



**Fundación
Juan José Carraro**

"Investigar y concientizar, respecto a la salud de los tejidos periodontales"

Miércoles, 30 de Julio de 2014

Consultas y comentarios

Regístrate

Home



INSTITUCIONAL

Dr. Juan José Carraro
Objetivos
Comisión Científica

EVENTOS

Congresos
Conferencias
Cursos

PUBLICACIONES

Revista
Instrucciones Autores

ENTREVISTAS

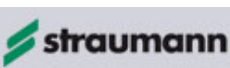
INSTITUCIONES ODONTOLÓGICAS

SOC. CIENTÍFICAS DE PERIODONCIA

UNIVERSIDADES DE LATINOAMERICA

REVISTAS INTERNACIONALES

Me gusta { 16 }



ARTICULOS

ARTICULOS DE INTERES

LESIONES DE FURCACION: UN DESAFIO TERAPEUTICO

Autores: Dra. Judith Esquenasi, Profesora Adjunta Titular encargada de la Cátedra de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República Oriental del Uruguay.
Docente de pre y post grado.
Dra. Alicia Battle y Dra. Claudia Capó, Asistentes Titulares de la Cátedra de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República Oriental del Uruguay.
Postgraduadas en Periodoncia

» Descargar Presentación PowerPoint

INTRODUCCIÓN

El manejo de los dientes multirradiculares con lesiones de furcación constituyen uno de los más complejos desafíos del tratamiento periodontal.(1)

La lesión de furcación es definida como la reabsorción ósea y pérdida de inserción en el área interadicular, resultado de la enfermedad periodontal asociada a placa microbiana. (2, 3)

Saber identificar estas lesiones es de gran importancia ya que van a condicionar el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

La presencia y el grado de una afección furcal condiciona el pronóstico de los dientes multirradiculares, dada sus características anatómicas únicas y su ubicación en la arcada.(4)

El tratamiento periodontal tiene por objetivo lograr accesibilidad en la higiene del paciente y del profesional y tratarlas mediante técnicas resectivas, reparativas y/o regenerativas.

ETIOLOGIA

La lesión de furcación responde a la misma etiología que la enfermedad periodontal y es consecuencia de la extensión de la misma en esa región. (5).

También puede ser debida a la relación que puede existir entre la región de la furcación y conductos pulpares accesorios que promueven un proceso inflamatorio pulpar o como el resultado de un traumatismo dentario, fractura u odontología yatrógena.

Existen factores que pueden predisponer a la pérdida de inserción en la región furcal como ser: a) La anatomía de la zona, que protege a las bacterias, favoreciendo su desarrollo, así como la distancia entre el límite amelocementario a la zona de la furcación; el ancho de la furcación o la presencia de perlas del esmalte que dificultan la inserción del tejido conectivo a la superficie adamantina.(6,7,8)

b) Caries y restauraciones ubicadas en la proximidad de la furca que actúan como retenedores de placa.

c) El trauma oclusal, si bien algunos autores han dado importancia especial al traumatismo oclusal, no se han encontrado pruebas de que la inflamación y el trauma interactúen de manera diferente en esta región, sino que se consideran un elemento coadyuvante más como para cualquier otra pieza de la cavidad bucal. (9)

CLASIFICACION DE LAS LESIONES DE FURCACION

A lo largo del tiempo, han existido varias clasificaciones, pero dentro de ellas la más utilizada es la clasificación de Hamp y col (1975) (10) basada en la cantidad de tejido periodontal destruido en el área interadicular, o sea la pérdida de inserción en sentido horizontal existente dentro del complejo radicular.

De acuerdo a ella, encontramos 3 grados:

- FURCAS DE GRADO I: donde la pérdida horizontal de soporte no excede el tercio del ancho del diente.
- FURCAS DE GRADO II: la pérdida horizontal excede el tercio del ancho sin abarcar la totalidad del área de la furcación.
- FURCA DE GRADO III: hay destrucción horizontal de lado a lado de los tejidos periodontales en el área de la furcación.

DIAGNOSTICO

Un correcto diagnóstico debe estar basado de un estudio clínico y radiográfico.

Clínicamente vamos a realizar un sondeo especial examinando cada una de las entradas de las furcaciones, en los molares inferiores tanto por vestibular como por lingual ya que presentan dos raíces, una mesial y una distal.

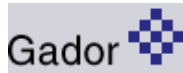
En los molares superiores se explora la entrada a la furca vestibular por vestibular, ubicada entre la raíz mesiovestibular y distovestibular. La entrada a la furcación mesial por palatino ya que esta se encuentra más hacia palatino que hacia vestibular, formada por la raíz mesiovestibular y la palatina.

La furca distal, formada por la raíz palatina y la distovestibular, se explora tanto por palatino como por vestibular ya que se encuentra a igual distancia.

No debemos olvidar que los premolares superiores en un 40% de los casos presentan dos raíces, vestibular y palatina. Debemos explorar por mesial y distal, pudiendo abrirse a distancias diferentes del límite amelocementario.



Radiográficamente , si bien las radiografías son útiles , tienen ciertas limitaciones , dadas por la superposición de raíces o estructuras óseas que enmascaren la lesión, así como la angulación o la técnica radiográfica empleada.(2)
Por lo tanto , el diagnóstico definitivo lo determina el examen clínico.



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es importante realizar un diagnóstico diferencial con:

- Lesiones del espacio interradicular que se originan a punto de partida de una afectación pulpar, la cual radiográficamente puede tener características en común con la lesión furcal asociada a placa. Para diferenciarlas se debe probar la vitalidad pulpar.

- Trauma por oclusión donde las fuerzas generadas por interferencias oclusales puede causar destrucción de los tejidos o adaptación en el área de la furcación , siendo posible ver una radio lucidez en la radiografía.

El diente puede mostrar movilidad , pero al sondear no se detecta la afección furcal.(11)



PRONOSTICO

La presencia de una furcación no indica de manera automática un mal pronóstico y este va a depender , del grado de afección furcal, de la dificultad de acceder a la región para recibir un tratamiento adecuado y de la accesibilidad a la región por parte del paciente.

Se deberá considerar además la necesidad de tratamientos complementarios y la presencia o no de factores de riesgo que puedan incrementar la progresión de la enfermedad, como diabetes, fumar etc.(12,13)



TRATAMIENTO

A la hora de seleccionar el tratamiento mas adecuado es muy importante tener en cuenta el grado de afectación furcal siendo el objetivo del tratamiento la eliminación de la placa y el sarro de la zona y el establecimiento de una anatomía que facilite el control de la placa por el paciente.

En este artículo nos vamos a referir al tratamiento de las furcas de Grado II.

Para resolver estas secuelas contamos con técnicas inductivas, resectivas o regenerativas.

Cuando se realiza una cirugía periodontal convencional , la cicatrización que logramos es la formación de un epitelio de unión largo obteniendo una reparación.

Definimos a la reparación como el proceso biológico por el cual la continuidad de los tejidos lesionados por un proceso patológico no restaura completamente la arquitectura ni la función, mientras que en la regeneración, estos tejidos sí son completamente restauradas tanto en su arquitectura como en su función.

Las técnicas regenerativas son aquellas que buscan crear un nuevo hueso, cemento y ligamento periodontal. Dentro de ellas , nos vamos a referir a la Regeneración Tisular Guiada (RTG)



RTG: Bases biológicas

Según Melcher (1976), las células que repueblan la superficie radicular después de la cirugía son las que determinan la naturaleza de la curación.

Estas células pueden provenir del tejido epitelial, tejido conjuntivo, del tejido óseo o del ligamento periodontal.(14)

Analizando el potencial regenerador del epitelio, Caton y Nyman entre otros encontraron que en cuatro modalidades terapéuticas realizadas en animales , se obtuvo siempre la formación de un epitelio de unión largo.(15)

En cuanto al potencial regenerador del tejido conjuntivo se encontró que si este toma contacto con la superficie radicular previamente enferma, durante la curación no se da una verdadera regeneración, encontrándose fibras colágenas orientadas paralelas a la superficie radicular y no formándose nuevo cemento. Si es el tejido óseo el que toma primero contacto con la superficie radicular se produce anquilosis y reabsorción ósea.(16)

Para analizar el potencial regenerador del ligamento periodontal, Nyman y col en 1982 tomaron monos con salud periodontal, realizaron un colgajo, se removió hueso y cemento, se colocó una membrana y se suturó.

A los 6 meses se realizaron estudios histológicos encontrando nuevo cemento, con fibras colágenas insertadas , hueso y ligamento periodontal orientado funcionalmente.(17)

Igual resultado se obtuvieron en humanos sobre una superficie radicular expuesta a la enfermedad periodontal.(18)

Surge así el principio de la regeneración tisular guiada : guiar las células que tienen la capacidad de regenerar la inserción de tejido conjuntivo hacia la lesión periodontal y las únicas células que tienen este potencial son las células del ligamento periodontal.

Para que este principio se cumpla se debe impedir la proliferación de otros tejidos mediante la colocación de una barrera.

Son muchos los estudios que avalan la técnica de RTG por mas de dos décadas mediante la utilización de diferentes tipos de membranas.

Dichas membranas pueden ser reabsorbibles o no reabsorbibles

Las membranas no reabsorbibles , son inertes y no producen reacciones adversas, persisten luego de la cicatrización y deben ser removidas por medio de una segunda intervención quirúrgica(19)

Si bien esto es una desventaja no deberíamos considerarla tan así ya que nos permite controlar el tiempo de permanencia en boca.

Las membranas reabsorbibles, se reabsorben enzimáticamente o son hidrolizadas por lo que no necesitan una segunda cirugía para su remoción. Esto constituye una ventaja porque no se lesionan los tejidos neo formados por debajo de ella.

La mayor desventaja es no poder evaluar con precisión el tiempo que dura la reabsorción.(20)

Requisitos para la selección de una membrana: (21,22)

- Seguridad debiendo ser biocompatibles y no tóxicas
- Eficacia
- Diseño específico para cada tipo de defecto
- Cumplir con la función de exclusión de las células adversas , permitiendo el pasaje de los nutrientes
- Buen manejo clínico : flexibles pero a su vez firmes y fuertes para no colapsarse dentro del defecto .
- Deben integrarse a los tejido

Casos clínicos

Vamos a presentar dos casos clínicos con lesiones furcales de grado II donde se colocaron membranas reabsorbibles y no reabsorbible mediante la técnica de RTG.

Primer caso:

Paciente de 49 años de edad con furca de grado II en vestibular de 36, con bolsas patológicas de 6 mm por vestibular y 7 mm por distal. (foto 1).

Radiográficamente se aprecia reabsorción ósea media que afecta el área furcal, con un defecto intraóseo por distal. (Foto 2)

Una vez realizada la terapia básica, se realizó un colgajo mucoperiostico con una incisión intracrevicular conservadora, cuidando la integridad de las papilas para así cubrir la totalidad de la membrana.

El decolado debe ser amplio, permitiendo la colocación de la misma. Se prepara el defecto mediante un debridamiento completo, raspado y alisado. (foto3).

Se seleccionó una membrana no reabsorbible de PTFE que no viene prediseñada por lo cual se debe adaptar en su totalidad al defecto.

En este caso se recortó de tal forma que abarque ambos defectos tanto la furca como el defecto intraóseo distal. y se fija con sutura suspensoria. (Foto4)

Se reposicionó el colgajo por encima de la membrana de modo que quede cubierta favoreciendo la higiene. Se mantiene así, la salud del coágulo y se reduce la contaminación. Se suturó papila a papila. (foto 5).

Se indicó antibioterapia sistémica y enjuagues con Clorhexidina .

A las 6 semanas se retiró la membrana pudiendo apreciar el relleno en ambos defectos. (Foto 6)

Se muestra un control clínico realizado a los 20 meses. La sonda periodontal no penetra mas de 2 mm de profundidad tanto por distal como vestibular. (Foto 7 y 8).

Segundo caso

Paciente de sexo femenino de 38 años de edad con un diagnóstico de periodontitis agresiva generalizada .(foto 1)

Se le realizó terapia básica, terapia correctiva quirúrgica convencional y antibioterapia sistémica.

A nivel del 36 por vestibular, donde presentaba una lesión furcal de grado II y bolsa de 7 mm de profundidad (Foto 2) se colocó una membrana reabsorbible de colágeno bovino.

Radiográficamente se aprecia además de una zona radiolucida a nivel furcal, reabsorciones óseas verticales medias representativas de este cuadro clínico. (foto 3)

Una vez realizado el decolado y debridamiento, se raspó y alisó colocando una membrana reabsorbible de colágeno derivada de tendón bovino la cual no viene prediseñada pero se acompaña con matrices que se adecuan a cada caso clínico facilitando así su recorte. De acuerdo a las especificaciones del fabricante , esta membrana se reabsorbe en un período aproximado de ocho semanas.

Antes de colocarla se sumerge en suero fisiológico lo que permite la mejor adaptación de la membrana al defecto, por lo cual la sutura de la misma no es imprescindible.

Se rebate el colgajo cubriéndola y se sutura. (Fotos 4, 5 y 6)

En las fotos 7 , 8 y 9 , controles realizados a los dos y cuatro años con salud de los tejidos blandos y una ganancia clínica de inserción que se ha mantenido en el tiempo.

BIBLIOGRAFIA

1. Rüdiger SG. 2001. Mandibular and maxillary furcation tunnel preparations – literature review and a case report. J Clin Periodontol : 28:1-8.
2. Cattabriga M, Pedrazzoli V, y col 2000. The conservative approach in the treatment of furcation lesions . Periodontol 2000, vol 22 133-153
3. Eckholz P, Hausmann E. 1999. Vision global del diagnóstico de la afección furcal. Quintessence vol 12 Nº 3.
4. McClain P y col 2000. Focus on furcation defects guided tissue regeneration in combination with bone grafting. Periodontol 2000 vol 22 190-212.
5. Kalkw arf K, Reinhardt R, 1988. Problema de la bifurcación. Clin Odontologicas de Norteamérica vol2, 253-277.
6. Al Shammari y col 2001. Molar root anatomy and management of furcation defects . J Clin Periodontol 28: 730-740.
7. DeSantctis M Murphy K. 2000. The role of resective periodontal surgery in the treatment of furcation defects . Periodontol 2000 vol 22 154-168.
8. New ell D. 1998. Diagnóstico y tratamiento de las invasiones de la bifurcacion molar. Clin Odontologcas de Norteamérica vol 2 315-352.
9. Carnevale G, Pontoriero R y col 1995. Management of furcation involvement . Periodontol 2000. vol 9 69-89.
10. Hamp SE , Nyman S, Lindhe J. 1975. Periodontal treatment of multirooled teeth . Results after 5 years. J of Clin Periodontol 2: 126-135.
11. Carnevale G, Pontoriero R , Lindhe J. Tratamiento de los dientes con la furcación afectada. Periodontología clínica e Implantología Odontológica ,. Jan Lindhe 8ª Ed.
12. Mc Guire M y Nunn M. 1996. Prognosis versus actual outcome III. Effectiveness of clinical parameters in accurately predicting tooth survival. J Periodontol 67: 666-674.
13. Mc Guire M, Nunn M. 1996. Prognosis versus actual outcome II. The effectiveness of clinical parameters in developing an accurate prognosis. J Peridontol 67 : 658-665.
14. Melcher, AH. 1976. On the repair potential of periodontal tissues. J of Periodontol 47, 256-260.
15. Caton, J Nyman S . 1980 Histometric evaluation of periodontal surgery. II . Connective tissue attachment levels after four regenerative procedures. J Clin Periodontol 7: 224-231.
16. Nyman S., Karring T ,Lindhe J y col 1980. Healing follow ing implantation of periodontitis affected roots into gingival connective tissue. J of Clin Periodontol 7: 394-401.
17. Gottlow J, Nyman S y col 1984. New attachment formation as the result of controlled tissue regeneration. J Clin Periodontol 11: 494-503.
18. Nyman S, Lindhe J, Karring T. 1982 New attachment follow ing surgical treatment of human periodontal disease. J Clin Periodontol 9: 290-296.
19. Gray J y col 1998. Regeneración hística guiada. Clin Odontol de Norteamérica vol 3 543-561.
20. Quiñones , Caffesse. 1995. Current status of guided periodontal tissue regeneration . Periodontol 2000 vol 9 55-68.
21. Warrer K and Karring T. 1992. Guided tissue regeneration using biodegradable membranes of polylactic acid or polyurethane. J Clin Periodontol 19: 633-640.
22. Cortellini P, Pini Prato G, y col . 1990. Guided Tissue regeneration with differents materials. International Journal of Periodontics And restorative Dentistry. 10: 137-151.

