



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

No. Acceso _____

Sig. Top. M 210 1987

Compra Canje **Donación**

Editorial _____

Solicitado por _____

Fecha _____

Precio _____

W 70
210 210
1987

00219

TRAUMA PERIODONTAL

Julieta Medellín Hernández

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

0235

TRAUMA PERIODONTAL

Julieta Medellín Hernández

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Bogotá, Noviembre de 1987

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

DIRECTIVAS

Rector : Jorge Arango Tamayo

Decano : Marisol Arango de León

Vice-Decano : Jairo Forero Morales

Secretario Académico : Luis Felipe Falla

Director Monografía : Margarita Toro de Bernate

Jefe de Clínica : Roberto Arciniégas Gómez

PAGINA DE APROBACION

La monografía Titulada " TRAUMA PERIODONTAL " presentada por Julieta Medellín H., en cumplimiento parcial de los requisitos para optar al título de " ODONTOLOGA " fué aprobada por la Directora de Tesis, el 24 de Noviembre de 1987.

Margarita de Bernate
Margarita Toro de Bernate

evaluación 4.0

AGRADECIMIENTOS

Ante todo tengo que agradecer a quienes están involucrados sentimentalmente de una u otra manera a mí, porque han sido la fuente de mis esperanzas y el manantial de ayuda que hasta ahora he necesitado.

Al Dr. Felipe Duque Upegui, con quien tengo una deuda de gratitud, agradezco de manera muy especial por brindarme sus conocimientos y ayuda, siendo su mayor interés el ayudar a salir de su ignorancia a un estudiante.

A la Dra. Margarita Toro de Bernate quien me ayudó y orientó en la elaboración de éste trabajo.

DEDICATORIA

A quién en medio del desmoronamiento de nuestro país y del mundo, sus esfuerzos y metas están encaminados por la moral, la ética y el deseo de superación pagando un alto precio por ello.

Julieta Medellín H.



TABLA DE CONTENIDO

	COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO DIRECTIVAS, 2
	PAGINA DE APROBACION, 3
	PAGINA DE AGRADECIMIENTOS, 4
	DEDICATORIA, 5
	TABLA DE CONTENIDO, 6
	LISTA DE FIGURAS, 8
	INTRODUCCION, 9
	DISCUSION DE LITERATURA, 9
	PROBLEMA, 9
	OBJETIVO, 10
1	TRAUMA PERIODONTAL, 11
1.1	CLASES DE TRAUMA PERIODONTAL, 11
1.1.1	Trauma Primario, 11
1.1.2	Trauma Secundario, 11
1.2	FASES DEL TRAUMA PERIODONTAL, 12
1.2.1	Ligamento Periodontal, 12
1.2.2	Hueso Alveolar, 12
1.2.3	Encía, 13
1.2.4	Pulpa, 13
1.3	LABILIDAD DEL PERIODONTO, 13
1.3.1	Factores de Labilidad, 14
1.3.2	Fuerzas Lesivas, 14
1.4	LOCALIZACION DE LAS LESIONES TRAUMATICAS, 15
1.5	ETAPAS DEL TRAUMA DE LA OCLUSION, 15
1.5.1	Lesión, 16
1.5.2	Reparación, 17
1.5.3	Remodelado de Adaptación del Periodonto, 18
1.6	EL PAPEL DEL TRAUMA DE LA OCLUSION EN LA ETIOLOGIA DE LA GINGIVITIS Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, 18
1.6.1	Zona de Irritación, 18
1.6.2	Zona de Codestrucción, 19
1.7	EXPLICACIONES SOBRE LA INTERACCION DEL TRAUMA OCLUSAL E INFLAMACION, 20
1.8	CAMBIOS PRODUCIDOS POR EL TRAUMA DE LA OCLUSION SOLAMENTE, 21
1.9	SIGNOS RADIOGRAFICOS, 21

- 1.10 SIGNOS CLINICOS, 22
- 1.11 SINTOMAS, 22

- 2 TRATAMIENTO DEL TRAUMA PERIODONTAL, 23
 - 2.1 DIAGNOSTICO CLINICO, 23
 - 2.1.1 Impresiones Subjetivas, 23
 - 2.1.2 Signos y Pruebas Objetivas, 24
 - 2.1.3 Exámen de la Oclusión, 24
 - 2.1.4 Exámen para la Reconstrucción, 26
 - 2.2 ORIENTACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO, 27
 - 2.2.1 Periodontitis Moderada Localizada, 27
 - 2.2.2 Trauma Periodontal, 27
 - 2.2.3 Periodontitis ó Trauma por Oclusión, 27
 - 2.3 SECUENCIAS DE UN PLAN DE TRATAMIENTO, 28
 - 2.3.1 Enseñanza, Higiene y Fisioterapia, 28
 - 2.3.2 Terapia Neuromuscular, 28
 - 2.3.3 Raspaje y Curetaje, 28
 - 2.3.4 Cirugía Periodontal, 28
 - 2.3.5 Ajuste Oclusal por Desgaste Selectivo, 28
 - 2.3.6 Rehabilitación Oclusal, 29
 - 2.3.7 Control Final de Higiene, 29
 - 2.3.8 Control Periódico, 29

FIGURAS, 30

CONCLUSIONES, 33

ANEXOS;

A: HISTORIA CLINICA No. 114146, 34

B: HISTORIA CLINICA No. 101245, 37

BIBLIOGRAFIA, 43

LISTA DE FIGURAS

1. Evolución de las Lesiones Traumáticas, 30
2. Fuerza, reacción Huésped-Parásito y Trauma de la Oclusión, 30
3. Zonas de Irritación y Codestrucción, 31
4. Contacto Prematuro entre Dientes Posteriores Antagonistas (Zonas de Desgaste), 31
5. Interferencias Cuspideas en Fases Laterales y Zonas de Desgaste, 32
6. Trabajo Derecho con Interferencia en Balanza Izquierdo, 32

INTRODUCCION

Por medio de esta doy a conocer los motivos que me llevaron a escoger éste tema. En la discusión de la literatura hago énfasis en lo primordial, que és la relación funcional del sistema estomatognático, pudiendo así formular el problema que finalmente nos llevará a los objetivos.

DISCUSION DE LA LITERATURA

En la práctica diaria podemos observar cómo la alteración de alguno de los componentes del sistema estomatognático nos puede inducir a una serie de alteraciones patológicas, por lo cual para el odontólogo debe ser primordial la relación funcional (armónica) de éste sistema.

PROBLEMA

Desafortunadamente, en nuestra practica diaria pude observar cómo los tejidos periodontales són un manajo de víctimas injuriadas por desarmonías oclusales, provenientes del paciente en sí (hereditarias ó congénitas), creadas por el odontólogo, o peor aún,

pasadas desapercibidamente, y en casos de mayor negligencia las reconocen pero no las eliminan.

OBJETIVO

En vista de lo anterior, tenemos que **concientizar** a nuestros compañeros (estudiantes), de tal forma que lo primero en su mente durante y después del paso por las aulas, debe ser su paciente, el bienestar de éste, procurándole la mayor cantidad de beneficios posibles, y no crearle un nuevo problema por stress, falta de tiempo ó negligencia.

Para facilitar el reconocimiento del trauma periodontal u oclusal, sus causas, y tratamiento, me propongo exponer un breve análisis explicativo, en lenguaje sencillo, de tal manera que los problemas anteriormente citados puedan ser obviados por un estudiante que realice esta lectura.



CAPITULO 1

TRAUMA PERIODONTAL

Es una alteración patológica de las estructuras de soporte del diente, más que todo de adaptación generadas en el periodonto, producidas por fuerzas indebidas en el mecanismo neuromuscular y transmitidas por los contactos oclusales.

1.1 CLASES DE TRAUMA PERIODONTAL

1.1.1 Trauma Primario

Efecto de fuerzas anormales de frecuencia, intensidad, duración y dirección, actuando sobre estructuras periodontales normales. Son ejemplo de ésta: - Después de la colocación de una obturación alta. - Prótesis que crean fuerzas excesivas sobre pilares y dientes antagonistas. - Después de la migración o extrusión de un diente hacia los espacios originados por el no reemplazo de un diente.

1.1.2 Trauma Secundario

En éste caso pueden ser fuerzas excesivas o normales sobre estructuras periodontales afectadas o enfermas.

En conclusión, se puede decir que son fuerzas mecánicas

repetidas sobre el periodonto, excediendo los límites fisiológicos de tolerancia de los tejidos, pudiendo denominarse trauma oclusal. Los músculos de labios, carrillos y lengua también son importantes en el trauma periodontal, por ejemplo en deglución atípica.

1.2 FASES DEL TRAUMA PERIODONTAL

Se dice que el traumatismo oclusal ó periodontal tiene una fase aguda y una crónica manifestándose en las estructuras así:

1.2.1 Ligamento Periodontal

Fase Aguda: Hay compresión en el lado de presión, pudiendo producirse aplastamiento, hemorragia, trombosis y necrosis del ligamento. En el lado de tensión, hay estiramiento, pudiendo causar trombosis de los vasos y desgarramiento del ligamento.

Fase Crónica: Hay ensanchamiento del ligamento periodontal y clínicamente se verá movilidad dentaria, puede presentarse hialinización y formación de fibrocartílago. Posiblemente se produzca anquilosis.

1.2.2 Hueso Alveolar

Fase Aguda: Puede haber pérdida ósea en la zona de mayor compresión, y más tarde al área del ligamento periodontal seguido de una reabsorción. Si el traumatismo es continuo, se ensanchará excesivamente el ligamento. Radiográficamente se puede ver la clásica forma de embudo. A veces se observará éste ensanchamiento como una

rarefacción en las zona apical y en la furca, o una interrupción de la continuidad de la cortical.

1.2.3 Encía

No hay pruebas de que se produzca lesiones gingivales o bolsas como consecuencia del traumatismo periodontal por sí mismo, así como tampoco márgenes festoneados ó grietas gingivales.

1.2.4 Pulpa

Se estimula la actividad odontoblástica y se forma dentina secundaria, estrechándose la cámara pulpar con posibilidad de obliteración y formación de nódulos pulpares. En algunos casos extremos se puede llegar a la pulpitis y pérdida de vitalidad. Algunos clínicos registran la desaparición de la sintomatología al corregir las fuerzas oclusales.

1.3 LABILIDAD DEL PERIODONTO

Cada diente está suspendido en el alveolo por el ligamento periodontal, permitiendo así el movimiento de los dientes. Los componentes del sistema estomatognático, como lengua, labios y fuerzas oclusales, producen movimiento o un desplazamiento de poca duración que cesará al eliminar la fuerza, retornando todo a su posición. En movimientos migratorios tiene que existir un equilibrio entre reabsorción y aposición. Todos éstos movimientos hacen que los tejidos de soporte estén en un remodelado y adaptación

constante como respuesta funcional. Este caso es también el de la erupción activa.

1.3.1 Factores de Labilidad

1.3.1.1 Resistencia tisular ó capacidad defensiva disminuída por presencia de enfermedades sistémicas.

1.3.1.2 Características morfológicas de coronas, raíces y arcadas; malposiciones dentarias y/o maxilares haciendo desfavorables las fuerzas.

1.3.1.3 Persistencia de fuerzas actuantes que nó permiten la reparación biológica (como el Bruxismo).

1.3.1.4 Presencia de inflamación, reduciéndose la zona de inserción periodontal, acrecentando la carga que recae sobre los tejidos remanentes.

En resumen, los factores de labilidad se pueden dividir en dos grandes grupos: A) Sistémicos y B) Locales, los cuáles se subdividen en Irritativos y Traumatizantes.

1.3.2 Fuerzas Lesivas

1.3.2.1 Requisitos

Cuando la fuerza que actúa sobre el diente reúne los siguientes requisitos o condiciones, se torna lesiva:

1.3.2.1.1 Dirección: Cuanto más horizontal, más lesivas serán.

1.3.2.1.2 Duración: Entre más continuas y prolongadas, más lesivas serán.

1.3.2.1.3 Frecuencia: A mayor frecuencia, más lesivas.

1.3.2.1.4 Intensidad: A mayor intensidad, mayor lesividad.

1.3.2.2 Fuerzas Oclusales Insuficientes (Hipofunción)

Las fuerzas oclusales insuficientes también son lesivas para el periodonto. La estimulación insuficiente nos traerá una degeneración del periodonto que se manifestará mediante una reducción del espesor del ligamento periodontal, que en casos graves llega a un mínimo compatible con su existencia, llamado Espesor Biológico, de aproximadamente 60 micrones. También se produce atrofia de las fibras, osteoporosis del hueso alveolar y reducción de la altura ósea.

Esta hipofunción puede originarse de una mordida abierta por falta de contactos oclusales (antagonismo), o también por hábitos unilaterales durante la masticación dejando de lado la mitad de la boca.

1.4 LOCALIZACION DE LESIONES TRAUMATICAS

La localización más frecuente de éstas es en las zonas más alejadas del fulcrum, puesto que són las de mayor movimiento ante fuerzas lesivas. Son: A) Zona Marginal, B) Zona de Furcas y C) Zona Apical.

1.5 ETAPAS DEL TRAUMA DE LA OCLUSION

Són tres: La lesión, La reparación y El cambio en la Morfología del Periodoncio. La lesión del tejido ocurre al estar sometido a fuerzas oclusales excesivas. Al retirar éstas, el tejido trata de repararse y de restaurar el periodoncio. Si la fuerza es crónica, el periodoncio se remodela para adaptarse, se produce ensanchamiento del

ligamento, aparecen defectos óseos verticales y horizontales con movilidad del diente.

1.5.1 Lesión

"La presión levemente excesiva" produce la reabsorción del hueso y por ésto el ensanchamiento del ligamento periodontal.

"La tensión levemente excesiva" alarga las fibras del ligamento periodontal y se produce aposición de hueso alveolar.

A mayor presión, mayor cantidad de vasos y menor tamaño. A mayor tensión los vasos están agrandados.

La mayor presión produce una compresión del ligamento periodontal, produciéndose zonas de hialinización y lesión de fibroblastos y otras células del tejido conectivo, llevando a la necrosis de zonas del ligamento. A los 30 minutos de ocurrido, encontramos retardo del flujo sanguíneo. A las 2 ó 3 horas, los vasos son invadidos por eritrocitos que se van fragmentando. Entre 1 y 7 días hay desintegración de los vasos y liberación de su contenido en el líquido circundante. Hay una reacción alveolar muy marcada, y con frecuencia, reabsorción del tejido dentario.

La tensión intensa produce ensanchamiento del ligamento periodontal, trombosis, hemorragia, desgarramiento del ligamento periodontal y reabsorción del hueso alveolar.

"La presión suficientemente intensa como para forzar la raíz contra el hueso" produce necrosis del ligamento

periodontal y del hueso.

Encontramos el proceso de "Reabsorción Socavante", mediante el cual células del ligamento periodontal vital adyacente al área necrótica y la de los espacios medulares reabsorben el hueso.

Al lesionarse el periodonto, hay descenso en la actividad mitótica y en la proliferación y diferenciación de fibroblastos, que al retirar la causa (fuerza), volverán a su normalidad.

1.5.2 Reparación

En el trauma oclusal, los tejidos estimulan el incremento de la actividad reparadora. Los tejidos lesionados son eliminados, formándose nuevas fibras y células de tejido conectivo, hueso y cemento para restaurar el periodonto. A veces se forma cartilago en los espacios del ligamento periodontal, como respuesta al trauma. Algunas veces se forman cristales eritrocíticos.

Hay formación de hueso de refuerzo para compensar la pérdida ósea, lo cual es una característica del trauma oclusal. También ocurre cuando el hueso es destruido por inflamación ó tumores osteolíticos. Esta formación ósea se produce dentro del maxilar (central), y en las superficies óseas (periférica). En el caso de ser central, las células endósticas depositan nuevo hueso que restauran las trabéculas óseas y disminuyen los espacios medulares. La formación periférica ocurre en las superficies vestibulares y linguales de la tabla ósea.

Según su intensidad se puede producir un engrosamiento en forma de meseta en el margen alveolar ó cornisas. También podría ser un abultamiento del contorno del hueso vestibular y lingual.

1.5.3 Remodelado de Adaptación del Periodonto (Cambio Morfológico)

Si la reparación nó tiene equilibrio con la destrucción causada por el trauma oclusal, el periodoncio se remodela buscando mejor relación con las fuerzas lesivas ensanchándose el ligamento periodontal y reabsorbiéndose el hueso adyacente, aflojándose los dientes afectados. Entonces se observará un ensanchamiento en forma de embudo del ligamento, y hacia la cresta alveolar habrá defectos angulares en el hueso, sin bolsa.

1.6 EL PAPEL DEL TRAUMA DE LA OCLUSION EN LA ETIOLOGIA DE DE LA GINGIVITIS Y DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Puesto que la oclusión está en relación directa y proporcional con el periodonto y su estado, ésta afecta su respuesta a la inflamación, convirtiéndose en un factor presente y actuante en los casos de enfermedad periodontal. Consideramos dos zonas del periodonto en éstos casos: Zona de Irritación y Zona de Codestrucción.

1.6.1 Zona de Irritación

Comprende encía marginal e interdental, donde comienzan las gingivitis y las bolsas periodontales. Como sabemos, su origen está en la placa bacteriana, placa

calcificada y empaquetamiento de comida.

La mayoría de los investigadores concuerdan en que el trauma, por sí mismo, no causa gingivitis o bolsas periodontales. Los irritantes locales que nos producen la gingivitis, y posteriormente las bolsas periodontales, afectan la encía marginal, mientras que el trauma de la oclusión se presenta en los tejidos del soporte y no afecta a la encía. Esto ocurre porque la encía marginal es muy vascularizada y su nutrición es excelente. Aún en presencia de fuerzas lesivas, alcanza a nutrirse.

Al pasar la inflamación de la encía a los tejidos de soporte, se nos convierte en una periodontitis, entrando así la inflamación causada por la placa a la zona de codestrucción.

1.6.2 Zona de Codestrucción

Esta comienza con las fibras transeptales por interproximal, y las fibras de la cresta alveolar por vestibular y lingual, tejidos de soporte, ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar. Cuando la inflamación alcanza los tejidos periodontales, la inflamación que produce está bajo la influencia de la oclusión.

El trauma de la oclusión no altera el proceso inflamatorio, pero modifica el medio tisular alrededor del exudado inflamatorio, conduciendo a defectos óseos angulares y formación de bolsas infraóseas.

1.7 EXPLICACIONES SOBRE LA INTERACCION DEL TRAUMA OCLUSAL E INFLAMACION

1.7.1 Una alteración de la vía de extensión de la inflamación gingival hacia el tejido subyacente, está bajo la influencia del trauma que lo orienta hacia el ligamento periodontal.

1.7.2 Las fuerzas oclusales excesivas, alteran la disposición de las fibras transeptales, de la cresta alveolar y la formación del hueso de la cresta, favoreciendo la pérdida ósea angular.

1.7.3 Las fuerzas oclusales excesivas producen daño al ligamento periodontal y reabsorción ósea, que acentúa la destrucción de los tejidos originada por la inflamación. La función de la inflamación producida por la placa con una zona traumatizada del ligamento periodontal, puede facilitar la formación de bolsas infraóseas y acelerar la destrucción.

1.7.4 Las zonas de reabsorción radicular inducidas por el trauma y que quedan descubiertas por la migración apical de la inserción gingival inflamada, pueden ofrecer un medio más favorable para la formación y fijación de depósitos no calcificados y calcificados, causando lesiones más profundas.

No siempre que haya bolsas periodontales infraóseas, se deberá a una combinación entre trauma oclusal e inflamación, pero si se combinan, aumenta la posibilidad de que una bolsa periodontal se convierta en infraósea.

1.8 CAMBIOS PRODUCIDOS POR EL TRAUMA DE LA OCLUSION SOLAMENTE

Cuando no hay irritantes locales como para producir bolsas periodontales, el trauma de la oclusión puede causar aflojamiento excesivo de los dientes, ensanchamiento del ligamento periodontal y defectos angulares en el hueso alveolar sin bolsas.

La movilidad dentaria provocada por el trauma tiene dos fases:

Primaria: es por la reabsorción ósea alveolar que ensancha el ligamento periodontal y produce el número de fibras periodontales.

Secundaria: después de una adaptación a las fuerzas aumentadas, resulta un ensanchamiento permanente del ligamento periodontal.

1.9 SIGNOS RADIOGRAFICOS

1.9.1 Ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, con espesamiento de la cortical alveolar en las siguientes zonas: - En el sector lateral de la raíz. - En la región apical. - En las áreas de bifurcación y trifurcación.

1.9.2 Rarefacción del hueso alveolar, se observa destrucción vertical del tabique interdental con formación de defectos infraóseos.

1.9.3 Radiolucidez y condensación del hueso alveolar.

1.9.4 Reabsorción radicular.

1.9.5 Calcificaciones pulpares.

1.10 SIGNOS CLINICOS

1.10.1 Hipertonicidad muscular.

1.10.2 Movilidad dentaria aumentada.

1.10.3 Migración dentaria.

1.10.4 Sonido a la percusión.

1.10.5 Abceso periodontal.

1.11 SINTOMAS

1.11.1 Dolores musculares (músculos de la masticación).

1.11.2 Dolor periodontal.

1.11.3 Dolor pulpar.

1.11.4 Sensación de flojedad y deseos de apretar.

CAPITULO 2

TRATAMIENTO DEL TRAUMA PERIODONTAL

En éste Capitulo veremos cómo llegar al diagnóstico y los diferentes tratamientos para el trauma periodontal.

2.1 DIAGNOSTICO CLINICO

Por medio de la realización de una buena historia clínica donde se debe elaborar una anamnesis, un examen clínico intraoral y extraoral, inspeccionando los tejidos gingivales, midiendo la profundidad del surco periodontal, examinando los dientes y la oclusión, podremos detectar los signos y/o síntomas del trauma para llegar a su diagnóstico.

2.1.1 Impresiones Subjetivas

Estas són observaciones que podremos oír por parte de los pacientes y que nos pueden hacer sospechar de un trauma oclusal.

2.1.1.1 No muerdo bien

2.1.1.2 Mis dientes están sensibles cuando muerdo.

2.1.1.3 Este diente parece tocar antes que los demás. Es más largo.

2.1.1.4 Siento picazón en los dientes y encías.

2.1.1.5 Me duelen los maxilares (músculos de la masticación).

2.1.1.6 Mis dientes están sensibles (Irritación pulpar).

2.1.1.7 Me duelen las articulaciones. Hacen ruido, totean.

2.1.1.8 Rechino los dientes. Aprieto los dientes.

2.1.1.9 Mis dientes se aflojaron.

2.1.1.10 Mis dientes se han movido.

2.1.1.11 Me resulta difícil abrir la boca por la mañana.

2.1.1.12 Se me desencaja la boca.

2.1.2 Signos y Pruebas Objetivas

2.1.2.1 Movilidad dentaria. Estudiar los dientes para detectar movilidad y contactos intensos.

2.1.2.2 Malposición dentaria. Miramos migraciones, extrusiones, intrusiones y giroversiones.

2.1.2.3 Palpación de los músculos de la masticación. Podemos encontrar espasmos, hipertrofia y mialgias.

2.1.2.4 Exámen radiográfico. Miramos ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, modificaciones de la lámina dura, radiolucidez en las zonas de la furca, radiolucidez en la zona apical del diente vital, signos de reabsorción radicular y reducción del tamaño de la cámara pulpar.

2.1.2.5 Facetas de desgaste. Si són muy marcadas o se encuentran en mayor proporción para la edad del paciente.

2.1.3 Examen de la Oclusión

2.1.3.1 Tipo de Oclusión.

- 2.1.3.1.1 Normal.
- 2.1.3.1.2 Clase I de Angle.
- 2.1.3.1.3 Clase II de Angle.
- 2.1.3.1.4 Clase III de Angle.
- 2.1.3.2 Dientes presentes, número y posición.
 - 2.1.3.2.1 Alineación.
 - 2.1.3.2.2 Inclinação.
 - 2.1.3.2.3 Apilamiento.
 - 2.1.3.2.4 Migración.
 - 2.1.3.2.5 Relaciones de oclusión cruzada.
 - 2.1.3.2.6 Diastemas.
 - 2.1.3.2.7 Relación con el plano oclusal.
- 2.1.3.3 Dientes ausentes.
- 2.1.3.4 Relación entre corona y raíz del diente.
- 2.1.3.5 Diámetro vestibulo lingual de los dientes.
- 2.1.3.6 Forma del plano oclusal.
 - 2.1.3.6.1 Tipo de curva de Spee.
 - 2.1.3.6.2 Mutilaciones producidas por extrusión.
 - 2.1.3.6.3 Doble plano de la oclusión (dientes posteriores y anteriores en diferentes planos)
- 2.1.3.7 Grado de sobremordida y resalte anterior.
 - 2.1.3.7.1 Sobremordida profunda.
 - 2.1.3.7.2 Bordos incisales ya en contacto con tejidos gingivales ó palatinos.
 - 2.1.3.7.3 Mordida abierta.
- 2.1.3.8 Extensión de la zona intercuspidéa.
 - 2.1.3.8.1 Inclinação cuspidéa.

2.1.3.8.2 Relación cúspide a fosa.

2.1.3.8.3 Oclusión trabada.

2.1.3.9 Relaciones funcionales.

2.1.3.9.1 Contactos prematuros en la posición terminal de bisagra.

2.1.3.9.2 Forma y amplitud de movimiento de bisagra.

2.1.3.9.3 Contactos prematuros en el lado de trabajo.

2.1.3.9.4 Contactos prematuros en el lado de balanza.

2.1.3.9.5 Contactos prematuros en movimientos y posiciones protrusivas.

2.1.3.10 Dimensión vertical postural y dimensión vertical oclusal.

2.1.3.11 Trayectoria de apertura y cierre mandibular.

2.1.3.12 Palpación de ATM durante los movimientos funcionales.

2.1.4 Examen para la Reconstrucción

Cuando tenemos que reconstruir, precisamos otros datos obtenidos del examen de modelos articulados, especialmente cuando faltan dientes o hay caries. Esto también nos servirá si hay que realizar un ajuste oclusal.

2.1.4.1 Posición y número de dientes ausentes.

2.1.4.2 Posición, número y estado periodontal de los dientes pilares.

2.1.4.3 Paralelismo entre los dientes.

2.1.4.4 Grado de lesión de los dientes cariados.

2.1.4.5 Zonas de empaquetamiento.

2.1.4.6 Calidad y adaptación de las restauraciones

existentes.

2.1.4.7 Estética o ausencia de ella.

Al haber examinado todos éstos puntos, tendremos ya una orientación sobre donde y por qué está el problema y/o la etiología, y así podremos eliminarla.

2.2 ORIENTACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO

Esto se hace de acuerdo con la interacción presente entre los distintos factores etiológicos: Sistémicos y Locales.

2.2.1 Periodontitis Moderada Localizada o Síndrome Periodontal Inflamatorio

Su factor etiológico es placa bacteriana, pudiendo o no estar comprometido sistemáticamente. El tratamiento se orientará a la eliminación de los factores etiológicos por medio de terapia periodontal clásica y si se involucra sistemáticamente, nos ayudará el médico para favorecer y acelerar la curación.

2.2.2 Trauma Periodontal, o Síndrome Periodontal Traumático

El factor etiológico en este caso, son las fuerzas anormales creadas por desarmonía oclusal. El periodonto profundo está alterado, pero no hay gingivitis ni bolsa, por lo cual el tratamiento será rehabilitación oclusal.

2.2.3 Periodontitis o Trauma por Oclusión

En este caso, hay una interacción muy arraigada entre factores irritativos y factores traumatizantes. Puede o no estar involucrado el factor sistémico. Un factor que nos agrava el cuadro es el bruxismo.

Secuencias adecuadas para el tratamiento de éste caso:

2.2.3.1 Terapia neuromuscular. Para el problema psiconeurótico que sostiene la hiperactividad muscular.

2.2.3.2 Eliminación de factores locales irritativos responsables de la inflamación.

2.2.3.3 Rehabilitación Oclusal. Se elimina así la disfunción oclusal.

2.3 SECUENCIAS DE UN PLAN DE TRATAMIENTO

2.3.1 Enseñanza y Control de Higiene y Fisioterapia Oral

Eliminación de placa bacteriana y cálculos supragingivales y subgingivales.

2.3.2 Terapia Neuromuscular (Psicológica, Farmacológica, Fisioterapia y/o Oclusal)

Para eliminar ó reducir la hiperactividad muscular del bruxismo. Consideración y tratamiento de los factores sistémicos.

2.3.3 Raspaje y Curetaje, Terapia Funcional

Habiendo eliminado factores irritantes procedemos a la eliminación de desarmonías oclusales por medio de ortodoncia menor o ferulizaciones temporales.

2.3.4 Cirugía Periodontal

Gingivectomía y Gingivoplastia en bolsas supraóseas, operación de colgajo, osteotomía t osteoplástia en bolsas infraóseas.

2.3.5 Ajuste Oclusal por Desgaste Selectivo

En caso de trauma periodontal severo, con profundas

bolsas óseas y gran movilidad dentaria, este paso debe realizarse previo a una cirugía periodontal, para asegurar la no alteración de la cicatrización y regeneración ósea.

2.3.6 Rehabilitación Oclusal

Esta puede ser por reconstrucciones individuales, prótesis y/o ferulizaciones permanentes.

2.3.7 Control Final de Higiene y Fisioterapia Oral

Elaboramos un control final de la función oclusal.

2.3.8 Controles Periódicos de Mantenimiento

Para tener en observación a nuestro paciente.



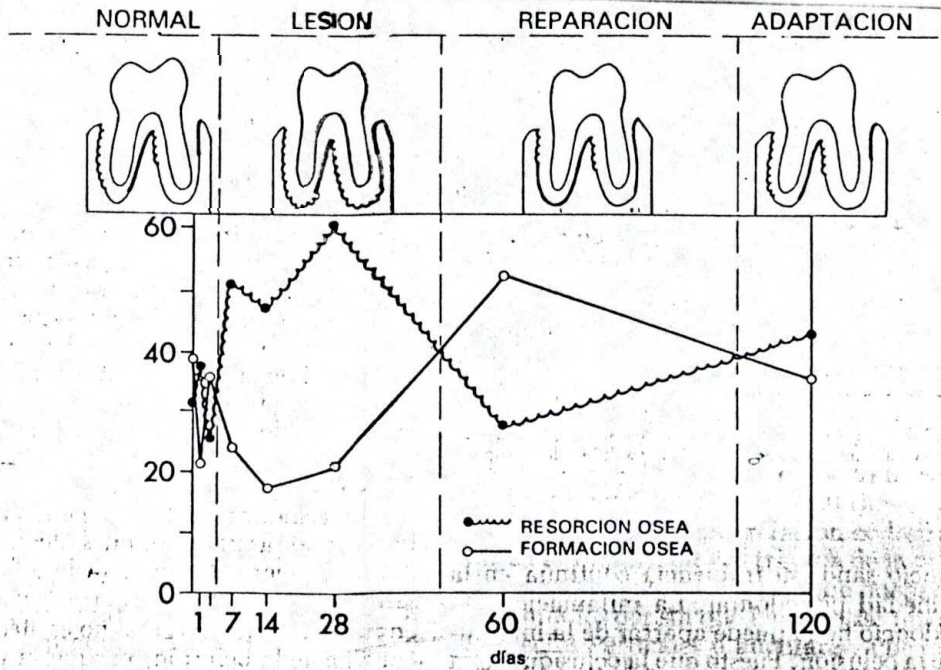


Fig. 19-8 Evolución de lesiones traumáticas según se observa experimentalmente en ratas por variaciones de cantidades relativas de zonas de formación y resorción óseas en las superficies óseas periodontales. Eje horizontal: días después de la iniciación de la interferencia traumática. Eje vertical: porcentaje de superficie ósea en resorción o en formación. Las etapas de la evolución de las lesiones están representadas en los esquemas de arriba, que muestran la cantidad promedio de la actividad ósea de cada grupo. Véase la referencia 17.

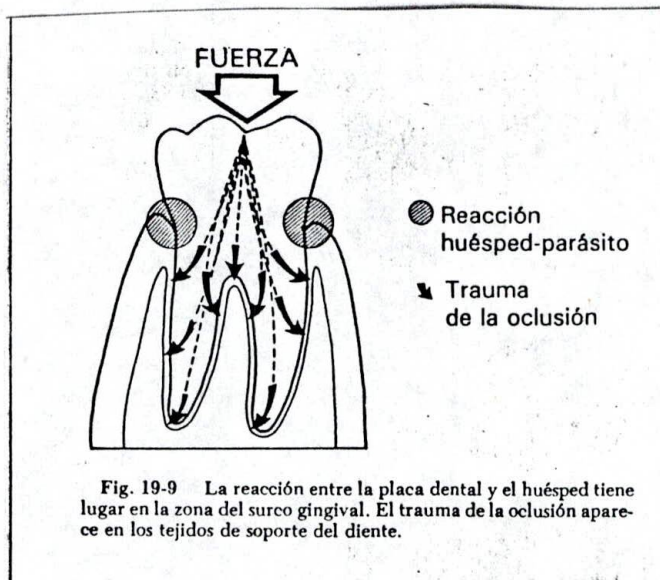


Fig. 19-9 La reacción entre la placa dental y el huésped tiene lugar en la zona del surco gingival. El trauma de la oclusión aparece en los tejidos de soporte del diente.

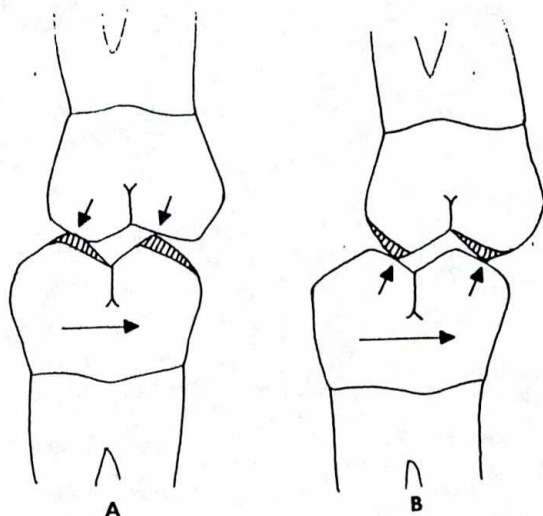


Fig. 37-30. Si en el movimiento protrusivo hay contactos prematuros entre dientes posteriores antagonistas, se desgantan **A**, las vertientes cuspídeas mesiales de los dientes inferiores **B**, las vertientes cuspídeas distales de los dientes superiores, según cuáles sean más empinadas. Cuando sea posible, se tratará de mantener la altura cuspídea y las relaciones céntricas establecidas en pasos anteriores. Las flechas mayores indican la dirección del movimiento protrusivo; las flechas menores indican contactos prematuros; las zonas rayadas indican los sectores por desgastar.

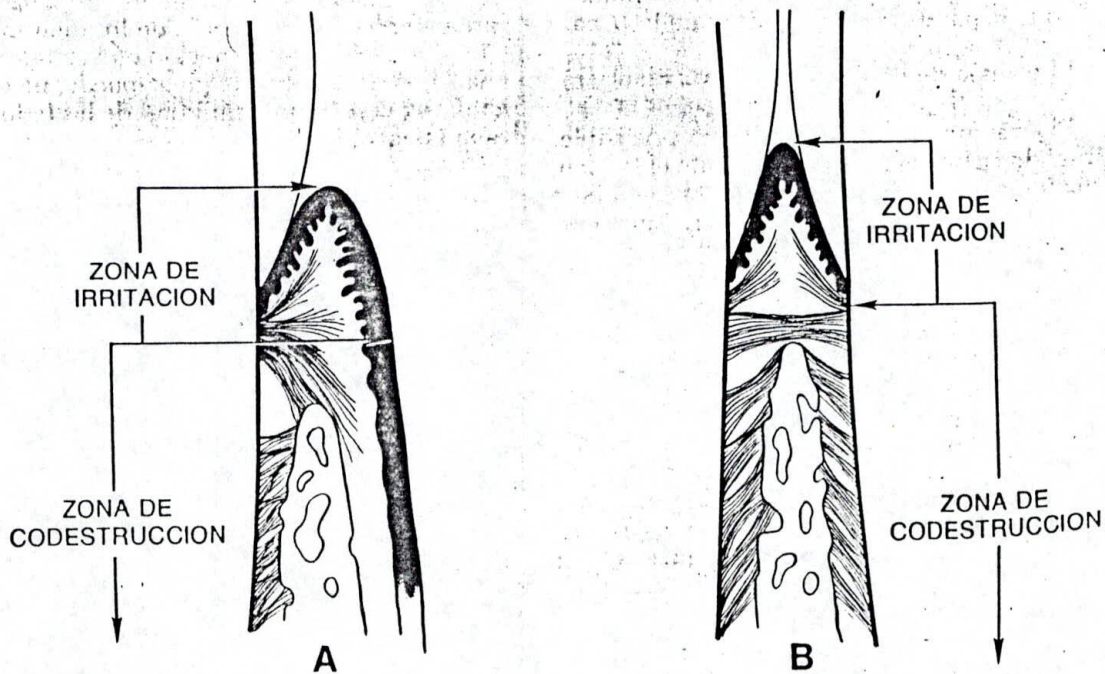


Fig. 19-10 Zonas de irritación y codestrucción de la enfermedad periodontal. A, superficie vestibular o lingual. B, área interproximal.

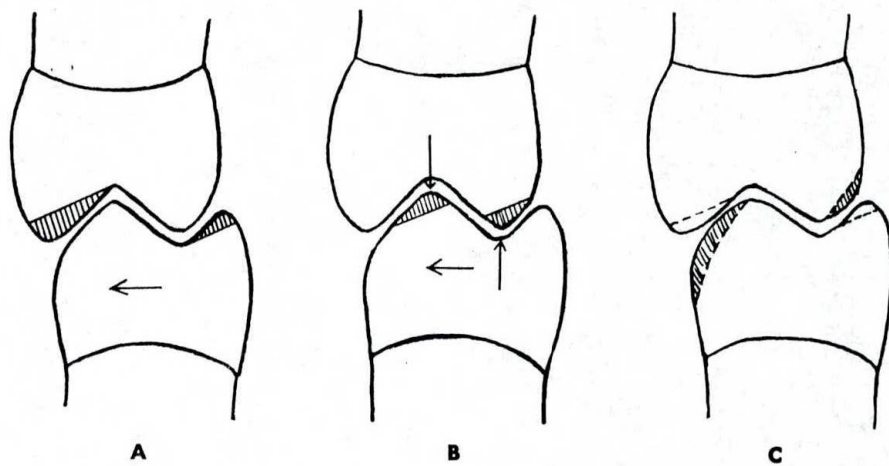
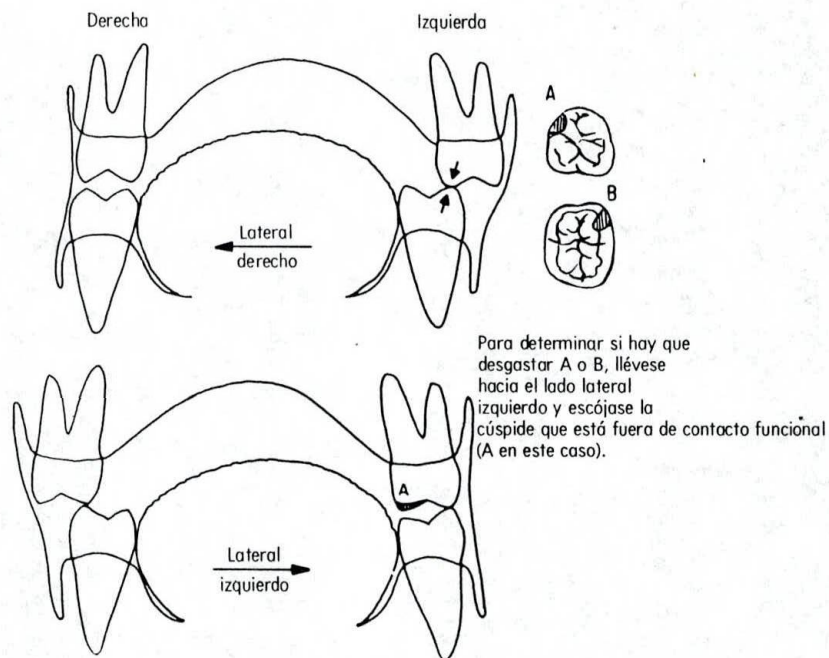


Fig. 37-32. Si en las excursiones laterales hay interferencia cuspídea, se desgastan las cúspides vestibulares superiores y linguales inferiores (VS-LI; BU-LL), A. Si se desgastaran las cúspides vestibulares inferiores y linguales superiores, se sacaría el diente del contacto estático, B. Si la superficie vestibular de las cúspides vestibulares de los dientes inferiores y la superficie lingual de las cúspides linguales de los dientes superiores son abultadas, hay que reducir la comba, C, pero no tocar las puntas de las cúspides.



Para determinar si hay que desgastar A o B, llévase hacia el lado lateral izquierdo y escójase la cúspide que está fuera de contacto funcional (A en este caso).

Fig. 37-33. Durante la excursión lateral derecha hay un contacto prematuro en el lado opuesto, de balanceo (flechas), que impide el contacto dentario en el lado activo. Obsérvese el espacio entre los dientes del lado derecho. ¿Se debe desgastar el contacto prematuro superior, A, o el contacto prematuro inferior, B? Para determinar cuál desgastar, se lleva la mandíbula hacia la excursión lateral izquierda y se estudia la relación cuspídea. Se desgasta la cúspide que se halla fuera de contacto funcional (en este caso A) para corregir la interferencia y permitir el contacto funcional en la excursión lateral derecha.

CONCLUSIONES

De la anterior se deduce:

1. La mayor parte de los pacientes que llegan con trauma periodontal són por secuelas de malas técnicas odontológicas.
2. El trauma oclusal, por sí mismo, nó causa nunca bolsas periodontales.
3. Siempre existirá un factor etiológico irritante ó desencadenante, como lo es la placa bacteriana.

ANEXO A

HISTORIA CLINICA No. 114146

Paciente de sexo femenino.

Edad 52 años.

Antecedentes Sistémicos: Hipertensión y Bronquitis.

Ocupación: Hogar.

Tipos de Atención Recibida: Operatoria y Cirugía.

Forma de Cepillado: Horizontal.

Frecuencia de Cepillado: 2 veces al día.

Cambio de Cepillo: Cada 12 meses.

Indice de placa Blanda: Cero.

Indice de Placa Calcificada: 66 % .

Exploración de Cavidad Oral

Encontramos anormal: Labios, Gingiva y Paladar duro.

Caries activa crónica.

COP: 30

C: 5

E: 25

EI: 0

O: 0

Exámen Periodontal: Dientes Presentes: 33,
32,31,41,42,43.

	ENCIAS						!CALCULO!		
	! C !	! C !	! T !	! M !	! P !	! H !	! S !	! S !	! S !
	! o !	! o !	! e !	! a !	! a !	! e !	! u !	! u !	! u !
	! l !	! n !	! x !	! r !	! p !	! m !	! p !	! p !	! b !
	! o !	! s !	! t !	! g !	! i !	! o !	! u !	! r !	! g !
	! r !	! i !	! u !	! e !	! l !	! r !	! r !	! a !	! i !
	! !	! s !	! r !	! n !	! a !	! r !	! a !	! g !	! n !
	! !	! t !	! a !	! !	! s !	! a !	! c !	! i !	! g !
! Canino Izq.	! R !	! B !	! A !	! I !	! G !	! C !	! N !	! L !	! L !
! Incisivos Izq.	! R !	! B !	! A !	! I !	! G !	! C !	! N !	! L !	! L !
! Incisivos Der.	! R !	! B !	! A !	! I !	! G !	! C !	! N !	! L !	! L !
! Canino Der.	! R !	! B !	! A !	! I !	! G !	! C !	! N !	! L !	! L !

R = ROJO B = BLANDO A = ANORMAL

I = IRREGULAR G = AGRANDADA C = AL CONTACTO

N = NO HAY L = LOCALIZADO

Linea Mucogingival: 43 : 4 mm.
42 : 4 ""
41 : 2 ""
31 : 2 ""
32 : 3 ""
33 : 1 ""

Retracciones Gingivales :

Dientes	43	42	41	31	32	33
Vest.	3	3	3	3	3	3
Ling.	3	3	3	3	3	4

Fondo de Surco :

Dientes	43	42	41	31	32	33
VESTIBUL. Distal	1	1	1	2	2	2
Medio	2	1	1	1	1	1
Mesial	2	1	1	2	2	1
LINGUAL Distal	1	1	1	2	2	2
Medio	2	1	1	1	1	1
Mesial	2	1	1	2	2	1

Movilidad : 43 grado 1
42 grado 2
41 grado 2
31 grado 2
32 grado 2
33 grado 1

No hay empaquetamiento.

Oclusión : Paciente con antecedentes de Trismus.

Desviación : en apertura derecha.

Grado de Apertura : 40 mm.

Ruidos Articulares : Chasquido derecho en apertura
final.

Sintomatología de los Músculos de la Masticación ; El
Paciente dice que se le desencaja la mandíbula y que a
veces al tenerla mucho tiempo abierta, nó la puede
cerrar bien.

Se diagnosticó : Desdentado total superior. Desdentado
parcial inferior. En paladar duro, como diagnóstico
presuntivo, un fibroma. Periodontitis moderada acompañada
de trauma periodontal. Caries activa crónica.

Tratamiento : 1o. Enseñanza de técnica de cepillado y uso
de seda dental (Motivación). Raspaje y alisado
radicular.

2o. Cirugía y biopsia en paladar duro.

3o. Operatoria.

4o. y 5o. Simultáneamente prótesis total
superior y prótesis parcial removible inferior.

VER DIAPOSITIVAS

ANEXO B

HISTORIA CLINICA No. 101245

Paciente de sexo femenino.

Edad 43 años.

Antecedentes Sistémicos : Hipertensión, Trastornos renales e Hipotiroidismo.

Ocupación: Hogar.

Esta paciente llegó por Urgencia con problema periodontal. Era una paciente desdentada parcial superior e inferior, sin apoyos oclusales posteriores. Presentaba movilidad grado 2 en los anteriores superiores e inferiores. Paciente con antecedentes de bruxismo.

Dientes presentes : 16 (UP), 14 (UP), 12 (UP), 11 (UP), 21 (UP), 23 (UP), 24 (UP), 26 (UP), 33, 32, 31, 41, 42 y 47.

UP = Unidad Protésica.

Coronas metal-porcelana.

Paciente presentaba exudado gingival a nivel de los anteriores superiores y cálculos subgingivales. Se programó un curetaje a campo abierto a nivel del 11. Se tomó una radiografía periapical de éste donde se observó gran pérdida ósea, un núcleo intraradicular corto con su

correspondiente corona en metal-porcelana con adaptación aceptable. A nivel del 21 se observó radiográficamente lo mismo. Clínicamente el 11 se encontraba vestibularizado. Días antes de la cirugía, la paciente llegó con una inflamación del labio superior derecho y de la encía marginal y parte de encía adherida a nivel del 11. Se pensó en un posible absceso periodontal por lo cuál se hizo una fístula quirúrgica y se drenó. La paciente se trató con antibiótico. Se tomó radiografía de control y no se observó ningún cambio.

El día de la cirugía, debido al cuadro anterior, se tomó una nueva radiografía, donde se observó una posible línea de fractura a nivel del tercio medio de la raíz hacia distal; clínicamente había aumentado la movilidad. se decidió levantar el colgajo, pero al debridar se aumentó aún más la movilidad y al terminar de levantarlo se observó una fractura en forma de espiral con dirección apical dando la vuelta a la raíz, motivo por el cuál se procedió a practicarle la exodoncia.

Tipos de Atención Recibida : Preventiva, Operatoria, Endodoncia, Prostodoncia y Cirugía.

Forma de Cepillado : Vertical.

Frecuencia de Cepillado : 2 veces al día.

Cambio de Cepillo : Cada 6 meses.

Indice de Placa Blanda : 40 % .

Indice de Placa Calcificada : 40 % .

Exploración de Cavidad Oral

Encontramos anormal : Gingiva y Carrillos.

COP : 16

C : 3

E : 13

Ei : 0

O : 0

Examen Periodontal

	ENCIAS										!CALCULO!		
	C	C	T	M	P	H	S	S	S				
	o	o	e	a	a	e	u	u	u				
	l	n	x	r	p	m	p	p	b				
	o	s	t	g	i	o	u	r	g				
	r	i	u	e	l	r	r	a	i				
		s	r	n	a	r	a	g	n				
		t	a		s	a	c	i	g				
! Molares Sup.Der.	R	B	A	R	G	C	N	N	N				
! Canino Sup.Der.	R	B	A	R	G	C	N	N	L				
! Incisiv.Sup.Der.	R	A	A	I	G	C	N	N	L				
! Incisiv.Sup.Izq.	R	A	A	I	G	C	N	N	N				
! Canino Sup.Izq.	R	A	A	R	G	C	N	N	L				
! Molares.Sup.Izq.	R	A	A	R	G	C	N	L	L				
! Canino Inf.Izq.	R	A	A	I	G	C	N	G	G				
! Incisiv.Inf.Izq.	R	A	A	I	G	C	N	G	G				
! Incisiv.Inf.Der.	R	A	A	I	G	C	N	G	G				
! Molares Inf.Der.	R	A	A	I	G	C	N	L	L				

R = ROJO B = BLANDO A = ANORMAL

G = AGRANDADO C = AL CONTACTO N = NO HAY

L = LOCALIZADO G calculos = GENERALIZADO

I = IRREGULAR

Línea Mucogingival : 16 : 5 mm

14 : 5 "

13 : 7 "

12 : 6 "

21 : 6 "

23 : 7 "

24 : 5 "

26 : 5 "
 27 : 4 "
 33 : 4 "
 32 : 6 "
 31 : 6 "
 41 : 5 "
 42 : 4 "
 47 : 3 "

Retracciones Gingivales :

Dientes	21	24	26	27	33	32	31	41	42	47
Vest.	1	2	2	3	3	2			1	1
Palat. y/o Ling.		2	2		4	3	2	1	4	

Fondo de Surco :

	Diente	Mesial	Medio	Distal
P	16	3	3	4
A	14	2	1	2
L	13	3	2	3
A	12	2	2	2
T	21	3	4	3
I	23	3	2	3
N	24	3	1	5
O	26	5	6	5
	27	2	1	2

	Diente	Mesial	Medio	Distal
	16	3	2	3
	14	2	1	2
V	13	3	2	3
E	12	2	2	2
S	21	2	2	2
T	23	3	2	3
I	24	3	1	5
B	26	5	3	3
.	27	2	1	2

	Diente	33	32	31	41	42	43	47
LINGUAL	Mesial	3	3	3	3	3	6	1
	Medio	2	2	1	2	2	1	1
	Distal	3	3	2	3	2	3	2

	DIENTE	33	32	31	41	42	43	47
	Mesial	2	3	3	3	3	3	1
VESTIB.	Medio	1	2	1	2	2	2	1
	Distal	3	3	2	3	3	3	2

Movilidad : 21 grado 2
 32 grado 2
 31 grado 2
 41 grado 2
 42 grado 2
 33 grado 2

Oclusión :

Sintomatología de ATM derecha e izquierda.

Trayectoria de Apertura y Cierre: Desviación Izquierda en Apertura; Desviación Derecha en Cierre.

Grado de Apertura Bucal: 39 mm.

Ruidos articulares: chasquido derecho e izquierdo en apertura media y en cierre final siendo mayor el izquierdo.

Dimensión Vertical Postural: 38 mm.

Dimensión Vertical Oclusal: 37 mm.

Espacio Libre Anterior: 1 mm.

Línea Media desviada a la derecha.

Músculos de la Masticación y nuca sintomáticos (mialgia).

Los dientes anteriores inferiores presentan facetas de desgaste.

Diagnóstico: Se diagnosticó Gingivitis Marginal Moderada Localizada, Periodontitis Moderada Localizada acompañada de trauma oclusal ya que la paciente no presentaba apoyos

oclusales posteriores. Desdentado parcial superior e inferior. Caries activa crónica. Pérdida de dimensión vertical = 75% .

Tratamiento: 1o. Motivación del Paciente. Raspaje, Alisado radicular y pulido. Enjuagatorios con agua oxigenada. Cepillado con Sensodyne y cepillo PRO 425. Uso de seda dental.

2o. Operatoria

3o. Aumento de la dimensión vertical por medio de una mucosoportada posterior inferior.

4o. Prótesis parcial fija superior de 5 unidades del 12 al 23. Sirvió de férula.

5o. Incrustación MOD con preparación para removible del 47.

6o. Prótesis parcial removible inferior.

VER DIAPOSITIVAS

NOTA: Se encuentran diapositivas de otros casos diferentes de pacientes que también presentaban Periodontitis ó Trauma Oclusal.

BIBLIOGRAFIA

Grant, Estern, Everett, Periodoncia de Orban, (4ta Ed., Trad. Dra. Marina G. de Grandi). México: Nueva Editorial Interamericana 1980. Páginas 503 - 561.

Vartan, Oclusión y Rehabilitación, (2da Ed.). Montevideo Uruguay 1974. Capítulo 10 y 18.

Fermin Alberto Carranza, Compendio de Periodoncia, (Reimp., 3ra. Ed.). Buenos Aires, Argentina: Mundi 1978. Páginas 70 - 78.

Irving Glikman, Periodontología Clínica, (5ta Ed.) Mexico: Interamericana, 1982 . Páginas 272 - 285.