal colocados dificultan la higiene oral personal<sup>(19)</sup>. La existencia de un periodonto sano, aunque reducido,

y de moviidades dentarias previas, si son estables, no contraindica el tratamiento ortodóncico<sup>(20)</sup>. Aunque el tratamiento ortodóncico signifique necesariamente la introducción de un trauma oclusal -aunque controlado- los cambios óseos que tienen lugar como consecuencia son reversibles en tanto en cuanto no exista periodontitis activa<sup>(21)</sup>. En consecuencia, es un error llevar a cabo tratamiento ortodóncico en pacientes periodontales sin tratar. Sin embargo, con excesiva frecuencia se efectúa el tratamiento ortodóncico en pacientes con lesiones periodontales activas, con muy malos resultados incluyendo la pérdida no deseada de piezas dentarias<sup>(22)</sup>.

Por otra parte, en muchos casos de enfermedad periodontal es frecuente acabar el tratamiento periodontal con muchas menos piezas de las deseables y aún de las convenientes para mantener la estética y la función<sup>(23)</sup>. Además, las piezas que restan pueden presentar un soporte reducido, aunque sano. En tales

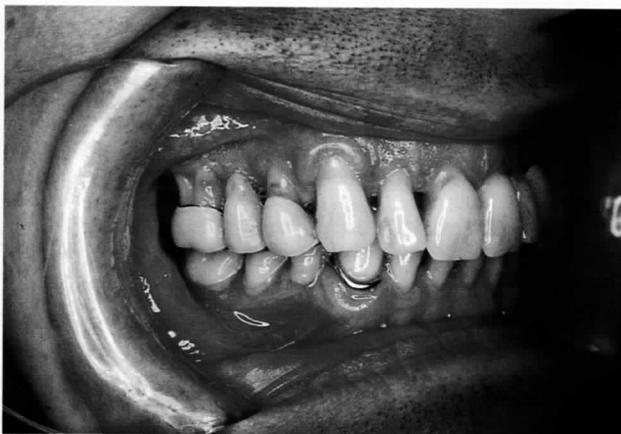


Figura 9



Figura 10



Figura 11

Figs. 9, 10 y 11. Después de finalizar la fase rehabilitadora. La estética y la función son excelentes y las prótesis diseñadas de tal manera que facilitan el mantenimiento de la higiene oral. La figura 10, 2 años después de finalizar el tratamiento rehabilitador. Obsérvese la estabilidad clínica de los resultados. (Prótesis realizada por el Dr. Emili Cuenca i Sala)

casos es necesario el tratamiento protésico, con objeto de recuperar la función, mejorar la estética y estabilizar, si es preciso, los dientes móviles<sup>(24)</sup>. Se ha demostrado que el tratamiento protésico de tales pacientes es exitoso a largo plazo<sup>(25)</sup>, pero sólo si se observan escrupulosamente los principios técnicos, biológicos y biofísicos que determinan el tratamiento protésico. Si es posible, los márgenes de las coronas deben mantenerse supragingivales<sup>(26)</sup> y el diseño de los espacios protésicos interproximales debe permitir una cómoda higiene oral mediante el cepillo interproximal. En caso contrario, la prótesis dental perjudica más que beneficia al periodonto de la generalidad de los pacientes, en especial de los periodontales<sup>(27, 28)</sup>.

En este paciente se estudió la colocación de tres puentes, en el primero, segundo y tercer cuadrante. En el cuarto, la pérdida de molares y premolares supuso una disminución de la dimensión vertical, lo que no es deseable. Aunque se consideró la oportunidad de un puente osteointegrado<sup>(29)</sup>, motivaciones económicas llevaron a la colocación, temporalmente, de una prótesis removible (Figs. 8-10).

No se dedicó, en este paciente, mucho tiempo al ajuste oclusal. En ausencia de inflamación periodontal, el papel de la oclusión sobre el periodonto no debe sobreestimarse, y no suele requerir su ajuste más que en una extrema minoría de casos<sup>(30, 31)</sup>.

La estabilidad oclusal, y el control del bruxismo se pueden conseguir perfectamente con una férula oclusal nocturna. Esta misma terapia permite mantener los resultados ortodóncicos en el grupo anterior-superior, pese a la persistencia del hábito de lengua<sup>(32)</sup>. Un año después de terminado el tratamiento, el paciente dejó de utilizar la férula nocturna, excepto en periodos de evidente tensión psíquica, sin cambios en la estabilidad o posición dentaria.

Se ha dicho que cuando un paciente necesita tratamiento periodontal, ortodóncico y protésico con objeto de restaurar su boca, es señal de que la odontología previa administrada al paciente ha fallado con claridad<sup>(33)</sup>. El estado de la ciencia nos permite hoy mantener sana una boca restaurada cuando se trabaja con una visión preventiva. En caso contrario, en el paciente susceptible, la enfermedad dental y/o periodontal reaparecerá inevitablemente.

**Bibliografía**

1. O'Leary T.: The plaque control record. *J. Periodontol.* 43: 38, 1972.
2. Muhlemann H., Son S.: Gingival sulcus bleeding -a leading symptom in initial gingivitis. *Helv. Odont. Acta* 15: 107, 1971.
3. Ramfjord S., Nissle R.: The modified Widman flap. *J. Periodontol.* 45: 601, 1974.
4. Angle E.: The latest and best in orthodontic mechanism. *Dent. Cosmos.* 70: 1143, 1928.
5. Nyman S., Rosling B., Lindhe J.: Effect of professional tooth cleaning on healing after periodontal surgery. *J. Clin. Periodontol.* 2: 80, 1975.
6. Page R, Schroeder, H.: Periodontitis in man and other animals. A comparative review. Basel. S. Karger, 1982.
7. Badersten A., Nilveus R., Egelberg J.: Effect of non-surgical periodontal therapy. II. Severely advanced periodontitis. *J. Clin. Periodontol.* 11: 63, 1984.
8. Badersten A., Nilveus R., Egelberg J.: Effect of non-surgical periodontal therapy. III. Single vs. repeated instrumentation. *J. Clin. Periodontol.* 11: 114, 1984.
9. Lindhe J., Socransky S., Nyman S., Westfelt E.: Dimensional alteration of the periodontal tissues following therapy. *Int. J. Perio. Rest. Dent.* 7: 9, 1987.
10. Lindhe J., Socransky S., Nyman S., Haffajee A., Westfelt E.: "Critical probing depths" in periodontal therapy. *J. Clin. Periodontol.* 9: 323, 1982.
11. Rabbani G., Ash M., Caffesse R.: The effectiveness of subgingival scaling and root planing in calculus removal. *J. Periodontol.* 52: 119, 1981.
12. Nyman S., Lindhe J., Rosling B.: Periodontal surgery in plaque infected dentitions. *J. Clin. Periodontol.* 4: 240, 1977.
13. Ramfjord S.: Maintenance care for treated periodontitis patients. *J. Clin. Periodontol.* 14: 433, 1987.
14. Wilson T.: Compliance -A review of the literature with possible applications to periodontics. *J. Periodontol.* 58: 706, 1987.
15. Wilson T., Glover M., Schoen J., Baus C., Jacobs T.: Compliance with maintenance therapy in a private periodontal practice. *J. Periodontol.* 55: 468, 1984.
16. Echeverría J.: Parodontale Compliance. Aceptado para publicación. *Phillip J. Rest. Zahnmed.*
17. Tejerina J., Pérez M., Echeverría J.: Estrategias psicológicas en la motivación del paciente periodontal. *Arch. Odontoest.* 3: 245, 1987.
18. Musich D.: Assessment and description of the treatment needs of adult patients evaluated for orthodontic therapy: Characteristics of the solo provider group (I). *Int. J. Adult Ortho. Orthog. Surg.* 1: (1) 55, 1986.
19. Buckley L.: The relationship between irregular teeth, plaque, calculus and gingival disease. *Brit. Dent. J.* 148: 67, 1980.
20. Eliasson L.: The effects of orthodontic treatment on periodontal tissues in patients with reduced periodontal support. *Europ. J. Orthod.* 4: 1, 1982.
21. Nyman S., Karring T., Bergenholz G.: Bone regeneration in alveolar bone dehiscences produced by jiggling forces. *J. Periodont. Res.* 17: 316, 1982.
22. Drago M.: Periodontics and Orthodontics. En "Orthodontics and periodontics" Höls E., Zachrisson B. y Baldauf A., Edit. Quintessence Pub. Co. Chicago, 1985.
23. Käyser A.: Minimum number of teeth needed to satisfy functional and social demands. En "Public Health Aspects of Periodontal Disease". Frandsen A., Ed. Chicago, Quintessence Publ. Co., 1984.
24. Amsterdam M.: Periodontal Prosthesis: Twenty-five years in retrospect. *Alpha Omegan, Dic.* 1974.
25. Nyman S. y Ericsson I: The capacity of reduced periodontal tissues to support fixed bridgework. *J. Clin. Periodontol.* 2: 53, 1982.
26. Nevins M. y Skurow H.: The intracrevicular restorative margin, the biologic width, and the maintenance of the gingival margin. *Int. J. Perio. Rest. Dent.* 4:(3) 31, 1984.
27. Silness J: Fixed prosthodontics and periodontal health. *Dent. Clin. North Am.* Vol 24, n. 2, 1980.
28. Waerhaug J.: Tissue reactions around artificial crowns. *J. Periodontol.* 54: 172, 1983.
29. Haraldson T.: A 10-year functional follow-up of patients with osseointegrated implant bridges. En "Tissue integration in oral and maxillo-facial reconstruction". Ed. D. van Steenberghe. Excerpta Medica, Amsterdam, 1986.
30. Polson A.: Efficacy of occlusal adjustment in periodontal treatment. En "Efficacy of treatment procedures in periodontics". Shanley D., Ed. Quintessence Pub. Co, Chicago, 1980.
31. Nyman S., Lindhe J., Lundgren D.: The role of occlusion for the stability of fixed bridges in patients with reduced periodontal tissue support. *J. Clin. Periodontol.* 2: 53, 1975.
32. Ramfjord S., Ash M.: Periodontology and Periodontics. Saunders Co. Philadelphia 1979, pp. 480-483.
33. Kulmer S.: Periodontics, Orthodontics, and Restorative Dentistry. En "Orthodontics and Periodontics", Höls E., Zachrisson U., Baldauf A., Quintessence Pub. Co., Chicago, 1985.