

# Tratamiento en paciente fumador con Periodontitis con Stage III, Grade C. Reporte de caso

## Periodontitis with Stage III, Grade C. Case report

Denny Domínguez Gaibor<sup>1a</sup>, Mónica Banda Cifuentes<sup>1a</sup>, Juan Jaramillo Burneo<sup>1b</sup>, Alexander Cruz Gallegos<sup>1a</sup>.

### RESUMEN

La enfermedad periodontal afecta la salud del paciente, la misma que compromete la forma, función y estética de todo el sistema estomatognático, llevando a un deterioro notable de la calidad de vida del paciente. Mediante la clasificación actual, evaluaremos los estadios en que se encuentra el periodonto dependiendo de la severidad, complejidad de su tratamiento y grados de acuerdo a su agresividad de riesgo que puede presentar el paciente. En este caso clínico, se plantea un tratamiento integral de un paciente de sexo masculino de 58 años de edad, con periodontitis, acompañado de la nueva clasificación de las enfermedades periodontales para realizar un diagnóstico adecuado basado en la evidencia científica actualizada. Se evaluó tanto clínica como radiológicamente, al medir la profundidad de bolsas periodontales utilizando la sonda periodontal OMS, el resultado fue registrado en el periodontograma para determinar su patología (Stage III, Grade C), tomando en consideración la adicción al tabaco y al café. El plan de tratamiento consta de diferentes facetas: fase sistémica, fase higiénica, fase correctiva y fase de mantenimiento. La cantidad de cigarrillos al día consumidos afectó al tratamiento del paciente, a pesar de que se indicó el daño que este ocasionaba; sin embargo, se logró disminuir la profundidad de las bolsas periodontales y la higienización del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Periodontitis crónica; Desinfección de boca completa; Terapia periodontal no quirúrgica; Terapia periodontal quirúrgica. ([Fuente: DeCS BIREME](#))

### ABSTRACT

Periodontal disease affects patients' health compromising the shape, function and aesthetics of the entire stomatognathic system, leading to significant deterioration in the quality of life of the patient. Using the actual classification, we will evaluate the stages of disease of the periodontium depending on the severity, complexity of treatment and degrees according to the level of risk that the patient may present with. This clinical case proposes a comprehensive treatment of a 58-year-old male patient with periodontitis accompanied by the new classification of periodontal diseases to make an adequate diagnosis, based on updated scientific evidence. Both clinical and radiological assessments were performed as well as measurements of the depth of periodontal pockets using the WHO periodontal probe. These were recorded in the periodontogram to determine the pathology and staging of disease (Stage III, Grade C according to World Workshop), also taking into account the patient's tobacco and coffee addiction. The treatment plan consists of different phases: Systemic phase, hygienic phase, corrective phase and maintenance phase. The amount of cigarettes the patient consumed per day affected the treatment, despite the advice about the harmful effects of smoking. However, the depths of periodontal pockets were reduced and the patient's oral hygiene improved.

**KEY WORDS:** Chronic periodontitis; Full mouth disinfection; Non-surgical periodontal therapy; Surgical periodontal therapy. ([Source: MeSH NLM](#))

Recibido: 30 de mayo de 2019

Aprobado: 23 de setiembre de 2019

Publicado: 06 de enero de 2020

<sup>1</sup> Universidad Tecnológica Equinoccial. Quito-Ecuador.

<sup>a</sup> Odontóloga general

<sup>b</sup> Especialista en Periodoncia. Docente.

Este es un artículo Open Access distribuido bajo la licencia Creative Commons Atribución-No Comercial- Compartir Igual 4.0



**Correspondencia:** Denny Domínguez

Rumipamba y, Bourgeois, Quito 170147, Ecuador. Teléfono: 0999802450

Correo electrónico: stefydg\_5@hotmail.com

**Citar como:** Domínguez D. Banda M. Jaramillo J. Cruz A. "Periodontitis con Stage III, Grade C; según la nueva clasificación de enfermedad periodontal por World Workshop 2017; Reporte de caso". KIRU. 2020; 17(1): 38 - 46. <https://doi.org/10.24265/kiru.2020.v17n1.06>

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal es considerada como infecciosa-inflamatoria, que destruye el periodonto de inserción y según el grado de afección puede llevar a la pérdida total de los tejidos de soporte del diente <sup>(1)</sup>. Algunos factores de riesgo pueden modificar la vulnerabilidad o resistencia en la enfermedad periodontal, interviniendo diversas causas como microorganismos periodontos patógenos, higiene bucal inadecuada, enfermedades sistémicas asociadas a disfunción inmunológica, tabaquismo, sexo, raza, estrés, nivel socioeconómico, entre otros<sup>(2)</sup>.

El tabaco aumenta el riesgo en el desarrollo y progresión de las enfermedades periodontales, pudiendo disminuir o agravar la respuesta de los pacientes a la terapia periodontal<sup>(3)</sup>. Esta respuesta en el tratamiento podría estar relacionada con los tejidos inflamados, evidenciándose un número menor de vasos sanguíneos en las zonas inflamadas de fumadores en comparación con los no fumadores<sup>(4)</sup>. El número de bacterias anaerobias aumenta por una serie de mecanismos irritativos (roce), térmicos (calor) y químicos (liberación de hidrocarburos). El tabaco lesiona las células de la mucosa bucal y ocasiona diferentes alteraciones<sup>(5)</sup>. Este efecto podría ser también relevante en la respuesta de curación y cicatrización de los tejidos en el tratamiento periodontal<sup>(6)</sup>.

El manejo de la enfermedad periodontal se puede llevar a cabo mediante diversas terapias, como procedimientos convencionales, métodos quirúrgicos y no quirúrgicos<sup>(7)</sup>. Esta terapia depende de la clasificación de la enfermedad y condición periodontal en que se encuentre. Según la clasificación de Workshop, evalúa los estadios describiendo la severidad y complejidad del tratamiento periodontal. El grado detalla la velocidad, el riesgo de progresión y los factores de riesgo que puede presentar el paciente<sup>(8)</sup>.

La nueva clasificación divide en tres formas a la periodontitis, tomando como base el número de variables patológicas: periodontitis necrosante, periodontitis con manifestación directa de enfermedades sistémicas y periodontitis<sup>(9)</sup>; además, se subdividen en cuatro categorías, que van desde la etapa I (menos grave), hasta la etapa IV (la más grave). Los tres niveles de clasificación de periodontitis evalúan el riesgo de progresión del paciente, indicando bajo riesgo de progresión (grado A), riesgo moderado de progresión (grado B) y alto riesgo de progresión (grado C)<sup>(9)</sup>.

El hábito de fumar ha sido durante mucho tiempo asociado con una variedad de enfermedades bucales, incluidas las periodontales<sup>(10)</sup>. Los componentes del cigarrillo como la nicotina y sus productos de descomposición son tóxicos para el periodonto donde se proliferan las bacterias induciendo a una vasoconstricción y da como resultado la disminución en los signos de la inflamación presentes en la encía, como el sangrado, el aumento de volumen y el enrojecimiento<sup>(11)</sup>.

En el tratamiento periodontal, los fumadores también obtienen mejoría, pero hay evidencia de que el mayor número de fracasos en el tratamiento tienden a concentrarse entre los fumadores, por el cigarrillo que influye negativamente en el proceso de cicatrización después de las terapias quirúrgicas y no quirúrgicas<sup>(12)</sup>.

Las enfermedades periodontales tienen varios determinantes, el factor etiológico primario es la bacteria para la existencia de periodontitis. Existen más microorganismos patogénicos en la biopelícula subgingival estos pueden ocasionar daño tisular. Varios microorganismos que se encuentran involucrados son: *Agregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis* y *Bacteroides forsythus*<sup>(13)</sup>.

- a. Anaerobios o microaerofílicos como la *Porphyromonas gingivalis* (*P. gingivalis*), encontrado en la profundidad de la bolsa y especialmente en sitios activos (Bainbridge, 2.002)<sup>(13)</sup>.
- b. *Agregatibacter actinomycetemcomitans* (A.a.), asociado a las bolsas periodontales de pacientes con periodontitis crónica<sup>(13)</sup>.
- c. *Bacteroides forsythus* (*B. forsythus*), relacionado con la actividad de la enfermedad<sup>(13)</sup>.

La primera etapa comienza cuando las bacterias producen factores de virulencia y entran en contacto con las células del epitelio del surco predominando los neutrófilos por su movilidad y flexibilidad y a los efectos de las moléculas de adhesión sobre los vasos sanguíneos uniéndose los PMN, generando un gradiente quimiotáctico desde el surco hacia el tejido conectivo y de esta forma los PMN son atraídos hacia el surco. Liberan consigo reactivos del oxígeno (ROIs) y enzimas como catepsina G, lactoferrina, defensinas, mieloperoxidasa, metaloproteinasas (MMP-8) y serin proteasas. Estas enzimas ocasionan efectos perjudiciales para los tejidos periodontales, así como a los microorganismos<sup>(14)</sup>.

La placa bacteriana o biofilm dental es una agregación bacteriana heterogénea, que presenta microorganismos que pueden adherirse o depositarse sobre las paredes de las piezas dentarias causando la formación de caries dental y de enfermedad periodontal<sup>(15)</sup>.

El Índice de Greene Vermillion (IHOS) sirve para valorar la eficiencia de la higiene oral y la cantidad de placa bacteriana que presenta el individuo. Este índice de placa bacteriana está estandarizado en 0-0.9 (sin riesgo), 1-1.9 (riesgo medio) y 2-3 (riesgo alto). Para obtener los resultados del índice de placa bacteriana, se sumaron las superficies dentales con placa bacteriana, el total se dividió entre el número de superficies o dientes examinados para lograr los promedios<sup>(16)</sup>.

La movilidad dental patológica puede ser el resultado de varias afectaciones como la enfermedad periodontal, trauma por oclusión, ligamentitis, movimientos ortodónticos, pérdidas considerables de los tejidos de soporte, entre otros<sup>(17)</sup>. También presenta una movilidad fisiológica debido a la presencia del ligamento periodontal, que no está en contacto directo con el hueso alveolar<sup>(14)</sup>. El aumento de la movilidad del diente se da por el ensanchamiento del ligamento periodontal causado por fuerzas externas o internas que están sometidas a presiones constantes y altas que inducen a la reabsorción a la zona afectada del hueso alveolar<sup>(18)</sup>.

La periodontitis según World Workshop tiene varias etapas:

- Etapa I (inicial): pérdida de inserción clínica de 1-2 mm, menos del 15% de pérdida ósea alrededor de la raíz, no hay pérdida de dientes debido a enfermedad periodontal, profundidad de sondaje de 4 mm o menos, principalmente horizontal<sup>18</sup>.
- Etapa II (moderada): 3-4 mm, 15%-33% pérdida ósea alrededor de la raíz, pérdida de dientes, PD 5 mm o menos, principalmente horizontal<sup>19</sup>.
- Etapa III (grave con posibilidad de pérdida adicional de dientes): 5 mm o más, extendiéndose al tercio medio o apical de la raíz, más allá del 33%, pérdida dental de cuatro dientes o menos, con problemas complejos como PD 6 mm o más, vertical 3 mm o más, Furcaciones de clase II-III y/o defectos moderados de la cresta<sup>19</sup>.
- Etapa IV (grave con posibilidad de pérdida de dentición): abarca toda la Etapa III con características adicionales que requerirán la

necesidad de una rehabilitación compleja debido a una disfunción masticatoria, traumatismo oclusal secundario, defectos graves de la cresta, colapso de mordida, migración patológica de los dientes, menos de 20 dientes restantes<sup>(19)</sup>.

Clasificación de periodontitis por grados, basada en evidencia directa, evidencia indirecta y factores modificadores. Adaptado de Tonetti y cols (2018)

La nueva clasificación se evalúa por la tasa de progresión de la periodontitis dividiéndose en tres grados.

- Grado A (progresión lenta): No existe pérdida de hueso o inserción, se encuentran grandes depósitos de biofilm con niveles bajos de destrucción, no presentan factores modificables como el tabaquismo y la diabetes<sup>(20)</sup>.
- Grado B (progresión moderada): Presenta pérdida de menos de 2 mm de hueso o inserción, el grado de destrucción es proporcional a los depósitos de biofilm, presenta factores modificadores en personas que fumen 10 cigarrillos al día, personas con diabetes HbA1c menos del 7%<sup>(20)</sup>.
- Grado C (progresión rápida): pérdida de 2 mm de hueso o inserción, el grado de destrucción supera las expectativas teniendo en cuenta los depósitos de biofilm, presenta factores modificadores en personas que fumen 10 cigarrillos al día, personas con diabetes HbA1c mayor del 7%<sup>(20)</sup>.

El tabaquismo como factor de riesgo en la enfermedad periodontal

El tabaquismo se considera un factor modificable por los efectos que produce en el periodonto, causa una mayor prevalencia, severidad y extensión de la destrucción de los tejidos periodontales<sup>(21)</sup>. El tabaco contiene alrededor de 4,000 sustancias como el monóxido de carbono, alquitrán y la nicotina, entre otras, que han sido descritas como perjudiciales para la salud, pues se le atribuyen efectos citotóxicos y mutagénicos<sup>(22)</sup>.

Los fumadores presentan ciertas características clínicas en la enfermedad periodontal como: enfermedad periodontal generalizada, tejido gingival fibrótico con márgenes gruesos, mínimo enrojecimiento edema, mayor pérdida de inserción periodontal, menor sangrado al sondaje, pérdida de hueso y pérdida de órganos dentales<sup>(23)</sup>.

Se clasifica a los fumadores por el número de cigarrillos fumados diariamente como<sup>(24)</sup>:

- Tabaquismo leve: 1-5 cigarrillos
- Tabaquismo moderado: 6-10 cigarrillos
- Tabaquismo intenso: más de 10 cigarrillos

La higiene bucal también se considera como un factor importante para obtener y mantener la salud periodontal, también es considerado como una causa para el desarrollo de recesiones gingivales, por la forma traumática del cepillado de dientes afectando factores como la fuerza, técnica, frecuencia en el cepillado, que inducen a la progresión de recesión gingival<sup>(25)</sup>.

Tratamiento periodontal básico: Se logra a través del raspado y alisado radicular, consiste en la eliminación de placa bacteriana que es el factor etiológico primario con el fin de reducir cargas bacterianas en la superficie subgingival, y la remoción de placa y cálculo, utilizando instrumentos manuales y ultrasónicos para el tratamiento<sup>(26)</sup>. Con esta técnica, se consigue la reparación de los tejidos, disminuyendo o eliminando la bolsa periodontal que se formó como consecuencia de la filtración subgingival de placa bacteriana y cálculo. Sin embargo, esta técnica tiene difícil acceso a bolsas periodontales profundas y en dientes multiradulares con superficies irregulares, impidiendo la eliminación completa de los microorganismos que afectan al periodonto<sup>(27)</sup>.

Este periodonto patógeno los encontramos en diferentes zonas, no solo se encuentran en las bolsas periodontales, sino también en toda la cavidad bucal dentro de ellas: la lengua, mucosa, saliva<sup>(28)</sup>.

Tratamiento periodontal quirúrgico: Si después de la terapia clásica, persisten bolsas periodontales, se debe complementar esta terapia con la fase quirúrgica. El tratamiento periodontal quirúrgico está indicado en situaciones que impidan el acceso para el raspado y alisado radicular, en casos de múltiples sondajes residuales > 6 mm en la reevaluación pos tratamiento no quirúrgico<sup>(29)</sup>. Esta terapia, con la fase quirúrgica, tiene como objetivo, mejorar el acceso, crear una morfología ósea y gingival favorable. Los defectos y daños de bifurcación deben ser evaluados porque existe la posibilidad de que en ellos se pueda intentar un procedimiento regenerativo. Una vez el paciente se encuentre sano, se iniciará el tratamiento de apoyo el cual constará de citas periódicas de revisión programadas según la evolución en el tiempo de la respuesta tisular<sup>(30)</sup>.

## PRESENTACION DEL CASO

Se trató de un paciente de sexo masculino de 48 años de edad, de escolaridad profesional escritor, residente en la ciudad de Quito, Ecuador, que acudió a la consulta en la clínica de pregrado de odontología de la Universidad Tecnológica Equinoccial. Manifestó estar asintomático y refirió como motivo de consulta: "Me dijeron que tengo problemas periodontales y en las encías".

Se hizo la historia clínica completa y ayudas diagnósticas como fotografías intraorales, series radiográficas periapical y panorámica; y, modelos de estudio. (Figura 1, 2 y 3).

Entre los hallazgos se destacó que el paciente es sistémicamente sano, sin ningún tipo de antecedentes tanto familiares como personales de patologías de importancia. Es fumador activo, pues consume cinco tabacos diarios y cinco tazas de café, y hace cinco años atrás consumía doce tabacos diarios. El paciente refirió realizarse el cepillado diario al menos dos veces al día y tener uso inusual de la seda dental.

En la exploración extraoral, no presentó ningún síntoma de patología. En la exploración intraoral, se observó la presencia de tejido gingival fibrótico con márgenes gruesos, mínimo enrojecimiento, edema, placa dentobacteriana blanda y dura, movilidad dental grado 1 y 2, en todas las piezas dentarias. Presentó una mayor pérdida de inserción periodontal, con bolsas periodontales entre 4-8 mm en todos los sextantes, retracciones gingivales con índices clínicos de sangrado de 42%, y afectación de furca en la pieza 26. (Figura 1)

En el análisis radiográfico reveló una pérdida horizontal y vertical de hueso generalizada a nivel del tercio medio y apical, se ve presencia de cálculo dental a nivel del cemento radicular, afectación de furca en la pieza 26 y ausencia de piezas dentarias # 46, 47, 48, 36, 37 en el maxilar inferior. (Figura 2)

En el análisis radiográfico, se reveló una pérdida horizontal y vertical de hueso generalizada a nivel del tercio medio y apical, se ve presencia de cálculo dental a nivel del cemento radicular, afectación de furca en la pieza 26, y ausencia de piezas dentarias # 46, 47, 48, 36, 37 en el maxilar inferior. (Figura 2)



Figura 1. Fotografías intraorales, pretratamiento.

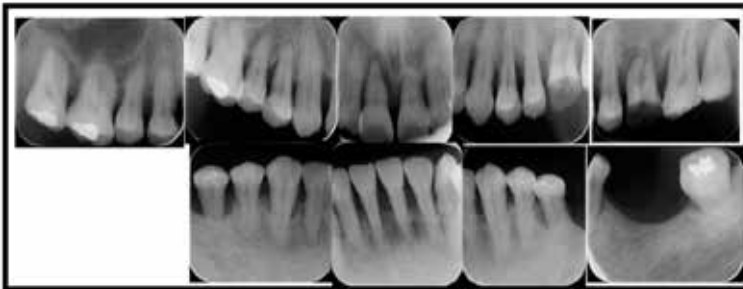


Figura 2. Secuencia radiográfica por cuadrante de todas las piezas presentes.



Figura 2.1. Radiografía panorámica.

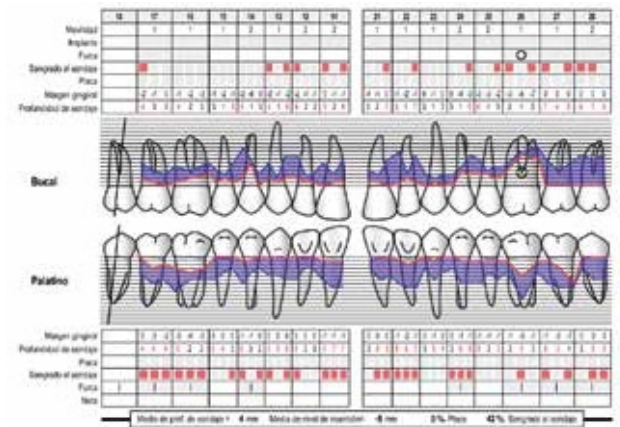


Figura. 2.2 Periodontograma inicial.



Figura 3. Modelos de estudio.

**DIAGNOSTICO**

Sistémicamente: sano

Dental: Paciente dentado superior completo, edentulo parcial de la arcada inferior, ausencia de piezas dentarias # 3.6,3.7,4.6,4.7,4.8. Presenta caries en la pieza # 2.6 con afectacion en furca grado III tipo c, movilidad dental grado 1,2 en todas las piezas dentarias. Con bolsas periodontales entre 4-8mm.

Periodontal: periodontitis con Stage III, Grade C según World Workshop Stage III: severe periodontitis with potential for additional tooth loss. Grade C: Rapid rate of progression

Oclusal: No refiere.

**PRONOSTICO**

El pronóstico general es regular, debido a la cronicidad de la enfermedad periodontal y a la gran destrucción de los tejidos de soporte, además un factor importante es que el paciente es fumador pesado de diez años aproximadamente y sumado a eso la ingesta de café.

El pronóstico periodontal es malo para los dientes 1.1, 2.6, 2.8, por una pérdida de inserción, cerca del ápice radicular, daño de trifurcación grado III tipo c y la pieza 2.8 no tiene diente antagonista. El pronóstico individual es regular para el resto de grupo dental presente por la gran pérdida ósea tanto en maxilar como mandíbula.

**TRATAMIENTO**

Se ejecutaron varios procedimientos clínicos dentro del periodo higiénico, cuyo fin fue motivar al paciente a mantener una siguiente bucal adecuada, lo que

incluyó educación motivacional al paciente sobre salud bucal y ambientación periodontal. Para eliminar los focos infecciosos realizamos un detartraje sub y supragingival con instrumento ultrasónico (25,000-42,000) vibraciones, R/A radicular no quirúrgico con curetas, eliminando los irritantes subgingivales, desorganizando la flora adherida y no adherida de los cuatro cuadrantes, también utilizamos una copa de goma para pulir las superficies del diente. Realizamos la remoción de factores locales como restauraciones desbordantes para obtener un ajuste oclusal. (Figura 5).



Figura 5. Fase de higienización.

Ocho semanas después del tratamiento periodontal no quirúrgico, tiempo suficiente para la cicatrización de los tejidos periodontales, se efectuó una reevaluación de los tejidos bucales realizando un nuevo periodontograma. (Figura 6)

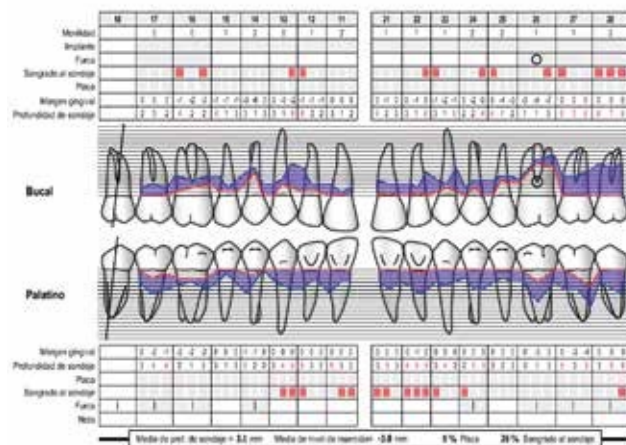


Figura 6. Periodontograma de reevaluación.

Los resultados obtenidos no son tan satisfactorios, el paciente refiere seguir consumiendo cinco tazas de café y cinco tabacos diarios. Clínicamente observamos mejoría en la higiene bucal, pigmentación de coloración marrón a nivel palatino de la arcada superior e inferior, disminución de la inflamación sangrado gingival en un 26% y disminución de



nivel de inserción, pero con persistencia de bolsas periodontales mayores de 5mm para el retratamiento se realizó una fase correctiva que consistió en el R/A quirúrgico.

Antes del R/A quirúrgico, se realizó una profilaxis para eliminar cualquier foco infeccioso, la placa bacteriana, y pigmentación de los dientes, reforzando con el raspado y alisado a campo abierto de todas las piezas afectadas que persisten con bolsas periodontales, realizando una incisión intrasulcular, levantamiento de colgajo, eliminación de tejido granulomatoso, raspaje y alisado con curetas y ultrasonido, el lavado se hizo con suero fisiológico y clorhexidina al 0.12%, se extrajo 3 piezas dentarias # 11, 26, 28 por la ausencia de hueso, el grado de movilidad 2, se hizo el reposicionamiento del colgajo con sutura de nylon 000. Se prescribió paracetamol de 1gr, etoricoxib (Arcoxia) de 120mg por 3 días. (Figura 7)



Figura 7. Cirugía periodontal.

Consecutivamente se realizó la ferulización de la pieza # 11 por fines estéticos utilizamos la misma pieza extraída para la férula y alambre ortodóntico # 7 adherida a las dos piezas proximales como tratamiento alternativo hasta la cicatrización del tejido periodontal.

Posteriormente, a los ocho días se hizo la revisión postoperatoria, se retiró el apósito la sutura y se observó la cicatrización en curso sin signos de infección.

Luego del periodo de cicatrización periodontal correspondiente, se debe realizar un nuevo sondaje, descartando la ausencia de bolsas periodontales y otros signos y síntomas de enfermedad periodontal, culminando así la cicatrización del periodonto para dar inicio a la fase de rehabilitación oral. (Figura 8).



Figura 8. Control después de la cirugía.



Figura 9. Control luego del retiro de puntos.

## DISCUSION

Según la nueva clasificación de World Workshop no se encontró fisiopatología específica que diferencie la periodontitis agresiva de la periodontitis crónica, ambas presentan los mismos signos de destrucción e inflamación periodontal<sup>(31)</sup>. Se clasifican en dos, los estadios que se refieren a la severidad de la enfermedad por la pérdida clínica de inserción, los grados que describen la progresión de la enfermedad y sus efectos en la salud sistémica<sup>(32)</sup>.

Hay poca evidencia consistente de que la periodontitis agresiva y crónica sean enfermedades diferentes, pero existe evidencia de múltiples factores e interacciones que hay entre ellos y que influyen en los resultados de la enfermedad (fenotipos) clínicamente observables a nivel individual. Esto parece ser cierto tanto para los fenotipos agresivos como para los crónicos<sup>(20)</sup>.

El tabaco actúa sobre los tejidos periodontales provocando el desarrollo de la enfermedad por las sustancias que se encuentran en su composición, provocando una acción vasoconstrictora e inmunosupresora de los polimorfonucleares orales<sup>30</sup> alternado el exudado gingival. El número de cigarrillos y el número de años de consumo parecen aumentar la severidad de la enfermedad periodontal<sup>(21)</sup>. Investigaciones realizadas por *Tonetti*<sup>2</sup> aseguran que el tabaco aumenta la severidad de la enfermedad periodontal y que este efecto se hace clínicamente evidente a partir de cierta cantidad de tabaco (más de 10 cigarrillos al día)<sup>(32)</sup>.

Parte importante del tratamiento periodontal es eliminar y controlar la enfermedad periodontal, con la terapia periodontal quirúrgica y no quirúrgica. La terapia periodontal no quirúrgica ayuda a restaurar al periodonto, por medio de instrumentos manuales. Después del periodo reevaluativo del periodontograma, en el paciente se evidenció mejoría en la profundidad de sondaje en un 0.9mm, la medida de nivel de inserción de -5mm a -3.8mm y de sangrado al sondaje del 42% al 26%, pese a la mejoría, persistían bolsas periodontales, por lo que se optó por la terapia periodontal quirúrgica. Esta se considera una contraindicación en pacientes con mal control de placa, no cooperante, tomando en consideración la importancia del control de placa como un factor decisivo para el éxito del tratamiento periodontal. En pacientes fumadores, el humo del tabaco afecta negativamente en la cicatrización de las heridas, una menor reducción de la placa bacteriana y menor inserción clínica<sup>(29)</sup>; sin embargo, en el presente estudio pese que el paciente presentó estas dos contraindicaciones tras la cirugía periodontal obtuvo mejorías disminuyendo un 0.8% de placa bacteriana según el índice de Greene Vermillion. El paciente al reducir el número de tabacos consumidos al día, de 12 a 5 tabacos pudo influir en la recuperación del periodonto, beneficiando así al tratamiento<sup>(12)</sup>. Cada cigarrillo extra al día aumenta la severidad en la enfermedad periodontal, en recesiones en un 2,3 %, las bolsas periodontales en un 0,3%, el nivel de inserción en un 0,5 %, y la movilidad<sup>(23)</sup>. Según Thomsen et al., las intervenciones que fomentan disminuir el consumo de tabaco dan un beneficio al paciente logrando una razón de riesgo relativo de 0.56 (intervalo de confianza de 0.4-0.78) en las complicaciones posoperatorias<sup>(12)</sup>.

#### Contribuciones de autoría:

DDG, MBC y JJB participaron en el diagnóstico, tratamiento, revisión de la literatura, aprobación del manuscrito.

Alexander Cruz Gallegos: Brindó asesoría estadística Redacción del artículo. Revisión crítica del artículo. Aprobación de la versión final del artículo.

**Fuente de financiamiento:** Autofinanciado.

**Conflictos de interés:** Declaramos que no existe ningún tipo de conflicto de intereses entre los miembros de este artículo inédito.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Botero JE, Bedoya E. Determinantes del diagnóstico periodontal. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2010 Ago [citado 2020 Mayo 28]; 3(2): 94-99. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071901072010000200007&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071901072010000200007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072010000200007>.
2. Osorio WLR, Zuluaga ICG, Quiroz IXT, Zuluaga LB. Clinical treatment of a patient with generalized advanced chronic periodontitis at the school of dentistry of universidad de antioquia, medellín, colombia. A case report. 2012;24:17.
3. od103c.pdf [Internet]. [citado 29 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od103c.pdf>
4. Los fumadores tienen más riesgo de sufrir periodontitis avanzada | Médicos y Pacientes [Internet]. [citado 30 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/los-fumadores-tienen-m%C3%A1s-riesgo-de-sufrir-periodontitis-avanzada>
5. T44.pdf [Internet]. [citado 30 de abril de 2019]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol\\_18noesp\\_2012/pdf/T44.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol_18noesp_2012/pdf/T44.pdf)
6. Regeneración periodontal en la practica clínica [Internet]. [citado 30 de abril de 2019]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1698-69462006000400017](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000400017)
7. Zuluaga LB, Botero AB, Trujillo JSB, Zuluaga ICG. Revisión de Tema. Review Article. 2012;23:9.
8. Lecturas\_Sepa\_EST93\_ok.pdf [Internet]. [citado 30 de abril de 2019]. Disponible en: [http://www.sepa.es/web\\_update/wp-content/uploads/2018/09/Lecturas\\_Sepa\\_EST93\\_ok.pdf](http://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/09/Lecturas_Sepa_EST93_ok.pdf)
9. Zerón A. La nueva clasificación de enfermedades periodontales. Rev ADM. 2008;3.
10. Mosquera LC, Fonseca JXR. Efectos del cigarrillo en el periodonto de los estudiantes fumadores de la facultad de odontología de la Universidad Santo Tomas. 2007:54.
11. Armijo CFB. Trabajo teórico de titulación previo a la obtención del grado Académico de Odontólogo.2001 :98.
12. Rojas JP, Rojas LA, Hidalgo R. Tabaquismo y su efecto en los tejidos periodontales. Rev Clínica Periodoncia Implantol Rehabil Oral. agosto de 2014;7(2):108-13.
13. Molina NSR. Respuesta inmune innata y tolerancia oral frente a periodontopatógenos. 2007 :75.



14. Molina NSR. Respuesta inmune innata y tolerancia oral frente a periodontopatógenos. 2007 :75.
15. Botero JE, Bedoya E. Determinantes del diagnóstico periodontal. Rev Clínica Periodoncia Implantol Rehabil Oral. agosto de 2010;3(2):94-9.
16. Lizardo Patricio Reyes Zambrano.pdf [Internet]. [Citado 30 de abril de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2942/1/Lizardo%20Patricio%20Reyes%20Zambrano.pdf>
17. Vintimilla K, Encalada L. Índice de higiene oral simplificado en escolares Cuenca – Ecuador. Kill Salud Bienestar. 13 de noviembre de 2017;1(2):9-12.
18. Movilidad dentaria en la periodontitis crónica [Internet]. [citado 1 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art-11/>
19. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. :367.
20. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. :367.
21. Herrera D, Figuero E, Shapira L, Jin L, Sanz M. La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias. :18.
22. González MC, Hernández MC, Boch MM, Méndez CM, Garrido LM, Fernández CC. Efectos fisiopatológicos del tabaquismo como factor de riesgo en la enfermedad periodontal Pathophysiological Effects of Smoking as a Risk Factor for Periodontal Disease. 2016;16.
23. Tesis.pdf [Internet]. [citado 1 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31579/1/Tesis.pdf>
24. Cruz SAB. Frecuencia de enfermedad periodontal y reabsorción ósea alveolar en pacientes con adicción al tabaco en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Rev ADM. :6.
25. Traviesas Herrera EM, Rodríguez Llanes R. Tabaquismo, higiene bucal y periodontopatías inmunoinflamatorias crónicas en adultos del municipio Guanajay. Rev Cuba Estomatol. marzo de 2007;44(1):0-0.
26. García-Rubio A, Bujaldón-Daza AL, Rodríguez-Archilla A. Recesión gingival: diagnóstico y tratamiento. Av En Periodoncia E Implantol Oral. abril de 2015;27(1):19-24.
27. T-UCE-0015-116.pdf [Internet]. [citado 1 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3737/1/T-UCE-0015-116.pdf>
28. Castilla JE. Periodoncia para el higienista dental. 2003;11.
29. Cruz Quintana SM, Díaz Sjoström P, Arias Socarrás D, Mazón Baldeón GM. Microbiota de los ecosistemas de la cavidad bucal. Rev Cuba Estomatol. marzo de 2017;54(1):84-99.
30. Matos Cruz R, Bascones-Martínez A. Tratamiento periodontal quirúrgico: Revisión. Conceptos. Consideraciones. Procedimientos. Técnicas. Av En Periodoncia E Implantol Oral. Diciembre de 2011;23(3):155-70.
31. Osorio WLR, Zuluaga ICG, Quiroz IXT, Zuluaga LB. Clinical treatment of a patient with generalized advanced chronic periodontitis at the school of dentistry of universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. A case report. 2012;24:17.
32. G Caton J, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman K, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. J Clin Periodontol. junio de 2018;45 Suppl 20:S1-8.
33. Puetate JCS, Carvalho GG de, Spin JR. Nueva Clasificación sobre las Enfermedades y Condiciones Periodontales y Peri-implantares: Una Breve Reseña. Rev Odontol. 31 de diciembre de 2018;20(2):68-89.
34. Toledo Pimental B, González Díaz ME, Alfonso Tarraú MS, Pérez Carrillo A, Rodríguez Linares ML. Tabaquismo y enfermedad periodontal. Rev Cuba Med Mil. junio de 2002;31(2):94-9.

Denny Domínguez Gaibor  
[stefydg\\_5@hotmail.com](mailto:stefydg_5@hotmail.com)

Mónica Banda Cifuentes

Juan Jaramillo Burneo

Alexander Cruz Gallegos  
[alexandercruz1993@hotmail.com](mailto:alexandercruz1993@hotmail.com)