

2e.j. 191



"ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES IZTACALA" U.N.A.M.

.....
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

.....
**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE
LESIONES EN FURCACIONES**

T E S I S

Para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

LUIS HERNANDEZ LUGO

San Juan Iztacala, México 1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

PROTOCOLO.

CAPITULO I. Generalidades.

- A).- Placa bacteriana.
- B).- Microorganismos.
- C).- Factores Sistémicos.

CAPITULO II. Etiología

- A).- El sarro en la enfermedad parodontal.
- B).- Trauma de oclusión.
- C).- Empaquetamiento activo.
- D).- Dientes ausentes no reemplazados.
- E).- Habitos.

CAPITULO III. A).- Diagnóstico.

- B).- Pronóstico.
- C).- Plan de tratamiento.

CAPITULO IV. Clasificación de Furcaciones.

- A).- Clase I.
- B).- Clase II.
- C).- Clase III.

CAPITULO V. Tratamiento de Lesiones en Furcaciones.

- A).- Clase I, ó incipiente.
- B).- Clase II.
- C).- Clase III.
- D).- Indicaciones para la amputacion de raíces.

- E).- **Contraindicaciones para la amputacion de raíces u odontosección.**
- F).- **Radizectomía en molares superiores.**
- G).- **Hemiseción en el tratamiento de lesiones en-furcación.**

CAPITULO VI. Fisioterapia Oral.

- A).- **Cepillado.**
- B).- **Estimulación Interdental.**
- C).- **Limpia pipas.**
- D).- **Hilo dental.**

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

P R O T O C O L O

Los contratiempos que cada persona tiene en el transcurso de la vida, es lo que le transforma en un individuo de criterio y razonamiento y lo preparan a tomar sus decisiones posteriores, las cuales día con día serán más delicadas por resolver.

Considero que los tropiezos que se tienen durante la carrera nos transforman y preparan para los verdaderos problemas que vendrán más tarde; y nos hacen tomar conciencia de la gran ayuda que necesita el paciente, siendo que este, todavía no ha comprendido el gran problema oral que tiene y que en él, como en nosotros se encuentra la solución.

La comunicación es el comienzo para la educación del paciente y debe ser pensada como un proceso de información, continuo, general y específico sobre la salud dental, a diferencia de la presentación del caso que se realiza para cada paciente, personal e individualizada; la presentación del caso, también es una continuación del proceso educativo y nos podemos ayudar con medios visuales auxiliares tales como la literatura, fotografías y modelos adecuados.

Siendo la higiene oral el factor más determinante para eliminar el riesgo de pérdidas dentarias prematuras, no se le ha dado la atención necesaria, ya que en el transcurso de la carrera puede observar este gran problema; el paciente no toma el interés debido a la orientación impartida por el

Cirujano Dentista, siendo así el problema parodontal, en la mayoría de los casos, al que se tiene que encontrar la inmediata solución, que en muchos casos se torna severo y que en los molares repercute en las furcaciones, causando gran problema protésico tanto para el paciente como para el Cirujano Dentista.

Por lo tanto decidí elaborar un estudio, con bases bibliográficas, acerca del diagnóstico y tratamiento de lesiones en furcaciones; tratando de encontrar hasta donde sea posible una solución y así evitar la prematura pérdida dental, y dándole al paciente otra oportunidad para que modifique su higiene oral.

Al ejercer la carrera se que encontrare muchos obstáculos y dudas, he inquietudes como las que hasta hoy tengo y que trato de darles la solución más apropiada, como la que a continuación desarrellare de la manera más concreta y clara para su fácil manejo.

Todos tenemos la oportunidad de elejir el camino ha seguir, dando respuestas y solución atodo aquello que nos rodea y sucede. Espero que lo que ha continuación elaborare sea de algún valor para alguien, como sé que lo será para mi.

CAPITULO I.

GENERALIDADES.

A).- Placa Bacteriana.

De todas las lesiones en boca el mayor porcentaje tiene su origen en la placa bacteriana: la formación del tártaro comienza por la elaboración de la placa bacteriana. El conocimiento sobre el modo en que se forma es en extremo importante, especialmente si conduce al desarrollo de métodos preventivos.

Lo primero en aparecer es una película formada por mucoides de la saliva, los cuales son muy pegajosos y se adhieren al diente, así como también proteínas que vienen de la saliva, del metabolismo bacteriano y de la ingesta; también tienen mucopolisacáridos compuestos por proteínas y polisacáridos que son azúcares.

A la película se le llama substractum y si ésta no se elimina, llegan los microorganismos y se adhieren, siendo su alimento dicha película.

B).- Microorganismos.

Los microorganismos llegan en cierto orden que es: los primeros en aparecer son los cocos y bastones gram-positivos en gran cantidad, después llegan los cocos y bastones gram-negativos y estos son los causantes de las anomalías.

En la pared celular hay complejos de proteínas y lipopolisacáridos compuestos. La fracción perjudicial para el organismo es la fracción lipopolisacárido y al complejo se le llama endotoxina.

Los cocos y bastones gram-positivos producen las exotoxinas, éstas son las que se liberan cuando la célula muere y entran las endotoxinas que atacan al epitelio y al tejido conjuntivo. Las siguientes en llegar son: las borrelia, los treponemas, fusobacterias y el bactroide melaninogénico.

Hasta aquí la placa es amorfa, no tiene arquitectura, lo que le dan la arquitectura definitiva son los organismos filamentosos leptotrix y actidomises; se la dan porque se adhieren al diente en forma de empalizada y alrededor de 7 días la placa ya está organizada. Los últimos en presentarse en la placa, son la veillonella y la selenomona sputigeno.

Todas ellas producen gran cantidad de enzimas que atacan todos los elementos estructurales y funcionales de la encía, por ejemplo; la hialuronidasa que ataca al ácido hialurónico que se encuentra en las células epiteliales, que es una sustancia fundamental y que ocasiona una disgregación del ácido, se le puede considerar a esto como una úlcera al microscopio electrónico que está en forma de gel y se convierte a sol. Al cambiar, cambia en características la sustancia fundamental y es la que nutre a la célula y por lo tanto al poder nutritivo de la sustancia fundamental.

Las endotoxinas ya en la sustancia fundamental parece ser

que compiten con el ácido condroitín sulfato en la formación de colágena o sea que los fibroblastos no pueden abastecerse de dicho ácido para administrarse de colágena y de inmediato se presenta la inflamación gingival.

La calcificación comienza en focos separados que aumentan de tamaño y coalescen para formar masas sólidas de cálculos. Las proteínas del sustratum, en especial los cocos (no se sabe si positivos o negativos) empiezan a calcificarse y obran como semillas de calcificación, creando así el medio para que se depositen más.

Entre los microorganismos orales, y entre éstos y el huésped se desarrolla un equilibrio simbiótico, sumamente importante para la salud del parodonto. Los trastornos en el equilibrio o entre los microorganismos, como el que ocasionalmente se produce después de una prolongada terapia antibiótica, puede causar una proliferación de microorganismos no sensibles al antibiótico, como el *Candida albicans*, desencadenando una enfermedad oral.

Los microorganismos propios de la cavidad oral tienen una patogenicidad escasa o nula, pero pertenecen a grupos que incluyen verdaderos patógenos.

Los microorganismos son sólo un aspecto de la compleja etiología de la enfermedad parodontal, porque aún la naturaleza exacta de los cambios que provocan no es aún, bien conocida.

C).- Factores Sistémicos.

1.- Insuficiencia de vitamina A, B, C, que trae una deficiencia en el funcionamiento y buen estado del parodonto.

2.- Trastornos endócrinos; hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, la diabetes y la influencia de las gónadas.

3.- Discracias sanguíneas; que predisponen a un desequilibrio tales como leucemia, anemia y agranulocitosis.

CAPITULO II.

E T I O L O G I A.

Las lesiones de las furcaciones son etapas en el progreso de la enfermedad parodontal y tiene su misma etiología, sin embargo de todas las áreas del parodonto, las bifurcaciones y -- trifurcaciones son las más sencibles a las fuerzas oclusales -- excesivas. Mencionaré algunos de los elementos más importantes que contribuyen a la producción de dichas lesiones.

A).- El Sarro en la Enfermedad Parodontal.

La causa más común de la pérdida de dientes es la negligencia de las personas en su higiene oral.

El sarro es una masa adherente, calcificada o en calcificación que se forma sobre la superficie de los dientes, es uno -- de los irritantes responsables de la inflamación gingival y -- las bolsas parodontales. La combinación del factor químico, -- bacteriano y mecánico del sarro perpetúa la inflamación gingival y lleva a la formación de la bolsa parodontal.

De acuerdo con su localización y su relación con el margen gingival, el sarro se clasifica en supragingival y subgingival el primero es el que se sitúa coronariamente en la cresta del margen gingival y es por lo tanto visible en la cavidad oral, -- es generalmente blanco o blanco amarillento, de consistencia -- arcillosa y fácilmente desprendible, el color puede ser modifi

cado por factores tales como; pigmentos nicotínicos o de la comida, puede aparecer en un solo diente o generalizado en toda la boca. El sarro supragingival aparece más frecuentemente y - en mayor cantidad en las caras vestibulares de los molares superiores y linguales de los dientes anteriores inferiores. En casos extremos el cálculo cubre la mayor parte de la corona -- clínica y formando un puente se une al cálculo del diente vecino.

El segundo, el subgingival, está situado por debajo de la cresta del margen gingival y no es visible al examen oral. Para determinar su existencia y extensión debe recurrirse al cuidadoso sondaje con un explorador. Es generalmente denso y duro marrón o negro verdoso, achatado y firmemente adherido a la superficie dental, por lo regular coexisten el sarro supragingival y el subgingival, pero puede aparecer el uno sin el otro.

El sarro supragingival es a veces llamado salival y el subgingival sérico, en base a la suposición de que el primero deriva de la saliva y el segundo del suero sanguíneo.

Recientes investigaciones han surgido que las sales minerales, del sarro subgingival pueden provenir tanto del suero sangüíneo como de la saliva, sin embargo las opiniones prevalecientes son que el sarro subgingival como el supragingival son - de origen salival.

B).- Trauma de Oclusión.

Las zonas más susceptibles a las lesiones traumáticas son, las bifurcaciones y trifurcaciones. La fuerza oclusal es un -- factor de suma importancia que afecta el estado y la estructura del parodonto, el ligamento parodontal y el hueso alveolar-- necesitan el estímulo mecánico de las fuerzas oclusales para -- mantenerse estructuralmente sanos, cuando la función es insuficiente estos tejidos se atrofian y cuando las fuerzas oclusales exceden su capacidad fisiológica de adaptación son dañados Este daño se llama trauma de la oclusión.

Los tejidos parodontales pueden adaptarse a un aumento de las fuerzas oclusales, engrosando y robusteciendo el ligamento parodontal y aumentando la densidad del hueso alveolar. Cuando se excede la capacidad de adaptación de los tejidos, se producen cambios destructivos en el ligamento parodontal, en el hueso alveolar y en la superficie dental.

La capacidad de adaptación varía en diferentes personas y en una misma persona en diferentes momentos.

El efecto de las fuerzas oclusales sobre el parodonto es -- influido por los siguientes factores: dirección, distribución, frecuencia, duración, e intensidad de las fuerzas.

Hay varias causas por las cuales se presenta el trauma oclusal y son: restauraciones defectuosas, desgastes excesivos, interferencias cuspideas, desgaste desigual, hábitos compulsivos y desarmonía en los diferentes movimientos mandibulares.

El trauma oclusal puede producir las siguientes lesiones:--

ensanchamiento del ligamento parodontal, hemorragia, hialinización y necrosis del ligamento. También hay reabsorción del hueso alveolar, contacto de la raíz con el hueso y algunas veces-formación de hueso.

El trauma de la oclusión puede ser considerado como un factor etiológico primario, cuando hay destrucción de los tejidos de soporte y es la única alteración local a la que el diente - está sometido. También cuando la destrucción de los tejidos de soporte, ocurre en dientes que han migrado o se han extruido - después de la extracción de vecinos o antagonistas. Es secundario, cuando la posición de un diente es alterada por la enfermedad parodontal de modo de someterlo a trauma de la oclusión, es también un factor secundario cuando la pérdida de hueso alveolar y las fibras parodontales aumentan las demandas sobre - la porción remanente del parodonto.

En casos de lesiones de furcaciones con deformaciones angulares o cráteres óseos, o cuando la destrucción se localiza en una de las raíces debe sospecharse especialmente la existencia de trauma oclusal como factor etiológico contribuyente.

C).- Empaquetamiento Activo.

El empaquetamiento activo es el acumulamiento forzado de alimentos en el parodonto por las fuerzas oclusales; es una causa muy común en la enfermedad parodontal.

Muy frecuentemente la no detección y eliminación del empa-

quetamiento activo es el responsable del fracaso de tratamientos parodontales. Puede ocurrir en las caras interproximales o en las caras libres.

Hirschfeld hizo una clasificación de los factores resultantes:

Clase 1.- Desgaste Oclusal.

a).- Acción de acuñamiento producida por la transformación de las convexidades oclusales en fosetas oblicuas.

b).- Cúspide remanente de un diente superior desgastada oblicuamente y situada por distal de su antagonista funcional.

c).- Diente inferior desgastado oblicuamente y situado por distal de su antagonista funcional.

Clase 2.- Pérdida de Soporte Proximal.

a).- Pérdida de soporte distal por la extracción del diente distal.

b).- Pérdida del soporte mesial por extracción.

c).- Migración oblicua por falta de reemplazo de un diente ausente.

d).- Apertura oclusal permanente de espacios interdientales; Fig

gración post-extracción, hábitos, enfermedad parodontal, y caries.

Clase 3.- Extrusion más allá del plano Oclusal.

a).- Extrusión del diente conservado, su contigüidad con los - vecinos mesial y distal.

Clase 4.- Anomalías Morfológicas Congénitas.

a).- Diente rotado.

b).- Nichos marcados entre dientes de cuello ancho.

c).- Inclinación bucolingual.

d).- Posición bucal o lingual de un diente.

Clase 5.- Restauraciones mal Construidas.

a).- Falta de puntos de contacto.

b).- Situación incorrecta de puntos de contacto.

c).- Contorno oclusal incorrecto.

d).- Restauraciones a extensión mal construidas.

e).- Extensiones cervicales onduladas en zonas mucosoportadas-

de prótesis parciales.

D).- Dientes Ausentes no Reemplazados.

El no reemplazar dientes extraídos inicia una serie de cambios que producen diversos grados de enfermedad parodontal. En algunos casos, los espacios creados por la extracción de un diente no producen secuelas desfavorables, sin embargo, la frecuencia con que la causa de la enfermedad parodontal es la falta de reemplazo de uno o más dientes, hace patente la conveniencia y valor profiláctico de la construcción rápida de una prótesis.

Las consecuencias de la falta de reemplazo en dientes posteriores, son la migración e inclinación como cambios iniciales, la extrusión del antagonista, la alteración de las relaciones de contactos entre los dientes que favorecen el empaquetamiento activo, la inflamación gingival y pérdida ósea en la zona interproximal. Frecuentemente estos dientes extruidos e inclinados presentan bolsas y pérdida ósea.

La inclinación de los dientes posteriores también producen una reducción de la dimensión vertical acentuando el entrecruzamiento anterior. Los dientes anteriores inferiores se deslizan gingivalmente a lo largo de las caras palatinas de los dientes anteriores superiores, provocando un desplazamiento distal de la mandíbula. Hay además empaquetamiento activo, formación de bolsas en los dientes anteriores y tendencia a la migración hacia vestibular y formación de diastemas en el maxi--

lar superior.

Los cambios mencionados se acompañan de alteraciones en -- las relaciones de las cúspides inclinadas resultando desarmonias oclusales lesivas al parodonto. En general el no reemplazo de dientes extraídos provoca la migración, inclinación y extrusión de los dientes.

E).- Hábitos.

Los hábitos factor importante en la iniciación y progreso de la enfermedad parodontal. Frecuentemente, la presencia de - un hábito no detectado es causa de fracaso en un tratamiento - parodontal, Sorrin ha clasificado en la forma siguiente los hábitos de importancia etiológica en la enfermedad parodontal.

a.- Neurosis, tales como morderse el labio o el carrillo,- que lleva a posiciones extrafuncionales de la mandíbula; hábito de morder un palillo de dientes o incrustarselo entre los - dientes, empuje lingual, morderse las uñas o un lápiz, y neurosis oclusales.

b.- Hábitos profesionales, tales como los zapateros, tapiceros o carpinteros etc., que mantienen los clavos en la boca morder alfileres, pasadores, peines, etc...

c.- Hábitos diversos, como fumar cigarrillo o pipa, mascar tabaco, método incorrecto de cepillado, que trae como consecuencia la resorción de la encía y en los dientes posteriores --

puede llegar a exponerse las bifurcaciones o trifurcaciones de los mismos; respiración bucal o chuparse el dedo.

CAPITULO III.

A)-Diagnóstico.

Los procedimientos para elaborar un buen diagnóstico son -- los siguientes: apreciación del estado general del paciente -- por medio de la observación y el interrogatorio. Exámen de la cavidad oral, detallando en éste el estado de todos y cada uno de los elementos que forman la cavidad oral, secreción salival sus hábitos, la higiene que practica y su técnica de cepillado

Si en el exámen de los dientes se sospecha o se percibe -- una lesión de bifurcación o trifurcación; se enfatizará en observar la oclusión, la movilidad, la existencia de sarro, la -- encía, y si es que hay pérdida de hueso alveolar que pueda ser evaluado tanto clínicamente como radiográficamente.

Algunos de los síntomas que presentan este tipo de lesió-- nes y que nos ayudarán al diagnóstico correcto son: dolor constante y fuerte producido por alteraciones pulpaes por caries-- en la furcación denuada, sensibilidad a los cambios térmicos -- sinsibilidad a la percusión y la migración de los dientes.

La radiografía es una ayuda valiosa para el diagnóstico, -- la determinación del pronóstico y la evaluación del resultado-- del tratamiento. Es un método indirecto de determinar la cantidad de hueso perdido, pues indica la cantidad de hueso remanente y no la pérdua. La cantidad de hueso perdido se calcula en base al nivel fisiológico del hueso y la altura ósea existente

Para determinar la cantidad de hueso perdido es necesario:

- a.- Determinar la edad del paciente.
- b.- Estimar el nivel óseo fisiológico para dicha edad.
- c.- Determinar la diferencia entre el nivel óseo fisiológico y la altura ósea indicada en la radiografía.

El mismo nivel de hueso indica diferentes cantidades de -- pérdida ósea en pacientes de diferentes edades.

El estudio macroscópico y radiográfico de material humano- de autopsias, indica que puede haber lesiones microscópicas de bifurcaciones y trifurcaciones sin cambios radiográficos detec tables.

La presencia y extensión de las lesiones de bifurcaciones- y trifurcaciones pueden ser oscurecidas por variaciones técni cas radiográficas, por variaciones en la angulación, un diente presenta a menudo lesiones en la bifurcación o trifurcación en una película y en la otra no; en el maxilar superior la raíz - palatina a menudo oscurece la pérdida ósea en la zona de la -- trifurcación. Para reducir el riesgo de pasar por alto estas - lesiones, debe tomarse radiografías con diferentes angulacio-- nes.

Deben tomarse en cuenta aún las más leves alteraciones ra- diográficas en la zona de bifurcaciones y trifurcaciones, pues

puede presentar cambios microscópicos más importantes. Para su
perar las limitaciones de la radiografía se sugieren los sigui
entes criterios indicativos de las lesiones en estas zonas.

a.- Zona radiolúcida triangular en la zona de la bifurca--
ción o trifurcación que se extiende por una distancia variable
en dirección al ápice.

b.- Engrosamiento borroso radiolúcido del espacio parodon-
tal, limitado por un lado por la raíz y por el otro por disminu-
tas proyecciones irregulares de hueso.

c.- Disminución difusa de la radiopacidad que permite ver-
las trabéculas óseas.

d.- Siempre que se vea una marcada pérdida ósea radiográfi-
camente en relación con un molar, debe suponerse que la furca-
ción también está atacada. Es ésta regla extremadamente impor-
tante, el tratamiento limitado a la raíz con pérdida ósea ex--
tensa puede sellar la furcación afectada, impidiendo el drene-
y provocando la formación de un absceso parodontal.

B).- Pronóstico.

El pronóstico es la predicción de la duración, curso y ter
minación de la enfermedad y las probabilidades de su respuesta
al tratamiento. Conviene insistir en que todos los casos depen

den de una correcta higiene oral y masaje gingival por parte del paciente.

Para elaborar un pronóstico acertado, es necesario: conocer a fondo los hechos fisiológicos que hacen que la salud se mantenga, establecer un diagnóstico clínico acertado y comparar el hecho patológico actual con otros semejantes que se hayan tratado, cuya evolución la recuerda.

El pronóstico será favorable en las lesiones de bifurcación o trifurcación, siempre y cuando el tejido óseo de sostén se encuentre sano, por lo menos hasta la mitad de la extensión de las raíces del diente, así como también cuando las bolsas no se extiendan hasta el tercio apical.

La longitud de la raíz siempre estará en razón directa con el pronóstico y así veremos que casos avanzados en dientes cuyas raíces sean enanas, el pronóstico será negativo, y que cuando éstas sean medianas o largas, el pronóstico será bueno.

La movilidad dentaria que siempre estará influenciada por el número de raíces, por la forma de tamaño de éstas, por la destrucción parodontal y ósea, así como también por la función que el diente represente; nos ayudará a definir el pronóstico, ya que cuando esta movilidad sea de primer o segundo grado, esta será favorable, no así cuando la movilidad sea de tercer grado ó vertical.

El pronóstico de las parodontopatías debe relacionarse con

la totalidad del caso, incluyéndolo en la clasificación correspondiente, para luego hacer el pronóstico individual de ciertos dientes ya que lo exige la gravedad de la lesión.

C).- Plan de Tratamiento

El plan de tratamiento es la guía para el manejo del caso y debe ser completo e incluir todos los procedimientos necesarios para establecer y mantener la salud oral.

El plan de tratamiento puede ser luego modificado por circunstancias imprevistas, a medida que progresa el tratamiento. Debe dirigirse a crear bases sanas para el futuro, así como para salvar los dientes afectados en el pasado.

El plan de tratamiento es la suma total de procedimientos terapéuticos que lo componen, representa la cristalización de los conocimientos del operador sobre el problema del paciente.

La intervención quirúrgica se llevará a cabo habiendo preparado previamente al paciente para lo cual será indispensable obtener: un exámen de sangre determinado, fórmula sanguínea, tiempo de coagulación y sangrado, análisis de orina, un exámen cardíaco y conocer la presión arterial.

En el caso que el tiempo, coagulación y sangrado sean elevados, se preparará al paciente con la administración de vitamina K, y C, pudiendo también emplearse la P, ó de la permeabilidad.

Cuando el paciente sea nervioso se hará necesario, premedicación sedante y analgésica que se administrará media hora antes de la intervención.

En la clínica deberá disponerse de: campos operatorios, -- instrumental adecuado, torundas de algodón, gasas, bata quirúrgica y guantes, todo completamente estéril; de un eyector de sangre y baño germicida para los instrumentos que se hayan utilizado, manteniéndolos asépticos. La iluminación artificial deberá ser directa a la región por operar y el sistema de ventilación de la sala operatoria, deberá ser óptimo.

Antes de toda intervención quirúrgica deberá realizarse la valoración tanto de la superficies coronarias como radiculares de todos los dientes, pues siendo el sarro un factor local en la producción de enfermedades de los tejidos parodontales, deberá comprenderse que si después de haber practicado la operación que devolverá la salud a dichos tejidos quedan residuos, éstos como cuerpos extraños irritarán constantemente la mucosa que mantendrá un estado congestivo e hipertrófico, sin dar lugar a la regeneración y adhesión del epitelio interno a la raíz del diente.

CAPITULO IV.

C L A S I F I C A C I O N D E F U R C A C I O N E S.

Para facilitar el diagnóstico, Easley, J. R., y Drennan G. A., clasificaron las lesiones en furcaciones según su severidad y la destrucción de tejido.

Clase I, ó incipiente.- Es aquélla en la cual existe pérdida horizontal de hueso, apenas exponiendo la bifurcación o trifurcación. Clínicamente se puede introducir una sonda parodontal o la punta de un explorador No. 23, apenas 1mm. hacia la furcación.

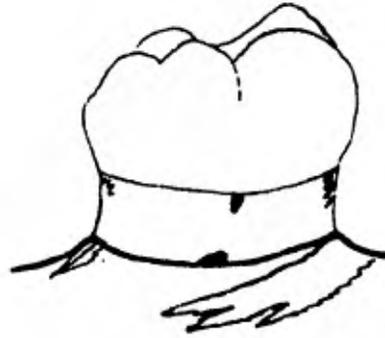
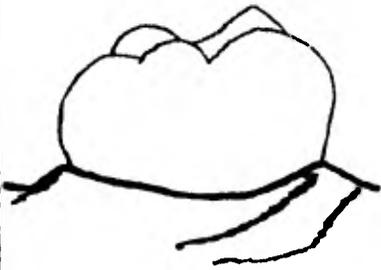
Clase II.- Se le considera así cuando clínicamente existe una comunicación franca de la furcación, en la cual un instrumento penetrará más de 2mm, pero sin alcanzar a destruir todo el tabique interradicular, para que el instrumento pase de un lado a otro.

Este tipo de lesiones son capaces de producir un medio ideal para la acumulación de irritantes locales, los cuales son prácticamente imposibles de eliminar por parte del paciente.

Clase III.- Existe este tipo de lesión cuando la destrucción ósea ha sido tal, que un instrumento alcanza a pasar de un lado a otro de la bifurcación o trifurcación. Es de suponer

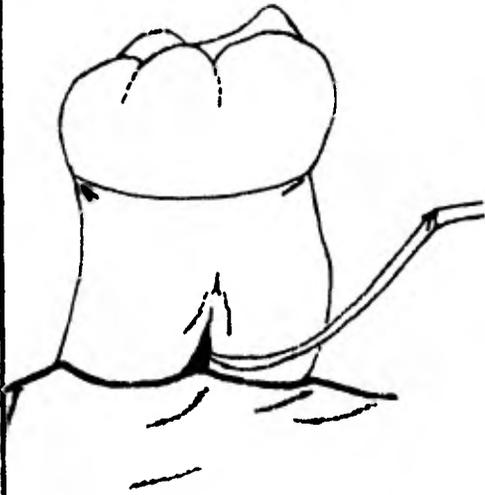
que un diente en estas condiciones tendrá un pronóstico parodontal dudoso a largo plazo. Sin embargo, en pacientes que tienen furcaciones clase III, pueden mantener esa zona libre de irritantes con mayor facilidad que en los casos de dientes clase II.

Clase I.



Clase II.

Clase III.



Clasificación de furcaciones para su mejor diagnóstico y tratamiento.

CAPITULO V.

TRATAMIENTOS
DE
LESIONES
EN
FURCACIONES.

El manejo de este tipo de lesiones en ocasiones se reduce a un estricto control de placa dento-bacteriana pero en otras se les trata mediante raspaje y curetaje, gingivectomía u operación por colgajo simple, segun sea la intensidad de la lesión y la arquitectura del proceso destructivo. Las bolsas supraóseas sin deformidades óseas se tratan mediante raspaje y curetaje o gingivectomía; las furcaciones con bolsas infraóseas y defectos óseos se tratan con operación por colgajo. Las lesiones de furcaciones pueden limitarse a un solo diente, pero con mucha frecuencia abarcan varios dientes.

A).- Clase I, ó incipiente, en aquellos casos donde existan contornos anatómicos cóncavos en la región de la furcación se recomienda, desgastar ligeramente el esmalte (odontoplastia) a ese nivel con una piedra de diamante muy fina, con el fin de proporcionar contornos más rectos que faciliten la higiene. En ocasiones el desgaste tendrá que ser tan extenso que será necesario preparar el diente para corona completa, invaginando el mismo a nivel de la furcación, para proporcionar un medio más accesible al cepillo, eliminando la porción cóncava de la anatomía coronaria.

La lesión de furcación incipiente suele presentar bolsas supraóseas que son tratadas mediante raspaje, curetaje y gingivectomía, según sea la profundidad de la bolsa y el grado de fibrosis de las paredes de la bolsa. Puesto que el proceso destrutivo está en su etapa incipiente, no es preciso penetrar en la furcación durante el tratamiento. La eliminación de la bolsa va seguida de resolución de la inflamación y reparación del ligamento periodontal y el margen óseo adyacente.

El raspaje quita la placa dentaria, cálculos y pigmentaciones, y así elimina los factores que provocan inflamación. Hay que apreciar la extensión de los cálculos subgingivales antes de tratar de retirarlos. Ello supone el deslizamiento de un instrumento sea explorador o raspador fino a lo largo de los cálculos sobre la raíz. Por lo general, la distancia entre el borde de los cálculos y la placa, y el fondo de la bolsa varía entre 0.2 y 1.0mm; las distancias más cortas y de menor accesibilidad son las de las bolsas más profundas.

Por lo común, el cálculo subgingival es pardo o de color chocolate, o pudiera ser más claro, casi de color del diente, y escapar así a la detección.

La remoción completa de cálculos subgingivales demanda el desarrollo de un sentido del tacto muy delicado. Durante el procedimiento de raspaje, hay que controlar la lisura de la raíz con un raspador fino o un explorador agudo.

El curetaje consiste en la remoción de tejido degenerado y

necrótico que tapiza la pared gingival de las bolsas periodontales. El emparejamiento de las superficies radiculares se denomina, alisado radicular. El curetaje acelera la cicatrización mediante la reducción de la tarea de las enzimas orgánicas y fagocitos, quienes de ordinario eliminan los residuos tisulares durante la cicatrización. Además, al eliminar el revestimiento epitelial de la bolsa periodontal el curetaje suprime una barrera a la reinsertión del ligamento periodontal en la superficie radicular.

El raspaje y curetaje, consiste en un movimiento de tracción, el instrumento toma el borde apical del cálculo y lo desprende con un movimiento firme en dirección de la corona. El movimiento de raspado comienza en el antebrazo y es transmitido desde la muñeca hacia la mano mediante una leve flexión de los dedos. La rotación de la muñeca está sincronizada con el antebrazo. En el movimiento de empuje, los dedos activan el instrumento.

En la eliminación de la bolsa se pueden dividir tres zonas fundamentales:

Zona 1.- Pared blanda de la bolsa y adherencia epitelial.- En esta zona se determina si la pared de la bolsa se extiende en línea recta desde el margen gingival o si sigue un trayecto tortuoso al rededor del diente; la cantidad de superficies que abarca la bolsa; la localización del fondo de la bolsa sobre la superficie dentaria, y la profundidad de la bolsa; la relación de la pared de la bolsa con el hueso alveolar.

Zona 2.- Superficie dentaria. Adheridos a los dientes hay cálculos y otros depósitos de la superficie dentaria, en cantidad y textura variables. Por lo general, el cálculo superficial es de consistencia arcillosa, visible, y se desprende fácilmente mediante una instrumentación bien hecha, a lo que en la profundidad de la bolsa, el cálculo es duro, pétreo y muy adherido a la superficie. En la porción coronaria de la raíz, el cemento es en extremo fino y se suele formar un reborde en la unión amelocementaria, el cual debe tomarse en cuenta cuando se raspe el diente.

En esta zona se determina: extensión y localización de los depósitos; estado de la superficie dentaria, presencia de zonas ablandadas y erosionadas; accesibilidad de la superficie dentaria para la instrumentación necesaria.

Zona 3.- Tejido conectivo entre la pared de la bolsa y el hueso.

En esta zona se determina, si el tejido conectivo es blando y friable, o firme y unido al hueso.

A').- Técnica:

1.- Aislamiento y anestesia de la zona.

El campo se aísla con rollos de algodón o trozos de gasa, y se pincela con un antiséptico suave, como merthiolate o metaphen. Durante el procedimiento de raspaje y curetaje, se limpia la zona intermitentemente con torundas de algodón saturadas con una mezcla de partes iguales de agua tibia y agua oxi-

genada al 3%.

Se usa anestesia tópica, por infiltración o regional, según las necesidades.

2.- Eliminación de cálculos supragingivales.

Elimínense los cálculos y residuos visibles con raspadores superficiales. Teniendo como consecuencia la retracción de la encía debido a la hemorragia desencadenada incluso por la instrumentación más suave.

3.- Eliminación de cálculos subgingivales.

Se introduce un raspador profundo hasta el fondo de la bolsa, inmediatamente debajo del borde inferior del cálculo y se desprende el cálculo. El cincel se usa para superficies proximales.

4.- Alizado de la superficie dentaria.

Se usan azadas para asegurar la eliminación de depósitos profundos, de cemento necrótico, y el alisamiento de las superficies radiculares. El alisamiento final se obtiene con curetas, que producen superficies significativamente más suaves.

5.- Curetaje de la pared blanda.

El curetaje elimina el tejido de degenerado, brotes epiteliales en proliferación y tejido de granulación, lo cual en su conjunto, forma la pared interna de la pared blanda de la bolsa, y crea una superficie de tejido conectivo cortado y sangrante. La hemorragia origina la contracción de la encía y la

reducción de la profundidad de la bolsa, y facilita la cicatrización al eliminar residuos tisulares.

6.- Pulimiento de la superficie dentaria.

Las superficies radiculares y coronarias adyacentes se pulen con tazas pulidoras de goma con zircate mejorado o una pasta de piedra pómez fina con agua. La flexibilidad de la taza de goma permite que llegue a zonas subgingivales sin traumatizarlos tejidos.

Se limpia la zona con agua tibia y se ejerce presión suave para adaptar la encía al diente.

B).- Clase II.

En el caso que existan bolsas supraóseas, bajo anestesia + local se sondea cada cara del diente, en dirección al hueso, - para determinar la forma de la destrucción periodontal. Una -- parte de la furcación está intacta; el tratamiento va desde la zona más afectada, y consistente:

En una gingivectomía se hacen marcas puntiformes sobre la encía, en la base de las bolsas, en todas las caras. Se hace una incisión de gingivectomía a través de las marcas determinadas, estableciendo el contorno del margen óseo subyacente. La incisión se hace con bisturíes periodontales o con bisturí de Bard-Parker núm. 12, y se bisela con una angulación aproximada de 45° respecto al diente. Se desprende la encía incidida, exponiendo el tejido de granulación de tipo globular, que se eli

mina con cureta. Se raspa y se alisa la raíz, se limpia la zona con agua tibia y se colocan cilindros de apósito periodontal sobre la superficie vestibular y lingual, y se hace presión sobre ellos para que penetren en los espacios interdentarios y creen retención. El apósito se retira después de una semana.

Cuando se retira el apósito, se limpia la zona y se observan las raíces para detectar pequeñas partículas de cálculos y el grado de pulido.

En el gran porcentaje las clase II, presentan una considerable destrucción ósea, pero sin embargo no se ha alcanzado a destruir el tabique interradicular para que un instrumento lo pase de lado a lado. En la mayoría de los casos el tratamiento de este tipo de lesiones requiere el restaurar protésicamente el diente y la intervención quirúrgica parodontal. En el caso de ser necesario la amputación de una o más raíces, el tratamiento endodóntico deberá ser realizado en la raíz(ces) por conservar.

El acceso de este tipo de lesiones se hace levantando un colgajo de espesor total o muco-periódstico, remoción de irritantes locales y tejido de granulación; algunos autores recomiendan efectuar ostioplastia, eliminando cráteres y defectos óseos, proporcionando la llamada arquitectura positiva.

La reposición apical del colgajo, necesaria para eliminar la bolsa parodontal, sugiere en ocasiones la eliminación de la

raíz o raíces más afectadas parodontalmente, para poder brindar un mejor pronóstico a largo plazo a las raíces que van a permanecer. La decisión sobre la odontosección o radizectomía deberá tomarse según el pronóstico parodontal y la capacidad del paciente para mantener esa zona libre de placa dento-bacteriana.

C).- Clase III.

Cuando las bolsas infraóseas y los defectos óseos son parte del cuadro clínico de las lesiones, el tratamiento de elección es la operación por colgajo. Cuando existen dientes con este tipo de lesiones, es común que algunos dientes adyacentes o antagonistas hayan sido extraídos. La boca de este tipo de pacientes está limitada en cuanto a función y eficiencia. Desde luego que dientes con furcaciones clase III, por lo general tienen un pronóstico dudoso y cierto grado de movilidad.

Para tratar de salvar este tipo de dientes se requiere de una valoración minuciosa por parte de diversas especialidades y será necesario restaurar la boca de ese paciente de manera integral.

En pacientes de edad avanzada en los cuales esté contraindicada la cirugía parodontal, el tratamiento más indicado será un minucioso control de placa dento-bacteriana por parte del paciente, incluyendo cepillos interproximales pequeños que puedan penetrar entre las raíces (limpia pipas). El empleo del Water-pik y otros métodos preventivos son igualmente recomen-

bles.

En el caso de decidir mantener una o más raíces por separado, es indispensable efectuar un estudio radiológico y clínico además de valorar la capacidad del paciente para mantener esa área libre de irritantes locales. Generalmente esta evaluación se hace a nivel de restauraciones provisionales las cuales fertilizan y facilitan la regeneración del tejido parodontal adyacente después de la extracción de las raíces contiguas.

Es importante saber diagnosticar la etiología de la lesión en la furcación. Si se trata de una lesión de tipo pulpar, con tratamiento adecuado de conductos habrá una resolución total.

Si la etiología es parodontal, aún con tratamiento de conductos adecuados la lesión persistirá.

En ocasiones el diagnóstico se dificulta, por lo cual se recomienda efectuar el tratamiento endodóntico previo a cualquier amputación radicular.

Al efectuar la radizectomía, es recomendable levantar un colgajo de espesor total y efectuar un examen clínico para evaluar cuál o cuáles de las raíces tendrán un mejor pronóstico. Durante el acto quirúrgico, además de eliminar la raíz afectada se deberá eliminar los irritantes locales, tejido de granulación y corregir defectos óseos y gingivales.

La hemisección y radizectomía en sí no son suficientes pa-

ra conservar la salud parodontal. Es necesario eliminar la furcación haciendo una pared lisa la cual evite retener irritan--tes locales.

La posibilidad de movilidad dentaria y traumatismo oclusal deben ser controlados efectuando ajuste oclusal por desgaste - mecánico para eliminar interferencias oclusales. Al mismo tiempo se recomienda estabilizar el diente involucrado con los di--entes adyacentes por medio de férulas de alambre, de acrílico, o una combinación de ambas.

Para preservar la mayor cantidad posible de soporte óseo - en la zona de la furcación, estas lesiones se tratan sin elimi--nar hueso de los defectos óseos. La finalidad de este enfoque--es obtener reparación ósea y modelado mediante el proceso natu--ral de cicatrización. Siendo posible usar implantes de hueso - autógeno y médula de cadera para obtener la reparación ósea -- del defecto óseo. Si no se consigue reparación después de nue--ve meses a un año, los defectos óseos se pueden eliminar medi--ante el remodelado del hueso.

Se han registrado resultados favorables en el tratamiento--de las furcaciones con implantes de plástico y hueso. Para ha--cer el implante, se mezcla 1, gramo de una mezcla por peso de--20% de hueso anorgánico pulverizado y 80% de polimetacrilato - con 0.5 ml de monómero de autopolimerización(liquido). Se expo--ne a la furcación que a rechazado un colgajo, se limpia la zo--na y se raspan y alisan raíces. El implante se coloca en un -- porta amalgamas y se empaqueta con atacadores de amalgama. Una

vez lleno el defecto, se elimina el exceso y se modela la superficie de plástico. Se coloca de nuevo el colgajo y se sutura; se cubre con apósito periodontal y se deja que transcurran 10 días.

D).- Indicaciones para la Amputacion de Raíces.

1.- Pérdida vertical de hueso² considerable en una de las raíces de molares inferiores o de 1 ó 2 raíces de molares superiores, siempre y cuando la raíz o raíces que vayan a permanecer en boca tengan un buen pronóstico parodontal.

2.- Proximidad radicular, la cual imposibilita al paciente a mantener esa área libre de placa dento-bacteriana.

3.- Furcaciones expuestas a caries o resorciones óseas al grado que los resultados quirúrgicos o restauradores impidan el mantenimiento adecuado de la región.

4.- Dientes de soporte contenidos en un puente fijo o férula y que de otra manera tendrían que ser extraídos.

5.- Dientes multirradiculares con fracturas radiculares ó verticales.

6.- En dientes que hayan tenido perforaciones a nivel de las furcaciones en los cuales ningún otro método puede resolver el problema.

7.- Caries radiculares infraóseas de alguna de las raíces.

8.- En casos en cuales la cirugía mucogingival haya fracasado para proporcionar una adecuada inserción epitelial o una banda adecuada de encía insertada.

9.- Raíces de dientes con pulpas no-vitales, las cuales no pueden ser tratadas por procedimientos endodónticos convencionales u obturación retrógrada. Por presencia de conductos accesorios, resorciones, dilaceraciones, pulpolitos, perforaciones o instrumentos endodónticos fracturados dentro de los conductos.

E).-- Contraindicaciones para la Amputación de Raíces u Odontosección.

1.- Cuando las raíces por mantener no tienen suficiente soporte parodontal.

2.- Cuando exista fusión radicular más apical al área afectada.

3.- En conductos inobturables por el endodoncista, ya sea por métodos convencionales o por obturación retrógrada.

4.- Falta de forma y posición adecuada de las raíces por preservar.

5.- Por enfermedades sistémicas que impidan el tratamiento

endodóntico, parodontal y protésico.

6.- Cuando la posición de la furcación con respecto al ---ápice de la raíz requiera de un procedimiento parodontal que - involucre el tejido óseo y que para crear una arquitectura ósea positiva sea necesario remover hueso de los dientes vecinos, disminuyendo su soporte parodontal.

7.- Cuando el paciente es incapaz de tener un control adecuado de la placa dento-bacteriana.

8.- Por limitaciones económicas y de tiempo.

F).- Radizectomía en Molares Superiores.

Los molares superiores presentan una situación más compleja que los inferiores, en cuanto a la distribución, número y - forma de las raíces. Debido a ésto, los problemas a nivel de - trifurcaciones son más complicados de resolver.

El diagnóstico y tratamiento de lesiones en trifurcaciones se dificulta por la posición y dirección de las raíces del mismo molar o de los dientes vecinos.

Desde el punto de vista protésico surge la complicación en cuanto al diseño anatómico de las caras oclusales en los molares superiores que han perdido alguna de sus raíces.

Este procedimiento puede ser empleado en cualquier raíz de un diente multirradicular superior, pero la raíz que más se --

presta es la mesiovestibular o la distovestibular de los molares superiores.

F').- Técnica de la Radizectomía.

Este procedimiento consiste en obturar los conductos radiculares, cortar la raíz y colocar una restauración en el conducto radicular seccionado.

1.- Primero se realiza el tratamiento endodóntico, obturando solo parcialmente la raíz que interesa. De esta manera, se ahorra al paciente la molestia que pueda sentir si la raíz se cortara y pasara un tiempo antes de que se efectúe el tratamiento endodóntico.

2.- Bajo anestesia local, sondéese la zona para determinar la extensión y el contorno de la destrucción ósea alveolar alrededor de la raíz que habrá de ser eliminada.

3.- Hágase incisiones verticales u oblicuas en la encía y la mucosa por mesial y distal del diente afectado, y rechácese un colgajo mucoperióstico.

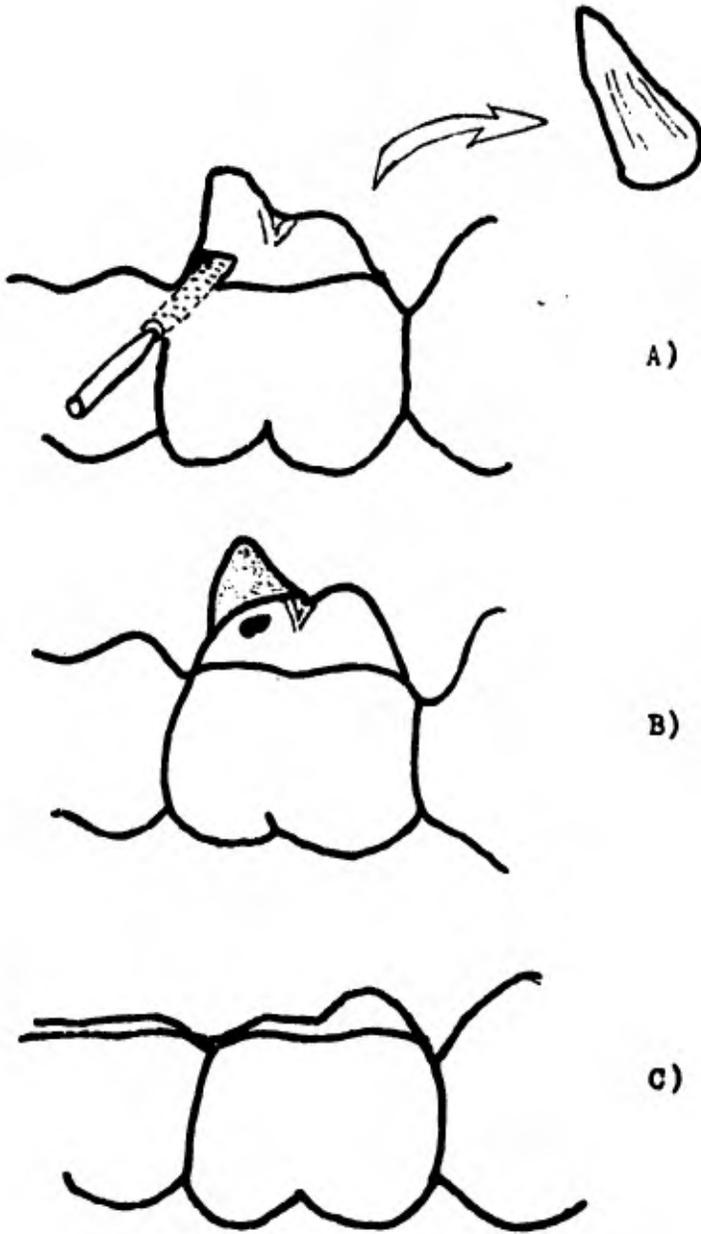
4.- Con un contraángulo y una fresa de carburo, córtese la raíz allí donde se une al diente, elimínese la raíz.

5.- Con una piedra de diamante, o fresa, alísese el muñón de la raíz cortada y módelase el diente para permitir el libre paso de los alimentos. Colóquese una restauración bien adapta-

da en el conducto radicular cortado.

6.- Ráspese y alísense las superficies radiculares que que den visibles y más accesibles al retirar la raíz.

7.- Límpiase la zona, vuélvase a su lugar el colgajo, sutú rese y cúbrase con apósito periodontal. Elimínese el apósito y la sutura después de una semana. Por lo general a los dos me-- ses se restaura el contorno gingival fisiológico y la repara-- ción ósea se detecta radiográficamente a los nueve meses.



Resección radicular en el tratamiento de la lesión de trifurcación. A), Raíz distovestibular cortada y eliminada. B), Superficie dentaria alisada, mostrando el conducto radicular que se ha obturado antes de la resección. C), Después de la cicatrización.

G).- Hemisección en el Tratamiento de Lesiones de Furcación.

En aquellos casos cuando existen lesiones en furcaciones y tanto en la raíz mesial como la distal tienen buen soporte óseo, se recomienda hemisección manteniendo ambas raíces. A este procedimiento se le ha llamado premolarización.

Siempre y cuando ambas raíces tengan buen soporte parodontal y estén lo suficientemente divergentes entre sí, se podrá seccionar el molar, tratando de separar las raíces y posteriormente se podrá restaurar protésicamente de manera adecuada.

Algunos autores sugieren el empleo de aparatos ortodónticos para separar las raíces, mientras otros las separan colocando una cuña de madera entre ambas y posteriormente las ferulizan con acrílico de autipolimerización.

El propósito de separar las raíces es crear una papila interradicular y una zona de fácil limpieza.

Una vez separadas las raíces se procede a restaurarlas con coronas completas en forma de premolares.

Con cierta frecuencia se observa que una de las raíces de un molar inferior se encuentra afectado parodontalmente, mientras que la otra mantiene un nivel óseo normal.

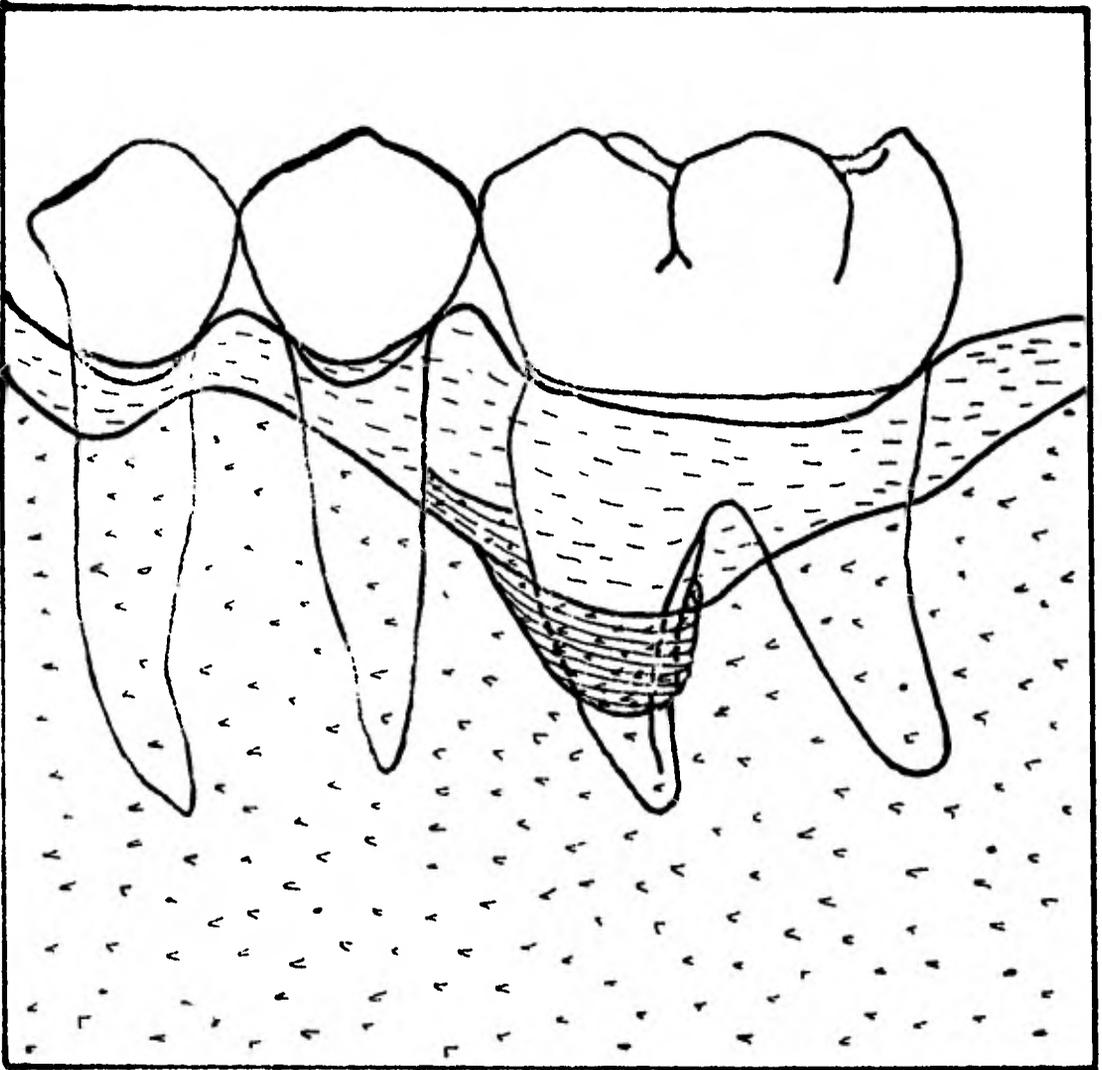
Radiográficamente se observa gran destrucción ósea en una-

de las raíces mientras que la otra está prácticamente en un estado parodontal ideal. En estas ocasiones es conveniente tratar de preservar una de las raíces y no comprometer ambas, si se tratan de mantener tal como está.

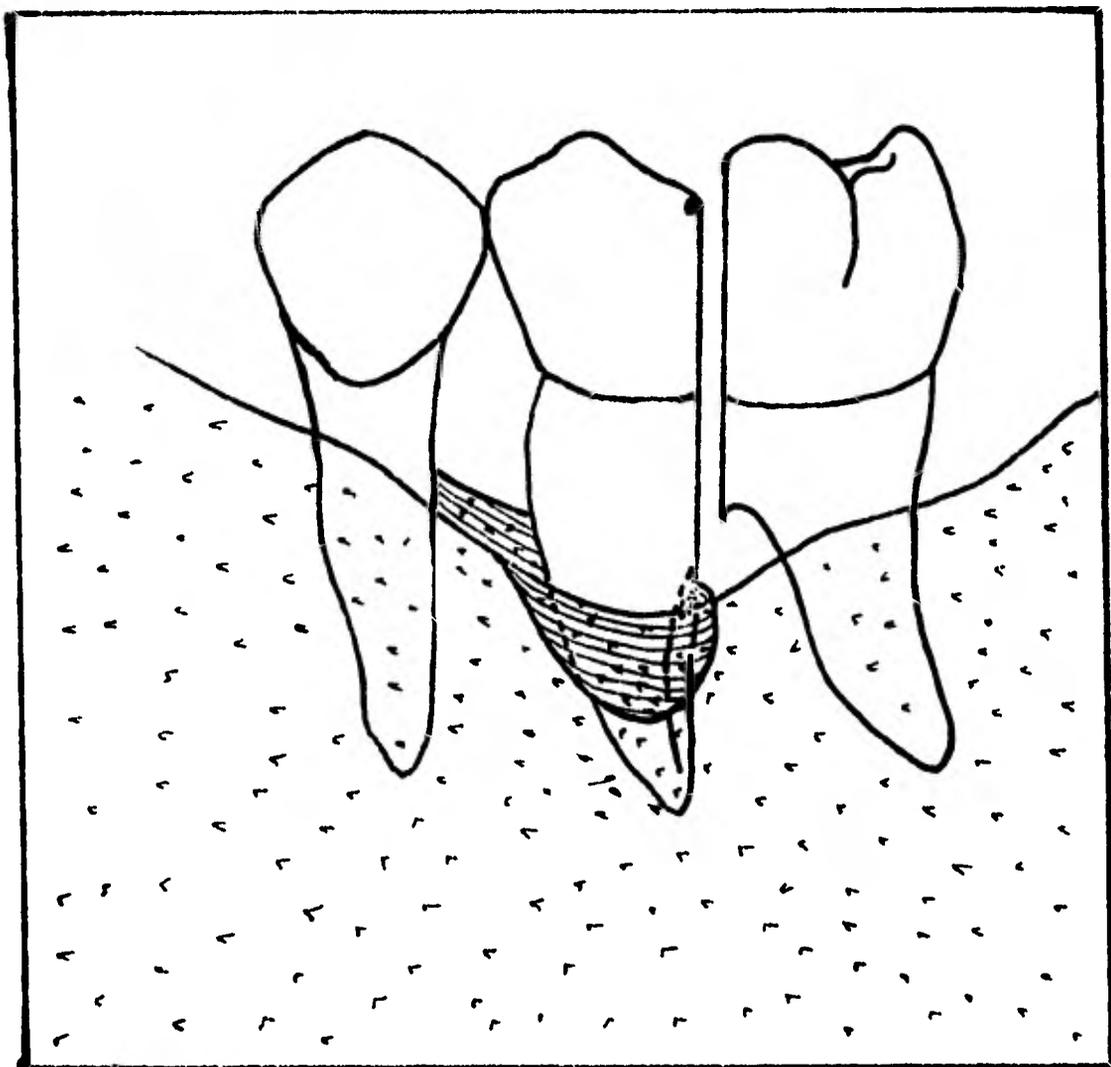
En aquellos dientes en los cuales se han eliminado algunas de sus raíces es recomendable ferulizarlos a dientes adyacentes.

G').- Hemisección.

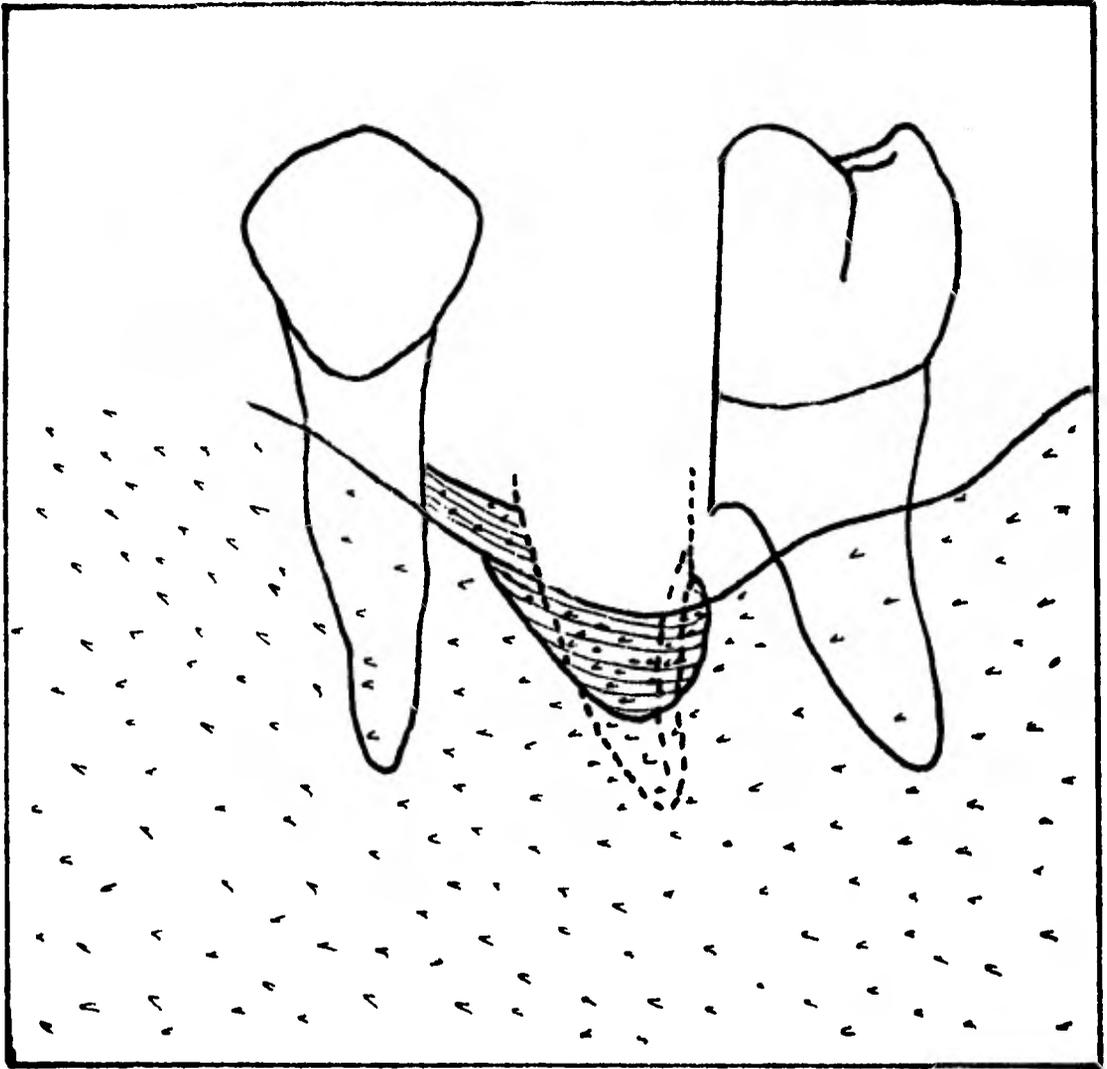
La hemisección utiliza la misma técnica que la radizectomía o resección radicular, excepto que se elimina la mitad de la corona junto con una de las raíces de un molar inferior. La mitad mesial o distal conservada sirve como pilar útil para una restauración dental.



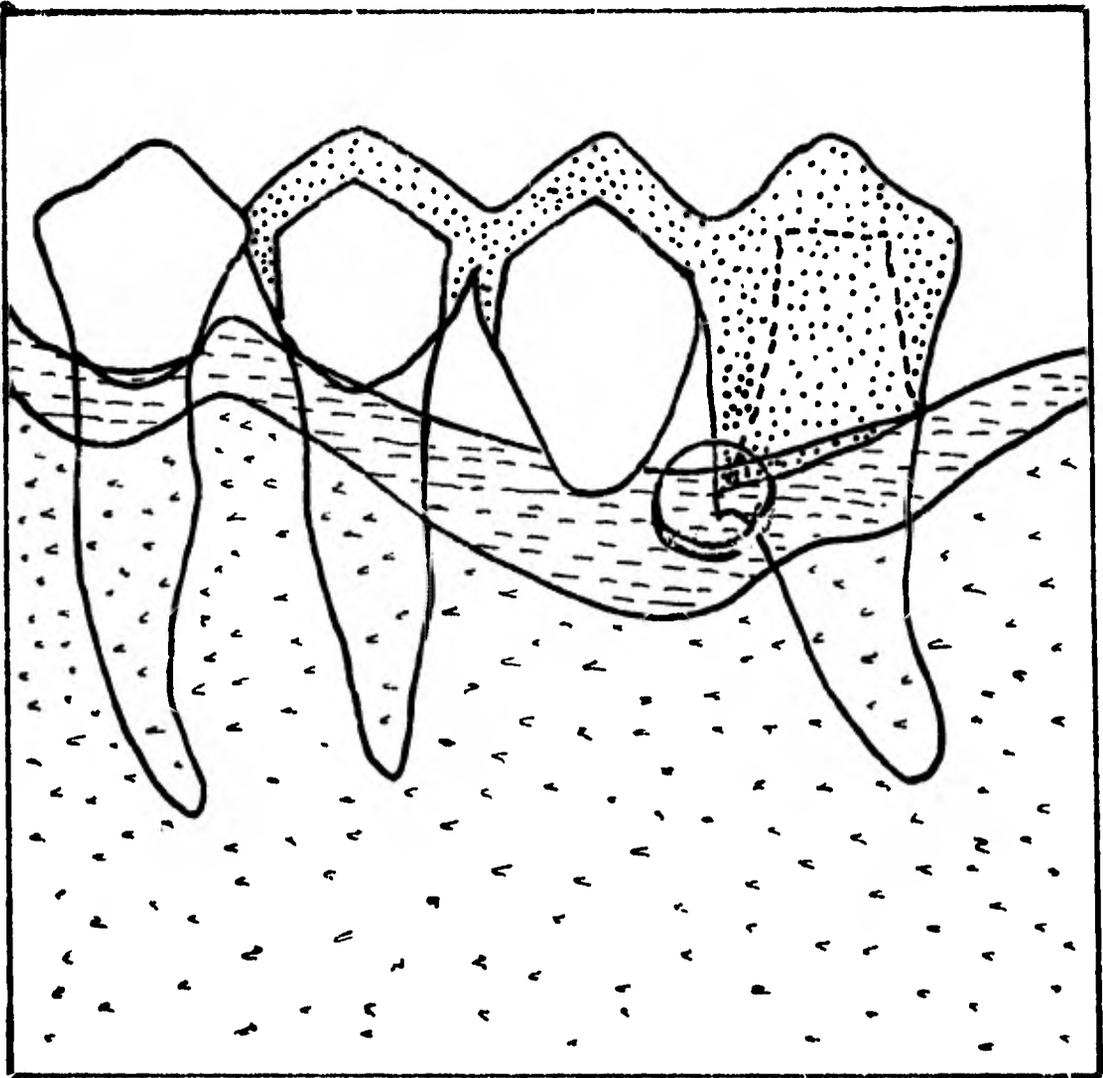
Molar inferior con pérdida ósea considerable en su raíz mesial y con lesión a nivel de bifurcación.



Hemisección del primer molar inferior con una fresa No. 700 hasta llegar a la bifurcación.



Amputación de la raíz mesial del primer molar inferior.



Construcción de una prótesis sobre la raíz distal del molar, pero sin haber eliminado la bifurcación. Esto está contraindicado, puesto que predispone la acumulación de --placa dentobacteriana e irritantes locales a ése nivel.

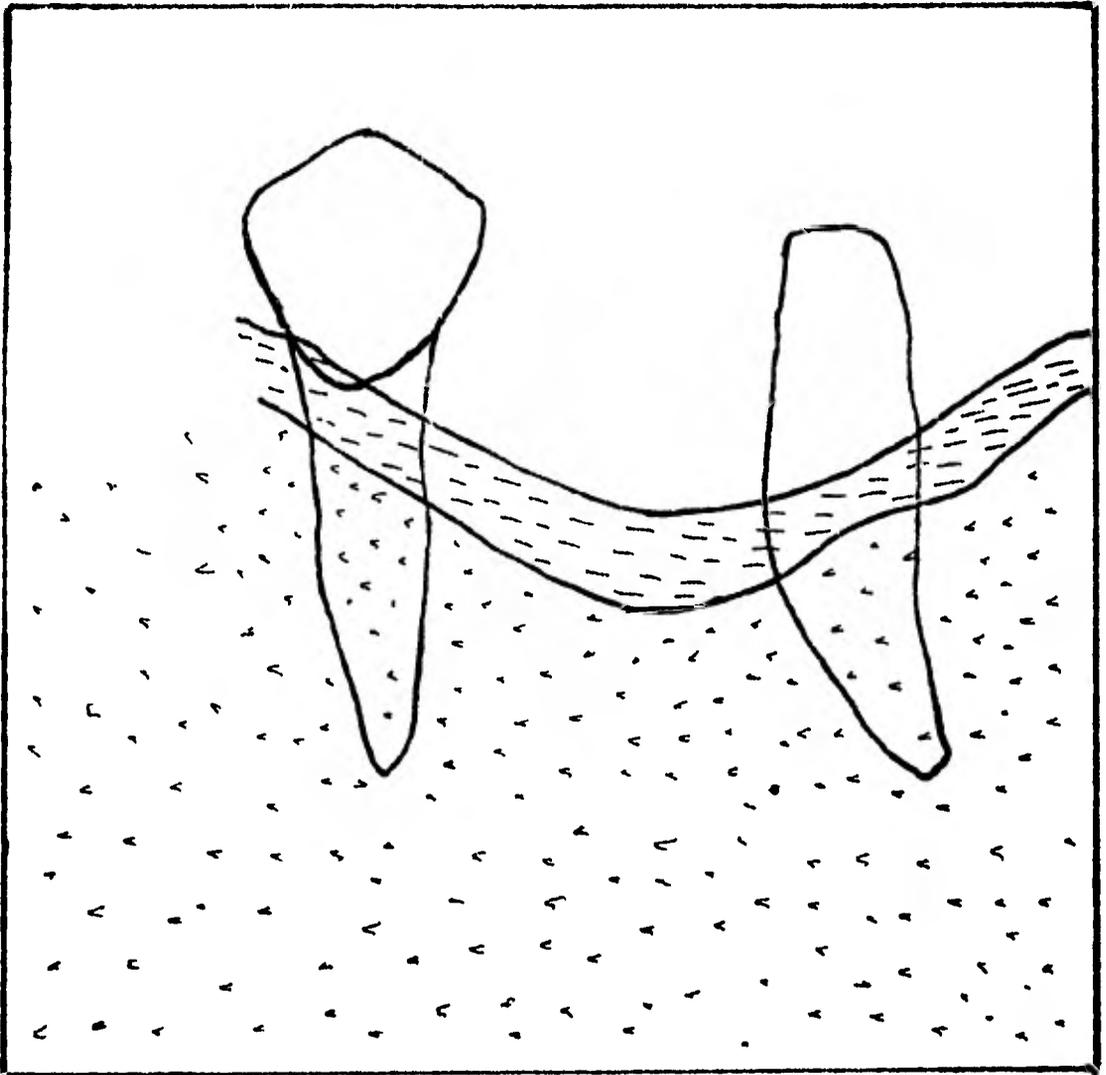


Diagrama mostrando la forma que debe tener la raíz por preservar, una vez efectuada la hemisección.

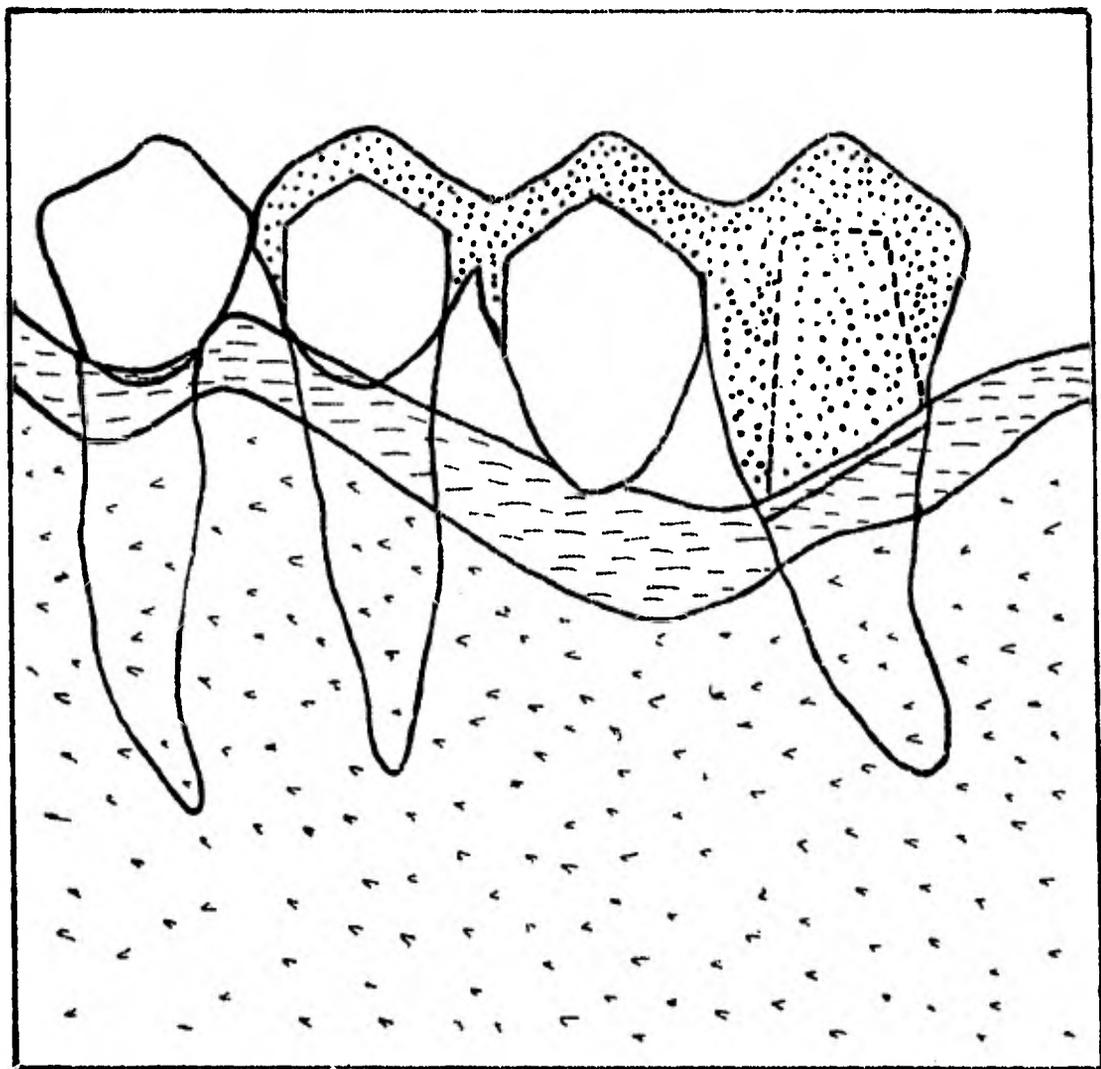


Diagrama mostrando el diseño que debe tener la prótesis sobre la raíz de un molar que ha sido seccionado.

CAPITULO VI.

F I S I O T E R A P I A O R A L.

La fisioterapia oral consiste en dos pasos muy importantes del tratamiento parodontal, el cepillado y la estimulación interdental. Estos procedimientos son llevados a cabo por el paciente y deben ser considerados por sus efectos preventivos y terapéuticos y no como simples ejercicios técnicos para mantener la boca limpia. El tratamiento parodontal queda incompleto sin una adecuada fisioterapia oral.

Debe hacércele ver al paciente que la terminación del tratamiento no es el punto final, sino que la autoterapia oral es también parte integral del tratamiento y que si él no coopera con el Cirujano Dentista será un fracaso el tratamiento.

Los elementos que son usados para la fisioterapia son:

- 1.- Cepillos de dientes para el masaje gingival y la limpieza de las superficies dentales.
- 2.- Estimulantes interdenciales para el masaje de la encía y la higiene interproximal.
- 3.- Hilo dental para la limpieza de las zonas interproximales y de las superficies gingivales de los pónicos.

La enseñanza al paciente debe ser detallada y minuciosa, - la fisioterapia incorrecta prolonga el tiempo necesario para -

la curación y puede impedir la restauración de la salud gingival.

Debe explicarse perfectamente al paciente el objetivo de una buena fisioterapia oral, sus propósitos y sus ventajas; -- por que si comprende que es lo que se busca, su aprendizaje se facilitara mucho más.

A).- Cepillado.

Hay diversos métodos de cepillado. Con la excepción de las técnicas evidentemente traumáticas, es la minuciosidad y la dedicación con que se lleva a cabo y no el método en sí lo que determina la efectividad del cepillado. En general si se realiza con suficiente cuidado la mayor parte de los métodos de cepillado dan resultados deseados. En algunos casos , está indicado hacer una combinación de diversos métodos.

B).- Estimulación Interdental.

La estimulación interdental es la que tiene como propósito eliminar los restos de comida y dar masaje a la encía interproximal.

Hay varios tipos de estimuladores pero uno de los más efectivos es la punta de goma, que además de serlo tiene menos probabilidades de crear espacios entre los dientes o agrandar los que ya existen. Los hay tambien de plástico o de madera.

El uso de la punta de goma está indicado en zonas interproximales expuestas por la reducción de la altura de la encía, - como sucede en las piezas tratadas por lesiones de bifurcaciones y trifurcaciones. No debe usarse a menos que ya exista un espacio en zonas interproximales o que el acceso del cepillo - no sea permitido por irregularidades de los dientes en alguna zona de la cavidad oral.

C).- Limpie Pipas.

Es un instrumento que se usa para eliminar los restos de - comida interproximales. No crea espacios entre los dientes o - agranda los ya existentes.

El uso del limpia pipas está indicado en zonas interproximales expuestas y en especial en el tratamiento de lesiones de furcación para una fisioterapia correcta de estos dientes.

D).- Hilo Dental.

El hilo dental se usa para eliminar restos interproximales de comida que no puedan ser alcanzados por el cepillo o el estimulador interdental.

El hilo dental ayuda a la higiene oral, pero no debe usarse cuando hay un empaquetamiento crónico de comida a causa de un defectuoso contacto proximal, o a la acción de cúspides impelentes. El hilo dental alivia las molestias pero no impide - las lesiones parodontales producidas por el empaquetamiento de

comida. Las áreas de empaquetamiento deben ser corregidas y no simplemente aliviadas por medio del uso continuo del hilo dental.

C O N C L U S I O N E S .

La presencia de la placa bacteriana es uno de los fracasos de cualquier tratamiento parodontal, debe el Cirujano Dentista hacer que el paciente se de cuenta, de el valor preventivo de una buena higiene oral y un cuidado dental periódico; recordar le que, al revés de la caries dental, la enfermedad parodontal es generalmente indolora y que se requiere de un cuidadoso exámen para su reconocimiento precoz; aclarando que la enfermedad parodontal es una enfermedad crónica progresiva que invariablemente comienza mucho antes de requerir la extracción del diente y que el tratamiento precoz es el más simple y el más económico.

Las lesiones en furcaciones pueden comprometer una o más raíces de un diente o bien las raíces de dientes vecinos.

Es importante saber diagnosticar el tipo de lesión a nivel de bifurcaciones o trifurcaciones, antes de hacer cualquier tipo de tratamiento, y evitar riesgos y gastos innecesarios.

Se recomienda efectuar el tratamiento de conductos previo a cualquier tipo de amputación radicular, y eliminar así toda posible molestia.

Los dientes que han sufrido amputaciones radiculares pueden tener un buen pronóstico siempre y cuando el paciente mantenga limpia esa zona y se haya efectuado una evaluación oclusal adecuada.

La radizectomía en ocasiones tendrá un mejor pronóstico --

que el mantenimiento del diente con lesiones en la furcación, - pues se elimina lo dañado y se conserva lo más sano y útil.

El utilizar un diente con lesión en bifurcación o trifurcación, como soporte de cualquier tipo de prótesis es riesgado y puede comprometer su pronóstico.

Un molar con hemisección puede funcionar como soporte de una prótesis, siempre y cuando tenga un buen soporte parodontal, adecuado tratamiento de conductos y protésico.

En la actualidad los dientes que presentan lesiones en bifurcación o trifurcación, en la mayoría de los casos se piensa que no tienen salvación y se debe recordar que esta sujeta a diagnóstico y un pronóstico como otras enfermedades.

Deberá instruirse al paciente sobre la autoterapia que deberá observar, para que el restablecimiento sea efectivo y no fracase el tratamiento.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Cirugia Bucal.
Guillermo A. Ries Centeno.
Editorial Ateneo. 1978.

- 2.- Diagnóstico y tratamiento de lesiones en furcaciones.
Revista A. D. M.
Organo Oficial de la Asociación Dental Mexicana.
Volumen XXXVI No 5.
Sep-Oct. 1979.

- 3.- Endodoncia.
Maisto Oscar A.
Editorial Mundi. 1975.

- 4.- Endodoncia.
Samuel Luks.
Editorial Interamericana. 1978.

- 5.- Enfermedad Periodontal Avanzada.
John F. Prichard.
Editorial Labor. 1972.

- 6.- Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento.
Burket L. W.
Editorial Interamericana 1961.

7.- Oclusión.

Erik Martines Ross.

Vicova Editores. 1978.

8.- Oclusión.

Sigurd P. Ramfjord.

Major M. Ash, Jr.

Editorial Interamericana. 1972.

9.- Periodoncia.

Goldman-Schluger-Chalkin-Cohen-Fox.

Editorial Interamericana. 1960.

10.- Periodoncia, Parodontología.

Orban Balin y Colaboradores.

Editorial Interamericana. 1960.

11.- Periodontologia Clínica.

Irving Glickman.

Editorial Interamericana. 1980.

12.- Terapéutica Periodontal.

Goldman-Schluger-Cohen.

Editorial Bibliográfica Omega. 1962.

13.- Tratado de Cirugia Bucal.

Kruger Gustav.

Editorial Interamericana. 1978.

- 14.- Terapéutica Periodontal Práctica.
Odontología Clínica de Norte America.
Irving Glickman.
Editorial Mundi. 1961.