

TOPe
0032
et ↓

Distribución de la Enfermedad Periodontal en la
Población Adulta Atendida en las Clínicas de Postgrado del Colegio
Odontológico colombiano. Semestre 02-2004

INVESTIGADORES

Dr. ERNESTO CASAS ALARCON. Od.
Dra. JENNY ADRIANA MORALES ALVAREZ. Od.

ASESORES CIENTIFICOS

Dra. Mónica Restrepo G. Od. Especialista en Periodoncia Msd.
Dr. Andrew Tawse-Smith A. Od. Especialista en Periodoncia .

ASESORA METODOLÓGICA

Dra. Claudia Hurtado A. Od. Especialista en Seguridad Social y Salud

ASESORA ESTADISTICA

Dra. Mónica Pachón R.
Estadística

Distribución de la Enfermedad Periodontal en la
Población Adulta Atendida en las Clínicas de Postgrado del Colegio
Odontológico colombiano. Semestre 02-2004

INVESTIGADORES

Dr. ERNESTO CASAS ALARCON. Od.
Dra. JENNY ADRIANA MORALES A.Od.

ASESORES CIENTIFICOS

Dra. Mónica Restrepo G. Od. Especialista en Periodoncia Msd.
Dr. Andrew Tawse-Smith A. Od. Especialista en Periodoncia .

ASESORA METODOLÓGICA

Dra. Claudia Hurtado A. Od. Especialista en Seguridad Social y Salud

ASESORA ESTADISTICA

Dra. Mónica Pachón R.
Estadística

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
AREA DE EDUCACIÓN AVANZADA Y CONTINUADA
POSTGRADO DE PERIODONCIA
BOGOTA D.C.2005

Distribución de la Enfermedad Periodontal en la
Población Adulta Atendida en las Clínicas de Postgrado del Colegio
Odontológico colombiano. Semestre 02-2004

INVESTIGADORES

Dr. ERNESTO CASAS ALARCON Od.
Dra. JENNY ADRIANA MORALES A.Od.

ASESORES CIENTIFICOS

Dra. Mónica Restrepo G. Od. Especialista en Periodoncia Msd.
Dr. Andrew Tawse-Smith A. Od. Especialista en Periodoncia .

ASESORA METODOLÓGICA

Dra. Claudia Hurtado A. Od. Especialista en Seguridad Social y Salud

ASESORA ESTADISTICA

Dra. Mónica Pachón R.
Estadística

REQUISITO PARA OPTAR AL TITULO DE PERIODONCISTA

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
AREA DE EDUCACIÓN AVANZADA Y CONTINUADA
POSTGRADO DE PERIODONCIA
BOGOTA D.C.2005**

AGRADECIMIENTOS

Los investigadores agradecemos a todas las personas del área clínica y administrativa que hicieron posible llevar a cabo este estudio.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

I. ASPECTOS TEÓRICOS CIENTÍFICOS

1.1 PROBLEMA

1.2 JUSTIFICACIÓN

1.3 PROPÓSITO

1.4 MARCO LEGAL

1.5 MARCO TEÓRICO

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 Objetivo general

1.6.2 Objetivos específicos

II. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.3.1 Criterios de Inclusión

2.3.2 Criterios de exclusión

2.4 VARIABLES DE ESTUDIO

2.5 PROCEDIMIENTO

2.6 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

2.7 ANÁLISIS DE DATOS

III. RESULTADOS

IV. DISCUSIÓN

V. CONCLUSIONES

VI. RECOMENDACIONES

REFERENCIAS

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Frecuencia de cada entidad.

Anexo 2. Distribución Porcentual de las Principales Entidades presentadas según rangos de edad.

Anexo 3. Distribución Porcentual de las Principales Entidades presentadas según género.

Anexo 4. Distribución Porcentual de las Principales Entidades presentadas según hábito de fumar.

Anexo 5. Distribución Porcentual de las Principales Entidades presentadas según trauma oclusal.

Anexo 6. Distribución Porcentual de las Principales Entidades presentadas según enfermedades sistémicas

Anexo 7. Distribución Porcentual de las Principales Entidades presentadas según placa bacteriana.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal describe un grupo de infecciones localizadas que afectan los tejidos que soportan y rodean los dientes. La gingivitis y la periodontitis son las dos entidades inflamatorias más comunes que afectan los tejidos gingivales y el aparato de inserción periodontal. (Listgarten, 1986)

La enfermedad periodontal progresa en episodios periódicos, relativamente cortos ocasionando destrucción tisular rápida seguido por reparo y períodos prolongados de remisión, a pesar de la distribución aparentemente desordenada de la actividad de la enfermedad, el resultado de la destrucción tisular exhibe un patrón simétrico de pérdida de hueso alveolar y formación de bolsas. (Overman 2000).

Los microorganismos en la biopelícula pueden producir sustancias específicas que los hacen resistentes. Las infecciones orales son enfermedades crónicas que requieren tratamiento continuo y cuidado diario con medidas adecuadas de higiene oral.

La placa del biofilm contiene una gran cantidad de microbios y proteínas del huésped que se adhiere a la superficie dental, en pocos minutos después de la profilaxis, los microorganismos Grampositivos, actinomyces y estreptococos son dominantes en dicha placa, la formación lenta en días, semanas y adicionalmente una pobre higiene oral, causa una placa madura que con el tiempo resulta, en una proliferación mayor de gérmenes que cambian hacia una mayor presencia de Gramnegativos aeróbicos, entre ellos los mas asociados a la citada enfermedad, son: porfilomonas gingivalis,

prevotella intermedia, bacteroides forsythus, campylobacter rectus, estreptococcus intermedius, actynobacillus actinomycetemcomitans, treponema sp.(Haffajee y Socransky, 1994)

Las practicas de higiene oral son aquellas que se emplean, de manera personal o profesional, para prevenir el establecimiento de la flora patógena en la cavidad bucal o los productos que causan la Enfermedad Periodontal, el último objetivo de dichas practicas es prevenir el inicio, progreso o recurrencia de alguna afección y la reducción del número de microorganismos patógenos que están en contacto con los tejidos periodontales (Gregor 2002).

La enfermedad Periodontal es definida como un conjunto de lesiones que se presentan en distintos periodos de la vida del individuo y son ocasionadas por un grupo de bacterias especificas que afectan los tejidos gingivales y el aparato de inserción periodontal. se analizo también un numero relativamente grande de estudios donde se examinaron los marcadores de riesgo múltiples y los factores potenciales de riesgo (Beck y cols., 1990).

En el colegio odontológico no se han realizado estudios sobre la distribución de la enfermedad periodontal en la población adulta. Por tanto es necesario implementar un estudio al respecto, dado que es importante conocer la distribución de su presentación, teniendo en cuenta las variables consideradas, Además se constituye en un punto de referencia para posteriores estudios sobre el diagnostico de esta Enfermedad.

Hábito de fumar: La pérdida ósea y dental es mayor en pacientes fumadores y el sangrado es más bajo que en no fumadores sus vasos sanguíneos son

Trauma oclusal: son las fuerzas generadas por las interferencias oclusales pueden causar inflamación daño en los tejidos.

Placa bacteriana: Al existir acumulación de placa se inicia una inflamación gingival, y la placa en su proceso de calcificación. Esta situación permite que se den cambios ecológicos que resultan en la detección e incremento de grupos específicos de bacterias que poseen potencial patogénico. (Periodontology 2000).

El objetivo de este estudio es determinar la distribución de la enfermedad periodontal en la población adulta atendida en las clínicas de postgrado del Colegio Odontológico Colombiano semestre II-2004.

I. ASPECTOS TEÓRICOS CIENTÍFICOS

1.1 PROBLEMA

La enfermedad periodontal es definida como el conjunto de lesiones que se presentan en distintos períodos de la vida del individuo y son ocasionadas por un grupo de bacterias específicas como: Porphyromonas gingivalis, Prevotella intermedia, Bacteroides forsythus, Campylobacter rectus, Streptococcus intermedius, Actinobacillus actinomycetemcomitans, Treponema denticola. (Haffajee y Socransky, 1994). Que afectan los tejidos gingivales y el aparato de inserción periodontal. En referencia La clínica de Periodoncia del Colegio Odontológico Colombiano atiende una gran cantidad de pacientes, que son remitidos por diferentes motivos, todos ellos enfocados a estabilizar los diferentes problemas relacionados con el periodonto. (Listgarthen 1986).

La prevalencia en COLOMBIA para el año 2000 fue del 50.2% lo cual refleja una situación diferente a la reportada en los años 1977 a 1980, cuando se afirmó que el 94.7% de la población tenía enfermedad periodontal en alguna de sus fases. (Tomado de SIVIGILA. Informe Ejecutivo Semanal (ENSAB III) No. 8 año 2000 Oficina de Epidemiología. Ministerio de Salud).

Según la Organización mundial de la salud se refiere que las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 5% - 20% de los adultos de edad madura en la población mundial; la incidencia varía según la región geográfica.

En el Colegio Odontológico no se han realizado estudios sobre la distribución de la enfermedad periodontal en la población adulta. Por lo tanto es necesario preguntarse:

¿Cuál es la distribución de la enfermedad periodontal en la población adulta?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Por tanto es necesario implementar un estudio al respecto, dado que es importante conocer la distribución de su presentación, teniendo en cuenta las variables consideradas, se analizaron también un número relativamente grande de estudios donde se examinaron los marcadores de riesgo múltiples y los factores potenciales de riesgo (Beck y cols., 1990). además se constituye en un punto de referencia para posteriores estudios sobre el diagnóstico de esta Enfermedad.

1.3 PROPÓSITO

Este estudio pretende determinar la distribución de la enfermedad periodontal en la población adulta atendida en las clínicas de postgrado de Periodoncia del Colegio Odontológico Colombiano semestre 02-2004.

1.4 MARCO LEGAL

La ley 100 bajo los criterios de universalidad estipula que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio. Sosteniendo la filosofía de medicina preventiva, describió como primordial el manejo de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para los profesionales de la salud oral la promoción de la salud y prevención de la enfermedad constituye la base del éxito en su práctica. (Art. 177).

Durante el proceso de recepción y manejo de los pacientes la historia clínica, es un documento legal, que en cualquier momento puede ser requerido; por lo que se hace necesario su correcto diligenciamiento y manejo. El ministerio de protección social en la resolución 1995 del 8 de julio de 1999; establece normas para el manejo de la historia clínica, señalando que este es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de salud,

para el desarrollo científico y cultural. Se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, custodia y confidencialidad de estas.

Art. 4. Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención de un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud.

Art. 5. Generalidades. La historia clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza con el nombre completo y firma del autor de la misma.

1.5 MARCO TEÓRICO

La mayoría de los esfuerzos de investigación en la epidemiología de la enfermedad periodontal tiene un enfoque en personas de mediana edad y personas mayores, dando un cuadro de la ocurrencia de la enfermedad en una etapa relativamente última. 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. Esta enfermedad no solo es un problema odontológico, sino que se ha constituido como un factor de riesgo importante para la salud sistémica. (Listgardten 1986).

La gingivitis es una condición previa y reversible de inflamación de los tejidos que soportan y rodean los dientes, comienza como una reacción inflamatoria de la encía libre. La inflamación es causada por bacterias que colonizan la superficie del diente y el margen gingival, la gingivitis crónica por incremento de fluidos de exudado gingival resulta en la formación de cálculos subgingivales y permite la progresión de la enfermedad periodontal con pérdida del aparato de inserción. El registro de placa y el tratamiento de la

gingivitis son importantes como primera medida para el mantenimiento de la salud del aparato de inserción. (Jukka A. 1975).

La periodontitis es la inflamación de 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 de hueso de soporte. La periodontitis se manifiesta con cambios destructivos progresivos que dan como resultado la pérdida de estructura de soporte y si no se da tratamiento oportuno conlleva a la pérdida dentaria. Su prevalencia y severidad se incrementa con la edad y su progreso es lento y continuo. (A.A.P. 1986).

Uno de los principales factores predisponentes en la pérdida de tejido de soporte es el trauma oclusal que se define como una lesión al aparato de inserción como resultado de las excesivas fuerzas oclusales. Se clasifica como primario y secundario. El trauma oclusal primario se refiere a aquel trauma que resulta por las excesivas fuerzas oclusales aplicada a dientes con estructura de soporte normal (periodonto sano). El trauma oclusal secundario se refiere a aquella condición en donde las fuerzas oclusales normales causan trauma al aparato de unión de dientes con inadecuado soporte (periodonto enfermo). (Philip M 1989).

La terapia oclusal debe incluir facilidad para un control adecuado de placa, eliminación del trauma gingival directo. Disminución de hábitos parafuncionales, tratamiento de disfunciones temporomandibulares, necesidad de restauraciones protésicas y estéticas. (Philip M 1989).

En el estudio de Torrungruang en el año 2005 se tomaron adultos mayores en edades entre 50 a 73 años, a los cuales se les realizó examen médico detallado, examen odontológico que incluía examen periodontal, control de

placa, profundidad de sondaje y nivel clínico de inserción, categorizando la periodontitis en periodontitis leve, moderada y severa.

Donde se observó Periodontitis leve en un 30.5 %, moderada en un 53.6 % y severa en un 15.9%. El predominio de periodontitis severa fue más alto para los varones y fue aumentando con la edad, seguido de personas con poca educación, con nivel socioeconómico bajo. El índice de placa fue alto, los pacientes fumadores, bebedores y los diabéticos, eran los que tenían más probabilidad de tener periodontitis moderada y severa. Las conclusiones de estos datos sugieren que la edad, el género, la educación, la higiene oral, el fumar y la diabetes, están asociados a la severidad de la enfermedad periodontal. (Torrunguang K, COLS 2005).

Dietrich en 2005 evaluó los síntomas periodontales reportados para predecir la historia de la enfermedad periodontal, se definió un criterio de selección como ≥ 3 dientes con pérdida radiográfica de hueso alveolar > 5 Mm. (39%). Lo cual permitió tomar 246 pacientes, a los cuales se les hizo un cuestionario sobre los síntomas que ellos mismos percibían. La sensibilidad y especificidad, se comparó mediante cuestionarios. La exactitud en el diagnóstico era baja y ninguna de las preguntas realizadas individualmente pudo determinar si los encuestados tenían el conocimiento suficiente de los síntomas, para realizar el diagnóstico de enfermedad periodontal.

En otro estudio, se determinó la importancia de definir y clasificar la proximidad radicular y obtener medidas, así como estudiar la prevalencia en el área interdental y examinar la distancia de la unión cemento esmalte a la cresta del hueso. Por que dicha proximidad radicular es un marcador de riesgo para la enfermedad periodontal, cuando se presenta existe un riesgo aumentado en 3.6 veces para periodontitis. Examinando las radiografías de 227 pacientes, comparándolas con un grupo de estudio de 197 pacientes con

enfermedad periodontal avanzada y comparado también contra otro grupo de 30 pacientes sin enfermedad periodontal. (Vermylen, 2005)

Dentro de las causas de pérdida de dientes, la más frecuente es la extracción, cuya causa principal la caries dental 56.4%, seguida de la enfermedad periodontal 24.6%. (Oginni FO, 2005).

El estudio de Persson en el año 2005, concluyó que se debe tener mayor cuidado dental en las personas de avanzada edad con el fin de disminuir la carga infecciosa.

Se realizó una selección de 1674 personas 50.8% mujeres y 49.2 hombres, de una muestra al azar. Para comparar el predominio de la enfermedad periodontal en grupos de consumidores de tabaco, con grupos que mezclaban tabaco con alucinógenos, teniendo en cuenta las características socio-demográficas y el tiempo de uso de tabaco, seguido de un examen clínico. Se encontró un predominio de enfermedad periodontal en los usuarios del tabaco. Por lo anterior se concluyó que el fumar se asocia a enfermedad periodontal independiente de la placa. (Wickholm S, 2004).

La periodontitis también se asocia con un número de enfermedades sistémicas como arteriosclerosis, enfermedades cardíacas, enfermedades coronarias y respiratorias. (Georgiou TO, 2004).

La condición periodontal se puede evaluar de manera clínica y Las radiografías periapicales y panorámicas son complementarias para determinar la pérdida de hueso alveolar, así mismo La historia de cirugías periodontales en el paciente explican la razón de la pérdida de hueso. (Joshiyura et al., 2002).

Se crea la necesidad de elaborar un cuestionario para el uso de medidas epidemiológicas sobre el estado periodontal, donde se toman cuatro indicadores, el porcentaje de sitios con placa, porcentaje de sangrado al sondaje, movilidad dentaria, la sensibilidad y especificidad. (Gilbert AD1999).

En un estudio se tomaron historias clínicas y radiografías, se midieron según la siguiente escala: 1 riesgo más bajo, 5 riesgo más alto. Conforme a la predicción del deterioro periodontal. El estado periodontal real en términos de pérdida de hueso alveolar determinado por las radiografías digitalizadas y la pérdida dental mediante el expediente clínico, determino la fuerza estadística entre la predicción del riesgo y el resultado real. Dando lugar a una toma de decisiones clínicas periodontales exactas. (Page RC, 2002).

La osteoporosis es una enfermedad crónica común especialmente en mujeres mayores, los pacientes son a menudo inconscientes de la condición hasta que experimentan fractura ósea, los estudios han sugerido que la osteoporosis y la periodontitis son enfermedades asociadas, La radiografía panorámica permite valorar el índice de la cortical de la mandíbula que es potencialmente el diagnóstico para la osteoporosis, Se analizó el historial médico de 1084 pacientes de edades entre 60-75 años. De las radiografías el 90.3% eran útiles para el análisis, En contraste la presencia de osteoporosis referida por los pacientes es 8.2% de la población del estudio, La pérdida de hueso alveolar horizontal y el índice de pérdida de la cortical mandibular están asociados con la osteoporosis. (Persson RE, 2002).

En el estudio 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, se ha encontrado que la prevalencia de la enfermedad periodontal 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 del 28.9%. En este mismo estudio se concluyó que el grupo de edad en la población más afectada por enfermedad periodontal estuvo comprendido entre los 15 a 25 años, mientras en 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% mientras que en las mujeres se presentó en un 41%. En cuanto a periodontitis avanzada no hubo diferencias significativas entre ambos sexos. (Calderón, 1997).

Siendo el diagnóstico un aspecto fundamental, en ocasiones se omite registrarlo, de manera unificada, de acuerdo a los criterios propuestos por la academia Americana de Periodoncia (AAP) ,a finales de 1999, en la ciudad de oak Brook. Illinois, y publicado en los "Periodontology anals". La Academia establece una nueva clasificación con el fin de mantener y manejar el conocimiento de forma globalizada. En esta clasificación de la enfermedad periodontal se hace un señalamiento a los aspectos sistémicos del individuo afectado periodontalmente, y se da importancia a las manifestaciones o lesiones Periodontales de enfermedades sistémicas.

Clasificación general de la enfermedad periodontal

I. Enfermedad Gingival

A. Enfermedad Gingival Inducida por Placa Dental.

1. Gingivitis asociada con Placa Dental únicamente.

- a. Sin otros factores locales asociados.
- b. Con otros factores locales asociados

2. Enfermedad Gingival Modificada por Factores Sistémicos.

- a. Asociada con el Sistema Endocrino.
 - 1) Gingivitis Asociada con la Pubertad.
 - 2) Gingivitis Asociada con el Ciclo Menstrual.
 - 3) Gingivitis Asociada con el Embarazo.
 - 3.a) Gingivitis.
 - 3.b) Granuloma Piógeno.
 - 4) Gingivitis Asociada a Diabetes Mellitus.
 - b. Asociada con Discrasias Sanguíneas.
 - 1) Gingivitis Asociada con Leucemia.
 - 2) Otros.
3. Enfermedad Gingival Modificada por Medicamentos.
- a. Enfermedad Gingival Influenciada por Drogas.
 - 1) Agrandamientos Gingivales Influenciados por Drogas.
 - 2) Gingivitis Influenciada por Drogas.
 - a) Gingivitis Asociada a Anticonceptivos Orales.
 - b) Otras.
4. Enfermedad Gingival Modificada por Malnutrición.
- a. Gingivitis Asociada a Deficiencia de Ácido Ascórbico.
 - b. Otras.
- B. Lesiones Gingivales No Inducidas por Placa.
1. Enfermedad Gingival de Origen Bacteriano Específico.
- a. Lesiones Asociadas con Neisseria Gonorrhoeae.
 - b. Lesiones asociadas con Traponema Pallidum.
 - c. Lesiones Asociadas a Especies Streptocócicas.
 - d. Otros.
2. Enfermedad Gingival de Origen Viral.
- a. Infecciones por el Herpes Virus.
 - 1) Gingivoestomatitis Herpética Primaria.
 - 2) Herpes Oral Recurrente.
 - 3) Infecciones por Varicella Zoster.
 - b. Otras.
3. Enfermedad Gingival de Origen Fúngico.
- a. Infecciones por Especies de Cándida.
 - b. Eritema Gingival Lineal.
 - c. Histoplasmosis.
 - d. Otras.

- 4. Lesiones Gingivales de Origen Genético.
 - a. Fibromatosis Gingival Hereditaria.
 - b. Otros.

- 5. Manifestaciones Gingivales de Condiciones Sistémicas.
 - a. Desórdenes Mucocutáneos.
 - 1) Liquen Plano.
 - 2) Penfigoide.
 - 3) Pénfigo Vulgar.
 - 4) Eritema Multiforma.
 - 5) Lupus Eritematoso.
 - 6) Inducidas por Drogas.
 - 7) Otras.

 - b. Reacciones Alérgicas.
 - 1) Reacciones a los materiales restaurativos dentales.
 - a) Mercurio.
 - b) Níquel.
 - c) Acrílico.
 - d) Otros.

 - 2) Reacciones atribuidas a
 - a) Cremas Dentales.
 - b) Enjuagues Dentales.
 - c) Aditivos de Gomas de Mascar.
 - d) Aditivos de los Alimentos.

 - 3) Otras.

- 6. Lesiones Traumáticas.
 - a. Lesiones Químicas.
 - b. Lesiones Físicas.
 - c. Lesiones Térmicas.

- 7. Reacciones a Cuerpo Extraño.
- 8. Otras no Específicas.

- II. Periodontitis Crónica.
 - A. Localizada.
 - B. Generalizada.

- III. Periodontitis Agresiva
 - A. Localizada.
 - B. Generalizada.

- IV. Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas.
 - A. Asociada con Desórdenes Hematológicos.
 - 1. Neutropenia Adquirida.
 - 2. Leucemia.
 - 3. Otros.
 - B. Asociada con Desórdenes Genéticos.

1. Neutropenia Cíclica Familiar.
2. Síndrome de Down.
3. Síndromes de Deficiencia de Adhesión Leucocitaria.
4. Síndrome Papillon-Lefèvre.
5. Síndrome de Chediak-Higashi.
6. Histiocitosis.
7. Enfermedad de Almacenamiento de Glicógeno.
8. Agranulocitosis Genética Infantil.
9. Síndrome de Cohen.
10. Síndrome de Ehlers-Danlos.
11. Hipofosfatasa.
12. Otros.

C. Otros no específicos.

V. Enfermedad Periodontal Necrotizante.

- A. Gingivitis Ulceronecrotizante.
- B. Periodontitis Ulceronecrotizante.

VI. Absceso Periodontal.

- A. Absceso Gingival.
- B. Absceso Periodontal.
- C. Absceso Pericoronar.

VII. Periodontitis Asociada con Lesiones Endodónticas.

- A. Lesiones Combinadas Endo-Periodontales.

VIII. Condiciones o deformidades del desarrollo o adquiridas

- A. Factores Localizados Relacionados a los Dientes que Modifican o Predisponen

a la Enfermedad Gingival Inducida por Placa o Periodontitis.

1. Factores Anatómicos Dentales.
2. Aparatos y Restauraciones Dentales.
3. Fracturas Radiculares.
4. Reabsorción radicular cervical y Lágrimas de Cemento.

- B. Condiciones y Deformidades Mucogingivales Adyacentes a los Dientes.

1. Resección de los Tejidos Gingivales Blandos.

- a. Superficies Lingual o Vestibular.
- b. Interproximal (Papilar).

2. Ausencia de Encía Queratinizada.
3. Profundidad Vestibular Disminuida.
4. Posición Aberrante de Músculos/Frenillo.
5. Exceso Gingival.

- a. Seudobolsas.
- b. Margen Gingival Inconsistente.
- c. Gran exceso Gingival.
- d. Agrandamiento Gingival.
6. Color Anormal.

C. Condiciones y Deformidades Mucogingivales en Rebordes Edéntulos.

1. Deficiencia de Reborde Horizontal y/o Vertical.
2. Ausencia de Tejido Queratinizado/Encía.
3. Agrandamiento de Tejido Blando/Gingival.
4. Posición Aberrante de músculos/Frenillo.
5. Profundidad Vestibular Disminuida.
6. Color Anormal.

D. Trauma Oclusal.

1. Trauma Oclusal Primario.
2. Trauma Oclusal Secundario.

1.6 OBJETIVO

1.5.1 Objetivo General

Determinar la distribución de la enfermedad periodontal en la población adulta atendida en las clínicas de postgrado de Periodoncia del Colegio Odontológico Colombiano. Semestre II-2004

1.5.2 Objetivos Específicos

- Determinar la distribución de cada entidad (Gingivitis, Periodontitis crónica leve, periodontitis crónica moderada, periodontitis crónica severa, periodontitis agresiva, periodontitis asociada a factores sistémicos).
- Determinar la distribución de las entidades más frecuentes, de acuerdo a características sociodemográficas (Edad, género).
- Determinar la distribución de las entidades más frecuentes de acuerdo al hábito de fumar.
- Determinar la distribución de las entidades más frecuentes de acuerdo a los factores predisponentes (Trauma oclusal, enfermedades sistémicas, placa bacteriana, herencia).

II. ASPECTOS METODOLOGICOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo trasversal.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Historias clínicas de pacientes atendidos en las clínicas de postgrado de Periodoncia del Colegio Odontológico Colombiano en el segundo semestre del año 2004.

2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.3.1 Criterios de Inclusión

- Historias clínicas diligenciadas por residentes del postgrado de Periodoncia.
- Historias clínicas adecuadamente diligenciadas.
- Historias clínicas de Pacientes entre 18-80 años.

2.3.2 Criterios de Exclusión

- Historias clínicas no aprobadas por el docente.

2.4 VARIABLES DE ESTUDIO

Para el estudio se tuvieron en cuenta variables sociodemograficas, clasificación periodontal y los factores predisponentes. Tabla No 1.

Tabla No 1. Variables de estudio

DEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIZACIÓN	INSTRUMENTO
HÁBITO DE FUMAR	Costumbre o acción de fumar al menos un cigarrillo	SI NO	Nominal	Cualitativa	Historia clínica
Entidad periodontal	Entidad inflamatoria que afecta los tejidos gingivales y el aparato de inserción periodontal	Gingivitis. Periodontitis crónica leve Periodontitis Crónica moderada. Periodontitis crónica severa. Periodontitis Crónica agresiva. Periodontitis asociada a factores sistémicos.	Nominal	Cualitativa	Historia clínica
Factores predisponentes	Es aquel suceso que hace que se produzca la enfermedad, tiene en cuenta los expuestos y los no expuestos	Trauma Enfermedades sistémicas. Placa bacteriana	Nominal	Cualitativa	Historia clínica

INDEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIZACIÓN	INSTRUMENTO
EDAD	Lapso de tiempo comprendido entre el momento de nacer y el momento del estudio	Número de años cumplidos	Discreta	Cuantitativa	Historia clínica
GÉNERO	Determinante físico	Hombre (1) Mujer (2)	Nominal	Cualitativo	Historia

2.5 PROCEDIMIENTO

Se tomaron 95 historias clínicas realizadas en la clínica de Periodoncia, en el segundo semestre de 2004, según los criterios de elegibilidad aplicados se tomo una muestra de 35 historias clínicas útiles. Los datos fueron consignados en el instrumento para la recolección de datos, de acuerdo a las variables del estudio.

La identidad de los pacientes se protegió asignándoles un número diferente al de la historia clínica.

2.6 INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha técnica donde se encuentran columnas correspondientes a las historias clínicas con un número asignado por los investigadores teniendo en cuenta la edad, género, hábito de fumar, la entidad periodontal y factores predisponentes. Tabla No 2.

Tabla No 2. Instrumento de recolección de Datos

Número de historia clínica	Edad	Género		Hábito de fumar		Entidad						Factores predisponentes			
		H	M	SÍ	NO	1	2	3	4	5	6	TR	ES	PL	

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. Gingivitis | TR. Trauma oclusal |
| 2. Periodontitis crónica leve | ES. Enfermedades sistémicas |
| 3. Periodontitis crónica moderada | |
| 4. Periodontitis crónica severa | PL. Placa bacteriana |
| 5. Periodontitis crónica agresiva | |
| 6. Periodontitis asociada a factores sistémicos | |

2.7 PROCESAMIENTO

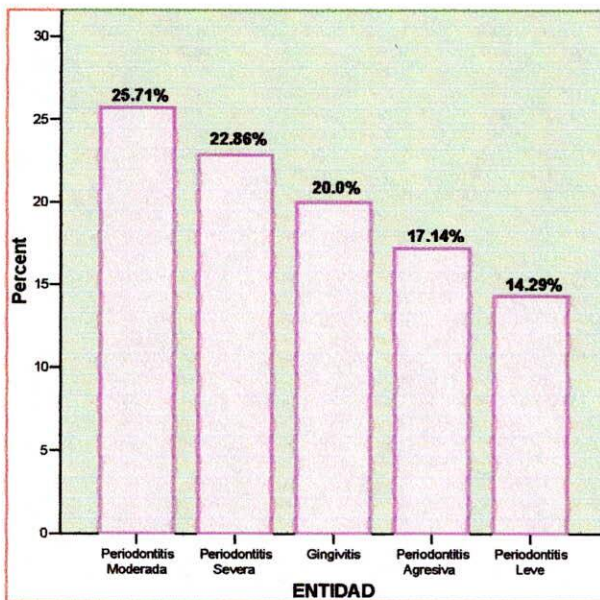
La Tabulación de datos se realizó en Microsoft Excel versión 2003, se procesó en SPSS versión 12. Se analizó mediante distribución de frecuencias - porcentajes y tablas cruzadas.

3. RESULTADOS

Se tomaron 95 Historias Clínicas de pacientes atendidos en las clínicas de postgrado de Periodoncia del Colegio Odontológico Colombiano, en el II Semestre de 2004, de las cuales 35 historias Clínicas cumplían con los criterios de selección; solo el 36.8% de las historias se encontraban de acuerdo a los criterios de selección.

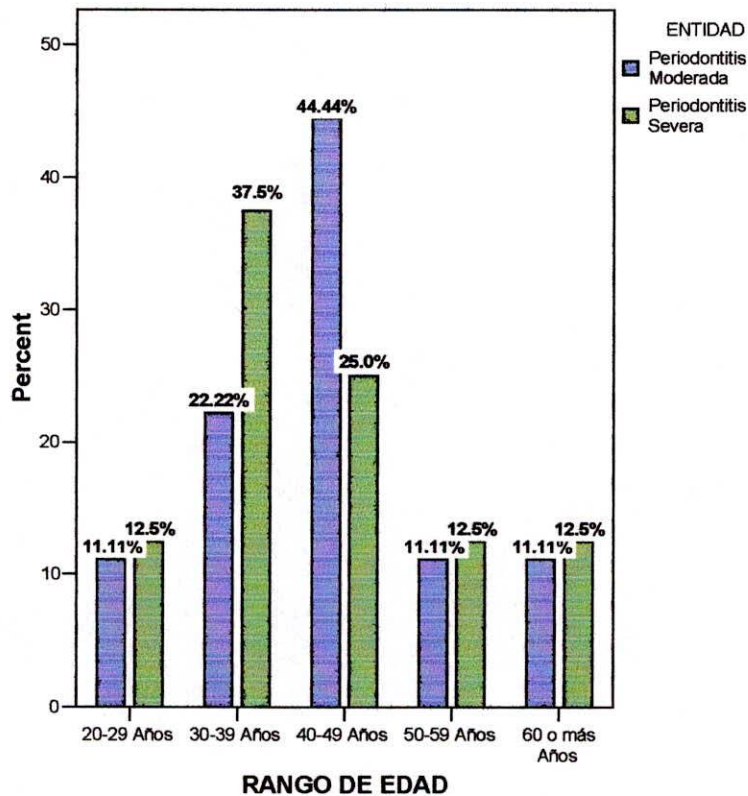
La frecuencia de la Periodontitis Moderada fue de 25.7% (9 historias), seguida de la Periodontitis Severa 22.9% (8 historias), Gingivitis de 20.0% (7 historias), Periodontitis Agresiva con 17.1% (6 historias) y la frecuencia de la Periodontitis Leve fue de 14.3% (5 historias). Grafico 1. Anexo 1.

Grafico 1. Distribución de la frecuencia de cada entidad



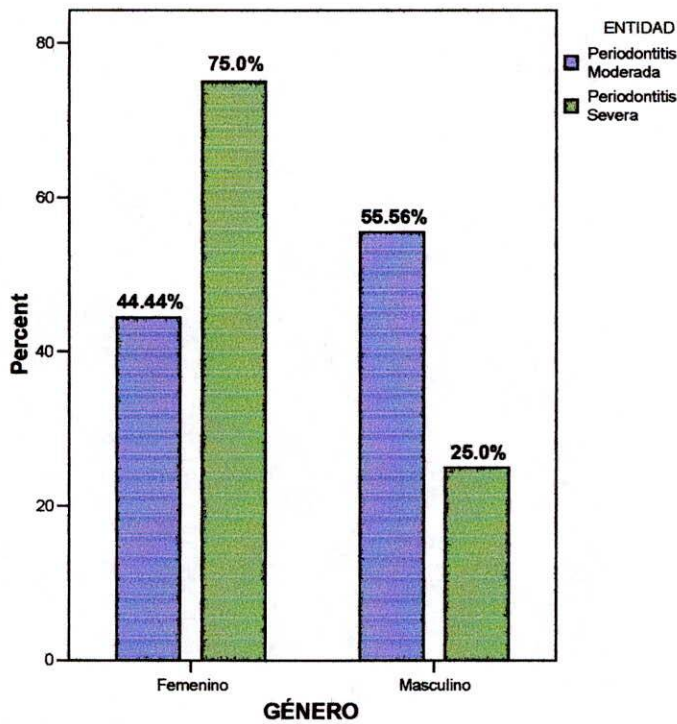
De los pacientes que presentaron Periodontitis Moderada (9 historias), 11.1% (1 historia) reportaron edades entre 20 y 29 años, 22.2%(2 historias) reportaron edades entre 30 y 39 años, 44.4% (4 historias) entre 40 y 49 años, 11.1% (1 historia) edades entre 50 y 59 años y 11.1% (1 historia) reportaron edades de 60 o más años. De los pacientes que presentaron Periodontitis Severa (8 historia), 12.5% (1 historia) reportaron edades entre 20 y 29 años, 37.5%(3 historias) reportaron edades entre 30 y 39 años, 25% (2 historias) entre 40 y 49 años, 12.5% (1 historia) edades entre 50 y 59 años y 12.5% (1 historia) reportaron edades de 60 o más años. Grafico 2. Anexo 2

Grafico 2. Distribución Porcentual de las Principales Entidades según rangos de edad.



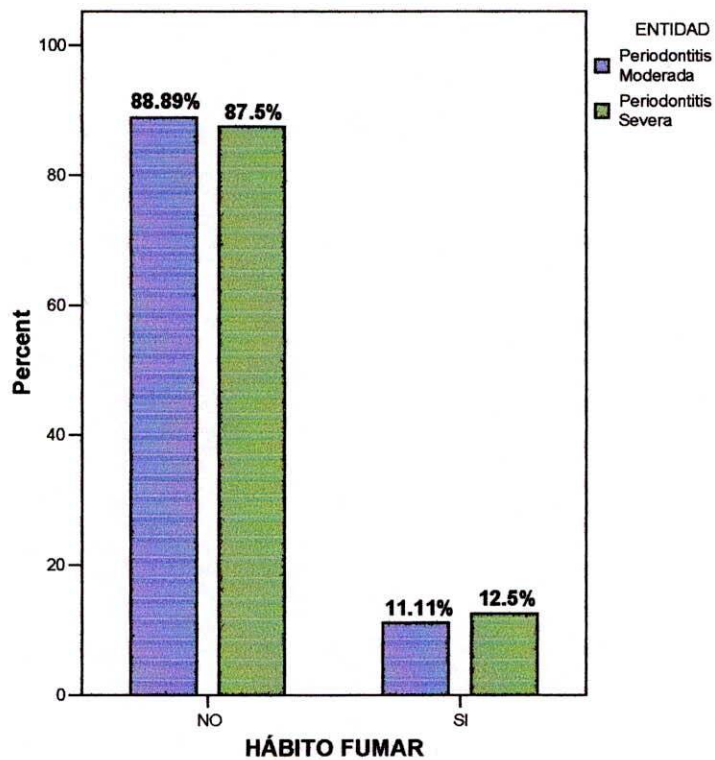
De los pacientes que presentaron Periodontitis Moderada (9 historias), 55.6% (5 historias) correspondían al género masculino y 44.4% (4 historias) correspondían al género femenino. De los pacientes que presentaron Periodontitis Severa (8 historias), 75.% (6 historias) correspondían al género femenino y 25% (2 historias) correspondían al género masculino. Grafico 3. Anexo3.

Grafico 3. Distribución Porcentual de las Principales Entidades presentadas según género



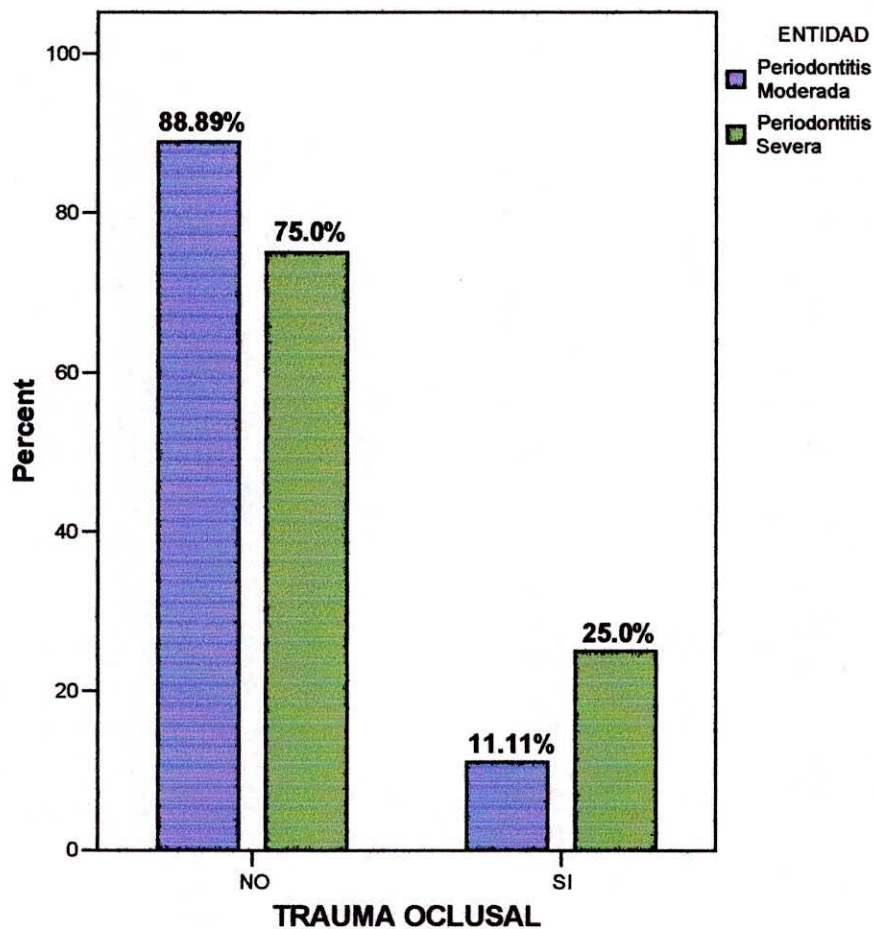
De los pacientes que presentaron Periodontitis Moderada (9 historias), 88.9% (8 historias) registraron no tener hábito de fumar, mientras que 11.1% (1 historia) reporto hacerlo. De los pacientes que presentaron Periodontitis Severa (8 historias), 87.5% (7 historias) registraron no tener hábito de fumar, mientras que 12.5% (1 historia) reporto hacerlo. Grafico 4. Anexo 4.

Grafico 4. Distribución Porcentual de las Principales Entidades presentadas según habito de fumar



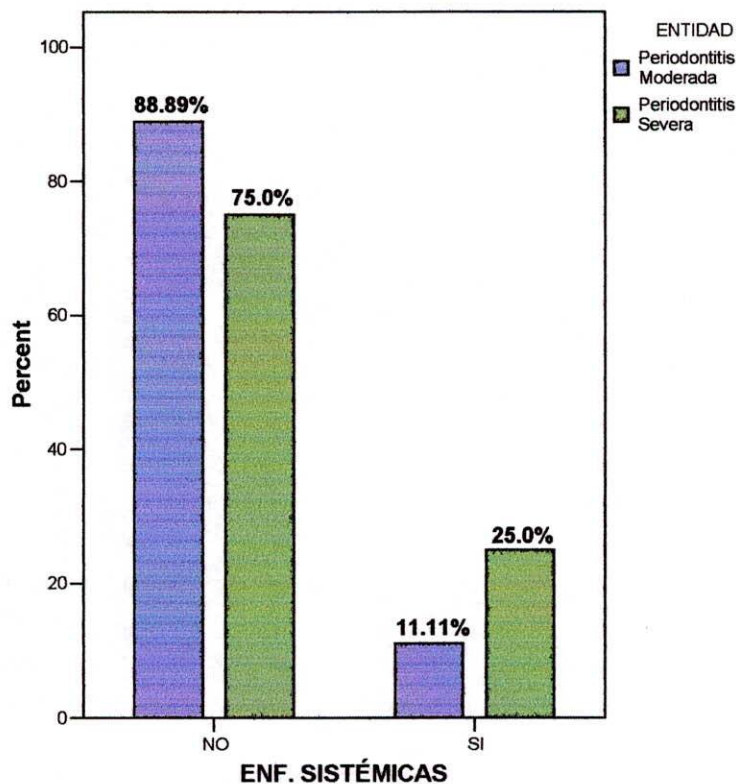
De los pacientes que presentaron Periodontitis Moderada (9 historias), 88.9% (8 historias) no presentaron trauma oclusal, mientras que 11.1% (1 historia) si lo presento. De los pacientes que presentaron Periodontitis Severa (8 historias), 75% (6 historias) no presentaron trauma, mientras que 25% (2 historias) si lo presentó. Grafico 5. Anexo 5.

Grafico 5. Distribución Porcentual de las Principales Entidades presentadas según trauma oclusal



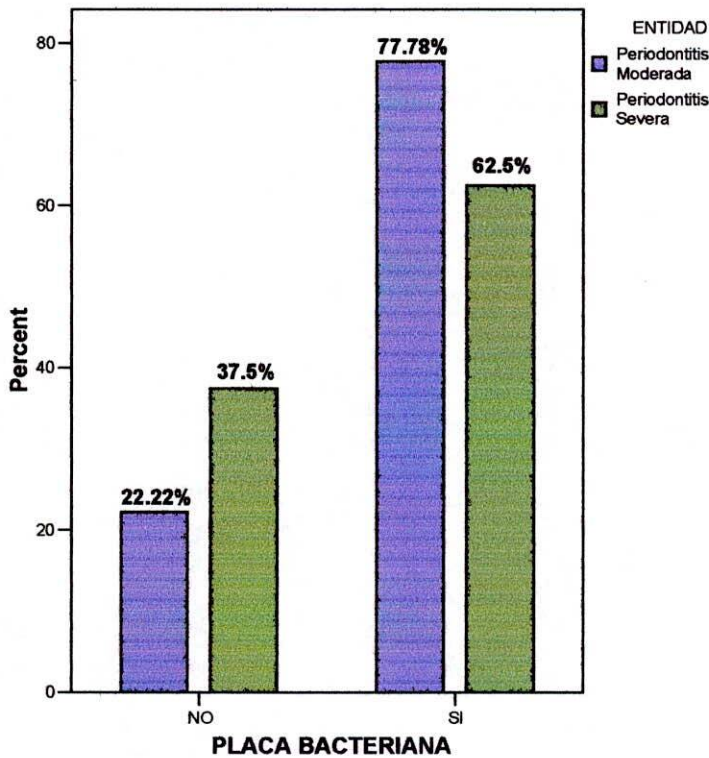
De los pacientes que presentaron Periodontitis Moderada (9 historias), 88.9% (8 historias) reportaron la no presencia de enfermedades sistémicas, mientras que 11.1% (1 historia) reportaron presentarlas. De los pacientes que presentaron Periodontitis Severa (8 historias), 75% (6 historias) reportaron no presencia de enfermedades sistémicas, mientras que 25% (2 historias) si las presentó. Grafico 6. Anexo 6.

Grafico 6. Distribución Porcentual de las Principales Entidades presentadas según enfermedades sistémicas



De los pacientes que presentaron Periodontitis Moderada (9 historias), 77.8% (7 historias) registraron presencia de placa bacteriana, mientras que 22.2% (2 historias) no registraron placa. De los pacientes que presentaron Periodontitis Severa (8 historias), 62.5% (5 historias) registraron presencia de placa bacteriana, mientras que 37.5% (3 historias) no registraron placa. Grafico 7. Anexo 7.

Grafico 7. Distribución Porcentual de las Principales Entidades presentadas según placa bacteriana.



3. DISCUSIÓN

De 95 historias clínicas que son el total de historias abiertas en la clínica de postgrado de periodoncia el segundo semestre de 2004, solo 35 que equivalen al 36.8% cumplían con los criterios de selección. Esto se debió a inadecuado diligenciamiento y no aprobación por el docente.

Debido al número de historias seleccionadas (35 historias), los resultados obtenidos no son concluyentes, sin embargo; permiten describir el hallazgo en esta población.

Los resultados demuestran que una mayor frecuencia esta dada con periodontitis moderada seguida de la periodontitis severa, comparado con el grado de asociación de diversos estudios donde el mayor porcentaje se encuentra para la periodontitis moderada seguido de la leve. (Torrunguang K, 2005).

En nuestro estudio la frecuencia de las principales entidades según el género, la periodontitis crónica severa se presentó más en mujeres con un 75% que en hombres con un 25%. En el estudio de Torrunguang K, 2005, el predominio de periodontitis severa fue más alto para los hombres que para las mujeres.

El 88.9% de pacientes no fumadores presentaban periodontitis moderada y el 85.7% presentaban periodontitis severa, esto nos muestra un alto porcentaje de enfermedad en no fumadores, lo contrario se observa en los diferentes estudios como el de Wickolm S, de 2004 donde el cigarrillo es un factor de riesgo en la frecuencia y progresión de enfermedad periodontal.

En este estudio los pacientes que presentaron periodontitis crónica moderada y severa mostraron un alto porcentaje de placa bacteriana, un 77.8%, y un 62.5% respectivamente.

4. CONCLUSIONES

Los hallazgos en las 35 historias observadas en la Clínica de Periodoncia del Colegio Odontológico Colombiano en el II Semestre de 2004, fueron:

- La frecuencia la Periodontitis Moderada fue de 25.7% (9 historias), seguida de la Periodontitis Severa 22.9% (8 historias), Gingivitis de 20.% (7 historias), Periodontitis Agresiva con 17.1% (6 historias) y la frecuencia de la Periodontitis Leve fue de 14.3% (5 historias).

-Las entidades más frecuentes fueron: Periodontitis Moderada con 25.7% (9 historias), seguida de la Periodontitis Severa con 22.9% (8 historias).

-La periodontitis moderada se presento en mayor porcentaje (44.44%) entre los 40 – 49 años y la periodontitis severa con (37.5%) entre los 30 – 39 años, la periodontitis moderada, se presento mas en hombres, mientras la periodontitis severa, se presento mas en mujeres, la distribución porcentual de la enfermedad periodontal con respecto al habito de fumar, se observo en un 88.9%, porcentaje mas alto a periodontitis moderada.

-Hubo mayor porcentaje de trauma oclusal en periodontitis moderada (88.89%) y de igual forma sucedió al relacionar enfermedades sistémicas y cantidad de placa con enfermedad periodontal, donde se presento mayor predominio de los factores relacionados con enfermedad periodontal moderada.

5. RECOMENDACIONES

-Hacer un mayor control en el diligenciamiento de la anamnesis de las historias clínicas para recepción en el archivo.

ANEXOS

Anexo 1. Frecuencia de cada entidad

ENTIDAD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Periodontitis Moderada	9	25,7	25,7	25,7
	Periodontitis Severa	8	22,9	22,9	48,6
	Gingivitis	7	20,0	20,0	68,6
	Periodontitis Agresiva	6	17,1	17,1	85,7
	Periodontitis Leve	5	14,3	14,3	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

Anexo 2. Distribución Porcentual de las Principales Entidades presentadas según rangos de edad.

ENTIDAD * RANGO DE EDAD Crosstabulation

			RANGO DE EDAD					Total
			20-29 Años	30-39 Años	40-49 Años	50-59 Años	60 o más Años	
ENTIDAD	Periodontitis Moderada	Count	1	2	4	1	1	9
		% within ENTIDAD	11,1%	22,2%	44,4%	11,1%	11,1%	100,0%
	Periodontitis Severa	Count	1	3	2	1	1	8
		% within ENTIDAD	12,5%	37,5%	25,0%	12,5%	12,5%	100,0%
Total		Count	2	5	6	2	2	17
		% within ENTIDAD	11,8%	29,4%	35,3%	11,8%	11,8%	100,0%

Anexo 3. Distribución Porcentual de las Principales Entidades presentadas según género.

ENTIDAD * GÉNERO Crosstabulation

			GÉNERO		Total
			Femenino	Masculino	
ENTIDAD	Periodontitis Moderada	Count	4	5	9
		% within ENTIDAD	44,4%	55,6%	100,0%
	Periodontitis Severa	Count	6	2	8
		% within ENTIDAD	75,0%	25,0%	100,0%
Total		Count	10	7	17
		% within ENTIDAD	58,8%	41,2%	100,0%

Anexo 4. Distribución Porcentual de las Principales Entidades presentadas según hábito de fumar.

ENTIDAD * HÁBITO FUMAR Crosstabulation

			HÁBITO FUMAR		Total
			NO	SI	
ENTIDAD	Periodontitis Moderada	Count	8	1	9
		% within ENTIDAD	88,9%	11,1%	100,0%
	Periodontitis Severa	Count	7	1	8
		% within ENTIDAD	87,5%	12,5%	100,0%
Total		Count	15	2	17
		% within ENTIDAD	88,2%	11,8%	100,0%

Anexo 5. Distribución Porcentual de las Principales Entidades presentadas según trauma oclusal

ENTIDAD * TRAUMA OCLUSAL Crosstabulation

			TRAUMA OCLUSAL		Total
			NO	SI	
ENTIDAD	Periodontitis Moderada	Count	8	1	9
		% within ENTIDAD	88,9%	11,1%	100,0%
	Periodontitis Severa	Count	6	2	8
		% within ENTIDAD	75,0%	25,0%	100,0%
Total		Count	14	3	17
		% within ENTIDAD	82,4%	17,6%	100,0%

Anexo 6. Distribución Porcentual de las Principales Entidades presentadas según enfermedades sistémicas

ENTIDAD * ENF. SISTÉMICAS Crosstabulation

			ENF. SISTÉMICAS		Total
			NO	SI	
ENTIDAD	Periodontitis Moderada	Count	8	1	9
		% within ENTIDAD	88,9%	11,1%	100,0%
	Periodontitis Severa	Count	6	2	8
		% within ENTIDAD	75,0%	25,0%	100,0%
Total		Count	14	3	17
		% within ENTIDAD	82,4%	17,6%	100,0%

Anexo 7. Distribución Porcentual de las Principales Entidades presentadas según placa bacteriana

ENTIDAD * PLACA BACTERIANA Crosstabulation

			PLACA BACTERIANA		Total
			NO	SI	
ENTIDAD	Periodontitis Moderada	Count	2	7	9
		% within ENTIDAD	22,2%	77,8%	100,0%
	Periodontitis Severa	Count	3	5	8
		% within ENTIDAD	37,5%	62,5%	100,0%
Total		Count	5	12	17
		% within ENTIDAD	29,4%	70,6%	100,0%

REFERENCIAS

CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Ley 100 de 1993. Articulo 177. Capitulo 1. Titulo II. P: 87.

Al-Jundi Hayder A Alwaeli, Suhad H Al-Jundi, Periodontal disease awareness among pregnant women and its relationship with socio-demographic variables HA Alwaeli and SH International Journal of Dental Hygiene Volume 3 Issue 2 Page 74 - May 2005

Berkowitz RJ, Jordan HV: Similarity of bacteriocins of *Streptococcus mutans* from mother and infant. Arch Oral Biol 20: 725-730, 1975

Calderón, I, López, 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 , 1997.

CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, Minsalud, Resolución 1995, de 1999. por el cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica.

Dietrich T, Stosch U, Dietrich D, Schamberger D, Bernimoulin JP, Joshipura K. The accuracy of individual self-reported items to determine periodontal disease history. Eur J Oral Sci. 2005 Apr;113(2):135-40.

Cooper LF. Systemic effectors of alveolar bone mass and implications in dental therapy. Perio 2000, 23:103-109.

Flint, D. J., Gerdis, G., Pearson, B.S. & Collier, C.M. (1988) Use of stannous fluoride irrigation in periodontal therapy. Journal of General Dentistry 36.4, 334-336.

Georgiou TO, Marshall RI, Bartold PM. Prevalence of systemic diseases in Brisbane general and periodontal practice patients. *Aust Dent J.* 2004 Dec;49(4):177-84.

Gregor Petersilka, Benjamin Ehmke y Thomas Fleming. Antimicrobial effects of mechanical debridement. *Periodontology* 2000, vol. 28, 2002,56-71.

Gilbert AD, Nuttall NM. Self-reporting of periodontal health status. *Br Dent J.* 1999 Mar 13; 186(5):241-4.

Jaratkulangkoon O, Unkurapinun N, Sritara P. Risk indicators of periodontal disease in older Thai adults. *J Periodontol.* 2005 Apr;76(4):558-65.

Joshiyura KJ, Pitiphat W, Douglass CW. Validation of self-reported periodontal measures among health professionals. *J Public Health Dent.* 2002 Spring;62(2):115-21.

Kinane D. F.; Lappin D. F. Clinical, pathological and immunological aspects of periodontal disease : *Acta Odontologica Scandinavica*, 1 June 2001, vol. 59, no. 3, pp. 154-160

Lindhe, J, *Periodontología clínica*. 3 edición. Editorial Médica-Munksgaard, The effect of oral irrigation with amagnetic water treatment device on plaque and calculus. *J. Clin. Periodontol* 1993; 20: 314 - 317.

Listgarten MA. Pathogenesis of periodontitis. *J.Clin Periodontol* 1986, 13:418

Murray Thomson The Prevalence and Intraoral Distribution of Periodontal Attachment Loss in a Birth Cohort of 26-Year-Olds *J. Periodontology* 2000, Vol. 71, No. 12, 1840-1845.

Oginni FO. Tooth loss in a sub-urban Nigerian population: causes and pattern of mortality revisited. *Int Dent J*. 2005 Feb;55(1):17-23.

Overman PR. Biofilm: A new view of plaque. *J Contemp Dent pract* 2000; 1(3): 18-29.

Page RC, Krall EA, Martin J, Mancl L, Garcia RI. Validity and accuracy of risk calculator in predicting periodontal disease. *J Am Dent Assoc*. 2002 May;133(5):569-76.

Persson RE, Hollender LG, Powell LV, MacEntee MI, Wyatt CC, Kiyak HA, Persson GR. Assessment of periodontal conditions and systemic disease in older subjects. I. Focus on osteoporosis *J Clin Periodontol*. 2002 Sep;29(9):796-802.

Persson RE, Persson GR. The elderly at risk for periodontitis and systemic diseases. *Dent Clin North Am*. 2005 Apr;49(2):279-92 .

Persson RE, Hollender LG, Powell VL, MacEntee M, Wyatt CC, Kiyak HA, Persson GR. Assessment of periodontal conditions and systemic disease in older subjects. II. Focus on cardiovascular diseases. *J Clin Periodontol*. 2002 Sep;29(9):803-10.

Relationship between self-reported periodontal status and skeletal bone mineral density in Japanese postmenopausal women. *Menopause*. 2005;12(2):144-148 .

Resolución Número 1995 de julio 8 de 1999. Ministerio de Salud

Rui B. Polymorphisms in the Vitamin D Receptor Gene Are Associated With Periodontal Disease J. Periodontology 2004, Vol. 75, No. 8, 1090-1095

Spalj S, Plancak D. The distribution of periodontal disease and loss of attachment in jaw sextants in different age groups--cross-sectional study. Coll Antropol. 2003; 27 Suppl 1:183-90.

Torrungruang K, Tamsailom S, Rojanasomsith K, Sutdhibhisal S, Nisapakultorn K, Vanichjakvong O, Prapakamol S, Premsirinirund T, Pusiri T, Jaratkulangkoon O, Unkurapinun N, Sritara P. Risk indicators of periodontal disease in older Thai adults. J Periodontol. 2005 Apr;76(4):558-65.

Vermeylen K, De Quincey GN, Wolffe GN, van 't Hof MA, Renggli HH. Root proximity as a risk marker for periodontal disease: a case-control study. J Clin Periodontol. 2005 Mar;32(3):260-5

Vermeylen K, De Quincey GN, van 't Hof MA, Wolffe GN, Renggli HH. Classification, reproducibility and prevalence of root proximity in periodontal patients. J Clin Periodontol. 2005 Mar;32(3):254-9.

Wickholm S, Soder PO, Galanti MR, Soder B, Klinge B. Periodontal disease in a group of Swedish adult snuff and cigarette users. Acta Odontol Scand. 2004 Dec;62(6):333-8.