

## Reevaluación del paciente periodontal: intervalo de tiempo adecuado para reevaluar sus parámetros\*

Reevaluation of the periodontal patient: lapse of time appreciated to reevaluate its parameters\*

Berenice Flores Díaz <sup>1</sup>

Sixto Grados Pomarino <sup>2</sup>

### RESUMEN

La reevaluación es uno de los pasos del tratamiento periodontal enfocados en determinar los resultados de la terapia inicial y la necesidad de terapias de soporte adicionales. El objetivo del artículo es revisar la información relacionada al intervalo de tiempo para la reevaluación los signos de progresión de la enfermedad periodontal apropiado para medir los efectos de la terapia inicial. Después de este periodo de tiempo, la estabilidad del periodonto debe ser evaluada en lugar de los efectos de la terapia. Conclusión: En síntesis el establecimiento de la nueva unión dento-epitelial se realiza de manera rutinaria por lo que se sugiere la reevaluación después de 2 semanas. Luego del raspado y alisado radicular hay restablecimiento del epitelio de unión al diente la superficie en 1 a 2 semanas el tejido conjuntivo continúa durante 4 a 8 semanas pero más de 2 meses puede ser demasiado tiempo porque las bacterias patógenas ya han repoblado las bolsas periodontales.

**Palabras clave:** Enfermedades Periodontales, valores de Referencia, Progresión de la Enfermedad, Cooperación del Paciente.

### ABSTRACT

The reevaluation is one of the steps of the periodontal treatment focused on determining the outcomes of initial therapy and the need for additional support therapies. The importance of determining this range or need to be addressed, even when the appropriate time is to measure the effects of initial therapy. After this period, the stability of the periodontium should be evaluated instead of the effects of therapy. Conclusion: In short, establishing new dento-epithelial attachment is shaped routinely so reevaluation after 2 weeks is suggested After RAR no restoration of the junctional epithelium to the tooth surface in 1 to 2 weeks tissue connective continued for 4 to 8 weeks 2 months but may be too long because pathogenic bacteria have repopulated the periodontal pockets.

**Key words:** Periodontal Diseases, Reference Values, Disease Progression, Patient Compliance

\* Artículo original de [revisión](#) de literatura, derivado del trabajo investigativo en periodoncia en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú).

<sup>1</sup> Cirujano Dentista. Residente de periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.  
Contacto: bereflorescoi@gmail.com

<sup>2</sup> Docente y coordinador de la especialidad de periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.  
Contacto: sixtogp@gmail.com

### Citación sugerida

PFlores B, Grados S. Reevaluación del paciente periodontal: intervalo de tiempo adecuado para reevaluar sus parámetros. Acta Odont Col [en línea] 2017,7(2): 65-71 [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

Recibido	5 de octubre de 2016
Aprobado	19 de mayo de 2017
Publicado	1 de julio de 2017

## INTRODUCCIÓN

La evaluación clínica de los tejidos gingivales, después de escalar y alisado radicular debe ser no antes de realizarse 2 semanas debido a la cicatrización del epitelio no se ha completado. Teniendo en cuenta las referencias utilizadas en este artículo está a la espera de 2 meses o más tiempo. Con la repoblación rápida de la microflora y luego de escalar alisado radicular, es posible que la enfermedad puede progresar con la destrucción periodontal innecesario si la reevaluación se pospone. La reevaluación consiste en determinar la eficacia de raspado y alisado radicular y revisar la el dominio de la atención domiciliaria. En numerosos estudios plantean diversos periodos de tiempo, no concluyentes se utilizan para llevar a cabo una reevaluación de la terapia inicial.

Algunas preguntas que necesitan ser abordadas son los siguientes:

- 1) ¿Cuánto es el tiempo más cercano adecuado para la reevaluación del tratamiento periodontal de los pacientes tratados sin interrumpir la curación de los tejidos periodontales?
- 2) ¿Existe el peligro de una progresión de la enfermedad y el retorno de las especies patógenas flora microbiana al reevaluar luego de un período largo de tiempo?

Por lo tanto, los siguientes puntos clave se indican para definir un período de tiempo definitivo para ser utilizado pos-raspaje que debe ser adoptada por periodoncistas.

El objetivo de la presente revisión bibliográfica es recabar la información sobre el intervalo de tiempo adecuado, después de la terapia inicial para llevar a cabo una reevaluación basado en la literatura clásica y actual

## REEVALUACIÓN PERIODONTAL

Mc. Guide (1) afirma que los tejidos periodontales debe ser reexaminadas cuidadosamente para determinar la necesidad de más terapia afirma que el principal función de reevaluación es determinar la eficacia de raspado y alisado radicular y revisar la el dominio de la atención domiciliaria.

Reevaluación incluye los pasos que se realizan por el periodoncista para determinar los resultados de los tejidos blandos de la escala y alisado radicular: Sangrado al sondaje, profundidad de sondaje, niveles de inserción clínica, movilidad dental patológica, compromiso de furca, evaluación de los factores locales, índice de placa y revisión de la higiene bucal (2). Si es necesario, reinstrumentación se lleva a cabo. El tiempo para que estos pasos reevaluación no es significativa.

## MOMENTOS CLÍNICOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA REEVALUACIÓN.

- a. Períodos de cicatrización

Los períodos de cicatrización resultan importantes, por marca el tiempo mínimo, para evaluar los tejidos histológicamente curados luego del raspaje y alisado radicular. En un estudio observacional, transversal (2 semanas- 7 meses), donde se evaluó la reacción del tejido al control la placa subgingival en humanos en 39 dientes (21 personas) y consistió en la eliminación de cálculos

subgingivales; un colgajo de Widman, instrucción de control de placa supragingival, luego de las observaciones de las biopsias. La curación de la unión dento-epitelial siguiente al control de placa subgingival, se estudió en 39 biopsias a partir de 21 personas. El experimento consistió en cuidadosa eliminación de cálculos subgingivales y la placa. En la base de las observaciones de las secciones histológicas realizadas después de 2 semanas a 7 meses (3); concluye:

- Una unión normal dento-epitelial es rutinariamente reformada en zonas libres de cálculos subgingivales y la placa se ha eliminado.
- Si se instituye el control de placa supragingival de manera adecuada, no se formará la placa subgingival y la salud periodontal puede ser mantenida.
- En 8 de los 39 experimentos, los restos de placa subgingival que se dejó durante la escala dieron lugar a una rápida reforma de la placa dentro de la bolsa.

#### b. Recolonización bacteriana

Conocer este concepto nos brinda el tiempo máximo límite para evaluar las bolsas sin sufrir una repoblación bacteriana. Bordone y col en un estudio observacional, longitudinal (7, 21, y 60 días), prospectivo con el objeto de evaluar los patrones de recolonización del microflora subgingival de los pacientes adultos con periodontitis, después de una sola sesión de escalamiento y alisado radicular. En ocho pacientes (tres sitios clínicamente enfermos) se investigaron microbiológicamente por microscopía de campo oscuro y el análisis de cultivo. Los pacientes obtuvieron una sola sesión de raspado y alisado radicular, pero no instrucciones de higiene oral. Se midieron los índices clínicos y los parámetros microbianos fueron reevaluados después del tratamiento. La evaluación fue longitudinal (7, 21, y 60 días) y prospectivo con el objeto de evaluar, en ocho pacientes, los patrones de recolonización del microflora subgingival de los pacientes adultos con periodontitis después de una sola sesión de escalamiento y alisado radicular; Se midieron los índices clínicos y los parámetros microbianos fueron reevaluados después del tratamiento (4).

#### c. Intervalo de tiempo para reevaluación

##### Raspado y alisado radicular

Morrison et. al. afirma que la gravedad clínica de periodontitis se reduce significativamente después de un mes la fase higiénica. La necesidad de tratamiento quirúrgico no se puede evaluar adecuadamente hasta la finalización de la fase higiénica de tratamiento (4).

El informe de consenso de la Academia Americana de Periodontología Mundial Workshop, de acuerdo en que un intervalo de 4 a 6 semanas, fue adecuado para evaluar la respuesta inicial a terapia (5). Proye et. al. (6) encontraron una reducción significativa de la profundidad de sondaje (inicial) a la primera semana después de RAR, mientras reducción adicional (secundaria) se dio en la tercera semana. La reducción de la bolsa inicial se asoció con significativa con recesión gingival; reducción secundaria se asocia con aumento significativo inserción clínica. El sangrado al sondaje fue prácticamente ausente después de 3 semanas (7). En pacientes con uso adecuado de medidas de higiene, la cicatrización después de la terapia no quirúrgica parecía ser completa de 3 a 6 meses (8).

Basado en la tasa de cicatrización a los 3 meses post-tratamiento es un intervalo adecuado para la evaluación primaria de la terapia no quirúrgica inicial, incluso en áreas con lesiones profundas (8). Thomas y Mealey sustenta un intervalo de 6 a 8 semanas después del desbridamiento no quirúrgico era el momento adecuado para tejidos para ser evaluados en busca de signos de inflamación y los cambios en la profundidad de sondaje y de inserción clínica (4, 9, 10), mientras que Plemons y Eden de 4 a 6 semanas era adecuada (11).

**Tabla 1.** Intervalo de tiempo estimado

Parámetro: RAR	Intervalo -Tiempo
Morrison et al <sup>4</sup> 1980	después de 1 mes
Pattison y Pattison <sup>5</sup> 1996	2 a 4 semanas o más
Academia Americana de Periodontología Mundial 6 1989	4 a 6 semanas
Rylander y Lindhe <sup>8</sup> 1999	3 - 6 meses
Egelberg <sup>9</sup> 1999	3 meses
Thomas y Mealey <sup>10</sup> 2004	6 a 8 semanas
Plemons y Eden <sup>11</sup> 2004	4 a 6 semanas

Fuente: elaboración propia.

La reevaluación en determinar los resultados de la terapia inicial y la necesidad de terapias de soporte adicionales, en nuestra revisión, se determinó el intervalo de tiempo apropiado para medir los efectos de la terapia inicial. El establecimiento nueva unión dento-epitelial se da forma de manera rutinaria hay restablecimiento del epitelio de unión al diente la superficie en 1 a 2 semanas el tejido conjuntivo continúa durante 4 a 8 semanas pero más de 2 meses puede ser demasiado tiempo porque las bacterias patógenas ya han repoblado las bolsas periodontales.

La evidencia científica plantea intervalos de tiempos similares a la revisión entre 1 mes, 4 a 6 semanas, 3 semanas, 6 a 8 semanas, 6 a 8 semanas (4, 5, 7, 10). Mientras Rylander H, Lindhe J. planteó un intervalo de 3 a 6 meses, 3 meses, 4 a 6 semanas era adecuada (8, 9, 11).

La destrucción periodontal podría estar ocurriendo sin el tratamiento más apropiado. Muchas de las preocupaciones necesitan que deben abordarse, incluso cuando el apropiado período de tiempo, es medir los efectos de la terapia inicial. Después de este período de tiempo, la estabilidad del periodonto debe ser evaluada en lugar de los efectos de la terapia (13).

### Control de placa y sangrado al sondaje

El momento adecuado para la reevaluación de la higiene oral, según Lang et. al. (14), quienes estudiaron la frecuencia de cepillado de los dientes durante 6 semanas y encontró que el grupo que cepillado dos veces al día o una vez cada 2 días mantienen su salud gingival, mientras en el grupo de cepillado menos desarrollados se encontró mayor frecuencia de gingivitis.

El artículo clásico de Loe et al. (15) examinaron a 12 estudiantes de odontología con encía clínicamente sana que se alejaron de prácticas de higiene oral. La gingivitis desarrollado dentro de 10 a 21 días. Después de reanudar el tratamiento por vía oral, la higiene, la inflamación gingival a nivel clínico se resuelve en 1 semana.

Un estudio más reciente (16) informó de un grupo de adolescentes con la gingivitis que recibió una sola sesión de profilaxis de ultrasonidos y las instrucciones de higiene oral, en sus resultados mostraron que el índice de placa y sangrado al sondaje descendido de forma constante desde el inicio hasta 15 y 30 días.

### La movilidad dental generada por factores oclusales

El momento adecuado para la reevaluación, según Renggli y Muhlemann (17), quienes, estudiaron la reducción de movilidad dental después de la abrasión oclusal y "raspado" en humanos. Una reducción en la movilidad dental fue evidente sólo 30 días después de la terapia oclusal.

Kerry et. al. (18), en 1982, documentaron que de los dientes disminución de la anormal movilidad después del raspado y alisado radicular y el ajuste oclusal a 1 mes. Mientras que Fleszar et. al. (19), en 1980, documentaron que la relación entre la movilidad dental y el nivel de post-tratamiento de datos adjuntos es establecido por el extremo de la primera año y se hace más pronunciada en el segundo año. Estos pacientes recibieron curetaje subgingival y cirugía.

En 1998, Ricchetti (20) encontró que la reevaluación de la movilidad podría retrasarse durante 6 a 12 meses, después el control de la lesión inflamatoria relacionada con la placa. La mejora determina si la movilidad se debió a inflamación por acumulación de placa bacteriana o a un trauma oclusal. Si la movilidad es cada vez mayor después de 6 a 12 meses, a continuación, se requiere una corrección oclusal.

### Furcación

Podemos esperar una respuesta menor al evaluar la Furcación en dientes multirradiculares durante la terapia inicial. Un estudio (21) informó que más de 24 meses en los sitios con profundidades de sondaje iniciales  $\geq 4$  mm, furca molar sitios, respondieron de manera menos favorable a la terapia inicial en comparación a molar sitios de superficie plana y sitios no molares.

## CONCLUSIONES

- El establecimiento nueva unión dento-epitelial se da forma de manera rutinaria si toda la placa subgingival se ha eliminado.

- Se sugiere la reevaluación después de 2 semanas. Luego del Raspaje y alisado radicular hay restablecimiento del epitelio de unión al diente la superficie, en 1 a 2 semanas el tejido conjuntivo, continúa durante 4 a 8 semanas pero más de 2 meses puede ser demasiado tiempo para la reevaluación, porque las bacterias patógenas ya han repoblado las bolsas periodontales.
- Respecto a la reevaluación de control de la higiene se recomienda evaluar el índice de placa y sangrado al sondaje entre hasta 15 y 30 días, donde ya se evidencia un descenso o mejora de control de placa bacteriana.
- En cuanto a la movilidad dental se sugiere reevaluar de la movilidad durante 6 a 12 meses después el control de la lesión inflamatoria relacionada con la placa. Si la movilidad es cada vez mayor después de 6 a 12 meses, a continuación, se requiere una corrección oclusal.
- En relación con la furcación, no se estima un tiempo alternativo para su reevaluación.

## Bibliografía

1. **McGuire MK, Wilson TG, Kornman KS, et. al.** Mild chronic adult periodontitis: Clinical applications. In: eds. *Advances in Periodontics*, 1st ed. Chicago: Quintessence; 1992: 130-142.
2. **Waerhaug J.** Healing of the dento-epithelial junction following subgingival plaque control. I. As observed in human biopsy material. *J Periodontol.* 1978; 49(1):1-8. Stuart L. Segelnick and Mea A. Weinberg. Reevaluation of Initial Therapy: When Is the Appropriate Time? *Journal of Periodontology* 2006; 77 (9): 1598-1601.
3. **Sbordone L, Ramaglia L, Gulletta E, et. al.** Recolonization of the subgingival microflora after scaling and root planing in human periodontitis. *J Periodontol.* 1990 Sep; 61(9): 579-84.
4. **Morrison EC, Ramfjord SP, Hill RW.** Short-term effects of initial, nonsurgical periodontal treatment (hygienic phase). *J Clin Periodontol* 1980; 7: 199-211.
5. **Pattison GL, Pattison AM.** Principles of periodontal instrumentation. In: Carranza FA, Newman MG, eds. *Clinical Periodontology*, 8th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1996: 451-465.
6. **Ciancio SG.** Non-surgical periodontal treatment. In: *Proceedings of the World Workshop in Clinical Periodontics*. Chicago: American Academy of Periodontology; 1989: II-4.
7. **Proye M, Caton J, Polson A.** Initial healing of periodontal pockets after a single episode of root planing monitored by controlled probing forces. *J Periodontol* 1982; 53: 296-301.

8. **Rylander H, Lindhe J.** Cause-related periodontal therapy. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP, eds. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*, 4th ed. Copenhagen, Denmark: Blackwell Munksgaard; 2003: 432-443.
9. **Egelberg J.** *Current Facts on Periodontal Therapy* Q & A. Malmö, Sweden: OdontoScience; 1999: 32.
10. **Thomas M, Mealey BL.** Formulating a periodontal diagnosis and prognosis. In: Rose L, Mealey BL, Genco RJ, *et. al.*, eds. *Periodontics: Medicine, Surgery, and Implants*. St. Louis: Elsevier Mosby; 2004: 173-199.
11. **Plemons J, Eden BD.** Nonsurgical therapy. In: Rose L, Mealey BL, Genco RJ, *et. al.*, eds. *Periodontics: Medicine, Surgery, and Implants*. St. Louis: Elsevier Mosby; 2004: 238-262.
12. **Lindhe J, Niklaus P.** Lang. *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. 5ª edición. Medica Panamericana. Buenos Aires 2009. Cap. 59: 1299- 321.
13. **Segelnick SL1, Weinberg MA.** Reevaluation of initial therapy: when is the appropriate time? *J Periodontol*. 2006 Sep; 77(9): 1598-1601.
14. **Lang NP, Cumming BR, Loe H.** Toothbrushing frequency as it relates to plaque development and gingival health. *J Periodontol* 1973; 44: 396-405.
15. **Loe H, Theilade E, Jensen SB.** Experimental gingivitis in man. *J Periodontol* 1965; 36: 177-187.
16. **Novaes AB Jr, Souza SL, Taba M Jr., et. al.** Control of gingival inflammation in a teenager population using ultrasonic prophylaxis. *Braz Dent J* 2004; 15: 41-45.
17. **Renggli HH, Muhlemann HR.** Tooth mobility, marginal periodontitis and malocclusion (in German). *Parodontologie* 1970; 24: 39-48.
18. **Kerry GJ, Morrison EC, Ramfjord SP, et. al.** The effect of periodontal treatment on tooth mobility. *J Periodontol* 1982; 53: 635-638.
19. **Fleszar TJ, Knowles JW, Morrison EC, et. al.** Tooth mobility and periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 1980; 7: 495-505.
20. **Ricchetti P.** Treatment of periodontium affected by occlusal traumatism. In: Nevins M, Mellonig JT, eds. *Periodontal Therapy: Clinical Approaches and Evidence of Success*. Chicago: Quintessence Publishing; 1998: 129-148.
21. **Nordland P, Garrett S, Kiger R, et. al.** The effect of plaque control and root debridement in molar teeth. *J Clin Periodontol* 1987; 14: 231-236.