

TEMA 4.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Autores:

García-De La Fuente AM, Estefanía-Fresco R, Aguirre-Zorzano L A

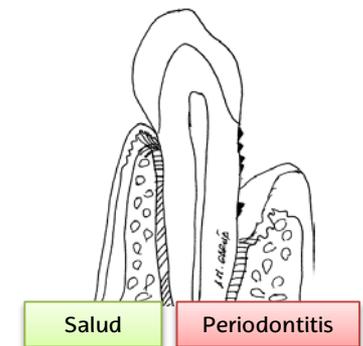
OCW-2017

DIAGNÓSTICO PERIODONTAL

Al realizar el diagnóstico debemos recordar que la boca, cada diente y el periodonto están unidos formando parte del paciente y existe una relación bidireccional con otros organos del cuerpo.

Es decir, al realizar el diagnóstico tendremos en cuenta al paciente y no sólo la propia enfermedad: EL DIAGNÓSTICO SIEMPRE SERÁ INTEGRAL

Para realizar el Diagnóstico clínico, es fundamental conocer las **características del periodonto en salud**.

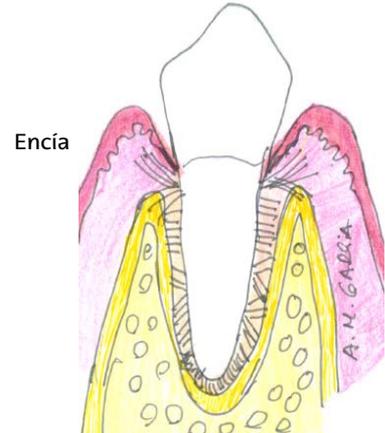


CARACTERÍSTICAS DEL PERIODONTO

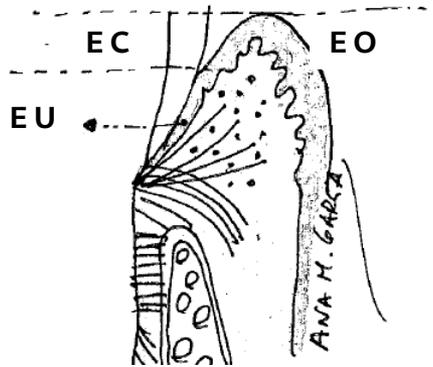
La encía es una parte de la mucosa oral; rodea al diente y al hueso alveolar.



Autores: A.M. García, R. Estefanía, L.A. Aguirre



Hueso alveolar



UNIÓN DENTOGINGIVAL (esquema)

EO: Epitelio oral

E.C.: Epitelio crevicular ó epitelio del surco gingival

E.U... Epitelio de unión

La unión entre el diente y la mucosa oral ó la **unión dento-gingival** es ÚNICA, y muy lábil.

Inserción única y especial:
 "une tejidos blandos y tejidos calcificados"



Además, esos tejidos calcificados (dientes) se interrelacionan con el medio ambiente

Periodonto de protección:
 Encía

Periodonto de inserción
 Ligamento periodontal
 Cemento radicular
 Hueso alveolar

CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS DE LA ENCÍA

Encía: en salud

Color: rosa coral; algunas persona pueden tener más melanina → *"melanosis gingibal"*

Tamaño: E. libre (1.5 mm) y E. adherida [1-9 mm] → Incisivos superiores: 9 mm
Caninos inferiores: 1-2 mm

Textura: parece que esta llena de puntos (punteado en piel de naranja) (sólo lo tiene el 40% de la población)

Consistencia: firme, sin exudado.

Contorno:

E. libre: rodea los dientes siguiendo la línea amelocementaria



E. Insertada: patrón festoneado, siguiendo la forma del hueso alveolar



Línea mucogingival (LMG)

Autores: A.M. García, R. Estefanía, L.A. Aguirre



CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS DE LA ENCÍA

Papila



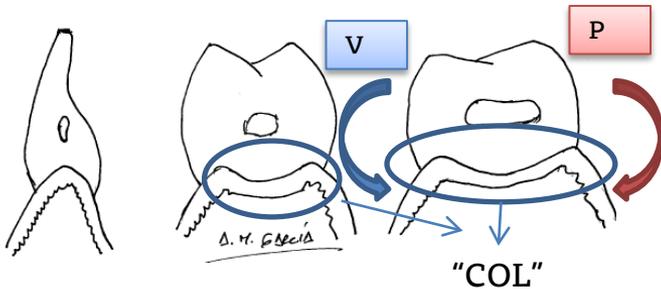
Entre los dientes, la encía toma una forma triangular formando la papila. La papila llena por completo el espacio interdental y su forma varía en función de la superficie de contacto interdental.

Autores: A.M. García, R. Estefanía, L.A. Aguirre

Dientes anteriores: punta de cuchillo / triangular

Dientes posteriores (PM/M):

- papila se aplana
- forma dos partes diferenciadas:
 - papila **vestibular (V)**
 - papila **palatina (P)** o **lingual**



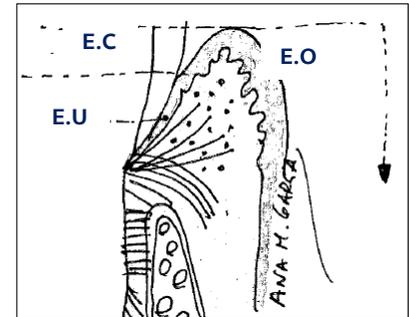
Esquema de la Papila

CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS DE LA ENCÍA

Encía:

Epitelio:

- **Epitelio oral (E.O.):** orientado hacia la cavidad oral.
- **Epitelio crevicular (E.C.)/Epitelio del surco gingival:** orientado hacia al diente, pero sin contacto físico.
- **Epitelio de unión (E.U.):** está unido físicamente al diente.



Tejido conectivo (*lamina propria*)



Componente principal de la encía y el ligamento periodontal

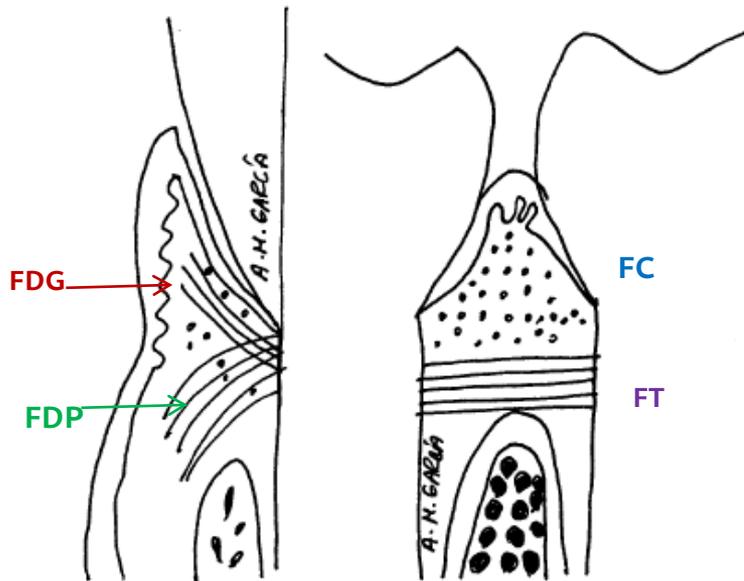
Componentes:

- Fibras de colágeno (60%)
- Fibroblastos (5%)
- Vasos sanguíneos, nervios y matriz (35%)

CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS DE LA ENCÍA

Fibras gingivales

El tejido conectivo de la encía está organizado en haces ó fibras; estas fibras rodean los dientes (tercio cervical), uniendo los dientes y los tejidos periodontales; es decir para mantener *la unión dentogingival*.



Fibras dentogingivales (FDG): van del cemento radicular a la encía.

Fibras dentoperiosticas (FDP): van del cemento radicular al hueso alveolar (periostio).

Fibras Circulares (FC): rodean los dientes.

Fibras Transeptales (FT): van de un diente a otro diente, atravesando el septo .

FIBRAS GINGIVALES

ANCHURA BIOLÓGICA (AB)

La encía rodea al diente.

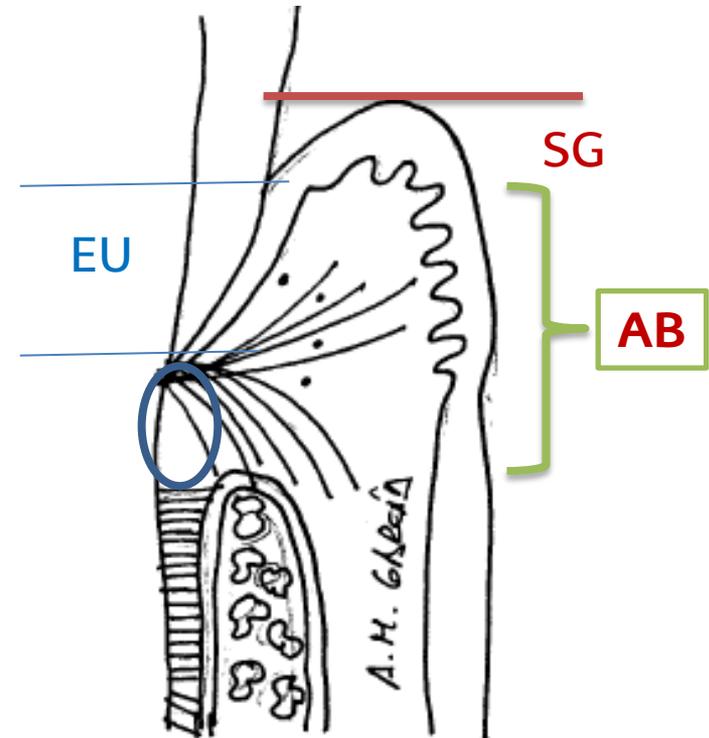
Para describir la dimensión de dichos tejidos blandos se utilizan los siguientes términos:

“Anchura biológica de la inserción de los tejidos blandos” ó “Anchura biológica” (AB).

Fue descrita por Gargulio *et al* (1961):

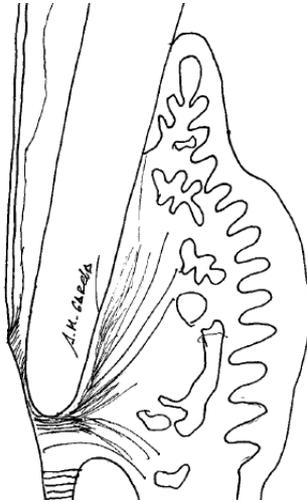
- Surco gingival (SG) (0.69-1 mm)
- Epitelio de unión (EU) (0.97 mm)
- Inserción del tejido conectivo (1.07 mm)

Según el tamaño



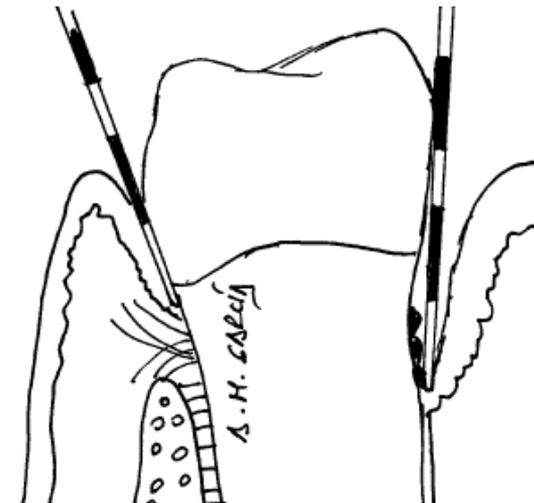
ANCHURA BIOLÓGICA= EPITELIO DE UNIÓN + INSERCIÓN DEL TEJIDO CONECTIVO

SURCO GINGIVAL/BOLSA PERIODONTAL



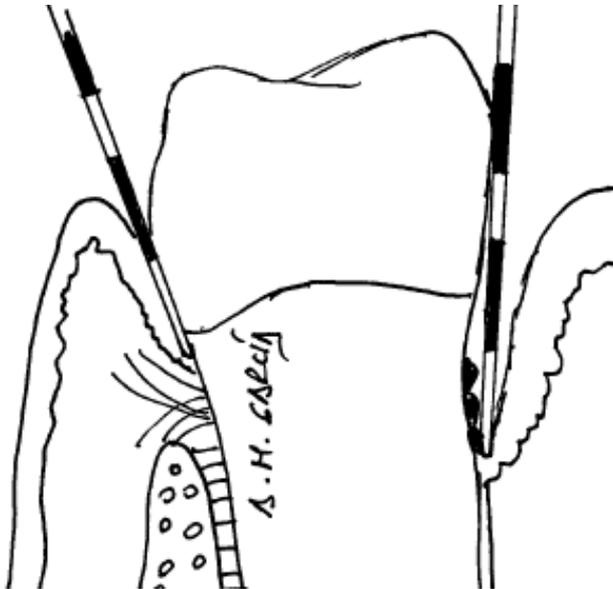
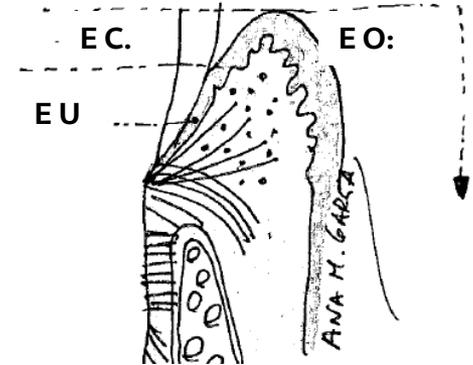
En cambio, cuando existe patología, el epitelio de unión y el tejido conectivo cursan con inflamación y la sonda atraviesa los tejidos y se acerca a la cresta alveolar.

La unión dentogingival es una estructura única. En salud, al realizar la exploración periodontal la sonda se detiene en el epitelio de unión.



SURCO GINGIVAL/BOLSA PERIODONTAL

Diferentes investigadores (*Gargiulo et al 1961, Novak et al 2008*), han propuesto que el **surco gingival puede medir [0.69-1] mm.**, en **ausencia de inflamación clínica.**



Definición de bolsa periodontal:

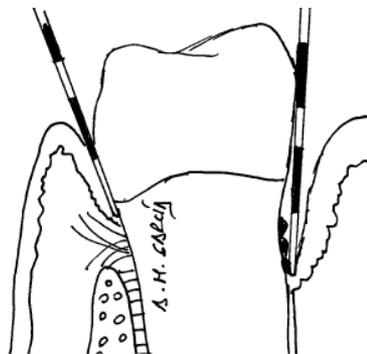
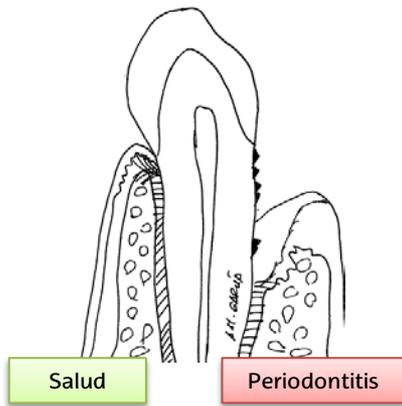
"Profundidad patológica del surco gingival donde existe pérdida ósea y pérdida de inserción"

(Weinberg et al 2003)

DIAGNÓSTICO PERIODONTAL

El diagnóstico periodontal debe determinar:

si existe enfermedad / patología ó no

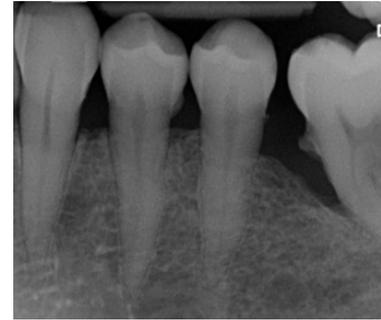
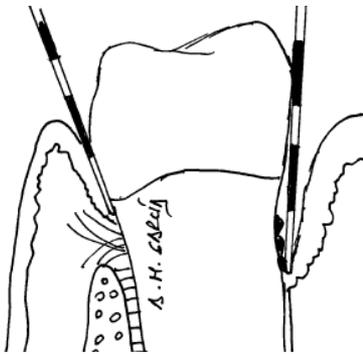
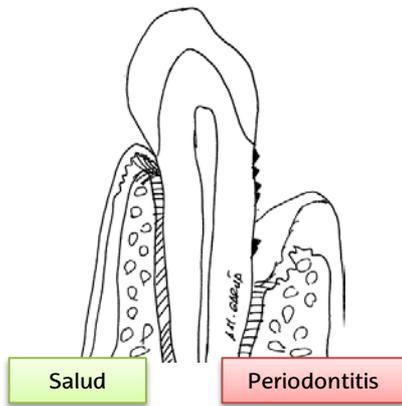


- ✓ Tipo: (Clasificación de las EP)
- ✓ Localización :
 - Localizada
 - Generalizada
- ✓ Gravedad de la patología:
 - Inicial ó leve
 - Moderada
 - Grave ó avanzada

DIAGNÓSTICO PERIODONTAL

Para realizar un diagnóstico correcto tomaremos en consideración:

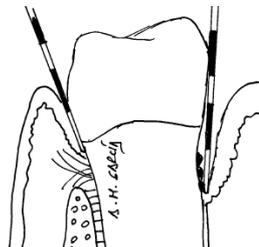
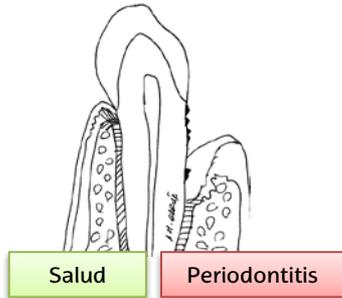
- Antecedentes (personales y familiares)
- Evolución de la patología
- Signos y síntomas clínicos
- Resultados de las pruebas diagnósticas



Autores: A.M. García, R. Estefanía, L.A. Aguirre

DIAGNÓSTICO PERIODONTAL

Últimos datos relativos a la Enfermedad Periodontal en España:

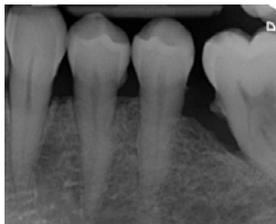


- 15 años: %25: cálculo
- [35-44] años: %25: bolsas periodontales moderadas ó avanzadas
- [65-74] años: %38: bolsas periodontales moderadas ó avanzadas

•Pérdida de Inserción (PI):

- ✓ [35-44] años: > 7%
- ✓ [65-74] años: > 31%

PI > 6 mm



Autores: A.M. García, R. Estefanía, L.A. Aguirre

(Bravo-Pérez et al. 2006)

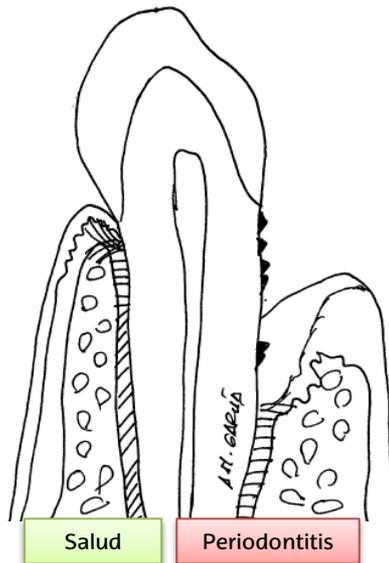
DIAGNÓSTICO PERIODONTAL



Autores: A.M. García, R. Estefanía, L.A. Aguirre

Los síntomas de la Enfermedad Periodontal , sobre todo de la periodontitis, no son muy aparentes y los pacientes no perciben que padecen la enfermedad, aunque sean las formas más severas.

Sólo un porcentaje pequeño de la población [7-15%] que padece EP avanzada acudirá a la consulta dental



*Por este motivo, la **responsabilidad** será del dentista. Ya que tiene la capacidad de identificar la enfermedad lo antes posible **para establecer el tratamiento correcto y mantener la dentición.***

Para realizar el diagnóstico periodontal

NECESARIO CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS

- ✓ Características clínicas (PI, Inflamación, SS...)
- ✓ Características radiográficas (defectos óseos...)

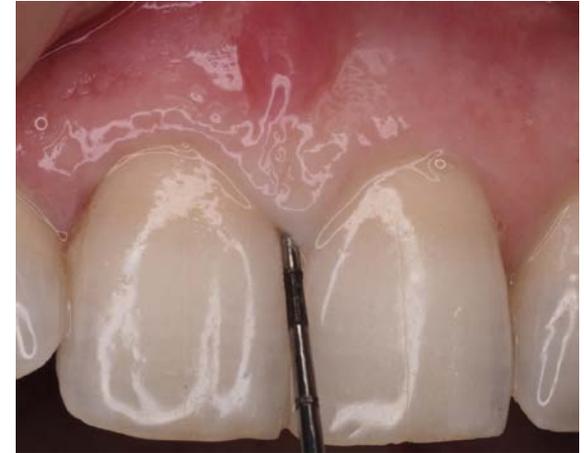
En salud
En enfermedad

- **Diagnóstico precoz**
 - Radiográfico (aleta de mordida)
 - Clinico(índices CPITN, PSR, EPB)
- **Diagnóstico periodontal:**
 - Exploración radiográfica (Serie radiográfica)
 - Exploración clínica completa



Primera consulta

- **Sangrado al Sondaje (SS) (BOP)**
- **Profundidad de sondaje** ↑
- **C.P.I.T.N./P.S.R. E.P.B.**



Sonda periodontal OMS

Valores:
 0 -Salud
 1 - Sangrado al sondaje
 2 -Cálculo
 3 -Bolsa: 3-5 mm
 4 -Bolsa: > 6 mm
 X: Sextante no válido

1.7 ← ○ → 1.4	1.3 ← ○ → 2.3	2.4 ← ○ → 2.7
4.7 ← ○ → 4.4	4.3 ← ○ → 3.3	3.4 ← ○ → 3.7



Radiografías de aleta de mordida

- **Pérdida óseas: angulares, horizontales...**
- **Espacio del ligamento periodontal**
- **Distancia entre la cresta ósea y la línea amelocementaria**

Indice C.P.I.T.N. (Ainamo, 1.982)

- **C.P.I.T.N.: Community Periodontal Index of Treatment Needs**
- **Sonda de la O.M.S.:**
 - Bola: 0,5 mm.
 - Línea negra: [3,5 - 5,5] mm.



**Autores: A.M. García,
 R. Estefanía, L.A. Aguirre**

SEXTANTE 1: 1.6	SEXTANTE 2: 1.1	SEXTANTE 3: 2.6
SEXTANTE 6: 4.6	SEXTANTE 3.1	SEXTANTE 4: 6

SEXTANTE 1: 1.7-1.4	SEXTANTE 2: 1.3-2.3	SEXTANTE 3: 2.4-2.7
SEXTANTE 6: 4.7-4.4	SEXTANTE 5:4.3-3-3	SEXTANTE 4: 3.4-3.7

Índice C.P.I.T.N. (Ainamo, 1.982)

Existen dos tipos de índice C.P.I.T.N, en función de la edad del paciente

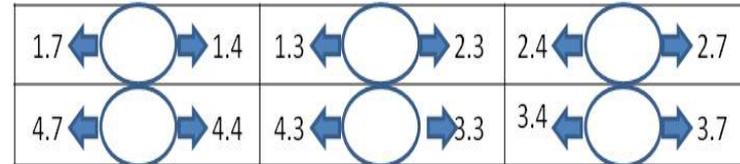
1.- < 20 años: la boca se divide en 6 sextantes, pero se explorarán sólo 6 dientes: 1.6, 1.1, 2.6, 3.6, 3.1, 4.6 (“DIENTES ÍNDICES”)

SEXTANTE 1: 1.6	SEXTANTE 2: 1.1	SEXTANTE 3: 2.6
SEXTANTE 6: 4.6	SEXTANTE 3.1	SEXTANTE 4: 6

2. >20 años: aunque se divide la boca en 6 sextantes, se sondan todos los dientes. El tercer molar sólo se sondeará cuando sustituye al segundo molar. Tras realizar el sondaje de todos los dientes del sextante, se anotará el valor más alto.

SEXTANTE 1: 1.7-1.4	SEXTANTE 2: 1.3-2.3	SEXTANTE 3: 2.4-2.7
SEXTANTE 6: 4.7-4.4	SEXTANTE 5: 4.3-3-3	SEXTANTE 4: 3.4-3.7

Índice C.P.I.T.N. (Ainamo, 1.982)



- Se divide la boca en 6 sextantes:**
- Se sonda cada diente en 6 puntos y se anota el valor más alto.**
- Para que un sextante sea válido, al menos debe tener 2 piezas dentarias que no vayan a ser extraídas; cuando esto suceda, el sextante pierde su validez y tomará el valor X.**
- Valores:**

Valores:

0 : Salud

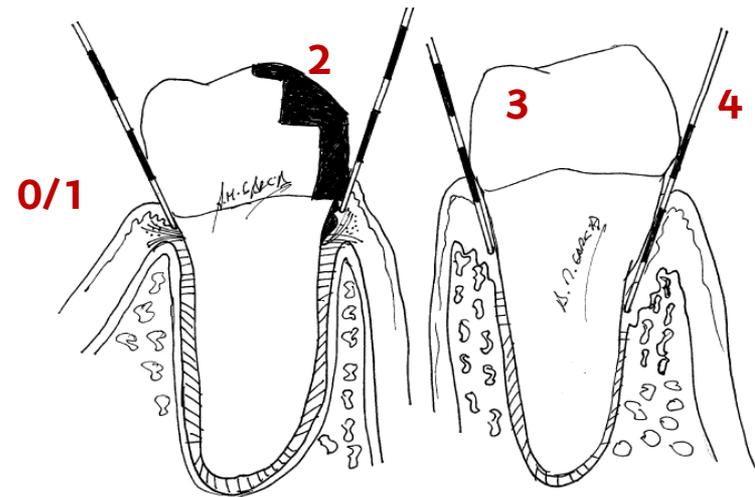
1 – Sangrado al sondaje

2 –Cálculo/obturaciones defectuosas

3 –Bolsa: 3-5 mm

4 –Bolsa: > 6 mm

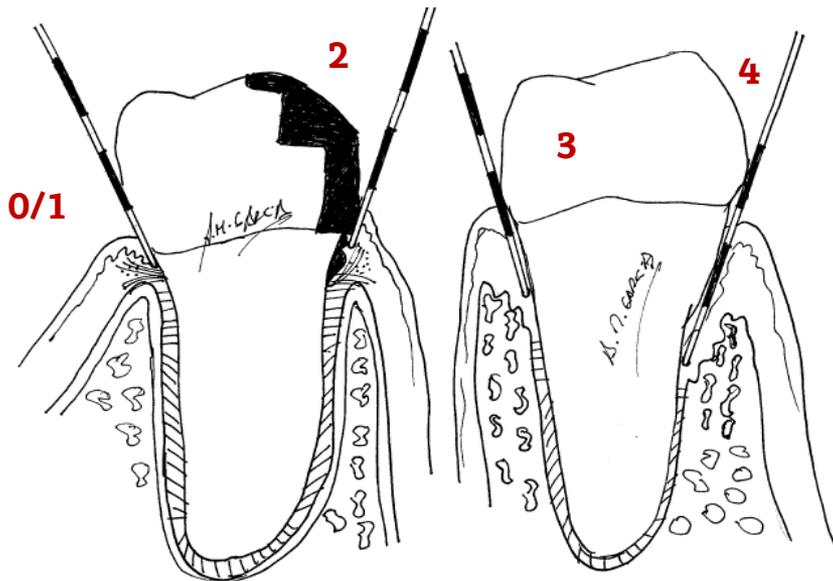
X- Sextante no válido



Índice C.P.I.T.N. (Ainamo, 1.982))

Valores:

0 : Salud	→	TNO	→	No es necesario ningún tratamiento
1 – Sangrado al sondaje	→	TN1	→	Instrucciones de higiene oral (IHO)
2 –Cálculo/obturaciones defectuosas	}	TN2	→	IHO+ Tratamiento no quirúrgico (Raspado y Alisado Radicular (RAR))
3 –Bolsa: 3-5 mm				
4 –Bolsa: > 6 mm	→	TN3	→	IHO+ RAR+ Tratamiento quirúrgico
X- Sextante no válido				

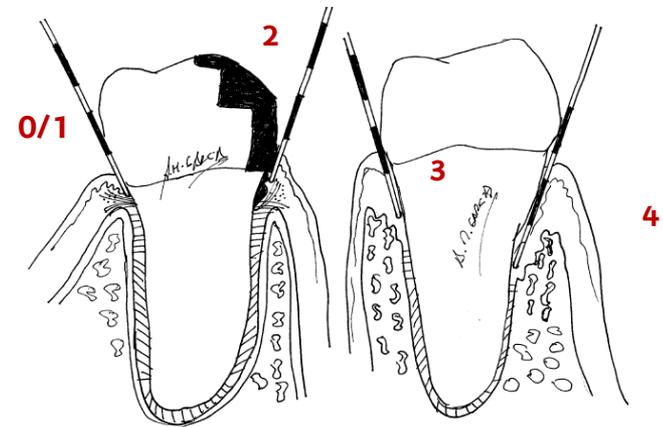


Aunque el índice C.P.I.T.N. es epidemiológico, resulta muy útil para realizar el diagnóstico precoz de la enfermedad, especialmente al combinarlo con radiografías.

P.S.R. ("Periodontal Screening Recording") American Association of Periodontology (A.A.P., 2002)

El índice C.P.I.T.N. presenta limitaciones ya que sólo tienen en cuenta la profundidad de sondaje . Por este motivo, la Asociación Americana de Periodoncia (A.A.P.) propuso un nuevo índice en 2002 denominado "Periodontal Screening Recording" (P.S.R.), es decir, Registro de Exploración/Cribado Periodontal .

Este nuevo índice es muy similar al C.P.I.T.N. Pero cuando en un sextante hay *recesiones, lesiones de furcación y movilidads dentarias* le añadiremos a ese sextante un * . Entonces se tomarán las medidas recomendadas (ver tabla siguiente)



P.S.R. ("Periodontal Screening Recording") *American Association of Periodontology (A.A.P., 2002)*

Código	PS	Sangrado	Cálculo/ Obturaciones desbordantes	Tratamiento
0	Banda negra visible (PS= 0-3,5 mm)	No	No	Tratamiento no es necesario (Prevención)
1	Banda negra visible (PS= 0-3,5 mm)	Si	No	Instrucciones de higiene oral (IHO)
2	Banda negra visible (PS= 0-3,5 mm)	Si	Si	Prevención/tartrectomía/ Cambiar las obturaciones
3	Banda negra parcialmente visible (PS ≤ 5,5mm)			Si este código aparece en 2 sexantes ó más: PERIODONTOGRAMA, Exploración Periodontal Completa y tratamiento periodontal.
4	Banda negra NO es visible (PS ≥6,0 mm)			PERIODONTOGRAMA , Exploración Periodontal Completa y tratamiento periodontal.
*	Movilidad dentaria /L. de furcación/ Recesiones: añadir al sextante correspondiente (* : PERIODONTOGRAMA y Exploración Periodontal Completa)			

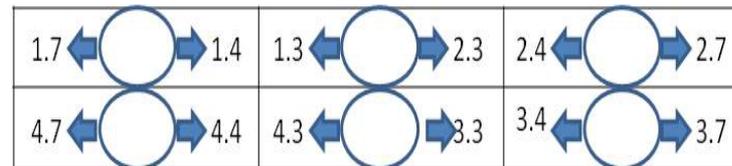
E.P.B. ("Examen Periodontal Básico") **(Sociedad Española de Periodoncia (SEPA)/ Consejo Dentistas de España 2010)**

La asociación Española de Periodoncia (SEPA) y el Consejo de Dentistas Españoles , en 2010, presentaron mediante el siguiente documento el índice E.P.B.

https://sepa.es/images/stories/SEPA/ESTAR_al_DIA/EPB/DossierEPB_2010def.pdf

Sonda SEPA-EPB
Sonda UNC 15

Se divide la boca
en 6 sextantes



Se refleja el valor más alto.

En el documento podéis obtener información sobre las recomendaciones, los valores y los factores de riesgo de la enfermedad periodontal.

E.P.B. ("Examen Periodontal Básico")
 (Sociedad Española de Periodoncia (SEPA)/ Consejo Dentistas de España 2010)

Código	PS	Sangrado al sondaje	Cálculo/ Obturaciones defectuosas	Tratamiento
0	PS= 0-4 mm	No	No	Tratamiento no es necesario (Prevención) Revisión anual
1	PS= 0-4 mm	Si	No	Instrucciones de higiene oral /TARTRECTOMÍA Revisión anual
2	PS= 0-4 mm	Si	Si	Prevención/tartrectomía/ Cambiar las obturaciones/RAR (BOLSAS) Revisión anual
3	PS= 4-6 mm			PERIODONTOGRAMA y Examen Periodontal completo y tratamiento periodontal.
4	PS ≥ 6 mm			PERIODONTOGRAMA y Examen Periodontal completo y tratamiento periodontal.
*	PS ≥ 7 mm/ Lesiones de furcación tipo 2-3, añadir * al sextante correspondiente (* : PERIODONTOGRAMA ETA EXPLORACIÓN PERIODONTAL COMPLETA)			

Para realiza diagnóstico precoz, combinaremos la realización del índice C.P.I.T.N. / P.S.R. y radiografías de aletas de mordida

C.P.I.T.N./P.S.R.	Rx.	Dx. precoz
Sangrado al sondaje	NO	Gingivitis
Código 3-4 [3-5 / >6 mm]	NO	Periodontitis inicial < 6-8 meses
Código 3-4 [3-5 / >6 mm]	SI	Periodontitis > 6-8 meses

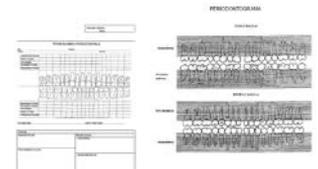
Una vez que en la primera consulta se ha establecido que existe patología periodontal, citaremos de nuevo al paciente para realizar una exploración clínica y radiográfica completa y así establecer un diagnóstico preciso.

- Historia clínica/
- Exploración dental
- Exploración periodontal
- Exploración radiográfica



PERIODONTOGRAMA

- ✓ Se reflejarán los siguiente parámetros clínicos:
 - Profundidad de Sondaje (PS)
 - Agrandamientos/Recesiones gingivales
 - Movilidades dentarias
 - Lesiones de furcación
 - Índice de Placa
 - Sangrado al sondaje
 - Supuración....
- ✓ Diagnóstico
- ✓ Pronóstico
- ✓ Plan de tratamiento



Autores: A.M. García, R. Estefanía,
L.A. Aguirre

Historia Clínica

La Historia Clínica es el conjunto de todos los documentos que engloban los procesos asistenciales realizados a un paciente; en ellos deben de estar identificados todos los profesionales que han tomado parte en los diferentes procesos asistenciales con el objetivo de reflejar dichos procesos de la manera más precisa posible.

Documentos incluidos en la Historia Clínica:

- ✓ Consentimiento informado
- ✓ Datos de afiliación del paciente
- ✓ Hoja de evolución de la enfermedad
- ✓ Antecedentes personales y familiares
- ✓ Exploración del paciente. En nuestro ámbito:
 - ❖ Exploración oral
 - ❖ Exploración dental
 - ❖ Exploración periodontal
 - ❖ Otros procedimientos diagnósticos

Historia clínica

Consentimiento informado

Tras realizar una exploración inicial, le daremos al paciente la siguiente información

- Información clínica

En general oral

Siempre será REAL

El paciente debe de entender la información que le proporcionemos
(por si mismo)

El paciente debe tomar la decisión

- Información del tratamiento

Objetivo del tratamiento

Riesgos del mismo

Consecuencias (en caso de no tratar la patología)

Aunque la información que le proporcionemos sea de forma verbal, la ley exige que exista una constancia escrita del consentimiento informado.

Historia clínica

Datos de afiliación del paciente

- ✓ Nombre y apellidos
- ✓ Domicilio
- ✓ N° de teléfono
- ✓ DNI
- ✓

Hoja de evolución de la enfermedad

En esa hoja registraremos:

- ✓ Evolución de la enfermedad
- ✓ Tratamientos
- ✓ Evolución tras el tratamiento
- ✓

Historia clínica

Motivo de consulta

- ✓ Es esencial conocer el **motivo de consulta**.
- ✓ En ocasiones los deseos del paciente y el tratamiento que necesitan no COINCIDEN
- ✓ Si el paciente solicita un tratamiento concreto, debe reflejarse en la historia clínica

Historia clínica

Antecedentes personales y familiares

En ocasiones se les proporciona a los pacientes una “CUESTIONARIO” donde los pacientes reflejan sus antecedentes familiares y personales.

Aunque se usen dichos “Cuestionarios”, es fundamental corroborarla con el propio paciente, para conocer y tener en cuenta la información más importante.

- **Tabaco**
- Diabetes Mellitus
- Enfermedad Cardiovascular
- T. coagulación
- Leucemia
- Cáncer
- Alergias
- Virus:
HEPATITIS, VIH, VIRUS HERPES, CMV
- Fármacos:
BISFOSFONATOS, ANTIDEPRESIVOS,
HIDANTOINAS, ANTICONCEPTIVOS....
- ...

Historia clínica

Exploración oral



Exploraremos la boca, los tejidos blandos y duros

Exploración dental

- Apiñamiento dental
- Migraciones dentales patológicas
- Caries
- Iatrogenia:
 - ✓ Obturaciones defectuosas
 - ✓ Prótesis dental:
 - ✓ ...
 - Márgenes protéticos mal adaptados
 - Pónticos largos
 - Márgenes protéticos que invaden la anchura biológica
 - ...

Historia clínica

Exploración dental

¿Qué le preguntaremos al paciente ?

- ¿Le sangran las encías?
- ¿Ha sentido quemazón en la boca?
- ¿Ha notado dolor ó malestar?
- ¿Ha tenido alguna vez abcesos?
- ¿Ha notado malaliento (Halitosis)?
- ¿ Ha notado que se le mueven los dientes?.....

Historia clínica

Exploración periodontal → Textura//Color//Contorno...

Haremos una exploración de la encía



Encía en salud:

- Color: rosa coral
- Textura: firme
- Contorno: patrón festoneado (sigue el contorno de los dientes)



Inflamación y edema

Color: rojo
Consistencia: blanda, hay exudado, edema
Tamaño y contorno: La encía aumenta de tamaño y cambia el contorno: se pierde la forma de papila (triangular, "punta de cuchillo"), y se vuelve roma, abollonada.

Historia clínica

Autores: AM García, R Estefanía, LA Aguirre

Exploración periodontal



Autores: A.M. García, R. Estefanía, L.A. Aguirre

Encía en salud:

- Color: rosa coral
- Textura: firme
- Contorno: patrón festoneado (sigue el contorno de los dientes)



Abcesos periodontales

Migraciones patológicas de la encía:

- agrandamientos
- recesiones

Movilidades dentarias

Lesiones de furcación

....

Historia clínica

Exploración periodontal

Autores: AM García, R Estefanía, LA Aguirre

Abcesos periodontales



Cuando hay abcesos periodontales, suele haber supuración en la encía. Esta es producida por la inflamación. El pus surge porque en el fluido crevicular existen abundantes neutrofilos.

Composición del pus

- ✓ Leucocitos
- ✓ Componentes tisulares necróticos
- ✓ Fluidos tisulares
- ✓ Bacterias ó microorganismos

Clínicamente, el pus se observa al retirar la sonda del surco gingival; entonces, en general se observa el pus bien en la punta de la sonda periodontal ó saliendo del surco gingival.

La supuración NO SIEMPRE está presente.

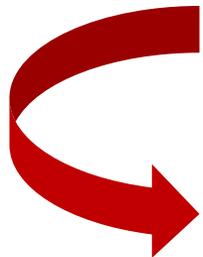
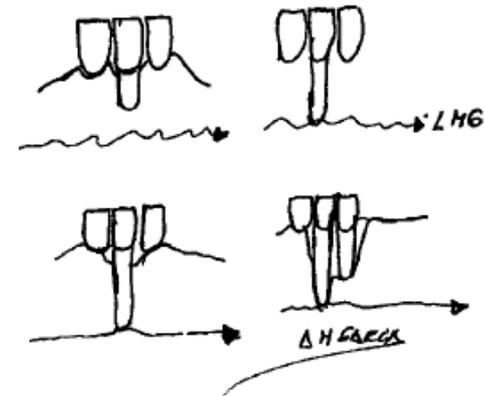
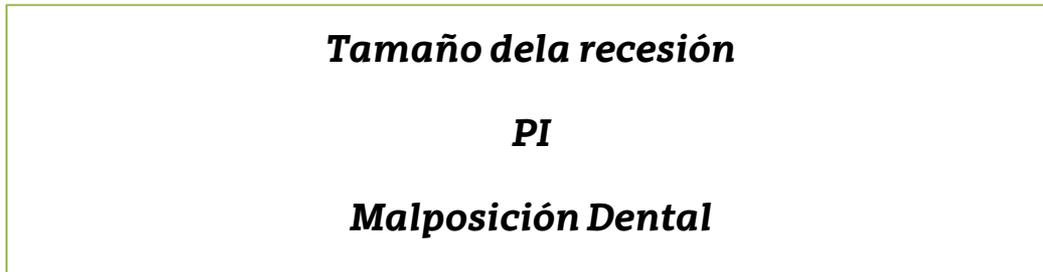
Historia clínica

Exploración periodontal

RECESION GINGIVAL

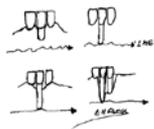
“Denudación parcial de la raíz de un diente, debida a la migración hacia apical del margen gingival.” Guinard & Caffesse

Clasificación de Miller (1985)



- I
- II
- III
- IV

VARIA EL PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO



Clasificación de Miller (Miller 1985)

Tipo	RECESION GINGIVAL	Pérdida de tejido blando y/u óseo interproximal	MALPOSICIÓN	PRONÓSTICO
I	NO LLEGA A LA LINEA MUCOGINGIVAL	NO	NO	COBERTURA COMPLETA
II	LLEGA/ ATRAVIESA LA LINEA MUCOGINGIVAL	NO	NO	COBERTURA COMPLETA
III	LLEGA/ ATRAVIESA LA LINEA MUCOGINGIVAL	Apical a LAC pero coronal a recesión	SI	COBERTURA PARCIAL
IV	LLEGA/ ATRAVIESA LA LINEA MUCOGINGIVAL	Apical a la recesión	SI, GRAVE	NO ES POSIBLE CUBRIR LA RECESIÓN

Historia clínica Exploración periodontal

Movilidad dentaria:

Se considera movilidad dentaria normal ó fisiológica, a la movilidad del diente dentro del alveólo.

Esa movilidad oscila entre 0.1-0.2 mm en sentido vestibulo-lingual.

Todos los dientes se mueven , especialmente los uniradiculares.

¿De qué depende?

- ✓ Cantidad de hueso alveolar
- ✓ Estado del ligamento periodontal
- ✓ Estado de las fibras periodontales
- ✓ Presencia de trauma oclusal
- ✓ Inflamación
- ✓ Presencia de absceso periodontal
- ✓ Otras patologías: abscesos dentales, tumores...

Historia clínica

Exploración periodontal

Movilidad dentaria:

Registrar la movilidad si la hubiera.

Usaremos 2 instrumentos para valorar la movilidad: el mango del espejo y una sonda periodontal. No usar los dedos para valorar la movilidad.



Autores: A.M. García, R. Estefanía, L.A. Aguirre

Tipos de movilidad dental

Movilidad Dental 0 = Movilidad Dental fisiológica: [0.1-0.2] mm

Movilidad Dental I: [0-1] mm

Movilidad Dental II: >1 mm,

Movilidad Dental III: >1 mm, incluyendo hacia apical

Sentido vestibulo-lingual

Historia clínica

Exploración periodontal

Defectos de furcación :

Los premolares y los molares tienen más de una raíz, es decir, son dientes multiradiculares.

El área donde las raíces se dividen reciben el nombre de área de furcación ó furca.

Además existen otros factores locales (alteraciones anatómicas, perlas del esmalte, longitud del tronco radicular...) que pueden ayudar a que el acúmulo de placa bacteriana sea mayor y que surja la periodontitis y lesiones de furcación.

Cuando aparecen las lesiones de furcación, el pronóstico del diente se complica , ya que la eliminación completa de la PB, del cálculo y de los tejidos inflamados de las lesiones resulta difícil de realizar.



Autores: A.M. García, R. Estefanía, L.A. Aguirre

Historia clínica Exploración periodontal

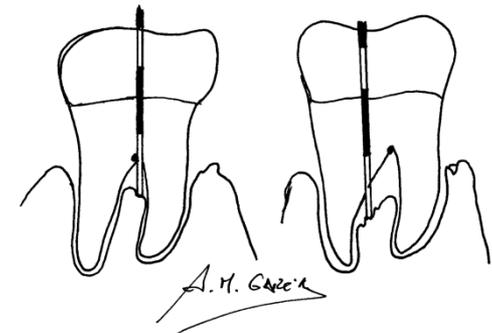
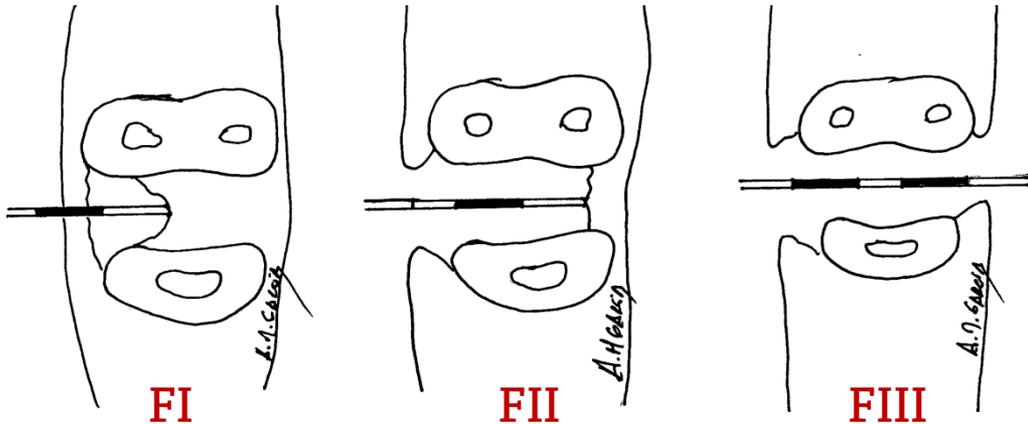
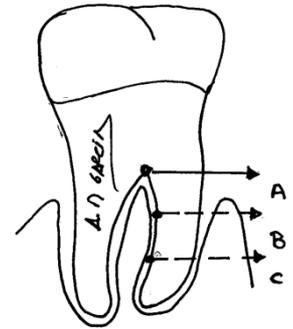
Defectos de furcación :



Autores: AM García, R Estefanía, LA Aguirre

Usaremos una sonda Nabers.

La entrada de cada lesión de furca se valora de manera individual, y se clasificará en general utilizando la clasificación de Hamp (pérdida ósea horizontal). (*Hamp et al 1975*). Además se valorarán también el componente vertical (pérdida ósea vertical) de las mismas (*Tarnow & Fletcher P. 1984*). **(Ver tema 3)**



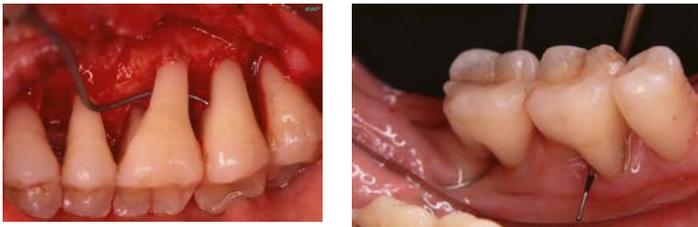
Diagnóstico clínico

Historia clínica Exploración periodontal

Lesiones de furcación : Sondaje

Anatomía dental.

La entrada de las *furcas vestibular de los molares superiores e inferiores* se exploran con facilidad con la sonda de Nabers, ya que dichas entradas están ***muy accesibles***; el sondaje de dichos acceso es fácil y visible. (ver imagen)



Autores: A.M. García, R. Estefanía, L.A. Aguirre

Cuando la entrada de la furca se encuentra entre dos dientes, sin embargo, el sondaje se dificulta; especialmente cuando está presente el diente adyacente.

Historia clínica Exploración periodontal

Lesiones de furcación : Sondaje

Respecto a los molares superiores, la entrada a la lesión de **furca mesial** está más cerca de palatino que de vestibular. Por tanto, buscaremos la entrada desde palatino.

Por otro lado, la **furca distal** en general está en el centro y por eso se accederá de forma similar desde vestibular ó palatina.

Las lesiones de furca de los **premolares superiores**, son de difícil exploración; los premolares superiores presentan no sólo una anatomía variable, sino una entrada compleja.



Autores: A.M. García, R. Estefanía, L.A. Aguirre

Historia clínica

Exploración periodontal

Sondaje periodontal

- ✓ Existen:
 - bolsas periodontales
 - pseudobolsas
- ✓ Muy importante conocer:
 - donde, cómo y profundidad de las mismas
- ✓ Inflamación gingival
- ✓ Pérdida de inserción



Autores: AM García, R Estefanía, LA Aguirre

Sondaje periodontal

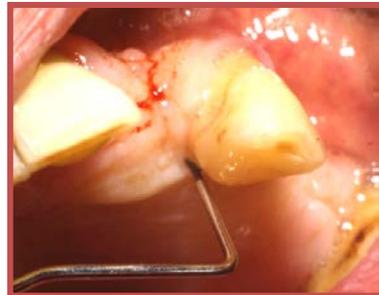
Material

Manual (sonda OMS (WHO), sonda CP11, sonda Williams...)

Sondas computarizadas

Sonda Florida
Sonda Toronto,
Sonda Florida Disk-
Sonda Foster-Miller

Sonda de Nabers



0,3, 6, 8, 11 mm

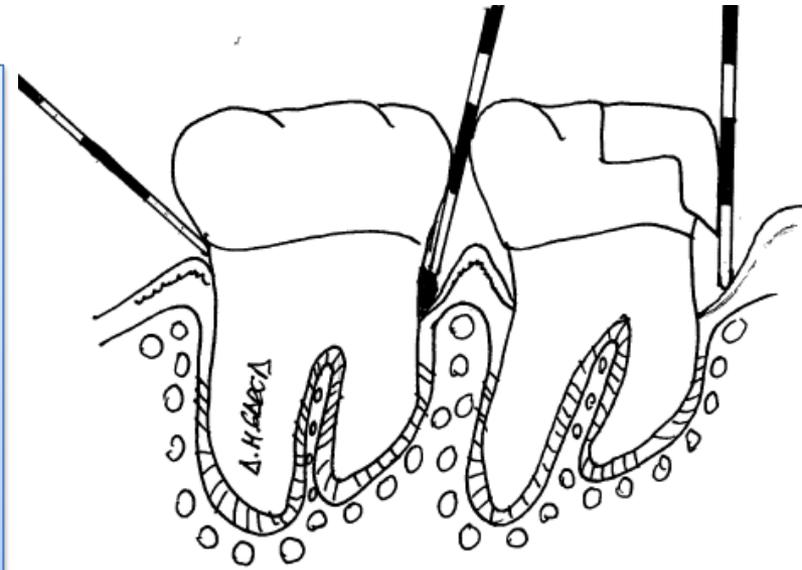


Autores: A. M García, R. Estefanía, LA Aguirre

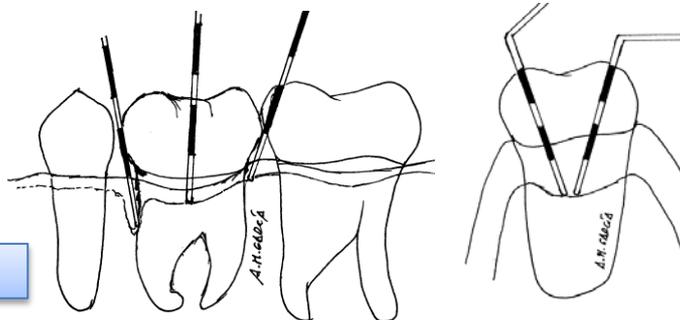
Diagnóstico clínico

Limitaciones del sondaje

1. **Fuerza: 25 Nw:**
2. Sonda estandarizada:(WHO, Michigan, CP11...).
3. Angulo de inclinación y uso inadecuado.
4. **Presencia de calculo, coronas proteticas mal adaptadas, obturaciones desbordanes....**
5. Anatómicas(perlas del esmate...)
6. Inflamación de los tejidos blandos



Sondaje inadecuado

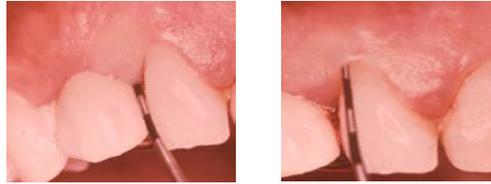


Sondaje adecuado



Autores: A. M García, R. Estefanía, LA Aguirre

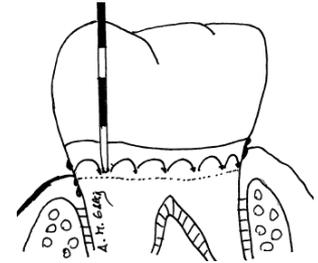
Sondaje periodontal



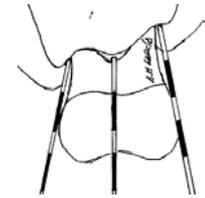
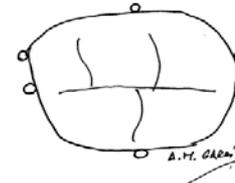
Sonda:

Paralela al eje longitudinal del diente

Una vez introducida en el surco, recorremos la superficie sin salir del surco



Sondaje : 6 posiciones →

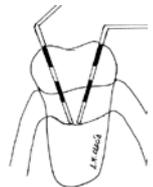


Lesiones de furcación

Cráteres interdentales



Sondaje en oblicuo desde V/L , hasta identificar el punto más profundo del defecto.



Diagnóstico clínico

Profundidad de sondeaje y pérdida de inserción NO son siempre equivalentes



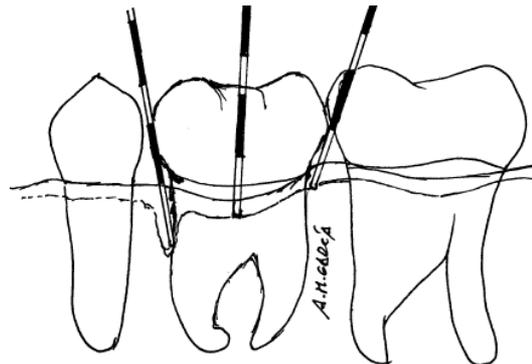
Profundidad de sondaje: es la longitud que existe entre el margen gingival y el punto más profundo del epitelio de unión.



Para conocer la pérdida de inserción, mediremos la distancia entre la línea amelocementaria y el margen gingival.



Es decir, tomaremos en cuenta donde se sitúa el margen gingival: recesiones y agrandamientos gingivales.



Autores: A. M García, R.
Estefanía ,LA Aguirre

Sondaje periodontal computerizado

Sonda Florida

Sonda Foster-Miller

Sonda Toronto, Sonda Florida Disk

Sondaje periodontal computerizado

Sonda Florida

- **Reproducibilidad significativamente superior a la obtenida con la sonda manual**
- **Con esta sonda no es necesaria la ayuda del auxiliar: los datos se registran en un ordenador y el programa es capaz de detectar si hay variaciones respecto a registros anteriores.**
- **Se puede mejorar más la reproducibilidad de los resultados usando puntos de referencia fijos en férulas de acrílico**

Sondaje periodontal computerizado

Sonda Foster-Miller Puede detectar automáticamente la línea amelocementaria

Sonda Toronto , Sonda Florida Disk

- Para medir cambios en el nivel de inserción (utiliza como puntos de referencia la superficie oclusal ó el borde incisal)
- No son necesarias las ferula prefabricadas de acrílico.
- Respecto a la REPRODUCIBILIDAD, las sondas computerizadas son mejores que las manuales.

Bibliografía

Ainamo, J., Barmes, D., Beagrie, G., Cutress, T., Martin, J., & Sardo-Infirri, J. (1982). Development of the World Health Organization (WHO) community periodontal index of treatment needs (CPITN). *International Dental Journal*, 32(3): 281-291.

Bravo-Pérez, M., Casals-Peidró, E., Cortés-Martinicorena, F. J., Llodra-Calvo, J. C., Álvarez-Arenas Pardina, I., Hermo-Señariz, P., ... & Tamayo-Fonseca, N. P. (2006). Encuesta de salud oral en España 2005. *RCOE*, 11(4): 409-456.

Gargiulo AW, Wentz FM, Orban B. Dimensions and relations of the dentogingival junction in humans. *J Periodontol* 1961;32:261-267.

Hamp, S. E., Nyman, S., & Lindhe, J. (1975). Periodontal treatment of multi rooted teeth. *Journal of Clinical Periodontology*, 2(3): 126-135

Karthikeyan, B. V., Sujatha, V., & Prabhuji, M. L. (2015). Furcation Measurements: Realities and Limitations. *Journal of the International Academy of Periodontology*, 17(4), 103-115

Bibliografía

- Landry, R. G., & Jean, M. (2002). Periodontal Screening and Recording (PSR) Index: precursors, utility and limitations in a clinical setting. *International Dental Journal*, 52(1): 35-40.
- Miller Jr, P. D. (1985). A classification of marginal tissue recession. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, 5(2): 8.
- Novak, M. J., Albather, H. M., & Close, J. M. (2008). Redefining the biologic width in severe, generalized, chronic periodontitis: implications for therapy. *Journal of Periodontology*, 79(10): 1864-1869.
- Tarnow D and Fletcher P. (1984) Classification of the vertical component of furcation involvement. *Journal of Periodontology* , 55:283-284
- Weinberg MA, Eskow RN. Periodontal terminology revisited. *J Periodontol*, 2003;74:563-565.

https://sepa.es/images/stories/SEPA/ESTAR_al_DIA/EPB/DossierEPB_2010def.pdf