

## 1- Definición

## 2- Conceptos

- a- semiología
- b- semiotecnia
- c- propedéutica

- 1- interrogatorio
- 2- observación
- 3- palpación
- 4- percusión
- 5- presión
- 6- exploración
- 7- otros

## 3- Síntomas

- a- localización
- b- de seguridad
- c- de probabilidad
- d- lesión clínica

## 4- Signos

- a- macroscópica
- b- microscópica

## 5- Evolución

## 6- Morfopatología

- a- macroscópica
- b- microscópica

## 7- Fisiopatología

## 8- Etiología

## 9- Pronóstico

## 10- Plan de tratamiento

## 11- Controles periódicos

- a- corto plazo
- b- mediano plazo
- c- largo plazo

## 12- Clasificación.

## 1- Definición

Semiología: del griego semeion, signo, síntomas; logos, discurso, ciencia; es la ciencia que estudia los signos y los síntomas de las enfermedades. Se compone de dos partes; 1- Semiotecnia o técnica de la búsqueda del signo y 2-Clínica propedéutica; del griego pro, delante y paidevo, yo enseño. Enseñanza clínica preparatoria, destinada a reunir e interpretar los signos y síntomas para hacer un diagnóstico.

Por consiguiente, la semiología puede ser dicha la ciencia y el arte del diagnóstico". T. Padilla.-

Buscando los síntomas y signos, agrupándolos e interpretándolos bien se puede llegar a un diagnóstico semiológico adecuado.

La palabra diagnóstico quiere decir, conocer a través de . En el caso de la enfermedad parodental, conocer por medio o a través de la semiología algunos aspectos importantes a saber: cuadro patológico dominante en ese momento, inflamatorio, distrófico, retrófico o mixto; grado de destrucción del soporte de soporte dentario, incipiente, medio o avanzado; evolución en el tiempo, años, o en la forma, siempre igual o a empujes; marcha espacial, de la superficie a la profundidad, de la profundidad a la superficie y veces otra vez a la profundidad y orientación etiológica, general o local.

## 2- Conceptos.

El clínico conocerá a través de la historia clínica del paciente, prácticamente todo sin necesidad de otros elementos. Los distintos análisis ratificarían o rectificarían su diagnóstico. No se quiere ni se intenta menospreciar la importancia de los análisis clínicos sino ubicarlos en su justo lugar de auxiliares. Se enfatiza el pensamiento racional. La deducción y el buen sentido del clínico. El enfermo llega condicionado por su herencia, su constitución. Su estado biológico actual depende profundamente del medio ambiente, ecosistema, en el cual vive. Es un individuo único ;unidad sico-física y social.

Como todos son diferentes el estudio clínico desde este punto de vista, representa siempre una nueva experiencia, una investigación particular en cada caso, un enfermo a tratar. En otras palabras procurar hacer tratamientos a personas que sufren una paradenciópatía y no a la paradenciópatía de un paciente.

Los síntomas que buscamos son: hemorragia gingival, mal gusto y dolor paradencial. Los signos son: los del paradencio de inserción ósea, del paradencio de inserción dentaria, de la bolsa patológica, los aumentos de corona-clínica, la movilidad y migraciones dentarias.

La semiología antedicha es la fundamental en paradenciópatías. No se debe descuidar la de caries, articulación temporomandibular, y otros datos que se obtienen del interrogatorio y examen.

Entre los exámenes auxiliares complementarios, se hacen notar en orden de importancia los siguientes: análisis radiográfico casi imprescindible, modelos de estudio en todos los casos de rehabilitación, estudio de la dieta, algunos análisis de sangre y de orina, anestomopatológicos, microbiológicos y otros.

Hay que recurrir al especialista siempre que sea necesario y posible.

## 2-b) Semiología.

Método de estudio para buscar y descubrir los síntomas y signos.

Estos no deben encontrarse por casualidad, sino ubicarse después de una búsqueda metódica, sistemática, cuidadosa; no dejar nada librado al azar.

En la búsqueda semiológica hay que valerse de los sentidos principales, de algún instrumental, y otros elementos tales como rayos X y demás.

b-1-Interrogatorio: se oye lo que el enfermo relata y se anotan o hacen anotar lo que se obtiene como dato. Se orienta al enfermo con paciencia sin permitir que hable libremente de cualquier cosa, pero tampoco hacer un interrogatorio a presión, que conduce a respuestas inciertas que el clínico sin darse cuenta indujo en su mayor parte.

Hay que buscar la verdad y no lo que creemos como tal.

Durante el interrogatorio el enfermo debe sentirse cómodo, no se debe contrariar su modo de ser, no inferiorizarlo ni enojarse con él.

Debemos ganar la confianza del enfermo, interesándonos por su bienestar. No es una parte de un cuadro de trabajo, es una persona igual o mejor que nosotros. Para el asistente, el paciente es lo más importante del mundo en ese momento.

Así debe sentirlo el enfermo. Esto no es tan fácil pues "el grado de sintonía afectiva con las demás personas y con el ambiente circundante" no se consigue muy a menudo. Hay que intentar llevarse bien con todos los enfermos aún con los más difíciles.

b)2- Observación: "Examen atento de un fenómeno sin alterarlo por la experimentación" (Dicc.).

El estudio del enfermo se inicia desde la primera vez que lo vemos o oímos. (Principalmente cuando lo vemos).

"La elevada posición en la que colocamos al clínico la medimos por la penetración y el poder sintético de su mirada." Tratar de ver más y mejor no es una fantasía, es necesario. Hay que ver al paciente no sólo con los ojos. En general observamos formas, colores, posiciones, movimientos, actitudes, expresiones, y diversos estados anímicos.

Por ejemplo, se observa: la forma de pararse, de moverse, caminar, la expresión del rostro, lenguaje; comportamiento general.

Emoción, o mejor dicho estado emocional, nervioso, pusilánime, impulsivo, histérico, extrovertido, introvertido, sus gestos, ademanes, conocimientos, forma de mirar, de sentarse en el sillón, higiene, vestidos, cabello, uñas, color de la piel de manos y cara. Estatura y peso, edad aproximada. Hay que ver, oír, deducir.

A esta observación que podemos llamar general, se agregará otra más pormenorizada del sistema masticatorio. Aspectos externos de cuello y cara. Músculos temporales y maseteros, labios, movimiento de apertura bucal. Deglución, masticación, ATM. Mucosas bucales inclusive mismo de fauces. Paradensio.

Iluminación: La buena luz es necesaria si se desea observar cuidadosamente el interior de la boca. Dejar de ver elementos necesarios al estudio del caso, puede aparecer errores de diagnóstico.

A veces, por ejemplo se pueden apreciar bien las facetas de desgastes dentarios sin secar ni iluminar e inclusive emplear dos espejos bucales para ver el sarro subgingival, cuando se separa la encía del diente con aire, también es necesario buena luz. Lo mismo en el caso de la isquemia en el cuello del paradencio de inserción dentaria en casos de sobrecarga ósticular, que en zonas posteriores es poco visible.

b)3- Palpación : la palpación orienta bastante y permite encontrar o comprobar objetivamente lo que se dedujo de la observación. Ejemplos claros son: movilidad dentaria de grado uno, la más incipiente que se puede detectar clínicamente, se hace por palpación cuando se aprieta la encía contra el diente, la sensibilidad puede indicar sarro subgingival, no visible. Se palpan ganglios linfáticos aumentados de volumen y/o dolorosas, articulación temporo-mandibular, músculos masticadores y piso de boca.

b)4- Percusión : Hecha sobre las coronas dentarias con el mango de un instrumento pone en evidencia distintos tipos de sensibilidades. Muchos oyen dolor al menor golpe, en cambio otros toleran bien una percusión energica. Las distintas respuestas de la sensibilidad dolorosa a la percusión, contribuyen a orientarnos en el diagnóstico dife-

rencial entre un abseso apical y paradencial, entre un neurótico con y sin bruxismo o en el bruxismo sin mayor trastorno psíquico.

El sonido que se produce al percutir un diente o al golpear dos dientes entre sí también puede dar datos interesantes con respecto a vitalidad, anquilosis o trauma por sobrecarga.

b) 5- Presión: se hace con los mordientes de una pinza sobre la cara oclusal de un diente para detectar movilidad. Para comprobar la resistencia (blandura) o depresibilidad de los tejidos blandos, para exprimir el pus de una bolsa, para lograr la relación céntrica y en otras oportunidades además de la que se ejerce en la palpación.

b) 6- Exploración: "Acto de investigación o examen, con instrumental apropiado o sin él" (Dicc.).

Con una sonda milimetrada se explora la profundidad y extensión de la bolsa patológica. Con una sonda delgada, de las usadas para explorar caries se busca el serro subgingival. En cierta medida se puede hablar de exploración radiográfica y más aún cuando introducimos una punta calibrada y otros elementos en la bolsa paradencial.

b) 7- Otros elementos: Soluciones reveladoras de placa dental. Calor o frío en tests pulpares en relación con enfermedad o electricidad con el mismo fin. Los modelos de estudio son elementos que se pueden ubicar en la semiotecnia así como otros análisis complementarios.

6 - Propedeútico: Es la instrucción preliminar a una enseñanza más completa. (Es un análisis de los síntomas y signos o agrupados para llegar a una síntesis: el diagnóstico).

Para interpretar la semiología se hace necesario tener información lo más completa posible de otros temas que permitan inferir más adelante. En este sentido el conocimiento de la morfología y funcionalidad por una parte, y de la bioquímica y microbiología del parodonto se hacen necesarios para conocer lo más ampliamente posible nuestro campo de acción. En otras palabras conocer bien lo normal y lo patológico es lo que posibilita la interpretación semiológica! "

### 3-Síntomas

"Alteración orgánica o funcional apreciable por el enfermo".

Son subjetivos. El estudiante los oye al interrogar al paciente.

A pesar de que los síntomas son subjetivos, el asistente los comprueba muchas veces objetivamente aunque el enfermo no los haya observado, o aún los niegue.

4-Síntoma: "(Signum, señal o marca) Fenómeno, cometer, síntoma objetivo de una enfermedad o estado que el médico reconoce o provoca" (Diccionario terminológico de ciencias médicas, Salvat, 8a Ed..)

Los signos y también los síntomas como dicen sus definiciones pueden asimilarse a carteles indicadores. Son señalizadores que marcan con bastante precisión las lesiones clínicas, qué son las que interesan más, en este curso. Los síntomas/signos, son muchísimos. Sus relaciones al agruparlos son tantas que se puede decir que cada paciente tiene su agrupación semiológica particular.

Las lesiones clínicas en cambio son tres: Un síntoma o signo no tiene por qué coincidir siempre con la misma lesión. Menos aún con la etiología. Lo importante es saber que cada paciente tiene su constelación semiológica, lesional, patogénica y etiológica.

3-a) Localización: La ubicación espacial de los síntomas y signos es importante, de ello puede deducirse gravedad o no. Un síntoma que indica alteración del parodencio profundo puede ser grave, pero lo mismo en superficie, ser banal.

Un signo puede tomar parcialmente una parte de la cara de uno diente, todo ese lado o todo el contorno. Puede estar ubicado en un sólo diente, en varios, o en todos los existentes. Ejemplo: puede estar una punta de una papila inflamada (del parodencio de inserción dentaria), toda la papila, la totalidad de las papillas sólo por vestibular, o por vestibulo-lingual. Lo mismo se puede decir para cada signo. Ello no es tan claro para los síntomas. Las variables; numéricamente para la semiología, en el parodencio de cada pieza dental son desde el punto de vista práctico, infinitas. Por lo tanto las historias clínicas son únicas, intransferibles, más precisas que las huellas digitales. Ahora bien; si además se tienen en cuenta otros signos y síntomas del sistema masticatorio, la ubicación de todos los datos particulariza a un enfermo determinado y no a otro. Los síntomas no son fáciles de ubicar en el tiempo, tal vez es más difícil especialmente.

Muchos veces a mayor intensidad, menor presición y seguridad del enfermo para localizarlo. Pueden decir en que lugar más o menos bien les duele o sangra. El mal gusto es muy difícil de ubicar.

El clínico tendrá que confirmar lo que diga su paciente durante el examen. Los signos se ven y se miden. Son más objetivos, la mayoría de las veces una bolsa patológica es explorable en todo su profundidad y extensión. La movilidad dentaria se ve o palpa. Los cambios en los tejidos blandos, casi siempre son objetivables.

La capacidad del operador es importante para el diagnóstico precoz.

3-b), c): Seguridad y Probabilidad: Algunos síntomas y/o signos dan siempre seguridad de enfermedad parodencial, en cambio otros son indicadores de probabilidad. La hemorragia gingival siempre da seguridad de enfermedad, pero el mal gusto y el dolor, no. Las bolsas patológicas y el aumento de corona clínica, son seguros, pero la movilidad no lo es tanto. Los cambios morfológicos de los dientes, la forma de su implantación (inclinaciones, giroversiones) la relación de las arcadas, dentarias entre sí, ausencia de parodenciotipos son desviaciones a las normas. Se dijo; lo que se aparta de la norma es poco visible. Lo antedicho en relación a las malformaciones fundamenta el criterio de probabilidad.

En otras palabras, es más probable que contraiga una enfermedad parodencial, aquél que tenga malformaciones que quien no la presente. Esto no es absoluto.

3-d) Lesiones clínicas "Es el daño o alteración morbosas orgánica o funcional de los tejidos" ——esta es la definición de lesión (Dicc.) Las lesiones que tenemos en cuenta en este curso son : paradencio de inserción dentaria (desadherencia y desincisión); reabsorción ósea, y alteración del paradencio profundo.

#### Paradencio de inserción dentaria .

La semiología que indica inflamación en general en los puentes de este tejido indican la primer lesión clínica. El epitelio está alterado y "despegado" del diente, las fibras colágenas empiezan a desintensificarse. Ulceración. Sangrado/. A veces no son muy visibles los cambios.

2a lesión clínica: reabsorción ósea, se produce como continuación lógica, casi fatal, de la primera lesión, superficial. Casi siempre se manifiesta a continuación de un cuadro patológico inflamatorio. Puede también producirse por atrofia y distrofia, o por procesos mixtos.

3a lesión: alteración del paradencio profundo; señalada por los signos de movilidad, migración espontánea, dolor al morder o percusión. Puede ser sólo funcional y regresor. Cuando se produce a continuación de las otras lesiones, lo común, es que la alteración funcional se pueda comprobar histopatológicamente.

#### Evolución.

Es la sucesión de fases por las que pasa la enfermedad desde su inicio hasta su terminación, o hasta que el paciente sea tratado.

Evolución en el tiempo; se deduce de la sintomatología, y se confirma más o menos con datos objetivos, pero sólo de los síntomas, y principalmente de la hemorragia, es de donde se infiere cuánto tiempo hace que se manifestaron los primeros síntomas. ✕

Evolución en la forma. Indica siempre o en la mayoría de los casos una orientación etiológica hacia causas generales o empujes intermitentes.

Las paradenciotías evolucionan casi siempre muy lentamente, años;

20,30,. Cuando las destrucciones son grandes: en pocos años, 4 o 5, y es en este caso rápida.

A veces, se inician en el recambio y recién a los 30 años o más son avanzadas.

Marcha: Es la progresión en el espacio, de la lesión inicial, ya se dijo, que una lesión superficial como lo es la desadherencia, en general marcha hacia la profundidad, es lo más frecuente.

Las lesiones del paradencio profundo marchan hacia la superficie.

En este caso cuando la lesión llega a superficie, gran parte del paradencio de ese diente está involucrado. Son los procesos mixtos, de alteración del paradencio profundo más inflamación, o viceversa.

#### Morfopatología, macro y microscópica.

La semiología, señala, indica que el aparato de soporte dentario está enfermo al marcar las diferencias entre normal y anormal. En este caso, normal siempre quiere decir sano, pero la inversa no es válido, pues sano no siempre quiere decir normal. Ejemplo; después de un tratamiento

paradencial, lo común es que la corona clínica sea mayor, el paciente curó con defecto. Esto sólo pero no normal. Para que después de un tratamiento, el aparato de soporte vuelva a la normalidad, es necesario que cure sin defecto; con restitución total de los tejidos perdidos. Esto no es común. Las constantes de normalidad clínicas, anatomofuncionales del paréntesis, son las siguientes: color - rostro pálido.

- consistencia-firme
- configuración-lisa y/o gruesa
- tamaño-llena bien los espacios interdentarios
- bien adherido al diente
- bolsa de 1 mm(más o menos uno). ( $2mm \pm 1$ )
- no sangra al masaje energético con un cepillo blando o medio, ni duce.
- sin movilidad dentaria clínica
- sin dolor al morder o a la percusión suave
- los cambios en las constantes de normalidad clínica, sin terapia, implican alteraciones macroscópicas, microscópicas, y/o funcionales y por lo general enfermedad paréntesis.

Algunos cambios son muy llamativos, otros insignificantes y muy poco visibles. Ejemplo: un aumento de volumen, o un cambio en el color de los tejidos, blandos son evidentes pues las constantes de normalidad clínicas se encuentran visiblemente alteradas; en cambio las variaciones en la residencia cuando el color tiene una variación casi inspercible, pasan inadvertidas para el joven clínico.

En los dos casos exemplificados las alteraciones de los tejidos conjuntivo y epitelial son profundas, no importa cuán pequeñas sea la lesión clínica.

Cuando se buscan y encuentran las señales de enfermedad paréntesis, en su etapa más incipiente, de alteración visible clínicamente, se está diagnosticando precozmente.

En el estado actual de los conocimientos sobre el aparato de soporte dentario cuando más temprano se inicie un tratamiento, más éxito tendrá.

La curación de la mayoría de los enfermos con inflamaciones superficiales incipientes depende de la precocidad del diagnóstico.

Cuidar en estos casos significa mantener un paréntesis funcional sin fosos sépticos. Lo común es que no se haga diagnóstico precoz, o no se haga ningún diagnóstico. Cuando se diagnostican alteraciones morfológicas o funcionales del paréntesis, las lesiones son tan graves, tan avanzadas, que la terapia poco puede hacer.

Aún intentándose los tratamientos más complejos, muchas veces casi experimentales, sólo se consigue mantener los dientes funcionando precariamente, un tiempo más.

Los pronósticos son prácticamente desfavorables.

## 7- Fisiopatología.

Algunos signos y síntomas señalan con bastante claridad alteraciones funcionales del paréndcio.

La función principal del aparato de soporte dentario, como su nombre lo indica, es mantener los dientes en sus alvéolos, contribuyendo así a que estos últimos cumplan su parte en la fisiología masticatoria, que a su vez se inscribe en el capítulo de la nutrición. Para que el paréndcio tenga una fisiología normal, es decir un funcionamiento normal, es necesario que la fisiología de los tejidos que lo componen, también sea normal. Los cambios en los factores que regulan el metabolismo tisular; conjuntivo, óseo, cementario, epitelial, y nervioso, podrían afectar de una u otra manera la función total del sostén dentario.

Estos cambios se estudian en la semiología parendencial.

"Tales anomalías pueden acompañar a defectos anatómicos (mala relación de los arcos dentarios entre sí, malas posiciones etc.,), o depender de ellos, pero es frecuente observarlas en ausencia de todo cambio estructural, pues las lesiones bioquímicas, pueden ser expresión de disfunción celular, antes que el proceso tenga gravedad o duración suficientes para causar lesiones macro- y microscópicas".

"Tanto si los factores primarios (etiológicos) son conocidos como desconocidos cabe estudiar la relación del huésped y comprender la patogenia de tales cambios. Las respuestas y los mecanismos de expresión orgánica muchas veces son análogos, a pesar de ser distintos los agentes causales."

"Todos los agentes (etiológicos) que actúan sobre el cuerpo ejercen efecto específico y también inespecífico. La capacidad de adaptación y protección del hombre es limitada, y su respuesta a muy diversos agentes nocivos pueden ser similar.

La forma de reaccionar ante cada agente, puede depender más de la naturaleza de la persona y de sus experiencias anteriores que del agente que provoca la reacción y de efectos similares del agente nocivo sobre los mecanismos celulares, formación de enzimas)"etc.

(Sodemann, Fisiopatología clínica 4<sup>a</sup> edición ,Ed. Interamericana- 1969).

Se plantean así para el clínico dos problemas, semiológicos.

Uno, relativamente fácil de manejar, consiste en ver e interpretar la semiología clínica, el otro: muy difícil de descubrir, es la semiología subclínica.

Estas dificultades para el clínico, prácticamente desaparecen para el patólogo moderno. Este dicería con claridad, aún a nivel molecular. El poder de sus ojos es cada vez mayor, y más profundo.

El microscopio electrónico y la histoquímica muestran lo que hasta hace pocos años se ignoraba. Lo que para el clínico es fisiopatología, sólo alteración funcional, tiene su contrapartida morfológica. Antes solamente se suponía, ahora se conoce mucho más.

En este curso lo que necesitamos conocer bien son los cambios clínicos más visibles, la fisiopatología más clara y evidente. El mecanismo de acción de los factores etiológicos mejor estudiados. No se tratará de diferenciar que fué primero: lesión bioquímica en tejido conjuntivo, o en tejido epitelial; factores etiológicos generales o locales. No se piensa que es inútil sobre el asiento primario de la lesión bioquímica inicial, ni la causa primera, ello es primario; aún no existe acuerdo entre los investigadores. Pero se esté o no de acuerdo con las posiciones que hacen iniciar la enfermedad parodental en el epitelio o en el conjuntivo, siempre habrá que tratar de curar al enfermo. Entonces necesitamos conocer algunos conceptos fundamentales que nos ayuden en la práctica clínica como veremos.

Los signos y los síntomas que indican alteración funcional del parodonto de inserción dentaria son varios. La fisiopatología de la adherencia epitelial y de la inserción conjuntiva se corresponde también con una de las lesiones más comunes de la enfermedad parodental, la alteración de los hemidemodos de la adherencia superficial y progresión apical del epitelio. La falta de adherencia adecuada y la pronta inflamación del tejido conjuntivo alteran su función de sostén e intermedio de la nutrición; alteración de la sustancia fundamental, de las fibras colágenas, de células y vasos. Cuando han desaparecido las fibras del anillo, el epitelio prolifera la pared interna de la bolsa se puede ulcerar o exudar, pronto se formará pus. La pared dura cementaria se torna inapta para la reinsertión. La fisiología del anillo de adherencia epitelio conjuntivo y el cemento dentario, en vez de conformar un elemento de sostén y protección se convierte en bolsa patológica y por ende agresiva.

Desadherencia epitelial, desinserción conjuntiva, alteración cementaria y finalmente reabsorción ósea, he aquí las consecuencias morfológicas de lo que en principio fue un cambio molecular en el parodonto de inserción dentaria. Aunque la alteración de la funcionalidad superficial sea mayor, no quiere decir que finalmente la progresión lesional se haga hasta la profundidad; es común constatar gran inflamación superficial sin ninguna alteración clínica del parodonto profundo que pue-  
estar intacto aún histopatológicamente.

Clínicamente las constantes de normalidad del parodonto profundo son: carencia de movilidad dentaria, de dolor al mover o suave percusión. Si se cumplen estas condiciones se supone que la fisiología es normal, no hay alteraciones. Ahora bien pueden haber alteraciones claras que se comprueban semiológicamente: movilidad, migración espontánea, dolores señalan una fisiopatología clara. Estas alteraciones pueden ser cemen-  
tarias, óseas o conjuntivas y estar asociadas con determinados cuadro-  
clínicos. Cuando existe inflamación del parodonto profundo también se inicia por o a través de otros elementos tales: la patología de bolsa con su carga de enzimas microbianas etc, las sobrecargas articulares y aún en trastornos de orígenes hormonales. La alteración funcional, la fisiopatología del parodonto profundo pueden iniciarse en el paroden-

ción de inserción dentaria mediante los mecanismos de formación de la bolsa patológica y de su propio contenido que se disfunde a través del conjuntivo. Pero esta fisiopatología podría tener su iniciación directamente en la profundidad donde la formación de osteoide, cementoide, colágeno estén perturbados, o los mecanismos de calcificación de tejidos duros no se cumplen.

El conocimiento de las alteraciones fisiopatológicas tanto superficiales como profundas tiene importancia en pronósticos, Planeamiento terapéutico, terapia y controles postoperatorios a mediano y largo plazo. Nos ocupamos aquí de los trastornos funcionales mayores, de los que se pueden deducir a partir de una semiología definida. El estudio de la fisiopatología bioquímica escapa a la índole de este trabajo. El ojo clínico experto puede ver, deducir, conocer aún a través de lo subclínico; para poder afirmar es necesario la comprobación del acerto deductivo por rigurosos análisis de laboratorio.

Las ciencias de la salud tratan de prevenir en beneficio del individuo y la sociedad. El diagnóstico precoz es fundamental en este sentido, es irracional esperar que las lesiones avancen para tratarlas sintomáticamente. Actualmente los métodos de estudio científico han perfeccionado la visión, a nivel cada vez más pequeño, pero bien definido; lo fisiológico tiene expresión morfológica aún a nivel molecular.

Las primeras manifestaciones fisiopatológicas en la sustancia fundamental del tejido conjuntivo parodental y/o en las células de la adherencia epitelial pueden pasar inadvertidas. No tienen manifestaciones clínicas aparentes. Toda persona diminuida física o psíquicamente debe ser examinada lo más cuidadosamente posible en búsqueda de la semiología subclínica. No se debe olvidar que "la capacidad de adaptación y protección del hombre es limitada" y por lo tanto lo es el parodonto. Las sobrecargas articulares y los microbios actuando o estando presentes siempre en un momento determinado pasarán de ser factores potenciales de destrucción parodental a ser efectivos; a provocar lesión. Las barreras de resistencia biológica pueden ser sobrepasadas en distintos momentos de la vida de un individuo y aún en una comunidad. Las respuestas funcionales ante las distintas noxias pueden ser constructivas o claudicantes. Ejemplo: ante una sobrecarga un diente se mueve más o menos, en el primer caso puede aflojarse tanto que haya que extraerlo; en el segundo su parodonto crea una implantación tan sólida que es sumamente difícil su avulsión simple. Como el hombre está determinado por su herencia genética, por su constitución y el medio ambiente en el cual vive; es lógico buscar lesiones en quien ha tenido una disminución en sus defensas generales. Ejemplo: las zonas de desnutrición crónica presentarían más parodontopatías, lo mismo que los enfermos internados, a igualdad de higiene oral.

#### 8- Etiología

El estudio de los síntomas y signos nos orienta en el conocimiento de la etiología. Como regla general, aunque no absoluta, se debe pensar que cuando existe una semiología a empujes hay causas etiológicas generales

actuando en ese momento. Por lo contrario cuando la semiología es ~~especialmente~~ predominante predominarien los factores locales.

Los denominados empujes son agravaciones, exacerbaciones de uno o varios síntomas o signos. Los enfermos pueden pasar por períodos intermitentes de mayor hemorragia gingival, dolores de distinto tipo y zonas, enrojecimiento de las mucosas, mayor o menor movilidad.

Siempre que existen agravaciones semiológicas periódicas o no periódicas se debe estudiar más profundamente al enfermo.

Los empujes pueden estar en relación con cambios climáticos abruptos, con estaciones del año, con ciclos biológicos como mestruación, embarazo, excesos alimentarios, alcohol, tabaco, fatiga física, tensiones nerviosas etc.... Si bien lo común es encontrar correlación, si se busca bien a veces no es tan fácil, pues el empuje no es sólo aperiódico sino también sin causa aparente. En otras palabras: las distintas causas que bajan las defensas deben ser las responsables de que la resistencia fisiológica bucal y paradencial sea ampliamente sobrepassada por los factores etiológicos locales.

Los empujes semiológicos son muy comunes. Ejemplos: Como ya se dijo, las papilas pueden aparecer de tanto en tanto enrojecidas. El enrojecimiento puede afectar sólo una parte, las puntas, e inclusive a toda la papila, a varias papillas por vestibular o por lingual, o a todas.

Las variaciones patológicas inflamatorias con o sin aumento de volumen en estos casos no obedecerían a una etiología estrictamente local, como podría suponerse a primera vista. No son los factores locales los que originan los empujes, sino los mecanismos de adaptación del individuo.

Su mayor o menor capacidad de respuesta constructiva ante los cambios generales de su organismo, frente a elementos externos o internos que desagreden, es la que determina si habrá de iniciarse o no la enfermedad. Muchos casos de signos de papilas se dan en el período menstrual. Desde luego con poco relación a la placa dental, es decir en pacientes con buena higiene.

En general los empujes de síntomas llaman la atención del enfermo y los de signos la del profesional.

#### 9.- Pronóstico.

A partir del estudio de algunos síntomas y signos se puede deducir un pronóstico general favorable o desfavorable, con bastante seguridad.

Algunos ejemplos son sumamente ilustrativos: grandes bolsas patológicas generalizadas, aumentos de corona clínica de todos los dientes. En los dos casos cuando sólo queda un cuarto medida linealmente de paradental profundo el pronóstico es desfavorable. Otro caso: la movilidad dentaria, dos o tres en jóvenes de 17 a 22 años con todos los dientes, articulación dentaria más o menos buena, sin bruxismo, sin facetas de desgastes (o mínimas) configuran un pronóstico sumamente reservado con más tendencia a ser desfavorable que lo contrario.

Al contrario de lo desfavorable existe semiología cuya interpretación sería favorable o reservada, tendiente a ser buena. Los aumentos de corona clínica a empujes intermitentes inflamatorios, se denominada atrofia gingival, es de pronóstico favorable.

ia secundaria; o sin empujes, primaria, en general son procesos muy lentos. Otro caso: empujes inflamatorios en bocas completas con buen control e plante dental. Aunque no se puede dominar la causa primaria, al controlar la microbiota, se está interfiriendo en el mecanismo de acción patológico, de la etiología primaria y el pronóstico si bien reservado, tiene a ser favorable. Desde luego, siempre que no hayan bolsas patológicas i grandes trastornos articulares.

esta semiología conduce a un pronóstico aproximado que debe completarse con otros elementos.

#### 10- Plan de tratamiento o Planeamiento terapéutico.

la terapia que cura siempre es la etiológica. Eliminada las causas que provocan o mantienen una enfermedad el paciente se cura. Esto no es común. Más frecuentes son los tratamientos patogénicos. Muchas veces el tratamiento que se deduce de la semiología debe hacerse de inmediato, es urgente. Dolores e infecciones asociados o no con dolor: abscesos, traumatismos, Vincent, etc.. Sólo se señala el tema con la finalidad de que no se olvide que el plan de tratamiento se empieza a esbozar desde que se ve el enfermo, aunque indudablemente se completa después del pronóstico.

#### 1- Controles postoperatorios o Controles periódicos.

la semiología en el postoperatorio inmediato, seis o siete días, se reduce a dolor y pequeñas hemorragias, no es común. La buena cirugía parodental y buen cementado de la herida en la mayoría de los casos dan un resultado satisfactorio, casi asintomatológico. Si aparecieran síntomas n los primeros siete días después de la intervención deben interpretarse teniendo en cuenta lo general psicosomático, el medio ambiente, el momento biológico, la zona intervenida, la técnica quirúrgica, el manejo del enfermo y finalmente los cuidados que el mismo tuvo con la herida. Las respuestas deben estar previstas y lo imprevisto interpretarse, las sorpresas son mínimas cuando se toman precauciones.

En el mediano plazo de treinta a cuarenta y cinco días. Semiología: dolor bien tolerado tendiendo a desaparecer al final de ese tiempo, movilidad entaria aumentada a veces en los primeros días que tiende a disminuir desaparecer. Se supone que hubo desgaste selectivo antes de la cirugía. Los cambios postquirúrgicos en la posición de los dientes no son tan comunes como se afirma. Clínicamente es razonable pensar que cuando se elimina una bolsa patológica quirúrgicamente existe una gran disminución del contenido de la misma que aumenta la movilidad al afectar a los tejidos de soporte. Despues de un mes o dos habrá que una revaloración de la semiología existente, tendría que ser cero. El paciente estaba sano, con algún defecto, aumento de corona clínica.

Argo plazo: depende de los casos tratados. Los pacientes deben verse cada tres meses o algo más. Debería ser asintomatológico. Los órganos

anos no se sienten. La evaluación semiológica será más cuidadosa, que la del mediano plazo. Habrá que interrogar y examinar, buscando la más mínima huella de enfermedad parodental. Puede haber casos de

recidiva que podemos atribuir a errores de diagnóstico y por ende pronóstico, plan de tratamiento y terapia inadecuada para ese caso. Por ejemplo: empujes de factores etiológicos generales que hicieron recidivar lesiones que se creyeron curar con determinados tratamientos quirúrgicos o desgastes dentarios mal indicados por error de diagnóstico. Otra causa frecuente de recidiva son los errores de técnica. Es común en odontología en general y en periodoncia en particular que se quieran hacer técnicas quirúrgicas diversas sin fundamento científico alguno y aún sin dominar las técnicas prácticamente. La "teoría" en estos casos estaría en las perfecciones de incisiones, suturas, raspados y otros pasos prácticos a los cuales se les debe exigir lo que pueden dar, cuando son bien hechas, pero no más.

## 12- Clasificación

"A esta clasificación se ha llegado por el estudio de los síntomas y signos"; tiene por lo tanto un criterio clínico. "Podríamos decir que este criterio clínico apoyará el diagnóstico histológico. Este último sólo daría más sutileza al anterior pero no cambiaría su sentido". Mazzoni. Anais. V.II, 1954. Pag. 65 S. Pablo, Brasil.

Para clasificar los paradenciopatías se deduce desde la semiología: cuadro patológico dominante, grado de destrucción del aparato de soport dentario por enfermedad paradencial, evolución en tiempo y formas, y orientación etiológica general o local.

Iradier A Moreira.

I.M./ G.G.S.