

Tratamiento Periodontal. Conservador o Quirúrgico?

Dr. Leonidas Barletta*

* Profesor Titular
Cátedra de Periodoncia B
Facultad de Odontología
U.N.L.P.

Resumen

El objetivo de esta comunicación es especificar los contenidos del tratamiento periodontal tanto en su faz conservadora como quirúrgica y establecer pautas para la selección del mismo. Se muestran resultados de controles a distancia de casos tratados con distintas modalidades terapéuticas.

Breve Síntesis histórica del tratamiento periodontal

Desde las épocas más antiguas, Albucasis en los años antes de Cristo, eliminaba depósitos duros de la superficie dentaria para mejorar el estado bucal de las personas. Es así que de ahí en más se tuvo conciencia de las alteraciones periodontales y sus causas a las que se trató de eliminar dando lugar al tratamiento etiológico de la enfermedad representado por lo que conocemos hoy como raspaje, procedimiento básico en periodoncia. Recién a principios de éste siglo se empezó a ensayar otra modalidad de trabajo que consistía en el despegamiento de la gingivomucosa de diente y hueso alveolar dejando al descubierto la lesión establecida en estos, lo que representa el colgajo, preconizados especialmente por autores como Neumann (12), Cieszinsky (13), Widman (11); aquí en nuestro país el Dr. Carranza (p) realizó en 1924 el primer colgajo periodontal, observan-

do en el postoperatorio una notable mejoría de las condiciones clínicas del sector.

Tratamiento conservador

Consiste principalmente en el RASPAJE, que es la remoción de placa bacteriana y cálculo, pero principalmente es la preparación biológica de la superficie radicular para posibilitar la mejor relación de cicatrización con los tejidos gingivo-periodontales al eliminar además las toxinas y bacterias de los poros dejados por la desinserción de las fibras colágenas gingivales al producirse la bolsa periodontal (3). Conjuntamente se puede instrumentar el curetaje, que elimina el epitelio de la vertiente interna de la encía inflamada, epitelio de unión y tejido de granulación subyacente, lo que ayudaría, según clásicos conceptos a conseguir un fondo de surco más coronario y una ayuda al organismo para el descombro de tejidos inflamados. Representando la técnica que

consigue la más rápida cicatrización periodontal, el curetaje ha sido discutido por algunos autores quienes dudaban de la eficacia de su aplicación.

Tratamiento quirúrgico

La cirugía periodontal representada básicamente por el colgajo, posibilita el acceso al seno mismo de la lesión para poder visualizar no solo lo que se debe eliminar sino también la morfología grado de evolución y condiciones del área que nos hacen decidir la conducta a seguir, de la aplicación o no de ciertos métodos como rellenos óseos, uso de quimioterápicos ó de membranas para producir regeneración tisular guiada. No se puede dejar de nombrar importantes trabajos clínicos donde se trataron pacientes con distintas técnicas con evaluaciones longitudinales que demostraron que con programas adecuados de mantenimiento es posible obtener buenos resultados cualquiera sea el procedimiento aplicado (5-7-9); esto queda corroborado en nuestra práctica diaria donde observamos que después de la técnica básica en la que incluimos el raspaje fino en muchos casos se normaliza, es decir que conjuntamente con la desinflamación gingival disminuye la profundidad de las bolsas, se redu-

ce la movilidad dentaria y desaparece la hemorragia, pasando entonces el paciente directamente a la etapa de control y mantenimiento (4).

En estos últimos tiempos la regeneración de los tejidos periodontales, especialmente del hueso alveolar nos tiene

impactados ya que se puede comprobar tanto clínica como radiográficamente en nuestro consultorio. Por lo tanto vamos a visualizar desde las radiografías y en re-entradas quirúrgicas el éxito alcanzado en algunos casos tratados en técnicas variadas como raspaje, colgajo,

rellenos óseos y regeneración tisular guiada.

Dadas éstas circunstancias la pregunta es, cuando hacemos tratamiento conservador y cuando la cirugía? Hay una serie de pautas a tener en cuenta, las cuales podemos sintetizar en el siguiente cuadro:

TRATAMIENTO PERIODONTAL		
	Conservador	Quirúrgico
Severidad de la enfermedad	Gingivitis. Periodontitis leve	Agrandamiento gingivales. Periodontitis avanzada.
Morfología de la lesión	Pérdida ósea horizontal	Pérdida ósea vertical. Cráteres.
Áreas	Anteriores	Posterior. Furcaciones.
Aplicación de otros métodos		Rellenos óseos - Regeneración tisular guiada.
Condición del paciente	Salud general. Temor	
Reevaluación		Raspaje insuficiente.
Alteración de la morfología gingival		Cirugía mucogingival.

FOTO 1

Incisivo inferior (41). Tratamiento raspaje.
Control postoperatorio 1 año.
Lesión pérdida ósea vertical (flecha)

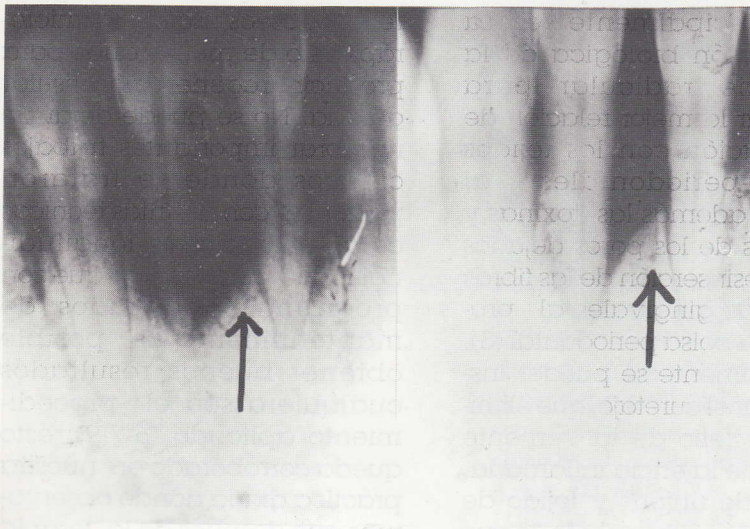


FOTO 2
1º molar inferior (46)
Tratamiento por colgajo.
Control postoperatorio 2 años.
Lesión pérdida ósea vertical en mesial (flecha). Paralelamente

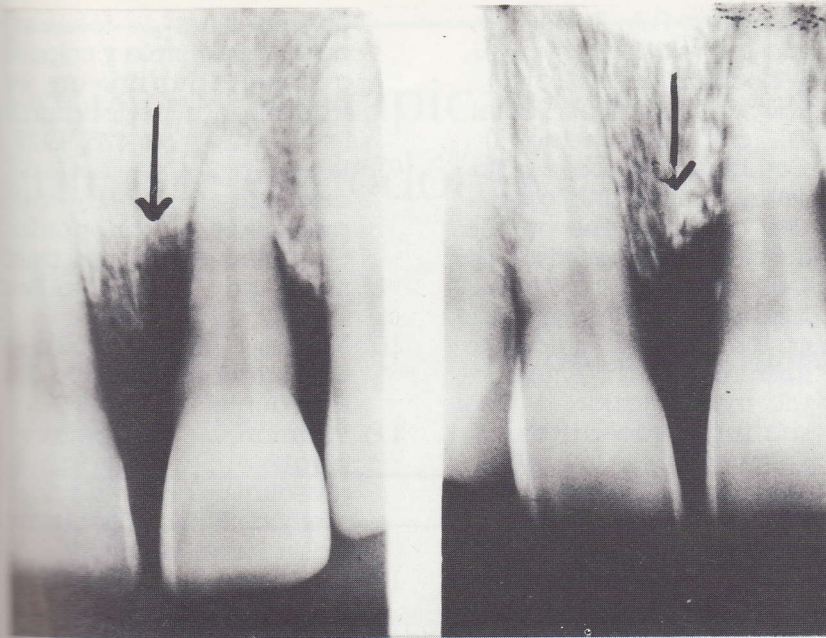


FOTO 3:

Incisivo superior (21) pérdida ósea vertical en mesial (flecha).

Tratamiento: colgajo con relleno de hidroxiapatita.

Pre y post de 2 años.

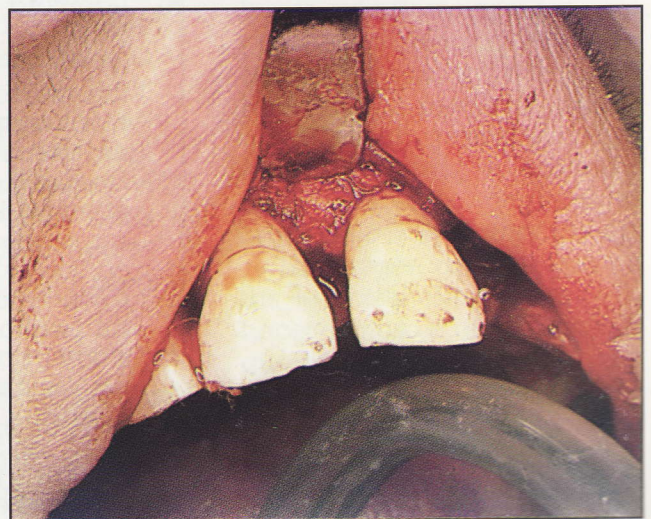
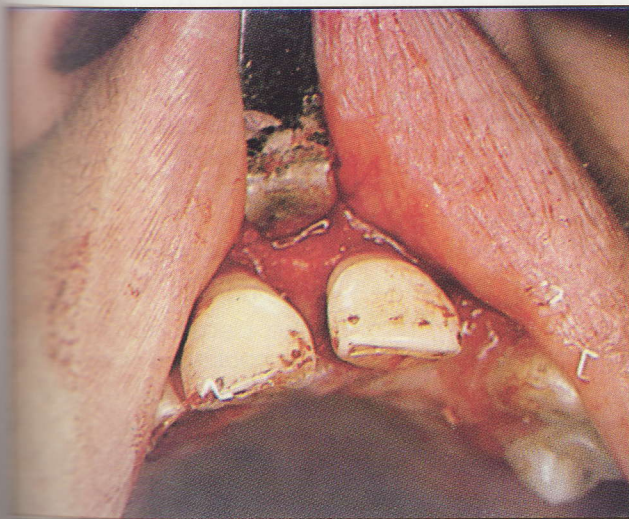


FOTO 4: Izq. Pérdida ósea vertical en mesial de ambos incisivos centrales. Preop. Tratamiento: relleno con hueso autólogo. Der. Postop. Reentré quirúrgica a 1 año; obsérvase el relleno total de los defectos por regeneración ósea.

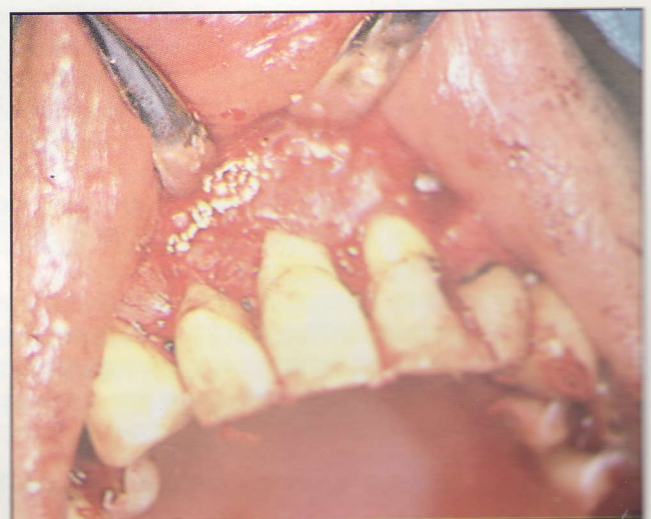


FOTO 5: Izq. Preop. Defecto óseo mesial de 21 tratamiento. R. T. Guiada, membrana no reabsorb. Der. Postop. 1 año; reentré quirúrgica. Se aprecia el relleno total del defecto con regeneración ósea.

Bibliografía

- 1) Carranza, F.A. Sr.: A technic for reattachment. J. Periodontol 25: 272, 1954.
- 2) Lovda, A. Arno, A., Schei, O., and Waerhaug, J.: Combined effect of subgingival scaling and controlled oral hygiene on the incidence of gingivitis. Acta Odont. Scand 19: 537, 1961.
- 3) Moskow, B.S.: The response of the gingival sulcus to instrumentation: A histologic investigation. I. The scaling procedures. J. Periodontol 33: 282, 1962.
- 4) Morrison, E. C., Ramfjord, S. P. and Hill, R. W.: Short-term effects of initial, non-surgical periodontal treatment (hygiene phase). J. Clin Periodontol 7: 199, 1980.
- 5) Ramfjord, S., Knowles, J., Nissle, R., Burgett, F. and Shick, R.: Results following three modalities of periodontal therapy. J. Periodontol 46: 522, 1975.
- 6) Lindhe, J., Nymán, S.: The effect of plaque control and surgical pocket elimination on the establishment and maintenance of periodontal health. A longitudinal study of periodontal therapy in cases advanced disease. J. Clin Periodontol 2: 67, 1975.
- 7) Becker, W., Becker, B., Ochsenein, C. et al.: A longitudinal study comparing scaling and osseous surgery and modified Widman procedures-results after 1 year. J. Periodontol 59: 351, 1988.
- 8) Barletta, B. O., Caffesse, R. G., Paladino, C. and Plot, C.: Evaluación biométrica comparativa de técnicas de gingivectomía y colgajo a bisel interno en el tratamiento periodontal. Rev. A. O. A. 60: 475, 1972.
- 9) Ramfjord, S., Caffesse, R. G. and Morrison, E.: Four modalities of periodontal treatment compared over five years. J. Periodontol 22: 222, 1987.
- 10) Nabers, C. L.: Repositioning the attached gingiva. J. Periodontol 25: 38, 1954.
- 11) Widman, L.: The operative treatment of pyorrhea alveolaris; a new surgical method. Svensk Tandläkar Tidskr Suppl. desc., 1918.
- 12) Neumann, R.: Die alveolarpyorrhoe and ihre Behandlung. Verlag von Hermann Meusser. 3rd. ed. Berlin, 1920.
- 13) Cieszynski, A.: Bemerkungen zur Radikal-Chirurgischen Behandlung der sogenannte Pyorrhoe Alveolaris. Disch Mschr Zahnheilk 32: 575, 1954.
- 14) Carraro, J. J., Sznajder, N. and Alonso, C.: Intracanal cancellous bone autografts in the treatment of intra-bony pockets. J. Clin Periodontol 3: 104, 1976.
- 15) Hiatt, W. H., and Schallhorn, R. G.: Intracanal transplants of cancellous bone and marrow in periodontal lesion. J. Periodontol 44: 194, 1973.
- 16) Becker, W., Becker, B., Prichard, J., Caffesse, R. G., Rosenberg, E., y Gian-Grasso, J.: Root isolation for new attachment procedures. J. Periodontol 58, 819-826, 1987.

RX-DENTAL

CONSULTORIO DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA
INTRAORALES - PANORAMICAS - TELERRADIOGRAFIAS - CAVUM
SENOS PARANASALES - CONDILOGRAFIAS
ESTUDIOS CEFALOMETRICOS - COMPUTARIZADOS

Lunes a Viernes de 9 a 12 y de 15 a 20 Hs. Sábados de 9 a 12 Hs.

Calle 7 Nº 943 - (esq. 51) 2º Piso

Tel.: 24-4917

La Plata