

Contexto

Reciben el nombre de enfermedades periodontales todas las patologías que afectan la unidad dentoalveolar y se caracterizan primariamente por la inflamación de la encía con pérdida de inserción siendo el principal factor etiológico la biopelícula que se forma alrededor de los dientes.

En Colombia se encontró, que en el ENSAB IV se evidenció que la mayor parte de la población (61.8%) presentaba periodontitis en sus diferentes grados de severidad, siendo más frecuente la periodontitis moderada, presente en el 43,46% de los individuos, seguida por 10,62% con periodontitis avanzada; y en este caso es más el porcentaje de mujeres que no presentan esta condición respecto a los hombres (42,59% y 33,59%). La enfermedad periodontal es de origen multifactorial que lleva a la destrucción de los tejidos de soporte del diente, con un componente inflamatorio.

El diagnóstico es dado por: La extensión es el número de sitios involucrados y puede ser descrita como localizada o generalizada. La extensión puede ser localizada si es $\leq 30\%$ de los sitios que se ven afectados y generalizada si es $>30\%$. La severidad puede ser categorizada sobre la medida de pérdida de inserción clínica siendo leve, cuando la pérdida de inserción es de 1 a 2 mm, moderada cuando la pérdida de nivel de inserción es de 3 a 4 mm y severa cuando la pérdida de nivel de inserción es ≥ 5 mm. Este diagnóstico es el punto de partida para brindar alternativas de tratamiento, y en la actualidad la investigación nos permite acceder a herramientas bastante efectivas como lo es la utilización de PRGF es un concentrado de factores de crecimiento con un número reducido de interleucinas, que requiere de 5 a 80 cm^3 , trabaja con 5-10 cm^3 tubos de sangre citratada y utiliza un ciclo de centrifugación a 460 G., aunque también se cuenta con otras como el uso de membranas de barrera (regeneración tisular guiada), el uso de materiales de injerto del reemplazo óseo, el uso de materiales regenerativos biológicamente activos y el uso de las mismas en combinaciones.

Objetivo

Evaluar la respuesta posquirúrgica de los tejidos blandos y la profundidad del sondaje, con el uso de una matriz molecular regenerativa autógena, mediada por factores de crecimiento, adjunto a la terapia de raspado y alisado radicular - RAR a campo abierto, para el tratamiento de la periodontitis crónica severa, con bolsas de más de 6 mm en molares de pacientes adultos que asisten a las clínicas de UNICOC Bogotá.

Metodo

METODOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

SANOS SIN COMPROMISO SISTÉMICO; PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS. INDICACIÓN RAR A CAMPO ABIERTO

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

PACIENTES FUMADORES. CONSUMO DE ANTIBIOTICOTERAPIA PREVIA AL TRATAMIENTO

OBJETO DE ESTUDIO

CAMBIOS A NIVEL DE PROFUNDIDAD DE SONDAJE

UNIDAD DE OBSERVACIÓN

UNIDAD DENTOALVEOLAR

POBLACIÓN

PACIENTE 18 AÑOS, POSGRADO UNICOC

MUESTRA

18 PACIENTES

TIPO DE ESTUDIO

SERIE DE INTERVENCIÓN DE CASOS

RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE LA PERIODONTITIS CRÓNICA SEVERA CON BOLSAS PERIODONTALES DE MÁS DE 6 MM POSTERIOR A LA TERAPIA DE RAR A CAMPO ABIERTO Y MATRIZ MOLECULAR REGENERATIVA: SERIE DE CASOS

León W, Suarez J, Vargas L, Villar W.

Procedimiento quirúrgico



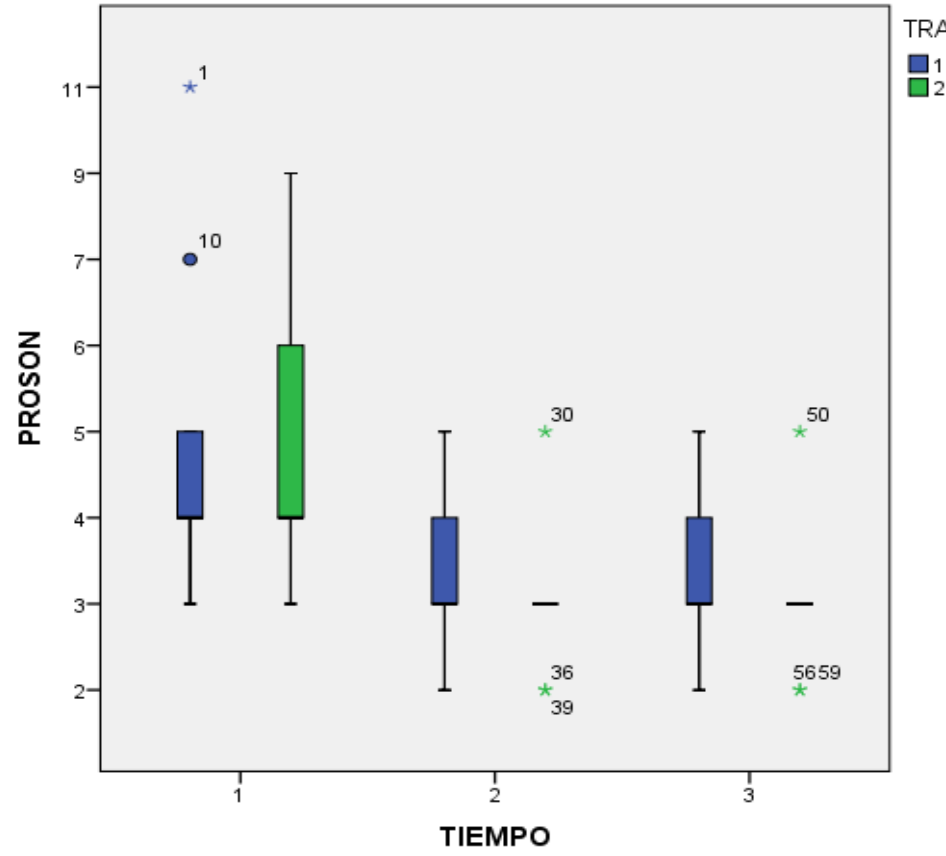
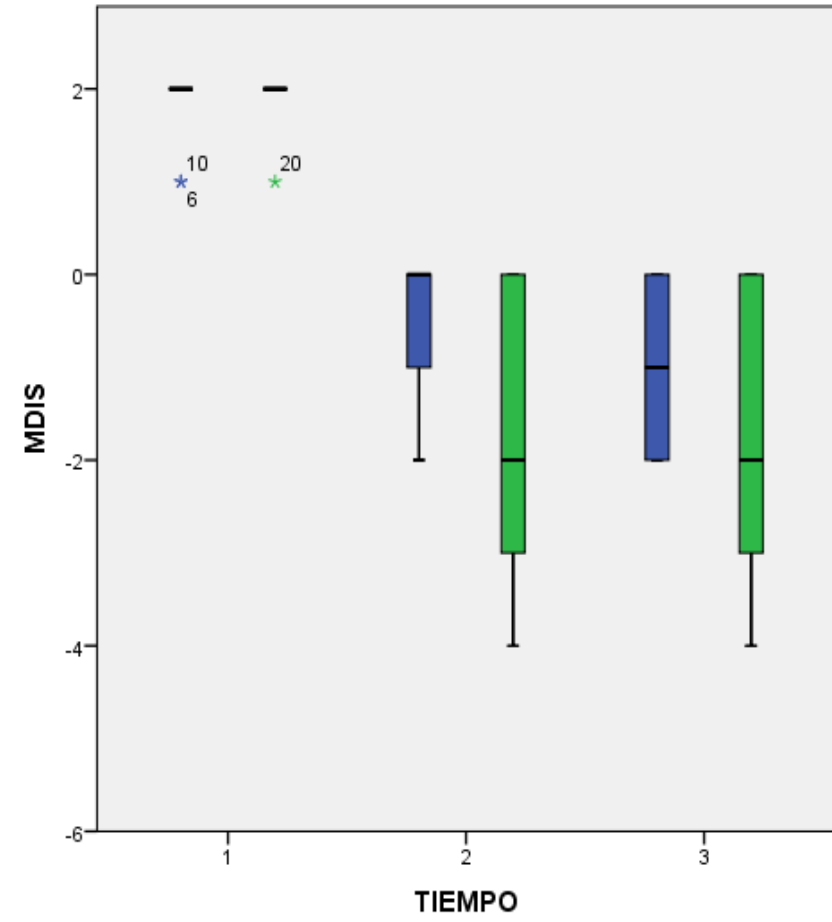
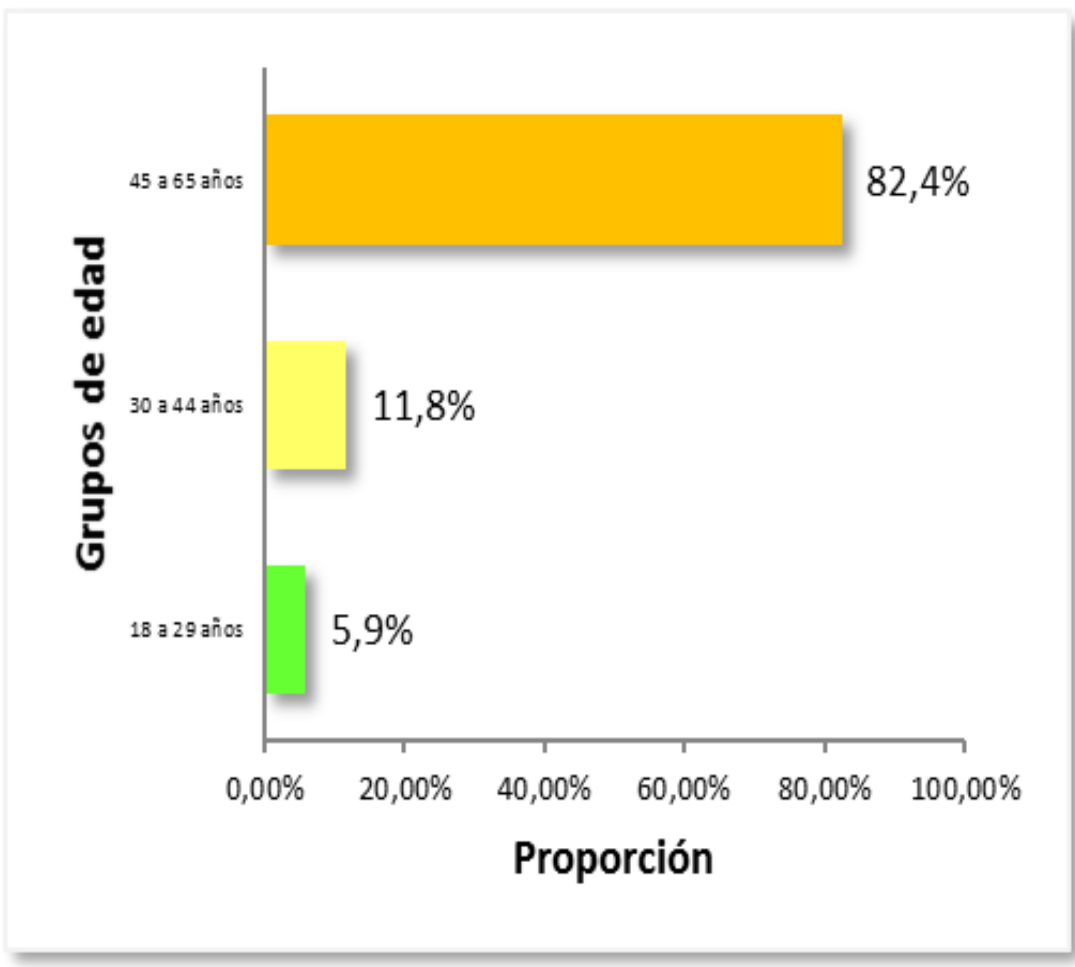
Resultados

Comparación del margen gingival y la profundidad de sondaje a los 0, 30 y 90 días, | mm |

Variables	Grupo Control			Grupo Prueba			Valor p 30 días	Valor p 90 días
	Iniciales Prom $\pm$ D.E.	A los 30 días Prom $\pm$ D.E.	A los 90 días Prom $\pm$ D.E.	Iniciales Prom $\pm$ D.E.	A los 30 días Prom $\pm$ D.E.	A los 90 días Prom $\pm$ D.E.		
Margen mesial	-0,20 $\pm$ 1,99	-1,40 $\pm$ 1,78	-1,50 $\pm$ 1,72	-2,50 $\pm$ 2,01	-2,60 $\pm$ 2,07	-2,50 $\pm$ 2,01	0,105	0,130
Margen central	-0,70 $\pm$ 1,89	-1,60 $\pm$ 1,35	-1,60 $\pm$ 1,35	-2,20 $\pm$ 1,61	-2,20 $\pm$ 1,62	-2,10 $\pm$ 1,60	0,391	0,503
Margen distal	0,00 $\pm$ 1,63	-0,60 $\pm$ 0,84	-0,80 $\pm$ 0,92	-1,90 $\pm$ 1,20	-1,90 $\pm$ 1,45	-1,80 $\pm$ 1,48	0,037	0,105
Promedio del margen	-0,50 $\pm$ 2,17	-1,10 $\pm$ 0,99	-1,40 $\pm$ 1,08	-2,20 $\pm$ 1,55	-2,30 $\pm$ 1,64	-2,20 $\pm$ 1,75	0,082	0,279
Sondaje mesial	4,90 $\pm$ 2,18	3,50 $\pm$ 1,65	3,30 $\pm$ 1,06	6,20 $\pm$ 2,66	2,80 $\pm$ 0,42	2,80 $\pm$ 0,42	0,195	0,195
Sondaje central	3,40 $\pm$ 1,17	3,20 $\pm$ 1,62	3,00 $\pm$ 1,05	3,90 $\pm$ 1,97	2,80 $\pm$ 0,42	2,80 $\pm$ 0,42	0,933	0,866
Sondaje distal	5,00 $\pm$ 1,89	4,00 $\pm$ 1,83	3,60 $\pm$ 1,17	4,40 $\pm$ 2,46	2,80 $\pm$ 0,42	2,80 $\pm$ 0,42	0,062	0,062
Promedio del sondaje	5,00 $\pm$ 2,36	3,50 $\pm$ 0,97	3,60 $\pm$ 0,84	4,90 $\pm$ 1,73	2,80 $\pm$ 0,42	2,80 $\pm$ 0,42	0,062	0,015

Comportamiento del dolor a los 8, 15, 30 y 90 días en el grupo de prueba y el de control

Momento de evaluación	Grupo	Dolor (n)					
		0	1	2	3	5	8
8 días	Control	3	--	3	1	2	1
	Prueba	9	--	0	0	1	0
	p	0,015					
15 días	Control	6	--	1	1	2	--
	Prueba	10	--	0	0	0	--
	p	0,143					
30 días	Control	9	1	--	--	--	--
	Prueba	10	0	--	--	--	--
	p	0,5000					
90 días	Control	10	--	--	--	--	--
	Prueba	10	--	--	--	--	--
	p	---					



El promedio del sondaje ($p=0,015$) entre el grupo control y el grupo prueba, pues si bien en el primero se obtuvo un cambio aproximado a los 1,4 mm a los 90 días, en el grupo prueba este cambio fue de $\pm 2,1$ mm aunque logrados en los primeros 30 días y estabilizados al hacer la revisión a los 90. El dolor se encontraron diferencias estadísticas importantes ($p=0,015$) que revelaron un mejor comportamiento ante esta situación en el grupo prueba a los 8 días de seguimiento, encontrando 9 casos sin dolor y sólo uno manifestando una intensidad grado 5 en una escala de 1 a 10; mientras el grupo control presentaba 3 casos sin dolor y los otros 7 en intensidades entre 2 y 8.

Conclusiones

El clínico de hoy entiende cada vez más la necesidad de tomar decisiones basadas en la evidencia científica y no en relación con las recomendaciones y alternativas de tratamiento que existen en la industria dental. La matriz molecular regenerativa parece aumentar la velocidad del proceso de cicatrización y así mismo la percepción subjetiva del dolor ya que biológicamente es posible que una concentración más alta de plaquetas pueda ayudar en la cicatrización de heridas debido a la mayor presencia de plaquetas e iniciar una respuesta celular más rápida que el coágulo sanguíneo normal. Sin embargo, es importante resaltar que el papel real de los factores de crecimiento CYTOGEL, en la terapia periodontal quirúrgica es un tema nuevo sin abordar donde se recomienda mayores estudios para aclarar la controversia existente.

Referencias

- Armitage G. Consensus Report: Chronic Periodontitis. Annal 1999; 4(1).
- Carrillo P, Gonzalez A, Macias S. Plasma rico en plaquetas. Herramienta versátil de la medicina regenerativa?. Cir Cir 2013; 81: 74-82
- Ministerio de Salud. Estudio Nacional en Salud Bucal (ENSAB IV). Bogotá: Ministerio de Salud y Centro Nacional de Consultoría CNC
- Jenabian N, Naderi E, Moghadamnia AA, Zahedpasha S. Comparison between soft gelatin capsule containing ibuprofen and ibuprofen regular tablet in pain control following scaling and root planing. Int Dent Res 2011; 2: 42-47.