



Regeneración periodontal y sustitutos óseos

María Guadalupe Rivas Fonseca*

- Los procedimientos quirúrgicos periodontales llamados convencionales han demostrado restaurar las estructuras periodontales perdidas y el aparato de inserción:
Cierto Falso
- ¿Qué factores influyen en los eventos primarios de cicatrización en la herida periodontal y en la respuesta histológica final?
A) El tipo de injerto que se utiliza
B) La ruptura del coágulo de fibrina
C) Las células óseas que están involucradas
- Se ha demostrado que las células del Ligamento Periodontal involucradas en la regeneración del periodonto pueden ejercer múltiples actividades.
A) Funcionar como osteoblastos
B) Regular la formación de tejidos mineralizados
C) Inducir la inserción conectiva
D) Todas las anteriores
E) Sólo C
- Además de la alta morbilidad, los autoinjertos frescos iliacos de hueso esponjoso y medular no son utilizados de manera rutinaria porque:
A) Son poco predecibles
B) Por la calidad del hueso neoformado
C) Excesiva producción de cemento nuevo
D) El potencial de resorción radicular y anquilosis
- El potencial osteoinductivo del DFDBA depende de la cantidad de _____, que permanecen después de completado el procesamiento técnico y comercial.
A) BMP's
B) FGF's
C) VEGF's
D) PDGF's
- Los defectos periodontales tratados con FDBA mostraron _____ llenado óseo, cuando se compararon con defectos periodontales tratados con DFDBA.
A) Mayor
B) Similar
C) Menor
- Los procedimientos de barrera:
A) Estimulan la proliferación epitelial
B) Retardan la proliferación epitelial
C) Reorientan la proliferación epitelial
- El uso de barreras para el tratamiento de furcaciones en combinación con injertos para reemplazo óseo parecen:
A) Igualar la respuesta clínica
B) Disminuir la respuesta clínica
C) Mejorar la respuesta clínica
- Los resultados clínicos reportados en estudios comparativos de barreras absorbibles y barreras no-absorbibles, para tratar defectos intraóseos, han mostrado ser:
A) Mejor uno del otro
B) Similares
- Los factores de crecimiento actúan predominantemente:
A) Acondicionando la raíz
B) Descontaminando la superficie radicular
C) Diferenciando células mesenquimales

* Profesor del Posgrado de Periodoncia e Implantología.
Universidad Intercontinental, México, D.F.

RESPUESTAS

1. Falso

Típicamente cicatrizan por reparación combinando una adhesión/inserción de tejido conectivo y formación de epitelio largo de unión.

- Caton J, Nyman S, Zander H. Histometric evaluation of periodontal surgery. II. Connective tissue attachment level after four regenerative procedures. *J Clin Periodontol*. 1980; 7: 224-231.

2. B)

La movilidad del margen del colgajo puede ocasionar fragilidad del coágulo de fibrina; como resultado, fracaso en la regeneración y una formación de epitelio largo de unión.

- Wikesjö UM, Crigger M, Nilveus R, Selvig KA. Early events at the dentin-connective tissue interface. Light and transmission electron microscopy observations. *J Periodontol*. 1991; 62: 5-14.

3. D)

- Lang H, Schüller N, Arnhold S, Nolden R, Mertens T. Formation of differentiated tissues *in vivo* by periodontal cell populations cultured *in vitro*. *J Dent Res*. 1995; 74: 1219-1225.

4. D)

La resorción radicular y la anquilosis son eventos comunes con los injertos frescos iliacos.

- Dragoo MR, Sullivan HC. A clinical and histological evaluation of autogenous iliac bone grafts in humans. I. Wound healing 2 to 8 months. *J Periodontol*. 1973; 44: 599-613.

5. A)

Las otras iniciales corresponden a factores de crecimiento.

- Urist MR. Bone: formation by autoinduction. *Science*. 1965; 150: 893-899.

6. B)

El rango encontrado va de 1.7 mm a 2.9 mm en estudios en humanos.

- Rummelhart JM, Mellonig JT, Gray JL, Towle HJ. A comparison of freeze-dried bone allograft and demineralized freeze-dried bone allograft in human periodontal osseous defects. *J Periodontol*. 1989; 60: 655-663.

7. C)

Las barreras, a través de su estructura interfieren con la proliferación natural del epitelio, limitan su proliferación al área del defecto.

- Nyman S, Gottlow J, Karring T, Lindhe J. The regenerative potential of the periodontal ligament. An experimental study in the monkey. *J Clin Periodontol*. 1982; 9: 257-265.

8. C)

Se ha observado en la reentrada mayor llenado óseo en furcaciones, mejoría especialmente en los niveles de inserción y en profundidad vertical.

- Murphy KG, Gunsolley JC. Guided tissue regeneration for the treatment of periodontal intrabony and furcation defects. A systematic review. *Ann Periodontol*. 2003; 8: 266-302.

9. B)

No se encontraron diferencias entre barreras y ambas barreras sí son superiores al debridamiento abierto.

- Cortellini P, Carnevale G, Sanz M, Tonetti MS. Treatment of deep and shallow intrabony defects. A multicenter randomized controlled clinical trial. *J Clin Periodontol*. 1998; 25: 981-987.

10. C)

Actúan como mitógenos o factores de diferenciación en los tejidos periodontales, entre ellos TGF- β , PDGF, IGF, FGF y PGDF recombinada, entre otros muchos, que han sido estudiados en humanos.

- Howell TH, Fiorellini JP, Paquette DW, Offenbacher S, Giannobile WV, Lynch SE. Phase I / II clinical trial to evaluate a combination of recombinant human platelet-derived growth factor- BB and recombinant human insulin-like growth

factor-I in patients with periodontal disease. *J Periodontol*. 1997; 68: 1186-1193.

Correspondencia:

Dra. María Guadalupe Rivas Fonseca

E-mail: mgperivasf@gmail.com