

PERIODONTITIS AGRESIVA. REPORTE DE CASO CLINICO

Aliria Carolina Fonseca O.

**Odontólogo U.C. Estudiante del 4to. Semestre de la Especialización Periodoncia. L.U.Z.
rcrcf @ cantv.net**

Resumen

La periodontitis agresiva es una forma de enfermedad periodontal rara, grave, que progresa rápidamente, se presenta en niños y adultos jóvenes sanos, caracterizada clínicamente por la pérdida de inserción y destrucción ósea rápida. El presente caso describe la clínica, diagnóstico, tratamiento y mantenimiento de un paciente con diagnóstico de periodontitis agresiva. Paciente femenino de 8 años de edad, se presentó a la consulta del postgrado de periodoncia de la Universidad del Zulia, manifestando dolor a la masticación, aumento de volumen gingival, sangramiento gingival abundante provocado por las comidas y el cepillado. Clínicamente, se observó inflamación gingival difusa generalizada severa, con mínima cantidad de irritantes locales. Se le realizó evaluación sistémica, radiográfica y de laboratorio. El protocolo del tratamiento periodontal realizado incluyó: control de placa, profilaxis, raspados y alisados radiculares con terapia de antibiótico local y sistémica en la fase higiénica y bajo anestesia general se le realizó la fase quirúrgica del tratamiento periodontal, mediante los procedimientos de gingivectomía-gingivoplastia y colgajos de Widman modificado. Durante el procedimiento quirúrgico se tomaron muestras para estudio histopatológico. La evaluación clínica a los 3 meses de postoperatorio revela una ganancia del nivel de inserción clínica y reducción significativa de la profundidad del sondeo. Los resultados de este caso demuestran que el diagnóstico temprano de la periodontitis agresiva, así como su tratamiento pueden detener la tendencia a progresar de esta forma grave de enfermedad periodontal.

Palabras claves: Periodontitis, Periodontitis Agresiva, Enfermedad Periodontal, Periodontitis Agresiva / Tratamiento.

Abstract

The aggressive periodontitis is a form of rare periodontal disease, burdens that it progresses quickly, appears in healthy children and young adults, characterized clinically by attachment lost and the fast bony destruction. The present case describes the clinical feature, diagnosis, therapy and maintenance program of a patient with diagnosis of aggressive periodontitis. The patient was a 8 years old female, presented to the University of Zulia, School of dental, showing pain to the mastication, increase of gingival volume, abundant gingival bleeding caused by meals and dental brushing. Clinically, observed severe generalized diffuse gingival inflammation, with light deposits of marginal plaque. The patients had received a systemic, radiographic and laboratory evaluation. The protocol of the periodontal therapy included: plaque control and oral hygiene instruction, prophylaxes and scaling with local and sistemical antibiotic therapy. The surgical

phase with general anesthetic by procedures of gingivectomy, gingivoplastia and flaps of modified Widman. During the surgical procedure was collected samples for histological study. The patient was placed into a 3 months maintenance program and he was brought back for a reevaluation. Clinically there was significant gain of clinical attachment and significant reduction of probing depths. The results of this case demonstrate that early diagnosis of the aggressive periodontitis as well as their therapy can stop the tendency to progress of this serious form of periodontal disease.

Key words: Periodontitis, Aggressive Periodontitis, Periodontal Disease, Periodontitis Aggressive/ Therapy.

INTRODUCCIÓN

La Academia Americana de Periodontología (AAP), en 1989, describió la periodontitis de aparición temprana o precoz como un grupo de periodontitis rara, grave y de progreso rápido que se caracterizaban por una manifestación clínica a temprana edad y con antecedentes familiares'. En el año de 1999, el Taller Internacional para la clasificación de la enfermedad periodontal y sus condiciones, organizado por la (AAP), recomendó la eliminación del término periodontitis de aparición temprana o periodontitis precoz de la clasificación de la enfermedad periodontal, por ser un término limitante, se señaló que las características de esta forma de periodontitis podían presentarse a cualquier edad. Se sugirió el término de periodontitis agresiva que era menos limitante, en relación con la edad cuando se hablaba de periodontitis de aparición temprana y señalaron que, ningún sistema de clasificación de la periodontitis debería estar basado en la edad del paciente y en el tiempo de presentación sino sólo en los antecedentes, hallazgos clínicos, radiográficos y de laboratorio ².

La periodontitis agresiva abarca diferentes tipos de periodontitis que afectan a la gente y en la mayoría de los casos están aparentemente sanos. Esta forma de periodontitis tiene una predisposición familiar y una tasa rápida de progresión. La periodontitis agresiva ocurre en forma localizada y generalizada, reemplazando los viejos términos de periodontitis juvenil localizada y generalizada. El grupo de estudio llega a la conclusión que la periodontitis agresiva es un tipo específico de periodontitis con hallazgos clínicos y de laboratorio que permiten diferenciarla del tipo de periodontitis crónica ².

Algunas características de la periodontitis agresiva son generales pero no universales: pacientes clínicamente sanos, pérdida de inserción, destrucción ósea rápida, antecedentes familiares, la cantidad de irritantes no se relaciona con la severidad de la enfermedad periodontal y elevada proporción de *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (A.a) y de *Porphyromonas gingivalis* (P.g). No todas las características deben estar presentes en el momento de hacer el diagnóstico de la enfermedad ³.

Las características clínicas de la periodontitis agresiva localizada son: inicio en la pubertad, localizada en el primer molar / incisivos y la pérdida de inserción interproximal en por lo menos dos dientes permanentes y las características clínicas de la periodontitis agresiva generalizada son: generalmente afecta a personas por debajo de los 30 años, pero los pacientes pueden ser mayores, pérdida de inserción y destrucción ósea de naturaleza episódica y la pérdida de inserción interproximal afecta a por lo menos tres dientes permanentes ³.

El diagnóstico está basado en antecedentes, hallazgos clínicos y radiográficos. Las pruebas de laboratorio no son esenciales para el diagnóstico. Todas las investigaciones indican que existen formas precoces de periodontitis en todos los grupos etarios y étnicos ⁴.

Son amplias las variaciones de prevalencia; hasta 51,5% de individuos afectados se han descrito en algunos estudios, estas diferencias probablemente debidas a las metodologías utilizadas en los diferentes estudios ⁴.

El propósito del reporte de este caso clínico es demostrar la importancia del diagnóstico y tratamiento temprano en la detención y progreso de la periodontitis agresiva.

REPORTE DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 8 años de edad, de raza mestiza, natural y procedente de Maracaibo, se presenta a la consulta del postgrado de periodoncia de la Universidad del Zulia, referida por su médico pediatra (Fig. 1), manifestando dolor a la masticación, sangramiento gingival abundante provocado por las comidas y el cepillado, aumento de volumen gingival con enrojecimiento, movilidad dentaria detectada por la madre. Sus padres reportaron que no existen lazos de consanguinidad entre ellos y antecedente de enfermedad periodontal desde muy temprana edad por parte de su padre. Los antecedentes odontológicos de la paciente revelaron que no había recibido tratamiento odontológico previo. La erupción de sus dientes primarios había sido normal según sus padres.



Fig. 1. Vista frontal de la paciente

El control pediátrico no arroja ninguna patología en el presente, sin embargo se reportó antecedente de otitis media e infecciones alto frecuentes en el tracto respiratorio. El examen periodontal reveló inflamación gingival difusa generalizada severa, con mínima cantidad de irritantes locales. La higiene bucal de la paciente fue evaluada como buena, en la mayoría de los cuadrantes, excepto las zonas molares debido a la magnitud del agrandamiento, con un índice de 25% y un índice de sangramiento de 81,2% (Fig. 2). Estos dos hallazgos clínicos fueron medidos con los índices de sangramiento de Sulcus y el de Meary respectivamente 5. Además presentó una profundidad de sacos promedio de 6 mm, pérdida del nivel de inserción promedio de 8 mm, movilidad grado III en los dientes primarios y grado II en los molares permanentes e invasión de furca severa. La paciente con buena salud, sin contraindicaciones, para ser sometida a terapia periodontal quirúrgica.



Fig. 2. A. Vista preoperatoria frontal



Fig 2. B. Vista preoperatoria lateral derecha. C. Vista preoperatoria lateral izquierda. D. Vista preoperatoria oclusal superior. E. Vista preoperatoria oclusal inferior.

Los hallazgos de laboratorio de rutina y especiales arrojaron una linfocitosis con valor de 12.600 y con los eosinófilos con un 10%. En el frotis de sangre periférica no se evidenció alteración alguna en referencia a forma, tamaño y maduración de las células. En los exámenes inmunológicos, las inmunoglobulinas estudiadas como IgA, IGM y IgG presentaron valores dentro de los límites de normalidad.

El examen radiográfico reveló pérdida ósea generalizada de moderada a severa con un componente angular y horizontal. La pérdida ósea sigue un patrón simétrico, es de tipo angular y bilateral, dando una imagen en espejo en zonas de premolares superiores e inferiores (Fig. 3).

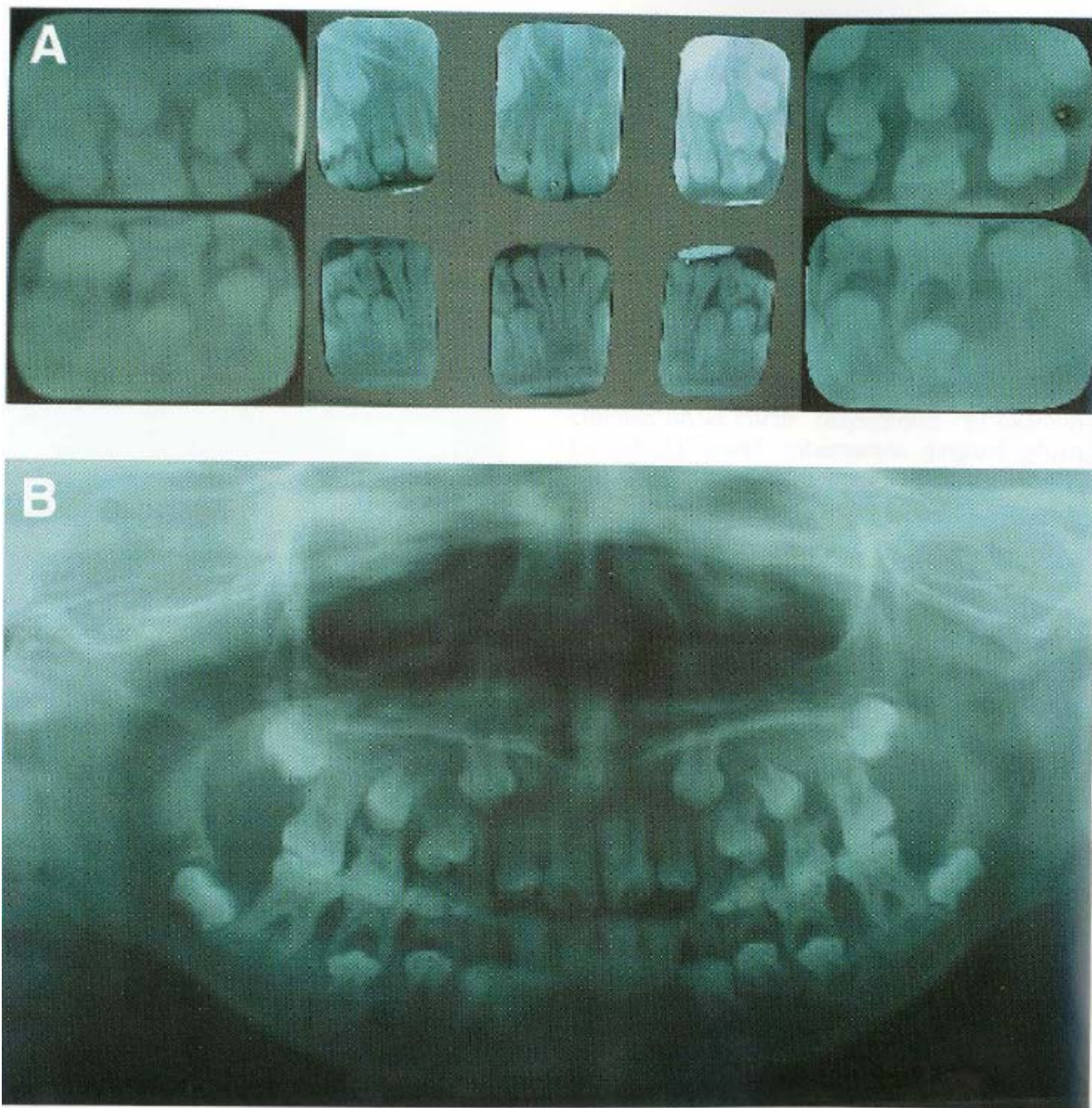


Fig. 3. A. Rx periapical técnica del cono paralelo. B. Rx panorámica

Las opciones de tratamiento fueron discutidas y se estableció el siguiente plan: la terapia periodontal inicial que incluyó instrucciones de higiene bucal, con evaluación y reforzamiento del control de placa, profilaxis bucal, raspados y alisados radiculares para remover placa y cálculo combinados con terapia antimicrobiana local (metronidazol en esponjas) y sistémica (amoxicilina/ácido clavulánico).

Debido a las dificultades del manejo del paciente, a lo extenso de los procedimientos quirúrgicos que se habían planificado y al agrandamiento gingival existente, se decidió realizar la fase quirúrgica bajo anestesia general, que consistió en gingivectomía y gingivoplastia en la zona anterior y cirugías a colgajos en las zonas posteriores, todos estos procedimientos con la

finalidad de reducir la profundidad de los sacos existentes y devolverles a los tejidos gingivales un contorno gingival fisiológico que permita el mejoramiento del control de placa por parte de la paciente. Durante estos procedimientos se realizaron las exodoncias de las U.D 55, 65, 74, 75, 83, 84 y 85 debido a la pérdida ósea existente (Fig. 4).

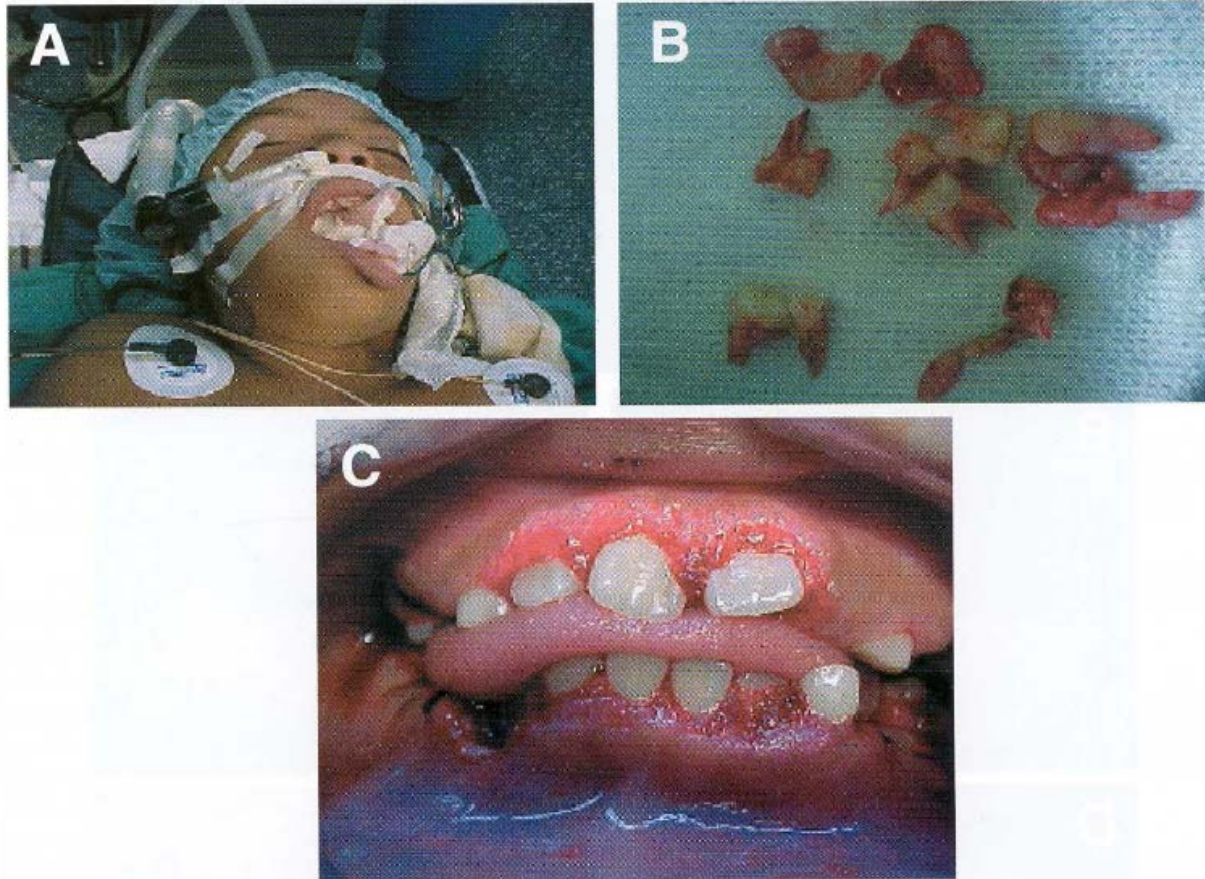


Fig. 4. A. Paciente bajo anestesia general. B. Exodoncias múltiples y muestras para estudio histopatológico. C. Vista frontal postoperatorio inmediato.

En cuanto a los resultados, el estudio histopatológico confirma el diagnóstico presuntivo clínico de una fibromatosis gingival, arrojando una fibrosis gingival con una inflamación crónica severa linfoplasmohistocitaria con proliferación vascular.

Para completar el plan de tratamiento diseñado a la paciente, fue muy importante el realizar la fase de mantenimiento que consistió en visitas trimestrales en el primer año, donde se evaluó el control de placa, sangramiento, profundidad al sondeo, nivel de inserción y movilidad dentaria. Cada uno de estos parámetros obtuvieron una evidente mejoría. El índice de placa se redujo a 12%, no había sangramiento, persistían bolsas de 4 mm en la zona posterior izquierda, había ganancia del nivel inserción y la movilidad había disminuido considerablemente. Igualmente la paciente mejora sustancialmente su ingesta de alimentos, ya que le era imposible la ingesta de éstos, por el agrandamiento gingival y la movilidad dentaria (Fig. 5).

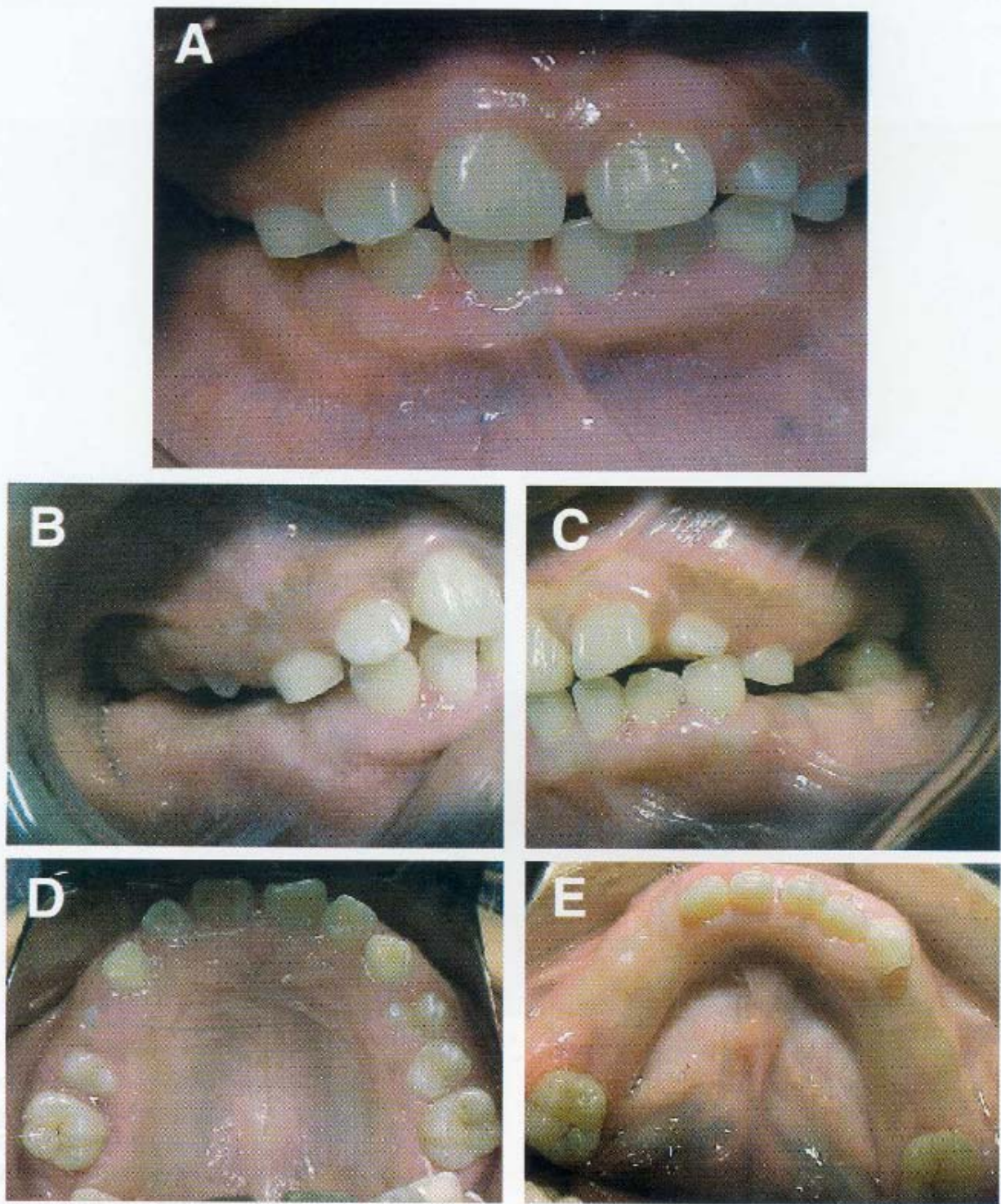


Fig. 5. A. Control postoperatorio 3 meses vista frontal B. Control postoperatorio 3 meses vista lateral derecha. C. Control postoperatorio 3 meses vista lateral izquierda. D. Control postoperatorio 3 meses vista oclusal superior. E. Control postoperatorio 3 meses vista oclusal inferior.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de periodontitis agresiva implica destrucción periodontal en ausencia de enfermedades sistémicas que pudieran, en un momento dado, disminuir las defensas del huésped. Por esto, la periodontitis agresiva es considerada una enfermedad rara y que sean muy pocos los casos que hasta el presente se han reportado. Para su diagnóstico preciso es primordial una historia médica bien elaborada en la cual se pueda identificar cualquier patología sistémica, una anamnesis meticulosa acerca de infecciones recurrentes, antecedentes familiares que en la mayoría de los casos son de gran utilidad y la ínter consulta con el médico tratante, conjuntamente con la evaluación de los exámenes de laboratorio de rutina y especiales.

Una historia que confirme la ausencia de enfermedades sistémicas en presencia de una destrucción periodontal que progresa rápidamente da como resultado el diagnóstico de periodontitis agresiva.

En estos casos de periodontitis agresiva, el tratamiento satisfactorio depende del diagnóstico temprano y debe estar dirigido a alterar o eliminar la etiología microbiana más que el de corregir quirúrgicamente cualquier defecto óseo o gingival. Con relación a la alteración o eliminación de la flora patógena, varios investigadores han señalado que el raspado y alisado radicular en las lesiones de estos pacientes no permitía predecir la supresión del A.a6. El raspado de los tejidos y la cirugía a colgajo para lograr el acceso también tienen un éxito limitado para eliminar el A.a. es por ello que se ha sugerido el uso de antibiótico como complemento de la terapia mecánica⁷.

En conclusión, tenemos que la proporción relativamente baja pero significativa de niños y adultos jóvenes afectados por alguna forma de periodontitis agresiva, la gravedad de esta forma de enfermedad periodontal, su tendencia a progresar rápidamente y el diagnóstico temprano de ella deben alentar al odontólogo general y al especialista en el manejo de estos niños y jóvenes afectados con un examen periodontal minucioso, como parte de su examen odontológico general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Periodontology (AAP). (1989). Periodontal diagnosis and diagnostic aids. Proceedings of the World Workshop in clinical Periodontics, pp. 23-83.
2. American Academy Of Periodontology (AAP). (1999). Annals of Periodontology. 4:1, p. 53.
3. American Academy Of Periodontology (AAP). (2000). Parameters of Care Supplement. Journal of periodontology. (71), pp. 867-869.
4. Papapanou, P. (1996). Periodontal diseases. Epidemiology. Annals of Periodontology, pp. 136.
5. Lindhe, J. (2000). Periodontitis Precoz. Periodontología Clínica e implantología Odontológica. Buenos Aires: Panamericana; Cap. 6, p. 229.
6. Monbelle, A.; Gmür R.; Gobbi, C. y Lang, N. (1994). Actinobacillus Actinomycetem-comitans in periodontitis. Journal of periodontology; (65), pp. 827-834.
7. Socransky, S. S. y Haffajee, A. (1992). The bacterial etiology of destructive periodontal disease: current concept. Journal of periodontology; (63), pp. 322-331.