



Tratamiento de un Caso con Enfermedad Periodontal y Posterior Trauma Oclusal



DR. AURELIANO A. RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

Médico odontólogo.
Práctica privada en León.

Introducción

Casi siempre, la patología de un paciente es de tipo multifactorial, no sólo se debe a una causa; su comienzo suele ser unitario pero, poco a poco, con la desestructuración oral se suman encadenadamente otros factores.

Como hemos mantenido en otros artículos, el enfoque terapéutico debe ser integral, pues no subyace una sola afección.

Quando la paciente vino a la consulta había pedido otras opiniones, siendo diagnosticada de enfermedad periodontal.

Nuestra impresión, además de corroborar un periodonto enfermo, fue que había otro tipo de patologías derivadas de la enfermedad inicial, a la cual se habían sumado migraciones dentales, extrusiones, inclinaciones, rotaciones, maloclusión con sobrecarga, trauma oclusal, etc.

Toda esta serie de factores nos hizo pensar en un tratamiento global, que contemplase la periodoncia, la ortodoncia (mejorando su oclusión) y la restauración protésica. La resolución del caso pasa, según nuestro criterio, por los tres tipos de actuaciones secuenciales referidas anteriormente, ya que es tan importante corregir las ausencias o deficiencias de contactos oclusales como la enfermedad de base.

La paciente refería que antes tenía los dientes perfectos, pero que en tres o cuatro años se le habían descolocado.

Consideraciones patológicas

La periodontitis continúa siendo una de las enfermedades más extendidas de la especie humana; mientras las caries disminuyen las periodontitis apenas muestran una tendencia descendente.

La periodontitis es una enfermedad del aparato de sostén dentario producida por la placa bacteriana y que se desarrolla habitualmente a partir de una gingivitis; pero no todas las gingivitis evolucionan a periodontitis. Los factores más importantes en la progresión son la cantidad y virulencia de los microorganismos, por una parte, y la resistencia del huésped (estado inmunitario, herencia) por otra.

Biopatología de la periodontitis

Las diferentes formas de la periodontitis son a veces difíciles de diferenciar entre sí, con excepción de la periodontitis prepuberal, sumamente rara.

Una periodontitis del adulto de evolución lenta (AP) puede, de repente, adoptar una evolución rápida. En estas condiciones, este proceso muestra un mayor número de brotes activos y flora de la bolsa similar a la periodontitis rápidamente progresiva del adulto joven (RPP).

Por otra parte, existen también estados de transición entre periodontitis juvenil localizada (LJP) y RPP, por lo que la diferenciación resulta difícil.

Todas las periodontitis siguen un curso en brotes, alternándose las fases de estancamiento o remisión y las fases de exacerbación de una forma más (RPP) o menos rápida (AP).

Clasificaciones

Clasificación patobiológica dinámica:

- AP (P. del adulto de evolución lenta).
- RPP (P. rápidamente progresiva del adulto joven).
- LJP (P. juvenil localizada).
- PP (P. prepuberal rápidamente progresiva).

Clasificación patomorfológica:

1. Periodontitis leve.
2. Periodontitis moderada.
3. Periodontitis grave.

Otras clasificaciones:

- Periodontitis ulcerosa.
- Periodontitis asociada a enfermedades sistémicas:
 - Diabetes juvenil.
 - Síndrome de Down.
 - Síndrome de Papillón Lefevre.

Otras patologías asociadas

Migraciones, inclinaciones, elongaciones dentarias,...

En las periodontitis avanzadas es posible observar migraciones de algunos grupos de dientes como síntoma del proceso, que origina defectos de tipo estético y funcional.

Inestabilidad dental

Es un síntoma de las periodontitis graves y avanzadas. Los traumas oclusales producen aumento de la movilidad dental incluso en periodonto sano. También la inestabilidad

dental puede aumentar como consecuencia del trauma oclusal y se observa un aumento de la movilidad dental con pronóstico desfavorable.

Trauma oclusal periodontal

Definición: alteración microscópica de las estructuras periodontales, que se manifiesta clínicamente por un aumento reversible de la movilidad dental (Mühlemann y cols., 1956).

En el ligamento periodontal:

- Produce alteraciones en la circulación sanguínea.
- Trombosis en los vasos desmodontales.
- Edematización y hialinización de las fibras de colágeno.
- Infiltrado de células inflamatorias, etc.

En el espacio periodontal: Nyman Lindhe, 1976: "(...) se ensancha en reloj de arena, aumenta la movilidad del diente y triangulación en Rx (...)".

Las fuerzas oclusales patológicas favorecen la progresión de periodontitis previas (Svanberg y Lindhe, 1974; Lindhe y Ericsson, 1982; Hanamura y cols., 1987; Polson y cols., 1976).

El trauma oclusal periodontal se presenta en dos fases:

1. Fase adaptativa: ensanchamiento del espacio periodontal y aumento de la movilidad dental.
2. Fase progresiva: aumento progresivo de la movilidad dental.

Las causas se eliminan con: férula de descarga, tallado, estabilización y reconstrucción oclusal.

Diagnosticamos a la paciente de una periodontitis rápidamente progresiva del adulto joven, de moderada a grave, complicada con migraciones, inclinaciones, inestabilidad dental, con movimientos por trauma oclusal (RPP).

Es una enfermedad rara (2 a 5% de las periodontitis –Page y cols., 1983–), que puede iniciarse después de la pubertad. Lo habitual es el diagnóstico entre los 20 y los 30 años, más frecuente en el sexo femenino. Todos los dientes resultan afectados, encía más o menos inflamada, pérdida ósea vertical y

Modelos de estudio

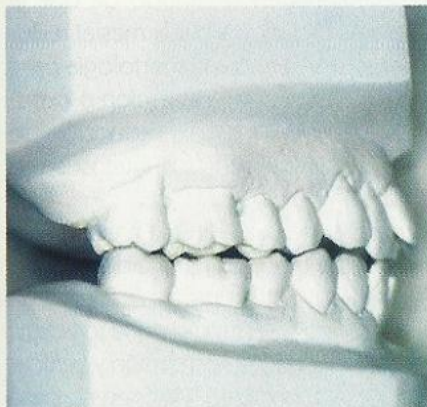


Fig. 1. Vista lateral derecha.

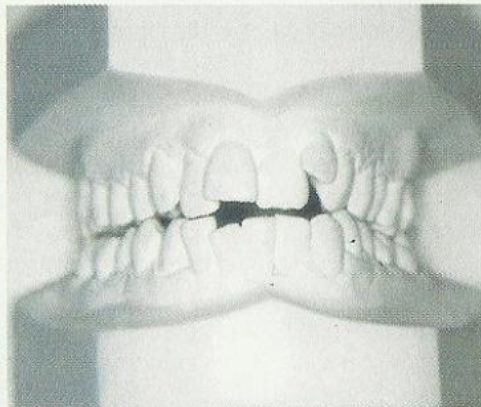


Fig. 2. Vista anterior.

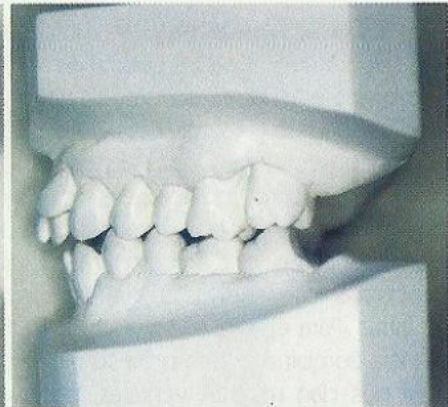


Fig. 3. Vista lateral izquierda.



Fig. 4. Vista lateral derecha de la boca.



Fig. 5. Vista frontal de la boca de la paciente.



Fig. 6. Vista lateral izquierda de la boca.



Fig. 7. Vista lateral derecha de la boca con ortodoncia.



Fig. 8. Vista frontal de la boca con ortodoncia.



Fig. 9. Vista lateral izquierda de la boca con ortodoncia.

horizontal, síntomas de actividad, evolución clínica rápida. También se denomina periodontitis posjuvenil. La gravedad y distribución de la pérdida de inserción es muy variable, alternándose fases agudas y crónicas. Los brotes de actividad son producidos por microorganismos (gram-) que en parte penetran en el epitelio ulcerado de la bolsa (invasión, infección). Tiene una herencia dominante ligada al sexo. Tratamiento: motivación hacia el paciente, instrumentación (raspajes, curetajes, alisados radiculares, etc.), quimioterapia (metronidazol) y controles de placa periódicos.

El pronóstico es reservado, con colaboración mediana por parte de la paciente.

Cómo se realizó el tratamiento y por qué

En principio, hay que realizar un tratamiento periodontal con raspados y alisados radiculares a campo cerrado y a campo abierto. Una vez estabilizada su enfermedad periodontal, se le dan los consejos de mantenimiento.

Las consecuencias en el periodonto, como las migraciones, inclinaciones, traslaciones, etc., las cuales derivan hacia una maloclusión con posterior trauma, no se han resuelto, por lo tanto hay que solucionar la oclusión para que no se produzcan sobrecargas en algunas piezas y falta de función en otras. Para ello llevamos a cabo un tratamiento de ortodoncia combinado con prótesis fija. La nivelación y el alineado nos dan muchas ventajas, porque conseguimos una dimensión vertical ya experimentada y estandarizada, tema

muy debatido en todas las restauraciones protésicas (los brackets según la longitud de la corona se colocan a una medida que nos da la relación de la corona con el periodonto). Conseguimos una nivelación de todas las piezas, aumentamos el número de contactos entre ellas, hacemos más funcional la masticación, mejorando las fuerzas fisiológicas, evitando las sobrecargas. Lo mismo ocurre con los arcos que, al hacerlos más armónicos, serán más efectivos.

"Hay autores que refieren que, al armonizar la oclusión, el aparato estomatognático tiende a estabilizarse mejorando la patología. El hueso acompaña al diente en los cambios de posición y este principio se usa para crear cambios alveolares favorables en pacientes con defectos periodontales" (Robert L. Vanarsdall).

Existen evidencias importantes en el sentido de que la verticalización de los molares inclinados hacia mesial reduce la profundidad de sus bolsas y mejora la morfología ósea alterada. Hay informes que afirman que la erupción o extrusión de un diente o de varios, junto con la reducción de altura de corona clínica, reduce los defectos intraóseos y disminuye la profundidad de la bolsa.

En algunos estudios se ha observado que la erupción en presencia de inflamación gingival reducía el sangrado y disminuía la profundidad de la bolsa e incluso producía formación de hueso nuevo en la cresta alveolar. A medida que los dientes erupcionaban se ha demostrado que la erupción y verticalización de molares reduce las bacterias patógenas, pero durante el tratamiento clínico la inflamación siempre debe ser



controlada, para cerciorarse de que el tejido conectivo situado por encima de la cresta permanezca sano y que la altura de hueso de la cresta alveolar se mantenga en su nivel original.

Hay cuidados especiales con algunos tipos de movimientos: la intrusión implica más riesgo que la extrusión. La extrusión es más predecible. En el movimiento de inclinación la fuerza debe ser ligera, porque puede provocar estrés periodontal. Hay que tener cuidado con los movimientos de traslación, ya que puede haber destrucción de inserción del tejido conectivo, sobre todo en adultos. Hay que tener buena encía adherida que está en relación directa con la salud periodontal.

A la paciente se le realizó una restauración protésica total: ¿cuáles son las indicaciones?:

- Multicaries con gran destrucción de tejido.
- Anomalías de posición (ferulización).
- Piezas con poco soporte óseo (enfermedad periodontal).
- Pacientes con coloraciones (discromías severas).
- Abrasiones, erosiones severas.
- Correcciones oclusales, mordidas abiertas o cruzadas, diastemas, roturas traumáticas.
- Estética.

¿Por qué restauración total en este caso?:

- En pacientes periodontales disminuimos la relación corona-raíz con el tallado.
- Paciente con multicaries.
- Sirve como aparato de contención posortodoncia, evitando los movimientos de recidiva.
- Excelentes resultados desde hace años (coincidiendo con el magnífico artículo publicado por el doctor Sada Moreno en la revista de la SEI, nº 4, vol. 4, diciembre de 2002).
- La paciente quería más estética.

que la paciente es periodontal y adulta, continuamos con arcos con curva de *spee* invertida para corregir su mordida abierta. Para llevar a la paciente a clase I, molar y canina, se utilizan retroligaduras y gomas clase II. Finalmente se utilizan gomas de intercuspidadación.

Por último se comprobó su oclusión: desoclusión posterior en protrusiva, desoclusión canina en parte izquierda y función de grupo derecho.

Material

Vamos a realizar ortodoncia fija en maxilar y mandíbula con brackets preajustados MBT (técnica versátil) con las siguientes medidas:

	U7	U6	U5	U4	U3	U2	U1
Arco superior:	2	2,5	3,5	4	4,5	4	4,5
Arco inferior:	2	2	3	3,5	4	3,5	3,5

Se emplean arcos redondos de nitinol en maxilar y mandíbula de 0,14 y 0,16 con curva de *spee* invertida y 0,16 de acero. Se finalizó con rectangular de 16 x 22 de nitinol. Como accesorios se emplean retroligaduras, ligaduras elásticas y metálicas, kobayashis, cordón elástico, cadeneta de memoria, elásticos de clase II y elásticos en caja de cierre (fuerza mediana 3/16", 1/4", 3/8").

Finalmente se hizo una ferulización con puentes de metal porcelana por grupos: en el maxilar superior se unieron: de canino a canino y dos tramos en los sectores posteriores. En el maxilar inferior: unión de canino a canino, unión de 4 y 5 y molares individuales a cada lado. También se colocaron férulas transparentes.

Conclusiones

Con este trabajo hemos ofrecido a la paciente:

- Una oclusión más estable y funcional.
- Mejoría periodontal.
- Una buena contención producida por la ferulización.
- Hemos restaurado sus piezas que tenían caries, endodoncias, erosiones gingivales, etc.
- Una excelente estética y satisfacción de la paciente. ●

Método y materiales

Método

Una vez realizado el análisis clínico y radiológico y montaje de modelos en articulador, valoramos el tratamiento ortodóntico: se realiza *stripping* en todos los anteriores hasta el premolar, ponemos arcos de nitinol para ir produciendo el alineamiento y nivelación con fuerzas muy ligeras, puesto

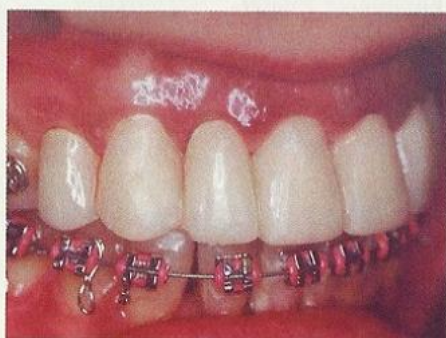


Fig. 10. Vista lateral derecha de la boca con provisionales.



Fig. 11. Vista frontal de la boca con provisionales unidos entre sí para evitar movimientos (la restauración se hizo por tramos).



Fig. 12. Vista lateral izquierda de la boca con provisionales.



Fig. 13. Vista lateral derecha de la restauración en metal-porcelana.

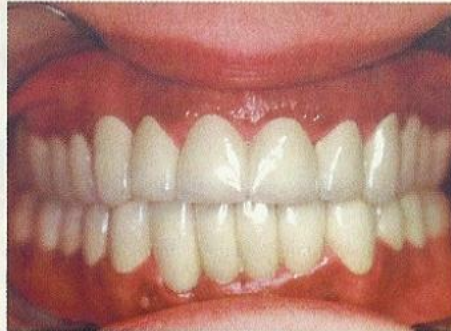


Fig. 14. Vista frontal de la restauración en metal-porcelana.



Fig. 15. Vista lateral izquierda en metal porcelana.

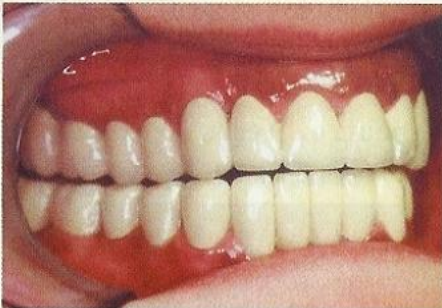


Fig. 16. Función de grupo en lateral derecho.



Fig. 17. Desoclusión posterior en protrusiva.



Fig. 18. Desoclusión canina en lateral izquierdo.



Fig. 19. Férulas transparentes superior e inferior.



Fig. 20. Fotografía de la paciente.

Bibliografía

- ◆ Graber TM, Vanarsdall RL. *Ortodoncia, Principios Generales y Técnicas*. Ed. Médica Panamericana, abril 1997.
- ◆ Lindhe J. *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. Ed. Médica Panamericana, julio 2000.
- ◆ Rodríguez Martínez AA. *Ortodoncia en el Adulto y su Relación con otras Disciplinas Odontológicas*. Revista Maxilaris, junio 2002.