



Regeneración periodontal y sustitutos óseos

María Guadalupe Rivas Fonseca*

1. Los procedimientos quirúrgicos periodontales llamados convencionales han demostrado restaurar las estructuras periodontales perdidas y el aparato de inserción:

Cierto Falso

2. ¿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

3. 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

4. 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

5. 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

6. Los defectos periodontales tratados con FDBA mostraron _____ llenado óseo, cuando se compararon con defectos periodontales tratados con DFDBA.

- A) Mayor
- B) Similar
- C) Menor

7. Los procedimientos de barrera:

- A) Estimulan la proliferación epitelial
- B) Retardan la proliferación epitelial
- C) Reorientan la proliferación epitelial

8. 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

9. 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

10. 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, Schüler 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-B, 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