

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

COMO SE DETERMINA EL PRONOSTICO EN
PARODONCIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
YOLANDA RIVERA ALVELAIS

MEXICO, D. F.

1967



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.



COMO SE DETERMINA EL PRONOSTICO EN
PARODONCIA

TESIS PROFESIONAL

YOLANDA RIVERA ALVELAIS

MEXICO, D. F.

1967

BIBLIOGRAFIA.

Nombre: Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento.
Autor: Dr. Lester W. Burket.
País: México
Edición: Segunda
Año: 1954.
Pag.: 459 - 474

Nombre: Economía Dental Metodología del Trabajo
Autor: José Méndez Rivas
País: Argentina
Edición: Tercera
Año: 1961
Pag.: 123 - 139 (El trabajo y la salud.)

Nombre: Consejero Médico.
Autor: Dr. Huberto Swartout
Edición: Séptima.
Año: 1948
Pag.: 305 - 314

Nombre: Consejos Prácticos sobre Protección Radiológica en Odontología
Autores: Comisión Nacional de Energía Nuclear, Asociación Dental Mexicana, Comisión de la Sociedad Mexicana de Radiología.
País: México.
Año: 1961
Pag.: 1 - 31

Nombre: Los 7 Ejercicios Diarios para el Cirujano Dentista.
Autores: Eleanor Matheny D.H.D., - Gene A. Logan D.H.D.
País: E.E. U.U.
Edición: Primera.
Año: 1964.
Pág.: 1 - 14

INDICE

DEDICATORIA	pág.	1
INTRODUCCION	"	2
FACTOR PSICOLOGICO	"	4
CONSTITUCION DEL PACIENTE	"	6
ENFERMEDAD GINGIVAL	"	8
CARACTER DE LA PARADONTOPATIA	"	11
a).- BOLSA PARODONTAL	"	11
b).- DEPOSITOS DENTALES	"	13
c).- MOVILIDAD DENTARIA	"	15
d).- OCCLUSION TRAUMATICA	"	18
e).- ESTUDIO RADIOGRAFICO	"	22
f).- RESORCION OSEA	"	25
g).- NUMERO Y DISTRIBUCION DE DIENTES CONSERVADOS	"	28
CONCLUSIONES	"	29
BIBLIOGRAFIA	"	30

DEDICATORIA

Ahora que estoy por concluir mi formación escolar, no se jo de pensar en aquellos que la hicieron posible o contribuyeron a ella.

Habiendo sido como en todos los casos, un grupo muy numeroso, encabezado por mis padres, y dando testimonio a mi agradecimiento les dedico a ellos el presente trabajo.

A mis padres: Lic. Francisco Rivera C. y Profra. Ma. del Carmen Alveláis de R.

A mis abuelos: Librada Contreras y Dr. Leopoldo Alveláis.

A mis hermanos: Angel, Ladislao y Francisco.

A mis tíos y tías.

A Víctor por su ayuda y apoyo moral.

A mis amigas: Graciela, Olivia, Zoila, Hilda y Yolanda - por su ayuda.

A mis 4 planteles escolares.

Especialmente a mis 92 maestros de 16 años de preparación académica escolar.

Al Dr. R. Lozano y al H. Jurado que intervinieron directamente en la etapa final.

INTRODUCCION

" PRONOSFICO es el cálculo que el médico hace sobre la probable evolución que tendrá un organismo que ha perdido ese equilibrio que es conocido con el nombre de salud. "

" PARODONCIA es la rama de la Medicina que se encarga — del estudio de la unidad de sostén del diente ya sea para conservar su salud o para curar alguna lesión que afecte dicha unidad. "

Las enfermedades parodontales son las lesiones que afectan a la unidad de sostén del diente llamada parodonto.

El parodonto está formado por la encía, ligamento parodontal, cemento, hueso alveolar y hueso de sostén ya sea del maxilar o de la mandíbula. Siente el efecto de la injuria reaccionando con cualquiera de sus componentes pero al fin, responde por completo.

Al hacer un diagnóstico acertado de estas enfermedades y determinar la terapéutica a seguir, es necesario tener todos los conocimientos suficientes para actuar sin tropezos ni indecisiones, por lo que es conveniente que al examinar al paciente se tengan en cuenta todos los factores que intervienen pues no hay nada más desalentador para el enfermo con una lesión parodontal que se le haga un diagnóstico desacertado y por consiguiente un tratamiento inadecuado, dejando su problema sin resolver.

Hay que observar también si la lesión parodontal reacciona

nará adecuadamente al tratamiento, o si será inútil hacerlo -- porque las piezas afectadas no podrán seguir sosteniéndose.

Para decidir si un tratamiento parodontal tendrá el éxito esperado, debe hacerse un PRONOSTICO de dicha enfermedad y enterar al paciente de la gravedad de su problema para obtener su cooperación en el estricto cumplimiento de las prescripciones.

El pronóstico de la lesión requiere una historia clínica del paciente sobre alteraciones que ha padecido y de actualidad con lo cual se relacionaría la lesión parodontal, interrogando además, sobre el tiempo desde la cual sufre las molestias, ya que generalmente los pacientes llegan al consultorio del parodontista refiriéndose únicamente a lesiones en la encía.

En la presente TESIS tomaremos en cuenta diversos factores que intervienen en la enfermedad parodontal y su relación con el pronóstico.

FACTOR PSICOLOGICO

Los seres humanos difieren entre sí, por lo tanto, nuestra presentación y nuestro comportamiento deben ser distintos. Se trata de diversa manera a un niño que a la mujer o al hombre adulto.

El paciente llega a la clínica, generalmente con temor de padecer una enfermedad incurable que lo privará de sus dientes en un corto plazo, debemos neutralizar de inmediato el estado deprimente, poniendo en juego todos los recursos necesarios para obtener su confianza de inmediato, con una atenta recepción y practicando el interrogatorio con tacto y simpatía, concediendo toda la importancia a lo que diga y a las referencias sobre su vida, estimulándolo para que se exprese libremente, sin ridiculizarlo ni contrariarlo en sus aseveraciones y en sus juicios, conquistarlo por su lado débil, en fin por lo que más le entusiasme.

Con los pacientes muy nerviosos es preferible que la primera vez solamente haya un intercambio de confianza entre el paciente y el dentista. En la siguiente sesión explicársele su tratamiento, darle a entender que no es la única persona que ha sufrido ese problema y por lo tanto nosotros que hemos atendido a otros enfermos estamos en las mejores condiciones de resolver su afección. para éso se le enseñarán datos similares a los suyos de pacientes anteriores y los resultados obtenidos, así el paciente tendrá mayor confianza.

Se le pedirá que acceda a tomarse radiografías de las -- piezas afectadas y de las sanas para poder tener una relación exacta del caso y poder llegar enseguida y lo más pronto posible a un diagnóstico acertado.

Con enfermos cooperativos en la primera sesión debemos -- insinuar nuestra impresión general acerca de la afección y, en la segunda entraremos en detalles sobre bases científicas mostrando con un espejo el grado de movilidad, de atrofia gingival, de supuración, etc., así como exponerle lo que podemos esperar del tratamiento escogido, particularizando el pronóstico de aquellos dientes que así lo exijan por la gravedad de su estado. Claro está que la impresión profesional no debe transmitirse a todos los pacientes de la misma manera, con las mismas palabras en el mismo tono afirmativo ni con la misma crudeza de lenguaje cuando hayan situaciones graves.

CONSTITUCION DEL PACIENTE

Otros factores que hay que tener en cuenta en el enfermo son: su constitución, edad, antecedentes personales, familiares, recalcando los hereditarios, el sexo, recordando la fragilidad de la mujer para las parodontopatías y la influencia de sus estados fisiológicos: menstruación, embarazo y menopausia.

En general los problemas parodontales en personas adultas evolucionan más lentamente y permite un pronóstico más profesional; no puede sugerirse el mismo pronóstico en pacientes con salud precaria o de temperamento excitable y nervioso, que en otros con buena salud, físico recio y buena disposición para las intervenciones, por eso es que resulta interesante particularizar la anamnesis en lo que se refiere al temperamento y a la dolencia general anterior o actual.

Los problemas dentales también son dignos de tomarse en cuenta. La extensión de la infección, la forma de reacción frente a ella en lo que respecta a lesiones periapicales y marginales, la presencia de hiper o hipocementosis, la apreciación de osteítis condensante o rarefaciente.

Los hábitos de higiene general y bucal, los oficios o profesiones sedentarias que exigen largo esfuerzo y reclusión prolongada en locales cerrados, la falta de observación no solo de la higiene corporal si no de la higiene de la alimentación, la vida al aire libre y la cultura física, son otras tantas si

tuaciones que influyen para hacer un pronóstico reservado.

El carácter y la evolución anterior de la paradontopatía deben estudiarse escrupulosamente. El estado actual de la paradontopatía será sugerido por todos los elementos de diagnóstico a nuestro alcance y nos darán la pauta para ubicar este caso en la clasificación respectiva, lo que nos facilitará sobremedida prever su evolución y el probable éxito de su tratamiento.

El aspecto médico general es importante ya que pueda referirnos alguna anomalía que pudiéramos relacionar con la paradontopatía.

ENFERMEDAD GINGIVAL

La base más práctica para determinar la etiología de las diferentes formas de enfermedad gingival, consiste en conocer los tipos de cambios tisulares capaces de producir cualquier alteración clínica. Es común, el uso del término gingivitis (inflamación de la encía) para referirse a todas las formas de enfermedades gingivales especificando sus características clínicas o su etiología. Por ejemplo, los términos "gingivitis necrosante aguda" o "gingivitis desquamativa crónica" indican características clínicas mientras que "gingivitis de pubertad" se refiere ostensiblemente a la etiología. Gingivitis esencial significa inflamación de la encía, es una característica casi universal pero que es concomitante ya que pueden haber otros cambios patológicos como la atrofia, degeneración o formación de tumores. Debería usarse entonces el término de "enfermedad gingival" para referirse en forma no específica a las alteraciones gingivales.

En algunos casos la inflamación tiene una intensidad que va de acuerdo con el estado sistémico del paciente así como con la naturaleza, severidad y duración de la irritación local.

La enfermedad gingival puede estar localizada a un solo diente o a varios dientes o generalizada a toda la boca, y de acuerdo con su situación puede ser:

MARGINAL Interesa al margen gingival y puede incluir u

na parte de la encía adherida continua.

PAPILAR Limitada a la papila interdental. Cuando están atacados la papila interdental y el margen gingival, labial o lingual adyacente, se habla generalmente de "enfermedad gingival marginal".

DI-FUSA Cuando ataca la encía marginal y adherida y la encía palatina hasta una distancia correspondiente al largo de las raíces.

Por lo tanto la enfermedad gingival puede ser descrita como sigue:

a).- Marginal localizada: confinada a una o más zonas de encía marginal.

b).- Marginal generalizada: cubre la encía marginal de todos los dientes.

c).- Papilar.

d).- Difusa localizada: se extiende desde el mar en hasta el surco vestibular, pero en una zona limitada.

e).- Difusa generalizada: ataca la mucosa gingival de toda la boca excepto en el caso de inflamaciones agudas; la enfermedad gingival difusa generalizada es de origen sistémico.

Las alteraciones marginales son provocadas por factores locales sobreagregados.

La enfermedad gingival puede ser aguda, subaguda, crónica y recurrente. Los estados crónicos presentan exacerbaciones agudas y los estados agudos se hacen crónicos o recurrentes.

La enfermedad gingival aguda se caracteriza por su aparición rápida, corta duración y dolor, la subaguda es una fase poco severa de la aguda desapareciendo un poco los síntomas.

En la evaluación de la enfermedad gingival, es importante analizar los hallazgos clínicos de un modo sistemático. El interés por los hallazgos espectaculares no debe desviar nuestra atención, hasta el punto de no dejarnos ver otros detalles clínicos, no tan notorios pero a menudo igualmente reveladores. El estudio sistemático de la enfermedad gingival debe basarse en el análisis de cada una de las características clínicas: color, tamaño, contorno, consistencia, textura superficial, posición, hemorragia y color.

Las formas de gingivitis en general tienen un pronóstico favorable, una vez que la etiología ya ha sido definida. Las gingivitis por repercusiones generales tienen un pronóstico reservado. En las parodontitis marginales, hay un pronóstico favorable. En general hay que tomar en cuenta, la zona, la cantidad de dientes afectados, la constitución general del paciente, la colaboración del mismo y la terapéutica empleada y el cuidado post operatorio periódico.

CARACTER DE LA PARADENTOPATIA

El estado actual de la paradentopatía, será sugerido por todos los elementos de diagnóstico a nuestro alcance, que nos permitan ubicar el caso en la clasificación correspondiente, y poder así prever su evolución y el probable éxito de su tratamiento, para lo cual tendremos en cuenta los siguientes factores:

BOLSA PARODONTAL

Bolsa parodontal es la inserción gingival patológica y para diferenciarla de un intersticio sano es necesario exponer los siguientes puntos:

- 1.- Cambio de coloración de la encía que normalmente es rosa y a veces grisácea dependiendo del grosor del estrato córneo, durante la inflamación este color cambia desde el rojo intenso hasta el rojo azulado según sea su intensidad.
- 2.- Pérdida del punteado, el aspecto de la encía adherida es de la cáscara de naranja, este efecto se debe a la presencia de haces de fibras colágenas que entran en las papilas del tejido; en estados patológicos los elementos fibrosos se desorganizan y desaparecen.
- 3.- Retracción de la encía que es también consecuencia

#12.-

de la desaparición de las fibras gingivales. Los cambios en dichas fibras son resultado de la inflamación; el exudado inflamatorio penetra entre los grupos de haces colágenos como resultado de los sistemas enzimáticos vinculados al proceso inflamatorio, los primeros que se destruyen son los que se encuentran en la región media debajo de la zona ulcerada.

- 4.- El sangrado se presenta a consecuencia de la pérdida de continuidad del epitelio y al aumento del número de capilares abiertos.
- 5.- La presencia de un exudado que indica también la ulceración por necrosis del epitelio del intersticio, por lo tanto la profundidad del intersticio no es factor decisivo respecto a si hay o no una bolsa, ya que suelen encontrarse intersticios de 2mm. de profundidad y bolsas parodontales de una profundidad similar.

DEPOSITOS DENTALES.

Los depósitos dentales calcificados y no calcificados -- son factores importantes para producir o agravar la enfermedad parodontal.

Los depósitos blandos o materia alba están compuestos de gran variedad de sustancias orgánicas, células epiteliales, mucina y detritos alimenticios; no son solubles en el agua pero son suprimidas con el cepillado correcto aunque suelen aparecer pocas horas después de la limpieza. Esta materia es pegajosa y se adhiere en las regiones cervicales de los dientes alojándose en los espacios interdentes con la consecuente inflamación de la encía probablemente por los efectos tóxicos de los factores tanto químicos como bacterianos.

El depósito calcificado, cálculo dental o sarro, es una masa dura firmemente adherida a las coronas clínicas de los -- dientes además puede observarse en las dentaduras artificiales y otras prótesis.

De todos los factores causales de la enfermedad parodontal, es el que probablemente tiene el papel más importante. -- Las pruebas clínicas indican que es la causa local primaria de la mayor parte de las inflamaciones parodontales tomando en -- cuenta su situación al margen de la encía libre, así puede ser supra y submarginal.

El supramarginal es más abundante frente a los orificios de las glándulas salivales mayores, en las superficies lingua-

les de los dientes inferiores anteriores y en las superficies bucales de los primeros molares superiores. Está presente en casi todas las personas ya que la mala higiene bucal, la posición defectuosa de los dientes, las superficies rugosas o el sarro remanente en las odontoexesis incompletas pueden favorecer su depósito. Cuando no está teñido por el tabaco u otros pigmentos generalmente es de color crema o amarillento y moderadamente duro.

El submarginal es más duro que el supramarginal, tiene color café oscuro y se encuentra en las coronas clínicas de los dientes dentro del intersticio, de la bolsa gingival o paradontal. Es importante saber que el sarro se extiende siempre hasta el fondo de la bolsa, este hecho es claramente demostrable por el estudio microscópico de cortes de autopsia y de biopsia y por las imágenes radiográficas en que aparecen como zonas radiopacas. La presencia del espacio situado entre el sarro y la pared de tejido blando de la bolsa se debe a la disminución de volumen durante la preparación para la observación microscópica. La porción más profunda del depósito no está tan calcificada o tan dura como el resto, está formada principalmente por células epiteliales de descamación, leucocitos que han emigrado a través del epitelio de la bolsa, bacterias y hongos generalmente de tipo filamentosos tales como leytotrix y actinomicas

MOVILIDAD DENTARIA.

Normalmente los dientes presentan un ligero grado de movilidad, pero con la experiencia clínica podremos diferenciar entre movilidad normal y patológica. La dirección de la movilidad puede ser vestibulolingual, mesiodistal y vertical. La forma de diferenciar el grado de movilidad es cuestión personal ya que sabemos que el diente se encuentra fijo en la boca por medio de una articulación cuya característica es exclusiva de los dientes y que recibe el nombre de gomosis, ésta es móvil parcialmente y solo el movimiento es en exceso se puede hablar de movilidad patológica dentaria. Esta es causada por uno o más de los siguientes factores:

- 1.- Pérdida de hueso alveolar.
- 2.- Alteraciones inflamatorias de la membrana parodontal.
- 3.- Trauma en la oclusión.

El o los movimientos dentarios pueden clasificarse en 3 grados a saber:

- Grado I Ligera movilidad.
- " II Moderada movilidad.
- " III Acentuada movilidad en dirección mesiodistal, lateral y vertical.

La movilidad patológica dentaria se hace patente durante la masticación; en el consultorio dental puede clasificarse to mando el diente con ambos dedos índices y tratar de moverlo en

todas direcciones. Otra forma es tomar con el dedo índice de una mano la cara vestibular, palatina o lingual y con un instrumento tomado con la otra mano y cuyo mango (un espejo) quede en contacto con la cara contraria del diente y hacer presión con el instrumento.

El criterio del parodontista experimentado puede determinar el pronóstico de un diente según el grado correspondiente, así un diente con grado III tiene un pronóstico poco favorable en comparación con el que tiene grado II.

Los que se encuentran en grado III tienden al cambio de posición llamado migración dentaria que complica todavía más el problema y hace más desfavorable el pronóstico.

La posibilidad de restaurar la estabilidad de un diente es inversamente proporcional al grado en que la pérdida de hueso alveolar sea responsable de la movilidad. Por ejemplo, si un diente móvil presenta una marcada inflamación gingival, gran parte de esa movilidad se reducirá al eliminar dicha inflamación pues permitirá la restauración de las fibras gingivales, la eliminación del edema en el ligamento parodontal y la restauración de sus fibras degeneradas, todo ello con la consecuente reducción de la movilidad.

Los cambios destructivos ocasionados por el trauma de la oclusión en la membrana parodontal y el hueso alveolar contribuyen a la movilidad pero son reversibles, ya que cuando se establecen relaciones funcionales óptimas, se reducirá en la pro

#17.-

porción en que haya sido causada por el trauma. Pero la que es resultante solo o principalmente de la reducción de la altura del hueso alveolar, sin inflamación gingival apreciable ni lesiones traumáticas, es de difícil corrección.

BIBLIOTECA CENTRAL
U. N. M.

OCLUSIÓN TRAUMÁTICA

Quando las fuerzas oclusales exceden la capacidad fisiológica del parodonto, la oclusión se llama traumática. Esta se define como la fuerza oclusal anormal que produce lesiones en los tejidos parodontales. Algunos piensan que no debe emplearse el término de oclusión traumática sino el de oclusión traumatogénica.

Las fuerzas traumáticas pueden dividirse en dos componentes:

1.- Sobrecarga vertical. Fuerza en dirección al eje vertical del diente que es mayor a la que puede soportar.

2.- Sobrecarga lateral u horizontal. Fuerza excesiva en dirección lateral que puede ser mesiodistal, bucolingual o palatina. En la mesiodistal, las fuerzas son absorbidas por los dientes adyacentes, pero cuando faltan se hace sentir todo el efecto. Cuando es bucolingual hay una tendencia del diente a moverse lo que alivia el impacto de la fuerza permitiendo así los procesos reparativos normales.

El equilibrio funcional entre ligamento parodonto y hueso alveolar es especialmente sensible ya que responden más rápido a las alteraciones de las fuerzas oclusales que el cemento. En condiciones fisiológicas, los tejidos del parodonto se adaptan al número de fuerzas engrosándose o reabsorbiéndose. Cuando se excede la capacidad de su adaptación se producen can-

bios destructivos en el ligamento seguidos de cambios en el hueso alveolar y la superficie radicular. El aumento de las fuerzas axiales trae compresión de las fibras parodontales y reabsorción ósea en la región del periápice y tensión con formación ósea en el resto del hueso alveolar. Normalmente hay reabsorción ósea en las zonas del ligamento parodontal sujetas a presión y aposición en las zonas de tensión, lo mismo sucede con los movimientos de rotación. La respuesta ósea es aparentemente modificada con el tiempo que transcurre entre una y otra presión, encontrándose tolerancia del ligamento parodontal en dirección axial.

Las fuerzas repentinas y potentes llegan a producir contacto entre la superficie radicular del hueso y una zona en necrosis de ligamento parodontal con la consecuente reabsorción del hueso alveolar partiendo de las zonas adyacentes al ligamento parodontal que está degenerada y necróticas.

La disminución pronunciada o la falta de actividad funcional también perjudica al parodonto produciéndose un adelgazamiento por atrofia de sus fibras parodontales así como osteoporosis y reducción de la altura del hueso alveolar, ésto hace que disminuya la estimulación superficial y acción de limpieza de las comidas fibrosas acumulándose restos alimenticios que producen la inflamación de la encía.

Las lesiones producidas por las fuerzas excesivas son reversibles. Cuando hay procesos destructivos parodontales hay

estimulación de reparación, por tanto la reducción del trauma oclusal permite la restauración de las zonas dañadas.

Una fuerza aumentada no es excesiva si el parodonto la puede resistir, en cambio una fuerza fisiológica puede ser excesiva si la capacidad del parodonto está alterada. La capacidad de los tejidos parodontales de resistir las fuerzas funcionales se altera en las siguientes condiciones:

1.- La inflamación del ligamento parodontal en la parodontitis crónica lleva a la degeneración de las fibras principales y reduce así la capacidad del ligamento parodontal para resistir las fuerzas funcionales.

2.- La destrucción del hueso alveolar en la enfermedad parodontal y la pérdida de fibras parodontales reduce la capacidad del parodonto de resistir las fuerzas funcionales y al mismo tiempo crea un aumento relativo del esfuerzo exigida a los tejidos de soporte remanente.

3.- La edad y los estados sistémicos que inhiben la actividad anabólica o induce a cambios degenerativos, ejercen un efecto condicionante sobre el parodonto que reduce su capacidad normal para resistir las fuerzas fisiológicas y al mismo tiempo acentúa el efecto lesivo de las fuerzas excesivas.

Cuando los cambios tisulares traumáticos se presentan en estructuras que por lo demás, conservan perfecto estado de salud se habla de traumatismo primario. Si una enfermedad parodontal ha causado previamente una disminución o debilitamiento

#21.-

de los tejidos de soporte y ocurre un trauma oclusal, hablamos entonces de un traumatismo secundario.

ESTUDIO RADIOGRÁFICO

La radiografía es esencial en cualquier tratamiento parodontal ya que es un valioso auxiliar del diagnóstico, por lo que es mejor tener una serie completa de radiografías en la que se abarque la raíz y el hueso de soporte de todos los dientes tanto enfermos como sanos. Algunos autores opinan que este tipo de estudio completo llamado periapical podría denominarse de otra forma, quizá más conveniente porque no solamente veremos el periápice si no también otras estructuras y por lo tanto debería llamarse óseoradicular y coronal.

Es en la radiografía donde podemos observar algunos fenómenos que en la inspección clínica es imposible ver, teniendo siempre en cuenta que la interpretamos en dos dimensiones y con superposición de estructuras.

Se observarán entonces:

- 1.- Resorción de la cresta.
- 2.- Disposición trabecular.
- 3.- Proximidad de las raíces.
- 4.- Tipo de resorción infraósea (no es definitivo)
- 5.- Relación de corona y raíz.
- 6.- Aumento o disminución del espacio parodontal.
- 7.- Grosor del hueso alveolar proximal.
- 8.- Estado de la raíz (fusionadas o separadas).
- 9.- Resorción ósea interraticular.
- 10.- Caries de la raíz.

11.- Resorción de la raíz.

12.- Enfermedad periapical.

En las enfermedades parodontales hay resorción ósea y ésta comienza por la cresta que se nota radiolúcida entre más afectada se encuentre.

En la resorción por falta de uso, los espacios medulares aparecen más grandes y por lo tanto la disposición trabecular debe tomarse en cuenta porque con ella sabremos si hay o no suficiente hueso de soporte para un buen pronóstico.

Sabemos bien que cuando un diente tiene la raíz cónica - tiene menos probabilidad de salvación que un diente con la raíz fusiforme o multiradicular.

Aunque no es definitivo determinar la profundidad de la bolsa, nos puede dar una idea más precisa cuando disponemos de una punta de gutapercha o de un instrumento radiopaco cuyo extremo libre llegue hasta el fondo. La radiografía también es de trascendental ayuda cuando se sospecha una resorción interradicular.

La lámina dura también llamada lámina cribosa por estar perforada por numerosos vasos sanguíneos que llegan y salen -- del espacio parodontal, se nota como una línea radiopaca que rodea la raíz, normalmente es poco ancha o delgada, pero cuando hay trauma oclusal, puede engrosarse o desaparecer.

La radiografía también es de ayuda para ver la relación de la forma de la corona y de la raíz, así como el tamaño de -

RESORCION OSEA

La profundidad de la bolsa paradontal y su relación con los tejidos subyacentes así como el acceso con instrumentos a las caras del diente determinan el método de eliminación de la bolsa. La cantidad de hueso alveolar es también de importancia ya que a mayor cantidad de hueso presente el pronóstico es más favorable. La resorción del hueso alveolar se llama resorción frontal y a la del hueso de soporte resorción posterior. La densidad o porosidad del hueso alveolar es un factor engañoso e indefinido del pronóstico dependiendo éste de la edad, ya que un hueso poroso pero joven tendrá mejor probabilidad de éxito que uno denso pero de edad avanzada; sin embargo el hueso denso es preferible.

Comunmente se escucha: Cuál es el nivel mínimo del hueso remanente con el que debe intentarse el tratamiento paradontal o a qué nivel está indicada la extracción?. Para responder a estas preguntas se han su erido niveles radiográficos arbitrarios, tales como un tercio o la mitad del hueso de soporte, para determinar la extracción o retención de los dientes. Sería de gran utilidad que el pronóstico pudiera ser determinado solo por el nivel del hueso remanente. El establecimiento de un nivel óseo radiográfico como criterio para el pronóstico es muy atractivo en la práctica clínica, sin embargo, antes de aceptar estos niveles debe establecerse su validez y comprenderse sus limitaciones. En los casos extremos de muy grandes o -

la última. Entre la raíz y la lámina dura se encuentra un espacio radiolúcido que recibe el nombre de espacio del ligamento parodontal porque corresponde precisamente a este órgano. Las partes bucales y linguales del hueso no se registran porque se sobreponen con la raíz del diente.

Todos estos aspectos radiográficos deben ser observados antes y después del tratamiento, para poder tener una imagen comparativa entre la enfermedad y salud, siendo recomendable también estudios radiográficos posteriores periódicos.

muy escasas pérdidas de hueso no hay dudas sobre el pronóstico y los hallazgos radiográficos son definitivos.

El significado de los hallazgos radiográficos depende de las condiciones clínicas con que están asociados. Dos pacientes de la misma edad y el mismo nivel óseo remanente pueden tener diferente pronóstico.

En general, el pronóstico radiográfico total comprende el estudio del hueso de toda la boca ya que los aspectos radiográficos de un diente aislado pueden no estar de acuerdo con el tenor general de la respuesta ósea. Se ha señalado que niveles iguales de hueso remanente representan a diferentes edades, diferentes grados de pérdida de hueso, es por lo tanto, necesario conocer la edad del paciente antes de establecer radiográficamente la cantidad de hueso perdido.

En los casos de enfermedad parodontal destructiva crónica con factores locales similares, el paciente más joven y con mayor nivel de hueso remanente puede tener un pronóstico peor que un paciente de más edad con menos hueso remanente ya que el que tiene menos edad y mayor nivel óseo puede haber perdido en realidad más hueso que el que tiene más edad por la diferencia en el nivel normal de hueso en las respectivas edades.

Es verdad que en el individuo más joven debería esperarse una mayor capacidad reparadora o constructora de hueso, pero el hecho de que haya mayor destrucción ósea en un período relativamente corto indica que el paciente carece de la capaci

#27.-

dad formadora de hueso característica de su juventud y por tan
to el pronóstico es más pobre que en personas de mayor edad.

NUMERO Y DISTRIBUCION DE DIENTES CONSERVADOS

Es necesario tomar en cuenta el número y distribución de los dientes para el pronóstico, pues no serán iguales las fuerzas masticatorias en un solo diente que en un grupo ya que el contacto proximal presta cierto apoyo y absorbe energía o que es lo mismo, las presiones.

Cuando la situación de los dientes es favorable para la construcción de dentaduras artificiales que aseguren el equilibrio de la función, el pronóstico es mejor, así mismo como una mala restauración puede ser motivo de una fuerte acción de palanca o de báscula causando la regresión del tratamiento.

De acuerdo con lo expuesto se llega a las siguientes:

CONCLUSIONES

1.- Hacer un pronóstico precisa considerar en todos sus aspectos la anomalía presentada, procurando obtener la confianza del paciente para conocer las verdaderas causas que la originan y poder prever su evolución.

2.- El tratamiento satisfactorio del padecimiento requiere convencer al paciente para lograr su colaboración absoluta en todos los factores modificables por la voluntad como lo son el cepillado, eliminación de hábitos al morder, etc.

3.- Cuando los factores causales de una anomalía pueden eliminarse fácilmente el pronóstico es más favorable.

4.- El pronóstico necesariamente tiene un grado que puede ser:

Buena cuando se mantendrá en la boca el órgano dentario.

Favorable cuando existen las posibilidades de mantener en la boca el órgano dentario.

Dudoso o reservado cuando no es posible predecir los resultados.

Grave cuando la anomalía puede provocar la pérdida del órgano dentario.

Malo cuando se sabe que el tratamiento no evitará la pérdida del órgano dentario, y su extracción se ejecutará en previsión de otras consecuencias.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Acuña Ma. Luisa: Tesis Profesional. Bolsas Parodontales y su tratamiento. E. N. O., U. N. A. M. México D. F. 1964.
- 2.- Cuevas Fco.: Manual de Técnica Médica Propedéutica. México D. F. 1951.
- 3.- Glickman Irving: Periodontología Clínica. Editorial Mundi. Buenos Aires, Argentina. 1954.
- 4.- Goldman H. M.: Periodoncia. Editorial Interamericana. Primera Edición. 1960.
- 5.- Miller S. C.: Tratado de Periodoncia. Tomos I, II. Editorial Labor. Argentina. 1954.
- 6.- Orban Balint: Periodoncia. Editorial Interamericana. 1960.
- 7.- Pucci Fco.: El Paradencio, su Patología y Tratamiento. Casa A. Barreiro y Ramos. Montevideo, Uruguay. Segunda Edición. 1941.