

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA  
ULACIT

Manejo Quirúrgico de Periodontitis Agresiva y Bruxismo  
Presentación de caso clínico

---

Tutora: Dra Ana Gabriela Retana Chaves

**Sustentante:**  
**Cindy Pamela Madrigal Díaz**

## Resumen

La periodontitis agresiva es una forma de enfermedad periodontal que progresa rápidamente, es rara y muy grave; es caracterizada por la pérdida de soporte e inserción, que provoca una destrucción ósea muy rápida. Se presenta tanto en niños como en adultos jóvenes sanos.

El bruxismo excéntrico es un hábito de apretamiento o frotamiento de los dientes, tanto diurno como nocturno, sucede con distintos grados de intensidad, inconsciente y fuera de los movimientos funcionales; este trastorno produce un desgaste dental y hasta puede afectar estructuras de soporte dentario, así como musculatura cérvico-craneal y ATM.

El presente caso describe un diagnóstico, tratamiento y mantenimiento de un paciente con diagnóstico de periodontitis agresiva y bruxismo. Paciente femenina de 20 años, se presenta a la consulta dental de la Facultad de Odontología de la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología, no presenta ningún tipo de antecedente patológico personal; dentro de sus antecedentes no personales la paciente manifiesta bruxismo; en sus antecedentes familiares refiere que tanto su padre como su madre han padecido periodontitis; no presenta ningún tipo de antecedente alérgico ni quirúrgico. Clínicamente, se observó inflamación gingival difusa generalizada severa así como hiperplasia gingival, con mínima cantidad de irritantes locales. Se le realizó evaluación sistémica, radiográfica y de laboratorio. El protocolo del tratamiento periodontal realizado incluyó: control de placa, profilaxis, raspados y alisados radiculares con terapia de antibiótico local y sistémica en la fase higiénica y en la fase del tratamiento periodontal, mediante los procedimientos de gingivectomía-gingivoplastia y colgajos. La paciente se presentó a un laboratorio privado en el cual se tomaron muestras para un cultivo. La evaluación clínica a los 3 meses de postoperatorio revela una ganancia del nivel de inserción clínica y reducción significativa de bolsa periodontal, así también se logra controlar por medio de una férula oclusal el hábito bruxista. Los resultados de este caso demuestran que el diagnóstico temprano de la periodontitis agresiva y su tratamiento pueden detener la tendencia a progresar de esta forma grave de enfermedad periodontal.

## Abstract

The aggressive periodontitis is a form of periodontal disease that progresses rapidly, is rare and very serious; it is characterized by the loss of support and insertion, provoking a bony (osseous) very rapid destruction. This one appears so much in children as adult healthy young men.

The eccentric bruxism is a habit of rub of the teeth, so much diurnally as nocturne, this happens with different degrees of unconscious intensity and out of the functional movements; this disorder, it produces a dental wear and even it can manage to affect structures of support toothwort, as well as to affect cervic-cranial musculature and ATM.

The present case describes a diagnosis, treatment and maintenance of a patient with diagnosis of periodontitis aggressive and bruxism. 20-year-old feminine patient, appears to the dental consultation of the Faculty of Dentistry of the Latin-American University of Science and Technology, does not present any type of pathological personal precedent; inside his not personal precedents the patient demonstrates bruxism; in his familiar precedents she says that both her father and mother have suffered periodontitis; she does not present any type of allergic precedent not surgically. Clinical, inflammation was observed gingival diffuse widespread severe as well as hyperplasic gingival, with minimal quantity of local irritants. There was realized systemic, radiographic evaluation and of laboratory. The protocol of the treatment periodontal realized included: control of plate, prevention, scraped and smoothed radicales with therapy and systemic of local antibiotic in the hygienic phase and in the phase of the treatment periodontal, by means of the procedures of gingivectomy-gingivoplastia and hanging tatters. The patient appeared to a laboratory deprived in which samples took for a culture. The clinical evaluation to 3 months of postoperative reveals a profit of the level of clinical insertion and significant reduction of periodontal pocket, as well as also the controlling of the bruxism habit. The results of this case demonstrate that the early diagnosis of the aggressive periodontitis, as well as its treatment can stop the trend to progress of this serious form of disease periodontal.

## Índice

Antecedentes.....	6
Marco conceptual .....	8
Objetivos.....	8
Objetivo general .....	8
Objetivos específicos.....	8
Reporte de un caso .....	8
Descripción del paciente. ....	13
Historia de la Enfermedad:.....	13
Fotografías Iniciales .....	16
Radiografías iniciales.....	17
Radiografía panorámica .....	189
Características de la Encía: .....	19
Índice de Placa: .....	19
Diagnóstico: .....	20
Plan de Tratamiento .....	20
Pronóstico .....	20
Evolución del caso.....	24
Procedimiento .....	21
Medicamentos:.....	24
Discusión de resultados .....	26
Conclusiones:.....	28
Bibliografía .....	28
Anexos .....	29

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

La Periodontitis Rápidamente Progresiva es una enfermedad rara, grave y que progresa rápidamente, se caracteriza primordialmente por la pérdida rápida de tejido de inserción (conectivo) y de hueso alveolar, lo cual hace que el diente se pierda.

Los microorganismos relacionados con valores altos en lesiones severas son *P. gingivalis*, *P. intermedia*, *A. actinomycetemcomitans*, *E. corrodens*, *C. rectus* y *B. forsythus*.

El caso que se va a tratar a continuación describe el diagnóstico y tratamiento de una paciente que presenta una periodontitis agresiva que fue referida por ortodoncia a la consulta de énfasis de periodoncia de la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología. Mujer de 20 años que manifestaba sangrado gingival abundante provocado por cepillado, aumento del volumen gingival y dolor. Se realizó una evaluación clínica, sistémica y de laboratorio. Clínicamente, se observó inflamación gingival difusa generalizada, así como coloración eritematosa, con mínima cantidad de irritantes locales; también durante el sondeo y control de movilidad se determinaron bolsas profundas y movilidad dental. Se realizó la fase higiénica que incluyó control de placa, profilaxis, raspados generalizados. La parte quirúrgica consistió en la realización de raspados y alisados radiculares en conjunto con terapia antibiótica local y sistémica. Se tomaron muestras para realizar un estudio histopatológico. También se realizó una férula dental, dispositivo que utilizó el paciente con el fin de controlar el bruxismo presente.

## 1.1 Antecedentes

- Fonseca, A (s.f.) realizó un reporte de un caso clínico en el cual se presenta una paciente, femenina de 8 años de edad, que se presenta a la consulta del postgrado de periodoncia de la Universidad del Zulia, manifestando dolor a la masticación, aumento de volumen gingival, sangramiento gingival abundante provocado por las comidas y el cepillado. Se diagnosticó una enfermedad periodontal agresiva. En este caso se realizó una terapia periodontal inicial que incluyó instrucciones de higiene bucal, con evaluación y reforzamiento del control de placa, profilaxis bucal, raspados y alisados radiculares para remover placa y cálculo combinados con terapia antimicrobiana local (metronidazol en esponjas) y sistémica (amoxicilina/ácido clavulánico). Debido a las dificultades del manejo del paciente, a lo extenso de los procedimientos quirúrgicos que se habían planificado y al crecimiento gingival existente, se decidió realizar la fase quirúrgica bajo anestesia general, que consistió en gingivectomía y gingivoplastia en la zona anterior y cirugías a colgajos en las zonas posteriores, todos estos procedimientos con la finalidad de reducir la profundidad de los sacos existentes y devolver a los tejidos gingivales un contorno gingival fisiológico que permita el mejoramiento del control de placa por parte de la paciente. La evaluación clínica a los 3 meses de postoperatorio revela una ganancia del nivel de inserción clínica y reducción significativa de la profundidad del sondeo.
- Ruiz et al (2005) se observó a una paciente, femenina de 17 años de edad, la cual se presenta a esta universidad refiriendo dolor, sangramiento, mal sabor, mal olor y movilidad dentaria. A la anamnesis, manifestó no haber presentado ninguna enfermedad relevante y expuso ser alérgica a la penicilina, por lo que se consideró como paciente aparentemente sana. Los antecedentes familiares indicaron que el padre y hermano presentaban sangramiento en las encías y movilidad dentaria. Se realizó el examen clínico periodontal con la evaluación de la encía en cuanto al color, contorno, textura, posición y consistencia. El tratamiento consistió en la extracción del 11, 16, 21, 31 y 36. Motivación del paciente, control de placa bacteriana por medio de una técnica adecuada de cepillado, enjuague bucal con clorhexidina 0,12% y auxiliares de limpieza dental. Tartrectomía manual y ultrasónica, raspados y alisados radiculares en los cuatro cuadrantes con la colocación de tapón gelita impregnado con clorhexidina a 0,12% en los cuadrantes 1 y 4, y tapón gelita impregnado con clindamicina de 500 mg diluido en agua destilada en los cuadrantes 2 y 3. Paralelamente terapia sistémica con clindamicina (300 mg) y ciprofloxacina (500 mg). Diclofenac potásico (50 mg) por 15 días. Al mes de post-tratamiento, se observó mejoría clínica de salud en los tejidos periodontales.
- Se realizó un estudio de injerto óseo en el tratamiento de periodontitis agresiva por Mendoza et al. (2002) en el cual se presenta una paciente femenina de 38 años de edad que se presenta en marzo del 2000 a la Clínica de Medicina Estomatológica de la UASLP. Al interrogatorio refiere rinitis alérgica como único antecedente patológico sistémico; en la historia clínica bucal informa padecer abscesos recurrentes y movilidad en varias piezas dentales, motivo por el cual le extrajeron ambos incisivos centrales inferiores y el incisivo lateral inferior derecho 6 meses antes de su consulta en la clínica, y dos meses antes de la

fecha de inicio de tratamiento refiere dolor, inflamación, exudado y movilidad en canino superior derecho y segundo molar inferior izquierdo. Al examen clínico, poca presencia de caries, no hay cálculo supragingival pero sí placa, áreas con recesión gingival máxima de 1 mm, sangrado al sondeo, bolsas periodontales de hasta 10 mm, movilidad grado III, abscesos periodontales agudos en canino superior derecho y segundo molar inferior izquierdo. Se le solicitó serie radiográfica periapical completa en la que se observó pérdida ósea vertical generalizada y resorción radicular externa de canino superior derecho, segundos molares izquierdos superior e inferior. Al considerar los datos obtenidos se diagnosticó una periodontitis agresiva. El tratamiento comenzó con instrucción de higiene oral asistida, detartraje ultrasónico, enjuagues con clorhexidina a 0.12% dos veces al día y verificación de higiene oral cada consulta hasta que ya no presentaba placa, se utilizó cepillo dental 35 mediano, hilo dental sin cera, portahilo y tabletas reveladoras. Posteriormente, se realizaron raspados y alisados por cuadrantes, minicolgajos en bolsas de 5 mm o más en dientes de pronóstico cuestionable, extracciones donde era necesario y la colocación de injerto de Bio-Ossâ, férula de alambre y resina en zona de injerto; se capacitó a la paciente para utilizar aguja enhebradora como auxiliar de higiene oral. La primera evaluación se hizo a los 3 meses, donde había bolsas de 8 y 5 mm, surcos de 4 y 2 mm respectivamente, radiográficamente se aprecia la formación de nuevo tejido y los grumos del injerto.

- Méndez et al. (s.f) presentan un reporte de un caso quirúrgico de lesión endo-periodontal en el cual se presenta un paciente de sexo masculino, de 40 años de edad. No refiere ningún compromiso sistémico. Motivo de consulta "(...)tengo flojo el diente y me salió una bolita en la encía" Paciente refiere tratamiento de conductos en el incisivo central superior izquierdo hace tres años y fístula más o menos hace un año. Clínicamente, se observa fístula vestibular entre el incisivo central y lateral superior izquierdo, medidas de bolsas de 12 mm por distal y una pérdida del nivel de inserción de 14mm a nivel del incisivo central superior izquierdo, movilidad grado 2. Radiográficamente, presenta tratamiento endodóntico en el incisivo central y lateral superior izquierdo, lesión apical en incisivo central superior izquierdo y pérdida ósea entre ambos dientes. Se diagnostica como una periodontitis crónica avanzada y un diagnóstico endodóntico de periodontitis apical crónica supurativa (relación endo-perio, periodontal primaria y endodóntica secundaria). Tratamiento: Terapia básica: instrucción de higiene oral, raspado y alisado radicular a campo cerrado. Fase correctiva: cirugía endodóntica y cirugía periodontal, que incluye raspado y alisado radicular a campo abierto, más acondicionamiento con doxiciclina y aplicación de injerto óseo de tipo aloinjerto.

## **CAPÍTULO II**

### **OBJETIVOS**

#### **2.1** *Objetivo general*

Implementar un tratamiento periodontal regenerativo para el logro de un soporte dental, funcionalidad y estética.

#### **2.2** *Objetivos específicos*

- Eliminar focos infecciosos presentes supragingivalmente en la cavidad oral
- Eliminar focos infecciosos presentes subgingivalmente
- Valorar las piezas con compromiso endo-periodontal
- Eliminar hiperplasias gingivales presentes
- Recuperar tejido de inserción y hueso alveolar
- Controlar el hábito bruxista
- Identificar la o las colonias de bacteremia causante de este tipo de periodontitis

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO CONCEPTUAL**

#### *Enfermedad Periodontal*

La Academia Americana de Periodontología (AAP), la describe en 1989; "(...) como una enfermedad de aparición temprana o precoz como un grupo de periodontitis rara, grave y de progreso rápido que se caracterizaban por una manifestación clínica a temprana edad y con antecedentes familiares" (p.23).

En el año 1999, el taller internacional para la clasificación de la enfermedad periodontal y sus condiciones, organizado por la AAP, recomendó la eliminación del término periodontitis de aparición temprana o periodontitis precoz de la clasificación de la enfermedad periodontal, por ser un término limitante, se señaló que las características de esta forma de periodontitis podían presentarse a cualquier edad. Se sugirió el término de periodontitis agresiva que era menos limitante, en relación con la edad, cuando se hablaba de periodontitis de aparición temprana y se señaló que, "(...) ningún sistema de clasificación de la periodontitis debería estar basado en la edad del paciente y en el tiempo de presentación sino solo en los antecedentes, hallazgos clínicos, radiográficos y de laboratorio" (p. 53).

#### **CAUSAS:**

La enfermedad periodontal (incluye tanto gingivitis como periodontitis) es una infección seria, si no se trata a tiempo puede afectar tanto el diente que el paciente puede hasta perderlo. La causa principal de esta enfermedad es la placa bacteriana, la cual forma una placa incolora que se adhiere a la estructura dental formando el cálculo (sarro); y que, a su vez, libera toxinas que



irritan la encía separándola de la estructura dental. Este cálculo cada vez se forma un poco más adentro de la bolsa periodontal haciendo que el hueso desaparezca y el diente pierda su soporte y, finalmente, se caiga.

El factor genético también tiene una influencia alta, estudios han demostrado que 30% de la población es susceptible de padecer enfermedad periodontal, la manera de evitarla es identificar a estas personas con pruebas genéticas antes de que desarrollen la enfermedad y darles tratamiento adecuado para prevenirla.

La pubertad, el embarazo y la menopausia en las mujeres pueden afectar su estado periodontal debido a que durante estos períodos se producen cambios hormonales que pueden afectar los tejidos, incluidas las encías, las cuales se vuelven más sensibles y susceptibles de enfermedad periodontal.

El estrés es un factor de riesgo para la enfermedad periodontal porque hace que el cuerpo tenga mayor dificultad para luchar contra una infección, en este caso la enfermedad periodontal.

Otro factor de riesgo son algunas medicinas como antidepresivos y otras para el corazón, que pueden afectar la salud oral.

El bruxismo produce una fuerza excesiva sobre los tejidos de soporte dental, acelera su destrucción y contribuye en la enfermedad periodontal.

La diabetes produce un mayor riesgo de desarrollar infecciones y por ende, la enfermedad periodontal, y lo más grave es que dificulta el control de la enfermedad, por lo que es más severa que en una persona no diabética. También existen otras enfermedades sistémicas que pueden interferir con el sistema inmune (Marfan's Syndrome, SIDA, artritis reumatoide) y hacen al paciente más propenso a padecer enfermedad periodontal. El factor obesidad y, una deficiente nutrición comprometen el sistema inmune haciéndolo más débil a la hora de luchar contra una infección como la enfermedad periodontal.

Existen otros factores que también pueden afectar la salud de las encías, por ejemplo fumar (o uso de tabaco), el tabaco aumenta el riesgo de enfermedad periodontal.

## TIPOS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

Dependen del estado de avance de la enfermedad periodontal, se clasifican:

**Gingivitis:** es la forma más leve de enfermedad periodontal, los signos y síntomas son que las encías estén enrojecidas, sensibles e inflamadas, y posiblemente durante la limpieza diaria o el uso de hilo dental sangren.

La gingivitis se puede dividir en cuatro grupos. El primero es la gingivitis aguda, una gingivitis repentina, no duradera y dolorosa. El segundo grupo es la subaguda, menos severa que la gingivitis aguda. El tercer grupo es la recurrente, a la cual se le realiza su respectivo tratamiento y esta tiende a

reaparecer. Y por último se encuentra la crónica, una gingivitis paulatina, dura mucho tiempo y generalmente es indolora.

Si la gingivitis no recibe tratamiento se puede desarrollar una periodontitis, que es una enfermedad que produce inflamación en los tejidos de soporte de los dientes, así como pérdida de inserción y pérdida ósea. Existen diferentes tipos de periodontitis:

- **Periodontitis Crónica:** también conocida como periodontitis del adulto, es una enfermedad de avance lento; sin embargo, debido a algunos factores como tabaco, estrés, diabetes; se puede tornar más dañina. Aunque se observa mayormente en adultos, también puede aparecer en jóvenes y niños. Dentro de las características se puede observar una acumulación de placa tanto supra como subgingival, que luego se relaciona con formación de cálculo, formación de bolsas, pérdida de inserción y hueso.
- **Periodontitis Ulcerativa Necrosante (PUN):** es una continuación de la Gingivitis Ulcerativa Necrosante (GUN); este tipo de periodontitis presenta necrosis, ulceración de las papilas interdetales o del margen gingival, halitosis, encía marginal brillante, roja y sangrante, así como otras manifestaciones como fiebre y linfadenopatía. Existen dos tipos, una que se relaciona con el SIDA, es común encontrarla en pacientes con VIH+; y la no relacionada con el SIDA aparece luego de prolongados episodios de GUN.
- **Periodontitis Refractaria:** a este tipo de periodontitis se le da el tratamiento adecuado y, sin embargo, no responde; se debe diferenciar de una periodontitis recurrente que es la que después del tratamiento existe remisión completa.
- **Periodontitis como manifestaciones de enfermedades sistémicas:** cuando existe una alteración de neutrófilos, encargados de darle protección al periodonto, se presenta la enfermedad periodontal. Algunas de las enfermedades sistémicas que producen esta alteración son agranulocitosis, neutropenia, síndrome de Chédiak-Hiagashi, síndrome de leucocito perezoso, síndrome de Down, síndrome de Papillon-Lefèvre y gastropatía inflamatoria.
- **Periodontitis Agresiva:** esta enfermedad afecta a personas con buena salud en general, menores de 30 años. Se distingue de la crónica por ser más rápida y agresiva.

Se pueden mencionar varios tipos: la primera es la periodontitis agresiva localizada, la cual aparece alrededor de la pubertad, su localización es en molares e incisivos y no afecta más de dos piezas dentales.

El segundo tipo es la Periodontitis Agresiva Generalizada: los pacientes generan una reacción insuficiente de anticuerpos contra patógenos presentes, estos pacientes tienen un nivel de placa bacteriana muy leve,

lo cual es desproporcional a la destrucción periodontal. En el análisis radiográfico se puede observar una pérdida ósea avanzada.

En esta enfermedad es normal encontrar microorganismos específicos como *A. actinomycetemcomitans*, especies de *Capnocytophaga*, *Eikenella corrodens*, *Prevotella intermedia* y *Campylobacter rectus* también existen otras bacterias encontradas en grandes cantidades como *Prevotella gingivalis*, *Fusobacterium nucleatum* y *Treponema*.

La genética tiene un factor importante en este tipo de enfermedad. Aunque no se puede afirmar que exista una predisposición genética a padecer periodontitis agresiva, si se puede estudiar las condiciones genéticas pueden ser determinantes en el desarrollo de enfermedad periodontal

### *Ortodoncia*

La ortodoncia es una rama de la odontología que se encarga del estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de las anomalías de relación, forma, posición y función de las estructuras dentomaxilofaciales. En esta rama se utilizan diferentes tipos de fuerzas para prevenir y, corregir estas alteraciones y mantenerlas en un estado óptimo de salud.

La reacción periodontal más frecuente durante los tratamientos de ortodoncia es la gingivitis en presencia de periodonto sano y placa dental. Esta reacción inflamatoria se presenta sin pérdida de tejido conectivo y sin existencia de bolsas, siempre que se mantenga de forma transitoria y no se asocie a fuerzas que rebasen la magnitud tolerable o a movimientos que sitúen el diente o dientes afectados, en posiciones de la arcada que se alejen del soporte mucogingival. Otros factores como la respiración bucal, incompetencia labial, cambios hormonales, incorrecta colocación de *brackets*, bandas o aditamentos colaboran con el mantenimiento de la gingivitis. Cuando esta se mantiene durante mucho tiempo se desarrolla una periodontitis: en este caso se recomienda la remoción inmediata de la ortodoncia, hacer limpiezas profundas, dar técnicas de higiene al paciente y darle control; cuando el problema se erradique quedará en decisión del ortodoncista si se coloca de nuevo ortodoncia.

### *Bruxismo*

El bruxismo es una parafunción en la cual el paciente tiende a apretar o rechinar los dientes, tanto diurno como nocturno, pero la mayoría del tiempo es inconsciente. Se desencadena por un factor de ansiedad o estrés, así como maloclusiones, factores musculares y nerviosos que pueden jugar un papel importante en el desarrollo de éste estado.

Existen dos tipos de bruxismo, el céntrico que consiste en un apretamiento de los dientes y el excéntrico en el que se da el rechinar o

frotamiento dental; sin embargo, cualquiera de los dos suele ser repetitivo, continuo y agresivo.

Existen tres grados de bruxismo, el Grado I o incipiente es en el cual el problema ocurre en pocos períodos de tiempo, no es constante y puede ser eliminado con facilidad cuando se detecta el factor desencadenante, ya sea por oclusión o alguna alteración oral, y se le da el tratamiento adecuado (la ansiedad puede estar ausente). El Grado II o hábito establecido ocurre cuando el factor ansiedad se encuentra presente, puede ser inconsciente; a nivel oral puede existir alguna alteración, como fracturas dentales, por lo que el paciente se debe tratar de manera integral, si este problema se deja se puede convertir en un Grado III. Esta etapa del problema puede ser inconsciente o consciente, aunque el paciente esté enterado del problema no puede hacer nada para controlarlo, debido a que es muy agresivo. En este grado aparecen lesiones dentofaciales con gran magnitud y algunas irreversibles, el tratamiento es insatisfactorio.

## TRATAMIENTO

Como su causa principal son los factores emocionales lo mejor es reducir al mínimo los niveles de estrés. Pero, ya que este trastorno es inconsciente, el tratamiento va más ligado a eliminar los efectos perjudiciales en boca, por lo que se trata de lograr una oclusión estable y de colocar férulas de descarga.

Las férulas oclusales tratan el síntoma y no la causa, el paciente lo puede utilizar diurno, nocturno o los dos en caso necesario, el objetivo es estas evitar el contacto directo entre las estructuras dentales, desprogramar la articulación temporomandibular para un ajuste de oclusión, reducir la afección miorelajante. La suspensión del rechinar cuando un paciente utiliza una férula oclusal podrá deberse a la reducción o eliminación espontánea de su estado de ansiedad o porque el hábito en el paciente no era poderoso sino más bien temporal y no por la férula misma.

Aparte de las férulas se recomiendan técnicas de relajación para que el paciente controle el factor estrés, así como para relajar los músculos tanto faciales como de otras partes del cuerpo. Existe una diversidad de métodos para producir un relajamiento corporal: aromaterapia, implementación de elementos visuales o auditivos (como música clásica), sonidos de pájaros o naturaleza, técnicas orientales como el yoga.

## CAPÍTULO IV

### REPORTE DE UN CASO

#### 4.1 *Descripción del paciente*

Paciente femenina de 20 años procedente de Zapote, asiste a la consulta dental de la Facultad de odontología de la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología, no presenta ningún tipo de antecedente patológico personal; dentro de sus antecedentes no personales la paciente manifiesta bruxismo; en sus antecedentes familiares refiere que tanto su padre como su madre han padecido periodontitis; no presenta ningún tipo de antecedente alérgico ni quirúrgico.

#### 4.2 *Historia de la enfermedad*

La paciente se presenta a la consulta odontológica de la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología (ULACIT) el 05 de febrero del 2008, la paciente es referida de ortodoncia por su estado periodontal, por lo cual el ortodoncista opta por suspender el tratamiento ortodóntico debido al estado de las piezas. La paciente refiere mucho sangrado cuando se cepilla sus dientes y movilidad en algunas piezas; además que comenta que ella durante la noche "(...)rechino los dientes".

#### *Antecedentes*

En sus antecedentes no presenta ningún tipo de antecedente patológico personal; en sus antecedentes no personales la paciente manifiesta bruxismo; en sus antecedentes familiares refiere que tanto su padre como su madre han padecido periodontitis; y por último, no presenta ningún tipo de antecedente alérgico ni quirúrgico.

A la paciente se le realiza un análisis radiográfico y clínico con la presencia de bolsas verdaderas profundas, además de una inflamación y sangrado generalizado, se observa que presenta una hiperplasia gingival en anteriores inferiores por vestibular y palatino con presencia de defectos óseos generalizados.

Se le realiza inmediatamente un sondeo periodontal los resultados se presentan en las tablas siguientes

Tabla 1  
Tamaño de las bolsas periodontales por pieza y ubicación  
Cuadrante1  
(mm)

Pieza	Ubicación						Movilidad
	Distal vestibular	Medio vestibular	Mesio vestibular	Distal palatino	Medio palatino	Mesio palatino	
1.8				4			
1.7			5	4	4	7	
1.6	Ausente						
1.5	6	4	8	8	7	9	II
1.4	Ausente						
1.3	4		6	5	6	9	I
1.2	Sin presencia de bolsas						
1.1	Sin presencia de bolsas						I

Tabla 2  
Tamaño de las bolsas periodontales por pieza y ubicación  
Cuadrante2  
(mm)

Pieza	Ubicación						Movilidad
	Distal vestibular	Medio vestibular	Mesio vestibular	Distal palatino	Medio palatino	Mesio palatino	
2.8	Ausente						
2.7	6	4	7	4	4	5	I
2.6	6	7	7	4	4		II
2.5	4		4			6	II
2.4	Ausente						
2.3	6		4	6			I
2.2	7		4	4			I
2.1	7			8			I

Tabla 3  
Tamaño de las bolsas periodontales por pieza y ubicación  
Cuadrante3  
(mm)

Pieza	Ubicación						Movilidad
	Distal vestibular	Medio vestibular	Mesio vestibular	Distal lingual	Medio lingual	Mesio lingual	
3.8	Semierupcionada						
3.7	7	4	7			7	I
3.6	7		4	6		4	
3.5	6	7	6	4			I
3.4	Ausente						
3.3	7		7	5	4	6	I
3.2	7	6	5	5		4	I
3.1	4	4	4	4	4	4	II

Tabla 4  
Tamaño de las bolsas periodontales por pieza y ubicación  
Cuadrante4  
(mm)

Pieza	Ubicación						Movilidad
	Distal vestibular	Medio vestibular	Mesio vestibular	Distal lingual	Medio lingual	Mesio lingual	
4.8	Semierupcionada						
4.7	7		7			7	
4.6			8	6	4	4	I
4.5	6		4	6		5	
4.4	Ausente						
4.3	9		9	6	6	6	I
4.2	9	7	6		4	6	I
4.1	6	4	4			4	I

### 4.3 Fotografías iniciales

La ortodoncia es colocada, la paciente no asistía regularmente a sus citas de control por lo que el tratamiento se prolonga, además, por falta de higiene y el factor bruxismo, se observa una enfermedad periodontal generalizada y agresiva que se muestra en las siguientes fotografías:



Fotografía 1: Sextante anterior superior e inferior



Fotografía 2: Sextante anterior superior e inferior



Fotografía 3: Sextante posterior y anterior inferior derecho



Fotografía 4: Sextante posterior y anterior inferior izquierdo





Fotografía 5: Sextante posterior superior derecho



Fotografía 6: Sextante anterior inferior



Fotografía 7: Sextante posterior superior izquierdo

#### 4.4 Radiografías Iniciales



Figura 1: Cuadrante 1  
piezas de 1.7 a 1.5



Figura 2: Cuadrante 2  
piezas de 2.8 a 2.5



Figura 3: Cuadrante 1  
piezas de 2.8 a 2.5



Figura 4: Cuadrante 4  
piezas de 4.8 a 4.5



Figura 5: Cuadrante 3  
piezas de 3.7 a 3.5



Figura 6: Cuadrante 7  
piezas de 3.7 a 3.5



Figura 7: Cuadrante 1  
y 4 piezas de 1.7 a  
1.5 y 4.8 a 4.5



Cuadrante 2  
e 2.7 a  
5



Figura 9: piezas 1.3 y  
1.2.



Figura 10: piezas 1.1  
v 2.1.



11: piezas 2.3

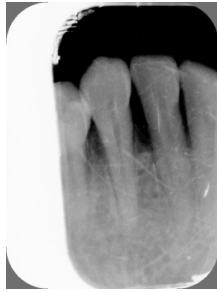


Figura 12: piezas 4.3  
v 4.2.



Figura 13: piezas 3.1,  
3.2, 4.1 v 4.2.



Figura 14: piezas 3.3  
v 3.2.

#### 4.5 Radiografía panorámica



#### 4.6 Características de la encía

- **Color:** eritematoso
- **Tamaño:** hiperplásica en anteriores inferiores vestibular y lingual. Y demás zonas tiene parámetro anormal
- **Contorno:** no sigue el festoneado
- **Consistencia:** resilente y fibrosa
- **Textura:** lisa y sin punteado naranja

#### 4.7 Índice de placa inicial: 28%

Sangrado generalizado de 85%

#### 4.8 Diagnóstico

1. Periodontitis Agresiva Generalizada
2. Bruxismo excéntrico

#### 4.9 Pronóstico


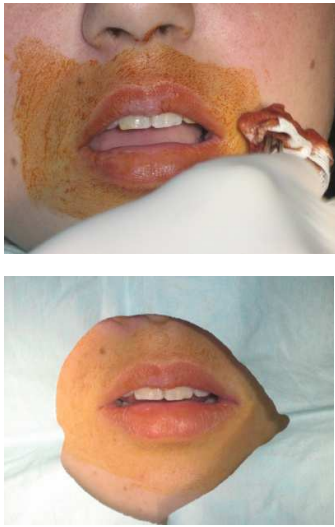

El pronóstico es de reservado a regular si el paciente se realiza el tratamiento recomendado por el especialista.



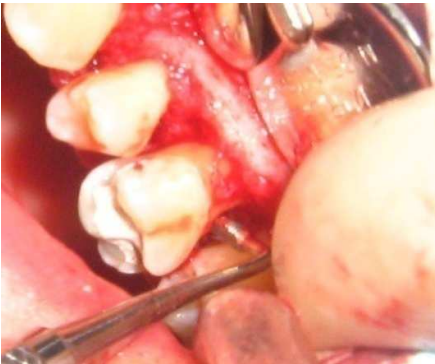
#### 4.10 Plan de tratamiento

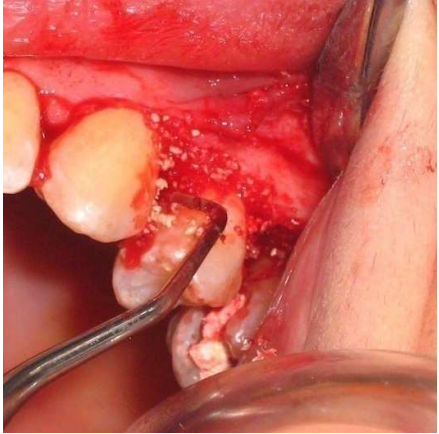
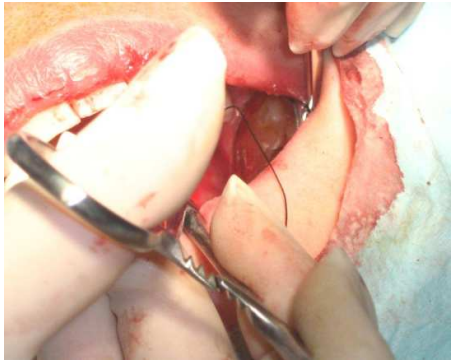

Dentro del tratamiento se escoge el más apto para la edad y situación económica del paciente; consiste en eliminar focos de infección como piezas con compromiso endo-perio y zonas de acumulación de placa y cálculo supragingivalmente, también se dan técnicas de higiene a la paciente para que ésta desde su hogar ayude a reducir el nivel de bacteremia presente en boca.

El tratamiento consiste en cirugías con intervalos de 15 a 22 días, y tratamiento antibiótico; se opta por trabajar en zonas, cada cirugía incluye un máximo de 6 piezas. Cada cirugía consiste en anestesiarse al paciente con anestesia a 2%, luego se procede a limpiar el campo operatorio con yodoformo, posteriormente se realiza un colgajo mucoperióstico con una hoja de bisturí número 15 y se comienza a eliminar el cálculo manualmente y después se utiliza el cavitron; durante la cirugía se irriga constantemente con gluconato de Clorexhidina a 0.12% para disminuir la bacteremia; posteriormente se alisan las paredes, se coloca el hueso y se sutura con sutura reabsorbible; este tipo de hueso aparte de ser osteoinductor es osteoconductor. Entre cirugía y cirugía se da una cita control al paciente en la cual se eliminaron los hilos de la sutura. Por último, luego de realizar exitosamente todas las cirugías, se procede a colocar una férula oclusal a la paciente para controlar el problema de bruxismo.

#### 4.11 Procedimiento

Paso	Descripción	Imagen
1	Se anestesia al paciente	
2.	Se limpia el campo operatorio con yodoformo y se le coloca el campo estéril.	
3.	Se realiza un colgajo mucoperióstico con una hoja de bisturí número 15.	

<p>4.</p>	<p>Se empieza a eliminar el cálculo manualmente y después se utiliza el cavitrón.</p>	
<p>5.</p>	<p>Se irriga con gluconato de Clorexidina a 0.12% para disminuir la bacteremia.</p>	
<p>6.</p>	<p>Se alisan las paredes.</p>	

<b>7.</b>	Se coloca el injerto óseo.	
<b>8</b>	Se realiza el cierre de la herida con sutura reabsorbible 3-0	
<b>9.</b>	Cita control y eliminación de hilos remanentes.	

#### 4.12 Medicamentos

- Cefadroxilo 500mg: Una cada 12 horas por 7 días comenzando 4 días antes de la cirugía.
- Pronol: 550mg una tableta una hora antes de la cirugía, y administrar si persiste el dolor.

#### 4.13 Evolución del caso

Antes de realizar el tratamiento quirúrgico, se le realizó a la paciente un raspado y alisado general con cavitron, con el fin de eliminar un poco el foco infeccioso generalizado y se hizo un enfoque en la zona anterior inferior en la que el paciente presentaba una hiperplasia gingival.

En la siguiente cita se procedió a realizar el tratamiento quirúrgico, en la zona de los anteriores inferiores; se realizó un colgajo que abarcó de canino a canino, haciendo una limpieza exhaustiva de la zona (cavitron, gluconato de clorexidina a 0.12% y curetaje). Se realizó una remoción del tejido fibroso y posteriormente se colocó el injerto óseo.

Hubo un inconveniente debido a que la paciente presentaba una inserción del frenillo anormal, en la zona del 1.1, provocando una recesión anterior, que se evidenció posterior al suturado.

En la siguiente cita se realizó la remoción de sutura. En esta cita se pudo observar que la paciente presentaba una cicatrización excelente, no tuvo ningún tipo de complicación.

La siguiente cirugía se realizó en el cuadrante 3 abarcando de la pieza 3.3 hasta la 3.7; en esta cirugía se realizó un colgajo un poco extenso con el inconveniente de que la paciente tiene mesio angulada la pieza 3.8, por lo cual es más difícil realizar la limpieza en esta zona. Sin embargo, la cirugía fue un éxito, la paciente no tuvo ningún tipo de complicación y se pudo colocar el injerto óseo.

La paciente se presentó en la clínica a los 8 días de realizada la cirugía, ella comentó que "se le había caído un pedazo de encía". Se le realizó una revisión y se pudo observar que en la zona lingual de la pieza 3.6 existía una ausencia de tejido en la zona cervical. Este incidente se encuentra en observación debido a que la cirugía se realizó sin ningún tipo de inconveniente en esa zona.

La cirugía del cuadrante 4 se realizó sin ninguna complicación y se colocó el injerto óseo con éxito.

La cirugía de la zona anterior superior era a la cual la paciente le tenía mayor temor por algún tipo de retracción o complicación, debido a que es una zona muy visible, durante el colgajo se presentó un inconveniente pues cuando se estaba haciendo la retracción de la encía por vestibular, ésta sufrió un desgarre a nivel de el lateral, se procedió a continuar con la cirugía con el único



inconveniente de que antes de colocar el injerto óseo se suturó el desgarre para que el hueso no se saliera por este sitio; a los 8 días la paciente se presentó a la clínica la encía ya había sanado, el injerto óseo se mantuvo en su sitio y la encía no sufrió ningún tipo de retracción.

La paciente se presenta a los 8 días de realizada la cirugía para realizar cita control y remoción de hilos.

Se procedió a realizar la cirugía del cuadrante 2, en esta había que tener en cuenta que la paciente presentaba a nivel de la pieza 2.6 una importante pérdida de hueso tanto en mesial como por distal (pieza compromiso endoperio anteriormente realizada la endodoncia), se encontró mucha acumulación de cálculo el cual fue removido; debido a que la pieza 2.8 se encontraba vestibulo-angulada y fuera de oclusión, se procedió a su extracción para así poder limpiar mejor el área y colocar hueso en las zonas más afectadas, la cirugía fue un éxito, se programa cita control en 8 días.

Paciente se presenta en la clínica para cita control y remoción de hilos.

El cuadrante 1 se realizó sin ningún contratiempo, se removió todo el cálculo tanto supra como infragingivalmente, se alisaron las paredes y se procedió a la colocación de hueso, la paciente presentaba una importante pérdida de hueso a nivel distal de la pieza 1.4 y mesial de 1.7, porque la paciente en algún momento de su vida perdió la pieza 1.6 y debido a la enfermedad periodontal el hueso no se formó.

La paciente se presenta 8 días después para remoción de hilos y cita control.

Luego de un mes de realizada la última cirugía y después que la zona cicatrizó, se procede a la confección de la férula para bruxistas. La paciente se presenta a la clínica, y se le toman las impresiones necesarias, se realiza el encerado en el laboratorio y se manda a procesar una prótesis que cumpla con las características necesarias para poder controlar el hábito bruxista.

Luego de 15 días la paciente se vuelve a presentarse a la clínica para colocarle la férula, se realiza el primer ajuste oclusal y se da cita control para dentro de un mes.

Al mes, la paciente se presenta a la clínica de especialidades odontológicas ULACIT para realizarle el segundo control, se realiza nuevamente un ajuste oclusal y se programa cita para dentro de 6 meses.

Luego de transcurridos seis meses se le realizará otro ajuste oclusal a la paciente y cita control y se reprogramará cita para 1 año.

En la cita final se ajustará por última vez la férula observando que la paciente no presenta ningún desgaste dental. Se dará así por terminado el tratamiento.

#### **4.14 Fotos Finales**



Fotografía 1: Sextante anterior superior e inferior



Fotografía 2: Sextante posterior superior derecho



Fotografía 3:  
Sextante anterior y posterior superior izquierdo



Fotografía 4: Sextante anterior inferior derecho

#### 4.15 Discusión de resultados

La periodontitis agresiva es una enfermedad que afecta a individuos menores de 30 años de edad, pero también a personas de mayor edad; es un proceso rápido de pérdida tanto de tejido de inserción como óseo; no está relacionada con la acumulación de placa bacteriana sino más bien con la colonización de bacterias muy agresivas, en este caso por medio de un examen de laboratorio se determinó que las que afectaron a esta paciente fueron *Fusobacterium varium* y *Prevotella intermedia*.

Este tipo de periodontitis se desarrolló por causa de diversos factores, primeramente, la paciente se presentó al consultorio dental para la colocación de ortodoncia, debido a la falta de higiene y a la fácil acumulación de placa dental por este tratamiento, ella desarrolló en algún punto una gingivitis, que no fue correctamente tratada por la ausencia a citas de control; aparte, la paciente padece de bruxismo excéntrico sin detectar hasta mucho tiempo después y por último el factor genético, que si bien no esta comprobado se cree que juega un papel importante en el desarrollo de la enfermedad. Todo lo anterior la llevó al desarrollo de una periodontitis agresiva la cual le afectó severamente su soporte dental, por lo que presentaba movilidad II y III en el momento del estudio clínico.

Es prioritario que antes de comenzar cualquier tratamiento, la paciente esté consciente del problema y se comprometa a seguir las indicaciones del especialista, pues esto va a influir de forma crítica en la evolución de la enfermedad y en el tratamiento por seguir; este grado de compromiso solo se podrá valorar a lo largo de los procedimientos, en este caso la paciente fue muy motivada por lo que mantuvo una excelente higiene a lo largo de todo el procedimiento, se presentó a todas las citas de control, así como a las cirugías, y siguió una puntual farmacoterapia, por lo que se logró controlar el avance de la enfermedad periodontal.

Antes de tomar la decisión de realizar tratamiento quirúrgico es importante un diagnóstico correcto de la enfermedad, así como aplicar tratamientos no quirúrgicos como raspado y alisado dental, profilaxis y además, explicarle al paciente las correctas técnicas de higiene en casa para que ayude a disminuir la bacteremia. Es necesaria la relación extrema con el endodoncista para valorar las piezas que ya presentan compromiso endo-periodontal y realizarles el tratamiento endodóntico adecuado.

Cuando se está frente a una periodontitis agresiva lo primordial es controlar la enfermedad así como corregir los defectos óseos que deja a su paso. En este caso, luego de raspados y alisados radiculares, se procedió a corregir estos defectos óseos.

Para este caso se utilizó hueso marca Osseo, un hueso cortical desmineralizado que produce un efecto de osteoinducción (estimulando la osteogénesis) así como osteoconducción (colonización ósea en el interior de sus poros), que dio el resultado que se esperaba, pues la paciente posteriormente a la cirugía, en el examen clínico, se detectó abultamiento subgingival en el lugar donde se colocó el hueso, se espera que en los próximos exámenes radiográficos se pueda observar una importante mejoría en las zonas donde se encontraban los defectos óseos.

Se confeccionó una férula acrílica para controlar el hábito bruxista, la cual se va a encargar de desprogramar la mandíbula y disminuir así el rozamiento

dental, se le explicó a la paciente la etiología del problema y se le dio algunas ideas para bajar el nivel de estrés que maneja.

Es importante que el odontólogo reconozca que esta enfermedad es muy severa y que el tratamiento satisfactorio depende del diagnóstico temprano y de la concienciación del paciente, que entienda la magnitud de la enfermedad y que, con el odontólogo, formen un equipo y puedan darle un tratamiento exitoso a la periodontitis agresiva.

#### 4.16 Conclusiones

La periodontitis es una enfermedad que con un correcto diagnóstico, mediante exámenes de laboratorio, y detección temprana es posible controlar. En el trabajo presentado se logró un tratamiento regenerativo gracias al uso de injerto óseo, para lograr soporte dental, funcionalidad y estética.

La eliminación de focos infecciosos supragingivalmente se logró mediante raspados y alisados manuales, también el paciente colaboró pues mejoró sus técnicas de higiene y puso en práctica todas las indicaciones dadas por el odontólogo.

Los focos infecciosos presentes subgingivalmente se eliminaron mediante las cirugías a colgajo abierto, raspado y alisado manual, el uso de cavitron así como la utilización de gluconato de clorexidina para bajar el nivel de bacteremia; por tanto se pudo recuperar el tejido de inserción así como el nivel óseo.

A las piezas que presentaban compromiso endoperiodontal, se les realizó la endodoncia correspondiente con ayuda del especialista para poder mantenerlas en boca. Las hiperplasias gingivales se eliminaron con los colgajos abiertos, se eliminó todo el tejido en exceso dándole a la paciente una estética óptima.

El hábito bruxista se debe controlar a través de un año y luego citas cada seis meses con ayuda de férula; la paciente comenta que en las mañanas ya no le duelen los músculos faciales y que siente menos dolor dental.

#### 4.17 Bibliografía:

- American Academy of Periodontology (AAP). (1989). Periodontal diagnosis and diagnostic aids. Proceedings of de World Workshop in clinical Periodontics, pp. 23-83.
- American Academy Of Periodontology (AAP). (1999). Annals of Periodontology. 4:1, p. 53.
- Newman, Takei, Carranza. (2004) Clasificación de las enfermedades periodontales *Periodontología Clínica*. (pp.65-76)D.F México: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.
- Lindhe. Karring. Lang. (2003). Patogenia de la periodontitis *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. (p.p 191-254)Madrid. España: Editorial Médica Panamericana.
- Perio. Org (2008). ¿Qué es la enfermedad periodontal?. Recuperado 20, abril, 2008 de <http://www.perio.org/consumer/mbc.sp.perio.htm>
- Arizona State Dental Hygienists` Association (1990) ¿Qué es enfermedad de encías (periodontitis)?. Recuperado 11 de enero de 2008 de <http://www.asdha.org/page-67.aspx>
- Geosalud (s.f.). Enfermedad Periodontal. Recuperado 20 de abril de 2008 de [http://geosalud.com/saluddental/enfermedad\\_periodontal2.htm](http://geosalud.com/saluddental/enfermedad_periodontal2.htm)
- Wikipedia. (2008).Periodontitis. Recuperado 7 de noviembre de 2008 de <http://es.wikipedia.org/wiki/Periodontitis>
- ADAM. INC (2008). Gingivitis. Recuperado 8 de setiembre de 2008, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001056.htm>
- (s.f.) Recuperado 5 de Julio de 2008 de [http://www.iqb.es/d\\_mellitus/medico/guias/g15/g15\\_10.htm](http://www.iqb.es/d_mellitus/medico/guias/g15/g15_10.htm)
- Gilarte C, Perrone, M (2003), Microorganismos de la Placa Dental Relacionados con la Etiología de la Periodontitis. Recuperado 9 de febrero de 2008 de [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2004/3/microorganismos\\_placa\\_dental\\_etiologia\\_periodontitis.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2004/3/microorganismos_placa_dental_etiologia_periodontitis.asp)
- Aliria Carolina Fonseca O. (s.f). Periodontitis Agresiva Reporte de un Caso Clínico. Recuperado 10 de noviembre de 2008 de <http://servicio.cid.uc.edu.ve/odontologia/revista/v3n1/3-1-7.pdf>
- Melina Ruiz A., Liliana Burguera G., Antonio Rodríguez (2005). Periodontitis Agresiva Causada por Porphyromonas Gingivalis. Reporte de un caso. Recuperado 10 de noviembre de 2008 de [http://www2.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/medula/Vol12\\_num1-4/articulo7.pdf](http://www2.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/medula/Vol12_num1-4/articulo7.pdf)
- Mendoza R.V, Castro L.S, Pozos G.A(2002). Injerto óseo en el tratamiento de Periodontitis Agresiva, Reporte de un Caso. Recuperado el 10 de noviembre de 2008 de <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-adm/e-od2002/e-od02-5/em-od025f.htm>