

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional De Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DEFECTO PERIODONTAL INTRAÓSEO

Para Optar : El Título Profesional de Cirujano Dentista

Autor : Bachiller Kevin Anthony Herrera Gonzáles

Asesor : Mg. Roger Américo Pariona Galvan

Líneas de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la salud

Lugar o institución de investigación: Clínica Odontológica Privada

Lima – Perú

2022

DEDICATORIA

Está dedicado a Dios por permitirnos tener un día a día, a mi madre por su apoyo y soporte emocional y a mí mismo porque a pesar de las diversas dificultades que se presentaron en este largo camino de formación universitaria, he sabido ser resiliente para poder lograr el objetivo.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por haberme dado salud, bienestar y haberme permitido cumplir una de mis metas, un agradecimiento especial a mi Chechi por haber sido parte importante del logro obtenido. Asimismo, a todas aquellas personas que cooperaron para conseguir este objetivo.

Kevin Anthony HERRERA GONZÁLES

CONTENIDO

	Págs.
I. Título.....	1
Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Índice.....	4
Contenido de Figuras	5
RESUMEN	6
II. INTRODUCCIÓN.....	8
2.1 Descripción del problema.....	9
2.2 Marco Teórico	10
2.2.1 Antecedentes	10
2.2.2 Bases teóricas	15
2.3 Objetivos	20
III. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	21
3.1 Historia Clínica	21
3.2 Examen clínico general	23
3.3 Evaluación integral.....	23
3.4 Diagnostico	26
3.5 Pronostico	26
IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL	26
4.1 Formulación del Plan de tratamiento general	26
4.2 Plan de control y mantenimiento	31
V. DISCUSIÓN	32
VI. CONCLUSIONES	33
VII.RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	34
ANEXOS	36

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1. Odontograma.

Figura 2. Radiografía panorámica.

Figura 3. Fotografías, de frente y perfil.

Figura 4. Fotografía frontal del maxilar superior e inferior.

Figura 5. Fotografía del sextante inferior derecho, central e izquierdo.

Figura 6. Fotografías, vista por lingual zona del problema.

Figura 7. Fotografía radiografía periapical inferior bite wing o aleta mordida, 36 y 46 zona del problema.

Figura 8. Fotografías de radiografías periapical de zona problema inferior derecha 36 y 46 izquierda, se observa defecto óseo en diente molar 36.

Figura 9. Fotografía del tratamiento de absceso en el diente 36, se desbrido para luego irrigar con Perio-aid concentración de 0.12%.

Figura 10. Fotografía diseño de colgajo.

Figura 11. Fotografía del procedimiento desbridamiento y levantamiento.

Figura 12. Fotografía del Alisado zona problema.

Figura 13. Fotografía de ubicación del biomaterial.

Figura 14. Fotografía de fase quirúrgica sutura.

Figura 15. Fotografía de retiro de sutura fase de cicatrización.

Figura 16. Fotografía de radiografía periapical de control.

Figura 17. Fotografía del proceso quirúrgico del antes y después.

RESUMEN

La periodontitis es un proceso destructivo que afecta a la encía y reabsorbe al hueso y ligamentos, este evoluciona, hasta la formación de defectos óseos con la consiguiente disminución y muchas veces pérdida de inserción clínica, se debe suprimir dichos defectos, eliminando las paredes que lo forman, para ello nos valemos de la cirugía periodontal ósea ,modificando dicha zona; con el tratamiento periodontal, se elimina microorganismos periodonto patógenos; empleándose un tratamiento periodontal, pudiendo ser de carácter quirúrgico y no quirúrgico, estas modalidades nos permiten eliminar en forma mecánica la causa que dio origen a la enfermedad periodontal; el hueso interproximal debe ser coronal al hueso radicular, llamándosele positiva, considerada como fisiológica, si el hueso interdental está a la misma altura se configura de forma plana, siendo negativa cuando se sitúa por debajo, por lo tanto la forma de un defecto óseo se supedita a la cantidad de paredes óseas remanentes, éstas pueden tener una, dos y tres paredes, siendo esta última de mejor potencial para poder ejecutarse una cirugía reconstructiva y regenerativa. El tema tratado en el presente trabajo de suficiencia profesional versa sobre el tratamiento quirúrgico del defecto periodontal interóseo, El caso clínico presentado, en la suficiencia profesional, nos permitió eliminar una bolsa periodontal situada entre los dientes 36 y 46, el diseño del colgajo preservó la papila y fue un colgajo de tipo modificado. En referencia al defecto intraóseo, se pudo observar un defecto combinado, constando de 2 paredes en la zona coronal y 3 paredes en la zona apical con 6 mm de profundidad. Finalmente, mediante un procedimiento quirúrgico con cirugía ósea por la presencia de un defecto óseo que fue redimido, con la finalidad de conservar un contorno gingival idóneo.

Palabras clave: Periodontitis, defectos óseos, ligamentos, bolsa periodontal.

ABSTRACT

Periodontitis is a destructive process that affects the gums and reabsorbs the bone and ligaments, this evolves, until the formation of bone defects with the consequent decrease and often loss of clinical insertion, these defects must be eliminated, eliminating the walls that form, for this we use bone periodontal surgery, modifying said area; with periodontal treatment, periodontal pathogenic microorganisms are eliminated; Using non-surgical and surgical periodontal treatment, these modalities allow us to mechanically eliminate the cause that gave rise to periodontal disease; the interproximal bone must be coronal to the radicular bone, calling it positive, considered as physiological, if the interdental bone is at the same height it is configured flat, being negative when it is located below, therefore the shape of a bone defect is subject to the remaining bone walls, these can have one, two and three walls, the latter being the best potential to perform reconstructive and regenerative surgery. The topic dealt with in this professional proficiency work deals with the surgical treatment of interosseous periodontal defect. The clinical case presented, in professional proficiency, allowed us to eliminate a periodontal pocket located between teeth 36 and 46, the flap design preserved the papilla and was a modified type of flap. In reference to the intraosseous defect, a combined defect could be observed, consisting of 2 walls in the coronal area and 3 walls in the apical area with a depth of 6 mm. Finally, through a surgical procedure with bone surgery. due to the presence of a bone defect that was redeemed, in order to preserve an ideal gingival contour.

Keywords: Periodontitis, bone defects, ligaments, periodontal pocket.

II. INTRODUCCIÓN

El tema tratado en el presente trabajo de suficiencia profesional, versa sobre el tratamiento quirúrgico del defecto periodontal intraóseo, la cual se origina debido a la periodontitis; enfermedad inflamatoria, ésta evoluciona hasta formar defectos óseos; la cirugía a realizar, permite, modificar el soporte óseo afectado por la enfermedad periodontal, en el que se remodela la apófisis alveolar, con la finalidad de conseguir una forma fisiológica, transformando la posición de la cresta relativa del hueso respecto a la raíz del diente¹. El caso clínico presentado, en la suficiencia profesional, nos permitió eliminar una bolsa periodontal situada entre los dientes 36 y 46 mediante procedimiento quirúrgico con cirugía ósea por la presencia de un defecto óseo que fue redimido, con la finalidad de conservar un contorno gingival idóneo.

2.1. Descripción del problema.

La periodontitis es un proceso destructivo que afecta a la encía y reabsorbe al hueso y ligamentos, este evoluciona, hasta la formación de defectos óseos con la consiguiente disminución y muchas veces pérdida de inserción clínica, se debe eliminar dichos defectos, eliminando las paredes que lo forman, para ello nos valemos de la cirugía periodontal ósea ,modificando dicha zona; con el tratamiento periodontal, se elimina microorganismos periodonto patógenos; empleándose un tratamiento periodontal no quirúrgico y quirúrgico, estas modalidades nos permiten eliminar en forma mecánica la causa que dio origen a la enfermedad periodontal; el hueso interproximal debe ser coronal al hueso radicular, llamándosele positiva, considerada como fisiológica, si el hueso interdental está a la misma altura se configura de forma plana, siendo negativa cuando se sitúa por debajo, por lo tanto la forma de un defecto óseo se supedita a las paredes óseas remanentes, éstas pueden tener una, dos y tres paredes, siendo esta última de mejor potencial para poder ejecutarse una cirugía reconstructiva y regenerativa¹.

2.2. Marco Teórico.

2.2.1. Antecedentes.

2.2.1.1. Antecedentes Internacionales.

Mora C. (2018) en su estudio realizado en México al que denominaron “Estudio comparativo de técnicas quirúrgicas periodontales: Técnica convencional vs técnica de colgajo simple de mínima invasión; El método y materiales, empleados en su investigación en el que realizaron 14 cirugías, 7 utilizando la técnica de colgajo simple de mínima invasión y 7 con la técnica convencional, en 14 defectos en pacientes de 30 a 60 años de edad con un promedio de edad de 50.7; como resultados consideran que la técnica de colgajo simple de mínima invasión tiene mejores resultados, como conclusión sostienen que : el resultado obtenido en las variables evaluadas ha sido favorable con la técnica de colgajo simple de mínima invasión aunque existe carencia de estudios sobre esta técnica, les permitió la manipulación menos extensa de los tejidos circundantes que los procedimientos convencionales”².

Rodríguez J. Ruiz A. Caffesse R. (2018) ;en su investigación desarrollada en Estados Unidos de Norte América; titulada “Periodontal reconstructive surgery of deep intraosseous defects using an apical approach. Non-incised papillae surgical approach (NIPSA): A retrospective cohort study (Cirugía periodontal reconstructiva de defectos intraóseos profundos utilizando un abordaje apical. Abordaje quirúrgico de papilas sin incisión (NIPSA): Un estudio de cohorte retrospectivo) Métodos: 30 pacientes con defecto intraóseo profundo

tratados con Manejo de tejidos blandos, MIST (n= 15) o NIPSA (n = 15) se analizaron retrospectivamente. Todos los pacientes cumplían los mismos criterios de inclusión Manejo de tejidos blandos (MIST vs. NIPSA). Se evaluó el postoperatorio al año, la cicatrización precoz a la semana y el dolor postoperatorio. Resultados: NIPSA y MIST dieron como resultado una ganancia de inserción clínica (CAG) significativa ($p < 0,001$) y reducción de la profundidad de la bolsa de sondaje (PPDr) ($p < 0,001$) al año de la cirugía. Sin embargo, NIPSA resultó en una recesión significativamente menor de la punta de la papila interdental en comparación con MIST ($p < 0,001$). Fumar influyó negativamente en la curación temprana en ambas técnicas ($p < 0,05$). Conclusión: NIPSA y MIST resultaron en mejoras significativas en la clínica parámetros NIPSA mostró una importante preservación de los tejidos blandos. NIPSA puede representar una técnica prometedora de preservación de papilas en el tratamiento de lesiones intraóseas y defectos periodontales”³.

Camacho P. (2021) en su estudio realizado en Ecuador al que título “Tratamientos para la regeneración de defectos intraóseos periodontales. Revisión de la Literatura; el objetivo fue, analizar y determinar los tipos de tratamientos regenerativos para los defectos intraóseos periodontales, entre los materiales y metodología, seleccionó 36 artículos de carácter científico desde el año 1995 hasta el 2021, presenta como resultados, por la evidencia científica, el 10.34% las superficies mesial y distal son las que mayormente presentan defectos intraóseos periodontales; como conclusiones principales

afirma que efectuar tratamientos para los defectos intraóseos de 1 pared, 2 paredes, 3 paredes y defecto combinado puede generar cambios buenos a nivel del hueso, cemento y ligamento periodontal; asimismo considera que hay factores de riesgo, como factores locales, de hábito y de higienización, el cual pueden provocar un fracaso en el tratamiento de regeneración intraósea”⁴.

Torres S. (2022) en su estudio realizado en Guayaquil Ecuador, denominado “Eficacia de la terapia periodontal mínimamente invasiva en defectos intraóseos periodontales; El objetivo de este trabajo de investigación fue describir los beneficios que tiene el tratar defectos periodontales a través de una cirugía periodontal mínimamente invasiva entre los Materiales y métodos empleados estuvo basado en 37 artículos científicos de revisión sistemática, comprendidos desde el año 1999 hasta el año 2021, artículos con información científica referente a la eficacia de la terapia periodontal mínimamente invasiva en defectos intraóseos periodontales; como resultados principales considera que la cirugía periodontal mínimamente invasiva está indicada para tratar los dientes con bolsas profundas asociadas con defectos intraóseos, entre las principales conclusiones afirma que : se encontró que esta técnica Microquirúrgica, la cirugía mínimamente invasiva busca conseguir un menor trauma operatorio para el paciente, logra obtener los mismos o incluso mejores resultados que técnicas convencionales, pero con ventajas adicionales como mejor estabilidad de la herida, un buen cierre primario de la misma y mínimas molestias para el paciente durante y después del tratamiento”⁵.

2.2.1.2. Antecedentes Nacionales.

Gonzáles D. (2017), en su Trabajo de suficiencia profesional, realizado en Lima, a la que título “Pérdida ósea y defectos interóseos por periodontitis crónica; sostiene que la destrucción ósea en la periodontitis forma un cráter con destrucción del hueso alveolar a esto se conoce como defecto intra óseo o infra óseo; indica en su estudio conceptos básicos, sobre los elementos que conforman el periodonto, desarrolla sobre la etiopatogenia de la periodontitis, y arriba a las conclusiones principales siguientes: La regeneración tisular guiada para defectos infra-óseos periodontales tiene un mayor efecto sobre las medidas de sondeo del tratamiento periodontal que el desbridamiento de colgajo abierto, incluyendo el apego mejorado, Ganancia, profundidad de bolsillo reducida, menor aumento en la recesión gingival y más ganancia en el tejido duro que sonda en la cirugía de reingreso - Los objetivos clínicos del uso de procedimientos regenerativos son mejorar la anatomía local y/o el funcionamiento y pronóstico de los dientes. El mayor beneficio que el paciente puede esperar del tratamiento de regeneración guiada es mejorar la función masticatoria, la comodidad y el pronóstico de los dientes, con menor perjuicio a la apariencia estética”⁶.

Miranda R. (2020) Tesis para optar el título de: segunda especialidad en implantología oral, elaborado en Lima, al que título : Eficacia de células madre en el tratamiento de defectos óseos en implantología oral: una revisión de la literatura; El propósito de esta revisión fue abordar la literatura acerca de la eficacia de las células madre en el tratamiento de los defectos óseos en implantología, así como, sus implicancias clínicas

sostiene que es común encontrar situaciones clínicas desafiantes donde hay una cantidad insuficiente de hueso debido a defectos óseos alrededor de los implantes inmediatos, ancho de cresta alveolar insuficiente y defectos resultantes de lesiones periimplantarias. Si bien se han utilizado diferentes materiales de injerto ósea, durante el tratamiento de los defectos mencionados; estos se caracterizan por presentar limitaciones en su potencial regenerativo. Es así, que la medicina regenerativa, ha captado una especial atención en los últimos años; principalmente, el uso de las células madre en la formación de tejidos; así como, el uso de andamios como estructura tridimensional representan una estrategia óptima para el éxito de la terapia clínica. Entre las principales conclusiones afirma que, las células madre y sus combinaciones con otros biomateriales representan una alternativa prometedora a los injertos óseos en el tratamiento de defectos óseos en implantología”⁷.

Ramírez J.(2021). En su tesis de segunda especialidad realizada en Lima, a la que título “Manejo quirúrgico periodontal del paciente con periodontitis y obesidad; El trabajo académico revisa los mecanismos o vías que conectan la enfermedad periodontal y la obesidad, presenta el tratamiento periodontal de una paciente de sexo femenino de 39 años con diagnóstico sistémico de obesidad y diagnóstico de Periodontitis estadio 3 grado B el cual incluyó: terapia periodontal no quirúrgica y quirúrgica para tratamiento de bolsas persistentes; interviene a nivel de bolsas localizadas persistentes con sangrado al sondaje con abordaje quirúrgico de cirugía resectiva con técnica de colgajo de Widman modificado y osteoplastia de pieza 1.7 y 1.6 más antibioticoterapia sistémica por 5 días,

se presenta el seguimiento del caso por 2 años con resultados favorables; entre las principales conclusiones refiere que es muy importante identificar todos los factores que pueden influir en la patogénesis de la enfermedad periodontal, así también, tener como pilares fundamentales el diagnóstico correcto, establecer un plan de tratamiento adecuado y un manejo clínico basado en la evidencia”⁸.

2.2.2. Bases teóricas.

Defectos óseos periodontales

Son en sí pérdidas, menoscabo óseo localizado, producido por trauma oclusal, y en mayor medida por periodontitis, los cuales se visualizan, más claramente radiográficamente cuando están asentados en el tabique interdentario, que en el hueso bucal, lingual o palatino, los que no se evidencian por la radio densidad del cemento radicular que cubre el defecto; estos defectos asumen diversos patrones destructivos o distintas formas de resorción, angular tipo crateriforme u horizontal, el cual está relacionado a la naturaleza de la noxa, mediada por fuerzas oclusales lesivas o si es inflamatoria⁹.

“Los defectos óseos reconocen una etiología múltiple donde la inflamación y el trauma oclusal asumen un rol importante. Sin embargo, cobra especial importancia, en este sentido, la naturaleza del soporte óseo, más propiamente el diseño de la trama trabecular del hueso esponjoso, la misma que se constituye por el entrecruzamiento de trabéculas óseas de distinto grosor que circunscriben espacios medulares de diferente tamaño”⁹.

“La pérdida del soporte óseo alveolar es uno de los signos característicos de la destrucción en la enfermedad periodontal en la cual representa las secuelas anatómicas de la extensión apical en la periodontitis (41).

“La extensión y la severidad de la pérdida ósea se pueden dar por una combinación de signos clínicos y radiográficos, cuya importancia radica en el diagnóstico clínico, planificación de tratamiento y estimación de un pronóstico. Sin importar el número y naturaleza de los factores contribuyentes involucrados, la formación de una lesión ósea es actualmente considerada como el resultado de un crecimiento en sentido apical de la placa subgingival, con la consecuente reabsorción de hueso con un radio de aproximadamente 2 mm desde la superficie radicular”¹⁰.

Cerpa¹¹ considera que “La periodontitis crónica y el trauma oclusal son las formas más frecuentes de enfermedad periodontal que generan defectos óseos. La primera por injerencia endobacteriana y la segunda por influencia de fuerzas oclusales anormales. La periodontitis crónica produce habitualmente defectos óseos horizontales. El trauma oclusal, en cambio, genera defectos óseos angulares, crateriformes y atípicos en el septum, debido a que altera las vías de ingreso de las endotoxinas dentro del hueso alveolar”¹¹.

Clasificación de los defectos óseos

Para realizar una clasificación, esta se debe guiar por criterios morfológicos y a su vez ser muy específicos; porque servirán para un buen diagnóstico y posterior tratamiento.

“Una de las clasificaciones más utilizadas es la de Papapanou & Tonetti que divide los defectos óseos en: defectos supraóseos, defectos infraóseos y defectos de furcación o interradiculares”¹².

“El defecto supraóseo o supracrestal se define como aquel surco patológico en el que la base del defecto está localizada coronal a la cresta ósea alveolar. El defecto infraóseo o subcrestal se define como aquel surco patológico en el que la base del defecto se encuentra apical a la cresta ósea alveolar. Existen dos tipos de defectos infraóseos: los intraóseos puros y los cráteres. Los del primer tipo son aquellos en los que el componente intraóseo afecta primariamente a un diente, mientras que los cráteres afectan a dos superficies radiculares adyacentes en extensión similar. Los defectos intraóseos morfológicamente se clasifican de acuerdo con las paredes óseas residuales, a la anchura y profundidad del defecto. Según el número de paredes óseas residuales los defectos pueden ser de una, de dos, de tres paredes y defectos combinados. Los defectos de tres paredes comúnmente aparecen en las zonas interdentes encontrando intactas las paredes óseas proximal, vestibular y lingual. Muchas veces estas lesiones óseas son anchas y poco profundas, mientras que en otros casos encontramos lesiones estrechas y muy profundas”¹².

Defectos supraóseos

Es la pérdida del hueso en sentido horizontal, desde el Limite amelo cementario de un diente vecino; debido a ello, la altura de la cresta alveolar decrece.

Defectos infraóseos

“Se relacionan con la pérdida del hueso alveolar en sentido angular o vertical, lo cual se puede observar claramente en una radiografía; además, pueden presentarse en distintas formas: verticales, horizontales o circunferenciales; sin embargo, todas conllevan el mismo resultado: la destrucción del tejido duro alrededor del diente. Otra característica de este defecto es que la cresta alveolar no es paralela al nivel

que conecta la unión del LAC del diente adyacente y la base del defecto se localiza apicalmente a la cresta alveolar”¹³.

Defectos intraóseos

“Se clasifican con respecto a su morfología, ancho y extensión del defecto en la raíz del diente afectado o también según el número de paredes afectadas, en los siguientes tipos: - Defectos intraóseos de una pared: se encuentran limitados a una sola pared ósea y a la superficie del diente. - Defectos intraóseos de dos paredes: comprenden dos paredes óseas y la superficie del diente. - Defectos intraóseos de tres paredes: abarcan tres paredes óseas y la superficie del diente. - Este tipo de defectos aumenta en mayor porcentaje con la edad, encontrándose de manera más significativa en las superficies mesiales de los molares”¹³.

Cráteres

“Debido a su morfología de carácter especial, son de gran interés; tienen forma de copa o taza y se localizan en el hueso alveolar interdental a lo largo de las superficies adyacentes de dos dientes y sus raíces de mesial a distal, confinados dentro de la pared vestibular, lingual o palatina”¹³.

Diagnóstico de defectos óseos

Autores como Rodríguez¹² sostienen que el “El diagnóstico de la presencia y morfología de las lesiones óseas periodontales representan un gran desafío para el clínico. Básicamente se produce al combinar la información obtenida de la evaluación clínica junto a una técnica radiográfica intraoral paralela. Es muy importante el conocimiento preciso de la anatomía radicular y sus variaciones para el diagnóstico correcto de los defectos óseos periodontales, y particularmente de los defectos interradiculares. Las radiografías de calidad nos aportan una información

adicional de la morfología de la reabsorción del hueso alveolar. En este contexto la interpretación de la imagen radiográfica del tabique interdental es complicada, ya que la radiografía nos da imágenes en dos dimensiones de una anatomía de tres dimensiones, puesto que se superponen estructuras como el hueso alveolar, sustancias duras del diente y tejido blando. Esta complejidad al visualizar las estructuras supone que se inicia la destrucción de una cierta cantidad de tejido antes de que podamos detectarla radiográficamente, traducéndose, frecuentemente, como lesiones oscuras incipientes en el hueso; además, pueden enmascarse lesiones avanzadas por la superposición de estructuras. Se dice generalmente que el diagnóstico radiográfico tiene una predicción altamente positiva, es decir, las lesiones visualizadas en la radiografía están ahí, pero existe una predicción baja negativa, es decir, la ausencia de detección radiográfica no excluye la pérdida ósea”¹².

“El diagnóstico de los defectos óseos periodontales es complejo, ya que requiere una evaluación clínica minuciosa y detallada, además de exámenes complementarios, como la radiografía, que ayudará a determinar su morfología, extensión y localización. También permitirá observar la presencia de la reabsorción del hueso alveolar; sin embargo, la interpretación radiográfica convencional del tabique óseo interdental es complicada porque es una estructura tridimensional, lo cual conlleva imágenes sobreproyectadas, como el hueso alveolar, los tejidos duros del diente y el tejido blando”¹³.

Tratamiento de los defectos óseos periodontales

Tratamiento básico o no quirúrgico

“El raspado y alisado radicular y el curetaje de tejidos blandos fueron los primeros métodos utilizados. En ambos se pretende la eliminación mecánica del cemento radicular y del epitelio de la bolsa periodontal”^{12,13}

Tratamiento quirúrgico

“Desde la década de los 50 muchos autores publicaban la obtención de nueva inserción de forma predecible después de la realización de colgajos (eliminación del epitelio de la bolsa y del tejido de granulación del defecto óseo, realizando desbridamiento y alisado radicular”^{12,13}.

“Una de las causas de la evolución de la periodontitis es la formación de defectos óseos y pérdida de inserción clínica. Una manera de eliminar el defecto intraóseo y su bolsa periodontal es eliminar las paredes de hueso que componen el defecto para colocar el complejo dentogingival en una posición más apical. La cirugía ósea es un procedimiento periodontal resectivo que involucra la modificación del tejido óseo del soporte dental, la cual es una modalidad del tratamiento periodontal quirúrgico que puede utilizarse para eliminar eficazmente los defectos óseos periodontales para estabilizar la inserción periodontal”¹.

2.2.3. Objetivos.

Objetivo general

Conocer los resultados clínicos obtenidos después de la cirugía periodontal reconstructiva de defectos intraóseos mediante técnica regenerativa.

Objetivos específicos

Analizar el tratamiento regenerativo empleado para los defectos intraóseos periodontales.

III. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.

3.1. HISTORIA CLÍNICA.

ANAMNESIS

NOMBRE Y APELLIDO: A. G. M

EDAD: 42 años SEXO: masculino

ESTADO CIVIL: Divorciado

DOMICILIO: Jr. Ica N.º 242

TELÉFONO:

OCUPACIÓN: Empresario

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Huancayo / 09-09-1979

LUGAR DE PROCEDENCIA: Huancayo

• MOTIVO DE CONSULTA:

“Siento dolor en mis muelas inferiores”

TIEMPO DE ENFERMEDAD: -

• INICIO: refiere presentar molestias desde hace un año y medio aproximadamente.

• CURSO: Desde hace dos años, afirma que le realizaron tratamiento de raspado alisado radicular que incluyó enjuagatorios con clorhexidina, se resolvió la situación pero al cabo de seis meses volvió el problema.

• SIGNOS Y SINTOMAS: Presenta inflamación moderada en la zona de los molares inferiores zona izquierda

• ENFERMEDAD ACTUAL (INICIO, EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD)

Paciente de sexo masculino de 42 años, sin alteración sistémica importante, manifiesta dolor en molares inferiores. Al practicarle el examen intraoral hay presencia de tumefacción bilateral a nivel de los dientes molares 36 y 46 con presencia de leve supuración, siendo la profundidad de sondaje de 9 mm. Al examen radiográfico se pudo detectar un defecto infra óseo en el diente 36, el paciente refiere haber sido tratado en la clínica de una conocida Universidad de Huancayo con terapia periodontal básica.

• FUNCIONES BIOLÓGICAS

• SUEÑO: Normal SED: Normal APETITO: Normal

• ORINA: Normal DEPOSICIONES: Normales PESO: 88 kilogramos

ANTECEDENTES

A. ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES:

Mama: no refiere

Papa: no refiere

Abuela materna: no refiere

Abuelo paterno: no refiere.

Hermano: padece de diabetes

B. ANTECEDENTES PERSONALES (HÁBITOS):

Refiere no tener ningún tipo de mal hábito.

AMPLIACIÓN: Cada vez que sufre de alguna molestia acude a una farmacia, generalmente se automedica.

C. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: No refiere

HOSPITALIZACIONES PREVIAS: No refiere

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: No refiere

TERAPEÚTICO RECIENTE: No refiere

3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL.

Estado general y funciones neurosensoriales del paciente

LOTEP, ABEN, ABEH, ABEG

Funciones vitales

PA: 110/80 mm Hg.

PULSO: 68ppm

TEMPERATURA: 37°

FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20 rpm

Piel: Con buena humectación

Tejido subcutáneo: Buena distribución

RASA: No se evidencia ningún tipo de trastorno.

SOMA: No refiere

3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL

EXAMEN REGIONAL

EXAMEN ESTOMATOLOGICO EXTRA ORAL ELEMENTAL:

CABEZA: Normocéfalo

OJOS: S.A.E.

OIDOS: S.A.E.

NARIZ: Permeables

CARA: Normo Facial

ATM: Sin alteración evidente.

GANGLIOS: No presenta nódulos ni dolor a la palpación.

LABIOS: Labios de color rosado pasivos, elásticos medianos, humectados, comisuras normales.

CARRILLOS: De color rosado coral, humectados, presencia de línea oclusal (línea alba) sin alteración evidente.

ENCIAS: Encía marginal y papilar ausente.

PALADAR DURO Y BLANDO: De color rosado coral, rugas palatinas conservadas, rafe medio, sin alteración, no presenta lesión en el paladar.

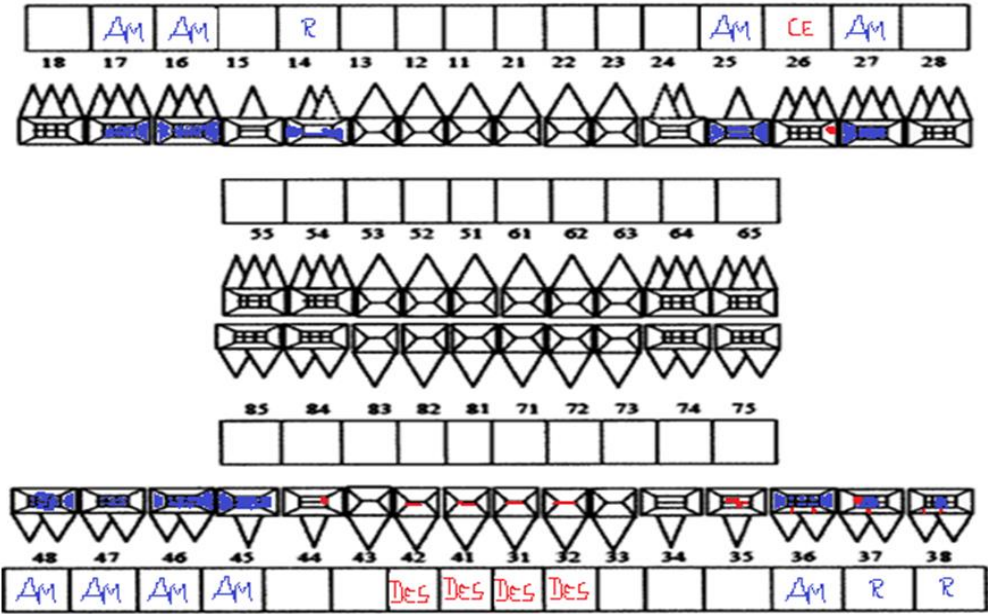
OROFARINGE: Úvula vibrante, amígdalas de tamaño mediano sin presencia de secreción.

LENGUA: De tamaño normal, húmeda presenta saburra.

PISO DE BOCA: Frenillos sin alteración importante.

REBORDE ALVEOLAR: sin alteración evidente.

Figura 1. Odontograma.



Autor:

Figura 2. Radiografía panorámica.

Presenta características normales de los restos óseos



3.4. Diagnóstico.

Diagnóstico Presuntivo:

Periodontitis generalizada

Diagnóstico Definitivo:

Absceso Periodontal con periodontitis generalizada y defecto óseo en diente 36.

3.5. Pronóstico:

Favorable para realizar tratamiento quirúrgico del defecto periodontal intraóseo.

IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.

4.1. Formulación del Plan de tratamiento general.

Se procedió a medicación con Amoxicilina 500 mg, para efectuar terapia periodontal básica (raspado y alisado radicular). Asimismo, se prescribe enjuagatorios con clorhexidina al 0,12% + 0,05CPC. Se procedió a terapia quirúrgica con la finalidad de obtener acceso para desbridar correctamente eliminando el factor retentivo de placa y obtener la ganancia en inserción clínica por medio de regeneración periodontal; el diseño del colgajo preservará la papila y será del tipo modificado. En referencia al defecto intraóseo, se pudo observar que es un defecto combinado, constando de 2 paredes en la zona coronal y 3 paredes en la zona apical con 6 mm de profundidad. Finalmente, se realizará el alisado radicular y sutura

Examen Extraoral.

Paciente mesocéfalo, meso facial, musculatura normal, presencia de simetría facial, articulación temporomandibular, con movilidad apertura y cierre, sin patologías aparentes, ganglios S.A.E.; glándulas salivales en aparente estado normal.

Figura 3. Fotografías, de frente y perfil.



Figura 4. Fotografía frontal del maxilar superior e inferior.



Figura 5. Fotografía del sextante inferior (central e izquierdo.)



Figura 6 Fotografías vista por lingual zona del problema



Figura 7. Fotografía de radiografía periapical inferior bite-wing o aleta mordida;36 y 46 (zona del problema).

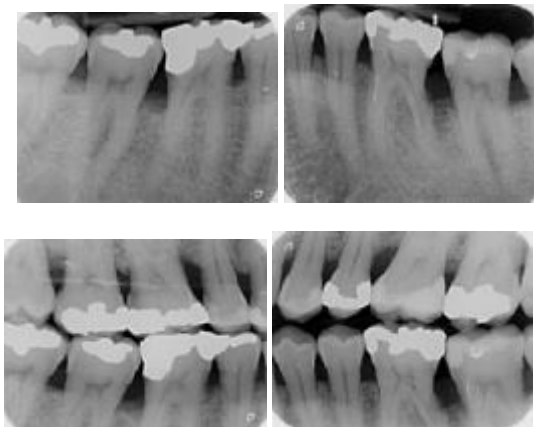


Figura 8. Fotografías de radiografías periapical de zona problema inferior derecha 36 y 46 izquierda, se observa defecto óseo en pza. 36.

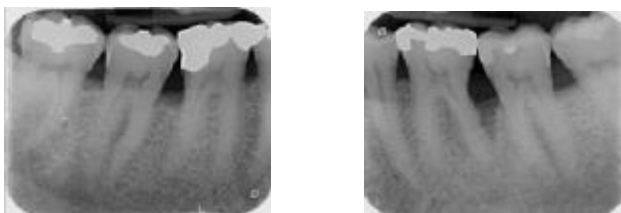


Figura 9. Fotografía del tratamiento de absceso en la pza. 36, se desbrido para luego irrigar con Perio-aid concentración de 0.12%.



Fase Quirúrgica

Figura 10 Fotografía diseño colgajo



Figura 11. Fotografía del procedimiento desbridamiento y levantamiento.



Figura 12. Fotografía del alisado de zona problema.



Figura 13. Fotografía de ubicación del biomaterial.



Figura 14. Fotografía de fase quirúrgica sutura.



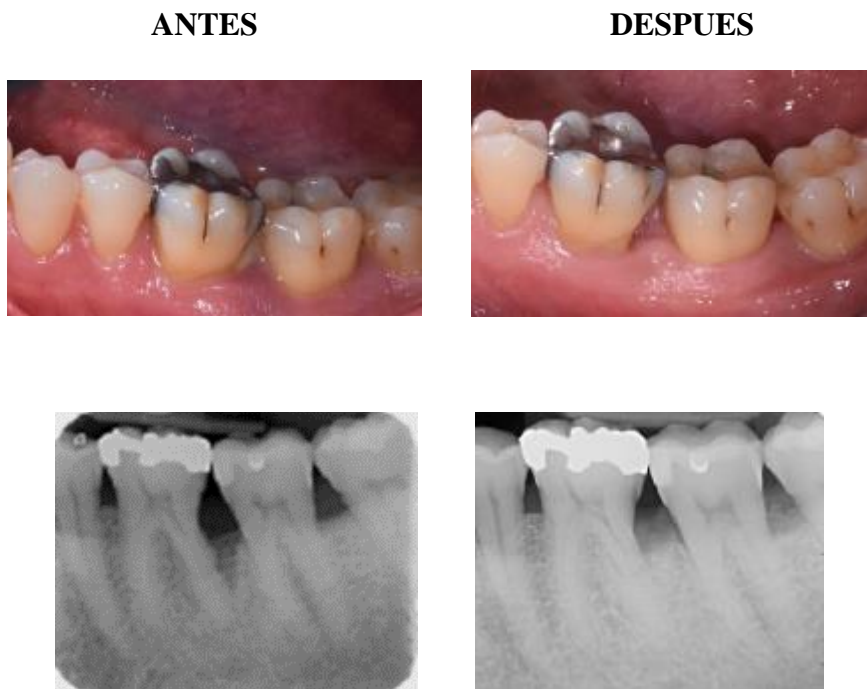
Figura 15. Fotografía de retiro de sutura fase de cicatrización.



Figura 16. Fotografía de radiografía periapical de control.



Figura 17. Fotografía del proceso quirúrgico del antes y después.



4.2. Plan de control y mantenimiento.

El control se realiza entre los 7 a 10 días después del proceso quirúrgico, el paciente deberá mantener una higiene oral cuidadosa las primeras 24 horas después de la intervención, uso de enjuagatorio con clorhexidina al 0,12 %, cepillado suave, se realizará control cada tres meses, respecto a la alimentación, a base de alimentos blandos.

V. DISCUSIÓN

Cuando subsiste la retención de placa, invariablemente se producirá pérdida de inserción, por consiguiente, un aumento de morbilidad en el paciente causado por la periodontitis, siendo esta un proceso destructivo que afecta a la encía y reabsorbe al hueso y ligamentos, esta evoluciona hasta la formación de defectos óseos con la consiguiente disminución y muchas veces perdida de dicha inserción clínica, para corregir estos defectos es posible emplear una técnica de colgajo simple, para luego colocar un biomaterial que ayuda a la

regeneración del hueso con el defecto. Al respecto Mora², considera que la técnica de colgajo simple de mínima invasión tiene mejores resultados que la técnica convencional y además permite la manipulación menos extensa de los tejidos circundantes”². Para Rodríguez J. Ruiz A. Caffesse R. “El Abordaje quirúrgico de papilas sin incisión (NIPSA); puede representar una técnica prometedora de preservación de papilas en el tratamiento de lesiones intraóseas y defectos periodontales”³. En el tratamiento de los defectos óseos, Camacho ⁴ enfatiza que, al efectuar tratamientos para los defectos intraóseos de 1 pared, 2 paredes, 3 paredes y defecto combinado puede generar cambios buenos a nivel del hueso, cemento y ligamento periodontal; y un fracaso se debería a los hábitos como el fumar, mala higienización”⁴. Es concluyente Torres ⁵, quien afirma que la cirugía periodontal mínimamente invasiva está indicada para tratar los dientes con bolsas profundas asociadas con defectos intraóseos, esta técnica consigue, un menor trauma operatorio para el paciente, mejor estabilidad de la herida” ⁵.

González ⁶, afirma taxativamente que la destrucción ósea en la periodontitis forma un cráter con destrucción del hueso alveolar a esto se conoce como defecto intra-óseo o infra-óseo”⁶. En el tratamiento del defecto óseo se consideran muchas técnicas como la cirugía guiada, el uso de biomateriales para alentar la regeneración ósea y Miranda⁷, preconiza el empleo de células madre, porque es común encontrar situaciones clínicas desafiantes donde hay una cantidad insuficiente de hueso debido a defectos óseos alrededor de los implantes inmediatos. Si bien se han utilizado diferentes materiales de injerto ósea, durante el tratamiento de los defectos mencionados; estos se caracterizan por presentar limitaciones en su potencial regenerativo. Es así, que la medicina regenerativa ha captado una especial atención en los últimos años; principalmente, el uso de las células madre en la formación de tejidos”⁷. Ramírez⁸, refiere que se debe identificar todos los factores que pueden influir

en la patogénesis de la enfermedad periodontal, así también, tener como pilares fundamentales el diagnóstico correcto, para establecer un plan de tratamiento adecuado”⁸.

VI. CONCLUSIONES

- El tratamiento efectuado en los defectos intraóseos de 3 paredes y defecto combinado, pudo generar cambios buenos y concretos a nivel del hueso, ligamento periodontal, y cemento.
- El biomaterial activo empleado demostró eficacia y fue importante en el tratamiento del caso presentado. Si bien es cierto, actualmente hay una diversidad de materiales regenerativos, empleados para tratar dichos defectos intraóseos,
- Se debe seguir un plan de tratamiento preestablecido para corregir un defecto intraóseo consiguientemente la terapia quirúrgica será correcta, relacionándose el material regenerativo con la técnica empleada.

VII. RECOMENDACIONES

- Sugerimos al clínico, establecer un plan de tratamiento para corregir quirúrgicamente un defecto intraóseo.
- Se debe emplear un biomaterial activo para alentar la regeneración ósea en la resolución de casos por defecto óseo, eligiendo el más idóneo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Rodríguez-Pulido JI, Martínez-Sandoval G, Garza-Enríquez M, et al. Resective osseous surgery. Rev ADM. 2020;77(5):252-256. doi:10.35366/96144.

Mora C. Téllez H. Parra R. Estudio comparativo de técnicas quirúrgicas periodontales: Técnica convencional vs técnica de colgajo simple de mínima invasión." Revista Tamé 6.18 2020: 658-660.

- Rodríguez J. Ruiz A. Caffesse R. Periodontal reconstructive surgery of deep intraosseous defects using an apical approach. Non-incised papillae surgical approach (NIPSA): A retrospective cohort study. *Journal of Periodontology*. 2018. doi:10.1002/jper.18-0405
- Camacho P. Tratamientos para la regeneración de defectos intraóseos periodontales. Revisión de la Literatura. [Tesis de Titulación]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago Guayaquil; 2021.
- Torres S. Eficacia de la terapia periodontal mínimamente invasiva en defectos intraóseos periodontales. [Tesis de Titulación]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago Guayaquil; 2022.
- Gonzales D. Pérdida ósea y defectos intraóseos por periodontitis crónica. [Tesis de Titulación]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017.
- Miranda R. Eficacia de células madre en el tratamiento de defectos óseos en implantología oral: una revisión de la literatura. [Tesis de segunda Especialidad en Implantología]. Lima: Universidad Científica; 2020.
- Ramírez J. Manejo quirúrgico periodontal del paciente con periodontitis y obesidad. [Tesis de segunda Especialidad profesional en Periodoncia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021.
- Deza M. Relación entre las características de los defectos óseos periodontales y el patrón del trabeculado alveolar del septum en pacientes de la clínica odontológica. UCSM. Arequipa, 2017. [Tesis de Titulación]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2017.

Ruiz T. Uso del PRP como tratamiento de defectos óseos y de furca. [Tesis de título de Especialista en Periodoncia]. Bucaramanga: Universidad Santo Tomás, Bucaramanga; 2019.

Cerpa A. Aspecto del espacio periodontal, de la cortical interna y del trabeculado alveolar en defectos óseos periodontales horizontales y angulares en radiografías periapicales, Arequipa, 2020. [Tesis para Título de Segunda Especialidad en Periodoncia e Implantología]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2021.

Rodríguez F. Tratamiento quirúrgico de defectos interproximales utilizando derivados de la matriz de esmalte en comparación con regeneración tisular guiada: estudio clínico aleatorio. [Tesis para grado de Doctor]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2011.

Andrade M. Manejo estético del defecto óseo anterior con porcelana rosada en una paciente de años: reporte de un caso clínico. [Tesis de Titulación]. Quito: Universidad Internacional del Ecuador; 2019.

Consentimiento informado para Periodoncia. [Internet]. Disponible en: <https://www.cop.org.pe/wp-content/uploads/2015/05/Periodoncia.pdf>.

ANEXOS


Anexo 1 Consentimiento Informado ¹⁴.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERIODONCIA

Yo, Albert GÓNZALES MIRANDA (como paciente), con DNI Nro. 80542854, mayor de edad, domiciliado en Jr. Ica N° 242. **DECLARO QUE**, el Cirujano Dentista Cristopher Alexander CORTÉZ FARFAN y el Bachiller en Odontología Kevin Anthony HERRERA GÓNZALES, me han explicado que es conveniente, en mi situación, proceder a realizar un tratamiento periodontal, brindando la siguiente información:

- 1.- El propósito principal de la intervención es la eliminación de los factores irritativos e infecciosos presentes en los tejidos de soporte de los dientes (encia, hueso alveolar, ligamiento periodontal, cemento radicular), para conseguir el mantenimiento de los dientes en el tiempo, función y estética, evitando movilidad, pérdida de hueso y caída de los mismos.
- 2.- Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Me ha explicado que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en dos o tres horas. También explicaron que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar la baja de la presión arterial que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente e incluso, excepcionalmente, la muerte. Comprendo que aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticarias, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.
- 3.- La intervención consiste en la eliminación de la placa y cálculo con curetas o ultrasonido, y a las pocas semanas, de ser necesario, la cirugía de las encías a colgajo para eliminar las bolsas infecciosas, aumentar el nivel de la encía y/o tratar los defectos óseos.
- 4.- Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado convenientes, comprendo que pueden producirse procesos edematosos, hinchazón, dolor o laceraciones en la mucosa del labio o mejilla, o en la lengua, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, aunque relativamente frecuentes, en cuyo caso el dentista tomará las medidas pertinentes y continuará el tratamiento. Sé que es frecuente que después del tratamiento advierta un aumento de la sensibilidad dentaria u movilidad de los dientes que normalmente desaparecerán bien espontáneamente o por un tratamiento posterior. También sé que va a producirse un cierto alargamiento de los dientes, más perceptible al sonreír, como consecuencia segura de haberse eliminado el tejido enfermo e inflamado igualmente comprendo que el tratamiento puede extenderse incluso hasta un año o más, en cuyo transcurso deberé acudir a la consulta periódicamente, y cuidar especialmente la higiene dental mediante las técnicas que me ha indicado. Me ha explicado también pormenorizadamente la importancia del cuidado dental y el mantenimiento con visitas periódicas de sesiones de profilaxis e higiene dental, lo que debe realizarse a lo largo de toda la vida. También comprendo que el objetivo perseguido **NO SE PUEDA** lograr, total o parcialmente, con independencia de la técnica empleada y de su correcta realización, y de que sin la esmerada contribución de mi parte en el control de placa bacteriana, mediante la higiene frecuente, los objetivos perseguidos no se puedan cumplir. También sé que se puede producir cierto alargamiento de los dientes, más perceptible al sonreír, como consecuencia de haber eliminado el tejido inflamado.
- 5.- El Dentista me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos. Por tanto, he comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado. Me queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO**, para que se me practique el tratamiento de periodoncia.


Lima, 21 de Marzo de 2022



Asociado / Rep. Legal
ALBERT GÓNZALES MIRANDA
DNI: 80542854



Bachiller en Odontología
KEVIN A. HERRERA GÓNZALES
DNI: 70061685



Cirujano Dentista
CRISTOPHER ALEXANDER CORTÉZ FARFAN
COP N° 17243

Anexo 2. DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA

En la fecha, yo Kevin Anthony HERRERA GONZÁLES, identificado con DNI N°70061685, Domiciliado en Av. 10 de Junio N° 1020, BACHILLER de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Odontología, me COMPROMETO a asumir las consecuencias administrativas y/o penales que hubiera lugar si en la elaboración de mi investigación titulada **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DEFECTO PERIODONTAL INTRAÓSEO**. Se haya considerado datos falsos, falsificación, plagio, auto plagio, etc. y declaro bajo juramento que mi trabajo de investigación es de mi autoría y los datos presentados son reales y he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.

Lima, 05 de Abril del 2022



Bachiller en Odontología
KEVIN A. HERRERA GONZÁLES
DNI: 70061685