

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	GUIA DE MANEJO: PERIODONTITIS CRONICA Y AGRESIVA	CÓDIGO: CI-SOCM-GM-07
 	UNIDAD : CLINICO QUIRURGICA	FECHA DE EMISIÓN: 01-10-2015
	PROCESO: CIRUGIA	VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PÁGINA 1 DE 7

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

Diagnosticar y tratar las afecciones periodontales con criterios definidos

2. METODOLOGIA

La elaboración de la presente guía se realizó con base en revisión de literatura tales como artículos científicos de periodoncia publicados y libros afines a la especialidad de los años 1978 a 2013.

3. ALCANCE

Desde el momento en que se haga el diagnostico, hasta la finalización del tratamiento.

4. POBLACION OBJETO

Empleados y beneficiarios del Hospital Militar Central, pacientes de la Dirección General de Sanidad Militar, SOAT y particulares

5. RECOMENDACIONES

DEFINICIÓN DE LA PATOLOGIA

1. Periodontitis:

- a) Periodontitis crónica: Es la afección de las estructuras de soporte de los dientes, comienza como una alteración localizada menor, la cual avanza causando reabsorción del hueso alveolar hasta la pérdida del diente.
- b) Periodontitis agresiva: Es la destrucción rápida, en pacientes jóvenes, de las estructuras de soporte de los dientes. (1,2,3)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

1. PERIODONTITIS

- 1.1 Periodontitis crónica: Se observa la encía inflamada, con cambios de color y consistencia, con el uso de la sonda periodontal se evidencia la

GUIA DE MANEJO	PERIODONTITIS CRONICA Y AGRESIVA	CODIGO	CI-SOCM-GM-07	VERSION	02
		Página:	2 DE 7		

5. RECOMENDACIONES

presencia de bolsas periodontales, puede haber movilidad dentaria o desplazamiento de los dientes.

- 1.2 Periodontitis agresiva: ocurre en pacientes jóvenes, la inflamación gingival y la presencia de cálculos no es muy evidente, hay bolsas profundas y pérdida ósea predominantemente vertical.

DIAGNÓSTICO:

1. PERIODONTITIS

- 1.1 Periodontitis crónica: el examen clínico y la historia cuidadosa revelan presencia de sangrado e inflamación gingival, el uso de la sonda periodontal es la técnica principal para el diagnóstico, permite detectar la pérdida de inserción y la presencia de bolsas periodontales. El examen radiográfico muestra en las formas iniciales reducción de la nitidez de la cortical de la cresta y pérdida de altura del tabique interdentario y defectos óseos verticales en los casos avanzados.
- 1.2 Periodontitis agresiva: anamnesia y examen clínico revelan la pérdida de inserción por formación de bolsas de gran profundidad y movilidad dentaria en pacientes jóvenes y en algunos casos con pocos cambios inflamatorios.
- 1.3 Examen radiográfico: pérdida ósea con distribución irregular, pérdida ósea vertical y compromiso de furcaciones. (2,7)

TRATAMIENTO

1. PERIODONTITIS

- 1.1 Periodontitis crónica:
 - 1.1.1 Fisioterapia oral. Es la instrucción que se da al paciente para el control de la placa bacteriana se utiliza un modelo, seda dental, cepillo de enseñanza y gráficos. La técnica que se enseña es la de Bass modificada, al igual que el uso de la seda dental. Si el paciente lleva prótesis se instruye como efectuar el mantenimiento y controlar la placa de la prótesis fija mediante el uso de enhebradores o cepillos interdentes. La placa bacteriana es el principal agente causal de la enfermedad periodontal, su control es indispensable para el éxito de cualquier tratamiento periodontal. El tratamiento de la enfermedad periodontal controla los factores causales, la placa bacteriana el más importante de ellos y el control por parte del paciente es necesario para lograr un tratamiento exitoso. (4,5,6)
 - 1.1.2 Detartraje y/o Alisado Radicular. Consiste en la eliminación de cálculos supra y subgingivales depositados sobre la superficie dentaria mediante el empleo de curetas y ultrasonido. Es un procedimiento que requiere de anestesia local, tópica o infiltrativa, dependiendo del grado de afección. El cálculo subgingival es placa bacteriana calcificada y por lo tanto tiene todos los elementos que causan la enfermedad periodontal. Se realiza con el fin de eliminar la inflamación y detener el proceso de la enfermedad periodontal. Después de colocar la anestesia troncular o infiltrativa debe esperarse el tiempo necesario que varía de 5 a 10 minutos antes de iniciar el procedimiento. (4,5,6)

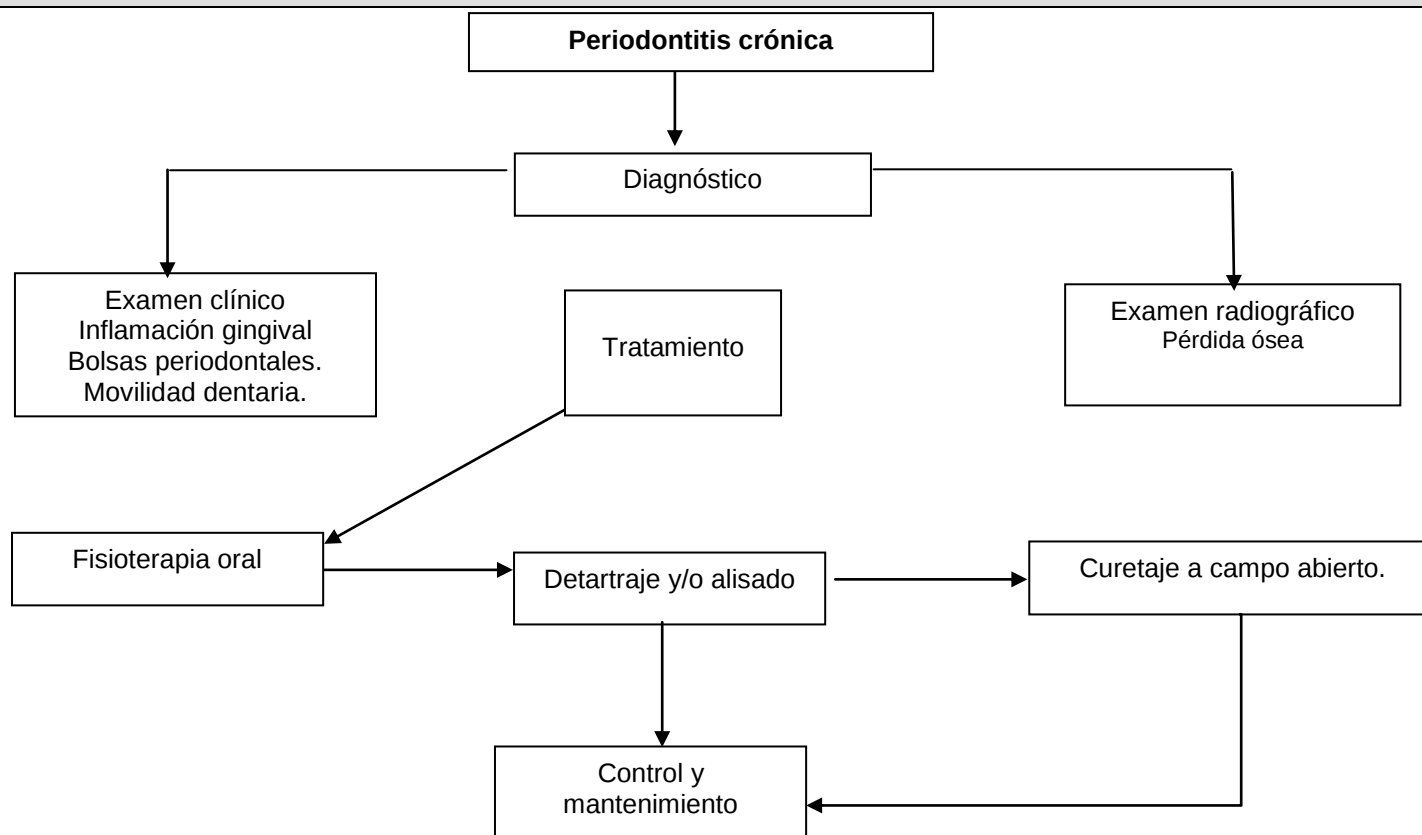
GUIA DE MANEJO	PERIODONTITIS CRONICA Y AGRESIVA	CODIGO	CI-SOCM-GM-07	VERSION	02
		Página:	3 DE 7		

5. RECOMENDACIONES

- 1.1.3 Curetaje a campo abierto: en bolsas profundas o en dientes con surco en la raíz, el cálculo y la placa subgingival no se remueve en su totalidad con las fases higiénicas, por ser un procedimiento cerrado donde la falta de visibilidad es un gran limitante. En las zonas donde persiste la actividad de la enfermedad es necesario realizar el curetaje abierto, este es un procedimiento quirúrgico para la eliminación de placa bacteriana, cálculos y cemento contaminado. Después de colocar anestesia troncular o infiltrativa, se efectúa una incisión intrasurcular con bisturí de hojas intercambiables, si el tejido gingival es delgado, o a bisel interno en tejido de consistencia gruesa. Con el periostotomo, se eleva un colgajo que permita el acceso a las superficies radiculares y hueso marginal. Mediante curetas y aparatos de ultrasonidos se eliminan el cálculo y el cemento contaminado de las superficies radiculares. Se ubica el colgajo en la posición inicial o ligeramente apical según la necesidad o no de exponer zonas radiculares, para esta fijación se utiliza sutura no absorbible 4.0 (4,5,6,8)
- 1.2 Periodontitis agresiva:
 - 1.2.1 Fisioterapia oral. Es la instrucción que se da al paciente para el control de la placa bacteriana se utiliza un modelo, seda dental, cepillo de enseñanza y gráficos. La técnica que se enseña es la de Bass modificada, al igual que el uso de la seda dental. Si el paciente lleva prótesis se instruye como efectuar el mantenimiento y controlar la placa de la prótesis fija mediante el uso de enhebradores o cepillos interdentes. La placa bacteriana es el principal agente causal de la enfermedad periodontal, su control es indispensable para el éxito de cualquier tratamiento periodontal. El tratamiento de la enfermedad periodontal controla los factores causales, la placa bacteriana es el más importante de ellos y el control por parte del paciente es necesario para lograr un tratamiento exitoso. Además puede considerarse la medicación con antibióticos. (4,5,6,8)
 - 1.2.2 Detartraje y/o Alisado Radicular. Consiste en la eliminación de cálculos supra y subgingivales depositados sobre la superficie dentaria mediante el empleo de curetas y ultrasonido. Es un procedimiento que requiere de anestesia local, tópica o infiltrativa, dependiendo del grado de afección. El cálculo subgingival es placa bacteriana calcificada y por lo tanto tiene todos los elementos que causan la enfermedad periodontal. Se realiza con el fin de eliminar la inflamación y detener el proceso de la enfermedad periodontal. Después de colocar la anestesia troncular o infiltrativa debe esperarse el tiempo necesario que varía de 5 a 10 minutos antes de iniciar el procedimiento. En este momento se puede iniciar la terapia con antibióticos. (4,5,6)
 - 1.2.3 Curetaje a campo abierto: en bolsas profundas o en dientes con surco en la raíz y el cálculo y la placa subgingival no se remueve en su totalidad con las fases higiénicas, por ser un procedimiento cerrado donde la falta de visibilidad es un gran limitante. En las zonas donde persiste la actividad de la enfermedad es necesario realizar el curetaje abierto, este es un procedimiento quirúrgico para la eliminación de placa bacteriana, cálculos y cemento contaminado. Después de colocar anestesia troncular o infiltrativa, se efectúa una incisión intrasurcular con bisturí de hojas intercambiables, si el tejido gingival es delgado o a bisel interno en tejido de consistencia gruesa. Con el periostotomo, se eleva un colgajo que permita el acceso a las superficies radiculares y hueso marginal. Mediante curetas y aparatos de ultrasonido se eliminan el cálculo y el cemento contaminado de las superficies radiculares. Se ubica el colgajo en la posición inicial o ligeramente apical según la necesidad o no de exponer zonas radiculares para esta fijación se utiliza sutura no absorbible 4.0.(4,5,6)

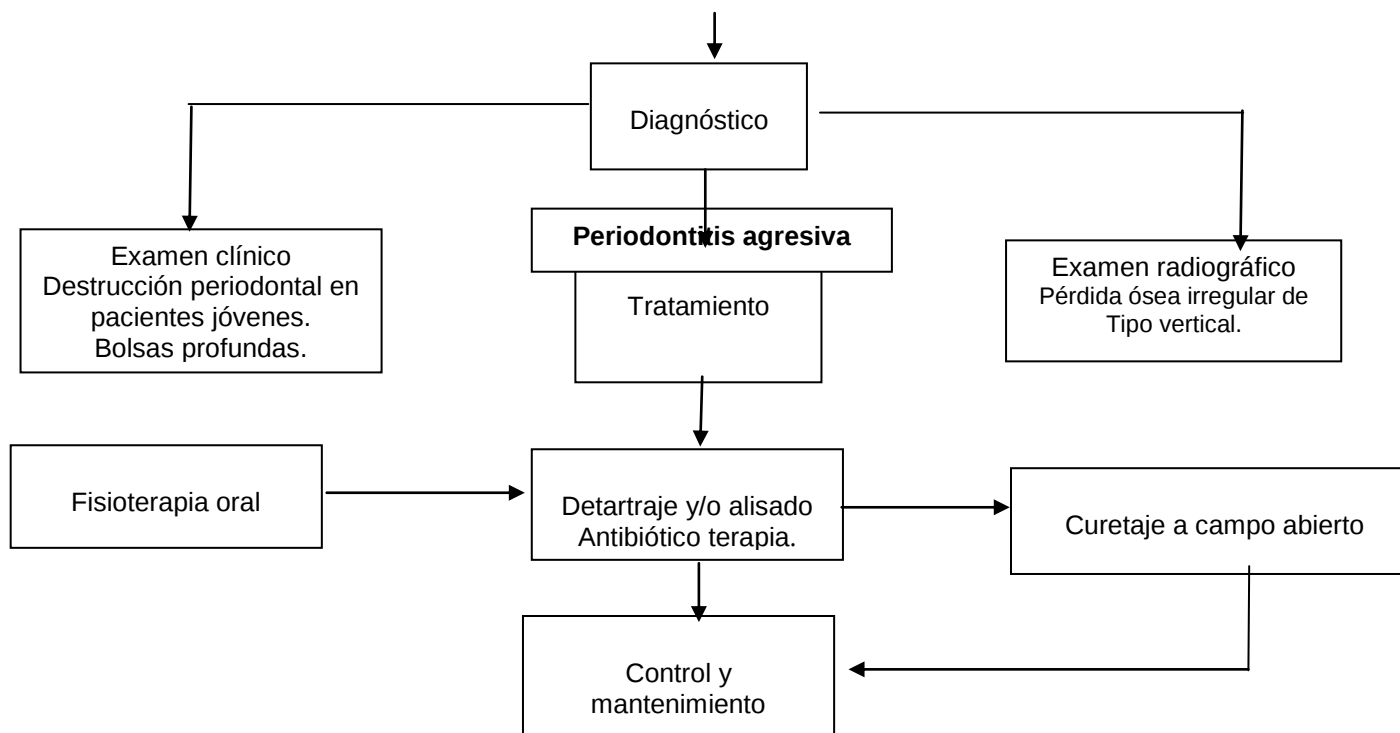
GUIA DE MANEJO	PERIODONTITIS CRONICA Y AGRESIVA	CODIGO	CI-SOCM-GM-07	VERSION	02
		Página:	4 DE 7		

6. ALGORITMO



GUIA DE MANEJO	PERIODONTITIS CRONICA Y AGRESIVA	CODIGO	CI-SOCM-GM-07	VERSION	02
		Página:	5 DE 7		

6. ALGORITMO



GUIA DE MANEJO	PERIODONTITIS CRONICA Y AGRESIVA	CODIGO	CI-SOCM-GM-07	VERSION	02
		Página:	6 DE 7		

7. CONTROL DE CAMBIOS				
ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
	Titulo de la guía	Cambio de titulo adicionando "periodontitis agresiva"	Complemento de la guía	Octubre de 2015
Todos	Todas	Actualización de la guía y relación de bibliografía	Actualización	Octubre de 2015

8. ANEXOS
BIBLIOGRAFÍA Documentación de referencia para la documentación de la Guía, incluyendo la electrónica 1. Rateitschak K. H, Rateitschak E.M, Wolf H.F. Atlas de periodoncia. Salvat editores, S.A. 1987. Barcelona, España. 2. Armitage G.C. Development of a classification System for periodontal Diseases and conditions periodontal.2000. 2004; 34:9-21 3. Shater W.G, Maynard K.H, Barnet M.L. Tratado de patología bucal terrera edición Nueva Editorial Interamericana- México D.F, 1982. 4. Genco R.J, Goldman h.m, Cohen D.W Contenporary Periodonties – The C.V Mosby Company 1990. 5. Carranza F.A, Carrazo J.A – Periodoncia primera edición Editorial mundi S.A.I.C y Buenos Aires 1978. 6. LinsheJ,Arting T, Lang NP.Periodontologin clínica eimplantologia odontológica 4 ed Buenos Aires:Mèdica Panamericana;2005 7. Jimenez,M. Atlas de enfermedades orales en niños, adolescentes y adultos Jovenes. Medellin. universidad de Antioquia, Asociación Colombiana de Periodoncia y Ose integración; 2011. 8. Malagon Baquero, Malagon Londoño. Urgencias odontológicas 4a ed. Bogotá, Editorial Médica panamericana 2013.

GUIA DE MANEJO	PERIODONTITIS CRONICA Y AGRESIVA	CODIGO	CI-SOCM-GM-07	VERSION	02
		Página:	7 DE 7		

APROBACIÓN				
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	Dr. Jorge Llano Rodríguez	Servidor Misional en Sanidad Militar- Especialista en Periodoncia	Octubre del 2015	Jorge E. Llano
	TC. Sergio Castellanos García	Líder de Área de Salud Oral y Cirugía Maxilofacial	Octubre del 2015	
REVISÓ	CR.MED. Juan Carlos Luque Suarez	Jefe Unidad Clínico Quirúrgica	Octubre del 2015	
APROBÓ	BG. MD. Clara Esperanza Galvis	Subdirector sector defensa – subdirección médica	Octubre del 2015	
PLANEACION –CALIDAD Asesoría Metodológica	SMSM. Pilar Adriana Duarte Torres	Coordinadora Grupo Gestión de Calidad	Octubre del 2015	Pilar Adriana Duarte Torres