

PREVALENCIA DE COLAPSO DE REBORDE ALVEOLAR SEGÚN LA CLASIFICACION DE SEIBERT TIPO I,II,III EN PACIENTES DE LAS CLINICAS DE PREGRADO DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO 2003

García, Y. Palacios, J. Alejo, L. Álvarez, L. Moreno, J. Sepúlveda, S. *
Tawse-Smith, A. **
Hurtado, C. ***
Ibañez, M. ****

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia del colapso de reborde alveolar mediante la clasificación de Seibert, tipo I,II,III en pacientes de la clínica de pregrado del Colegio Odontológico Colombiano

MATERIALES Y METODOS: Se escogieron 350 participantes mediante el muestreo consecutivo de pacientes que ingresaron a la clínica de pregrado sede centro del Colegio Odontológico Colombiano a partir del 15 de agosto al 20 de septiembre, los pacientes que participaron en este estudio asistían a consulta odontología siendo mayores de 18 años, Las variables sociodemográficas evaluadas fueron género, grupos de edad, estrato socioeconómico, y otras como condiciones sistémicas y colapso de reborde alveolar. Previa prueba piloto y calibración de los examinadores, se procedió a la recolección de datos y evaluación del colapso de reborde alveolar, utilizando una hoja maestra y una regilla transparente milimétrica estandarizada.

RESULTADOS: De los 350 pacientes observados el 44,6% eran de género masculino y el 55,4% femenino, 32% mayores de 18 años, 30% entre 30-39 años, 15,7% entre 40-49, 12,6% entre 50-59 años y 9,7% mayores de 60 años. Con respecto al estrato socioeconómico el estrato uno es de 32,9% y estrato dos 67,1%. La prevalencia puntal de colapso de reborde alveolar es de 76,2%, la etiología más frecuente de colapso de reborde alveolar es exodoncia por caries en un 74,2%, el 46,3% no presentan ninguna condición restaurativa en el área del colapso.

CONCLUSIONES: La población en cuanto al género más afectada fue el femenino, de acuerdo a la población evaluada los pacientes que más ingresaron a nuestro estudio fueron menores de 30 años pero al ser relacionados con la prevalencia de colapso de reborde alveolar la edad más afectada fue de 30 a 39 años, determinando de esta manera que existe una significativa relación entre la edad y la prevalencia. Los pacientes ubicados en el estrato socioeconómico dos son los que más acuden a la clínica de pregrado del Colegio Odontológico Colombiano sede centro, no existe una relación significativa entre el estrato y prevalencia de colapso de reborde alveolar.

Palabras claves: prevalencia, colapso, seibert, reborde alveolar, sextante

ABSTRACT

OBJECTIVE: to determine the prevalence of the collapse of alveolar edge by means of the classification of Seibert, type I, II, III in patient of the clinic of pregrado of the College Colombian Odontológico

MATERIALS AND METHODS: 350 participants were chosen by means of the serial sampling of patients that you/they entered to the clinic of pregrado headquarters center of the College Colombian Odontológico starting from August 15 at September 20, the patients that participated in this study they attended consultation dentistry being bigger than 18 years, The variable valued sociodemographic was gender, age groups, socioeconomic stratum, and others ace systemic conditions and collapse of alveolar edge. Previous test pilot and calibration of the examiners, you proceeded to the gathering of data and evaluation of the collapse of alveolar edge, using a leaf teacher and a grill transparent standardized kilometrical.

RESULTS: Of the 350 observed patients 44,6% was of I generate masculine and 55,4 feminine%, 32% bigger than 18 years, 30% among 30-39 years, 15,7% among 40-49, 12,6% between 50-59 years and 9,7% bigger than 60 years. With regard to the socioeconomic stratum the stratum one i of 32,9% and stratum two 67,1%. The prevalence prop of collapse of alveolar edge i of 76,2%, the most frequent etiology in collapse of alveolar edge i exodontias for cavity in 74,2%, 46,3% doesn't present any restorative condition in the area of the collapse.

SUMMATIONS: The population as for the I generate more affected it was the feminine one, according to the valued population the patients that more entered to our study were smaller than 30 years but to the being related with the prevalence of collapse of alveolar edge the most affected age went from 30 to 39 years, determining in this way that a significant relationship exists between the age and the prevalence. The patients located in the socioeconomic stratum two are those that more Odontológico Colombian headquarters center goes to the clinic of pregrado of the College, a significant relationship doesn't exist between the stratum and prevalence of collapse of alveolar edge.

Keys words:: it prevailed, collapse, seibert, alveolar edge, sextant

* Estudiantes X semestre
** Asesor Científico
*** Asesor Metodológico
**** Asesor Estadístico

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la revisión realizada en diferentes fuentes entre ellas facultades de odontología de Bogotá y bases de datos de estudios odontológicos de investigación, hemos detectado que no existen reportes de estudios de prevalencia relacionados con colapso de reborde alveolar.

El termino de defecto de reborde alveolar localizado es definido por Studer, en 1997 como un déficit volumétrico de extensión limitada de hueso y tejido blando del proceso alveolar el cual ocasiona un problema funcional y estético gingival que no favorece la rehabilitación oral, la causa primaria de los defectos de rebordes residuales localizados. Es la pérdida de hueso antes o durante la remoción de un diente, exodoncias traumáticas, enfermedad periodontal avanzada, formación de abscesos y trauma quirúrgico en la extirpación de tumores, traumatismo facial por deporte o por accidente automovilístico, heridas por impacto de arma o fragmentos de proyectil. ¹

A ese reborde se le llama reborde normal, aun cuando este haya conservado sus dimensiones vestíbulo linguales y apico-coronarias. No es normal en muchos aspectos por ejemplo las eminencias que existían en el hueso sobre las raíces ya no se encuentran luego de haberse perdido el diente y que por consecuencia de esta también se pierden las papilas interdentes. Los contornos del reborde normal pueden crear problemas al odontólogo rehabilitador, cuando se quiere obtener una apariencia real con una prótesis fija y sus respectivos pónicos. En otras palabras en presencia de una cresta normal puede ser difícil o imposible producir una prótesis fija que realmente restaure la estética y la función de la dentición natural. ²

Según Seibert la clasificación del reborde alveolar se presenta en tres categorías. Clase I, cuando se presenta pérdida vestibulo, lingual con altura normal de reborde en dimensión apico- coronal; Clase II, cuando se presenta pérdida apico-coronal de tejido, con ancho normal de reborde en dirección y vestibulo lingual; Clase III se presenta una combinación de pérdida de

tejido vestibulo lingual y apico coronal que resulta en pérdida de altura y anchura normal. Cuando un diente superior es extraído la pared vestibular se reabsorbe aunque haya nueva formación ósea cerca del hueso palatino. ²

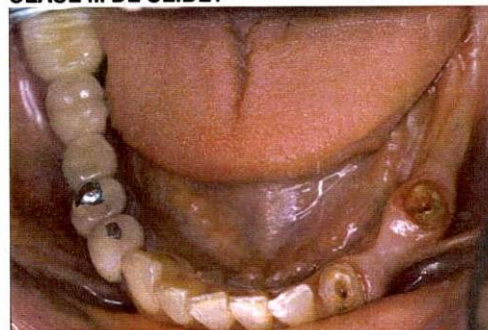
CLASE I DE SEIBET



CLASE II DE SEIBET



CLASE III DE SEIBET



Esta clasificación es modificada posteriormente en donde incluyen una subdivisión de acuerdo a la magnitud del defecto leve: menor a 3mm; moderada de 3 a 6 mm; y severa: mayor de 6mm respectivamente. ³

Cuando un diente superior es extraído la pared vestibular se reabsorbe aunque halla nueva formación ósea, cerca del hueso palatino sin embargo los mecanismos biológicos de la cicatrización del alvéolo no han sido descritos en su totalidad. ⁴

La resorción de la cresta residual después de la pérdida de los dientes es un problema oral multifactorial. Progresiva y acumulativa enfermedad del hueso remodelado. La cantidad y proporción de Resorción de la cresta residual varía entre los pacientes y se da en diferentes tiempos. Ambos son afectados por múltiples factores. Una cresta residual severamente reducida, constituye una serie de problemas complicando la rehabilitación protésica para la construcción de la protodoncia removible o el uso de implantes dentales. 5

El comportamiento biológico que se lleva a cabo posterior a la exodoncia de un diente. Ha sido estudiado como una secuencia de eventos que se dan a nivel del hueso alveolar, en el cual la forma y la extensión del hueso alveolar van a determinar el remodelado óseo. 6

Después de una exodoncia se da un crecimiento de tejido conectivo inmaduro extraesquelético dentro del espacio originalmente ocupado por el diente y que una combinación de tejido blando y hueso llena el defecto del alveolo inicialmente se forma un coágulo de fibrina el cual rellena completamente el alveolo posteriormente es liso e invadido por un tejido de granulación en la periferia del alveolo. El tejido conectivo inmaduro es visible en el cuarto día post-exodoncia y el tejido osteoide es evidente para la base del alveolo en el séptimo día la epitelialización de la herida ocurre alrededor del cuarto día y a los veintiocho días el alvéolo es llenado en dos tercios aproximadamente de hueso. 7

La pérdida dentaria en la población Colombiana es frecuente y causada principalmente por la caries dental, enfermedad periodontal avanzada y el trauma dentó-alveolar, la pérdida de uno varios dientes puede ocasionar el colapso del reborde alveolar ocasionando asimetrías, que dificultan la rehabilitación de estas áreas y a su vez problemas estéticos.

La prevalencia de esta patología en la población Colombiana no se conoce estudios epidemiológicos han demostrado la importancia de conocer la prevalencia de varias patologías orales para así desarrollar

programas preventivos y estrategias terapéuticas. La prevalencia refleja la situación existente en ese instante y por ello se dice que expresa un concepto estadístico el cual equivale a un censo de la enfermedad a su vez la prevalencia puede determinar diferentes factores de riesgo y su fuerza de asociación con una enfermedad puede ser muy variable entre comunidades aparentemente similares. 8

Los procedimientos regenerativos se emplean en situaciones en las que se espera que el resultado del tratamiento mejore las condiciones arquitectónicas locales, así como la función y el pronóstico de los dientes afectados. 9

Los objetivos de este estudio son determinar la prevalencia de colapso de reborde alveolar mediante la clasificación de Seibert tipo I, II y III en pacientes de la clínica de pregrado del Colegio Odontológico Colombiano que ingresaron en el año 2003.

- Determinar la prevalencia puntual en general de colapso de reborde alveolar en un periodo determinado.
- Establecer la relación existente entre la prevalencia y las variables a evaluar (grupos de edades, género, estrato socioeconómico)
- Establecer la relación existente entre la clasificación de Seibert con respecto a los sextantes de ubicación y las medidas por tercios
- Identificar la etiología y la condición restaurativa más frecuente con colapso de reborde alveolar.

MATERIALES Y METODOS

Muestra

El presente estudio se realizó en las clínicas de pregrado del Colegio Odontológico Colombiano sede centro, es un estudio observacional de tipo descriptivo transversal abierto

Población Diana

La selección de la muestra será consecutiva; se realizara diariamente durante un periodo determinado (a partir del 15 de Agosto hasta el 20 de Septiembre).

Población Elegible

Se tomarán pacientes cumpliendo con los siguientes criterios:

- Participantes mayores de 18 años
- Participantes que ingresan a la clínica de pregrado sede centro del COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

El muestreo que se realizó es de tipo no probabilística con una de las técnicas más utilizadas que es el Muestreo Consecutivo.

Tomando así pacientes que asistan a consulta odontológica o que estén llevando algún tratamiento odontológico en las clínicas.

La población estudiada: será de 350 pacientes. El muestreo que se realizó es de tipo no probabilística con una de las técnicas más utilizadas que es el Muestreo Consecutivo.

-Calibración y prueba piloto

Se realizó el proceso de información a los docentes y pacientes de la clínica sede centro del Colegio Odontológico Colombiano explicando los pasos a realizar en la calibración para la investigación. Mediante una prueba piloto se analizaron 30 pacientes a los cuales se les leyó y explicó el acta de consentimiento informado según resolución 8430/93 de Minsalud; posteriormente firmada por estos. El instrumento utilizado para recolección de algunos datos importantes sobre los pacientes fue una hoja maestra que incluía: fecha, edad, género, estrato socioeconómico, etiología, condiciones de restauración, ubicación, sextante, medida y clasificación de Seibert de colapso de reborde alveolar

El método para realizar la medición del colapso de reborde alveolar fue con plantillas transparentes estandarizadas y calibradas para consignar los datos correspondientes en el instrumento.

- Recolección de datos

Se tomaron 350 participantes mediante el muestreo consecutivo no probabilístico y teniendo en cuenta los criterios de inclusión.

La muestra se tomó dependiendo de la cantidad de pacientes que ingresaron a la clínica durante un periodo determinado, teniendo en cuenta que estos pacientes analizados se encontraban en tratamiento odontológico en las clínicas sede centro del Colegio Odontológico Colombiano.

Se le practicó un examen clínico minucioso donde se determinó si los pacientes presentan o no colapso del reborde alveolar.

Sistematización

La información que posteriormente fue consignada en una base de datos del programa Excel y analizados estadísticamente con el programa SPSS, con el cual se realizaron cruce de variables mediante cuadros de contingencia y la prueba de ji-cuadrado, mirando si existe relación entre las variables de este estudio, después se realizaron conclusiones y posteriormente las recomendaciones, para ser expuestas y sustentadas.

Análisis Estadístico

Con relación a los resultados obtenidos en el tratamiento de las diferentes variables trabajadas en este estudio se realizaron análisis univariados y bivariados de información como gráficas de barras y prueba ji-cuadrado en tablas de contingencia para cruce de variables de importancia en esta investigación.

Para llegar a rechazar o aceptar la hipótesis se utiliza una tabla de contingencia de 2x2 en donde se consigna el cruce de las frecuencias observadas para la variable edad (filas) y prevalencia (columnas), con los resultados de la tabla y haciendo uso de la herramienta SPSS. Se obtiene el valor del estadístico ji-cuadrado y su valor "p" los cuales se comparan con los obtenidos en la tabla de ji-cuadrado para $(R-1) \times (C-1)$ grados de libertad en donde "R" representa las filas y "C" las columnas en la tabulación cruzada, si este valor calculado excede el valor de la tabla se rechaza la hipótesis nula (H_0) es decir que el género con sano si están relacionados, lo que lleva a concluir que si existe una relación entre género y la prevalencia de colapso de reborde alveolar. De esta manera se realizó con todas las variables para determinar si existe alguna relación.

VARIABLES DE ESTUDIO

SOCIODEMOGRÁFICAS

-Edad: Años cumplidos, pacientes mayores de 18 años

-Género: Pacientes hombres o mujeres con sexo definido (Masculino y Femenino)

-Estrato Socioeconómico: Clasificación de acuerdo a el estrato que aparece en los servicios públicos (1,2,3,4,5,6). Estrato uno y dos corresponde estrato bajo socioeconómico; estrato tres medio bajo; estrato cuatro y cinco medio alto y estrato seis alto, clasificado de acuerdo a la ubicación territorial de su sitio actual de vivienda.

-CONDICIONES SISTÉMICAS: Paciente comprometido sistémicamente es aquel que presenta cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano. Todas las enfermedades implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno. Incluso cuando la causa se desconoce, casi siempre se puede explicar una enfermedad en términos de los procesos fisiológicos o mentales que se alteran.

-COLAPSO DE REBORDE ALVEOLAR

Déficit volumétrico de extensión limitada de hueso y tejido blando de proceso alveolar el cual ocasiona un problema funcional y estetico gingival que no favorece la rehabilitación oral, la causa primaria de los defectos de rebordes residuales localizados es la pérdida de hueso antes o durante la remoción de un diente, exodoncias traumáticas, enfermedad periodontal avanzada, formación de abscesos y trauma quirúrgico en la extirpación de tumores, traumatismo facial por deporte o por accidente automovilístico, heridas por impacto de arma o fragmentos de proyectil.

-Paciente Sano: condición donde se presenta altura apico-coronal y ancho vestibulo-lingual normal, manteniendo dimensiones proporcionales.

-Clasificación de Seibert:

***Clase I:** Cuando presenta pérdida vestibular y lingual con altura normal del reborde en dimensión apico coronal

***Clase II:** Se presenta en pérdida apico-coronal de tejido con ancho normal del reborde en dirección lingual.

***Clase III:** Se presenta una combinación de pérdida de tejido vestibulo lingual y apico coronal que resulta en pérdida de altura y anchura.

-Ubicación: Sitio anatómico donde se localiza la patología, sextante I,II,III Corresponden al maxilar superior, sextante IV,V,VI Corresponde al maxilar inferior.

-Sextante: Forma mediante la cual se facilita la ubicación en el maxilar superior o inferior

RESULTADOS

De los 350 pacientes evaluados la población con respecto al genero masculino 44.6% (156 pacientes) y 55.4% de genero femenino (196 pacientes)

Con respecto a la edad: 112 pacientes fueron >30 años, 105 pacientes entre 30-39 años, 55 pacientes de 40-49 años, 44 pacientes de 50-59 años y 34 pacientes de <=60.

El estrato socioeconómico 115 pacientes son de estrato uno y 235 pacientes son de estrato dos, clasificado de acuerdo con el recibo de sus servicios públicos, (teniendo en cuenta que de 350 pacientes analizados solo asistieron pacientes de estrato uno y dos).

Tabla 1. Distribución porcentual de genero, edad y estrato.

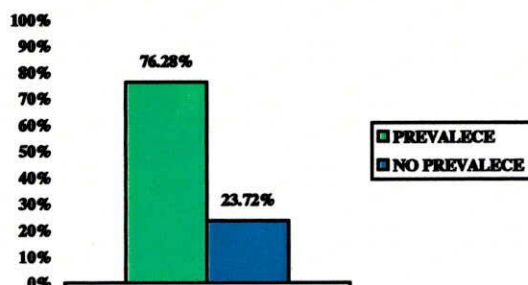
GENERO	HOMBRES	44.6%
	MUJERES	55.4%
EDAD	< 30	32%
	30-39	30%
	40-49	15.7%
	50-59	12.6%
	>=60	9.7%
ESTRATO	UNO	32.9%
	DOS	67.1%

El rango de edad corresponde a 68 años, donde la edad mínima fue de 18 años y la edad máxima es de 86 años, el promedio de edad es de 38 años, la mediana es 35 y la edad que más se repite es 29.

De 350 pacientes que fueron analizados 71 de ellos correspondiente al 20.3% presentan antecedentes de enfermedad sistémica la cual es tratada y controlada.

La prevalencia puntal de colapso de reborde alveolar fue de 267 pacientes que equivale al 76.28%

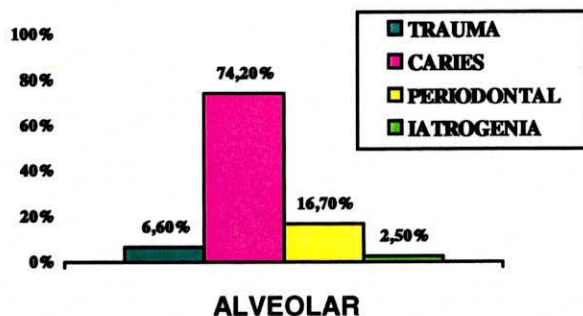
Gráfica 1- GRAFICA DE PREVALENCIA DE COLAPSO DE REBORDE ALVEOLAR EN LA POBLACIÓN EVALUADA



ETIOLOGÍA DE COLAPSO DE REBORDE ALVEOLAR

Se determinó que la etiología de colapso de reborde alveolar por trauma fue de 23 pacientes, por exodoncia con caries 256 pacientes, por enfermedad periodontal 58 pacientes y por iatrogenia 6 pacientes

GRAFICA 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ETIOLOGÍA DE COLAPSO DE REBORDE ALVEOLAR



CONDICIONES DE COLAPSO DE REBORDE ALVEOLAR

En cuanto a las condiciones de restauración de colapso de reborde alveolar 60 pacientes tienen prótesis fija; 61 pacientes prótesis parcial removible, prótesis total la presentan 48 pacientes y no presentan ninguna restauración 162 pacientes.

El colapso en el maxilar superior lo presenta el 54.2% y en el maxilar inferior 62.8% de la población evaluada.

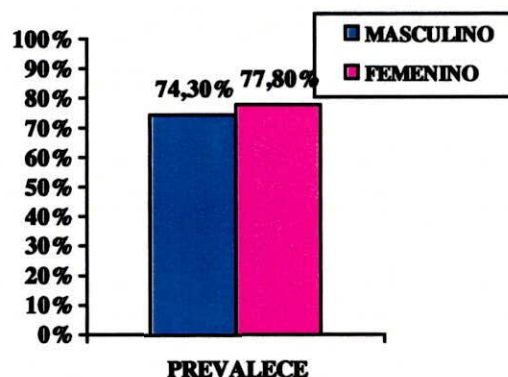
PREVALENCIA

-Relación existente entre prevalencia y género

La prevalencia de colapso de reborde alveolar de acuerdo al género masculino fue de 74.3% siendo mayor el género femenino con un 77.8%, Se determina que no existe relación significativa entre la prevalencia de colapso de reborde alveolar y el género. ($p < 0$)

GRAFICA 3. RELACIÓN ENTRE PREVALENCIA Y GÉNERO

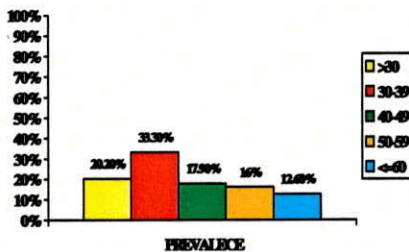
-relación entre prevalencia y edad



La prevalencia de colapso de reborde alveolar de acuerdo a los grupos de edad en los participantes menores de 30 años es del 20.2%, entre 30 y 39 años es 33.3%, entre 40-49 es de 17.9%, entre 50-59 es 16% y mayores o igual de 60 es 12.6%. Se

determina que si existe relación significativa entre la prevalencia de colapso de reborde alveolar y grupos de edad, teniendo en cuenta que el grupo más afectado es la edad de 30-39 años. ($p>7.4$).

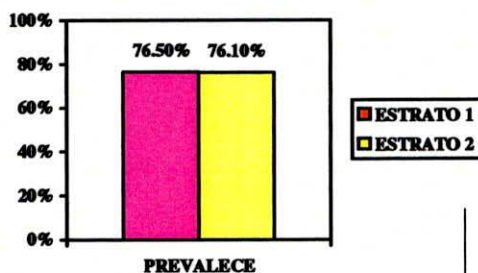
Gráfica 4. RELACION ENTRE PREVALENCIA Y EDAD



-relación entre prevalencia y estrato socioeconómico

La prevalencia de colapso de reborde alveolar en relación con estrato socioeconómico en el estrato uno es de 76.5% y estrato dos 76.1%, dando a entender que no existe relación significativa entre prevalencia de colapso de reborde alveolar y estrato socioeconómico. ($p>0$)

Gráfica 5- RELACION ENTRE PREVALENCIA Y ESTRATO SOCIOECONOMICO



-relacion de clasificacion de seibert con sextantes y tercios

En cuanto a la clasificación de Seibert la presentan 70 pacientes con colapso tipo I; tipo II 107 pacientes y Seibert tipo III 169 pacientes. La ubicación por sextantes del colapso de reborde alveolar en el sextante I 125 pacientes, el sextante II 121 pacientes,

el sextante III 122 pacientes, sextante IV 196 pacientes, sextante tipo V

26 pacientes, sextante tipo VI 163 pacientes. La medida por tercios de colapso de reborde alveolar ostenta los siguientes resultados 1/3 lo presentaron 103 pacientes, 117 pacientes presentan 2/3 y 3/3 lo presentan 112.

La clasificación de Seibert tipo III es la que más prevalece en la población estudiada, siendo más significativo en los sextantes IV y VI, aunque no existe una diferencia demostrativa en cuanto a los tercios de medida de colapso de reborde alveolar

La clasificación de Seibert tipo I con relación al género masculino es 18.9%, Seibert tipo II 29.5% y Seibert tipo III 51.6%, con relación al género femenino la clasificación de Seibert tipo I es 21.6%, Seibert tipo II es 32.9% y Seibert tipo III 45.5%. Al relacionar la Clasificación de Seibert con el estrato socioeconómico uno se determina que Seibert tipo I es 19.1%, Seibert tipo II 33.9% y Seibert tipo III 47%, con relación a el estrato socioeconómico dos Seibert tipo I es 20.4%, Seibert tipo II 28.9% y Seibert tipo III 50.7%.

La clasificación de Seibert relacionada con los sextantes se determina que el sextante de ubicación IV y VI son los más frecuentes en la población evaluada. La clasificación de Seibert tipo I esta relacionada con la medida de un tercio, Seibert tipo II con la medida de dos tercios y Seibert tipo III con la medida de tres tercios.

Tabla 2. Distribución porcentual de clasificación de seibert, sextantes de ubicación y medida por tercios

CLASIFICACIÓN DE SEIBERT	TIPO I	20.0%
	TIPO II	30.6%
	TIPO III	48.8%
SEXTANTE	I	35.7%
	II	34.6%
	III	34.9%
	IV	56.6%
	V	7.4%
	VI	46.6%
TERCIOS	UN TERCIO	29.4%
	DOS TERCIOS	33.4%
	TRES TERCIOS	32.0%

DISCUSIÓN

La prevalencia cuantifica el número de casos totales y existentes sobre una población en este caso fue el Colapso de Reborde Alveolar donde se miran los casos anteriores y los nuevos, pueden medir diferentes factores de riesgo

Las enfermedades de los dientes, maxilar y mandíbula tienen muchos paralelos con aquellas lesiones que afectan los huesos. Los traumas, las infecciones, las anomalías metabólicas, las malformaciones congénitas y los tumores, entre otras afectan a ambos tipos de tejido. Los dientes más susceptibles a exodoncias por caries, son los molares superiores e inferiores mientras que los más resistentes son los caninos, los incisivos y los premolares se encuentran entre estos extremos dicho por Scott 1988.

En un estudio de morbilidad dental dice que la caries es uno de los principales causantes de la pérdida de dientes, contribuyendo a incrementar el índice COP, otros factores que conllevan a la pérdida de piezas dentarias, como el excesivo desgaste, los traumas, el necrosamiento pulpar, la osteitis periapical, la resorción ósea y la avulsión participan en este proceso. La resorción alveolar producida por la enfermedad periodontal puede ser una de las causas principales conjuntamente con los abscesos periapicales. Los dientes más afectados son los molares inferiores en menor medida los superiores.

La pérdida prematura de los primeros molares en adultos jóvenes por caries extensa es un factor etiológico de gran importancia, siendo este el punto de partida para determinar que los sextantes más afectados son el IV y VI

Los pacientes observados se agruparon en el estrato uno y dos por lo tanto las observaciones solamente se hicieron en esos dos estratos ya que en el periodo estudiado no se encontraron pacientes de estrato 3,4,5,6

Probablemente el hecho de que el grupo poblacional escogido para la muestra de este estudio solo sea de estrato I y II puede depender de la ubicación de este centro de salud oral; el acceso de la clínica generalmente son de pacientes que viven en el sector o son personas de bajos

recursos que buscan la economía en sus tratamientos.

El factor económico es indispensable para realizar un tratamiento adecuado para el colapso de reborde alveolar, pero este estudio arrojó resultados donde la población afectada es de estrato uno y dos, donde es imposible cubrir un tratamiento con elevados costos.

CONCLUSIONES

-La prevalencia puntual de colapso de reborde alveolar fue de 76.28%, de pacientes evaluados en las clínicas de pregrado del Colegio Odontológico Colombiano sede centro

-Se determinó en este estudio que la población género más afectado fue el femenino, teniendo en cuenta significativa entre el género y la prevalencia de colapso de reborde alveolar

-De acuerdo a la población evaluada los pacientes que más ingresaron a nuestro estudio fueron menores de 30 años pero al ser relacionados con la prevalencia de colapso de reborde alveolar la edad más afectada fue de 30 a 39 años, determinando de esta manera que existe una significativa relación entre la edad y la prevalencia.

-Los pacientes ubicados en el estrato socioeconómico dos son los que más acuden a la clínica de pregrado del Colegio Odontológico Colombiano sede centro, no existe una relación significativa entre el estrato y prevalencia de colapso de reborde alveolar.

-Se determinó que la etiología de colapso de reborde alveolar que más se presentó fue por exodoncia por caries extensa.

-En cuanto a las condiciones del colapso se determinó que un gran número de pacientes no presentan restaurada el área de colapso

-Siendo el maxilar inferior el más afectado por esta patología, en cuanto a la clasificación de Seibert la más frecuente es la tipo III, y a la ubicación por sextantes la más afectada fue el tipo IV y de tipo VI

-Se identifico que a la mayoría de los pacientes los cuales se les realizó el estudio presentan perdida ósea de dos tercios siendo esta la mas alta

-En cuanto a la Clasificación de Seibert I se presenta con menor frecuencia en el sextante de ubicación de tipo V, pocos pacientes lo presentan, La clasificación de Seibert tipo II tiene una gran relación con todos los sextantes de ubicación excepto con el sextante II y V. La clasificación de Seibert tipo III se relaciona con todos los sextantes, aunque el sextante IV y VI presenta una alta frecuencia

-La clasificación de Seibert tipo I se encuentra relacionada con la medida de un tercio, la clasificación de Seibert tipo II esta relacionada con la medida de dos tercios y la clasificación de Seibert tipo III esta relacionada con la medida de dos tercios y con mayor frecuencia de tres tercios

RECOMENDACIONES

A partir del estudio puede realizarse un programa preventivo o un protocolo de procedimientos quirúrgicos atraumáticos y regenerativos que conserven intactas las tablas óseas y de esta manera disminuir el riesgo de colapso de reborde alveolar.

Enfatizar en el diagnóstico de colapso de reborde alveolar para brindar al paciente un tratamiento oportuno.

REFERENCIAS

1. STUDERT S., NAEF RAND SCHARER P, Adjustment of localized alveolar ridge defects by soft tissue transplantation and evaluation of procedure. Quintessence in 1997; 28: 785-805
2. SEIBERT, Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part II Prosthetic/periodontal interrelationships. Compend Contin Educ. Dent. 4 (6): 549-62. 1983
3. ALLEN. Block m, Chang A. And Crawford C. Mandibular Alveolar ridge Augmentation in the dog using distraction Osteogenesis. J Oral Maxillofac Surg 1985, 54:309-314
4. KURITA., Allmerico B, Cwaford D., et al Bone response to functioning Implants in Dog Mandibular Alveolar Ridges augmented with Distraction Osteogenesis. Int J Oral Maxillofac Implants 1998; 13:342-351
5. TILVIS and Thoth B. Distraction Osteogenesis in Maxillofacial Surgery using internal devices: Review of five cases. J Oral Maxillofac Surg 1997; 54:45-53
6. HALMEND. Departamento de Odontología Protésica. Instituto de Odontología y División Geriátrica. Departamento de Medicina. Universidad de Helsinki. Finlandia.
7. GREINTER Osteodistraction Selected Readings in Oral and Maxillofacial Surgery 1966; 4:1-24
8. MASSON Josep Ma Metodos de investigación en Odontología. Editorial Medica Panamericana. Barcelona España, 2000
9. YOUNGER Richard et al. Comparison of film direct digital y tuned-aperture computed tomography images to identify the location of crestal around endosseous titanium implants. Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod 1989; 81 480-90
- LISTGARTEN. Transosseous Osteosynthesis. Theoretical and clinical Aspects Of the regeneration and Growth of tissue. Clin orthopaed Rel Res 92;137-155.
- NYMAN Y CARRIN The principles of the Ilizarov method. Bull hosp Joint Dis 1989; 48-51 NEVIS and Ortiz monasterio F. Mandibular elongation and remodeling by distraction A2 5+-farewel to major osteotomies. Plastic Reconstr Surg 1995; 96:825-LANGER Y CALAGNA. , Sailer H, Seven years clinical experience with mandibular distraction in children. J. of Cranio-Maxillofac Surgery 1980;26: 197-208
- GENCO Goldman Cohen. Periodoncia Editorial McGraw-Hill. 1993.
- PRICHARD. An-oral implantology. Charles C Tomas. Springfield. 1990.
- POLSON, opinion in Periodontology , Hipotetical Considerations in the Regenerative Treatment of Defects, 3:157-167, 1996

-KENNEY NS., MacCarthy JG., Schreiber JS. Sissions HA and Thome CHM: Membranous bone Lengthening: A serial Histologic study. Ann plas surg 1992; 29: 2-5

-LYNCH, Staffenberg D., MacCarthy J., Miller D. and Biochemical changes in the muscles Affected by distraction osteogenesis of the mandible. Plast and reconstructive surgery 1997; 99:366-71

-CLUSTER. Análisis estadístico y matemático. Editorial MacGraw Hill, 2001

-ROBERTS E., TURLEY P., BREZNINIAK N AND FIELDER P BONE, physiology and metabolism: emergence of endosseous implants has stimulated interest in the science of bone structure, physiology and metabolism. CDA Journal 1987; 54-61

-GATNER, Akin R., Chang A., et al.skeletal and dental movements after anterior maxillary advancement using Implant Supported Distraction Osteogenesis in dogs., J Oral Maxillofac Surg 1997; 55: 1433-1439

-MARCKS S., Popeff S., Biología celular osea. The American Journal of Anatomy 1988; 188:1-44

-FRIEDENSTEIN., Bell W., Barros J., et al Intraoral distraction osteogenesis. International Congress on Cranial and Facial Bone Distraction Processes 1997, 183-199

-TRIFFITT. Michael. Atlas de Color de Implantología. Tratamientos e Injertos de tejido blando y óseo; 94-171, 1987.

-MELCHER. endosteal dental implants. Cu Mosby, St Louis 1976

-NIELSEN., Fitch R. Distraction histogenesis: principles and indications. American Academy of Orthopedic Surgeons. 1996; 4:317-327

- LLIZAROV GA. And Ledyger VI The Replacement of long tubular bone defects By lengthening distraction osteotomy of the fragments. Clin Orthop Res 1992; 280:7
- PERIODONTOLOGY 2000, Periodontal Regenerativa volumen 1, 1993
- PERIODONTAL AND PROSTHETIC Management for advanced cases. Marvin Rosenberg quint essence 1994

- RODRIGUEZ Guillermo Gómez, Manual de investigación clínica. Julio 1999
- SEIBERT, Reconstruction of the partially edentulous ridge: gateway to improved prosthodontics and superior aesthetics. Pract Periodontics Aesthet Dent: 5(5):47-55, Julio 1993
- SEIBERT, Periodontal considerations in preparation for fixed and removable prosthodontics. Dent Clin North Am, 31(3):529-55, 1987
- XIE Q, AINAMO A, TILVIS R. Asociación de la Resorción de la Cresta Residual con factores sistémicos. Acta odontol scand 1997; 55:299-305 Oslo SIN 001-635
- [Http://www.ADA.ORG.COM](http://www.ADA.ORG.COM)
- [Http://www.DENTALMUNDIAL.COM](http://www.DENTALMUNDIAL.COM)
- [Http://www.MUNKSGAARD-SINERGY.COM](http://www.MUNKSGAARD-SINERGY.COM)
- [Http://www.PERIO.ORG.COM](http://www.PERIO.ORG.COM)

Lauraalejoherrera@hotmail.com Yinethgarcia7@hotmail.com Lindymarcelalvarez@hotmail.com Johanamoreno@hotmail.com Johannapalaciosleon@hotmail.com
