

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



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

TITULO : DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS CRÓNICA ASOCIADA A PLACA BACTERIANA EN LA ADOLESCENCIA

Para optar : El título profesional de Cirujano Dentista

Autor : Bachiller Rubio Bonilla Oswaldo Moises

Asesor : Mg. López Gonzales Chirstian Willy

Líneas de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la Salud

Lugar o Institución De Investigación: Clínica Odontológica Particular

HUANCAYO, PERU

2022

DEDICATORIA

Al Divino creador, a mis amados familiares por permitirme concluir mis anhelos y sueños, a mis amistades que siempre estuvieron a mi lado en cada momento de mi carrera.

Oswaldo

AGRADECIMIENTO:

A mi progenitora por darme la vida, a mi hermana por su apoyo incondicional, por ser un pilar importante en la obtención de mi profesión; así mismo agradezco a mis docentes de la Universidad por sus conocimientos.

CONTENIDO

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN

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

CAPÍTULO II

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
2.2 MARCO TEÓRICO.....	10
2.2.1 ANTECEDENTES.....	10
2.2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS.....	13
A. Concepto de Periodoncio.....	13
B. Composición Del Periodonto	13
C.- Anatomía del Periodonto	14
1. Enciáde la dentición temporal.....	15
2. Ligamento Periodontal.....	15
3. Hueso Alveolar.....	16
4. Cemento Radicular.....	16
2.3. OBJETIVOS.....	17

CAPÍTULO III

3.1. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	18
HISTORIA CLÍNICA.....	18
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERA.....	18
3.3 DIAGNÓSTICO	18

CAPÍTULO IV

4.1 PLAN DE TRATAMIENTO	27
A. Fase sistémica.....	27
B. Fase I.....	28
C. Fase II.....	29

CAPÍTULO V

5.1 CONCLUSIONES.....	31
-----------------------	----

CAPÍTULO VI

6.1 APORTES.....	32
------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
---------------------------------	----

RESUMEN

La 1ra etapa de la adolescencia empieza por la pubertad, en esta fase se originan los cambios naturales de la niñez a la adultez. Las enfermedades gingivales asociada a la placa dental se clasifican en: a) la enfermedad gingival inducida por placa afectadas por factores locales y b) la enfermedad gingival inducida por placa afectadas tanto por factores locales y modificados por factores sistémicos. En el presente trabajo de investigación se muestra las peculiaridades clínicas de la enfermedad gingival inducida por placa bacteriana, así como la influencia de factores hormonales típicas de la edad. Se describe diversas características clínicas para realizar el diagnóstico correcto y oportuno de la gingivitis crónica asociada a placa dental, presencia de edema y eritema en encías marginal y papilar, sangrado al sondeo y al cepillado dental. El propósito de la investigación es demostrar que con un correcto diagnóstico podemos brindar un tratamiento adecuado y oportuno se puede mejorar la salud gingival.

Palabras claves: Inflamación de encías, Índice de higiene bucal, Causas sistémicos.

SUMMARY

The 1st stage of adolescence begins with puberty, in this phase the natural changes from childhood to adulthood originate. Gingival diseases associated with dental plaque are classified as: a) plaque-induced gingival disease affected by local factors and b) plaque-induced gingival disease affected by both local and systemic factors. The present research work shows the clinical peculiarities of gingival disease induced by bacterial plaque, as well as the influence of hormonal factors typical of age. Various clinical characteristics are described to make the correct and timely diagnosis of chronic gingivitis associated with dental plaque, presence of edema and erythema in marginal and papillary gums, bleeding on probing and tooth brushing. The purpose of the research is to demonstrate that with a correct diagnosis we can provide adequate and timely treatment, gingival health can be improved.

Keywords: Gum inflammation, Oral hygiene index, Systemic causes.

CAPITULO II

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las patologías gingivales exhiben diferentes particularidades clínicas comunes, entre estas podemos mencionar la inflamación de la gíngiva marginal, no hay pérdida de inserción ni de hueso alveolar, esta enfermedad es reversible, pues eliminando el factor etiológico (placa bacteriana) devolvemos la salud periodontal del paciente.(1)

La Enfermedad periodontal es considerado después de la caries dental como la patología más prevalente, con un 85% de afectación a la población mundial; esta patología perjudica a los tejidos de sostén que circundan a los elementos dentarios, si esta enfermedad no es diagnosticada oportunamente y tratada adecuadamente, la gingivitis suele ser la primera manifestación de esta patología si no es tratada a tiempo suele desencadenar en una periodontitis que puede ocasionar la pérdida del elemento dentario si no se trata adecuadamente.(2)

Se ha demostrado que la enfermedad periodontal (gingivitis) está presente desde el comienzo de la historia, pues esta se encontró en las culturas antiguas como Babilonia, Asiria, Egiptia y China, también se encontró en las culturas del antiguo Perú.

Las pruebas para evaluar el estado gingival son: Inflamación, edema, cambios en la coloración, sangrado.

La gingivitis es la forma incipiente de la enfermedad periodontal, esta se inicia con hinchazón de la encía marginal, inflamación y variación del color de las encías, cambiando a una coloración mucho más acentuada, pero esta no presenta pérdida de inserción, ni hueso alveolar. (3)

La evolución de la enfermedad periodontal de una inflamación gingival a la destrucción de las fibras periodontales está profundamente interrelacionado con un control defectuoso del biofilms y a la presencia de placa dura (cálculos); y por consiguiente la pérdida de los tejidos de sostén. (3)

Un oportuno y adecuado diagnóstico permitirá brindar el tratamiento correcto a la enfermedad periodontal (gingivitis), evitando que esta se agrave y desencadene en una periodontitis; el propósito primario es restablecer y recuperar la salud periodontal, debemos confeccionar un método de mantenimiento que evitaría el avance de esta patología. (4)

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 ANTECEDENTES

Zaldívar H. et al. (5) Realizarón en el 2014 en cuba una investigación titulada: Comportamiento de la gingivitis crónica en adolescentes de la Secundaria Básica “Jesús Fernández”. Santa Marta, Cárdenas. Se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal con el objetivo de conocer la prevalencia de gingivitis en adolescentes entre 12 y 14 años de edad de la ESBU “Jesús Fernández Rodríguez”, del Consejo Popular Santa Marta, municipio Cárdenas, en el período comprendido de enero a julio de 2011. Los adolescentes fueron caracterizados según variables sociodemográficas y se identificaron los factores de riesgo presentes, así como el nivel de conocimientos sobre salud bucodental. Se encontró que los adolescentes de 14 años fueron los más afectados, dentro de ellos el sexo masculino. Entre los factores de riesgo más identificados estuvieron los contactos dentarios deficientes y el uso de aparatos ortodónticos fijos. Al aplicarse la encuesta de conocimientos se obtuvo como resultado que el 51,1 % fue evaluado de bien.

Chávez N. y Alarcón M. (6) en el 2012 en su investigación “Enfermedad gingival en adolescentes: Diagnóstico y tratamiento” El propósito fue comprobar la recuperación de los tejidos de la encía aplicando un tratamiento inicial, que consiste en instruir a la persona para mantener una buena limpieza bucal, utilizando adecuadamente en cepillado dental (correcta técnica de cepillado) y pasta dental, que permitan controlar la acumulación de placa bacteriana; se examinó a adolescente mujer de 15 años con ABEG, diagnosticado con Gingivitis provocada por acumulación de placa dental (biofilm), se acerca a la clínica odontológica de la

UPCH. A la evaluación se observa la encía libre y la papila interdental eritematosa y con edema general, acumulación de placa bacteriana, al realizar el sondaje se observó presencia de sangre; se obtuvo un 98% tanto en el índice de placa e índice de sangrado. A la evaluación radiológica se evidencia corticales óseas sanas.

Orozco R.et al (7) En su estudio llamado Prevalencia de gingivitis en adolescentes en el municipio de Tlalnepantla en el 2002. Se estableció la prevalencia de la inflamación gingival en 1 263 jóvenes del 2do grado de educación secundaria en colegios estatales entre las edades de 13 a 17 años, se usó el índice de Ramfjord (IR). En relación al IR, se examinó la encía marginal en las piezas dentarias 1,6; 2,1; 2,4; 3,6; 4,1 y 4,4. El 55.9% tiene una buena salud de las encías, mientras que el 44.1% presentan variados grados de inflamación gingival. Entre estos mencionados, se halló que un 80.9 % sufre inflamación gingival leve, el 16.5% inflamación gingival moderada y 2.5% inflamación gingival severa.

Cutiño M y García E. (8). En su investigación del 2012, la Intervención educativa sobre gingivitis, en adolescentes; Se realizó una intervención educativa mediante la generalización del instructivo capacitante modificado: “Sonrisas Saludables”, con la finalidad de valorar la eficiencia de un programa educativo sobre inflamación gingival en jóvenes del Policlínico Mario Gutiérrez, en Holguín, entre junio 2009 y junio 2010. La muestra a examinar fue de 54 estudiantes entre los 12 y 15 años de vida, previamente diagnosticados con inflamación gingival. Se utilizó un cuestionario con 12 interrogantes afines al tratamiento al (pre y post) de la intervención del tratamiento. Se efectuó el registro de placa dental antes y después de concluir el tratamiento con la finalidad de valorar la higiene de la boca, se estableció la manifestación y el grado de trastorno de la inflamación gingival para

eso se usó el Índice Gingival de Løe y Silness.

2.2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS

A. Concepto de Periodoncio

El “periodonto” o periodoncio está conformado por la gíngiva, Las fibras de ligamento periodontal, el cemento dentario y la apófisis alveolar, estos circundan a los elementos dentarios y los mantienen firmes en los maxilares superior e inferior.

Etimológicamente deriva de 2 voces griegas Peri= alrededor y odont= diente. (9)

La función básica del periodoncio es conservar y sostener firmes los elementos dentarios. Cuando la patología de las encías se torna severa, el estado e integridad del periodoncio se ve afectada corriendo riesgo los dientes de exfoliarse. (9)

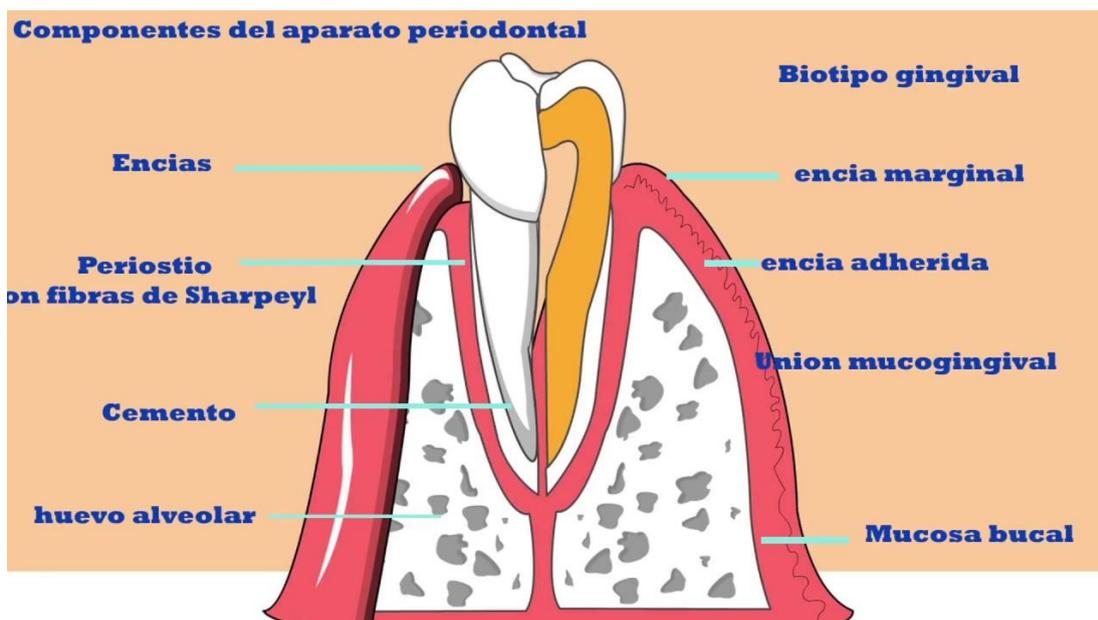


Fig. 1: Composición histológica del periodoncio

B.- Composición Del Periodoncio

El periodoncio está conformado por 4 clases de tejidos diferentes:

- La encía o gíngiva y el ligamento periodontal, cuya función primordial es conectar y tapizar los demás tejidos que conforman el periodoncio. Llamados también tejidos “**blandos**”.
- El cemento radicular y el hueso alveolar, su función es el soporte pues en estos

se sujetan las fibras del ligamento periodontal y la gíngiva. Son tejidos “**mineralizados**” o duros. (10)

1.- **La gíngiva** es un tejido que reviste las apófisis alveolares y provee protección a los tejidos subyacentes.

2.- **El Ligamento Periodontal** es un tejido que presenta una composición variada, pues presenta varias clases elementos celulares, vasos capilares y linfáticos, este amortigua las fuerzas masticatorias que se producen durante la masticación y trasmite estas fuerzas al hueso alveolar donde se disipan, evitando un daño sobre la porción radicular.

3.- **El cemento radicular**, constituye un delgado manto de material mineralizado que rodea toda la superficie radicular que aloja a las fibras perforantes de Sharpey que fijan el elemento dentario a la apófisis alveolar.

(11)

4.- **El hueso alveolar** conocido como apófisis alveolar, estas contienen a las raíces de los elementos dentarios, este se encuentra resguardado por las fibras del ligamento parodontal de padecer daños al momento de masticar los alimentos.

C.- Anatomía del Periodonto

La oclusión dentaria, mecanismo neuro-muscular, el CATM y el periodoncio forman parte del Mecanismo estomatológico.

El periodoncio llamado “aparato de inserción” o “aparato de fijación”, su principal propósito es mantener unidos los dientes al hueso alveolar de ambos maxilares y conservar la integridad en la superficie de la mucosa masticatoria de la cavidad bucal.

(12)

1. ENCÍA

- Macroscópicamente la gíngiva reviste el hueso alveolar y rodea los cuellos

dentarios, está conformado por un epitelio superficial y un corion subyacente; se divide en dos porciones: la encía marginal o libre y la encía fija o adherida.

La encía marginal presenta un color rosado coral; sin embargo, este puede variar de persona en persona de acuerdo a la raza, a la abundancia de melanocitos, la irrigación sanguínea de la lámina propia; presenta una consistencia firme y alcanza también las papilas interdentes. Sus límites son la línea mucogingival y el margen de la encía libre. (13)

La encía fija se ubica adyacente a la encía libre. Su límite coronal está dado por el surco marginal y apicalmente por la interfase de la encía y mucosa (14).

□ Microscópicamente podemos describir 3 tipos de epitelios en la encía marginal: epitelio externo o bucal que se relaciona con la cavidad bucal, epitelio interno o dental que se relaciona con el diente y epitelio de unión que permite que la gíngiva este unida al diente.

Histológicamente presenta un epitelio poliestratificado plano queratinizado o paraqueratinizado y un epitelio poliestratificado plano no queratinizado. (14).

2. LIGAMENTO PERIODONTAL

Formado por tejido conectivo denso fibroso que contiene grandes cantidades de vasos sanguíneos, permite la unión del elemento dentario a las apófisis alveolares. Disipa las energías masticatorias que se producen a la pieza dentaria y las transfieren al hueso alveolar. El ligamento periodontal presenta varios grupos de fibras como: Fibras crestal-alveolares u oblicuas ascendentes, fibras horizontales o de transición, oblicuas descendentes, inerradiculares y apicales.) (15).

3. HUESO ALVEOLAR

El hueso alveolar es considerado una estructura odontodependiente (pues se forma con la presencia o ausencia del diente), conjuntamente con el cemento dental y las

fibras del ligamento parodontal conforman los tejidos de fijación. (16).

D. CEMENTO RADICULAR

Conformada por fibras colágenas rellenas con sustancia orgánica y cristales de hidroxiapatita (60%), tienen la misión de proveer fijación y renovación.

Entre sus características podemos mencionar, no contiene vasos sanguíneos ni linfáticos, no presenta inervación, se forma por aposición permanente toda la vida, fisiológicamente no presenta remodelación ni reabsorción.

2.3 OBJETIVOS. Objetivo general:

Describir la importancia del diagnóstico correcto y oportuno en el tratamiento de la gingivitis, para evitar que esta se desencadene en patologías más severas.

CAPÍTULO III

3.1 HISTORIA CLÍNICA.



**UNIVERSIDAD PERUANA
LOS ANDES**
Escuela Profesional de Odontología

HISTORIA CLÍNICA



RIESGO SISTEMICO	ASA I	RIESGO ESTOMATOLOGICO	Medio	CONDUCTA	cooperadora
------------------	-------	-----------------------	-------	----------	-------------

FECHA	01-05-21	H.C.	Nº 71474849
-------	----------	------	-------------

ECTOSCOPÍA: Paciente de sexo femenino de aparentemente 23 años de edad, orientado en tiempo y espacio, aparente buen estado de nutrición.

1. ANAMNESIS

1.1. FILIACIÓN:

NOMBRE	Acevedo	Cuyas	Katherine Isabel
	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
Como lo llaman en casa	Kathy		Edad 23 m 5 Sexo Femenino
Fecha de Nacimiento	06/12/1998	Lugar	Jauja
Religión	católica		Estado Civil soltera
Procedencia	Maravilca - Tarma		Tiempo de residencia en Huancayo -
Domicilio	Sr. los Incas s/N - Maravilca		Distrito Matahuasi
Grado de Instrucción ó	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR
En caso necesario comunicar a	Isabel Cuyas Cáceres		Parentesco Mamá
Domicilio	Sr. los Incas s/N - Maravilca.		Teléfono 996145143

1.2. MOTIVO DE LA CONSULTA: "Quiero que cores mi diente"

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente refiere sentir dolor aproximadamente 2 meses atrás, en la segunda molar inferior, refiere haber acudido al odontólogo anteriormente para que le pudiesen curar dicho diente, actualmente presenta caries residual en la pieza 3.6 ocluso distal, presenta sensibilidad a los cambios térmicos, tanto al frío como al calor, pieza sintomática.

NOMBRE DEL OPERADOR: Jenny Maciel Castro

1.3. ANTECEDENTES

Generales : vivienda de material noble, alimentación con carbohidrato
 Familiares : padre sufre de artrosis, madre no refiere (Senny vivo) hermana sana
 Patológicos : No refiere
 Alergias : No refiere

2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

2.2. SIGNOS VITALES:

Presión Arterial: 112/80 mm Hg. Frecuencia respiratoria: 19 rpm.
 Pulso: 75 por/min ppm. Temperatura: 36.5 °C

2.3. PIEL:

Textura: Rugosa () Suave (x)
 Color: bronceado Cicatrices: no refiere
 Pigmentación: múltiples nevos
 Lesiones: no refiere

ANEXOS: (PELOS Y UNAS) cabello de color castaño oscuro, uñas pintadas
 Peso y talla : 67.5 kg talla: 1.60 m Índice de masa corporal: 26

FECHA: 1-04-21

NELLO Y FIRMA DEL DOCENTE: []

3. EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO

3.1. EXAMEN EXTRABUCAL

Facies: No característica

Cráneo	Normocéfalo ()	Braquicéfalo ()	Dolicocéfalo (x)			
Cara:	Normo facial ()	Braquifacial ()	Dolicofacial (x)			
MUSCULOS	D	DOLOR (funcionales)	T	D	TONICIDAD	T
Temporal	A sintomático	A sintomático	A sintomático	Tónico	Tónico	Tónico
Masetero	A sintomático	A sintomático	A sintomático	Tónico	Tónico	Tónico
Pterigoideo Externo	A sintomático	A sintomático	A sintomático	Tónico	Tónico	Tónico
Pterigoideo Interno	A sintomático	A sintomático	A sintomático	Tónico	Tónico	Tónico
Digástrico	A sintomático	A sintomático	A sintomático	Tónico	Tónico	Tónico
Esternocleidomastoideo	A sintomático	A sintomático	A sintomático	Tónico	Tónico	Tónico
Cervicales Posteriores	A sintomático	A sintomático	A sintomático	Tónico	Tónico	Tónico
Ampliación:						

ATM: Sonido de clic al lado izquierdo a la apertura (asintomático)
 Región hialoidea o hialoidea: sin alteración evidente

Ganglios: sin alteración evidente

3.2. EXAMEN INTRABUCAL

TEJIDOS BLANDOS
 Labios y comisura labial: labios de color rosado, resacas, sin alteración evidente
 Carrillos: conservado de color rosado coral, sin alteración evidente
 Paladar duro y blando: rugas palatinas conservadas, sin alteración evidente
 Orofaringe: uvula central de forma ovoide, amígdalas presente

NOBRE DEL OPERADOR: Senny Marcela Castañeda Contreras

sin alteración evidente

Lengua: Normoglosia de forma ovalada, Papilas conservadas
sin alteración evidente

Piso de boca: Presencia de ranura (sublingual) asintomática

Frenillos: Frenillo de inserción media

Saliva: Tipo: fluida Cantidad: abundante

ENCIAS

Encías:

<input checked="" type="checkbox"/> Normal	A nivel de piezas: _____
<input type="checkbox"/> Falta o ausencia	A nivel de piezas: _____
<input type="checkbox"/> Inconsistencia	A nivel de piezas: _____

Otros: _____

Color:

<input checked="" type="checkbox"/> Normal	A nivel de piezas: _____
<input type="checkbox"/> Eritematosa	A nivel de piezas: _____
<input type="checkbox"/> Pálida	A nivel de piezas: _____

Otros: _____

Textura:

<input checked="" type="checkbox"/> Normal	A nivel de piezas: _____
<input type="checkbox"/> Lisa	A nivel de piezas: _____
<input type="checkbox"/> Rugosa	A nivel de piezas: _____

Otros: _____

Consistencia:

<input checked="" type="checkbox"/> Normal	A nivel de piezas: _____
<input type="checkbox"/> Edematosa	A nivel de piezas: _____
<input type="checkbox"/> Fibrosa	A nivel de piezas: _____

Otros: _____

Encía papilar:

<input checked="" type="checkbox"/> Normal	Entre piezas: _____
<input type="checkbox"/> Aplanada	Entre piezas: _____
<input type="checkbox"/> Crateriforme	Entre piezas: _____

Otros: _____

Ampliación:

• **TEJIDOS DUROS**

Maxilar superior: Tamaño: Normal Forma: ovalada

Maxilar inferior: Tamaño: Normal Forma: ovalada

Reborde Alveolar: sin alteración evidente

Zonas edentulas: no presenta

Dientes:

Numero: 24 Tamaño: Normodancia

Forma: cuadrangular Color: blanco amarillento Diastemas: no presenta

Alteración de Posición: no presenta

Facetas de desgaste: no presenta

Otras alteraciones dentarias: no presenta

NOMBRE DEL OPERADOR: Jenay Marcela Castañeda Contreras

(LLENAR UTILIZANDO NORMAS ESTANDARIZADAS)

ODONTOGRAMA

The dental chart consists of a central vertical line. On either side, there are rows of tooth icons. The top row has 16 empty boxes. Below it are two rows of 16 boxes each. The tooth icons are arranged in four rows: 18-11 (upper left), 21-28 (upper right), 85-81 (lower left), and 48-41 (lower right). Each tooth icon has a small circle below it containing a number. The chart is partially filled with blue and red markings.

ESPECIFICACIONES: _____

FECHA:

SELLÓ Y FIRMA DEL DOCENTE:

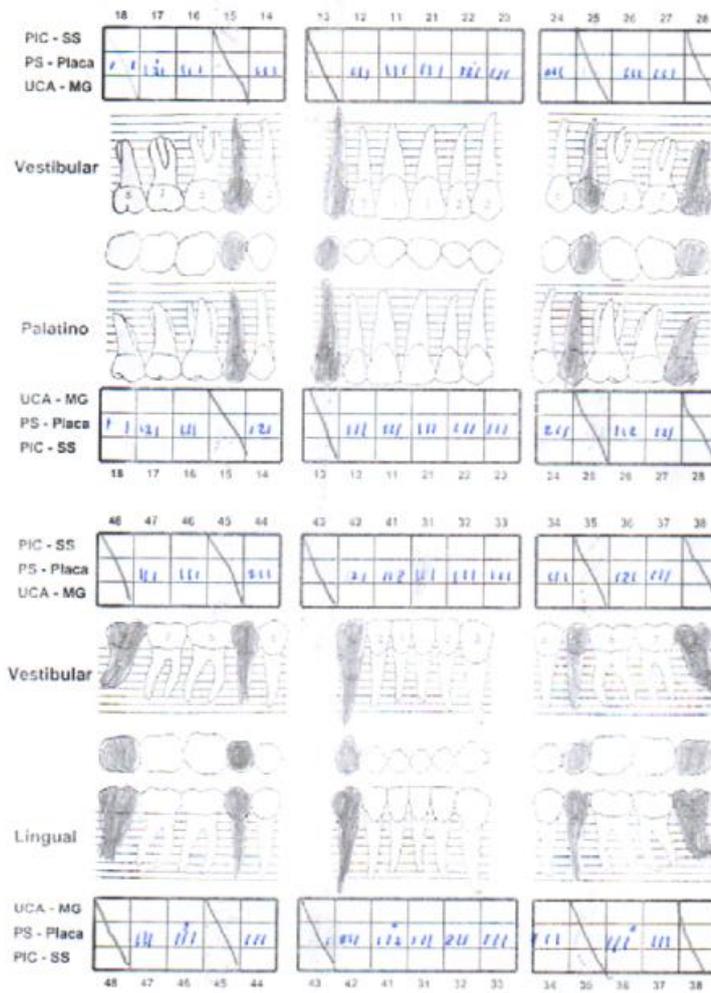
• ÍNDICE DE PLACA:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

X: _____ %

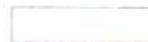
NOMBRE DEL OPERADOR Senny castaño Contreras..

PERIODONTOGRAMA



FECHA: 2-5-21

SELLO Y FIRMA DEL DOCENTE:



NOMBRE DEL OPERADOR Jenny Mariela Castañeda Contreras

4. RESUMEN DE LA ANAMNESIS Y EXAMEN CLÍNICO: (considerar en el resumen solo lo patológico)

Paciente de sexo femenino acude a la consulta odontología por motivo de consulta "Quiero que me curen mi diente", paciente refiere haber acudido al odontólogo anteriormente para que le pudiesen curar dicho diente, actualmente presenta caries residual en la pieza 3.6 occlusales, presenta sensibilidad a los cambios térmicos, tanto al frío y calor.

Vº Bº

5. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

5.1 DEL ESTADO GENERAL:

- Aparente buen estado de salud
- no refiere enfermedad sistémica

Interconsulta: Si () No Fecha: 2-05-21

5.2. DE LAS CONDICIONES ESTOMATOLÓGICAS:

- caries múltiples (1.4, 2.4, 2.6, 3.6)
- múltiples restauraciones (1.7, 2.7, 3.7, 3.4, 4.4, 4.7)
- múltiples ortodoncias (1.3, 1.5, 2.5, 2.7, 3.5, 4.5)
-
-
-

Vº Bº:

6. EXÁMENES AUXILIARES Y OTROS: (ESPECIFICAR Y UTILIZAR FICHA O RECETA MÉDICA ANEXA SI ES NECESARIO)

- radiografía periapical
- modelos de estudio

Vº Bº

NOMBRE DEL OPERADOR: Castro Contreras, J. O. R.



Fig. 1 y 2 Vista de frente y de perfil



Fig. 3 y 4 Vista intraoral lateral derecha e izquierda



Fig. 5 Vista intraoral de frente



Fig. 6 Vista oclusal superior



Fig. 7 Vista oclusal inferior



Fig. 7 modelos de estudios

CAPÍTULO IV

4.1. PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

- Terapéutica de inicio

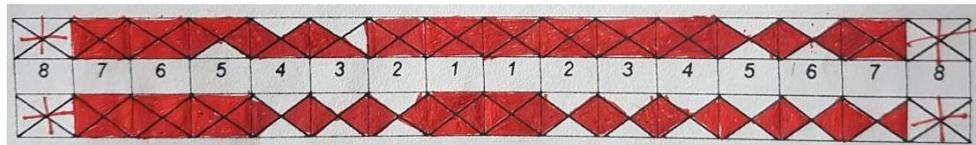


Fig. 8 I.H.O de O'Leary Inicio: 74%



Fig. 9 Imágenes de la enseñanza de técnica de cepillado



Fig. 10 Imagen del control de placa bacteriana.



Fig. 11 Profilaxia para eliminar placa bacteriana



Fig. 12 Imagen pos tratamiento

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES.

1. Se describió el protocolo para realizar un diagnóstico correcto y oportuno de la enfermedad periodontal(gingivitis).
2. Se desarrolló y se efectuó un plan de tratamiento adecuado para gingivitis, así evitar la instalación de patologías más severas.
3. Se determinó la importancia del diagnóstico correcto y oportuno en el tratamiento de la gingivitis para evitar que esta se agrave y desarrolle alteraciones más complicadas como es la periodontitis en la cual hay pérdida de inserción clínica y de hueso alveolar.
- 4.- Se evidenció el resultado exitoso de la terapia de la gingivitis, basado en el diagnóstico correcto y oportuno, para evitar complicaciones, en el tratamiento preventivo.

CAPÍTULO VI

APORTES

1. Debemos considerar la importancia en realizar un correcto y oportuno diagnóstico para la gingivitis, para evitar futuras complicaciones.
2. Para el tratamiento correcto de la gingivitis debemos de seguir el protocolo adecuado para este fin.
3. En el plan de tratamiento debemos de considerar el tratamiento no quirúrgico (profilaxia y fisioterapia), además la parte de soporte para mantener una salud periodontal óptima.
4. Es muy importante realizarse una evaluación de la salud periodontal con su dentista por lo menos cada 6 meses.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS.

1. Pihlstrom BL. Periodontal risk assessment, diagnosis and treatment planning. *Periodontol 2000*. 2001;25:37-58.
2. Botero J. Periodontal disease in children and adolescents of Latin America. *Periodontology 2000*, Vol. 67, 2015, 34–57
3. American Academy of Peridontology. Periodontal diseases of children and adolescents. *J Periodontol*. 2004;74:1696-704.
4. Knack KC. Periodontal conditions in adolescents and young Brazilians and associated factors: Cross-sectional study with data from the Brazilian oral health survey, 2010. *J Indian Soc Periodontol*. 2019 Sep-Oct;23(5):475-483. doi: 10.4103/jisp.jisp_753_18.
5. Zaldívar Bernal HL, Cid Rodríguez MC, Sánchez Gay JM, Montes de Oca Ramos R. Comportamiento de la gingivitis crónica en adolescentes de la Secundaria Básica “Jesús Fernández”. Santa Marta, Cárdenas. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2014 Oct [citado: fecha de acceso];36 Supl 1. Disponible en: [http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/supl1%202014/te ma04.ht](http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/supl1%202014/te%20ma04.ht)
6. Chávez Vereau, Natali; Alarcón Palacios, Marco Enfermedad gingival en adolescentes: Diagnóstico y tratamiento. *Revista Estomatológica Herediana*, vol. 22, núm. 3, julio-septiembre, 2012, pp. 167-170 Universidad Peruana Cayetano Heredia Lima, Perú Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539372006>
7. Orozco Jaramillo, Roxana; Peralta Lailson, Hilda; Palma Montoya, Gillian G; Pérez Rodríguez, Esperanza; Arróniz Padilla, Salvador; Llamosas H., Eduardo. Prevalencia de gingivitis en adolescentes en el municipio de Tlalnepantla *Rev. ADM* ; 59(1): 16-21, ene.-feb. 2002. tab, graf

Artículo en Español | LILACS | ID: lil-349302

Biblioteca responsable: AR29.1 <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-349302>

8. Correo Científico Médico, Vol. 16, No. 1 (2012) Intervención educativa sobre gingivitis, en adolescentes Mileidy Cutiño García, Edna García Macías [educación para la gingivitis.pdf](#)
9. Rotemberg E, Smaisik K. Manifestaciones periodontales de los estados fisiológicos de la mujer. 2019;13(1):76
10. Seneviratne J, Zhang F, Samaranayake P. Dental plaque biofilm in oral health and disease. The Chinese J Den Res. 2011;14:87-94.
11. Savage A, Eaton K, Moles D, Needleman I. A systematic review of definitions of periodontitis and methods that have been used to identify this disease. J Clin Periodontol . 2009;36:458-67.
12. Clerehugh V, Tugnait A. Diagnosis and management of periodontal diseases in children and adolescents. Periodontol 2000. 2001;26:146-168.
13. Bascones A, Mudarra S, Perea E. Antisépticos en el tratamiento de la enfermedad periodontal. Av Periodon Implantol. 2002;3:101-114.
14. Clin Periodontol. 2018;45:45(Suppl 20);S1–S8. DOI: 10.1111/jcpe.12935
15. Lang NP, Bartold PM. Periodontal health. J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20):S9–S16.
16. Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Plaque-induced gingivitis: case definition and diagnostic considerations. J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20):S44–S67.
17. Chapple, I. L. C., Mealey, y col. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal

and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol*, 2018. 45 Suppl 20, S68-S77.