

1048

ENTIDADES PERIODONTALES MÁS FRECUENTES ATENDIDAS EN LA
CLINICA DE POSTGRADO DE PERIODONCIA DEL COLEGIO
ODONTOLOGICO COLOMBIANO

YULY PAOLA GONZALEZ DUQUE
SANDRA MILENA CHARRY HORTA.
GINNA PAOLA FRANCO PARRA.
DIANA LORENA MEDINA GARCIA.
FREDY MAURICIO PAREDES LAVERDE

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO.
BOGOTA. D.C.
2005

ENTIDADES PERIODONTALES MÁS FRECUENTES ATENDIDAS EN LA
CLINICA DE POSTGRADO DE PERIODONCIA DEL COLEGIO
ODONTOLOGICO COLOMBIANO

YULY PAOLA GONZALEZ DUQUE
SANDRA MILENA CHARRY HORTA.
GINNA PAOLA FRANCO PARRA.
DIANA LORENA MEDINA GARCIA.
FREDY MAURICIO PAREDES LAVERDE

Asesora científica
MÓNICA RESTREPO DE ARANGO
Especialista en Periodoncia y Magíster en Biología Oral

Asesora Metodológica
MARTHA CAYCEDO
Odontólogo Especialista en Epidemiología

Asesora Estadística
MÓNICA PACHÓN
Estadística

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO.
BOGOTA. D.C.
2005

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresamos nuestros agradecimientos:

El Dr. Andrew Twause-Smith, decano de la facultad de Odontología del Colegio Odontológico Colombiano, por su comprensión y apoyo permanente en el cumplimiento de nuestras metas.

Dedicamos este logro a nuestros padres por su amor sin medidas, por su incondicional ayuda y orientaciones, ejemplo que nos abrieron las puertas para el camino del éxito.

Hoy orgullosos exhibimos este logro y elevamos plegarias al altísimo para que nos siga bendiciendo hasta el final de nuestros días

Ginna, Diana, Sandra, Paola y Fredy,

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.1 PROBLEMA	16
1.2 JUSTIFICACIÓN	18
1.3 PROPÓSITO	18
1.4 MARCO TEÓRICO	19
1.5 OBJETIVOS	43
1.5.1 Objetivo General	43
1.5.2 Objetivos Específicos	43
2.0 MÉTODO	44
2.1 TIPO DE ESTUDIO	44
2.2 OBJETO DE ESTUDIO	44
2.3 POBLACIÓN BLANCO	44
2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	44
2.4.1 Criterios de inclusión	44
2.4.2 Criterios de exclusión	45
2.5 MUESTRA	45
2.6 VARIABLES	46

2.7	PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	48
2.6	INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	48
2.8	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	49
3.0	RESULTADOS	50
3.1	FRECUENCIA DE LAS DIFERENTES ENTIDADES PERIODONTALES POR EDAD Y GÈNERO	50
3.2	ANAMNESIS INDIVIDUAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL	53
3.3	HISTORIA ODONTOLÒGICA PREVIA Y GRADO DE HIGIENE ORAL EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA	53
3.4	FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD PERIODONTAL POR SEXTANTES EN PACIENTES ATENDIDOS	54
4.0	DISCUSIÒN	55
5.0	CONCLUSIONES	57
6.0	RECOMENDACIONES	58
	BIBLIOGRAFÍA	59
	ANEXOS	63

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Índice gingival	29
Tabla 2 Índice gingival modificado	30
Tabla 3 Índice de placa de <i>Silness y Lóe</i>	31
Tabla 4 Índice periodontal de <i>Russell</i>	32
Tabla 5 Índice periodontal de <i>Ramford</i>	33
Tabla 6 Variables	46
Tabla 7 Distribución de la población por grupos de edades	50
Tabla 8 Distribución de la gingivitis por edad	51
Tabla 9 Distribución de la Periodontitis por edad	51
Tabla 10 Distribución diagnósticos de la periodontitis por género	52
Tabla 11 Distribución diagnósticos de la gingivitis por género	52
Tabla 12 Relación de anamnesis individual con género	53
Tabla 13 Grado de higiene oral en los pacientes atendidos en la clínica	53
Tabla 14 Frecuencia de cepillado	54
Tabla 15 Factores de riesgo para enfermedad periodontal por sextantes	54

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo 1. Hallazgos Periodontales	63
Anexo 2. Enfermedades Sistemicas	64
Anexo 3. Factores de Riesgo Asociado	64

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades periodontales son infecciones bacterianas de las encías que destruyen el soporte del hueso que mantiene los dientes fijos en la boca. La mayoría de las enfermedades periodontales son el resultado de la mala higiene bucal y de la falta de control odontológico

Se encontró que en el Colegio Odontológico Colombiano, hasta la fecha, se ha realizado un solo estudio, denominado: frecuencia de los diagnósticos de la enfermedad periodontal en la clínica de postgrado de periodoncia en el Colegio Odontológico Colombiano en 1996-1997. Por esta razón es necesario plantearse el siguiente interrogante: ¿cuáles son las entidades periodontales más frecuentes atendidas en la clínica de postgrado de periodoncia del Colegio Odontológico Colombiano sede centro a partir de 1997?

La enfermedad periodontal afecta las encías y altera el hueso de soporte del diente acabando con el tiempo en una completa pérdida dentaria si no es tratada de manera oportuna, en virtud que es una enfermedad crónica y progresiva que suele ser detectada con facilidad mediante métodos de diagnóstico simple. El diagnóstico y tratamiento oportuno producen mejorías notables en la salud, por esta razón es importante establecer cuáles son las entidades periodontales más

frecuentes reportadas en la clínica de Periodoncia del Colegio Odontológico Colombiano.

La gingivitis es una inflamación gingival cuya condición clínica es reversible y afecta los tejidos que rodean el diente como respuesta inmune directa al acumulo de placa microbiana'. Una encía normal es de color rosado pálido, tiene una consistencia dura, firme y no deslizable. La periodontitis es considerada como una inflamación de la encía y del aparato de inserción adyacente que se caracteriza por la pérdida de inserción clínica, destrucción del ligamento periodontal y la pérdida de soporte óseo.

El estudio tuvo como objetivo general describir las entidades periodontales mas frecuentes de la población atendida en la clínica de postgrado de periodoncia del Colegio Odontológico Colombiano par el período 1998-2005.

Como resultados del estudio se encontró que de las 79 personas diagnosticadas con gingivitis, el 55.7%(44) presentaron gingivitis local y 44.3%(35) gingivitis general; correspondiendo 51.8%(41) al genero femenino y 48.2%(38) al género masculino y de las 45 personas diagnosticadas con periodontitis, el 53.3%(24) presentaron periodontitis local y el 47.7%(21) periodontitis general; correspondiendo 55.5%(25) al genero femenino y 45.5%(20) al genero masculino. De las 164 H.C. revisadas, el 57.3%(94) reportó grado de higiene oral regular; estando la mayor frecuencia en el género masculino con el 29.2%(48).

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PROBLEMA

Las enfermedades periodontales son infecciones bacterianas de las encías que destruyen el tejido de soporte que mantiene los dientes fijos en la boca (LINDHE, 2000).

La periodontitis es una infección crónica provocada por bacterias, que necesita un tratamiento eficaz con medicamentos, más que con cirugía. Además de los antibióticos sistémicos orales, hace pocos años se comenzaron a utilizar antibióticos locales, aplicados en el sitio de la infección. (CARRANZA, 1999)

La mayoría de las enfermedades periodontales son el resultado de la mala higiene bucal y de la falta de control odontológico. (BARRIOS, 2004). Esta enfermedad se incrementa por la presencia de factores sistémicos como diabetes, stress, mal nutrición, embarazo, edad, fármacos, tabaco, inmunodepresión y factores locales contribuyentes como el apiñamiento dentario, cálculo, y trauma oclusal (RENZ y cols., 2005)

En Colombia, se han realizado tres estudios nacionales para evaluar la salud oral de los colombianos, de la siguiente manera: El primero de ellos realizado en

(1965–1966) reportó al aplicar el índice de Russell que el 89 % de las personas examinadas presentaron enfermedad periodontal; el segundo, también realizado por el Instituto Nacional de Salud (1977-1980), arrojó como resultados que el 95 % de la población tenía historia de enfermedad periodontal general y el tercer estudio (ENSAB III) de 1998, reportó que el 50.2% de las personas mayores de 15 años presentaban pérdida de inserción periodontal con diferentes grados de extensión y severidad. (SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, 2001).

En la investigación: “ Frecuencia de los diagnósticos de la enfermedad periodontal en la clínica de postgrado de periodoncia en el Colegio Odontológico Colombiano en 1996-1997” se reportó que la severidad de la enfermedad periodontal se incrementa con las edad; e igualmente se concluyó que el 50.6% de los pacientes de la clínica de postgrado de periodoncia presentaban periodontitis y el 40.3% gingivitis; la periodontitis del adulto fue más marcada en pacientes mujeres de 36 a 46 años; el diagnóstico de gingivitis por edad y sexo se presenta más frecuente en pacientes mujeres mayores de 36 años. (RODRIGUEZ y cols., 1999)

Al revisar los estudios relacionados con el tema objeto de la presente investigación, no se encontraron en el Colegio Odontológico Colombiano, hasta la fecha, ningún otro estudio. Por esta razón es necesario plantearse el siguiente interrogante: ¿cuáles son las entidades periodontales más frecuentes atendidas en la clínica de postgrado de periodoncia del Colegio Odontológico Colombiano sede centro a partir de 1997?

1.2. JUSTIFICACION.

La enfermedad periodontal afecta las encías y altera el hueso de soporte del diente acabando con el tiempo en una completa pérdida dentaria si no es tratada de manera oportuna, en virtud que es una enfermedad crónica y progresiva que suele ser detectada con facilidad mediante métodos de diagnóstico simple. El diagnóstico y tratamiento oportuno producen mejorías notables en la salud, por esta razón es importante establecer cuáles son las entidades periodontales más frecuentes reportadas en la clínica de periodoncia del Colegio Odontológico Colombiano.

1.3. PROPÓSITO.

Este estudio permite suministrar información referente a las entidades periodontales más frecuentes en los pacientes que han sido atendidos en la clínica de postgrado de periodoncia, que sirvan de referencia para la elaboración de protocolos de manejo de estas patologías; de igual manera, se busca motivar a docentes y estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano a realizar estudios epidemiológicos de las enfermedades periodontales.

1.4 MARCO TEÓRICO

En la mayoría de los casos, las enfermedades de la cavidad oral no producen mortalidad, pero si pueden tener consecuencias físicas y emocionales, dando como resultado pérdida de la salud oral, afectando directamente el bienestar general de los individuos (SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, 2001).

Estudios de corte en diversas poblaciones adultas en el mundo han sugerido una relación directa entre el incremento de la edad y el aumento en la pérdida del soporte periodontal. Los estudios longitudinales indican, en general, que la tasa de progresión de la enfermedad periodontal también se incrementa con la edad, pero que existen variaciones entre pacientes, inherentes a la etiología multifactorial de la enfermedad (DUQUE y cols., 2003). Sin embargo, existen patologías periodontales que afectan durante la juventud a algunos pacientes siendo de evolución rápida y progresiva, pudiendo aparecer en forma local o generalizada (NOVI, SIERVO, 1997).

Estudios de prevalencia basados en la población de Estados Unidos como: encuesta HES (1960-1962) concluyó que la prevalencia de gingivitis era de 48.5% y la prevalencia de bolsas periodontales era de 25.4%; la encuesta HANES (1971-1974) reportó una prevalencia de gingivitis de 25% y una prevalencia de bolsas periodontales de 4.5%; la encuesta HRSA (1981) obtuvo como resultados de prevalencia de gingivitis 50% y 28% de bolsas periodontales; la encuesta NIDR (1985-1986) concluyó que la prevalencia de gingivitis era del 44% y 13.4%

prevalencia de bolsas periodontales y finalmente la encuesta NHANES (1988-1994) reportó una prevalencia de gingivitis de 54% y una prevalencia de bolsas periodontales de 21%. (CARRANZA, 2002)

La prevalencia de la enfermedad periodontal se considera que está determinada por factores como edad, sexo, raza, educación, estrés, herencia, higiene oral, nutrición, tabaquismo, falta de cuidado profesional y enfermedades sistémicas. La enfermedad se manifiesta como *sitio específico*, esto significa que el daño no ocurre en todas las áreas de la boca, ni en todos los dientes al mismo tiempo. La progresión de la enfermedad y el deterioro de las estructuras de soporte están determinados por características del estado del huésped como la calidad de los tejidos afectados, el potencial patogénico de la placa, los cambios periféricos de la lesión y el cambio estructural del tejido marginal (tono-adaptación-flacidez del tejido). (RESTREPO, 2002)

Del 5-10% de adultos británicos son particularmente susceptibles a la enfermedad periodontal. Además, la población está envejeciendo y la periodontitis crónica representa una carga significativa y cada vez mayor del cuidado médico. El grado de daño causado por la respuesta de pacientes se puede relacionar con los niveles de placa en sus dientes, edad y otros factores que se creen pueden exacerbar la susceptibilidad del problema. Estos incluyen factores tales como fumar, diabetes y cambios transitorios. (Renz y cols, 2005).

De acuerdo con los tres estudios nacionales de salud oral realizados en Colombia, se han reportado los siguientes resultados: en 1965-1966 el Ministerio de Salud y la Asociación Colombiana de facultades de Medicina (ASCOFAME), realizaron el primer estudio de tendencias epidemiológicas de caries dental y periodontopatías en cuatro grandes ciudades del país (Bogotá, Medellín, Barranquilla y Bucaramanga). La muestra de este estudio descriptivo de corte transversal fue de dos mil niños y niñas con edades entre cinco y catorce años. Los resultados relacionados con la enfermedad periodontal arrojaron que el 89 % de la población general presentaba enfermedad periodontal general. En el segundo estudio nacional de salud bucal en Colombia, realizado por el Instituto Nacional de Salud entre 1977 y 1980, cuya muestra fue similar a la del primero, se concluyó que el 95 % de la población tenía historia de enfermedad periodontal general. El tercer estudio nacional de salud bucal realizado en 1998 tomó como muestra población residente en todo el territorio nacional en edades comprendidas entre los 5,6; 12; 15 a 44 y 75 y más, reportó que el 50.2% de las personas mayores de 15 años presentaban pérdida de inserción periodontal con diferentes grados de extensión y severidad. (SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, 2001).

Igualmente los resultados mostraron que el 81.6% de las personas analizadas presentaron placa al momento del examen. En los menores de 20 años se presenta algún nivel de placa en más del 95 % de las personas y a partir de los 20 años se produce una leve reducción en el porcentaje, en las personas de edad avanzada esta situación se ve influenciada por la pérdida dentaria. En los

adolescentes (15 a 19 años), el índice baja a 0.8 (95% L.C. 0.7-0.8), es decir se produce una reducción aproximada del 30% en los niveles clínicos de placa con relación a lo observado en los niños. (MINISTERIO DE SALUD, 1999)

El comportamiento del índice en los adultos de 20 a 44 años es similar al de los adolescentes y a partir de los 55 años se observa que el índice se reduce respecto a la población joven, con valores entre 0.5 y 0.3; sin embargo, como se comentó, esto está influido por la pérdida dentaria de este grupo de edad. (MINISTERIO DE SALUD, 1999)

La gingivitis es una inflamación de la encía cuya condición clínica es reversible y afecta los tejidos que rodean el diente como respuesta inmune directa al acumulo de placa microbiana. (RESTREPO, 2002)

El término gingivitis es definido por la Academia Americana de periodoncia como "inflamación de la encía". La gingivitis es causada por sustancias derivadas de la placa microbiana que se acumula cerca del surco gingival; todos los otros factores locales o sistémicos que se sospecha son factores etiológicos, facilitan la acumulación de la placa bacteriana y/o su retención, o hacen más susceptible el tejido gingival al ataque microbiano (BARRIOS, 2004).

LINDHE, Jan (1981), determinó en su estudio que cuando la gingivitis no es tratada profesionalmente, el progreso de la inflamación continua en pacientes

susceptibles, alcanzando la cresta ósea alveolar y la reabsorción ósea se hace irreversible. Esta fase del progreso de la enfermedad es conocida como etapa avanzada o periodontitis. (Citado por RESTREPO, 2002)

En el artículo de la Academia Americana de *Periodoncia: Parameter on Plaque-Induced Gingivitis* se presentan los principales signos clínicos para esta enfermedad, así: inflamación y edema del tejido, sangrado, cambios en el contorno y consistencia, presencia de placa y/o cálculo. El tratamiento busca establecer la salud mediante la eliminación de los factores etiológicos (placa, cálculo y factores retentivos de placa); deben tenerse en cuenta algunas consideraciones en el Tratamiento como es la existencia de factores sistémicos de riesgo (diabetes, cigarrillo, la edad, predisposición genética, embarazo, HIV, medicamentos) que pueden comprometer el éxito del tratamiento

Una encía normal es de color rosado pálido, tiene una consistencia dura, firme y no deslizable. Su superficie esta queratinizada y puede presentar prominencias y un punteado en forma de cáscara de naranja. El epitelio estratificado queratinizado se fusiona con el epitelio surcular y a su vez con el epitelio de unión para así establecer una adherencia a la superficie dental por medio de hemidesmosomas. En normalidad, dicho tejido a nivel periodontal actúa al igual que la piel y mucosas, como una barrera natural contra los microorganismos. (BERNAL y cols., 2003).

La encía básicamente es rosada (a no ser que este pigmentado por melanina). Coronalmente termina en filo de cuchilla, formando un perfil festoneado marginalmente, la papila llena el espacio interdentario hasta la superficie de contacto, facial y lingualmente un poco más allá. El punteado, si está presente, es evidente y se extiende hasta cerca del margen gingival. El fluido gingival está ausente y una sonda periodontal penetra 0.5-2.0 mm por debajo del margen. Clínicamente la encía normal reúne las siguientes características: el tejido gingival hasta que encuentra resistencia. (BARRIOS, 2004).

La periodontitis es considerada como una inflamación de la encía y del aparato de inserción adyacente que se caracteriza por la pérdida de inserción clínica, destrucción del ligamento periodontal y la pérdida de soporte óseo. (RESTREPO, 2002). También es definida como la inflamación del periodonto que se extiende más allá de la encía y destruye la inserción conectiva del diente. Presenta tres formas, crónica, agresiva y como manifestaciones de enfermedad sistémica. Por ser una lesión inflamatoria se le da el nombre de periodontitis; comienza a temprana edad implicando una infección con una microflora muy virulenta. Se caracteriza por la destrucción progresiva de los tejidos que soportan el diente como ligamento periodontal y hueso alveolar. La acumulación y el metabolismo de las bacterias sobre las superficies bucales están considerados como la causa primaria de caries dental, gingivitis, periodontitis, infecciones por periimplantes y estomatitis. (LINDHE, 2000).

Se han determinado ciertos microorganismos causantes de dicha enfermedad como: *Actinobacillus actinomicetecomitans*, *Bacteroides intermedius*, *Espiroqueta bucalis*, *Porphyromonas gingivalis*, *Fusobacterium nucleatum*, *Streptococcus intermedius*, *Eikenella corrodens* etc. (LINDHE, 2000).

Las toxinas producidas por estas bacterias irritan las encías provocando la infección. Dichas toxinas también pueden destruir el tejido de soporte alrededor de los dientes incluyendo el hueso. Cuando lo anterior sucede las encías se separan del diente formando bolsas que se llenan de más placa y más infección. Conforme avanza esta enfermedad las bolsas se profundizan y se destruye más tejido y más hueso, y los dientes eventualmente comienzan a tener movilidad, que si no es tratada a tiempo conlleva a la extracción dental. (CROWTHER, 2005).

El periodonto comprende los siguientes tejidos: la encía, el ligamento periodontal, el cemento radicular y el hueso alveolar. La función principal del periodonto es unir el diente al tejido óseo de los maxilares y conservar la integridad de la superficie de la mucosa masticatoria de la cavidad bucal. El crecimiento de los tejidos periodontales se produce durante el desarrollo y formación de los dientes, se inicia este proceso en la fase embrionaria. En los aspectos microbiológicos, durante toda la vida las superficies del cuerpo están expuestas a la colonización por una amplia gama de microorganismos, esta flora microbiana establecida vive en armonía con el huésped. (WESTON, 2005)

En el artículo de la Academia Americana de Periodoncia: *Parameter on Chronic Periodontitis With Advance Loss of Periodontal Support*, se define que esta periodontitis crónica se caracteriza por pérdida de inserción clínica debido a la destrucción y pérdida de los tejidos adyacentes; considerándose como la forma más común de las enfermedades periodontales en adulto, se puede presentar en dentición primaria y secundaria con tasas moderadas de destrucción pero tiene períodos de rápida progresión, algunas características de signos y síntomas de combinan tales como edema, eritema, sangrado gingival y/o supuración. Se caracteriza por pérdida de inserción del primer tercio radicular, en molares se involucra el área de furca pero no excede la Clase I. Hay profundidades de sondaje hasta de 6 mm con pérdida de inserción de hasta 4 mm. La radiografía evidencia pérdida ósea y puede haber movilidad. Puede ser localizada si involucra un área o generalizada si hay varios dientes o toda la dentición comprometida.

De igual forma el estudio: *Parameter on Chronic Periodontitis With Slight to Moderate Loss of periodontal support* de la Academia Americada de Periodoncia la define como la inflamación de la encía y el aparato de inserción adyacente que se caracteriza por perdida de inserción clínica debido a la destrucción del ligamento periodontal y el soporte óseo adyacente; cuyas características clínicas incluyen combinación de signos y síntomas como edema, sangrado, eritema, y/o supuración. La condición avanzada se presenta perdida de mas de un tercio de soporte y de niveles de inserción clinica, si se presenta lesión de furca excederá

la clase I. se caracteriza con profundidades de sondaje mas de 6mm y perdida de inserción mas de 4mm. Radiográficamente se observa pérdida ósea y puede presentarse incremento en la movilidad dental. Esta condición puede ser localizada si involucra menos del 30 % de la dentición y generalizada si sobrepasa esta cantidad. Puede presentarse en algunos dientes variación en la severidad de la enfermedad leve, moderada y avanzada.

Clínicamente la periodontitis se diagnóstica por presencia de tres signos: a) inflamación crónica de la encía, b) formación de bolsas periodontales y c) pérdida del hueso alveolar de soporte. Existen otros signos que ayudan en el diagnóstico de la periodontitis: movilidad dentaria, migración patológica de los dientes y supuración; la lesión puede estar localizada en un solo o diente o grupo de dientes, o estar generalizado afectando toda la dentadura, dependiendo de la distribución y agresividad de la enfermedad. (BARRIOS, 2004).

Es una enfermedad sorda e indolora. Sin embargo a veces puede presentarse sensibilidad a cambios térmicos, ocasionada por exposición de la superficie radicular al perderse las estructuras de soporte que la protegen, también puede haber algo de dolor ocasionado por áreas de empaquetamiento alimenticio o por formación de accesos periodontales, los cuales se presentan en forma aguda, en algunos casos especiales (BARRIOS M, Gustavo, 2004).

Para la medición de gingivitis y periodontitis se utilizan los índices de acuerdo a la variable de medida seleccionada y se clasifican para su selección y utilización en:

a) Índices usados para determinar la inflamación gingival.

- Índice de Inserción Papilar-Marginal
- Índice Periodontal
- Índice Gingival
- Índice de sangrado gingival

b) Índices usados para determinar la destrucción periodontal

- Índice de extensión y severidad
- Radiografías estandarizadas para medir la pérdida ósea.

c) Índices utilizados para medir el acumulo de placa

- Índice de Placa
- Índice de higiene Oral Simplificado
- Índice de Turesky-Gilmore-Glickman modificado de el PI de Quigley- Hein

d) Índices utilizados para medir cálculos

- Componente de cálculos en el Índice de Higiene Oral Simplificado
- Componente de cálculos de el Índice de Enfermedad Periodontal
- Método de Sondaje para determinar presencia de cálculos
- Índice de Superficie de Cálculos (RESTREPO, 2002; p 35)

Entre los índices más utilizados en la clínica de periodoncia del COC, están:

El índice gingival, propuesto en 1963 como técnica para valorar la intensidad y la cantidad de inflamación gingival en pacientes individuales o entre sujetos de grandes grupos poblacionales; con este índice solo se valoran los tejidos gingivales. Según esta técnica, se valora la inflamación de cada una de las cuatro zonas gingivales del diente (vestibular, mesial, distal y lingual) y se asigna un valor de 0 a 3, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Índice gingival

PUNTOS	CRITERIOS
0	Encía normal
1	Inflamación leve: cambio leve de color y edema ligero. Sin hemorragia al sondeo.
2	Inflamación moderada: enrojecimiento, edema y brillo. Hemorragia al sondeo .
3	Inflamación intensa: enrojecimiento y edema intensos. Ulceración. Tendencia a hemorragia espontánea.

Fuente: BECK, J y ARBES, S. Epidemiología de las enfermedades gingivales y periodontales

El índice gingival modificado introduce dos cambios importantes en el índice anterior: 1) eliminación del sondeo gingival para valorar la presencia o ausencia de hemorragia y 2) redefinición del sistema de valores para la inflamación leve y moderada.

Tabla 2. Índice gingival modificado

PUNTOS	CRITERIOS
0	Ausencia de inflamación
1	Inflamación leve: cambio leve de color, poco cambio en la textura de una parte pero no de toda la unidad gingival marginal o papilar.
2	Inflamación moderada: el criterio anterior pero que afecta toda la unidad gingival o papilar.
3	Inflamación moderada: brillo, enrojecimiento, edema o hipertrofia, ambos de la unidad gingival, marginal o papilar..
4	Inflamación intensa: enrojecimiento intenso, edema o hipertrofia o ambos, de la unidad gingival, marginal o papilar, hemorragia espontánea, congestión o ulceración.

Fuente: BECK, J y ARBES, S. *Epidemiología de las enfermedades gingivales y periodontales*

El índice para determinar destrucción periodontal (ESI), índice bivariado simple, evalúa dos aspectos de la enfermedad periodontal extensión y severidad; la presentación de los resultados se hace entre paréntesis (E, S) donde la primera cifra expresa el porcentaje de sitios que exhiben enfermedad (extensión), mientras la segunda cifra expresa la pérdida de inserción promedio de aquellos sitios definidos como enfermos, es decir aquellos que exceden un milimetro de pérdida de inserción (severidad).(III ENSAB, 1999; P 24).

El índice para medir acumulo de placa: dentro de los índices epidemiológicos de periodoncia se encuentra el índice de placa de *Silness y Løe (1964)* en donde indica la acumulación y espesor de placa bacteriana en contacto con el margen gingival y en las cuatro superficies del diente, recomendando no utilizarlo en el

consultorio debido a que se requiere de un personal capacitado, también es denominado índice de higiene. Sus parámetros son los siguientes:

Tabla 3. Índice de placa de Silness y Lóe

PUNTOS	CRITERIOS
0	No placa.
1	Cuando al raspar con explorador se evidencia una película delgada de placa en contacto con el margen gingival.
2	Se aprecia una cantidad moderada de placa a lo largo del margen gingival, no se observa placa en el espacio interdentario.
3	Se observa gran acumulación de placa en contacto con el margen gingival y el espacio interproximal.

Fuente: BECK, J y ARBES, S. Epidemiología de las enfermedades gingivales y periodontales

Índice de higiene oral simplificado: consta de dos componentes: a) índice de placa blanda (DI-S) y b) índice de placa dura, ambos componentes van de 0 a 3. Los niveles clínicos de remoción de placa se asocian con los valores del índice de la siguiente forma:

Bueno si el índice está entre 0 y 0.6

Regular si el índice está entre 0.7 y 1.8

Malo si el índice está entre 1.9 y 3.0 . (III ENSAB, 1999; p 18)

Entre los Índices para medir cálculos sobresalen el índice periodontal de *Russell* y *Ramford*

El Índice de Russell, que requiere de un equipo mínimo (fuente luz, espejo bucal y explorador). Los tejidos de soporte de cada diente de la boca reciben un valor según una escala progresiva que confiere poco peso a la inflamación gingival y mucho a la enfermedad periodontal avanzada. Los criterios para valorar el índice se presentan en la tabla 6.

Tabla 4. Índice periodontal de Russell

PUNTOS	CRITERIOS
0	Negativo: no se observa inflamación manifiesta en los tejidos de revestimiento ni pérdida de función por la destrucción de tejidos de soporte.
1	Gingivitis leve: hay una zona manifiesta de inflamación en la encía libre, pero esa zona no se circunscribe al diente
2	Gingivitis: la inflamación circunscribe todo el diente, pero no observa rotura evidente en la inserción epitelial.
6	Gingivitis con bolsa: la inserción epitelial se rompió y hay una bolsa (no solo profundización del surco gingival por la tumefacción de la encía libre). No interfiere con la función masticatoria normal, el diente esta firme en su alveolo y no ha migrado.
8	Destrucción avanzada con pérdida de función masticatoria: el diente puede estar flojo, talvez migró, es posible que produzca un sonido sordo a la percusión con un instrumento metálico, o puede instruirse en el alveolo.

Fuente: BECK, J y ARBES, S. *Epidemiología de las enfermedades gingivales y periodontales*

El Índice de Ramford, tomo lo más valioso de los índices existentes, agregó nuevas características para compensar sus fallas y creo su propio sistema para medir la enfermedad periodontal. Examina 6 dientes preseleccionados en la boca, y usa la unión amelocementaria como punto de referencia fijo para medir la pérdida de inserción periodontal. En la tabla 5 se presentan los criterios para este índice:

Tabla 5. Índice periodontal de Ramford

VALORACIÓN GINGIVAL	
G	CRITERIOS
G0	Ausencia de inflamación
G1	
G2	Gingivitis leve a moderada grave que se extiende alrededor de todo el diente.
G3	Gingivitis intensa que se caracteriza por color rojo intenso, tendencia a la hemorragia y ulceración.

REGISTROS DE BOLSAS

La distancia del margen gingival libre a la unión amelocementaria y la distancia del margen gingival libre al fondo del surco gingival o bolsa se registra en mesial vestibular, distal y lingual de cada diente examinado. Los registros interproximales deben asegurarse en vestibular de las zonas de contacto interproximal con la sonda orientada en dirección del eje mayor del diente.

Si el margen gingival esta sobre esmalte:

1. Medir desde el margen gingival hasta la unión amelocementaria y anotar la medición en la corona del esquema del diente. Si la inserción epitelial está en la corona y la unión amelocementaria no se percibe con la sonda, anotar la profundidad del surco gingival sobre la corana.

2. Medir desde el margen gingival hasta el fondo de bolsa cuando el surco se extiende apical a la unión amelocementaria. La medición se anota sobre la raíz del esquema del diente. (la distancia de la unión amelocementaria al fondo de la bolsa puede hallarse al restar la medida 1 de la medida dos.

Si el margen gingival esta sobre cemento:

1. Medir desde la unión amelocementaria hasta el margen gingival. Anotar como valor negativo sobre la raíz del esquema del diente.

2. Medir de la unión amelocementaria hasta el fondo del surco gingival. Anotar el valor y la raíz.

Fuente: BECK, J y ARBES, S. Epidemiología de las enfermedades gingivales y periodontales

El diagnóstico y reconocimiento del proceso de la enfermedad y su etiología tienen una estrecha relación con la normalidad. Al realizar un examen clínico oral, la forma de identificar la localización y extensión de la enfermedad, es cuando se

tiene un conocimiento absoluto de la normalidad de los tejidos. Cualquier variación o desviación de la apariencia tisular es sinónimo de enfermedad. (De ARANGO, Mónica, 2002)

La Academia Americana de Periodoncia en el artículo titulado: *Parameter on comprehensive Periodontal Examination* de Mayo de 2002, establece las siguientes pautas para un examen de enfermedad periodontal:

La evaluación del estado del paciente periodontal requiere obtener una historia medica y dental a través del examen clínico y radiográfico evaluando las estructuras intra y extraorales. Para ello se debe tener en cuenta:

1. *historia médica*: para identificar condiciones predisponentes que podrían afectar el tratamiento, el manejo del paciente y los éxitos. Por ejemplo diabetes, hipertensión, embarazo, consumo de cigarrillo, etc. En muchos casos se requiere interconsultas médicas.
2. *una historia dental*: que incluye motivo de consulta, odontograma, periodontograma y radiografías previas, las cuales son de gran utilidad.
3. *evaluación y examen de estructuras extraorales*: incluye la A.T.M.
4. tejidos de mucosa oral, músculos de la masticación, labios, piso de boca, lengua, glándula salivales, paladar, orofaringe y glándulas salivales.
5. evaluación de dientes y sus reemplazos: el examen debe incluir la observación de dientes perdidos, restauraciones, caries, movilidad dental,

posición de los dientes, relaciones oclusales e interdentes, signos de hábitos parafuncionales y cuando aplique estado pulpar.

6. Exámenes radiográficos: basados en las necesidades diagnósticas del paciente, debe ser utilizada para una apropiada interpretación del estado del periodonto y de los implantes dentales por lo que es importante la calidad de las mismas, debe anotarse las anomalías radiográficas encontradas.
7. Determinación de la presencia y distribución de placa y cálculos.
8. Examinar los tejidos blandos periodontales, incluyendo los tejidos periimplantarios y tipos de exudado.
9. Evaluar gingivitis y presencia de bolsas periodontales.
10. Evaluar relaciones mucogingivales
11. Evaluar presencia, localización y extensión de la invasión del área de furca
12. adicionalmente a los métodos convencionales de evaluación tales como, inspección visual, sondaje, examen radiográfico en algunos casos se debe incluir valoraciones biológicas, exámenes de laboratorio y microbiológicos entre otros.
13. todos los hallazgos clínicos relevantes deben ser documentados en la historia del paciente.
14. referencia a otros cuidados en salud deben ser hechos y documentados.
15. basados en los resultados del examen y diagnóstico se debe realizar un apropiado plan de tratamiento, informándole al paciente del estado en que

se encuentra y las alternativas terapéuticas y las complicaciones potenciales y la responsabilidad que el tiene en el tratamiento.

Para la identificación temprana de la enfermedad periodontal se utiliza el Sistema de Examen y Registro Periodontal (PSR), que es un método rápido y efectivo cuyo objetivo es examinar cada diente individualmente usando sonda periodontal diseñada específicamente para el sistema de registro. Para la documentación de PSR se requiere anotar seis registros numéricos para cada sextante de la boca. (RESTREPO, Mónica, 2002).

Una vez realizado el examen visual, el paso a seguir consiste en clasificar la enfermedad basándose en los signos y síntomas para ubicarlos dentro de la gingivitis y/o la periodontitis. Para el estudio se toma la clasificación de ARMITAGE, Gary, citado por RESTREPO, Mónica, 2002, así:

1. A. Enfermedad gingival. Inflamación gingival en ausencia de pérdida de inserción clínica

1. Inducida por placa dental
2. Modificada por Factores Sistémicos
3. Influenciada por medicamentos
4. Modificada por malnutrición

Signos Clínicos

- Enrojecimiento
- Edema
- Sangrado al sondaje
- Presencia de cálculos y placa
- No evidencia radiográfica de pérdida ósea

B. Enfermedad gingival no inducida por placa

1. Lesiones endo-periodontales
2. Fenestración y dehiscencias
3. Trauma oclusal
4. Pérdida de inserción-recesión del tejido marginal
5. Violación del espesor biológico

II. Enfermedad Periodontal. Es la inflamación de la encía y del aparato de inserción adyacente. Esta enfermedad se caracteriza por la pérdida de inserción clínica, destrucción del ligamento periodontal y la pérdida de soporte óseo.

1. Periodontitis Crónica con pérdida de inserción Leve Moderada

Signos Clínicos

- Enfermedad destructiva más común en adultos
- Afecta la dentición primaria y permanente
- Ratas de progresión leves a moderadas
- Edema y eritema

- Sangrado y/o supuración
- Lesiones de Furca Clase I
- Profundidades de sondaje hasta 6 mm
- Pérdida de inserción clínica hasta de 4 mm
- Evidencia radiográfica de pérdida ósea
- Pérdida de 1/3 de las estructuras de soporte

2. Peridontitis Crónica con pérdida de inserción Avanzada Signos Clínicos

- Movilidad dentaria
- Evidencia radiográfica de pérdida ósea
- Ratas de progresión severas
- Pérdida avanzada demás de 1/3 parte de las estructuras de soporte
- Lesiones de Furca Clase II-III
- Profundidades de sondaje de 7 mm en adelante
- Pérdida de inserción clínica hasta de 6 mm
- Movilidad dentaria
- Evidencia radiográfica de pérdida ósea

2. Periodontitis Agresiva. Son diferentes tipos de periodontitis que afectan a individuos sanos. Se observa agregación familiar y rata de progresión rápida. Ocurre en forma localizada y generalizada.

Agresiva localizada. Caracterizada por la presencia de efectos circunferenciales localizados en primeros molares e incisivos. La enfermedad está comúnmente asociada con una alta proporción del patógeno *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (A.a)

Agresiva generalizada. Afecta principalmente a personas menores de 30 años. Se caracteriza por la presencia de efectos infraóseos y pérdida de inserción interproximal. Afecta, por lo menos, tres dientes permanentes diferentes a primeros molares e incisivos y la microflora asociada a una combinación de *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (A.a) y *Porphyromonas gingivalis* (Pg). Estos pacientes presentan anomalía en la función del neutrófilo y una exagerada respuesta de anticuerpos a los agentes infecciosos.

Entre las principales causas de la enfermedad periodontal están las bacterias que se acumulan en la superficie dental, la base principal es la mala higiene oral, genética: (hay personas especialmente susceptibles a padecer enfermedad periodontal), fumadores de tabaco, embarazo, pubertad, menopausia, estrés, fármacos (anticonceptivos orales, antidepresivos, y ciertas medicaciones cardiacas pueden favorecer el desarrollo), bruxismo, diabetes y mala nutrición. (RENZ,2005)

La enfermedad periodontal es de etiología multifactorial, encontrándose factores de riesgo como: edad, sexo, raza, educación, estrés, herencia, higiene oral,

nutrición, tabaquismo, falta de cuidado profesional y enfermedades sistémicas. (De ARANGO, Mónica, 2002); la presencia de ciertas bacterias como porphyromonas gingivales, bacteroides forsythus y prevotella intermedia, en la placa subgingival favorecen la enfermedad. (CROWTER, 2005)

Esta enfermedad se puede prevenir; cepillándose los dientes bien, mínimo 3 veces al día, usando cepillo en buen estado y pastas con flúor, utilizando seda dental, o un cepillo interproximal para eliminar las bacterias que se quedan en medio de los dientes y donde los cepillos no llegan. Con una dieta equilibrada y visitar regularmente al odontólogo. (LINDHE, 2000).

La intensidad severidad y localización de la enfermedad puede variar de acuerdo al individuo y suele verse afectada por la anatomía de los dientes, raíces y presencia de restauraciones defectuosas. (WESTON, 2005).

Las enfermedades gingivales inducidas por placa y modificadas por factores sistémicos están asociadas con el sistema endocrino y esta a su vez se encuentra relacionada a la pubertad; esta es una respuesta inflamatoria pronunciada de la encía a la placa dental y a las hormonas durante el período circunpubertal (estado 2 de Tanner). La incidencia y severidad de la gingivitis de los adolescentes se ve influenciada por varios factores como: niveles de placa dental, respiración oral, erupción dental y cantidad de dientes, y elevación de las concentraciones de hormonas esteroideas que aumentan las respuestas inflamatorias de las encías.

La inflamación gingival asociada a la pubertad desarrolla signos de inflamación con niveles de placa relativamente pequeñas, la enfermedad desaparece después de la pubertad. (LINDHE, 2000); con el ciclo menstrual es una respuesta inflamatoria gingival acrecentada por la producción de hormonas previa a la ovulación asociada a la presencia de placa, dicha respuesta no se presenta en todas las mujeres. Los cambios hormonales alrededor de la ovulación pueden incrementar el fluido gingival hasta en un 20%; desarrollando una inflamación durante el ciclo presenta una forma muy leve de la enfermedad que desaparece con el paso de la ovulación y se presenta aún con niveles de placa muy bajos. (LINDHE, J.C. 2000).

La gingivitis asociada al embarazo es la respuesta gingival inflamatoria por la producción de hormonas durante el embarazo sumado a la presencia de placa, que se presenta generalmente durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. Se manifiesta con alguna frecuencia y no está relacionada con la cantidad de placa y desaparece con el parto. (CROWTER, 2005).

Las enfermedades gingivales asociadas con el consumo de medicamentos es una respuesta inflamatoria gingival produciendo agrandamientos gingivales asociados a drogas, la respuesta esta asociada principalmente con el consumo de: anticonvulsivantes como la fenitoina (50% de los consumidores), inmunosupresores como ciclosporina A (del 25 al 30 % de los usuarios), bloqueadores de los canales de calcio como nifedipina, verapamilo, diltiazemy,

valproato de sodio (20% de los usuarios). Esta respuesta no esta asociada directamente con la cantidad de placa presente alrededor de los dientes pero el control de la higiene oral puede limitar la severidad de la lesión. (RAMFJORD,1992).

La gingivitis asociada a anticonceptivos orales esta se debe a un cambio en la respuesta inflamatoria gingival, relacionada al uso de anticonceptivos y placa dental. Los cambios se presentan con mayor frecuencia en mujeres premenopáusicas el proceso desaparece con la disminución de la dosis o la interrupción del consumo. (RAMFJORD,1992).

La gingivitis asociada a leucemia es una respuesta inflamatoria exagerada a la presencia de placa que se manifiesta con abundante hemorragia y agrandamiento gingival subsecuente a leucemia, las manifestaciones orales se dan con mayor frecuencia en las formas agudas encontraríamos: adenopatías cervicales, petequias, úlceras de la mucosa y de encía, inflamación y agrandamiento gingival y una respuesta inflamatoria pronunciada en relación a la placa presente. (LINDHE, 2000). Las enfermedades gingivales asociadas a la mala nutrición se relacionan con gingivitis asociada a la deficiencia de ácido ascórbico. Es una enfermedad poco frecuente, los signos son: encía color rojo brillante, inflamación de la encía, presencia de úlceras, susceptibilidad a la hemorragia y lesiones bulbosas. (DUQUE, 2003).

1.5. OBJETIVOS.

1.5.1. OBJETIVO GENERAL.

Describir las entidades periodontales mas frecuentes de la población atendida en la clínica de postgrado de periodoncia del Colegio Odontológico Colombiano par el período 1998-2005.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Describir la frecuencia y distribución de las diferentes entidades periodontales por edad y género.

Relacionar anamnesis individual y familiar con la enfermedad periodontal en pacientes atendidos en la clínica.

Determinar historia odontológica previa y grado de higiene oral en los pacientes atendidos en la clínica.

Identificar los factores de riesgo para enfermedad periodontal en pacientes atendidos.

2. MÉTODO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo de corte transversal

2.2. OBJETO DE ESTUDIO

Entidades periodontales

2.3. POBLACION BLANCO:

Historias clínicas de los pacientes atendidos en la clínica de postgrado de periodoncia del Colegio Odontológico Colombiano para el periodo 1996-2004.

2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.4.1 Criterios de inclusión:

- Historias clínicas completas y aprobadas
- Pacientes mayores de 15 años

- Pacientes que presentan como diagnósticos definitivos enfermedad periodontal y plan de tratamiento realizado.

2.4.2 Criterios de exclusión:

- Historias activas
- Historias completas y aprobadas con letra ilegible

2.5 MUESTRA. No Probabilística, intencional

Año	No. H.C.
1996	14
1997	17
1998	0
1999	1
2000	0
2001	12
2002	36
2003	16
2004	40
2005	28
TOTAL	164

2.6 VARIABLES.

Tabla 6.

Tabla 6. VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLE	INSTRUM. RECOLECCIÓN DE DATOS
1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS						
1.1 Género	Características biológicas que diferencia al hombre de la mujer	1. Masculino 2. Femenino	Cualitativa	Nominal	Independiente	Historia Clínica Periodontal
1.2 Edad	Tiempo transcurrido para el ser humano desde el nacimiento.	15-años adelante en	Cuantitativa	Discreta	Independiente	Historia Clínica Periodontal
2. ANAMNESIS						
2.1 Historia clínica individual	Enfermedades que ha presentado el paciente al momento del examen.	1. Diabetes Mellitus 2. Leucemia 3. Enfermedades Cardiovasculares 4. Malnutrición 5. Otros	Cualitativa.	Nominal.	Independiente	Historia Clínica Periodontal
2.2 Historia clínica familiar	Antecedentes médicos familiares.	1. Diabetes Mellitus 2. Leucemia 3. Enfermedades Cardiovasculares 4. Malnutrición 5. Otros	Cualitativa.	Nominal.	Independiente	Historia Clínica Periodontal
3. Historia odontológica previa						
3.1 Higiene oral	Medidas profilácticas tendientes a conservar la salud oral	1. Buena. 2. Regular. 3. Mala.	Cualitativa.	Ordinal.	Independiente	Historia Clínica Periodontal
4. Grado de Higiene oral						
4.1 Frecuencia de cepillado	Número de veces que se cepilla en el día.	1. una vez. 2. dos veces 3. tres veces. 4. Más de 3 veces.	Cualitativa	Nomina	Independiente	Historia Clínica Periodontal

5. DIAGNOSTICOS PERIODONTALES						
5.1 Gingivitis	Inflamación de la encía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gingivitis local 2. Gingivitis general 3. Gingivitis inducida por placa 4. Gingivitis no inducida por placa 5. Agrandamiento gingival 6. Gingivitis asociada a VIH 	Cualitativa.	Ordinal.	Dependiente.	Historia Clínica Periodontal
5.2 Periodontitis	Inflamación de los tejidos de soporte del diente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Local 2. General 3. Periodontitis crónica 4. Periodontitis agresiva 5. Periodontitis asociada a enfermedad sistémica 6. Periodontitis asociada a HIV 7. Invasión del espesor biológico. 	Cualitativa.	Ordinal.	Dependiente.	Historia Clínica Periodontal
5.3 Factores de riesgo	Características físicas, biológicas o sociales que favorecen o no la aparición de la enfermedad periodontal.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trauma oclusal 2. Caries. 3. Mal posiciones dentarias 4. Exodoncias 5. Restauraciones desadaptadas. 	Cualitativa.	Ordinal.	Dependiente.	Historia Clínica Periodontal

2.7 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó la autorización para tener acceso al archivo de historias clínicas de postgrado de periodoncia.

Se diseñó el instrumento de recolección de datos acorde con la información consignada en las historias clínicas, de conformidad con las variables a medir por el estudio.

Se realizó una prueba piloto para verificar el instrumento de recolección de datos y se realizaron los ajustes necesarios para su posterior aplicación.

Se tomo una muestra no probabilística, intencional de 251 historias clínicas para el período seleccionado, escogiendo 164 de éstas las que cumplían con los criterios de selección (inclusión y exclusión)

Se calibraron a los investigadores en el diligenciamiento correcto del instrumento de recolección de información.

Se aplicó el instrumento a la muestra seleccionada y posteriormente se codifico y se tabulo la información.

2.8 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de la información se utilizará un registro donde se encontrará las variables del estudio y su operacionalización, organizado de la siguiente forma, de acuerdo a los anexos 1-3:

Anexo 1. Hallazgos periodontales. En la cual se relacionan: número de paciente, número de historia clínica, edad, género, historia médica familiar, historia médica personal, grado de higiene oral, frecuencia de cepillado, gingivitis y periodontitis

Anexo 2. Enfermedades sistémicas. En la cual se relacionan la diabetes mellitus, leucemia, cardiovasculares y mal nutrición.

Anexo 3. Factores de riesgo. En la cual se relacionan trauma oclusal, caries, malposiciones dentales, exodoncias y restauraciones desadaptadas

2.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados se procesaron haciendo uso del paquete estadístico, denominado *Statistical Package For Social Sciences (S.P.S.S)-12* en español. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, haciendo uso de la estadística descriptiva mediante la distribución de frecuencias y porcentajes, promedio, proporciones y razones. Se hizo cruce de variables con entidades periodontales, género, edad y enfermedades sistémicas.

3. RESULTADOS

Se revisaron 164 historias clínicas de pacientes cuyas edades estaban entre 15 - 70 años atendidos en la clínica de postgrado en Periodoncia del Colegio Odontológico Colombiano para el período comprendido entre 1996 a 2005, reportándose los siguientes hallazgos:

3.1 FRECUENCIA DE LAS DIFERENTES ENTIDADES PERIODONTALES POR EDAD Y GÉNERO

De las historias revisadas el 50.6%(83) correspondía al género femenino y el 49.4%(81) al género masculino; 33(20.1%) correspondió al rango de edad 21-27 años (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución de la población por grupos de edades

Edad	F	%
14-20	27	16.5
21-27	33	20.1
28-34	22	13.4
35-41	31	18.9
42-48	18	11.0
49-55	13	7.9
56-62	10	6.1
63-69	7	4.3
70-76	3	1.8
TOTAL:	164	100

Fuente: Historias clínicas período 96-2005

De las 79 personas diagnosticadas con gingivitis, el 55.7%(44) presentaron gingivitis local y 44.3%(35) gingivitis general. El grupo de 21-27 años reportó la mayor proporción de gingivitis con el 23.9 por cada 100 historias (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución de la gingivitis por edad

Edad	GINGIVITIS				F	Total	
	Local		General			Tasa bruta	Proporción ajustada
	F	%	F	%			
14-20	12	15.2	6	7.6	18	22.8	-
21-27	15	18.9	8	10.2	23	29.1	23.9
28-34	3	3.8	8	10.1	11	13.9	17.1
35-41	6	7.6	4	5.1	10	12.6	11.0
42-48	4	5.1	3	3.8	7	8.9	13.4
49-55	3	3.8	3	3.8	6	7.6	15.9
56-62	0	0	1	1.3	1	1.3	3.6
63-69	1	1.3	2	2.5	3	3.8	14.6
TOTAL:	44	55.7	35	44.3	79	100	0

Fuente: Historias clínicas período 1996-2005

De las 45 personas diagnosticadas con periodontitis, el 53.3%(24) presentaron periodontitis local y el 47.7%(21) periodontitis general. La mayor proporción estuvo en el grupo de 42-48 años y fue de 30.0 por cada 100 historias de pacientes atendidos (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución de la Periodontitis por edad

Edad	PERIODONTITIS				F	TOTAL	
	Local		General			Tasa bruta	Proporción ajustada
	F	%	F	%			
14-20	3	6.7	3	6.7	6	13.4	-
21-27	3	6.7	1	2.2	4	8.9	7.3
28-34	2	4.4	3	6.7	5	11.1	13.7
35-41	7	15.6	5	11.1	12	26.7	23.2
42-48	4	8.9	5	11.1	9	20.0	30.0
49-55	3	6.7	1	2.2	4	8.9	18.6
56-62	0	0	2	4.4	2	4.4	11.9
63-69	2	4.4	1	2.2	3	6.6	24.9
TOTAL:	24	53.3	21	47.7	45	100	0

Fuente: Historias clínicas período 1996-2005

De las 164 historias clínicas revisadas el 45.9%(40) pertenecían al género masculino y 53.9%(47) pertenecían al género femenino, los cuales presentaron algún diagnóstico de gingivitis, sobresaliendo la gingivitis inducida por placa con un 96.6%(84), presentado mayor frecuencia en el género femenino con el 51.7%(45). (Tabla 10)

Tabla 10. Distribución de los diagnósticos de la gingivitis por género

DIAGNÓSTICOS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Gingivitis inducida por placa	39	44.8	45	51.7	84	96.6
Gingivitis no inducida por placa	0	0	1	1.1	1	1.1
Agrandamiento gingival	1	1.1	1	1.1	2	2.3
Gingivitis asociada a VIH	0	0	0	0		
TOTAL:	40	45.9	47	53.9	87	100

Fuente: Historias clínicas período 1996-2005

De las 164 historias clínicas revisadas el 51.8%(44) eran del género masculino y el 48.2%(41) eran del género femenino y presentaron algún diagnóstico de periodontitis, sobresaliendo la periodontitis crónica con un 54%(46), presentado mayor frecuencia en el género masculino con el 29.4%(25). (Tabla 11)

Tabla 11. Distribución de los diagnósticos de la periodontitis por género

DIAGNÓSTICOS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Periodontitis asociada a VIH	0	0	0	0	0	0
Periodontitis crónica	25	29.4	21	24.7	46	54.0
Periodontitis agresiva	17	20.0	18	21.2	35	41.2
Periodontitis asociada a enfermedades sistémicas	1	1.2	1	1.2	2	2.4
Invasión del espesor biológico	1	1.2	1	1.2	2	2.4
TOTAL:	44	51.8	41	48.2	85	100

Fuente: Historias clínicas, período 1996-2005

3.2 ANAMNESIS INDIVIDUAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

De las 164 historias revisadas el 7.3%(12) presentaron historia médica individual, sobresaliendo la enfermedad cardiovascular con el 58.3%(7), predominando en el género masculino con el 33% (4) y diabetes con el 41.6%(5), sobresaliendo el genero femenino con el 25%(3). (Tabla 12)

Tabla 12. Relación de anamnesis individual con género.

ANAMNESIS INDIVIDUAL	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Diabetes	2	16.6	3	25.0	5	41.6
Leucemia	0	0	0	0	0	0
E. Cardiovascular	4	33.3	3	25.0	7	58.3
Malnutrición	0	0	0	0	0	0.0
TOTAL:	6	50.0	6	50.0	12	100.0

Fuente: Historias clínicas, período 1996-2005

3.3 HISTORIA ODONTOLÓGICA PREVIA Y GRADO DE HIGIENE ORAL EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA

De las 164 H.C. revisadas, el 57.3%(94) reportó grado de higiene oral regular; estando la mayor frecuencia en el género masculino con el 29.2%(48). (Tabla 13)

Tabla 13. Grado de higiene oral en los pacientes atendidos en la clínica

Grado de Higiene oral	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Buena	13	7.9	16	9.7	29	17.7
Regular	48	29.2	46	28.0	94	57.3
Mala	20	12.2	21	12.8	41	25.0
TOTAL:	81	49.4	83	50.6	164	100

Fuente: Historias clínicas, período 1996-2005

De las 164 H.C. revisadas, el 58.5%(96) presento una frecuencia de cepillado de dos veces diarias: donde el género masculino presentó la mayor frecuencia, 29.2%(49). (Tabla 14)

Tabla 14. Frecuencia de cepillado

Frecuencia de cepillado	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Una vez	12	7.3	14	8.5	26	15.9
Dos veces	49	29.9	47	28.6	96	58.5
Tres veces	20	12.2	22	13.4	42	25.6
Más de tres veces	0	0	0	0	0	0
TOTAL:	81	49.4	83	50.6	164	100

Fuente: Historias clínicas, período 1996-2005

3.4 FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD PERIODONTAL POR SEXTANTES EN PACIENTES ATENDIDOS

En las historias revisadas se encontró que: el sextante con mayor trauma oclusal fue el 2(31), el sextante 1 con 60 caries en dientes, en cuanto a malposiciones dentarias se encontró que el sextante 2 presentaba el mayor número (18), el sextante 3 con el mayor número de exodoncias (80) y el sextante 1 con el mayor número de restauraciones desadaptadas (88). Tabla 15

Tabla 15. Factores de riesgo para enfermedad periodontal por sextantes

TABLA 3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADO					
Sextantes	Trauma Oclusal	Caries Dientes	Mal posiciones Dentarias	Exodoncias	Restauraciones Desadaptadas
1	20	60	5	74	88
2	31	32	18	34	40
3	4	38	4	80	71
4	4	35	8	76	60
5	6	12	15	39	18
6	7	29	2	81	63

Fuente: Historias clínicas, período 1996-2005

4. DISCUSIÓN

Del total de las historias clínicas incluidas en el presente estudio el 55.7% (44) presentaron gingivitis local y el 44.3%(35) gingivitis general; el 53.3%(24) presentaron periodontitis local y el 47.7%(21) periodontitis general, similar a lo reportado por las encuesta HES, HANES, HRSA, NIDR y NHANES, aplicadas a población Americana. Se debe tener en cuenta que estos resultados están dados en pacientes comprometidos periodontalmente, debido a que éstos son remitidos a la clínica especializada en periodoncia y se espera encontrar mayor enfermedad periodontal.

Al realizar la historia médica individual sobresalen la enfermedad cardiovascular con 58.3%(4) y diabetes 41.6%(5) de los 12 pacientes que reportaron algún tipo de enfermedad sistémica. La identificación de este tipo de enfermedades en los pacientes atendidos es importante porque pueden ser factores predisponentes para afectar el tratamiento y el manejo del paciente, tal como lo recomienda la Academia Americana de Periodoncia en el artículo titulado: *parameter on compresive Periodontal Examination*.

En el presente estudio se pudo observar que el grado de higiene oral reportado en las historias clínicas es regular, lo que se convierte en factor de riesgo para la enfermedad periodontal debido a su etiología multifactorial. En cuanto al cepillado

se reportó como mayor frecuencia de cepillado, 2 veces diarias, contrario a lo recomendado por LINDHE, 2000, quien afirma que esta enfermedad se puede prevenir; cepillándose los dientes bien, mínimo 3 veces al día.

Al ser analizados los factores de riesgo para enfermedad periodontal por sextantes se encontró como los factores más frecuentes: trauma oclusal, caries dental, malposiciones dentarias, exodoncias y restauraciones desadaptadas en todos los sextantes.

4. CONCLUSIONES

El porcentaje de gingivitis y periodontitis local y general encontrados guarda similitud con los reportados por otros estudios similares.

Llama la atención en los resultados del presente estudio el bajo número de historias clínicas que reportaron enfermedades sistémicas (diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.)

Los pacientes atendidos en la clínica de Periodoncia reportan un grado de higiene oral regular con una baja frecuencia de cepillado (dos veces al día)

6. RECOMENDACIONES

Debe realizarse un mayor seguimiento al diligenciamiento de las historias clínicas, si se tiene en cuenta que para el presente estudio muchas de las historias seleccionadas para la muestra debieron ser excluidas por encontrarse información incompleta.

Se recomienda empezar el tratamiento periodontal, una vez el grado de higiene oral sea bueno, con el fin de lograr un mayor éxito en el tratamiento.

Se debe continuar este estudio con historias clínicas de pregrado y todas las de postgrado.

BIBLIOGRAFIA

1. BARRIOS M, Gustavo y cols. Odontología. Nueva Edición, tomo 1. Bogotá; Editar Ltda., 2004; 303-308.
2. BERNAL, María Teresa y cols. Evaluación de los mecanismos oxidativos del PMN neutrófilo de saliva de pacientes periodontalmente sanos por reducción del NBT. En: Universitas Odontológica. Revista científica de la facultad de odontología de la Universidad Javeriana. No. 51. Bogotá, 2003; p 82-87.
3. BURNETT, George W, SHUSTER, George S. Microbiología oral y enfermedad infecciosa. The Williams & Wilkins company-Baltimore. Editorial medica. Panamericana: edición para estudiantes, Argentina 1999.
4. CARRANZA, F.A. Periodontología Clínica. México: Interamericana, 1999; 190-203.
5. CROWTHER CA y cols. Treating periodontal disease for preventing preterm birt in pregnant women (protocol for a Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update software.

6. De ARANGO, RESTREPO, Mónica. Guías didácticas en periodoncia: manual de laboratorio. Colegio Odontológico Colombiano, Bogotá, 2002; p 32
7. DUQUE, Andrés y cols. Estado periodontal de una muestra de adultos mayores de la ciudad de Medellín, año 2002. En: Revista CES Odontología. Vo. 16 No.2 2do. Semestre. 2003. Facultad de Odontología del CES, Medellín.; p27-35
8. ESCOBAR J. Enfermedades Orales. Editorial medica panamericana: cuarta edición, California 2000. p 328-36.
9. LINDHE, J. Periodontología clínica e implantología odontológica, 3ra. Ed. Madrid, España: Panamericana, 2000; 71-73, 325-26, 560-62.
10. MINISTERIO DE SALUD. III Estudio Nacional de Salud Bucal -ENSAB III, II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas- ENFREC II. Tomo VII: Estudio Nacional de Salud Bucal. Bogotá, 1999.
11. NIKALUS P.C. Enfermedad Periodontal. España. 2001.p. 75-82.
12. NOVI, Sandro, NOVI, Antonella y SIERVO, Sandro. Periodonpatía juvenil. En: Journal de clínica en Odontología. Año 11. No. 5. Universidad de Pensilvania, edición en españoles, 1997: p 47.

13. RAMFJORD S. Periodontología y periodoncia. Ejemplar 1. Buenos Aires, Argentina: Panamericana, 1992; 226-228

14. RENZ A. y cols. Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases (protocol for a Cocharane Review). In: *The Cocharane Library, Issue 2, 2005. Oxford: update software.*
www.cohrane.bireme.br

15. RESTREPO, Mónica. Guías didácticas en periodoncia: manual de laboratorio. Colegio Odontológico Colombiano, Bogotá, 2002; 6-17, 28-44

16. RODRIGUEZ, GONZÁLEZ et al. Frecuencia de los diagnósticos de la enfermedad periodontal en la Clínica de Postgrado de Periodoncia en el Colegio Odontológico Colombiano en 1996-1997. Colegio Odontológico Colombiano. Bogotá, 1999.

17. REPÚBLICA DE COLOMBIA, SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Comportamiento de la salud oral en Colombia y Bogotá. En Boletín Epidemiológico distrital. Vol. 6 No.6. Bogotá, 2001.

18. WESTON, P et al. Occlusal interventions for periodontitis in adults. (protocol for a Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: update software

