

Enfermedad periodontal en adolescentes. Caso clínico

Dr. Leonidas Barletta

Recibido: 30/9/09

Aprobado: 6/10/09

Periodontal disease in teenagers. Case report

Especialista en Periodoncia

Profesor Titular de la Cátedra de Periodoncia B - UNLP.

Ex Presidente de la Sociedad Argentina de

Periodontología

Miembro de la American Academy of Periodontology

Barletta, L. Periodontal disease in teenagers: Case report. Rev. Soc. Odont. La Plata, 2010; XXIII(40): 5-7.

Summary

We do a brief comentary about the periodontal disease in teenagers its etiology, symtomatology, epidemiology, diagnosis and treatment. We report about the sequence of the clinicals procedures on a 14 years old patient with an advance periodontitis localized in superior lateral incisive we did a reparative surgery tecnique with satisfactory post treatment with clinicals and radiografic pictures.

Key words: periodontitis, probing depth, bone loss, scaling, rooth planning.

acompañado de reabsorción ósea, signos que representan a la periodontitis, que de no tratarse puede terminar con la exfoliación del diente. En niños y adolescentes el diagnóstico más frecuente es el de gingivitis (10), pero cuando coexiste con la placa bacteriana algunos de los otros factores antes mencionados se produce la destrucción de los tejidos de soporte dentarios y entonces ya estamos en presencia de una periodontitis agresiva (antes juvenil), afortunadamente desde el punto de vista epidemiológico está representada por un bajo porcentaje (2,9).

Las características clínicas de éste tipo de periodontitis incluyen pérdida ósea avanzada de tipo vertical o angular con bolsas periodontales infra óseas (3), signos atenuados de inflamación con

un índice gingival (IG) bajo al igual que el índice de placa(IP) lo que dá a entender la presencia de factores de riesgo muy importantes como la alteración de elementos de defensa por la deficiencia de los polimorfonucleares y la presencia de bacterias altamente patógenas como el *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (antes *Actinobacillus actinomycetemcomitans*), pudiéndose presentar en forma generalizada a toda la boca o localizada sobre incisivos y primeros molares con pérdida ósea vertical y bolsas infraóseas (4,8).

Es de hacer notar que el caso que nos ocupa no entra dentro de ésta clasificación puesto que es una lesión periodontal aislada circunscripta a un solo diente de la arcada agravada por la influencia de fuerzas oclusales traumáticas.

Caso clínico

Paciente masculino, 14 años, se presenta a la consulta por movilidad de la pieza 12; al examen se observa mala higiene bucal (grado 3 del IP en todas las piezas), gingivitis marginal simple generalizada (IG 2) excepto en el incisivo lateral derecho que posee periodontitis avanzada con una profundidad de sondaje(PS) y un nivel de inserción clínica(NIC) de 8mm, movilidad grado 1^{1/2} (fig.1) con el borde incisal desgastado en forma de escotadura, producto de contactos oclusales parafuncionales especialmente en lateralidad sobre el lado derecho, la imagen radiográfica dio una pérdida ósea más allá del 1/3 medio radicular (fig.2), y la historia clínica médica no dio aspectos de interés.



Fig. 1 Preoperatorio.



Fig. 2 Preoperatorio con sustancia revelante.

Tratamiento no quirúrgico

Se hizo la motivación e instrucción sobre higiene oral la que llevó varias sesiones por la falta de éste hábito por parte del paciente y una vez logrado esto se realizó la terapia inicial la que al control postoperatorio a los 30 días el resultado fue satisfactorio recuperando la encía sus características clínicas normales, situación que facilitó la programación de una cirugía en el diente 12 como tratamiento complementario (5).

Tratamiento quirúrgico complementario

Se realizó un colgajo de Widman modificado circunscrito al diente afectado (1), de espesor total con incisiones verticales para mejor acceso a la profundidad

de la lesión, raspaje, curetaje y alisado radicular solamente con curetas de Gracey sin acondicionamiento radicular ni agregado de relleno alguno (fig.3 y 4) y se reubicó el colgajo mediante suturas interproximales en ocho y directas en las incisiones verticales.



Fig. 3 Rx preoperatoria.



Fig. 4 Vista de la lesión antes del raspaje.

Postoperatorio

Se recomienda como cuidados caseeros para los días siguientes la no utilización del cepillo dental en la zona afectada sí en el resto, alimentación blanda y líquida de baja temperatura, colutorios de clorhexidina 2 veces por día, antiinflamatorios (fluribuprofeno 50mg) y antibióticos (metronidazol 500mgr.)(7,11) cada 12hs. A los 7 días se controló el postoperatorio que transcurrió con escasas molestias y ligero edema las primeras 48hs, se retiraron las suturas mostrando buena cicatrización inicial y se programaron controles a los 30 días y luego cada 3 meses.

Visita de control a los 30 días

En el primer control el monitoreo de los principales parámetros dio medidas de

normalidad para la PS, la movilidad dentaria y la recuperación de las características normales de la encía con resección del margen gingival lo que provoca un problema estético y un riesgo de caries y/o sensibilidad dentaria situación que se pensó cambiar en el futuro con las técnicas correspondientes.

Postoperatorio a un año

Lamentablemente el paciente no cumplió con los controles programados por problemas personales y recién a los 12 meses se lo pudo ver comprobando el mantenimiento de las condiciones saludables que se observaron en el primer control (fig.5) constatando en el examen radiográfico alguna recuperación del nivel óseo en caras proximales (fig.6 y 7).



Fig. 5 Vista de la lesión post. raspaje.

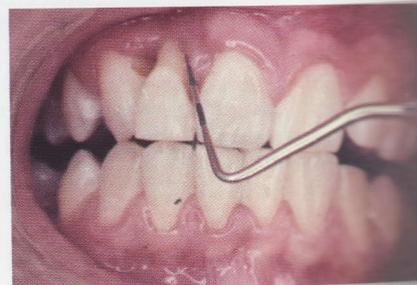


Fig. 6 Foto clínica a 1 año.



Fig. 7 Rx a 1 año

Se realizó el tratamiento quirúrgico porque la PS era profunda y un raspaje y alisado radicular como terapia única no daba la seguridad de la total eliminación de la placa, cálculo y tejido de granulación existente. Como el caso se realizó en un servicio público se prescindió por razones económicas de aplicar una técnica regenerativa con la aplicación de barreras y rellenos óseos que podrían haber mejorado en algún porcentaje los parámetros

periodontales. Hubiese sido ideal si el paciente lo habría permitido concluir con la solución de la resección gingival postoperatoria con las variadas técnicas que se disponen en la actualidad.

- Amoroso R, Pierra R, Franceschetti G, Calura G. *Single flap approach with buccal access in periodontal reconstructive procedures*. *Periodontol* 2009; 80:353-360.
- Arner C, Uvel L. *A longitudinal study of dental health in a group of Swedish teenagers / young adults from the age of 14*. *Swed Dent J* 1996; 20:189.
- Baron R, Califano JV, Koertge TE, et al. *Longitudinal assessment of early onset periodontitis*. *J Periodontol* 1995; 66: 101-108.
- Brace G. *Development of a classification system for periodontal disease and conditions*. *Ann Periodontol* 1999; 4: 1-6.
- Chavira A. *Treatment of localized juvenile periodontitis*. *J Periodontol* 1987; 58:1-8.
- Chavira A, Wombell A. *Early onset periodontitis*. *Ann Periodontol* 1999; 4:39-53.
- Chavira A, Hakinen S. *Metronidazole in the treatment of localized juvenile periodontitis*. *J Clin Periodontol* 1993; 20: 166-170.
- Chavira A, Buschi YA, Barbosa MF. *Destructive forms of periodontal disease adolescents. A 3-year longitudinal study*. *J Periodontol* 1991; 62: 370-376.
- Chavira A, Brown LJ. *Early onset periodontitis in the United States of America*. *J Periodontol* 1991; 62: 608-616.
- Chavira A, et al. *Observaciones del estado periodontal de una población de adolescentes*. *Rev. Fundación Juan José Carraro* 1998; 1(22): 20-3.
- Chavira A, et al. *Frecuencia de los distintos diagnósticos periodontales en cursos de pregrado*. *Rev. Fundación Juan José Carraro* 2001; 6(14): 15-7.
- Chavira A. *Efectos de la combinación de metronidazol y amoxicilina sobre la infección periodontal y la progresión de la periodontitis marginal*. *Rev. de la Fundación Juan José Carraro* 2000; 6(12): 42.

Sociedad Odontológica de La Plata
Biblioteca
"Dr. Anibal E. Inchausti"