

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

TÍTULO :CIRUGÍA PERIODONTAL EN MAXILAR INFERIOR EN LAS PIEZAS 3.5 – 4.4 POR REABSORCIÓN ÓSEA VESTIBULAR CAUSADA POR TRATAMIENTO ORTODÓNTICO

Para optar : El Título profesional de Cirujano Dentista

Autora : Bachiller Celina Gamarra Navarro De Bernedo

Asesor : MG. López Gonzáles Chirstian Willy

Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la Salud

Huancayo – Perú

2022

DEDICATORIA:

Dedico este trabajo a mis padres y esposo, que nunca supieron rendirse ante la adversidad. Sigo ese caro ejemplo.

CELINA

AGRADECIMIENTO:

Quiero agradecer a los docentes de mi Alma Mater por las enseñanzas teóricas y prácticas que me brindaron a lo largo de mi formación profesional, en esta noble carrera.

CELINA

CONTENIDO

CAPITULO I

PRESENTACIÓN

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
CONTENIDO.....	4
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7

CAPITULO II

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
2.2 MARCO TEÓRICO.....	10
2.2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO.....	10
2.2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS.....	12
A. Periodontitis	12
B. Encía.....	13
C. Tratamiento Periodontal	14
D. Terapia Periodontal Quirúrgica	14
E. Indicaciones de Terapia Periodontal Quirúrgica	16
F. Contraindicaciones de Terapia Periodontal Quirúrgica	16
G. Técnicas Quirúrgicas.....	18
2.4. OBJETIVOS	19

CAPITULO III

3.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	21
3.2 HISTORIA CLÍNICA.....	21
3.2.1 MATERIALES, INSTRUMENTOS Y TÉCNICA.....	21
3.3 EXAMEN CLÍNICO GENERAL.....	23
3.4 EVALUACIÓN INTEGRAL.....	23
3.5 DIAGNOSTICO Y PRONÓSTICO.....	24

CAPITULO IV

PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.....	25
4.1 FORMULACIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO	25
4.2 PLAN DE CONTROL Y MANTENIMIENTO.....	26

CAPITULO V

CONCLUSIONES.....	34
--------------------------	-----------

CAPITULO VI

APORTES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	37
ANEXOS.....	39

RESUMEN

La terapia integral de enfermos con patologías parodontales, generalmente se fracciona en 3 etapas, estas frecuentemente se intercalan y son: La etapa primaria o etiológica, la etapa de corrección y la etapa de fase de sostén parodontal o de protección. La mayor parte de estas patologías parodontales se manifiestan a través de alteraciones interrelacionados con la película dental, la terapia parodontal con cirugía es reconocido como terapia alternativa en la parodontosis inicial. Asimismo, la determinación de la clase de intervención parodontal que debe practicarse, las zonas a incluirse y los momentos de la terapia, se decide después de la evaluación de los efectos proporcionados al comienzo relacionada con el origen. El propósito primordial del trabajo de que presentamos, es: Describir el procedimiento de cirugía periodontal, en maxilar inferior en piezas 3,5 y 4,4 por reabsorción ósea vestibular causada por tratamiento ortodóntico y adicionalmente, demostrar que la técnica de Corticotomía es la más adecuada en el abordaje y terapia quirúrgica de la periodontitis. La cirugía consistió en la realización de una incisión lineal de la parte distal, siguiendo con un colgajo para realizar el injerto óseo y membrana de colágeno por vestibular realizando la técnica de Corticotomía en la arcada inferior usando un bisturí N° 15, legra p24 y una fresa N° 4 de alta velocidad, membranas de colágenos de 20x30 cms. y un hueso firulizado de 1 cc. Entre los resultados más importantes, se tuvo que: clínicamente a los 8 días aún se observa inflamación de las encías, en la zona de cirugía y a los 21 días a 1 mes, la paciente saldrá de alta con resultados estéticos y funcionales. Se concluye que la técnica de Corticotomía es recomendada para pacientes adultos con problemas de reabsorción ósea y problemas periodontales.

Palabras clave: Periodontitis, Terapia periodontal quirúrgica, Corticotomía, injerto óseo.

ABSTRACT

The comprehensive therapy of patients with periodontal pathologies is generally divided into 3 stages, these are frequently interspersed and are: The primary or etiological stage, the correction stage and the stage of periodontal support or protection. Most of these periodontal pathologies are manifested through interrelated alterations with the dental film, periodontal therapy with surgery is recognized as an alternative therapy in initial periodontitis. Likewise, the determination of the kind of periodontal intervention to be practiced, the areas to be included and the moments of the therapy, is decided after the evaluation of the effects provided at the beginning related to the origin. The primary purpose of the work that we present is: To describe the periodontal surgery procedure, in the lower jaw in pieces 3.5 and 4.4 due to vestibular bone resorption caused by orthodontic treatment and additionally, to demonstrate that the corticotomy technique is the most adequate in the approach and surgical therapy of periodontitis. The surgery consisted of making a linear incision in the distal part, followed by a flap to carry out the bone graft and collagen membrane on the vestibular side, performing the Corticotomy technique in the lower arch using a No. 15 scalpel, p24 curette and a No. 4 high-speed milling cutter, 20x30 cm collagen membranes. and a 1 cc. Among the most important results, it was found that: clinically, at 8 days, inflammation of the gums is still observed in the area of surgery and at 21 days to 1 month, the patient will be discharged with aesthetic and functional results. It is concluded that the Corticotomy technique is recommended for adult patients with bone resorption problems and periodontal problems.

Key words: Periodontitis, Surgical periodontal therapy, Corticotomy, bone graft.

CAPITULO II

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es necesario recordar y remarcar que, los tegumentos de la boca están interrelacionados, es así que, cuando unos se enferman, los otros llegan a afectarse inexorablemente en diferentes grados, según su relación funcional y su proximidad física.

Los ortodoncista y periodoncia suelen prestar servicios en colaboración mutua en distintos campos, ya que las dos especialidades comparten situaciones clínica y metas por cumplir.

La enfermedad periodontal es la causa más común de pérdida o extracción de piezas dentales en pacientes mayores de 35 años, por tal razón es de suma importancia mantener en orden la salud periodontal (1). Asimismo, debemos señalar que, el periodonto es un influyente marcado de la salud oral y su alteración generalmente influye en la salud general de las personas. Se ha demostrado científicamente su gran relación con la salud sistémica de los individuos, deteriorando así su bienestar, funcionalidad y calidad de vida (2). Consecuente puede inferirse que, la enfermedad periodontal es considerada un proceso infeccioso e inflamatorio que según el grado de afectación puede llevar a manifestaciones en la encía, además de la pérdida de los tejidos que soportan el diente (hueso alveolar, ligamento periodontal y cemento). Teniendo en cuenta que esta patología es de etiología multifactorial, sin embargo, es principalmente infecciosa (placa bacteriana), su tratamiento se encamina básicamente al control de infección e inflamación. (3).

Los microorganismos patógenos ubicados en la boca, al unirse con otros elementos darán origen a la película dental (sarro bacteriano), este al no eliminarlo adecuadamente a través de medidas de aseo bucal (técnicas de cepillado dental, empleo del rehílo para los dientes, así como en enjuagatorio de la boca), estos se acumularán en las áreas de los elementos dentarios. Posteriormente, el sarro bacteriano penetrará el

espacio del surco gingival ubicado entre la gíngiva y el elemento dentario, lo cual origina un proceso de hinchazón y destrucción de los tejidos, que es una particularidad de esta anomalía. Además, debemos tener presente que la parodontosis no manejada precozmente, progresará, produciendo destrucción de los tejidos de sostén completamente, ocasionando que la pieza dentaria se pierda. Empero debemos ser enfáticos en reconocer que, subsisten situaciones graves que nos impele a recurrir a las cirugías periodontales, cuando se verifica reabsorción ósea vestibular generada por tratamientos ortodónticos insipientes y defectuosos.

Entonces, aceptando que la enfermedad periodontal es una patología inflamatoria que destruye las fibras de inserción y el hueso de soporte de las piezas dentarias presentes en la cavidad bucal, debemos convenir que, un raspaje y alisar las raíces de los dientes implicados con la patología, mayormente y sumado a medidas de limpieza de la boca, debería ser la terapia a elegir para recuperar la funcionalidad del tejido parodontal. Consecuentemente, luego de etapa primaria y de corrección, procedemos a la etapa de sostén y protección parodontal, esta se caracteriza por realizar acciones de prevención sobre el incremento de la patología parodontal.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Rivera C.G. (4), llevó a cabo una investigación con el propósito donde analizó la trascendencia del buen estado parodontal al momento de la terapia ortodóntica, a través de un trabajo cualitativo exploratorio y documental, realizó una exploración de la bibliografía de 25 ensayos indiscutibles con el fin de recolectar evidencias elementales en el diagnóstico y culminación del trabajo de investigación. Arribó a una importante conclusión: que el estado saludable del periodonto es importantísimo para lograr un resultado exitoso en la terapia ortodóntica y esta debe estar relacionada constantemente con las demás áreas de la odontología.

Dionicio NF, (5), efectuó una investigación con el objetivo de revisar la estructura y función de los principales tejidos del periodonto: encía, ligamento periodontal, hueso alveolar y cemento. Describió las células predominantes de estos tejidos, así como sus principales funciones e interacciones. Estimó que los métodos

quirúrgicos del parodonto suelen estar asociados con algunos peligros afines con las zonas donde se ubican órganos anatómicamente elementales. El cuidado se fundamenta en planificar con una sapiencia básica de la anatomía de los órganos ubicados en los planos superficial y profundo mientras dura la operación. En relación al empleo variados substitutos de tegumento blando en la terapia de las denudaciones en los elementos dentarios y la alteración de tegumentos blandos en terapias implantológicas y zonas edéntulas; los logros más óptimos se consiguió en los sucesivos asuntos: en el incremento volumétrico del tegumento suave se utilizó el injerto autólogo con/sin tegumento; en el incremento de tegumento ortoqueratinizado se empleó el colgajo de posición apical con un injerto autólogo e infecciones parodontales y periimplantarias sustentadas en testimonio científico.

Peña-Rivera JJ, (6). expuso una investigación con el propósito de describir los procesos de la cirugía de absceso periodontal provocado por un proceso carioso. La metodología empleada se basó en un diseño bibliográfico con un tipo de investigación documental, concluyendo que es necesario que se mantenga una higiene bucal adecuada antes, durante y después de la cirugía, puesto que este procedimiento ayuda a mantener una cavidad bucal limpia, libres de caries que causan la mayoría de las complicaciones llegando a causar pérdida dentaria, fracturas dentales, lesiones en las encías y los abscesos periodontales. También considerar una ingesta de alimentos nutritivos y evitar los alimentos que promuevan el crecimiento de bacterias que generen daños en las piezas dentales. Asimismo, es necesario la capacitación continua y adecuada de los especialistas para realizar procedimientos específicos a los pacientes de manera que no existan consecuencias posteriores por malas prácticas, así mismo, debe existir una estrecha comunicación entre paciente y el especialista de modo que se conozca toda la historia clínica del paciente de manera que contribuya a una correcta tomada de decisión al momento de realizar el procedimiento establecido.

Segovia R., S. (7) efectuó un trabajo de investigación sobre Corticotomía y Ortodoncia; con el objetivo de presentar evidencia literata, analizando su progreso y evolución en el lapso, recuperando el empleo en la terapia ortodóntica

consiguiendo una oclusión más estable y estéticamente mejor. Es así que precisa que la Corticotomía es una técnica eficiente en la aceleración del tratamiento ortodóntico, siendo una opción para el plan de tratamiento alternativo en pacientes adultos. Asimismo, señala que es un procedimiento quirúrgico en el cual se perfora el hueso cortical sin entrar en la médula. Este procedimiento ha sido utilizado en combinación con osteotomía para acelerar el movimiento de los dientes; para ello se realizaron cortes en forma de líneas y puntos alrededor de los dientes que se desea remover, produciendo el efecto de osteopenia transitoria. La eficacia de la Corticotomía se resume en el movimiento rápido de los dientes con menos destrucción y menores riesgos a los tejidos periodontales y de la pulpa dental, disminuye la resorción radicular obteniendo mayor estabilidad en comparación con un tratamiento convencional de ortodoncia. Concluye que, es importante realizar la elección más conveniente del doliente y el testimonio de este después de la intervención quirúrgica, pues estos estimulan el proceso de regeneración ósea mediante las injurias quirúrgicas controladas.

Girano, J. et al. (8), en una investigación bibliográfica sobre el manejo quirúrgico de la periodontitis, con el objetivo de realizar una revisión de los fundamentos generales del tratamiento periodoncial quirúrgico, basado en los mejores niveles de evidencia disponibles en la literatura para determinar las necesidades de la terapia quirúrgica así, como describir las técnicas quirúrgicas de mayor predictibilidad y cuáles serían las recomendaciones clínicas. Al respecto precisa que la enfermedad periodontal es una patología inflamatoria- bacteriana que destruye las fibras de inserción y el hueso de soporte de las piezas dentarias presentes en la cavidad oral. El raspado y alisado radicular es, en la mayoría de los casos, junto con instrucciones de higiene oral, la medida herpética de elección para establecer la función del estado periodontal. Tras la fase inicial y correctiva, se procede a la fase de soporte o mantenimiento periodontal, caracterizada por tomar medidas destinadas a prevenir la progresión de la enfermedad periodontal. De otro lado señala que, las técnicas periodontales quirúrgicas, deben evaluarse sobre la base de su potencial para facilitar la eliminación de los depósitos sub gingivales. La cirugía a colgajo puede emplearse en todos los casos en que esté indicado el

tratamiento quirúrgico. La literatura evidencia que se recomienda en bolsas mayores de 6 mm de profundidad, previamente sometidas a raspado y alisado radicular, reevaluación y terapia de mantenimiento.

2.2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS

A. Periodontitis

Debemos precisar que, la periodontitis es una enfermedad de la cavidad oral que se encuentra aproximadamente en un 47.2% de la población adulta; a los 65 años la prevalencia aumenta al 70% en la población mundial (9). Por otro lado, Herrera D., (10), propone que la periodontitis es una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte del diente, causado por microorganismos específicos que provocan la destrucción continua del tejido periodontal y hueso alveolar, con formación de bolsas periodontales.

Asimismo, Frey (11), afirma que si la periodontitis no se trata puede conducir a la pérdida de las piezas dentales. Por ello se conoce que la progresión de la enfermedad depende de muchos factores concomitantes y de la variabilidad de cada individuo. Por tanto, se debe tomar en cuenta factores como la pertenencia étnica, el entorno social, la salud en general o factores de riesgo como es el alcoholismo o tabaquismo; también debe considerarse la alimentación del individuo, que es muy importante para distinguir el estado de la enfermedad.

B. Encía

Llamada también como gíngiva, presenta un epitelio poliestratificado plano ortoqueratinizado, Es el tegumento expuesto a la fricción durante la formación bolo alimenticio en la trituración de los alimentos, con fines didácticos esta se clasifica en: 1) Gíngiva fija, es la que posee mayor volumen, tapiza las apófisis alveolares vestibular y lingual, así mismo todo el paladar. Esta se adhiere a la membrana periostica del hueso y del cemento dental a través de fibras principales de colágeno llamadas fibras de Sharpey, presenta un aspecto duro y es resilente,

tiene una coloración rosado claro, con un puntillado característico similar a la cascara de naranja, suele tener pigmentos oscuros gracias a la presencia de los melanocitos que producen melanina. Sus límites son apicalmente la línea mucogingival y coronalmente la línea marginal (línea imaginaria que pasa por el fondo del surco gingival). 2) Gíngiva marginal, es parte de la encía que no está adherida al periostio ni a la pieza dental, presenta una coloración rosado coral, su aspecto es liso, brillante y móvil, tiene un epitelio poliestratificado plano paraqueratinizado. (13)

C) TRATAMIENTO PERIODONTAL

El tratamiento global de pacientes con enfermedad periodontal se divide en tres fases perfectamente diferenciadas, que con frecuencia se superponen. Así:

- La Fase de terapia causal inicial: que va dirigida a controlar las caries y la gingivitis y tiene como objetivo detener la progresión de la destrucción de los tejidos periodontales. El raspado y alisado radicular es, en la mayoría de los casos, junto con instrucciones de higiene oral, el arma terapéutica utilizada.
- La fase correctiva, dirigida a establecer la función y la estética.
- La fase de soporte periodontal o de mantenimientos que se caracteriza por adoptar estrategias sanitarias con el fin de impedir las recidivas cariosas y las patologías parodontales.

Es necesario precisar que mayormente los tipos de anomalías parodontales son afines a la película dental, la terapia parodontal con cirugía es contemplado como un método complementario. Es decir; en definitiva, permite la evaluación adecuada de la eficiencia de los autocuidados de higiene oral, de importancia decisiva para el pronóstico a largo plazo. La ineficiencia a menudo implica que ese paciente debe ser excluido del tratamiento quirúrgico.

D) TERAPIA PERIODONTAL QUIRÚRGICA

Definiendo, la terapia quirúrgica está conformada por aquellos procedimientos correctores, reconstructores y regeneradores de las deformidades mucogingivales o lesiones periodontales, las más utilizadas para la eliminación de bolsas periodontales son la gingivectomía, mediante la cual se reducen las bolsas gingivales profundas por hipertrofia y bolsas óseas y colgajos de reposición apical (14).

Es necesario considerar que un tratamiento periodontal quirúrgico se realiza como un sustituto del tratamiento periodontal causal inicial, en el cual se evalúa el tipo de cirugía periodontal a realizar, asimismo se adopta cuantas localizaciones debe abarcar y en qué momento del tratamiento, para la preservación del periodonto a largo plazo (15). De tal forma que la corrección de los defectos intraóseos como es el desbridamiento por colgajo el cual consiste en la remoción del epitelio de bolsa y tejido inflamatorio crónico el cual nos ayuda a través de un raspado y alisado radicular en la superficie radicular y eso se logra al tener una eficacia en diferentes procedimientos quirúrgicos el cual se lleva a cabo gracias a la ayuda de curetas, también el uso de injertos óseos como (autoinjertos, xenoinjertos y aloinjertos) y regeneración tisular, igualmente, el tratamiento periodontal quirúrgico posee, entre otros, el objetivo siguientes:

- a) La extirpación de bolsos parodontales que causan hinchazón de la encía y migración de la adherencia epitelial. El aumento de la profundidad de bolsa era la principal indicación para la cirugía periodontal. En consecuencia, tras la eliminación del componente inflamatorio provocado por la placa, lo que ocurría era la eliminación quirúrgica de la bolsa; procedimiento que cumplía con dos propósitos: la reducción de la profundidad de bolsa o supresión de la bolsa y el aumento del acceso a la superficie radicular, de manera que se eliminen los factores irritativos y que proporcionen una anatomía adecuada a los autocuidados de higiene oral tras el periodo de cicatrización. Empero, es preciso expresar que actualmente existen algunos estudios basados en el conocimiento actual de la biología del periodonto, en la patogenia de la

enfermedad periodontal y en la cicatrización de los tejidos periodontales, que nos ayudan a comprender el papel que desempeña la cirugía periodontal en la preservación de los dientes.

- b) La terapia parodontal con cirugía tiene también más propósitos subsidiarios, que consisten en el tratamiento cuando se verifica;
- Desaparición de restos gingivales, placa dental subgingival o supragingival.
 - Desaparición de bolsos parodontales anómalos.
 - Desaparición de anomalías de retención en la película dental en la forma de la encía. (16)

E) INDICACIONES DE TERAPIA PERIODONTAL QUIRÚGICA

La terapia periodontal quirúrgica está indicada en situaciones que impidan el acceso para el raspado y alisado radicular; en impedimentos en el acceso para el correcto autocontrol de placa o en casos de múltiples sondajes residuales mayores o iguales a 6mm en la reevaluación postratamiento no quirúrgico (17) B-Z.

Según Matos & Bascones, las indicaciones para una terapia periodontal quirúrgica suelen realizarse en los siguientes casos:

- Construcción de una forma en la zona gingivodental que ayude a controlar la película dental.
- Disminución de la película dental.
- Reparación de anomalías en las encías evidentes.
- Deslizamiento del margen de la encía libre apicalmente en relación a reparaciones que retengan la película dental.
- Posibilitar la terapéutica de restauración adecuada.

F) CONTRAINDICACIONES DE LA TERAPIA QUIRÚGICA

Es necesario evitar este tipo de terapia cuando subsistan pacientes con estas características:

- Pacientes con mal control de placa y no cooperante; pues es de suma importancia que el doliente pueda conseguir un control de la película dental óptimamente, ya que este es un factor fundamental para obtener una terapia parodontal exitoso. El doliente que no ayude en la etapa de terapia en relación con el origen, no debe ser considerado en una terapia parodontal quirúrgica. (18) B-Z
- El paciente fumador; pues el hábito de fumar afecta negativamente a la cicatrización de las heridas quirúrgicas, podría no considerarse una contraindicación para el tratamiento quirúrgico periodontal, sin embargo, se observa una menor reducción de la PB y menos mejoría en la inserción clínica en los fumadores que en no fumadores (19). B-Z
- Paciente trasplantado y/ inmunodeprimidos; que son generalmente pacientes medicados para prevenir el rechazo de los órganos trasplantados. el fármaco de elección más utilizado actualmente es la Ciclosporina A, un potente inmunosupresor. Los efectos adversos que se observan en general tras el tratamiento con este fármaco aumentan el riesgo de hipertrofia gingival y de hipertensión.
- Pacientes con trastornos hemáticos; debe verificarse la naturaleza de estos trastornos. Los pacientes que padecer leucemia aguda, agranulocitosis y linfogranulomatosis no deben realizar cirugía periodontal. Las anemias de forma leve y compensadas no constituyen una contraindicación al tratamiento quirúrgico. Las formas más agudas descompensadas pueden implicar disminución de la resistencia a la infección y mayor propensión al sangrado. En estos casos la cirugía periodontal debe posponerse hasta entrar en contacto con el médico del paciente (20).
- Pacientes con trastornos endocrinos; por ejemplo, con Diabetes mellitus: esta patología, muy prevalente en la población adulta, implica reducción de la resistencia las infecciones, propensión al retraso en la cicatrización de las

heridas y predisposición a la arteriosclerosis. Pueden hallarse impedidos pacientes que reciben grandes dosis de fármacos, durante largos periodos de tiempo.

- Pacientes con enfermedad cardiovascular; como, por ejemplo: Hipertensión arterial; angina de pecho; Infarto de miocardio; Tratamiento con anticoagulantes; Endocarditis reumática.

G. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Entre los procedimientos reformadores de las anomalías gingivomucosas o alteraciones parodontales y para la extirpación de bolsos parodontales, más utilizadas, destacan:

- a) **Gingivectomía.** Es un proceso de cirugía parodontal que en sus inicios pretendía la extirpación del bolso parodontal y se asociaba casi siempre al remodelado de la gíngiva para restablecer su morfología y fisiología. Posteriormente se describe un similar proceso con un corte festoneado, que objetó lo dicho por Robicsek con un corte recto. Esta fue descrita por primera vez por Golman, cuyo propósito fundamental es la reducción de los bolsos parodontales profundos ocasionadas por hipertrofia de las encías y bolsos parodontales supra óseas, y no en los bolsos parodontales infra óseas. La tegumentatización de la lesión ocasionada por este procedimiento se inicia a pocos días luego del corte de los tegumentos blandos inflamados y concluye mayoritariamente a los 14 días. (21) B-W.
- b) **Colgajo de Widman.** Su creador introdujo el tipo festoneado bisel inverso de incisiones gingivales en 1917 como una modificación de Neumann (1912); Widman describió una incisión gingival festoneada alrededor del cuello de los dientes de aproximadamente 1 mm. Levantando un colgajo mucoperiosteico más allá de los ápices de los dientes y realizando un alisado radicular profundo con un recorte menor

de hueso para la adaptación del colgajo. Finalmente, el colgajo fue saturado mediante suturas interproximales. Posteriormente Ramfjord (1974) describe la técnica de colgajo de Widman Modificado. Esta técnica de colgajo mucoperióstico a bisel interno no está destinada a la eliminación de la bolsa, ni exposición del hueso proximal (como realiza Widman en su técnica original) sino, más bien, tiene como objetivo la reinserción y readaptación de las paredes de las bolsas periodontales en lugar de la extirpación quirúrgica de las paredes exteriores de bolsas periodontales

- c) **Colgajo de remodelación apicalmente:** Expresión implantado por Friedman en el año 1962, en la que se desplaza todo el tejido blando (mucosa gingival y alveolar) apicalmente para eliminar las bolsas. Los objetivos continúan siendo los mismo: Eliminar bolsas, realizar cirugía ósea para tener una arquitectura ósea positiva y dejar el hueso desnudo para ganar encía queratinizada. El diseño del colgajo comprende muchas veces de bisel invertido e incisiones verticales, además, se puede incorporar cirugía ósea (osteoplastia u osteotomía) para remodelar la cresta ósea alveolar. Durante la fase de curación inicial, se produce una resorción ósea de grado variable y en la fase de regeneración y maduración tisular se forma una unidad dentogingival nueva, de manera semejante a la que se observa después de una gingivectomía.
- d) **Corticotomía:** La Corticotomía alveolar es una técnica eficiente en la aceleración del tratamiento ortodóntico, siendo una opción para el tratamiento alternativo en pacientes adultos. En este procedimiento quirúrgico se perfora el hueso cortical sin entrar a la médula; ha sido utilizado en combinación con osteotomía para acelerar el movimiento de los dientes, para ello se realiza cortes en forma de líneas y puntos alrededor de los dientes que se desea mover, produciendo el efecto de osteopenia transitoria. Es importante realizar la selección adecuada del paciente y la información post operatoria y los riesgos de la cirugía, ya

que estas estimulan el proceso de regeneración ósea mediante injurias quirúrgicas controladas.

2.4 OBJETIVOS:

2.4.1 Describir el procedimiento de cirugía periodontal, con la técnica de Corticotomía en maxilar inferior en piezas 3,5 y 4,4 por reabsorción ósea vestibular causada por tratamiento ortodóntico.

CAPITULO III

PRESENTACION DEL CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino de 31 años, sistémicamente sano. Se realizó el tratamiento ortodóntico hace 2 años. Se realizó una valoración radiográfica donde se observó la reabsorción ósea mandibular, se observa restauraciones dentales. Una vez acabo la evaluación se llevó a cabo la cirugía.



Figura 1. Fotos iniciales donde es evidente la reabsorción ósea de tabla por vestibular.

TECNICA QUIRURGICA

Bajo anestesia local en la zona vestibular de premolar a premolar (3.5 – 4.4) se realizó un aislamiento parcial con gasas esterilizadas (figura 7), después una incisión lineal (figura 8), se inició la cortical con un colgajo con la legra p24, con una profundidad aproximada de 1 cm con el propósito de llegar al hueso medular. Encontramos la pieza 3.4, 4.3 y 4.4 sin sostén óseo vestibular, con la pieza de mano y la fresa N° 4 realizamos las retenciones a nivel de los ápices en el hueso medular, retiramos todo el periostio restante después del colgajo, succionamos en todo momento de la cirugía (figura 9).

Se inserta la membrana de colágeno por vestibular y se sutura con el hilo ácido poliglicólico la técnica de sutura colchonera vertical; colocamos el injerto óseo en los dientes vestíbulo antero inferior y la membrana de colágeno (figura 10).

Se sutura el colgajo con la membrana de colágeno con el hilo nylon azul monofilamento y también la membrana entre las piezas dentales con la técnica de sutura en continua en ojal (figura 11).

INDICACIONES Y CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Se prescribió como antibiótico amoxicilina de 500mg/ 1 tab. Cada 8 horas x 15 días y paracetamol de 500mg/ 1 tab. Cada 8 horas por 21 días, como analgésico fue keterolaco 60ml/ 1 ampolla cada 24h por 3 días. Se le otorgo descanso medico de 8 días.

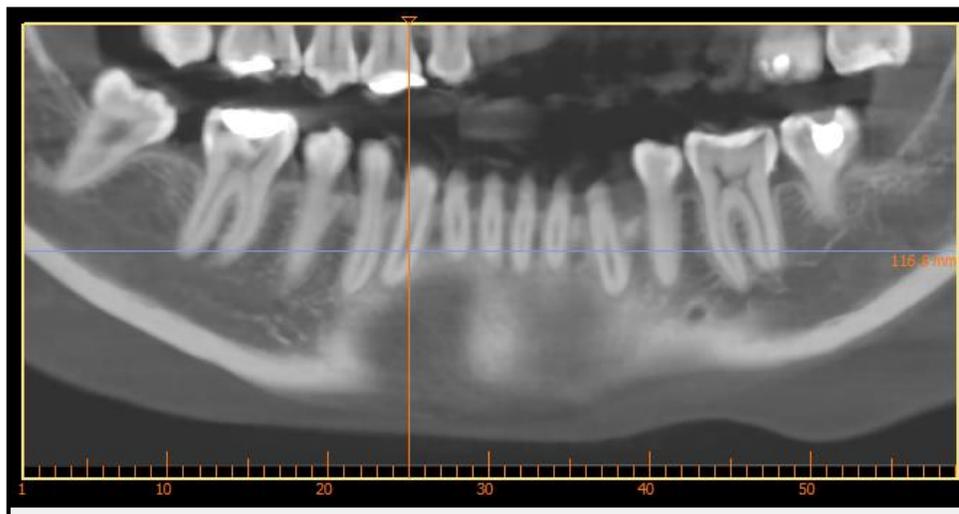


Figura 2. Tomografía del maxilar inferior



Figura 3 y 4. Se observa la ausencia de tabla ósea por vestibular las piezas 4.3 y 4.2.



Figura 5 y 6. Se observa reabsorción ósea alveolar moderada a nivel del tercio medio en la piza 3.1 por vestibular y lingual y en la 4.1 se observa reabsorción ósea a nivel del tercio medio y cervical en tabla vestibular y lingual.

Las indicaciones a la paciente fueron: dieta fresca y blanda; no pronunciar palabra (mantener la boca cerrada por 5 días) evitar la masticación con la zona intervenida, no comer pescado, ají, no cepillar el sitio hasta el retiro de la sutura, después de 15 días comer comidas blandas. La paciente se le cito a los 21 días para la revisión y el retiro de la sutura.

RESULTADOS

El control se llevó a cabo cada 8 días, hasta cumplir los 21 días.

CAPITULO IV
PLAN DE TRATAMIENTO



Figura 7. Se realiza una anestesia local

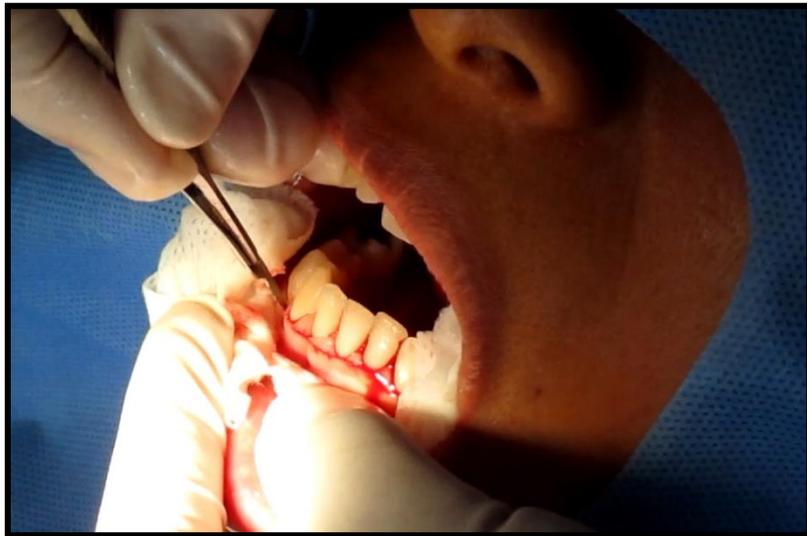


Figura 8. Incisión lineal por vestibular



Figura 9. Observamos que las piezas 3.4, 4.3 y 4.4 se encuentra sin sostén óseo vestibular y las retenciones realizadas con fresa N° 4.

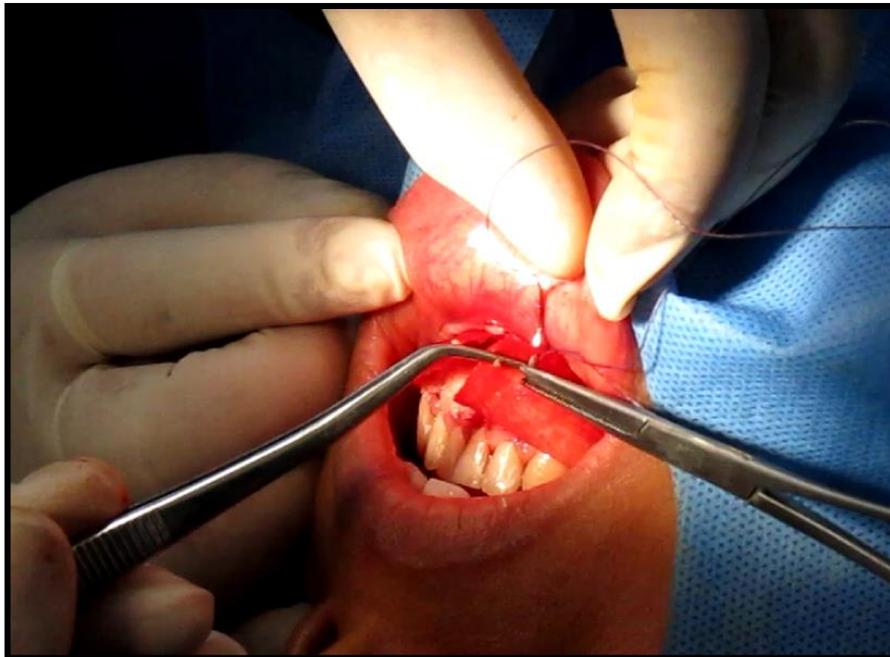


Figura 10. Colocación de las membranas de colágeno y el injerto óseo; procediendo con la sutura colchonero vertical.



Figura 11. Realizando la sutura final continúa con ojal, entre las membranas de colágeno y las piezas dentales afectadas.



Figura 12. La cicatrización y el postoperatorio ocurrió a aceptablemente bien y sin alteraciones, paciente de 8 días con resultado exitoso.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

- Primera.** – La terapéutica quirúrgica de la enfermedad periodontal cumple esencialmente dos propósitos. Por un lado; crea la accesibilidad para el correcto desbridamiento profesional de las superficies radiculares desbridadas; por otro, establece una morfología gingival que facilita el autocontrol de placa y mejora la preservación de los dientes a largo plazo.
- Segunda.** – La terapéutica periodontal quirúrgica, no solo está indicado en situaciones como en la eliminación de bolsas periodontales profunda.
- Tercera.** - Tras terapéutica periodontal no quirúrgica y reevaluación, también puede indicarse en el tratamiento de defectos óseos de forma a restablecer el contorno óseo fisiológicos del hueso alveolar. También, problemas mucogingivales, bien sea por razones de tipo estético o cosmético o por hipersensibilidad, recesiones de la encía marginal o caries de cuello.
- Cuarta.** - El procedimiento de Corticotomía en este caso, se realizó por la reabsorción ósea que presentó la paciente por vestibular y lingual. La descripción de los resultados de este caso, indica que no hay defectos adversos en el hueso ni en el periodonto.
- Quinta.** - Esta técnica nos dará eficiencia y estabilidad en las piezas dentales afectadas por reabsorción ósea dada por el tratamiento de ortodoncia.

Sexta. - Un diagnóstico preciso y una ejecución de la terapéutica adecuada, junto con la buena voluntad del paciente en tener higiene oral óptima, permiten cambiar el pronóstico de los dientes y mantenerlos a largo plazo.

CAPITULO VI

APORTES

- Primer.** – Debemos precisar que, es sumamente necesario realizar ensayos clínicos controlados para determinar los efectos reales de la Cortitomía, estudios prospectivos para evaluar las ventajas y desventajas del procedimiento terapéutico quirúrgico, así como para determinar si existen diferencias entre las distintas técnicas quirúrgicas existentes, para estos tratamientos.
- Segundo.** – Consideramos que, se requiere una exhaustiva remoción del biofilm para alcanzar el éxito de los resultados de la terapia quirúrgica parodontal; la remoción del cemento radicular no es importante.
- Tercero.** - El realizar y hacer cumplir estrictamente la etapa (Estrategias de aseo dental, la debridación sin cirugía, la reevaluación oportuna) en la terapia de parodontosis es imprescindible.
- Cuarto.** – Debe considerarse fundamental lo siguiente: Después de la etapa I se evaluará a los tres meses, si el objetivo primordial se ha cumplido, en caso no sea así, se procederá a la fase II (terapia quirúrgica) del tratamiento.
- Quinto.** – Es importante mencionar que la etapa de sostén y protección son pilares fundamentales para lograr un tratamiento parodontal exitoso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Vaquero Niño P. Reabsorción radicular durante el tratamiento de ortodoncia. *Cient. Dent.* 2011. Vol. 8, Num. 1. Pag. 61-70.
- 2.- Reyes, “et al”. Corticotomía ortodóntica en paciente con periodonto reducido: Caso clínico. *Rev. Odontológica Mexicana.* 2012. Vol. 16. Numero 4. Pagina 272- 278.
Medina-Solís, CE, Postigo-Loyola, Et al. “Principales razones de extracción de dientes permanente en muestra de Adultos mexicanos”. *Rev. de Invest. Clínica. México.*2013.
- 3.-Bedoya Botero, R. “Determinantes del diagnóstico periodontal. *Rev. Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitation Oral*”. 2015.
- 4.- Rivera, F. “Enfermedad periodontal”. *Rev. Salud Pública. Colombia.*2016.
- 5.- Dionicio Campuzano, Natalio F. “Macroanatomía y microanatomía del Periodonto”. Trabajo Académico, Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima, 2018.
- 6.- Peña-Rivera, Juan J. “Cirugía de Obseso periodontal causado por proceso carioso”. Artículo Científico- Investigador Independiente, Guayaquil-Ecuador, 2020.
- 7.- Segovia Regalado, Sara. “Corticotomía y Ortodoncia” Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima, 2019.
- 8.- Girano, Jorge., Coz, MA, Cáceres, A. “Manejo quirúrgico de la periodontitis” Revisión bibliográfica. Universidad San Martín de Porres, Lima. 2015.
- 9.- Carbajal, P. “Enfermedades periodontales como problema de salud pública. *Revista Clínica de periodoncia, Implantología y Rehabilitación oral.* Chile, 2016.
- 10.-Herrera, D. “Diagnóstico y tratamiento periodontal. *Revista científica de salud Pública,* Colombia,2018.

- 11.- Freddy, F. “Enfermedad periodontal, enfoque epidemiológico para un análisis como problema de Salud Pública. Revista de Salud Pública, Colombia, 2018.
- 12.- Millán, EN, “Prevención de enfermedades periodontales. Métodos mecánicos de Control de placa bacteriana”. Educador. 2019.
13. Romero, F.F. “Enfermedad periodontal, Revista Salud Pública- Avances en periodoncia, Colombia, 2017.
- 14.- Darque & Paz Cortez, M. ¿Cómo influye el tratamiento de ortodoncia en la salud periodontal? In Biociencias (Vol.15 Issue 2).
15. Iniesta, M., Martínez, M., Ambrosio, N. “Aplicación clínica de los conceptos de salud periodontal y gingival según la nueva clasificación”. Revista científica de la sociedad española de periodoncia.2020.
16. Grillo Reyes, G. Díaz J.C.P. & J. Hernández Gutiérrez, D. “Relación orto-periodontal. Mediacentro. Villa Clara. Madrid. 2019.
17. Claffey N, Egelberg j., “Clinical indicators of probing in advanced periodontitis patients. J. Clin Periodontol. 2005.
18. Azelsson P.; Lindhe, J. “The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. J. Clin Periodontol. 2006.
19. Gallese RG., Sweeney, PL, Smith BA, “Scaling and root planning with and without advanced periodontitis. 2014. 2010.
20. Windstorm, JL, Heijl L., Lindhe J. “Periodontal Surgery: Access Surgery. In: Lindhe. Edition. Blackwell, 2013.

