



USO DE PIZARRÓN INVERTIDO DE LUZ PARA EXPLICAR DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PERIODONTITIS AGRESIVA, CASO CLÍNICO.

Tlaiye García Yamel, M.E.I. Marín Santillán Olivia, Lozano Zaráin Fernando y Dr. Robledo Sánchez Carlos I.

direccion

Objetivos

Presentar el diagnóstico y tratamiento periodontal adecuados en una paciente con periodontitis agresiva de 23 años con el apoyo de un Pizarrón Invertido de Luz (PIL), que ayuda a tener éxito a largo plazo en el tratamiento. Emplear la nueva estrategia de enseñanza a los pacientes y alumnos con “Flipped Classroom” para una mejor comprensión del diagnóstico y aplicación del tratamiento.



Fig. 1 Se muestra el uso del PIL como método de enseñanza

Caso clínico

Se presenta a la Facultad de Estomatología, en la Clínica de Periodoncia, paciente de sexo femenino de 23 años de edad, de escolaridad profesional, sin antecedentes personales patológicos de relevancia, la paciente es sistémicamente sana, no toma ningún medicamento, no fuma. El diagnóstico periodontal es: Periodontitis Agresiva Generalizada.

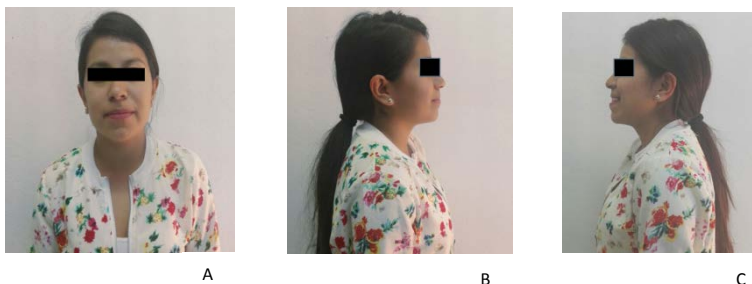


Fig. 2 A. Paciente posición frontal. B. Posición lateral derecho. C. Posición lateral izquierdo.



La Periodontitis Agresiva (PA) se define como una enfermedad inflamatoria inducida por bacterias, caracterizada por ser de rápida progresión y avanzada pérdida de inserción, destrucción ósea y tejido periodontal

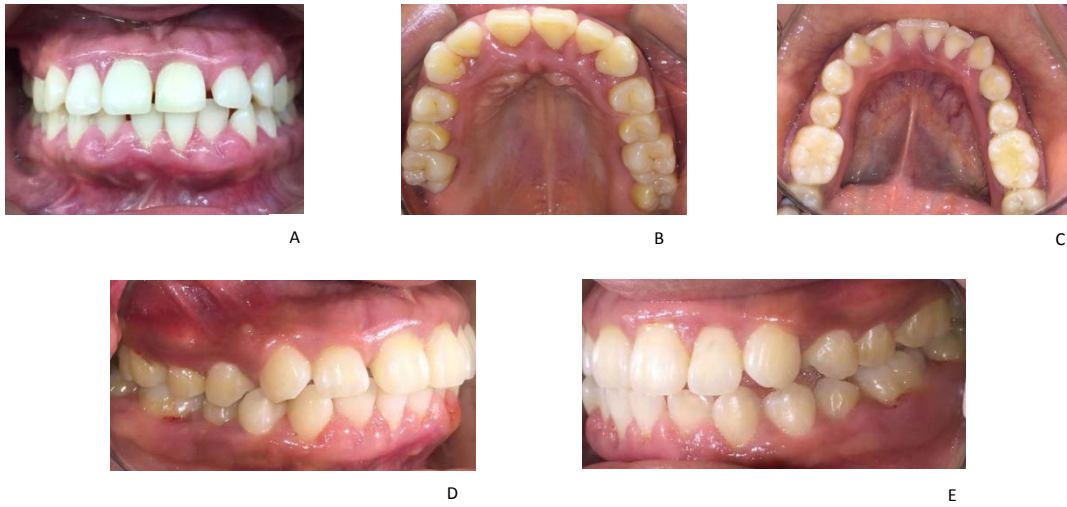


Fig. 3 Periodontitis Agresiva Generalizada.

A. Vista Frontal. B. Vista palatina. C. Vista Lingual. D. Vista lateral derecho. E. Vista lateral izquierdo.

La PA se puede presentar de forma: Localizada o Generalizada

- La Periodontitis Agresiva Localizada (PAL) es definida por algunas características distintivas: como comienzo en la edad circumpuberal, destrucción periodontal interproximal agresiva localizada en primeros molares e incisivos y no más de dos dientes adicionales afectados así como defectos óseos verticales. Se caracteriza porque el paciente no presenta prácticamente sarro supragingival.
- La Periodontitis Agresiva Generalizada (PAG) se diferencia de la forma localizada por la cantidad de dientes permanentes involucrados: pérdida de inserción interproximal generalizada afectando al menos tres dientes adicionales, además de primeros molares e incisivos. Afecta a personas de menos de 30 años, pero los pacientes pudieran tener mayor edad; la destrucción de inserción y de hueso alveolar es de marcada índole episódica y presenta defectos óseos verticales y horizontales en conjunción con cantidad considerable de sarro supragingival.

Métodos de Diagnóstico.

Se tomó serie radiográfica periapical completa mediante la técnica planos paralelos, así como registro de modelos de yeso. Durante el examen bucal se valoró el porcentaje de los sitios gingivales que exhibían la presencia de placa bacteriana, sangrado al sondeo y profundidad al sondeo inicial. Estas mediciones las registró una periodoncista calibrada con una sonda periodontal tipo Williams.

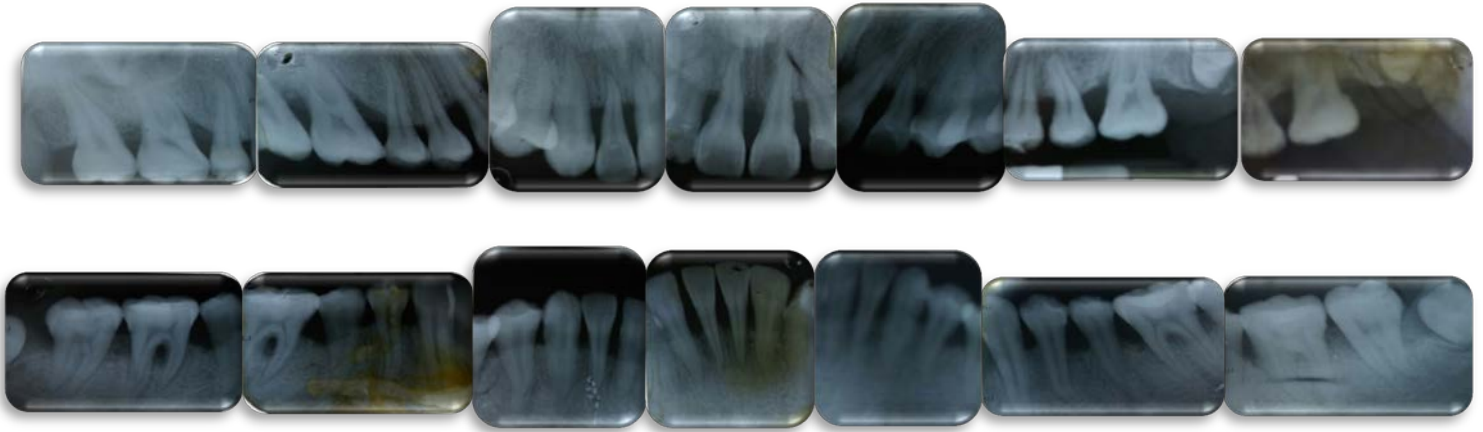
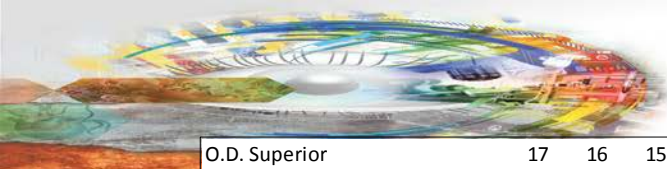


Figura 4 Serie de radiografías periapicales



Figura 5. Sondeo del órgano dentario 22.



O.D. Superior		17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	
Inicial	V	445	629	933	326	624	959	933	973	566	555	855	755	758	
	P	657	858	955	557	775	757	5310	6510	887	767	555	655	769	
Final	V	222	223	222	222	313	313	323	213	313	212	212	212	213	
	P	213	323	322	113	222	222	322	222	222	222	212	212	322	
O.D. Inferior		47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Inicial	V	785	775	586	546	437	358	766	556	439	645	555	858	857	559
	L	959	887	733	336	637	9610	1056	757	566	728	758	8510	1048	855
Final	V	323	323	333	312	212	212	212	111	212	322	212	222	222	223
	L	333	323	333	312	212	212	212	222	322	323	333	322	323	323

V: vestibular P: palatino L: lingual

Tabla 1. Se muestra el sondeo inicial y final

Pronóstico

Es la predicción de los sucesos que ocurrirán en el desarrollo de una enfermedad en términos estadísticos. En este caso si los órganos dentarios tienen probabilidades de permanecer en boca.

O.D. Superior		17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	
Pronóstico		F	F	F	F	F	R	R	R	R	F	F	F	F	
Grado de Movilidad		NP	NP	NP	NP	NP	2	2	2	2	NP	NP	NP	NP	
O.D. Inferior		47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Pronóstico		F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	R
Grado de Movilidad		NP	1	NP	NP	NP	2	2	2	2	NP	NP	NP	NP	2

F: Favorable R: Reservado D: Desfavorable NP: No Presenta

Tabla 2. Se muestra el pronóstico y grado de movilidad al inicio del tratamiento

El tratamiento clínico de esta patología se realiza en dos fases.

Fase I (No quirúrgica) : Consistió en control personal de placa, técnica de cepillado, técnica de uso de hilo dental, primer sondeo calibrado, eliminación de cálculo supragingival, raspado y alisado radicular por cuadrante, administración de antibiótico (metronidazol 500 mg, cada 8 horas por 7 días) y al término de esta fase se realizó la revaloración.

Fase II (Quirúrgica): Se llevó a cabo en 4 procedimientos quirúrgicos. En el primer procedimiento se realizó cirugía de desbridamiento por colgajo en los órganos dentarios 11, 12, 13, 14, 15, 16.



En un segundo procedimiento se realizó cirugía de desbridamiento por colgajo en los órganos dentarios 41, 42, 43, 44, 45, 46,47 en el cual al término del raspado y alisado radicular, se injertó hueso en los defectos óseos presentes.

En el tercer procedimiento quirúrgico se realizó cirugía de desbridamiento por colgajo en los órganos dentarios 21,22,23,24,25, 26 y se le administró antibiótico (Clindamicina de 300 mg, cada 8 horas durante 7 días)

En el último procedimiento quirúrgico, se realizó cirugía de desbridamiento por colgajo de los órganos dentarios 31,32,33,34,35,36,37 y En cada procedimiento quirúrgico se prescribieron colutorios de Digluconato de clorhexidina al 0.12% dos veces al día así como ibuprofeno de 400 mg, 1 cápsula cada 8 horas durante 4 días y Ketorolaco de 10 mg, 1 tableta cada 8 horas durante 3 días.

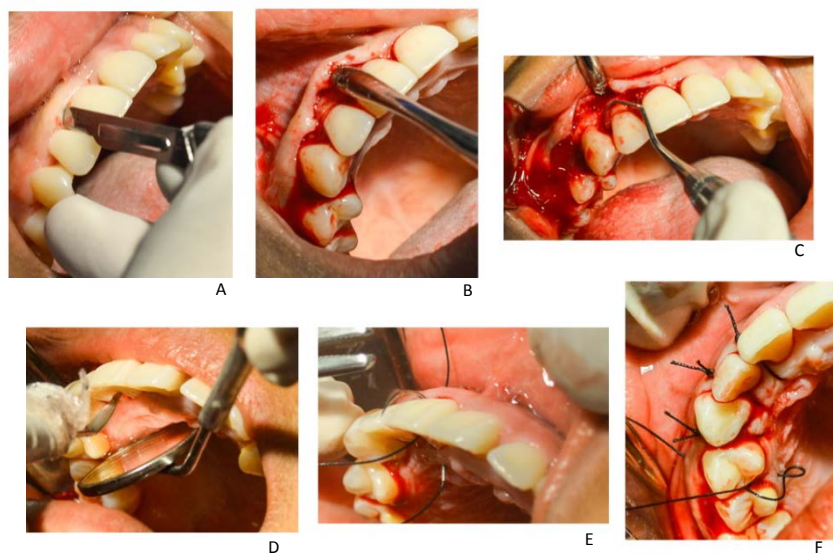


Fig. 6 Procedimiento quirúrgico del cuadrante superior derecho

A. Incisión. B. Separación del colgajo de espesor total. C. Raspado y alisado radicular. D. Eliminación de sarro restante con aparato ultrasónico. E. Sutura en procedimiento. F. Sutura finalizada.

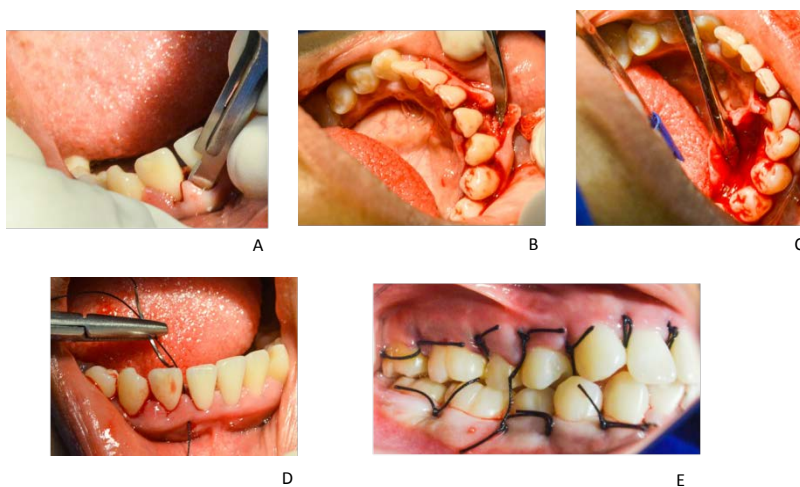


Fig. 7 Procedimiento quirúrgico del cuadrante inferior derecho.

A. Incisión. B. Separación del colgajo de espesor total vista vestibular. C. Separación del colgajo de espesor total vista lingual. D. Sutura en procedimiento. E. Sutura finalizada.

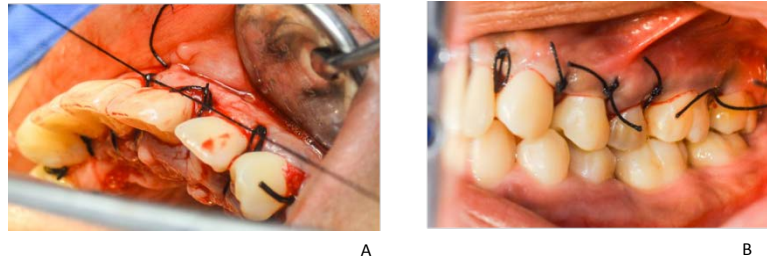


Fig. 8 Procedimiento quirúrgico del cuadrante superior izquierdo
 A. Sutura en procedimiento. B. Sutura finalizada.

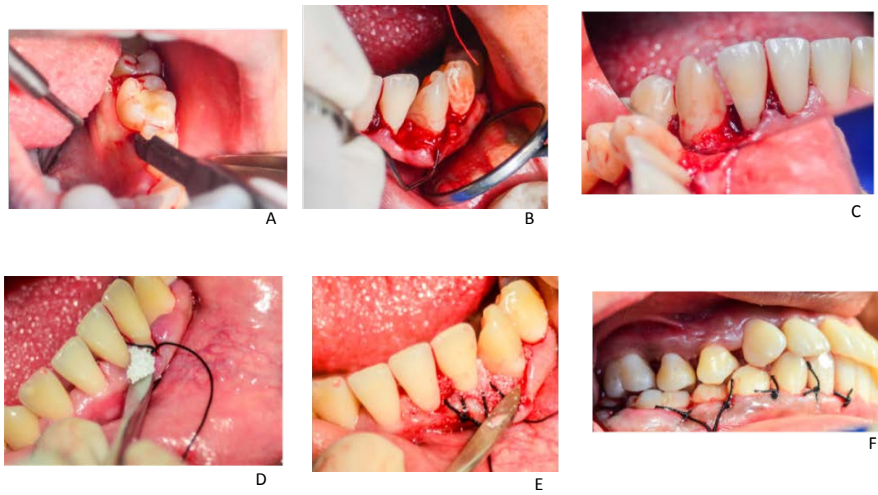


Fig. 9 Procedimiento quirúrgico del cuadrante inferior izquierdo.
 A. Incisión. B. Separación del colgajo de espesor total vista lingual. C.-----. D. Colocación de hueso liofilizado en defectos óseos. E. Sutura en procedimiento. F. Sutura finalizada

Material

La charola quirúrgica se acomoda de izquierda a derecha empezando por los instrumentos de medición como sonda periodontal, después instrumentos de incisión como hoja de bisturí #15 con mango #3, instrumentos de elevación de colgajo mucoperióstico (legra), instrumentos para raspado y alisado subgingival (serie de curetas tipo Gracey), tijeras de encía, tijeras para retiro de suturas, separador Minnesota y portaguas.

Además para todo procedimiento quirúrgico y no quirúrgico se llevaron a cabo las medidas de higiene y esterilización adecuadas utilizando:

- Batas quirúrgicas desechables.
- Gorro desechable
- Guantes de carterá
- Cubrebocas
- Careta
- Campo desechable para charola
- Campo hendido de tela.



Fig. 8. Charola con instrumental para procedimiento quirúrgico

Métodos

Se realiza una incisión contorneante a bisel interno, que empieza a una distancia del margen gingival a unos 2 mms. del fondo de la bolsa.

Con ayuda del periostótomo se separa el colgajo de espesor total para obtener una mayor visibilidad del área de trabajo.

Posteriormente se realiza el raspado y alisado radicular que consiste en la eliminación de los cálculos y porciones de cemento necrótico para crear una superficie lisa, dura y limpia. Esto permite que se remueva el tejido de granulación, es decir, el epitelio de la bolsa. Se va irrigando con suero fisiológico y jeringa desechable para lavar y tener una mejor visibilidad. Por último, el sarro restante es cuidadosamente eliminado con un aparato ultrasónico.

Este procedimiento se realizó en el lado derecho en los cuadrantes superior e inferior de la paciente y del lado izquierdo, antes de suturar se injertó hueso liofilizado de bovino.

Se procede a suturar con punto en ocho empezando en la región posterior de cada cuadrante para finalizar en los órganos dentarios anteriores.

Indicaciones Posoperatorias

El retiro de sutura se realizó a los siete días posteriores de cada procedimiento quirúrgico.

Se le indicó a la paciente reposo, higiene estricta, no irritantes y dieta libre de grasas y se le mandó Ibuprofeno en tabletas de 400 mg para tomar una tableta cada 8 horas por 4 días, Clindamicina de 300 mg en cápsulas para tomar una cada 12 horas por 7 días. Se le mandó un colutorio de Digluconato de clorhexidina al 0.12% para enjuagar, con 15 ml de la solución no diluida cada 12 horas.



Resultados

A la paciente se le explicó el diagnóstico y plan de tratamiento con el uso de PIL. Los alumnos realizan tratamientos bajo supervisión de la especialista en periodoncia. La paciente recobra la salud periodontal.

Conclusión

La explicación de esta patología con el uso del PIL facilita el tratamiento aplicado a la paciente y un mejor aprendizaje en los alumnos.

Referencias Bibliográficas

1. Liran L, Valery B Ron L. Aggressive Periodontitis Among Young Israeli Army Personnel. J Periodonto 2006; 77: 1392-1396.
2. <https://sites.google.com/site/northwesternlightboard/lightboards-of-the-world>
3. Arias D., Herrera L., et al, Diagnosis and Treatment Alternative for Aggressive Periodontitis or as a Manifestation of Systemic Disease in 3-to-12-year-old Children. Univ Odontol. 2013 Jul-Dic,-32 (69): 123-146