



UPAL

Universidad Privada
Abierta Latinoamericana



Odontología

Nº1 Año 2023

REVISTA ODONTOSALUD



#SeUpal



UPAL

Universidad Privada
Abierta Latinoamericana



*La revista **ODONTOSALUD** es un medio de difusión de la producción académica y científica desarrollada por estudiantes, docentes y graduados de la carrera de Odontología de la Universidad Privada Abierta Latinoamericana.*



UPAL

Universidad Privada
Abierta Latinoamericana

MISIÓN

"La carrera de Odontología de la UPAL forma profesionales íntegros, conscientes, competentes y con sensibilidad social, capaces de aportar soluciones a los problemas de salud bucodental, a través de la prevención, promoción, diagnóstico, rehabilitación, educación e investigación con alto compromiso con el bienestar del paciente y la salud de la comunidad"

VISIÓN

"Mantener como referente de calidad la acreditación nacional e internacional en sus prácticas y procesos académicos, vinculados a la investigación científica e interacción social para la formación de profesionales íntegros, competentes e innovadores, con sensibilidad social y alto compromiso con el bienestar del paciente y la salud oral de la comunidad".



UPAL

Universidad Privada
Abierta Latinoamericana



Odon tología

AUTORIDADES UNIVERSIDAD PRIVADA ABIERTA LATINOAMERICANA

Daniel G. Maldonado Arandia
Presidente Ejecutivo UPAL

Eveline M. Ballesteros Hinojosa
Vicepresidenta Ejecutiva UPAL

Boris Morales Oña
Rector

José M. Luizaga Velasco
Vicerrector Académico Nacional

Wanda K. Jaldin Echalar
**Vicerrectora Administrativa y Financiera
Nacional**

CARRERA DE ODONTOLOGÍA SEDE COCHABAMBA

Silvia A. Vedia Michel
Directora de Carrera

Jacqueline R. Mancilla Ballesteros
Coordinadora de Clínica e Internado

Mercedes P. Marín Peñaloza
**Coordinadora Investigadora de la Carrera
de Odontología**

COMITÉ REVISOR DE LA REVISTA ODONTOSALUD UPAL

Oscar Alex Quilla Zurita
Francisco Javier Mercado Fuentes
Wilson Carlos Cortez Ayala
Grover Alfredo Miranda Agreda
Hector Aziel Xochihua Gonzalez
Rómulo Saul Aroapaza Villafana
Gabriela Alejandra Quiñones Vidal
Adriana Valeria Heredia Jirasko

Tapa y Diseño: Dirección Nacional de Marketing UPAL

Compilación y Edición: Mercedes Paola Marín Peñaloza y Silvia Andrea Vedia Michel



UPAL

Universidad Privada
Abierta Latinoamericana



Odon tología

ÍNDICE

6

**TRATAMIENTO CON ORTOPEDIA FUNCIONAL – PLACA
REMOVIBLE DE SCHWARTZ CON ADITAMENTO LIP BUMPER EN
PACIENTE NIÑO DE 11 AÑOS CON QUEILITIS LAMIBLE**

Soria Córdoba Alejandro Roger

17

APEXIFICACIÓN EN PIEZA JOVEN CON RAÍCES INMADURAS

Córdoba Miranda Winder Sandra

26

**SEDACIÓN CONSCIENTE EN CIRUGÍA BUCAL DE RESTOS
RADICULARES**

Aillon Montero Rebeca Cynthia

38

**TRATAMIENTO CLÍNICO DE PERIODONTITIS LOCALIZADA
ESTADIO II GRADO B - EN PACIENTE DE 23 AÑOS**

Figueroa Guevara Blanca Ester



TRATAMIENTO CON ORTOPEDIA FUNCIONAL – PLACA REMOVIBLE DE SCHWARTZ CON ADITAMENTO LIP BUMPER EN PACIENTE NIÑO DE 11 AÑOS CON QUEILITIS LAMIBLE

TREATMENT WITH FUNCTIONAL ORTHOPEDIC – REMOVABLE SCHWARTZ PROSTHESIS WITH LIP-BUMPER ATTACHMENT IN AN 11-YEAR-OLD BOY PATIENT WITH LICKABLE CHEILITIS

Interno: Soria Córdoba Alejandro Roger

Tutora: Dra. Carol Mary Cruz Mercado M.

RESUMEN

Establecer un diagnóstico correcto y la aplicación posterior del tratamiento pertinente son esenciales en la atención de un paciente. El éxito de la práctica profesional odontológica se apoya en la aplicación de protocolos de tratamiento ya desarrollados en la literatura del área que orientan las acciones de intervención, de acuerdo al caso que se presente.

Durante el periodo de práctica clínica en la rotación de la Clínica Integral Niño de la Universidad Privada Abierta Latinoamericana

Sede Cochabamba, se tuvo la oportunidad de tratar a un paciente infantil con queilitis lamible, en ese sentido, el objetivo del presente caso clínico es describir el tratamiento ortopédico practicado mediante la placa de Schwartz con aditamento lip bumper para eliminar el hábito que desencadenó la queilitis lamible.

La instalación de aparatología ortopédica es parte del tratamiento integral del paciente niño que, en este caso en particular, contribuye a la eliminación de malos hábitos.

PALABRAS CLAVE

queilitis lamible, ortopedia funcional, lip bumper, malos hábitos orales.



ABSTRACT

Recognizing bad oral habits helps us to establish the correct diagnosis and subsequent treatment, the success of professional practice arises from the application of treatment protocols already written in the dental literature, which we must apply in an ideal and correct manner. According to the needs of our patients, as part of the clinical practice in the rotation of the comprehensive child clinic of the Universidad Privada Abierta Latinoamericana Sede Cochabamba, we

have had the opportunity to treat a child patient with lickable cheilitis. Therefore, the objective of this clinical case is to describe the orthopedic treatment using the Schwartz prosthesis with Lip-Bumper attachment to eliminate the habit that triggered lickable cheilitis. The installation of orthopedic appliances is part of the comprehensive treatment of the child patient, which in this particular case contributes to the elimination of bad habit.

KEYWORDS

Lickable Cheilitis. Functional Orthopedic, Lip- Bumper, Bad Habits Orals

INTRODUCCIÓN

El éxito en la rehabilitación oral integral está determinado por el estricto cumplimiento de un plan de tratamiento. Este se elabora con base en el correcto diagnóstico al cual se llega en función a la recolección de datos, a la historia clínica y a los exámenes complementarios solicitados al paciente.

M.M. Devan (1948) resalta que “debemos encontrar la mente del paciente antes de encontrar la boca”, al respecto, los padres llevan a consulta a sus hijos en busca de solución a sus problemas y en muchas ocasiones estos inconvenientes no solo son de tipo físico, sino también psicológico. De modo que se debe indagar minuciosa y delicadamente a través de la interrogación y la conversación con el paciente y sus padres, para conocer sus expectativas concernientes al tratamiento de rehabilitación integral.

En este caso clínico, se describe el tratamiento realizado en la primera rotación de internado en la Clínica Integral Niño, durante la gestión II - 2022, a un paciente niño de once años de edad que presentaba queilitis lamible. El tratamiento duró 21 días y estuvo supervisado por la Coordinadora de internado en la Clínica Odontológica Universitaria UPAL.

1. DESCRIPCIÓN

El paciente de sexo masculino de once años de edad acudió a la Clínica Odontológica UPAL acompañado por su tutor, quien refirió la aparición de manchas color parduzcas a nivel de los labios, aproximadamente desde enero. En la inspección intraoral del paciente, se observó movilidad fisiológica en las piezas temporarias y caries de segundo grado; afecciones que debían ser atendidas de manera previa al tratamiento final.

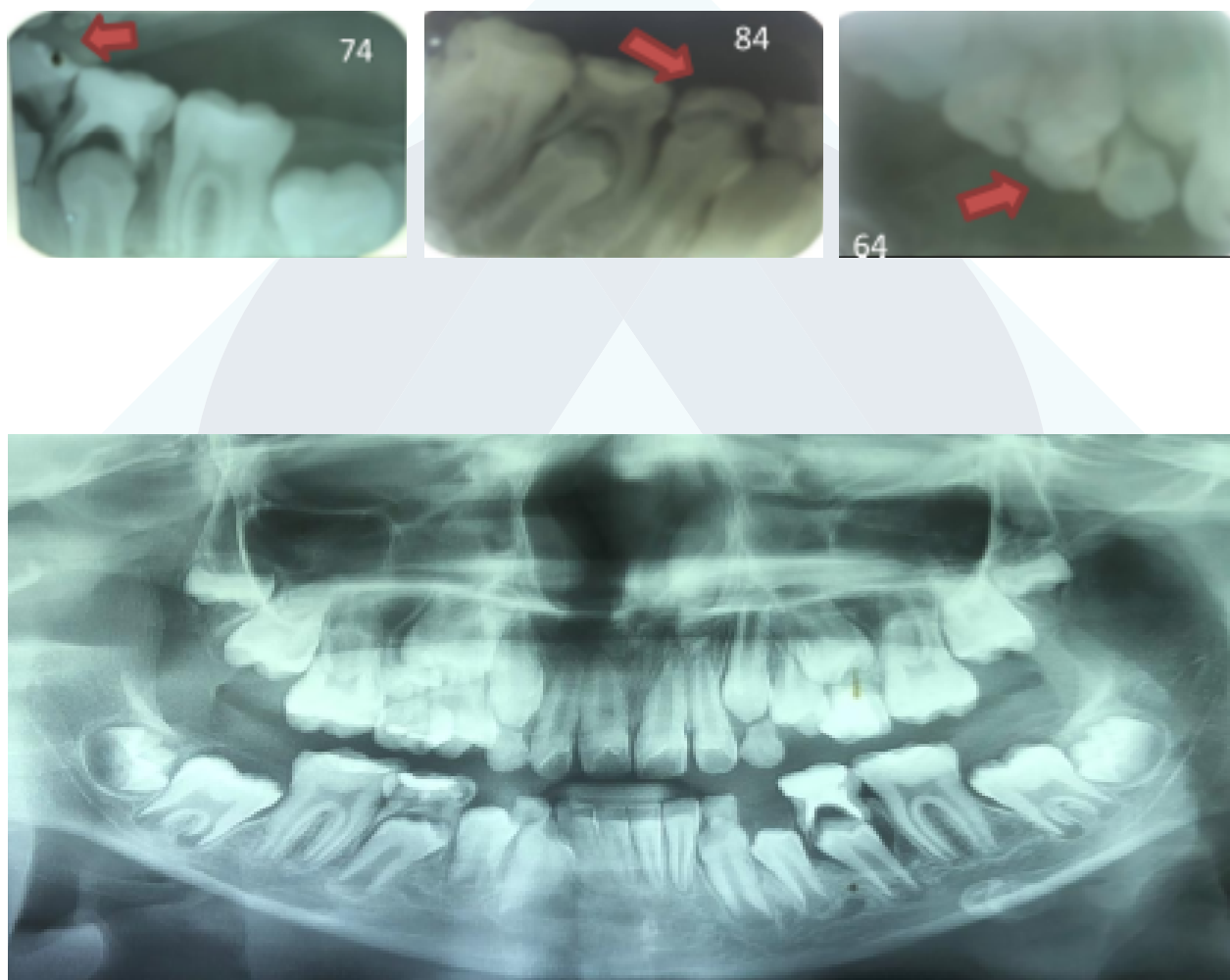
Figura 1. Fotografías extraorales iniciales



Fuente: Clínica Odontológica UPAL - Rotación niño, II -2022

Para el tratamiento integral del paciente, se procedió tanto con la valoración clínica como con la radiográfica, a través de radiografías periapicales como la panorámica, a fin de determinar el respectivo diagnóstico y los tratamientos.

Figura 2. Radiografías periapicales y panorámica



Piezas temporarias como el primer molar superior izquierdo, primer molar inferior derecho y el primer molar inferior izquierdo, presentaban movilidad fisiológica y poco soporte periodontal debido a la rizólisis, lo que apuntaba a la extracción. En el caso del segundo molar superior izquierdo temporario, este presentaba caries dental de segundo grado en ocluso mesial, la profundidad de la lesión cariosa revelaba la necesidad de practicar una pulpotomía. Finalmente, las piezas 16, 46, 26 y 36 se encontraban libres de caries y aptas.

Figura 3. Fotografía intraoral con las exodoncias ya realizadas



Fuente: Clínica Odontológica UPAL - Rotación niño, II -2022

Para aplicación de sellantes que contribuyen a la preservación de su integridad.

Figura 4. Fotografía y radiografías de la pulpotomía



Fuente: Clínica Odontológica UPAL - Rotación niño, II -2022

Continuando con la planificación del tratamiento, una vez que el paciente se encontraba dentalmente rehabilitado, se tomó impresiones con cubetas de stock y alginato de agar agar, para que, tras la obtención de los modelos, se proceda con la aparatología ortopédica funcional indicada para este tipo de caso.

En la siguiente imagen se observa con mayor detalle la presencia de dos manchas parduzcas de forma ovoide ubicadas por debajo de la comisura del labio inferior, una leve pigmentación difusa a nivel del labio superior e inferior, y resequedad por desprendimiento del epitelio superficial en mucosa labial, a causa de hábitos para funcionales crónicos como la constante succión labial.

Figura 5. Fotografía queilitis lamible



Fuente: Clínica Odontológica UPAL - Rotación niño, II -2022

La queilitis lamible es un mal hábito que inicia de manera consciente y voluntaria, con el pasar del tiempo y su repetición constante, llega a tornarse involuntario e inconsciente, causando lesiones en los labios y tejidos próximos. Es descrita como un "Proceso inflamatorio irritativo único de los labios y piel peribucal" (Becerra Da Silva, 2008).

Esta condición se diagnostica mediante un examen clínico extraoral en el que se debe prestar atención a las acciones que realiza el paciente. En el caso particular que se atendió, se observó que el paciente realizaba movimientos constantes para succionarse los labios ejerciendo presión sobre ellos y la piel perilabial. En algunas ocasiones, este hábito puede también manifestarse con ulceraciones por el humedecimiento constante de la piel, sobre todo en su fase aguda, y, según su tiempo de evolución, llegar a pigmentaciones extensas que dependerán de la data de la lesión.

Otros nombres con los que se puede identificar una queilitis lamible son "dermatitis del lamedor labial, queilitis de contacto irritante debido a lamerse los labios, lamerse los labios eczema, dermatitis de contacto inducida por saliva y dermatitis de contacto irritante debido a la saliva" (Magaña García, 2012).

Figura 6. Fotografías de registro del mal hábito



Para la corrección de este mal hábito, se decidió usar un aparato ortopédico funcional placa removible Schwartz, con aditamento lip bumper inferior, el cual

"... actúa por fuerzas musculares propias del cuerpo provenientes de la musculatura labial. El escudo labial vestibular provoca una dilatación de la musculatura labial, lo que provoca un incremento de la tonicidad. Con esto se generan fuerzas musculares que se transmiten a los molares a través del arco. Estas fuerzas pueden emplearse para la compensación de fuerzas dirigidas hacia delante en caso de movimientos dentales y por ende para el anclaje de los dientes" (Grohmann, 2002).

Figura 7. Fotografías de confección de los aparatos ortopédicos superior e inferior



Fuente: Clínica Odontológica UPAL - Rotación niño, II -2022

Realizada la confección de los aparatos ortopédicos, se procedió a su instalación en la boca del paciente (figura 8).

Figura 8. Fotografías de instalación



Fuente: Clínica Odontológica UPAL - Rotación niño, II -2022

“El objetivo principal de este aparato es evitar la succión del labio por la interposición de los discos acrílicos entre los dientes y el labio, eliminando el mal hábito de la succión del labio inferior” (cf. Contreras, 2017).

El aparato cumplió su función, pues tras su instalación, el paciente se veía imposibilitado de seguir con los movimientos anteriores.

Figura 9. Fotografías de registro de corrección del mal hábito



Dos semanas después de iniciado el tratamiento, se evidencia una notable mejoría en la mucosa labial del paciente, habiéndose eliminado por completo la resequedad de la misma por la succión. Igualmente, se constata una considerable disminución de las manchas parduzcas.

Figura 10. Fotografías de inicio y tratamiento en curso 2 semanas después



DISCUSIÓN

Los conocimientos adquiridos durante los años de formación profesional son indispensables para el correcto diagnóstico y posterior tratamiento determinado para el paciente. Es importante prestar atención a los hábitos que presentan los pacientes para identificar este tipo de lesiones y conocer sobre sus características clínicas, ya que pueden variar según su cronicidad.

No existe mucha bibliografía acerca de manifestaciones crónicas de la queilitis lamible, sin embargo, Becerra (2008) la describe como un proceso inflamatorio en la semimucosa labial e involucra a la piel peribucal.

En el caso clínico que se desarrolló, este ya presentaba pigmentaciones marcadas y extensas por la cronicidad del mal hábito adquirido. Grohmann (2002) manifiesta que el lip bumper, con una estructura acrílica prominente vestibular, contribuye al control de la musculatura labial, cuyas fuerzas son disipadas a través del arco dentario.

Al respecto, Contreras (2017) indica que este hábito de succión puede ser eliminado tras 75 días de utilizar el aparato. Por otra parte, señala que, si se tratara de un paciente que no colabora con el uso frecuente del aparato, es posible cementarlo para obtener resultados óptimos. Esta situación no tuvo lugar con el paciente atendido, dado que colaboró usando continuamente su placa removible de Schwartz con el aditamento lip bumper y los resultados positivos fueron notorios a las dos semanas. La pigmentación de la piel peribucal en el labio inferior disminuyó, cumpliéndose las expectativas expresadas por el papá del paciente. Finalmente, se espera eliminar el mal hábito cerca a los 75 días, corroborando la postura de Contreras (2017).



BIBLIOGRAFÍA

Becerra Da Silva, L. (2002). ***Tratado de odontopediatría***. (Tomo I). Amolca.

Contreras, (2017). ***El lip bumper como tratamiento interoceptivo del hábito de interposición labial***. Universidad de Guayaquil.

Grohmann, U. (2002). ***Aparatología en ortopedia funcional***. (1.^a ed.). Amolca.

Magaña, G. M. (2012). ***Guía de dermatología pediátrica***. Médica Panamericana.

Devan, M. M. (1948). ***Principios básicos de la impresión dental***. Elsevier.

Velarde Yositomi, J. C. (2002). ***Atlas de aparatología funcional y aparatología auxiliar***. Odontólogos Asociados S.A.

Guardo, C. R. (1993). ***Ortopedia maxilar: Atlas práctico***. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas C.A.



APEXIFICACIÓN EN PIEZA JOVEN CON RAÍCES INMADURAS

APEXIFICATION IN YOUNG PIECE WITH IMMATURE ROOTS

Interno: Córdoba Miranda Winder Sandra

Tutora: Dra. Carol Mary Cruz Mercado M.

RESUMEN

Ante la existencia de una variedad de lesiones pulpares en una pieza dentaria que pueden comprometer la pulpa, se toma la decisión de realizar un tratamiento pulpar para la conservación de la pieza, evitando la pérdida de la misma. El procedimiento es una pulpotomía parcial o una endodoncia, dependiendo del estado pulpar en que se encuentre la pieza dentaria.

En piezas permanentes de pacientes adultos, son tratamientos normalmente aceptados, pero existen casos en pacientes jóvenes que sin haberse cumplido la formación del ápice o, peor aún, la formación de la raíz, ya presentan compromiso pulpar que implicaría proceder con un tratamiento endodóntico. Esta condición (inmadurez de la formación de la porción radicular) limita el procedimiento y se debe optar por un tratamiento que, dependiendo del estado pulpar, permita desarrollar la porción radicular o cierre de ápice como la apicogénesis o la apexificación,

evitando de este modo la pérdida prematura de la pieza dentaria.

En el caso específico que se presenta, se tiene un paciente ambulatorio de nueve años de edad con una caries recidivante de segundo grado profunda que, eventualmente, pasó a ser una necrosis pulpar en una pieza permanente con la porción radicular inmadura, a quien se le realizó una apexificación para conservar la integridad y la permanencia de la pieza, que a su vez va acelerar el continuo desarrollo de las raíces y, por ende, el cierre apical, para posteriormente practicar el tratamiento endodóntico y la debida restauración de la pieza.

Para facilitar la comprensión, se diferenciará la apicogénesis de la apexificación y se desarrollará el manejo de este caso en particular, mostrando los resultados obtenidos.

PALABRAS CLAVE

ápice, odontopediatría, apicogénesis, apexificación



ABSTRACT

When there is a pulpal lesion that can compromise the pulp, the decision can be made to perform a pulpal treatment for the conservation of the dental piece in the oral cavity and avoid its loss, which is a partial pulpotomy or a endodontics depending on the pulp state in which the dental piece is found, in permanent pieces of adult patients they are normally accepted treatments, but there are cases in young patients who without having completed the formation of the apex or worse still the formation of the root already present pulp compromise which would imply performing an endodontic treatment, but due to this we are limited by the immaturity of the formation of the root portion, for these particular cases we must opt for a treatment that, depending on the pulpal state, allows

the development of the root portion or apex closure such as apicogenesis or apexification thus avoiding premature loss of the dental piece as in this particular case of a 9-year-old outpatient who presented recurrent deep II° caries that eventually became pulpal necrosis in a permanent piece with immature root portion, who underwent apexification to preserve integrity and permanence of the piece, which in turn will accelerate the continuous development of the roots and therefore the apical closure to later carry out the endodontic treatment and the proper restoration of the same, to understand it we will differentiate the apicogenesis from the apexification to later develop the management of this particular case and show the results obtained.

KEYWORDS

Apex, pediatric dentistry, apicogenesis, apexification

INTRODUCCIÓN

Los primeros molares son las primeras piezas permanentes en erupcionar para constituir la llave de la oclusión. Estos erupcionan a partir de los 6 años dando el inicio a la dentición mixta, por ello muchas veces pasa desapercibido y no le dan la debida importancia que merece, en muchos casos lamentablemente se encuentran en un estado crítico en el que se toma la radical decisión de la extracción de la pieza dentaria (Hernández et al., 2015).

La apicogénesis se define como el conjunto de maniobras que se ejecutan en piezas jóvenes con raíces inmaduras cuya pulpa se encuentra en un estado reversible, este procedimiento consiste en una pulpotomía parcial en el que se extirpa la pulpa cameral, con el uso de anestesia local y complementando con medicación de hidróxido de calcio, que favorecerá, protegerá y estimulará a la correcta cicatrización promoviendo su continuo desarrollo radicular hasta conseguir el cierre apical.



Entre las indicaciones de una apicogénesis se tiene: pulpitis reversible, pieza con lesión coronaria, pero con la pulpa radicular sana, fractura coronaria en piezas jóvenes. En todo tratamiento puede existir ciertas complicaciones como ser: descuido por parte del paciente o tutores para asistir a los controles dentales; la filtración de bacterias en la restauración y en casos pocos frecuentes una pulpitis irreversible, necrosis pulpar o reabsorción externa e interna. En esos casos se toma la decisión de extirpar la pulpa radicular y se induce a la formación y cierre apical mediante la apicoformación y en casos extremos a la extracción de la pieza (Huanca y Medrano, 2020).

La apicoformación es un procedimiento en el cual se induce a la formación de las raíces mediante el hidróxido de calcio en piezas con ápices inmaduros que han sufrido una necrosis pulpar o pulpitis irreversible con el fin del cierre apical para el debido tratamiento endodóntico (Huanca y Medrano, 2020).

Cortés et al. (2013) afirman que tradicionalmente la apicoformación se realizaba con hidróxido de calcio, sin embargo, implicaba un tratamiento duradero con la consecuente necesidad de seguimiento al paciente. Además, requería después de un mes el cambio de medicación ocasionando alteraciones en la dentina que provocan que la pieza sea más susceptible a la fractura. En ese sentido, proponen como alternativa el uso de un tapón apical que vendría a ser el MTA, cuya ventaja es ser un procedimiento más rápido, disminuyendo citas con el paciente y con una formación más predecible.

Otra opción empleada con bastante frecuencia es el hidróxido de calcio que es un compuesto que se usa en el área de Endodoncia como medicación intraconducto teniendo como propiedades el de inducir a la formación de tejido duro, acción antibacteriana y capacidad tisular, para esto se requiere el uso del vehículo idóneo el cual puede variar dependiendo a las necesidades del paciente (Flores et al., 2005).

Entre los vehículos de elección para el uso del hidróxido de calcio tenemos al propilenglicol que su consistencia viscosa lo hace mejor para el manejo de este compuesto ya que va aumentar su actividad antimicrobiana, mantiene estable al hidróxido de calcio y repara el tejido circundante, además de ser una pasta económica, de alta calidad y fácil manejo (Felix, 2005).

Para la eficacia de la medicación intraconducto debe penetrar los túbulos dentinarios para así acceder a los microorganismos alojados en ellos, el hidróxido de calcio puro no es radioapaco por ello no se puede observar radiográficamente, algunos autores recomiendan añadir a la mezcla una pequeña cantidad de yodoformo que de esta manera podrá aumentar su radiopacidad y así detectarse radiográficamente (Rodríguez, 2009).

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

El caso corresponde a la atención de un paciente ambulatorio pediátrico de sexo masculino de nueve años de edad, quien acude acompañado de su madre a la clínica odontológica de la Universidad Privada Abierta Latinoamericana en el rote del internado. La madre refiere que el paciente presenta dolor y que le suministró analgésicos.

Figura 1. Obturación provisional pieza 2.6



Fuente: Elaboración propia

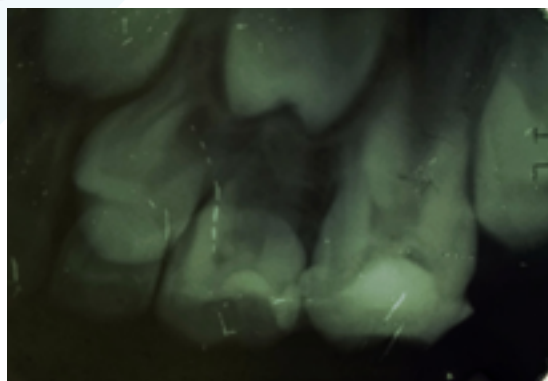
1.1. EXAMEN CLÍNICO

En la inspección clínica se observa una obturación provisional en la pieza 2.6; a la percusión horizontal y vertical, el paciente manifiesta dolor. Posteriormente, se procede a realizar un examen complementario con una radiografía periapical.

Figura 2. Radiografía preoperatoria de la pieza 2.6

1.2. EXAMEN RADIOGRÁFICO

Radiográficamente se observa un trabéculado óseo normal, un ligero ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal. A nivel coronario se advierte una zona radiopaca, alrededor de dicha zona se distingue una sombra radiolúcida que supone una filtración de caries con compromiso pulpar. En la zona radicular se observa 3 raíces parcialmente formadas hasta el tercio cervical radicular, presentando un estadio de nolla 7.



Fuente: Elaboración propia



Una vez realizados los exámenes que correspondían, se determinó como diagnóstico inicial una caries recidivante de II° profunda. Por consiguiente, se optó por practicar un tratamiento conservador consistente en una protección pulpar indirecta, para lo cual se empleó la técnica de anestesia troncular del nervio dentario posterior; seguidamente, se eliminó la obturación provisional con fresa redonda de alta velocidad de diamante. A su vez, la dentina reblandecida situada debajo de dicha obturación fue eliminada cuidadosamente con fresa de baja velocidad de carburo, a pesar de ello, durante el procedimiento se ocasionó una herida pulpar por la profundidad en que se encontraba el tejido carioso, realizándose así una protección pulpar directa mediante el uso de hidróxido de calcio químicamente puro, aplicando una gota en la herida previamente desinfectada con clorhexidina, luego se colocó hidróxido de calcio fraguable (Dycal) y por encima ionómero de vidrio. Finalmente, se preparó una mezcla de fosfato de zinc que se introdujo en la cavidad y se dejó en observación por 35 días.

A los siete días, el paciente asistió a la clínica odontológica refiriendo dolor; por lo tanto, se optó por realizar la apicogénesis, que consiste en una pulpotomía parcial con el fin de estimular al desarrollo radicular mediante el uso de hidróxido de calcio y así mantener la vitalidad de la pulpa radicular.

Se realizó la técnica de anestesia troncular del nervio dentario posterior, se retiró el techo de la cámara pulpar utilizando una fresa redonda de alta velocidad de carburo y después la endo Z para mejor accesibilidad.

La pulpa cameral fue extirpada dejándose solamente la pulpa radicular y se controló la hemorragia con una torunda de algodón estéril. Después, se lavó la cámara con suero fisiológico y secó con otra torunda.

Para la preparación de la mezcla del hidróxido de calcio, se utilizó como vehículo lidocaína con epinefrina, se aplicó la mezcla en la entrada de los conductos con ayuda de un dicalero y, una vez fraguada, se introdujo el ionómero de vidrio. Para sellar la cavidad se mezcló e introdujo fosfato de zinc a fin de evitar filtraciones de microorganismos. Posteriormente, se citó al paciente para el mes siguiente para el recambio de la medicación.

Transcurridas tres semanas, se presentó el paciente refiriendo molestias leves en la masticación. Se procedió a retirar la obturación y, a medida que se retiraba el material, un olor fétido emergió de la cámara pulpar, concluyéndose que la pieza se ha necrosado.

En consecuencia, el diagnóstico y la planificación del tratamiento se ven alterados, así, se determina otro tratamiento en función a la condición de la pieza dentaria.

1.3. MANEJO DEL TRATAMIENTO – APEXIFICACIÓN

Como diagnóstico y tratamiento definitivos, se optó por realizar la apexificación de la pieza con el objetivo del cierre del ápice para su correspondiente necropulpectomía.

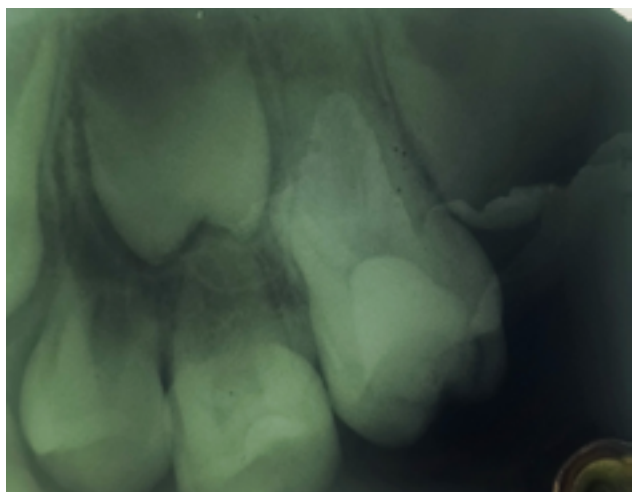
Una vez retirada la obturación, se lavó con suero fisiológico y con ayuda de tira nervios se retiró la pulpa radicular necrosada. Los conductos radiculares se irrigaron con hipoclorito de sodio para su desinfección y se secó con el suctor endodóntico (es necesario que la cavidad siempre esté seca y libre de saliva para evitar contaminación por bacterias).

Se preparó una mezcla de hidróxido de calcio con suero fisiológico y fue introducida en los conductos con ayuda de un lentulo, de modo que ingrese eficazmente; ya fraguada, se colocó ionómero de vidrio con un dicalador y cuando ya secó, se obturó con cemento fosfato de zinc hasta la siguiente sesión para el correspondiente control.

Cabe resaltar que el hidróxido de calcio puro es un compuesto que no se puede observar radiográficamente.

Tras un mes, el paciente acudió para el debido control, durante ese periodo no hubo molestias. Se procedió a retirar la obturación provisional con fresa redonda de diamante de alta velocidad, se lavó con suero fisiológico y secó con una torunda de algodón estéril. A continuación, se irrigaron con hipoclorito de sodio los conductos radiculares y con un suctor endodóntico se secaron los conductos para poder medicar nuevamente con el hidróxido de calcio; en esta oportunidad se empleó un vehículo diferente que por sus propiedades es más eficaz en la estabilidad del hidróxido de calcio en el interior del conducto. Este vehículo es el propilenglicol que es una sustancia de consistencia viscosa, se introduce la mezcla con un lentulo, fragua y después, con un dicalador, se introduce ionómero de base, se espera el fraguado, se introduce el ionómero de vidrio y se obtura con fosfato de zinc para el siguiente control.





El último examen radiográfico muestra que una raíz palatina ya alcanzó al cierre apical, mientras que las vestibulares siguen en dicho proceso. Clínicamente ya no hay presencia de dolor por lo que se concluye un pronóstico favorable.

Es esencial tener conocimientos sobre diferentes tratamientos que permitan conservar las piezas permanentes, sobre todo si estas son tan fundamentales en la llave de oclusión. De igual forma, es muy importante recomendar e informar como profesionales del área a los padres de familia, orientándolos y motivándolos a tener mayor cuidado con la higiene bucal

de sus hijos, insistiendo en que no descuiden la salud dental, pues puede haber daños que repercutan de manera trascendental en la vida de sus hijos.

Según Gutiérrez y Fadel (2017), la apexificación consiste en la limpieza y antisepsia del conducto, obturando con hidróxido de calcio o MTA, induciendo al cierre apical mediante la formación de un tejido duro, mas no a la formación radicular.

Figura 3. Apexifiación - control 1 pieza 2.6



Fuente: Elaboración propia



DISCUSIÓN

Existe una gran diferencia entre la apicogénesis y la apexificación que se debe considerar cuando se presentan casos de esta naturaleza; al respecto, Huanca y Medrano (2020) señalan que la apicogénesis trata sobre la estimulación al continuo desarrollo radicular mediante el hidróxido de calcio, en pieza que no han culminado su desarrollo radicular y presente una lesión pulpar de manera reversible, mientras que la apexificación conlleva a la estimulación de crear una barrera de tejido duro y así obtener cierre apical o tope apical, para la posterior endodoncia, en piezas que hayan sufrido una pulpitis irreversible o una necrosis pulpar.

En este caso se buscó documentar los cambios que sucedieron durante el tratamiento. De inicio se presentó una pulpitis reversible, observándose en la imagen de la radiografía solo el tercio cervical radicular desarrollado, optándose así por realizar la apicogénesis que posteriormente derivó en una apexificación. Esto se debió a la necrosis inesperada de la pieza dentaria, hecho que evidencia que todo diagnóstico y tratamiento pueden variar por muchos factores y se deben saber enfrentar.



BIBLIOGRAFÍA

Cortés, O., Nosás, M., y Briones, T. (2013). Opciones de tratamiento: Apicogénesis y apicoformación. *Odontología Pediátrica*, 21(2), 157-161.

Félix, C. (2005). Propilenglicol, vehículo viscoso que incrementa la propiedad del hidróxido de calcio. *Revista ADM*.

Flores, D., Andrade, L., y Lainfiesta, J. (2005, julio-agosto). Comparación del hidróxido de calcio como medicamento intraconducto, utilizando vehículos viscosos y acuosos. *Revista ADM*, 62(4), 137-141.

Gutiérrez, I., Corona, A., & Hernández, C. (2015, julio-diciembre). Apexificación utilizando el hidróxido de calcio como primera alternativa de tratamiento. *Odontología Pediátrica*, 14(2). México. Pag 150-157.

Gutiérrez M., Fadel, P. (2017). Tratamiento del diente permanente joven. *Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Capítulo 11*, pag. 148-156

Huanca, V., Medrano, M. (2020, julio). Guía de procedimiento de apicogénesis, Instituto Nacional de Salud San Borja, Ministerio de Salud de Perú.

Rodríguez, S. (2009). Importancia del hidróxido de calcio como medicamento intraconducto en endodoncia: A propósito de un caso clínico. *Gaceta Dental*, marzo 2009.



SEDACIÓN CONSCIENTE EN CIRUGÍA BUCAL DE RESTOS RADICULARES

CONSCIOUS SEDATION IN ORAL SURGERY OF ROOT RESTS

Interno: Aillon Montero Rebeca Cynthia
Tutora: Dra. Carol Mary Cruz Mercado M.

RESUMEN

La presencia de restos radiculares en los pacientes es un hecho muy frecuente en la praxis diaria debido a la deficiente higiene bucodental que muchos de ellos tienen y al desconocimiento de la educación sanitaria. Hay pacientes que no visitan al odontólogo cuando presentan caries en etapa inicial, esto denota descuido y falta de interés en su salud dental.

Los restos radiculares se dan por un gran avance de caries dental que no fue tratada, provocando que la pieza dentaria se destruya completamente, perdiendo el remanente coronario y quedando raíces dentro de la cavidad bucal. Dejar restos radiculares

en la boca puede ser perjudicial para el paciente, ya que, regularmente son un foco de infección que puede producir diversas condiciones desfavorables para la salud general del paciente.

Existen casos en los cuales el paciente se encuentra en un estado de nerviosismo muy elevado, por lo que el procedimiento se complica y se tiene que optar por alguna alternativa que viabilice la intervención. En situaciones leves de ansiedad o nerviosismo, se emplea la sedación en estado consciente que ayuda a que el paciente se encuentre relajado y en calma para proceder con el protocolo quirúrgico.

PALABRAS CLAVE

sedación consciente, alprazolam, instrumental, cirugía



ABSTRACT

The presence of root remains in patients is a very frequent fact in daily practice due to the lack of oral hygiene that many of them have and the null or little health education, being of little interest to go to the dentist when dental caries is present. at an initial stage.

The root remains are caused by a great advance of a dental caries that was not treated, causing the tooth to be completely destroyed, leaving no coronary remnant and leaving roots inside the oral cavity. Leaving root remains in the mouth can be harmful

to the patient since most of them are a source of infection that can produce various unfavorable factors for the patient's general health.

There are cases in which the patient is in a state of very high nervousness for which the procedure becomes less simple and different determinations have to be chosen to carry out the treatment plan, in mild cases of anxiety or nervousness, Conscious state sedation is used to help the patient feel relaxed and calm to proceed with the entire surgical protocol.

KEYWORDS

Conscious sedation, alprazolam, instrumental, surgery.

INTRODUCCIÓN

En la práctica odontológica, se busca la conservación de las piezas dentales, sin embargo, existen casos en los cuales la cirugía es la primera y mejor opción de tratamiento, sobre todo para los restos radiculares que no tienen buen pronóstico y son más propensos a generar focos de infección (Ramírez et al., 2007).

Los restos radiculares generalmente no son convenientes dentro de la cavidad bucal, pudiendo ocasionar diversas patologías en el paciente, por lo tanto, es recomendable la exodoncia. En muchas ocasiones, estos restos son consecuencia de patologías dentales como caries o fracturas coronarias que van destruyendo la corona dentaria (Gay y Berini, 2004).

En el presente caso clínico, los restos radiculares presentaban un pronóstico desfavorable, pues no era posible una rehabilitación convencional, de este modo, el plan de tratamiento fue la exodoncia simple. Los restos radiculares podrían haber desencadenado una infección ósea crónica, e incluso, con el paso del tiempo, producir una osteomielitis, causando dolor y destrucción ósea; estas afecciones también producen halitosis y en algunos casos dificultad en la masticación (Donado, 2005).



Desde el punto de vista didáctico, se consideran los siguientes tipos de restos radiculares:

Raíces que emergen del proceso alveolar. Es decir que son perfectamente visibles en el examen intraoral, que presentan suficiente tejido dentario para realizar la exodoncia con fórceps, en estos casos también se puede realizar la combinación de fórceps y elevadores. Raíces que están en mayor o menor grado recubiertas por la encía o la mucosa bucal y que no presentan una superficie adecuada para la prensión con un fórceps, estos restos radiculares son tributarios de extracción únicamente con elevadores con o sin ostectomía. (Gay y Berini, 2004, pp 249)

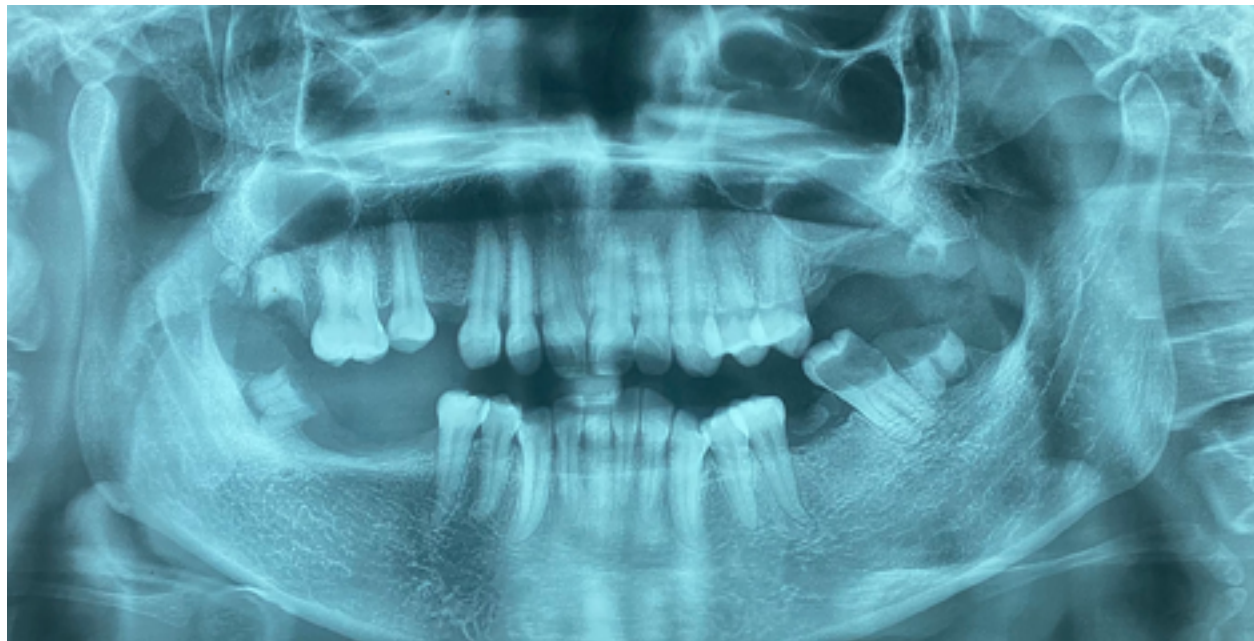
1. REPORTE DEL CASO

Se presenta el caso clínico de una paciente de sexo femenino que acude a consulta a la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Abierta Latinoamericana, para que se valore el estado de sus piezas dentales, se diagnostique y proceda con el correspondiente tratamiento. Con los datos que la paciente proporcionó, se obtuvo la información necesaria que determinó que la paciente no cuenta con antecedentes médico-patológicos personales y los antecedentes familiares tienen relevancia mínima. En el examen intraoral, se observa que la paciente tiene una deficiente higiene bucal, presencia de tártaro supragingival en el sector anteroinferior y sector posterosuperior, varias piezas con caries de primer y segundo grado, múltiples restos radiculares y zonas edéntulas de piezas anteriormente extraídas.

Ante este panorama, el tratamiento inició por el área de periodoncia, eliminando tártaro dental presente en la región anteroinferior e incentivando la educación oral a la paciente con indicaciones referidas al correcto cepillado dental. Se realizó profilaxis con pasta profiláctica, previa detección de placa bacteriana; se prosiguió con el área de cirugía con la extracción de todos los restos radiculares. Posteriormente, se continuó con el área de operatoria tratando todas las caries y, finalmente, se intervino en el área de prótesis removable, para devolver funcionalidad estomatognática a la paciente.

Examen radiográfico. - Se observan restos radiculares de las piezas 18, 17, 27, 36, 38 y 47. Estos fueron extraídos ya que no podían ser tratados de manera convencional; a estas extracciones se las denomina exodoncia profiláctica de restos radiculares (Ramírez et al., 2007).

Figura 1. Radiografía panorámica



Fuente: Elaboración propia

Plan de tratamiento. - Se extendió a la paciente una orden para que se realice pruebas de laboratorio "para poder complementar la historia clínica con el fin de diagnosticar algún problema sospechado o evaluar el estado de salud vigente de una persona" (Donado, 2005), en este caso, de la paciente.

Las indicaciones y ventajas para realizar pruebas de laboratorio son:

- Ayuda en el diagnóstico de una enfermedad sospechosa como, por ejemplo: trastornos hemorrágicos, diabetes.
- Detección selectiva de una enfermedad no detectada en pacientes de alto riesgo, por ejemplo: hepatitis B, sida, diabetes.
- Establecimiento de los valores normales basales antes del tratamiento como en el caso del estado de anticoagulación, insuficiencia renal o hepática (Donado, 2005, pp 86).

La siguiente tabla sirve como referencia de parámetros, para evaluar los análisis de laboratorio de la paciente.



Tabla 1. Hemograma básico y valores normales

RECuento CELULAR COMPLETO	
Leucocitos	4.500 a 11.000
Eritrocitos (hombres)	4,6 a 6,2 x 10 ³ µl
Eritrocitos (mujeres)	4,2 a 5,4 x 10 ³ µl
Plaquetas	150.000 a 450.000
Hematócrito (hombres)	40 a 54%
Hematócrito (mujeres)	38 a 47%
Hemoglobina (hombres)	13,5 a 18 g/dl
Hemoglobina (mujeres)	12 a 16 g/dl
Volumen Corpuscular medio (VCM)	80 a 90 µl
Hemoglobina corpuscular media (HCM)	27 a 31 pg
Concentración de hemoglobina corpuscular media (CHCM)	42 a 36 %

RECuento DIFERENCIAL	
Neutrófilos segmentados	56
Cayados	3,0
Eosinófilos	2,7
Basófilos	0,3
Linfocitos	34
Monocitos	4,0

Fuente: Elaboración propia

Los análisis del hemograma de la paciente resultaron dentro de los valores normales, así, la paciente se encontraba con un estado de salud óptimo para practicarle una exodoncia simple. Una vez que se obtuvo los resultados, se programó la extracción y se explicó a la paciente todo el procedimiento.

Figura 2. Resultados del examen de laboratorio

Alcazar
Laboratorio Clínico

Av. Blanco Garmendia 500
Telfs.: 4261372 - Emerg.: 4392587 • Cel.: 651
Quillacollo - Cochabamba

Fecha: C/05/11/2022
Paciente: OFELIA TAQUICHIRI
Médico: UPAL

Edad: 34 años

HEMATOLOGIA

ANÁLISIS	RESULTADOS	UNIDADES	REFERENCIAS
Eritrocitos:	4,400,000	mm ³	4.0 a 5.9
Leucocitos:	7,400	mm ³	4,500 a 10,000
Hemoglobina:	13,1	mg%	12,0 a 15,0
Hematocrito:	41	%	36 a 52
Plaquetas:	280,000	mcL	150,000 a 400,000
VCM:		fL	80 a 100
HCM:		pg	26 a 32
CHCM:		%	32 a 36
Sedimentación Globular:			
1ra Hora:	21	mm	0 - 20
2da Hora:	45	mm	
Indice de katz	10,9	mm	

Mielocitos	Metamielocitos	Cayados	Neutrófilos	Eosinófilos	Basófilos	Linfocitos	Monocitos	Blastos
			76			22	2	
0%	0%	1 - 3%	45 - 65 %	1 - 4 %	0 - 1 %	20 - 40 %	1 - 8 %	0%

COAGULACION

ANÁLISIS	RESULTADOS	UNIDADES	REFERENCIAS
Tiempo de Coagulación	11	Min	5 a 12
Tiempo de sangría	3,5	Min	2 a 5

QUIMICA SANGUINEA

ANÁLISIS	RESULTADOS	UNIDADES	REFERENCIAS
Glicemia	95	mg/dl	70 a 110

Dr. Lizbeth Choque Berro
Médico Farmacéutico
C.O.P. 400

Fuente: Elaboración propia

El procedimiento de extracción se desarrolló en el quirófano de la clínica, previamente se dispuso la mesa quirúrgica dividiéndola en sectores, de acuerdo a los tiempos quirúrgicos: diéresis, exéresis y síntesis.

Los instrumentos para diéresis corresponden al instrumental de división o separación de partes o tejidos naturalmente unidos, cuando esta división se realiza mediante una hoja de bisturí se le denomina incisión, mientras que, si dicha división consiste en separar capas de diferentes estructuras tisulares, se habla de despegamiento (Donado, 2005). Entre los instrumentos de diéresis se encuentran los bisturíes, tijeras y despegadores, también se tienen los instrumentos para prensión y fijación, estos reciben el nombre genérico de pinzas. Estas últimas son de dos tipos, las de disección y las de forcipresión; las primeras se cierran o abren por presión de los dedos y las segundas no son elásticas, tienen ramas articuladas y se abren y cierran mediante la acción de su cremallera (Donado, 2005).

La siguiente sección de la mesa quirúrgica consta del instrumental para exéresis que “significa separación de una parte de un órgano o tejido” (Donado, 2005, pp 190). Hay instrumentos para exéresis de tejidos blandos y duros; para tejidos blandos se tienen los bisturíes, las tijeras, las curetas y las cucharillas para hueso; por otro lado, para tejidos duros están la pinza gubia, las limas para hueso, los fórceps, los cinceles o escoplos, estos últimos son de menor utilización (Donado, 2005).

Por último, se encuentran los instrumentos para la síntesis, que son las agujas para suturas, los portaagujas y los hilos para sutura. Existen hilos absorbibles naturales (catgut y colágeno), los absorbibles artificiales (poliglicólico, polidioxanona, poligluconato), los no absorbibles sintéticos (seda, lino, algodón) y los no absorbibles naturales (poliéster, poliamida, polipropileno, poliacrilonitrilo) (Donado, 2005).

Figura 3. Instrumental mesa quirúrgica



En la cita programada con la paciente, se le aplicó la anestesia, sin embargo, se encontraba muy nerviosa y ansiosa, presentó un episodio ansioso con un parpadeo repentino y constante, generando demasiado estrés en su sistema nervioso central. Es importante apuntar que este parpadeo se dio del lado contrario al sector donde se aplicó la anestesia local. Ante esta situación, se postergó la cirugía y reprogramó. Tomando en cuenta este evento, respecto a la reacción de la paciente, se optó por realizar la cirugía bajo sedación consciente, "sedación del paciente donde sus reflejos protectores son normales o están mínimamente alterados, el paciente conversa con nosotros, mantiene lógicamente la capacidad de responder órdenes. Este estado se consigue con la inhalación de óxido nitroso o mediante fármacos, donde predominan las benzodiacepinas administradas por vía oral, rectal o endovenosa" (Gay y Berini, 2004, p. 155).

García y López denominan la sedación como una técnica farmacológica que permite la disminución del nivel de conciencia de tal manera que el paciente pueda mantener permeable la vía aérea de forma independiente y continua (Donado, 2005, p. 148).

Existe una clasificación por niveles dentro de la sedación consciente donde el nivel uno es una sedación leve o ansiólisis, el nivel dos es interactivo y el nivel tres es en el que el paciente solo responde a estímulos físicos (Donado, 2005).

Dentro de la selección de fármacos, se encuentran las benzodiacepinas, que son de un amplio espectro de acción sobre el sistema nervioso central y sobre la conducta (Donado 2005). Se caracterizan por ser ansiolíticos, hipnóticos, anticonvulsivantes y relajantes musculares, que pueden producir amnesia anterógrada (Gay y Berini, 2004).

Se eligió el fármaco alprazolam de 0,5 mg de administración por vía oral, "es una benzodiazepina que actúa en el cerebro y el sistema nervioso central para producir un efecto calmante" (Inside RX, s.f.).

Figura 4. Alprazolam



Fuente: Elaboración propia

Posterior a la toma de la medicación y tras una espera de 15 minutos, se practicó la técnica de anestesia correspondiente, troncular del nervio dentario inferior con complemento del nervio bucal largo y troncular del nervio posterior superior con complemento palatino. Una vez anestesiada la paciente, se procedió con la sindesmotomía, luego se continuó con la luxación de las piezas con elevadores o botadores; en el caso de las piezas que tenían espacio para la prensión, se utilizó la ayuda del fórceps para restos radiculares, también conocido como bayoneta que "cuenta con una zona activa curvada larga y afilada" (Gay y Berini, 2004).

Realizada la avulsión, se prosiguió con el curetaje del alveolo con la cureta de Lucas para asegurarse de eliminar posibles tejidos patológicos como podrían ser los granulomas, quistes radiculares. Inmediatamente después del curetaje, se procede con la irrigación dentro del alveolo con suero fisiológico o agua destilada, antes de realizar la sutura; en este caso, se realizaron suturas de punto simple y una de punto en X, utilizando hilo de tipo nylon de 4/0 para evitar que los restos alimenticios se adhirieran al hilo, como es el caso del hilo de seda, y así mantener más higiénico el lugar intervenido.

Figura 5. Extracciones



Figura 6. Puntos de sutura



Fuente: Elaboración propia

Durante el procedimiento no se presentaron complicaciones y se informó a la paciente sobre los cuidados posquirúrgicos para su recuperación.

- Mantener mordiendo la gasa durante 20 minutos.
- No ingerir alimentos hasta que pase el efecto del anestésico.
- No aspirar, no escupir, no succionar, no hacer gárgaras, ni buchadas.
- Alimentación blanda, blanca, líquida y fría el primer día, no consumir alimentos irritantes ni condimentados, no masticar coca.
- Dormir con almohada alta la primera noche.
- No hacer esfuerzos físicos, no exponerse al sol.
- No ingerir bebidas alcohólicas ni fumar hasta el retiro de los puntos de sutura.
- El primer día no debe cepillar la zona intervenida, el segundo día realizar con delicadeza el cepillado.

Se recetó medicación oral.

- Amoxicilina de 1 gr. #21, cada 8 horas durante 7 días.
- Ibuprofeno de 600 mg. #9, cada 8 horas durante 3 días.

Tres días después de la intervención, se citó a la paciente para el control posquirúrgico y se observó que la zona intervenida se encontraba en buen estado y con una cicatrización óptima. A los diez días de la cirugía, se retiraron los puntos.

Figura 7. Retiro de puntos



Fuente: Elaboración propia



DISCUSIÓN

Entre los procedimientos para tratar un paciente que presenta ansiedad, se puede aplicar el tratamiento de la ansiólisis, de esta manera, la persona se encuentra relajada y puede estar despierta. En el caso clínico expuesto, se produce la relajación con medicamentos especiales para practicar la cirugía menor. La exodoncia simple fue el plan de tratamiento más aceptable en esta paciente, si bien no todos los restos radiculares son focos de infección, en este caso se redujo la posibilidad de llegar a un cuadro de infección o a alguna complicación por la presencia de estos restos.

Se corroboró la información del estado de salud de la paciente con exámenes complementarios para proceder de manera segura, sin embargo, la paciente experimentó una situación de ansiedad, la cual se sitúa en la clasificación de nivel 1 de Donado, que propone que un estado de ansiólisis requiere sedación consciente. Por su parte, Gay y Escoda no clasifican la sedación consciente por niveles y solo se basan en el control de respuesta del sistema nervioso central de manera general.

En el proceso de extracción, la paciente manifestó un gran cambio mientras se encontraba bajo el efecto del alprazolam, no tuvo ningún tipo de reacción nerviosa ante la administración de anestesia y durante todo el procedimiento estuvo tranquila, sin manifestar molestia alguna, manteniéndose los signos vitales dentro de los valores normales.

La sedación consciente es una técnica muy aceptable y de gran ayuda ante situaciones como esta, permitiendo al odontólogo realizar el procedimiento de manera efectiva, sin inconvenientes y con la seguridad de que el paciente se encuentra en un estado de total tranquilidad y se siente en confianza.



BIBLIOGRAFÍA

Donado, R. M. (2005). *Cirugía bucal: Patología y técnica*. Elsevier Masson.

Gay Escoda, C. y Berini Aytés, L. (2004). *Tratado de cirugía bucal*. Ergon.

Inside RX. (s.f.). Inside Scoop Blog. <https://insiderx.com/es/drugs/alprazolam>

Ramírez, A., Tobar, P. y Sánchez, G. (2007). Evaluación completa para la extracción de restos radiculares en el transquirúrgico. *Scribd*. <https://scribd.com>



TRATAMIENTO CLÍNICO DE PERIODONTITIS LOCALIZADA ESTADIO II GRADO B - EN PACIENTE DE 23 AÑOS

CLINICAL TREATMENT OF LOCALIZED PERIODONTITIS STAGE II GRADE B - IN A 23-YEAR-OLD PATIENT

Interna: Figueroa Guevara Blanca Ester

Tutora: Dra. Carol Mary Cruz Mercado M.

RESUMEN

En el campo de la odontología, existen enfermedades que revisten gran importancia, particularmente en la especialidad de periodoncia, pues se pueden identificar enfermedades periodontales a través de las características clínicas que presenta la encía. Estas consideraciones permiten determinar el diagnóstico y, por tanto, el plan de tratamiento que corresponda.

Ambos aspectos están condicionados por los conocimientos adquiridos y la elección de los protocolos para practicar el tratamiento oportuno, en busca de resultados óptimos.

En este caso en particular se presenta un paciente que padece periodontitis crónica localizada la misma fue tratada durante la rotación de la Clínica Integral Adulto en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Abierta Latinoamericana. El fin es establecer el diagnóstico aplicando la nueva clasificación de enfermedades periodontales, a partir de la descripción de sus características clínicas, así como de los agentes causantes para después exponer el tratamiento empleado y los resultados clínicos alcanzados.

PALABRAS CLAVE

Gingivitis, Clasificación, Periodontitis, Periodonto, Enfermedad.



ABSTRACT

In the field of dentistry, there are diseases that are of great importance, particularly in the specialty of periodontics, since periodontal diseases can be identified through the clinical characteristics of the gum. These considerations allow us to determine the diagnosis and, therefore, the corresponding treatment plan. Both aspects are conditioned by the knowledge acquired and the choice of protocols to practice timely treatment, in search of optimal results. This particular case

presents a patient who suffers from localized periodontitis, which was treated during the rotation of the Comprehensive Adult Clinic at the Dental Clinic of the Latin American Open Private University. The purpose is to establish the diagnosis by applying the new classification of periodontal diseases, based on the description of its clinical characteristics, as well as the causative agents, and then expose the treatment used and the clinical results achieved.

KEYWORDS

Gingivitis, Classification, Periodontitis, Periodontium, Disease.

INTRODUCCIÓN

Una apropiada rehabilitación oral se sustenta en un diagnóstico acertado y su correcto plan de tratamiento, todo ello con base en la adecuada recolección de datos a partir del registro de la historia clínica del paciente y del análisis de exámenes complementarios.

“No necesitas usar hilo dental en tus dientes, solo en aquellos que quieres seguir conservando” (Acuña, 2022), Muchas personas pasan por alto aspectos como este que son muy importantes cuando se realiza la higiene dental diaria; al ignorarlos, a la larga, se producen complicaciones gingivales y periodontales a la larga.

En esta segunda rotación hemos tenido la oportunidad de atender a un paciente Joven de 23 años de edad quien presentaba diferentes signos y síntomas propios de la periodontitis crónica localizada, por lo que en el desarrollo se determinarán los diferentes signos que nos llevan a sustentar el diagnóstico periodontal del paciente dentro la nueva clasificación de las enfermedades y alteraciones periodontales y periimplantares por la AAP-EFP (Asociación Americana de Periodoncia- Federación Europea de Periodoncia) publicada el año 2017 para posteriormente detallar el tratamiento y resultados alcanzados hasta la culminación de la segunda rotación de internado en la clínica integral Adulto gestión II - 2022.

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino de 23 años de edad acude a la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Abierta Latinoamericana (UPAL). El paciente refiere: ***“quiero que me hagan una revisión de todos mis dientes, ya que percibo un mal olor y mal sabor todos los días”***. En la inspección bucal, se evidenció descuido dental y deficiente higiene bucal por las múltiples lesiones y acumulación de placa bacteriana, presencia de caries de primer y segundo grado, así como recidivas.

Figura 1. Fotografías intraorales iniciales



Fuente: Elaboración propia

Aplicado el examen periodontal, se observa la presencia de cálculo, cambios de coloración a rojo intenso a nivel de la encía y aumento de volumen, cuyo resultado es sangrado gingival.

Entre los signos que presentan las imágenes del paciente, en el examen intraoral a nivel del margen gingival de las piezas anteroinferiores incisivos centrales inferiores izquierdo y derecho, incisivo lateral derecho, canino derecho y a nivel del primer premolar superior derecho (piezas 31-41-42-43-13 y 14) se observa claramente un cambio de coloración a rojo intenso debido a una gingivitis marginal localizada que "afecta el margen gingival y puede incluir una porción de la encía insertada, se confina a una o más áreas de la encía marginal" (Carranza, 2014,p.115), igualmente en todas las piezas dentales a nivel del margen gingival se observa el mismo cambio de coloración aunque más leve, siendo una gingivitis marginal crónica generalizada inducida por la placa bacteriana, debido a la mala higiene del paciente.

En la pieza 13 se denota un cambio de coloración a rojo intenso a nivel del margen gingival, la papila interdental del lado mesial, y se va extendiendo a la encía adherida de la misma pieza extendiéndose hacia las piezas vecinas. El reborde marginal de la encía es irregular debido al leve aumento de volumen, su textura es lisa y brillante.

Figura 2. Fotografías intraoral de gingivitis localizada



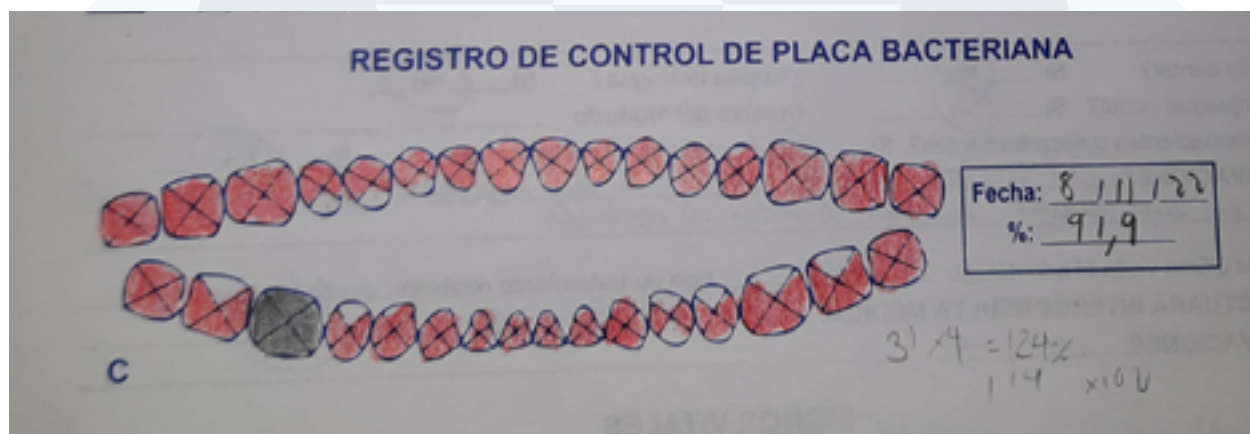
Fuente: Elaboración propia

1.2. DIAGNÓSTICO PERIODONTAL

Siguiendo el plan de tratamiento integral del paciente, primeramente, corresponde restablecer la salud periodontal, para eso se adjuntaron sus exámenes complementarios, en este caso su radiografía panorámica, índice de O'Leary y su periodontograma, de modo que se corrobore el diagnóstico y los tratamientos respectivos.

Cuando se realizó el examen periodontal, se indicó al paciente pasar una pastilla reveladora de placa bacteriana por todos sus dientes con el fin de obtener su índice de O'Leary, el resultado en la primera sesión alcanzó un porcentaje de 91,9%, demostrando que su higiene dental era muy deficiente.

Figura 3. Fotografía de control de placa bacteriana



Fuente: Elaboración propia

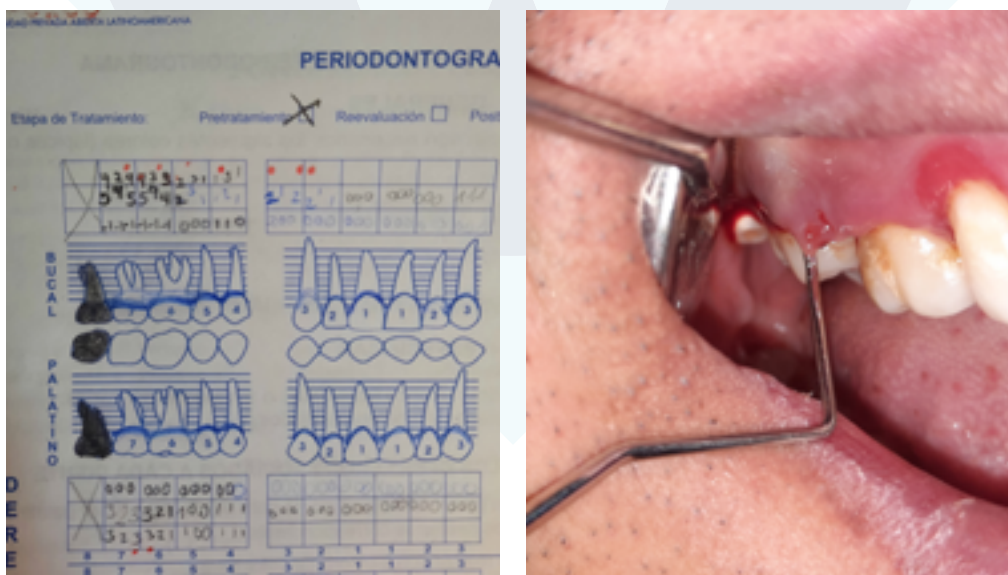
Clínicamente como se muestra en la imagen a continuación, a nivel de las piezas 16 y 17 se observa un cambio de coloración a rojo azulado y aumento de volumen del margen gingival. Asimismo, al momento de aplicarle aire a la zona se observó desprendimiento de la encía. "los signos clínicos que sugieren la presencia de bolsas periodontales incluyen una encía marginal engrosada color rojo azulado; una zona vertical roja azulada del margen gingival a la mucosa alveolar; hemorragia gingival" (Carranza, 2014,p.182).

Figura 4. Fotografía de pieza 16 y 17



Al momento de realizar el periodontograma con el uso de una sonda periodontal en todas las piezas por cuadrantes, se observó que en el cuadrante superior derecho presentaba una bolsa periodontal que "Se define como un surco gingival profundizado por un proceso patológico, es una de las características clínicas más importantes de la enfermedad periodontal" (Carranza, 2014, p.182).

Figura 5. Fotografía de pieza 16 y 17 periodontograma y sondaje



Cuando se realizó el sondaje de estas piezas por la cara vestibular, se determinó que la sonda periodontal en la pieza 16 ingresaba por mesial 4 mm, por vestibular 4mm y por distal 5 mm; en la pieza 17 ingresaba por mesial 5 mm, por vestibular 4 mm y por distal 5 mm. El margen gingival de ambas piezas estaba 1mm sobre el cuello cervical debido al aumento de volumen, por lo que el margen gingival era de -1mm. Sumando las medidas del margen gingival y de la profundidad del sondaje se obtuvieron los siguientes resultados en el nivel de inserción clínico (NIC):

Tabla 1. NIC en pieza 16 y 17

SUPERFICIES	NIC PIEZA 16	NIC PIEZA 17
MESIAL	3mm	4mm
VESTIBULAR	3mm	2mm
DISTAL	4mm	4mm

Fuente: Elaboración propia

Con los resultados de la NIC se puede determinar el tamaño real de la pérdida ósea, y para corroborar esa Pérdida Ósea Radiográfica (PO-Rx), se realizó el análisis radiográfico de estas dos piezas.

Figura 6. Fotografía radiografía panorámica y periapical de pieza 16 y 17



Fuente: Clínica Odontológica UPAL - Rotación niño, II -2022



Examen Radiográfico. - En la radiografía se muestra presencia de cálculos subgingivales entre las piezas 16 y 17, "el cálculo subgingival se localiza por debajo de la cresta de la encía marginal, por lo tanto, no es visible en el examen clínico de rutina" (Carranza, 2014,p.316). Con las medidas del nivel de inserción clínica, sumando el examen radiográfico como complemento, se determino que la bolsa periodontal presente es intraósea "las bolsas pueden afectar una, dos o más superficies dentales, puede tener diferentes profundidades y tipos en distintas superficies del mismo diente y en superficies que se aproximan del mismo espacio interdental" (Carranza,2014,p.182). Ahora, debido a esa acumulación y presencia de cálculo de placa bacteriana se provocó una pérdida ósea horizontal de manera progresiva, ya que se recalca que "la acumulación de placa bacteriana, inicia un periodo de exacerbación en el que hay pérdida ósea y pérdida de inserción del tejido conjuntivo haciendo más profundas las bolsas" (Carranza,2014, p. 191).

La periodontitis se describe como "una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes, provocada por microorganismos específicos, que tiene como resultado la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsas, recesión o ambos" (Carranza, 2014, p.66).

Dentro de la nueva clasificación de enfermedades y alteraciones periodontales y periimplantares de la Asociación Americana de Periodoncia (AAP) del año 2017, un paciente considerado un **caso de periodontitis** es aquel:

- Con pérdida de inserción interdental en dos o más dientes.
- Con pérdida de inserción en caras libres mayor o igual a 3 mm.
- Con profundidad de sondaje mayor o igual a 3mm en dos o más dientes.
- La pérdida no debe ser por causas relacionadas a una recesión gingival de origen traumático, caries dental en cuello cervical, presencia de pérdida de inserción clínica por mal posición dental por exodoncia de un tercer molar, lesiones endodónticas que drenan a través del periodonto marginal, y fractura o fisura vertical de la raíz.

También nos recalca que un caso de periodontitis se describirá dependiendo del estadio y el grado de la enfermedad, esto quiere decir que en el diagnóstico ya no será necesario nombrar si se trata de una periodontitis aguda o crónica.

El estadio se proporcionará por la gravedad del diagnóstico inicial y la complejidad del tratamiento sobre la siguiente base mostrada en la siguiente tabla:

Tabla 2. NIC en pieza 16 y 17

		ESTADIO I	ESTADIO II	ESTADIO III	ESTADIO IV
Gravedad	NIC interdental en la zona de mayor pérdida ósea	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Pérdida ósea radiográfica	1/3 coronal (< 15%)	1/3 coronal (15-30%)	Extensión al 1/3 medio o apical de la raíz	Extensión al 1/3 medio o apical de la raíz
	Pérdidas dentarias	No hay pérdidas de dientes debido a periodontitis		Pérdida de dientes debido a periodontitis ≤ 4	Pérdida de dientes debido a periodontitis ≤ 5
Complejidad	Local	PS máxima ≤ 4 mm Pérdida ósea mayormente horizontal	PS máxima ≤ 5 mm Pérdida ósea mayormente horizontal	Se presenta además al ESTADIO II: PS ≥ 6 mm PO vertical ≥ 3mm Lesión de furcación grado II o III Defecto de reborde moderado	Se presenta además al ESTADIO III: Necesidad de rehabilitación compleja debido a: Disfunción masticatoria / trauma oclusal secundario (movilidad ≥ 2) Defecto severo de reborde Colapso oclusal Menos de 20 dientes remanentes (10 pares opuestos)
Extensión y distribución	Agregar ESTADIO con descriptor	Para cada ESTADIO agregar la extensión y distribución: Localizada <30% dientes afectados / GENERALIZADA ≥ 30% dientes involucrados / PATRÓN INCISIVO MOLAR			

NIC = nivel de inserción clínico; PO-RX = Pérdida ósea radiográfica; PS = Profundidad de sondaje;

El estadio se determinará utilizando el NIC, si no está disponible se utilizará la pérdida ósea radiográfica.

El grado proporciona la información sobre las características biológicas de la enfermedad, la siguiente tabla muestra la tasa de progresión de la enfermedad periodontal según 3 diferentes grados.

Tabla 3. Clasificación de periodontitis por GRADOS

Criterio	ESTADIO I		ESTADIO II		ESTADIO III		ESTADIO IV	
	Evidencia directa de progresión	Datos longitudinales PO-RX o de pérdida de NIC	No hay evidencia de PO-RX ni de pérdida de NIC en los últimos 5 años		Pérdida < 12 mm en los últimos 5 años		Pérdida ≥ 2mm en los últimos 5 años	
	Evidencia	Relación % PO-RX/ edad	< 0,25		0,25 - 1		> 1	
			Grandes depósitos de biofilm con niveles de destrucción		Destrucción proporcional a los depósitos de biopelícula		Destrucción supera las expectativas según depósitos	

Teniendo toda esta información y los exámenes complementarios se determina que el paciente tiene presencia de una periodontitis Crónica Localizada Moderada "la periodontitis crónica está relacionada con la acumulación de placa y cálculos, por lo general, tiene un rango lento a moderado de avance de la enfermedad, pero se pueden observar periodos de destrucción más rápida" (Carranza,2014,p.68).

Mientras se realizaba el sondaje de las piezas 16 y 17 debido a su NIC de 4mm se determinó la gravedad. "La periodontitis crónica puede dividirse en localizada y generalizada y describirse como ligera, moderada o grave dependiendo al grado de sondaje; en el caso de una moderada el sondaje es de 3-4 mm" (Carranza,2014,p.69). Este diagnóstico está bajo la antigua clasificación.

Ahora aplicando la nueva clasificación de la AAP del 2017, el diagnóstico del paciente sería una Periodontitis Localizada Estadio II Grado B.

Figura 7. Fotografía intraoral de la presencia de cálculos y su remoción



Fuente: Elaboración propia

En la imagen se muestra a nivel de los incisivos inferiores y de toda la arcada inferior en general, presencia de cálculos supragingivales "se localiza coronal al margen gingival y por lo tanto es visible en la cavidad oral" (Carranza,2014,p.316), para su remoción se utilizaron curetas de Gracey # 1-2, 3-4 para los dientes anteriores, la cureta 5-6 para los premolares y las 11-12, 13-14 para los dientes posteriores. También se usaron las puntas morse para las caras proximales.

Figura 8. Fotografía intraoral de la remoción de los cálculos subgingivales



Fuente: Clínica Odontológica UPAL - Rotación niño, II -2022

Plan de tratamiento. - Para la remoción de los cálculos subgingivales entre las piezas 16 y 17 se aplicó primeramente anestesia debido a la sensibilidad por la profundidad, se aplicó la técnica troncular bloqueando al nervio Dentoalveolar superior posterior y para la remoción de los cálculos por distal se utilizó la cureta 13-14, para las caras mesiales la cureta 11-12 y para las caras libres de ambos molares la cureta 7-8, también se utilizó la punta morse para entrar a las zonas más interproximales. Una vez que se removieron los cálculos subgingivales se irrigó clorhexidina al 0,12% dentro de la bolsa periodontal para evitar que se infecte la zona, y se le indicó al paciente realizar buches de clorhexidina al 0,12% 30 minutos después del tiempo del cepillado.

Figura 9. Fotografía intraoral de control de tres semanas después y periodontograma



Registro de Control de Placa Bacteriana



DISCUSIÓN

Realizar un diagnóstico clínico con la nueva clasificación periodontal de la AAP, es beneficioso y pertinente "nace con la ambición de proporcionar a todos los profesionales un lenguaje común y global sobre las condiciones y patologías periodontales y periimplantarias; y, además, pretende permanecer entre nosotros durante mucho tiempo, permitiendo la incorporación de futuros conocimientos y evidencias sin necesidad de desarrollar una nueva clasificación" (Casas, 2022). El diagnóstico aplicando la nueva clasificación en comparación con la convencional, permite determinar un panorama más completo y certero.

(Carranza, 2014) indica que "el tratamiento se basa en la eliminación de la inflamación gingival y los factores que la provocan, como acumulación de placa favorecida por cálculos y formación de bolsas, restauraciones inadecuadas, áreas de impactación de alimentos", ese fue el principal enfoque al iniciar tratamiento periodontal inicial.

"Durante el tratamiento inicial se determina la motivación y el compromiso del paciente, que se consideran importantes en el tratamiento periodontal, además de la respuesta del huésped y la capacidad de cicatrización del paciente" (Takei, 1938). Cuando se realizó el tratamiento periodontal mediante el raspado y alisado radicular, se comenzó a realizar la respectiva educación y motivación al paciente, sobre las importancias del tratamiento periodontal, de modo que este mejoró su higiene dental para el éxito del tratamiento. "La participación del paciente es esencial; y los periodoncistas tienen que desarrollar unas excelentes habilidades de comunicación para que los pacientes estén informados y motivados a optimizar el estado de su salud periodontal y mejorar sus vidas gracias a una buena dentición funcional" (Takei, 1938).

Tres semanas después se realizó un nuevo control de placa al paciente, al realizar el índice de O'Leary se observó que su nivel de placa bacteriana bajó de un 91,9% al 32.2%, evidenciándose que sus niveles de placa bacteriana habían disminuido un 52.7%, este aspecto demuestra cuán significativa fue la mejoría de la higiene bucal del paciente.

Así mismo, se le practicó un nuevo periodontograma que reflejó la efectividad del tratamiento.

Carranza (2014) sostiene que al eliminar la placa bacteriana se puede mejorar las condiciones para remover los obstáculos de la regeneración de los tejidos. En relación con el paciente, los cambios han sido evidentes respecto a cómo se presentaba la encía antes y después del tratamiento, observándose que donde había presencia de cálculo, ahora hay una nueva revascularización y que, en otras zonas, el margen gingival (la encía) ya recuperó su color normal. Igualmente, a nivel del margen gingival de las piezas 16 y 17, el aumento de volumen que existía ya no está.

Solano (2020) menciona que, en estadios menos avanzados de la enfermedad periodontal, tras el tratamiento periodontal, se produce una disminución de las bolsas periodontales; por ello, el



paciente periodontal debe ingresar a una fase de mantenimiento, cuyo tiempo recomendado por Solano es cada cuatro o seis meses, según el criterio del profesional odontológico. Es importante considerar que este periodo está condicionado por el grado de severidad y el control de factores etiológicos de las enfermedades periodontales.

Con base en estas consideraciones, al paciente tratado se le indicó someterse a controles cada cuatro meses, para el seguimiento de la evolución de la regeneración de los nuevos tejidos, también para prevenir que no se presenten recidivas, realizar control de sus factores etiológicos a través de una profilaxis, aplicar flúor y, finalmente, para la motivación constante en su higiene dentogingival.

Los profesionales en Odontología deben educar e informar a los pacientes sobre la necesidad de una buena salud bucal, enseñándoles de manera personalizada la forma correcta del cepillado, la importancia de las citas periódicas al odontólogo, explicando sus beneficios, e indicándoles las complicaciones venideras si no se toman en cuenta estas recomendaciones.



BIBLIOGRAFÍA

Carranza, F. A. (2014). *Periodontología clínica de Carranza* (11ª ed.). Amolca.

Vargas, A. (2021). Clasificación de enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias 2018. *Revista Odontológica Mexicana*. Vol.25, Num.1, p.10-26.

Solano, P. (2020). *Las seis fases para el tratamiento de la periodontitis*. Coinsol.

Casas, A. (2020). Nueva clasificación de enfermedades periodontales y periimplantarias. *Dentista Moderno*. Vol. 48, Num.1, p.28-41.

Cárdenas, P. (2021). Principales criterios de diagnóstico de la nueva clasificación de enfermedades y condiciones periodontales. *International Journal of Odontostomatology*.



Odontología

*Calle Túpac Amaru N#1816
Cochabamba, Bolivia*

*Tel : +591 4486100
Email : upal@upal.edu
www.upal.edu.bo*



#GoUpal