

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**“EFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES
DURANTE LA MENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA
SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES
NORMALES Y PATOLÓGICAS”**

TRABAJO DE GRADUACION

Previa a la obtención del título de

ODONTOLOGA

AUTORA: María Fernanda Paredes Baidal

DIRECTORA ACADEMICA: Dra. Pilar Pantoja

**Guayaquil – Ecuador
2011 - 2012**



AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento va dirigido a muchas personas que son parte fundamental en mi vida. Doy gracias principalmente a Dios por ser mi guía y permitirme alcanzar uno de mis logros más anhelados.

A mi familia papá y mamá por el constante apoyo para continuar con mis estudios; a través de sus enseñanzas, valores, costumbres, inculcándome día a día respeto, responsabilidad, cariño, amor y dedicación para lograr un exitoso resultado; ofreciendo lo mejor de ellos para mi vida y así poder llegar y obtener lo que me propongo.

A mis catedráticos por la enseñanza brindada ya que son ejemplos a seguir. En especial a la Dra. Pilar Pantoja por su dedicación, tiempo y conocimiento; guiándome, aclarando, sobretodo ayudándome a corregir mis falencias y dudas para realizar un excelente trabajo de graduación.

A mis grandes y verdaderos amigos, María Fernanda Barrera, Wilton Briones, por su apoyo incondicional y todos los instantes compartidos a lo largo de nuestra carrera universitaria.



***EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS***

*A Dios por ser el eje que rodea mi vida
A mis padres Consuelo Baidal Calderón y Fernando Paredes Ibarra*



INDICE GENERAL

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPITULO I: EL PERIODONTO.....	9
1.1 MUCOSA.....	10
1.2 ENCÍA.....	11
1.3 CEMENTO RADICULAR.....	12
1.4 LIGAMENTO PERIODONTAL.....	13
1.5 HUESO ALVEOLAR.....	14
CAPITULO II. ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	15
2.1 ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	16
2.1.1 Placa Bacteriana.....	16
2.2 CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	17
2.2.1 Gingivitis	17
2.2.2 Periodontitis	18
2.3 PATOGENESIS	20
2.3.1 HISTOPATOLOGÍA DE LA GINGIVITIS Y PERIODONTITIS.....	21
2.4 BOLSA PERIODONTAL.....	23
2.4.1 Clasificación de las Bolsas Periodontales.....	23
2.4.2 Profundidad de la Bolsa y Nivel de Inserción.....	25
2.5 CLASIFICACIÓN DE 1999 DE LOS DESÓRDENES PERIODONTALES	25
I. Enfermedades Gingivales	25
II. Periodontitis Crónica	29
III. Periodontitis Agresiva.....	30



IV. Periodontitis como Manifestaciones de Enfermedades	
Sistémicas.....	31
V. Enfermedades Periodontales Necrotizantes.....	31
VI. Absceso Periodontal.....	33
VII. Periodontitis en Combinación con Lesiones Endodónticas.....	34
VIII. Condiciones de Desarrollo o Heredadas.....	36
CAPITULO III. EFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DE MENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA SOBRE PERIODONTO NORMAL Y PATOLÓGICO.....	40
3.1 CAMBIOS HORMONALES DURANTE LAS DIFERENTES ETAPAS EN LA VIDA DE LA MUJER.....	40
3.2 MENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA.....	43
3.3 DISMINUCIÓN DE MASA ÓSEA.....	46
3.3.1 Factores importantes en la pérdida de hueso asociada a la edad.....	47
3.3.2 Osteoporosis y Periodontitis	48
3.3.3 Menopausia y Vitamina D.....	49
3.4 MANIFESTACIONES EN BOCA.....	50
3.4.1 Xerostomía.....	51
3.4.2 Periodonto Específico.....	52
3.4.3 Otras Manifestaciones en Boca.....	56
CASOS CLÍNICOS.....	58
TABLAS ESTADÍSTICAS.....	71
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	85
ANEXOS.....	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	200



RESUMEN

El climaterio es una etapa del desarrollo femenino que marca la transición entre la edad adulta y la vejez; se torna irregular la función ovárica cíclica o generativa, hasta que por último cesa por completo la menstruación. Por lo tanto el climaterio es el período de algunos años antes y después de la menopausia, que se caracteriza por una serie de síntomas como sofocos, sudores, irritabilidad, insomnios, etc.

La menopausia se produce alrededor de los 50 años de edad; estableciendo un período perimenopáusico o de transición menopáusica, con valores de FSH mayor que 15 mU/mL y un período postmenopáusico caracterizado por la presencia de amenorrea y por los valores de FSH mayores que 30 mU/mL.

Durante el periodo de la menopausia y postmenopausia el aumento de la hormona folículo estimulante FSH, la disminución de estrógenos, progesterona y tirocalcitonina, son hormonas que van a regular los cambios físicos, hormonales y reproductivos de la mujer; influyendo también en la región oral con diversas alteraciones que involucran adelgazamiento de la mucosa bucal, síndrome de boca ardiente, recesión gingival, xerostomía, sensación de gusto alterado, pérdida de hueso alveolar y reabsorción del reborde alveolar.

La Osteoporosis, es una enfermedad caracterizada por el deterioro progresivo del tejido óseo, que disminuye la densidad y resistencia de los huesos por la pérdida de calcio y otros minerales, tornándolos más delgados y frágiles e incrementado así un riesgo mayor en posibilidad de fracturas.

Para realizar este análisis del efecto de los cambios hormonales durante la menopausia y postmenopausia sobre estructuras periodontales normales y patológicas se obtuvo una muestra de 30 pacientes, atendidos en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en la Clínica de Odontología, encontrándose que todas las pacientes presentaron las alteraciones hormonales propias del climaterio.

Palabras claves: *Menopausia, enfermedad periodontal, FSH, estrógeno, progesterona, osteoporosis.*



INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal afecta a las encías y demás estructuras de soporte de los dientes. El principal factor etiológico y factor de riesgo por el cual se produce la enfermedad periodontal, es la presencia de placa bacteriana, debido a una deficiente higiene dental, lo que lleva al acumulo placa bacteriana en el surco gingival.

La mujer cursa a lo largo de su vida cinco etapas desde el punto de vista hormonal. Niñez, adolescencia, edad reproductiva, climaterio y vejez o ancianidad. Durante el climaterio el hecho más importante es el descenso de estrógenos y progesterona. Al provocarse un descenso de niveles sanguíneos de estrógenos, se produce un aumento importante de FSH y LH, que son las responsables en gran medida de la sintomatología climatérica.

La menopausia es la cesación de la menstruación debido a la disminución de los folículos ováricos, estrógeno, progesterona; es un síntoma del síndrome del climaterio femenino y se produce alrededor de los 50 años de edad.

El presente trabajo tiene como finalidad analizar de qué manera influyen las hormonas durante la menopausia y postmenopausia sobre estructuras periodontales; y como consecuencia de estos cambios demostrar las manifestaciones que presenta cada mujer a través de esta etapa de vida. Consta de tres capítulos y tiene un enfoque específico en mujeres menopáusicas y postmenopáusicas que transcurren por la iniciación del climaterio y finalización de la edad adulta.

El primer capítulo se refiere a las definiciones y clasificaciones del periodonto; en el segundo capítulo se analiza la enfermedad periodontal



describiendo la etiología, patogénesis, histopatología, clasificación y tipos de enfermedades gingivales y periodontales; y el capítulo tres enfoca específicamente los cambios hormonales durante la menopausia y postmenopausia sobre estructuras periodontales normales y patológicas, detallando las etapas de la vida reproductiva de la mujer y especificando el contenido de climaterio, menopausia, postmenopausia, pérdida de hueso asociada a la edad y manifestaciones en boca.

La última parte conforma la presentación de los resultados de la investigación llevado a cabo en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en la Clínica de Odontología. Para la elaboración de este estudio se obtuvo una muestra de 30 pacientes mujeres que atraviesan por la menopausia y postmenopausia; de tal manera que se realizaron exámenes hormonales de estradiol, progesterona y FSH para obtener un resultado específico de los cambios hormonales que genera en la mujer.



CAPITULO I. EL PERIODONTO

El periodonto o tejido de sostén del diente, establece una unidad funcional, biológica y evolutiva sujeta a alteraciones morfológicas y funcionales tanto espontáneas como por alteraciones del medio bucal. La función principal es unir el diente al esqueleto y conservar la integridad de la superficie masticatoria de la mucosa oral.

Se divide en dos partes: la encía, cuya función principal es proteger los tejidos subyacentes, y el aparato de inserción, compuesto de ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar. Se considera que el cemento es parte del periodonto dado que, junto con el hueso, sirve de soporte a las fibras de ligamento periodontal.

El periodonto está sujeto a variaciones morfológicas y funcionales, así como a los cambios asociados con la edad.



1.1 LA MUCOSA

El revestimiento de la cavidad oral consta de tres tipos de mucosa, cada una de ellas con una función diferente.

1.1.1 Mucosa masticatoria (queratinizada), que cubre la encía y el paladar duro.

1.1.2 Mucosa oral o de revestimiento, que tapiza los labios, la mejilla, los vestíbulos, los alveolos, el suelo de boca y el paladar blando.

1.1.3 Mucosa especializada (sensorial), que cubre el dorso de la lengua y las papilas gustativas.

1.1.4 Unión dentogingival

El complejo unión dentogingival (UDG) es la porción del periodonto constituida por el surco, el epitelio de unión y la inserción conectiva (fibras conectivas supracrestales) (1).

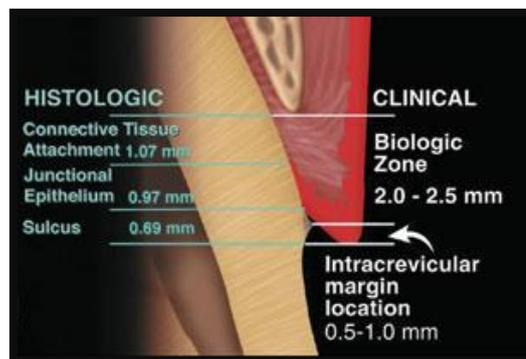


Figura No. 1: Dimensiones del complejo dentogingival

Fuente: Rena T. Vakay., DDS <http://www.dentistryiq.com>. 2005



1.2 LA ENCÍA

La encía es la parte de la mucosa bucal que reviste las apófisis alveolares de los maxilares y rodea el cuello de los dientes (2).

Desde el punto de vista anatómico, la encía se divide en marginal, adherida e interdental.

2.1.1 Encía marginal:

También se conoce como no insertada o libre y corresponde al borde de la encía que rodea a los dientes a modo de collar. En casi el 50% de los casos, una depresión lineal superficial, el surco *gingival libre*, la separa de la encía insertada.

2.1.2 Surco gingival

Es el surco poco profundo o espacio circundante del diente que forman la superficie dental, y el revestimiento epitelial del margen libre de la encía.

Tiene forma de V y apenas permite la entrada de una sonda periodontal. La determinación clínica de la profundidad del surco gingival es un parámetro diagnóstico importante.

En circunstancias ideales la profundidad del surco gingival es 0 o casi 0. En el ser humano, la llamada profundidad de sondeo de un surco gingival clínicamente es de 2 a 3 mm.

2.1.3 Encía insertada:

Este tipo de encía se continúa con la encía marginal. Es firme y resistente y está fijada con firmeza al periodonto subyacente del hueso alveolar.



El ancho de la encía insertada por vestibular varía en distintas zonas de la boca. Por lo regular es mayor en la región de los incisivos (3.5 a 4.5 mm en el maxilar y 3.3 a 3.9 mm en la mandíbula) y menor en los segmentos posteriores. El ancho mínimo aparece en el área del primer premolar (1.9 mm en el maxilar y 1.8 mm en la mandíbula)

2.1.4 Encía interdental

Ocupa el nicho gingival, que es el espacio interproximal por debajo del área de contacto. La encía interdental puede ser piramidal o tener forma de “col”. La forma de la encía en un espacio interdental determinado depende del punto de contacto entre los dos dientes contiguos y de la presencia o ausencia de cierto grado de recesión (2).

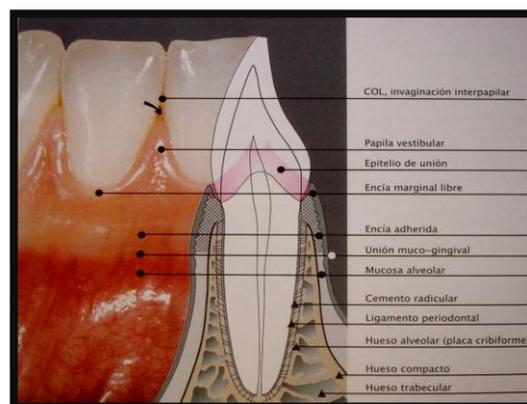


Figura No. 2: Estructuras periodontales

Fuente: Wolf H., Hassell T. Atlas a Color de Periodontología. Alemania. Amolca, 2009

1.3 EL CEMENTO RADICULAR

Tejido duro similar al hueso que rodea la superficie externa de la raíz del diente (3).



El cemento es la calcificación del tejido avascular mesenquimal, contribuye a la formación de la cubierta externa de la raíz anatómica; clasificados en dos tipos de cemento: cemento acelular (primario) y celular (secundario). Ambos conforman una matriz calcificada interfibrilar y fibrillas de colágeno. Existen dos fuentes de fibras de colágeno en el cemento las *extrínseca e intrínseca*. Las extrínsecas son fibras de Sharpey, localizadas en las fibras principales del ligamento periodontal, formadas por los fibroblastos y fibras que pertenecen a la matriz de cemento; las intrínsecas son producidas por los cementoblastos. Los fibroblastos y cementoblastos colaboran en la formación de cemento (2).

1.4 EL LIGAMENTO PERIODONTAL

Ocupa el espacio entre la superficie radicular y la superficie del hueso alveolar. El LPD consta de elementos principales las fibras de tejido conectivo, células, elementos vasculares, nervios y sustancias fundamentales. Un promedio de 28.000 haces de fibra se insertan en cada centímetro cuadrado del cemento radicular. Numerosas fibras se combinan para formar haces de fibras de colágeno. Estos haces de fibras colágenas (Fibras de Sharpey) se insertan en el hueso alveolar por un extremo y en el cemento por el otro (4).

El colágeno es una proteína compuesta por aminoácidos como son glicina, prolina, hidroxilisina e hidroxiprolina. Las moléculas de tropocolágeno se producen dentro de los fibroblastos de la biosíntesis de colágeno. El colágeno es sintetizado por los fibroblastos, condroblastos, osteoblastos, odontoblastos, y otras células. El colágeno tipo I compuesto de fibras principales, el colágeno tipo III compuesto por fibras reticulares y el colágeno tipo IV localizado en la lámina basal.



Las fibras principales del LPD se dividen en seis grupos que se desarrollan en la raíz: la cresta transeptal, alveolar, horizontales, oblicuos, apical, y las fibras interradiculares. Estas fibras principales son remodeladas por las células del LPD para ajustarse a los diferentes estímulos y a las necesidades fisiológicas.

Las dos sustancias fundamentales del LPD compuestas por *glicosaminoglicanos*, como el ácido hialurónico y los proteoglicanos y *glicoproteínas* como la fibronectina y la laminina; son las responsables de llenar los espacios entre las fibras y células. Los cementículos que contiene el LPD son masas calcificadas adheridas o separadas de las superficies radiculares (2).

1.5 EL HUESO ALVEOLAR

Es la estructura de los maxilares que aloja a los alveolos, lugar donde se ubican las raíces de los dientes. Es un hueso fino y compacto que presenta diminutas perforaciones por donde pasan los vasos sanguíneos, linfáticos y nervios de las piezas dentales (3).

Se clasifica en tres estructuras el proceso alveolar:

1. Hueso alveolar propiamente dicho: forma la pared alveolar y presenta aproximadamente 0.1-0.4 mm de grosor.
2. Hueso compacto: cubre y contiene al proceso alveolar
3. Hueso trabecular: ocupa el espacio entre el hueso compacto y el hueso alveolar propiamente dicho.



CAPITULO II. ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes o periodonto (5). La placa dental es un tejido fibroso que rodea la raíz de los dientes fijándola al hueso de la mandíbula y a la encía, se caracterizan por pasar durante la mayor parte de su existencia desapercibidas para quien las sufre (3).



Figura No. 3: Enfermedad Periodontal

Fuente: Dr. Alberto Meriñan., Clínica dental Madrid. <http://www.deltadent.es> 2009



2.1 ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

El principal factor de riesgo por el cual se produce la enfermedad periodontal, es la deficiente higiene dental, lo que produce placa bacteriana en el surco gingival (6).

Las toxinas, que se producen por las bacterias en la placa dan lugar a la inflamación gingival, desprendimiento de las encías y formación de bolsas periodontales. Conforme la enfermedad avanza, las bolsas periodontales se extienden, la placa penetra hasta el hueso, destruyendo los tejidos de soporte del diente (5).

2.1.1 Placa Bacteriana

La placa bacteriana es un biofilm natural que tiene potencial de provocar enfermedad; microbiológicamente muy compleja, y difícil conocer los patógenos causales de la enfermedad.



Figura No. 4: Placa Bacteriana
Fuente: Odontología Dassie & Tolentino. 2008



Placa Supragingival: es un biofilm adherido a la superficie sólida, no descamativa y está formada por multitud de colonias heterogéneas.

Placa Subgingival: posee dos biofilms adyacente, uno adherido a la superficie radicular del diente, y el otro adherido a las células epiteliales del surco o bolsa periodontal (7).

2.2 CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Dependiendo del estado de avance de esta infección, la especialidad que la aborda, la clasificó en gingivitis y periodontitis, ambas con distintos grados de desarrollo (3).

2.2.1 Gingivitis

La gingivitis es la forma más leve de enfermedad periodontal; a menudo causada por la inadecuada higiene oral, lo que conduce a la acumulación de placa bacteriana.

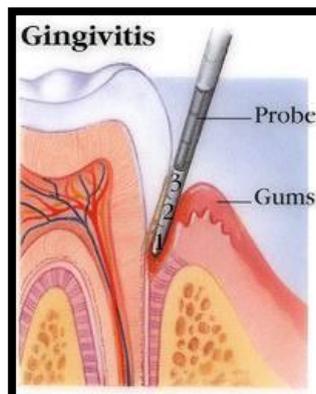


Fig. No. 5: Gingivitis

Fuente: Periodontal Disease. <http://www.wonderfulsmiles.com/nonjava/gums/gums.html> 2005



Diversos factores que pueden contribuir a la gingivitis son, la diabetes, tabaquismo, el envejecimiento, la predisposición genética, enfermedades sistémicas, estrés, alimentación inadecuada, la pubertad, fluctuaciones hormonales, embarazo, abuso de sustancias, infección por el VIH, y el uso de ciertos medicamentos. La placa dental irrita las encías y causan infección. Cuando su cuerpo inicia una respuesta inmune contra los invasores, las encías se inflaman. Sin embargo es importante reconocer los síntomas, tales como encías rojas, hinchadas o sangrantes (5).

La incidencia y severidad de la gingivitis a lo largo de la vida varía enormemente: puede alcanzar su máximo en adolescentes llegando a la pubertad, luego disminuye un poco, exhibiendo una ligera tendencia a incrementar en la edad adulta. Para un diagnóstico preciso de la inflamación gingival, es importante emplear índices aceptados que cuantifican el sangrado ante el sondaje del surco gingival (4).

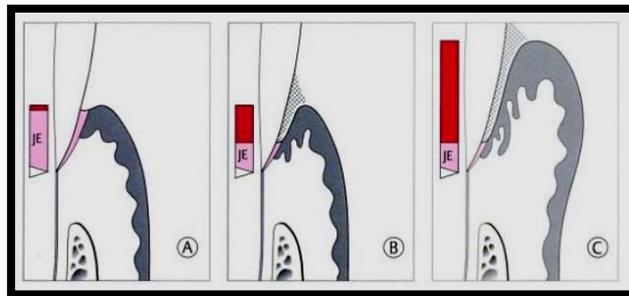


Fig. No. 6: Surco. Saco Gingival. Pseudosaco
Fuente: Wolf H., Hassell T. Atlas a Color de Periodontología. Alemania. 2009

2.2.2 Periodontitis

Cuando la gingivitis no recibe tratamiento, puede convertirse en periodontitis; formando inflamación alrededor del diente. En la periodontitis, las encías se alejan de los dientes y forman bolsas o sacos que se encuentran infectadas.



El sistema inmunológico del cuerpo lucha contra las bacterias a medida que la placa se extiende y crece por debajo de la línea de las encías. Las toxinas de las bacterias y las enzimas del cuerpo que luchan contra la infección empiezan a destruir el hueso y los tejidos que mantienen a los dientes en su lugar. Si se deja avanzar la periodontitis los huesos, las encías y los tejidos sostén se destruyen dando como resultado pérdida dental (3).



Fig. No. 7: Periodontitis

Fuente: Sociedad de Periodoncistas de Chile. <http://www.spch.cl/Default.aspx?tabid=114> 2007

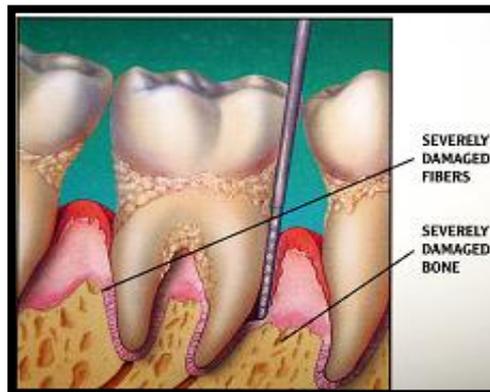


Fig. No. 8: Periodontitis

Fuente: Brian Gurinsky. Periodontal Disease. http://www.briangurinsky.com/periodontal_disease.htm



2.3 PATOGENESIS

Las enfermedades periodontales representan una familia de enfermedades bacterianas infecciosas relacionadas, usualmente en crónicas y muy frecuentemente en agresivas. Los agentes etiológicos, los patógenos primarios son varias bacterias virulentas encontradas en la placa dental y cavidad oral. Las más importantes son *Agregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa), *Porphyromonas gingivalis* (Pg), *Tannerella forsythia* (Tf). Para que la periodontitis se inicie y propague debe existir invasión bacteriana, pero no son las únicas responsables de esta dolencia. Factores genéticos, biología molecular, susceptibilidad del huésped combinadas con factores de riesgo adicionales (tabaquismo, estrés, etc.) son capaces de influenciar la susceptibilidad, progresión y expresión (tipo y severidad) de la periodontitis.

Biopelícula: la flora bacteriana adherente (placa dental) es una biopelícula altamente organizada. Las bacterias dentro de la biopelícula están bien protegidas de la respuesta del huésped así como de agentes antimicrobianos. La única terapia efectiva es destrucción y eliminación puramente física de la biopelícula por medio de tartrótomos (limpieza de la superficie dentaria y radicular, supra y subgingival)

Biología molecular: los mecanismos moleculares y celulares forman parte del proceso en el cual la placa dental en la biopelícula inicia una reacción inmune e inflamatoria en el huésped, destruyendo el tejido conectivo y reabsorción del hueso alveolar.



Factor de riesgo: los microorganismos periodontopáticos son factores de riesgo no alterables que inician las enfermedades periodontales; también hay un gran número de factores de riesgo alterables que influyen en el curso de la periodontitis a mayor o menor grado dependiendo de su importancia o intensidad; se diferencian factores de riesgos sistémicos y locales. Factores sistémicos como tabaquismo, estrés, fármacos, educación, circunstancias sociales, estilo de vida, medio ambiente, nutrición y enfermedades sistémicas (VIH, diabetes, alteraciones hormonales, etc.). Factores locales respiración bucal, cantidad y calidad de saliva, reacciones alérgicas, trauma oclusal, parafunciones, bruxismo, irritación mecánica, química, térmica.

Susceptibilidad del huésped: para la progresión de gingivitis a periodontitis, la “bacteria marcador” tal como *Agregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa) y el “complejo rojo” de las bacterias BANA hidrolizante, *Porphyromonas gingivalis* (Pg), *Tannerella forsythia* (Tf) y *Treponema denticola* siempre están presentes.

Factores genéticos: factores genéticos y no genéticos se influyen entre sí, y sus efectos no siempre se pueden distinguir. Frecuentemente ambos incrementan la patogénesis y sintomatología clínica de la enfermedad. El efecto genético ocurre principalmente en enfermedades de un solo gen o anomalías cromosomales. Ejemplos nivel bajo en sangre de IgG2 (tabaquismo y factores genéticos), defectos de granulocitos PMN (periodontitis prepuberal, juvenil o agresiva), polimorfismos del gen IL-1 (periodontitis crónica en adultos) (4).

2.3.1 HISTOPATOLOGIA DE LA GINGIVITIS Y PERIODONTITIS

En 1976, Page y Schroeder, describieron el desarrollo histológico de la gingivitis y periodontitis. Se diferencia la gingivitis en inicial,



temprana y establecida, delimitada de la periodontitis. A la *gingivitis inicial* ya no se la considera como una etapa temprana de la enfermedad, más bien se la conoce como la respuesta fisiológica de los tejidos y sistema inmune ante la placa bacteriana, incluso cuando ésta se presenta en cantidades mínimas.

Gingivitis

En gingiva clínicamente saludable, algunos granulocitos polimorfonucleares (PMN) transmigran el epitelio conjuntivo. Si esta migración PMN es acompañada por un infiltrado del surco gingival que contiene células-T subepiteliales, se refiere a la condición como gingivitis temprana. Solo en niños se puede mantener este proceso por periodos de tiempo más largos. En la mayoría de los adultos, esta lesión temprana progresa rápidamente a *gingivitis establecida*, la cual puede variar considerablemente. Esta puede persistir durante muchos años sin desarrollarse a periodontitis. Parece no ser causado por un microorganismo específico, pero si influenciada por su cantidad y por los productos metabólicos provenientes de la biopelícula.

Periodontitis

La transición de gingivitis a periodontitis (lesión progresiva) es originada en parte por cambios en el potencial patogénico de la placa, y también por una respuesta del huésped inapropiada o inadecuada para la infección, así como la existencia de factores de riesgo.

Los periodos de estancamiento y de exacerbación, los cuales progresan lenta (crónica) o rápidamente (agresiva) dependiendo del tipo de enfermedad. Las diferencias histológicas entre la gingivitis y periodontitis incluyen pérdida progresiva de la unión del tejido conectivo y reabsorción ósea, así como proliferación apical y parcial ulceración del epitelio de unión (4).



2.4 BOLSA PERIODONTAL

Surco gingival profundizado por la enfermedad periodontal. La bolsa es una de las características clínicas más importantes en la enfermedad periodontal; la formación de bolsa periodontal presentará destrucción del tejido periodontal de soporte, movilidad y pérdida de piezas.

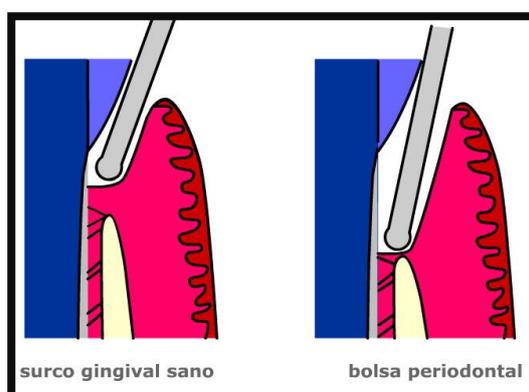


Fig. No. 9: Encía Sana y Enferma

Fuente: Stefan del Rey Schnitzler. <http://www.periodontitis.net> 2009

2.4.1 CLASIFICACIÓN DE LAS BOLSAS PERIODONTALES

De acuerdo con su forma y relación con estructuras adyacentes:

1. **Bolsa falsa:** cuando existe agrandamiento gingival que no destruye tejidos periodontales subyacentes; el surco se profundiza por un aumento del volumen en la encía (8).
2. **Bolsa verdadera:** existen dos tipos de bolsa.
 - a. Bolsa supraalveolar: resultante de pérdida ósea horizontal y proliferación del saco epitelial.
 - b. Bolsa infraósea: resultante de pérdida ósea vertical angular (4).



Para detectar y medir las bolsas periodontales hay que explorar cuidadosamente con una sonda periodontal. El examen radiográfico no revela la presencia de bolsas pero si es evidente las zonas de pérdida ósea donde se sospecha que hay bolsa; no muestra que las hay, ni su profundidad. Sin embargo no indica una diferencia entre el antes y después de eliminada la bolsa, a menos que el hueso se haya modificado.

El método confiable para identificar bolsas es el sondeo. Generalmente las bolsas periodontales son indoloras pero si pueden originar síntomas como dolor localizado o irradiado, sensación de presión al ingerir alimentos, sabor desagradable, sensibilidad al frio y al calor.

2.4.2 SONDEO DE LA BOLSA.

Las profundidades diferentes de la bolsa son: profundidad biológica o histológica y profundidad clínica y sondeo.

1. Profundidad biológica: distancia entre el margen gingival y la base de la bolsa “extremo coronario del epitelio de unión”.
2. Profundidad de sondeo: distancia marcada con una sonda periodontal que penetra en la bolsa. La profundidad de penetración de la sonda en el tejido conectivo apical al epitelio de unión en una bolsa periodontal es de casi 0.3mm.

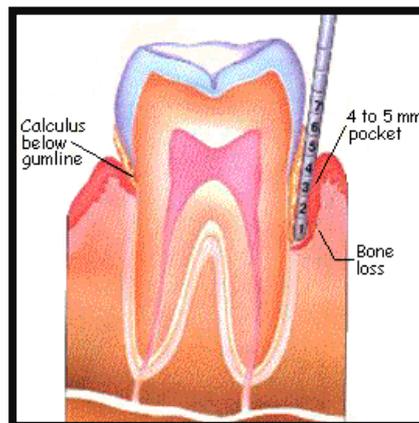


Fig. No. 10: Bolsa Periodontal

Fuente: Periodontal Disease. www.bio.davidson.edu/courses/Immunology/Students/spring2000/wright/restricted/paper.html



2.4.3 PROFUNDIDAD DE LA BOLSA Y NIVEL DE INSERCIÓN.

La profundidad de la bolsa es la distancia entre la base de la bolsa y el margen gingival.

El nivel de inserción es la distancia desde la base de la bolsa y un punto fijo de la corona, como la unión amelocementaria (2).

2.5 CLASIFICACION DE 1999 DE LOS DESÓRDENES PERIODONTALES

La Academia Americana de Periodontología (AAP) y la Federación Europea de Periodontología (FEP) presentaron la nueva clasificación de las enfermedades periodontales en ocho grupos principales, siendo los (Tipos I-VIII) la ilustración actual que abarca las enfermedades que son relevantes para la práctica y más comunes con las enfermedades que son bastante infrecuentes (2).

TIPO I. ENFERMEDADES GINGIVALES

A. Enfermedad gingival inducida por placa dental

La enfermedad gingival inducida por placa se deriva de la interacción entre las *células inflamatorias del huésped* y *microorganismos* hallados en el biofilm de placa dental. La interacción huésped placa puede alterarse por efectos de los factores locales, sistémicos, medicamentosos, y desnutrición que influye en la severidad y duración de la respuesta.

Los factores locales favorecen a la gingivitis reteniendo placa, cálculo en la corona y superficies de la raíz (2).



Fig. No. 11: Inflamación leve de las Encías

Fuente: Markus Watson. http://www.southbeachdental.net/toothfacts_gumdisease.html

1. *Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos*

El sistema endócrino y cambios asociados con la pubertad, el ciclo menstrual, el embarazo, y la diabetes; forman parte de los factores sistémicos que favorecen a la gingivitis. En el embarazo, la prevalencia y severidad de la inflamación gingival aumenta incluso en presencia de niveles bajos de placa.

Las discrasias sanguíneas como la leucemia pueden alterar inmunológicamente los glóbulos blancos que irrigan el periodonto.
(2).

2. *Enfermedades gingivales influenciadas por medicación*

Las enfermedades gingivales modificadas por medicamentos ocurren con mayor frecuencia debido al incremento de ingesta de fármacos como *anticonvulsivantes* (fenitoína) *inmunosupresores* (ciclosporina A), y los *bloqueadores de canales de calcio* (nifedipina, verapamilo, diltiazem, y valproato de sodio) originando agrandamiento gingival en pacientes con acumulación de placa sin control. Para mujeres premenopáusicas la ingesta de anticonceptivos orales se asocia con inflamación y agrandamiento gingival (2).



3. *Enfermedades gingivales modificadas por malnutrición*

Pacientes con desnutrición han recibido atención debido a las descripciones clínicas de la encía de color rojo brillante, inflamada y hemorragia asociada con deficiencia severa de ácido ascórbico (vitamina C) o escorbuto. Las evidencias científicas son insuficientes en el desarrollo o la severidad de la inflamación gingival o periodontal en deficiencias nutricionales (2).

B. Enfermedades gingivales no asociadas a la placa

Estas manifestaciones gingivales se observan en grupos socioeconómicos bajos, en personas inmunocomprometidas y en países en desarrollo.

1. *Lesiones originadas por bacterias específicas*

Las enfermedades gingivales originadas por bacterias como resultado de transmisión sexual como la *gonorrea* (*Neisseria gonorrhoeae*) y la *sífilis* (*Treponema pallidum*), dan lugar a lesiones orales. La gingivoestomatitis o streptococcal gingivitis se presenta como una enfermedad aguda con fiebre, malestar, dolor, inflamación gingival, enrojecimiento, sangrado y la formación ocasional de absceso gingival. Las infecciones gingivales suelen ser precedida por la amigdalitis y se han asociado al grupo de estreptococos b-hemolíticos.

2. *Enfermedad gingival de origen viral*

Enfermedad gingival originada por una variedad de virus del ADN ácido desoxirribonucleico y RNA ácido ribonucleico, siendo el más común el virus del herpes.



3. *Enfermedad gingival de origen fúngico*

Ocurre con frecuencia en individuos inmunocomprometidos, o también en individuos con ingesta de antibióticos de amplio espectro donde la flora oral ha sido alterada. La infección por hongos más común es la *candidiasis oral* originada por la *Candida albicans*.

La candidiasis manifiesta disminución del flujo salival, aumento de glucosa en la saliva y disminución del pH salival. Individuos infectados por VIH, la infección por *Candida* puede presentarse como eritema de la encía adherida y ha sido denominado eritema lineal gingival o gingivitis asociada al VIH.

4. *Lesiones gingivales de origen genético*

Clínicamente evidente es la *fibromatosis gingival hereditaria*, presente en exposiciones autosómica dominante o (rara vez) en herencia autosómica recesiva. El agrandamiento gingival puede cubrir completamente los dientes, retrasa la erupción, y está asociado con varios síndromes generalizados.

5. *Manifestaciones gingivales de ciertas condiciones sistémicas*

Pueden aparecer como lesiones descamativas, ulceración de la encía, o ambos. Las reacciones alérgicas gingivales son poco comunes, pero se ven asociados con varios materiales de restauración, pastas de dientes, enjuagues bucales, chicles y alimentos.

6. *Lesiones traumáticas*

Pueden ser *artificiales* como el trauma del cepillado dental con ulceración gingival y recesión; también por *factores iatrogénicos* como trauma en la encía inducida por el dentista o profesional de



la salud; o *accidentales* como quemaduras menores de los alimentos y bebidas calientes.

7. *Reacciones a cuerpo extraño*

Enfermedades inflamatorias localizadas en la encía causadas por la introducción de material extraño en el tejido conectivo gingival a través de roturas en el epitelio; como la amalgama en la encía, la extracción de un diente, dejando un tatuaje de amalgama, o la introducción de productos abrasivos para procedimiento de pulimento (2).

TIPO II PERIODONTITIS CRÓNICA

Periodontitis crónica es más frecuente en adultos, pero se puede observar en niños, por lo que el rango de edad es en mayores de 35 años. También se relaciona con la acumulación de placa, cálculo y en general tiene un lento ritmo moderado de progresión de la enfermedad. La progresión de la enfermedad causada por factores locales, sistémicos, o ambientales pueden influir en la interacción huésped bacteriana normal.

Los factores locales influyen con la acumulación de placa, los factores sistémicos como la diabetes mellitus y el VIH influyen en las defensas del huésped, y los factores ambientales como tabaquismo y estrés pueden influir en la respuesta del huésped a la acumulación de placa.

Periodontitis crónica puede subdividirse en formas *localizadas* menor al 30% del sitio involucrado y *generalizadas* mayor al 30% del sitio involucrado; se caracteriza como leve: 1 a 2 mm de PI clínica, moderada: 3 a 4 mm de PI clínica y severa mayor o igual a 5 mm de PI clínica (2).



Fig. No. 9: Periodontitis Crónica
Fuente: [.http://www.cimplantes.com](http://www.cimplantes.com)

TIPO III. PERIODONTITIS AGRESIVA

Ritmo rápido de progresión de la enfermedad, es evidente en personas sanas la ausencia de acumulaciones de placa y sarro. Esta forma de periodontitis agresiva no se considera el inicio temprano periodontitis pero se la identifica con periodontitis precoz.

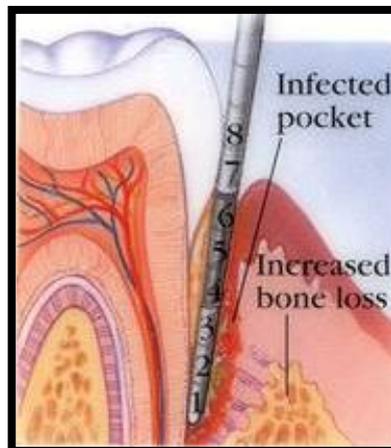


Fig. No. 12: Periodontitis Agresiva

Fuente: Periodontal Disease. <http://www.wonderfulsmiles.com/nonjava/gums/gums.html> 2005

La enfermedad agresiva por lo general afecta a personas entre 10 a 30 años de edad; puede ser localizada, para periodontitis juvenil localizada



(LJP) o; generalizada para la periodontitis juvenil generalizada (GJP) y periodontitis rápidamente progresiva (RPP) (2).

TIPO IV. PERIODONTITIS COMO MANIFESTACIONES DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS

Las afecciones significativas de las enfermedades sistémicas bucales son VIH, leucemia, neutropenia, diabetes, histiocitosis X, síndrome de Papillon Lefèvre o el síndrome de Chediak Steinbrink Higashi (24).

Con la evolución de la periodontitis se asocia las variaciones hematológicas y trastornos genéticos. El principal efecto son las alteraciones en los mecanismos de defensa del huésped, trastornos como la neutropenia y deficiencia en adhesión leucocitaria.

La manifestación clínica puede confundirse con periodontitis agresiva y pérdida prematura de dientes. Cuando se sospecha de un componente sistémico existe la posibilidad de superposición y confusión entre la periodontitis como manifestación de enfermedad sistémica. La periodontitis es el principal factor predisponente como manifestación de enfermedad sistémica y factores locales, tales como grandes cantidades de placa y cálculo que no son evidentes; cuando la destrucción periodontal es claramente evidente el resultado será factores locales, pero se ha visto agravada por la aparición de diabetes mellitus o infección por VIH, el diagnóstico será periodontitis crónica modificada por la condición sistémica (2).

TIPO V. ENFERMEDADES PERIODONTALES NECROTIZANTES

Las características clínicas no están limitadas en la encía marginal, ulcerada y necrótica papilar; se encuentran cubiertos por una laguna de color



blanco amarillento o grisáceo con la formación de cráteres de las papilas, sangrado espontáneo o provocado, dolor y mal aliento.

Se conoce dos formas de enfermedad periodontal necrotizante: *gingivitis ulcerativa necrotizante (GUN)* y *periodontitis ulcerativa necrotizante (PUN)*.

La GUN relacionada con pérdida de inserción clínica no constante; posee etiología bacteriana, lesión necrótica, factores predisponentes (estrés psicológico, tabaquismo e inmunodepresión) y factor contribuyente (la desnutrición).



Figura No. 13: Gingivitis ulcerativa necrosante (GUN)

Fuente: Wolf H., Hassell T. Atlas a Color de Periodontologia. Alemania. Amolca, 2009

Las bacterias como *Treponema*, *Fusobacterium*, Espiroquetas, Bacteroides melanogénicos y *Prevotella intermedia* son frecuentes en éstas lesiones, pudiendo ser implicados en la iniciación, progresión del proceso patológico y penetración en los tejidos ulcerados (23).

Usualmente es visto como una lesión aguda que combinado con la placa y la eliminación del cálculo se obtiene mejor higiene bucal y proporciona buena respuesta al tratamiento con antibiótico (2).

La PUN esta relacionada con la pérdida de inserción clínica y pérdida ósea

En pacientes con infección por el VIH se manifiesta como ulceración local y



necrosis del tejido gingival con la exposición y la rápida destrucción del hueso subyacente, sangrado espontáneo, y dolor severo.

En los países en desarrollo, PUN también ha sido asociada con la desnutrición severa que en algunos casos puede dar lugar a la inmunosupresión.

TIPO VI. ABSCESO PERIODONTAL

Los abscesos odontogénicos involucran infecciones agudas que se originan en dientes o en el periodonto. Un absceso periodontal es una infección purulenta localizada de los tejidos periodontales, provocando tumefacción y dolor.



Figura No. 14: Absceso Periodontal

Fuente: Wolf H., Hassell T. Atlas a Color de Periodontología. Alemania. Amolca, 2009

Se clasifica según el origen de la infección: *absceso gingival* involucra sitios sanos y causados por impactación de cuerpos extraños, *absceso periodontal* ya sean agudos o crónicos en relación con una bolsa periodontal y *absceso pericoronario* en dientes con erupción incompleta (24).

El absceso periodontal contiene bacterias, subproductos bacterianos, células inflamatorias, productos de degradación tisular y suero. El ingreso de bacterias en la pared blanda de la bolsa podría ser el evento



desencadenante de la formación de un absceso periodontal; por tanto, la acumulación de leucocitos y la formación de un infiltrado inflamatorio agudo serán las causas principales de la destrucción del tejido conjuntivo, de la encapsulación de bacterias y de la formación de pus (24).

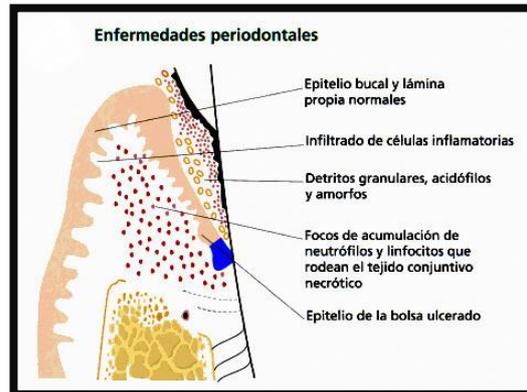


Figura No. 15: Histopatología de Absceso Periodontal
Fuente: Lindhe. Periodontología Clínica E Implantología Odontológica. 2009

TIPO VII. PERIODONTITIS EN COMBINACIÓN CON LESIONES ENDODÓNTICAS

Lesión Endoperiontal.



Figura No. 16: Lesión Endoperiontal
Fuente: Wolf H., Hassell T. Atlas a Color de Periodontología. Alemania. Amolca, 2009



Una lesión infecciosa de origen periapical y necrosis pulpar puede drenar a la cavidad oral a través del ligamento periodontal, dando como resultado la destrucción del ligamento periodontal y hueso alveolar adyacente. Suele presentarse clínicamente como localizada, la profundidad de la bolsa periodontal se extiende hasta el ápice del diente. La Infección de la pulpa también se puede extender a través de canales accesorio, y puede dar lugar a la participación de furca por la pérdida de inserción clínica y el hueso alveolar (2).

Lesión Perioendodoncia.

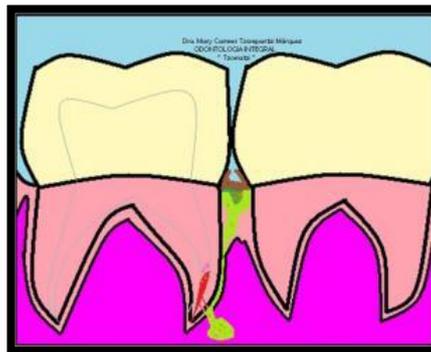


Figura No. 17: Lesión Perioendodoncia
Fuente: Dental Tzomatzi. 2010.

En las lesiones perioendodoncia, la infección bacteriana de una bolsa periodontal asociada con la pérdida de inserción y la exposición de la raíz puede extenderse a través de conductos accesorios a la pulpa, lo que resulta en la necrosis pulpar. En la enfermedad periodontal avanzada, la infección puede llegar a la pulpa a través del foramen apical. El raspado y alisado radicular elimina el cemento y la dentina subyacente lo que puede conducir a la pulpitis crónica a través de la penetración bacteriana de los túbulos dentinarios.



Lesiones combinadas como la necrosis pulpar y lesión periapical se ve implicadas periodontalmente. Un defecto radiográfico intraóseo se evidencia cuando la infección de origen pulpar se confunde con una infección de origen periodontal. En todos los casos de periodontitis asociadas a lesiones de endodoncia, la infección endodóntica debe ser controlado antes de comenzar el tratamiento definitivo de la lesión periodontal, especialmente cuando las técnicas de regeneración o injerto óseo se han previsto (2).

TIPO VIII. CONDICIONES DE DESARROLLO O HEREDADAS

Factores localizados al diente que modifican o predisponen a las enfermedades inducidas por la placa gingival o periodontal. Se clasifican en tres subgrupos.

A. Factores localizados al diente que modifican o predisponen la acumulación de placa que inducen enfermedad gingival y periodontitis.

Factores de la anatomía dentaria.

Los factores anatómicos como proyecciones esmalte cervical y perlas del esmalte se han asociado con la pérdida de inserción clínica, especialmente en las zonas de bifurcación. En proyecciones del esmalte cervical en molares inferiores se encuentran en 15% a 24%, en molares superiores en un 9% a 25% y las asociaciones mas fuertes involucran furcaciones. En los surcos palatogingival, de los incisivos superiores y en la raíz proximal de los incisivos y premolares superiores se encuentra mayor acumulación de placa, inflamación, pérdida de inserción clínica y ósea. Los dientes mal alineados predisponen a la acumulación de placa y la



inflamación en los niños y en adultos puede predisponer a la pérdida de inserción clínica, especialmente cuando se asocia con la falta de higiene. Los contactos abiertos se asocian con una mayor pérdida de hueso alveolar, probablemente a través de la impactación de alimentos.

Restauraciones y aparatos dentales.

Se ve asociado con el desarrollo de inflamación gingival, especialmente cuando las restauraciones o aparatos dentales como las onlays coronas, empastes, y bandas de ortodoncia se encuentran colocadas subgingivalmente. Las restauraciones pueden incidir en la anchura biológica por la invasión de profundidad en el surco o en el epitelio de unión; llevando a cabo la inflamación, pérdida de inserción clínica y alveolar con la migración apical del epitelio de unión y de restablecimiento del aparato de inserción a un nivel más apical.

Fracturas radiculares.

Causadas por las fuerzas traumáticas o procedimientos de restauración o endodoncia dando lugar a la participación periodontal a través de una migración apical de la placa a lo largo de la fractura.

Resorción radicular cervical y fisuras cementarias.

Logra llevar a la destrucción periodontal cuando la lesión se comunica con la cavidad oral y permite que las bacterias migren su gingivalmente (2).



B. Deformidades mucogingivales y condiciones que rodea el diente.

La definición mucogingival abarca todos los tejidos que rodea al diente y su relación con la encía, hueso alveolar, mucosa, frenillos, inserciones musculares, profundidad del saco, y el piso de la boca. Las deformidades mucogingivales son desviaciones significativas de la forma normal de la encía, mucosa alveolar y hueso alveolar subyacente. El tratamiento quirúrgico mucogingival periodontal corrige los defectos en la morfología, posición o cantidad de encía; originando mejor estética, función y facilitando la higiene bucal.



Figura No. 18: Defecto de la Cresta
Fuente: Artículo Clínico. <http://www.scielo.isciii.es>. 2006

C. Deformidades mucogingivales y condiciones de procesos edéntulos.

Por lo general cuando existe deficiencia vertical y horizontal del proceso, falta de tejido gingival queratinizado, agrandamiento de los tejidos blandos gingivales, posición aberrante del frenillo o musculo, vestíbulo poco profundo y coloración anormal; se requiere cirugía correctiva para restaurar las formas y la función, antes de la sustitución protésica de los dientes perdidos o la colocación del implante.



TRAUMA OCLUSAL

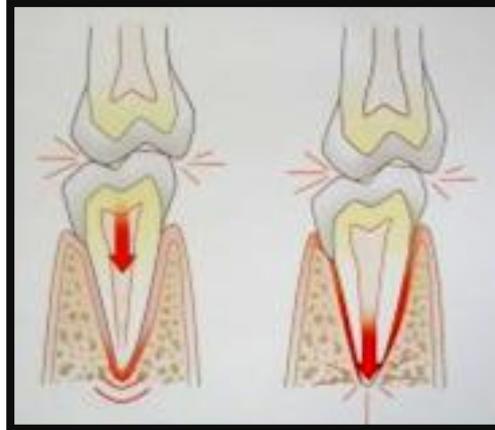


Figura No. 19: Trauma Oclusal
Fuente: Balboa Juan. Disfunción de la ATM

El trauma oclusal es definido como un daño al tejido periodontal de soporte como resultado de una fuerza oclusal excesiva. Las manifestaciones clínicas predominantes son: movilidad dentaria, migración del diente, dolor a la percusión y radiográficamente observable aumento en el espacio del ligamento, reabsorciones radiculares o de hueso.

Las fuerzas oclusales excesivas también pueden alterar la función de la musculatura masticatoria y causar espasmos dolorosos, lesionar las articulaciones temporomandibulares, o producir desgaste dental excesivo, pero el trauma oclusal tiene conexión con una lesión en el periodonto. Se clasifica el trauma oclusal en primario y secundario (2). *Trauma oclusal primario* es una lesión que resulta de la aplicación de fuerzas oclusales excesivas sobre un diente con soporte óseo y niveles de inserción normal; presenta dolor. *Trauma oclusal secundario* relacionado con el daño tisular debido a fuerzas excesivas oclusales con pérdida ósea y pérdida de inserción (26).



**CAPITULO III. EFECTO DE LOS CAMBIOS
HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA Y
POSTMENOPAUSIA SOBRE PERIODONTO
NORMAL Y PATOLÓGICO.**

**3.1 CAMBIOS HORMONALES DURANTE LAS
DIFERENTES ETAPAS EN LA VIDA DE LA MUJER.**

La mujer a lo largo de su vida cursa cinco etapas desde el punto de vista hormonal.

Niñez. Etapa de inmadurez hipofisaria en la que la niña tiene ovarios abundantes en complejos folículo ovocitorio, pero con una actividad mínima por falta de estímulo hipotálamo hipofisario, circunstancia que origina bajas concentraciones de estrógenos. Estos folículos primordiales constituyen el capital con que contará la mujer para producir células



reproductivas (ovocitos) y esteroides sexuales (estrógenos y progesterona) a lo largo de la vida.

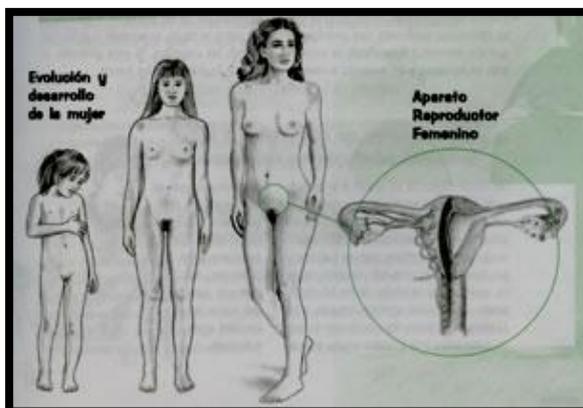


Fig No. 20: Evolución y desarrollo de la Mujer

Fuente: Profamilia. <http://www.profamilia.org>

Adolescencia. Período de transición durante el cual el sistema hipotálamo hipofisogonadal comienza a desarrollarse y a producir los estrógenos que permitirán el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios. En esta etapa lo prioritario no es la liberación de gametos (óvulos), sino la producción hormonal que completará la madurez para la vida reproductiva. Se caracteriza por un progresivo aumento de la secreción de estrógenos, lo que va provocando modificaciones físicas y psicológicas en la niña. Cada episodio que se produce en la adolescencia responde a la sensibilidad de cada órgano o tejido frente al estímulo estrogénico; ésta es la razón por la que las modificaciones se producen en forma consecutiva, con un patrón estable, que pone de manifiesto los cambios endocrinos que se están realizando.

Edad reproductiva o adulta. Cuando ha llegado la madurez, los ciclos ováricos bien sincronizados por un eje hipotálamo hipófisis maduro, se manifiestan por un ciclo ovárico bifásico, con menstruaciones regulares características de la mujer adulta. En esta etapa la mujer presenta, salvo



situaciones de enfermedad, un correcto funcionamiento hipotálamo-hipófisisogonadal, con un equilibrio en la liberación de gonadotrofinas y ciclos en su mayor parte bifásicos ovulatorios. En este período la mujer está en las mejores condiciones para la reproducción, se siente bien y tiene una mejor estabilidad emocional (9).

Climaterio. Es un proceso normal de una transformación que experimenta toda mujer, por lo tanto comprende una fase transitoria de la naturaleza entre la madurez sexual y la senectud; correspondiendo al envejecimiento precoz y aislado de los ovarios. El comienzo del climaterio se calcula unos seis años antes de la menopausia y el fin del climaterio unos seis a siete años después de la menopausia. Sin embargo esto no significa que el tiempo de la transformación, en un caso aislado no puede ser exactamente más corto o más largo.

Situación endócrina del climaterio:

1. Disminución de estrógenos
2. Aumento de gonadotropinas (FSH y LH)
3. Aumento de gonadotropinas no produce un aumento de hormonas ováricas (28).

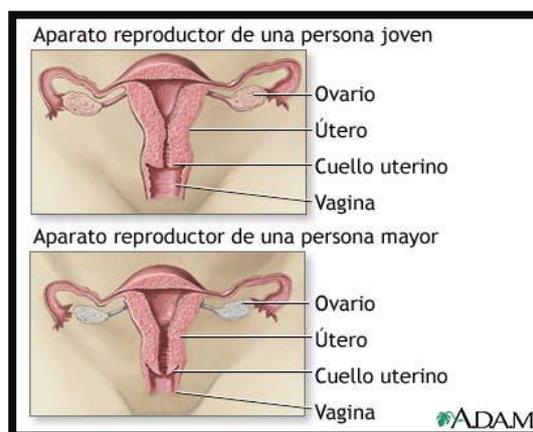


Figura No. 21: Aparato Reproductor Femenino
Fuente: ADAM



Vejez o ancianidad. Una vez agotado el complejo folículo ovocitario de los ovarios y pasado el desequilibrio provocado por una hipersección de gonadotrofinas, consecutivo a la disfunción ovárica, la mujer entra en una etapa de muy bajas concentraciones de estrógenos, lo que la lleva a la regresión de los caracteres sexuales secundarios y a la atrofia genital (9).

Las hormonas esteroideas son secretadas por los ovarios y la placenta (estrógeno y progesterona) y la corteza suprarrenal. El hipotálamo es una parte del encéfalo que contiene células nerviosas especializadas o también conocidas como neurosecretoras. El hipotálamo controla las secreciones de la hipófisis; esta consta de dos lóbulos (hipófisis anterior e hipófisis posterior).

La hipófisis anterior produce y libera gran cantidad de hormonas como son la *hormona folículo estimulante* (FSH) y la *hormona luteinizante* (LH) (29). La FSH llega a la sangre desde la adenohipófisis hasta los ovarios, estimulando la secreción de estrógenos (hormonas sexuales femeninas) por las células foliculares en mujeres. La hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) hipotalámica fomenta la liberación de FSH (30).

La LH estimula la ovulación el crecimiento del cuerpo lúteo y la secreción de estrógenos y progesterona (29). La secreción de LH y de FSH, se encuentra bajo la regulación de la hormona liberadora de gonadotropinas.

En el plasma de la mujer se encuentran seis estrógenos distintos pero solo tres se encuentran en cantidades significativas: beta estradiol, estrona y estriol. En mujeres no embarazadas el estrógeno principal es el beta estradiol, sintetizados en los ovarios a partir del colesterol (30).

Los Estrógenos ocasionan el desarrollo de las características sexuales femeninas y la maduración de los óvulos, promueve el crecimiento de la



capa que limita al útero (endometrio). La progesterona actúa con los estrógenos preparando al útero y la formación de la placenta (29) (30).

La hipófisis posterior libera hormonas producidas por células en el hipotálamo, sintetizando dos hormonas peptídicas la hormona antidiurética (hormona que impide la micción) y la oxitocina (reflejo de eyección de la leche) (29).

3.2 MENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA

Durante el climaterio el hecho más importante es el descenso de estrógenos y progesterona. Durante el ciclo ovárico, el 17 beta estradiol constituye el estrógeno más importante pero en la postmenopausia la formación de 17 beta estradiol disminuye considerablemente por lo que el estrógeno más importante pasa a ser la estrona, con niveles séricos en suero medios de 35 pg/ml (31). Las alteraciones hormonales y manifestaciones clínicas se derivan del déficit de estrógenos y progesterona, sobretodo de estrógenos. (2)

Al producirse un descenso de niveles sanguíneos de estrógenos, se produce la falta de dicha autorregulación negativa lo que ocasiona un aumento importante de FSH y LH, que son las responsables en gran medida de la sintomatología climatérica, concretamente de la aparición de los “sofocos”. A nivel hipotalámico, la falta de estimulación estrogénica provoca un aumento de la hormona liberadora de gonadotropinas GnRH.

Con respecto a la corteza suprarrenal, aumenta la producción de andrógenos, (androstendiona y testosterona), que sirven de base para la formación extraglandular de estrógenos en la grasa. Estos niveles están más



aumentados cuando el parénquima ovárico restante es poco activo y en los casos de climaterio artificial por castración. El aporte de estrógenos por parte de un ovario postmenopáusico es mínimo, siendo la corteza suprarrenal la que contribuye principalmente a formar estrógenos, mediante una conversión periférica de andrógenos en estrógenos.

La tiroides experimenta una reacción hiperfuncional (hipertiroidismo climatérico). Esta hiperfunción se caracteriza por un aumento de las proteínas ligadas al yodo y de la globulina ligadora de tiroxina en la sangre entre los 45 y los 55 años. Pero el aspecto más importante es la secreción de tirocalcitonina que es una hormona que regula el depósito de calcio en los huesos. Su falta es una de las causas de la osteoporosis en el climaterio, y según algunos autores, su administración sería eficaz para el tratamiento de dicha osteoporosis (31).

La expectativa de la vida de la mujer es de más de 80 años, por tanto muchas mujeres vivirán el 40% de sus vidas en menopausia (2).

La menopausia es la cesación de la menstruación debido a la disminución de los folículos ováricos; es un síntoma del síndrome del climaterio femenino.

Se produce alrededor de los 50 años de edad. Cuando ocurre antes de los 40 años se considera prematura y tardía si se produce después de los 52 años. La menopausia comprende un período perimenopáusico y un período postmenopáusico. El período perimenopáusico, o período de transición menopáusica, dura unos 3-5 años. Se caracteriza por las alteraciones en el flujo o la frecuencia menstrual, y por los valores de FSH mayor que 15 mU/mL en la fase folicular temprana. El período postmenopáusico se caracteriza por la presencia de amenorrea y por los valores de FSH mayores que 30 mU/mL (10).



Menopausia natural es aquella que ocurre en forma espontánea, sin participación de factores externos o iatrogénicos. La Menopausia inducida que puede ser quirúrgica (ooforectomía bilateral) o derivada de drogas como las utilizadas en quimioterapia (11).

Las mujeres mayores de 50 años pueden ser el 17 % de la población total en los países desarrollados y la osteoporosis es la principal causa de morbilidad y mortalidad en la mujer postmenopáusica. (10)

Los síntomas de la menopausia suelen durar toda la transición de la menopausia (hasta mediados de los 50 años), pero algunas mujeres pueden experimentarlos para el resto de sus vidas. Los síntomas más comunes: sofocos, sudores nocturnos, períodos irregulares, pérdida del libido, sequedad vaginal, cambios de humor, trastornos del sueño, incontinencia, depresión, ansiedad, dolor articular, encías enfermas, lengua ardiente, mal aliento, osteoporosis, resequedad bucal. Afecta a alrededor del 70% de las mujeres que se acercan a la menopausia, causadas por cambios en los niveles hormonales en el sistema reproductivo femenino (12).

3.3 DISMINUCIÓN DE MASA ÓSEA

El pico de masa ósea (MO) se mantiene hasta aproximadamente los 35-40 años. A partir de entonces empieza una pérdida lenta relacionada con la edad, coincidiendo con la disminución de la producción estrogénica, esta pérdida de MO se acelera. Ocurre esto antes de que cese la menstruación y se previene con tratamiento estrogénico sustitutivo. Durante los 5 a 10 años de la menopausia, predomina la pérdida de hueso trabecular 15-30%, y un 10-15% de hueso cortical.



3.3.1 FACTORES IMPORTANTES EN LA PÉRDIDA DE HUESO ASOCIADA A LA EDAD.

- a. Defecto primario en la capacidad del riñón para producir calcitriol o una sensibilidad intestinal disminuida a la vitamina D, cuya consecuencia es la disminución de la absorción intestinal de calcio y un leve hiperparatiroidismo secundario.
- b. Disminución de la capacidad de los osteoblastos para formar hueso (13).

La osteopenia se define como una reducción de la masa ósea debido a la reabsorción ósea. A su vez, la osteoporosis se caracteriza por una masa ósea baja y deterioro de la microarquitectura tanto hueso cortical como trabecular, lo que resulta de un desequilibrio entre la resorción y aposición. La pérdida acelerada de masa ósea en mujeres postmenopáusicas se atribuye al aumento del recambio y reabsorción óseo.

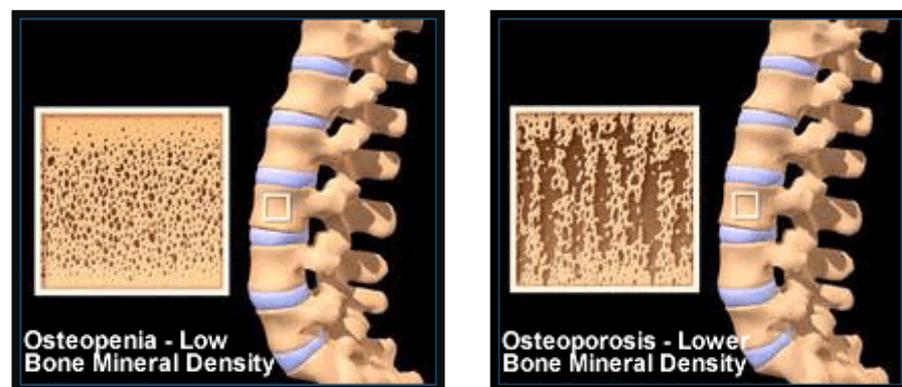


Figura No. 22 - 23: Osteopenia - Osteoporosis
Fuente: HIV and Hepatitis. <http://www.hivandhepatitis.com> 2009

La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por baja masa ósea y fragilidad y el consecuente aumento del riesgo de fractura (20).



Las fracturas osteoporóticas las producen actividades rutinarias, por tanto, las más frecuentes son fracturas de las vertebras y las más devastadoras las de cadera, aunque también afectan otras zonas como la muñeca, costillas, pelvis o húmero (13).

3.3.2 OSTEOPOROSIS Y PERIODONTITIS

La osteoporosis postmenopáusica y la periodontitis son diferentes, la pérdida ósea se produce en ambas enfermedades. Como los receptores de estrógeno se expresan en las células óseas e inmune, la deficiencia de estrógenos puede influir en la remodelación ósea en sitios con procesos inflamatorios, una vez que las células del ligamento periodontal expresan receptores específicos para el estrógeno.

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria que conduce generalmente a la pérdida de hueso. En la periodontitis, hay un recambio de hueso alveolar, aunque puede haber un predominio de la resorción ósea sobre la formación de la misma, dando lugar a la pérdida de hueso alveolar y pérdida de inserción.



Figura No. 24: Osteonecrosis por Bifosfonato

Fuente: Rivera Martínez César. Globedia Beta. <http://www.ec.globedia.com> 2010

Existe aumento de la resorción ósea, debido a razones gonadal, y la pérdida acelerada de hueso en la primera década después de la menopausia parece ser los principales factores patógenos



en las mujeres. Los niveles de osteocalcina se han propuesto como marcador de la inhibición de la formación ósea. Osteocalcina en suero se considera actualmente un marcador de recambio óseo válida cuando la reabsorción y la formación se juntan y un marcador específico de la formación ósea y la resorción cuando la formación se desacoplan. El líquido crevicular gingival (GCF), que es un exudado que se puede cosechar de la bolsa periodontal o surco, ha sido considerado como un medio prometedor para la detección de actividad de la enfermedad periodontal.

Los niveles de formación bruta de osteocalcina puede reflejar la inflamación en los sitios afectados y no ha habido interés reciente en la osteocalcina como un potencial marcador de recambio óseo en la enfermedad periodontal. Pero el rol de la osteocalcina en la progresión de la enfermedad periodontal y los resultados del tratamiento periodontal es aún poco claro. El objetivo del presente estudio fue evaluar el plasma, saliva y fluido crevicular de la osteocalcina y se correlacionan con los resultados del tratamiento periodontal en mujeres postmenopáusicas periodontalmente enfermas (14).

3.3.3 MENOPAUSIA Y VITAMINA D

La insuficiencia de vitamina D se asoció independientemente con la enfermedad periodontal, con la pérdida de inserción alveolar en las personas mayores de 50 años de ambos sexos, independientemente de la raza o la etnia. Sin embargo la suplementación con vitamina D (700 UI / día) más calcio (500 mg / día) redujo específicamente la pérdida de dientes en las personas de edad durante un periodo de tratamiento de 3 años (15). La osteoporosis y la enfermedad periodontal comparten varios factores de



riesgo, y podría especular que estas condiciones patológicas son biológicamente interrelacionadas. La disminución de hueso de la densidad mineral de la osteoporosis puede dar lugar a un patrón trabecular alterado y rápida reabsorción del hueso alveolar, lo que predispone a la enfermedad periodontal. Las infecciones periodontales pueden aumentar la liberación sistémica inflamatoria de citocinas, que acelera la reabsorción del sistema esquelético. La deficiencia de vitamina D ha sido asociado a un perfil de citoquinas que favorece a la inflamación y disminuye la circulación inflamatoria (15).

3.4 MANIFESTACIONES EN BOCA

Los cambios bucales durante la menopausia incluyen adelgazamiento de la mucosa bucal, síndrome de boca ardiente, recesión gingival, xerostomía, sensación de gusto alterado, pérdida de hueso alveolar y reabsorción del reborde alveolar.

Las fluctuaciones de las hormonas sexuales durante la menopausia son factores en los cambios inflamatorios de la encía humana, hipertrofia o atrofia. El estrógeno afecta la proliferación, diferenciación y queratinización celular del epitelio gingival. Las hormonas esteroideas poseen un efecto directo sobre el tejido conectivo, en el cual los estrógenos aumentan el contenido de líquido intracelular. La insuficiencia de estrógenos puede llevar a una reducción de la formación colágena en los tejidos conectivos y el resultado es una disminución del grosor de la piel. Las alteraciones de sustancias colágenas afectan tejidos como cabello, uñas, articulaciones y glándulas. En pacientes postmenopáusicas con baja densidad ósea existe un incremento considerable de recesión (2).



3.4.1 XEROSTOMÍA

La xerostomía, síndrome de boca seca, boca ardiente, hiposalivación o incluso, como la define la Federación Dental Internacional, 'la enfermedad del hombre moderno' (16), puede ser un síntoma de ciertas enfermedades o ser un efecto negativo de ciertos medicamentos.

Las causas de la xerostomía esta relacionada con las enfermedades de las glándulas salivales, como el síndrome Sjogren (SS), diabetes mellitus no controlada, radiación a la región de la cabeza y el cuello, la quimioterapia, y una serie de medicamentos de uso común.

Lesiones a nivel de cabeza y cuello puede dañar los nervios que son esenciales para la producción y secreción de la saliva por las glándulas salivales. Durante un periodo de 24 horas la producción de saliva en las personas es de 500 ml, la tasa de flujo salival en reposo es de 0.3 ml / min, mientras que la tasa de flujo salival durante el sueño es de 0.1 ml / min, al comer o masticar, aumenta el flujo salival de 4.0 a 5.0mL/min. Por lo tanto cuanto mayor sea la tasa de secreción del flujo salival, mayor será la tonicidad de la saliva. Las hormonas también pueden modular la composición de la saliva. La secreción parece ser dependiente de varias influencias moduladoras que actúan a través de un monofosfatocíclico denosine o de una vía dependiente de calcio (25).

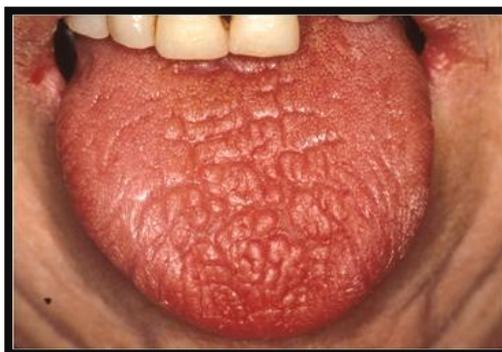


Figura No. 25: Boca Seca
Fuente: Exodontia.info. Dry Mouth. 2010



Algunos de los síntomas más frecuentes de la xerostomía son la sensación de ardor, dolor en la lengua, boca reseca, aparición de fisuras en las comisuras de los labios, sed constante, predominio de aftas bucales, acumulación de la placa dental bacteriana, halitosis, esmalte dental desgastado y dificultad en el uso de la prótesis dental (en el caso, de pacientes edéntulos).

También existe un crecimiento exacerbado de la placa dental, ya que el flujo salival no arrastra las bacterias, y existe una menor concentración de proteínas antibacterianas. Desde el punto de vista de los pacientes, uno de los primeros signos que denotan, es que su saliva se vuelve viscosa y espumosa (17).

3.4.2 PERIODONTO ESPECÍFICO

Las múltiples enfermedades que pueden afectar al periodonto, tienen una especial relevancia por sus implicaciones epidemiológicas. Las variaciones que se presentan en el periodonto específico son las siguientes: Densidad del hueso alveolar, alteración del ligamento periodontal y movilidad dentaria.

1. Densidad del hueso alveolar

La densidad del hueso alveolar garantiza estabilidad y fijación.

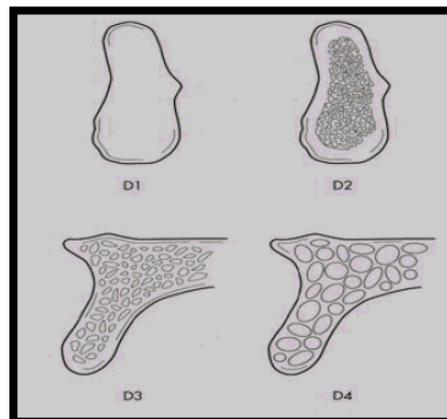


Figura No. 26: Densidad ósea Maxilar según Misch.

Fuente: Acta odontológica. Venezolana. 2009



Se la clasifica en función de la relación entre el hueso cortical y esponjoso según Lekholm y Zarb:

D1: compuesto de hueso cortical homogéneo

D2: hueso cortical ancho rodea el hueso esponjoso denso

D3: cortical delgada rodea el hueso esponjoso denso.

D4: cortical delgada o inexistente rodea el hueso esponjoso poco denso.

La densidad del hueso en cada región de los maxilares no solo varía a lo largo de la arcada dentaria sino también en sentido vestibulo lingual (21).

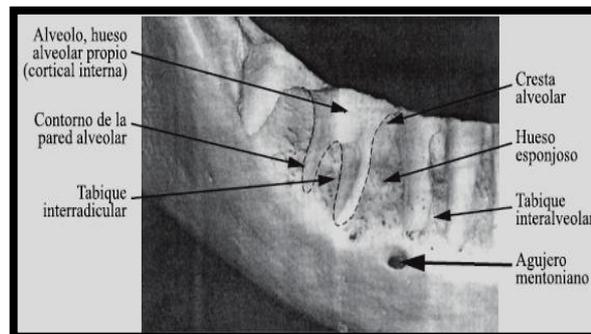


Figura No. 27: Anatomía del Hueso alveolar

Fuente: BvsCuba. Estomatología

2. Alteración del ligamento periodontal

El ligamento periodontal según el tipo de alteración que presente se divide en:

- ❖ Alteración Leve: en el cual el ligamento puede repararse debido a la intervención de las células ectomesenquimáticas indiferenciadas.
- ❖ Alteraciones infecciosas, sistémicas y neoplásicas: como el granuloma, quiste periapical, gingivitis, periodontitis forman parte de estas modificaciones en el periodonto (22).



3. Recesión Gingival 161 a 163

La recesión gingival inicia con migración apical gradual, revelando la UAC. Con menor frecuencia, la primera señal de recesión es la formación relativamente rápida de un pequeño surco en la gingiva, llamado Hendidura de Stillman. Si la recesión progresa a la línea mucogingival a menudo ocurre una inflamación secundaria del margen gingival. Puede llevar a problemas estéticos en el sector del maxilar anterior; como las superficies radiculares están expuestas también puede presentarse sensibilidad cervical.



Figura No. 28: Recesión Gingival

Fuente: AAP. [http://www.drbazile.com/Soft_Tissue_\(Gum\)_Grafting_for_Receding_Gums_.html](http://www.drbazile.com/Soft_Tissue_(Gum)_Grafting_for_Receding_Gums_.html) 2009

Miller en 1985 describió la recesión de acuerdo a la anchura y profundidad en relación al margen gingival y la gingiva adherida remanente; y describió la pérdida de papilas. Clasificación de la recesión:

- Clase I. No se extiende hasta la línea mucogingival.
- Clase II. Se extiende más allá de la línea mucogingival hacia la mucosa móvil. Papilas intactas.
- Clase III. Se extiende más allá de la línea mucogingival, hacia la mucosa móvil. Papila interdental casi perdida.
- Clase IV. Pérdida de tejidos periodontales duros y blandos (4).



4. Movilidad dentaria

Todos los dientes poseen cierto grado de desplazamiento fisiológico, los dientes unirradiculares tienen mayor movilidad que los multirradiculares (8).

La evaluación de la movilidad dentaria debe involucrar parámetros clínicos y ayudas diagnósticas. En un diente con hipermovilidad se debe establecer el nivel de inserción clínica, la profundidad de bolsas periodontales, el nivel radiográfico del soporte óseo, longitud radicular, grado de ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal y presencia de lesiones periapicales; para así determinar la posible causa de movilidad dental (27).

Presenta dos fases de movilidad: *fase inicial* o intralveolar cuando el diente se desplaza dentro de los límites del ligamento periodontal y *fase secundaria* o gradual, engloba la deformación elástica del hueso alveolar como reacción a fuerzas horizontales mayores. (8)

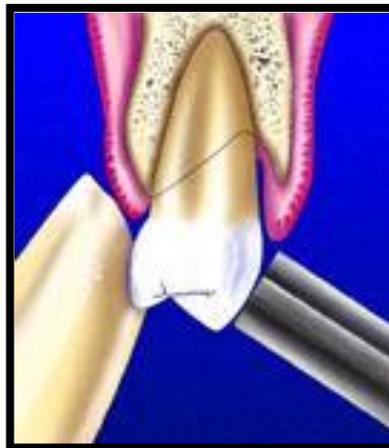


Figura No. 29: Movilidad Dental

Fuente: Periodontal Disease Recognition. <http://www.dent.ucla.edu>.

La movilidad se gradúa según la facilidad y magnitud del movimiento dentario: movilidad normal.



- ❖ Grado I: 1mm de movilidad en sentido vestibulolingual, sin desplazamiento apical.
- ❖ Grado II: 2mm de movilidad en sentido vestibulolingual, sin desplazamiento apical.
- ❖ Grado III: más de 2mm de movilidad en sentido vestibulolingual, mesiodistal, o ambas, en combinación con desplazamiento vertical (27).

Movilidad anormal o patológica ocurre cuando supera los límites de movilidad normal. Los factores causales que aumentan la movilidad dentaria son: pérdida ósea, cirugía periodontal, trauma de la oclusión, procesos patológicos (8).

3.4.3 OTRAS MANIFESTACIONES EN BOCA

ESTOMATODINIA

El síndrome de la boca ardiente o estomatodinia, es una situación compleja que afecta sobre todo a mujeres alrededor de la menopausia y postmenopausia. Se acompaña de escasez en la secreción de saliva (xerostomía) y alteraciones en la percepción del sabor de los alimentos, además de muchos síntomas sistémicos asociados a la depresión y la ansiedad, como trastornos del sueño, dolores de cabeza (18).

ADELGAZAMIENTO DE LA MUCOSA BUCAL

En la mucosa bucal existe atrofia de epitelio, disminución de la queratinización, disminución de la cantidad de células en tejido conectivo, aumento de sustancias intercelular y descenso del consumo de oxígeno; la falta de elasticidad con resequedad y atrofia, tiende a la hiperqueratosis. Experimenta cambios relacionados con factores locales adquiridos a lo largo de la vida como la dieta, el hábito de fumar, el alcoholismo y la prótesis,



volviéndose más delgada, lisa y seca, tornándose permeable a sustancias nocivas y más propensas a daños mecánicos (19).

GINGIVOESTOMATITIS DE LA MENOPAUSIA

La gingivoestomatitis de la menopausia también conocida como gingivitis atrófica senil; está presente durante el climaterio o en el periodo postmenopáusico y no es una afección frecuente. En ocasiones aparecen signos y síntomas leves, relacionados con los cambios menopáusicos más tempranos.

La encía y el resto de la mucosa bucal están secos y brillantes, su color varía de la palidez anormal al enrojecimiento y experimentan hemorragia con facilidad. En algunos casos hay fisuras en el pliegue mucovestibular y la mucosa vaginal puede exhibir cambios comparables. Experimentan sensación de sequedad quemante en toda la boca, vinculada con sensibilidad extrema ante los cambios térmicos; sensaciones gustativas anormales como sabor salado, picante o ácido. Los signos y síntomas similares a los de la gingivoestomatitis de la menopausia pueden aparecer después de una ovariectomía o la esterilización por radiación en el tratamiento de neoplasias malignas (2).



CASOS CLÍNICOS



CASO CLÍNICO No. 1

FICHA MEDICA	FECHA 06.09.2010
<u>DATOS DEL PACIENTE</u>	
Nombre:	PEMZ
CI / Edad:	1302893076/ 51 años
Ocupación:	Costurera
Estado civil:	Soltera
<u>ANTECEDENTES MÉDICOS</u>	
Salud General:	Regular
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si / Hepavionta, hierro, condrosol trio, vitaminas.
Padece de alguna enfermedad:	Cefalea, dolor óseo
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
<u>HISTORIA DENTAL</u>	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	No
En su familia han tenido problemas en sus encías:	Si
Sangran sus encías al cepillarse:	No
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	Si / No
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 3 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	Hilo dental
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	Si / 3 años
Utiliza enjuague bucal:	No
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	No
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, hace 18 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 1año/ cada año

Fig. No. 30: Ficha Clínica

Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	36,0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	30,9	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	0,3	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre: 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 31: Examen Hormonal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG
Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 34: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 35: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 36: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 37: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 38: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DURANTE EL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 39: Sondaje Periodontal

Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)

Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 40: Recesión Gingival

Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)

Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 41: Control de Placa Bacteriana

Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)

Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 42: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 43: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 44: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 45: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 46: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFEECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLINICO No. 2

FICHA MEDICA	FECHA 31.08.2010
<u>DATOS DEL PACIENTE</u>	
Nombre:	EBCH
CI / Edad:	09033945020 / 60 años
Ocupación:	Ama de casa
Estado civil:	Casada
<u>ANTECEDENTES MÉDICOS</u>	
Salud General:	Buena
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si / Lozartan
Padece de alguna enfermedad:	Hipertensión, artritis, osteopenia
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
<u>HISTORIA DENTAL</u>	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	Si / hace 7 meses
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	Si
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	Si / No
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 3 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	Enjuague bucal
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	No
Utiliza enjuague bucal:	Si
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	Si / hace 2 años
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, dolor, hace 46 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 7 meses / cada año

Fig. No. 47: Ficha Clínica
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA				
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia	
Estradiol	26,1	pg/mL	Hombres :	15 - 55
			Mujeres:	
			Fase Folicular :	30 - 150
			Pre-Ovulación :	150 - 500
			Fase Lútea :	30 - 250
			Post-menopausa :	Hasta 60
FSH	43,5	mIU/mL	Hombres:	1.0 - 12.0
			Mujeres:	
			Fase Folicular :	3.0 - 10.0
			Pre-Ovulación :	5.0 - 20.0
			Fase Lútea :	1.0 - 10.0
			Post-Menopausa :	Hasta 160.0
Progesterona	< 0.2	ng/mL	Hombres:	0.2 - 2.5
			Mujeres:	
			Fase Folicular :	0.1 - 3.1
			Fase Lútea :	6.8 - 61.9
			Post-Menopausa :	0.1 - 3.9
			Embarazo 1er Trimestre :	9.0 - 35.0
			Embarazo 2do Trimestre :	29.0 - 50.0
			Embarazo 3er Trimestre :	80.0 - 160.0

Fig. No. 48: Examen Hormonal

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG
Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 51: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 52: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 53: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 54: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 55: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DURANTE EL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 56: Sondaje Periodontal

Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 57: Recesión Gingival

Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 58: Movilidad Dental

Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 59: Control de Placa Bacteriana

Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 60: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 61: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No.62: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 63: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 64: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



TABLAS ESTADÍSTICAS

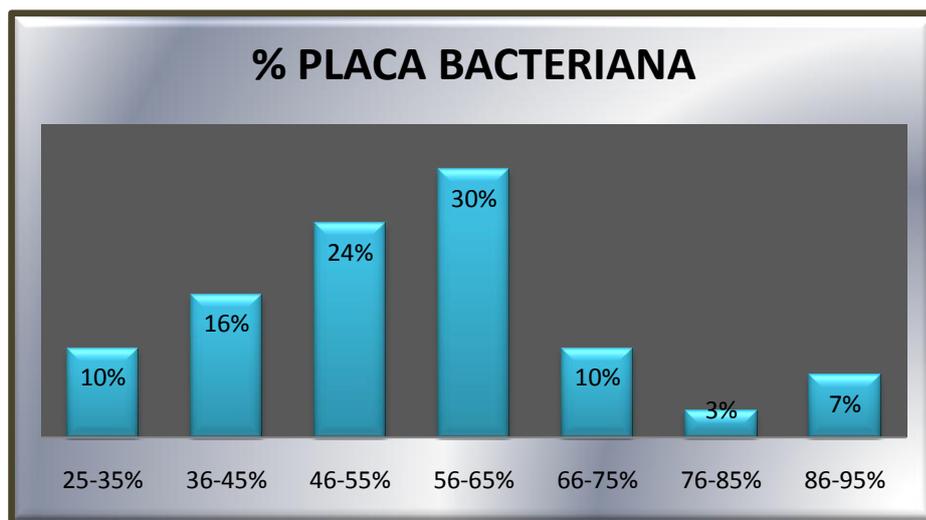


Tabla No. 65 Grafico Estadístico de Placa Bacteriana

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B.

Guayaquil – Ecuador 2011

El presente grafico muestra los diferentes rangos de porcentaje de placa bacteriana sobre la incidencia de pacientes, dando como resultado de 30 pacientes atendidos, el 30% de pacientes presentan un índice de placa bacteriana entre el 56-65%, siendo este el porcentaje más común del control de placa.

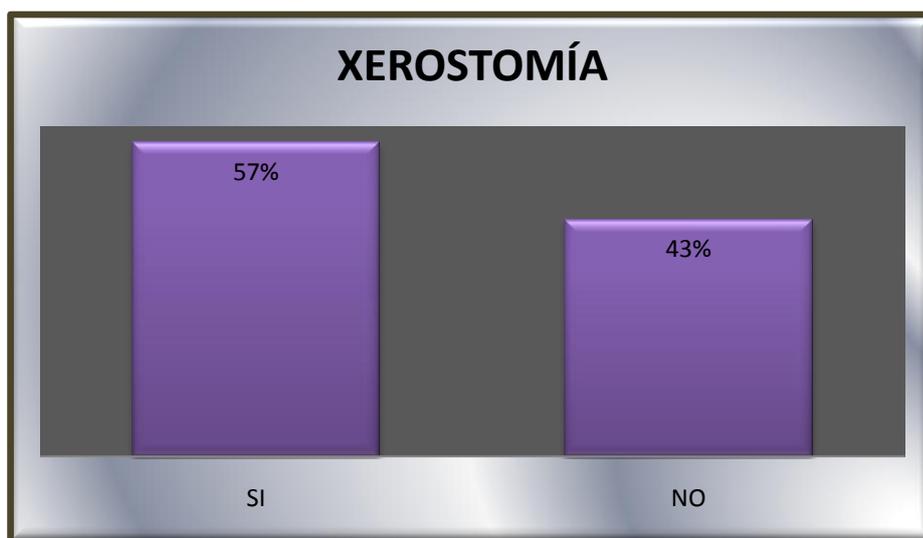


Tabla No. 66 Grafico Estadístico de Xerostomía

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B.
Guayaquil – Ecuador 2011

La tabla de xerostomía indica que 30 pacientes menopáusicas y postmenopáusicas fueron atendidas, y como resultado de las respuestas se obtuvo el 57% Si presentaba disminución del flujo salival y el 43% No presentaba disminución del flujo salival.

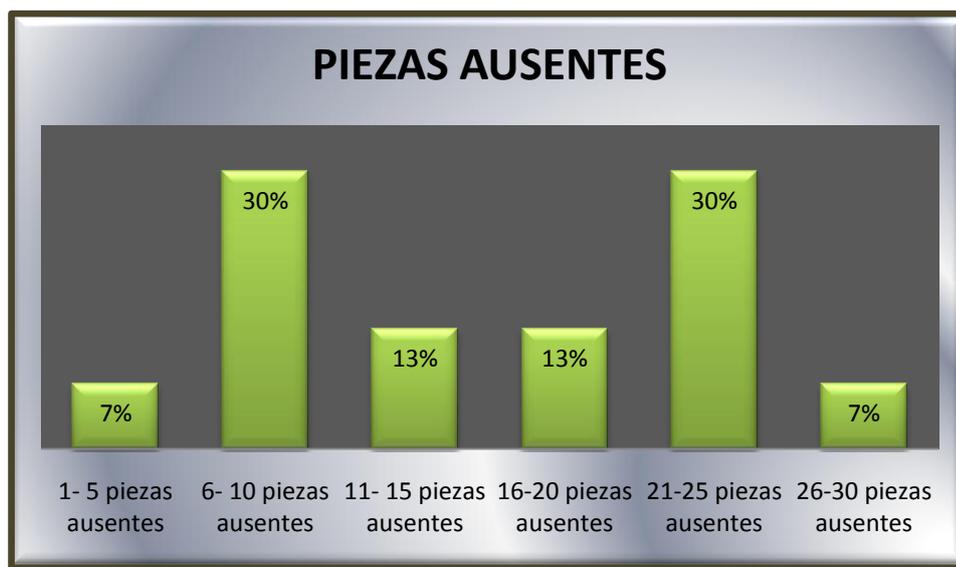


Tabla No. 67 Grafico Estadístico de Xerostomía

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B.

Guayaquil – Ecuador 2011

El presente grafico nos muestra la cantidad de pacientes con un determinado número de piezas ausentes, dando como resultado de 30 pacientes atendidas, el 7% presentan de 1 a 5 piezas ausentes, el 30% presentan de 6 a 10 piezas ausentes, el 13% presentan de 11 a 15 piezas ausentes, otro 13% presenta de 16 a 20 piezas ausentes, el 30% presenta de 21 a 25 piezas ausentes y el 7% presenta de 26 a 30 piezas ausentes.

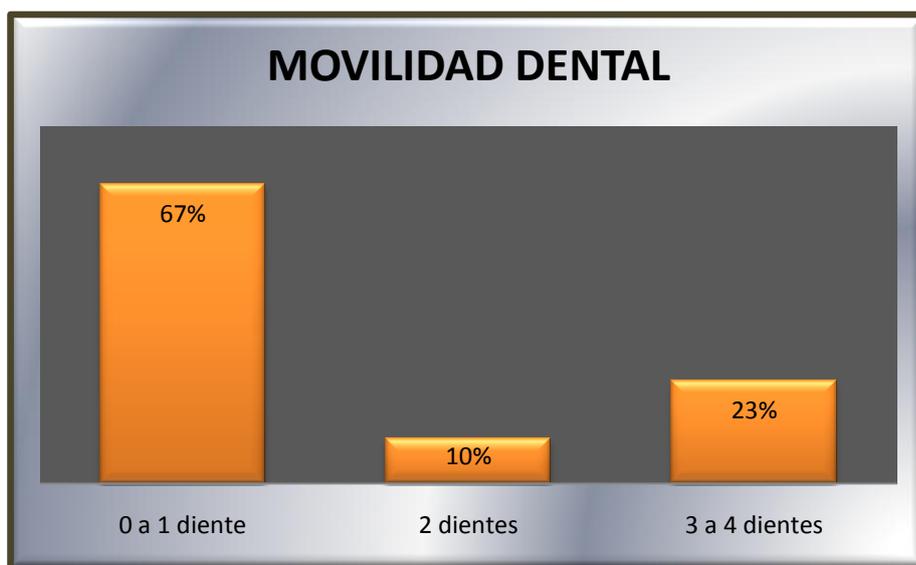


Tabla No. 68 Grafico Estadístico de Xerostomía

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B.

Guayaquil – Ecuador 2011

El presente grafico nos muestra la cantidad de dientes con movilidad dentaria, dando como resultado de 30 pacientes atendidas, el 67% presenta movilidad de 0-1 diente, el 10% presenta movilidad en 2 dientes y el 23 % presenta movilidad de 3-4 dientes.

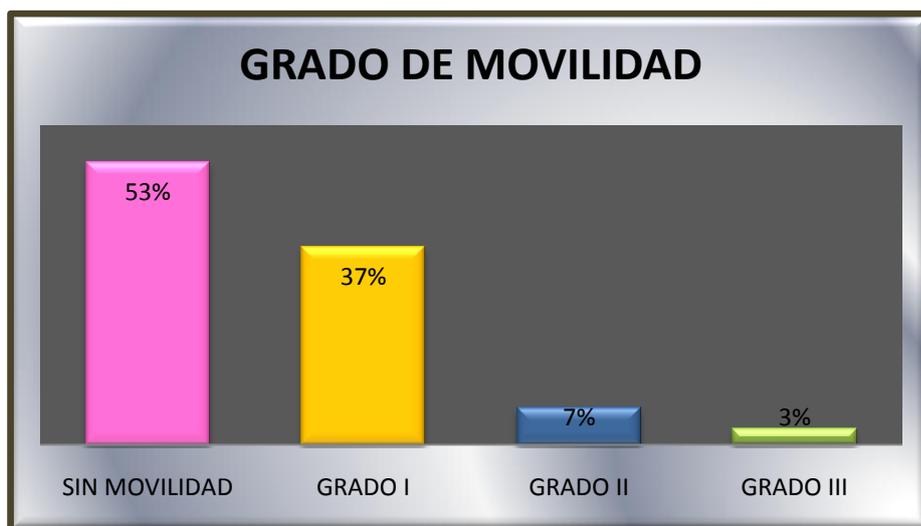


Tabla No. 69 Grafico Estadístico de Grado de Movilidad

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B.

El presente gráfico muestra el grado de movilidad dentaria, dando como resultado de 30 pacientes atendidas, el 53% no presentan movilidad, el 37% presenta movilidad grado I, el 7% movilidad grado II, y el 3% movilidad grado III.

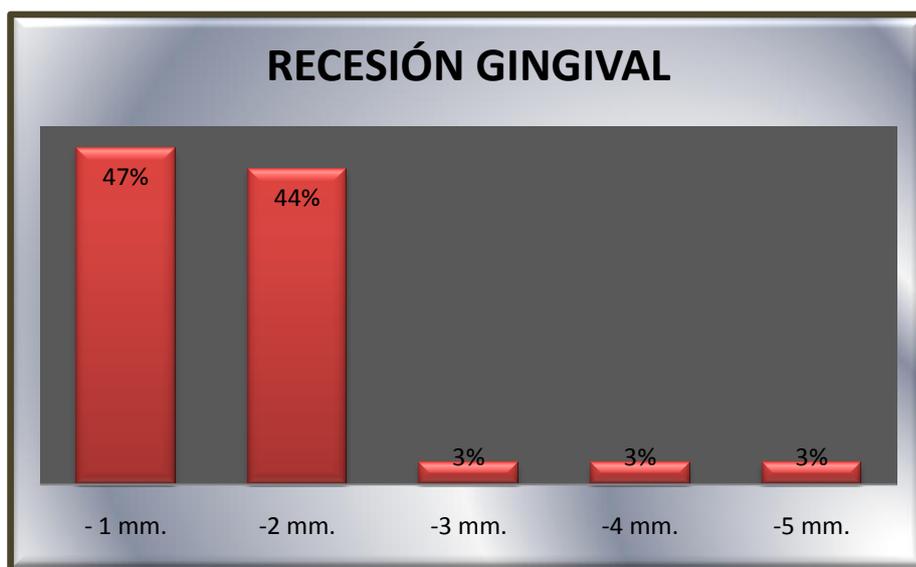


Tabla No. 70 Grafico Estadístico de Recesión Gingival

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B.

Guayaquil – Ecuador 2011

La tabla de recesión gingival muestra el resultado de 30 pacientes mujeres atendidas, el 47% presento recesión de -1 mm, el 44% presento recesión de -2mm, el 3% presento recesión de -3mm, otro 3% presento una recesión de -4mm, y el último 3% presento recesión de -5mm.

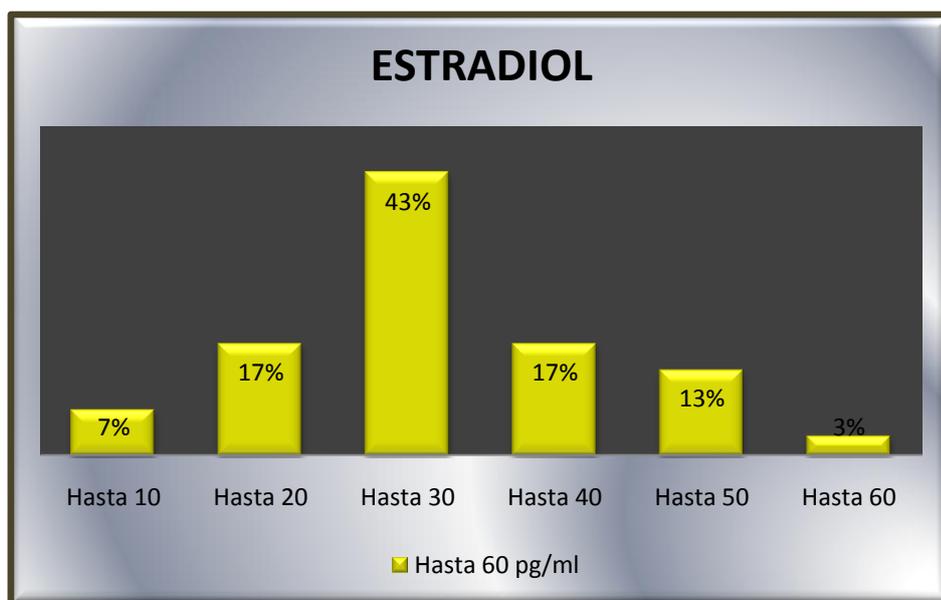


Tabla No. 71 Grafico Estadístico de Estradiol

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B.

Guayaquil – Ecuador 2011

El gráfico estadístico muestra el porcentaje de estradiol presente en la sangre en 30 mujeres menopáusicas y postmenopáusicas, el 43% de mujeres tiene hasta 30 pg/ml de estradiol, el 17% hasta 20 pg/ml, otro 17% presenta hasta 40 pg/ml, el 13% presenta hasta 50 pg/ml, el 7% presenta hasta 10 pg/ml, y un 3% presenta hasta 60 pg/ml.

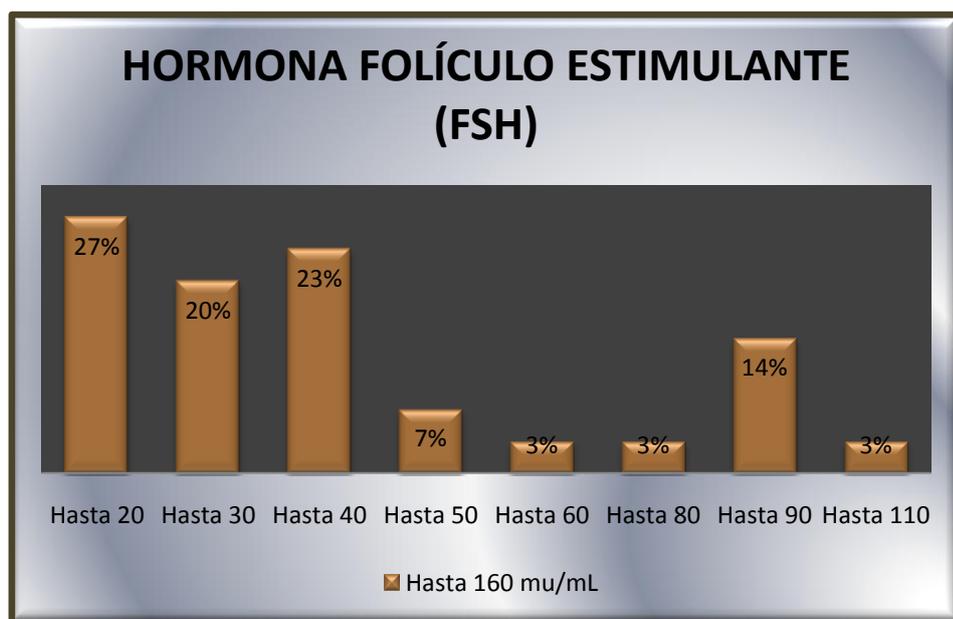


Tabla No. 72 Grafico Estadístico de Hormona Folículo Estimulante

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B.
Guayaquil – Ecuador 2011

El gráfico estadístico muestra el porcentaje de FSH presente en la sangre en 30 mujeres menopáusicas y postmenopáusicas, el 27% de mujeres durante este proceso de vida llega hasta 20 mU/mL de FSH, el 23% llega hasta 40 mU/mL, el 20% alcanza hasta 30 mU/mL, el 14% llega hasta 90 mU/mL, el 7% llega hasta 50 mU/mL, el 3% llega hasta 60 mU/mL, otro 3% llega hasta 80 mU/mL y el último 3% llega hasta 110 mU/mL.

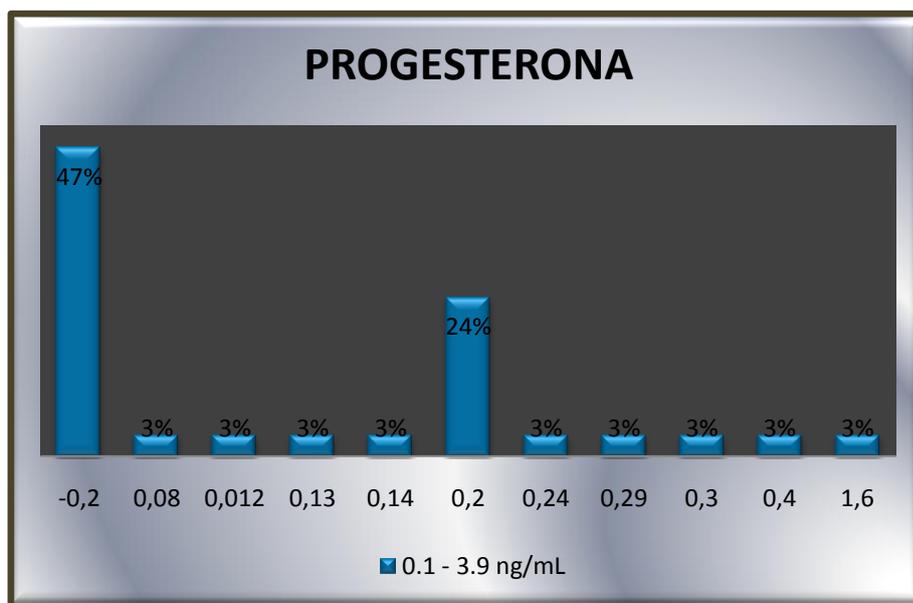


Tabla No. 73 Grafico Estadístico de Progesterona

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B.

Guayaquil – Ecuador 2011

El gráfico estadístico muestra el porcentaje de Progesterona presente en la sangre en 30 mujeres menopáusicas y postmenopáusicas. Los porcentajes mas importantes son el 47% corresponde a la cantidad más alta de mujeres que presentan -0,2 ng/mL, seguidas del 24% correspondiente al 0,2 ng/mL y los demás rangos de ng/mL distribuidos en un 3%.

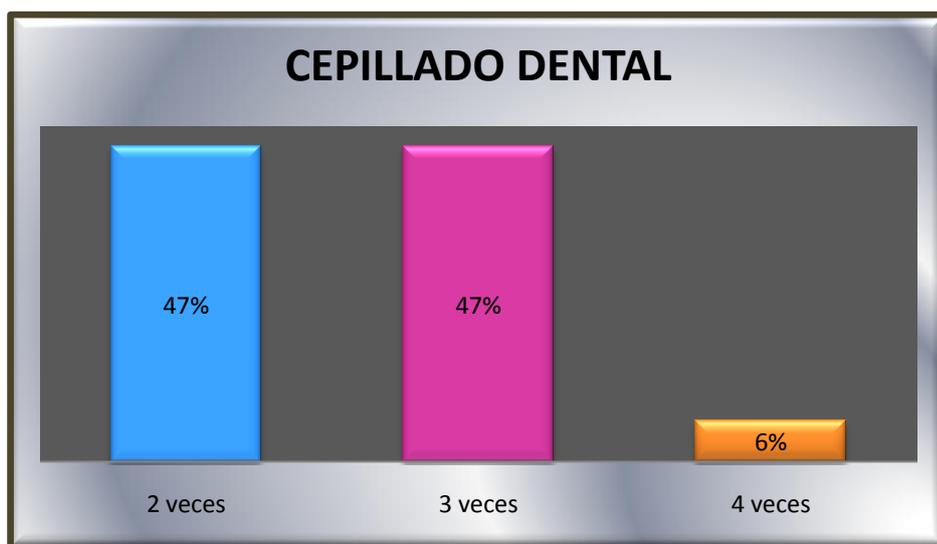


Tabla No. 74 Grafico Estadístico de Cepillado Dental

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B.

Guayaquil – Ecuador 2011

El gráfico estadístico muestra la frecuencia de cepillado dental obtenido de 30 pacientes menopáusicas y postmenopáusicas; el 47% cepilla 2 veces al día sus dientes, otro 47% cepilla 3 veces al día sus dientes y el 6% final cepilla 4 veces al día.

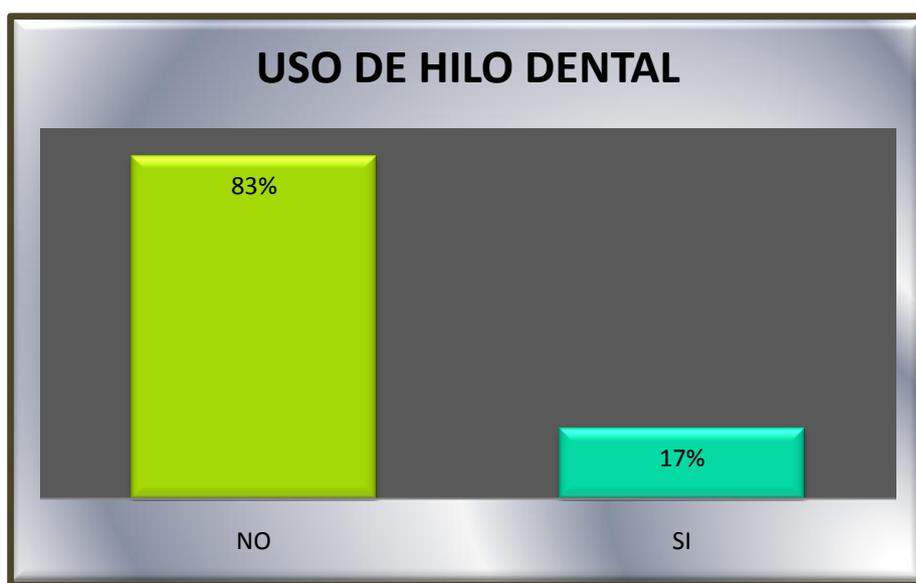


Tabla No. 75 Grafico Estadístico de Uso de Hilo Dental

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B.
Guayaquil – Ecuador 2011

El resultado estadístico junto con la respuesta de las 30 pacientes menopáusicas y postmenopáusicas se obtuvo; el 83% de mujeres manifestaron no usar hilo dental a diario y el 17% final manifestaron si usar hilo dental diariamente.

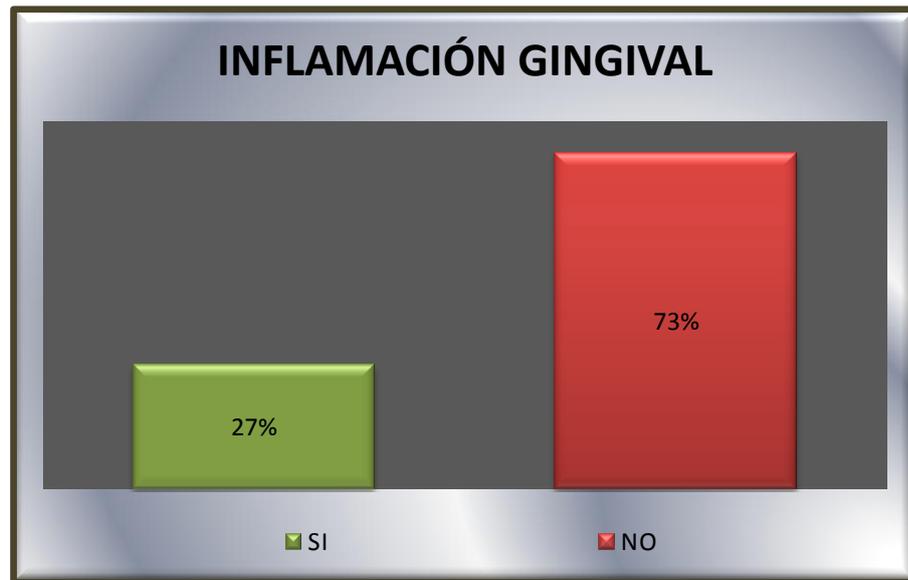


Tabla No. 76 Grafico Estadístico de Inflamación Gingival
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B.
Guayaquil – Ecuador 2011

El presente gráfico estadístico muestra el porcentaje de inflamación gingival de 30 pacientes menopáusicas y postmenopáusicas atendidas en la clínica de Odontología de la UCSG; el mayor porcentaje manifiesta NO presentar inflamación gingival con un 73% y el menor porcentaje SI manifiesta inflamación gingival con un 27%.

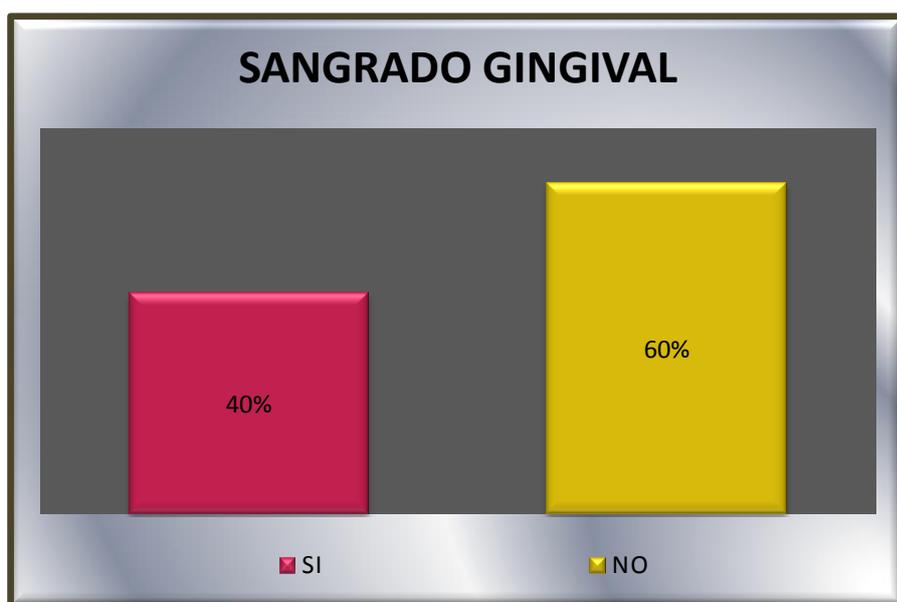


Tabla No. 77 Grafico Estadístico de Sangrado Gingival

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B.

Guayaquil – Ecuador 2011

El gráfico estadístico muestra el porcentaje de sangrado gingival de 30 pacientes menopáusicas y postmenopáusicas, atendidas en la clínica de Odontología de la UCSG; el 40% SI manifestó tener sangrado gingival y el 60% NO manifestó tener sangrado gingival.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La mujer a lo largo de su vida cursa varias etapas desde el punto de vista hormonal; la niñez, adolescencia, edad reproductiva o adulta, el climaterio y la vejez o ancianidad. Por tanto que en este desarrollo de niña a mujer existe diversos cambios u alteraciones hormonales que se presentan a lo largo de la vida reproductiva.
2. Desde el punto de vista hormonal; empezando por la niñez existen bajas concentraciones de estrógenos debido a la inmadurez hipofisaria por falta de estímulo hipotálamo hipofisario; durante la adolescencia el sistema hipotálamo hipofisogonadal comienza a desarrollarse y a producir los estrógenos permitiendo el desarrollo de los órganos sexuales; cuando llega la edad adulta el eje hipotálamo hipófisis ha madurado manifestándose la menstruación y condiciones reproductivas.
3. El climaterio es el periodo de transición entre la edad reproductiva y la vejez o ancianidad vincula con una disfunción del eje hipotálamo hipofisogonadal ocasionando ciclos monofásicos cada vez más frecuentes hasta llegar a la anovulación, seguida por una alteración en la secreción hormonal. Durante la menopausia disminuye la concentración estrogénica, dando lugar a la última menstruación. Finalmente la ancianidad lleva a la regresión de los caracteres sexuales secundarios y a la atrofia genital con muy bajas concentraciones de estrógeno.
4. Durante el climaterio el hecho más importante es el descenso de estrógenos y progesterona. También se produce una formación de andrógenos (testosterona y androstendiona), principalmente androstendiona, que sirve para reemplazar el déficit de estrógenos.
5. El descenso de niveles sanguíneos de estrógenos ocasiona un aumento importante en la hormona folículo estimulante FSH y la hormona luteinizante



LH, que son las responsables en gran medida de la sintomatología climática.

6. El aporte de estrógenos por parte de un ovario postmenopáusico es mínimo, siendo la corteza suprarrenal la que contribuye principalmente a formar estrógenos, mediante una conversión periférica de andrógenos en estrógenos.
7. La tirocalcitonina es una hormona que regula el depósito de calcio en los huesos. Su falta es una de las causas de la osteoporosis durante la menopausia y postmenopausia, y según algunos autores, su administración sería eficaz para el tratamiento de dicha osteoporosis.
8. La menopausia es la cesación de la menstruación debido a la disminución de los folículos ováricos; se produce alrededor de los 50 años de edad, comprende un periodo perimenopáusico y postmenopáusico.
9. La menopausia natural es aquella que ocurre en forma espontánea, sin participación de factores externos o iatrogénicos. La Menopausia inducida puede ser quirúrgica o derivada de drogas como las utilizadas en quimioterapia.
10. La periodontitis y osteoporosis postmenopáusica son enfermedades que conllevan a la pérdida ósea
11. Sin embargo, en la periodontitis la pérdida ósea ocurre como consecuencia de un proceso inflamatorio e infeccioso de origen bacteriano, dando lugar a la pérdida de hueso alveolar, es decir a la pérdida de inserción.
12. Mientras que en la osteoporosis hay un recambio de hueso alveolar pero con predominio de la resorción ósea
13. Las manifestaciones bucales durante la menopausia incluyen adelgazamiento de la mucosa bucal, síndrome de boca ardiente, recesión gingival, xerostomía, sensación de gusto alterado, pérdida de hueso alveolar y resorción de la cresta ósea.



ANEXOS

En la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en la Clínica de Odontología se atendieron 30 pacientes mujeres que se encontraban en la menopausia y postmenopausia; el método de trabajo que se empleó en la pacientes fue a través de un registro donde consta los datos importantes; una historia médica, historia dental, serie radiográfica periapical, fotografías antes y después del tratamiento, examen de sangre hormonal que incluía estradiol, progesterona y hormona folículo estimulante, finalizando con el tratamiento periodontal detartraje y raspado y alisado radicular.



**EFEECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 3

FICHA MEDICA	FECHA
	17.08.2010
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	FIDT
Ci / Edad:	0907405088/ 53 años
Ocupación:	Ama de casa
Estado civil:	Unión libre
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Regular
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si / vitaminas
Padece de alguna enfermedad:	Artritis, asma, osteopenia, del riñón, del hígado
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	Si / hace 2 años
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	No
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	No / No
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 2 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	No
Utiliza enjuague bucal:	No
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	Si 3 años
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries hace 15 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	2 años

Fig. No. 77: Ficha Clínica

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)

Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	20,0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	73	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	0,14	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 78: Examen Hormonal

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG

Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 81: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 82: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

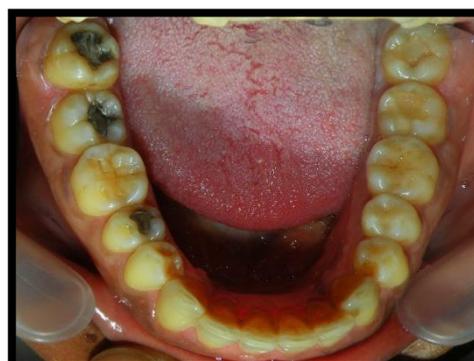


Figura No. 83: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 84: Vista Lateral Derecho
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 85: Vista Lateral Izquierdo
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 86: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No.87: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B.(UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

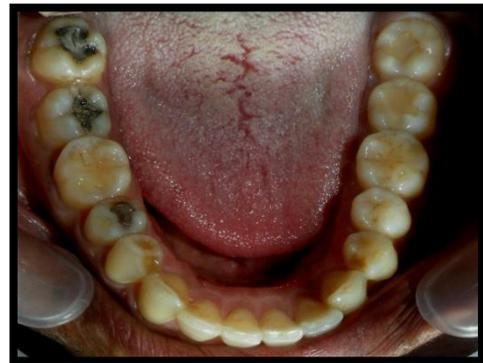


Figura No. 88: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 89: Vista Lateral Derecho
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 90: Vista Lateral Izquierdo
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFEECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 4

FICHA MEDICA	FECHA 02.09.2010
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	RAVU
Cl / Edad:	0908820392 / 48 años
Ocupación:	Comerciante
Estado civil:	Casada
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Regular
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si. Aranda 100mg
Padece de alguna enfermedad:	Hipertensión, gastritis, del hígado
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	Si / hace 8 meses
En su familia han tenido problemas en sus encías:	Si
Sangran sus encías al cepillarse:	No
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	No / No
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 2 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	Si / 2 años
Utiliza enjuague bucal:	No
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	Si / hace 15 días
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, hace 10 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 8 meses / cada año

Fig. No. 91: Ficha Clínica

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)

Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	45,0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Folicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	87,4	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Folicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	0,2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Folicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 92: Examen Hormonal

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG

Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 95: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B.(UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 96: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 97: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 98: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 99: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 100: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 101: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 102: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 103: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 104: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 5

FICHA MEDICA	FECHA
	30.08.2010
<u>DATOS DEL PACIENTE</u>	
Nombre:	AS
Cl / Edad:	55 años / 1303181620
Ocupación:	Ama de casa
Estado civil:	Casada
<u>ANTECEDENTES MÉDICOS</u>	
Salud General:	Regular
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si / No
Padece de alguna enfermedad:	Enfermedad cardiaca, hipertensión, del pulmón
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
<u>HISTORIA DENTAL</u>	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	Si / hace 4 meses
En su familia han tenido problemas en sus encías:	Si
Sangran sus encías al cepillarse:	Si
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	Si / Si
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 3 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	No
Utiliza enjuague bucal:	No
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	Si hace 1 año
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, falta de higiene, 15años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	4 años / nunca

Fig. No. 105: Ficha Clínica

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)

Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	30,0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	35,7	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	0,4	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 106: Examen Hormonal

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG

Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 109: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 110: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 111: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 112: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 113: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 114: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 115: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No.116: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 117: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 118: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 6

FICHA MEDICA	FECHA 05.07.2010
<u>DATOS DEL PACIENTE</u>	
Nombre:	BLP
Cl / Edad:	0905438404 / 54 años
Ocupación:	Ama de casa
Estado civil:	Casada
<u>ANTECEDENTES MÉDICOS</u>	
Salud General:	Regular
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si/Kovil E, Apeco, Estrogen, Aspirina
Padece de alguna enfermedad:	Anemia, p. emocionales, del riñón, sangre, estreñimiento.
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / Kovil E, Apeco, Estrogen
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
<u>HISTORIA DENTAL</u>	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	Si / hace 2 años
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	No
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	Si / Si
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 3 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	Hilo dental, enjuague bucal
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	Si / 2 años
Utiliza enjuague bucal:	Si
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	Si / hace 15 días
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Movilidad en embarazos, hace 28 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 2 meses / cada 3 años

Fig. No. 119: Ficha Clínica

**Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011**

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	53,9	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Folicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	35,7	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Folicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	0,08	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Folicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 120: Examen Hormonal

**Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG
Guayaquil – Ecuador 2011**



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 123: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 124: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 125: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 126: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 127: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 128: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 129: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 130: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 131: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 132: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 7

FICHA MEDICA	FECHA 02.09.2010
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	MCMS
Cl / Edad:	1201373667 / 49 años
Ocupación:	Abogada
Estado civil:	Soltera
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Buena
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si/ Ranitidina, omeprazol, ditopax
Padece de alguna enfermedad:	Gastritis, osteopenia
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / Si. tinox, menotrix
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	Si / hace 8 meses
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	No
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	Si / No
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 2 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	Si
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	Si / hace 8 meses
Utiliza enjuague bucal:	No
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	Si / hace 15 días
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, hace 10 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 8 meses / cada año

Fig. No. 133: Ficha Clínica
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	28,0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausea : Hasta 60
FSH	37,2	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausea : Hasta 160.0
Progesterona	< 0,2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausea : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 134: Examen Hormonal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

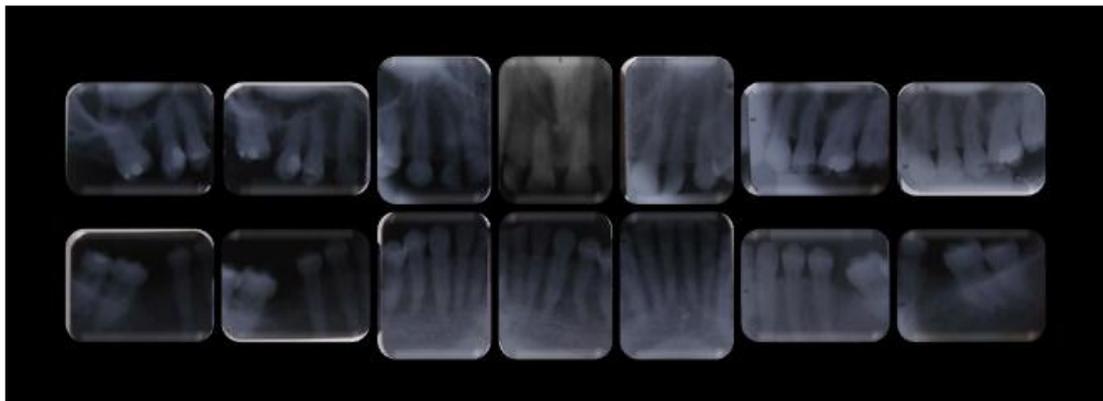


Fig. No. 135: Serie Radiográfica
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

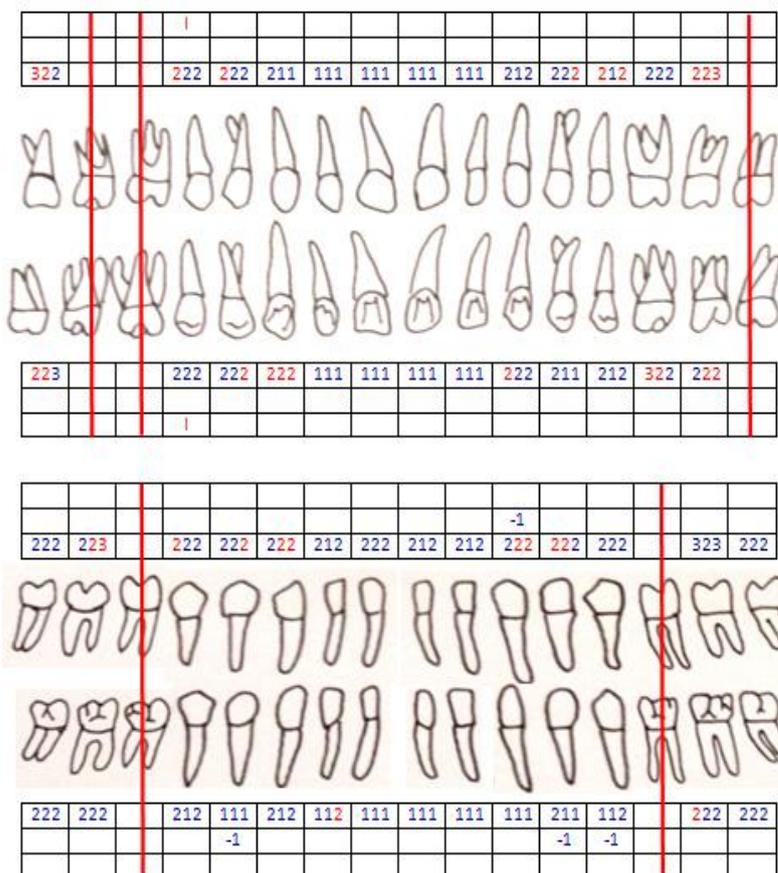


Fig. No. 136: Periodontograma
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

CONTROL DE PLACA BACTERIANA: 48%



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No.137: Vista Frontal

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 138: Vista Oclusal Superior

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 139: Vista Oclusal Inferior

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 140: Vista Lateral Derecha

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 141: Vista Lateral Izquierda

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 142: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No.143: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 144: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 145: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 146: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFEECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 8

FICHA MEDICA	FECHA 03.09.2010
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	CTAB
Cl / Edad:	0700610892 / 65 años
Ocupación:	Maestra niños especiales
Estado civil:	Divorciada
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Regular
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si / Diovan 160 mg
Padece de alguna enfermedad:	Fiebre reumática, hipertensión, osteoporosis.
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	No
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	No
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	No / Si
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 4 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	Si. Enjuague bucal e hilo dental.
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	Si / 5 años
Utiliza enjuague bucal:	Si
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	No
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	No le gustaban, hace 50 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Nunca ha recibido

Fig. No. 147: Ficha Clínica

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)

Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	23,8	pg/mL	Hombres: 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular: 30 - 150 Pre-Ovulación: 150 - 500 Fase Lútea: 30 - 250 Post-menopausea: Hasta 60
FSH	30	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular: 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación: 5.0 - 20.0 Fase Lútea: 1.0 - 10.0 Post-Menopausea: Hasta 160.0
Progesterona	< 0.2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular: 0.1 - 3.1 Fase Lútea: 6.8 - 61.9 Post-Menopausea: 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre: 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre: 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre: 80.0 - 160.0

Fig. No. 148: Examen Hormonal

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG

Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 151: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

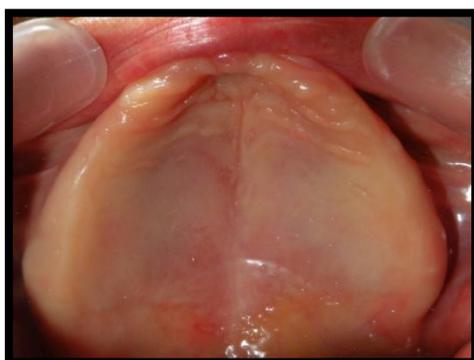


Figura No. 152: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 153: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 154: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 155: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 156: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

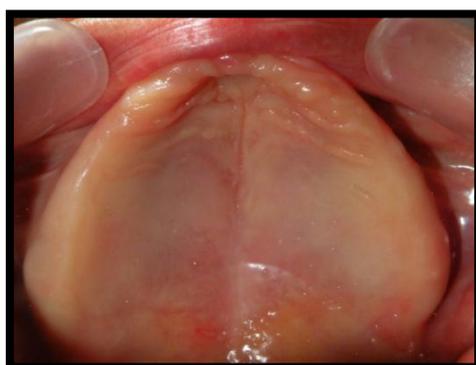


Figura No. 157: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 158: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 159: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 160: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y PATOLÓGICAS

CASO CLÍNICO No. 9

FICHA MEDICA	FECHA 02.09.2010
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	ILMC
Cl / Edad:	090701557910 / 52 años
Ocupación:	Ama de casa
Estado civil:	Soltera
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Regular
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si. Menotrix
Padece de alguna enfermedad:	Hipertensión, gastritis.
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / Si. Menotrix 2,5mg
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	No
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	Si
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	No / No
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 2 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	Enjuague bucal
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	Si / 2 años
Utiliza enjuague bucal:	Si
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	No
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, hace 20 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 1 año / cada 2 años

Fig. No. 161: Ficha Clínica

Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)

Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	< 20,0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	19,0	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	< 0.2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 162: Examen Hormonal

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG

Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 165: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 166: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 167: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 168: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 169: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 170: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 171: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 172: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 173: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 174: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFEECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 10

FICHA MEDICA	FECHA 03.07.2010
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	
Cl / Edad:	0905621462 / 52 años
Ocupación:	Comerciante
Estado civil:	Casada
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Buena
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	No
Padece de alguna enfermedad:	No
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	Si / hace 4 años
En su familia han tenido problemas en sus encías:	Si
Sangran sus encías al cepillarse:	No
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	No / No
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 3 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	Enjuague bucal
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	Si / 4 años
Utiliza enjuague bucal:	Si
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	No
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	En embarazos, hace 24 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 4 años. Casi nunca

Fig. No. 175: Ficha Clínica
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	37,0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	40,1	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	< 0,2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 178: Examen Hormonal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG
Guayaquil – Ecuador 2011



Fig. No. 179: Serie Radiográfica
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

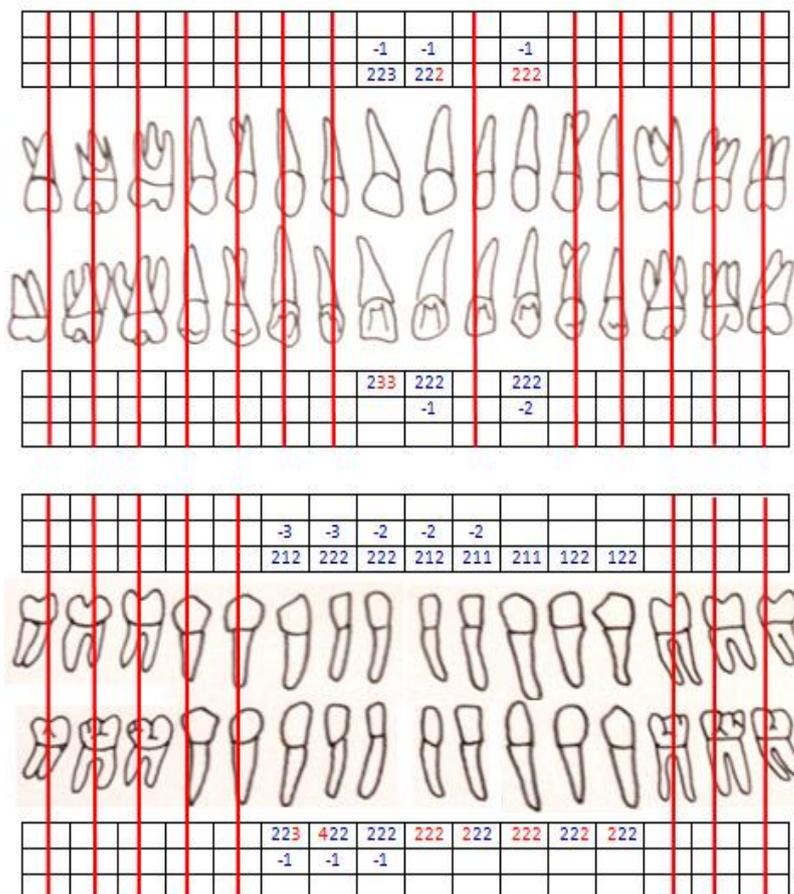


Fig. No. 180: Periodontograma
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

CONTROL DE PLACA BACTERIANA: 31%



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 181: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 182: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 183: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 184: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 185: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 186: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 187: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 188: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 189: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 190: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 11

FICHA MEDICA	FECHA 26.06.2010
<u>DATOS DEL PACIENTE</u>	
Nombre:	NM
Cl / Edad:	0908116379 / 49 años
Ocupación:	Ama de casa
Estado civil:	Divorciada
<u>ANTECEDENTES MÉDICOS</u>	
Salud General:	Buena
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	No
Padece de alguna enfermedad:	Hipertensión, probl. emocionales
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
<u>HISTORIA DENTAL</u>	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	No
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	No
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	Si / Si
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 3 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	No
Utiliza enjuague bucal:	No
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	Si / hace 3 años
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, hace 20 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 7 años

Fig. No. 191: Ficha Clínica
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	38,0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	30,7	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	< 0,2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 192: Examen Hormonal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG
Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 195: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 196: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 197: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 198: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 199: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 200: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 201: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 202: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 203: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 204: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFEECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 12

FICHA MEDICA	FECHA 23.06.2010
<u>DATOS DEL PACIENTE</u>	
Nombre:	JSC
Cl / Edad:	1200732459/ 55 años
Ocupación:	Licenciada en educación
Estado civil:	Soltera
<u>ANTECEDENTES MÉDICOS</u>	
Salud General:	Buena
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si / Tranquilizante
Padece de alguna enfermedad:	Hipertensión, gastritis, asma
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
<u>HISTORIA DENTAL</u>	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	No
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	No
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	No / No
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 2 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	Si / 4 años
Utiliza enjuague bucal:	No
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	No
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries profunda, hace 43 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Nunca ha recibido

Fig. No. 205: Ficha Clínica
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	29,8	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausea : Hasta 60
FSH	85,7	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausea : Hasta 160.0
Progesterona	< 0,2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausea : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 206: Examen Hormonal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG
Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 209: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

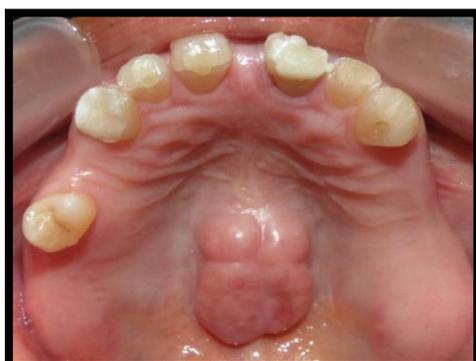


Figura No. 210: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 211: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 212: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 213: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 214: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 215: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 216: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 217: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 218: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFEECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 13

FICHA MEDICA	FECHA 01.09.2010
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	EMFM
CI / Edad:	09073346830/ 52 años
Ocupación:	Costurera
Estado civil:	Soltera
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Buena
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si / Vitamina E, Pharmaton
Padece de alguna enfermedad:	Gastritis
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	No
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	No
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	No / No
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 3 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	Enjuague bucal
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	Si / hace 5 meses
Utiliza enjuague bucal:	Si
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	Si / hace 2
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, por accidente hace 7años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 1 año / cada 3 meses

Fig. No. 219: Ficha Clínica
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	30,0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	30	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	0,2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 220: Examen Hormonal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG
Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No.223: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 224: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 225: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 226: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 227: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 228: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 229: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 300: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No.301: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 302: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLINICO No. 14

FICHA MEDICA	FECHA 01.09.2010
<u>DATOS DEL PACIENTE</u>	
Nombre:	IFTT
Cl / Edad:	0907485379 / 50 años
Ocupación:	Ama de casa
Estado civil:	Casada
<u>ANTECEDENTES MÉDICOS</u>	
Salud General:	Regular
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	No
Padece de alguna enfermedad:	Del hígado
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
<u>HISTORIA DENTAL</u>	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	Si / hace 15 días
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	No
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	No / Si
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 2 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	No
Utiliza enjuague bucal:	No
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	No
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Perdida de soporte, hace 10 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 15 días / cada 2 años

Fig. No. 303: Ficha Clínica
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	26,0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	52,2	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	< 0.2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 304: Examen Hormonal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG
Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 307: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 308: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 309: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 310: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 311: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 312: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 313: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 314: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 315: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 316: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 15

FICHA MEDICA	FECHA 22.11.2010
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	SBOV
CI / Edad:	0908193097 / 51 años
Ocupación:	Ama de casa
Estado civil:	Unión libre
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Regular
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	No
Padece de alguna enfermedad:	Artritis
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	Si / hace 5 meses
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	No
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	No / No
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 3 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	Si / hace 5 meses
Utiliza enjuague bucal:	No
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	Si / hace 3 meses
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, hace 11 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 5 meses / cada año

Fig. No. 317: Ficha Clínica

Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)

Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	29,0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	17,8	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	0,29	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 318: Examen Hormonal

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG

Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 321: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 322: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 323: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 324: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 325: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 326: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 327: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 328: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 329: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 330: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 16

FICHA MEDICA	FECHA 25.11.2010
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	MRFM
Ci / Edad:	0903526648 / 60 años
Ocupación:	Ama de casa
Estado civil:	Soltera
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Regular
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si /Edulco, atenenol, alodipina, aspirina, ac. fólico
Padece de alguna enfermedad:	Hipertensión, diabetes, de la tiroides, del hígado
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	No
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	Si
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	Si / No
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 2 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	No
Utiliza enjuague bucal:	No
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	Si / hace 4 años
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, hace 40 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Nunca ha recibido

Fig. No. 331: Ficha Clínica
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	16,3	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	11,7	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	< 0.2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 332: Examen Hormonal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG
Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No.335: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 336: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 337: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 338: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 339: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 340: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 341: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 342: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 343: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 344: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 17

FICHA MEDICA	FECHA 02.09.2010
<u>DATOS DEL PACIENTE</u>	
Nombre:	AMGV
CI / Edad:	0905672311 / 48 años
Ocupación:	Ama de casa
Estado civil:	Casada
<u>ANTECEDENTES MÉDICOS</u>	
Salud General:	Buena
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	No
Padece de alguna enfermedad:	Hipertensión
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
<u>HISTORIA DENTAL</u>	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	No
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	No
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	No / No
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 2 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	No
Utiliza enjuague bucal:	No
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	Si / hace 3 años
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, hace 30 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 1 año / cada año

Fig. No.345: Ficha Clínica

Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)

Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	25,0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	15,0	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	< 0.2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 346: Examen Hormonal

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG

Guayaquil – Ecuador 2011



Fig. No. 347: Serie Radiográfica
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

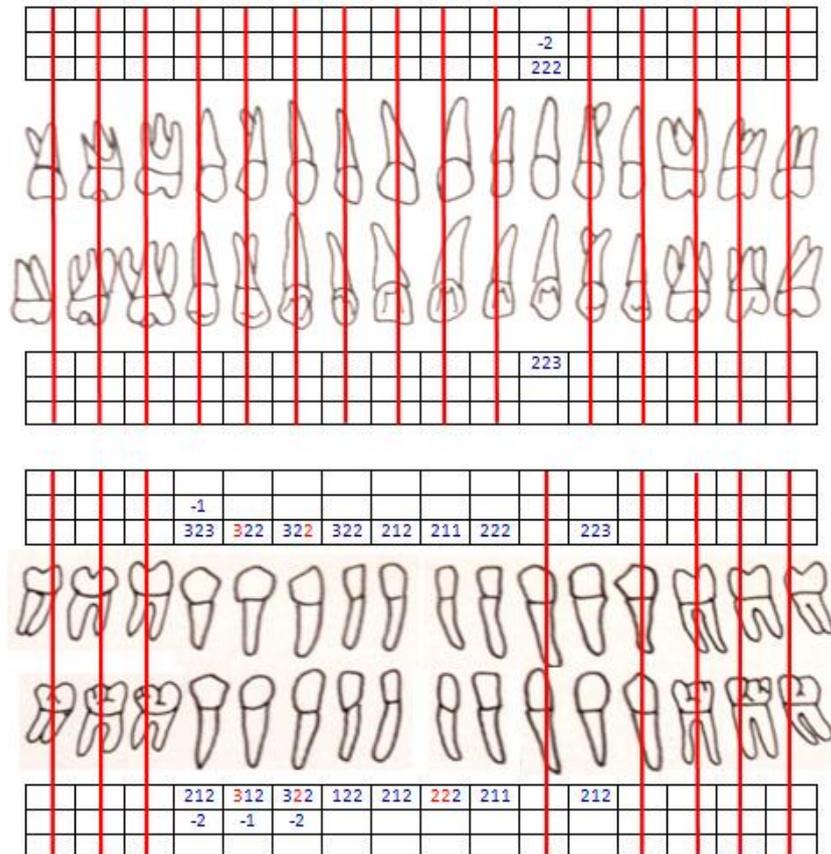


Fig. No. 348: Periodontograma
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

CONTROL DE PLACA BACTERIANA: 52%



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 349: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 350: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 351: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 352: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 353: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 354: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 355: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 356: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 357: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 358: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 18

FICHA MEDICA	FECHA 07.07.2010
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	JB
Cl / Edad:	0904319225 / 59 años
Ocupación:	Ama de casa jubilada
Estado civil:	Divorciada
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Buena
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si /
Padece de alguna enfermedad:	Rinitis
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	Si / hace 1 mes
En su familia han tenido problemas en sus encías:	Si
Sangran sus encías al cepillarse:	Si
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	No / Si
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 2 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	Enjuague bucal
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	Si / hace 6 meses
Utiliza enjuague bucal:	Si
Tiene resequeidad bucal / hace cuanto tiempo:	No
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, hace 29 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 1 mes / cada 2 años

Fig. No. 359: Ficha Clínica

Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)

Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	35,0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	25,8	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	0,2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 360: Examen Hormonal

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG

Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No.363: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 364: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 365: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 366: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 367: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 368: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 368: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 369: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 370: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 371: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y PATOLÓGICAS

CASO CLÍNICO No. 19

FICHA MEDICA	FECHA 22.07.2010
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	VCCP
Cl / Edad:	0907338065 / 52 años
Ocupación:	Arquitecta
Estado civil:	Casada
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Buena
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	No
Padece de alguna enfermedad:	No
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	No
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	No
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	No / Si
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 3 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	Enjuague bucal e hilo dental
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	No
Utiliza enjuague bucal:	Si
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	No
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, hace 30 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 2 años / cada año

Fig. No. 372: Ficha Clínica

Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)

Guayaquil – Ecuador 2011

EXAMEN DE SANGRE	RESULTADOS	VALORES REFERENCIALES
ESTRADIOL	5.00 pg/ml	Hombres: 15 - 55 Mujeres: Fase folicular: 30 - 150 Pre ovulación: 150 - 500 Fase Luteínica : 30 - 250 Post Menopausia : Hasta 60 Embarazo 1er. Trim Emb. : 786 - 4584 2do. Trim Emb. : 801 - 5763 3er. Trim Emb. : 1810 - 13890 Niños 1 a 10 años : hasta 15 11 a 17 años : hasta 50 Niñas 1 a 17 años : hasta 70
F.S.H	76.37 mIU/mL	Mujeres Fase folicular 4.0-13.0 mIU/mL Pico ovulación 5.0-22.0 mIU/mL Fase luteal 2.0-13.0 mIU/mL Post menopausia 20.0 -138.0 mIU/mL Hombres 1.0 -8.0 mIU/mL Niños Hasta 3.0 mIU/mL
Progesterona	0.13 ng/ml	Mujeres: Fase folicular : 0.27 - 2.61 ng/mL Fase lutea : 3.28 - 38.63 ng/mL Fase mitad luteal 5.25 -38.63 ng/mL Post menopausia : 0.20 -0.82 ng/mL Embarazo Emb. 1 trim : 12.26 - 81.80 ng/mL Emb. 2 trim : 11.11 - 81.40 ng/mL Emb. 3 trim : 39.30 - 387.80 ng/mL Hombres : 0.20 - 3.37 ng / mL Niños : Hasta 20.1 ng/ml

Fig. No. 373: Examen Hormonal

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG

Guayaquil – Ecuador 2011



Fig. No. 374: Serie Radiográfica
 Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
 Guayaquil – Ecuador 2011

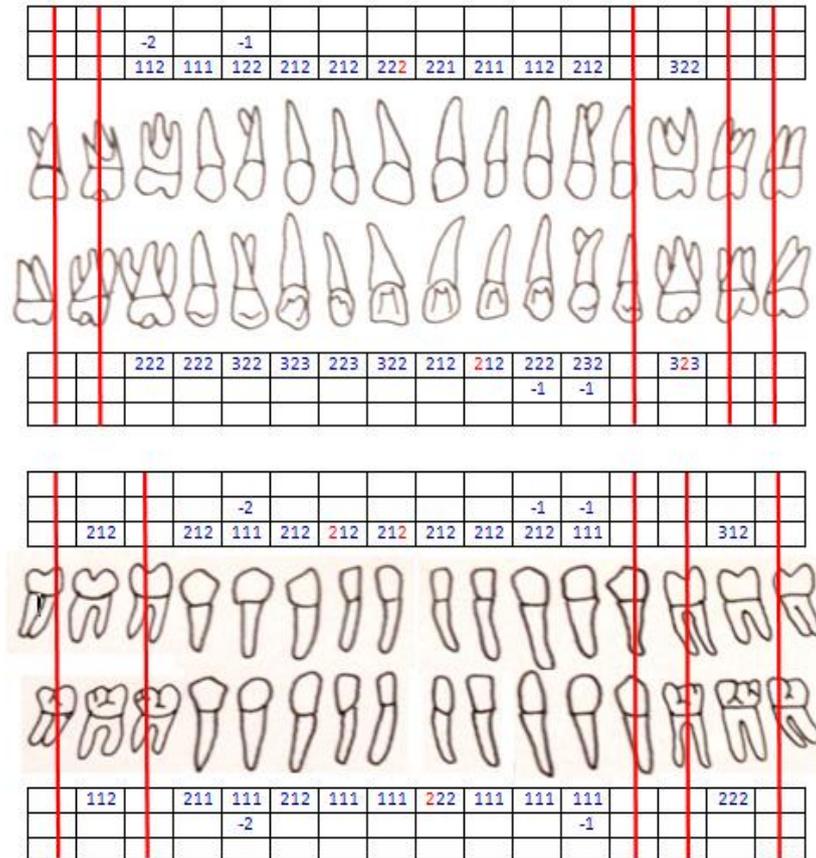


Fig. No. 375: Periodontograma
 Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
 Guayaquil – Ecuador 2011

CONTROL DE PLACA BACTERIANA: 49%



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 376: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 377: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 378: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 379: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 380: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 381: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 382: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 383: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 384: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 385: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 20

FICHA MEDICA	FECHA 16.09.2010
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	ACCR
Ci / Edad:	0934567321 / 58 años
Ocupación:	Abogada
Estado civil:	Casada
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Regular
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si/ Cardiovox
Padece de alguna enfermedad:	Hepatitis, hipertensión, gastritis, p. emocionales
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	No
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	No
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	No / No
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 3 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	Enjuague bucal, hilo dental
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	No
Utiliza enjuague bucal:	Si
Tiene resequeza bucal / hace cuanto tiempo:	Si / hace 2 años
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, hace 25 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Nunca ha recibido

Fig. No. 386: Ficha Clínica
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	45,0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	87,4	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	0,2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 387: Examen Hormonal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG
Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 390: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 391: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 392: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 393: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 394: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 395: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 396: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 397: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 398: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 399: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFEECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 21

FICHA MEDICA	FECHA 02.09.2010
<u>DATOS DEL PACIENTE</u>	
Nombre:	AGVV
Cl / Edad:	0907785026 / 48 años
Ocupación:	Ama de casa
Estado civil:	Casada
<u>ANTECEDENTES MÉDICOS</u>	
Salud General:	Regular
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si / Amoxicilina, analgen.
Padece de alguna enfermedad:	Dolor óseo
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
<u>HISTORIA DENTAL</u>	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	No
En su familia han tenido problemas en sus encías:	Si
Sangran sus encías al cepillarse:	Si
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	Si / No
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 2 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	No
Utiliza enjuague bucal:	No
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	No
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, hace 30 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Nunca ha recibido

Fig. No. 380: Ficha Clínica
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	< 20.0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	21,0	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	< 0.2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 381: Examen Hormonal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG
Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 384: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

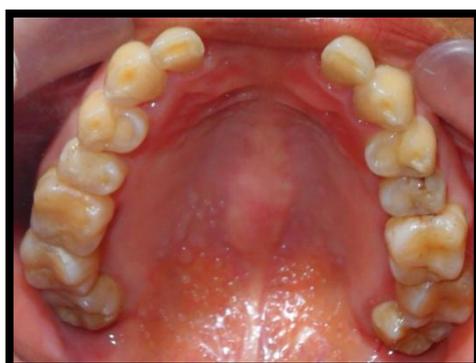


Figura No. 385: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 386: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 387: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 388: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No.389: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 390: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 391: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 392: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 393: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y PATOLÓGICAS

CASO CLÍNICO No. 22

FICHA MEDICA	FECHA 06.10.2010
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	JRTP
Cl / Edad:	0905908885 / 51 años
Ocupación:	Asistente de Peluquería
Estado civil:	Casada
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Regular
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si / Menotrix
Padece de alguna enfermedad:	Hipertensión, dolor en articulaciones
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / Menotrix
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	Si / hace 3 meses
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	Si
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	Si / No
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 3 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	Enjuague bucal
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	Si / 3 meses
Utiliza enjuague bucal:	Si
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	Si / hace 5 años
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, hace 25 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 3 meses / cada 8 meses

Fig. No. 394: Ficha Clínica
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	45,0	pg/mL	Hombres: 15 - 55 Mujeres: Fase Folicular: 30 - 150 Pre-Ovulación: 150 - 500 Fase Lútea: 30 - 250 Post-menopausa: Hasta 60
FSH	87,4	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Folicular: 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación: 5.0 - 20.0 Fase Lútea: 1.0 - 10.0 Post-Menopausa: Hasta 160.0
Progesterona	0,2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Folicular: 0.1 - 3.1 Fase Lútea: 6.8 - 61.9 Post-Menopausa: 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre: 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre: 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre: 80.0 - 160.0

Fig. No. 395: Examen Hormonal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG
Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 398: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 399: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 400: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 401: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 402: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No.403: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 404: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 405: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 406: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 407: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y PATOLÓGICAS

CASO CLÍNICO No. 23

FICHA MEDICA	FECHA 07.10.2010
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	MECR
Cl / Edad:	0901963447 /57 años
Ocupación:	Ama de casa
Estado civil:	Divorciada
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Buena
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si / Diaformina plus
Padece de alguna enfermedad:	Hipertensión, gastritis, del hígado
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	Si / hace 1 año
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	Si
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	Si / Si
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 3 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	Enjuague bucal
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	No
Utiliza enjuague bucal:	Si
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	Si / hace 6 meses
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, hace 15 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 1 año / cada 6 meses

Fig. No. 408: Ficha Clínica

Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)

Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	30,0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Folicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	21,0	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Folicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	0,2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Folicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 28.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 409: Examen Hormonal

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG

Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 412: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 413: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 414: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 415: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 416: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 417: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 418: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 419: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 420: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 421: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y PATOLÓGICAS

CASO CLÍNICO No. 24

FICHA MEDICA	FECHA 08.072010
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	BTB
CI / Edad:	1301571319 / 64 años
Ocupación:	Modista
Estado civil:	Casada
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Regular
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si.
Padece de alguna enfermedad:	Fiebre reumática, hipertensión, artritis, gastritis, osteoporosis, del hígado.
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	Si / hace 2 años
En su familia han tenido problemas en sus encías:	Si
Sangran sus encías al cepillarse:	Si
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	No /Si
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 2 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	No
Utiliza enjuague bucal:	No
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	No
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, hace 25 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 2 años/ No es constante

Fig. No. 422: Ficha Clínica

Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)

Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	23,0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	34,7	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	< 0,2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 423: Examen Hormonal

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG

Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 426: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 427: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 428: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 429: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 430: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No.431: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 432: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 433: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 434: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 435: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 25

FICHA MEDICA	FECHA 06.09.2010
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	MACA
Cl / Edad:	0701324006 / 52 años
Ocupación:	Comerciante
Estado civil:	Casada
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Regular
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si.
Padece de alguna enfermedad:	Gastritis
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / Menotrix
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	No
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	No
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	No / No
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 2 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	Enjuague bucal
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	No
Utiliza enjuague bucal:	Si
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	Si / hace 2 años
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, dolor en molares hace 8 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 1 año / No es constante

Fig. No. 436: Ficha Clínica
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	45,0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	87,4	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	0,2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 437: Examen Hormonal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG
Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 440: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 441: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 442: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 443: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 444: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 445: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 446: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 447: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 448: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 449: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y PATOLÓGICAS

CASO CLÍNICO No. 26

FICHA MEDICA	FECHA 08.09.2010
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	MMG
CI / Edad:	0901641696 / 65 años
Ocupación:	Auxiliar de Enfermería
Estado civil:	Divorciada
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Regular
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si / Atenolol, anglodipina.
Padece de alguna enfermedad:	Hipertensión
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	Si / hace 2 meses
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	No
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	Si / Si
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 3 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	Enjuague bucal
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	Si / 1 año
Utiliza enjuague bucal:	Si
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	No
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Temor a restaurarlos los extraía / hace 47 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 2 meses / cada año

Fig. No. 450: Ficha Clínica

Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)

Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	< 20.0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	31,8	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	< 0.2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 451: Examen Hormonal

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG

Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 454: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 455: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 456: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 457: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 458: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No.459: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 460: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 461: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 462: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 463: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 27

FICHA MEDICA	FECHA 17.09.2010
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	NJPA
Cl / Edad:	0907205512 / 50 años
Ocupación:	Ama de casa
Estado civil:	Soltera
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Regular
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si/ menotrix, livial, ibenol
Padece de alguna enfermedad:	Anemia, osteopenia
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / menotrix, livial, ibenol
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	No
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	Si
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	No / No
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 2 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	No
Utiliza enjuague bucal:	No
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	Si / hace 1 año
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, hace 10 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Nunca ha recibido

Fig. No. 464: Ficha Clínica
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	21,0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausea : Hasta 60
FSH	16	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausea : Hasta 160.0
Progesterona	< 0.2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausea : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 465: Examen Hormonal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG
Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 468: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 469: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 470: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No.471: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 472: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 473: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 474: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 475: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 476: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 478: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 28

FICHA MEDICA	FECHA 24.06.2010
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	RJB
Cl / Edad:	0900636689 / 63 años
Ocupación:	Ama de casa
Estado civil:	Viuda
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Buena
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si
Padece de alguna enfermedad:	Osteoporosis
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	No
En su familia han tenido problemas en sus encías:	Si
Sangran sus encías al cepillarse:	Si
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	Si / Si
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 3 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	Enjuague bucal
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	No
Utiliza enjuague bucal:	Si
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	Si / hace 6 meses
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, hace 14 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 2 años / cada año

Fig. No. 479: Ficha Clínica
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011

HORMONAS				
FSH	10,9	mIU/mL	Hombres:	1.0 - 12.0
			Mujeres:	
			Fase Follicular :	3.0 - 10.0
			Pre-Ovulación :	5.0 - 20.0
			Fase Lútea :	1.0 - 10.0
			Post-Menopausia :	Hasta 160.0
Progesterona	0,012	ng/mL	Hombres:	0.2 - 2.5
			Mujeres:	
			Fase Follicular :	0.1 - 3.1
			Fase Lútea :	6.8 - 61.9
			Post-Menopausia :	0.1 - 3.9
			Embarazo 1er Trimestre :	9.0 - 35.0
			Embarazo 2do Trimestre :	29.0 - 50.0
			Embarazo 3er Trimestre :	80.0 - 160.0
Estradiol	5,6	pg/mL	Hombres :	15 - 55
			Mujeres:	
			Fase Follicular :	30 - 150
			Pre-Ovulación :	150 - 500
			Fase Lútea :	30 - 250
			Post-menopausia :	Hasta 60

Fig. No. 480: Examen Hormonal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG
Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 483: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 484: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 485: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 486: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 487: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 488: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 489: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 490: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 491: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 492: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 29

FICHA MEDICA	FECHA 08.07.2010
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	AAMC
Ci / Edad:	0906794888 / 54 años
Ocupación:	Ama de casa
Estado civil:	Divorciada
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Regular
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	No
Padece de alguna enfermedad:	Hipertensión
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	Si / hace 2 meses
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	No
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	No / No
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 3 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	Enjuague bucal
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	No
Utiliza enjuague bucal:	Si
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	No
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries y temor a restaurarlos, hace 30 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 2 meses / cada año

Fig. No. 493: Ficha Clínica

Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)

Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	43,0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	109	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	1,6	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 494: Examen Hormonal

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG

Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 497: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 498: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 499: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 500: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 501: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 502: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 503: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 504: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No.505: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 506: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



**EFFECTO DE LOS CAMBIOS HORMONALES DURANTE LA MENOPAUSIA
POSTMENOPAUSIA SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES NORMALES Y
PATOLÓGICAS**

CASO CLÍNICO No. 30

FICHA MEDICA	FECHA 10.02.2011
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre:	TCFM
Cl / Edad:	0904571650 / 59 años
Ocupación:	Ama de casa
Estado civil:	Viuda
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Salud General:	Mala
Esta bajo Tratamiento médico / medicación:	Si. / Adopina, Duculá
Padece de alguna enfermedad:	Hipertensión, osteoporosis
Está en la menopausia / tratamiento hormonal y medicación:	Si / No
Valoraciones hormonales en sangre:	Se adjunta
HISTORIA DENTAL	
Ha recibido tratamiento periodontal / hace cuanto:	Si / hace 1 año
En su familia han tenido problemas en sus encías:	No
Sangran sus encías al cepillarse:	No
Siente móvil sus dientes / Han cambiado de posición sus dientes:	No / Si
Cepilla a diario sus dientes / # veces:	Si / 2 veces
Emplea otro método de higiene bucal:	No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillado dental e hilo dental / hace cuanto tiempo:	No
Utiliza enjuague bucal:	No
Tiene resequedad bucal / hace cuanto tiempo:	Si / hace 2 años
Los dientes ausentes, porqué y hace cuanto tiempo los perdió:	Caries, hace 15 años
Ultima limpieza profesional de su boca/cada cuanto la recibe:	Hace 1 año/ cada año

Fig. No. 507: Ficha Clínica

Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)

Guayaquil – Ecuador 2011

IMUNOLOGIA - SEROLOGIA			
TEST	RESULTADO	UNIDADES	Rango de referencia
Estradiol	45,0	pg/mL	Hombres : 15 - 55 Mujeres: Fase Follicular : 30 - 150 Pre-Ovulación : 150 - 500 Fase Lútea : 30 - 250 Post-menopausa : Hasta 60
FSH	87,4	mIU/mL	Hombres: 1.0 - 12.0 Mujeres: Fase Follicular : 3.0 - 10.0 Pre-Ovulación : 5.0 - 20.0 Fase Lútea : 1.0 - 10.0 Post-Menopausa : Hasta 160.0
Progesterona	0,2	ng/mL	Hombres: 0.2 - 2.5 Mujeres: Fase Follicular : 0.1 - 3.1 Fase Lútea : 6.8 - 61.9 Post-Menopausa : 0.1 - 3.9 Embarazo 1er Trimestre : 9.0 - 35.0 Embarazo 2do Trimestre : 29.0 - 50.0 Embarazo 3er Trimestre : 80.0 - 160.0

Fig. No. 508: Examen Hormonal

Fuente: Ma. Fernanda Paredes B. Laboratorio Clínico UCSG

Guayaquil – Ecuador 2011



ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 511: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 512: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 513: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 514: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 515: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL



Figura No. 516: Vista Frontal
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 517: Vista Oclusal Superior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 518: Vista Oclusal Inferior
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 519: Vista Lateral Derecha
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



Figura No. 520: Vista Lateral Izquierda
Fuente: Ma. Fernanda Paredes (UCSG)
Guayaquil – Ecuador 2011



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mallat, Ernest. **PROTESIS FIJA ESTETICA.- UN ENFOQUE CLINICO E INTERDISCIPLINARIO.** España: Elsevier, 2007.
2. Newman, Takei y Carranza. **PERIODONTOLOGIA CLINICA.** Novena edición. México: McGraw-Hill Interamericana, 2004.
3. <http://www.spch.cl>. **SOCIEDAD DE PERIODONCIA DE CHILE,** Publicado 2008.
4. Wolf H., Hassell T. **ATLAS A COLOR DE PERIODONTOLOGIA.** Alemania. Amolca, 2009.
5. <http://www.perio.org>. **AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY.** 2010
6. Santos Vicente Laserna. **HIGIENE DENTAL PERSONAL DIARIA.** Canadian National Catalogue. 2008
7. Cuenca E, Baca P. **ODONTOLOGIA PREVENTIVA Y COMUNITARIA.** TERCERA EDICION Barcelona España. Masson S.A. 2005
8. Morales Martínez Fernando. **TEMAS PRÁCTICOS EN GERIATRIA Y GERONTOLOGIA.** Tomo III. San José, Costa Rica. Universidad Estatal a Distancia, 2007.
9. <http://www.elsiglodetorreon.com.mx>. Domínguez González Raúl. **ALECO.** 2002.



10. Llamos Santiago **ENDOCRINOLOGIA EN GINECOLOGIA I.**
Tomo I. La Habana: Ecmec 2006
11. Arteaga E., Contreras P. **CONSENSO EN CLIMATERIO.** Santiago
de Chile: Sociedad Chilena de Climaterio 2001
12. <http://www.34-menopause-symptoms.com>, **34 MENOPAUSE
SYMPTOMS.** Menopause Articles .2010
13. Becerra Fernández Antonio. **LA EDAD DE LA MENOPAUSIA.** Dias de
Santo S.A. Madrid 2003
14. Bullon P, Chandler L, Segura-Egea JJ, Perez-Cano R, Martinez-Sahu
quillo A. **OSTEOCALCIN IN SERUM, SALIVA AND GINGIVAL
CREVICULAR FLUID: THEIR RELATION WITH
PERIODONTAL TREATMENT OUTCOME IN
POSTMENOPAUSAL WOMEN.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal
2007.
15. Mascitelli L., Francesca Pezzetta. **MENOPAUSE, VITAMIN D, AND
ORAL HEALTH.** Cleveland clinic journal of medicine. August
2009.
16. Valerio Maria. Información para el paciente. **XEROSTOMIA,
SINDROME DE BOCA SECA.** 2007 <http://www.elmundo.es>
17. Bascones Antonio, Tenovuo J. **AVANCES EN
ODONTOESTOMATOLOGÍA.** Madrid 2007.
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-
12852007000300002&script=sci_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852007000300002&script=sci_arttext)



18. Cawson R., Odell E. **FUNDAMENTOS DE MEDICINA Y PATOLOGIA ORAL**. Octava Edición. Elsevier. España 2007
19. Sáez R., **ORAL CHANGES IN THE OLDER ADULT**. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología. http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_4_07/est11407.pdf CUBA. 2007
20. Fernanda Ferreira Lopes, Flávia Helen Furtado Loureiro², Adriana de Fátima Vasconcelos Pereira³. Col. **ASSOCIAÇÃO ENTRE OSTEOPOROSE E DOENÇA PERIODONTAL EM MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA**. Departamento de Odontologia II da Universidade Federal do Maranhão UFMA São Luís (MA), Brasil. 2008
21. Navarro Vila Carlos, García Marín Fernando, Caicoya Santiago. **CIRUGIA ORAL**. Arán Ediciones. España 2008
22. Harrison S.W y Roda R.S. **INTERMEDIATE CEMENTUM: DEVELOPMENT, STRUCTURE, COMPOSITION AND POTENTIAL FUNCTIONS**. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol End. 1995; 79:624-33. 2004
23. Carolina Gallego, Gerardo Chacón. **ULCERATIVAS NECROTIZANTES**. Universidad CES. Revista CES Odontología. Vol. 23 No. 1 2010.
24. Lindhe Jan, Lang Niklaus, Thorkild Karring. **PERIDONTOLOGIA CLINICA E IMPLANTOLOGIA ODONTOLOGICA**. 5ta edición. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2009



25. Martin S. Greenberg. **AN UPDATE OF THE ETIOLOGY AND MANAGEMENT OF XEROSTOMIA.** ORAL Surgery Oral Medicine Oral Pathology. Universidad de Londres 2004
26. Elvira Crespo Vásquez. **INFLUENCIA DE LAS FUERZAS OCLUSALES SOBRE LA REABSORCIÓN RADICULAR EN DIENTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL.** Universidad de Santiago de Compostela USC. 2007
27. Gómez Guzman Mauricio, Ferro Camargo Maria. **PERIODONCIA FUNDAMENTOS DE LA ODONTOLOGIA.** Pontifica Universidad Javeriana, Segunda Edición. Bogota 2007.
28. W. Pschyrembel. **GINECOLOGÍA PRÁCTICA.** Cuarta Edición Editorial Walter de Gruyter & Co., Berlín 1990.
29. Audesirk Teresa, Audesirk Gerald. **BIOLOGIA, LA VIDA EN LA TIERRA.** Cuarta Edición, editorial Pearson, 2000.
30. Tortora Gerard, Grabowski Sandra. **PRINCIPIOS DE ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA.** Oxford University Press. Novena Edición, 2002.
31. Frutos R, Rodríguez S, Miralles L, Machuca G. **MANIFESTACIONES ORALES Y MANEJO ODONTOLÓGICO DURANTE LA MENOPAUSIA.** Medicina Oral 2002; Vol. 7: 26-35. Sevilla España.