

González, Florencia Agustina

Nueva clasificación de enfermedad periodontal

**Trabajo final para obtención del título
de grado de Odontología**

Directora: Garay, María Eloisa

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)



NUEVA CLASIFICACION DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

Florencia Agustina Gonzalez



JTP: OD. MARIA ELOISA GARAY
UNIVERSIDAD CATOLICA DE CORDOBA
Año 2024

Índice

Resumen.....	2
Palabras claves	3
Objetivo.....	3
Introducción	3
Presentación del caso	3
Clasificación.....	4
Efectos del tabaco sobre el periodonto	5
Diagnóstico.....	6
Trauma oclusal	7
Tratamiento.....	8
Discusión	8
Conclusión	9
Bibliografía	10

Resumen

Las enfermedades periodontales incluyen múltiples condiciones las cuales pueden ser inducidas por el biofilm o no, estas pueden relacionarse a una condición sistémica del paciente o a ciertos factores de riesgos (tabaquismo, estrés), tener una clasificación de estas patologías es significativo para reconocer las manifestaciones de las mismas y llegar a un correcto diagnóstico. La nueva clasificación de enfermedades periodontales y peri-implantares creada en 2017 en un trabajo en conjunto de la EFP (European Federation of Periodontology) y la AAP (American Academy of Periodontology) tiene como característica principal que para periodontitis se divide en cuatro estadios y 3 grados los cuales se relacionan con la severidad, complejidad y progresión, como ventaja presenta una vía de diagnóstico más simplificada. Esto último se pone en evidencia al clasificar al paciente integral en donde una vez establecido el diagnóstico nos permite elegir el tratamiento más adecuado al caso clínico siendo para este la terapia periodontal no quirúrgica, comenzado con la realización de la terapia básica motivando al paciente, instruyéndole una técnica de higiene adecuada para continuar con el raspaje y alisado radicular con el objetivo de eliminar el factor causal, y factores que favorecen a la acumulación de placa bacteriana; en relación a este último punto se realizaron operatorias, endodoncias y prótesis parcial removible tanto en maxilar superior como en maxilar inferior.

Abstract

Periodontal diseases include multiple conditions which may or may not be induced by biofilm, which may be related to a systemic condition of the patient or to certain risk factors (smoking, stress), having a classification of these pathologies is significant to recognize their manifestations and reach a correct diagnosis. The new classification of periodontal and peri-implant diseases created in 2017 in a joint work of the EFP (European Federation of Periodontology) and the AAP (American Academy of Periodontology) has the characteristic that for periodontitis it is divided into four stages and 3 grades which are related to severity, complexity and progression, as an advantage it presents a more simplified diagnostic pathway. The latter is evidenced when classifying the integral patient, where once the diagnosis is established, it allows us to choose the most appropriate treatment for the clinical case, being in this case the non-surgical periodontal therapy, starting with the basic therapy, motivating the patient, instructing him/her a proper hygiene technique to continue with the scaling and root planing in order to eliminate the causal factor and factors that favor the accumulation of bacterial plaque; In relation to this last point, operations, endodontics and removable partial prosthesis were performed in both upper and lower jaw.

Palabras claves

Periodontitis, gingivitis, migración dentaria, maloclusión, trauma, tabaco, chronic periodontitis, classification, smoking.

Objetivo

El objetivo del trabajo es poder diagnosticar al paciente integral dentro de la nueva clasificación de enfermedad periodontal, para poder tomar decisiones sobre el plan de tratamiento con la finalidad de alcanzar salud bucal y hábitos saludables.

Introducción¹

La enfermedad periodontal es un proceso que afecta al periodonto, este último dividiéndose en periodonto de protección que engloba a la encía libre y adherida; y de inserción que está conformado por el cemento radicular, hueso alveolar y ligamento periodontal. Cuando está afectado alguno de estos componentes se manifiesta clínicamente con una pérdida del nivel de inserción, sangrado, halitosis, movilidad dentaria llegando en algunos casos a presentar supuración.

La terapia periodontal tiene como principal objetivo controlar la infección, la cual está formada por diferentes intervenciones que tienen como primer paso controlar el biofilm tanto supra como infragingival, continuando con una reevaluación para observar la remisión de la sintomatología y finalmente entrar en una etapa de mantenimiento.

Presentación del caso

Paciente femenino de 40 años de edad acude a la consulta en busca de rehabilitación protésica, a la inspección clínica presenta calculo supragingival e infragingival, múltiples obturaciones filtradas y elementos con caries macropenetrantes. Al interrogatorio relato no padecer de ninguna patología sistémica, ni es consumidora de algún tipo de medicación, en cuanto a los hábitos la paciente refirió que es fumadora desde hace 20 años, fumando aproximadamente más de 10 cigarrillos por día dando un total de 73.000 cigarrillos además de consumir mate. En relación a los antecedentes heredo-familiares presenta el hermano con cáncer bucal y padre con cáncer de vejiga.

En una primera instancia se realizó el diagnóstico utilizando la ficha periodontal, radiografía panorámica, periapicales y odontograma. Una vez realizado lo anterior se continuo con el plan de tratamiento en donde se incluyeron operatorias, endodoncia, terapia básica y se planteó una rehabilitación protésica con prótesis parcial removible. (Anexo IV. Fig. 1)

Clasificación ²

Cuando nos referimos a enfermedad periodontal podemos hablar de gingivitis que puede ser inducida por placa provocando inflamación debido a la acumulación de placa sobre el tejido gingival en donde no hay pérdida de inserción y es reversible; también puede darse por condiciones o trastornos (no sería por placa inducida). Se puede encontrar sangrado al sondaje (menor al 10% del total de elementos dentarios), profundidad de sondaje de 3 mm, sangrado al cepillado y halitosis.

En el caso de la periodontitis a la hora del diagnóstico tenemos que tener en cuenta la historia clínica, radiografías periapicales y realizar un examen tanto extra como intraoral llegando a encontrar pérdida de inserción ya mayor a 3mm y disminución del tamaño de las crestas óseas.

Una vez que se confirma que se trata de un caso de periodontitis se va a proceder a clasificar para conocer el estadio, extensión y grado; llegando así a un diagnóstico y estableciendo un protocolo de tratamiento.

El estadio y la extensión nos indica la severidad de la enfermedad y complejidad para su tratamiento, tenemos que observar la pérdida de inserción, destrucción ósea visible radiográficamente y ausencia de elementos dentarios debido a esto. La complejidad del tratamiento va a depender de la profundidad de las bolsas, tipo de defecto óseo, si está afectada la furca y la presencia de trauma oclusal.

Estadios I y II: depende del porcentaje de pérdida ósea y nivel de inserción en donde para el estadio I la pérdida ósea debe ser menor o igual al 15% de la longitud radicular de la pieza más afectada y el nivel de inserción clínica no debe ser más de 1 a 2mm, en el caso del II la pérdida ósea oscila entre un 15-33% y el nivel de inserción se encuentra entre 3 a 4 mm.

Estadios III y IV: el estadio III el porcentaje de pérdida ósea llega al tercio medio o más y el nivel de inserción es igual o mayor a 5mm, en donde hay pérdida de elementos dentarios; en el IV se ve una mayor ausencia de piezas dentarias por lo cual podría colapsar la mordida, en

este tipo las bolsas se prolongan hasta el tercio medio o más dificultando el tratamiento. (Anexo IV. Fig. 2)

El grado nos brinda información sobre características de la enfermedad ya que es de origen multifactorial y puede modificar las respuestas del huésped, para lo cual se utiliza los datos brindados por la edad del paciente, factores de riesgo y cantidad de pérdida ósea. Clínicamente el grado A se aplica cuando la enfermedad está detenida, el B hace referencia a una tasa de progresión moderada y en caso de identificar algún factor causal que incremente la progresión de la enfermedad o con una menor respuesta al tratamiento se lo encasilla dentro del grado C con una tasa de progresión rápida. (Anexo IV. Fig.3 y 4)

Efectos del tabaco sobre el periodonto³

El tabaquismo es un factor modificable de gran importancia, antes se lo consideraba como un hábito sin embargo actualmente se establece como una adicción generada hacia la nicotina y como una enfermedad crónica; su efecto va a depender de la dosis y de la presencia de placa bacteriana.

Con respecto a los efectos que genera el tabaco cuando interacciona con el organismo tenemos que los fumadores poseen una respuesta inflamatoria disminuida o tardía, una disminución del sangrado al sondaje y menos enrojecimiento en las encías, esto podría explicarse por el efecto vasoconstrictor que posee la nicotina. Otro mecanismo de acción del tabaco es la disminución de la actividad del sistema inmune del huésped, ya que la migración celular y la quimiotaxis se presentan de forma deficiente lo cual conlleva a una respuesta insuficiente y una mayor destrucción del tejido.

Hay que tener en cuenta que la presencia de *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas Gingivalis*, *Tannerella Forsythia*, *Prevotella Intermedia* y *T Denticola*, crean un ambiente favorable en sitios poco profundos favoreciendo a la destrucción de los tejidos periodontales, por esta razón las bolsas poco profundas en pacientes fumadores son un factor de riesgo ya que contiene estas bacterias anaerobias que normalmente no se encontraron en pacientes no fumadores. Localmente la nicotina en el líquido crevicular es mayor que en el plasma, la vasoconstricción que se mencionó anteriormente produce un color rosa pálido en las encías y evita que lleguen los elementos de defensa; el humo influye negativamente en la consolidación ósea estimulando la diferenciación de los osteoclastos y la nicotina se adhiere a la raíz alterando la unión y proliferación de fibroblastos alterando el colágeno.

Clínicamente el paciente fumador se presenta con pérdida de inserción y de elementos dentarios, manchas sobre las piezas dentarias, bolsas profundas más en el sector anterior;

muestran una disminución del eritema y edema en encía, esta última tiene una consistencia más fibrosa.

Diagnóstico⁴⁻⁵

Para realizar el diagnóstico periodontal se procedió a realizar radiografías, ficha periodontal y periodontograma. También se indago en la historia clínica sobre alguna patología de base, en donde la paciente relató que no posee ninguna y sobre hábitos lo cual refirió la paciente que fumaba cigarrillo prensado aproximadamente más de 10 por día desde hace más de 20 años, además que sus hábitos de higiene no eran favorables.

Al examen clínico se observó una leve inflamación gingival localizada más en el sector anterosuperior y anteroinferior, además de la presencia de cálculo supragingival en el sector de los anteroinferiores por su cara lingual también la presencia de cálculo infragingival. Al realizar la profundidad de sondaje se registró que los elementos dentarios poseían medidas menor o igual a 4 mm, el porcentaje de placa es alrededor de 7,30% y el de hemorragia 6,20%; no se registró movilidad, lesiones de furca ni supuración. Se debe tener en cuenta que la paciente es fumadora y posee mal oclusión. (Anexo IV. Fig. 5 y 6). Radiográficamente se ve una pérdida generalizada ósea la cual es de forma horizontal.

Se realizo todo lo mencionado anteriormente ya que al ser una paciente que veíamos por primera vez es necesario poder establecer si existe pérdida ósea.

Ante la sospecha de que la paciente podría tener periodontitis se debe averiguar si es por factores locales (por ejemplo, una lesión endoperiodontal), como se encontró en el periodontograma elementos con 4 mm de profundidad de sondaje podemos hablar de que es una paciente con el periodonto reducido. (Anexo IV. Fig.7)

Para establecer la extensión primero evaluamos si el nivel de inserción clínica afecta al 30% (local) o más (generalizado) del total de los elementos dentarios, luego para ver la gravedad tenemos en cuenta los datos proporcionados por la profundidad de sondaje, si presenta lesión de furca, lesiones intraóseas, hipermovilidad dentaria, trauma oclusal secundario, colapso de la mordida, migraciones, abanicamiento dentario o menos de 10 parejas de dientes en oclusión. (Anexo IV. Fig. 8)

En el caso de la paciente la extensión afecta a menos del 30% (13,63%) del total de los elementos dentarios presentes en boca por lo tanto es una periodontitis localizada (Anexo IV. Fig.9)

Para establecer los estadios tenemos q tener en cuenta la severidad en donde para esta paciente el nivel de inserción clínica es entre 3 o 4 mm, la pérdida ósea es del tipo horizontal

afectando solamente al primer tercio radicular presentando lesiones de furca tipo I; teniendo en cuenta esto se podría tratar de los estadios I o II. (Anexo IV. Fig.10)

La diferencia entre los estadios I y II radica en el porcentaje de pérdida ósea siendo este caso que afecta al 30% aproximadamente con pérdida de inserción de entre 3 a 4mm por lo tanto se establece como un estadio II. (Anexo IV. Fig.11)

Al no haber pérdida óseas grandes a lo largo del tiempo podríamos encasillar este caso dentro del grado A sin embargo debido a que la paciente fuma más de 10 cigarrillos diarios se cambia a grado B. (Anexo IV. Fig.12)

Trauma oclusal⁶

El término trauma oclusal se utiliza para hacer referencia a alteraciones patológicas o adaptativas que se desarrollan en el periodonto como resultado de la acción de fuerzas indebidas que producen los músculos masticatorios; por lo general podemos hablar de dos tipos donde en la forma primaria se generan lesiones en torno a un periodonto sano y con altura normal del hueso, mientras que la forma secundaria se da debido a que una fuerza oclusal actúa en un periodonto reducido de tamaño (puede producirse una pérdida de hueso o pérdida de inserción) (Lindhe, 2017).

Es importante tener en cuenta lo planteado anteriormente ya que el estado del periodonto va a influir en la reacción del tejido en donde un periodonto que tiene altura reducida se va a desencadenar una reacción tisular con una fuerza más leve que si el mismo tendría una altura normal.

Las causas que se pueden identificar son cambios en la posición dentaria (apiñamientos, migraciones, maloclusiones), movilidad dentaria, bruxismo, obturaciones deficientes que generan interferencias oclusales, ortodoncia mal controlada y extrusiones por traumatismos oclusales.

Clínicamente el trauma se puede evidenciar por un aumento en la movilidad dentaria, dolor a la masticación o un aumento en la sensibilidad, facetas de desgastes, fisuras en el esmalte y frémto; a nivel radiográfico se manifiesta un ensanchamiento del ligamento periodontal, defectos óseos, presencia de radiolucidez a nivel de furca o ápice (es decir pérdida de hueso a nivel del fulcrum por los efectos generados por el trauma) y reabsorción radicular.

En el caso de la paciente debido a la pérdida de los elementos 34, 35, 36 y 45 provocó la extrusión del elemento 15, y un ensanchamiento del ligamento periodontal tanto en el elemento 37 cómo 46 debido al impacto que genera el elemento dentario al tratar de buscar un punto de contacto para poder estabilizar la oclusión. Podemos tomar como factor causal la

maloclusión y la pérdida prematura de elementos dentarios lo cual ha generado un trauma sobre los elementos 37 y 46 tal como lo muestra a nivel radiográfico con un leve ensanchamiento del ligamento periodontal, a nivel clínico el cambio en la posición y se lo engloba dentro del trauma primario ya que los niveles de hueso y el nivel de inserción no se encuentran significativamente afectados (Anexo IV. Fig.13 y 14)

Tratamiento⁷⁻⁸

En la inspección clínica y radiográfica se vio que la paciente presentaba la ausencia de los elementos 16, 17, 34, 35, 36 y 45 por lo cual se procedió a hacer una prótesis parcial removible de acrílico, es importante tener en cuenta la importancia de poder reemplazar los elementos ausentes ya que si no se realiza en el tiempo adecuado, podría generar la elongación para sustituir el espacio faltante provocando alteraciones oclusales, migración mesial y diastemas que generaron empaquetamiento alimentario, en los elementos dentarios presentes en boca.

Se observó obturaciones filtradas en los elementos 12, 14, 15, 24, 25, 26, 27, 37, 44, 46 y 47, de las cuales los elementos 14 y 15 se les realizó y cambio de amalgama debido a que se encontraban filtradas, a los elementos 46 y 27 se les realizó una radiografía para examinar la profundidad de la restauración que posteriormente luego de un análisis se decidió derivar al elemento 47 para que le practiquen una endodoncia la cual posteriormente rehabilitaremos con una incrustación de resina, y en los elementos dentarios restantes se procedió a realizar operatorias.

En una primera instancia para comenzar con el tratamiento de la enfermedad periodontal debemos conocer qué estadio y grado presenta la paciente; una vez establecido lo anterior se procede a hacer el tratamiento periodontal comenzando con la terapia básica con el objetivo de eliminar el agente causal y factores que promuevan su acumulación para detener el proceso inflamatorio, reducir la profundidad de sondaje, mantener y mejorar el nivel de inserción, y disminuir el sangrado; para lograr esto se motivó a la paciente, se le enseñó la técnica de higiene correcta, se eliminó el cálculo por medio del raspaje y alisado radicular; para luego continuar con las demás prestaciones.

Discusión⁹

Si realizáramos el diagnóstico con la clasificación anterior solo nos brindaría información sobre si presenta bolsa, pérdida ósea o lesiones de furca, en comparación a la nueva clasificación que tiene en cuenta los factores etiológicos (enfermedad multifactorial) y el estado de salud de los tejidos intraorales (caries, presencia de restos radiculares). Además de la información

que nos plantea la ficha periodontal (profundidad de sondaje, nivel de inserción clínica, supuración, lesiones de furca, registro de placa y hemorragia) y las radiografías seriadas (defectos verticales u horizontales), nos plantea conocer la gravedad, extensión y probabilidad de progresión de la misma (estadios y grados) realizando un análisis más completo a la hora de establecer el plan de tratamiento.

Conclusión

Un adecuado diagnóstico periodontal es fundamental para conocer el estado en el cual se encuentran los pacientes cuando acuden a la consulta, tratando de identificar los factores que participan en el desarrollo de la enfermedad periodontal para poder modificarlos y establecer un plan de tratamiento lo más adecuado posible. En el caso de esta paciente al no haber un gran avance de la enfermedad nos permitió hacer un manejo mucho más simplificado evitando recurrir a terapias más complejas como la quirúrgica, radicando lo anterior mencionado en la importancia de un diagnóstico precoz.

Bibliografía

1. Gasner NS, Schure RS. Enfermedad periodontal. [Actualizado el 10 de abril de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554590/>
2. Cárdenas-Valenzuela, Paola, Guzmán-Gastelum, Dalia Abril, Valera-González, Eligio, Cuevas-González, Juan Carlos, Zambrano-Galván, Graciela, & García-Calderón, Alma Graciela. (2021). Principales criterios diagnósticos de la nueva clasificación de enfermedades y afecciones periodontales. *Revista internacional de odontostomatología*, 15 (1), 175-180.
3. Lordelo, M.J. (2005). El tabaco y su influencia en el periodonto. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*, 17(1), 17-24. Recuperado en 27 de agosto de 2024
4. Pérez, J. (2023). *Revista de Periodoncia: Nueva Clasificación* [PDF].
5. Pérez, J. (2023). *Revista de Periodoncia: Enfoque clínico de la clasificación* [PDF].
6. Lindhe, J. (2021). " *Periodontología clínica e implantología odontológica* (6ª ed.)". Editorial Panamericana.
https://www.academia.edu/113197804/Periodontolog%C3%ADa_cl%C3%ADnica_e_i_mplantolog%C3%ADa_odontol%C3%B3gica_6ed_Lindhe
7. Manresa C, Sanz-Miralles EC, Twigg J, Bravo M. Supportive periodontal therapy (SPT) for maintaining the dentition in adults treated for periodontitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Jan 1;1(1):CD009376. doi: 10.1002/14651858.CD009376.pub2. PMID: 29291254; PMCID: PMC6491071.
8. Haas AN, Furlaneto F, Gaio EJ, Gomes SC, Palioto DB, Castilho RM, Sanz M, Messoro MR. New tendencies in non-surgical periodontal therapy. *Braz Oral Res*. 2021 Sep 24;35(Suppl 2):e095. doi: 10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0095. PMID: 34586209.
9. Raspado y alisado radicular para la salud periodontal: una revisión de la eficacia clínica, la relación coste-eficacia y las directrices [Internet]. Ottawa (ON): Agencia Canadiense de Medicamentos y Tecnologías en Salud; 17 de octubre de 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK401538/>



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CÓRDOBA**
JESUITAS

ANEXO I

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

TRABAJO INTEGRADOR: DIAGNÓSTICO DE PACIENTE INTEGRAL DESDE LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

AUTOR: FLORENCIA AGUSTINA GONZALEZ

REALIZADO BAJO LA TUTELA DEL PROFESOR/A: DRA. ELOISA GARAY

FIRMA DEL TUTOR:

FECHA: 27/11/2024



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CÓRDOBA**
JESUITAS

ANEXO II

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA


PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

Yo Florencia Agustina Gonzalez, estudiante y autor del Trabajo Integrador titulado Diagnóstico de paciente integral desde la nueva clasificación de enfermedad periodontal DECLARO que el trabajo presentado es original y elaborado por mí.



ANEXO III

Universidad Católica de Córdoba
Facultad de Medicina
Carrera de Odontología

 **UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**
Universidad Jesuita

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de Córdoba a los 27 días del mes de enero del año 2020 siendo las 11:00 hs.
Autorizo el siguiente tratamiento odontológico realizado por el
estudiante/practicante Florencia Agustina González DNI N° 4244676 que habiendo
aprobado las materias básicas de su carrera, realicen actividades de aprendizaje en instituciones asistenciales,
oficiales o privadas, que sólo podrán actuar bajo la dirección, control personal directo y responsabilidad de los
profesionales designados para su enseñanza y dentro de los límites autorizados.

Apellido y Nombre del paciente: Mariana Estela Rivarola DNI: 29845253

Declaro que mi odontólogo ha examinado mi boca debidamente. Que se me ha explicado otras alternativas a
este tratamiento, que se han estudiado y considerado estos métodos que se me informaron, siendo mi voluntad
que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento. Consiento la ejecución de operaciones y
procedimientos además de los ahora previstos o diferente de ellos, tanto si se debieran a afecciones
imprevistas, actualmente o no. Que el estudiante mencionado anteriormente o sus jefes de trabajos práctico
puedan considerar necesarios o convenientes en el curso del tratamiento a realizar. Me ha sido explicado
también que pueden haber riesgos para la salud asociado con la anestesia y dichos riesgos me han sido
claramente explicados. Consiento en que se fotografren las operaciones o procedimientos que se han de
ejecutar, incluyendo partes apropiadas de mi cuerpo para fines médicos, científicos o educacionales, siempre
que mi identidad no sea revelada por las imágenes o textos que la acompañen. Consiento con el objeto de
contribuir a la educación odontológica en la admisión de observadores en el lugar destinado para mi atención.
Dejo constancia de que se la ha explicado en forma verbal y ha dado su consentimiento con respecto a: los
riesgos molestias y efectos adversos previsibles, riesgos personalizados, indicaciones, medicación indicada,
consecuencias de la no realización del procedimiento propuesto, y la decisión del paciente o de su
representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, podría ser revocada si él
quisiera.

Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de
consentimiento. Si al momento de la intervención surgiera una situación anátomo patológica distinta y más
grave a la prevista, doy mi consentimiento para que se actúe del modo más conocido, según la ciencia y
conciencia respecto a lo programado, por el exclusivo interés de mi salud. Asimismo, doy consentimiento para
la administración de anestesia local que se aplicará para la realización de dicho tratamiento delegando al
odontólogo el tipo de anestesia y me comprometo a regresar a la próxima consulta el
día 27 de enero de 2020 Hora 14:00

El/la que suscribe Mariana Estela Rivarola DNI N° 29845253
con domicilio en calle Rivadavia 1132 D.E. Espeque otorgo mi consentimiento para que se
me realice el tratamiento odontológico propuesto por el Sr./Sra. Florencia Agustina González

Firma del paciente: [Firma] Firma del Profesional a cargo: [Firma]

Firma del representante si el paciente es menor de edad:

ANEXO IV



		Estadio I: Periodontitis inicial
		Estadio II: Periodontitis moderada
		Estadio III: Periodontitis grave con riesgo potencial de pérdida dentaria adicional
		Estadio IV: Periodontitis avanzada con extensas pérdidas dentarias y riesgo potencial de pérdida de la dentición

Figura 2 Cuadro de clasificación de estadio (SEPA, 2019)

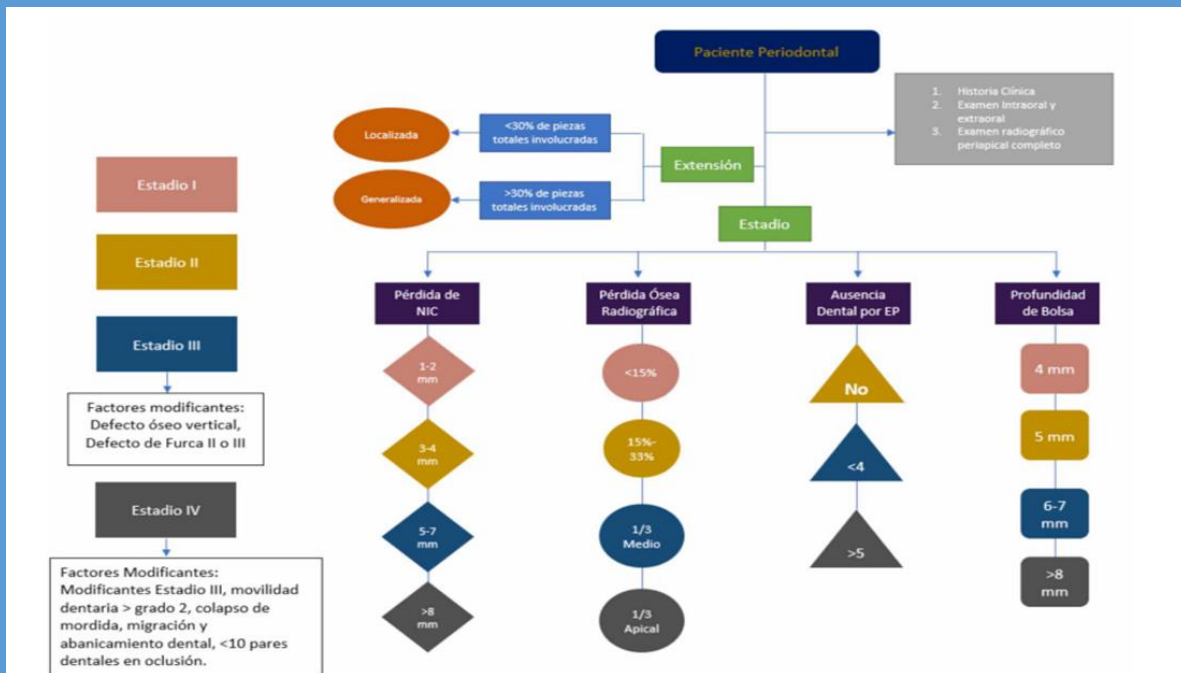


Figura 4 Compendio de criterios a evaluar para realizar el correcto diagnóstico de enfermedad periodontal, adaptado de Tonetti et al. (2018) y Herrera et al. (2018). NIC: nivel de inserción clínico; EP: Enfermedad Periodontal.

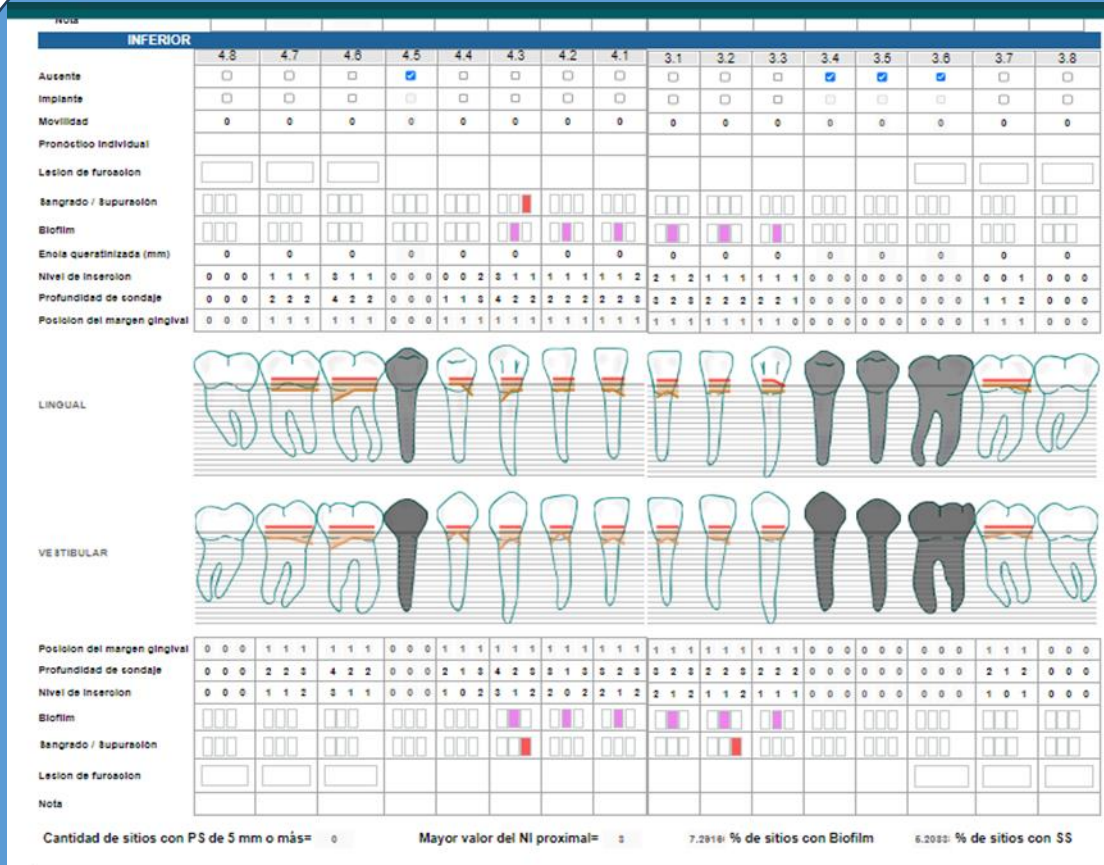


Figura 5. Periodontograma

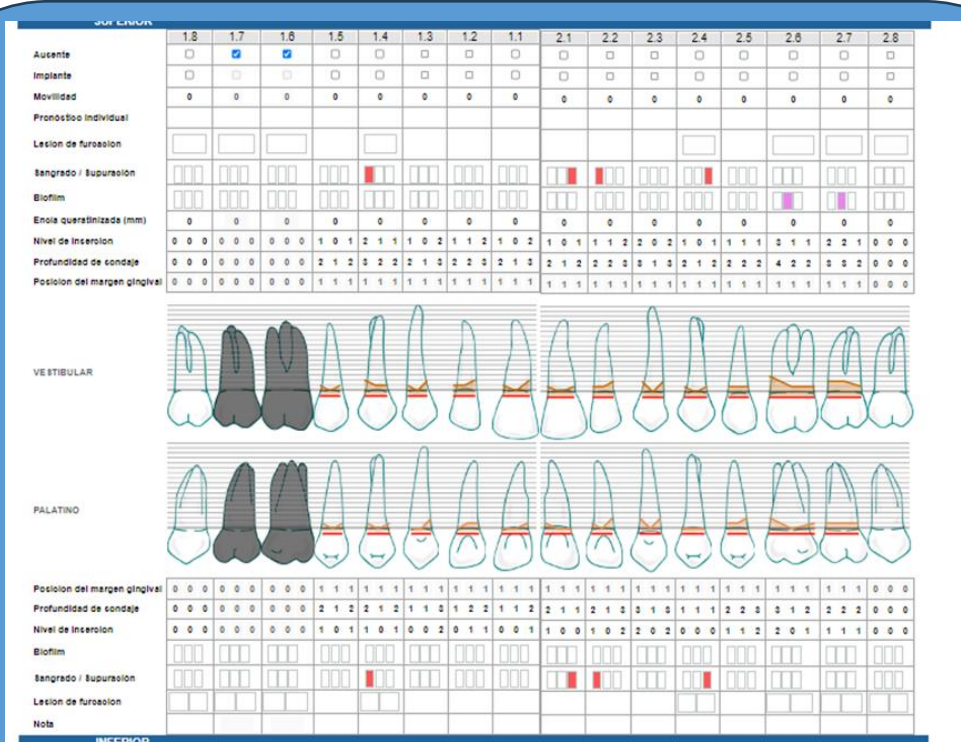


Figura 6 Periodontograma

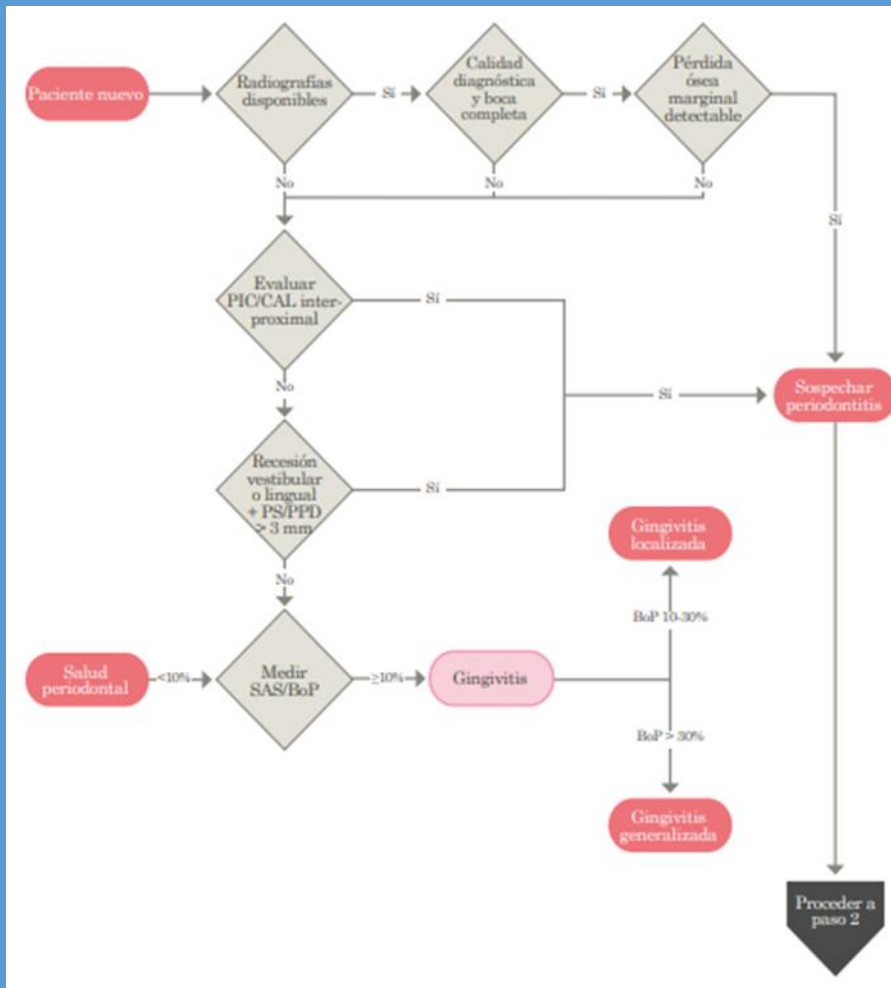


Figura 7 Cuadro de toma de decisiones (SEPA, 2019)

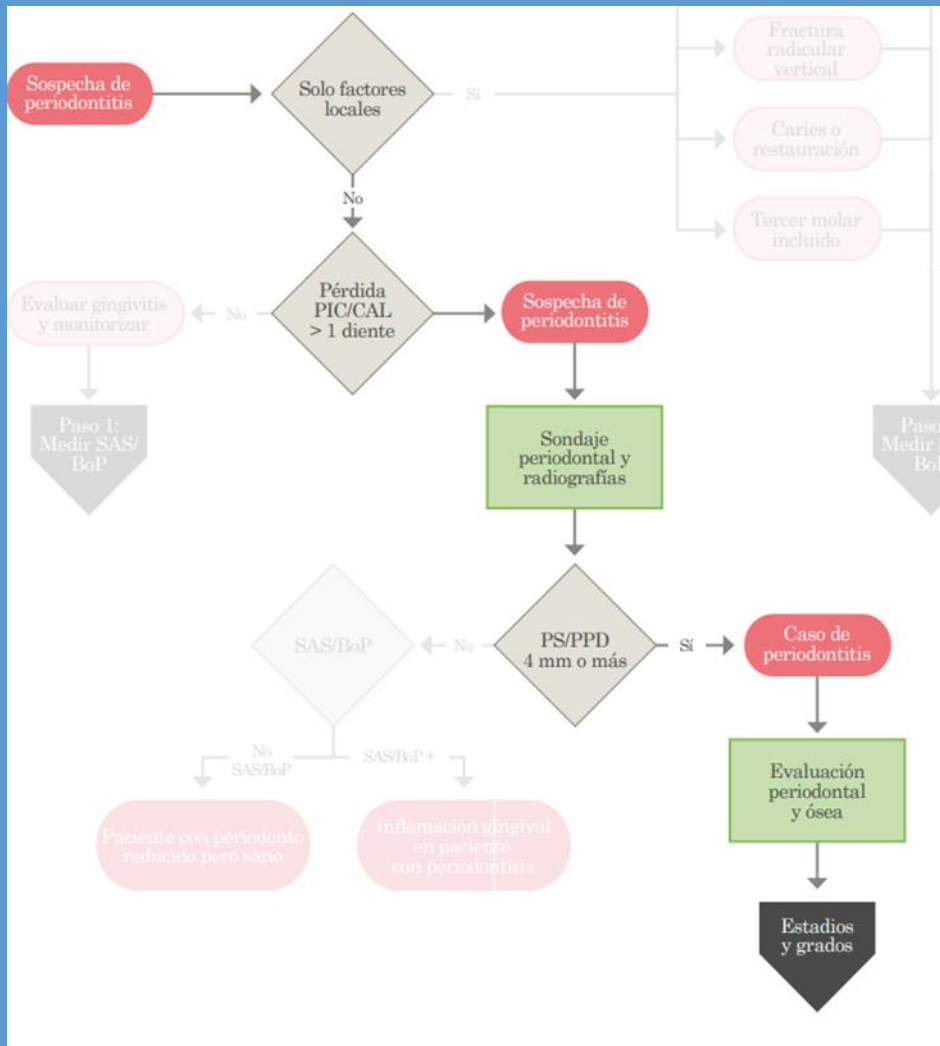


Figura 8 Cuadro de toma de decisiones (SEPA, 2019)

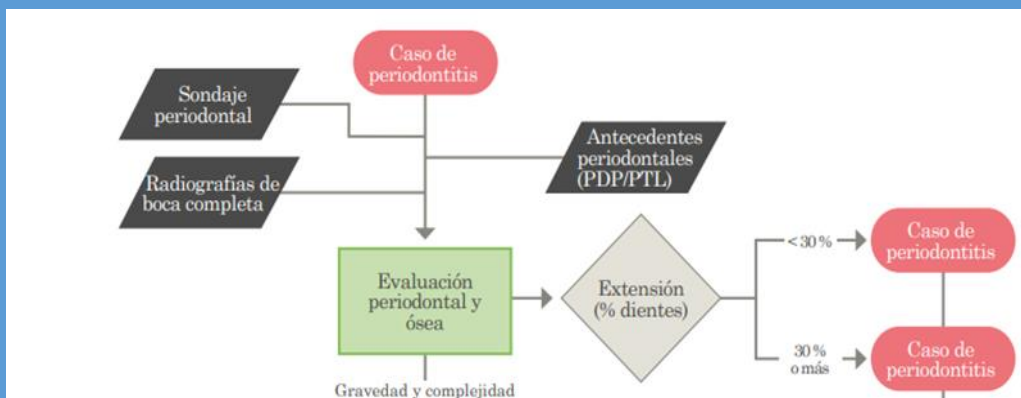


Figura 9 Cuadro de toma de decisiones (SEPA, 2019)

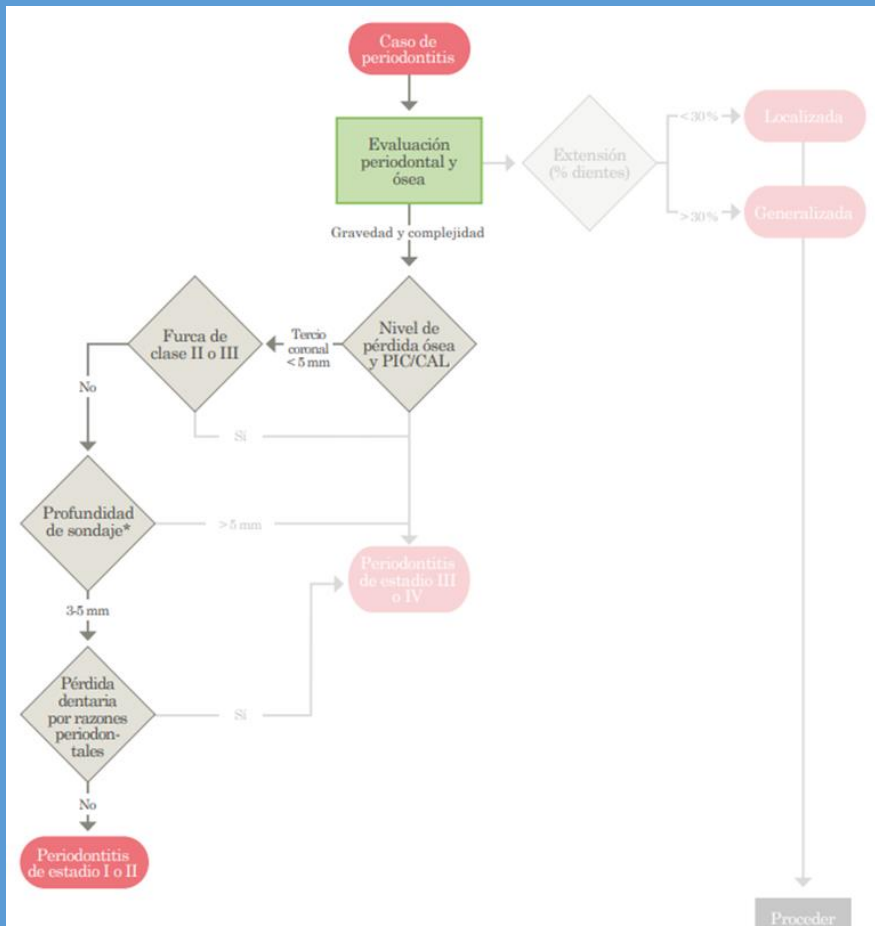


Figura 10 Cuadro de toma de decisiones (SEPA, 2019)

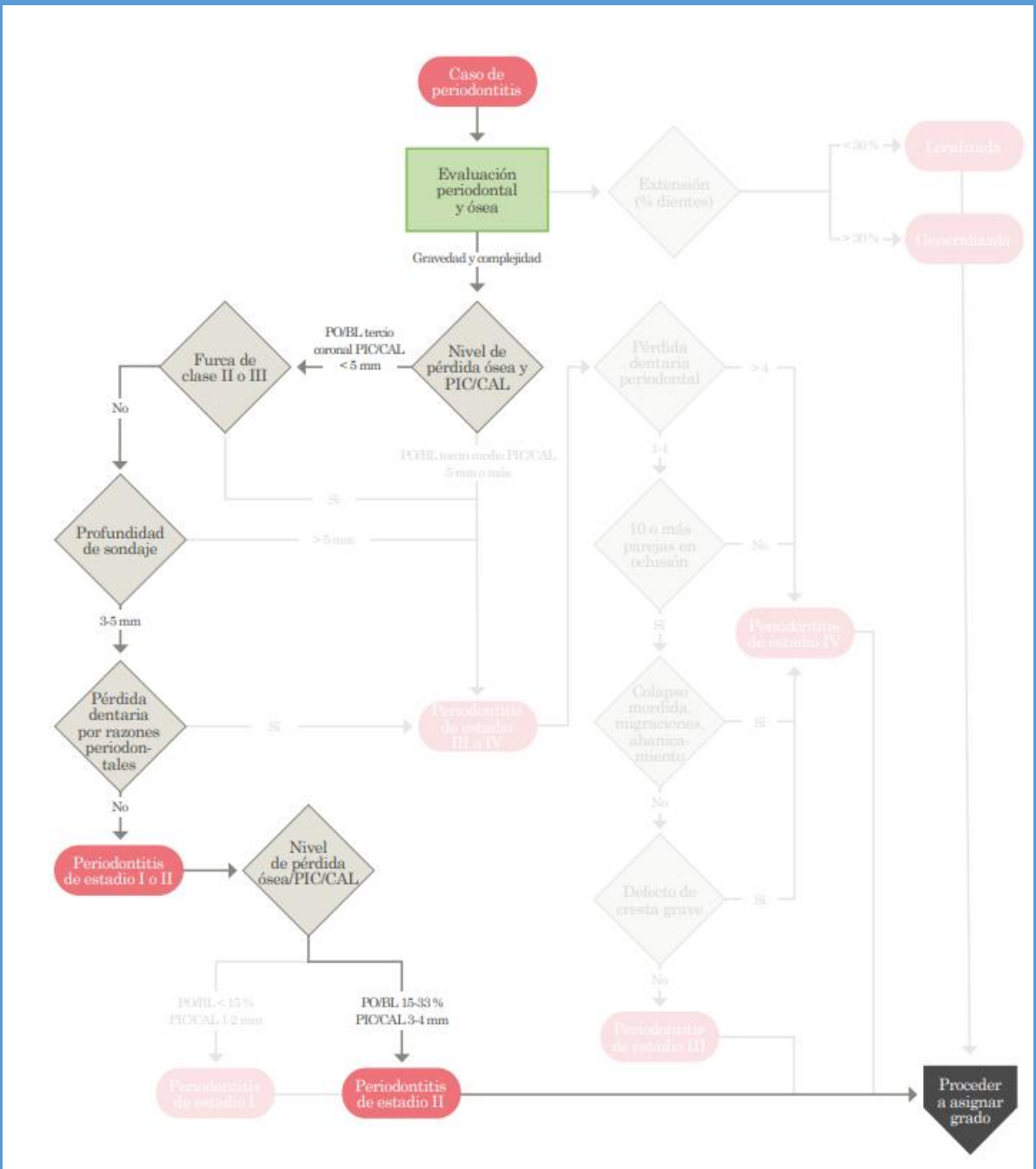


Figura11 Cuadro de toma de decisiones (SEPA, 2019)

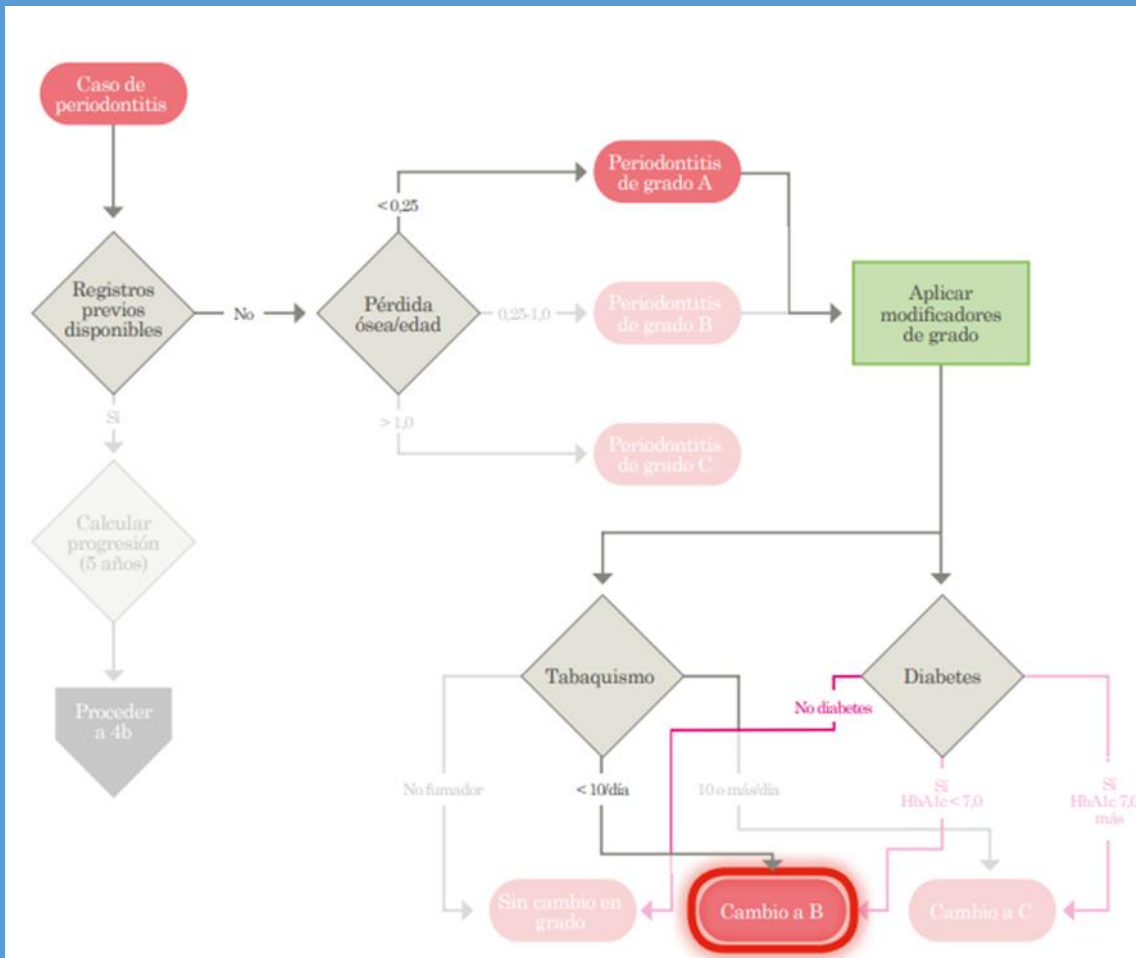


Figura 12 Cuadro de toma de decisiones (SEPA, 2019)



Figura 13 y 14. Radiografía Panorámica