



Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral

ISSN: 0719-0107

Sociedad de Periodoncia de Chile. Sociedad de Implantología Oral de Chile. Sociedad de Prótesis y Rehabilitación Oral de Chile.

Castro-Rodríguez, Yuri

Enfermedad periodontal en niños y adolescentes. A propósito de un caso clínico

Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral, vol. 11, núm. 1, 2018, pp. 36-38

Sociedad de Periodoncia de Chile. Sociedad de Implantología Oral de Chile. Sociedad de Prótesis y Rehabilitación Oral de Chile.

DOI: 10.1016/j.piro.2015.12.002

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331058232009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEM 

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

REPORTE CLÍNICO



Enfermedad periodontal en niños y adolescentes. A propósito de un caso clínico

Periodontal disease in children and adolescents. Case report

Yuri Castro-Rodríguez^{1*}

1. Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú

*Correspondencia a: yuricastro_16@hotmail.com
Trabajo recibido el 26/08/2015. Aprobado para su publicación el 11/01/2016

RESUMEN

Dentro de las enfermedades gingivales en niños y adolescentes el cuadro clínico más prevalente es la gingivitis asociada a la placa bacteriana; más aún, es la afección más prevalente dentro de todas las enfermedades periodontales. El progreso de la gingivitis a la periodontitis implica la interrelación de una serie de factores de riesgo y factores contribuyentes que progresarán en la pérdida de la inserción periodontal. El presente artículo tiene como objetivo resumir las principales características de la enfermedad periodontal en niños, así como mostrar la secuencia clínica del diagnóstico y tratamiento de un paciente niño con enfermedad periodontal localizada a quien se realizó el tratamiento periodontal básico para revertir los efectos causados en el periodonto de inserción y de soporte.

Resultados: El seguimiento del caso clínico mostró una reducción del índice de sangrado, índice de placa bacteriana e índice de higiene oral.

Conclusión: Se concluye que la evaluación periodontal de pacientes pediátricos y adolescentes debe ser parte rutinaria del examen odontológico, y que un tratamiento conservador permite revertir los efectos de la enfermedad periodontal en este tipo de pacientes.

PALABRAS CLAVE

Enfermedades periodontales, Odontología pediátrica, Bolsa periodontal.

Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 11(1); 36-38, 2018.

ABSTRACT

Gingivitis is the most prevalent clinical condition in the gum diseases presented in children and adolescents, as well as being the most prevalent all periodontal diseases. The progression of gingivitis to periodontitis involves the interplay of a number of risk and contributing factors that will progress into loss of periodontal attachment. This article aims to summarise the main characteristics of periodontal disease in children and to present the clinical diagnosis and treatment of a patient with localised periodontal disease on whom the basic periodontal treatment was performed to reverse the effects caused by the loss of periodontal attachment.

Results: The monitoring of the case showed a reduction in bleeding index, plaque index, and oral hygiene index.

Conclusion: It is concluded that periodontal evaluation of children and adolescents should be part of the routine dental examination as a conservative treatment can reverse the effects of periodontal disease in these patients.

KEYWORDS

Periodontal diseases, Paediatric dentistry, Periodontal pocket.

Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 11(1); 36-38, 2018.

INTRODUCCIÓN

El proceso patogénico de la enfermedad periodontal es el resultado de la respuesta del huésped a la destrucción tisular inducida por las bacterias. Este proceso destructivo es iniciado por intermediación de las bacterias anaerobias, pero es expandido por las células del huésped. Es así que el organismo produce enzimas que destruyen los tejidos de soporte para permitir que estos se alejen de la lesión inicial⁽¹⁾. Ciertas condiciones presentan la suficiente evidencia científica para ser consideradas como factores de riesgo para la enfermedad periodontal: la genética, diabetes y el tabaquismo⁽²⁾. La Academia Americana de Periodoncia considera que en niños y adolescentes se pueden presentar las siguientes enfermedades periodontales: Enfermedad gingival, periodontitis crónica, periodontitis agresiva, periodontitis como manifestación de enfermedad

sistémica y las enfermedades periodontales necrotizantes⁽³⁾. Dentro de las enfermedades gingivales en niños y adolescentes el cuadro clínico más prevalente es la gingivitis asociada a la placa bacteriana⁽⁴⁾. Estudios epidemiológicos, clínicos e histológicos indican que existe una tendencia relacionada con la edad para el desarrollo de la gingivitis. Es así que se ha reportado que la severidad de la gingivitis es menos extensa en niños que en adultos con similares cantidades de placa bacteriana⁽⁵⁾. Se han encontrado prevalencias bajas de gingivitis en niños preescolares, seguido de un aumento progresivo de la prevalencia hasta encontrar un pico en la pubertad⁽⁶⁾. La pubertad parece tener importantes consecuencias en la composición de la placa bacteriana. Los cambios hormonales entre el período prepuberal y el puberal facilitan cambios en la microflora subgingivales⁽⁷⁾. El presente artículo tiene como objetivo mostrar la secuencia clínica del diagnóstico y tratamiento de un paciente

niño con enfermedad periodontal, así como los resultados que se desprenden cuando se realiza la terapia periodontal en los niños.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se reporta el caso clínico de un paciente varón de 12 años, sin enfermedades sistémicas ni otras afecciones pasadas o actuales, que reporta el apoderado del mismo. Acude a consulta a la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para tratarse del sangrado de encías que padece desde hace 4 semanas (principal motivo de queja del paciente). Al examen clínico se observa la presencia de encías edematosas, rojizas y de abundante placa bacteriana calcificada con una profundidad de sondaje de entre 2 a 5mm, tanto en piezas deciduas como en piezas permanentes (figs. 1 y 2) (no se evidencia pérdida de soporte periodontal a nivel radiográfico). Se observan además lesiones cariosas severas de los dientes deciduos 75 y 46, verificables con radiografías periapicales con amplio compromiso de la cavidad pulpar y reabsorción radicular, así como movilidad fisiológica presente en los dientes 74 y 84 (fig. 3).



Figura 1. Vista intrabucal con sangrado gingival espontáneo y encías edematosas.

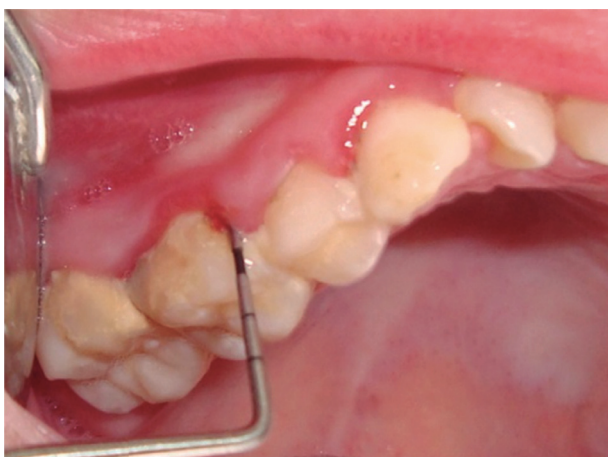


Figura 2. Presencia de placa bacteriana calcificada y profundidad de sondaje promedio de 4mm.

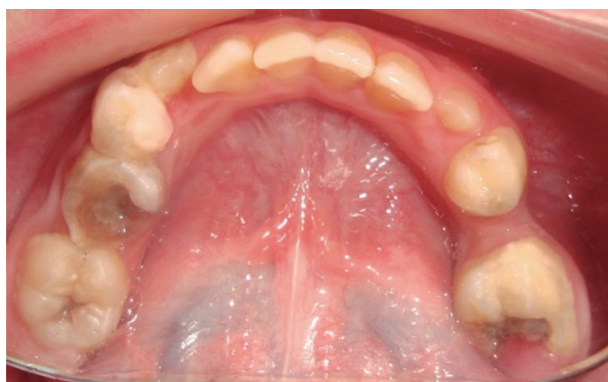


Figura 3. Lesiones cariosas severas y movilidad de dientes de leche.

DIAGNÓSTICO

Basado en el examen clínico, la profundidad del sondaje, la presencia de la placa bacteriana calcificada y los antecedentes del paciente se diagnostica una periodontitis crónica localizada, caries dental con lesiones cariosas irreversibles incipientes: lesiones incipientes en piezas 17, 26 y 27 (oclusal). Lesiones cariosas irreversibles avanzadas: lesiones avanzadas en piezas 36 (ocluso distal), 75 (ocluso distal), 85 (interproximal) y 46 (oclusal). Pulpitis irreversible del diente 36, así como presentar un alto riesgo de caries dental.

PLAN DE TRATAMIENTO

Previo asentamiento informado del apoderado del paciente se planificó un tratamiento integral que abarque tratamientos preventivos y correctivos tales como: tratamiento periodontal (índice de higiene oral, motivación, educación, raspado y alisado radicular y controles), obturación de fosas y fisuras, apexogénesis de la pieza 46 y su respectiva reconstrucción coronaria.

SECUENCIA DE TRATAMIENTO

El enfoque principal del caso clínico fue restablecer las condiciones saludables del estado periodontal; el índice de higiene oral, con su respectiva motivación y educación, fueron de crucial importancia para controlar la placa bacteriana blanda. La placa bacteriana calcificada fue eliminada con los procedimientos de raspado supragingival (fig. 4). El control del sangrado y la eliminación de las condiciones anaerobias dentro del surco gingival fueron tratados con la irrigación de peróxido de oxígeno (fig. 5). Como parte de la terapia periodontal se eliminaron todos los factores que acumulaban placa bacteriana y predisponían a la inflamación periodontal. Se realizaron las exodoncias de los dientes deciduos con movilidad fisiológica, que para la edad del paciente ya debieron exfoliarse; luego de la terapia básica periodontal se procedió a la restauración de las piezas dentarias afectadas por la caries dental. Se indicó una dieta blanda en por lo menos 2 meses hasta permitir una adecuada erupción de los primeros molares. Al cabo de 8 semanas de tratamiento periodontal la desinflamación del periodonto de protección y la reducción de la placa bacteriana fueron notorias, con una reducción del índice de higiene oral, índice de placa bacteriana, la ausencia de sangrado al sondaje y la eliminación de las bolsas periodontales incipientes (figs. 6 y 7).



Figura 4. Eliminación de la placa bacteriana calcificada con el raspado supragingival.

DISCUSIÓN

Los casos de enfermedad periodontal en niños son raros, y su manejo periodontal es de suma importancia para evitar el progreso de la enfermedad. La placa bacteriana es el agente etiológico más importante en afecciones bucales como caries dental y enfermedad periodontal⁽⁸⁾. Darby y Curtis⁽⁹⁾ consideran que el surco gingival de un diente caduco no presentaría las condiciones necesarias en profundidad y anaerobiosis para el crecimiento de bacterias asociadas a enfermedad periodontal. En nuestro caso la cantidad de placa bacteriana, tanto blanda como calcificada, fue superior al 90% según el índice de higiene oral de Green y Vermillion, lo que nos podría inducir a pensar que el principal agente



Figura 5. Irrigación con peróxido de oxígeno dentro del surco gingival.



Figura 6. Reducción de la inflamación gingival y de la placa bacteriana.



Figura 7. Aspecto final de la restauración de las piezas dentarias.

etiológico de la inflamación gingival fuera la placa bacteriana. La pubertad parece tener importantes consecuencias en la composición de la placa bacteriana⁽⁶⁾. A pesar de que no existe evidencia científica concluyente, se

considera que la fluctuación de hormonas sexuales durante la pubertad influye en el desarrollo de bacilos anaerobios gram-negativos⁽¹⁰⁾. El caso clínico que mostramos se encuentra dentro del rango de inicio de la pubertad, con una edad de 12 años, edad que se encuentra dentro del pico de prevalencia y severidad de la gingivitis⁽⁶⁾. Se considera que el paciente con gingivitis progresa a periodontitis cuando se produce la desinserción patológica de las fibras colágenas del cemento radicular y la migración apical del epitelio de unión⁽¹¹⁾. Se considerará como enfermedad periodontal cuando se encuentren bolsas periodontal y una pérdida de inserción clínica⁽¹²⁾. En nuestro caso la presencia de profundidades de sondaje mayores a 3mm y la pérdida de inserción clínica de 2mm nos indica una enfermedad periodontal incipiente y que se encuentra en una fase de cronicidad. Al igual que una terapia convencional en adultos, el tratamiento periodontal en niños y adolescentes se puede dividir en 3 fases: fase I terapia inicial causal; fase II terapia correctiva; y fase III terapia de soporte (mantenimiento)⁽¹³⁾. Al igual que en pacientes adultos, la terapia inicial es fundamental para obtener un resultado final exitoso en el tratamiento periodontal. Asimismo, el objetivo de esta fase es controlar el factor etiológico, la placa bacteriana⁽¹⁴⁾. Se pueden mencionar las etapas básicas de esta fase: monitorización de índices periodontales, motivación e instrucción de higiene oral, control de factores de riesgo, terapia mecánica y reevaluación. En nuestro caso el tratamiento de fase I y fase III mostró un notable restablecimiento de la salud del periodonto de inserción, eliminando la placa bacteriana blanda y calcificada, así como los factores retentivos de placa y factores de riesgo que pudiesen predisponer a la aparición de una enfermedad periodontal más severa.

CONCLUSIONES

La evaluación periodontal de pacientes pediátricos y adolescentes debe ser parte rutinaria del examen odontológico (examen clínico con el uso de sonda periodontal). Dicha evaluación debe realizarse de manera diferente a la que se realiza normalmente en pacientes adultos.

Es fundamental para el clínico observar más allá de la cavidad bucal por factores que requieran modificación para ayudar al paciente a prevenir o manejar la enfermedad periodontal. En niños y adolescentes se deben evaluar y considerar muchos de estos factores que encontramos también en pacientes adultos, tales como la obesidad, el tabaquismo, las enfermedades, etc.

A pesar de que existen ciertas bacterias asociadas con determinadas enfermedades periodontales, no se puede considerar que un patógeno específico sea el causante de la enfermedad. Sería el completo bacteriano de la placa como un ecosistema integrado, y su interrelación con el huésped, lo que genera los cambios patológicos.

La terapia inicial del periodonto (monitorizaciones iniciales de los índices periodontales, motivación e instrucción de higiene oral, consejo en el cepillado dental e interdental y la terapia mecánica) es el tratamiento básico para revertir los efectos negativos que produce la placa bacteriana sobre el periodonto.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor no muestra ningún tipo de conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Rita Salcedo Rioja, docente del Departamento de Estomatología Pediátrica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por su orientación y sugerencias en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del caso clínico.

Bibliografía

1. Kinane D. Causation and pathogenesis of periodontal disease. *Periodontol* 2000. 2001;25:8-20.
2. Pihlstrom BL. Periodontal risk assessment, diagnosis and treatment planning. *Periodontol* 2000. 2001;25:37-58.
3. American Academy of Periodontology. Periodontal diseases of children and adolescents. *J Periodontol*. 2004;74:1696-704.
4. Albandar JM, Tinoco EM. Global epidemiology of periodontal diseases in children and young persons. *Periodontol* 2000. 2002;29:153-76.
5. Bimstein E, Matsson L. Growth and development considerations in the diagnosis of gingivitis and periodontitis in children. *Pediatric Dent*. 1999;21:186-91.
6. Matsson L. Development of gingivitis in pre-school children and young adults. *J Clin Periodontol*. 1978;5:24-34.
7. Deas DE, Mealy BL. Response of chronic and aggressive periodontitis to treatment. *Periodontol* 2000. 2010;53:154-66.
8. Seneviratne CJ, Zhang CF, Samaranyake LP. Dental plaque biofilm in oral health and disease. *The Chinese J Den Res*. 2011;14:87-94.
9. Darby I, Curtis M. Microbiology of periodontal disease and young adults. *Periodontol* 2000. 2001;26:33-53.
10. Kinane DF, Podmore M, Ebersole J. Etiopathogenesis of periodontitis in children and adolescents. *Periodontol* 2000. 2001;26:54-91.
11. Savage A, Eaton K, Moles D, Needleman I. A systematic review of definitions of periodontitis and methods that have been used to identify this disease. *J Clin Periodontol*. 2009;36:458-67.
12. Armitage GC. The complete periodontal examination. *Periodontol* 2000. 2004;34:22-33.
13. Clerehugh V, Tugnait A. Diagnosis and management of periodontal diseases in children and adolescents. *Periodontol* 2000. 2001;26:146-68.
14. Clerehugh V. Periodontal diseases in children and adolescents. *Br Dent J*. 2008;204:469-71.