



# PERIODONTITIS, ESTADIO I: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO CON EVOLUCIÓN A 7 AÑOS.

EVA MUÑOZ, FEDERICO MORENO, FRANCISCO TORTOSA, ADRIÁN GUERRERO.

**Eva Muñoz.** Senior Clinical Teaching Fellow in Periodontology, UCL Eastman Dental Institute, Londres, Reino Unido.

**Federico Moreno.** Clinical Lecturer in Periodontology, UCL Eastman Dental Institute, Londres, Reino Unido.

**Francisco Tortosa.** Máster en Cirugía Implantológica, Prótesis y Periimplantología por la Universidad Alfonso X el Sabio. Práctica privada en periodoncia en Marbella, España.

**Adrián Guerrero.** Máster en Periodoncia, UCL Eastman Dental Institute, Londres, Reino Unido. Práctica privada en Periodoncia en Marbella, España.

Correspondencia a:

**Eva Muñoz**  
eva.aguilera.15@ucl.ac.uk

## RESUMEN

### Introducción

Tras la publicación de la nueva clasificación en 2018, diferentes sociedades científicas se han comprometido con su difusión e implementación. El objetivo de este artículo es el de sumarse a ese propósito ilustrando los pasos para llegar al diagnóstico y tratamiento de un caso de periodontitis estadio I con evolución a largo plazo.

### Presentación del caso

Una mujer de 21 años acudió a la consulta dental preocupada por la presencia de inflamación y sangrado gingival. Tras el diagnóstico, se llevó a cabo un tratamiento periodontal no quirúrgico y, tras la reevaluación, se indicaron visitas de mantenimiento frecuentes durante 7 años que lograron frenar la progresión de la enfermedad y mantener la salud periodontal.

### Discusión

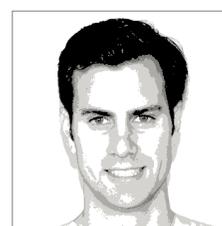
Como se ha ilustrado en este caso clínico, el diagnóstico precoz de casos de periodontitis inicial supone un reto para los clínicos debido a las dificultades inherentes al sondaje periodontal para detectar pérdida de inserción clínica temprana, así como a las limitaciones de la exploración radiográfica para identificar pérdida ósea inicial. Sin embargo, el diagnóstico de periodontitis estadio I en pacientes jóvenes representa una oportunidad para revelar casos de alta susceptibilidad y ofrece la posibilidad de instaurar tratamientos tempranos que sean menos complejos y más eficaces.



Eva Muñoz



Federico Moreno



Francisco Tortosa



Adrián Guerrero

## INTRODUCCIÓN

LA PERIODONTITIS ES UNA ENFERMEDAD CRÓNICA inflamatoria multifactorial iniciada por una disbiosis bacteriana. Se caracteriza por la destrucción progresiva de los tejidos de soporte del diente y conduce, en última instancia, a la pérdida dental (Tonetti y cols. 2018). Está considerada la sexta enfermedad crónica no transmisible más frecuente de la humanidad (Kassebaum y cols. 2014), afecta a la calidad de vida de los pacientes que la padecen y representa un coste elevado para cualquier sistema sanitario (Tonetti y Van Dyke 2013).

Una nueva clasificación de enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias fue desarrollada en 2017 en un *workshop* conjunto entre la Academia Americana de Periodoncia y la Federación Europea de Periodoncia (Caton, Armitage, Berglundh y cols. 2018). Sus principales objetivos fueron tanto la obtención de un consenso de clasificación que incorporase los nuevos hallazgos en la fisiopatología de estas enfermedades, como la divulgación global de su aplicación por parte de las comunidades científicas y los profesionales clínicos. Está basada en un sistema multidimensional que propone clasificar la enfermedad de acuerdo con el **estadio (I-IV)** (teniendo en cuenta la severidad, extensión, complejidad y anticipo de tratamiento) y el **grado (A, B, C)** (reflejando la tasa de progresión y los factores de riesgo) (Tonetti y cols. 2018).

La periodontitis estadio I constituye la fase incipiente de la periodontitis, a caballo entre la gingivitis y la periodontitis moderada/avanzada (estadios II-IV). Con respecto a la severidad, se debe observar una pérdida de inserción clínica (PIC) interproximal preliminar en más de dos dientes no adyacentes o bucal/lingual, con una profundidad de sondaje de > 3 mm en más de dos dientes. Esta PIC se correspondería con una pérdida de hasta un máximo del 15 % del soporte óseo radicular. En cuanto a la complejidad, los signos de inflamación gingival se deben acompañar de profundidades de bolsa al sondaje de hasta 4 mm con un patrón de pérdida ósea mayoritariamente horizontal. La extensión puede ser localizada, generalizada o de patrón incisivo-molar dependiendo del número de dientes afectados: < 30 %, ≥ 30 %, o si solo involucra a incisivos y molares, respectivamente. Y el grado de progresión se podría determinar mediante métodos directos (evidencia de pérdida ósea en radiografías o pérdida clínica de inserción) o método indirecto (proporción entre pérdida ósea y edad del paciente) y variaría entre lento (grado A), moderado (grado B) o rápido (grado C). Asimismo, los factores de riesgo (consumo de tabaco y diabetes) se consideran modificadores del grado de progresión.

Esta nueva clasificación pretende solventar carencias de la previa clasificación de 1999 (Armitage 1999), pero puede ser *a priori* más difícil de implementar en la clínica diaria. El objetivo de este artículo es mostrar un caso clínico donde se detallan los pasos seguidos para obtener un diagnóstico y tratamiento periodontal de estadio I, el cual permanece estable tras 7 años postratamiento.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

### El problema de la paciente

Una mujer de 21 años acudió a la consulta del periodoncista derivada por su odontólogo en el año 2012 para evaluación y tratamiento periodontal especializado. La historia médica reflejó un buen estado de salud general, sin alergias a medicamentos ni antecedentes familiares o tabáquicos y con un estilo de vida saludable. Su principal motivo de consulta fue la presencia de inflamación y sangrado gingival generalizado. En cuanto a la historia dental, la paciente acudía frecuentemente a revisiones dentales con su dentista habitual. Durante la adolescencia se le realizó tratamiento de ortodoncia, y como parte de este se indicaron extracciones de los premolares 14, 24, 34 y 44.



Figura 1. Fotografías intraorales iniciales.

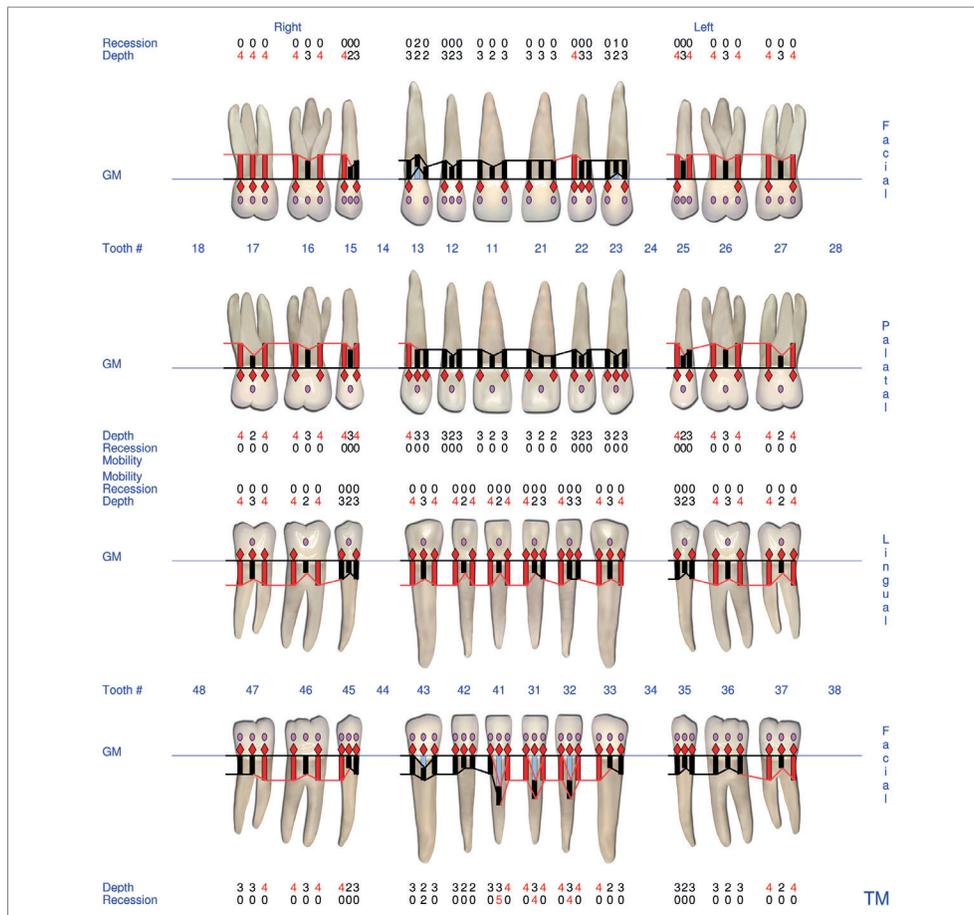


Figura 2. Periodontograma inicial.



Figura 3. Fotografía del aspecto inicial de los incisivos inferiores.

En la exploración clínica se observó inflamación gingival de moderada a severa, más localizada en la zona anterior, y asociada a depósitos de placa y cálculo dental abundante tanto supra como subgingivalmente. Durante el sondaje periodontal se hallaron bolsas incipientes ( $\leq 4$  mm) que sangraban al sondaje, y recesiones gingivales localizadas en los dientes 31, 32, 41 y 43, posiblemente debido a la posición vestibulizada de esos dientes en la arcada dentaria inferior y a la presencia de un biotipo fino (Figuras 1 y 2). Asimismo, se observó un cierto agrandamiento gingival a nivel de las papilas interdentarias de los incisivos inferiores (Figura 3). Adicionalmente, el porcentaje total de placa y de sangrado al sondaje inicial fue del 95 % y 79 % respectivamente, sin hallazgo de movilidad dental o presencia de furcas. Tampoco se percibieron otros factores oclusales o locales de interés, más allá del hábito de respiración oral y una incompetencia labial.

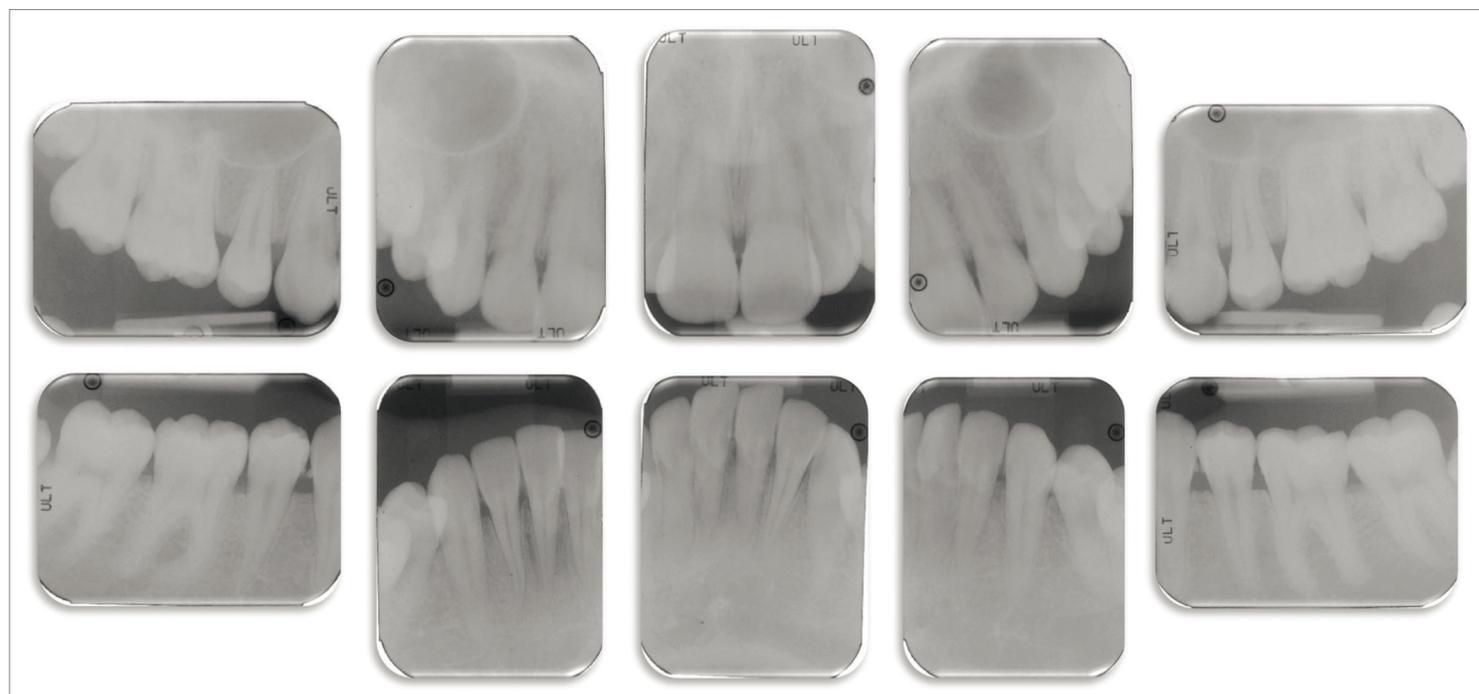


Figura 4.  
Serie completa de radiografías intraorales iniciales.

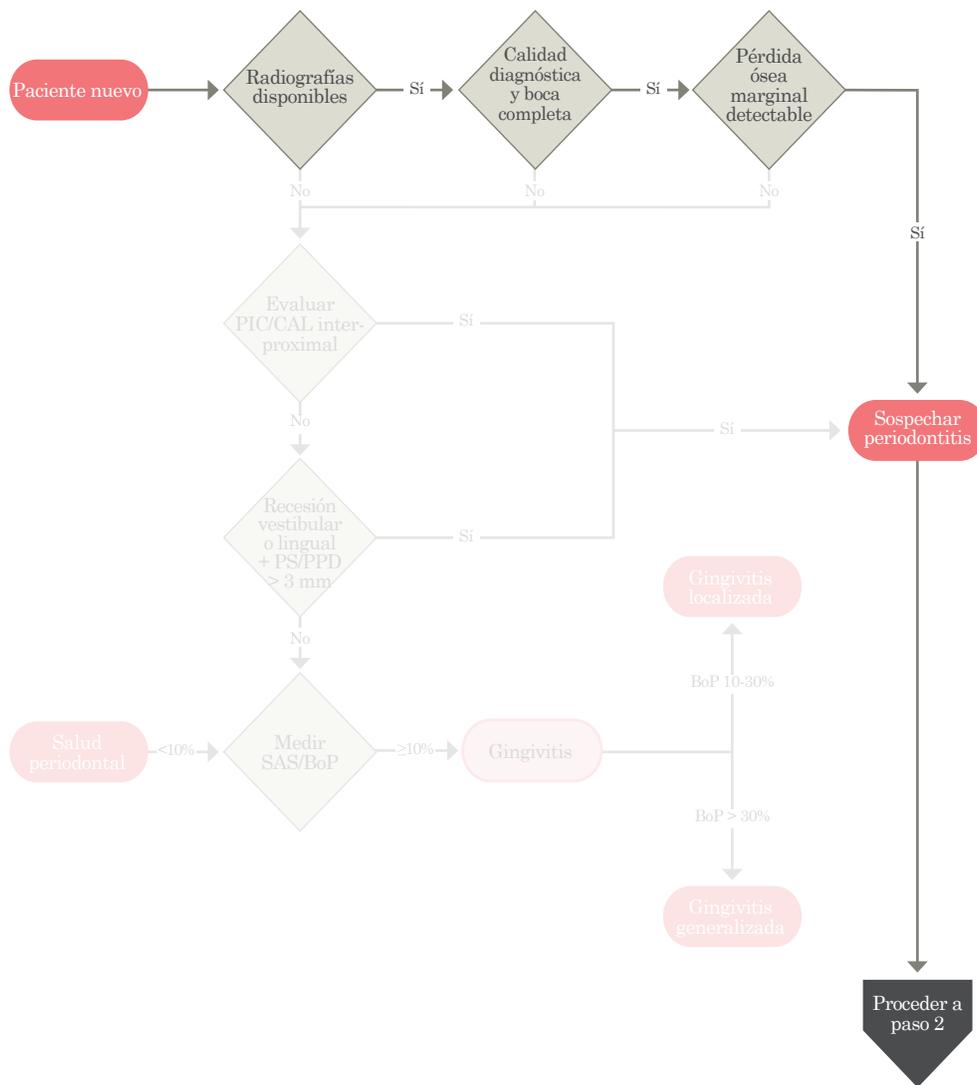
La exploración radiológica reveló pérdida ósea localizada, afectando principalmente al cuadrante superior izquierdo, a nivel de los molares 26 y 27 y limitada al tercio coronal (15 % de la longitud radicular). También se apreciaron depósitos de cálculo subgingival generalizados y menor densidad ósea a nivel de los incisivos inferiores (Figura 4).

#### Diagnóstico

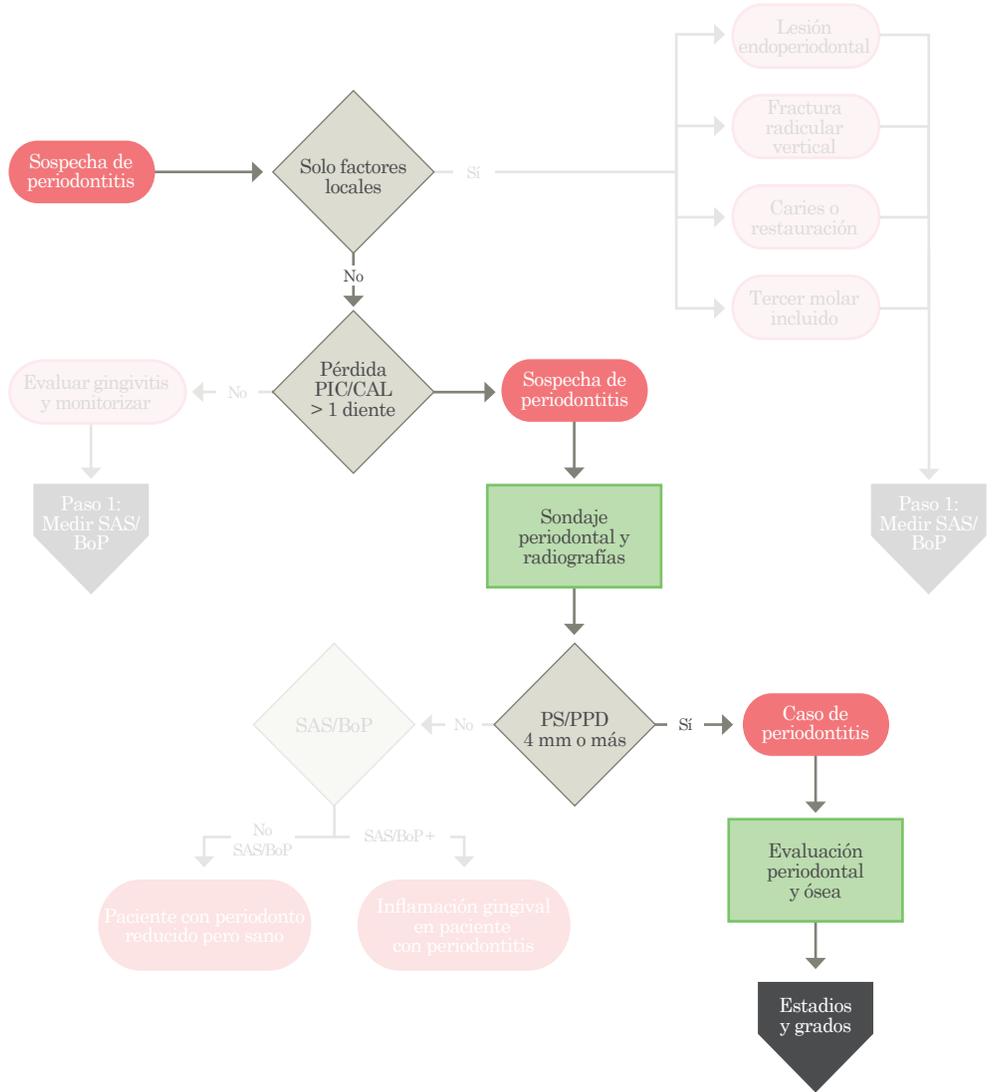
En el año 2012, este caso se diagnosticó como una periodontitis crónica inicial generalizada (siguiendo los pasos de la nueva clasificación indicados en la introducción y mostrados en el árbol de decisiones), este caso puede reclasificarse como una periodontitis estadio I generalizada, grado B, el cual no tendría en cuenta la PIC bucal de los incisivos inferiores para establecer el diagnóstico, al tratarse de un problema mucogingival y no encontrarse profundidades de sondaje de > 3 mm (Tonetti y cols. 2018). Adicionalmente, en el diagnóstico original se identificó una recesión gingival localizada, clase II de Miller en el 41, y otras recesiones gingivales clase I de Miller en los dientes 31, 32 y 43. En este momento, de acuerdo con la nueva clasificación, todas las recesiones se considerarán RT1 (Miller 1985; Cairo y cols. 2011; Cortellini y Bissada 2018). El grado B se aplicó en este caso a pesar de que se trata de una paciente de corta edad. En ausencia de evidencia directa para evaluar la tasa de progresión del caso, lo hicimos mediante evidencia indirecta calculando la proporción entre el porcentaje de pérdida ósea en el peor sitio y la edad de la paciente, resultando en una cifra de 0.71. Asimismo, existían grandes depósitos de *biofilm* con niveles muy bajos de pérdida ósea. Por lo tanto, estos dos elementos de evidencia indirecta clasificaron a la paciente como un grado B.

A continuación se muestran los pasos seguidos para establecer el diagnóstico periodontal de acuerdo al árbol clínico de toma de decisiones (Sanz y Tonetti 2019):

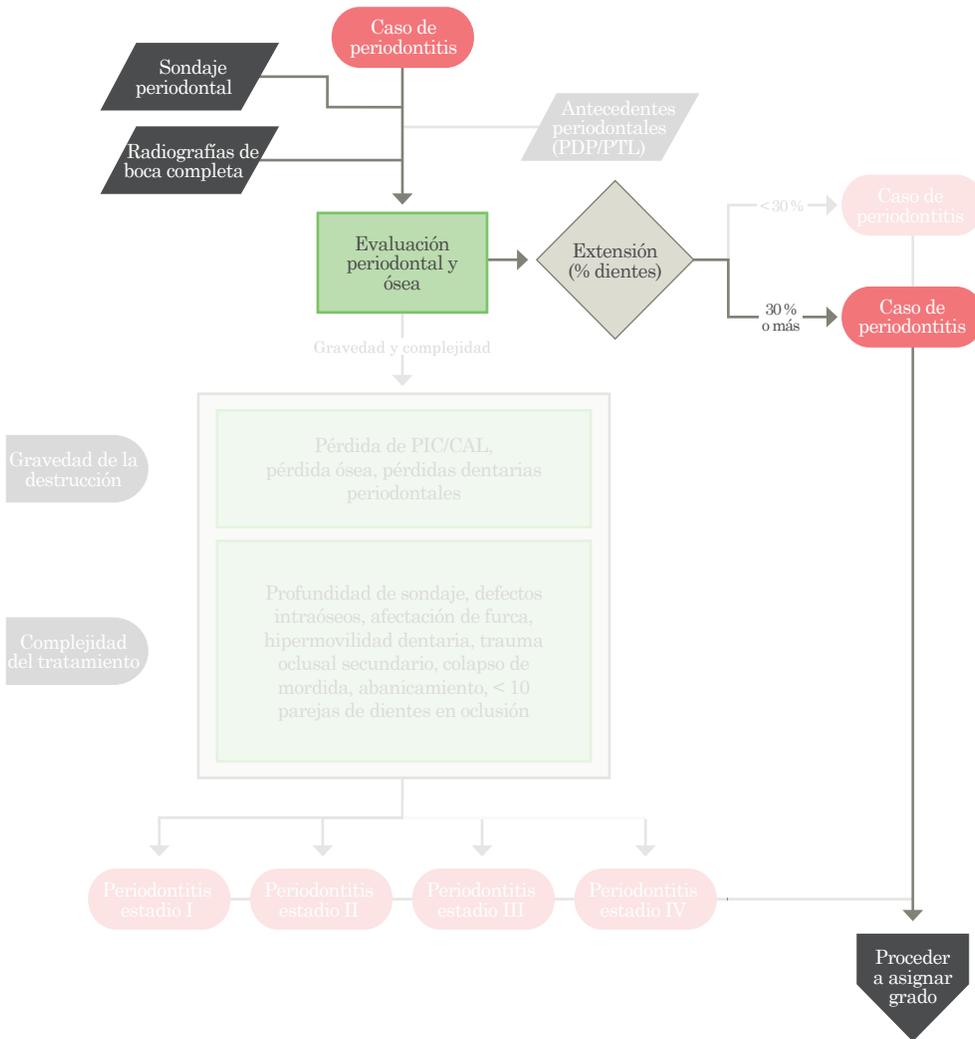
PASO N.º 1



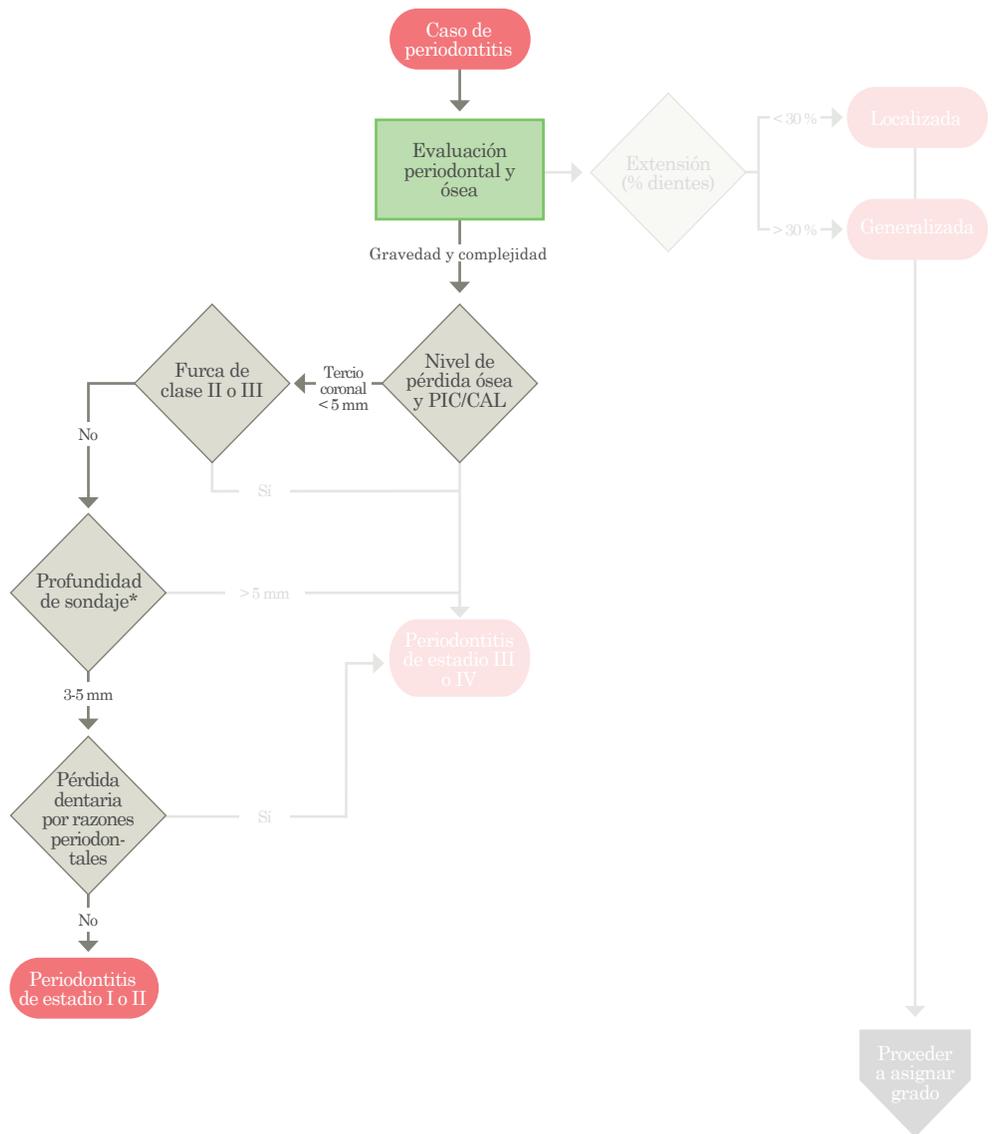
PASO N.º 2



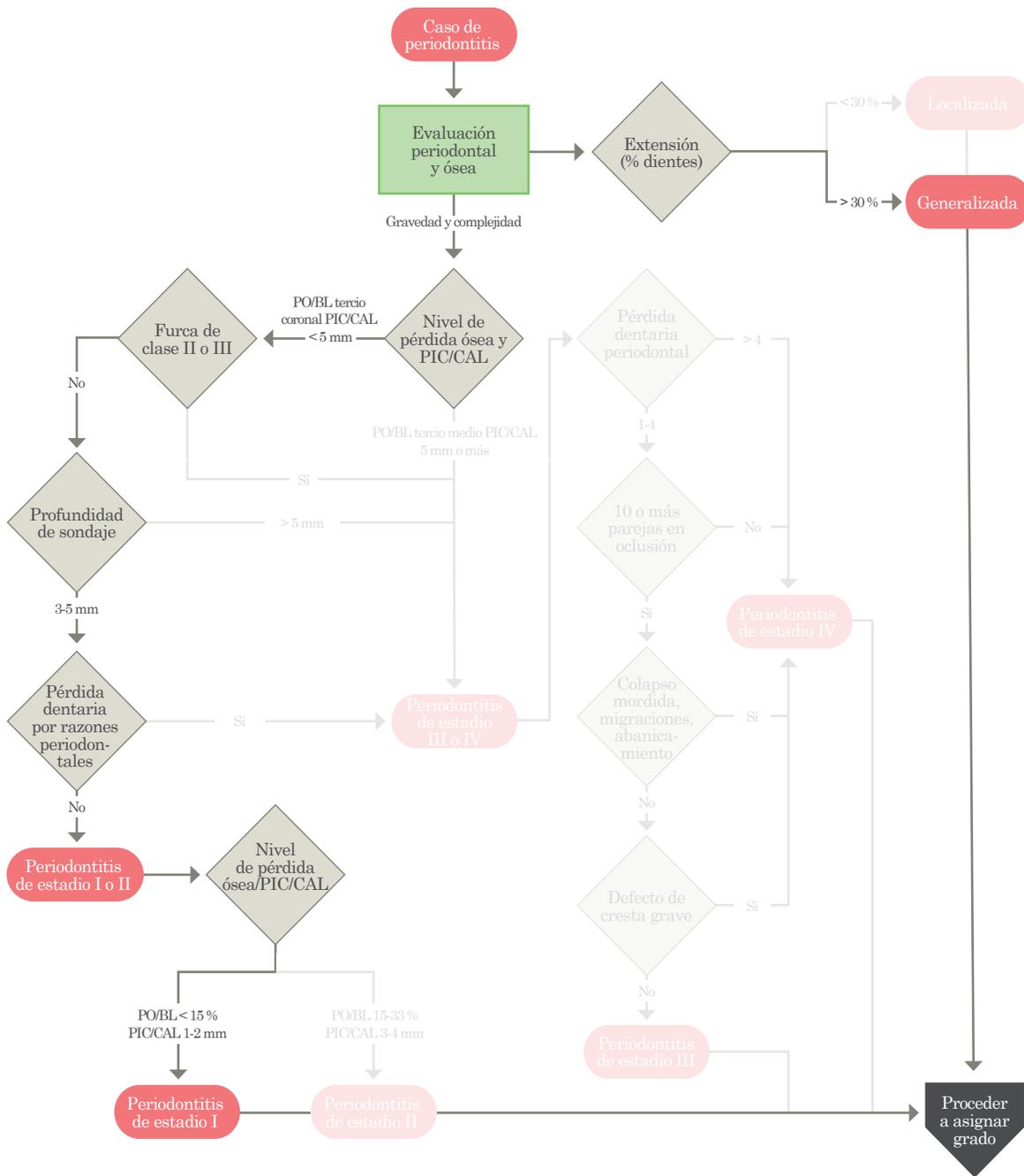
PASO N.º 3A



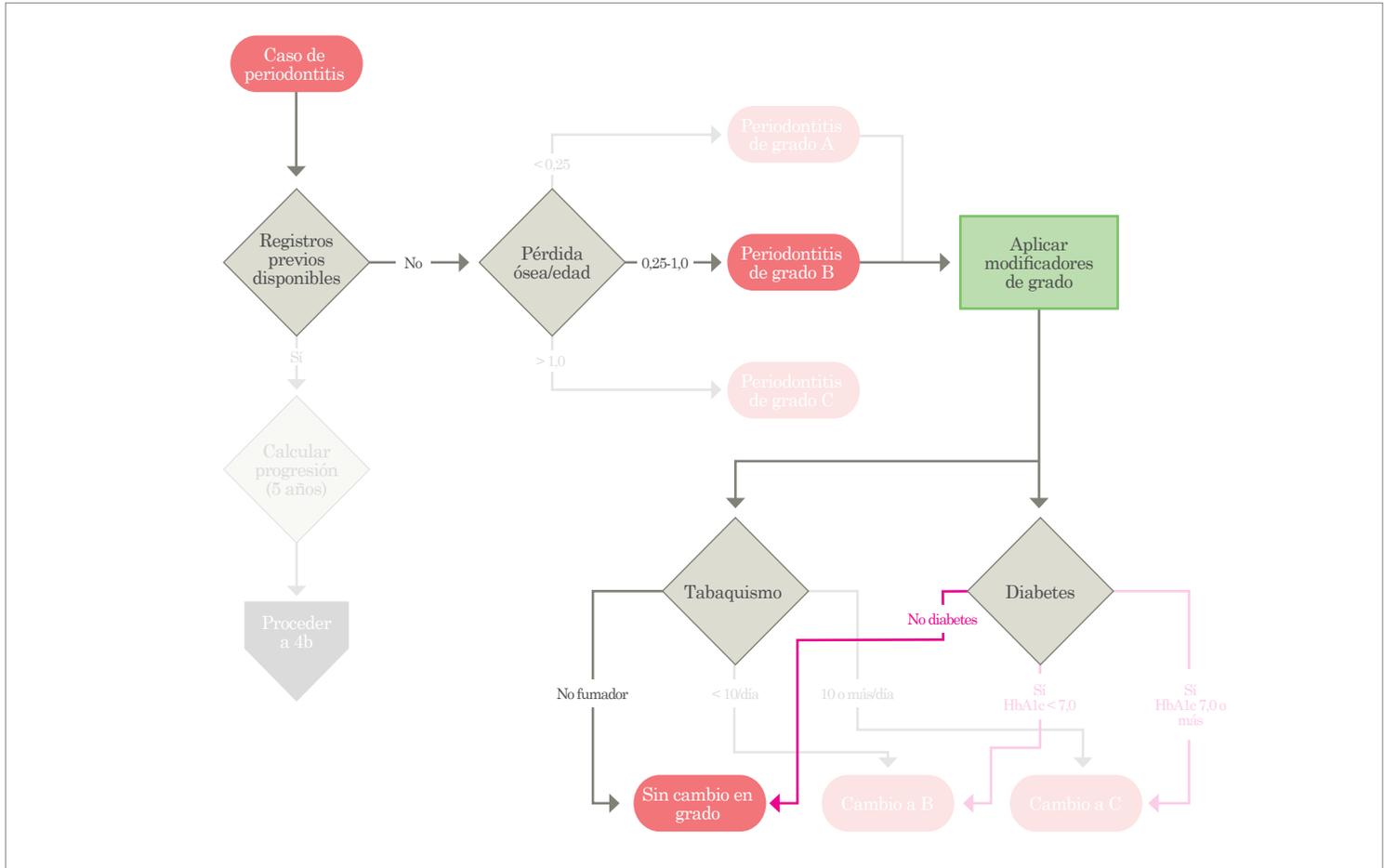
PASO N.º 3B



PASO N.º 3C



PASO N.º 4A



**Objetivo del tratamiento**

El objetivo del tratamiento periodontal inicial no quirúrgico fue controlar la infección y detener la progresión de la enfermedad mediante la reducción de la profundidad de las bolsas y el sangrado al sondaje, eliminando factores locales como el cálculo dental e instaurando medidas de higiene compatibles con la salud periodontal a largo plazo para así mantener los dientes funcionales y libres de patología por el mayor número de años posible. El segundo objetivo iba dirigido al manejo de la recesión gingival en los incisivos inferiores en función de la respuesta al tratamiento inicial.

**Factores modificadores**

Los principales factores que se observaron con posible influencia en el tratamiento de este caso fueron, a nivel local, la escasez de encía insertada (en vestibular del 41), el biotipo fino, la posición vestibulizada de los dientes en la arcada, así como el control de placa inadecuado y la abundancia de cálculo dental. La incompetencia labial y el hábito de respiración oral también podrían tener un papel como factores modificadores (Kaur y cols. 2018). A nivel sistémico, aunque no se notaron antecedentes familiares de periodontitis, implícitamente se anticipa la influencia de cierto componente genético al detectarse signos de periodontitis a una edad temprana.

**Plan de tratamiento y descripción de la técnica**

El tratamiento periodontal consistió en una fase inicial de tratamiento periodontal no quirúrgico con varias sesiones de motivación e instrucción de higiene oral, seguidas de dos sesiones de 2 horas de duración en las que se realizó instrumentación radicular combinando ultrasonidos y curetas. Adicionalmente, se recomendó el uso adyuvante de enjuagues con clorhexidina al 0,12 % durante 20 días.

**RESULTADOS**

LA REVALUACIÓN DEL CASO se llevó a cabo tras 6 semanas de la finalización del tratamiento periodontal no quirúrgico inicial (Figuras 5 y 6). La exploración clínica reveló una notable reducción de la inflamación gingival, las profundidades de sondaje, y porcentajes de sangrado (7 %) y placa (10 %). No se observó ninguna localización con profundidades de sondaje superiores a 3 mm. La paciente no reportó problemas de sensibilidad ni estéticos tras la finalización del tratamiento. A partir de este momento la paciente entró en una fase de mantenimiento periodontal con las dos primeras visitas cada 3 meses y, tras reevaluación continua y estimación del riesgo de progresión de periodontitis y recesión gingival, pasó a visitas de mantenimiento cada 6 meses (Lang y Tonetti 2003).

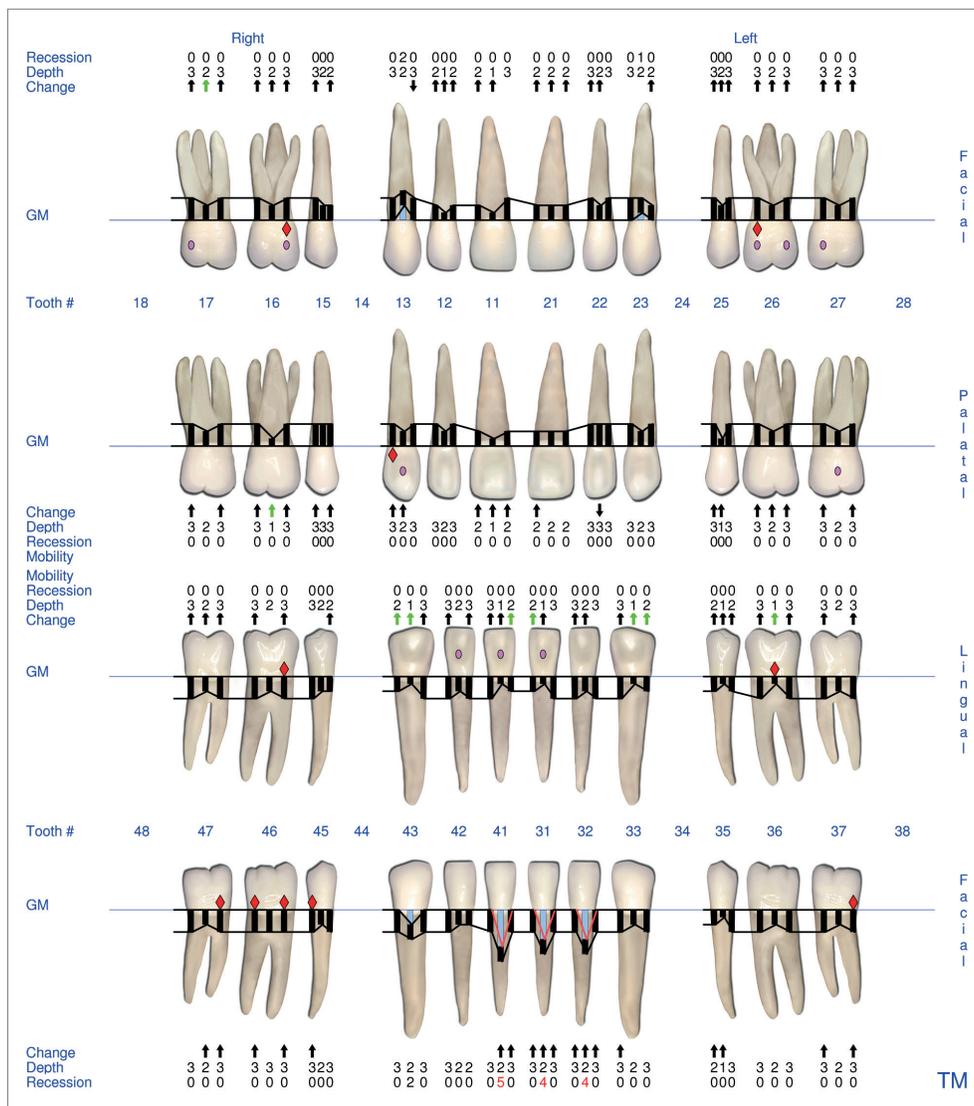


Figura 5. Periodontograma a las 6 semanas de tratamiento.



Figura 6. Fotografía intraoral frontal a las 6 semanas de tratamiento.



Figura 7.  
Fotografías intraorales a los 7 años de seguimiento.



Figura 8.  
OPG a los 7 años de seguimiento.



Figura 9.  
Fotografía de los incisivos inferiores a los 7 años de seguimiento.

El estado de salud periodontal de la paciente se mantuvo estable a lo largo de 7 años de mantenimiento periodontal, atribuible a colaboración de la paciente con las citas y a su buen control de placa (Figuras 7 y 8). Asimismo, la recesión gingival en los incisivos inferiores permaneció estable a lo largo de 7 años, sobre todo en el 41 y a pesar de la escasez de una banda de tejido queratinizado (Figura 9).

## DISCUSIÓN

ESTE CASO CLÍNICO ilustra el diagnóstico y tratamiento de una paciente de 21 años que acudió a la consulta dental con una periodontitis inicial generalizada (estadio I, grado A) y recesiones gingivales (RT1) afectando a los incisivos inferiores. Los resultados mostrados reflejan como la salud periodontal se puede reinstaurar y mantener a largo plazo tras la aplicación de un diagnóstico y tratamiento temprano. Estadios más avanzados derivan, casi inevitablemente, en planes de tratamiento más complejos que suponen un mayor compromiso para el paciente tanto en duración como en coste. Es más, los resultados de un estudio retrospectivo a largo plazo mostraron un riesgo de pérdida dental casi 4 veces mayor en periodontitis de estadio IV vs. periodontitis de estadio I (Ravidà y cols. 2019).

Por tanto, el diagnóstico de la periodontitis estadio I representa una oportunidad de detección precoz de la enfermedad a la vez que ofrece un tratamiento *a priori* relativamente más sencillo y con una mejor proporción coste/beneficio (Tonetti y cols. 2018). Del mismo modo, la detección de PIC inicial interproximal en pacientes jóvenes alude a una alta susceptibilidad al desarrollo y progresión de la enfermedad. Por estos motivos el clínico debe prestar especial atención durante la exploración de estos pacientes, siendo consciente de que el diagnóstico temprano no es sencillo de realizar debido a las limitaciones que presenta el sondaje periodontal rutinario a la hora de detectar PIC inicial, así como a la baja especificidad de una exploración radiográfica con el objetivo de detectar pérdidas óseas incipientes (< 15 %).

Cabe destacar que los buenos resultados a largo plazo en este caso se han conseguido con un diagnóstico de periodontitis crónica inicial generalizada a partir de la clasificación internacional del año 1999 y en ausencia de herramientas claras (como el grado de la nueva clasificación) que identifiquen el riesgo de progresión de la enfermedad. A pesar de ello, al tratarse de un caso de periodontitis estadio I, grado B, el mantenimiento cada 6 meses y la buena higiene de la paciente han sido suficientes para mantener la estabilidad del caso a lo largo de un periodo de seguimiento de 7 años. El antiguo modelo, por lo tanto, presentaba las limitaciones de un sistema de clasificación basado solamente en la severidad de la enfermedad sin incluir factores de complejidad o sin tener en cuenta los factores de riesgo o resultados del tratamiento, por lo que no llegaba a capturar dimensiones importantes individuales de la enfermedad. Estas diferencias individuales pueden ser críticas, sobre todo en grados B y C, para la toma de decisiones a la hora de determinar el programa de mantenimiento periodontal. Esta es una de las grandes aportaciones de la nueva clasificación.

Es importante destacar también la estabilidad de la recesión gingival observada en los incisivos inferiores únicamente con tratamiento periodontal conservador y sin uso de cirugía plástica periodontal. A la presentación del caso, se encontró mínimo tejido queratinizado y un biotipo gingival fino. Actualmente, el debate con respecto a la modalidad de tratamiento a utilizar en casos con problemas mucogingivales sigue abierto. La cantidad exacta de tejido queratinizado necesario para el mantenimiento de la salud periodontal fue un tema muy debatido en la década de los ochenta. Mientras algunos ensayos clínicos publicados entre finales de los setenta y los años ochenta concluyeron que la anchura mínima de encía insertada para mantener la salud periodontal debía ser de 2 mm o más (Lang y Löe 1972; Wilson 1983), otros estudios clásicos demostraron, de manera longitudinal, que la ausencia de tejido queratinizado alrededor de los dientes era compatible con la salud y la estabilidad periodontales en pacientes con buena higiene (Dorfman y cols. 1982; Wennström y Lindhe 1983; Kennedy y cols. 1985; Kisch y cols. 1986) sin que existiera progresión de la recesión a largo plazo. Y esta es, exactamente, la situación en la que nuestra paciente ha mantenido estables las recesiones gingivales a lo largo de 7 años, con buena higiene y colaborando de manera formal con sus citas de mantenimiento. En cualquier caso, la paciente fue informada de que el tratamiento quirúrgico estaría indicado si se observase progresión de la recesión, sensibilidad dental, o aparición de problemas estéticos. En dichas circunstancias, el injerto de encía libre para aumentar la cantidad de tejido queratinizado y tratar de reducir las discrepancias en los márgenes gingivales de los dientes del sector anterior inferior sería, posiblemente, la opción de elección (John y cols. 2015).

## CONCLUSIÓN

EL CASO PRESENTADO es un perfecto ejemplo de la importancia del diagnóstico precoz de la periodontitis estadio I, especialmente en pacientes más jóvenes, permitiendo un manejo más sencillo del caso y realizando una terapia no quirúrgica que ayudó a la paciente a conseguir y mantener su salud periodontal a largo plazo. Al mismo tiempo, los dientes del sector anterior inferior muestran como el mantenimiento de un nivel de control de placa excelente, incluso en la ausencia de una banda de encía "adecuada", resulta en el mantenimiento de la salud periodontal y la ausencia de progresión de la recesión gingival.

## RELEVANCIA CLÍNICA

ENTENDER Y FAMILIARIZARSE con la nueva clasificación de enfermedades periodontales y periimplantarias es esencial para poder diagnosticar y tratar pacientes con estas enfermedades de manera eficaz. Detectar casos de periodontitis estadio I representa un reto en la clínica diaria ya que estos pueden ser confundidos con casos de gingivitis y no ser tratados adecuadamente. Además, la detección precoz de casos de periodontitis leve por parte del dentista general representa una gran oportunidad para tratar la periodontitis de manera más conservadora y sencilla y así prevenir la progresión a estadios más severos que puedan desembocar en la pérdida dental.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armitage GC. (1999) Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Annals of Periodontology* **4**, 1-6.
- Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. (2011) The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: An explorative and reliability study. *Journal of Clinical Periodontology* **38**, 661-666.
- Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple IL, Jepsen S, Kornman KS, Mealey BL, Papananou PN, Sanz M, Tonetti MS. (2018) A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions: Introduction and key changes from the 1999 classification. *Journal of Periodontology* **89 Suppl 20**, S1-S8.
- Cortellini P, Bissada NF. (2018) Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *Journal of Clinical Periodontology* **45**, 190-198.
- Dorfman HS, Kennedy JE, Bird WC. (1982) Longitudinal evaluation of free autogenous gingival grafts. A four year report. *Journal of Periodontology* **53**, 349-352.
- John V, Langer L, Rasperini G, Kim DM, Neiva R, Greenwell H, Dibart S, Sanz M, Scheyer ET. (2015) Periodontal soft tissue non-root coverage procedures: Practical applications from the AAP Regeneration Workshop. *Clinical Advances in Periodontics* **5**, 11-20.
- Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W. (2014) Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: A systematic review and meta-regression. *Journal of Dental Research* **93**, 1045-1053.
- Kaur M, Sharma RK, Tewari S, Narula SC. (2018) Influence of mouth breathing on outcome of scaling and root planing in chronic periodontitis. *British Dental Journal Open* **4**, 17039.
- Kennedy JE, Bird WC, Palcanis KG, Dorfman HS. (1985) A longitudinal evaluation of varying widths of attached gingiva. *Journal of Clinical Periodontology* **12**, 667-675.
- Kisch J, Badersten A, Egelberg J. (1986) Longitudinal observation of "unattached", mobile gingival areas. *Journal of Clinical Periodontology* **13**, 131-134.
- Lang NP, Løe H. (1972) The relationship between the width of keratinized gingiva and gingival health. *Journal of Periodontology* **43**, 623-627.
- Lang NP, Tonetti MS. (2003) Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). *Oral Health and Preventive Dentistry* **1**, 7-16.
- Miller PD Jr. (1985) A classification of marginal tissue recession. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry* **5**, 8-13.
- Ravidà A, Qazi M, Troiano G, Saleh MHA, Greenwell H, Kornman K, Wang HL. (2019) Using periodontal staging and grading system as a prognostic factor for future tooth loss: A long-term retrospective study. *Journal of Periodontology* [en prensa].
- Tonetti MS, Van Dyke TE. (2013) Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: Consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *Journal of Periodontology* **84**, 24-29.
- Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. (2018) Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *Journal of Clinical Periodontology* **45**, 149-161.
- Tonetti MS, Sanz M. (2019) Implementation of the new classification of periodontal diseases: Decision-making algorithms for clinical practice and education. *Journal of Clinical Periodontology* **46**, 398-405.
- Wennström J, Lindhe J. (1983) Plaque-induced gingival inflammation in the absence of attached gingiva in dogs. *Journal of Clinical Periodontology* **10**, 266-276.
- Wilson RD. (1983) Marginal tissue recession in general dental practice: A preliminary study. *International Journal Periodontics Restorative Dentistry* **3**, 40-53.