

*Publicación científica
de la Federación
Europea de
Periodoncia*



Traductora: Ana Molina Villar
Profesora universitaria en formación de Periodoncia
en la Facultad de Odontología de la Universidad
Complutense de Madrid

Relatores: Alotaibi, M., Al Ghazal, L.,
Mullane, S., con Harrison, P.

Enlace al artículo original de JCP:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12451/abstract>
Acceso a través de la página web para miembros de la EFP:
<http://www.efp.org/members/jcp.php>

Afiliación: Preparado por los estudiantes
del Programa Graduado de Periodoncia,
Departamento de Odontología
Restauradora y Periodoncia, Hospital
Universitario Odontológico de Dublín,
Trinity College, Irlanda.

Estudio:



Respuesta de fase aguda tras el tratamiento periodontal no quirúrgico de toda la boca versus por cuadrantes. Un estudio clínico aleatorizado

Graziani, F., Cei, S., Orlandi, M., Gennai, S., Gabriele, M., Filice, N., Nisi, M., D'Aiuto, F.

J Clin Periodontol 2015 Aug; 42(8): 843–852.

Resumido del artículo original con el amable permiso de Wiley Online Library
Copyright © 1999-2015 John Wiley & Sons, Inc. Todos los derechos reservados

Antecedentes:

El tratamiento periodontal (TP) no quirúrgico ha demostrado ser efectivo en términos de variables periodontales y de variables centradas en el paciente. Existen diversos enfoques de TP no quirúrgico, pero la evidencia en cuanto a su impacto a nivel sistémico es escasa. Un enfoque intensivo, el Raspado y Alisado Radicular de Boca Completa (RAR-BC), ha sido asociado a un aumento agudo y de corta duración de los biomarcadores inflamatorios; se cree que este

aumento está relacionado con el trauma del procedimiento y asociado a la bacteremia post-operatoria. Dado que los marcadores inflamatorios están asociados con mayor riesgo vascular y mortalidad, el empleo de tales enfoques intensivos de TP puede estar asociado con un riesgo elevado para aquellos pacientes con comorbilidades descontroladas tales como enfermedad cardiovascular.

Objetivos del estudio :

Comparar el Raspado y Alisado Radicular por Cuadrantes (RAR-C) versus RAR-BC en términos de respuesta bioquímica aguda y a medio plazo (marcadores inflamatorios y de lesión endotelial), así como de respuesta clínica tras el tratamiento.

Métodos:

Treinta y ocho pacientes participaron en este estudio en un único centro con un periodo de seguimiento de 3 meses. Se incluyeron pacientes que presentaban pérdida de inserción interproximal ≥ 3 mm en ≥ 2 dientes no adyacentes, SAS $\geq 25\%$ y pérdida de hueso radiográfica. En basal se tomaron muestras de sangre y se registraron los signos vitales. También fueron registrados la profundidad de bolsa al sondaje (PBS), la recesión, el sangrado y la placa. Se tomaron muestras de suero en ayunas para el análisis de la fracción lipídica, PCR en suero, biomarcadores inflamatorios (IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IFN- γ , TNF- α) y marcadores de lesión endotelial (E-selectina, P-selectina, ICAM-3, y trombosmodulina). Los pacientes fueron asignados de forma aleatoria a los grupos de RAR-C (n=19) o RAR-BC (n=19).

El tratamiento periodontal consistió en desbridamiento supra y subgingival realizado por un único periodoncista. Los pacientes sometidos a RAR-BC recibieron el tratamiento en un plazo de 24 horas en dos sesiones separadas.

Los pacientes sometidos a RAR-C recibieron cuatro sesiones de tratamiento por cuadrantes individuales, con una semana de separación.

Los pacientes fueron re-evaluados uno, siete y 90 días tras la terapia (El Día 1 en RAR-BC fue 24 horas tras la finalización del tratamiento; para RAR-C, el Día 1 fue 24 horas tras completar el primer cuadrante).

En cada visita se tomaron muestras de sangre, se registró la historia médica y los signos vitales; los parámetros clínicos fueron registrados el Día 90.

Resultados:

Ambos enfoques de tratamiento produjeron un beneficio clínico significativo en los parámetros periodontales en el Día 90; no se observaron diferencias significativas entre los métodos empleados. Se produjo un aumento estadísticamente significativo en los niveles séricos de PCR, IL-6, y TNF- α a las 24 horas en el grupo RAR-BC en comparación con el grupo RAR-C. Los biomarcadores inflamatorios regresaron a sus

niveles basales a los tres meses. Se encontró fuerte correlación entre los valores de PCR en suero e IL-6 en el Día 1, y el tiempo de tratamiento y el número de bolsas periodontales ≥ 6 mm; los niveles de PCR en suero mostraron alta correlación con el tiempo de tratamiento, independientemente del grupo asignado. También se observó un aumento estadísticamente significativo en la temperatura corporal en el grupo de RAR-BC en el Día 1.

**Limitaciones,
conclusiones
e impacto:****Limitaciones:**

- Tamaño muestral pequeño.
- Todos los pacientes participantes estaban sistémicamente sanos. Resulta por tanto incierto si pacientes con comorbilidades responderían de forma similar.
- Los pacientes participantes no fueron examinados entre el Día 1 y el Día 7. La duración de la respuesta de fase aguda no queda por tanto esclarecida.

Conclusiones:

El RAR-BC desencadena una respuesta de fase aguda moderada, con una duración de al menos 24 horas, en comparación con el RAR-C. Esto puede ser el resultado de la bacteremia y/o de un aumento en el trauma local a los tejidos blandos, posiblemente asociado con un mayor tiempo de tratamiento en este procedimiento. Las respuestas clínica e inflamatoria tras el RAR-BC fueron comparables a las del RAR-C en el Día 90.

Impacto:

La respuesta de fase aguda tras la instrumentación no quirúrgica parece diferir de acuerdo al enfoque de tratamiento adoptado y parece ser mucho más significativa en protocolos de tratamiento intensivo tales como RAR-BC. En pacientes con historia médica complicada y/o comorbilidades descontroladas, puede ser prudente para los clínicos seguir un enfoque convencional de raspado por cuadrantes.