

00941

943

**ES EL HABITO DEL CIGARRILLO UN FACTOR DE RIESGO EN LA
ENFERMEDAD PERIODONTAL**

**ALVAREZ ACEVEDO MIGUEL
FONSECA CANO MONICA
GONZALEZ GONZALEZ CLAUDIA JOHANNA
HOYOS BONILLA FERNANDO ANDRES
MENDEZ DAZA LUZ AMPARO
ORTIZ GONZALEZ JAIME EDUARDO
PINZON BOLAÑOS CARLOS ANDRES
RUIZ GAITAN JORGE
TORRES QUINTERO ADRIANA
TORRES QUINTERO CONSUELO**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
AREA DE EDUCACIÓN AVANZADA
BOGOTA D.C.
2002**

**ES EL HABITO DEL CIGARRILLO UN FACTOR DE RIESGO EN LA
ENFERMEDAD PERIODONTAL**

**ALVAREZ ACEVEDO MIGUEL
FONSECA CANO MONICA
GONZALEZ GONZALEZ CLAUDIA JOHANNA
HOYOS BONILLA FERNANDO ANDRES
MENDEZ DAZA LUZ AMPARO
ORTIZ JAIME EDUARDO
PINZON BOLAÑOS CARLOS ANDRES
RUIZ GAITAN JORGE
TORRES QUINTERO ADRIANA
TORRES QUINTERO CONSUELO**

**ASESORA CIENTIFICA
MONICA RESTREPO DE ARANGO, Od., MsD
Especialista en Periodoncia**

**ASESORA METODOLOGICA
ADIELA RUIZ, Od
Especialista en epidemiología**

**ASESOR ESTADISITICO
MILCIADES IBÁÑEZ, Matemático, estadisitico
Especialista en Docencia Universitaria**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
AREA DE EDUCACIÓN AVANZADA
BOGOTA D.C.
2002**

4610

T.O
10/1

**ES EL HABITO DEL CIGARRILLO UN FACTOR DE RIESGO EN LA
ENFERMEDAD PERIODONTAL**

**ALVAREZ ACEVEDO MIGUEL
FONSECA CANO MONICA
GONZALEZ GONZALEZ CLAUDIA JOHANNA
HOYOS BONILLA FERNANDO ANDRES
MENDEZ DAZA LUZ AMPARO
ORTIZ JAIME EDUARDO
PINZON BOLAÑOS CARLOS ANDRES
RUIZ GAITAN JORGE
TORRES QUINTERO ADRIANA
TORRES QUINTERO CONSUELO**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el Título de
ODONTÓLOGO**

**ASESORA CIENTIFICA
MONICA RESTREPO DE ARANGO, Od., MsD
Especialista en Periodoncia**

**ASESORA METODOLOGICA
ADIELA RUIZ, .Od
Especialista en Epidemiología**

**ASESOR ESTADISITICO
MILCIADES IBÁÑEZ, Matemático, estadisitico
Especialista en Docencia Universitaria**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
AREA DE EDUCACIÓN AVANZADA
BOGOTA D.C.
2002**

El trabajo de grado **ES EL HABITO DEL CIGARRILLO UN FACTOR DE RIESGO EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL** ha sido aprobado como requisito parcial para optar el Título de ODONTÓLOGO

ASESOR CIENTIFICO

ASESOR METODOLOGICO

ASESOR ESTADISITCO

Bogotá, OCTUBRE de 2002

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Dra. MONICA RESTREPO DE ARANGO, Odontóloga, Especialista en Periodoncia, Jefe del área de Periodoncia del C.O.C.

Dra. ADIELA RUIZ, Odontóloga, Maestría en Administración en salud, Docente Área de Salud Pública del C.O.C.

Dr. MILCIADES IBÁÑEZ, matemático, Estadístico, Especialista en Docencia Universitaria; Docente Bioestadística del C.O.C.

Dra. MAGALI RODRIGUEZ, Odontóloga, Especialista en Periodoncia, Docente Área de periodoncia del C.O.C.

Dr. JOSE MIGUEL PEÑALOZA , Odontólogo, Especialista en Periodoncia, Docente, Área de Periodoncia del C.O.C.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	12
1.2 JUSTIFICACIÓN	12
1.3 PROPÓSITO	13
1.4 MARCO TEÓRICO	13
1.4.1 Antecedentes del problema	13
1.5 CONCLUSIONES	17
1.6 OBJETIVOS	17
1.6.1 Objetivo general	17
1.6.2 Objetivos específicos	17
2. MÉTODO	18
2.1 TIPO DE ESTUDIO	18
2.2 POBLACIÓN	18
2.2.1 Población Diana	18
2.2.2 Población elegible	18
2.2.2.1 Criterios de inclusión	18
2.2.2.2 Criterios de exclusión	18
2.3 MUESTRA	18
2.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES	19

2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	20
2.6 SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	20
3. RESULTADOS	22
3.3 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	22
3.2 VARIABLES CLÍNICAS	25
4. DISCUSIÓN	29
5. CONCLUSIONES	31
6. RECOMENDACIONES	32
BIBLIOGRAFÍA	33
ANEXOS	34

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. INFORMACIÓN GENERAL	35
ANEXO B. VALORACIÓN DEL DAÑO TISULAR	36
ANEXO C. VALORACIÓN DE LA INFORMACIÓN	40
ANEXO D. VALORACIÓN DE LA INFLAMACIÓN	42

GLOSARIO

APOPTOSIS: Muerte fisiológica celular

CIGARRILLO: Pequeño cilindro de papel especial, relleno de tabaco picado o en hebra.

FACTOR DE RIESGO: Causa o elemento que contribuye junto con otros a causar un efecto determinado.

FLUIDO CREVICULAR: Fluido que ocupa el espacio de sondaje, existe en normalidad se aumenta en inflamación y se llama exudado purulento, exudado inflamatorio, exudado hemorrágico.

GINGIVITIS: Primer estadio de la enfermedad periodontal el cual se manifiesta con sangrado gingival, inflamación de las encías, puede ser producido por factores externos o por acumulo de placa bacteriana.

PERIODONTITIS: Estado mas avanzado de la enfermedad periodontal, en el cual ya existe una perdida generalizada de los tejidos de soporte del diente: hueso alveolar, ligamento periodontal, etc...

PLACA BACTERIANA: Acumulo de residuo de alimentos junto con bacterias de la microflora oral.

TABAQUISMO: Intoxicación crónica producida por el abuso del tabaco.

VALORACIÓN DE LA INFLAMACIÓN: Signos y síntomas que nos muestran el cambio de forma y color del periodonto cuando presenta alguna patología de tipo periodontal.

INTRODUCCIÓN

El fumar cigarrillo a través de los años se ha convertido en un hábito de la población mundial que además de causar enfermedades crónicas como cáncer de pulmón y enfermedades cardiovasculares, es un factor de riesgo que modifica la enfermedad periodontal porque afecta las células de defensa del surco gingival, disminuyendo su función de fagocitosis y quimiotaxis contra el agente agresor, debido a que causa un defecto en los polimorfonucleares (**Wolf y Amply, 1994**).

Existen varios factores de riesgo en la vida diaria que juegan un papel importante en la iniciación de enfermedades crónicas; dentro de éstas se encuentran el hábito de fumar, ya que los productos terminales del cigarrillo ejercen una influencia negativa sobre el periodonto. (**Ochoa, 1991**).

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria que implica una destrucción progresiva de los tejidos de soporte del diente (**Glossary of Terms, AAP 2001**).

En el humo del cigarrillo se han identificado más de 3000 compuestos diferentes de los cuales los más importantes son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono. La primera es la principal causa de la dependencia, produciendo efectos sobre la circulación general y la presión sanguínea (*****).

El efecto farmacológico de la nicotina genera una potente y persistente acción vasoconstrictora reduciendo el mecanismo de defensa del huésped y el riego sanguíneo de la región (**González A. y Col, 1995**).

El propósito de la presente investigación es analizar la relación que existe entre el hábito de fumar y la enfermedad periodontal, logrando de esta manera información de posible asociación causa-efecto, en argumentos científicos logrados a través de la práctica clínica y la evidencia científica.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en los meses de julio y agosto del 2002, en las clínicas de pregrado del Colegio Odontológico Colombiano, con los pacientes afectados periodontalmente que acudían para recibir atención odontológica.

1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El hábito de fumar se ha relacionado con muchas patologías, una de ellas la enfermedad periodontal, ya que el tabaco se considera un factor de riesgo muy importante para el desarrollo de dicha enfermedad.

En las clínicas del C.O.C. se desconoce la frecuencia de la enfermedad periodontal en pacientes fumadores y no fumadores que asisten para ser atendidos por diversas patologías dentales.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Además de las numerosas patologías sistémicas y orales con las cuales ha sido relacionado el hábito de fumar, varios estudios parecen indicar que el cigarrillo actuaría en la patogénesis de la enfermedad periodontal de aparición temprana y tardía, constituyéndose en un factor de riesgo muy importante. El mecanismo por el cual el cigarrillo produciría un efecto negativo en la salud periodontal parecería ser múltiple.

Por esto al realizar la presente investigación se pretende aclarar todas las dudas que todavía existen alrededor de la influencia que el tabaco puede tener como factor de riesgo asociado a las patologías periodontales.

1.3 PROPÓSITO

El propósito de la presente investigación es analizar la relación que existe entre el hábito de fumar y la enfermedad periodontal logrando de esta manera información de posible asociación causa-efecto, en argumentos científicos logrados a través de la práctica clínica y evidencia científica.

1.4 MARCO TEÓRICO

1.4.1 Antecedentes del problema. Actualmente se considera que la enfermedad periodontal es de origen multifactorial. (Shiloah, j y Col, 2002). El conocer los factores de riesgo de esta enfermedad es muy útil para el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento de los pacientes y que estos se puedan beneficiar de las pautas preventivas y terapéuticas. Los factores de riesgo son las características ambientales o individuales que cuando están presentes resultan en un aumento de probabilidades de que la persona padezca la enfermedad y que cuando están ausentes resultan en una disminución de dichas probabilidades. El tabaco es un factor de riesgo.

(Bergström 1997) encontró que a pesar de que la prevalencia de la enfermedad periodontal en general está actualmente disminuyendo, la proporción de la enfermedad atribuible al tabaco está aumentando.

(Chen, Wolf, Aeppli, D 2001) llegaron a la conclusión de que el riesgo de sufrir enfermedad periodontal atribuible al tabaco es de 2.5 a 6.0 veces mayor. El humo del cigarrillo se inhala dentro del organismo a través de la boca y es exhalado por esta y la nariz. Esta circulación del humo es una micro agresión continua que afecta los dientes, cavidad oral, faringe, laringe, senos paranasales y parte superior del esófago, además de bronquios y pulmones.

Generalmente el humo es inhalado a los pulmones donde se absorbe, en menor medida, a través de la mucosa bucal, plexos sublinguales y de la piel, siendo en este caso la absorción variable y dependiendo de varios factores, como son la

temperatura y el PH cutáneos, el grado de humedad y la higiene personal.

Los problemas causados en la boca por el tabaquismo son:

- 1 Manchas en los dientes
- 2 Disminución en la sensación del gusto y del olfato
- 3 Halitosis(mal aliento) frecuente en fumadores por las modificaciones en la cantidad y calidad de la saliva sobre la flora microbiana bucal.
- 4 Enfermedad periodontal
- 5 Palatinitis nicotínica
- 6 Leucoplasia
- 7 Cáncer de la cavidad oral
- 8 Cáncer de labio

En la boca el tabaco actúa con agresividad puesto que produce diversas lesiones por el calor de la combustión y por los elementos tóxicos que contienen el humo, como nicotina, benzopirenos, alquitranes y radicales libres, pudiendo pasar de leucoplasia a carcinoma espino celular que pueden llevar a la muerte en 12 meses o dejar graves deformaciones en mandíbula y cara como secuela de tratamiento.

En los fumadores los dientes tienden a mancharse gradualmente por la acción de la nicotina y el alquitrán. El humo del cigarrillo contiene sustancias químicas que se adhieren fuertemente a las superficies dentales. El consumo regular del tabaco induce a modificaciones significativas en la mucosa oral. Estas consisten en la aparición de coloraciones y de lesiones diversas, pudiendo llegar a los carcinomas orales.(EL CIGARRILLO EN LA CAVIDAD ORAL, GACETA MEDICA MÉXICO 1999).

Con el tiempo las encías empiezan a sufrir recesión marginal del tejido gingival dejando expuesta la raíz del diente. Dicha recesión marginal ocasiona la exposición de la superficie radicular la cual se desmineraliza, se reblandece generándose problemas como caries de cemento, hipersensibilidad dentinal y

perdida de inserción de los tejidos periodontales.

La enfermedad periodontal se caracteriza por una inflamación de la encía que al progresar destruye el soporte de los dientes hasta ocasionar pérdida dentaria.

Dependiendo de su grado de progresión se denomina gingivitis al proceso inflamatorio que solamente afecta el periodonto superficial(encía) y en donde no están afectados los tejidos que sujetan al diente. Cuando el proceso inflamatorio afecta a los tejidos periodontales profundos, se produce destrucción del hueso y desmineralización del cemento, pérdida de inserción del ligamento se denomina entonces periodontitis.

Los primeros signos y síntomas que aparecen en las fases mas tempranas de la gingivitis son: Enrojecimiento e hinchazón de la encía, sangrado de las encías al cepillarse o de un modo espontáneo. (Barrios G, 1989)

Cuando la enfermedad periodontal ha evolucionado a periodontitis suelen aparecer síntomas tales como:

1. Recesión del tejido marginal, exposición del cemento radicular(dientes mas largos)
2. Movilidad dentaria
3. Cambió de posición dentaria
4. Aumento de la sensibilidad dentaria sobre todo al frío
5. Sensación de ardor y dolor en las encías
6. Halitosis
7. Aparición de abscesos en la encía

Los estudios sobre población indican que los fumadores y especialmente en grandes cantidades, tienen una clara tendencia a la enfermedad periodontal. Esto se explica por el efecto local de los productos derivados de la combustión del tabaco y el efecto general desencadenado por los productos tóxicos del

tabaco y el efecto general desencadenado por los productos tóxicos del tabaco sobre el organismo. La encía recibe un menor aporte sanguíneo y de oxígeno a la vez que disminuyen sus mecanismos defensivos contra las bacterias.

Los factores de higiene oral son considerados como responsables directos de la incidencia y de la gravedad de la enfermedad periodontal en los fumadores.

Actualmente se ha comprobado que el tabaquismo es un factor independiente y directo que acelera la pérdida ósea alrededor de los dientes por cuatro mecanismos(González A y Col, Nov. 1995)

- 1 La nicotina produce una vasoconstricción de la micro circulación gingival y como consecuencia se reduce el aporte de oxígeno, de células y sustancias quimiotácticas en relación con la respuesta inflamatoria gingival.
- 2 El humo del tabaco provoca una disminución de la inmunidad celular y humoral, en particular de la actividad quimiotáctica y fagocitaria de los leucocitos.
- 3 El humo del tabaco debilita el potencial de oxidación-reducción del ecosistema bucal favoreciendo la proliferación de las bacterias de la placa bacteriana.
- 4 La nicotina es el origen de problemas en el metabolismo de la síntesis del colágeno, de la secreción proteica y de la reproducción de los fibroblastos.

También el tabaquismo posee una acción sobre la salivación, la cual se ve aumentada, favoreciendo la mineralización de la placa bacteriana y por ende la formación de sarro.

Los adolescentes fumadores están expuestos a un riesgo tres veces superior a lo normal de desarrollar una enfermedad periodontal al alcanzar la edad adulta.

1.5 CONCLUSIONES

El tabaco ejerce efectos nocivos a nivel local y sistémico. Uno de ellos la enfermedad periodontal.

A nivel periodontales produce mayor pérdida de inserción, profundidad de sondaje, recesión, afectación de furcas, movilidad y menor sangrado al sondaje, Debido a que en la consulta dental se trata con temas relacionados con la salud se debería siempre de informar sobre los efectos nocivos del tabaco en el pronóstico de la terapia periodontal en general y las grandes ventajas a todos los niveles que esto nos ofrece.

Los principales efectos del tabaquismo en la cavidad oral son: manchas en los dientes, disminución en las sensaciones del gusto y del olfato, halitosis, enfermedad periodontal, palatinitis nicotínica, leucoplasia, cáncer de la cavidad oral, etc.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 Objetivo general. Determinar la prevalencia de consumo de cigarrillo, en los pacientes con enfermedad periodontal, que asisten a la clínica del C.O.C.

1.6.2 Objetivos específicos

- Determinar la asociación entre consumo de tabaco con variables clínicas de enfermedad periodontal.
- Observar el tiempo y la frecuencia de consumo de cigarrillo de los pacientes afectados periodontalmente.
- Analizar las características clínicas de la enfermedad periodontal de los pacientes fumadores, en relación con los no fumadores.

2. MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo.

2.2 POBLACIÓN

2.2.1 Población Diana. Pacientes afectados periodontalmente.

2.2.2 Población elegible. Pacientes que asisten a las clínicas del C.O.C.

2.2.2.1 Criterios de inclusión. Pacientes con enfermedad periodontal diagnosticados clínica y radiográficamente.

2.2.2.2 Criterios de exclusión. Pacientes menores de 18 años.. Pacientes que no suministran información completa.

2.3 MUESTRA

No probabilístico por conveniencia

2.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	ESCALA O CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
SOCIODEMOGRÁFICAS □ EDAD □ GENERO	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Número de años cumplidos en el momento de la encuesta. ❖ Categoría fundada en la distinción de los sexos 	Años cumplidos Masculino Femenino	Nominal	Cuantitativa de número Cualitativa
TABAQUISMO	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Presencia del habito de consumo de cigarrillo 	1. Sí 2. No	Nominal	Cualitativa
No. DE CIGARRILLOS DIARIOS	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cantidad de cigarrillos consumidos diariamente 	1-5 6-10 11-15 >DE 15	Ordinal	Cuantitativa
CLINICAS				
INDICE DE PLACA (Silness y Loe 1963)	Cantidad de placa acumulada en las 4 superficies del diente.	0.No placa 1. Película delgada 2. Película moderada 3. Gran acumulo	Ordinal	Cuantitativa
VALORACIÓN DE LA INFLAMACIÓN □ CAMBIO DE COLOR	Cambios Observados mediante signos y síntomas de enfermedad localizada en la encía	1. Presente 2. Ausente	Nominal	Cualitativa
DAÑO TISULAR	Destrucción De los tejidos periodontales			
<ul style="list-style-type: none"> • PROFUNDIDAD DE SONDAJE 	Medida que va desde el margen gingival hasta el fondo de surco, Se toma con una sonda de Williams colocándose paralela al eje longitudinal del diente, se expresa en mm.	1. 4-6 2. >0 =7	Ordinal	Cuantitativa
VARIABLES	DEFINICIÓN	ESCALA O CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
<ul style="list-style-type: none"> • NIVEL CLINICO DE INSERCIÓN 	Medida que va desde el L.A.C. al fondo de la bolsa PERIODONTAL. Se expresa en mm, tomándola con la sonda de Williams.	< 4mm: Normal > o =4 mm: Áreas afectadas	Ordinal	Cuantitativa
RADIOGRAFICAS				
<ul style="list-style-type: none"> • PERDIDA OSEA 	Patrón de hueso y tipo de perdida vertical u horizontal. Radiografías periapicales	Presencia Ausencia	Nominal	Cualitativa

2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de la información fueron seleccionados 30 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, establecidos anteriormente. A estos se le aplicó una encuesta para determinar la información acerca de las variables sociodemográficas del estudio (ANEXO 1). Posteriormente se realizaron pruebas clínicas: Profundidades de sondaje tomadas con sonda periodontal a todos los dientes presentes en boca en las superficies Vestibular y Lingual o Palatino, cada una de estas en tres puntos diferentes: Mesial, Distal, Central. (ANEXO 2 TABLA No. 1). Para Valorar la inflamación se observó cambio de color, en cada uno de los dientes presentes (ANEXO 3 TABLA No. 2). Por medio de radiografías periapicales se midió la pérdida ósea vertical, horizontal y combinada (ANEXO No.4 TABLA No. 3) consignándose como presente o ausente; Para observar la cantidad de placa presente en boca se utilizó el índice de SILNESS Y LOE, (ANEXOS No. 5 TABLA No. 4)

2.6 SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

- **Digitación:** La información recolectada se sistematizó en una base de datos creada en MICROSOFT Excel de Windows Millennium
- **Depuración:** se realizó de manera visual corroborando que ningún dato estuviera colocado erróneamente, o en un lugar que no le correspondía.
- **Procesamiento:** La información fue sistematizada en el paquete estadístico SPSS versión 10.0, donde se utilizó estadística descriptiva que incluyeron medidas de distribución de frecuencias y porcentuales y medidas de tendencia central (promedio) y de variabilidad (desviación estándar).

Métodos Estadísticos

Se realizó por medio de tablas la tabulación donde se consignó los datos obtenidos, los cuales posteriormente se graficaron para de esta manera, ofrecer

resultados claros y precisos que nos permitan realizar la posteriores. Se utilizó estadística descriptiva que incluyeron medidas de distribución de frecuencias y porcentuales y medidas de tendencia central (promedio) y de variabilidad (desviación estándar). Para definir si se presentaban diferencias significativas entre los grupos de fumadores y no fumadores con las variables de estudio, se utilizaron pruebas de significancia estadística, en variables cuantitativas mediante la prueba T- Student y en variables cualitativas mediante el Test exacto de Fisher, estas pruebas se evaluaron a un nivel de significancia del 5% ($p < 0.05$).

3. RESULTADOS

3.3 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

El grupo de estudio lo conformaron 30 pacientes con enfermedad periodontal donde el 43.3% pertenecen al género femenino y el 56.7% al género masculino (figura 1)

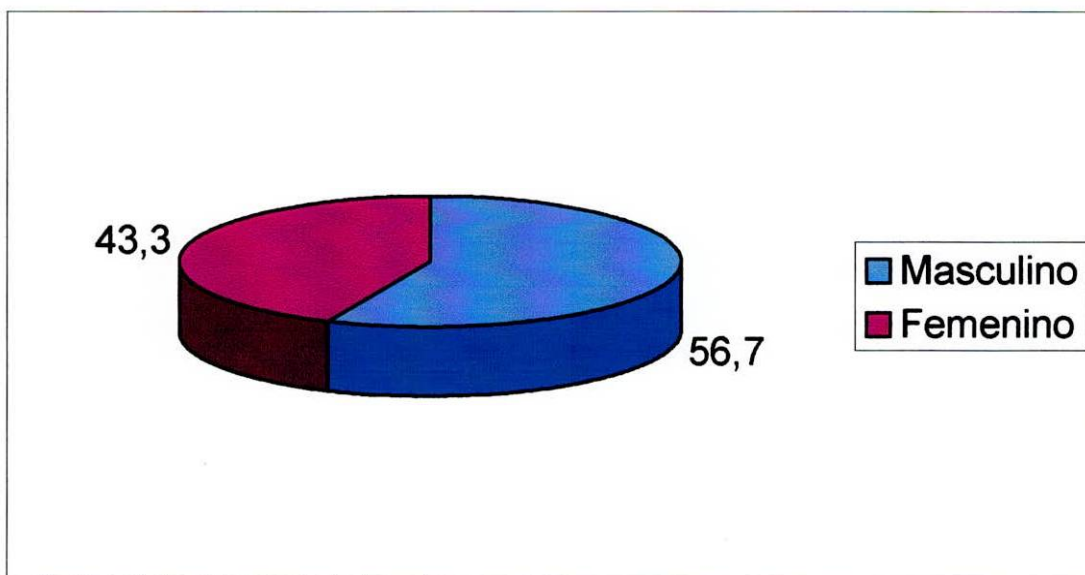


Figura 1. Porcentaje de los pacientes seleccionados según género

Tabla 1. Distribución, Número y Porcentaje de Edades en Pacientes con enfermedad Periodontal

EDAD	No. PACIENTE	%
18-28	6	20
29-38	13	43.33
39-48	6	20
49-58	3	10
>59	2	6.66
Total	30	100

El promedio de edad de los pacientes fue de 36.37 ± 9.67 años. La edad máxima fue de 62 y la mínima de 22 años. El rango más frecuente fue de 43.33% (29-38)

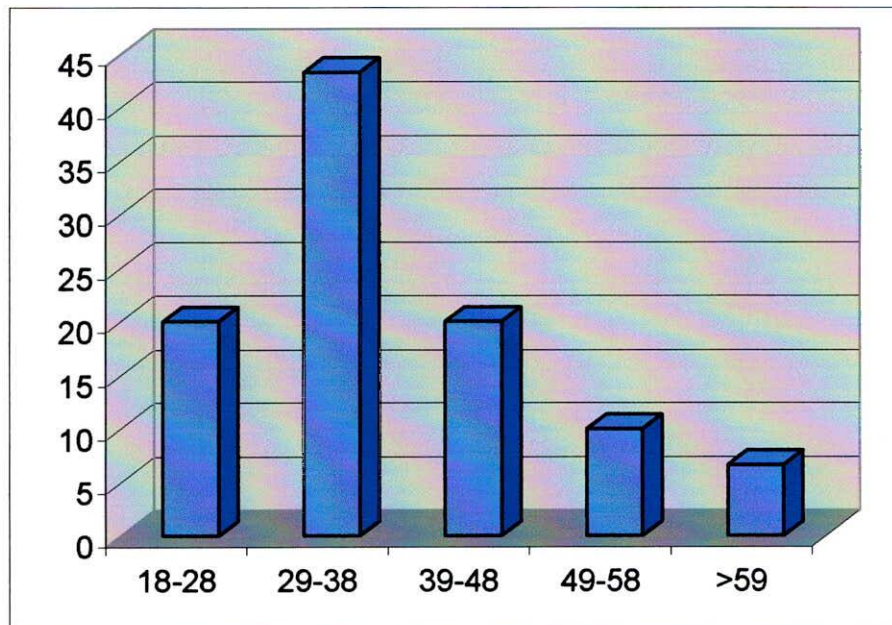


Figura 2. Distribución por edades

El consumo del cigarrillo, en los pacientes con enfermedad periodontal fue del 56.7% (17 pacientes) (Figura 3)

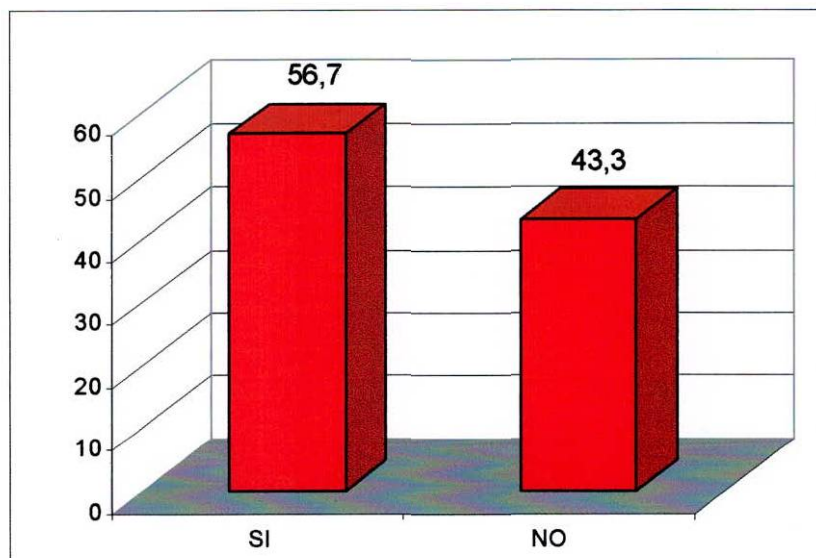


Figura 3. Consumo de cigarrillo de pacientes con enfermedad periodontal de la Clínica Colegio Universitario Colombiano

Al interrogar a los pacientes del estudio sobre el tiempo en años que llevaban consumiendo cigarrillo, éstos reportaron: que el máximo de años fumando fue de 26 y el mínimo de 1 año, donde el promedio fue de 8.47 ± 6.67 años. La mayor frecuencia fue de 4 a 6 años con un 35.3%, seguido de 10 años o más con un 29.4%. (Figura 4).

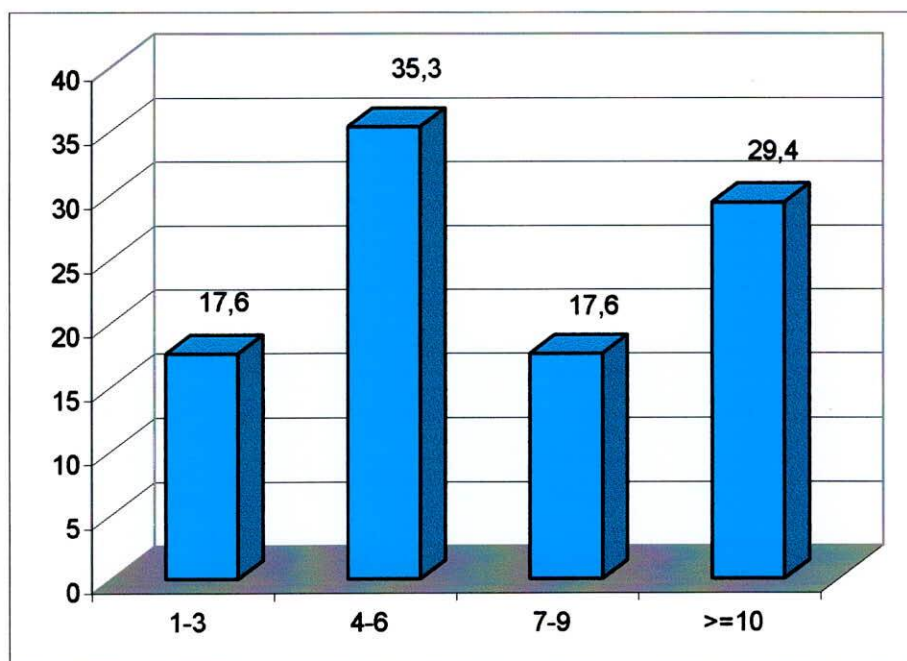


Figura 4. Distribución de grupos de consumo de cigarrillo por años, de pacientes con enfermedad periodontal de la clínica del Colegio Universitario Colombiano 2002

El máximo número de cigarrillos diarios consumidos por los pacientes fue de 10 y el mínimo de 2 cigarrillos, donde el promedio fue de 4.94 ± 3.13 cigarrillos. La mayor frecuencia fue entre 8 a 10 cigarrillos con un 42% (7 pacientes) y la menor de 5 a 7 cigarrillos con un 21% (4 pacientes) (Figura 5)

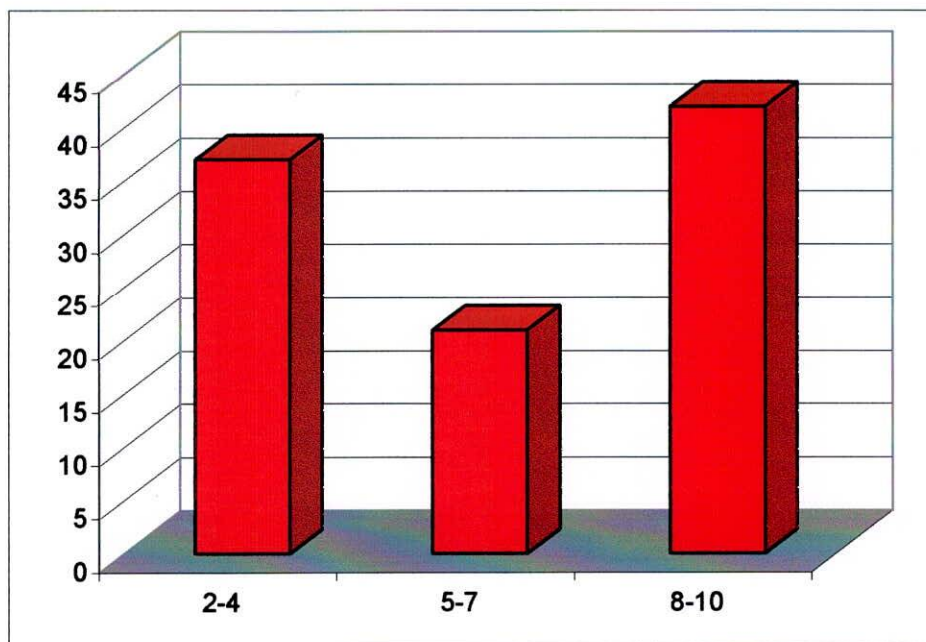


Figura 5. Distribución de número de cigarrillos diarios consumidos de pacientes con enfermedad periodontal de la clínica del Colegio Universitario Colombiano 2002

3.2 VARIABLES CLÍNICAS

Tabla 2. Distribución del número de dientes evaluados

DIENTE	No. DIENTES	%
11	28	17.28
16	18	11.11
17	5	3.08
26	15	9.25
27	7	4.82
21	2	1.23
36	28	17.28
37	0	0
31	28	17.28
46	28	17.28
47	2	1.23
41	1	0.81
Total	162	100%

Un total de 162 dientes fueron examinados, la mayor frecuencia de dientes fue encontrada en los dientes 11-36-31-46 con un (17.28) 28 dientes. Los dientes con mayor ausencia fueron 16 (11.11%) y 26 (9.25%).

Tabla 3. Valoración de la presencia de Placa Bacteriana Supragingival

Indice Placa B.	Fumadores		No Fumadores		Total	
	No. Dientes	%	No. Dientes	%	No. Dientes	%
0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	27	41.2	27	41.2
2	15	15.4	35	52.9	50	68.3
3	80	84.6	5	5.9	85	90.5
Total	95	100%	67	100%	162	100%

- 0: Ninguna placa
 1: Película en el margen gingival, visible solo al raspar con un instrumento
 2: Cantidad moderada de placa gruesa en el margen gingival y en los espacios interdentes
 3: Gran acumulo de placa bacteriana en toda la superficie del diente

En el grupo que no consumen cigarrillo, el índice de placa fue mayor en un grado 3 con un 84.6% comparado con el grupo que consumen cigarrillo en un grado 3 con un 5.9% ($p=0.000$, prueba test exacto de Fisher) (Figura 6).

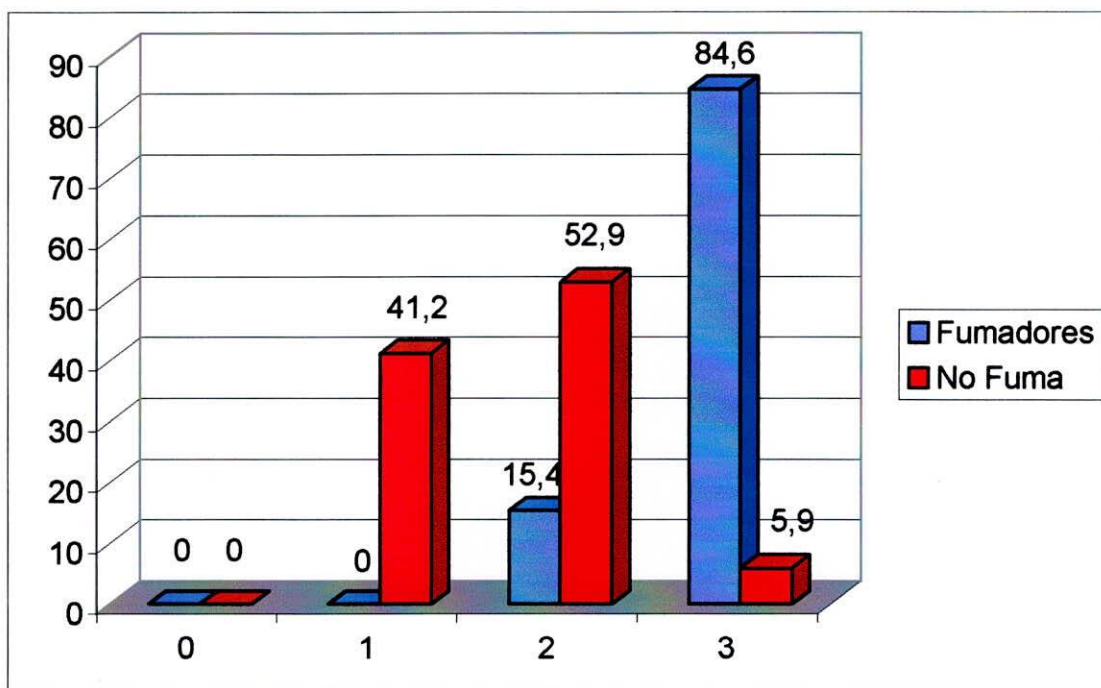


Figura 6. Porcentaje de placa supragingival en pacientes fumadores y no fumadores

Tabla 4. Valoración de la inflamación

Cambio Color	Fumadores		No Fumadores		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Presencia	95	58.64	61	37.66	156	96.3
Ausencia	0	0	6	3.70	6	3.7
Total	95	58.64	67	41.36	162	100

El cambio de color fue visible en todos los pacientes a excepción de uno perteneciente al grupo de los no fumadores.

Tabla 5. Profundidad clínica de sondaje

Profundidad Sondas	Fumadores		No Fumadores		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
4-6 mm	37	38.9	49	73.2	86	53.08
≥ 7 mm	58	61.0	18	26.8	76	46.92
Total	95	100	67	100	162	100

Al evaluar la profundidad de sondaje en los pacientes fumadores se encontró que la mayor frecuencia está dada por un 61% en el rango de \geq a 7 mm y en los pacientes no fumadores la mayor frecuencia fue de 73.2% en el rango de 4 a 6 mm.

Tabla 6. Nivel clínico de inserción

Nivel Clínico Inserción	Fumadores		No Fumadores		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
< 4 mm	30	31.5	37	55.23	67	41.35
≥ 5 mm	65	68.5	30	44.77	95	58.65
Total	95	100	67	100	162	100

Con respecto al nivel clínico de inserción se encontró en los pacientes fumadores un porcentaje del 68.5% en la categoría de \geq 5mm, en el caso de los pacientes

no fumadores se encontró que la mayor fue similar el comportamiento de la pérdida de inserción ya que en la categoría < de 4 mm se encontró un 55.23% y en la de \geq a 5 mm se encontró un 44.77% de pérdida a nivel de inserción.

Tabla 7. Descripción de la pérdida ósea

Pérdida ósea	Fumadores		No Fumadores		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Presencia	95	97.8	63	94	156	96.29
Ausencia	0	2.2	4	6	6	3.71
Total	95	100	67	100	162	100

4. DISCUSIÓN

Al evaluar la enfermedad periodontal en pacientes fumadores se intenta comprobar la asociación de ésta hábito como factor responsable del incremento de la lesión periodontal.

En este estudio se encontró que el hábito de fumar ayuda al incremento de la profundidad de bolsa periodontal, la pérdida del nivel de inserción clínica, ya que el hábito de fumar aumenta la destrucción periodontal por la alteración de la respuesta del huésped por dos mecanismos: el hábito de fumar puede dañar la función normal de la respuesta del huésped en infecciones y puede alterar la respuesta del huésped dando como resultado la destrucción de los tejidos periodontales.

En el presente estudio, al realizar la valoración de cambio de color se encontró que fue similar para el grupo de fumadores y no fumadores. Ya que en el primer grupo encontramos un 58.64% y en el segundo un 41.36%.

En la valoración del daño tisular encontramos profundidades de sondaje entre 4 y 6 milímetros para los pacientes no fumadores con un 73.2% y para los pacientes fumadores \geq a 7 mm con un 61.0%. Observando el nivel clínico de inserción se encontró $<$ de 4 mm en los pacientes no fumadores con un 55.23% y \geq 5 mm para los pacientes fumadores con un 68.5%.

Al valorar la presencia de placa supragingival en los pacientes fumadores encontramos que la más frecuente es la grado 3 con un 84.6% y en los pacientes no fumadores la grado 2 con un 52.9%, lo cual nos muestra que el acúmulo de placa es más significativo en los pacientes no fumadores.

Según los parámetros radiográficos la pérdida ósea fue similar en los dos grupos estudiados.

5. CONCLUSIONES

- El hábito de fumar es un factor de riesgo que incrementa algunas de las características de la enfermedad periodontal tales como pérdida del nivel de inserción, aumento de la profundidad de sondaje.
- El cambio de color y la pérdida ósea fueron características clínicas y radiográficas que se encontraron en igual proporción tanto en los pacientes fumadores como en los no fumadores.
- La cantidad de placa bacteriana se encontró en mayor proporción en los pacientes no fumadores.
- No fue posible determinar si la frecuencia y el tiempo del hábito de fumar se relacionan con el incremento de la enfermedad periodontal.

6. RECOMENDACIONES

- Sería más significativo tomar grupos de pacientes equitativos respecto al hábito de fumar, para así poder establecer mejor las diferencias, aumentando en cantidad ambos grupos.
- Realizar una historia clínica en donde queden consignados todos los hábitos que presentan los pacientes con el fin de especificar los perjuicios que éstos ocasionan en la cavidad oral.
- Divulgar a la población en general las consecuencias que genera el hábito de fumar a nivel de las estructuras periodontales, para motivar cuestionamiento sobre el hábito y generar así actitudes preventivas.
- Para próximos estudios tomar en cuenta dentro de las características clínicas a evaluar el grado de movilidad y compromiso de furca de los dientes afectados periodontalmente.

BIBLIOGRAFÍA

CHEN, X.; WOLF, L; AEPPLI, D. Cigarette smoking, salivar/gingival crevicular fluid cotinine and periodontal status. A 10 year longitudinal study J. Clinic. Periodontal. 2001 apr. 28 (4): 331-9

SHILOAH, J; PATTERS, MR.; WARING, M. The prevalence of pathogenic periodontal microflora in healthy young adult smokers. J. Periodontal. 2000 Apr. 71(4) 562-7.

HANIOKA, T; TANAKA, M; TAKAYA, K. Pocket oxigen tension in smokers and non-smokers with periodontal disease. J. Periodontal 200. Apr. 71(4) 550-4

KERDVONGBUNDIT, V; WIKESJO, U.M. Effect of smoking on periodontal healt in molar teeth. J periodontal. 2000. Mar71 (3) 433-7.

MACHUCA, G; ROSALES, I; LACALLE, J.R. Effect of cigarrote smoking on periodontal status of healthy young adults. J. Periodontal. 2000. Jun 71 (1) 73-64

KRALL, E.A.; GARVEY, A.J; GARCIA, R.I. Alveolar bone loss and tooth loss en male cigar and pipe smokers. J. Am.Dent. Assoc. 1999 Jan.. 130 (1) 57-64

JONSON, GK; SLACH, N.A. Impact of tobacco on periodontal status. J. Dent. Educ. Apr. 65(4) 313-21

BOSTROM, L; BERGSTROM, J, DAHLEN, G; LINDER, L.E. Smoking and subgingival microflora in periodontal disease., Jclin Periodontol. 2002. Mar

ANEXOS

No. A.
INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE: _____

EDAD: _____ AÑOS

SEXO: F___ M___

FUMADOR: SI___ NO___

HACE CUANTO: _____ AÑOS

No. DE CIGARRILLOS DIARIOS _____

ANEXO B

TABLA Nº 1

VALORACION DEL DAÑO TISULAR

Nº DIENTE	SONDAJE CLINICO PERIODONTAL			NIVEL DE INSERCION			
		M	C	D	M	C	D
18	V				V		
	P				P		
17	V				V		
	P				P		
16	V				V		
	P				P		
15	V				V		
	P				P		
14	V				V		
	P				P		
13	V				V		
	P				P		
12	V				V		
	P				P		
11	V				V		
	P				P		

SEXTANTE 1

N° DIENTE	SONDAJE CLINICO PERIODONTAL			NIVEL DE INSERCIÓN				
		M	C	D		M	C	D
28	V				V			
	P				P			
27	V				V			
	P				P			
26	V				V			
	P				P			
25	V				V			
	P				P			
24	V				V			
	P				P			
23	V				V			
	P				P			
22	V				V			
	P				P			
21	V				V			
	P				P			

SEXTANTE 2

N° DIENTE	SONDAJE CLINICO PERIODONTAL			NIVEL DE INSERCIÓN				
		M	C	D		M	C	D
38	V				V			
	P				P			
37	V				V			
	P				P			
36	V				V			
	P				P			
35	V				V			
	P				P			
34	V				V			
	P				P			
33	V				V			
	P				P			
32	V				V			
	P				P			
31	V				V			
	P				P			

SEXTANTE 3

N° DIENTE	SONDAJE CLINICO PERIODONTAL			NIVEL DE INSERCIÓN				
		M	C	D		M	C	D
48	V				V			
	P				P			
47	V				V			
	P				P			
46	V				V			
	P				P			
45	V				V			
	P				P			
44	V				V			
	P				P			
43	V				V			
	P				P			
42	V				V			
	P				P			
41	V				V			
	P				P			

SEXTANTE 4

ANEXO C

TABLA N° 2

VALORACIÓN DE LA INFORMACIÓN

N° DIENTE	CAMBIO DE COLOR (ENROJECIMIENTO)	N° DIENTE	CAMBIO DE COLOR (ENROJECIMIENTO)
18		38	
17		37	
16		36	
15		35	
14		34	
13		33	
12		32	
11		31	
21		41	
22		42	
23		43	
24		44	
25		45	
26		46	
27		47	
28		48	

CONVENCIONES

P= PRESENCIA

A= AUSENCIA

ANEXO D

TABLA N° 3

DAÑO TISULAR

N° DIENTE	PERDIDA OSEA	N° DIENTE	PERDIDA OSEA
18		38	
17		37	
16		36	
15		35	
14		34	
13		33	
12		32	
11		31	
21		41	
22		42	
23		43	
24		44	
25		45	
26		46	
27		47	
28		48	

CONVENCIONES

P= PRESENCIA

A= AUSENCIA

ANEXO D

TABLA N° 4

VALORACION DE LA INFLAMACIÓN

PRIMER SEXTANTE

N° DIENTE	INDICE DE PLACA
14	
15	
16	
17	
18	

SEGUNDO SEXTANTE

N° DIENTE	INDICE DE PLACA
13	
12	
11	
21	
22	
23	

TERCER SEXTANTE

N° DIENTE	INDICE DE PLACA
24	
25	
26	
27	
28	

CUARTO SEXTANTE

Nº DIENTE	INDICE DE PLACA
38	
37	
36	
35	
34	

QUINTO SEXTANTE

Nº DIENTE	INDICE DE PLACA
33	
32	
31	
41	
42	
43	

SEXTO SEXTANTE

Nº DIENTE	INDICE DE PLACA
44	
45	
46	
47	
48	

INDICE (SILNESS x LOE)**CONVENCIONES:**

0 = NO PLACA

1 = PLACA EN GINGIVAL - VISIBLE CLINICAMENTE SOLO CON EL EXPLORADOR

2 = PLACA EN 2/3 DE LA CORONA - VISIBLE CLINICAMENTE

3 = ACUMULO DE PLACA EN LA CORONA Y ESPACIO INTERDENTAL