

Reporte de Caso Clínico

Desinfección de boca completa, en paciente con periodontitis, estadio III, grado B generalizado. Reporte de caso**Full mouth disinfection, in a periodontitis patient, stage III, generalized grade B
Case Report**

Gloria Patricia Sanz Valencia 1.

Sara Vargas Morales 2.

Renia Valia Hurtado Velasco 3.

1. Especialista en Periodoncia. Universidad de Chile. Docente de Periodoncia, Carrera de Odontología. Universidad Privada Del Valle, La Paz. psanzbol@yahoo.com.mx
2. Estudiante de 4to año de la Carrera de Odontología. Universidad Privada Del Valle, La Paz. saritavm98@gmail.com
3. Estudiante carrera de 4to Año de la Odontología. Universidad Privada Del Valle, La Paz. reniecita17@gmail.com

RESUMEN

La periodontitis es una enfermedad crónica infecciosa de los tejidos de soporte del diente. El raspado y alisado radicular es el método de preferencia en la disgregación del biofilm y el cálculo. También se ha propuesto una nueva modalidad de tratamiento periodontal no-quirúrgico, la desinfección en boca completa (full-mouth disinfection); este procedimiento se basa en evitar la transmisión intraoral de patógenos periodontales desde sacos periodontales sin terapia a zonas ya tratadas.

El presente trabajo tuvo como objetivo describir la técnica "Desinfección de boca completa" (full-mouth) en una paciente con periodontitis, estadio III, grado B generalizado, aplicada en la clínica odontológica Univalle La Paz. Este caso clínico fue seleccionado por la gran presencia de placa dentobacteriana y cálculo, así como la cantidad de piezas remanentes, logrando la estabilización del periodonto reflejada en profundidades menores al sondaje y ganancia de niveles de inserción, además de disminuir porcentajes de biofilm y sangramiento al sondaje. Esta técnica favorece tanto al paciente como al operador.

Palabras clave: Alisado radicular. Desinfección de toda la boca. Periodontitis.

ABSTRACT

Periodontitis is a chronic infectious disease of the teeth supporting tissues. Scraping and root flattening is the method of choice for biofilm disaggregation and calculus. A new non-surgical periodontal treatment modality has also been proposed: Full-mouth disinfection, which is based on avoiding intraoral transmission of periodontal pathogens from untreated periodontal sacs to already treated areas.

The objective of this work was to describe the "Full-mouth disinfection" technique in a patient with periodontitis, stage III, generalized grade B, applied at the Univalle La Paz Dental Clinic. This clinical case was selected due to the large presence of dent bacterial plaque and calculus, as well as the number of remaining pieces, achieving stabilization of the periodontium reflected in depths less than probing and gain in insertion levels, as well as decreasing percentages of biofilm and bleeding on probing. This technique favors both the patient and the operator.

Keywords: Full-mouth disinfection. Periodontitis. Root flattening.

INTRODUCCIÓN

La periodontitis constituye una enfermedad crónica infecciosa de los tejidos de soporte del diente. Debido a la infección bacteriana, los tejidos periodontales se inflaman y son destruidos lentamente por la acción del proceso inflamatorio. Si la enfermedad no es tratada, los dientes pierden soporte del ligamento periodontal al hueso alveolar. Posteriormente, el hueso alveolar se reabsorbe, el diente se mueve y, finalmente, se pierde. Las manifestaciones clínicas y biológicas de enfermedad periodontal son producto de una compleja interacción entre el agente causal, placa dentobacteriana y los tejidos del huésped (1).

La destrucción de los tejidos periodontales se debe en gran parte a la acción de agentes bacterianos que interactúan directamente en los tejidos periodontales, pero también a la respuesta del huésped a estas enzimas. Esta interrelación entre bacterias y los mecanismos de respuesta inmune del huésped son la base del mecanismo inmuno-patológico del huésped (1) (2) (3).

El raspado y alisado radicular (RAR) es el método de referencia en la disgregación del biofilm subgingival y el cálculo. Esta modalidad de tratamiento periodontal es eficaz al detener la progresión de las periodontitis y mejorar de forma significativa los parámetros clínicos y microbiológicos. En los últimos años se han producido diferentes avances con el fin de mejorar su efectividad (2) (4).

La instrumentación radicular con ultrasonidos ha demostrado una eficacia clínica y microbiológica similar al raspado y alisado convencional mediante instrumentación manual con curetas (2).

Se ha propuesto una nueva modalidad de tratamiento periodontal no-quirúrgico, la desinfección en boca completa (full-mouth

disinfection). Su justificación se basa en evitar la transmisión intraoral de patógenos periodontales desde sacos periodontales sin tratar o desde otros nichos intraorales, a zonas ya tratadas, con lo que se favorece que un ecosistema nuevo y menos patogénico se pueda establecer y, así obtener una mejor respuesta clínica. Para conseguirlo, se realiza el tratamiento de raspaje y alisado radicular de toda la boca en una sola sesión junto con el uso coadyuvante de clorhexidina para tratar el resto de los nichos intraorales (3) (4).

Entre las ventajas de este tratamiento tenemos la eliminación casi completa de patógenos periodontales y sus productos, la cicatrización es uniforme en todas las piezas tratadas con una mayor ganancia de inserción y, definitivamente, un ahorro de tiempo sustancial por ser en una sola sesión. Las desventajas que se encontraron en la bibliografía son: fatiga del paciente y el operador por ser un procedimiento que involucra más tiempo en una visita; se requieren mayores cuidados postoperatorios y no todos los pacientes son candidatos para este procedimiento (2) (3). Este procedimiento puede ofrecer significativos beneficios, particularmente, en condiciones clínicas como periodontitis estadios III y IV, pacientes con compromiso sistémico como diabetes mellitus tipo 2 y pacientes con altas cantidades de la acumulación de placa y cálculo (2) (4).

REPORTE DE CASO

Paciente de sexo femenino, de 27 años de edad, acudió a la clínica odontológica Univalle para su rehabilitación dental correspondiente. Al examen clínico se observó múltiples pérdidas dentarias, pocos procesos cariosos, acumulación de cálculo dental generalizado, halitosis y sangramiento gingival; por lo que se la remitió a la especialidad de periodoncia.

En el examen periodontal presentaba múltiples acumulaciones de cálculo supragingival, sangramiento al sondaje y desprendimiento de la adherencia epitelial por invasión de cálculo

subgingival como consecuencia de la formación de múltiples sacos periodontales, que variaban entre 4 y 7 mm de profundidad, con pérdida de inserción entre 0 y 6 mm (Figuras 1 y 2).

Figuras N°1 y 2. Fotografía intraoral en oclusión de frente y arco inferior



Fuente: Elaboración propia. Mayo 2019.

La paciente refirió tener antecedentes personales de enfermedad periodontal que provocaron la pérdida de múltiples piezas dentarias. El sangramiento al sondaje fue de 65%, y su índice de placa dentobacteriana de 94%. En el examen

radiográfico se observó reabsorción ósea de más del 30 %, y menos del 50 % del largo radicular en las piezas presentes, que corresponde a una Reabsorción Ósea Marginal moderada generalizada (ROM II) (Figura 3).

Figura N°3. Examen radiográfico de Reabsorción Ósea Marginal (ROM II)



Fuente: Elaboración propia. Mayo 2019.

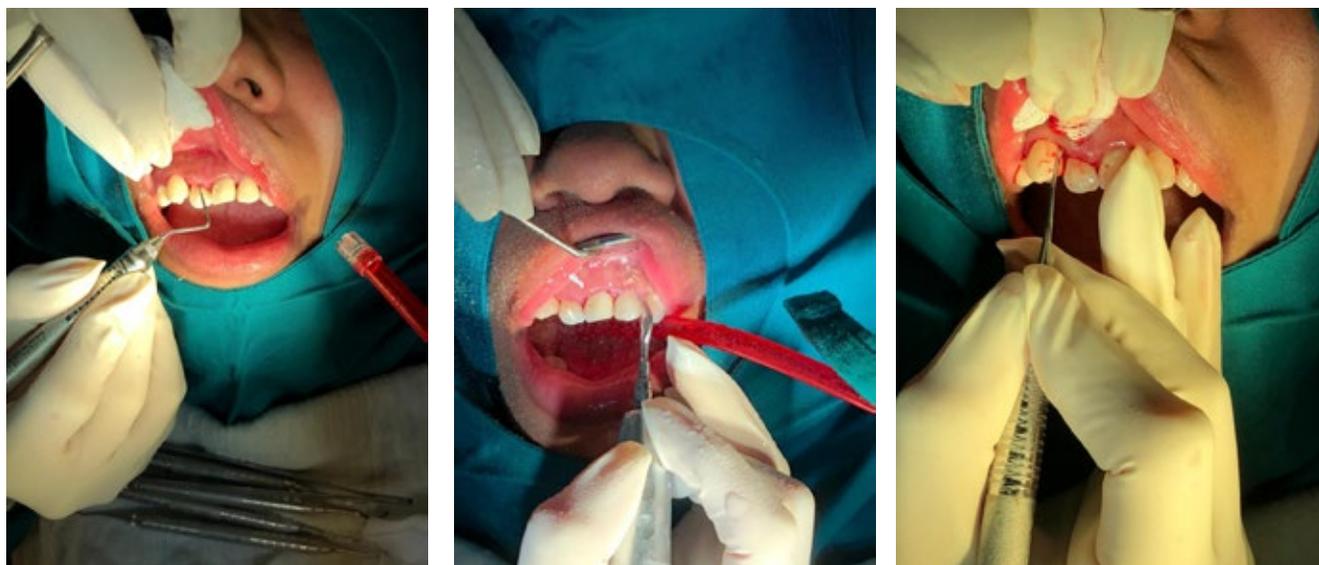
El diagnóstico fue **Periodontitis, Estadio III, Grado B Generalizada**, con un pronóstico bueno para las piezas presentes en boca. El tratamiento comenzó con la motivación y el compromiso de la paciente a seguir específicamente todas las instrucciones e indicaciones para el control de su enfermedad, explicándole la importancia de tener un periodonto estable, base para cualquier tratamiento de rehabilitación que ella requiera. Seguidamente, se le instruyó el control mecánico de placa bacteriana (técnica de cepillado CHARTERS e higiene interproximal), recomendando la compra de un nuevo cepillo de cerdas suaves. Asimismo, se determinó realizar la desinfección de boca completa por la elevada cantidad de depósitos de cálculo, placa bacteriana y el número de piezas dentarias presentes en boca.

Se preparó a la paciente para realizar el procedimiento de desinfección de boca completa, para lo cual, se la premedicó con Amoxicilina de 1g, 14 comprimidos para tomar 1 cada 12 horas; y Metronidazol de 500 mg, 14 comprimidos a

tomar 1 cada 12 horas; que fue iniciado 24 horas antes del procedimiento.

Dicho procedimiento consistió en asepsia y antisepsia extraoral con mota de algodón embebida en alcohol yodado en forma centrífuga; e intraoral con enjuague de digluconato de clorhexidina al 0,12% por 30 segundos. La técnica anestésica utilizada fue infiltrativa supraperióstica, con cierre de circuito por palatino para maxilar superior y técnica anestésica troncular del nervio dentario inferior para maxilar inferior. Se utilizaron 4 tubos en total de lidocaína al 2% epinefrina 1:80000 ppm. A continuación, se realizó sondaje periodontal previo y se comenzó con el destartraje supra y subgingival con ultrasonido e irrigación transoperatoria con digluconato de clorhexidina al 0,12%, y jackets (30/33 y 31/32). Luego se procedió al alisado radicular con curetas tipo GRACEY (1-2, 5-6, 11-12, 13-14). Seguidamente, se realizó la debridación de los tejidos con peróxido de hidrogeno al 3% de 10 vol. y suero fisiológico; y un sondaje de verificación (Figura 4).

Figura N°4. Fotografías del procedimiento no quirúrgico realizado en la Clínica Univalle La Paz





Fuente: Elaboración propia. Mayo 2019.

Concluido el procedimiento, la paciente recibió medicación analgésica con clonixinato de lisina de 250 mg -4 comprimidos- para tomar a requerimiento y se adicionó control de placa químico con digluconato de clorhexidina al 0,12%, indicándole enjuagarse con 10 ml, 30 min después del cepillado, con pasta por 30 segundos, 2 veces al día, por 7 días. Otras indicaciones incluyeron: no fumar, no ingerir bebidas alcohólicas, no tomar los medicamentos con el estómago vacío y seguir una dieta blanda y blanca.

El control posoperatorio y pulido coronario, se realizó a los 7 días de concluido el procedimiento. Durante el periodo de cicatrización de 6 semanas se realizaron 3 sesiones de Terapia Peridontal de Soporte (TPS) cada 2 semanas, que incluía procedimientos de destartraje supragingival y pulido coronario; mostrando notable progreso en cada una de las TPS (Figuras 5, 6 y 7).

A las 8 semanas se reevaluaron los tejidos periodontales y se procedió a levantar el periodontograma de salida, verificando la ganancia de nivel de inserción y la reducción de profundidades de sondaje logrando alcanzar valores normales (entre 2 y 3 mm).

Figura N°5. Fotografías intraorales de la primera TPS



Fuente: Elaboración propia. Mayo 2019.

Figura N°6. Fotografías intraorales de la segunda TPS, con sangramiento al dondaje de 30 % e índice de placa de 26 %



Fuente: Elaboración propia. Junio 2019.

Figura N°7. Fotografías intraorales de la tercera TPS con periodontograma de salida ue describe sangramiento al sondaje de 9 % e índice de placa al 20 %, sin evidencia de sacos periodontales



Fuente: Elaboración propia. Agosto 2019.

Se estableció que la paciente debe tener terapias periodontales de soporte cada 3 meses para mantener la estabilidad periodontal alcanzada.

DISCUSIÓN

Las comparaciones de la desinfección de toda la boca, versus el raspado y alisado radicular por cuadrante, mostraron que la desinfección de toda la boca tuvo modestos clínicos adicionales con respecto al raspado y alisado radicular por cuadrante en el sondaje de reducción de profundidad de la bolsa, y el aumento de nivel de inserción clínica. Además, desde una perspectiva práctica, se requiere menos tiempo para completar el tratamiento en una sola visita de más de una serie de citas. Por lo tanto, preferimos recomendar la desinfección de toda la boca como la primera opción para el tratamiento de la periodontitis crónica (2).

Esta decisión está basada en la premisa de que son estos pacientes con periodontitis en estadio II los que podrían salir beneficiados con una nueva y más eficaz modalidad de tratamiento periodontal no-quirúrgico. Los pacientes con periodontitis avanzadas son candidatos claros para realizar cirugías periodontales, aunque los procedimientos en 24 horas aumenten la eficacia del raspado. Sin embargo, los pacientes con estadio II podrían evitar la fase quirúrgica, si el procedimiento mejora claramente los resultados (2) (4)

“La desinfección de toda la boca trae modestos beneficios clínicos adicionales con respecto al raspado y alisado radicular por cuadrante” (4). Al sondaje se determina una reducción de profundidad del saco periodontal y ganancia en los niveles de inserción clínica. Además, desde una perspectiva práctica, se requiere menos tiempo, en general, para completar el tratamiento en una sola visita en lugar de una serie de citas. Por lo tanto, preferimos recomendar la desinfección de toda la boca como la primera opción para el tratamiento de la periodontitis en estadio II y III. Si bien el alisado radicular convencional es una de nuestras primeras alternativas de tratamiento, la terapia de desinfección de boca completa (full-mouth), debe ser aplicada en casos específicos como ser en pacientes con grandes depósitos de cálculo y placa bacteriana con o sin compromiso sistémico; tomando en cuenta otros aspectos como el compromiso, cooperación del paciente y en número presentes de piezas dentarias en boca.

CONCLUSIONES

La técnica de desinfección de boca completa, combinada con abordajes de desinfección transoperatorios favorecen al paciente y al operador, no sólo por ser una estrategia segura, sino por el control periodontal en periodos relativamente cortos, lo que implica menores gastos operativos y mejora los resultados tanto en profundidades de sondaje como en ganancia de inserción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Vargas AP, Yáñez BR, Monteagudo CA. Periodontología e Implantología México D.F.: Panamericana; 2016.
- (2) Meza E, Correa E, Soto D. Desbridamiento y desinfección periodontal en una sola sesión. Alternativa en el tratamiento no quirúrgico de la Periodontitis: revisión de la bibliografía. Revista Mexicana de Periodontología. 2015; VII(1): p. 18-24.
- (3) Soto J, Aldana H, Navia J, Pelaez M, Quisoboni j, O'meara M, et al. Efectos del raspaje y alisado radicular a boca completa con azitromicina sobre los niveles de proteína C reactiva ultra sensible, parametros clínicos y microbiológicos periodontales. Ensayo clinico aleatorizado. Revista Estomatológica. 2016; XXIV(2): p. 14-25.
- (4) Casas A, Herrera D, Mateos B, Alonso B, Serrano C, Sanz M. Eficacia clínica y microbiológica de cuatro modalidades de tratamiento periodontal no-quirúrgico: Estudio piloto. Periodoncia y Osteointegración. 2006; XVI(3): p. 3.

Derechos de Autor (c) 2020 Gloria Patricia Sanz Valencia, Sara Vargas Morales, Renia Valia Hurtado Velasco.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)