

RELATORES

Nagore Ambrosio & Honorato Ribeiro-Vidal, con David Herrera

AFILIACIÓN

Preparado por los residentes del programa de Postgrado de la Facultad de Odontología, Universidad Complutense, Madrid

estudio

Comparación entre la regeneración periodontal y la cirugía de acceso en defectos intraóseos en humanos, 20 años de seguimiento de un ensayo clínico aleatorizado: retención de dientes, recurrencia de la periodontitis y costes

Pierpaolo Cortellini, Jacopo Buti, Giovanpaolo Pini Prato, Maurizio S. Tonetti
J Clin Periodontol 2017; 44: 58-66.

*Resumido del artículo original con el amable permiso de Wiley Online Library.
Copyright © 1999-2017 John Wiley & Sons, Inc. Todos los derechos reservados.
JCP Digest 01 está publicado en castellano por la EFP en febrero de 2018.*

ANTECEDENTES

Las bolsas periodontales persistentes asociadas con defectos intraóseos suponen un aumento del riesgo para la pérdida de dientes y la recurrencia y progresión de la periodontitis. A lo largo del tiempo se han propuesto diferentes enfoques para su tratamiento, observándose que los procedimientos regenerativos pueden obtener ganancias mayores en el nivel de inserción clínica (NIC) y reducciones en la profundidad de sondaje (PS). De todos modos, no se ha comparado la estabilidad de los resultados obtenidos con modalidades de tratamiento regenerativas y no regenerativas en periodos de seguimiento de más de 15 años.

OBJETIVOS

- Comparar la estabilidad clínica de tres modalidades de tratamiento (dos enfoques regenerativos distintos y la cirugía de acceso por sí sola) para defectos intraóseos, durante un periodo de seguimiento de 20 años en terapia periodontal de soporte (TPS).
- Llevar a cabo un análisis de la recurrencia, para evaluar los costes de las reintervenciones para cada grupo.

MÉTODOS

Este artículo describe el seguimiento a 20 años de los participantes en un estudio clínico aleatorizado (ECA) previo, publicado por Cortellini et al. (1995)¹. Tras la terapia periodontal básica, 45 pacientes con 45 defectos intraóseos (sin afectación de furca) se asignaron aleatoriamente a tres tipos de tratamiento: (1) membranas reforzadas con titanio de e-politetrafluoretileno (e-PTFE) y técnica de preservación de papila modificada (grupo MPPT Tit); (2) membrana de e-PTFE con cirugía de acceso (grupo Colgajo e-PTFE); y (3) cirugía de acceso únicamente (grupo Colgajo). Se realizó TPS cada mes durante el primer año y cada tres meses durante el resto de los 20 años de seguimiento en una clínica privada.

Se consideraba recurrencia de la enfermedad en dientes tratados cuando se producía un incremento en la PS ≥ 2 mm con persistencia del sangrado al sondaje, detectado por los higienistas en las visitas de TPS y cuando la pérdida de NIC ≥ 2 mm se confirmaba con un examinador calibrado. Estos sitios recibían terapia adicional, tanto no quirúrgica (raspado y alisado radicular) como quirúrgica (colgajo de acceso o cirugía regenerativa). Se llevaban a cabo análisis estadísticos descriptivos y analíticos, cuyos objetivos principales era los cambios medios en el NIC, cambios medios en la PS y pérdida dental. El número de recurrencias en cada grupo y el coste de los tratamientos adicionales también se evaluaba.

1 Cortellini, P., Pini Prato, G., & Tonetti, MS. (1995) Periodontal regeneration of human intra-bony defects with titanium reinforced membranes. A controlled clinical trial. *Journal of Periodontology* 66 (9), 797-803.

resultados

Inicio del estudio - 1 año:

- No se observan diferencias estadísticamente significativas en el inicio del estudio
- Tras un año, la ganancia de NIC era mayor en el grupo MPPT Tit, seguido del grupo Colgajo e-PTFE y el grupo Colgajo. La PS residual era más alta en el grupo Colgajo comparado con el grupo MPPT Tit y el grupo Colgajo e-PTFE (Cortellini et al., 1995)

Resultados a 20 años:

- Cuatro pacientes se perdieron en el periodo de seguimiento (uno en el grupo MPPT Tit, otro en el grupo Colgajo y dos en el grupo Colgajo e-PTFE). El resto de los pacientes cumplieron con el programa de TPS cada tres meses.
- Pérdida de dientes: se perdieron solamente dos dientes, ambos en el grupo Colgajo.
- Cambios en el NIC: el grupo Colgajo mostró una mayor pérdida de NIC estadísticamente significativa comparado con el grupo MPPT Tit ($1.4 \pm 0.4 \text{ mm}$; $p=0.008$) y el grupo Colgajo e-PTFE ($1.1 \pm 0.4 \text{ mm}$; $p=0.029$); no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos con enfoques regenerativos.
- La recurrencia de la enfermedad se detectó en todos los grupos, pero era más frecuente en el grupo Colgajo (15 sucesos en 8 pacientes), que en el MPPT Tit (5 sucesos en 4 pacientes) y el Grupo Colgajo e-PTFE (6 sucesos en 5 pacientes). Cuando la recurrencia se estratificó en función de la PS residual a un año, se observó una correlación entre los sitios con $PS \geq 5 \text{ mm}$ y una mayor frecuencia de recurrencias que requirieron reintervención ($p=0.0024$, $R^2 = 0.31$).
- Necesidad de reintervención: se necesitó reintervenir en 26 recurrencias, realizando raspado y alisado radicular (21/26), cirugía de acceso (2/26), cirugía de regeneración (1/26) o extracción dental (2/26). El número más alto de reintervenciones fue en el grupo Colgajo (15/26), seguido del grupo Colgajo e-PTFE (6/26) y el grupo MPPT Tit (5/26). Se comparó la odds ratio de que cada visita requiriera reintervención, mostrando el grupo Colgajo una $OR=3.4$ ($p=0.013$) comparado con el grupo MPPT Tit y una $OR=2.6$ ($p=0.042$) comparado con el grupo Colgajo e-PTFE. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos con regeneración.
- Costes medios: los dos enfoques regenerativos tuvieron costes más altos (1.183€) en el momento inicial comparados con el grupo Colgajo (549€). No obstante, los costes medios de la reintervención fueron mayores para el grupo Colgajo (501.27€ \pm 210.54€) en comparación al grupo Colgajo e-PTFE (159.00€ \pm 88.95€) y grupo MPPT Tit (99.79€ \pm 54.14€).



LIMITACIONES

- Validez externa, porque el estudio representa el mejor escenario posible (altamente motivados, mayoritariamente no fumadores y tratados en una clínica privada con unos estándares de cuidado periodontal elevados). Como resultado, se necesitarían grupos más grandes con distintas situaciones.
- Se consideran resultados piloto, por lo que deben confirmarse posteriormente en ensayos con más muestra.



CONCLUSIONES

- Tres modalidades de tratamiento quirúrgico pueden tener éxito en el tratamiento de defectos intraóseos profundos y los resultados pueden mantenerse durante 20 años con TPS. No obstante, los sitios tratados con regeneración eran clínicamente más estables, mientras que aquellos tratados mediante acceso quirúrgico únicamente se asociaban con más episodios de recurrencia.
- La regeneración brindó mayores beneficios a largo plazo, entre ellos ganancias a corto plazo del NIC, ausencia de pérdidas dentales, menos progresión de la periodontitis y menos necesidades de reintervención.
- El coste del tratamiento inicial era mayor para los enfoques regenerativos. No obstante, el coste de la reintervención se encarece a lo largo de los 20 años para el enfoque exclusivamente quirúrgico, en comparación con los procedimientos regenerativos.



IMPACTO

- Los clínicos deberían considerar las ventajas a largo plazo que se obtienen por aplicar la cirugía regenerativa para el tratamiento de defectos intraóseos profundos.
- El análisis del coste acumulado subraya que los costes inicialmente superiores de la regeneración periodontal se compensan en parte por la menor necesidad y el menor coste de los retratamientos.



ENLACE AL ARTÍCULO ORIGINAL EN JCP:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12638/full>

Acceso a través de la página web para miembros de la EFP: <http://www.efp.org/members/jcp.php>