

TEMA 5.

DIAGNÓSTICO

RADIOGRÁFICO

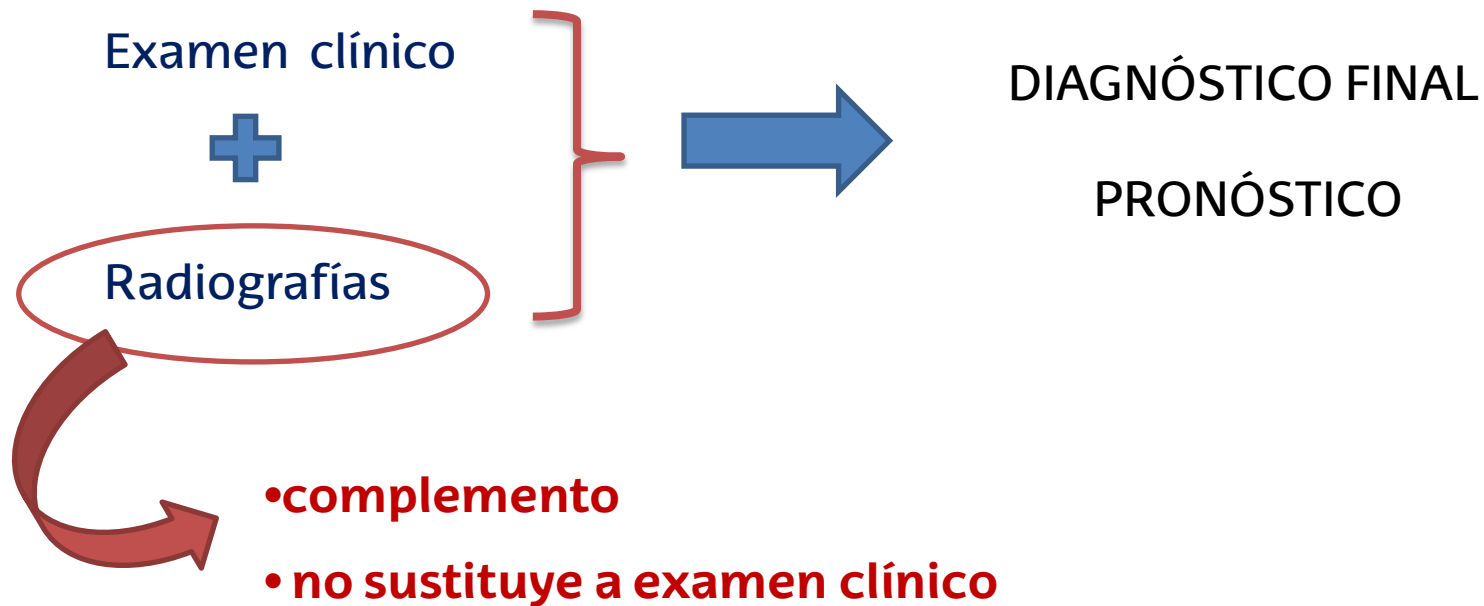
Autores:

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

OCW-2017

DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Establecer un Diagnóstico periodontal, combinaremos:



DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Ventajas:

- ✓ Determinar pérdida ósea
- ✓ Crésta ósea
- ✓ Factores etiológicos locales (cálculo, obturaciones desbordantes...)
- ✓ Proporción corono-radicular
- ✓ Seno maxilar

DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Limitaciones:

Proyección bidimensional

Superposición tejidos (hueso-diente)

Interproximal (Vestibular/palatino no)

No podemos determinar la relación entre tejidos óseos y blandos:

bolsa periodontal

inflamación

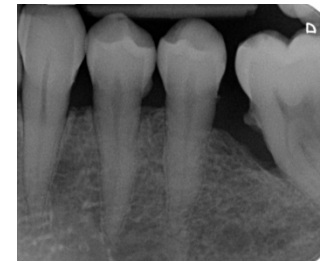
IS

IP....

DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

RADIOGRAFÍAS:

- ✓OPG
- ✓PERIAPICALES
- ✓ALETA DE MORDIDA



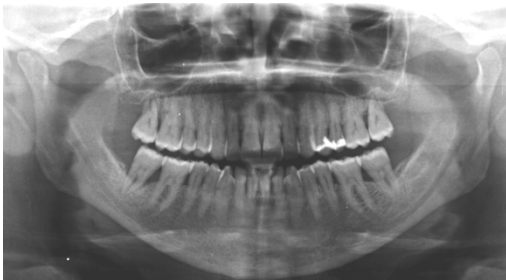
Autores: AM García, R Estefanía, LA Aguirre

DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Ortopantomografía (OPG)

Ventajas:

- ✓ Visión General
- ✓ Ambos maxilares
- ✓ Altura maxilares



Autores: AM García, R Estefanía, LA Aguirre

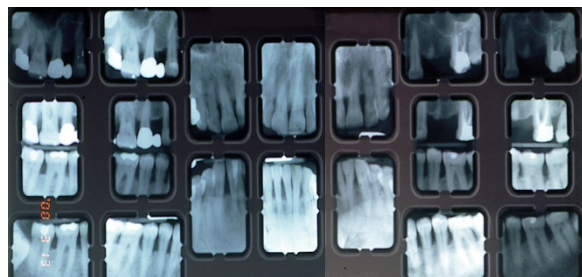
Limitaciones:

- ✓ Poca claridad
- ✓ Detalles
- ✓ No se aprecia:
 - ✓ Cresta ósea
 - ✓ Cambios iniciales en CO (diagnóstico inicial)
 - ✓ Espacio del ligamento periodontal

DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Serie radiográfica:

- ✓ Esencial para el DP
- ✓ Anatomía hueso alveolar
- ✓ Diagnóstico inicial: esencial se diagnostican lesiones iniciales
- ✓ Muy concreta



Autores: AM García, R Estefanía, LA Aguirre

16 -18 radiografías periapicales:

Maxilar superior (7):

- 2 rx. PM
- 2 rx. Molares
- 3 rx. Anteriores

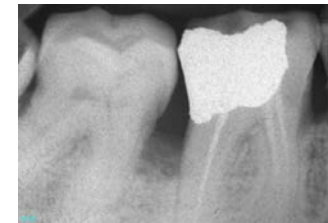
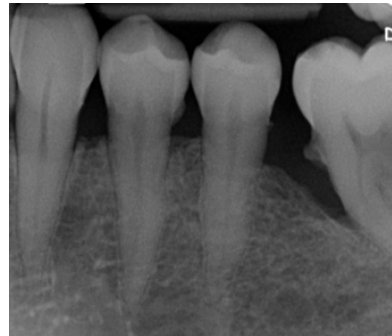
Maxilar inferior (7):

- 2 rx. PM
- 2 rx. Molares
- 3 rx. Anteriores

Aleta de mordida (2)

Hallazgos radiográficos

- ✓ Anchura del ligamento periodontal
- ✓ Ausencia de *lamina dura*
- ✓ Pérdida ósea:
 - Horizontal
 - Angular
- ✓ Factores etiológicos
- ✓ Lesiones de furcación
- ✓ Iatrogenia



Autores: AM García, R Estefanía, LA Aguirre

DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Usaremos la técnica paralela.

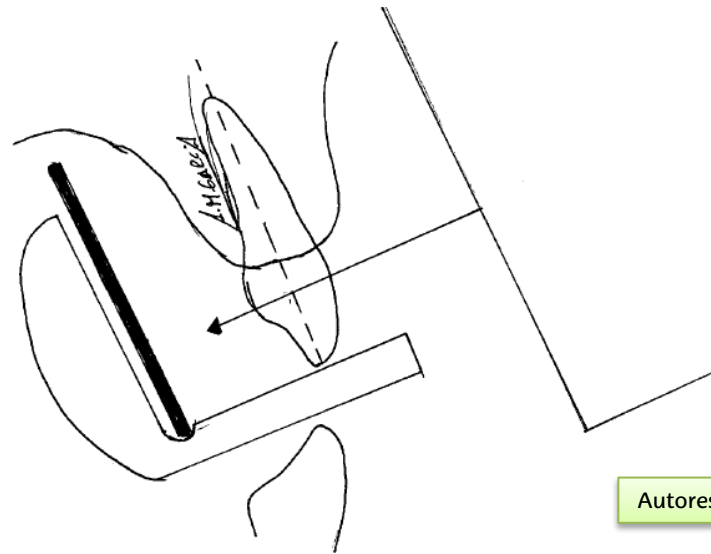
TÉCNICA PARALELA:

- ✓ Técnica paralela
- ✓ Técnica del ángulo recto (Hielscher, 1955)
- ✓ Técnica del Cono Paralelo en Extensión (XCP) (Extension (X) Cone (C) Paralleling (P) technique)

METODOLOGÍA:

✓ Rx. Paralela al eje longitudinal del diente.

✓ Cono: **perpendicular** al eje longitudinal del diente (a la RX, ángulo recto).



Autores: AM García, R Estefanía, LA Aguirre

DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Angulación adecuada:

1. En la radiografía deben verse las cúspides de los molares , de manera que las cúspides bucales y linguales coincidan en altura y se vea poco o nada de la superficie oclusal.
2. Las capas de esmalte y cámaras pulpares deben observarse con claridad.
3. Espacios interproximales abiertos.
4. Los espacios interproximales no deben superponerse a menos que los dientes se encuentren apiñados



Autores: AM García, R Estefanía, LA Aguirre

DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Hueso alveolar

1. *Lamina dura* (hueso cortical)

- Continua
- Discontinua



Radiografía: línea fina blanca continua

2. Cresta ósea:

- Cresta alveolar intacta ó normal
- Cresta alveolar reducida

(pérdida ósea)

Salud:
Cresta ósea-LAC(rx)
1.5-2 mm



Autores: AM García, R Estefanía, LA Aguirre

DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Pérdidas Óseas (PO)

1.- Horizontales

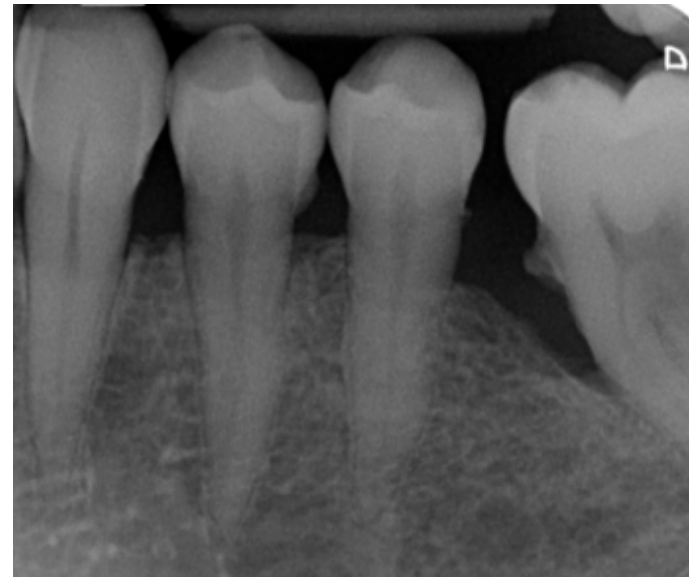
2.- Angulares

Periodontitis Agresivas
Norabide zeiharra

En vestibular ó palatino no serán
visibles radiográficamente

Periodontitis crónica (más frecuentes)

PO paralela a la línea que une los puntos de
contacto

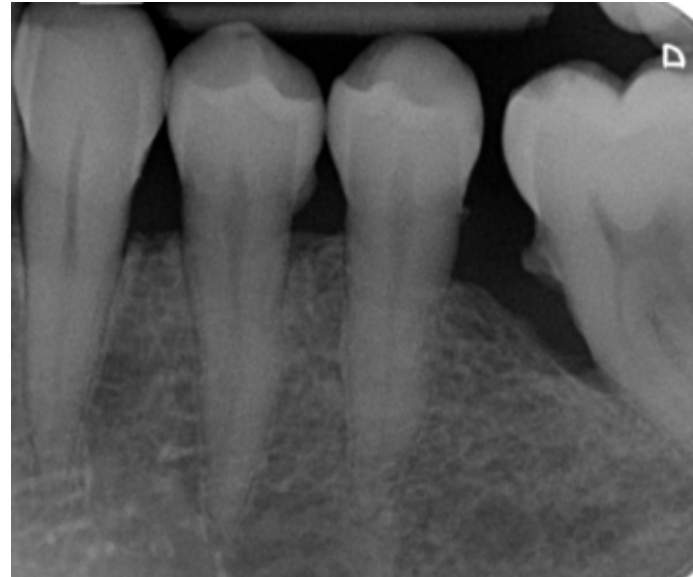


Autores: AM García, R Estefanía, LA Aguirre

DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Pérdidas Óseas (PO)

- 1.- Inicial: $< 10\%$
- 2.- *Moderada*: 10-33% (1/3 cervical)
- 3.- Grave : $> 33\%$ ($\frac{1}{2}$ longitud de la raíz ó más)



Autores: AM García, R Estefanía, LA Aguirre

DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Lesiones apicales



Autores: AM García, R Estefanía, LA Aguirre

En ocasiones pueden aparecer lesiones periapicales o laterales

Se realizarán pruebas de vitalidad pulpar , para conocer si está afectada la vitalidad del diente ó no.

Abcesos periodontales

Puede observarse una área radiolúcida alrededor de la raíz

Aunque el absceso tenga sintomatología clínica, siempre no existen signos radiográficos.



Autores: AM García, R Estefanía, LA Aguirre

DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Lesiones de furca

Lesiones iniciales pueden no ser visibles radiográficamente

Recomendaciones para identificar lesiones de furca:

- PO en una raíz adyacente a una área de furcación+ cambios radiográficos en el trabeculado adyacente: **COMPROBAR CLINICAMENTE** la existencia de una lesión de furca

- Área de furcación:

Radiolucidez mínima + contorno trabecular

- En un molar:

PO avanzada en una sola raíz

Lesión de furcación



Autores: AM García, R Estefanía, LA Aguirre

DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

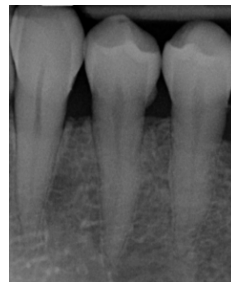
Ligamento periodontal (LP)

El ligamento periodontal no es visible, ya que es un tejido blando.

Es visible el espacio dónde está el LP:

Dicho espacio es muy estrecho

Radiográficamente se observa una línea fina oscura

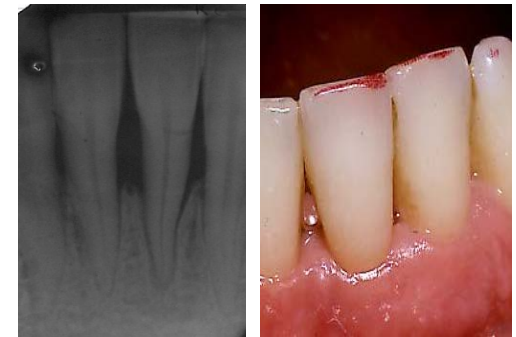


Espacio del LP cuando esta aumentado, puede estar asociado a Trauma Oclusal

valor normal:

0.25 mm +/- 50% [0. 13-0. 38]

mm



Autores: AM García, R Estefanía, LA Aguirre

DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Anatomía radicular

Anatomía radicular, tronco radicular, enanismo radicular

Proporción corono-radicular (PCR) .

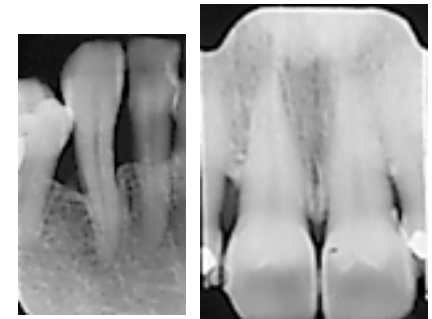
Proporción mínima: 1 (corona) X 1.5 (Raíz)

Valor cambia: periodontitis

Periodontitis \Rightarrow proporción CR AUMENTA

El pronóstico puede variar

General
Individual



Autores: AM García, R Estefanía, LA Aguirre

DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Factores etiológicos

Cálculo Adherido a raíz: RxO

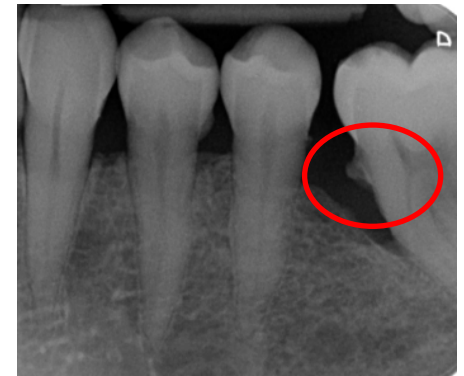
Diferentes formas:

- Irregulares
- Triangulares

Malposición dentaria

Iatrogenia:

- Obturaciones desbordantes
- Coronas mal adaptadas



Autores: AM García, R Estefanía, LA Aguirre

Bibliografía

Hielscher, W. (1955). Parallel plate technic in enoral tooth radiography. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 10(8), 601.