



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGIA

**CIRUGIA PERIODONTAL COMPLEJA EN PACIENTE
DE 17 AÑOS. CASO CLINICO.**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTOLOGO.**

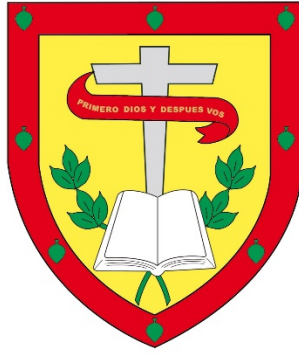
AUTOR: ERICK CRISTOPHER VEGA ALVAREZ

DIRECTOR: OD. ESP. CARLOS ROBERTO NAULA VICUÑA

CUENCA - ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGIA

**CIRUGIA PERIODONTAL COMPLEJA EN PACIENTE DE 17
AÑOS. CASO CLINICO.**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTOLOGO.**

AUTOR: ERICK CRISTOPHER VEGA ALVAREZ

DIRECTOR: OD. ESP. CARLOS ROBERTO NAULA VICUÑA

CUENCA - ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Cirugía periodontal compleja en paciente de 17 años. Caso Clínico.

Erick Cristopher Vega Alvarez¹, Carlos Naula Vicuña² .

¹Estudiante de la univeridad Catolica de Cuenca, ²Docente de la "Universidad Catolica de Cuenca".

RESUMEN

El periodonto está compuesto por un grupo de tejidos especializados, que forman parte de la estabilidad y armonía de la cavidad bucal, al presentar alteraciones como caries a nivel subgingival en varias estructuras dentales el odontólogo tiene la opción de recuperar este espacio tisular supregestal para devolver el silencio clínico, lo que convierte en una cirugía compleja, más aún en pacientes jóvenes con estos signos clínicos. Cuyo riesgo cariogénico es alto y la dificultad restauradora compleja, por lo que debe ser tratado mediante una cirugía periodontal compleja llamada gingivectomía y ostetomía. El objetivo de este caso clínico fue mantener las piezas dentales en boca en una paciente joven de 17 años con multicaries a nivel subgingival en el maxilar en la zona anterosuperior, al finalizar el tratamiento devolvimos estética y función de forma conservadora, dejándonos resultados favorables y gran mejoría emocional y psicológica de la paciente al recibir el tratamiento.

Palabras clave: Enfermedad periodontal, Ancho biológico, Periodonto, Clase 2 severa, parámetros estéticos.

ABSTRACT

The periodontium consists of a group of specialized tissues that contribute to the stability and harmony of the oral cavity. In the case of alterations such as caries at the subgingival level in various dental structures, the dentist can restore this supregestal tissue space to restore clinical tranquility, being a complex intervention, especially in young patients with these clinical signs. Its cariogenic risk is high, and its restorative difficulties are complex, so these patients need to be treated by complex periodontal surgery, called gingivectomy and osteotomy. This clinical case aimed to preserve the teeth in the mouth of a young patient of 17 years with subgingival multicaries in the maxilla in the anterosuperior region. At the end of the treatment, esthetics and function were conservatively restored, achieving favorable results and a great emotional and psychological improvement of the patient after the treatment.

Keywords: Periodontal disease, Biological width, Periodontium, Severe Class 2, esthetic parameter.

INTRODUCCIÓN

La afección bucal en jóvenes no es frecuente, en este caso se presentan policaries a nivel subgingival, periodontopatías y mala oclusión. El sangrado gingival que padecen los niños preescolares es mayor del 50%.⁽¹⁾

Esta enfermedad persiste en el tiempo de manera prevalente la cual se severiza con el acúmulo bacteriano causando una disbiosis bucal, especialmente en patologías respiratorias que se van presentando conforme el crecimiento, pasando la etapa de niño a adulto. Lo que desencadena este desequilibrio en el biofilm es causado por la caries, periodontitis entre otros factores como mala higiene, azúcares, frecuencia de ácidos y falta de atención odontológica, sumado el incremento de la intención de estrés social lo que ocasiona bruxismo, la prevalencia mundial de esta alteración es de un 15 y 23% de la población mundial, 14% está enfatizada en niños y adolescentes, 8% en adultos jóvenes y 3% en adultos mayores. Todo esto los hace más vulnerables

al compromiso de las piezas dentales.^(2,3)

Los estudios realizados y las investigaciones clínicas han confirmado que las lesiones que pueden provocar en el periodonto son irreversibles y que en pacientes de edad avanzada podrían destruir gran parte de los tejidos de soporte de las estructuras dentarias provocando también recesiones gingivales hasta la reabsorción ósea, movilidad y compromiso de la pieza dental en boca involucrando de gran manera la estética y la parte psicológica funcional afectando de manera significativa la armonización y engranaje de las estructuras periodontales.^(4,5)

En consideración a la odontología actual nos basamos en cuatro pilares fundamentales para el mantenimiento y función del sistema estomatognático, atm, músculos masticatorios, oclusión y periodonto, para indicar una oclusión ideal, 4 de estos pilares deben estar en funciones ideales con un silencio clínico estable, es muy difícil encontrar en la población este tipo de oclusión, por lo que la norma

estándar es que se presente una oclusión funcional, que es la presencia de al menos 2 de los 4 pilares, por otra parte la función patológica es la alteración de más de 2 de los 4 pilares mencionados. (6,7)

Por esta razón la presentación del caso clínico justifica que la paciente presenta musculatura hipertrofica con dolor al estímulo, oclusión de Angle II división 1 y enfermedad periodontal, presentando la paciente un desequilibrio en 3 de los 4 pilares del sistema estomatognático así como también presenta caries y periodontitis en el sector anterosuperior, involucrando estructura periodontal subgingival, cabe recalcar que la paciente apenas tiene 17 años.

El objetivo del caso clínico fue devolver el espacio tisular supracrestal, teniendo una instrucción de higiene oral, intervención odontológica primaria y cirugía periodontal para complementar con tratamiento rehabilitador, por lo que se consideró una cirugía compleja, ya que que involucró seis dientes de los cuales en cuatro dientes se realizó tratamiento endodóntico.

2. PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente acude a la clinica odontologica de pregrado de la "Universidad Catolica de Cuenca", en la anamnesis se recolecta informacion de la paciente, sexo femenino, ocupacion estudiantate, edad 17 años, cuyo motivos de consulta "Quiero que me ayuden con mis dientes, por que no me gustan, se ven esteticamente feos, no puedo hablar ni comer y me siento mal", la paciente no presenta enfermedad o problema actual sistemicamente, para corroborar esto esto se mando ha realizar exámenes complementarios; tiempo parcial de tromboplastina y tiempo de protrombina.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Presenta alergia al detergente, paciente sano, Asa 1, por lo que califica para recibir tratamiento periodontal.

SIGNOS VITALES

Presión arterial 118/ 70, frecuencia cardiaca 96 latidos por minuto,

temperatura 36. 8°C, en cuanto a la saturación de oxígeno se visualizó elevada 96%, por lo que se caracterizó como paciente ansiosa.

En el examen estomatognático presentó úlceras en la parte interna del labio superior debido a las fracturas severas de las piezas anterosuperiores, además también se visualiza fístula a nivel de la pieza 2.2 y 2.3, lengua saburral, enfermedad periodontal, caracterizada por pérdida de estructura dental subgingival, inflamación de las encías, sangrado, supuración y disbiosis bucal, que compromete a las piezas dentales de manera severa, cuya causa es la mala higiene dental, la presencia de 13 caries, 2 piezas perdidas, 7 obturadas, oclusión inadecuada clase 2 división 1 con frevito dental, se presentó sin ninguna intervención odontológica previa, la paciente presenta estos signos en la cavidad oral en el sextante 2, piezas anterosuperiores.

INDICADORES DE SALUD BUCAL

En el porcentaje de higiene oral simplificada presentó 17% de placa bacteriana, se comprobó la ausencia

de bolsa periodontal, cuyo diagnóstico periodontal fue, paciente sano con una alteración en el espacio biológico de las piezas 1.1 - 1.2 - 2.1 - 2.2, 11% de cálculo y 6% de gingivitis, presentando enfermedad periodontal leve, clase Angle II y fluorosis moderada.

PLAN DE DIAGNÓSTICO

Se solicitó radiografías periapicales de las piezas 1.1 - 1.2 - 2.1 - 2.2, el plan terapéutico, eliminación de caries, realizar endodoncias en las piezas indicadas y recuperación del espacio tisular supracrestal mediante una cirugía periodontal y en cuanto al plan educacional fue la motivación e instrucción correcta de la técnica de cepillado.

TRATAMIENTO

Consistió en el adiestramiento y motivación de higiene mediante la técnica de Itoc, técnica de cepillado de bass modificada, utilización de cepillo curaprox 5450, hilo dental johnson & jhonson, pasta sin fluor blendax para bebe de 0 a 3 años, posteriormente se realizó la eliminación de la caries para

proceder a realizar las endodoncias de las piezas anteriores, se continuó con el pulido coronario, detartraje, gingivoplastia y osteoplastia, se continuó con el tratamiento postquirúrgico, para finalizar con el tratamiento de rehabilitación.

TÉCNICA QUIRÚRGICA.

RECUPERACIÓN DEL ESPACIO TISULAR SUPRACRESTAL.

Se procedió al acto quirúrgico. Donde se preparó al paciente para el tratamiento periodontal para cumplir con las respectivas normas de bioseguridad, se colocó zapatones, gorra, gafas, continuamos con desinfección de la paciente con un enjuague de clorhexidina al 0.12% por 2 minutos, y desinfección extrabucal con clorhexidina al 12%, procedimos con la bata y el campo de ojos estériles.

Empezamos con la preparación del operador, con la colocación de zapatones, lavado de manos clínico, gorro quirúrgico, gafas de protección, mascarilla esteril, lavado de manos quirúrgico y bata, finalmente procedemos al armado de la mesa mayo quirúrgica, donde se colocó el campo de mesa mayo esteril se procedió a colocar el

instrumental de diagnóstico, diéresis y síntesis, una vez todo preparado se colocó anestesia con la técnica infiltrativa en vestibular y palatino e interpapilar en el sextante 2 de canino a canino superior con aguja calibre 30G, calibre exterior 0.35mm y calibre interior 0.15mm, utilizamos 2 tubos anestésicos de lidocaína con epinefrina al 2%.

Una vez preparado al paciente para el control de dolor, con una sonda periodontal carolina del norte milimetrada, se procedió a medir la corona clínica de las piezas del sextante 2 y el sondaje respectivo, en la cual se determinó que todas las piezas tienen un margen gingival de más de 2 mm sobre el (LAC) límite amelocementario, constatando que las lesiones cariosas presentadas en las piezas 1.3 en la cara mesial, 1.2, 1.1, 2.1 y 2.2 en vestibular en la porción cervical, 2.3 mesio ocluso distal, en la cual se pudo ver que estaban involucradas a 2 mm subgingival, se procedió a realizar la gingivectomía con un bisturí #15c realizando un festoneado guiado por el límite amelocementario de las piezas 1.3 a 2.3 de canino a canino, a 4 mm del margen gingival de la superficie vestibular y a 3 mm de la

superficie palatina conservando la papila interdentaria, luego de esto realizó una incisión crevicular de bisel interno con un colgajo de espesor total de la cara distal de las piezas 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 y 2.4 sin descarga, donde se logró exponer hueso y se realizó la medida de la cresta ósea a la estructura dental remanente de la cavidad cariódica.

La osteotomía se realizó con una fresa redonda número #6 de carburo a baja velocidad y con irrigación continua de suero fisiológico y se realizó el festoneado óseo, retirando simplemente lo necesario por vestibular como por palatino obteniendo una medida de la nueva cresta ósea a la estructura dental remanente de 5 mm, luego utilizamos la sonda carolina del norte para verificar que haya una exposición sana mínima de 4mm, asegurándonos de esta forma que hemos devuelto la corona clínica de las piezas tratadas.

Por último se realizó una sutura con hilo dafilon 6-0 con puntos tensores colchonero vertical en las papilas de las piezas 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 y 2.4, y se procedió al lavado postoperatorio con clorhexidina, y se

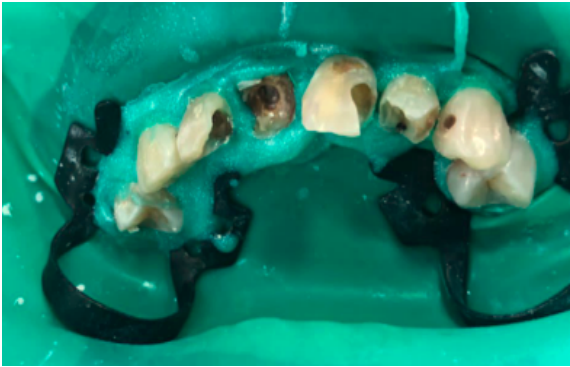
le indico los debidos cuidados post cirugía, así como también evitar los esfuerzos físicos, exposiciones solares, dieta líquida por los próximos 5 días, evitar lácteos y grasas por 1 semana.

INDICACIONES POST-CIRUGÍA

Se indicó a la paciente clorhexidina al 0,12% por 1 semana en enjuagues de dos veces por día, ibuprofeno de 600mg cada 8 horas.

El primer control de la cirugía fue a los 2 días donde se visualizó una capa de colágeno, se retiró con gasas estériles y suero fisiológico, después de 15 días de la cirugía se le citó a la paciente para el retiro de los puntos, visualizando que todo se encuentre en lo ideal y si ninguna anomalía presente.

Aislamiento anterosuperior (1.4-2.4)



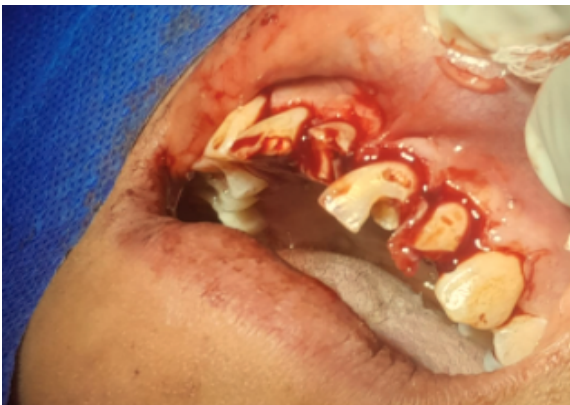
Endodoncias realizadas (1.2-2.2)



Anestesia (Zona anterior 1.2-2.2)



Gingivectomia del sextante 2

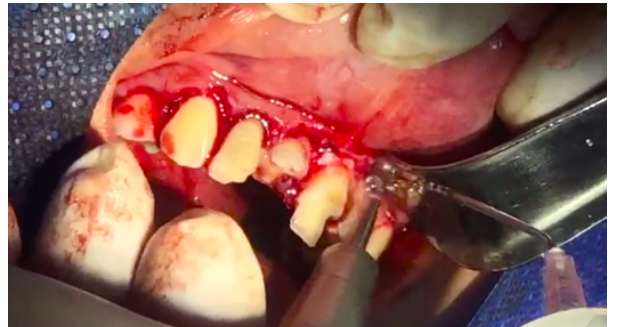


Colgajo de espesor total por vestibular y palatino. (1.3-2.3)

Widman Modificado.



Osteotomía del sector anterosuperior. (1.2-2.2)



Sutura del colgajo.



DISCUSIÓN.

Pinargote 2019, "La cirugía periodontal es de vital importancia en la parte estética esta intervención ayuda de manera significativa a la preservación del ancho biológico" Lo primordial para un alargamiento coronario es ampliar o elongar la corona clínica, disminuir la asimetría de las piezas dentarias así como también reducir la exposición o agrandamiento que tiene la encía, devolviendo así la función y mantenimiento de las piezas ya que la paciente es joven. ⁽⁸⁾

Chávez 2022, "La intervención quirúrgica se indicó como tratamiento idóneo para la paciente por su edad". La intención de extracción de las piezas involucradas son de vital importancia, tanto estéticamente como funcional, acotando esto dejamos de lado la opción de exodoncia de las estructuras dentales. ⁽⁹⁾

Abbott y Salgado 2009, Concuerdan en que la infección interna es primordial al empezar cualquier tratamiento. La paciente presentó necrosis pulpar de las piezas anterosuperiores, eliminamos primero la infección interna empezando por tratar las piezas afectadas de manera endodóntica, para así evitar una reinfección al momento de tratar a la paciente periodontalmente, de esta manera como primera fase del tratamiento fueron las endodoncias de las piezas anterosuperiores, debido a que se pudo aislar adecuadamente el sextante 2. ⁽¹⁰⁾

Lasluisa y Miñaca et al, 2022 " El espacio biológico que deberían tener las piezas dentales es de 3 milímetros, 1 milímetro para la inserción de fibras gingivales, 1 milímetro para inserción epitelial y 1 milímetro para el espacio que hay entre la superficie del diente y el tejido circundante, surco gingival sano" de esta manera al realizar la osteotomía evitamos el riesgo de que al hacer la gingivectomía la encía tenga un efecto de recidiva. ^(11, 12)

CONCLUSIÓN

El mantenimiento de las piezas tratadas son de vital importancia, en la cirugía periodontal realizada devolvimos estética y función de forma conservadora, dejándonos resultados favorables en las piezas involucradas, la gingivectomía nos ayudó de manera significativa para devolver un nuevo remanente dentario y por medio de la osteotomía obtuvimos el espacio biológico normal que debería tener cada estructura dental tratada, nos aseguramos de haber recuperado el espacio tisular supracrestal mediante la medición final realizada con la sonda milimetrada carolina del norte, en los controles post-cirugía la paciente demostró mejoría emocional al visualizar que habíamos eliminado el factor por el que se sentía cohibida al hablar o sonreír.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz N. Macías M & Jimbo-Mendoza, J. C. (2017). Epidemiología de la caries dental en adolescentes de un consultorio odontológico. Polo del Conocimiento, 2(4), 101-110. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/106>
2. Zambrano A, Solorzano A. Consideraciones sobre la enfermedad periodontal y su control. Dominio de las Ciencias, 2016, vol. 2, p. 3-12. Disponible en: <https://www.dominiodelasciencias.com/index.php/es/article/view/59/52>
3. Gómez D. Hidalgo S. Meriño M. González I & Suárez N. (2014). Oclusión dentaria. Reflexiones más que conjeturas. *Archivo Médico Camagüey*, 12(2). Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2618>
4. Ramos J. Biomecánica de los tejidos periodontales. Revista Kiru, 2015, vol. 10, no 1, p 4-10. Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/viewFile/181/156>
5. Roman R, Zerón A. Factores de riesgo asociados a la enfermedad periodontal. Revista mexicana de periodontología, 2016, vol. 6, no 2, p. 62-66. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2015/mp152b.pdf>
6. Belkis, D. P., de Hoffmann Corina, L., & Glenda, F. (2014). Criterios de finalización de tratamientos en ortodoncia Criteria for ending orthodontic treatments. *Odous Científica*, 15(1), 36. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/ODOUSCientifica/2014/vol15/no1/4.pdf>
7. Zambrano J, Pedauga S, Vera F. Principios quirúrgicos y protésicos del alargamiento coronario: revisión de la literatura. RECIAMUC, 2022, vol. 6, no 3, p. 45-54. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/876/1283>

8. Pinargote A. Manejo tisular quirúrgico para la recuperación de ancho biológico mediante gingivectomía y osteoplastia. 2019. Tesis de Licenciatura. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología. P 22-30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8635298>
9. Chávez M, et al. Restablecimiento estético total y multidisciplinario de paciente con sonrisa gingival. Un estudio de casos. Dominio de las Ciencias, 2022, vol. 8, no 3, p. 121. Disponible en: <https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/odontologia/article/view/3931/5055>
10. Abbott P, Salgado, J. Strategies for the endodontic management of concurrent endodontic and periodontal diseases. Australian Dental Journal, 2009, vol. 54, p. 70-85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1834-7819.2009.01145.x>
11. Lasluisa J et al. Cirugía plástica periodontal con uso de injertos de tejido conectivo en recesiones. Odontología Sanmarquina, vol. 25, no 2, p. e21610-e21610. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605677288>
12. Miñaca L, Landeta J, Regalado D, Vega M. Aumento de corona clínica por planificación guiada. Odontología. 2022; 24(2):30–6. Disponible en: <https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/odontologia/article/view/3931>