



Periodontitis juvenil. Caso clínico.

Milenis Martínez Pita ¹<https://orcid.org/0000-0002-1083-715X>

Leyda Yenima Pérez Hernández ² <https://orcid.org/0000-0002-1863-5720>

RESUMEN

Introducción: La periodontitis juvenil es una forma poco usual de periodontitis temprana y severa que afecta la unidad gingival, ligamento periodontal, hueso alveolar y cemento radicular. La destrucción periodontal es rápida y grave, así como pérdida prematura de los dientes. No se observan grandes acúmulos de irritantes locales, ni inflamación clínica, sin embargo existen bolsas periodontales profundas y pérdidas óseas angulares simétricas y bilaterales. Puede ser localizada o generalizada. La etiología es multifactorial e interactúan tres factores para desencadenar la enfermedad. Ellos son factor genético, microbiológico e inmunitario.

Presentación de caso:

Paciente masculino de 16 años, raza blanca, con antecedentes de buena salud bucal y general. Acude a consulta por presentar movilidad dentaria en varios dientes hace aproximadamente 6 meses. Al examen clínico se observa escasa placa dentobacteriana y cálculos, falta de inflamación clínica; presencia de bolsas periodontales infraóseas profundas, movilidad dental y migración patológica a nivel de incisivos y primeros molares. A los rayos X se observa pérdida ósea angular a nivel de incisivos superiores e inferiores y primeros molares. Se indicaron complementarios encontrándose todos dentro de parámetros adecuados. Se diagnóstico periodontitis juvenil localizada. El tratamiento incluyó educación y motivación, eliminación y control de los factores de riesgo, raspado y alisado radicular, ajuste oclusal, antibioticoterapia y ozonoterapia. Actualmente el paciente se encuentra en espera de cirugía periodontal.

Conclusiones: con el tratamiento conservador realizado se logró disminuir la profundidad de las bolsas periodontales y eliminar fuerzas oclusales lesivas para posterior tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Periodontitis juvenil/tratamiento; Periodoncia; Odontología



INTRODUCCIÓN

La periodontitis es un proceso inflamatorio crónico que afecta la unidad gingival y se extiende al ligamento periodontal, hueso alveolar y cemento radicular. Esta enfermedad periodontal, aunque con escasa prevalencia, puede aparecer en niños y adolescentes con destrucción periodontal rápida y grave, así como pérdida prematura de los dientes.¹

Una de las formas en que se presenta la periodontitis en los adolescentes es la periodontitis juvenil. Es una forma agresiva de la enfermedad que aparece de forma temprana y severa. Generalmente entre los 12 y 26 años de edad, afecta a ambos sexos. Se caracteriza porque la encía no presenta cambios clínicos ostensibles de color o textura, de estar estos presentes no son alarmantes, sin embargo, hay presencia de bolsas periodontales infraóseas profundas con gran destrucción conectiva y ósea. No se observan grandes acúmulos de placa ni de cálculo, generalmente no existe correlación entre la presencia de irritantes locales, los signos clínicos gingivales y la destrucción ósea vista a los rayos X. El índice de caries es bajo, suele observarse radiográficamente adelgazamiento de la raíz mesial de los primeros molares además de las reabsorciones óseas avanzadas horizontales y angulares.²

Puede presentarse en dos formas diferentes la localizada y la generalizada.

Localizada: cuando la pérdida ósea está localizada en los primeros molares y los incisivos. En estos casos la enfermedad suele diagnosticarse cuando el paciente está en la edad de la pubertad entre los 10 y 15 años. En esta variante de la enfermedad las lesiones suelen ser bilaterales pero con el tiempo se pueden generalizar. Se presentan pérdidas de inserción periodontal mayor de 5 mm. En este caso la característica más notable es la falta de inflamación clínica a pesar de presentar bolsas profundas y síntomas como la movilidad y migración patológica marcada de los dientes implicados. Generalmente presenta pérdidas óseas angulares dando una imagen simétrica bilateral llamada "imagen en espejo" la pérdida de la inserción es sumamente rápida, en períodos de 4 a 5 años puede ocurrir destrucción de soporte óseo del 50% a 75%.^{1,2}

Generalizada: se caracteriza por inflamación marcada y fuerte acumulación de placa y sarro. Este tipo de periodontitis juvenil ataca a toda, o a casi toda, la dentadura, por tanto genera gran movilidad dentaria y en muchas ocasiones migraciones patológicas, que pueden causar dificultades durante la masticación. Se presenta habitualmente en pacientes sistémicos



sanos pero puede estar relacionada con trastornos sistémicos como el síndrome de Papillon-Lefevre, síndrome de Down, neutropenias o leucemia. Los pacientes pueden presentar además diferentes características según enfermedad sistémica que presenten. Existen 3 factores que parecen interactuar de diferentes formas para desencadenar la enfermedad estos son: el factor genético, el factor microbiológico y el factor inmunitario.^{1,2}

La etiología de la periodontitis juvenil es multifactorial, lo cual podría ayudar a explicar las diferentes presentaciones de este tipo de enfermedad periodontal. Además de la placa bacteriana, el sistema inmunitario y la genética pueden aumentar la susceptibilidad y severidad de este tipo de periodontitis.^{3,4}

Autores plantean el protagonismo de las bacterias *actinobacillus actinomycetencomitans* como los patógenos responsables del desarrollo de la periodontitis juvenil. Esta es una bacteria patógena con potencial destructivo. Produce leucotoxina (factor inhibidor de la quimiotaxis de los neutrófilos), factor supresor de linfocitos, endotoxina liposacárida, toxina inductora de la reabsorción ósea, fosfatasa alcalina ácida, factor inhibidor de fibroblastos, colagenasa y epiteliotoxina, pueden tener también características tisulares invasivas.³

Así mismo otros autores plantean que la etiología de la enfermedad periodontal es de origen microbiano. Llamándosele placa microbiana o placa bacteriana y consideran a los factores sistémicos como condicionantes que facilitan la acción microbiana, rompiendo el equilibrio huésped /bacteria en el mecanismo de defensa natural del individuo.⁵ El estado salud o enfermedad va a depender de la relación entre agresión bacteriana y defensa del huésped. Los microorganismos por lo tanto, son necesarios, pero no son suficientes por sí mismos, para causar estas periodontitis.⁶

El tratamiento de esta afección va a depender del estado en qué se encuentra el periodonto al momento del diagnóstico y de las características individuales de cada paciente. La clasificación en el apartado de periodontitis incluye estadios y grados de la enfermedad, está inspirada en el sistema que se usa en oncología: individualiza el diagnóstico y definición del paciente con periodontitis alineándolo con los principios de la medicina personalizada. Toma en cuenta la etiología multifactorial de la enfermedad, el nivel de complejidad del tratamiento y el riesgo de recurrencia o progresión de la misma para facilitar una atención óptima y mejorar el pronóstico.^{7,8}

El tratamiento de la periodontitis juvenil incluye, además del control adecuado de la placa dental el desbridamiento mecánico a través de raspados y alisados radiculares a cielo cerrado o en cirugía a colgajo, se recomienda el uso de antibióticos como coadyuvante del



tratamiento, de preferencia se utilizan las tetraciclinas y la doxiciclina, además se pueden utilizar combinación de antibióticos como el metronidazol y la amoxicilina. Se recomienda el uso de antisépticos como la clorhexidina al 0,2 %. Lo más importante en el tratamiento de estos pacientes lo constituye el control de los factores de riesgo y la vigilancia estrecha que debe seguir el caso una vez concluido el tratamiento.^{2,9}

El pronóstico de estos pacientes con el tratamiento adecuado es mejor de los que se creía hace unos años, en que el único tratamiento era la exodoncia de dientes con lesiones. Actualmente, incluso en las lesiones avanzadas, puede obtenerse una buena respuesta al tratamiento.^{2,6}

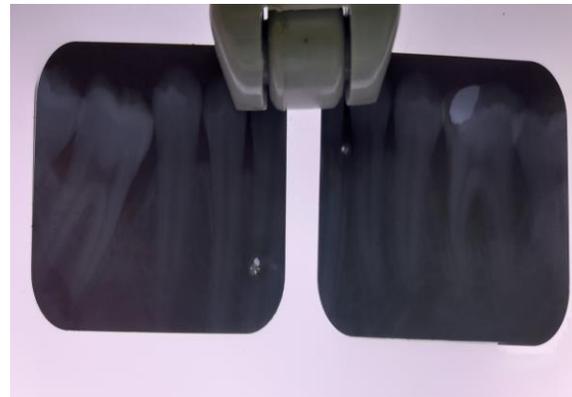
PRESENTACIÓN DEL CASO

En un paciente masculino de 16 años de edad, raza blanca, nacionalidad cubano, con antecedentes de buena salud bucal y general. Acude a consulta de estomatología, acompañado de su abuela materna, por presentar movilidad dentaria en varios dientes lo cual ocasiona dificultad para masticar. Refiere el paciente se notó esta movilidad hace aproximadamente 6 meses. Durante el interrogatorio nos percatamos de la sensible situación por la cual estaba atravesando esta familia y la condición de estrés a la que están sometidos sus miembros debido al reciente fallecimiento, de forma inesperada, de la mamá del menor, que resultó ser la hija de su acompañante.

Al examen clínico observamos la presencia de placa dental bacteriana y cálculos de forma escasa, encías color rosa coral, no se observa sangramiento a la presión ligera ni durante el sondeo, el paciente no refiere dolor. Se observa la presencia de bolsas periodontales profundas y movilidad dentaria grado II en sector anterior superior e inferior y a nivel de los primeros molares y movilidad y migración patológica de varios dientes en sentido medial y coronario. (Fig.1)



Se realizó un estudio radiográfico observándose pérdidas óseas avanzadas angulares en la



raíz
me
sial
de
16
y
26,
ta
mbi

én en 11, 21 y 22. En maxilar inferior se observó pérdida ósea angular en 36 y 46, lesión de la furca en ambos molares, y pérdida ósea angular también de 32 a 42. (Fig.2)



Se indicaron complementarios hemoquímicos como: hemograma, eritrosedimentación, glucemia, VIH, serología, encontrándose todos los resultados en los límites normales y negativos.

Diagnóstico: Periodontitis juvenil localizada.

Tratamiento:

Este paciente una vez que ingresó en el servicio recibió tratamiento periodontal realizando educación y motivación explicándole en qué consistía la enfermedad, etiología, consecuencias, variantes de tratamiento, importancia de su cooperación para el éxito del tratamiento. Se realizó control de la placa dental, tartrectomía y se indicó tratamiento con metronidazol una tableta cada 8 horas por 7 días combinado con amoxicilina una cápsula cada 8 horas por 7 días. Se indicaron enjuagatorios con clorhexidina 0.2% dos veces al día por 15 días y se realizó raspado y alisado radicular irrigando con oleozón cada sitio tratado. Se realizó ajuste oclusal en contactos prematuros de dientes extruidos. Próximamente se realizará cirugía periodontal con técnica de colgajo periodontal y se colocará un biomaterial no óseo, sintético y reabsorbible: el fosfato tricálcico. Se tendrá en cuenta de ser necesario el uso de férula ya sea temporales o permanentes lo cual dependerá de la evolución del paciente. Se brindó además apoyo psicológico tanto al paciente como los familiares.

DISCUSIÓN:

El presente caso se diagnostica como periodontitis juvenil ya que presentan todas las características clínicas y radiográficas afines con esta patología, algunos autores señalan que la velocidad de formación de las bolsas en este tipo de afección es por lo menos de 3 a 5 veces mayor que la velocidad de la enfermedad en el tipo crónico.² La principal característica clínica que se presenta en este caso y puede justificar el diagnóstico dado, son las grandes pérdidas óseas angulares que se localizan precisamente a nivel de incisivos y la raíz mesial de los primeros molares, dando imagen de espejo al presentarse de forma bilateral, así como de la falta de inflamación clínica a pesar de la afección en el periodonto de inserción. Opinión semejante tienen varios autores ya que coinciden en que estas son las características de la periodontitis juvenil.^{4,6,10}

Autores opinan que la pérdida ósea no se origina en ninguna falta o defecto del desarrollo congénito, el hueso alveolar en pacientes con esta patología se desarrolla normalmente con la erupción dental y únicamente después es que el hueso comienza a reabsorberse. En este caso no existen antecedentes de enfermedades similares en la familia por lo tanto no



creemos que el factor genético sea predisponente, el factor inmunitario tampoco evidencia alteraciones ya que el paciente no ha presentado afecciones sistémicas que demuestre alteraciones en los leucocitos polimorfonucleares neutrófilos o los monocitos; por tanto el factor microbiológico es el más importante en este caso.¹¹

El estrés no se ha descrito como factor desencadenante de la periodontitis juvenil pero si es importante tenerlo en cuenta en el paciente del estudio, debido a sus efectos en la circulación gingival, el flujo salival e incluso la función leucocitaria todo esto pudiera estar incidiendo en la evolución de la periodontitis de este paciente ya que verdaderamente se ha visto sometido a situaciones emocionales muy estresantes por la pérdida de un familiar muy cercano (la madre). Las tensiones de la vida diaria y las emociones negativas regulan varios sistemas fisiológicos, incluidos el endocrino e inmunitario. Varios estudios vinculan la periodontitis con variables psicosociales que actúan como favorecedores de la enfermedad periodontal.¹²

El biomaterial que se colocará al realizar la cirugía periodontal denominado fosfato tricálcico es extremadamente compatible con una bioactividad caracterizada por la osteoconducción, aportando un soporte para el crecimiento vascular y el nuevo hueso.² La experiencia con el uso de este material ha sido con resultados muy alentadores.

Por la evolución del paciente hasta la fecha, la cooperación que ha mostrado él y su familia y la respuesta favorable al tratamiento conservador realizado, se considera el paciente con un pronóstico favorable.

CONCLUSIONES: Este caso clínico se presenta muy rara vez pero la atención adecuada y la motivación del paciente garantizan gran parte del éxito. Al realizar el tratamiento conservador se logró disminuir la profundidad de las bolsas periodontales y eliminar fuerzas oclusales lesivas mostrando una respuesta favorable. El tratamiento quirúrgico con el uso del material sintético no óseo, será definitivo para el control de la enfermedad.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Liñares A. Periodontitis en adolescentes: gran componente genético y familiar. (Sitio en Internet) feb 2022. Disponible en: <https://antoniolinaires.com>



- 2- Colectivo de autores. Compendio de periodoncia. La Habana : editorial Ciencias Médicas, 2017. p 215-219, 247
- 3- Clínica Propdental. Periodontitis juvenil. (Sitio en Internet) 2022. Citado 26 de dic 2022. Disponible en: <https://propdental.es>
- 4- Clínica dental Riosdent. ¿Qué es la enfermedad periodontal juvenil? (Sitio en Internet) feb 2022. Citado 26 de dic 2022. Disponible en: <https://clínicadentalriosdent.com>
- 5- Lau Rojo L. Compendio de periodoncia. Sinaloa; 1992. p. 61-63, 104-151, 188-212.
- 6- López Rodríguez V, Gómez Martínez AI, López Nápolez D, Montero Aguila L. Periodontitis juvenil. Gaceta médica espirituaña. Rev Internet. 2006 (Citado 6 de enero 2023). Vol 8 No 1. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu>
- 7- Chapple I, Mealey B, Van Dyke T, Bartold P, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol. 2018;89 Suppl 1:S74-S84.
- 8- García San Juan C M, García Núñez R D. San Juan Bosch M A. Clasificación de las condiciones y enfermedades periodontales y perimplantares desde una perspectiva evolutiva. Medisur (Rev en Internet) jul.-ago. 2022. (Citado 26 de dic 2022) vol.19 no.4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_art
- 9- Clínica Boj ¿Cómo tratar una periodontitis en niños y adolescentes? (Sitio en Internet) 2022. Citado 26 de dic 2022. Disponible en: <http://www.drboj.com>
- 10- Armitage G.C. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Ann Periodontol 1999;4:1-6.
- 11- Carranza FA, Sznajder NG. Compendio de Periodoncia. Bogotá: Editorial Panamericana; 1996. p. 91-95, 115-121, 127-153, 156-174.
- 12- Perio.Expertise. Periodontitis: definición. (Sitio en Internet) 2022. Citado 6 de enero 2023. Disponible en: <http://www.perioexpertise.es>