

FEDERACIÓN EUROPEA DE PERIODONTOLOGÍA

GUÍA CLÍNICA



Tratamiento de la Periodontitis

Estadio I , II y III

Guía clínica práctica EFP S3

Color Azul: recomendación **a favor** de una estrategia de tratamiento o procedimiento específico en particular.

Color Naranja: Recomendación **abierta en dónde el clínico es responsable** de la selección final de una estrategia de tratamiento o procedimiento específico en particular basándose en condiciones específicas del paciente.

Recomendación **incierto** para cuya aclaración se requiere mayor evidencia científica.

Color Rojo: Estrategia de tratamiento o procedimiento específico **No recomendado**.

GRADO DE RECOMENDACIÓN*	DESCRIPCIÓN	SÍNTESIS
A	ALTAMENTE RECOMENDADO	RECOMENDAMOS NO RECOMENDAMOS
B	RECOMENDADO	SUGERIMOS NO SUGERIMOS
O	RECOMENDACIÓN ABIERTA	DEBE SER CONSIDERADO

ESTE DOCUMENTO ES TRADUCCIÓN DE: GUIDELINE ON TREATMENT OF STAGE I-III PERIODONTITIS DE LA EFP. LA PROPIEDAD INTELECTUAL DEL PRESENTE CORRESPONDE A LA FEDERACIÓN EUROPEA DE PERIODONTOLOGÍA. PUEDE CONSULTAR EL DOCUMENTO ORIGINAL EN: <https://www.efp.org/education/continuing-education/clinical-guidelines/guideline-on-treatment-of-stage-i-iii-periodontitis/>

PASO 1

Objetivo: **cambios conductuales** guiados para motivar al paciente a:

- Remover exitosamente el biofilm supra gingival.
- Control de los factores de riesgo.

Debe ser implementado en todos los pacientes con periodontitis independientemente del estadio de la enfermedad.

Debe ser re-evaluado con frecuencia con el fin de:

- Continuar motivando y/o explorar otras alternativas para el control del biofilm.
- Desarrollar habilidades para remover el biofilm o modificarlas si es necesario.
- Permitir la adecuada respuesta de los siguientes pasos de la terapia periodontal.
-

CONTROL DEL BIOFILM DENTAL SUPRAGINGIVAL POR PARTE DEL PACIENTE

Prácticas de higiene oral son cruciales a través de todos los pasos del tratamiento y se logra través de la cooperación en cambios de hábitos de los pacientes.

Conversación motivacional o terapia cognitiva conductual no han demostrado impacto significativo en el control del biofilm.

CONTROL PROFESIONAL DEL BIOFILM DENTAL SUPRAGINGIVAL

Remoción mecánica de la placa por parte del profesional y el control de los factores retentivos de placa es un parte fundamental en el primer paso de la terapia periodontal.

CONTROL DE FACTORES DE RIESGO

Control de los factores de riesgo es recomendable como parte del paso 1 del tratamiento periodontal.

Eliminar tabaquismo es recomendable como parte del paso 1 del tratamiento periodontal.

Se recomienda realizar intervenciones para control de Diabetes cuando es necesario.

Se desconoce si el incremento de rutinas o ejercicio físicos tienen impacto en los resultados de la terapia periodontal

Se desconoce si la pérdida de peso por dieta balanceada y el estilo de vida saludable tienen impacto en los resultados de la terapia periodontal.

PASO 2

Objetivo: Control de (reducir / eliminar) **biofilm subgingival y cálculo** (instrumentación subgingival) con posible remoción de superficie radicular (cemento).

Instrumentación subgingival puede ser complementada con las siguientes intervenciones adjuntas: Agentes químicos y físicos, agentes modificadores del huésped (locales o sistémicos) antimicrobianos tópicos, antimicrobianos depositados subgingivalmente o administrados sistémicamente.

El Paso 2 debe ser **realizado en todos los pacientes con periodontitis, independientemente del estado de la enfermedad y debe ser re-evaluado después de un adecuado periodo de cicatrización.**

INSTRUMENTACION SUBGINGIVAL

Instrumentación subgingival se recomienda en el tratamiento la periodontitis: para reducir la profundidad de bolsas periodontales, inflamación gingival y actividad de los sitios enfermos.

Instrumentación periodontal subgingival se recomienda ser realizada con instrumentos manuales o eléctricos (sónicos / ultrasónicos) por si solos o en combinación.

Se sugiere realizar instrumentación periodontal subgingival con el tradicional formato por cuadrantes o formato boca completa dentro de las primeras 24 horas.

USO DE AGENTES FÍSICOS ADJUNTOS PARA LA INSTRUMENTACIÓN SUBGINGIVAL

Uso de láser como terapia adjunta a la instrumentación subgingival no se sugiere.

Terapia foto-dinámica de longitud onda de 600-670nm o 800-900 nm no se sugiere como terapia adjunta a la instrumentación subgingival.

USO DE ANTIBIOTICOS / ANTISÉPTICOS (LOCALES O SISTÉMICOS) PARA LA INSTRUMENTACION SUBGINGIVAL

El uso rutinario de antibióticos sistémicos como complemento a la instrumentación subgingival en pacientes con periodontitis no se recomienda.

Enjuagues bucales de clorhexidina por un período limitado de tiempo pueden considerarse como complemento a la instrumentación subgingival.

Administración local de clorhexidina por liberación sostenida puede ser considerada como complemento a la instrumentación subgingival.

Administración local de antibióticos por liberación sostenida puede ser considerada como complemento a la instrumentación subgingival.

El uso adjunto de antibióticos sistémicos específicos puede ser considerado para categorías de pacientes específicos (ejemplo, periodontitis estadio III generalizada en pacientes jóvenes)

USO ADJUNTO DE AGENTES MODULADORES DEL HUÉSPED (LOCALES O SISTÉMICOS) PARA LA INSTRUMENTACION SUBGINGIVAL

No se sugiere la administración sistémica de dosis sub antimicrobiana de doxiciclina.

Administración de geles, bifosfonatos locales o sistémicos, AINES locales o sistémicos, omega-3, ácidos grasos poliinsaturados, metformina: no se recomiendan agregar a la instrumentación subgingival.

No se sugiere el uso de probióticos como complemento a la instrumentación subgingival.

REEVALUACION DESPÚES DEL PASO 2

Resultados:

- Ausencia de bolsas periodontales >5 mm sin sangrado
- Ausencia de bolsas periodontales >6 mm

Si estos **resultados** se obtienen, el paciente se refiere a **terapia periodontal de soporte**.

PASO 3

Objetivo: **Tratar** aquellos **sitios que no respondieron** favorablemente al paso 2 de la terapia periodontal, con el propósito de obtener acceso a **bolsas periodontales profundas que apuntan a ser tratadas de forma regenerativa o resectiva** lo cual agrega un grado de complejidad en el manejo de la periodontitis (lesiones de furcación y defectos infraóseos).

Si bolsas periodontales >4 mm presentan sangrado al sondeo y/o bolsas periodontales ≥ 6 mm siguen presentes al momento de la re-evaluación, diferentes opciones para el paso 3 pueden ser consideradas:

- Repetir instrumentación subgingival con o sin el uso de agentes terapéuticos adjuntos.
- Cirugía periodontal a colgajo
- Cirugía periodontal resectiva
- Cirugía periodontal regenerativa

ASPECTOS GENERALES DEL PASO 3

Cirugía Periodontal debe ser realizada por odontólogos con entrenamiento específico adicional o por especialistas en periodoncia.

Como requerimiento mínimo, repetir instrumentación subgingival, con o sin colgajo de acceso en el área, en el contexto de alta calidad de tratamiento del paso 1 y 2, y un programa frecuente de terapia periodontal de soporte que incluya instrumentación subgingival, son recomendados.

En presencia de bolsas periodontales residuales (4-5mm) moderadas, se sugiere repetir instrumentación subgingival no quirúrgica.

Cirugía periodontal no debe realizarse en pacientes que no realicen niveles adecuados de higiene oral.

CIRUGÍA DE ACCESO Y RESECTIVA

En presencia de bolsas periodontales residuales ≥ 6 mm cirugía de debridación a colgajo debe ser realizada.

Distintos diseños de colgajo acorde a las condiciones pueden ser utilizados.

Cirugía periodontal respectiva es recomendada con posible recesión gingival como secuela.

MANEJO DE DEFECTOS INFRAÓSEOS

Dientes con bolsa periodontal residual asociados a defecto infraóseo con profundidad de 3 mm o más deben ser tratados con cirugía periodontal regenerativa.

Al realizar terapia regenerativa tanto las membranas (barreras) como la matriz derivada del esmalte con o sin injerto óseo deben ser utilizados.

Colgajos con preservación papila deben ser realizados. Bajo circunstancias específicas se recomienda elevar colgajo limitado al área del defecto para optimizar la estabilidad de la herida y reducir morbilidad.

MANEJO DE LESIONES DE FURCACIÓN

Terapia periodontal se recomienda en molares con lesiones de furca clase II y III y bolsas con bolsas residuales. La lesión de furcación no es una razón que justifique la extracción dental.

Furca Clase II en molares inferiores y Clase II en furca vestibular de molares superiores deben ser tratados con terapia periodontal regenerativa.

La regeneración periodontal en furcas puede realizarse con matriz derivada del esmalte por si sola o con injertos óseos con o sin membranas reabsorbibles.

En defectos de furca Clase III y defectos Clase II en furcas proximales de molares superiores o múltiples defectos de furca Clase II, la instrumentación no quirúrgica, cirugía de debridación a colgajo, tunelización, hemisección o amputación radicular pueden ser considerados.

REEVALUACIÓN DESPUÉS DEL PASO 3

Resultados:

- Ausencia de bolsas periodontales ≥ 5 mm con sangrado al sondeo
- Ausencia de bolsas periodontales ≥ 6 mm

Si estos **resultados** se obtienen, el paciente se refiere a **terapia periodontal de soporte**.

PASO 4 : TERAPIA PERIODONTAL DE SOPORTE

Objetivo: **Prevenir la recurrencia y/o progresión** de la periodontitis posterior al término de un tratamiento periodontal activo exitoso. **La terapia periodontal de soporte debe ser realizada en todos los pacientes**, independientemente de su condición o el grado de riesgo a la progresión de la enfermedad periodontal.

Este paso consiste en la confinación de **intervenciones preventivas y terapéuticas** bajo las siguientes situaciones clínicas:

- Ausencia de sangrado al sondeo en bolsas >4mm
- Ausencia de bolsas periodontales profundas ≥ 6 m.

CUIDADO PROFESIONAL

Las visitas de mantenimiento deben ser programadas en intervalos de 3 a máximo 12 meses y deben ser adaptados de acuerdo al perfil de riesgo del paciente y la condiciones periodontales durante la terapia periodontal activa.

Asistir y cumplir en los intervalos recomendados es crucial para la estabilidad periodontal a largo plazo y potencializar mejoras adicionales al estatus periodontal.

Refuerzo de las medidas de higiene oral personalizadas, incluyendo la limpieza interdental con el propósito de controlar la inflamación y evitar posible daño o deterioro en los pacientes en terapia periodontal de soporte.

Realizar rutinas de remoción mecánica de la placa por parte del profesional como parte de la terapia periodontal de soporte para frenar las posibilidades de pérdida dental y proporcionar una estabilidad y mejoría periodontal.

No se sugiere el uso de métodos adjuntos (sub dosis antimicrobiana de doxiciclina, terapia fotodinámica) como complemento en la remoción mecánica de la placa.

No se sugiere reemplazar la terapia convencional de remoción mecánica de la placa por el uso de métodos alternativos como terapia de láser Er:YAG.

CONTROL DE BIOFILM SUPRAGINGIVAL POR PARTE DEL PACIENTE

Tomar en cuenta las necesidades y preferencias del paciente al seleccionar el diseño del cepillo dental e interproximal.

El cepillado dental debe ser complementado con el uso de cepillos interdetales.

Si la remoción del biofilm interproximal mediante el uso de cepillos interdetales no es suficiente se pueden recomendar dispositivos de limpieza interdental.

Cepillos eléctricos pueden considerarse como alternativa a cepillos manuales en algunos pacientes.

Uso de hilo dental no se recomienda como primera opción de limpieza interdental en pacientes con periodonto reducido sano en terapia periodontal de soporte.

MEDIDAS COMPLEMENTARIAS PARA LA INFLAMACIÓN GINGIVAL

Si se va a utilizar alguna formulación dentífrica antiséptica como coadyuvante, se sugiere que contenga clorhexidina, copolímero de triclosán o fluoruro de sodio estañoso hexametáfosfato.

Si se va a utilizar alguna formulación de colutorio o enjuague antiséptico como coadyuvante, se sugiere que contenga clorhexidina, aceites esenciales o cloruro de cetilpiridino.

El uso adjunto de antisépticos en pacientes de terapia periodontal de soporte, puede ser considerado para apoyar el control de la inflamación gingival en casos específicos.

Se desconoce si otros agentes adjuntos como: Probióticos, prebióticos, agentes antiinflamatorios, micronutrientes antioxidantes, sean efectivos para el control la inflamación gingival en pacientes en terapia periodontal de soporte.

CONTROL DE FACTORES DE RIESGO

Es necesario suspender el hábito de fumar tabaco.

Es necesario realizar intervenciones periódicas para el control de la Diabetes Mellitus.

Se desconoce si aumentar la actividad física y la reducción de peso asociados a una dieta balanceada y cambios en el estilo de vida tenga un impacto en el paciente en terapia periodontal de soporte.

FUENTE:

https://www.efp.org/fileadmin/uploads/efp/Photos/Continuing_Education/Treatment-stage-Perio_Steps-ALL_071022-3.pdf



EFP

Federación Europea
de Periodontología