

Resumen del *Journal of Clinical Periodontology*, volumen 48, publicación 12 (diciembre 2021), 1516-1527

Editor: Andreas Stavropoulos, comité de asuntos científicos de EFP.

Relatores:

Gilles Szotek con Isabelle Laleman y Prof France Lambert

Afiliación:

Programa de posgrado de la EFP en periodoncia, Universidad de Lieja, Bélgica

Traductora:

Cristina Amador Gálvez Estudiante del Máster en Periodontología de la Universidad de Oviedo

estudio

Instrumentación de boca completa o por cuadrantes en el tratamiento de periodontitis de estadio III y IV

Autores:

Jamal M. Stein, Stefan Reichert, Stephanie Wied, Sareh Said Yekta-Michael, Florian Schittenhelm, David Kupietz, Henrik Dommisch, Adrian Kasaj, Octavia-Carolina Vela, Stefan-Ioan Stratul

Antecedentes

El concepto de desinfección en una etapa como respuesta al problema de la rápida recolonización de bolsas recién tratadas por patógenos periodontales se introdujo hace ya más de 25 años. El objetivo de este estudio era minimizar el riesgo de recontaminación realizando todo el alisado radicular en 24 horas, combinado con una desinfección exhaustiva de todos los nichos orofaríngeos con clorhexidina.

Desde entonces se han publicado varios estudios clínicos que comparan la instrumentación en una sola etapa con la instrumentación por cuadrantes. Los resultados de estos estudios son heterogéneos y a menudo no lograron replicar los resultados del estudio original. Una razón dada para esto es que los estudios que realmente replican el protocolo original de desinfección de toda la boca son escasos. La mayoría de los estudios adoptaron un protocolo de instrumentación de una etapa en un lugar de un protocolo de desinfección de una sola etapa más enjuague de clorhexidina vaciado de las amígdalas antes del procedimiento, irrigación subgingival repetida con gel de clorhexidina, y enjuague del mismo durante dos meses.

Además de mejorar los resultados de la instrumentación subgingival por medios químicos, más recientemente se ha sugerido la eliminación mecánica de la biopelícula subgingival que podría mejorarse mediante el pulido por aire con polvos poco abrasivos como el eritritol.

Objetivo

Este ensayo clínico aleatorizado multicéntrico tuvo como objetivo evaluar los beneficios clínicos de la instrumentación subgingival de boca completa frente a la instrumentación subgingival por cuadrantes (Q-SRP) en la periodontitis en estadio III y IV. Se investigaron tres protocolos de boca completa diferentes:

- 1- Raspado de boca completa (FMS).
- 2- Desinfección de boca completa (FMD).
- 3- FMD con pulido y aire de eritritol adyuvante (FMDAP).

Materiales y métodos

- Ensayo aleatorizado prospectivo ciego de cuatro brazos de grupos diferentes multicéntrico con un seguimiento de seis meses.

Características del paciente:

- Periodontitis no tratada estadio III y IV, independientemente del estado de fumador.

Criterios de exclusión:

- Raspado y alisado radicular (SRP) en los 12 meses anteriores, uso de soluciones de enjuague antimicrobiano o ingesta de ATB sistémicos en los cuatro meses anteriores, enfermedades sistémicas con interacciones conocidas con enfermedades periodontales o con necesidad de profilaxis AtB; ingesta de medicamentos con posible impacto en los síntomas clínicos de las enfermedades periodontales y embarazo.

Cursos de estudio:

- Paso 1 de la terapia periodontal (Instrumentación supragingival e instrucciones de higiene bucal) antes de la aleatorización.
- Aleatorización en cuatro grupos con al menos 45 pacientes por grupo:
- Q-SRP: intervalo de una semana entre cada sesión.
- FMS: SRP de boca completa en 24 h.
- FMD: SRP de boca completa en 24 h con aplicación adicional de clorhexidina según el protocolo de Quirynen et al., 1998.
- FMDAP: FMD combinado con el uso de aeropulido con eritritol subgingival mediante Airflow y Perio Flow.
- La SRP se realizó después de anestesia local se llevó a cabo con raspadores ultrasónicos y curetas Gracey.

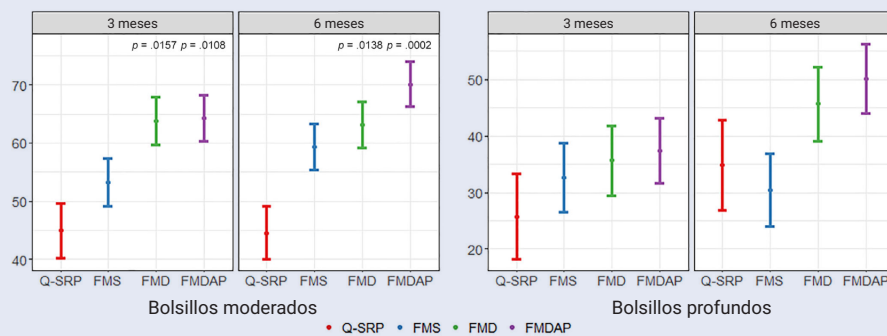
Resultados del estudio:

- Se evaluaron la profundidad de sondaje de la bolsa (PPD), el índice de plac (PI), el sangrado al sondaje (BOP), el índice gingival (GI) y a pérdida de inserción clínica (CAL). Además se calculó el porcentaje de bolsas cerradas (proporción de sitios que cambiaron de PPD >4 mm a PPD residual <4 mm sin BOP).
- Se evaluó el tiempo de sillón acumulado y la eficacia del tratamiento (tiempo necesario para el cierre de la herida).

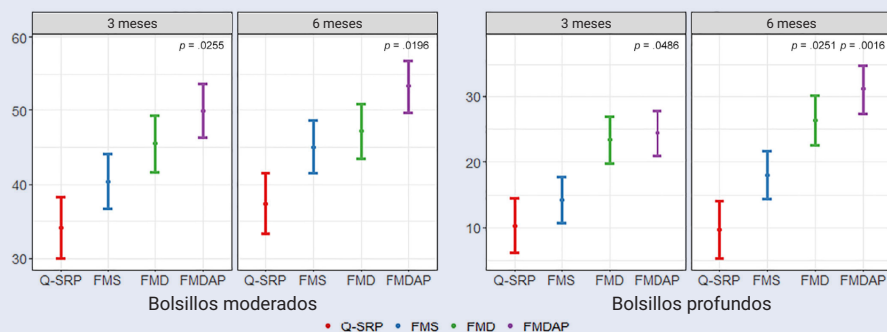
Dientes de una sola raíz

Gráficos:

Proporción de bolsas cerradas después de 3 y 6 meses para bolsas moderadas con PPD inicial de 5-6 mm y bolsas profundas con PPD inicial >6 mm, en dientes monorradiculares y multirradiculares; los valores indican diferencias significativas en comparación con Q-SRP.



Dientes con raíces múltiples



Resultados

- Se asignó al azar un total de 190 pacientes y se pudieron analizar los datos de 172 pacientes. Se observó una reducción significativa de la PPD media en todos los grupos.
- FMDAP condujo a la reducción media más alta de PPD y fue el único protocolo de boca completa que condujo a una reducción de PPD significativamente mejor en comparación con Q-SRP, tanto para bolsas moderadas (PPD de 4-6 mm) como para bolsas profundas (PPD >6 mm).
- El FMD mostró una reducción de PPD significativamente mejor en comparación con Q-SRP solo para bolsas profundas (PPD >6 mm). Se observó una ganancia de CAL significativa en todos los grupos, sin estadísticamente significativa entre ellos. PI, GI y BOP se redujeron en todos los grupos, pero sin diferencias estadísticamente significativas intergrupales.
- Se observaron los siguientes porcentajes de cierre de bolsas: 38% para Q-SRP, 46% para FMS, 49% para FMD, 55% para FMDAP.
- El FMDAP fue el único protocolo de boca completa que condujo a un cierre de bolsa significativamente mejor en comparación con Q-SRP (tanto para dientes con una sola raíz como para dientes con múltiples raíces).
- El FMD mostró un cierre de bolsa significativamente mejor en comparación con QSRP para los dientes de una sola raíz.
- El tiempo de sillón fue mayor para Q-SRP en comparación con todos los protocolos de boca completa, pero solo en relación con FMS fue estadísticamente significativo.
- El tiempo para lograr una bolsa cerrada fue significativamente menor para todos los protocolos de boca completa en comparación con Q-SRP (6,3 minutos para FMAP, 8,5 minutos para FMD y 9,5 minutos para FMS frente a 17,8 minutos para Q-SRP).

Limitaciones

- Hubo un número significativo de abandonos con el grupo Q-SRP. El seguimiento se limitó a seis meses. La tinción con clorhexidina en los grupos FMD y FMDAP perjudicó el pegamiento de los evaluadores. El tiempo de evaluación después del tratamiento no fue el mismo para Q-SRP y para los otros grupos debido al tiempo necesario de realizar todo el procedimiento.

Conclusiones e impacto

- De los protocolos examinados, FMDAP condujo a la mayor reducción de PPD y cierre de bolsas y fue el tratamiento más eficaz.
- FMD también mostró beneficios estadísticos en términos de reducción del PPD y el cierre de bolsas en comparación con Q-SRP.
- Todos los protocolos de boca completa fueron más eficaces que Q-SRP en función del tiempo necesario para lograr el cierre de una bolsa.
- Un problema importante con Q-SRP son las múltiples citas que conducen a un tiempo de tratamiento prolongado y un mayor riesgo de posponer y/o cancelar citas.
- Los protocolos de desinfección de toda la boca parecen, por lo tanto, más fáciles de aplicar en la práctica diaria en términos de organización y finalización del tratamiento y conducen a mejores resultados del tratamiento, por lo tanto, el uso de aeropolidos durante el tratamiento inicial no quirúrgico debe estudiarse más a fondo.



JCP Digest 96 es un resumen de 'Comparison of three full-mouth concepts for the non-surgical treatment of stage III and IV periodontitis: A randomized controlled trial' J Clin Periodontol. 48 (12): 1516-1527. DOI: 10.1111/jcpe.13548



<https://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.13548>



Acceso a través de la página web para miembros de la EFP <http://efp.org/members/jcp.php>