

Casos Clínicos:

GINGIVITIS SEVERA ASOCIADA A FACTOR LOCAL EN ODONTOPEDIATRÍA - REPORTE DE CASO CLÍNICO

Recibido para arbitraje: 06/10/2008.

Aceptado para Publicación: 26/02/2009.

Valéria Pontelli Navarro, Denise Belucio Ruvieére, Breno Gutiérrez Motta e Kranya Díaz-Serrano

Facultad de Odontología de Ribeirão Preto - Universidad de São Paulo – Brasil

Resumen

La gingivitis es una enfermedad que no está limitada a la población adulta, ella afecta más del 70% de los niños mayores de siete años de edad. Se caracteriza por la inflamación de la encía marginal sin pérdida de inserción, ni pérdida ósea detectable. La manifestación más prevalente es la gingivitis inducida por la placa dental que puede presentarse de forma severa, con intensa inflamación gingival, edema y sangramiento, interfiriendo en la alimentación y la vida social del niño. El objetivo del presente estudio es presentar el caso clínico de un paciente del género masculino, de 11 años de edad, portador de un cuadro severo de gingivitis crónica inducida por placa, agravado por factor local y asociado con herencia familiar. El paciente fue controlado por 1 año y medio y el resultado del tratamiento fue satisfactorio, con regresión del cuadro inflamatorio gingival y motivación del paciente y de los padres para la ejecución de una correcta y frecuente técnica de higiene bucal, garantizando así el mantenimiento del éxito alcanzado con el tratamiento implementado.

Palabras-clave: inflamación gingival, cepillado dental, tratamiento precoz, factor hereditario.

Introducción

La gingivitis, caracterizada por inflamación de la encía marginal sin pérdida ósea detectable o pérdida de inserción (1) es una infección periodontal muy común entre niños e adolescentes (2). La forma más prevalente de este problema periodontal es inducida por la placa dental (3).

De acuerdo con Modeer y Wondimu , en la gingivitis los tejidos periodontales son degradados, modulados por la respuesta del huésped, y los productos bacterianos en la placa dental, estimulan el proceso inflamatorio en el huésped, el cual libera varias citocinas y enzimas capaces de destruir el tejido conjuntivo.(4)

Los hallazgos clínicos iniciales de la gingivitis incluyen edema y enrojecimiento de la encía marginal. Con la evolución del problema, la encía pierde sus contornos y las papilas interdetales se tornan edematizadas (3).

Histológicamente, el problema se caracteriza por ulceración del epitelio del surco, con infiltración de células inflamatorias en el tejido conjuntivo (5).

La gingivitis afecta más de 70% de los niños mayores de siete años de edad (6) y los principales microorganismos encontrados en el surco gingival de niños portadores de gingivitis crónica son *Actinomyces* sp., *Capnocytophaga* sp., *Leptotrichia* sp. y *Selenomonas* sp (7,8,9)

Califano (1) afirmó que cuadros de gingivitis crónica, inducidos por placa dental, son comunes en niños y adolescentes, y muchas veces se presentan de forma severa, con inflamación gingival intensa, edema y sangramiento, interfiriendo en la alimentación y en la vida social del niño. De esta forma, el diagnóstico precoz y la implementación inmediata de medidas terapéuticas son fundamentales para el éxito del tratamiento (10). De esta forma, el objetivo del presente trabajo es presentar el caso clínico de un

paciente de 11 años de edad con un cuadro de gingivitis severa asociado a factor local y herencia familiar, enfatizando aspectos relacionados al diagnóstico, al tratamiento y al pronóstico.

Caso Clínico

Paciente del género masculino, de 11 años de edad, se presentó en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Brasil, por motivo de un excesivo sangramiento gingival. Relató que inicialmente el sangramiento solo ocurría durante el cepillado dental y posteriormente el problema se agravó presentando sangramiento después de la ingestión de alimentos e inclusive de forma espontánea, asociado con sensibilidad y dolor. Durante el examen clínico se observó una intensa inflamación gingival, sangramiento generalizado, tejidos gingivales edemaciados y de color rojo vivo (Figura 1A y 1B).

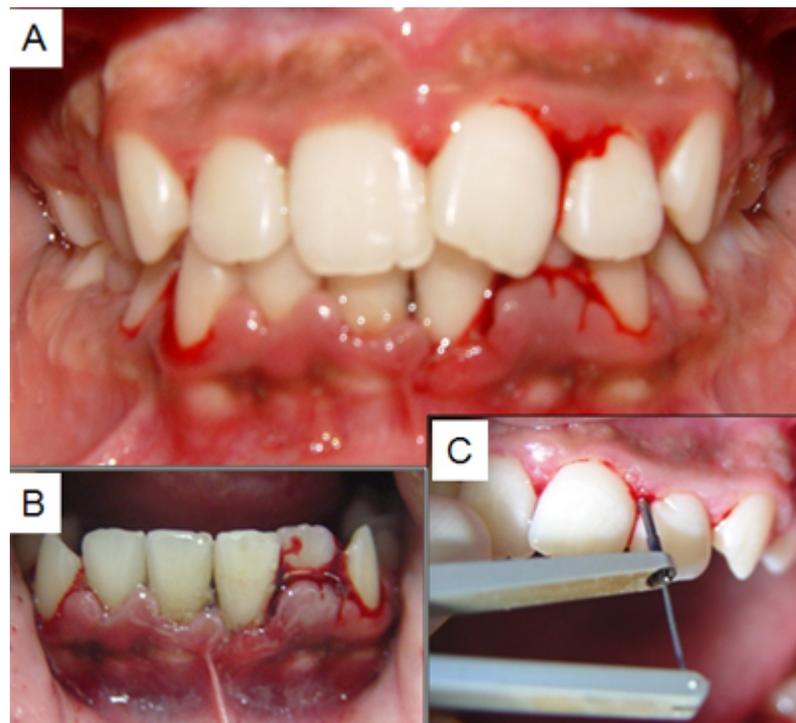


Fig. 1: 1A- Inicio del caso clínico; 1B- Detalle de la región anterior inferior mostrando intensa inflamación gingival y sangramiento; 1C- Sondaje computarizado.

Basados en la anamnesis se constató que el paciente no presentaba alteraciones sistémicas y no ingería ningún medicamento. Fue levantada la hipótesis de un posible desencadenamiento del problema por factores hereditarios. De esta forma fue realizado el examen clínico y radiográfico de los padres y se constató que el padre usaba prótesis total, y relató que perdió todos los dientes por problemas gingivales. La madre presentaba un cuadro característico de periodontitis crónica, y relató que ya se había sometido a tratamientos previos. En el examen radiográfico de la madre fueron observadas áreas con pérdida ósea vertical y a través de la sonda se confirmó la presencia de bolsas periodontales. De esta forma, la hipótesis de que un factor hereditario pudo haber contribuido para el desencadenamiento del problema periodontal, cobró un peso mayor.

En el examen clínico periodontal del niño, fue determinado un índice de placa bacteriana inicial de aproximadamente 95%, por medio de coloración con fucsina básica (Figura 2A). El sondaje del surco

gingival fue realizado con la sonda milimetrada computarizada (Florida Probe) (Figura 1C), garantizando así una mayor precisión y reproducción de los datos. Fueron considerados tres puntos en el sondaje (mesial, centro e distal) en cada uno de los dientes, tanto por vestibular como por lingual o palatino. Esa evaluación reveló una ausencia de bolsas periodontales. Los mayores valores de sondaje encontrados fueron en los dientes recién erupcionados y en los incisivos anteriores inferiores, con valores en media de 4mm. Las otras regiones presentaron valores normales de sondaje (menores que 3 mm). Durante el sondaje inicial, más de 70% de las áreas presentaron sangramiento. Radiográficamente no se observó pérdida ósea en ninguna región. De este modo, fue diagnosticado un cuadro de gingivitis crónica inducida por placa dental. Este caso fue evaluado de forma detallada y controlado durante un año y medio.

Después de la primera consulta se constató que el paciente presentaba un grande acumulo de placa y que la ejecución del cepillado dental era incorrecta y no utilizaba hilo dental. De esta forma, a pesar de que factores hereditarios también podían estar asociados, en función de la madre presentar periodontitis crónica, fue notorio que la causa principal del cuadro de gingivitis severa, observado en este paciente, era el acúmulo de placa bacteriana. (11)

Así, inicialmente fue implementada una terapéutica periodontal básica, que consistió en: raspado y alisado radicular realizado con curetas de Gracey, para la remoción de la placa subgingival, y sesiones de profilaxis y aplicación tópica de flúor al final de la sesión. (Figura 2). Las profilaxias, inicialmente semanales y posteriormente mensuales, fueron realizadas durante 6 meses consecutivos.

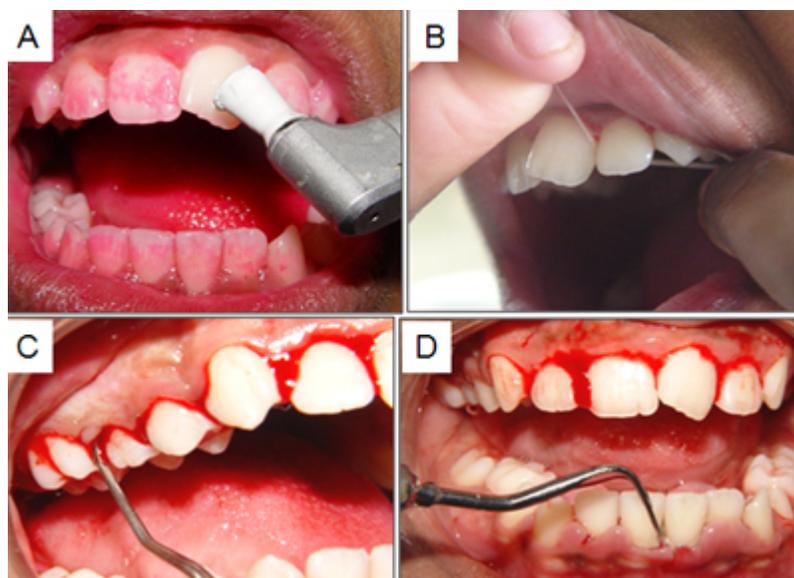


Fig. 2: 2A- Coloración de la placa bacteriana y profilaxis dental; 2B- Instrucción de higiene y uso del hilo dental; 2C- Remoción del cálculo dental con ultra-sonido; 2D- Remoción del cálculo dental con curetas.

Paralelamente fue implementado un programa para el autocontrol de la placa a través de la orientación para una técnica correcta de higiene bucal y el uso de enjuagues diarios con antimicrobiano bucal (digluconato de clorhexidina 0.12%).

Los hallazgos en el examen radiográfico y el sondaje, después de los seis meses, mostraron una pequeña reducción de la profundidad de sondaje en los dientes erupcionados que presentaron mayores valores en el primer examen. Clínicamente se observó una mejoría en los tejidos gingivales habiendo desaparecido el edema gingival, el sangramiento espontáneo, la sensibilidad y el dolor. El índice de placa dental fue disminuyendo progresivamente y después de los seis meses de tratamiento, el paciente presentaba

apenas 30% de las superficies dentales teñidas por la fucsina.

Fue realizado nuevamente un raspado y alisado radicular para un mejor control de la placa ya que se observó que en la región anterior vestibular inferior persistía una inflamación localizada, con edema y sangramiento esporádico. Coincidentemente esta área presentaba inserción alta del frenillo labial inferior. De esta forma, se optó por realizar una frenectomía, para el reposicionamiento del frenillo más apicalmente

La técnica quirúrgica consistió en anti-sepsia de la región, anestesia por infiltración local en el surco próximo al frenillo, realización de dos incisiones contorneando el frenillo, curetaje de la región para la desinserción de las fibras colágenas adheridas al hueso y sutura de la región. Una semana después, fue realizada la remoción de la sutura y se observó la disminución del proceso inflamatorio que persistía en la región, constatando el éxito obtenido en la cirugía (Figura 3).

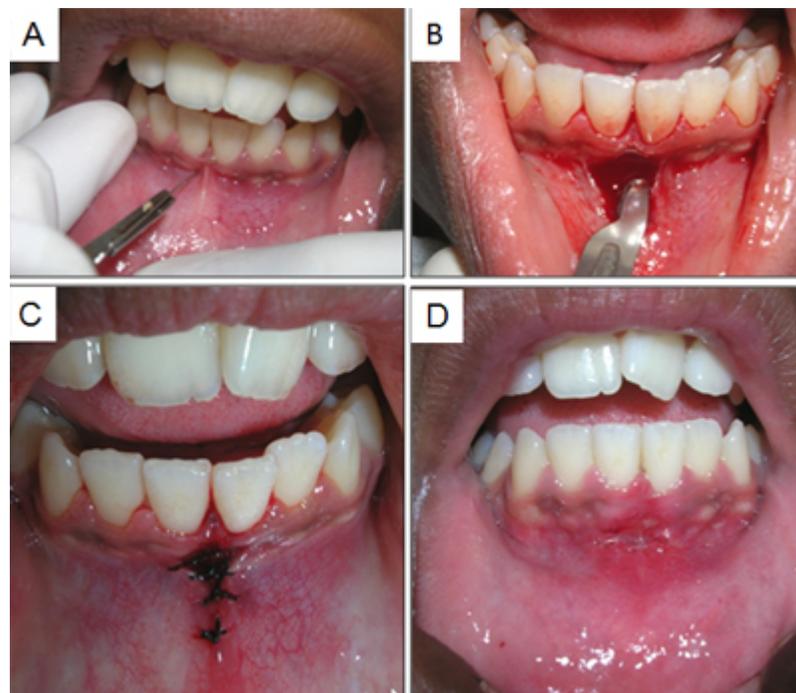


Fig. 3: 3A- Frenectomía labial inferior; 3B- Incisión y remoción de las fibras; 3C- Sutura; 3D- Post-operatorio después de 1 semana.

El caso fue controlado durante un año más, con consultas trimestrales para reforzar las técnicas de higiene bucal y la realización de profilaxis periódicas (13) (Maeso y cols, 2007). En este período, el paciente se mantuvo estable, asintomático y sin señales de inflamación ni de sangramiento gingival (Figura 4). La implementación de una correcta y adecuada práctica de higiene bucal diaria, junto al monitoreo y control profesional periódico, garantizaron el restablecimiento del cuadro severo de gingivitis crónica.

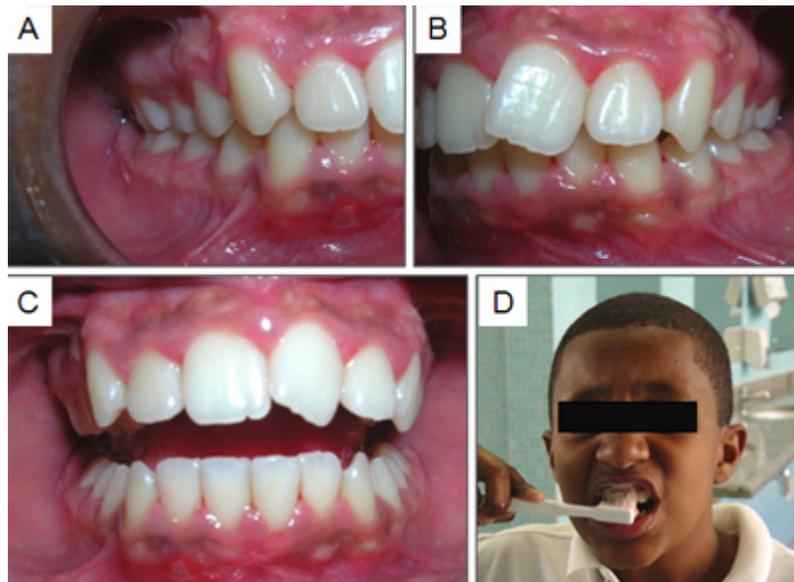


Fig. 4: 4A- Final del caso clínico, vista lateral derecha; 4B- Vista lateral izquierda; 4C- Vista anterior; 4D- Sesión de control, paciente consciente, técnica de higiene bucal correcta.

Conclusión

El tratamiento precoz de la gingivitis severa en niños, principalmente aquellas que además de las causas locales son influenciadas por un factor hereditario, se torna fundamental, previniendo así el desarrollo de cuadros de problemas periodontales de carácter destructivo en la adolescencia y en la vida adulta, como es el caso de la periodontitis agresiva.

Para finalizar, cabe al Odontopediatra la responsabilidad de detectar estas alteraciones, debiendo estar apto y capacitado para reconocer y tratar los problemas periodontales en niños, así como también, para concientizar tanto al niño, como a los padres respecto a la importancia de la ejecución de una higiene bucal correcta y adecuada.

Podemos destacar también, que en el presente caso, la satisfacción del paciente fue notable y trajo como consecuencia cambios favorables en las relaciones inter-personales del niño.

Referencias

1. Califano J.V. Position paper: periodontal diseases of children and adolescents. J Periodontol. (2003) Nov; 74(11): 1696-704.
2. Albandar J.M.: Epidemiology and risk factors of periodontal diseases. Dent Clin North Am.,(2005) Jul; 49(3): 517-32.
3. Oh T.J., Wang H.L. Periodontal diseases in the child and adolescent. Journal of Clinical Periodontology. (2002); 29: 400-10.
4. Modéer T., Wondimu B. Periodontal diseases in children and adolescents. Pediatric Dentistry

(2000); 44(3): 633-58.

5. Seymour G.G, Crouch M.S., Powell R.N. The phenotypic characterization of lymphoid cell subpopulation in gingivitis in children. *Journal Periodontology Research* (1981); 16: 582-92.
6. Page R.C., Schroeder H.E. Prevalence, severity and progression in periodontitis in man and other animals. A comparative review: 5, (1982).
7. Moore W., Holdeman L., Smibert R. Bacteriology of experimental gingivitis in children. *Infect Immun* (1984); 46: 1-6.
8. Stamm J.W. Epidemiology of gingivitis. *Journal Periodontology* (1986); 13360-70.
9. Slots J., Moenbo D., Langebaek J., Frandsen A.. Microbiota of gingivitis in man. *Scand J Dent.* (1978); 86: 174-81.
10. Blicher B., Joshipura K., Eke P. Validation of self-reported periodontal disease: a systematic review. *J Dent Res.* (2005) Oct; 84(10): 881-90.
11. Bimstein E., Matsson L. Growth and development considerations in the diagnosis of gingivitis and periodontitis in children. *American Academy of Pediatric Dentistry*, (1999); 21(3): 186-91.
12. Reseach, Science and Therapy Committee of the Ameriacan Academy of Periodontology. *Journal Periodontology* (2003); 74: 1696-704.
13. Maeso G., Bravo M., Bascones A. Levels of metalloproteinase-2 and -9 and tissue inhibitor of matrix metalloproteinase-1 in gingival crevicular fluid of patients with periodontitis, gingivitis, and healthy gingiva. *Quintessence Int.* (2007) Mar; 38(3): 247-52.