

00824

T.O.R
0009

DIAGNOSTICO DE LA PERIODONTITIS DEL ADULTO EN PACIENTES
ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS DE PREGRADO DEL
COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO EN
SANTAFE DE BOGOTA, D.C., 1998



18-7-01-244

MÓNICA M. JARAMILLO ANGEL, Od.
MARÍA CONSUELO LÓPEZ ACOSTA, Od.
MARÍA HELENA OCAMPO BOTERO, Od.

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
PERIODONCIA Y BIOLOGIA ORAL
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

1998

DIAGNOSTICO DE LA PERIODONTITIS DEL ADULTO
EN PACIENTES ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS DE PREGRADO DEL
COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO EN
SANTAFE DE BOGOTA, D.C., 1998

Investigadores:

MÓNICA M. JARAMILLO ÁNGEL, Od.
MARIA CONSUELO LOPEZ ACOSTA, Od.
MARIA HELENA OCAMPO BOTERO, Od.

Directora:

MONICA RESTREPO DE ARANGO, M.S.D.

Asesor Metodológico:

INES AMPARO REVELO M., Od., M.A.S.

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN
PERIODONCIA Y BIOLOGÍA ORAL
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

1998

DIAGNOSTICO DE LA PERIODONTITIS DEL ADULTO
EN PACIENTES ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS DE PREGRADO DEL
COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
EN SANTAFE DE BOGOTA, D.C. 1998

Investigadores:

MONICA M. JARAMILLO ANGEL, Od.
MARIA CONSUELO LOPEZ ACOSTA, Od.
MARIA HELENA OCAMPO BOTERO, Od.

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar
el Título de Especialista en Periodoncia y Biología Oral.

Director:

MONICA RESTREPO DE ARANGO, M.S.D.

Asesor Metodológico:

INES AMPARO REVELO M. Od., M.A.S.

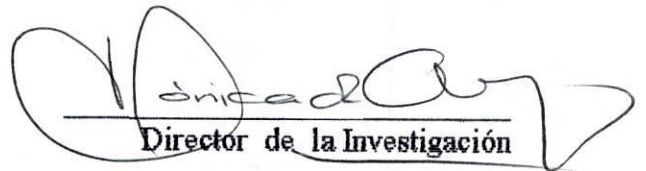
Asesor Estadístico:

JOSE IGNACIO TORRES

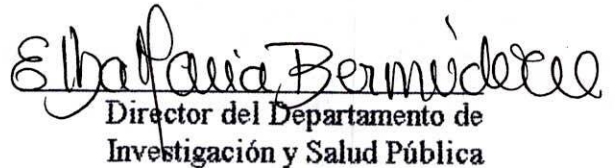
COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN
PERIODONCIA Y BIOLOGÍA ORAL
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

1998

El trabajo de Grado DIAGNOSTICO DE LA PERIODONTITIS DEL ADULTO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS DE PREGRADO DEL COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO, FACULTAD DE ODONTOLOGIA COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C., 1998, elaborado por MONICA M. JARAMILLO ANGEL, MARIA CONSUELO LOPEZ ACOSTA, MARIA HELENA OCAMPO BOTERO, ha sido aprobado como requisito parcial para optar el título de especialista en Periodoncia y Biología Oral.


Director de la Investigación


Asesor Metodológico


Director del Departamento de
Investigación y Salud Pública



AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Dra. Mónica Restrepo de Arango, Odontóloga Especialista en Periodoncia y Master en Biología Oral, Directora del Postgrado de Periodoncia y Cirugía Implantológica Oral.

Dr. Jairo Alejandro Forero Fonseca, Odontólogo Especialista en Gerencia e instituciones en Salud

A todos los Coordinadores, profesores y alumnos de las clínicas de pregrado de VII, VIII, IX y X semestre del Colegio Universitario Colombiano, Facultad de Odontología, Colegio Odontológico Colombiano, seccional Santafé de Bogotá, D.C.

DEDICATORIA

A Dios; por ser mi mejor amigo en mis tiempos más difíciles.

A mi inigualable Madre: Casi dos años después de tu partida el tiempo sigue su marcha, pero toda tu existencia se detuvo en mi mente y mi corazón, quedando la huella imborrable de una gran mujer. Es por eso que hoy te dedico mi gran triunfo, porque gracias a tus enseñanzas, consejos, tu gran sabiduría, por todo lo maravillosa que fuiste y ese amor sin límites y desmedido que me diste, pude culminar mis estudios y alcanzar una meta más en mi vida. Gracias Mami por amarme tanto, porque hoy soy lo que soy gracias a ti.

Te Amo y Te Extraño mucho.

A mi maravilloso Padre, por hacer que la ausencia de Mamá sea menos dolorosa gracias a su gran amor y oportunos consejos.

A mi esposo Willy y mi adorable hija Valentina por sus grandes sacrificios, su amor desmedido y gran apoyo.

Por último, a mis hermanos, a mis suegros, a Rida y Abbes a por su incondicional apoyo.

Monica Maribel

DEDICATORIA

A Dios por estar siempre conmigo.

A mis padres, por su apoyo incondicional.

A Checho y Angélica por su amor, colaboración y paciencia.

A mis grandes amigos Beatriz y Orlando por su ayuda incondicional sin la cual no hubiera podido lograr mis objetivos.

María Consuelo



DEDICATORIA

A Dios, por darme salud para alcanzar mis metas.

A mis padres por su amor incondicional.

A Carlos Alberto y Lina María por su amor y colaboración.

María Helena

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION	1
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION	4
1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA	4
1.2 JUSTIFICACION	4
1.3 MARCO TEORICO	4
1.4 OBJETIVOS	11
1.4.1 General	11
1.4.2 Específicos	12
2. METODO	13
2.1 TIPO DE ESTUDIO	13
2.2 UNIVERSO	13
2.3 MUESTRA	13
2.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES	14
2.4.1 Edad	14
2.4.2 Género	15
2.4.3 Tipo de diagnóstico	15
2.5 INSTRUMENTO	15
2.6 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	16
3. RESULTADOS	18

	pág.
3.1 EDAD	19
3.2 GÉNERO	19
3.3 PROFUNDIDAD DEL SONDAJE	20
3.4 DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO	20
4. DISCUSION	21
5. CONCLUSIONES	24
6. RECOMENDACIONES	25
BIBLIOGRAFIA	26
ANEXOS	29

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Ficha Clínica y Radiográfica

LISTA DE TABLAS

- Tabla 1. Pacientes afectados por periodontitis del adulto según rango de edad**
- Tabla 2. Pacientes afectados por periodontitis del adulto según género**
- Tabla 3. Clasificación de la periodontitis del adulto según grado de severidad**
- Tabla 4. Prevalencia de la periodontitis del adulto según sextantes**
- Tabla 5. Interpretación radiográfica de pérdida ósea en pacientes con periodontitis del adulto.**

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Pacientes afectados por periodontitis del adulto según rango de edad

Gráfica 2. Pacientes afectados por periodontitis del adulto según género

Gráfica 3. Clasificación de la periodontitis del adulto según grado de severidad

Gráfica 4. Prevalencia de la periodontitis del adulto según sextantes

Gráfica 5. Interpretación radiográfica de pérdida ósea en pacientes con periodontitis del adulto



INTRODUCCIÓN

La gingivitis y la periodontitis son las dos más comunes entidades inflamatorias que afectan los tejidos gingivales y el aparato de inserción periodontal.

La periodontitis es la inflamación en la encía y del aparato de inserción adyacente, caracterizada clínicamente por la pérdida de inserción debido a la destrucción del ligamento periodontal y la pérdida del hueso de soporte.

La periodontitis puede clasificarse y subclasificarse, de acuerdo a factores etiológicos, presentación clínica y/o factores asociados al proceso inflamatorio. La inflamación del periodonto puede ser el resultado de muchas causas, sin embargo; la periodontitis es el resultado del crecimiento y acumulación de microorganismos orales a la superficie dentaria, la cual tiene la capacidad de destruir los tejidos periodontales dando como resultado la creación de la bolsa periodontal.

El reconocimiento y el diagnóstico de la enfermedad periodontal debe efectuarse en todos los pacientes a través de un examen periodontal sistemático. Este debe incluir además de una completa historia médica y oral, un examen clínico periodontal y la interpretación adecuada de radiografías recientes y con muy buena calidad. En el momento del examen periodontal debe valorarse la topografía de la encía, la presencia y grado de inflamación de los tejidos, debe realizarse un correcto sondaje y registro

periodontal el cual nos informe si hay salud en el área, o si por el contrario hay presencia de sangrado, exudado o bolsas periodontales.

La periodontitis del adulto es una entidad clínica de progresión lenta y continua, la cual se manifiesta clínicamente en la población adulta alrededor de los 30 años de edad y puede manifestarse a lo largo de toda la vida del individuo. Para determinar su diagnóstico clínico es importante considerar cada uno o la combinación de sus signos y síntomas: edema, eritema, sangrado periodontal al sondaje y/o supuración proveniente de la bolsa periodontal.

La periodontitis del adulto de leve a moderada se caracteriza por la pérdida hasta 1/3 del soporte periodontal. En molares si el área de furcación se ve comprometida la pérdida de inserción no debe exceder la clase I (incipiente). La destrucción leve a moderada presenta profundidad de sondaje clínico hasta 6 mm. con una pérdida de inserción de mas o menos 5 mm. Radiográficamente puede ser interpretada mediante una leve reabsorción de la cresta ósea alveolar. En la periodontitis del adulto leve a moderada la pérdida de soporte de los tejidos periodontales puede ser localizada cuando involucra un área del diente, o generalizada si se comprometen varios dientes o la dentición completa. Un mismo paciente puede presentar simultáneamente áreas con salud y áreas con periodontitis del adulto leves, moderadas y con destrucción avanzada.

En la periodontitis del adulto avanzada la pérdida de soporte periodontal compromete

más de 1/3 y generalmente registra profundidades de sondaje clínico mayores o iguales a 7 mm. y la pérdida ósea interpretada radiográficamente es evidente.

Siendo entonces la periodontitis del adulto una de las entidades que más afecta a la población; el presente estudio pretende establecer mediante el diagnóstico clínico y radiográfico si esta enfermedad es un hallazgo frecuentemente encontrado en los pacientes atendidos en las clínicas de pregrado del Colegio Universitario Colombiano, Facultad de Odontología, Colegio Odontológico Colombiano en Santafé de Bogotá, D.C.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Realizar un estudio para diagnosticar clínica y radiográficamente la periodontitis del adulto en pacientes que son atendidos en la clínica de pregrado del Colegio Universitario Colombiano de VII a X semestre seccional Santafé de Bogotá, D.C.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Es importante establecer un Diagnóstico lo más acertado posible sobre la periodontitis del adulto, para lograr un buen manejo terapéutico de acuerdo a la progresión, extensión y severidad del proceso inflamatorio periodontal; como también devolver la salud, función y estética a aquellas áreas afectadas por la enfermedad.

De igual forma es necesario determinar cual es el profesional indicado de acuerdo al diagnóstico, para brindar el tratamiento periodontal en los pacientes afectados por éste tipo de enfermedad.

1.3 MARCO TEÓRICO

La periodontitis se manifiesta como la inflamación de los tejidos que rodean el diente, ocasionando cambios destructivos progresivos que dan como resultado la pérdida de

estructuras de soporte y si no se da tratamiento oportuno conlleva a la pérdida dentaria. La periodontitis del adulto puede iniciarse en la segunda década de la vida pero generalmente no presenta significancia clínica sino hasta la mitad de la tercera década. Su prevalencia y severidad se incrementan con la edad y su progreso es lento y continuo (A.A.P. 1986).

La enfermedad periodontal parece afectar a la mayoría de las personas de cualquier población, aunque la destrucción severa del tejido periodontal ocurre comparativamente en pocos individuos.

Desde el punto de vista de histopatogénesis del proceso inflamatorio periodontal, Page y Schroeder en 1976 concluyeron que la inflamación gingival se manifiesta mediante tres tipos de lesión. Los tejidos gingivales responden entre el segundo y cuarto día al acumulo de placa produciéndose cambios microscópicos como son vasculitis en el tejido subyacente al epitelio de unión, migración de linfocitos dentro del epitelio de unión y surco gingival, alteraciones en la porción más coronal del epitelio de unión, pérdida de colágeno perivascular, etc., denominando a este proceso patológico lesión inicial. Entre el cuarto y décimo día, se desarrolla la lesión temprana caracterizada por la acentuación de los cambios que ocurren en la lesión inicial además de la acumulación de linfocitos y otras células mononucleares, alteración patológica de fibroblastos y pérdida continua de sustancia del tejido conectivo. La lesión temprana es seguida por la lesión establecida, la cual se desarrolla entre la segunda y tercera semana del acumulo de placa y se distingue por la persistencia de las manifestaciones de la inflamación aguda con predominancia de células plasmáticas pero sin pérdida

ósea, proliferación, migración apical y extensión lateral del epitelio de unión y puede estar presente la formación de bolsa temprana.

Las lesiones inicial, temprana y establecida son estados secuenciales de gingivitis, la cual se caracteriza clínicamente por presentar una encía roja, inflamada, cambios en la posición del margen gingival y sangrado al cepillado y al sondaje. (Williams, 1990).

La inflamación gingival progresa dentro de las estructuras de soporte siguiendo el curso de los vasos sanguíneos dentro de los espacios óseos medulares y el periostio del hueso alveolar y solo excepcionalmente penetra en el ligamento periodontal, dándose inicio a la lesión avanzada periodontal. La reabsorción de la cresta alveolar del lado gingival lleva a la destrucción primero del hueso alveolar de soporte y después a la lámina dura. (Weinmann, 1941).

Una de las características de la periodontitis crónica además de la inflamación es el incremento de la profundidad de surco gingival, transformándose en un surco profundizado patológicamente denominado bolsa periodontal. El fondo de la bolsa es el margen coronal de tejido conectivo insertado mientras que el fondo del surco es el margen coronal del epitelio de unión.

Page y Schroeder en 1981 observaron otras características de la periodontitis crónica como son la ulceración del epitelio de la bolsa, presencia de infiltrado inflamatorio celular compuesto por linfocitos, células plasmáticas y macrófagos con participación variable de polimorfonucleares, reducción en la cantidad de colágeno en el tejido

gingival lateral a la pared de la bolsa con o sin acompañamiento de fibrosis, destrucción del tejido conectivo de inserción a la superficie radicular y una resorción osteoclástica cíclica y variable y destrucción del hueso alveolar y tejido radicular.

De acuerdo a la clasificación y diagnóstico, la periodontitis del adulto se manifiesta según la severidad del proceso inflamatorio en leve, moderada y severa. (A.A.P., 1995). Las características de la forma leve, se relacionan con la progresión de la inflamación gingival dentro de las estructuras periodontales más profundas y la cresta alveolar con una leve pérdida de hueso, se presentan profundidades de sondaje de 4 a 5 mm. con una leve pérdida de inserción de tejido conectivo.

En la periodontitis del adulto moderada, hay incremento de la destrucción de las estructuras periodontales con notable pérdida de soporte óseo y posiblemente acompañado con un aumento de la movilidad dental, además se presentan profundidades de sondaje de 5 a 6 mm. y en los dientes multirradiculares puede haber compromiso de furca. Si ésta periodontitis no es tratada puede progresar a una periodontitis del adulto severa donde hay una mayor pérdida de hueso alveolar de soporte usualmente acompañada por una movilidad dental incrementada y cuyas profundidades de sondaje son mayores o iguales a 7 mm.

El patrón de dientes afectados por la enfermedad es bilateralmente simétrico presentándose mayor destrucción en los sitios interdenciales que en las superficies vestibulares y / o linguales. (A.A.P., 1992).

Comúnmente el diagnóstico clínico de la periodontitis se realiza mediante dos técnicas: la primera es la profundidad de sondaje periodontal y la segunda el examen radiográfico.

La sonda periodontal es un instrumento cuyo diseño es pequeño, cilíndrico con una punta roma y calibrada en milímetros, la cual se inserta entre el diente y la encía (surco gingival o bolsa periodontal) hasta que el examinador sienta una leve resistencia del tejido subyacente. La fuerza que se le imprime a la sonda produce variaciones en las profundidades de sondaje de hasta 1 mm. en tejido sano y 2 mm. en tejido inflamado. Robinson y Vitek 1979. Van der Velden en 1979 concluyeron que la fuerza al sondaje debe ser de 0.75 N. y la punta de la sonda debe tener un diámetro de 0.63 mm.

Si no se realiza correctamente el sondaje periodontal los resultados en las medidas y por consiguiente el tratamiento se verán afectados. (Waal y col., 1986).

Bernal y Smith en 1988 sugieren otros factores que pueden afectar el sondaje periodontal clínico como son la dimensión de la sonda, el ángulo de inserción de la sonda, la habilidad del operador y la presencia de cálculos o de restauraciones sobrecontorneadas. De igual forma Listgarten en 1980 determina que existen también factores asociados como son el contorno del diente y el grado de infiltrado inflamatorio con pérdida de fibras colágenas.

En términos de lograr un adecuado diagnóstico, el examen clínico periodontal debe ser complementado con el examen radiográfico para observar los cambios destructivos óseos que incluyen radiolucidez de la cresta ósea interdental, pérdida de la continuidad de la lámina dura lateral y crestal, cambios como adelgazamiento, fragmentación o desaparición del hueso de soporte subyacente y la creación de un ensanchamiento radiolúcido en el espacio medular. El grado de progresión y severidad del proceso inflamatorio periodontal como la respuesta del huésped (hueso alveolar) son factores determinantes en la configuración del defecto óseo; la pérdida ósea puede ser horizontal y vertical. La primera está correlacionada con bolsas periodontales supraóseas y el patrón vertical se relaciona con bolsas infraóseas. (Ruben y col., 1975).

La calidad e interpretación radiográfica son factores decisivos en el diagnóstico de la periodontitis, desde el punto de vista clínico éste se basa en la ubicación de la cresta ósea interproximal .

Schei y col. 1959, Lindhe y Karring 1983, Lennon y Davies 1974 y Mann y col., 1985 determinaron que en normalidad la cresta ósea alveolar debe estar localizada a 1 mm de la unión amelo-cementaria y cualquier variación en sentido apical debe considerarse como pérdida ósea (periodontitis). Sin embargo, otros investigadores como Hoover y col. 1981 y Kronaver y col. 1986 sugieren que en normalidad la posición de la cresta ósea interproximal debe hallarse a una distancia de 2 mm. del límite amelo-cementario. (Benn, 1990).

Como imagen diagnóstica en las radiografías convencionales generalmente se presenta una subestimación de la pérdida ósea en las superficies vestibulares o linguales por la superposición de estructuras y porque la imagen no es tridimensional, igualmente es casi imposible observar cambios destructivos tempranos o configuración de los defectos óseos, por lo tanto debemos obtener una imagen radiográfica de alta calidad para realizar un acertado diagnóstico periodontal. (Lang y Hill, 1977).

Como existen discrepancias entre los resultados de los exámenes clínico y radiográfico Becker y col., 1981 sugieren realizar un examen periodontal detallado e interpretar el valor diagnóstico de dichos exámenes antes de dar un resultado definitivo.

En Colombia en el estudio de Agualimpia y col. (1967 – 1968) encontraron una alta presencia de enfermedad periodontal en la población colombiana (88.7%), y posteriormente Moncada y Herazo (1977 – 1980) observaron un aumento en la población afectada por periodontopatías (94.7%). De igual manera, Forero de Saade en 1996 concluyó que las dos causas más comunes de morbilidad oral son la caries dental y la enfermedad periodontal .

En el estudio reciente de Calderón, López y Peñaranda sobre la prevalencia de la enfermedad periodontal, efectuado en usuarios de 15 centros de salud de primero y segundo nivel del servicio odontológico de la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, D.C., encontraron que la prevalencia de la enfermedad periodontal en estos centros de salud fue de 97.9%. La población más afectada por la periodontitis leve

correspondió a un 53.9% seguida por una periodontitis de moderada a severa con un porcentaje de 28.9%. En este mismo estudio se concluyó que el grupo de edad en la población más afectado por enfermedad periodontal estuvo comprendido entre los 15 a 25 años en un 58% quienes presentaron periodontitis leve, mientras que la población con mayor edad o igual a 36 años presentó mayor prevalencia de periodontitis de moderada a severa.

En este mismo estudio se demostró con relación al sexo que en los hombres la periodontitis leve se presentó con mayor frecuencia en un porcentaje de 59.2% mientras que en las mujeres se presentó en un 51.5%.

En cuanto a periodontitis avanzada no hubo diferencia significativa entre ambos sexos presentándose en hombres en un 28.6% y en mujeres en un 29.1%.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General.

Diagnosticar clínica y radiográficamente la periodontitis del adulto y sus diferentes grados de severidad en los pacientes atendidos en las clínicas de pregrado del Colegio Universitario Colombiano, Facultad de Odontología Colegio Odontológico Colombiano seccional Santafé de Bogotá, D.C.

1.4.2 Objetivo Especificos.

Diagnosticar clínicamente (profundidad de sondaje clínico periodontal) y radiográficamente (altura ósea) la periodontitis del adulto y sus diferentes grados de severidad según edad y género en los pacientes atendidos en las clínicas de la Facultad de Odontología del Colegio Universitario Colombiano seccional Santafé de Bogotá, D.C.



2. METODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio según la clasificación epidemiológica corresponde a un estudio descriptivo, ya que no introduce ni manipula ninguna variable.

2.2 UNIVERSO

2.160 pacientes adultos atendidos semanalmente en la jornada de la tarde en las clínicas de Pregrado del Colegio Universitario Colombiano, Facultad de Odontología, Colegio Odontológico Colombiano seccional Santafé de Bogotá, D.C.

2.3 MUESTRA

Muestra aleatoria simple con selección sistemática, con una confiabilidad del 95% y un error máximo permisible del 7%, que corresponde a 196 pacientes calculada mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{k^2 \cdot P(1 - P)}{e^2}$$

donde:

k= nivel de confianza.

P= proporción de la población.

e= error máximo permisible.

Todos los pacientes se incluyeron en el estudio bajo los siguientes criterios de inclusión:

1. Paciente voluntario.
2. Que el paciente no presentara ninguna enfermedad sistémica.
3. Pacientes que hayan recibido terapia antibiótica durante los últimos 6 meses.
4. Pacientes con edades entre 25 y 65 años.
5. Mujeres no embarazadas.
6. Los pacientes debían presentar mínimo dos dientes en cada sextante examinado, excluyendo terceros molares.
7. Sextantes seleccionados 1, 3, 4 y 6.
8. Profundidades de sondaje mayores o iguales a 4 mm.

2.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

2.4.1 Edad. Los pacientes seleccionados en el presente estudio fueron clasificados dentro de los siguientes rangos de edad:

1. 25 a 35 años.
2. 36 a 45 años.
3. 46 a 55 años.
4. 56 a 65 años.

2.4.2 Género. Con respecto al sexo, los pacientes se dividieron en:

—Masculino

—Femenino.

2.4.3 Tipo de diagnóstico. El tipo de diagnóstico del presente estudio se basó en parámetros dados por el examen clínico y el examen radiográfico.

Se utilizó una modificación del Examen de Detección Periodontal (E.D.P.) de Oliver 1977, en el cual se examinaron los premolares o molares más afectados del sextante superior derecho o izquierdo y la mitad contralateral del maxilar inferior del mismo paciente. Se determinó la profundidad de sondaje entre 4 – 5 mm., 5 – 6 mm. Y mayor o igual a 7 mm. En las superficies mesovestibular y distovestibular de cada diente, tomándose una radiografía del área más afectada.

El índice E.D.P. incluyó el uso de una sonda periodontal codificada a color de la casa Hu-Friedy (ref. CP-12). El sondaje clínico periodontal siempre fue tomado por el mismo operador para efectos de calibración.

La radiografía se tomó utilizando la técnica de paralelismo con cono largo y posicionador y así corroborar la presencia o ausencia de pérdida ósea. Al igual que el examen clínico periodontal siempre fue ejecutado por el mismo operador.

2.5 INSTRUMENTO

Para la recolección de los datos se utilizó el instrumento denominado "Ficha clínica y

radiográfica”, donde se consignó la información referente a las variables propuestas. (Ver Anexo 1).

2.6 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Ciento noventa y seis pacientes (97 hombres, 99 mujeres) atendidos en las clínicas de Pregrado del Colegio Universitario Colombiano, Facultad de Odontología Colegio Odontológico Colombiano seccional Santafé de Bogotá, D.C., fueron seleccionados aleatoriamente, su participación fue voluntaria para participar en la presente investigación quienes firmaron en el instrumento. (Ver anexo 1).

En la primera preselección fueron descartados los pacientes que presentaron profundidades clínicas de sondaje iguales o menores a 3 mm hasta completar la muestra total (196 pacientes) y el resto de los pacientes presentaron periodontitis del adulto de leve a severa y se clasificaron dentro de un rango de edad de 25 a 65 años.

Para la selección de los pacientes también se tuvo en cuenta los siguientes parámetros de inclusión: que los pacientes no presentaran ninguna enfermedad sistémica; no haber ingerido antibióticos en los últimos 6 meses; no haber recibido raspaje y/o alisado radicular los 6 meses previos al estudio; mujeres no embarazadas; los sextantes examinados fueron 1, 3, 4 y 6; todos los pacientes debían presentar como mínimo dos dientes en cada sextante; se excluyeron terceros molares y las profundidades de sondaje clínico fueron mayores o iguales a 4 mm.

El diente más afectado en cada sextante fue seleccionado de acuerdo a la profundidad de sondaje clínico y se le tomó una radiografía periapical del área con una técnica de paralelismo con cono largo y posicionador determinando la presencia o ausencia de pérdida ósea. Solamente se tomó una radiografía, porque los pacientes no aceptaron recibir más irradiación debido a que no iban a recibir tratamiento; ya que este estudio contempló únicamente la etapa de diagnóstico de la enfermedad.

Todos los hallazgos obtenidos fueron registrados en la ficha clínica y radiográfica.

(Ver anexo 1).

3. RESULTADOS

Ciento noventa y seis (196) pacientes, quienes fueron atendidos en las clínicas de pregrado, Facultad de Odontología del Colegio Universitario Colombiano, participaron voluntariamente en la presente investigación. De acuerdo a la clasificación y diagnóstico de la enfermedad periodontal 117 pacientes presentaron periodontitis del adulto leve (59.7%). (Ver tabla y gráfica N^o 1).

La población más afectada con respecto al género, correspondió a las mujeres en un 65% del total de la muestra seleccionada. Así mismo, los datos arrojan que la periodontitis afectó preferiblemente a aquellos individuos que se encontraban en un rango de edad comprendido entre 25 y 35 años (65%). (Ver tabla y gráfica N^o 2).

Con respecto a la profundidad de sondaje clínico, 117 pacientes presentaron bolsas periodontales de 4 a 5 mm de profundidad (59.7%). En relación al área más comúnmente afectada por la enfermedad el sextante 3 que corresponde al área maxilar superior izquierda se observó comprometido en 83 pacientes, (42.4%). (Ver tabla y gráfica N^o 3).

Finalmente de acuerdo al diagnóstico radiográfico en el presente estudio se pudo determinar que la mayoría de los pacientes presentaron algún tipo de pérdida ósea, correspondiendo a un 77% del total analizado. (Ver tabla Nro. 4).

3.1 EDAD

En la presente investigación los pacientes fueron clasificados de acuerdo al rango de edad en cuatro grupos: dentro del grupo de 25 a 35 años el 65.8%, correspondiente a 129 pacientes, presentaron periodontitis del adulto; 39 pacientes fueron incluidos dentro del rango de edad de 36 a 45 años con un porcentaje de 19.9%; igualmente se presentó un número menor de pacientes 11.2% en el grupo de 46 a 55 años. En el último grupo de 56 a 65 años, solamente seis pacientes presentaron periodontitis del adulto en un 3.1%. (Ver tabla y gráfica N^o 5).

De los 196 pacientes, 129 presentaron periodontitis del adulto encontrándose en un rango de edad comprendido entre los 25 y 35 años de edad, siendo este rango el más afectado por la enfermedad (65.8%).

A su vez se pudo deducir que entre los pacientes del estudio hay una tendencia a presentarse con menor frecuencia la enfermedad periodontal, a medida que la edad aumenta.

3.2 GÉNERO

Del total de la población examinada, 196 pacientes, el 50.5% correspondiente a 99 mujeres y 97 hombres (49.4%) presentaron periodontitis del adulto, deduciéndose que no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos. (Ver tabla y gráfica N^o 2).

3.3 PROFUNDIDAD DE SONDAJE

De acuerdo a las medidas del sondaje clínico periodontal la periodontitis del adulto se clasificó: en periodontitis leve (4 a 5 mm.), moderada (5 a 6 mm.) y severa (mayor o igual a 7 mm.).

Los hallazgos obtenidos demuestran que del total de la población, 117 pacientes presentaron una profundidad de sondaje de 4 a 5 mm. correspondiendo al 59.7%; seguida por 47 pacientes cuya profundidad registrada fue de 5 a 6 mm., correspondiente a un porcentaje de 24%. Los 32 pacientes restantes presentaron una profundidad al sondaje mayor o igual a 7 mm. (16.3%). Por lo tanto, la población más afectada presentó profundidad de sondaje clínico entre 4 y 5 mm. (59.7%). Conforme a estos resultados la periodontitis leve fue el diagnóstico más comúnmente encontrado. (Ver tabla y gráfica N^o 1).

3.4 DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Se analizaron 196 radiografías periapicales, en las cuales se interpretó la pérdida ósea como la ubicación anormal de la cresta ósea alveolar a una distancia mayor de 2 mm. con respecto al límite amelo-cementario, encontrándose que en el 77% de las radiografías estudiadas se presentó pérdida ósea, mientras que el 23% no presentó ninguna alteración en los parámetros establecidos. (Ver tabla y gráfica N^o 4).

4. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación indican que el 59.7% de los pacientes presentaron peridontitis leve registrando profundidades de sondaje periodontal de 4 a 5 mm. Estos resultados indican al igual que los resultados publicados por Løe y col. 1978 y Becker y col. 1981 que el desarrollo y progreso de la enfermedad periodontal son un proceso lento pero continuo en pacientes que no hayan recibido terapia periodontal.

En la presente investigación de acuerdo a la clasificación de la enfermedad por rangos de edad, el grupo más afectado por la periodontitis del adulto leve se presentó en los pacientes entre 25 y 35 años de edad (65.8%) respectivamente.

Comparativamente los resultados mencionados anteriormente concuerdan con varias investigaciones epidemiológicas, las cuales han demostrado que la enfermedad periodontal afecta a la mayoría de los individuos en cualquier población y que la destrucción leve del tejido periodontal se manifiesta clínicamente en casi todos los individuos entre los 30 y 40 años de edad (Løe y col. 1978, Okamoto y col. 1988, Lindhe y col. 1989).

Hallazgos encontrados con respecto al género indican que de los 196 pacientes afectados por enfermedad periodontal el 50.5% fueron mujeres y el 49.4% hombres;

comprobando que en la periodontitis no se observa diferencia significativa, ni predilección alguna entre ambos sexos. Estos resultados coinciden con los observados por Belting y col. 1953 y Listgarten 1986 donde tampoco hubo hallazgo diferencial por ningún sexo.

Durante el examen clínico de rutina es importante considerar la fuerza de penetración de la sonda y el tipo de sonda utilizados en bolsas periodontales no tratadas, puesto que el tejido inflamado ofrece menor resistencia a la penetración de la sonda y puede atravesarse el nivel coronal del tejido conectivo obteniéndose registros mayores inadecuados y alteración en los resultados. (Van der Velden y de Vries 1978, Sivertson y Burgett 1976, Robinson y Vitek 1979).

En éste estudio se analizaron radiografías periapicales convencionales con la técnica de cono largo y posicionador para localizar la ubicación de la cresta ósea alveolar con respecto al límite amelo-cementario. La posición de la cresta ósea alveolar de acuerdo a los parámetros establecidos se encontró apical en un 77% de las radiografías analizadas y en un 23% no se observaron cambios en cuanto a la posición de la cresta ósea alveolar 2 mm. con respecto al límite amelo-cementario.

Aun al obtener imágenes radiográficas de excelente calidad es imposible interpretar los cambios destructivos tempranos de la enfermedad periodontal (Lang y Hill 1974, Goodson 1986). Contrariamente la calidad de pérdida ósea generalmente es subestimada durante el examen radiográfico, debido a la superposición de las corticales óseas vestibular y lingual, en muchas ocasiones los defectos óseos o

lesiones de furcación que se diagnostican radiográfica y clínicamente se observan mucho más severas en el momento del procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la lesión. (Theilade, 1960 y Suomi y col., 1968).

Goldman y col. en 1957 encontraron que los defectos interproximales no siempre son detectados cuando las corticales óseas vestibulares y linguales están intactas y por otro lado Shoha y col 1974 observaron que los defectos mayores o iguales a 3 mm. o cuyas corticales óseas sean muy delgadas pueden ser visibles radiográficamente.

Para investigaciones futuras se sugiere el uso de exámenes imagenológicos más precisos, como la radiografía de substracción digital que provee un método objetivo para mejorar la detección de cambios óseos de evolución temprana, los cuales no pueden ser vistos por el ojo humano o por exámenes radiográficos convencionales. (World Workshop, 1996).

5. CONCLUSIONES

- La periodontitis del adulto leve fue de acuerdo a la severidad del proceso inflamatorio dentro de las estructuras de soporte la más comúnmente encontrada en un 59.7% .
- La población más afectada por periodontitis del adulto leve estuvo comprendida en el rango de edad entre 25 y 35 años (40.3%).
- La periodontitis del adulto no presenta preferencia significativa con respecto a la variable sexo.
- Con respecto a la interpretación radiográfica, se observó en el 77% de las radiografías periapicales pérdida ósea.



6. RECOMENDACIONES

Aunque la población analizada en el presente estudio es de solamente 196 pacientes con respecto a la totalidad de los pacientes que acuden diariamente a las clínicas de pregrado del Colegio Universitario Colombiano, Facultad de Odontología, Colegio Odontológico Colombiano, seccional Santafé de Bogotá, D.C., todos presentaron periodontitis del adulto leve, moderada y severa, requiriéndose entonces tratamiento adecuado y oportuno; el cual muy posiblemente no se logre debido a la falta de remisión y comunicación entre el estudiante de Odontología y el especialista en Periodoncia.

Realizar un estudio a largo plazo en el cual se determine la prevalencia de la enfermedad periodontal.

BIBLIOGRAFIA

AGUALIMPIA, C., MEJIA, A., y PAREDES R., Investigación Nacional de Morbilidad. Santa Fé de Bogotá. 1.971.

BECKER, W., BECKER, B. E., BERG, L., La pérdida ósea en la enfermedad periodontal sin tratar: Un estudio longitudinal. Periodoncia y Odontología Restauradora. 1, 25 - 33. 1981.

BELTING, C. M., MASSLER, M., SCHOUR, I., Prevalence and incidence of alveolar bone disease in men. Journal of American Dental Association. 4, 90. 1953.

BENN, D.K., A review of the reliability of radiographic measurements in estimating alveolar bone changes. Journal of Clinical Periodontology. 17,14-21. 1990.

BERNAL ANDERSON, G., SMITH, B.A., Periodontal probing and its relation to degree of inflammation and bleeding tendency. The Journal of the Western Society of Periodontology. 36, 97 - 112. 1988.

CALDERON, I., LOPEZ, M., PEÑARANDA, H., Estudio piloto de prevalencia de la enfermedad periodontal en los usuarios de 15 centros de salud de primer y segundo nivel del Servicio Odontológico de la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, D.C. 1997.

FORERO DE S. M. F., Plan nacional de salud bucal. Ministerio de Salud, 1996.

GENCO, R., GOLDMAN, H., COHEN, W., Periodoncia. Interamericana Mc. Graw - Hill, 1993.

GOLDMAN, H.M., MILLSAP, J.S., BRENNAN, H.S., Origin of the architectural pattern, the lamina dura, and the alveolar crest in the dental radiograph. Oral Surgery. 10, 749. 1957.

GOODSON, J. M., Clinical measurements of periodontitis. Journal of Clinical Periodontology. 13, 446 - 455. 1986.

LANG, N.P., HILL, R.W., Radiographs in periodontics. Journal of Clinical Periodontology. 4, 16 - 28. 1977.

- LINDHE, J., *Periodontología Clínica*. 2ª edición. Editorial Médica - Panamericana. 1992.
- LINDHE, J., OKAMOTO, H., YONEYAMA, T., HAFFAJEE, A., SOCRANSKY, S.S., Longitudinal changes in periodontal disease in untreated subjects. *Journal of Clinical Periodontology*. 16, 622 - 670. 1989.
- LISTGARTEN, M.A., Periodontal probing: What does it mean. *Journal of Clinical Periodontology*. 7, 165 - 176. 1980.
- , Pathogenesis of periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*. 13, 418, 1986.
- LOE, H., ANERUD, A., BOYSEN, H., SMITH, M., The natural history of periodontal disease in man. Study design and baseline data. *Journal of Periodontal Research*. 13, 550 - 552. 1978.
- MONCADA, O., Y HERAZO, B., Estudio de morbilidad oral. Ministerio de Salud. 1984.
- OKAMOTO, H., YONEYAMA, T., LINDHE, J., HAFFAJEE, A., SOCRANSKY, S.S., Methods of evaluating periodontal disease data in epidemiological research. *Journal of Clinical Periodontology*. 15, 430 - 439. 1988.
- PAGE, R.C., SCHROEDER, H.E., Pathogenesis of inflammatory periodontal disease. A summary of current work. Laboratory investigation. *International Academy of Pathology*. 33, 235 - 249. 1976.
- , Current status of the lost response in chronic marginal periodontitis. *Journal of Periodontology*. 477 - 489. 1981.
- ROBINSON, P.J., VITEK, R.M., The relationship between gingival inflammation and resistance to probe penetration. *Journal of Periodontal Research*. 14, 239 - 243. 1979.
- RUBEN, M.P., GOLDMAN, H.M., SELVIG, K., SCHULMAN, S., OPPENHEIM, F.G., SCHNEIDER, D., GILDENHUYS, R., RICCI, G., MAFLA, E., SAFAVI, H., Periodontal Disease. Adidactic and pictorial Riview. 1975.
- SHOHA, R.R., DOWSON, J., RICHARDS, A.G., Radiographic interpretation of experimentally produced bony lesions. *Oral Surgery*. 38, 294 , 1974.
- SIVERTSON, J.F., BURGETT, F.G., Probing of pockets related to the attachment level. *Journal of Peiodontology*. 47, 281 - 286. 1976.

SUOMI, J.D., PLUMBO, J., BARBANO, J.P., A comparative study of radiographs and pocket measurements in periodontal disease evaluation. *Journal of Periodontology*. 39, 311. 1968.

THE AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. The Glossary of Periodontic Terms. 1986.

THE AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Epidemiology of Periodontal Diseases. Position Paper. *Journal of Periodontology*. 67, 935 - 945. 1996.

----- The etiology and pathogenesis of periodontal diseases. 1992.

----- Annals of periodontology. World Workshop in Periodontics. 1996.

THEILADE, J., An evaluation of the reliability of radiographs in the measurement of bone loss in periodontal disease. *Journal of Periodontology*. 31, 143, 1960.

VAN DER VELDEN, U., Probing force and the relationship of the probe tip to the periodontal tissues. *Journal of Clinical Periodontology*. 6, 106 - 114. 1979.

VAN DER VELDEN, U., DE VRIES, J.H., Introduction of a new periodontal probe: The pressure probe. *Journal of Clinical Periodontology*. 5, 188 - 197. 1978.

WAAL DE H., KON, S., RUBEN, M.P., Periodontal probing. *The Journal of the Western Society of Periodontology*. 34, 5 - 10. 1986.

WEINMANN, J.P., Progress of gingival inflammation into the supporting structures of the teeth. *The Journal of Periodontology*. 71 - 81. 1941.

WILLIAMS, R.C., Periodontal disease. *New England Journal of Medicine*. 322, 373 - 382. 1990.

ANEXOS



COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
 FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
 PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN
 PERIODONCIA Y BIOLOGIA ORAL
 SANTA FE DE BOGOTA, D.C., 1998

Fecha: _____

Paciente No. _____

1. IDENTIFICACION

Nombre del paciente: _____

Documento de identificación: _____

Firma y aceptación del paciente: _____

Edad: _____

Sexo:

Masculino: _____

Femenino: _____

2. EVALUACION CLINICA

Profundidad de sondaje clínico

SUPERIOR

SUPERFICIE					SUPERFICIE
DV					MV

INFERIOR

SUPERFICIE					SUPERFICIE
DV					MV

DIENTE

--	--	--	--

DIENTE

--	--	--	--

3. EVALUACION RADIOGRAFICA

PERDIDA	SI	NO
OSEA		

TABLA No. 1

PACIENTES AFECTADOS POR

PERIODONTITIS DEL ADULTO SEGÚN RANGO DE EDAD

EDAD	PACIENTES	
	# de Pacientes	%
25-35	129	65,8
36-45	39	19,9
46-55	22	11,2
56-65	6	3,1
TOTAL	196	100

PACIENTES AFECTADOS POR PERIODONTITIS DEL ADULTO SEGUN RANGO DE EDAD

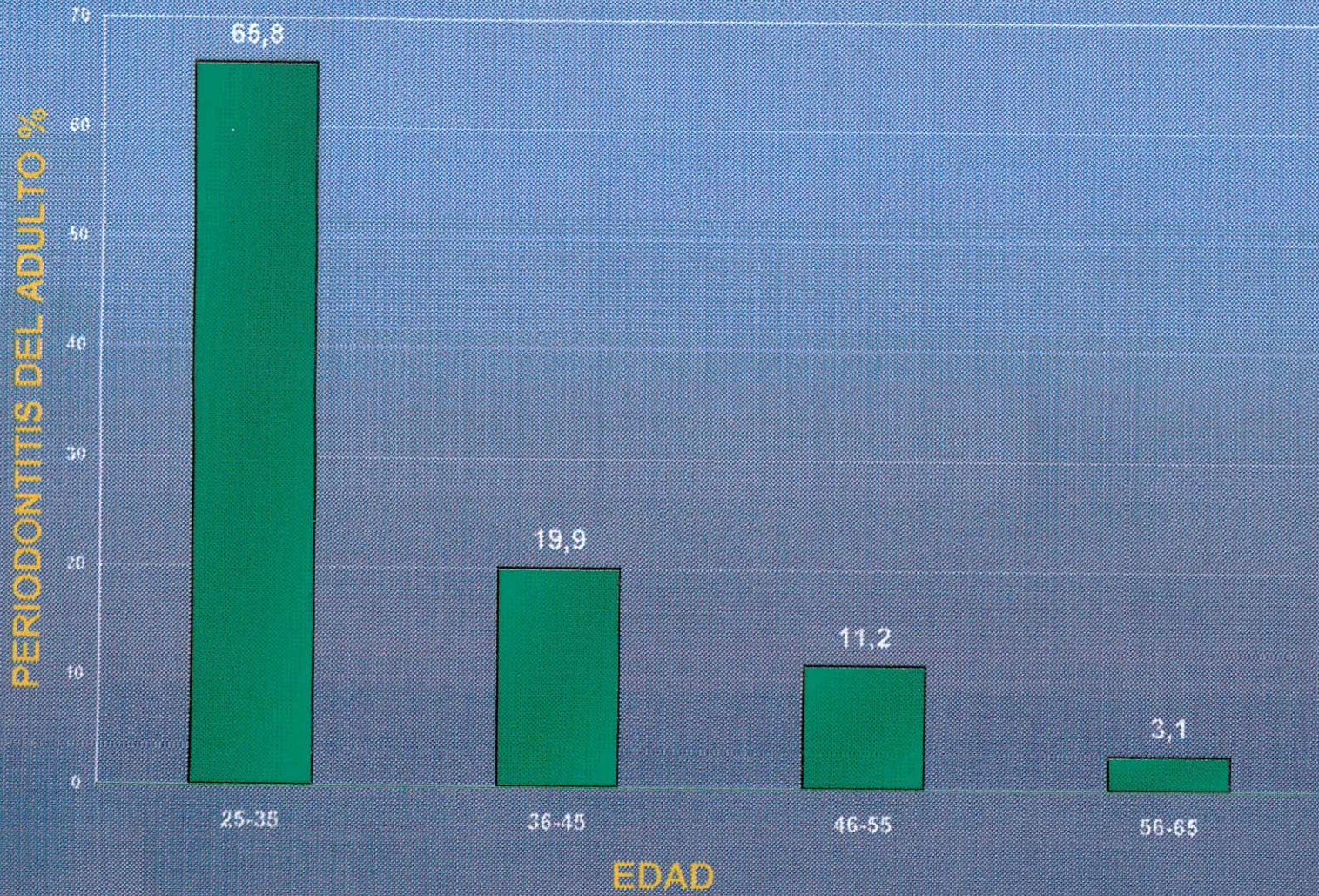


TABLA No. 2

PERIODONTITIS DEL ADULTO SEGÚN GENERO

SEXO	PERIODONTITIS DEL ADULTO	
	No.	%
MASCULINO	97	50
FEMENINO	99	50
TOTAL	196	100

Gráfica No. 2
PACIENTES AFECTADOS POR
PERIODONTITIS DEL ADULTO SEGUN
GENERO

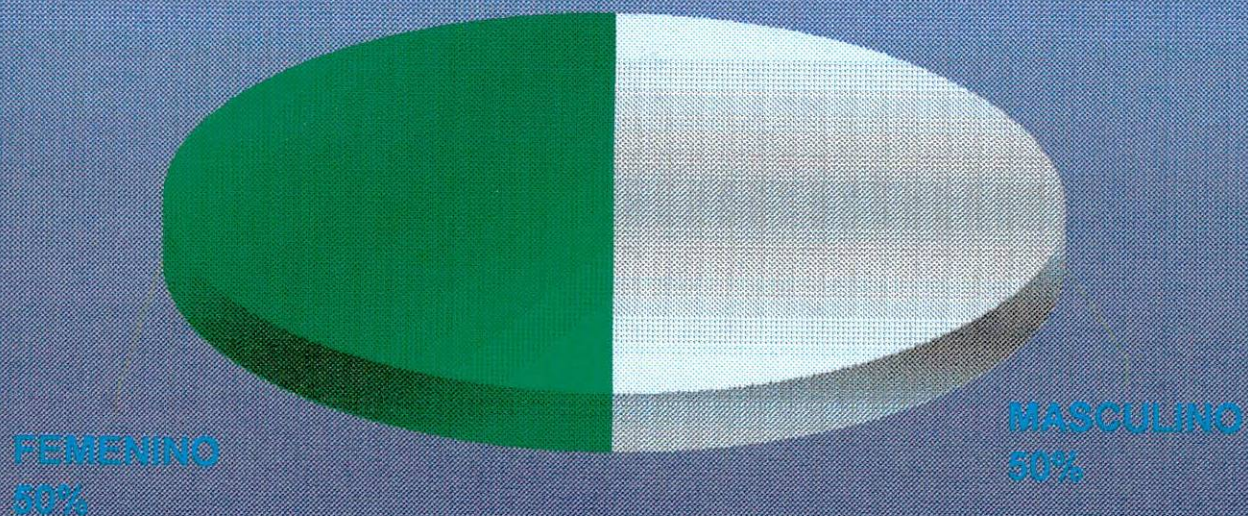


TABLA No. 3

**CLASIFICACION DE LA PERIODONTITIS DEL ADULTO
SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD**

LEVE		MODERADA		SEVERA		TOTAL	
No	%	No	%	No	%	No	%
117	59,7	47	24	32	16,3	196	100

Gráfica No. 3
CLASIFICACION DE LA PERIODONTITIS DEL
ADULTO SEGUN GRADO DE SEVERIDAD Y NUMERO
DE PACIENTES

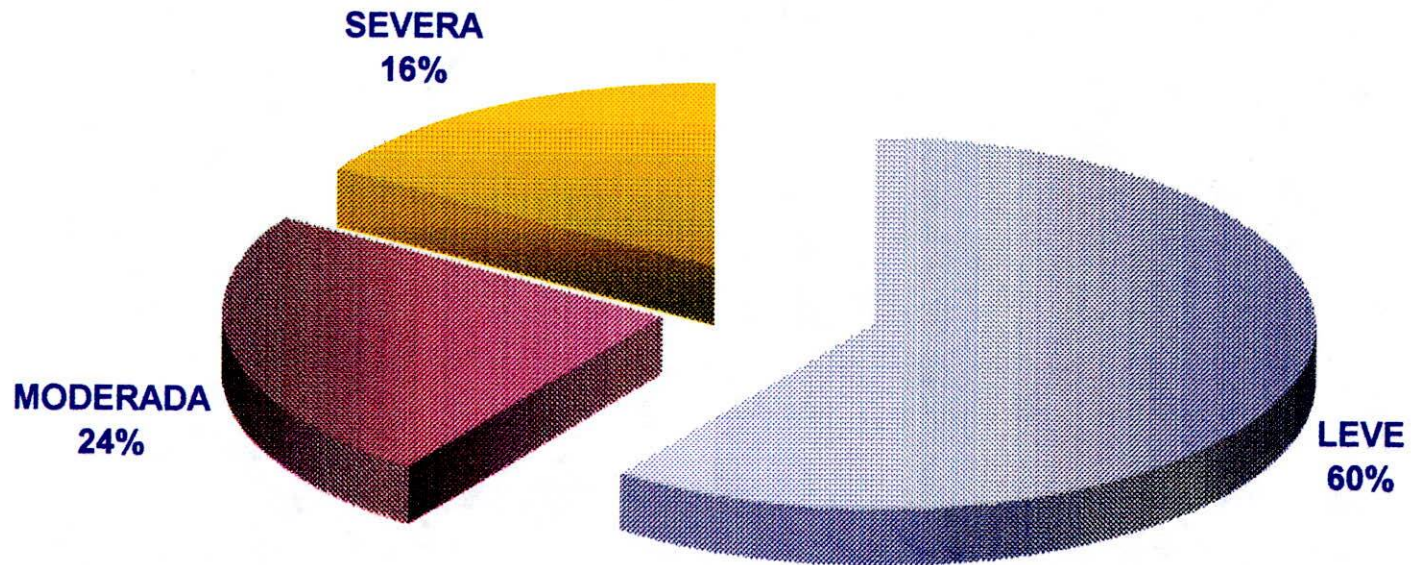


TABLA No. 4

PACIENTES AFECTADOS

POR PERIODONTITIS DEL ADULTO SEGÚN SEXTANTES

SEXTANTE	No.	%
1	69	35,2
3	83	42,4
4	21	10,7
6	23	11,7
TOTAL	196	100

Gráfica No. 4

DIAGNÓSTICO DE LA PERIODONTITIS DEL ADULTO SEGUN SEXTANTES

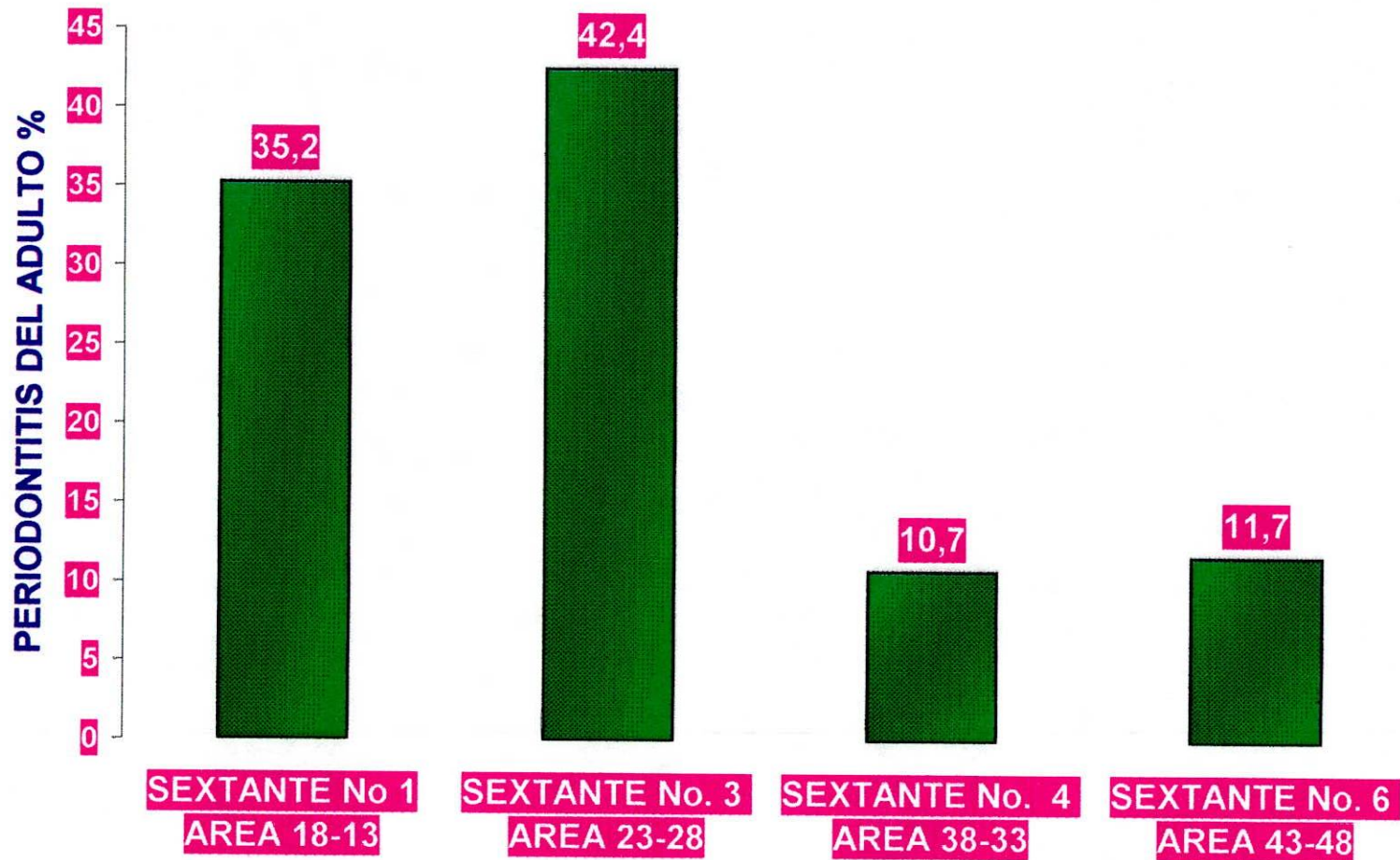


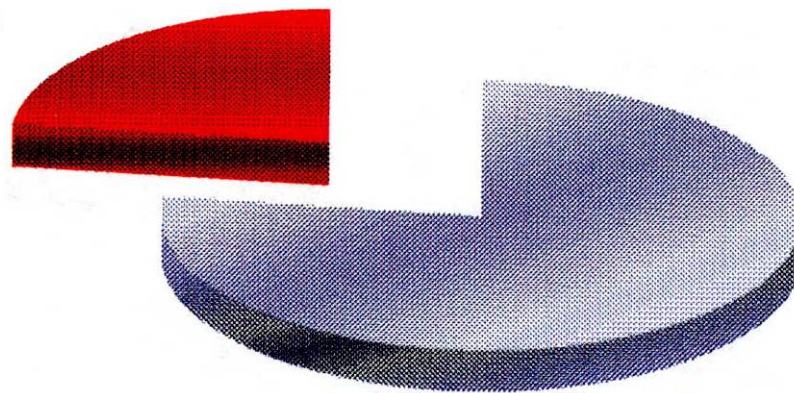
TABLA No. 5

**PACIENTES AFECTADOS POR PERIODONTITIS DEL
ADULTO CON PRESENCIA O AUSENCIA DE PERDIDA OSEA**

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO	No.	%
PERDIDA OSEA	151	77
SIN PERDIDA OSEA	45	23
TOTAL	196	100

Gráfica No. 5
INTERPRETACION RADIOGRAFICA DE PERDIDA
OSEA EN PACIENTES CON PERIODONTITIS DEL
ADULTO

SIN PERDIDA
OSEA
23%



PERDIDA
OSEA
77%