

820122
67
24

Universidad Autónoma de Guadalajara

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela de Odontología



LIBROS CON
FALLA DE ORIGEN

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES DE FURCACION DE LA
CLASE I, II, Y III

Tesis

Que para obtener el Título de:

Cirujano Dentista

Presenta:

OSCAR ALBERTO MONRAZ MEIXNER

ASESOR: DRA. JOSEFINA TERRIQUEZ CASILLAS

Guadalajara, Jal., 1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

" TRATAMIENTO DE LAS LESIONES DE FURCACION DE LA
CLASE I, II, Y III "

I N D I C E

	Introducción.
CAPITULO I	Generalidades.
CAPITULO II	Clasificación.
CAPITULO III	Tratamiento.
	Conclusiones.
	Casuística.
	Bibliografía.

I N T R O D U C C I O N

Entre las diversas enfermedades periodontales tenemos las lesiones de furcaciones, las cuales aparecen habitualmente como consecuencia de la profundización de bolsas periodontales o bien puede haber lesiones de las furcaciones no derivadas de bolsas periodontales y que ulteriormente puede complicarse con éstas como lesiones traumáticas; el área de las furcaciones es una de las zonas donde se manifiesta el trauma de la oclusión o bien complicaciones de lesiones pulpares por conductos aberrantes.

Puede existir complicaciones dolorosas tales como caries de cemento y dentina, resorción de la raíz en la zona de la furcación y formación de absceso en la furcación y lesión pulpar a través de los canales laterales.

Las lesiones de bifurcación y trifurcación son únicamente etapas avanzadas de enfermedades periodontales progresivas y tienen la misma etiología; sin embargo, de todas las áreas del periodonto las furcaciones son las más sensibles a la agresión de las fuerzas oclusales locales más traumatismo oclusal pueden provocar complicaciones muy severas en el hueso de las furcaciones.

Uno de mis propósitos al realizar mi tesis profesional es que ésta sea una ayuda para los dentistas de la práctica general, para que prevenga a tiempo este tipo de enfermedad así como también sea una ayuda para llevar a cabo un buen tratamiento y una buena educación al paciente con respecto a su enfermedad periodontal y lesión en bifurcación y que al tratárseles algunos síntomas éstos ya no regresan al consultorio para continuarles su tratamiento; por lo tanto, el dentista deberá tener muy en cuenta la educación y motivación que deberá darle a cada paciente.

La función del dentista no deberá concretarse solamente a corregir -

las enfermedades sino que también deberá ser preventiva, lo cual será de gran ayuda a los pacientes, pues ésta prolongará la función masticatoria normal del individuo.

La prioridad de la periodoncia en la práctica de la odontología se - ha desplazado de la reparación del daño hecho por la enfermedad a la conservación de la salud de las bocas sanas.

CAPITULO I
GENERALIDADES

El alcance de la bifurcación o de la trifurcación radicular se debe generalmente a una profundización del fondo de saco vestibular ó lin - - gual.

La amplitud de la lesión se determina mediante la exploración con - una sonda roma, con un chorro de aire simultáneo para facilitar la vi -- sión.

El término enfermedad paradontal engloba a todas las afecciones que atacan a los tejidos paradontales pero cuando se utilizan se hace apli - cándolo generalmente a los padecimientos inflamatorios del paradonto, co mo son la gingivitis, la parodontitis simple y la parodontitis completa.

Los factores etiológicos locales son aquellos que se encuentran en - íntimo contacto con los dientes y las estructuras que le dan soporte a - este y que influyen en que el completo paradontal funcione en forma nor - mal.

Los factores generales o sistémicos son los que están en relación - con la salud general y con el metabolismo del paciente.

La reacción del hueso alveolar a la inflamación da como resultado la formación de cráteres interproximales, y los márgenes sobreextendidos - las restauraciones contribuyen al problema de la retención de la placa y alimentos.

Las características topográficas de los defectos resultantes en los tejidos blandos y duros varían mucho con respecto a su extensión verti - cal y horizontal y especialmente cuando afectan a molares y premolares - multirradiculares.

La bifurcación o trifurcación puede ser visible ó estar cubierta por la pared inflamada de la bolsa periodontal.

La muerte pulpar queda como resultado, la periodontitis periapical - también puede progresar para establecer una comunicación con la cavidad.

El tratamiento oclusal con movilidad y agrandamiento de espacio deligamento como resultado de la resorción ósea lateral puede exagerar la pérdida de la magnitud vertical del hueso por la inflamación.

Esto puede dar como resultado la invasión temprana de la furcación - no puede ignorarse el traumatismo oclusal como un factor etiológico importante.

Los fondos de saco profundos gingivales u óseos, exigen una terapéutica que trata de suprimirlos ya sea por reinvasión o por gingivectomía. Esta puede ser simple con adaptación ósea subyacente ó con adaptación - gingival suprayacente.

La denominación lesión de furcaciones se refiere a lesiones que se - producen corrientemente, en las cuales las bifurcaciones de los dientes - multirradiculares quedan denudadas por enfermedad periodontal.

El número de lesiones de las furcaciones aumenta con la edad.

Generalmente mientras más verticales sean las raíces, más limitada - será la zona de la furcación y más agudo su ángulo de unión.

Los dientes con zonas de furcación limitadas son susceptibles a la - periodontitis exacerbada, así como a las caries.

La terapéutica periodontal con éxito se basa en la eliminación ini - cial y control posterior de los factores etiológicos recurrentes.

El manejo y mantenimiento subsecuente de cualquier alteración perma - nente en la arquitectura del periodonto está sujeta a un programa combi-

nado por parte del paciente y el dentista (o su auxiliar) para eliminar la inflamación.

La invasión de la furcación puede variar en profundidad horizontal y vertical según las características anatómicas existentes.

La exploración de la extensión de la pérdida de inserción (o profundidad de la bolsa) y la resorción ósea, se logra mejor con exploradores curvos o curetas finas.

En pérdidas óseas poco marcadas donde la raíz clínica brinde soporte suficiente las pérdidas óseas horizontales tienen pronósticos muy favorables, pero desde el punto de vista del diente individual, una pérdida ósea vertical brinda mejor pronóstico que una pérdida horizontal a nivel del fondo del defecto.

Por tanto, no debe haber, en particular resalte gingival, ni tracción del frenillo a nivel de esta papila interradicular.

Dentro de las pérdidas óseas verticales aquellos defectos con tres paredes óseas son los de mejor pronóstico pues brindan el mayor potencial de regeneración.

Con respecto a los cráteres óseos interdentarios, el pronóstico depende, de las posibilidades de su eliminación debido a su profundidad.

En general, es favorable al ser tratado, bien por osteotomía de una ó ambas tablas ó por relleno óseo de su parte media.

El pronóstico de una pieza dentaria multirradicular se ve perjudicado cuando la furcación ha sido alcanzada por la lesión.

Las lesiones en furcación de los primeros premolares superiores pre-

sentan pronóstico malo debido a su difícil accesibilidad.

Las furcaciones en los molares inferiores tienen mejor pronóstico - que en los superiores, debido a su mayor accesibilidad, su anatomía es - más sencilla ya que son bifurcaciones y por la morfología del espacio interradicular.

Cuanto más grandes y divergentes sean las raíces, por ende mayor el espacio interradicular mejor será el pronóstico.

ASPECTO RADIOGRAFICO.- El estudio radiográfico en la enfermedad peri - odontal es de valor esencial, porque se trata de un tipo de examen que ya se utiliza con amplitud por el clínico general. Los factores etiologi - cos se observan con frecuencia y en los casos de lesión periodontal inci - pientes los signos radiográficos reflejan con bastante fidelidad el cua - dro histopatológico. 1

Las radiografías constituyen elementos diagnósticos objetivos que - pueden ser consultados en ausencia del paciente y permiten referencias - futuras de esta manera, sobre el clínico general recae una responsabili - dad mayor en el sentido del diagnóstico, prevención y tratamiento de la - enfermedad periodontal. 1

El examen radiográfico de la extensión de la bolsa periodontal a la - furcación merece consideraciones especiales, en razón de la superposi - ción de las raíces ó de áreas de absorción ósea en la región. Por ello, - las lesiones incipientes de furcación generalmente no se observan en la - radiografía. 1

De manera general, sugieren lesión de furcación los siguientes sig - nos radiográficos.

a).- Aumento del espacio periodontal.

- b).- Pérdida de la nitidez de la lámina dura.
- c) Menor densidad ósea en la región.
- d).- Reabsorción ósea en media luna, que se extiende a la furcación.
- e).- Aunque no se observen los signos enumerados, la presencia de -
pérdidas óseas acentuadas en torno de todo el diente ó de una -
de sus raíces sugieren lesión de furcación. 1

En los molares inferiores, la existencia de una área nítida de menor densidad ósea en la región de la bifurcación, no significa necesariamente que haya una lesión de furcación extensa, porque es posible que la absorción ósea se presente con predominio en una de las corticales externas. En estos casos el sondaje clínico revelaría una penetración solo in ciente. 1

Por el contrario, son más frecuentes los casos en que hay lesión y aparece radiográficamente negativa, debido a que la angulación vertical u horizontal al tomarse la radiografía no es adecuada los rayos X que - no incidan con paralelismo en la furcación producirán, la superposición de las raíces, que son anchas en sentido vestibulolingual y muy cerca - nas en esta región, lo que hace imposible el registro de las reabsorciones óseas. En la región de los segundos y terceros molares inferiores, la línea oblicua externa puede presentarse densa y superpuesta a la región de la furcación, es impedir su visualización. 1

Los molares superiores presentan limitaciones radiográficas aún mayores hay que considerarlos como poseedores de tres bifurcaciones y una interfurcación. La interpretación radiográfica es difícil debido a la su - perposición de la raíz palatina sobre la furcación vestibular y a la di - fícil visualización de las furcaciones mesial y distal que se hallan su - perpuestas con las raíces vestibular y palatina. Por estas razones, las - informaciones de las primeras radiografías son muy limitadas y no se ob - servan gran cantidad de lesiones iniciales ó medianas.

Una vez comprobado mediante el examen clínico que hay lesión en una de las bifurcaciones es esencial tomar dos radiografías más; las de proyección distooblicua y mesiooblicua. De esta manera se mejora considerablemente la visualización de las bifurcaciones mesiales y distales, al mismo tiempo que se puede observar el grado de divergencia de las raíces vestibulares, e incluso, si presentan signos de fusión. Estas consideraciones tienen acentuada importancia en el planeamiento terapéutico. 1

Los molares inferiores, por tener la furcación en sentido vestibulo-lingual permiten la determinación visual del grado de extensión de la bolsa periodontal mediante el sondaje. Los molares superiores y el primer molar superior que posee bifurcaciones proximales se presentan a veces con espacios interproximales reducidos, lo cual puede hacer que el examen clínico mediante el sondaje se torne muy difícil.

Las mejores informaciones se obtienen de radiografías con sondas radiopacas, estos elementos de contraste se introducen con todo cuidado hasta el fondo de la bolsa; los alambres se fijan en las coronas dentarias con cera utility, ó, en el caso de la sonda roma No. 17, será sostenida en posición por el paciente. 1

Al verificar la extensión de la penetración de estos medios de contraste en la bifurcación es importante controlar que la angulación horizontal de la radiografía sea la adecuada para el diente en cuestión.

Si el diente se halla en giroversión o si la radiografía fue tomada con una angulación horizontal incorrecta parecerá que la penetración de la sonda radiopaca es mayor que la real. Con las precauciones mencionadas se obtienen buenos datos sobre el grado de penetración de la bolsa periodontal en la bifurcación y en la interbifurcación.

De cualquier forma, la información radiográfica debe ser confirmada aunque sea con aproximación mediante el sondaje clínico. 1

La radiografía con las sondas radiopacas son especialmente útiles para explicar la lesión al paciente y racionalizar el tratamiento, el diagnóstico definitivo de la lesión de furcación se hace mediante examen clínico que incluye el sondeo cuidadoso. Las radiografías son útiles pero presentan artificios que hacen posible que haya lesiones de furcación y no se observen cambios radiográficos detectables. 2

Las variaciones de la técnica radiográfica pueden enmascarar la presencia y extensión de las lesiones de furcación. Un diente puede presentar una lesión de bifurcación marcada en una película y aparecer sano en otra, habría que tomar las películas con diferentes angulaciones para reducir el riesgo de pasar por alto lesiones de furcación. 2

El reconocimiento de una radiolucidez grande, claramente definida en el área de la furcación no ofrece dificultades pero muchas veces se pasan por alto cambios radiográficos menos definidos producidos por la lesión de la furcación se aconseja seguir el siguiente criterio como ayuda para la detección radiográfica de las lesiones de furcaciones. 2

a).- Hay que investigar, desde el punto de vista clínico, el cambio radiográfico más leve en la zona de las furcaciones, especialmente si hay pérdida ósea en las raíces vecinas.

b).- Disminución de la radiopacidad en el área de la furcación en la cual es completamente visible el contorno de las trabéculas.

c).- Cuando haya pérdida ósea intensa en una sola raíz de un molar se puede suponer que también la furcación está atacada, ésta es una regla muy importante. El tratamiento que se limite a la raíz que presenta pérdida ósea intensa puede sellar la bifurcación infectada o la trifurcación, impedir el drenaje y llevar a la formación de un absceso periodontal. 2

Radiológicamente es posible observar desde el caso más leve, donde sólo se han perdido algunas sales de calcio en el hueso interradicular hasta una gran zona radiolúcida en el espacio comprendido entre las raíces dentarias. La lesión de las furcaciones puede principiar en la cara vestibular del diente, en la lingual ó en las dos al mismo tiempo, lo que hace más difícil la interpretación radiográfica y por lo tanto el diagnóstico en los casos donde las porciones vestibular y lingual del hueso están a diferente altura una variación de la angulación de la radiografía puede mostrar erróneamente diferentes grados de avance en el mismo caso. 3

Las invasiones de la furca de los molares mandibulares solamente son visibles en el roentgenograma después que la absorción ósea se propaga más allá de la furca en dirección apical.

Siendo así, la sombra observada en el roentgenograma no indica si la destrucción obedece a una invasión del espacio interradicular con pérdida de hueso septal de la furca ó a la destrucción superficial de la lámina cortical marginal que cubre la furca. Es indispensable la determinación del tipo de destrucción para orientar el tratamiento y el pronóstico, porque cabe la posibilidad de que el hueso del tabique situado en la furca esté intacto. Una extensa área permeable a los rayos roentgen en la furca puede ser interpretada como resultado de la absorción combinada de hueso cortical marginal y hueso septal del espacio interradicular. Sin embargo, el roentgenograma no indica si la invasión radica en la cara bucal, en la lingual o en ambas simultáneamente. 3

La localización de la enfermedad puede determinarse con la sonda periodontal; las invasiones de la furca de los molares maxilares pueden iniciarse en la cara bucal, mesial ó distal. Las procedentes de la superficie bucal de presentar un aspecto roentgenográfico similar al de las invasiones de la bifurcación mandibular, pero no están tan bien definidas porque la imagen de la raíz palatina se superpone al defecto. La in-

vasión más frecuente de la furca de los primeros molares maxilares comienza en la cara mesial y el defecto óseo suele estar inclinado hacia el paladar, desde el punto de vista roentgenográfico la presencia de una sombra delicada sobre la raíz mesial en el área marginal hace pensar en la abertura mesial de la furca. 3

Hay que considerar la siguiente referencia para detectar la lesión de furcación. El cambio radiográfico inicial es un ensanchamiento del espacio periodontal en la zona de la furcación, que luego se transforma en una zona triangular radiolúcida borrosa, y posteriormente aparece una pérdida ósea franca.

Las lesiones mixtas, en las que intervienen el factor endodóntico y el periodontal, se manifiestan a la región periapical ó en la región de la furcación, en casos en que se sospeche la lesión mixta, es preciso hacer la prueba de la vitalidad pulpar, que generalmente es negativa. 3

ASPECTO CLINICO.- El examen clínico para detectar lesiones de furcación se realiza mediante las pruebas de percusión, palpación, sondeo, pruebas eléctricas y térmicas de la pulpa. 3

La bifurcación o trifurcación puede ser visible o estar cubierta por la pared inflamada de la bolsa periodontal. La amplitud de la lesión se determina mediante la exploración con una sonda roma No. 17 y con un chorrro de aire simultáneo para facilitar la visión.

El diente puede hallarse móvil ó no, y por lo general no presenta síntomas, pero es factible que haya complicaciones dolorosas. Ellas incluyen sensibilidad a variaciones térmicas, causadas por caries o resorción lacunar de la raíz en la zona de las furcaciones, dolor pulsátil intermitente o constante causado por alteraciones pulpares y sensibilidad a la percusión, o causa de lesiones inflamatorias del ligamento periodontal. Las lesiones de furcaciones pueden generar abscesos periodontales -

agudos o abscesos periodontales, con todos los síntomas correspondientes a tales lesiones.

Los signos clínicos y microscópicos de las lesiones de furcaciones son los mismos que aparecen en el mecanismo de inserción, alrededor de los dientes unirradiculares, pueden existir complicaciones dolorosas tales como caries de cemento y dentina, resorción de la raíz en la zona de furcación, formación de abscesos en la furcación, penetración de restos alimenticios, acumulación de la placa, formación de cálculos y lesión pulpar a través de los canales laterales. Para lo que será muy necesario darle cuidadosamente instrucciones al paciente y estimularlo para que tenga demasiada limpieza en toda su boca y muy especialmente en el área o zona lesionada. 5

Desde el punto de vista clínico el sondaje que se realiza tratando de hacer penetrar el instrumento en la furcación.

Es el método mejor para determinar la existencia de lesiones.

Para sondear la furca se utilizará la sonda roma No. 17 y en casos de invasión de furca de poca profundidad se usa un explorador curvo o una pequeña cucharilla, porque el hueso marginal puede impedir la penetración de una sonda recta. 3

el sondeo consiste en examinar con la sonda el surco gingival alrededor de cada diente para averiguar su profundidad, su estado y su contenido. Se utiliza la sonda como explorador subgingival para localizar la base de la bolsa o del surco gingival. 3

Se inserta suavemente entre la encía y el diente hasta que se nota resistencia, se aplica presión apical con ligera manipulación lateral para determinar si se ha alcanzado el fondo de la bolsa, el objetivo es determinar la profundidad del surco gingival o de la bolsa, y el estado

del epitelio que lo reviste.

El sondeo se empieza en la cara distal del diente terminal de un lado del surco maxilar y progresa rápidamente alrededor de todas las superficies dentales hasta la cara distal del último diente del lado opuesto de la arcada dentaria similar y luego las caras dentarias maxilares, palatal y mandibular lingual. 3

Clínicamente observaremos la furcación del diente con desintegración en altura de todo el parodonto, o bien se le puede sondear en la desintegración lateral con formación de una profunda bolsa gingival. 4

CAPITULO II

CLASIFICACION

CLASIFICACION DE LAS LESIONES DE FURCACIONES.

La siguiente clasificación de las lesiones de furcaciones, basada en la magnitud de la destrucción, proporciona uno de los criterios para el tratamiento de casos individuales; el tipo de bolsa y la presencia o ausencia de defectos óseos son consideraciones complementarias-importantes. 2

LESION DE GRADO I (Incipiente).

Afección del ligamento periodontal en la furcación, sin pruebas -groseras o radiográficas de pérdida ósea.

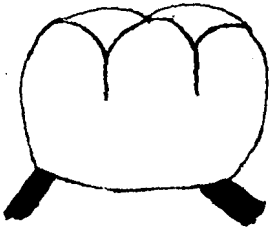
LESION DE GRADO II

En estos casos el hueso está destruido en un sector o más de la -furcación pero una porción del hueso alveolar y del ligamento perio -dontal quedan intactos. La estructura periodontal intacta sólo permite la penetración parcial de una sonda roma en la furcación.

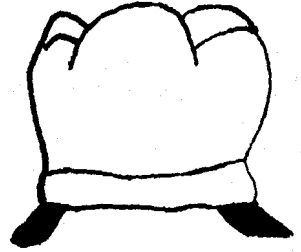
LESION DE GRADO III

En estos casos, la furcación puede estar ocluida por la encía, pero el hueso ha sido destruido hasta el punto de permitir el paso completo de una sonda, en sentido vestibulolingual ó mesiodistal.

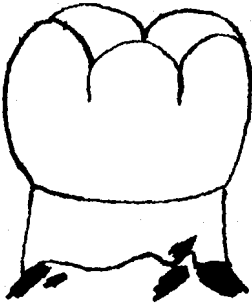
LESIONES DE FURCACIONES CLASE I, II Y III.



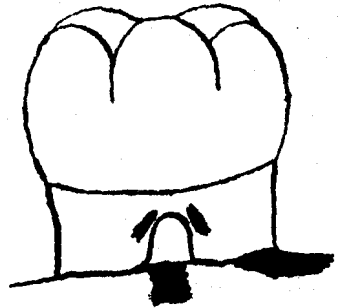
NORMAL



CLASE I



CLASE II



CLASE III

Clase I. Casos en los cuales no es posible ver pérdida de hueso - radiográficamente, pero que a la exploración clínica con una sonda, - es posible palpar el principio de la escotadura interradicular al pasarla de distal a mesial.

El Dr. Glickman menciona que esta es una lesión incipiente de ligamento periodontal en la furcación, con una ligera evidencia radiográfica de pérdida ósea, representada por un ensanchamiento incipiente del espacio de ligamento periodontal.

La invasión puede ser un asunto sencillo, aunque la configuración resultante suele ser complicada.

En el pasado, se realizaron intentos para describir la naturaleza de cada lesión lo que resultó voluminoso y poco preciso.

Claramente se requería una clasificación y dos fueron presentadas. Ambas eran similares aunque no idénticas, Easley y Drennan utilizaron un sistema numérico de tres clases mientras que Heins y Carter emplearon un sistema descriptivo verbal. También con tres clases generales de invasión.

Preocupados no sólo por la mecánica de la invasión, sino también por la forma y condición de las raíces adyacentes y con la arcada, ambos sistemas describen la lesión y enfocan la atención hacia otras características de la furcación que pudieran tener ingerencia en el tratamiento.

Ambas clasificaciones se hicieron con base en la severidad de la lesión y en la extensión de la invasión.

Eran clasificaciones morfológicas francas y sencillas. Carecen de implicaciones patológicas pero poseen muchas terapéuticas.

La invasión de la furcación incipiente se desarrolla por la pérdida de hueso moderada y uniforme, de manera horizontal, con una lesión en los tejidos blandos o en una bolsa que se extiende hasta la región de la furcación.

La invasión incipiente es, como su nombre lo indica, una lesión - que comienza, puede no ser demasiado grave, puede aún, tratarse la terminación exagerada de una invaginación interradicular profunda que ha sido ligeramente expuesta.

El diagnóstico de la invasión de clase I es simple, ya que la lesión incipiente es marginal y puede ser descubierto fácilmente haciendo un movimiento circunferencial con la sonda. La sonda penetra en la escotadura de poca profundidad en forma de V a nivel de la cresta. No existe lesión intraósea.

Una invasión de la furcación de la clase II es como su nombre lo indica, una penetración abierta (y aún de gran dimensión) de la lesión causante de la resorción.

Destrucción ósea en uno o más sectores de la furcación, pero permaneciendo intacta una porción del hueso alveon y ligamento periodontal.

Hay destrucción ósea de lado a lado que permite solo el pasaje de la sonda.

Clínicamente puede introducirse una sonda por escotadura interradicular, seguir su trayecto curvo hasta algún lugar por debajo de la corona dentaria.

Este tipo de invasión provoca la formación de bolsas profundas y - diversos grados de destrucción ósea extendiéndose hasta la región de la furcación. El defecto puede presentarse en cualquier superficie de-

un diente ó en más de uno, no existe comunicación de lado a lado.

La vía de la destrucción hacia la furcación es en dirección horizontal y con frecuencia se extiende hasta varios milímetros, creando un espacio definido con un techo en forma de arco formado por la furcación y limitado por las raíces y el hueso.

Este tipo de lesión se descubre fácilmente en la superficie bucal y lingual cuando se hace el sondeo sistemático aún cuando se encuentre secuestrada en una bolsa profunda, la furcación es accesible a la sonda aún haciendo un movimiento muy leve.

Las invasiones de la furcación interproximales, por el contrario exigen un sondeo minucioso para su descubrimiento. Con frecuencia la sonda periodontal standard no es muy efectiva debido a que existen barreras anatómicas para su inserción hasta la porción más profunda de la penetración.

Suele emplearse una cuneta delgada para el sondeo de furcación interproximal aunque algunos operadores prefieren utilizar un explorador.

La objeción al uso de un explorador de bayoneta se debe principalmente a que no se presta al sondeo irregular de la superficie ósea tal como la sonda periodontal.

Por el contrario, la cuneta es un buen instrumento, para sondear la furcación interproximal. La punta de la cuneta penetra con facilidad en la zona interproximal, hacia el arca de invasión franca, pudiendo obtenerse una idea de la extensión de la invasión.

Radiológicamente se puede observar claramente la destrucción del hueso interradicular y clínicamente es posible introducir un explorador en una de las caras del diente y hacerlo que salga por la otra, pa

sando por debajo de la corona.

Podríamos mencionar que la invasión de la furcación clase III es una exposición que se comunica con una segunda o tercera abertura - - hacia la furcación.

Por ejemplo, la invasión bucal de la furcación de un molar mandibular que se extiende hasta la exposición lingual es una lesión comunicante. En los molares superiores los ejemplos serían las invasiones - desde el aspecto bucal a través de una exposición distal ó mesial.

Cuando la lesión periodontal por resección invade la furcación tan extensamente que dos ó más furcaciones se encuentran abiertas y están comunicadas entre sí, la situación clínica del diente es grave, por lo que se deberá proceder con gran cuidado a datos respectivos al estado de las raíces, forma y extensión del hueso que rodea la raíz.

El descubrimiento de una invasión comunicante de la furcación en un molar mandibular se realiza con facilidad, en el sondeo sistemático lo que no es sencillo es determinar la extensión del daño a la furcación y la resorción.

Siempre es sorprendente para el examinador penetrar en una zona de resorción cavernosa en el espacio interradicular con frecuencia la caverna hecha por la resorción es tan grande que solo la inserción ósea mesial y distal conservan el diente dentro de la arcada.

La proyección del esmalte apenas discernible hacia la furcación es más común de lo que se pensó con anterioridad. Un detalle que suele ser pasado por alto es la facilidad con la que se puede penetrar en una furcación de éste tipo, lo que sugiere que la retención de dentritus y el empaquetamiento de alimento sucede con frecuencia en estas zonas al igual que la gran penetración de la zona de la furcación ya que

el aspecto bucal de los molares maxilares afecta tanto a la furcación mesial como a la distal por asociación e inmediatamente nos hace sospechar sobre la extensión de la invasión.

La furcación mesial suele sondearse con un explorador de cuerno de vaca usando un movimiento circunferencial de bucal a lingual para determinar la extensión de la invasión hacia la zona de la furcación.

Las furcaciones distales de los molares superiores son un poco menos accesibles, y en ocasiones se resisten a una valoración precisa. - La proximidad de las raíces adyacentes mesiobucal y distobucal puede impedir la exploración desde el aspecto bucal.

CAPITULO III

TRATAMIENTO

El tratamiento dependerá de la accesibilidad a la zona y del grado de avance de la lesión. Casos incipientes, pueden ser resueltos con raspaje y curetaje ó gingivectomía.

En lesiones más avanzadas, debe de recurrirse a la gingivectomía - ó al colgajo cuando es necesario de remodelar, el hueso interradicular.

La cirugía ósea en lesiones de furcaciones consiste en abrir más - el espacio interradicular, de modo de facilitar el acceso al cepillo - de dientes.

Estará indicada la radectomía cuando haya una pérdida ósea marcada alrededor de una raíz con persistencia de un nivel óseo aceptable alrededor de las otras. También a veces, cuando hay raíces muy juntas que impiden el acceso.

Tratamiento de las invasiones de la furcación de la clase I. El manejo de la invasión de la furcación constituye un problema especial - que se complica con otros problemas. Esto crea un ejercicio interesante y retador para elaborar el plan de tratamiento. El grado uno de lesión de las furcaciones puede ser tratado en forma similar a lo indicado para las bolsas parodontales simples, ya que en esencia eso es lo - que es.

Clase I, aún el factor oclusal es diferente cuando se trata de un - diente con la furcación invadida.

En el manejo de una furcación se tiene que disponer de todas las - habilidades y métodos de la terapéutica periodontal. Aparte de los métodos standard de eliminación de bolsas, se requieren técnicas especiales cuando están afectadas las furcaciones.

La terapéutica para las invasiones de la furcación de la clase I -

está limitada a la reducción en la profundidad de la bolsa, existen pocos ó ningún defecto óseo pueda haberse presentado resorción ósea horizontal de manera uniforme. Aunque aún no se haya penetrado en la región de la furcación.

Tratamiento clase I, Clase I, II, III. G. Irving menciona que la lesión de la furcación incipiente suele presentar bolsas supraóseas que se tratan mediante raspaje y curetaje y gingivectomía, según sea la profundidad de la bolsa y el grado de fibrosis de las paredes de la bolsa.

Puesto que el proceso destructivo está en su etapa incipiente, no es preciso penetrar en la furcación durante el tratamiento, la eliminación de la bolsa va seguida de resolución de la inflamación y reparación del ligamento periodontal y el margen óseo adyacente.

Tratamiento de las invasiones de la furcación de la clase II, las invasiones de la furcación de la clase II presentan bolsas significativas y diversos grados de resorción ósea, tanto horizontal como vertical las lesiones pueden aparecer en cualquier aspecto del diente, aunque no se extiende suficientemente hacia la furcación para comunicarse con una invasión en el lado opuesto del diente, como es el caso de los molares inferiores ó con una lesión en una superficie interproximal adyacente como entre los molares superiores de tres a cuatro raíces.

La invasión de la clase II es una extensión de la lesión de la clase I, y en la mayor parte de los pacientes, debido a su progreso más profundo, no suele reaccionar a la terapéutica inicial por sí sola.

El tratamiento definitivo de este tipo de invasión exige cirugía incluyendo remodelación ósea, deberá presentarse atención cuidadosa al hueso interradicular antes de penetrar en la zona. La radiografía, en ocasiones, revela más lesiones de la clase II que otro tipo de resor-

ciones periodontales, aunque está lejos de constituir una prueba para un diagnóstico definitivo

El Dr. Carlos Rodríguez nos menciona que la lesión grado II, presenta una complicación especial, ya que está debajo de la corona dentaria donde las raíces se juntan. En este lugar no es posible maniobrar para retirar todos los depósitos que hay sobre las raíces. El tratamiento más generalmente indicado será una gingivectomía para descubrir el área y facilitar su limpieza.

Tratamiento clase II bajo anestesia local se sondea cara a cara del diente en dirección al hueso para determinar la forma de la destrucción periodontal. Una parte de la furcación está intacta; el tratamiento va desde la zona más afectada y consistente, por lo general, en una gingivectomía se hacen marcas puntiformes sobre la encía, en la base de las bolsas en todas las caras; se hace una incisión de gingivectomía a través de las marcas determinadas, estableciendo el contorno del margen oseosubyacente. La incisión se hace con bisturis periodontales ó de Bar Parker # 12, se desprende la encía incidida, exponiendo el tejido de granulación de tipo globular, que se elimina con cureta. Se raspa y se alisa la raíz.

Se limpia la zona con agua tibia y se colocan cilindros de apósito periodontal sobre las superficies vestibular y lingual, el apósito se retira después de una semana.

Tratamiento de las invasiones de la furcación de la clase III. Una invasión de la furcación de la clase III se caracteriza por la pérdida de la inserción de tejido blando y hueso en la región interradicular, hasta el punto en que existe una comunicación de lado a lado ya sea bucal a lingual ó mesial a distal ó de bucal a cualquiera de las dos superficies interproximales como puede ser el caso en los molares superiores.

Las invasiones de la furcación de la clase III suelen encontrarse en casos de periodontitis marginal crónico avanzado, es posible que falten dientes, otros pueden tener un pronóstico dudoso y el potencial de los dientes restantes, como unidades funcionales individuales ó soportes para puentes pueden no resolverse hasta que todos se hayan sometido a las múltiples disciplinas de la odontología.

La lesión grado II, presenta una complicación especial, ya que está debajo de la corona dentaria, donde las raíces se juntan.

En éste lugar no es posible maniobrar para retirar todos los depósitos que hay sobre las raíces.

El tratamiento más generalmente indicado será una gingivectomía para descubrir el área y facilitar su limpieza.

La lesión, grado III es la que peor pronóstico tiene, ya que de continuarse con las mismas manifestaciones clínicas, puede llegar a destruir todo el séptum óseo y poner por lo tanto en peligro la conservación de la pieza, debe tratarse quirúrgicamente extirpando toda la porción vestibular ó lingual de la lesión para crear así una vía por la cual pueden ser retirados los irritantes que tienden a coleccionarse en esa área.

Tratamiento grado III en éstos casos, la destrucción de tejido intrarradicular permite el paso libre de una sonda por la furcación. La encía se corta en un nivel inmediatamente coronario al hueso, para proporcionar visibilidad y acceso desde todas las direcciones para que sea posible pulir y alisar a fondo la raíz afectada sin perturbar el hueso.

Se coloca el apósito periodontal durante una semana excepto cuando la comodidad del paciente demande la reposición de apósito por una semana más.

CONCLUSIONES

La enfermedad periodontal se caracteriza por la presencia de lesiones inflamatorias gingivales con formación de bolsas parodontales que llevan a la pérdida de hueso alveolar.

La bolsa parodontal es una de las características clínicas más importantes de esta enfermedad. La lesión de furcación puede aparecer como consecuencia de la profundización de bolsas periodontales o bien por lesiones traumáticas, pues la furcación es la zona donde hay mayor manifestación de trauma de la oclusión o puede verse complicada con lesiones pulpares.

La bifurcación algunas veces estará visible y en otras cubierta por la pared inflamada de la bolsa periodontal, el uso de la sonda será de gran ayuda para el examen clínico, nos ayudará a averiguar el estado, profundidad, y contenido de la bolsa y para localizar la base de la bolsa. El examen radiográfico será una ayuda para completar el examen clínico, así como para el diagnóstico; el cambio radiográfico inicial es un ensanchamiento del espacio periodontal en la zona de la furcación, que luego se transforma en una zona triangular radiolúcida borrosa y posteriormente aparece una pérdida ósea franca, las lesiones mixtas en las que intervienen el factor endodóntico y el periodontal, se manifiestan radiográficamente como reabsorciones óseas que se extienden a esta región, y resulta muy conveniente la utilización de una sonda radiopaca para determinar si el fondo de la bolsa afecta el periápice. La lesión de furcación por sí misma no indica la presencia de trauma de la oclusión, la inflamación puede ser el único factor destructivo causal; sin embargo, de todas las zonas del periodonto la furcación es muy susceptible al ataque que proviene de las fuerzas oclusales excesivas cuando la lesión de la furcación está complicada con bolsas infraóseas y defectos óseos y si el diente tiene movilidad excesiva, el control de la oclusión y su ajuste son esenciales.

Las lesiones de furcación se deberán tratar con raspaje y curetaje o colgajo, o tratamiento periodontal y endodóntico combinado, en algunas ocasiones se tratarán con resección o hemisección radicular para - conservar el diente con una lesión de furcación se recurre a estas dos últimas técnicas cuando no es posible obtener éxito con otros métodos-comunes.

Estas lesiones al ser tratadas mediante los diferentes métodos de tratamiento según el grado de avance de la lesión, se puede obtener - éxito en la mayoría de los casos y estas piezas podrán ser utilizadas-como pilares de puentes fijos una vez controlada la lesión y desde luego contando con la ayuda del paciente, al cual se le motivará para que tenga una higiene adecuada y pleno dominio del método del control de - placa.

Ya que necesitamos mucho de la ayuda del paciente puesto que si él no está consciente de su problema y que una gran parte del éxito del - tratamiento depende de él, ya que mediante los diferentes métodos de - tratamiento es posible salvar estas piezas con este tipo de lesiones y es muy importante convencerlos de que no es necesario eliminarlas ya - que se pueden tratar y conservar en la boca manteniendo sus funciones, estéticas y funcionales.

Espero que la realización de esta tesis profesional sea una ayuda-para el odontólogo general, que le sea fácil identificar este tipo de-enfermedad periodontal, así como una gran ayuda para realizar el tra--tamiento y que tenga muy en cuenta la educación y motivación que debe--rá darle a cada paciente.

CASUÍSTICA

CASO No. 1

Datos Generales:

Nombre:	Monika Chartier	Edad:	42 años
Origen:	Mexicana	Sexo:	F
Domicilio:	Av. L. Mateos 826	Peso:	52 Kgs.
Ocupación:	Hogar	Estatura:	1.55 Mts.
Estado Civil:	Casada	Actitud:	Cooperadora
		Higiene general:	Buena
		Higiene bucal:	Regular

ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

La paciente refiere vivir en condiciones higiénicas favorables, su alimentación es balanceada, rica en vitaminas y proteínas en su niñez-padeció sarampión y viruela, C.D.P.

ESTADO BUCAL DEL PACIENTE

La encía se presentaba de color rojizo con inflamación, presentaba bolsas profundas.

Bolsas de 3.5 a 4 mm. en

7	6	2	1	1	2	6	7
<hr/>							
7	6			6	7		

Lesión de Furcación en

<hr/>	
6	4
<hr/>	
7	8

Presentaba caries en

<hr/>	
7	

Diagnóstico: Periodontitis compuesta generalizada.

PLAN DE TRATAMIENTO

1a. Sesión: Se hizo historia clínica, técnica de cepillado, con control de placa bacteriana con el uso de solución reveladora.

2a. Sesión: Se realizó profilaxis superior e inferior y pulido de las superficies dentarias con pasta de profilaxis y se revisó la técnica de cepillado.

3a. Sesión: Se realizó raspaje y curetaje a colgajo por cuadrante comenzando en el cuadrante superior derecho y se realizó un túnel con fresa quirúrgica entre las furcaciones del primero y segundo molar superior derecho para dejarlas expuestas a la profilaxis y al control de la placa bacteriana se suturó y se colocó después cemento quirúrgico y se citó a los 8 días para revisión.

4a. Sesión: Se retiraron la sutura y el cemento quirúrgico y se encontró una cicatrización normal, volviéndose a colocar cemento quirúrgico y se citó a los 8 días para revisión.

5a. Sesión: Se realizó raspaje y curetaje a colgajo del cuadrante superior izquierdo y se realizó un túnel con fresa quirúrgica entre las furcaciones del primero y segundo molar superior izquierdo para dejarlas expuestas a la profilaxis y al control de la placa bacteriana, se suturó y después se colocó cemento quirúrgico, se citó a los 8 días para revisión y control.

6a. Sesión: Se realizaron férulas protésicas con coronas de porcelana en los 2 cuadrantes superiores derecho e izquierdo una de incisivo central a segundo molar superior derecho y la otra de incisivo central superior a segundo molar.

7a. Sesión: La paciente evolucionó favorablemente al tratamiento, aunque tuvo hipersensibilidad a nivel de furcaciones que están siendo tratadas con éxito con fluoruro estañoso.

CASO No. 2

Datos Generales:

Nombre	Miguel Alberto	Edad:	46 años
	Espinosa Avila	Sexo:	M
Origen:	Mexicano	Peso:	75 Kgs.
Domicilio:	Pavo No. 821	Estatura:	1.70 Mts.
Ocupación:	Ingeniero	Actitud:	Pasiva
Estado Civil:	Casado	Higiene General:	Buena
		Higiene Bucal:	Regular

ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE:

El paciente refiere vivir en condiciones higiénicas muy favorables con alimentación balanceada, no recuerda haber padecido enfermedades durante su niñez, no presenta alergia a medicamentos ó alimentos, S.D.P.

ESTADO BUCAL DEL PACIENTE:

La encía presentaba cambios de color así como en su textura y consistencia, inflamación en la zona del primer molar inferior derecho y presentaba bolsas entre el segundo premolar superior derecho y el primer molar superior derecho y en la zona de la furcación del primer molar inferior derecho dolor a la percusión, dolor al frío y a lo caliente, al estudio radiográfico presentaba zona radiolúcida a nivel de la furcación.

Bolsas de 4.5 a 4 m. en 6 5

Lesión de Furcación en 6

Presentaba caries en 7 6 5 4 6 7
4 6

Diagnóstico: Periodontitis compuesta localizada.

PLAN DE TRATAMIENTO:

1a. Sesión: Se realizó historia clínica y se remitió el paciente con el especialista de endodoncia para que le realizara el tratamiento de endodoncia en el primer molar inferior derecho.

2a. Sesión: Se le enseñó la técnica de cepillado y el control de placa bacteriana con el uso de solución reveladora.

3a. Sesión: Se realizó profilaxis superior e inferior y pulido de los dientes con pasta de profilaxis y revisión de la técnica de cepillado y control de placa.

4a. Sesión: Se realizó raspaje y curetaje a colgajo en el cuadrante inferior derecho, se suturó y se colocó cemento quirúrgico, se le dieron las indicaciones y se citó a los 8 días para su revisión.

5a. Sesión: Se quitaron las suturas y el cemento quirúrgico, la cicatrización estaba normal y se volvió a colocar cemento quirúrgico y se citó a los 8 días para su revisión.

6a. Sesión: El paciente presentaba notable mejoría, encía normal, - el dolor había desaparecido y a los 6 meses la radiolucidez había desaparecido notándose el hueso normal por lo que se le dió de alta.

CASO No. 3

Datos Generales

Nombre:	Francisco Piña	Edad:	46 años
	González	Sexo:	M
Origen:	Mexicano	Peso:	73 Kgs.
Domicilio:	Calle del Puerto	Estatura:	1.73 Mts.
	No. 1918 S. L.	Actitud:	Pasiva
Ocupación:	Comerciante	Higiene General	Buena
Estado Civil:	Casado	Higiene Bucal:	Regular

ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

El paciente refiere que su vivienda es de tipo regular, la habitan pocas personas en condiciones higiénicas normales, no recuerda haber padecido enfermedades durante su niñez, lleva una alimentación bastante balanceada rica en vitaminas y proteínas, S.D.P.

ESTADO BUCAL DEL PACIENTE

El paciente presenta alteraciones en el color, forma, tamaño, consistencia y textura de la encía, tumefacción en la zona posterior superior derecha, la encía se presenta con una elevación ovoidea dolorosa al tacto y a la presión mostraba supuración.

Bolsas de 3 a 3.5 mm. en 7 6 5 4
6

Lesión de Furcación en 5 4 4 5 6

Presentaba caries en 7 6

Diagnóstico: Periodontitis compuesta localizada.

PLAN DE TRATAMIENTO:

1a. Sesión: Se realizó la historia clínica y se procedió a hacer el drenaje del absceso y se le administró pantomicina de 500 mg. una tableta cada 6 horas y dolotanderil una tableta cada 6 horas en caso de dolor.

2a. Sesión: Una vez remitidos los síntomas agudos, el paciente se remitió con el especialista de endodoncia para que le realizara el tratamiento del conducto distovestibular y el palatino.

3a. Sesión: Se le enseñó la técnica de cepillado y el régimen de control de placa bacteriana con el uso de solución reveladora.

4a. Sesión: Se realizó profilaxis superior e inferior y el pulido de las superficies dentarias con pasta de profilaxis y se revisó la técnica de cepillado y el control de placa.

5a. Sesión: Se efectuó la hemisección de la pieza en el primer molar superior derecho eliminando la raíz mesiovestibular y una porción coronaria mediante una cirugía a colgajo completo y curetaje periodontal, con fresa de diamante, se seccionó en partes iguales la corona y su correspondiente raíz, se eliminaron asperezas y se obturó con amalgama la corona hasta la cámara pulpar, y con fresa de diamante se contorneó la porción remanente de la pieza, se suturó y se colocó apósito periodontal. Se le dieron las indicaciones necesarias.

6a. Sesión: Se eliminaron el apósito y las suturas y el cicatrizado estaba normal se volvió a colocar apósito periodontal y se le dieron las indicaciones necesarias.

7a. Sesión: El paciente evolucionó satisfactoriamente y se remitió a un protesista para la preparación y colocación de la corona y se le dió de alta.

CASO No. 4

Datos Generales

Nombre:	Jorge Luis González'	Edad:	44 años
	Tirado	Peso:	82 Kgs.
Origen:	Mexicano	Estatura:	1.72 Mts.
Domicilio:	Apolonia Moreno No	Actitud:	Pasiva
	1972	Higiene General:	Buena
Ocupación:	Obrero	Higiene Bucal:	Regular
Estado Civil:	Casado		

ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

El paciente habita una casa con suficiente ventilación en condiciones higiénicas favorables, practica deporte, su alimentación es rica en vitaminas y proteínas, no presenta alergia a medicamentos ó alimentos - S.D.P.

ESTADO BUCAL DEL PACIENTE

La encía se presenta de color enrojecido y cambios en su consistencia y textura, tumefacción en el primer molar inferior derecho.

El estudio radiográfico reveló que presentaba absceso en la raíz mesial del primer molar inferior derecho y destrucción intrarradicular - hasta 1/2 de la raíz encontrándose la raíz distal con buena cantidad de soporte óseo.

Bolsas de 3 a 3.5 mm. en

7 6 5 4

6

6 5 4 4 5

6 5 4 5 6

Diagnóstico: Periodontitis compuesta localizada.

PLAN DE TRATAMIENTO

1a. Sesión: Se realizó historia clínica y se procedió a hacer el drenaje del absceso y se le administró pantomicina de 500 mgs. una tableta cada 6 horas.

2a. Sesión: Una vez remitidos los síntomas agudos, el paciente se remitió con el especialista de endodoncia para que le realizara el tratamiento del conducto de la raíz distal.

3a. Sesión: Se le enseñó la técnica de cepillado y el régimen de control de placa bacteriana con el uso de solución reveladora.

4a. Sesión: Se realizó profilaxis superior e inferior y el pulido de las superficies dentarias con pasta de profilaxis y se revisó la técnica de cepillado y el control de la placa.

5a. Sesión: Se realizó la hemisección de la raíz mesial y su correspondiente porción coronaria con una cirugía a colgajo completo y curetaje periodontal se eliminó la raíz y la corona en partes iguales con fre

sa de diamante y se obturó la corona con amalgama hasta la cámara pulpar y con fresa se hizo el contorneado de la porción remanente de la pieza se suturó con la técnica de sutura interproximal y se colocó el apósito periodontal y se le dieron las indicaciones necesarias y se citó a los 8 días para revisión y control.

6a. Sesión: El tejido cicatrizó normalmente y el paciente evolucionó satisfactoriamente y se remitió al protesista para que elaborara una prótesis fija tomando el primer molar seccionado, como pilar intermedio preparándolo como si fuera premolar para una prótesis fija de segundo premolar a segundo molar inferiores derechos. Se dió de alta.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CASO No. 5

Datos Generales

Nombre:	René Inzunza Romo	Edad:	48 años
Origen:	Mexicano	Sexo:	M
Domicilio:	Olivo No. 1346	Peso:	76 Kgs.
	Col. del Fresno	Estatura:	1.69 Mts.
Ocupación:	Maestro	Actitud:	Cooperadora
Estado Civil:	Casado	Higiene General:	Buena
		Higiene Bucal:	Regular

ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE

El paciente vive en condiciones de higiene normal, su casa está bien ventilada, lleva una alimentación adecuada rica en vitaminas y proteínas, no recuerda haber padecido enfermedades en su niñez, se muestra un poco aprensivo, no es alérgico a alimentos o medicamentos, S.D.P.

ESTADO BUCAL DEL PACIENTE

La encía se presenta de color rojo intenso con cambios en su textura y consistencia, tumefacción en la región del primer molar inferior izquierdo.

El estudio radiográfico reveló que presentaba absceso en la raíz mesial del primer molar inferior izquierdo y destrucción interradicular de la raíz, encontrándose la raíz distal con buena cantidad de soporte-óseo.

Bolsas de 3.5 a 4 mm.

4 5 6 7

Lesión de Furcación en

6

Presentaba caries en

6	5	4		4	5
5	4			5	6 7

Diagnóstico: Periodontitis compuesta localizada.

PLAN DE TRATAMIENTO.

1a. Sesión: Se realizó historia clínica y se procedió a hacer el drenaje del absceso.

2a. Sesión: Una vez remitidos los síntomas agudos al paciente, se le indicó el tratamiento de conductos en la raíz distal por lo que se remitió al especialista de endodoncia para que se efectuara dicho tratamiento.

3a. Sesión: Se le enseñó la técnica de cepillado y el régimen de control de placa bacteriana con el uso de solución reveladora.

4a. Sesión: Se realizó la profilaxis superior e inferior y el pulido de las superficies dentarias con pasta de profilaxis y se revisó la técnica de cepillado y el control de placa.

5a. Sesión: Se realizó la hemisección de la raíz mesial y su correspondiente porción coronaria con colgajo completo y curetaje periodontal, se suturó con la técnica de sutura interproximal y se colocó el apósito periodontal y se le dió cita a los 8 días para su revisión y control.

6a. Sesión: Hubo cicatrización normal y el paciente evolucionó sa -

tisfactoriamente y se remitió al protesista para que elaborara una prótesis fija. Se le dió de alta.

El paciente a los 2 meses regresó al consultorio, después de que le habían colocado su prótesis fija con formación de un absceso; el estudio radiográfico reveló pérdida de hueso y formación de absceso en la raíz distal que fue ocasionado por haber dejado restos infectados adheridos a la pieza, que posteriormente provocaron pérdida de hueso y la formación de absceso y hubo necesidad de extraerlo.

B I B L I O G R A F I A

- I CARRANZA FERMIN A.
COMPENDIO DE PERIODONCIA
SEGUNDA EDICION
EDITORIAL MUNDI
BUENOS AIRES 1979
275 PAGS.
- II GLICKMAN IRVING
PERIODONTOLOGIA CLINICA
CUARTA EDICION
EDITORIAL INTERAMERICANA
ARGENTINA 1980
1000 PAGS.
- III KARDEL KNUD M.
CIRUGIA PARODONTAL
PRIMERA EDICION
H. F. MARTINES DE MUNGUIA
MADRID 1981
124 PAGS.
- IV ORBAN WENTZ - EVERETT GRANT
PERIODONCIA (PARODONTOLOGIA)
PRIMERA EDICION
EDITORIAL INTERAMERICANA
MEXICO 1980
373 PAGS.

- V PETIT HENRY
 PARODONTOLOGIA, NOCIONES FUNDAMENTALES
 Y PROBLEMAS PRACTICOS
 PRIMERA EDICION
 TORAY MASSON, S. A.
 BARCELONA 1981
 520 PAGS.
- VI PRICHARD JOHN F.
 ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA
 TERCERA EDICION
 EDITORIAL LABOR
 BARCELONA 1979
 654 PAGS.
- VII RODRIGUEZ FIGUEROA CARLOS A.
 PARODONCIA
 SEGUNDA EDICION
 FRANCISCO MENDEZ OTEO EDITOR
 BARCELONA 1982
 143 PAGS.
- VIII STEPHEN STONE
 PERIODONTOLOGIA
 PRIMERA EDICION
 EDITORIAL INTERAMERICANA
 MEXICO 1979
 214 PAGS.

IX SCHLUGER SAUL
PAGE ROY C.
YOUDELIS RALPH A.
ENFERMEDAD PERIODONTAL
PRIMERA EDICION
COMPAÑIA EDITORIAL CONTINENTAL
MEXICO 1981
790 PAGES.