

Periodoncia y Radiología

Dra. Mónica Quintana Cortés
Académica Universidad Mayor

Abstract

A brief resume of the classification of the periodontal disease and some conventional radiology is presented.

Resumen

Se presenta un resumen de la clasificación de la enfermedad periodontal y su radiología convencional.

Keywords: Periodontal disease, Marginal bone.

Introducción

La radiografía es un examen complementario utilizado en el Diagnóstico de la Enfermedad Periodontal, la determinación del pronóstico del paciente como así también para determinar los resultados obtenidos en el tratamiento.

No se debe olvidar que es un complemento del examen clínico y no un sustituto de éste, dadas las limitaciones propias que presenta.

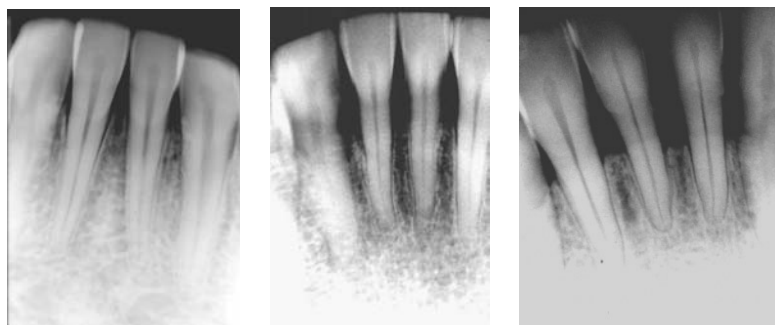
En la Enfermedad Periodontal la radiografía no revela los cambios inflamatorios iniciales que afectan a los tejidos de soporte. La radiografía subestima el daño real.

Factores que determinan la morfología ósea en la enfermedad periodontal:

- Grosor, ancho y angulación de los tabiques interdentes
- Espesor de las tablas vestibular y lingual
- Presencia de fenestraciones, dehiscencias, o ambas
- Alineación de los dientes
- Anatomía radicular
- Posición de la raíz en la apófisis alveolar
- Proximidad de otra superficie dentaria
- Recorrido de los vasos sanguíneos

Patrones de destrucción ósea en la Enfermedad Periodontal:

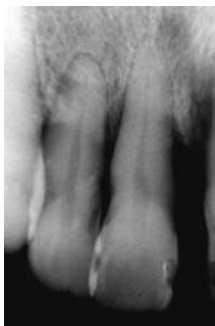
Perdida ósea horizontal: El margen óseo permanece perpendicular a la superficie dentaria.



Correspondencia
monica.quintana@umayor.cl

Clínica: podría corresponder a la presencia de sacos supraóseos, recesiones gingivales o de un paciente tratado periodontalmente.

Pérdida ósea vertical: destrucción ósea que abarca la cortical alveolar y el hueso esponjoso adyacente.



Clínica: si la base del defecto es apical al hueso circundante correspondería a la presencia de sacos infraóseos. También da imagen de destrucción angular o vertical sin pérdida de inserción clínica el trauma oclusal.

Cráteres óseos: concavidad en la cresta del hueso interdental, confinada a las paredes óseas lingual y vestibular



Configuración invertida: pérdida de hueso interproximal, o interdental incluidas las tablas vestibular, lingual o ambas, con menor pérdida del hueso intercortical dejando un defecto óseo de superficie convexa.

Lesiones de furcaciones: pérdida ósea a nivel de la bi o trifurcación de los dientes multirradiculares, radiográficamente se observa zona radiolúcida a nivel interradicular. El grado del compromiso de furcación es clínico.

El examen radiográfico permite también observar la presencia de factores locales importantes para la determinación del diagnóstico y del pronóstico de la enfermedad periodontal, ellos son:

Presencia de cálculos

Morfología radicular

Relación corono – radicular

Presencia de caries

Estado de las restauraciones

Estado de las prótesis fijas unitarias y plurales

Implantes en relación a su Oseointegración

Lesiones peria picales o para radiculares

Absceso: el aspecto radiográfico del absceso periodontal es el de una zona radiolúcida discreta en el sector lateral de la raíz, el cuadro radiográfico no es característico ni definitorio, ya que va a depender de la etapa de la lesión, magnitud de la destrucción ósea, y localización de la lesión. En ciertas ocasiones la radiografía reviste importancia con el fin de diferenciar un absceso periapical, de uno periodontal, esto va a depender de la ubicación de la lesión que nos muestre la radiografía. **No puede dependerse del examen radiográfico para diagnosticar un absceso ya que es una entidad eminentemente clínica.**

Presencia de dientes incluidos

Rizalisis

Reparación de los tejidos periodontales: Post tratamiento, alrededor de los nueve meses de terminado el tratamiento de la enfermedad periodontal, podremos observar signos de cicatrización. Estos signos reparativos son corticalización del remanente óseo y mayor densidad del hueso esponjoso por formación de mayor número de trabéculas óseas.

En la clasificación de la enfermedad periodontal realizada por la Academia Americana de Periodontología en 1989, en la cual las enfermedades periodontales se clasificaban en:

Clasificación

1 Periodontitis del adulto

Prepuberal

2 Periodontitis de inicio precoz: Juvenil

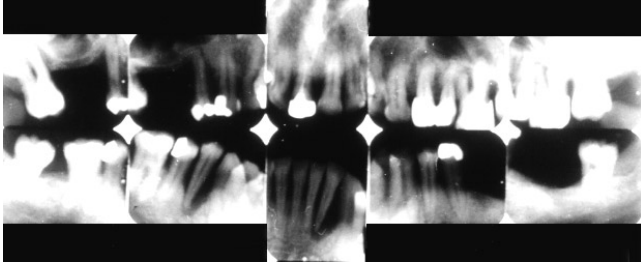
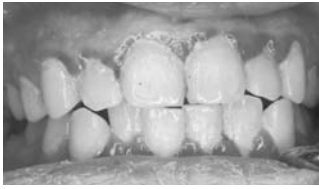
Rápidamente progresiva

3 Periodontitis asociada a enfermedades sistémicas

4 Periodontitis ulceronecrótica aguda

5 Periodontitis refractaria

La radiografía jugaba un rol importante, tanto en el diagnóstico (extensión de acuerdo al número de dientes comprometidos y severidad de acuerdo a la pérdida de soporte) como en la determinación del pronóstico de las Periodontitis.



Periodontitis del adulto:

Extensión:

Localizada comprometidos no más de 14 dientes
Generalizada comprometidos más de 14 dientes

Severidad:

Incipiente
Moderada
Avanzada

Pérdida ósea incipiente:

discontinuidad de la cortical alveolar. Pérdida ósea hasta 1/3 del largo de la raíz, o del área radicular.

Pérdida ósea moderada:

más de 1/3 y menos del 50% del largo de la raíz, o del área radicular.

Pérdida ósea avanzada:

más del 50% del largo de la raíz o del área radicular.

Niveles de pérdida ósea:

Incipiente: 0 – 30% de pérdida de tejidos de soporte
Moderada: 30 – 50% de pérdida de tejidos de soporte
Avanzada: más del 50% de pérdida de tejidos de soporte

Sin embargo esta clasificación se modificó en 1999 por la Academia Americana de Periodontología, siendo actualmente la siguiente:

Clasificación

- Periodontitis crónica
- Periodontitis agresivas

- Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas
- Enfermedades periodontales necrotizantes
- Abscesos
- Lesiones endoperiodontales
- Deformidades y condiciones adquiridas del desarrollo
- Trauma oclusal

Periodontitis crónica

Clínicamente se caracteriza por ser más prevalente en adultos, pero puede presentarse en niños y jóvenes. Destrucción en relación con la presencia de factores etiológicos locales, presencia de cálculos subgingivales, progresión lenta, patrón bacteriano variable, puede estar modificada por enfermedades sistémicas como diabetes, también puede modificarse por tabaquismo.

En esta clasificación la radiografía perdió su rol en el diagnóstico de las Periodontitis Crónicas (que vendría a corresponder a la periodontitis del adulto) en cuanto a su extensión y severidad. Respecto de la extensión corresponde al número de sitios comprometidos, teniendo cada diente 6 sitios, mesial, vestibular, distal; mesial, palatino o lingual y distal. Respecto de la severidad esta se determina por la pérdida de inserción clínica (distancia que va desde el límite amelo cementario al fondo del saco)

Extensión:

Localizada: Menos de 30% de sitios comprometidos
Generalizada: Más de 30% de sitios comprometidos

Severidad:

Leve, 2 mm de pérdida de inserción clínica
Moderada, 2 – 4 mm de pérdida de inserción clínica
Severa, 5 mm o más de pérdida de inserción clínica

Periodontitis Agresivas

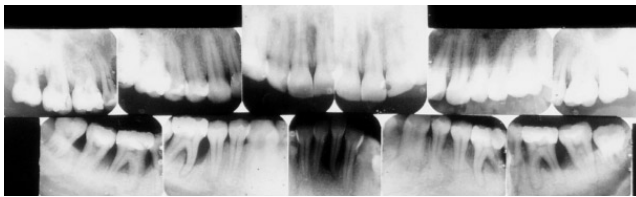
Las periodontitis agresivas, que corresponderían a las de inicio precoz, presentan como características clínicas: Baja prevalencia, rápida progresión de destrucción de los tejidos de soporte, defectos en el sistema defensivo del hospedero, probablemente exista influencia de factores genéticos en su etiología, presenta agregación familiar, excepto por la presencia de periodontitis los pacientes son sanos, no existe relación entre cantidad de placa bacteriana y severidad en la destrucción.

Tanto la clínica como la radiografía tienen importancia en su diagnóstico y pronóstico determinándose clínica

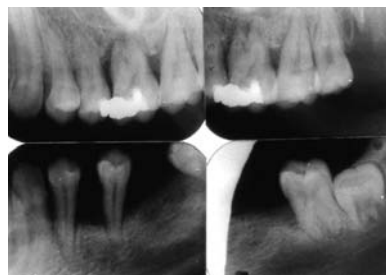
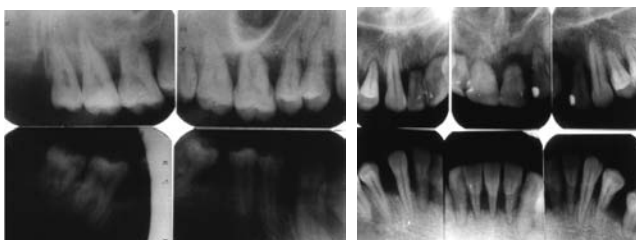
y radiográficamente su extensión y severidad o grado de avance. De acuerdo a su extensión se clasifican en localizadas y generalizadas, esto dependiendo de los dientes que están comprometidos.

Localizada: Afecta primeros molares e incisivos.

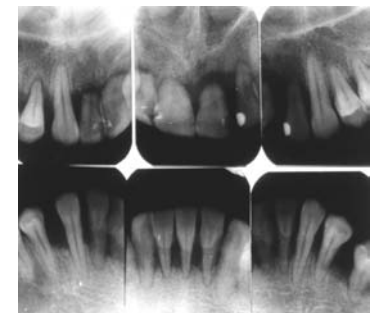
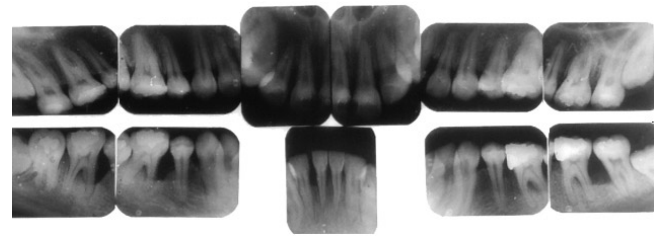
Periodontitis Agresivas



Generalizada: Afecta a lo menos a tres dientes permanentes además de primeros molares e incisivos.



Otros ejemplos



Referencias Bibliográficas

- Carranza, *Periodontología clínica* novena edición editorial Mc Graw Hill. año 2004
- *Annals of Periodontology* Volumen 4 N° 1 Diciembre 1999
- *Taller Mundial de Periodoncia Clínica de 1989 de la Academia Americana de Periodontología*