

Director: Phoebe Madianos *Presidente del comité científico de la EFP*Subdirector: Lior Shapira *Vicepresidente del comité científico de la EFP*Traductor: Ruth Estefanía *Profesora asociada en la Universidad del País Vasco (UPV/EHU), profesora en el Máster de Periodoncia y Osteointegración de la UPV/EHU***RELATORES**

Ioanna Papalou, Laetitia Harmouche, Sonia Deschamps-Lenhardt y Panagiota Vagia, con Henri Tenenbaum y Olivier Huck

**AFILIACIÓN**

Afilación: Preparado por estudiantes de postgrado del Departamento de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Estrasburgo

## estudio

## Pérdida dental en periodontitis agresiva generalizada: factores pronóstico tras 17 años de tratamiento periodontal de apoyo

Christian Graetz, Sonja Sälzer, Anna Plaumann, Peter Schlattmann, Maren Kahl, Claudia Springer, Christof Dörfer y Falk Schwendicke  
J Clin Periodontol 2017; 44 (6): 612-619*Resumido del artículo original con el permiso de Wiley Online Library**Copyright © 1999-2018 John Wiley & Sons, Inc. Todos los derechos reservados.**JCP Digest 06 publicada por la EFP en julio de 2018***ANTECEDENTES**

La periodontitis agresiva (PAg) es una forma de enfermedad periodontal destructiva multifactorial, en la que la predisposición genética juega un papel significativo en su inicio y progresión (Genco & Borgnakke, 2013; Schaefer et al., 2014), siendo esta última rápida y severa (Armitage, 1999). La PAg se clasifica en dos formas: la localizada (PAgL) y la generalizada (PAgG).

El tratamiento más común para la PAg es el desbridamiento mecánico (con o sin antibióticos coadyuvantes), el cual parece tener éxito en la retención a largo plazo de los dientes afectados. Sin embargo, existen pocos estudios que informen sobre la supervivencia dental a lo largo de períodos de seguimiento largos y la mayoría incluyen una población mixta con PAgL/PAgG.

Por consiguiente, sigue existiendo la incertidumbre de si, en pacientes con PAgG, los dientes pueden retenerse durante períodos más largos de tiempo o incluso durante toda la vida. Sería necesario identificar los factores asociados con la pérdida dental en pacientes con PAgG para obtener conceptos de tratamiento individualizado para la PAg.

**OBJETIVOS**

Evaluar el riesgo de pérdida dental e identificar sus factores pronóstico en pacientes con PAgG que hubieran recibido tratamiento periodontal.

**MÉTODOS**

Este estudio longitudinal retrospectivo incluyó 57 pacientes con PAgG tratados entre 1982 y 1998 en el Departamento de Periodoncia de la Universidad Christian-Albrechts de Kiel (Alemania). Se les examinó antes (T0) y después (T1) de la terapia periodontal activa (TPA), y tras la terapia periodontal de mantenimiento (TPM) (T2). Para ser incluidos en el estudio, la pérdida de inserción interproximal generalizada debía afectar al menos a tres dientes permanentes, diferentes de molares e incisivos, y debía existir una pérdida ósea  $\geq 50\%$  en  $\geq 2$  dientes. Solo se incluyó a pacientes que habían recibido SPT durante  $\geq 9$  años con  $\geq 1$  visita/año, incluyendo un periodontograma anual y evaluación radiográfica en T0 y T2. La TPA (1,3 $\pm$ 0,8 años) consistió en desbridamiento no quirúrgico (raspado y alisado radicular, RAR), combinado con la prescripción eventual de antibiótico (metronidazol/ amoxicilina) si, tras el RAR, se observaba destrucción periodontal avanzada e inflamación residual. El tratamiento quirúrgico adicional (desbridamiento a colgajo abierto, resección radicular, tunelización) se llevó a cabo en los casos en los que estaba indicado. No se realizaron cirugía de eliminación de bolsas, resección ósea, procedimientos de aumento de defectos intraóseos ni terapia regenerativa. Algunos dientes móviles se ferulizaron. La tunelización o resección radicular en molares se llevaron a cabo únicamente si las furcas sin acceso para la higiene (grados II/III) mostraban inflamación persistente. La SPT (17,4 $\pm$ 4,8 años [rango 9-28]) incluyó remotivación en higiene dental, RAR de las bolsas residuales y, en caso necesario, desbridamiento a colgajo abierto con antibióticos de forma eventual.

# resultados

- Participaron en el estudio 57 pacientes con una edad media de 34,7±8 años en T0 participaron en el estudio y se analizaron 1.505 dientes (1.016 no molares, 489 molares). Durante la TPA, en cuatro pacientes se llevó a cabo únicamente tratamiento no quirúrgico y en 53 se realizó un tratamiento quirúrgico tras completar la fase no quirúrgica. 24 pacientes recibieron antibioterapia sistémica coadyuvante durante la TPA (n=15) y durante la SPT (n=13).
- En general, sólo se perdió el 9,5% de los dientes durante el seguimiento a largo plazo de este estudio, con una baja tasa de pérdida dental anual (0,14±0,18 dientes por año y por paciente). Durante la TPM, tres pacientes (5%) perdieron ≥10 dientes, 14 (25%) perdieron 4-9 dientes y 40 (70%) perdieron 0-3 dientes. La PS de todos los dientes disminuyó a lo largo del estudio. La PS media de los dientes supervivientes en T0 (5,8±2,1 mm) y en T1 (3,5±1,1 mm) era menor que la PS media de los dientes perdidos (T0=7,16±2,18 mm, T1=4,63±1,66 mm). Los dientes extraídos se perdieron con una PS media de 6,49±2,53 mm.
- Los pacientes que recibieron antibióticos coadyuvantes en la TPA mostraba mayores PS en T0 comparado con los pacientes en los que únicamente se llevó a cabo el desbridamiento mecánico. Un 34,6% de los dientes supervivientes durante la TPM mostraban una pérdida ósea (PO) >50% al inicio, comparado con el 70% de los dientes perdidos durante la TPM. En T2, solo el 30% de los dientes supervivientes, frente al 68% de los dientes extraídos, mostraban una PO >50%.
- Cinco de las 10 variables independientes incluidas en el análisis de regresión demostraron una asociación significativa con la pérdida dental: arcada dental superior (HR=1,94), bolsas residuales (HR=1,41), lesiones de furcación (I: HR=4,04, II: HR=4,44, III: HR=4,00), movilidad aumentada (III: HR=5,39) y el tabaquismo (HR=4,94).



## LIMITACIONES

- Este era un estudio retrospectivo en el que los resultados del tratamiento (pérdida o retención del diente) no eran solo resultado de la enfermedad, sino también de la toma de decisiones individuales y, a menudo, no calibradas.
- El estudio no pudo discriminar la pérdida dental debida a razones periodontales.
- No fue posible evaluar la diferencia en las tasas de pérdida dental en aquellos pacientes que se perdieron durante el seguimiento.
- Un número relativamente grande de pacientes no pudieron incluirse en el estudio debido a la ausencia de datos.
- No es posible comparar el tratamiento conservador aplicado con otros conceptos de tratamiento periodontal.
- Debido a que se trata de una muestra específica de pacientes cumplidores tratados en un entorno universitario especializado, la generalización de estos hallazgos solo puede ser parcial.



## CONCLUSIONES

- El estudio demostró la baja tasa de pérdida dental en pacientes cumplidores con PAgG (0,14 dientes perdidos por año y por paciente) y la retención a largo plazo y, posiblemente durante toda la vida, de la mayoría de los dientes.
- El riesgo de pérdida dental aumentaba de forma significativa en dientes del maxilar superior, dientes con PS residuales >6 mm, dientes con lesiones de furcación, dientes con movilidad aumentada y en fumadores.



## IMPACTO

- El impacto clínico de este estudio es que se debería evitar la extracción temprana de dientes en pacientes con PAgG, o al menos posponerla hasta completar la TPA, cuando los posibles factores pronóstico pueden evaluarse de forma exhaustiva.
- La identificación de los factores de riesgo podría ayudar a la implementación de planes de tratamiento individualizados.



ENLACE AL ARTÍCULO ORIGINAL EN JCP:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12725/full>

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