

Periodoncia e implantes. Evaluación clínica y radiográfica durante 30 años.

[Periodontics and implants. 30 years of clinical
and radiographic evaluation.]

Autor:

Prof. Dr. Caride, Edgardo R. [1]

Fecha de recepción:

11/06/2014

Fecha de aprobación:

04/07/2014

[1] Ex profesor titular de Periodoncia UNLP.

Consejero carrera de especialización en periodoncia Facultad de Odontología UBA. Miembro del tribunal de Honor de la Asociación Odontológica Argentina (AOA)

Autor de correspondencia:

Cátedra de Periodoncia A Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata. 1 y 50.

“En homenaje al Prof. Dr. Carlos A. Bencini, amigo entrañable, magnífico cirujano, maestro de docentes y alumnos. Presente en la memoria”.

RESUMEN

Caso clínico que muestra tratamiento periodontal evaluado durante 30 años. E implantes colocados hace 13 años.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad periodontal, Implantología, Mantenimiento.

SUMMARY

Clinical case of patients with periodontal disease evaluated during 30 years. Combined with implants placed 13 years ago. History and treatment resolution and long term maintenance.

KEY WORDS

Periodontal disease, Implantology, Treatment planning, Maintenance.

INTRODUCCIÓN

Hoy se sabe que las enfermedades periodontales (EP) son infecciones causadas por bacterias que forman colonias adheridas al diente y que actúan sobre el margen gingival o por debajo de él. Las bacterias de la biopelícula subgingival comparten con la Respuesta del Huésped, la etiología de la

EP. La biopelícula puede estar calcificada o no calcificada. La (EP) afecta a todos los componentes del periodonto, es decir encía, hueso alveolar, ligamento periodontal y cemento.

Para diagnosticar una periodontitis hay que pensar primero en una historia médica. Luego la parte odontológica constará de una historia clínica que evalúa la profundi-

dad del sondaje, la pérdida de inserción, la movilidad dentaria y la pérdida de piezas dentales. El paciente que hoy nos ocupa como caso clínico, ha sido estudiado con todos estos parámetros clínicos y radiográficos desde el año 1982 hasta el año 2012, es decir durante 30 años. En el año 1999 fue necesario sumar al tratamiento el aporte de la implantología.

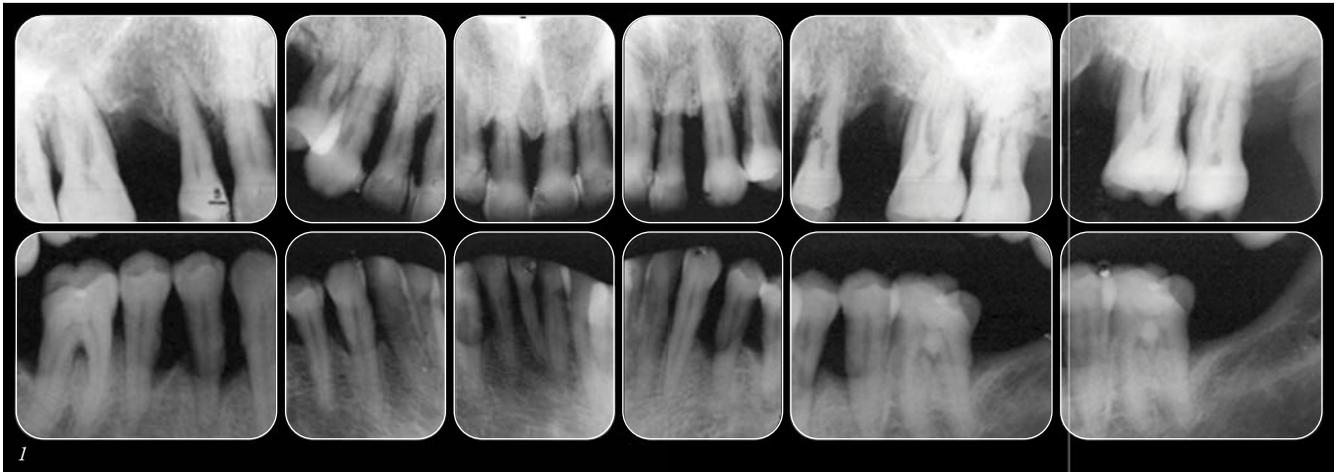


Fig. 1: Año 1982. Radiografía seriada periapical preoperatoria.

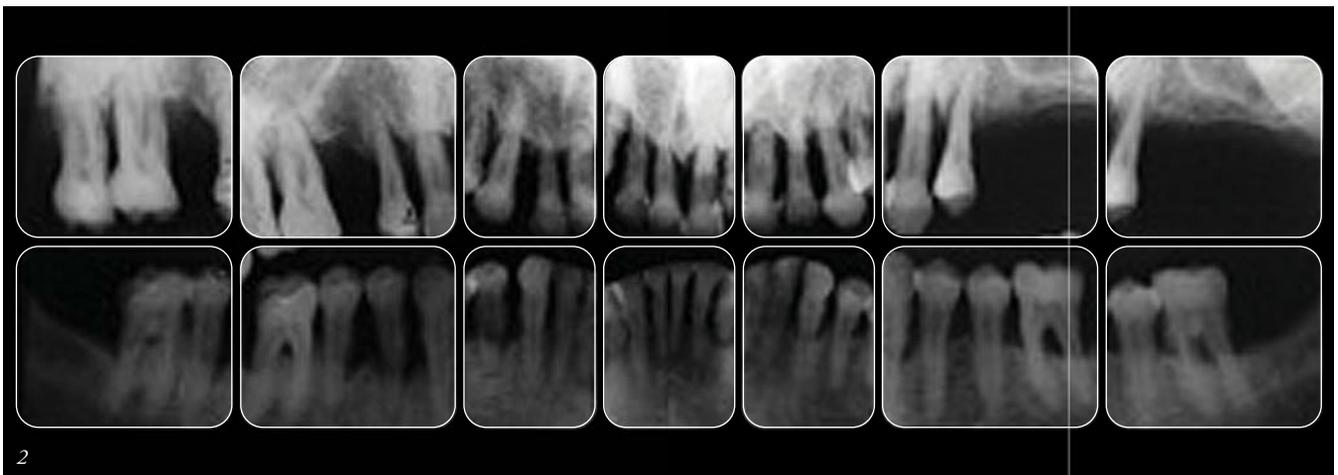


Fig. 2: Año 1999. Radiografía seriada periapical 17 años después del preoperatorio.

En los últimos 25 años los periodoncistas hemos logrado con el advenimiento de la implantología un mejor tratamiento para nuestros pacientes.

En algunos casos, como el que será descrito e ilustrado aquí, luego de 17 años de tratamiento y mantenimiento periodontal fue necesario en maxilar superior, la extracción de casi todas sus piezas a excepción de los primeros y segundos molares superiores (16). Posteriormente se indicó la colocación de seis implantes superiores. En cambio en el maxilar inferior el tratamiento efectuado permitió conservar hasta el año 2012 todas las piezas inferiores.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente A. E. de sexo masculino, de 45

años de edad que es derivado por sangrado de encías, halitosis, y movilidad acentuada en zona de incisivos superiores (Movilidad Grado I).

El paciente, médico de profesión concurre con análisis clínicos y electrocardiograma que se adjunta a la historia clínica.

No es diabético ni dislipémico y sólo toma antihipertensivo, no fumador.

Al diagnóstico clínico y radiográfico presenta Periodontitis Severa de ambos maxilares.

Tiene importante pérdida ósea horizontal y vertical, superiores e inferiores. Además es bruxomano. (Fig. 1)

TRATAMIENTO

Primera etapa: Año 1982.
Terapia básica y farmacológica.

Primero se prescriben antibióticos (Tetraciclina 2 gr por día en 4 tomas durante 7 días), que el paciente tomará 24 hs. antes de comenzar el raspaje y alisado (RyA) radicular efectuado con anestesia infiltrativa en ambos maxilares. Se indica además 2 buches diarios de chlorhexidine.

Se ferulizan provisoriamente las piezas superiores de canino a canino (13 a 23) y se confecciona férula nocturna, tipo Michigan, para control del bruxismo nocturno. El paciente presenta una buena respuesta a los cuidados caseros "higiene oral".

Segunda etapa.

A los 40 días del (RyA) se hacen colgajos mucoperiostico, tipo Widman modificado (Ramfjor y Niessle 1974) en ambos maxilares, era indispensable esta técnica quirúrgi-



Fig. 3: Año 1999. Ampliación del sector anterior superior e inferior del paciente.

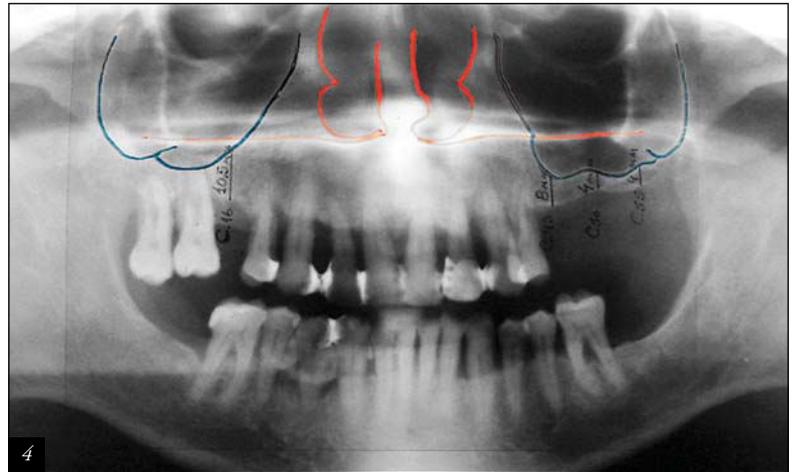


Fig. 4: Radiografía panorámica pre quirúrgica secuencia de admisión diagnóstica (SAD).

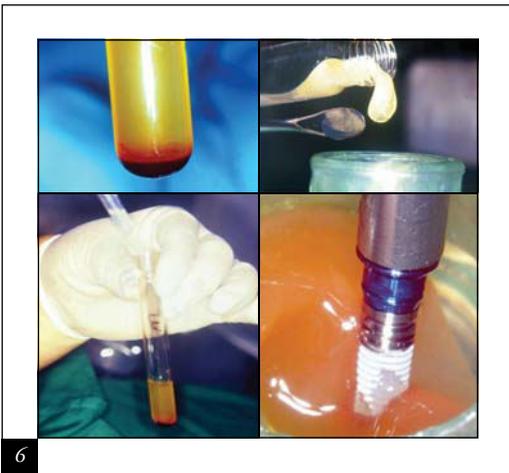


Fig. 6: Plasma rico en plaquetas (PRP) en el momento quirúrgico.

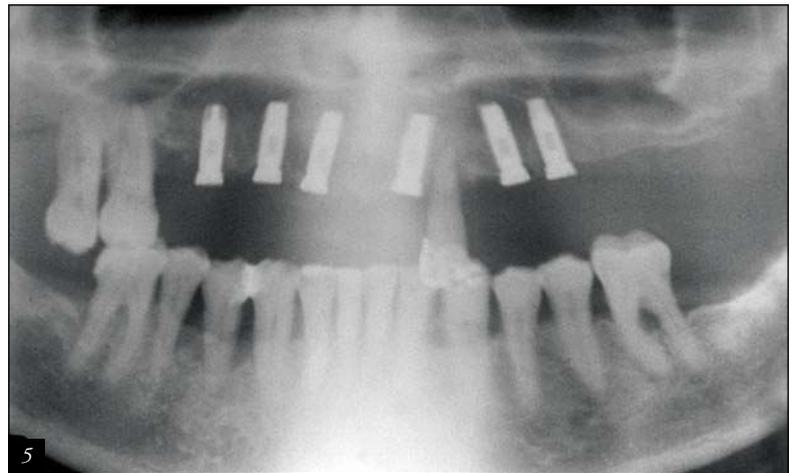


Fig. 5: Colocación de seis implantes superiores y mantenimiento de 16 y 17.

ca periodontal por la severidad del caso que nos ocupa. En la pieza dentaria número 44 (Primer premolar inferior derecho) durante el colgajo se rellena la lesión ósea vertical con hueso autólogo y se ferulizó con acrílico a la pieza numero 13 canino inferior derecho.

Tercera etapa: Año 1999.

17 años después de comenzado el tratamiento se decide, de común acuerdo con el paciente la extracción de piezas superiores conservando, como se ha dicho (16 y 17). Se toman radiografías periapicales (Fig. 2 y 3). Se toma además una radiografía panorámica que se emplea como Secuencia de Admisión Diagnóstica (SAD) (Fig. 4) Se confecciona una prótesis parcial removi-

ble superior (PPRS). 50 días después se colocan los implantes (Osseotite 3I, USA) (Fig. 5) En ese momento intraoperatorio se emplea la técnica de Plasma Rico en Plaquetas (PRP) (Fig. 6) A los 4 meses se colocan tapones de cicatrización (Fig. 7), a los 20 días se observa en boca una correcta cicatrización (Fig. 8) Se toma la impresión correspondiente (Fig. 9) y se colocan 6 UCLA con llave de localización (Fig. 10) Luego se observa el metal ferulizado con dos piezas a extensión y colocación posterior de porcelana en el modelo de trabajo (Fig. 11 y 12) Inmediatamente se confecciona una nueva férula nocturna para el control del bruxismo nocturno. (Fig. 15 y 16)

Cuarta etapa: A partir de 1999. Mantenimiento periodontal inferior e implantes superiores.

Control clínico y radiográfico año 2002 (Fig. 17 y 18) Control clínico y radiográfico año 2004 (Fig. 19 y 20) Control clínico y radiográfico año 2006 donde se observa radiográficamente la pérdida del segundo molar (17) por movilidad y molestias. (Fig. 21 y 22) Control clínico y radiográfico año 2008 (Fig. 23 y 24) Control clínico y radiográfico año 2010 se ha extraído el primer molar superior derecho (16). (Fig. 25 y 26) Se confecciona una nueva férula oclusal nocturna (Fig. 27 y 28) Control radiográfico final año 2012 (Fig. 29)

Fig. 7:
Tapones de cicatrización (4 meses después de la colocación de implantes.



Fig. 8:
Cicatrización veinte días después previa a la toma de impresiones.



Fig. 9:
Toma de impresión.

Fig. 10:
Colocación de seis UCLA y llave acrílica de posición.



Fig. 11:
Metal ferulizado con dos piezas distales a extensión.

Fig. 12:
Porcelana terminada en el modelo de trabajo.



Fig. 13:
Prueba de porcelana en boca.

Fig. 14:
Férula superior cementada en boca.



Fig. 15:
Prueba en cera de férula para bruxismo.

Fig. 16:
Férula tipo Michigan para control del bruxismo.



Fig. 17:
Panorámica año
2002 primer
control.

Fig. 18:
Caso clínico año
2002.



Fig. 19:
Panorámica control
año 2004.

Fig. 20:
Caso clínico año
2004.



Fig. 21:
Panorámica control
2006 se ha extraído
el segundo molar.

Fig. 22:
Caso clínico 2006.



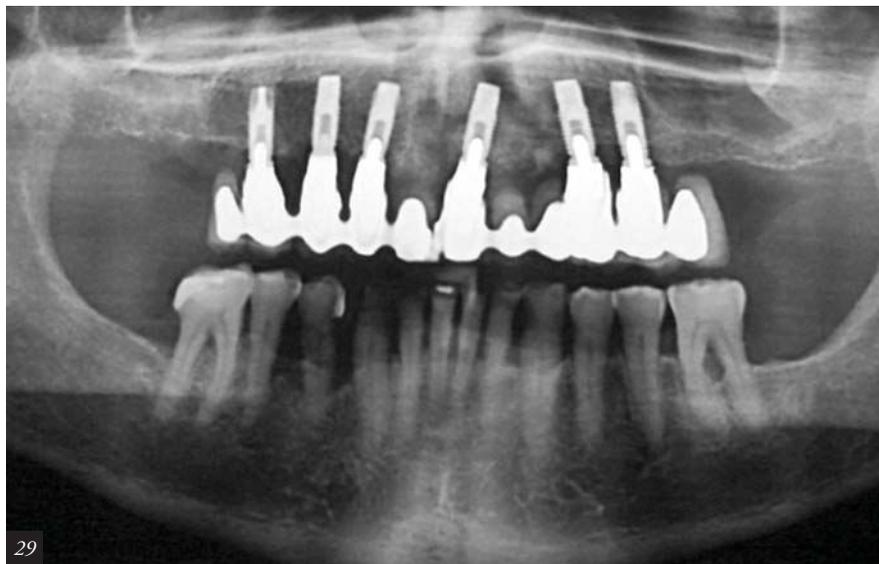
Fig. 23:
Panorámica control
2008.

Fig. 24:
Caso clínico 2008.



Fig. 25:
Panorámica control
2010. Se observa
falta del primer
molar superior
derecho.

Fig. 26:
Caso clínico 2010.



MANTENIMIENTO: SOPORTE PERIODONTAL INFERIOR

Sonda periodontal que muestra ausencia de bolsa (Fig. 30) Raspaje con curetas manual (Fig. 31)

COMENTARIOS

Sin duda en la actualidad podrían mejorarse los resultados estéticos en maxilar superior,

si se hubieran empleado en el año 1999 algunas de las técnicas de la Cirugía Plástica Periodontal.

El éxito del tratamiento del maxilar inferior debe atribuirse en un 50% a la correcta higiene oral efectuada por el paciente durante largos 30 años y un 50 % restante al mantenimiento efectuado en consultorio durante ese tiempo.

El bruxismo severo que presenta el paciente, fue tratado con la confección de diversas

férulas oclusales tipo Michan, las que posibilitaron el mantenimiento tanto de las estructuras dentarias como implantadas.

COMENTARIO FINAL

“Cuando se han colocado implantes donde hay una enfermedad periodontal existe el riesgo 10 veces mayor que se produzcan Perimplantitis. En esos casos debe efectuarse primero el tratamiento periodontal”.



Tonetti, M.S. (2013) Comunicación personal Congreso ITI Argentino-Uruguayo. Buenos Aires, Argentina.

Protésico: Luis E. Gómez
Digitalización: Carlos R. Benito

Fig. 27: Nueva férula oclusal confeccionada en 2010.
Fig. 28: Férula tipo Michigan para control del bruxismo año 2010.
Fig. 32: Raje con instrumental piezoeléctrico.
Fig. 33: Cepillado Técnica de Bass.
Fig. 34 y 35: Irrigación con Yodo Povidona y Clorhexidina.
Fig. 36 y 37: Cepillos interdentarios.
Fig. 38: Caso clínico final control del año 2012.