

CAPITULO I

INTRODUCCION

CAPITULO I

"EL EFECTO DE UN GEL DE TETRACICLINA AL 5% INTRODUCIDO EN EL SACO PERIODONTAL EN PACIENTES CON PERIODONTITIS RAPIDAMENTE PROGRESIVA."

INTRODUCCION

A pesar de décadas de investigaciones sobre diferentes formas de terapia periodontal, el manejo óptimo de las enfermedades periodontales, inflamatorias aún constituye un tema en discusión.

Tradicionalmente los fundamentos de la terapia periodontal han sido los procedimientos mecánicos y quirúrgicos que en términos globales han demostrado su efectividad en el tratamiento de las enfermedades periodontales. Sin embargo desde la aparición de la teoría específica de la placa bacteriana enunciada por Loesche, la etiología de las enfermedades periodontales inflamatorias, pasó a ocupar un primer plano dentro de las investigaciones, en orden a enfocar los esfuerzos a perfeccionar el conocimiento de las etiopatogenias de la enfermedad periodontal y de esta manera optimizar la eficacia de la terapéutica periodontal.

Hoy en día sabemos que las periodontitis corresponden a infecciones específicas, producidas por la proliferación de algunas de las 300 ó más especies que componen el ecosistema subgingival. También es aceptado que la terapia mecánica en base a destartraje y pulido radicular, presenta limitaciones

para resolver algunas formas de Periodontitis, las que están asociadas a factores tales como la penetración de gérmenes patógenos al conectivo gingival, presencia de patógenos periodontales en dentina radicular, o la presencia de depósitos bacterianos en lugares inaccesibles para los instrumentos periodontales, así surgen los antimicrobianos como alternativa viable para ayudar a solucionar los factores antes expuestos. Los primeros intentos se llevaron a cabo en pacientes con enfermedad periodontal avanzada del adulto en quienes la terapia mecánica había exhibido falencias y por lo tanto los resultados clínicos eran insatisfactorios. Penicilinas y tetraciclinas fueron los antibióticos más utilizados; sin embargo factores como el medicamento, dosis y duración de la administración, fueron empíricamente establecidos sin un juicio clínico basado en la investigación.

Actualmente y con el desarrollo de múltiples y variadas experiencias en el tema del uso de antibióticos en la terapia periodontal, la estrategia del tratamiento ya sea local o sistemática, está primariamente enfocada a la supresión o eliminación de los patógenos periodontales específicos. Además de los antimicrobianos usados en conjunto con la terapia mecánica específica, pueden proveer al clínico de resultados más efectivos y predecibles.

En términos generales, la utilización de un agente antimicrobiano es considerado hoy en día, como un factor sensible, y que por lo tanto debe cumplir con requisitos mínimos para su administración; el periodontopatógeno debe ser conocido, susceptible al antimicrobiano, no debe desarrollar resistencia a la droga y debe estar expuesto a concentraciones

efectivas del antibiótico en una cantidad de tiempo adecuada.

También es importante que la droga no produzca efectos adversos. Antimicrobianos como clorhexidina, metranidazol, penicilinas de mayor espectro y el grupo de las tetraciclinas, son fármacos que han sido utilizados, ya que cumplen con la mayoría de las características antes expuestas.

CAPITULO II
PATOLOGIA PERIODONTAL

CAPITULO II

PATOLOGIA PERIODONTAL



Figura #1: Gingivitis marginal papilar localizada grupo 5
La enfermedad comienza como una gingivitis marginal crónica y se transforma en periodontitis marginal cuando se produce el ataque al tejido óseo.

La iniciación de la enfermedad periodontal y la presencia de la placa bacteriana en las proximidades de la superficie gingival, genera inicialmente una serie de cambios defensivos que en algunos casos pueden ser suficientes para impedir el progreso de la lesión.

Dentro de estos cambios se cuentan la aparición, según algunos

autores, o el aumento según otros, del fluido gingival y la entrada de leucocitos polimorfonucleares en el epitelio. De este modo se establece una línea de defensa antimicrobiana por medio del arrastre mecánico y fagocitosis de aquellos microorganismos que intentan penetrar, así como por la presencia de anticuerpos que también atacan a los agresores, existe un nivel de placa, variable según los individuos, que pueden ser controlados por el organismo. Cuando la placa aumenta o la defensa orgánica disminuye, el proceso inflamatorio se establece.

Al comienzo algunos microorganismos de la placa segregan sustancias como la hialuronidasa que separa las células epiteliales, permitiendo el ingreso de otras sustancias como endotoxinas que desencadenan la reacción inflamatoria.

FORMA DE DESTRUCCION DEL TEJIDO GINGIVAL.

La destrucción del colágeno gingival se produce, probablemente por acción de colágenasas bacterianas, pero también por leucocitos polimorfonucleares. Los polimorfonucleares serían atraídos hacia el foco y luego destruidos, liberando sus lisosomas al medio, lo que por sus contenidos en colagenasas destruirían el colágeno circundante.

La inflamación gingival va provocando la destrucción de las fibras colágenas, insertadas apicalmente a la adherencia epitelial y ésta entonces prolifera para cubrir la zona. Se inicia así la destrucción de la inserción periodontal y la

formación de la bolsa verdadera.

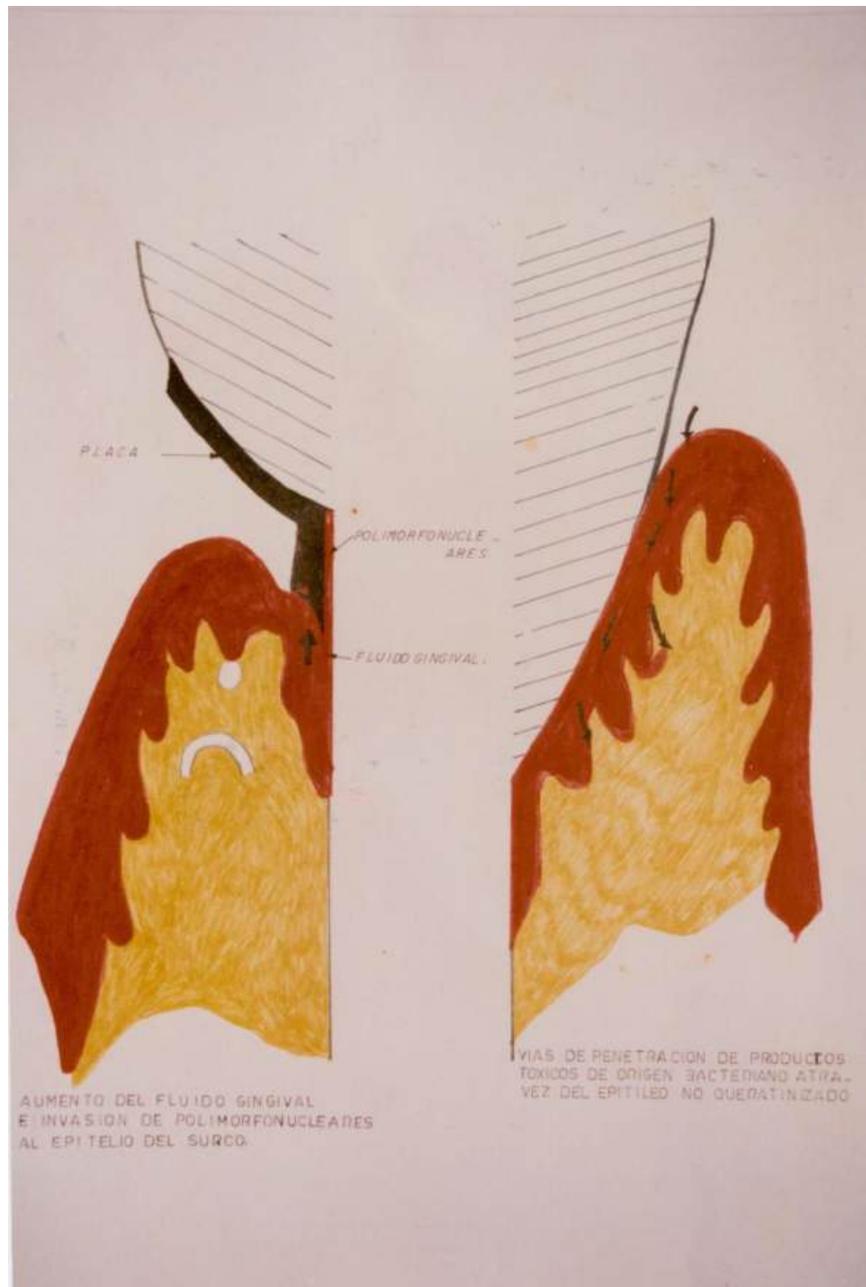


Figura #2: Forma de destrucción del tejido gingival

CAPITULO III

CONCEPTO DE BOLSA PERIODONTAL

CAPITULO III

CONCEPTO DE BOLSA PERIODONTAL

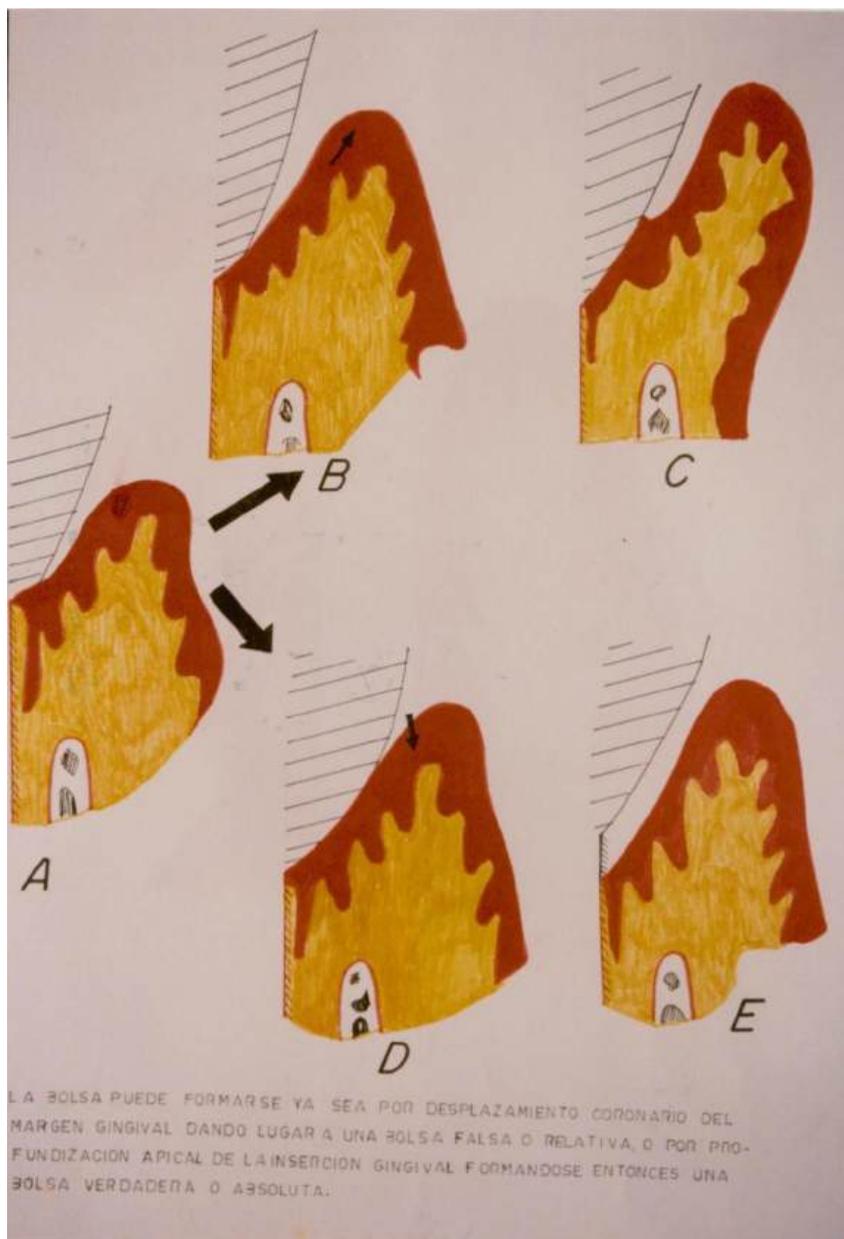


Figura #3: Clasificación de las bolsas

Es la profundización patológica del surco gingival. Se debe aclarar que es la profundización patológica, por cuanto la

profundización quirúrgica no constituye una bolsa periodontal y cicatriza sin inconveniente de un modo diferente.

La bolsa periodontal contiene placa bacteriana, cálculo subgingival, restos alimentarios más o menos fermentados, bacterias, restos celulares descamados, exudados sanguíneos y purulentos.

PATOGENIA

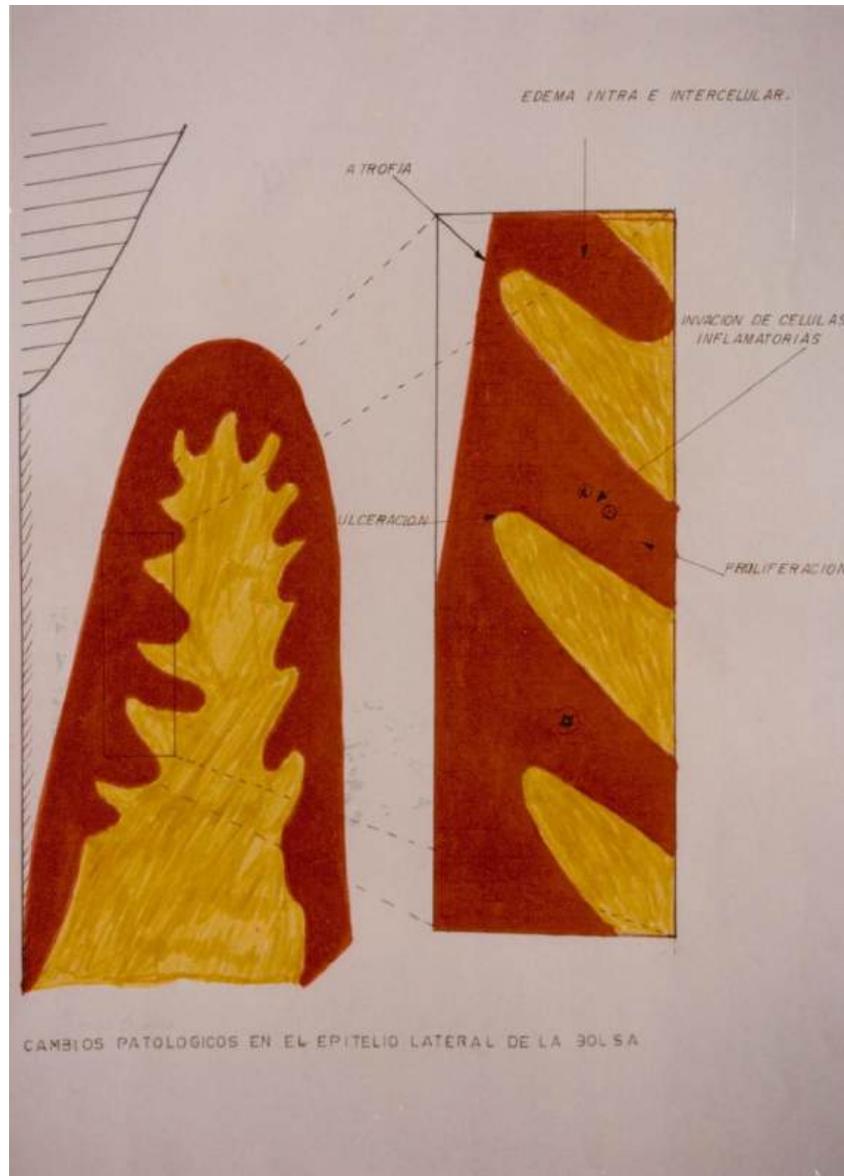


Figura #4: Cambios patológicos en la pared lateral de la bolsa

La bolsa periodontal está constituida por una pared blanda o gingival y otra dura o cementaria.

La pared gingival de una bolsa periodontal se encuentra

tapizada por un epitelio con intensos cambios degenerativos consistentes en células de degeneración vacuolar, edema intercelular, presencia en epitelio de células inflamatorias provenientes del corión vecino.

En algunas zonas este epitelio de células inflamatorias provienen del corión vecino. En otras zonas este epitelio lateral de la bolsa puede presentarse ulcerado o con una atrofia marcada.

El epitelio de unión sufre cambios menos marcados que el epitelio lateral de la bolsa. Las células del epitelio de unión sufren solo leves cambios degenerativos, puesto que si estos fueran marcados, las células no podrían entrar en mitosis y se destruirían al mecanismo inicial de formación de la bolsa verdadera, que es la proliferación del epitelio de unión para cubrir las zonas cementarias que han perdido su inserción de fibras.

La longitud normal del epitelio de unión se reduce en una bolsa periodontal; llegando a veces hasta 50 micrones o menos, pero nunca desaparece.

El tejido conectivo presenta una reacción inflamatoria crónica más o menos severa con un infiltrado linfoplasmocitario, zonas de formación de tejido de granulación con proliferación fibroblástica y angioblástica, zonas de edema y agudización y focos necróticos. En algunos casos puede llegar a formarse una especie de barrera colágena en un intento de aislar la zona inflamada.

La pared radicular presenta también cambios de sumo interés.

El cemento expuesto a la luz de la bolsa, pierde su conexión con el tejido conectivo del cuál normalmente provienen su aporte nutricional principal. Los orificios donde estaban las fibras colágenas gingivales y periodontales brindan un refugio ideal para la pululación de los microorganismos de la bolsa. De éste el cemento se infecta.

Estos cambios cementarios favorecen la aparición de áreas de desmoronamiento de las bolsas verdaderas y a veces caries del cemento.

CAPITULO IV

TIPOS DE BOLSAS

CAPITULO IV

TIPOS DE BOLSAS

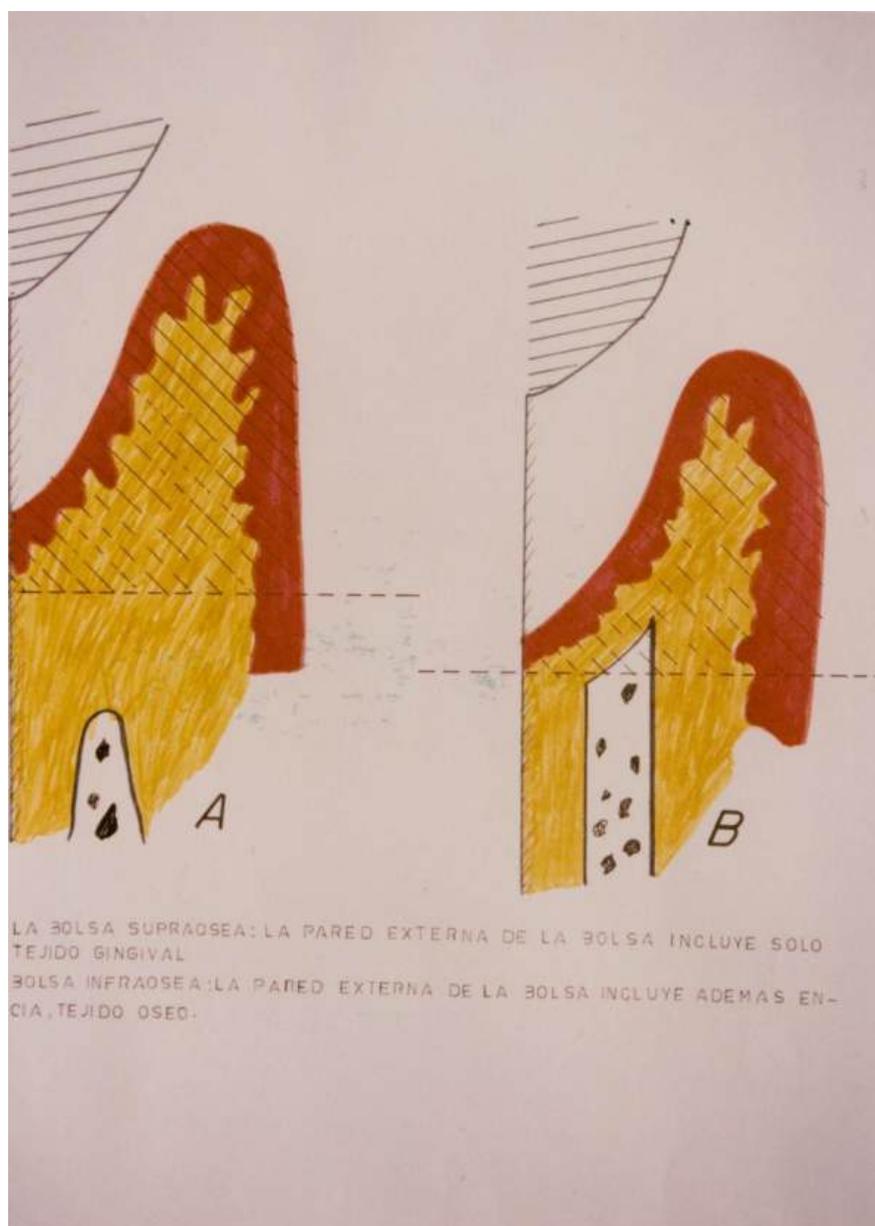


Figura #5: Tipos de bolsas

Una bolsa puede formarse:



Figura #6: Bolsa gingival o falsa

- a) Por crecimientos coronarios del margen gingival, que constituye la bolsa falsa, también llamada bolsa gingival.
- b) Por profundización apical de la inserción gingival,

destruyendo los tejidos de inserción del diente y formando una bolsa verdadera, también llamada bolsa periodontal.

- c) Por la combinación de ambos fenómenos anteriormente descritos.

BOLSA SUPRAOSEA

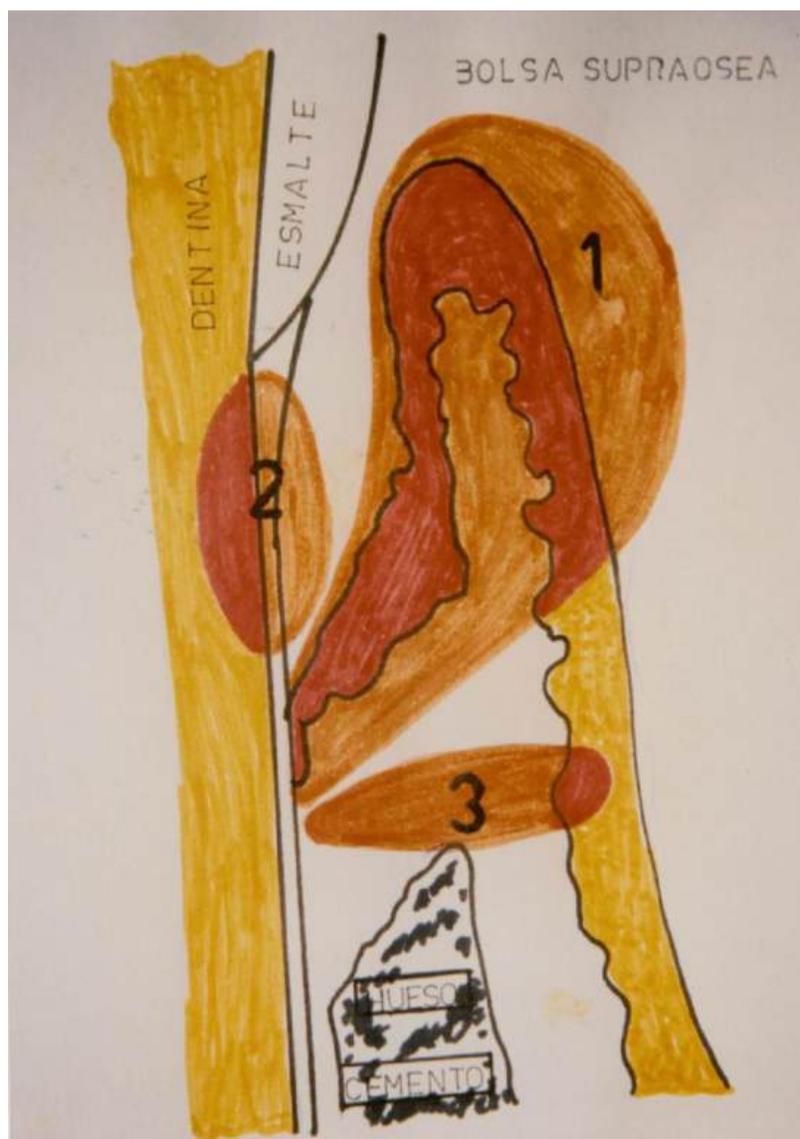


Figura #7: Bolsa supraosea

Está situada, toda ella, por encima del hueso alveolar y por lo tanto, tiene su pared externa formada sólo por tejido blando.

Cuando la pérdida ósea se produce a partir principalmente de la cara interna o periodontal de la cresta ósea alveolar, tendremos una dermación de la misma, con pérdida del ligamento periodontal en una zona apical a la cresta. Se forma de esta manera una pérdida ósea vertical, llamada así porque radiográficamente aparece en los espacios interdientales como pérdida en un plano que tiende a ser paralelo al eje mayor del diente; también ha sido llamada pérdida ósea angular.

La pérdida ósea se debe a:

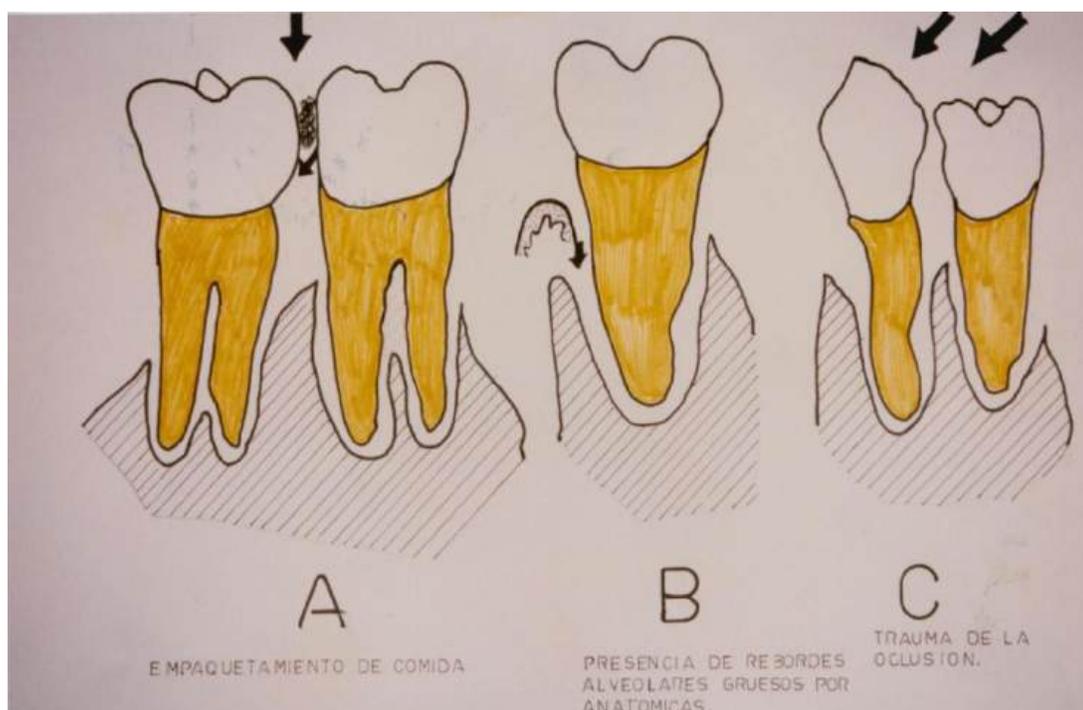


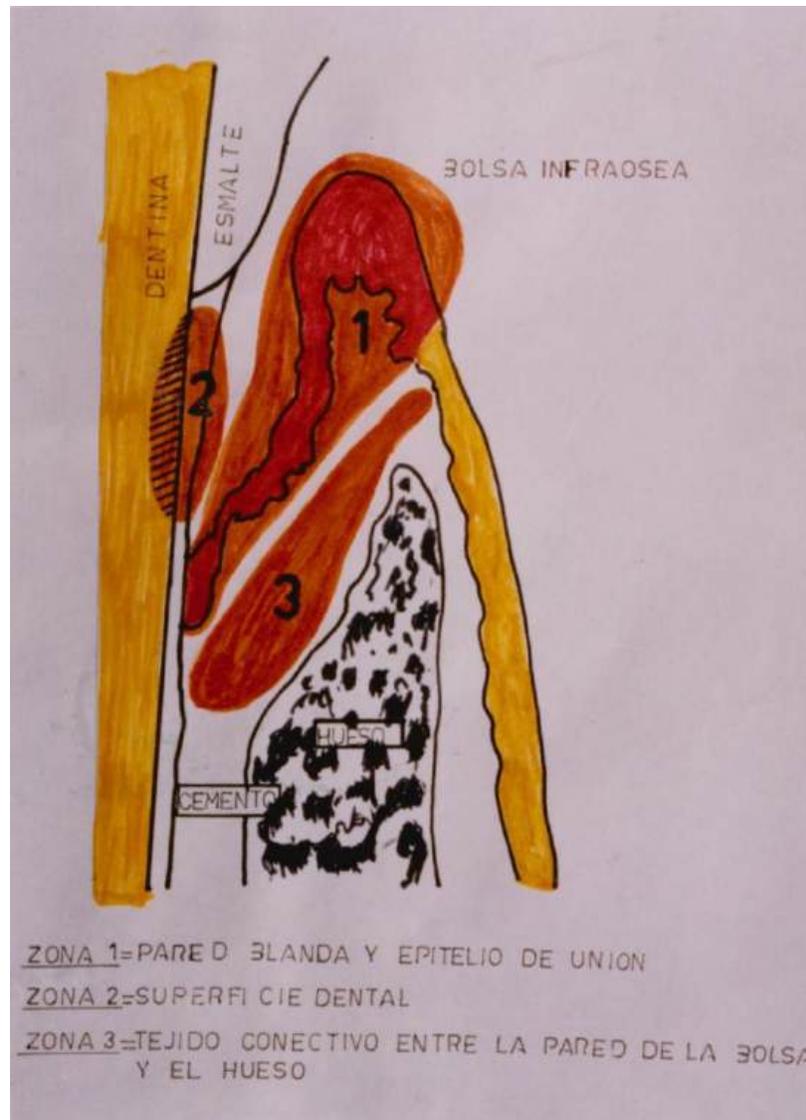
Figura #8: Diferentes causas de la pérdida ósea vertical

- a) Factores irritativos, que actúan más contra un diente que contra otro en un espacio interdentario, como puede ocurrir en obturaciones desbordantes o empaquetamientos de comida.

- b) Factores irritativos, que actúan sobre rebordes alveolares muy anchos, como puede ser en los molares inferiores, siendo la parte más alejada del hueso, menos destruida que la más cercana a él. Son factores anatómicos que inciden en la morfologías de la lesión resultante.

- c) Factores traumatizantes que, como veremos más adelante, provocan destrucción ósea en la cara periodontal del hueso alveolar, especialmente en sectores cervicales. Esta pérdida ósea vertical de causa traumática puede combinarse con inflamación gingival causada por factores irritativos y contribuyentes también a la lesión ósea.

Con una pérdida ósea de tipo vertical la bolsa puede extenderse al espacio entre dientes y hueso, de modo tal, que la pared externa de la bolsa tendrá no solo tejido blando, sino también tejido duro, tendremos así infraóseas.

BOLSA INFRAOSEA.**Figura #9: Bolsa infraósea**

En las bolsas infraóseas la base es apical al nivel de la cresta del hueso alveolar, y la pared de la bolsa se halla entre diente y hueso. Es más frecuente que las bolsas infraóseas se produzcan por interproximal, pero se localiza así

mismo en las superficies vestibular y lingual. Por lo común, la bolsa se extiende desde la superficie en la cual se origina hacia una o más superficies contiguas.

Los cambios inflamatorios, ploriferativos y degenerativos en las bolsas infraóseas y supraóseas son iguales, y todos ellos provocan la destrucción de los tejidos periodontales de soporte.

CAPITULO V
ETIOLOGIA Y CLASIFICACION
DE LAS PERODONCOPATIAS

CAPITULO V

ETIOLOGIA Y CLASIFICACION DE LAS PERIODONCIOPATIAS

Se llama periodonciopatías a toda alteración patológica de cualquier origen que ataque a los tejidos periodontales.

Ellas incluyen las enfermedades periodontales, a las diversas enfermedades gingivales y las manifestaciones periodontales de otras enfermedades.

Las periodonciopatías se clasifican en:

- a) Enfermedad gingival
- b) Enfermedad periodontal
- c) Manifestaciones periodontales de enfermedades sistémicas.

ENFERMEDAD GINGIVAL.

**Figura #10: Gingivitis crónica marginal papilar generalizada
maxilar superior e inferior**

Se llama enfermedad gingival a las alteraciones patológicas de la encía.

PAPEL DE LA INFLAMACION EN LA ENFERMEDAD GINGIVAL.

Tenemos las siguientes:

- 1) La inflamación es el cambio patológico primario y único. Este es, con mucho, el tipo de enfermedad más prevalente.

- 2) La inflamación es una característica secundaria, superpuesta a una enfermedad gingival de origen general. Por ejemplo, es común que la enfermedad complique la hiperplasia gingival causada por la administración sistemática de fenitoína.

- 3) La inflamación es el factor desencadenante de alteraciones clínicas en pacientes con estados generales que por si mismos no producen enfermedad gingival detectable desde el punto de vista clínico. Ejemplo: mujeres embarazadas, gingivitis del embarazo.

TIPO DE ENFERMEDAD GINGIVAL.

Figura #11: Gingivitis crónica

El tipo más común de enfermedad gingival es la inflamación simple, causada por la placa bacteriana adherida a la superficie dental. Este tipo de gingivitis, a veces denominada Gingivitis Marginal Crónica o Gingivitis Simple, puede permanecer estacionaria por períodos indefinidos o proceder a la destrucción de las estructuras de soporte.

Las razones de estos diferentes comportamientos no se conocen con entera claridad.

Los tipos de enfermedad gingival son:

- 1) Gingivitis ulceronecrosante aguda
- 2) Gingivoestomatitis herpética aguda
- 3) Gingivitis alérgica
- 4) Muchas dermatosis que afectan el tejido gingival

EVOLUCION, DURACION Y DISTRIBUCION DE LA GINGIVITIS CRONICA.

Enfermedad que se instala con lentitud, es de larga duración e indolora, salvo que se complique con exacerbaciones agudas o subagudas. La gingivitis crónica es el tipo más común. Los pacientes pocas veces recuerdan haber sentido síntomas agudos. La gingivitis crónica es una lesión fluctuante en la cuál, las zonas inflamadas persisten o se tornan normales, y las zonas normales se inflaman.

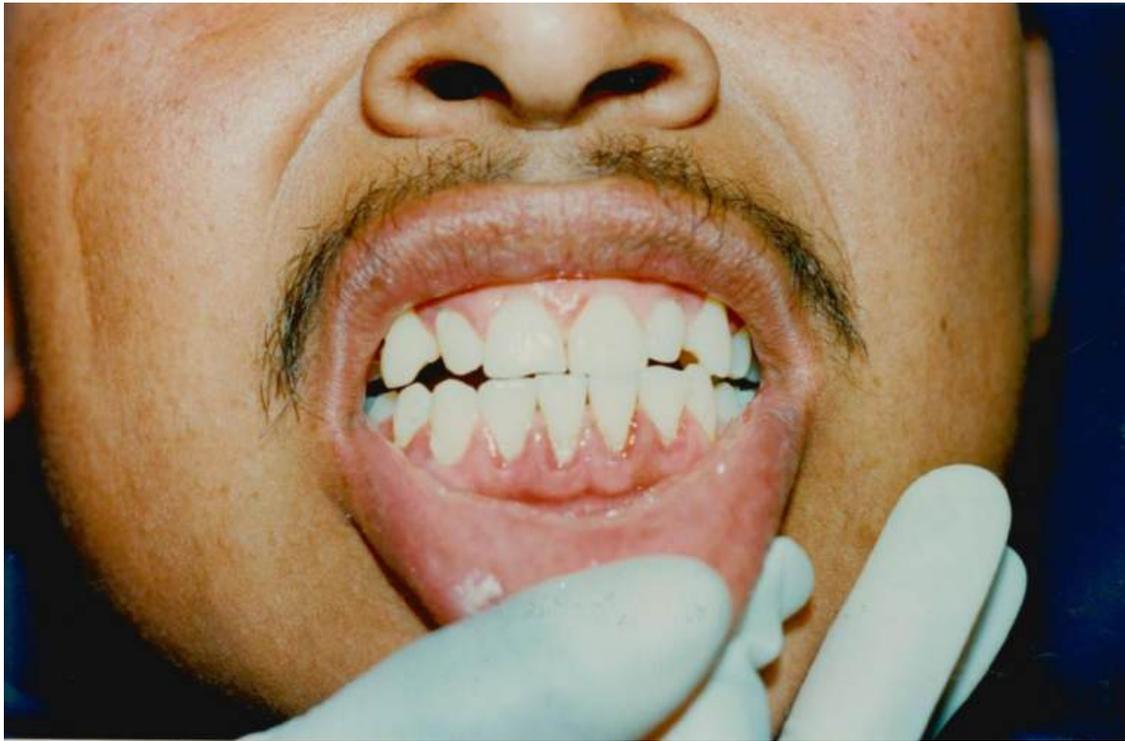
La gingivitis puede ser: Localizada, generalizada, marginal, papilar y difusa.

Generalizada.- Abarca toda la boca.



figura #12: Gingivitis crónica marginal papilar
generalizada

Marginal.- Afecta el margen gingival, pero puede incluir una parte de la encía insertada continua.



**Figura #13: Gingivitis crónica marginal localizada
grupo 5**

Papilar.- Abarca las papilas interdentales y con frecuencia, se extiende hacia la zona adyacente del margen gingival. Es más común que afecte a las papilas que al margen gingival; los primeros signos de gingivitis aparecen en las papilas.

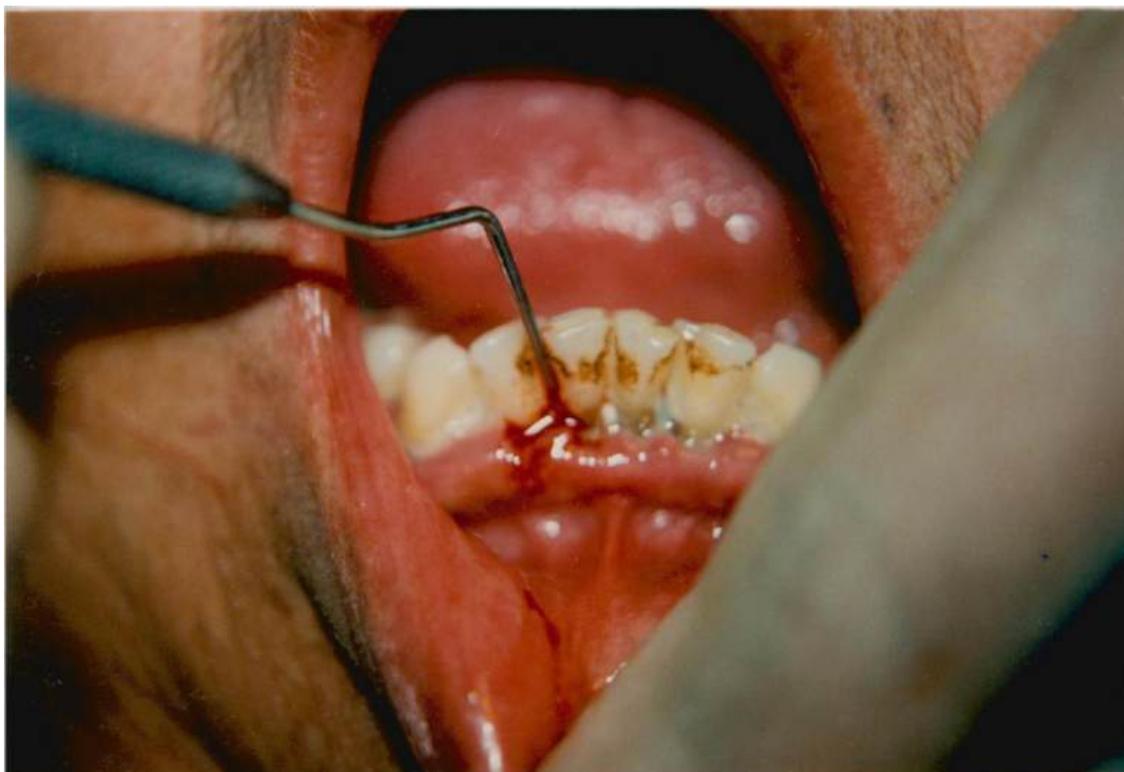


**Figura #14: Gingivitis crónica papilar generalizada
maxilar superior e inferior**

Difusa.- Abarca la encía marginal, encía insertada y papilas interdentales.



Figura #15: Gingivitis crónica difusa generalizada

ENFERMEDAD PERIODONTAL.**Figura #16: Periodontitis marginal**

Se caracteriza por la presencia de lesiones inflamatorias gingivales con formación de una bolsa periodontal y que lleva a la pérdida de hueso alveolar. Se suele incluir también bajo el mismo término a las alteraciones de los tejidos de sostén, estrechamente vinculados con aquellas y que responden a una etiología traumática.

El término enfermedad periodontal destructiva crónica describe todas las formas de enfermedad periodontal causadas primariamente por factores locales. Lo acostumbrado era clasificar la enfermedad periodontal destructiva crónica, en inflamatorio

degenerativa traumática.

FACTORES QUE PRODUCEN LAS ENFERMEDADES GINGIVALES Y PERIODONTALES

La enfermedad periodontal se produce como consecuencia de la interacción de una serie de factores que han sido clasificados en locales y sistémicos.

Los factores locales son aquellos que actúan por vía externa, directamente sobre las estructuras periodontales. Son los siguientes:

- a) Factores irritativos que a través de un mecanismo bacteriano provoca la reacción inflamatoria del tejido gingival.
- b) Factores traumatizantes, que ejercen su acción sobre la corona del diente, transmitiéndose por éste a las estructuras soporte.

La real importancia de los factores traumatizantes no es aún clara.

Los factores Sistémicos son aquellos factores internos orgánicos, que responden a una vez a diferentes causas, relacionadas o no con enfermedades generales detectables que condicionan la resistencia tisular ante la agresión de los factores locales.

El papel desencadenante de los factores irritativos y el

agravante de los factores sistémicos, permite establecer los siguientes tipos de enfermedad periodontal:

- 1) Enfermedad periodontal iniciada por factores locales desfavorables en presencia de factores sistémicos favorables, que otorgan a los tejidos periodontales una buena resistencia a aquellos. Son los casos de enfermedad periodontal de larga evolución y favorable respuesta al tratamiento.
- 2) Enfermedad periodontal iniciada por factores locales desfavorables en individuos con factores sistémicos también desfavorable, que condicionan una baja resistencia a aquellos. Son los casos de evolución más rápida y respuesta terapéutica más difícil.

1. Periodontitis marginal simple:



Figura #17: Periodontitis simple localizada grupo 5

Se inicia por una gingivitis marginal crónica que responde a factores similares, difiriendo de la periodontitis marginal sólo en magnitud y en el momento evolutivo de la lesión.

Existen además, en casos poco frecuentes, lesiones inflamatorias en niños y adolescentes, de características clínicas similares a las lesiones periodontales habituales, pero de evolución más rápida y destructiva. Entran en este grupo, por ejemplo, las lesiones del síndrome de Papillon y de los mongólicos y otros que se pueden catalogar como un subgrupo de periodontitis juvenil avanzada. En estas hay una resistencia tisular muy disminuida por factores no bien conocidos.

2) Periodontitis marginal compuesta:



Figura #18: Periodontitis marginal compuesta localizada en el grupo 5

Las características morfológicas y evolutivas de la periodontitis marginal pueden ser modificadas por la presencia del trauma de la oclusión, constituyendo la llamada periodontitis compuesta. Responde a la acción de factores irritativos y de factores traumatizantes y también puede tener una evolución que depende de la magnitud de los factores locales y la presencia o no de los factores sistémicos desfavorables.

3) Periodontitis traumática:



Figura #19: Periodontitis traumática

Resulta de las modificaciones de los tejidos de inserción, producidas por factores traumatizantes. El traumatismo periodontal sin complicación inflamatoria sería sólo una alteración funcional y reversible de los tejidos de inserción.

4) Atrofia periodontal, que consiste en la retracción o recesión de los tejidos periodontales sin formación de la bolsa, con la consiguiente pérdida del soporte del diente, producida por factores locales irritativos que condicionan sus factores coadyuvantes; inadecuada alineación dentaria, trauma

del cepillado, cálculos e inflamación.

ELEFANTIASIS FAMILIAR.



Figura #20: Elefantiasis familiar

Llamada también fibroma difuso, fibromatosis idiopática, hiperplasia hereditaria o idiopática, fibromatosis gingival hereditaria y fibromatosis familiar congénita.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

La elefantiasis familiar afecta la encía insertada, encía marginal y encías interdetales, en contraste con la

hiperplasia inducida por la fenitoina que se limita al margen gingival y papilas interdentes. Es común que abarque las superficies vestibulares y linguales de los dos maxilares, pero la lesión puede circunscribirse a un solo maxilar. La encía agrandada es rosada, firme, de consistencia semejante a la del cuero, y presenta una superficie característica, finamente guijarrosa. En casos avanzados, los dientes están casi totalmente cubiertos y el agrandamiento se proyecta hacia la cavidad bucal. Los maxilares se deforman por los agrandamientos abultados de la encía. Las alteraciones inflamatorias secundarias son comunes en el margen gingival.

ETIOLOGIA.

Algunos casos se explicaron sobre bases hereditarias, pero la etiología es desconocida, y la hiperplasia se denomina apropiadamente idiopática. No se conocen los mecanismos genéticos. El agrandamiento comienza con la erupción de la dentición temporal o la permanente, y puede evolucionar después de la extracción; ello indicaría que los dientes son factores desencadenantes. Se ha investigado la etiología nutricional y hormonal, pero no se la ha comprobado. La irritación local es un factor sobreagregado.

Es necesario establecer la diferencia entre la hiperplasia gingival difusa y la deformación abultada del contorno de los maxilares correspondientes a una maloclusión acentuada. En el último caso, la encía puede estar intacta o presentar la inflamación crónica del margen gingival de los dientes en maloclusión. La combinación de la encía marginal inflamada y

la encía insertada intacta sobre el hueso deformado crea la impresión equivocada de que hay un agrandamiento gingival difuso. La consistencia fibrosa densa y el punteado intenso que se observan en el agrandamiento hiperplásico difuso están ausentes.

CAPITULO VI
PERIODONTITIS RAPIDAMENTE
PROGRESIVA

CAPITULO VI

PERIODONTITIS RAPIDAMENTE PROGRESIVA

**Figura #21: Periodontitis rapidamente progresiva**

Como su nombre lo indica, se caracteriza por la destrucción rápida y severa del hueso alveolar de soporte. Se presenta entre los 18 y 40 años de edad y las mujeres son más afectadas que los hombres.

En este tipo de periodontitis la destrucción ósea es de tipo vertical; a los períodos de exacerbación le siguen estados de inactividad.

La sintomatología clínica de este tipo de afección es su estado

agudo se caracteriza por: Inflamación gingival severa, hemorragia fácil al sondaje y formación de sacos periodontales profundos.

Si no se instituye un tratamiento adecuado la pérdida ósea continua y los dientes se pierden tempranamente, aunque algunos individuos responden favorablemente al tratamiento por medio de raspaje radicular y terapia con antibióticos.

En algunas ocasiones la enfermedad tiene manifestaciones sistémicas, incluyendo pérdida de peso, depresión mental y malestar general.

CARACTERISTICAS DE LA PERIODONTITIS RAPIDAMENTE PROGRESIVA.

Como su nombre lo indica, la Periodontitis Rápidamente Progresiva, produce la destrucción rápida y severa del hueso alveolar del soporte.

- 1.- Su aparición ocurre entre la pubertad o después de ella, es relativamente rara.
- 2.- Las lesiones son generalizadas, afectando la mayoría de los dientes sin un patrón consistente de distribución.
- 3.- Algunos pacientes podrían haber tenido periodontitis juvenil, por eso algunos autores la llaman pos juvenil.
- 4.- Hay evidencia de una destrucción ósea severa y rápida después de la cual el proceso destructor podría cesar

espontáneamente, o disminuir marcadamente.

- 5.- Durante la fase activa, la encía se halla inflamada agudamente y sufre proliferación marginal; durante la fase de detención, los tejidos podrían aparecer como libres de inflamación.
- 6.- Las cantidades de depósitos microbianos son altamente variables.
- 7.- Aproximadamente 75% de los pacientes tiene defectos funcionales en los monocitos y linfocitos poliformonucleares y neutrófilos.
- 8.- En algunas ocasiones la enfermedad tiene manifestaciones sistémicas, incluyendo pérdida de peso, depresión mental y malestar general.
- 9.- Algunos individuos responden positivamente al tratamiento por medio de curetaje radicular y terapia con antibióticos.
- 10.- Sin tratamiento, la periodontitis progresa muy rápidamente y conduce a la pérdida dental.

CAPITULO VII
MATERIALES Y METODOS

CAPITULO VII MATERIALES Y METODOS

TRATAMIENTO DE LA PERIODONTITIS.

Tiene como objetivo eliminar las bolsas periodontales, ya que es un medio favorable a la actividad bacteriana y además almacena restos alimenticios y otros detritus, siendo el foco de donde parte el proceso inflamatorio.

La eliminación de las bolsas puede efectuarse de varias maneras según su extensión y su relación con el resto del periodonto. El odontólogo con conocimientos básicos de periodoncia trata una bolsa tomando en cuenta su situación.

Pero no todas las bolsas pueden ser eliminadas mediante las técnicas de gingivectomía y curetaje gingival. En muchos casos es necesario usar procedimientos quirúrgicos especiales para tratar las enfermedades periodontales. Hoy en día aparecieron nuevas técnicas con el fin de evitar hacer colgajo, que para ciertos pacientes aprensivos y neuróticos es menos traumático.

De esta manera, como una alternativa al uso sistemático de antimicrobianos en la terapia de la enfermedad periodontal, se ha propuesto el uso local de antimicrobianos mediante la irrigación subgingival o de pomadas o geles depositados en el surco gingival. También el empleo de fibras de celulosa impregnados en algunos antimicrobianos como clorhexidina, metradinazol o las tetraciclinas, en nuestro caso, vamos a hacer el uso de un gel de tetraciclina al 5%, para tratar la periodontitis rápidamente progresiva. Las técnicas señaladas

presentan indicaciones y contraindicaciones que son las siguientes:

INDICACIONES.

- 1.- Altas concentraciones que pueden obtenerse en el sitio de la infección, superiores a aquellas que pueden obtenerse por la vía de administración sistémica.
- 2.- Menor toxicidad sistémica, al estar reducida la absorción del antimicrobiano al resto del organismo.
- 3.- Cuando es el profesional quien efectúa el tratamiento, debe asegurarse que el paciente realmente reciba el medicamento administrado. Se ha demostrado que mientras mayor es el número de veces que un paciente debe recurrir a un medicamento, en la práctica se reduce su ingestión, lo que reduce la eficacia del medicamento.

CONTRAINDICACIONES.

- 1.- Favorecen la aparición de reacciones de hipersensibilidad, si se emplea un agente potencialmente alergénico.
- 2.- Se presentan dificultades técnicas para llegar a todos los sitios, en caso de lesiones múltiples en ambos maxilares.

- 3.- Permanencia del antimicrobiano en el sitio aplicado, por la acción de arrastre del fluido gingival, que constantemente es liberado desde el surco gingival.

CAPITULO VIII
MEDICAMENTOS A USAR

CAPITULO VIII

MEDICAMENTOS A USAR

TETRACICLINAS

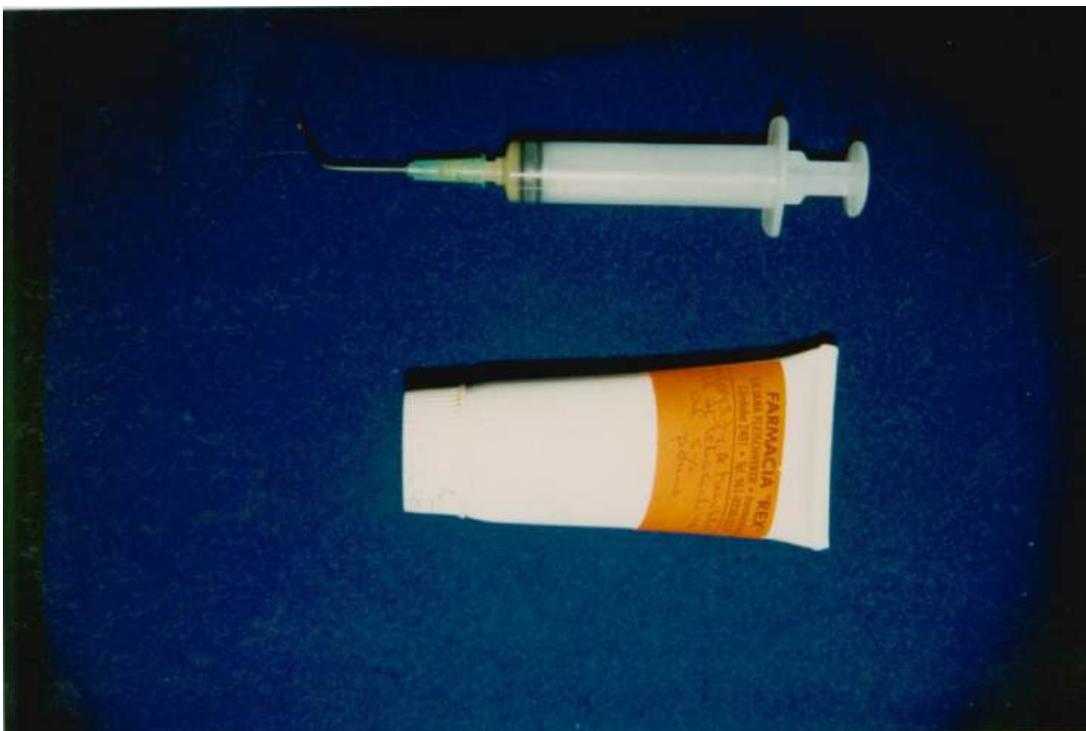


Figura #22: Gel de tetraciclina al 5%

Las tetraciclinas son tal vez los antibióticos que con más frecuencia son utilizados para el tratamiento auxiliar de la periodontitis. Las tetraciclinas no se recomiendan en niños menores de 9 años, porque se depositan en los tejidos calcificados en formación e interfieren en el desarrollo de estos.

La eficacia clínica de las tetraciclinas en el tratamiento de

la enfermedad periodontal ha sido descrita en varios estudios. Aunque hay diversas opiniones sobre los beneficios en la terapéutica con ésta; la mayor parte de los estudios demuestran el efecto de las tetraciclinas sistémicas más allá de lo obtenido con sólo el raspado y alisado radicular o la cirugía, en especial en la periodontitis juvenil.

Algunas de las razones de la eficacia de la tetraciclina en la periodontitis son sus propiedades únicas. En primer lugar, la mayor parte de las especies de bacterias periodontales patógenas potenciales son claramente inhibidas in vitro por concentraciones de tetraciclina equivalentes o menores a las que aparecen en el líquido del surco gingival con dosis de 1g. por día. Es en verdad impresionante que una gama tan amplia de microorganismos periodontales sean sensibles a esta concentración de antibióticos; entre ellos, microorganismos granpositivos y en esencia todos los microorganismos relacionados con la enfermedad periodontal.

Segundo, las tetraciclinas se encuentran en el líquido gingival. Por ejemplo, una sola dosis de tetraciclina produce concentraciones de dos a diez veces más altas en el líquido gingival que en la sangre.

Tercero, últimamente se ha propuesto que la tetraciclina tiene eficacia única en la periodontitis juvenil. Una explicación probable de la efectividad de este antibiótico en el tratamiento de dicha enfermedad se deriva del descubrimiento de células de *A. Actinomycetemcomitans* en la profundidad del tejido conjuntivo de la encía de los pacientes que padecen periodontitis juvenil localizada, y por ende puedan ser

accesibles para los efectos sistémicos de la tetraciclina.

Cuarto, las tetraciclinas inhiben las colagenosas hísticas y bacterianas, efecto que parece ayudar a la cicatrización durante el tratamiento con este medicamento.

Grupos de antibióticos de amplio espectro de acción, efectivos por vía bucal, que comprenden la tetraciclina, la aureomicina y la terramicina. Originan una resistencia de los gérmenes contra ellas. Por las propiedades quelantes que posee en presencia del calcio, originan un complejo ortofasto calcio - tetraciclina, cuando se reciben durante el período de mineralización dentaria en los niños o las ingieren las madres en la parte final de su embarazo, especialmente, provocan pigmentaciones endógenas de color amarillo que, por acción de la luz incide sobre los dientes, gira luego hacia el tono pardo por un mecanismo de oxidación. Tal pigmentación, que sobreviene tanto en la dentición primaria como en la permanente, es de carácter definitivo.

CAPITULO IX
TECNICA QUIRURGICA

CAPITULO IX

TECNICA QUIRURGICA

El presente estudio fue realizado en 6 pacientes, de ambos sexos, de edades comprendidas entre 18 a 40 años con el diagnóstico clínico-radiográfico de Periodontitis Rápidamente Progresiva. Se descartaron aquellos pacientes que habían seguido tratamiento con antibióticos, durante los 3 meses previos a la realización de la experiencia y aquellos que presentaron antecedentes de hipersensibilidad a las tetraciclinas.

El consentimiento informado de los pacientes fue obtenido, se comenzó la fase experimental. El lugar donde se realizó la experiencia, fue la Facultad de Odontología de Tarija.

El objetivo del trabajo, fue estudiar los efectos de la administración subgingival, de un gel de tetraciclina al 5% para la periodontitis rápidamente progresiva.

PREMEDICACION.

Los pacientes aprensivos y neuróticos, demandan un tratamiento especial. Los aprensivos se premedican con Nembutal o Seconal, 100mg 30 minutos antes de la operación, o se los trata con drogas tranquilizantes. Los pacientes neuróticos con ansiedades profundas son problemas más complicados. El éxito del tratamiento puede ser puesto en peligro por una reacción

peculiar de estos pacientes en algún aspecto del tratamiento.

En diabéticos controlados o en enfermos con lesiones cardíacas, debe premedicarse con antibióticos de amplio espectro, desde la operación hasta 72 horas después.

POSICION DEL PACIENTE Y DEL OPERADOR.

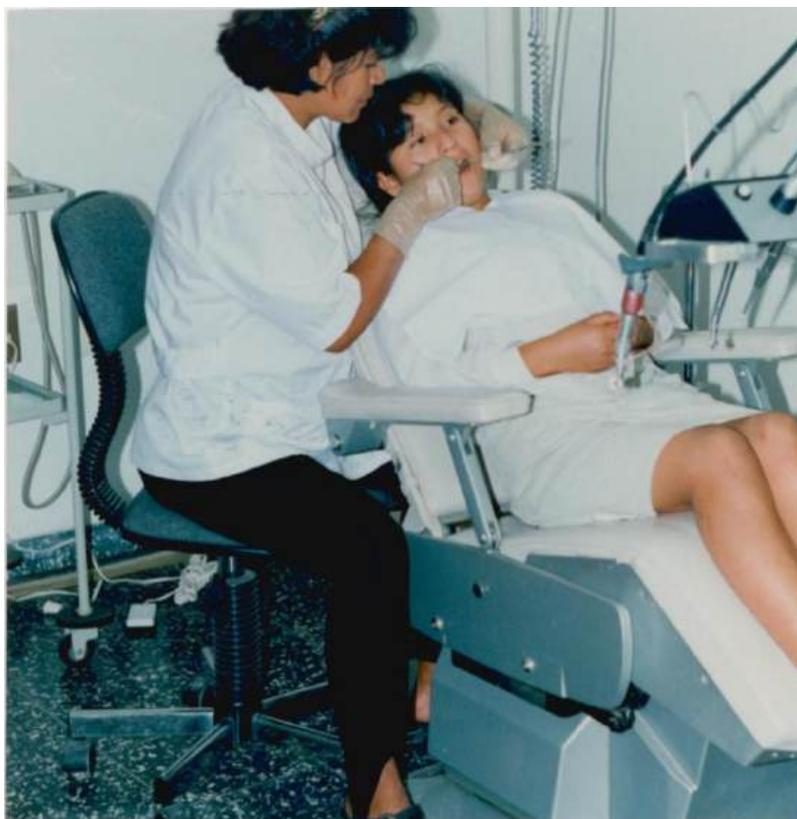


Figura #23: Posición del paciente y del operador

El operador ha de estar sentado en un asiento cómodo, ubicado de manera tal que los pies se apoyen completamente en el suelo y los muslos estén paralelos al mismo. El operador ha de poder observar el campo operatorio mientras mantiene su espalda derecha y la cabeza recta.

El paciente debe estar en posición supina y de modo que la boca quede cerca del codo con que se apoya el operador. Para la instrumentación en el arco superior, se pedirá al paciente que eleve el mentón ligeramente para obtener mejor visión y accesibilidad. Para trabajar en el arco inferior, puede ser necesario enderezar ligeramente el respaldo del sillón y pedir al paciente que baje el mentón hasta que la mandíbula quede paralela al piso. Esto facilitará especialmente el trabajo en las superficies linguales de los dientes anteroinferiores.

COLOCACION DE LOS CAMPOS OPERATORIOS.



Figura #24: Colocación de los campos operatorios

Con compresas de diversos tamaños se cubre el campo operatorio.

Para cirugía periodontal usamos compresas fenestradas o simples, según si operamos con el enfermo sentado o acostado.

En nuestro caso utilizamos las fenestradas, estas contienen orificio oval en la unión del tercio superior con los dos tercios inferiores, que permiten dejar al descubierto los ojos y la boca del paciente.

DESINFECCION DE LA ZONA A OPERAR.



Figura #25 Desinfección de la zona a operar

Para que sea exitosa una intervención, todos los elementos que en ella intervienen deben estar perfectamente estériles, o sea, libres de gérmenes vivos. La asepsia es uno de los fundamentos

de la cirugía periodontal.

Comprendasé dentro del término elementos, el sitio donde se realiza la operación, las manos y ropas del operador, los instrumentos, materiales o cuerpo de cualquier índole que formen parte del acto quirúrgico. Por otra parte, la cavidad bucal, con su riquísima flora microbiana, no debe apartarse de este principio quirúrgico.

Llamados en terapéutica antisépticos y desinfectantes, usamos la tintura de yodo, la aplicamos en la antisepsia local en el punto de punción de la aguja en las distintas anestésias, en partes iguales, con alcohol, pincelar los espacios interdentarios, el sitio donde se practicará la incisión. O también se usa yodo aconitado es un antiséptico suave.

ANESTESIA.

Figura #26 Anestesia

Se usa anestesia tópica, por infiltración o regional, según las necesidades. Por lo general, es suficiente una anestesia profunda para tratar las bolsas supraóseas.

La intervención quirúrgica periodontal debe ser indolora. Hay que tranquilizar al paciente acerca de ello desde el comienzo y anestesiarlo bien.

La anestesia regional se usa en sectores posteriores inferiores y la anestesia local infiltrativa se da en el surco vestibular vecino al diente a tratar y a veces, también en las pailas gingivales, para obtener un campo más blanco.

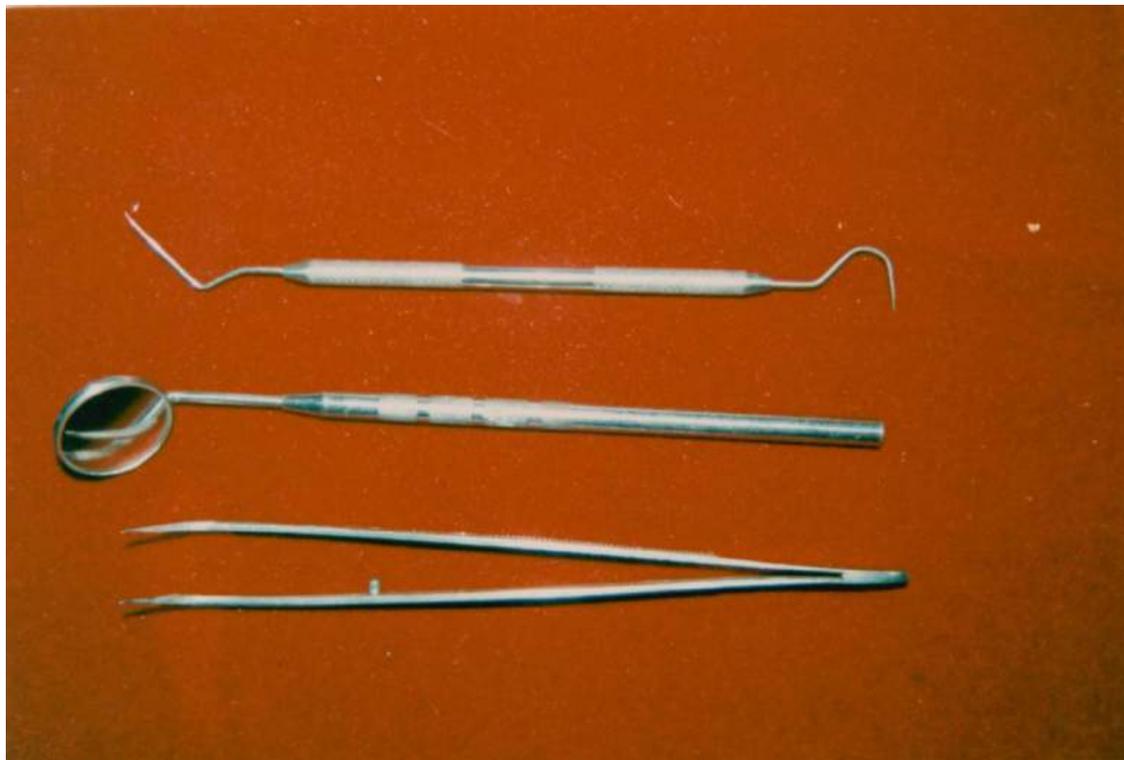
INSTRUMENTOS A USAR.

Figura #27: Instrumentos de diagnóstico

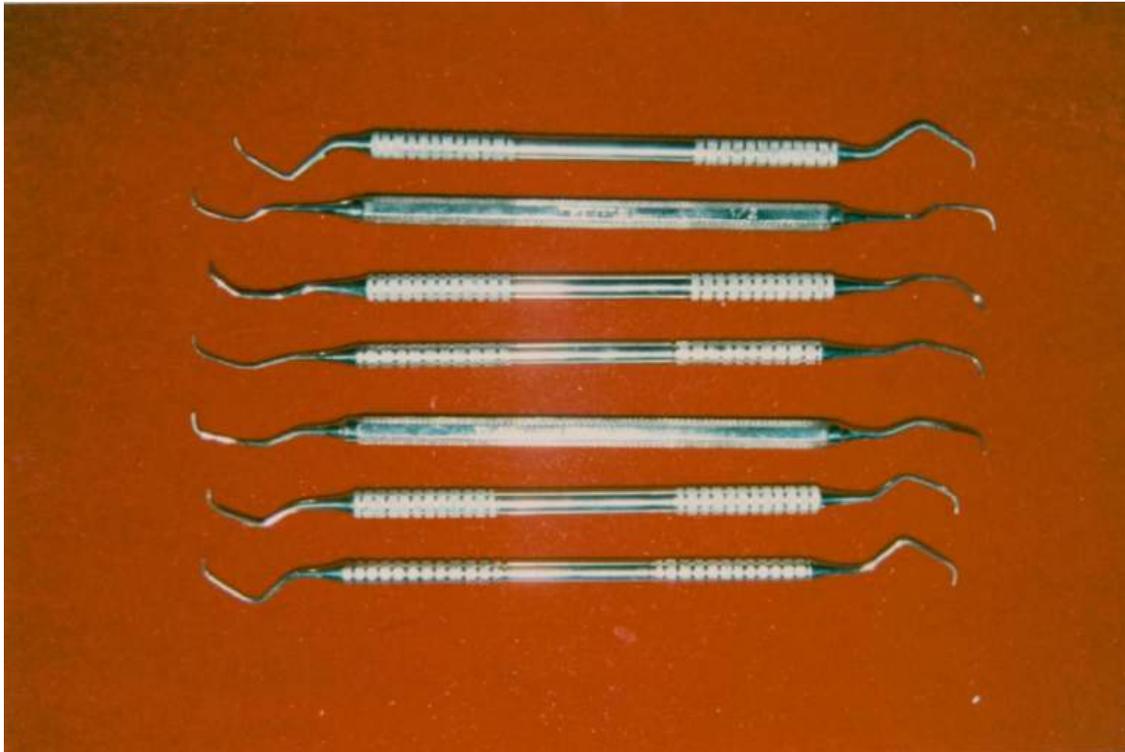
Uno de los instrumentos a usar en esta técnica son las curetas de Gracey; el mejor instrumento disponible para raspaje y alisamiento radiculares. La angulación es 60-70 grados con respecto al cuello. Esta angulación permite colocar el cuello del instrumento, paralelo al eje mayor del diente con la hoja en la posición ideal del trabajo.

La cureta de Gracey, vista desde el mango tiene una curvatura tal que permite adaptar el instrumento exactamente a la cara a raspar.

Las curetas de Gracey vienen con distintas numeraciones, así

tenemos 1-2 y 3-4 para dientes anteriores. La cureta 5-6 se puede utilizarse tanto en dientes anteriores como en premolares. Las superficies vestibulares y linguales de los dientes posteriores se trabajan con las curetas 7-8 y 9-10. La cureta 11-12 para las superficies mesiales de los dientes posteriores y la cureta 13-14 para las superficies distales de los dientes posteriores.

Tomando el instrumento en forma de lapicera y con un apoyo estable, hay que introducir el instrumento con el borde cortante contra el diente hasta llegar al fondo de la bolsa, con un leve movimiento explorario. Al llegar al fondo de la bolsa hay que establecer la correcta angulación colocando el cuello del instrumento paralelo a la superficie del diente y presionando hacia el diente con un movimiento expulsivo, bien controlado, corto y suponiéndose una pasada parcialmente con la siguiente. Una vez eliminado el cálculo, la superficie radicular debe ser alisada con movimientos más largos y suaves.

INSTRUMENTOS DE RASPAJE, CURETAJE DE GRACEY

**Figura #28: Instrumentos de raspaje, curetaje
de Gracey**

HEMORRAGIAS DURANTE LA OPERACION.

Durante las intervenciones quirúrgicas periodontales se cohibe la hemorragia, comprimiendo con gasas. Es muy importante, además, el uso, por parte de un ayudante, de un aspirador de sangre.

RASPAJE Y CURETAJE.

Es el tratamiento realizado sobre las paredes blandas, de la bolsa, con el fin de eliminar el tejido de granulación y el epitelio que tapiza la pared, así como el epitelio de unión. La remoción instrumental de los elementos tisulares facilita y acelera el proceso cicatrizal y aumenta las posibilidades de re inserción.

El curetaje subgingival se hace con las curetas de Gracey, se utilizan raspando la cara blanda de la bolsa, lo que provoca la salida de sangre y tejido de granulación; puede aplicarse el dedo contra la encía durante el raspaje para dar más consistencia a las encías blandas. El epitelio de unión se elimina con el mismo instrumento, trabajando en la pared profunda de la bolsa con un movimiento envolvente.

En el raspaje de cada diente del sector a tratar, recordamos raspar prolijamente las cuatro caras y los cuatro ángulos que tiene cada diente.

El curetaje, elimina el tejido de granulación, que sale fácilmente como una masa sangrante, compactada, friable. Simultáneamente se elimina el epitelio de la bolsa.

Se cohibe por compresión la leve hemorragia provocada, si fuera necesario, se cubrirá el área con un apósito de cemento quirúrgico.

INTRODUCCION DEL GEL DE TETRACICLINA AL 5% EN EL SACO PERIODONTAL.

Oleary, en un reporte sobre el estado actual de la terapia periodontal, demuestra que en los procesos de periodontitis temprana, el destartraje y pulido radicular, son suficientes como terapia con la cual se obtiene un mejoramiento, también disminuye la cantidad de bacterias responsables de periodontitis.

Waerhug, concluyó que cuando los sacos periodontales son de mayor profundidad, el raspado y pulido como método mecánico único, sin cirugía periodontal, es poco efectivo.

Previo al registro de las mediciones con una zona periodontal, en cada paciente se llevó a cabo una sesión de destartraje supragingival total de ambas arcadas, y el pulido de los dientes mediante cepillos y tazas de goma. De igual modo los pacientes recibieron instrucciones de higiene oral, se les prohibió el uso de enjuagatorios, y el uso de irrigadores.

Una vez que ya tenemos al paciente sentado en posición correcta, con compresas que la cubren el rostro con excepción de la boca, el paciente ya anestesiado, con los labios desinfectados con yodo acomitado.

Luego se procedió a la aplicación local del gel de tetraciclina al 5%, mediante el uso del periopik, que es un irrigador subgingival para pieza de mano de uso profesional, pero en nuestro caso utilizamos jeringas desechables.

El gel de tetraciclina al 5%, fue introducido directamente en toda la extensión del saco periodontal, con una cantidad suficiente como para llenar dicho saco, hasta que emergiera por el margen gingival. Inmediatamente se cubre las zonas donde se depositó el gel, con cemento quirúrgico, con el fin de evitar la salida del gel y la introducción de restos alimenticios y otros, como también proteger la zona ya tratada.

COLOCACION DEL APOSITO PERIODONTAL.

El apósito consiste en un polvo y un líquido que se mezclan sobre un papel encerado con espátula de madera. El polvo se va incorporando al líquido hasta formar una pasta espesa.

El apósito se modela en cilindros del tamaño aproximadamente de la zona tratada. Luego se llevan los cilindros a la zona tratada y se presiona suavemente sobre superficie vestibular o lingual o la zona afectada.

El apósito debe cubrir completamente la superficie cortada de la encía.

INDICACIONES POSOPERATORIAS.

Deben darse al paciente, por escrito, las siguientes instrucciones posoperatorias:

Consejos y recomendaciones

- a) Fuera de un ligero malestar, cuando pase el efecto de la anestesia, no ha de sentir Ud. dolor apreciable provocado por la operación realizada. Para evitar este período de malestar, tómese una aspirina media hora después de dejar el consultorio. Si fuese necesario, tome otra tableta una hora después.
- b) El material colocado alrededor de sus dientes es un apósito de cemento quirúrgico, comparable al vendaje que se usa en operaciones de otro tipo. Sirve para un propósito útil y beneficioso para usted, por lo tanto no lo debe tocar.
- c) El cemento quirúrgico se endurecerá pronto y podrá entonces resistir algunas fuerzas masticatorias leves sin romperse. Límitese a una dieta semisólida en su próxima comida y evite las comidas excesivamente calientes, para que el cemento pueda fraguar correctamente. Después de este período puede usted volver a su dieta habitual, tratando, sin embargo, de no masticar de lado de la operación y evitando las comidas duras como ser carne, pan, tostadas, etc.
- d) Debe tratar de que el apósito permanezca en la boca el mayor tiempo posible: será retirado dentro de aproximadamente siete días. Puede ocurrir que pequeñas porciones de apósito se desprendan durante la semana. Si se cae un pedazo grande dentro de los 2 ó 3 días después de la operación, llame al consultorio. Si se cae una porción grande después de los 4 ó 5 días y no siente molestia déjelo así.

Estando el cemento en su lugar, usted puede sentir un ligero dolor o malestar en el carrillo o en el piso de la boca. Eso significa que hay un borde de cemento irritando los tejidos y no ocurre algo en la zona operada. Si el malestar persiste, llame al consultorio, pues esto puede ser fácilmente remediado.

- e) Los buches no son una parte importante del tratamiento. Su única función es dar una sensación de mejor higiene bucal. Hoy no debe hacerse buches. Mañana, si no siente limpia la boca, puede hacerse buches 2 ó 3 veces al día con una solución de una cucharadita de sal en un vaso de agua tibia. Si prefiere un buche con algún gusto puede agregarle unas gotas de algún antiséptico suave.
- f) Puede cepillarse los dientes en la forma habitual, pero no sobre el apósito.
- g) Puede continuar sus actividades habituales, evitando los ejercicios excesivos de cualquier tipo.
- h) En las primeras horas después de la operación, puede usted tener la saliva coloreada con sangre. Esto no es raro, desaparece solo.
Si hay hemorragia considerable, tome un trozo de gasa estéril, dóblelo en forma de "U" y sosteniéndolo con el pulgar y el índice, aplique a ambos lados del apósito con presión suave durante 20 minutos, sin sacarlo para mirar. Si la hemorragia no se detiene en 20 minutos, llame al consultorio. De ningún modo se haga buches para detener la hemorragia.

- i) Si aparece algún otro problema, no deje de llamar al consultorio.

CAPITULO X
CASOS CLINICOS

CAPITULO X

CASOS CLINICOS

CASO CLINICO No 1

I. DATOS PERSONALES:

Nombre : B. T. T.
Edad : 19 años
Sexo : Femenino
Estado Civil : Soltera
Nacionalidad : Boliviana
Dirección Actual: Barrio Villa Busch

II. Motivo de la consulta: Preocupado por sus encías sangrantes e inflamadas.

III. Historia Médica: Sin antecedentes

IV. Diagnóstico: Periodontitis Rápidamente Progresiva

V. Pronóstico: Favorable

VI. Plan de Tratamiento: Curetaje y raspaje, introducción del Gel de Tetraciclina al 5%.

PRIMERA VISITA: Se explica al paciente la forma de como será el tratamiento, luego se procedió a motivarlo haciendo hincapié en la importancia que tiene la higiene de la zona para evitar el acúmulo de factores irritativos locales y de esta manera

evitar la residiva.

SEGUNDA VISITA: Destartraje y pulido de ambas arcadas.

TERCERA VISITA: Enseñanza correcta de la técnica del cepillado dental.

CUARTA VISITA: Comprobación del cepillado con sustancias rebelantes.

QUINTA VISITA: Raspaje y curetaje, introducción del Gel de Tetraciclina al 5%.

SEXTA VISITA: Eliminación del apósito quirúrgico.

SEPTIMA VISITA: Al mes para observar el proceso de cicatrización de la encía y controlar el cepillado dental, mediante pastillas revelantes para evitar posibles residivas.

OCTAVA VISITA: A los nueve meses se pudo apreciar una visible reducción de la movilidad dentaria, las bolsas supraóseas e infraóseas desaparecieron y las encías con sus características clínicas normales.



Foto #1: Preoperatorio



Foto #2: Desinfección de la zona operatoria



Foto #3: Realizando el zondaje

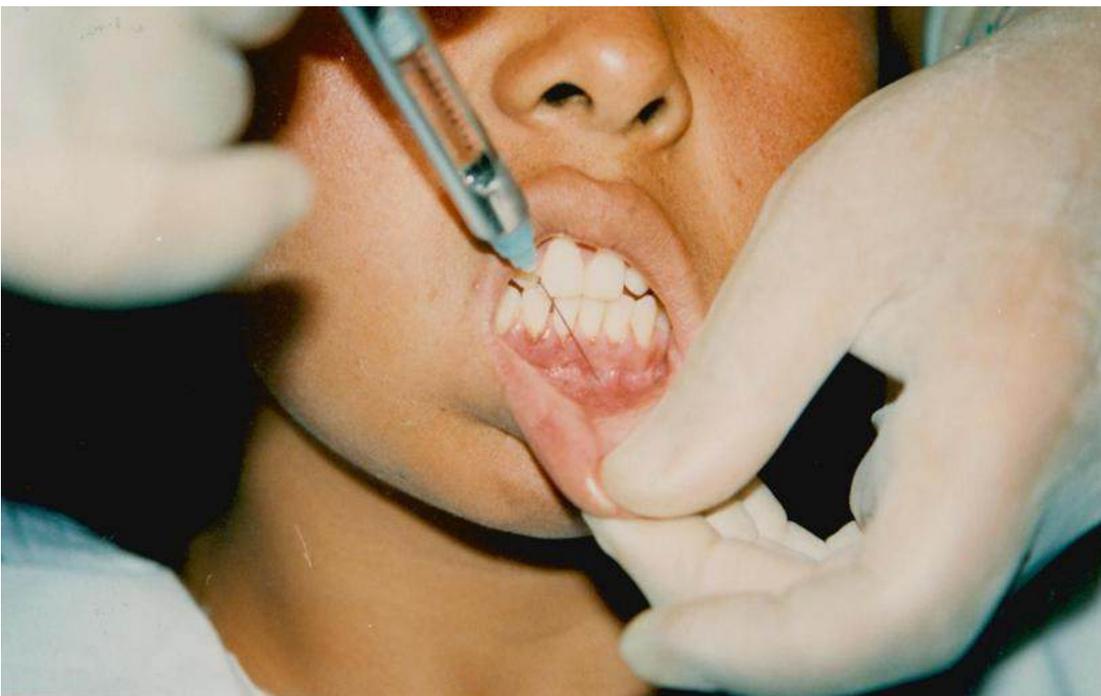


Foto #4: Anestesia



Foto #5: Raspaje y Curetaje

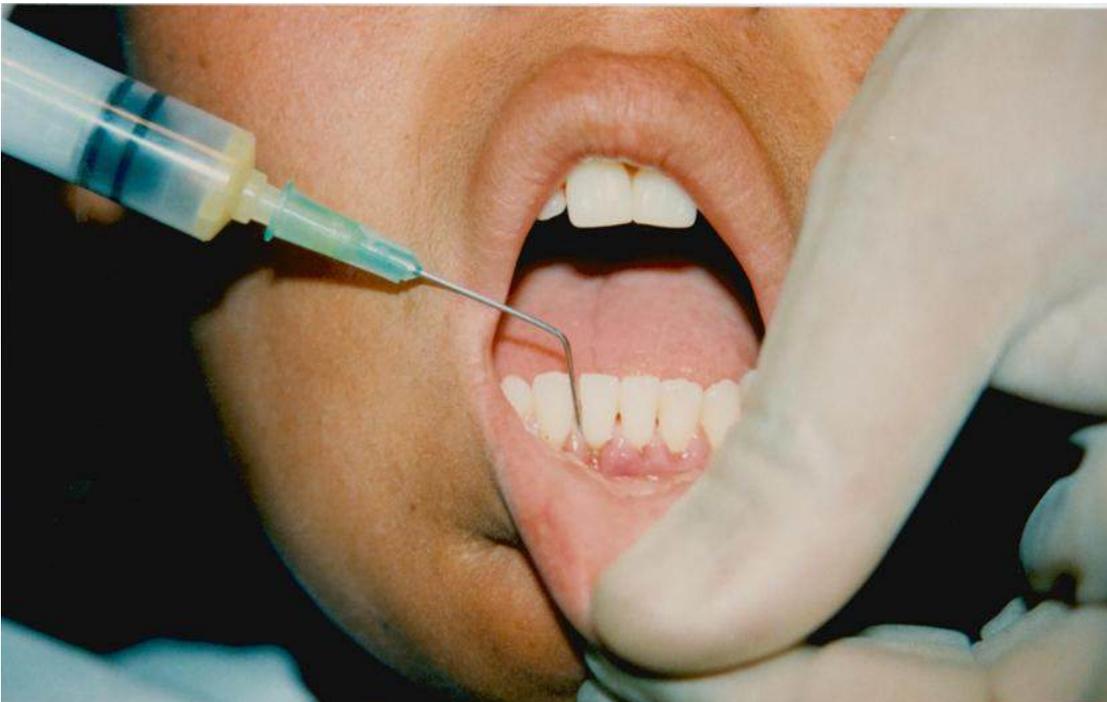


Foto #6: Introducción del Gel de Tetraciclina al 5%



Foto #7: Cimento Quirúrgico



Foto #8: Colocación del Cimento Quirúrgico



Foto #9: Posoperatorio



Foto #10: Antes del tratamiento



Foto #11: Después del tratamiento

CASO CLINICO No 2**I. DATOS PERSONALES:**

Nombre : A.G. T.
Edad : 26 años
Sexo : masculino
Estado Civil : Casado
Nacionalidad : Boliviana
Dirección Actual: Barrio Villa Busch

II. Motivo de la consulta: Preocupado por sus encías sangrantes e inflamadas.

III. Historia Médica: Sin observaciones

IV. Diagnóstico: Periodontitis Rápidamente Progresiva localizada en el grupo V.

V. Pronóstico: Favorable

VI. Plan de Tratamiento: Curetaje y raspaje, introducción del Gel de Tetraciclina al 5%.

PRIMERA VISITA: Se explica al paciente la forma de como será el tratamiento, luego se procedió a motivarlo haciendo hincapié en la importancia que tiene la higiene de la zona para evitar el acúmulo de factores irritativos locales y de esta manera evitar la residiva.

SEGUNDA VISITA: Destartraje y pulido de ambas arcadas.

TERCERA VISITA: Enseñanza correcta de la técnica del cepillado dental.

CUARTA VISITA: Comprobación del cepillado con sustancias rebelantes.

QUINTA VISITA: Raspaje y curetaje, introducción del Gel de Tetraciclina al 5%.

SEXTA VISITA: Eliminación del apósito quirúrgico.

SEPTIMA VISITA: Al mes para observar el proceso de cicatrización de la encía y controlar el cepillado dental, mediante pastillas revelantes para evitar posibles residivas.

OCTAVA VISITA: A los nueve meses se pudo apreciar una visible reducción de la movilidad dentaria, las bolsas supraóseas e infraóseas desaparecieron y las encías con sus características clínicas normales.



Foto #1: Preoperatorio



Foto #2: Desinfección de la zona operatoria



Foto #3: Anestesia



Foto #4: Realizando el zondaje



Foto #5: Raspaje y Curetaje

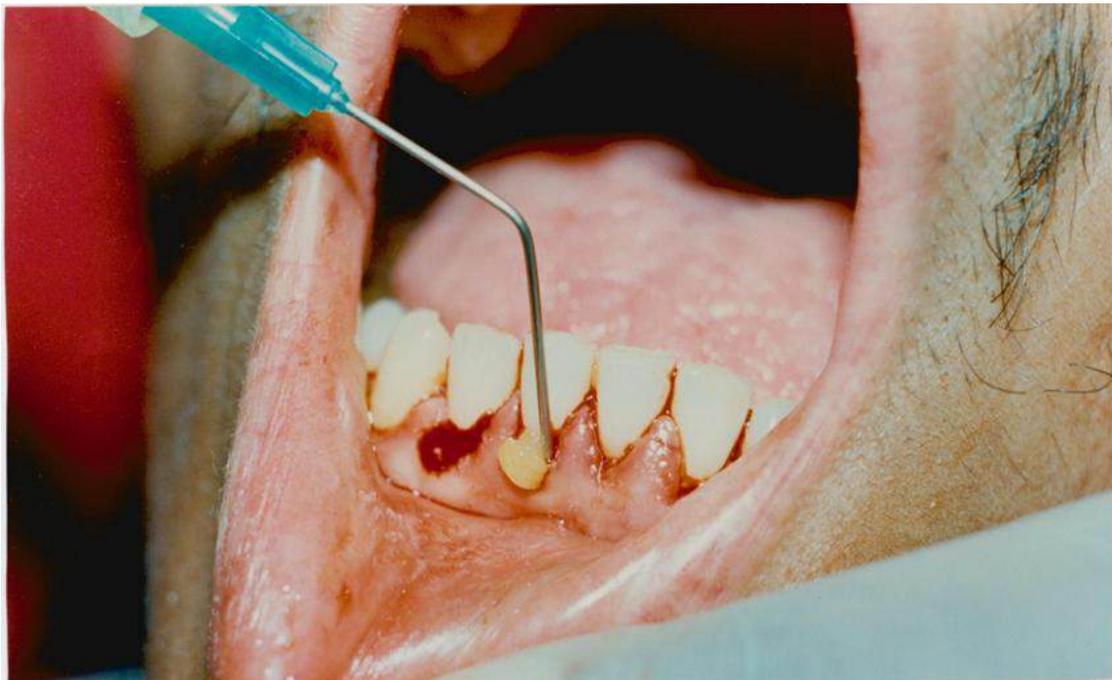


Foto #6: Introducción del gel de Tetraciclina al 5%



Foto #7: Colocación del Cemento Quirúrgico



Foto #8: Posoperatorio



Foto #9: Antes del tratamiento



Foto #10: Después del tratamiento

CASO CLINICO No 3**I. DATOS PERSONALES:**

Nombre : R. T. R.
Edad : 28 años
Sexo : Masculino
Estado Civil : Casado
Nacionalidad : Boliviana
Dirección Actual: Villa Busch

II. Motivo de la consulta: Preocupación por sus encías sangrantes e inflamadas.

III. Historia Médica: Sin antecedentes

IV. Diagnóstico: Periodontitis Rápidamente Progresiva localizada en el grupo II

V. Pronóstico: Favorable

VI. Plan de Tratamiento: Curetaje y raspaje, introducción del Gel de Tetraciclina al 5%.

PRIMERA VISITA: Se explica al paciente la forma de como será el tratamiento, luego se procedió a motivarlo haciendo hincapié en la importancia que tiene la higiene de la zona para evitar el acúmulo de factores irritativos locales y de esta manera evitar la residiva.

SEGUNDA VISITA: Destartraje y pulido de ambas arcadas.

TERCERA VISITA: Enseñanza correcta de la técnica del cepillado dental.

CUARTA VISITA: Comprobación del cepillado con sustancias revelantes.

QUINTA VISITA: Raspaje y curetaje, introducción del Gel de Tetraciclina al 5%.

SEXTA VISITA: Eliminación del apósito quirúrgico.

SEPTIMA VISITA: Al mes para observar el proceso de cicatrización de la encía y controlar el cepillado dental, mediante pastillas revelantes para evitar posibles residivas.

OCTAVA VISITA: A los nueve meses se pudo apreciar una visible reducción de la movilidad dentaria, las bolsas supraóseas e infraóseas desaparecieron y las encías con sus características clínicas normales.



Foto #1: Preoperatorio



Foto #2: Colocación de los campos



Foto #3: Desinfección de la zona operatoria

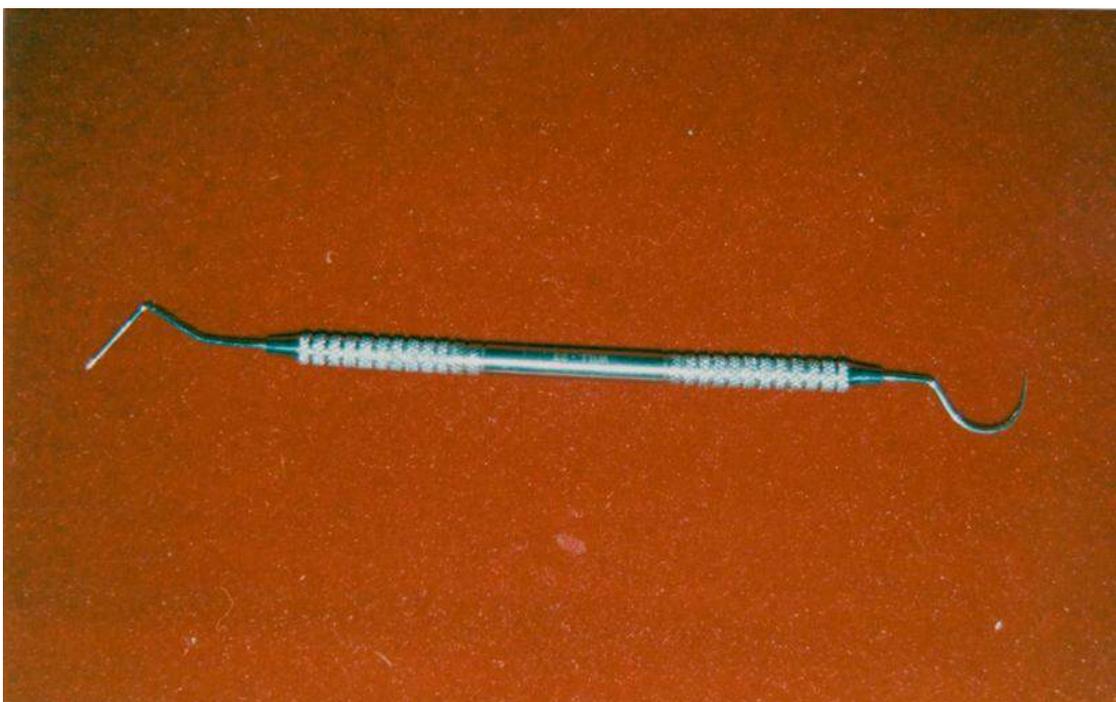


Foto #4: Zonda periodontal



Foto#5: Realizando el zondaje



Foto #6: Anestesia



Foto #7: Raspaje y curetaje

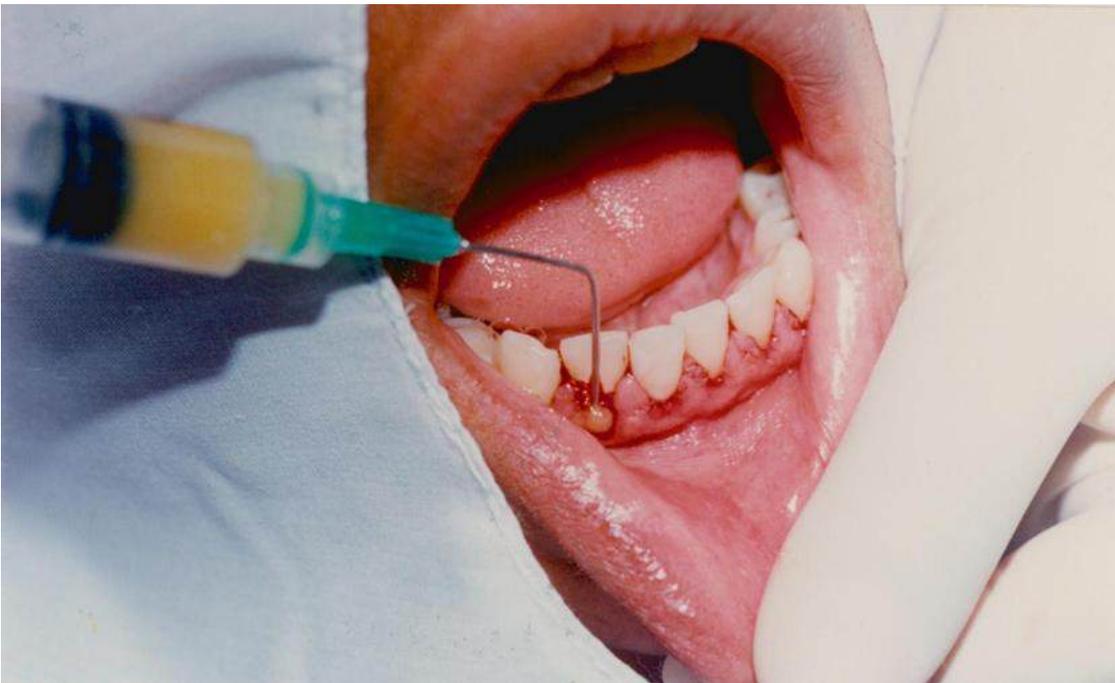


Foto #8: Introducción del gel de tetraciclina al 5%

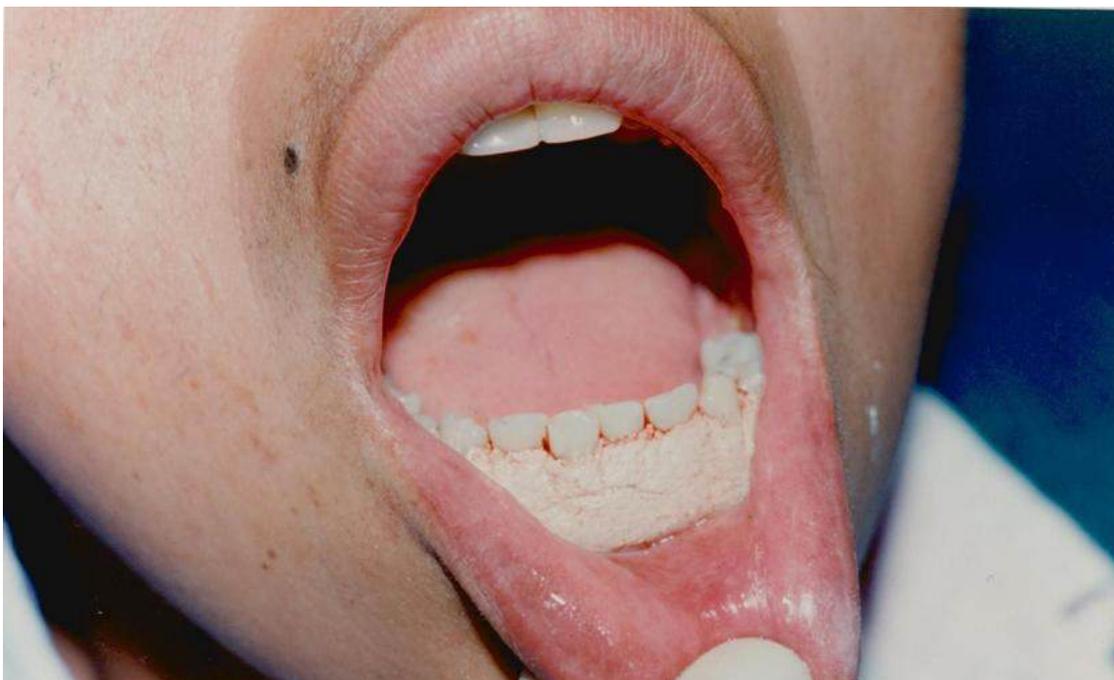


Foto #9: Colocación del Cemento Quirúrgico



Foto #10: Posoperatorio



Foto #11: Antes del tratamiento

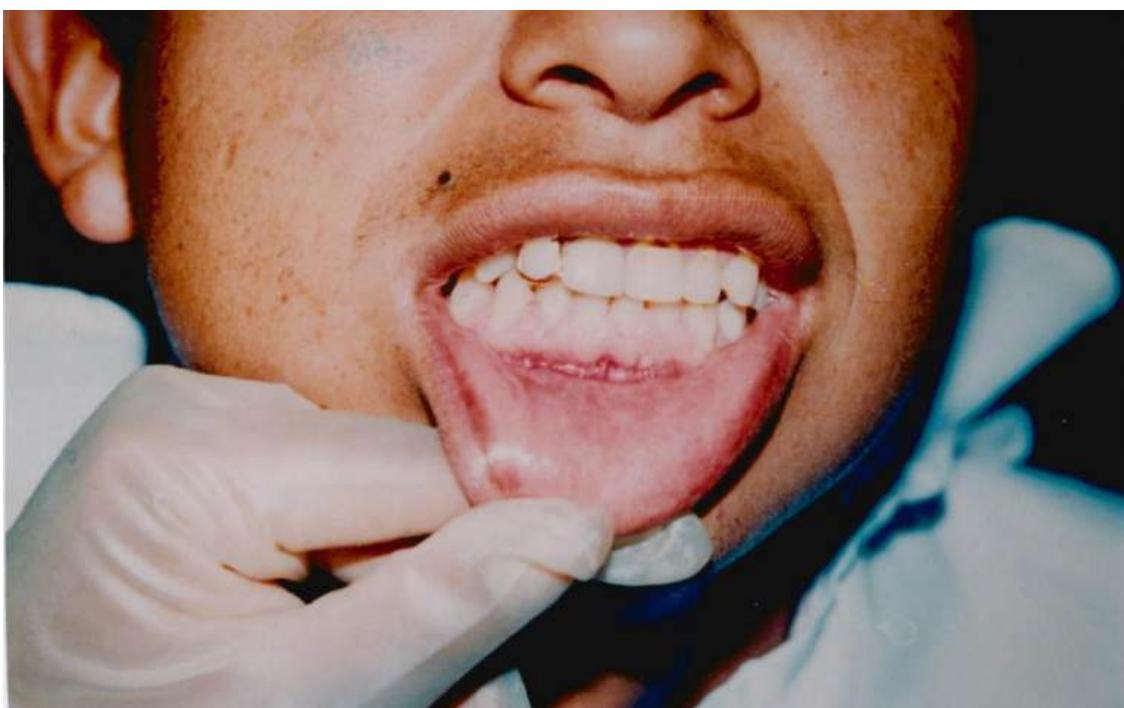


Foto #12: Después del tratamiento

CASO CLINICO No 4**I. DATOS PERSONALES:**

Nombre : A. V. T.
Edad : 32 años
Sexo : Masculino
Estado Civil : Casado
Nacionalidad : Boliviana
Dirección Actual: San Jorge

II. Motivo de la consulta: Preocupado por la salud de sus encías.

III. Historia Médica: Sin antecedentes

IV. Diagnóstico: Periodontitis Rápidamente Progresiva localizada en el grupo V.

V. Pronóstico: Favorable

VI. Plan de Tratamiento: Curetaje y raspaje, introducción del Gel de Tetraciclina al 5%.

PRIMERA VISITA: Se explica al paciente la forma de como será el tratamiento, luego se procedió a motivarlo haciendo hincapié en la importancia que tiene la higiene de la zona para evitar el acúmulo de factores irritativos locales y de esta manera evitar la residiva.

SEGUNDA VISITA: Destartraje y pulido de ambas arcadas.

TERCERA VISITA: Enseñanza correcta de la técnica del cepillado dental.

CUARTA VISITA: Comprobación del cepillado con sustancias rebelantes.

QUINTA VISITA: Raspaje y curetaje, introducción del Gel de Tetraciclina al 5%.

SEXTA VISITA: Eliminación del apósito quirúrgico.

SEPTIMA VISITA: Al mes para observar el proceso de cicatrización de la encía y controlar el cepillado dental, mediante pastillas revelantes para evitar posibles residivas.

OCTAVA VISITA: A los nueve meses se pudo apreciar una visible reducción de la movilidad dentaria, las bolsas supraóseas e infraóseas desaparecieron y las encías con sus características clínicas normales.



Foto #1: Preoperatorio



Foto #2: Desinfección de la zona operatoria

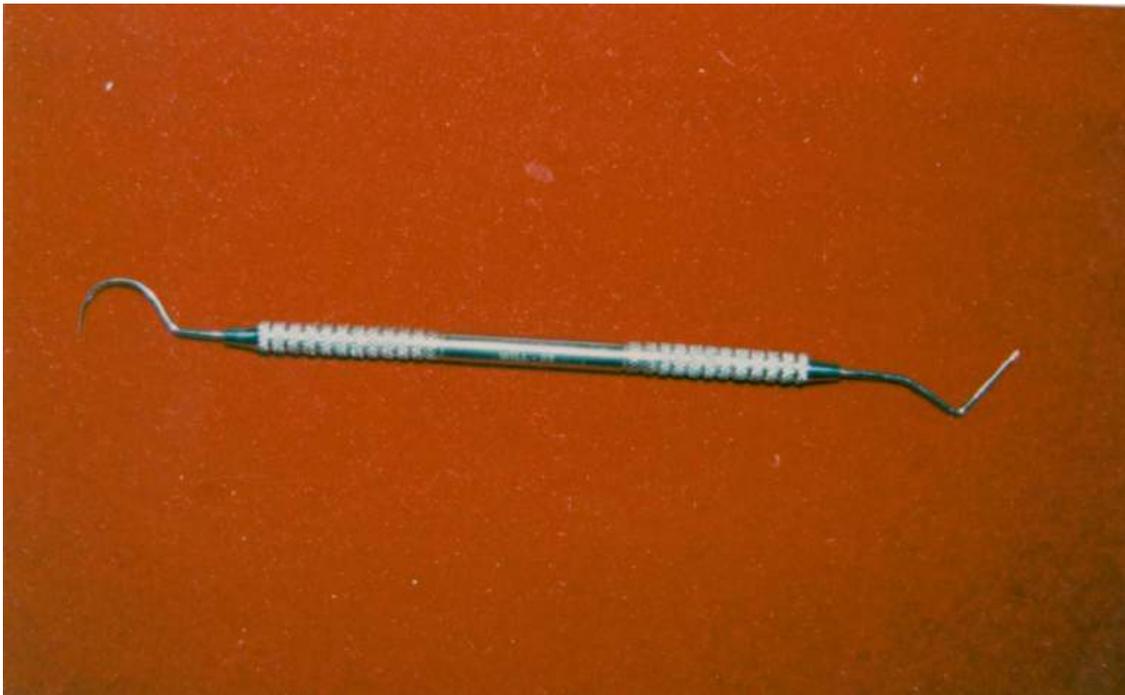


Foto #3: Zonda periodontal



Foto #4: Realizando el zondaje



Foto #5: Anestesia



Foto #6: Raspaje y curetaje



Foto #7: Introducción del Gel de Tetraciclina al 5%



Foto #8: Colocación del Cemento Quirúrgico



Foto #9: Posoperatorio



Foto #10: Antes del tratamiento



Foto #11: Después del tratamiento

CASO CLINICO No 5**I. DATOS PERSONALES:**

Nombre : A. C. A.
Edad : 40 años
Sexo : Femenino
Estado Civil : Casada
Nacionalidad : Boliviana
Dirección Actual: San Jorge

II. Motivo de la consulta: Preocupada por sus encías sangrantes e inflamadas.

III. Historia Médica: Sin observaciones

IV. Diagnóstico: Periodontitis Rápidamente Progresiva localizada en el grupo V.

V. Pronóstico: Favorable

VI. Plan de Tratamiento: Curetaje y raspaje, introducción del Gel de Tetraciclina al 5%.

PRIMERA VISITA: Se explica al paciente la forma de como será el tratamiento, luego se procedió a motivarlo haciendo hincapié en la importancia que tiene la higiene de la zona para evitar el acúmulo de factores irritativos locales y de esta manera evitar la residiva.

SEGUNDA VISITA: Destartraje y pulido de ambas arcadas.

TERCERA VISITA: Enseñanza correcta de la técnica del cepillado dental.

CUARTA VISITA: Comprobación del cepillado con sustancias rebelantes.

QUINTA VISITA: Raspaje y curetaje, introducción del Gel de Tetraciclina al 5%.

SEXTA VISITA: Eliminación del apósito quirúrgico.

SEPTIMA VISITA: Al mes para observar el proceso de cicatrización de la encía y controlar el cepillado dental, mediante pastillas revelantes para evitar posibles residivas.

OCTAVA VISITA: A los nueve meses se pudo apreciar una visible reducción de la movilidad dentaria, las bolsas supraóseas e infraoseas desaparecieron y las encías con sus caractirísticas clínicas normales.

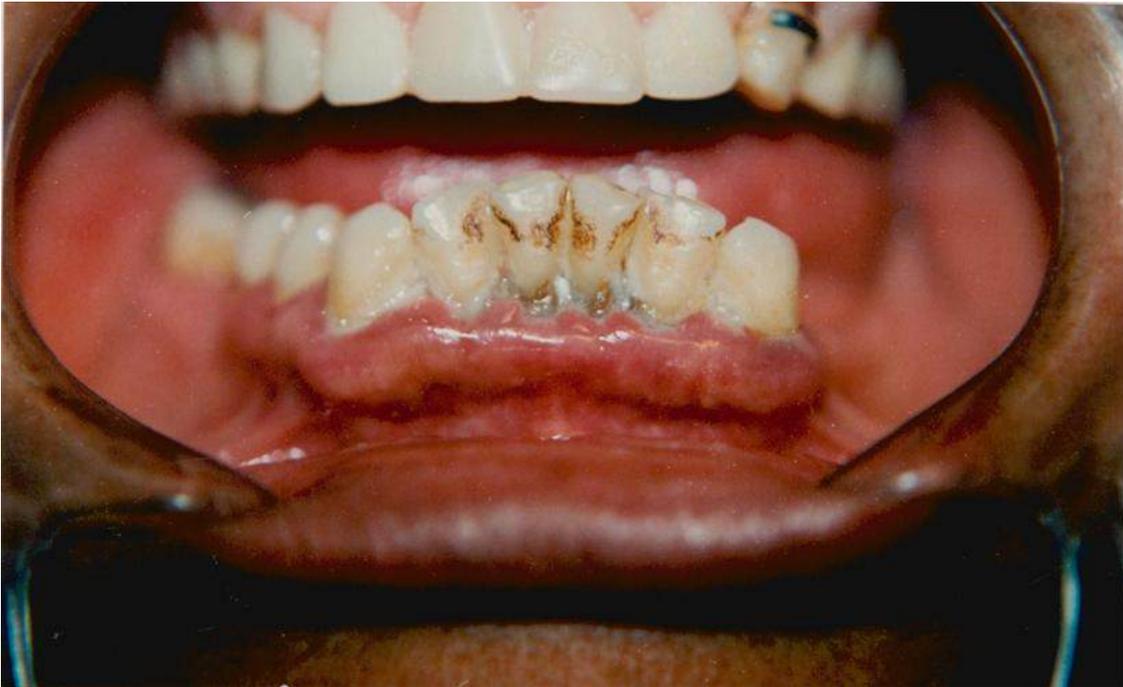


Foto #1: Preoperatorio

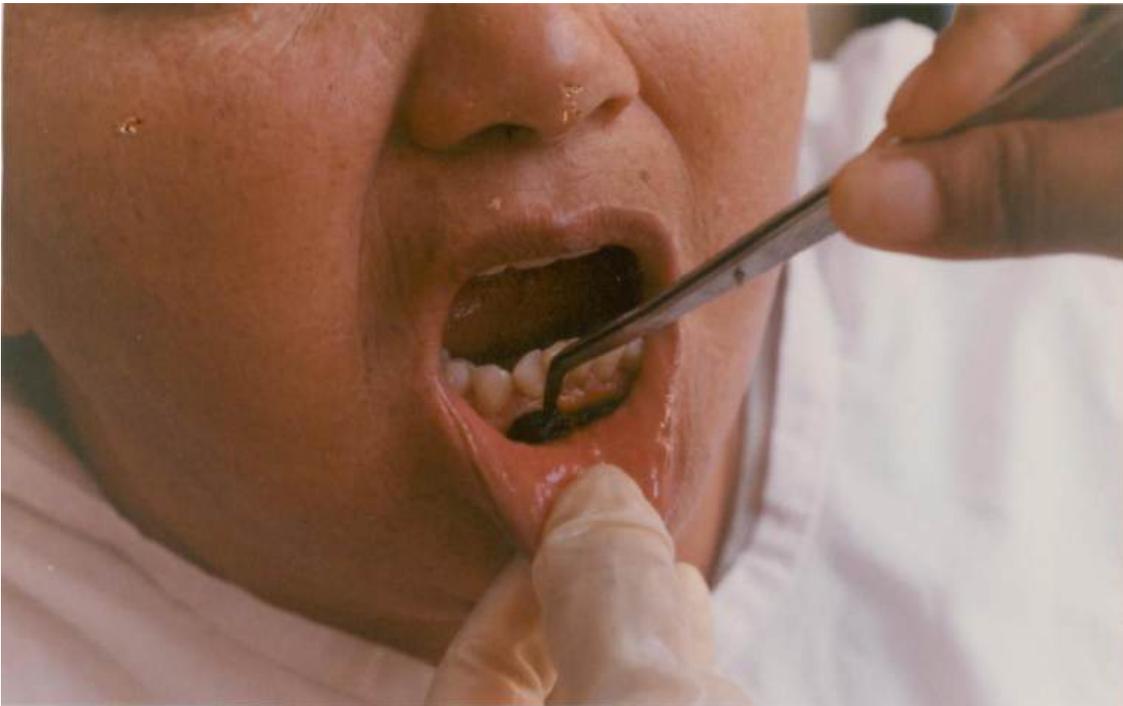


Foto #2: Desinfección de la zona operatoria

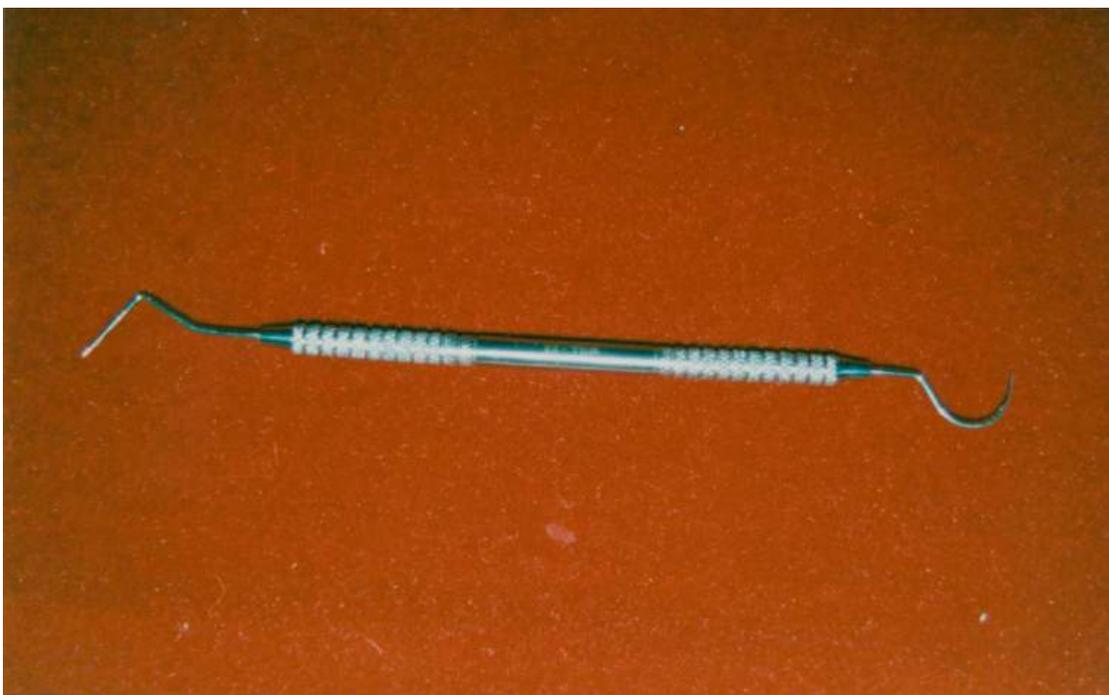


Foto #3: Zonda periodontal



Foto #4: Realizando el zondaje



Foto #5: Anestesia

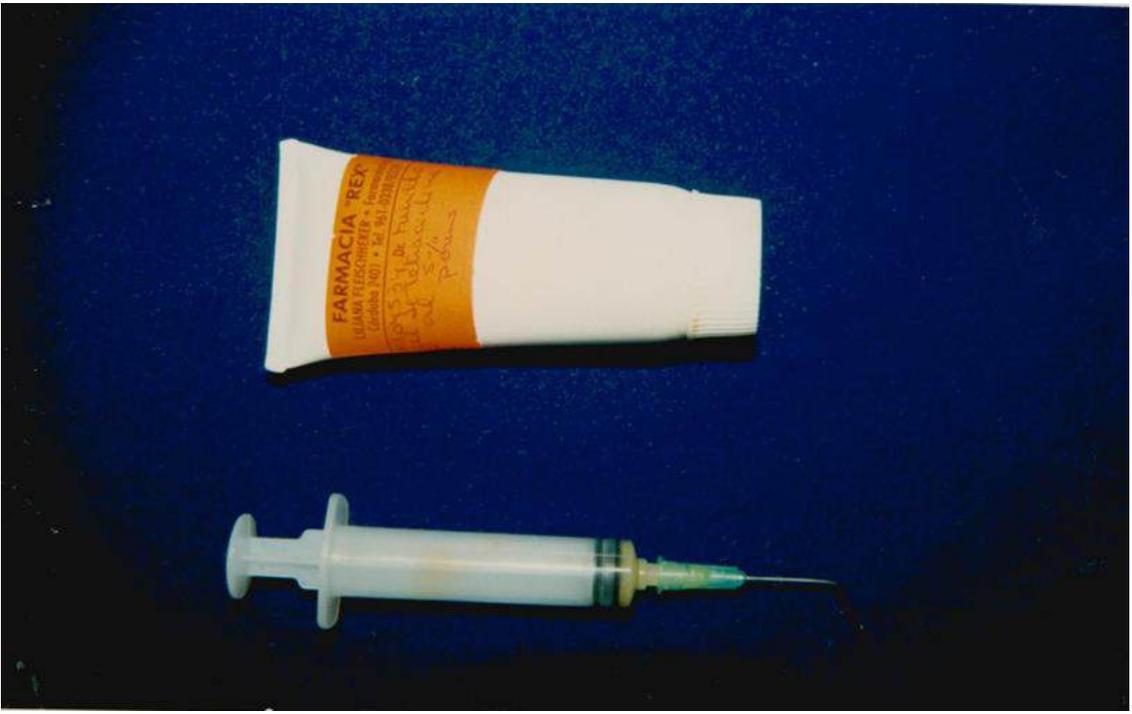


Foto #6: Gel de tetraciclina al 5%

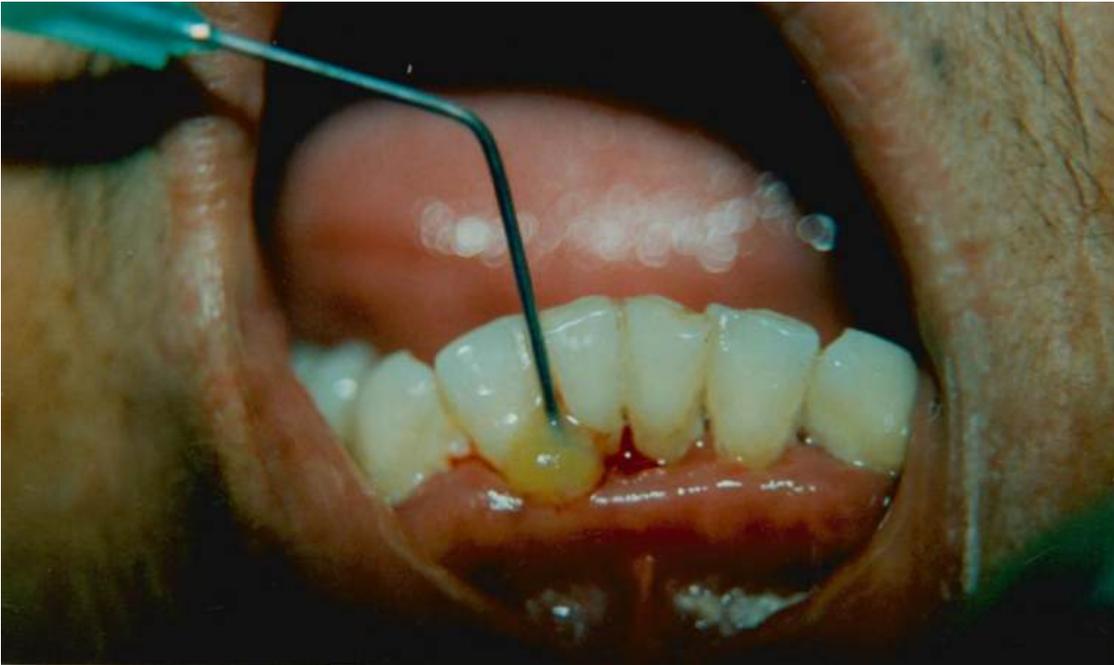


Foto #7: Introducción del gel de Tetraciclina al 5%



Foto #8: Cimento Quirúrgico



Foto #9: Colocación del Cemento Quirúrgico

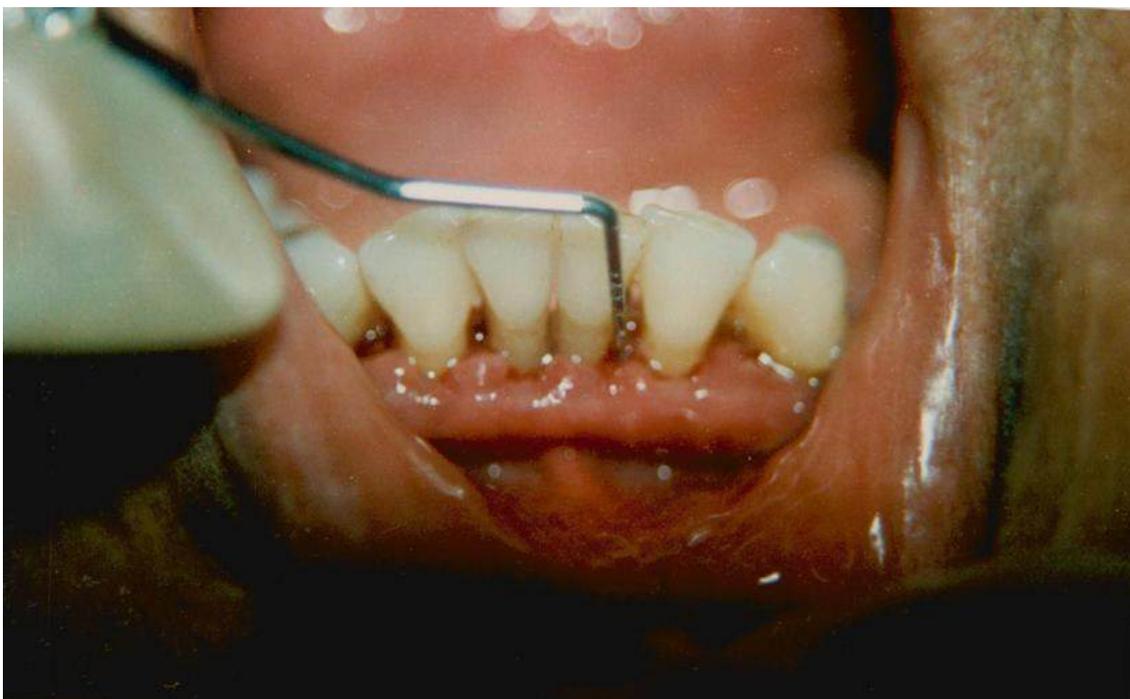


Foto #10: Posoperatorio



Foto #11: Antes del tratamiento

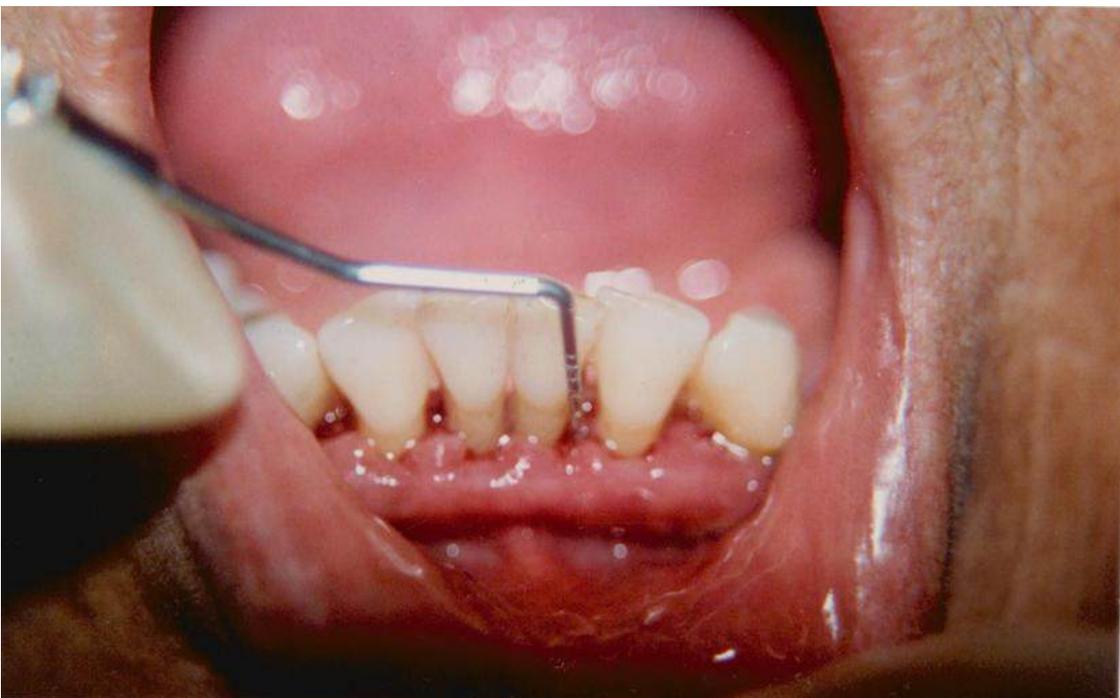


Foto #12: Después del tratamiento

CASO CLINICO No 6**I. DATOS PERSONALES:**

Nombre : A. Z. V.
Edad : 40 años
Sexo : Femenino
Estado Civil : Casada
Nacionalidad : Boliviana
Dirección Actual: Mercado Campesino

II. Motivo de la consulta: Preocupación por sus encías sangrantes e inflamadas.

III. Historia Médica: Sin antecedentes

IV. Diagnóstico: Periodontitis Rápidamente Progresiva localizada en el grupo V.

V. Pronóstico: Favorable

VI. Plan de Tratamiento: Curetaje y raspaje, introducción del Gel de Tetraciclina al 5%.

PRIMERA VISITA: Se explica al paciente la forma de como será el tratamiento, luego se procedió a motivarlo haciendo hincapié en la importancia que tiene la higiene de la zona para evitar el acúmulo de factores irritativos locales y de esta manera evitar la residiva.

SEGUNDA VISITA: Destartraje y pulido de ambas arcadas.

TERCERA VISITA: Enseñanza correcta de la técnica del cepillado dental.

CUARTA VISITA: Comprobación del cepillado con sustancias rebelantes.

QUINTA VISITA: Raspaje y curetaje, introducción del Gel de Tetraciclina al 5%.

SEXTA VISITA: Eliminación del apósito quirúrgico.

SEPTIMA VISITA: Al mes para observar el proceso de cicatrización de la encía y controlar el cepillado dental, mediante pastillas revelantes para evitar posibles residivas.

OCTAVA VISITA: A los nueve meses se pudo apreciar una visible reducción de la movilidad dentaria, las bolsas supraóseas e infraóseas desaparecieron y las encías con sus caractirísticas clínicas normales.



102

Foto #1: Preoperatorio



Foto#2: Desinfección de la zona operatoria

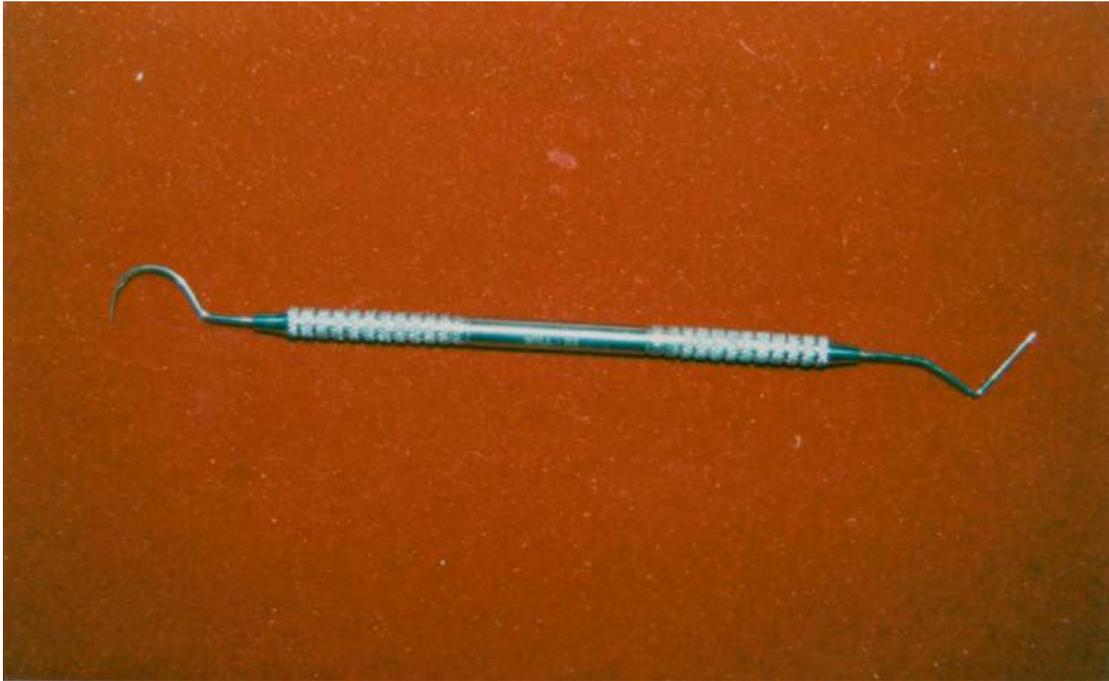


Foto #3: Zonda periodontal



Foto #4: Anestesia

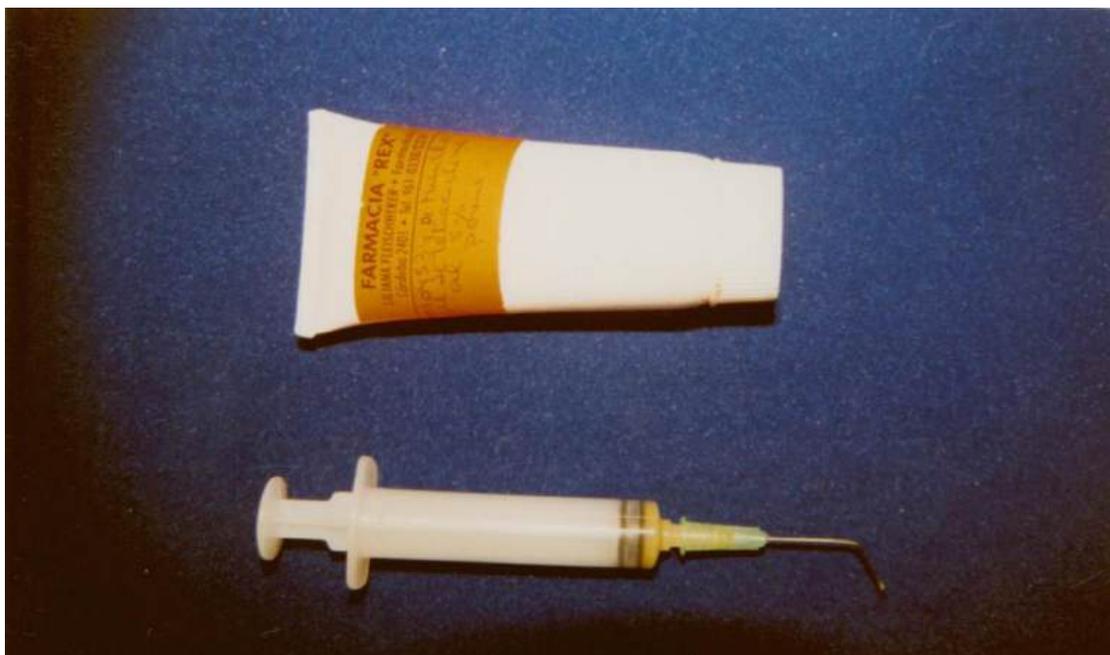


Foto #5: Gel de Tetraciclina al 5%

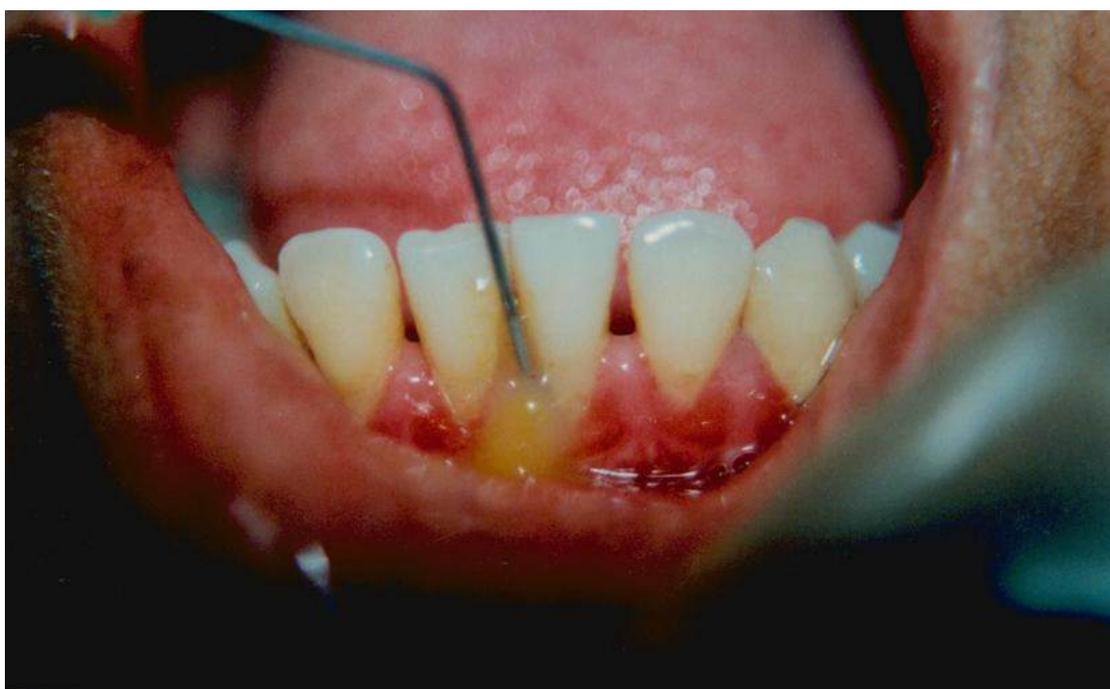


Foto #6: Introducción del gel de tetraciclina



Foto #7: Cimento Quirúrgico



Foto #8: Colocación del Cimento Quirúrgico



Foto #9: Posoperatorio



107

Foto #10: Antes del tratamiento



Foto #11: Después del tratamiento

CAPITULO XI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se concluye que en esta muestra inicial de pacientes, el uso local de un gel de tetraciclina al 5% en pacientes, con periodontitis rápidamente progresiva, reducen en forma significativa la infección del saco periodontal, la regeneración del hueso alveolar, la disminución de la movilidad dental, la eliminación de bolsas supraóseas e infraóseas.

Es una técnica menos traumatizante que favorece a todos aquellos pacientes aprensivos y nerviosos que no soportan el corte con un bisturi para el colgajo. Pensando justamente en estos pacientes es que buscamos una técnica más sencilla, con el fin de evitar hacer el colgajo.

Es una técnica que requiere de una sola sesión, la cuál favorece al paciente.

Es una intervención quirúrgica sencilla e indolora, donde no se requiere de materiales y medicamentos que no sean conocidos por los profesionales.

Por ser justamente una técnica sencilla no produce complicaciones ni riesgos y todo el tratamiento se hace en una sola sesión.

Para que el resultado del tratamiento sea favorable es necesario que el paciente realice los cuidados indicados por

el operador.

Es una técnica que no ocasiona molestias posoperatorias.

RECOMENDACIONES

El avance de la ciencia y la aparición de nuevas técnicas periodontales nos indica que la investigación científica nos compromete cada vez más con el estudio profundo de la odontología.

De esta manera es que el EFECTO DE UN GEL DE TETRACICLINA AL 5% INTRODUCIDO EN EL SACO PERIODONTAL EN PACIENTES CON PERIODONTITIS RAPIDAMENTE PROGRESIVA, viene a ser una técnica periodontal nueva, puesta a consideración, tanto del profesional, como del estudiante de clínica, para el tratamiento de las enfermedades periodontales y en especial la periodontitis progresiva.

Recomendamos a la persona que pondrá en práctica, cumplir ordenadamente cada uno de los pasos que en el presente trabajo se describen.

En especial recomendamos a los estudiantes de clínica que realicen esta técnica por ser de bajo costo y sencilla.