

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE LA
ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LA ADOLESCENCIA**

PARA OPTAR EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

AUTOR: BACH. ALTAMIRANO DELGADO NOLBERTO

ASESOR: MG. CHRISTIAN WILLY LÓPEZ GONZALES

Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la salud

HUANCAYO, PERU 2021

DEDICATORIA

A mis amado padres, por su apoyo constante y sincero que permitieron alcanzar mis sueños, y desenvolverse profesionalmente en la carrera que tanto amo.

El autor

AGRADECIMIENTO:

Con todo el corazón a mis maestros que me enseñaron y forjaron en las aulas universitarias, para ser una persona de bien al servicio de la sociedad.

Nolberto.

CONTENIDO

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN

DEDICATORIA.....	1
AGRADECIMIENTO.....	2
CONTENIDO.....	3
RESUMEN.....	6
SUMARY.....	7

CAPÍTULO II

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
2.2 MARCO TEÓRICO.....	11
2.2.1 ANTECEDENTES.....	11
2.2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS.....	13
A. El periodonto normal.....	13
B. Característica clínicas de la encía.....	14
C. Periodonto de la dentición temporal.....	15
D. Biofilm o biopelícula.....	15
E. Etapas de colonización.....	16
F. Clasificación de las biopelículas dental.....	17
G. Definición de pubertad.....	18
H. Diagnóstico en niños y adolescentes.....	18
I. Plan de tratamiento.....	19
2.3. OBJETIVOS.....	27

CAPÍTULO III

3.1. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	28
HISTORIA CLÍNICA.....	28
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERA.....	28
3.3 DIAGNÓSTICO	38

CAPÍTULO IV

4.1 PLAN DE TRATAMIENTO	39
A. Fase sistémica.....	39
B. Fase I.....	41
C. Fase II.....	44

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES.....	50
-------------------	----

CAPÍTULO VI

APORTE.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
ANEXOS	57

RESUMEN

El presente trabajo clínico tiene como propósito demostrar el éxito en el diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad periodontal en la adolescencia, en este caso clínico se tomó en cuenta a una paciente de sexo femenino de 12 años de edad, para determinar el diagnóstico se tuvo en cuenta la última clasificación del 2018, la cual tuvo como diagnóstico Periodontitis de estadio III, grado C generalizada, con fenotipo: festoneado grueso.

Para el Plan de Tratamiento se realizó lo siguiente:

- a) Fase inicial (educación de higiene oral) y el índice de higiene oral,
- b) Luego la terapia mecánica full mouth.

Es importante realizar una correcta historia clínica para obtener un buen diagnóstico y darle un tratamiento eficiente. El seguimiento del caso clínico mostró una reducción del índice de sangrado, índice de placa bacteriana e índice de higiene oral.

PALABRAS CLAVE: periodontitis agresiva, fenotipo y bolsa periodontal

SUMMARY

The purpose of this clinical work is to demonstrate the success in the diagnosis and timely treatment of periodontal disease in adolescence, in this clinical case a 12-year-old female patient was taken into account, to determine the diagnosis. into account the last classification of 2018, which was diagnosed with stage III periodontitis, generalized grade C, with a phenotype: thick scalloped.

For the Treatment Plan, the following was carried out:

- a) Initial phase (oral hygiene education) and the oral hygiene index,
- b) Then full mouth mechanical therapy.

It is important to take a correct medical history to obtain a good diagnosis and give it an efficient treatment. Follow-up of the clinical case showed a reduction in the bleeding index, bacterial plaque index and oral hygiene index.

KEYWORDS: aggressive periodontitis, phenotype and periodontal pocket

CAPITULO II

INTRODUCCIÓN

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se describe a la salud como la ausencia de afecciones o enfermedades; y no solamente el bienestar físico, si no también el bienestar mental, espiritual, emocional y social, según La Organización Mundial de la Salud (OMS).

La enfermedad periodontal destruye tanto a los tejidos que mantienen fijos los dientes en los alveolos, así como a los que lo protegen, esta suele iniciarse con una inflamación de las encías que se conoce como gingivitis, si esta no es tratada a tiempo se desarrolla en una periodontitis, que causa el deterioro del diente.

Es considerada la enfermedad periodontal (EP) como una de las enfermedades bucales más prevalentes en el mundo.

La EP convive con nosotros desde el inicio de la historia, se ha encontrado en las grandes culturas del mundo antiguo y en el antiguo Perú.

Para determinar el estado de salud del periodonto, debemos utilizar las siguientes pruebas como: a) profundidad de sondaje, b) pérdida de adherencia clínica, c) sangrado al sondaje, d) movilidad y e) nivel de tejido óseo.

Las enfermedades periodontales no son exclusividad de los adultos. Algunas variantes de estas (EP) suelen presentarse en niños y adolescentes, y en muchos casos son velozmente destructivas. Bimstein destacó la eficacia de la previsión, el diagnóstico precoz y el trato prematuro de estas enfermedades (EP) en infantes y púberes, ya que

la gravedad y la prevalencia y la gravedad de estas son altas;¹ se evidencia una relación entre las enfermedades periodontales y las enfermedades sistémicas.²

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 ANTECEDENTES

Knack KC. (3) En su estudio que tuvo como propósito, estimar la prevalencia de las condiciones periodontales de sangrado gingival y cálculo dental en adolescentes y jóvenes brasileños, así como verificar los factores asociados. En esta investigación se examinó a 7328 púberes de 12 años y 5445 individuos de 15 a 19 años. Se usó el Índice Periodontal Comunitario para evaluar las condiciones periodontales. Los resultados indicaron una elevada prevalencia de sangrado gingival (32%) y cálculo dental (33.1%) en los individuos evaluados. Además, se observó que la población de 12 años de edad, sin pérdida de dientes, > 6 años de educación y sin necesidad de tratamiento dental, se consideraron factores protectores para el sangrado gingival y calculo dental.

Elías B. (4) En su investigación, Evaluó la prevalencia de periodontitis entre los puertorriqueños de 12 años por región de salud y explorar las diferencias en la distribución por tipo de escuela (proxy para el estado socioeconómico) y el género. Se utilizó una muestra probabilística de 113 escuelas proporcional al tamaño de la matrícula y se estratificó por región de salud, tipo de escuela y género. La periodontitis se determinó como la presencia de sangrado gingival al sondaje (SAS), con presencia de bolsas periodontales en al menos un sitio. Se encontró periodontitis en el 20,41% de los 586 niños y adolescentes evaluados. Se detectó cálculo dental en el 61,59% de la muestra, en los infantes y púberes. Concluyendo que la prevalencia de la patología del periodoncio es mayor en puertorriqueños de 12 años en comparación con los datos reportados para adolescentes estadounidenses.

Burgess DK (5) Realizó su trabajo que tuvo como propósito evaluar la presencia del genotipo JP2 en individuos con periodontitis agresiva localizada (PAL). Se examinaron 60 pacientes afroamericanos con PAL, de 5 a 15 años. Al inicio del

estudio, se midió la profundidad de sondaje (PS), el nivel de inserción clínica (NIC), el sangrado al sondaje y el índice de placa, y se recogió placa subgingival de sitios enfermos y sanos con PAL para cada participante. Los pacientes recibieron desbridamiento ultrasónico en toda la boca, descamación y alisado radicular, y una receta de 7 días de amoxicilina y metrodinazol. Los participantes fueron reevaluados y re-muestreados y recibieron terapia de mantenimiento regular a los 3, 6 y 12 meses después del tratamiento. La reacción en cadena de la polimerasa se utilizó para detectar la presencia del genotipo JP2 antes y después del tratamiento. A los 3, 6 y 12 meses después del tratamiento, el número de pacientes fue de 40, 31 y 31, respectivamente, y la detección de JP2 disminuyó a 17.5%, 6.45% y 3.23%. Los parámetros clínicos de la enfermedad también se redujeron significativamente después de la terapia ($P < 0,001$).

Rotermberg E, et al. (6) Realizaron una investigación sobre las expresiones del periodoncio con los estadios fisiológicos del sexo femenino, quienes tuvieron como objetivo, buscar la relacionar del aumento estrogénico con la enfermedad periodontal. Estudiaron 25 pacientes de 10 a 14 años del sexo femenino. Utilizaron las manifestaciones clínicas comunes para llegar al diagnóstico de enfermedad periodontal. Fundamentaron que el sistema neuroendocrino femenino regula funciones tisulares, por tanto, los procesos inflamatorios relacionados a la placa bacteriana asociada al aumento de estrógeno en mujeres, influye de forma relevante sobre los tejidos periodontales, encontraron en su investigación valores de estradiol promedio de 117 pg/ml siendo lo normal de 30 a 150 pg/ml para esas edades, concluyendo que el rango superior de estrógeno asociado a placa bacteriana podrían tener relación con la cascada de enfermedad periodontal y su exacerbación en personas de menor edad.

2.2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS

A. Características del Periodonto normal

En la gíngiva podemos diferenciar lo siguiente:

- a) La encía libre, conocida también como marginal, aquella que rodea a los dientes a manera de collar, la cual se puede separar del diente.
- b) La encía Insertada, llamada también encía fija, que se comunica con la encía libre, es adherida firmemente al periostio del hueso alveolar.
- c) Encía Interdental o Interpapilar, que se ubica en los espacios interproximales por debajo del punto de contacto, puede ser piramidal o en forma de col.
- d) El surco gingival que es el espacio que se forma cuando se separa la encía libre o marginal del diente.

B. Periodoncio en la dentición Decidua

El color de la encía es variable según la raza, que va desde un rojo intenso propio de poblaciones de raza blanca a un color rosado coral con algunas pigmentaciones melánicas en personas de raza mestiza o negra.⁷

C. Biofilm o biopelícula

Tiene como concepto: conjunto de microorganismos (bacterias) en formas que se pegan a las caras dentarias.

La presencia del biofilm se relaciona al incremento de caries, gingivitis, periodontitis, mucositis periimplantaria y periimplantitis.⁸

D. Clasificación de la biopelícula dental

Según su ubicación:

- a) **Supragingival:** Cuando el Biofilm se localiza hacia arriba del margen de la encía libre en las caras dentarias, conformado principalmente por microorganismos aerobios gram positivos.⁹

b) Subgingival: Cuando se localiza por debajo del margen gingival libre dentro del surco gingival, es una placa laxa, desorganizada, floja, ya que la mayoría de las bacterias se depositan mas no se adhieren.

Aquí se ubican los microorganismos causantes de producir las patologías del periodoncio y los tejidos periimplantarios y que muchas veces ocasionan el deterioro de las piezas dentales y los implantes dentales.¹⁰

c) Interproximal: Ubicado en dientes adyacentes, y las bacterias de estas son las responsables de la mayoría de las caries.¹¹

E. Definición de pubertad.

La Organización Mundial de la Salud la define como la 1ra etapa de la adolescencia, cuando una niña o niño madura sexualmente, causando cambios fisiológicos que afectan de maneras distintas entre las personas.¹²

F. Plan de Tratamiento.

a) Fase de Urgencia

Se persigue calmar el dolor del paciente, disminuir la inflamación aguda y devolver la función oclusal y estética.¹³

b) Fase Orgánica

Debemos valorar la salubridad íntegra del paciente y su potencial relación con la salubridad del periodoncio. En esta etapa realizamos las consultas necesarias con otras especialidades médicas antes de pasar a la siguiente etapa.¹⁴

c) Fase Higiénica

La base principal de la terapia periodontal se basa en la remoción de los depósitos y productos bacterianos de la superficie dental.¹⁴

d) Fase I o terapia inicial causal

Nos enfocamos en la recuperación de la salud del periodoncio y controlamos el índice de placa, con la estimulación y adiestramiento al afectado, a través de la enseñanza del aseo bucal, raspadura y pulido de la raíz.

e) Fase II o Fase de Corrección

Después de concluir con la fase de higiene y realizar una nueva evaluación del procedimiento del periodoncio efectuado, se procede a planificar el procedimiento de cirugía terapéutica orientado a devolver la salubridad no hallada en las etapas iniciales.¹⁵

f) Fase III o fase de terapia de soporte

La terapia periodontal de soporte se encarga de la fase de mantenimiento, realizamos el rastreo del aspecto de la salubridad del periodoncio del paciente luego de culminar la fase terapéutica.

2.3 OBJETIVO:

Demostrar el éxito en el diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad periodontal en la adolescencia.

CAPÍTULO III

3.1 ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO.

HISTORIA CLINICA ESTOMATOLOGICA

3.1.1 ANAMNESIS

1. FILIACION

Apellidos y Nombres: TANIA NAVARRO HILARIO

Edad: 12 años **Sexo:** Femenino

Estado Civil: Soltera **Lugar de Nacimiento:**
Huancayo

Ocupación: Estudiante **Domicilio:** Chilca

2. MOTIVO DE LA CONSULTA. ENFERMEDAD ACTUAL.

Paciente manifiesta que se inició aproximadamente hace ocho meses con una ligera inflamación y dolor moderado en zonas posteriores de ambos maxilares.

3. ANTECEDENTES

PERSONALES: No refiere

PATOLOGÍAS: No manifiesta

ALERGICAS: No manifiesta

QUIRÚRGICOS: No manifiesta

FAMILIARES: No refiere

3.1.2 EVALUACIÓN CLÍNICO INTEGRAL

1.- SIGNOS VITALES

P.A: 115/75 mm/hg

F. R: 22 rpm

Pulso: 72 ppm

T°: 36.5 °C

2.- PIEL Y ANEXOS.

Textura: Suave **Turgencia:** Conservada

Color: Trigueña

Cicatrices: No presenta

Pigmentaciones: No presenta

Lesiones: No presenta

Pelos y Uñas: Conservados.

3.1.3 EVALUACIÓN CLÍNICO ORAL

1. EVALUACIÓN EXTRAORAL

Facies: Compuesta

Cráneo: Mesocéfalo

Cara: Mesofacial

ATM. Sin alteración evidente

Región Hioidea o Tiroidea: sin alteración evidente

Ganglios: no palpables

2. EXAMEN INTRABUCAL

2.1. TEJIDOS BLANDOS

Labios y Comisura Labial: simétricos y competentes

Mejillas: S A E

Paladar Duro: S A E

Paladar Blando: S A E

Orofaringe: S A E

Lengua: S A E

Piso de Boca: S A E

Frenillos: con inserción media

Saliva: viscosa de secreción normal

2.2. TEJIDOS DUROS

Maxilar Superior: Normognatia, forma oval

Maxilar Inferior: Normognatia, forma oval

Reborde alveolar: S A E

Zonas edéntulas: No presenta

Dientes: Normodoncia

3.- DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

- Periodontitis crónica
- Carías múltiples

4.- DIAGNOSTICO DEFINITIVO

- Periodontitis de estadio III, grado C generalizada

CAPÍTULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO

A. Fase Sistémica No requiere por encontrarse en ABEG.

B. Fase I: Paciente presenta un Índice de O'Leary inicial de 72.4%

- Se empleará una Terapia inicial
- Se complementa con educación y motivación
- Realizamos el Control de la Placa bacteriana
- Fisioterapia oral
- Se realizó el raspaje y alisado radicular de los sextantes
- Se indicó terapia antibiótica
- Pulido
- Se indicó cita para reevaluación

C. Fase II: no requiere

D. Fase III: Reevaluación al mes.

4.2 PRONÓSTICO

Propicio

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

1. Se demostró la importancia de un diagnóstico precoz de la enfermedad periodontal utilizando la nueva clasificación de según los parámetros clínicos periodontales.
2. Se aplicó un plan de tratamiento sistematizado para la periodontitis basado en un diagnóstico certero y precoz.
3. Se estableció un pronóstico adecuado tanto individual como global del paciente con periodontitis severa generalizada estadio III, grado C.
4. Se comprobó la ventaja del procedimiento temprano de la parodontosis en pacientes en la etapa de pubertad, sustentado con un diagnóstico precoz con los parámetros clínicos periodontales.

APORTES

1. Se debe establecer el uso masificado de la clasificación actual para la enfermedad periodontal para determinar un diagnóstico correcto y temprano.
2. Para un buen tratamiento debe considerarse una planificación muy estricta del estado periodontal del paciente para poder identificarlo con todas las evidencias posibles.
3. Se considera que el éxito del tratamiento de la periodontitis en la pubertad, se basa en un diagnóstico temprano y siempre valorado en los parámetros clínicos periodontales.

REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS

1. Bimstein E. Periodontal health and disease in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am.* 1991;38:1183-1207.
2. Pihlstrom BL. Periodontal risk assessment, diagnosis and treatment planning. *Periodontol 2000.* 2001;25:37-58.
3. Knack KC. Periodontal conditions in adolescents and young Brazilians and associated factors: Cross-sectional study with data from the Brazilian oral health survey, 2010. *J Indian Soc Periodontol.* 2019 Sep-Oct;23(5):475-483. doi: 10.4103/jisp.jisp_753_18.
4. Elías B. Prevalence of gingivitis and calculus in 12-year-old Puerto Ricans: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2018 Jan 19;18(1):13. doi: 10.1186/s12903-017-0471-5.
5. Burgess DK. Y col. Non-Surgical Therapy Reduces Presence of JP2 Clone in Localized Aggressive Periodontitis. *J Periodontol.* 2017 Dec;88(12):1263-1270. doi: 10.1902/jop.2017.170285
6. Rotemberg E, Smaisik K. Manifestaciones periodontales de los estados fisiológicos de la mujer. 2019;13(1):76
7. Savage A, Eaton K, Moles D, Needleman I. A systematic review of definitions of periodontitis and methods that have been used to identify this disease. *J Clin Periodontol.* 2009;36:458-67.
8. Albandar M, Tinoco M. Global epidemiology of periodontal diseases in children and young persons. *Periodontol 2000.* 2002;29:153-76.
9. Caton J. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *J*

- Clin Periodontol. 2018;45:45(Suppl 20);S1–S8. DOI: 10.1111/jcpe.12935
10. Armitage C. The complete periodontal examination. *Periodontol 2000*. 2004;34:22-33.
 11. Clerehugh V, Tugnait A. Diagnosis and management of periodontal diseases in children and adolescents. *Periodontol 2000*. 2001;26:146-168.
 12. Botero J. Periodontal disease in children and adolescents of Latin America. *Periodontology 2000*, Vol. 67, 2015, 34–57
 13. Matsson L. Development of gingivitis in pre-school children and young adults. *J Clin Periodontol*. 1978;5:24-34.
 14. American Academy of Peridontology. Periodontal diseases of children and adolescents. *J Periodontol*. 2004;74:1696-704.
 15. Bimstein E, Matsson L. Growth and development considerations in the diagnosis of gingivitis and periodontitis in children. *Pediatric Dent*. 1999;21:186- 91.

ANEXOS

A) Fase I

- Terapia inicial



Figura 1: Índice de O'Leary Inicial: 72.4%

- Se brindo educación y motivación al paciente

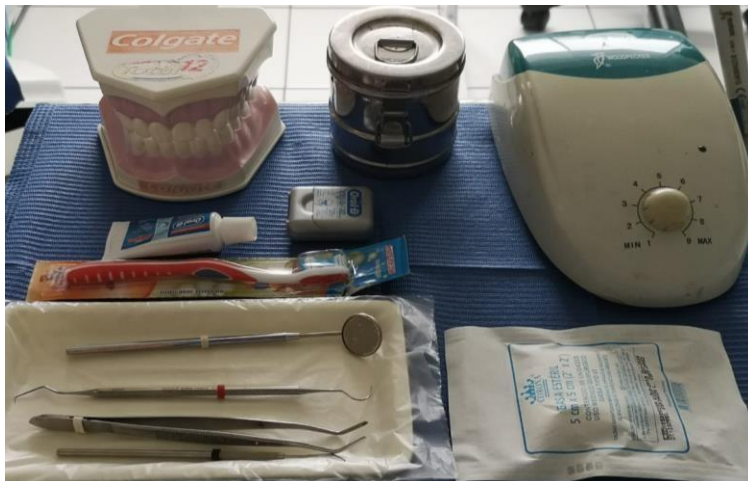


Figura 2 y 3: materiales e insumos, técnica de cepillado dental.

- Profilaxia dental



Figura 4: Se le realizó una profilaxia dental.

- Raspaje y alisado radicular por sextantes



Figura 5: Se procedió a realizar el raspaje y alisado radicular.

3.-Fase II: No requería la fase correctiva

4.-Fase III: Reevaluación

Índice de O'Leary

Mantenimiento: 21.4%



Figura 6: Reevaluación del paciente al mes después del tratamiento.