

439
2e



Universidad Nacional Autónoma
de México

Facultad de Odontología

"INFLUENCIA DE LA PROTESIS FIJA
Y REMOVIBLE EN LA ENFERMEDAD
PERIODONTAL"

T E S I S

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

presentan

LETICIA URIBE SEGOVIA

SERGIO URIBE SEGOVIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1988



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I.	
ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL	3
CAPITULO II.	
FACTORES IRRITATIVOS QUE PROVOCAN LESIONES PARODON- TALES	8
CAPITULO III.	
INTERRELACIONES PROTESIO-PARODONTALES	2
III.1 PROTESIS MAL REALIZADAS	15
III.2 RELACION ENTRE LA LOCALIZACION Y LA ADAPTA- CION DEL MARGEN CERVICAL DE LAS RESTAURACIO- NES Y LA SALUD GINGIVAL	16
III.3 RELACION ENTRE CONTORNO VESTIBULO-LINGUAL Y - SALUD GINGIVAL	18
III.4 RELACION ENTRE EL CONTORNO PROXIMAL (NICHOS) Y LA SALUD GINGIVAL	19
III.5 RELACION ENTRE LA FORMA Y EL MATERIAL UTILIZA DO EN LA CONFECCION DE LOS PONTICOS Y SALUD - GINGIVAL	20
III.6 RELACION ENTRE LAS CORONAS TEMPORARIAS DE -- ACRILICO Y LA SALUD DENTAL	22
III.7 PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE Y SALUD GINGIVAL..	23
III.8 MARGENES DE LAS RESTAURACIONES	24
III.9 CONTORNOS	26

	Pág.
III.10 OCLUSION	27
III.11 DISEÑO DE DENTADURAS PARCIALES ROMOVIBLES ..	29
CAPITULO IV.	
EPIDEMIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y GIN-- GIVAL	30
IV.1 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO	30
IV.2 INDICES UTILIZADOS PARA ESTUDIAR PROBLEMAS PE RIODONTALES	34
A. INDICES EMPLEADOS PARA VALORAR LA INFLAMA- CION GINGIVAL. INDICE PERIODONTAL DE RU- - SSELL	35
COMPONENTE DE GINGIVITIS DEL INDICE DE EN- FERMEDAD PERIODONTAL DE RAMFJORD	39
B. INDICES UTILIZADOS PARA MEDIR LA DESTRUC-- CION PERIODONTAL	44
COMPONENTE DE MEDICION DEL SURCO GINGIVAL- EN EL INDICE DE ENFERMEDAD PERIODONTAL DE RAMFJORD	44
C. INDICES UTILIZADOS PARA MEDIR EL ACUMULO - DE PLACA	47
COMPONENTE DE PLACA DEL INDICE DE ENFERME- DAD PERIODONTAL DE RAMFJORD.....	47
HIPOTESIS	48
OBJETIVOS	49

	P&g.
MATERIAL Y METODO	50
ESTUDIO CLINICO	53
RESULTADOS	59
CONCLUSIONES	65
BIBLIOGRAFIA	69

INTRODUCCION

Las restauraciones dentales y las prótesis mal hechas, son causas comunes de inflamación gingival y destrucción periodontal. Los procedimientos dentales inadecuados pueden lesionar asimismo los tejidos periodontales. Las siguientes características de restauraciones y prótesis parciales tienen importancia desde el punto de vista periodontal: márgen, contorno, oclusión, materiales y diseño de las dentaduras parciales removibles. Se describirán en los siguientes capítulos, ya que desempeñan un papel importante en la etiología de las lesiones periodontales.

Asimismo, se harán señalamientos en cuanto a la elaboración de índices epidemiológicos adaptados a una interrelación protésico-paradental.

Se ha realizado un estudio del cual son señalados los resultados de la evaluación clínica. Sólo se especifican los puntos que más relevancia tienen en cuanto a una participación activa en la formación de lesiones periodontales.

La causa de la inflamación gingival es la placa bacteriana. Ciertos factores que antiguamente se consideraban de significado etiológico directo en la enfermedad periodontal

se sabe ahora que actúan sólo en favor del acúmulo de placa. Entre éstos se incluye el cálculo, la odontología defectuosa, las prótesis parciales fijas y removibles, la impactación alimentaria y otros tantos factores.

En este trabajo los factores generales y/o sistemáticos no son considerados, sin que por esto se les reste importancia. Sólo son considerados los factores locales y clínicamente observables.

Por lo tanto la evaluación clínica no involucra técnicas de sondeo parodontal ni estudios radiográficos.

Es un estudio real, claro y específico, pero no se profundiza en dichos factores.

CAPITULO I

ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Los factores etiológicos de la enfermedad periodontal han sido clasificados en factores sistématicos y locales, aunque sus efectos estén interrelacionados. Los factores locales son aquellos que se hallan en el medio ambiente inmediato al periodonto; en tanto que los factores sistémicos derivan del estado general del paciente.

Los factores locales causan inflamación, proceso patológico principal de la enfermedad periodontal; los factores sistématicos regulan la reacción de los tejidos a los factores locales, de modo que el efecto de los irritantes locales puede resultar espectacularmente agravado por unas condiciones sistémicas desfavorables.

"El siguiente diagrama modificado del ideado por Bhan muestra de forma esquemática el papel de los diferentes factores" (1)

(1) Carranza, F.;A. Periodontología Clínica de Glickman: p. 361.

AGRESION

Producto de la
placa bacteriana

RESPUESTA

DEL HUESPED
Factores que alte-
ran el equilibrio.

- Al aumentar la
agresión.
Cálculos
Odontología defec-
tuosa.

Empaquetamiento
de comida
Respiración bucal.

- Al disminuir las
defensas.
Factores sistémicos
(hormonales, nutri-
cionales, genéticos,
etc.)

Trauma de la oclu-
sión.

DEFENSA

Capacidad re-
paradora de-
los tejidos -
Resistencia
Humoral.

La placa es necesaria para el inicio de la enfermedad. Sin embargo, una cantidad pequeña pero variable de placa, puede ser controlada por los mecanismos de defensa orgánicos, resultando un equilibrio entre agresión y defensa. Este equilibrio puede romperse bien por el aumento de la cantidad y/o virulencia de las bacterias, bien por la reducción de la capacidad defensiva de los tejidos. Los siguientes factores favorecen el acúmulo de placa: cálculo, odontología defectuosa (restauraciones inadecuadas), impactación alimentaria, respiración bucal, etc.

Los factores que reducen la capacidad de defensa de los tejidos incluyen todas las lesiones sistemáticas que pueden trastornar la respuesta tisular a la irritación. Su mecanismo de acción exacto, en la mayoría de los casos, es oscuro.

Otras enfermedades, además de la enfermedad periodontal por placa, pueden atacar los tejidos periodontales. Estas enfermedades pueden originarse de distintas causas, como puede ser una afección sistémica. Dentro de este grupo de enfermedades pueden hallarse las siguientes: gingivostomatitis herpética, infecciones tuberculosas, sifilíticas y otras infecciones bacterianas; distintas dermatosis, enfermedades hemáticas y distintos tumores benignos y malignos.

Clinicamente, la enfermedad periodontal se caracteriza por las alteraciones de color y textura de la encía, es decir, enrojecimiento y tumefacción, así como una tendencia incrementada a la hemorragia al sondeo en el área del surco/bolsa gingival. Además, los tejidos periodontales pueden exhibir una resistencia reducida al sondeo (Profundidad incrementada de la bolsa clínica) y/o recesión de los tejidos. Las etapas avanzadas de la enfermedad también están con frecuencia asociadas a una movilidad dentaria incrementada y desplazamiento de los dientes.

En el estudio radiográfico, se puede reconocer la enfermedad periodontal por la altura reducida del hueso alveolar. Si la pérdida de hueso progresó con un ritmo similar en cierta parte de la dentición, el perfil de la cresta ósea remanente se ve parejo en la radiografía, se habla de pérdida ósea "horizontal". Los defectos óseos angulados son el resultado de una pérdida ósea generada con distinto ritmo en distintas superficies dentarias se habla de pérdida ósea "vertical".

En un corte histológico, la enfermedad periodontal se caracteriza por la presencia de un infiltrado celular inflamatorio dentro de un área del tejido conectivo gingival adyacente a los depósitos microbianos en la superficie dentaria o radicular. En el área infiltrada hay una pronunciada pérdida de colágeno. En las formas más avanzadas de enfermedad periodontal, son importantes la pérdida de inserción del tejido conectivo y la migración apical del epitelio dentogingival a lo largo de la superficie radicular afectada.

Los resultados de la investigación clínica y en animales demuestra que la mayoría de las formas de la enfermedad periodontal: 1) tienen un carácter progresivo y, si se les deja sin tratar, en muchos casos puede producirse la pérdida del diente; 2) pueden ser detenidas y hasta curadas con la terapéutica apropiada.

Esto significa que el reconocimiento de la enfermedad periodontal y su involucración de distintas partes de la dentadura tiene máxima importancia.

El exámen de un paciente en cuanto a la enfermedad periodontal debe no sólo identificar los puntos con alteraciones inflamatorias, sino también la extensión de la destrucción tisular en esos puntos de la dentición. Por lo tanto, el examen debe incluir todas las partes de la dentición y describir las condiciones periodontales en todas las superficies vestibular, lingual, proximales. Como la enfermedad periodontal incluye alteraciones inflamatorias de la encía y una pérdida progresiva de ligamento periodontal y hueso alveolar, el examen debe incluir mediciones que describan esas alteraciones patológicas.

Los signos clínicos de inflamación gingival incluyen cambios en el color y la textura de la encía y una tendencia creciente a hemorragia al sondear.

Se han creado diversos sistemas de índices para facilitar la descripción de la presencia y grado de gingivitis en la investigación apidemiológica y clínica.

CAPITULO II

FACTORES IRRITATIVOS QUE PROVOCAN LESIONES PARODONTALES

Uno de los principales factores que lesionan al parodonto es la mala adaptación de las prótesis fijas y removibles. Normalmente esta situación está relacionada con empaquetamiento de alimentos.

Hirschfeld, en 1930, estableció las siguientes causas de empaquetamiento de alimentos:

- Clase I Atrición oclusal excesiva.

Tipo A: Transformación de las convexidades oclusales en facetas oblicuas, lo que provoca la desviación del alimento hacia el espacio interdentario.

Muchas veces una cúspide larga puede actuar como cuña, separando los dientes antagonistas y facilitando la penetración del alimento.

Tipo B: Cúspides remanentes oblicuas desgastadas de un diente del maxilar superior que desborda la superficie distal de su antagonista.

Tipo C: Diente inferior desgastado oblicuamente que se superpone a la superficie distal de su antagonista funcional.

- Clase II Pérdida del contacto proximal.

Tipo A: Pérdida del soporte distal debido a la extracción de un diente adyacente.

Tipo B: Pérdida del soporte mesial por extracción; en este tipo se produce el mismo mecanismo del tipo A.

Tipo C: Inclinaciones de los dientes por falta de reposición de otros ausentes.

Tipo D: Aberturas oclusales permanentes en los espacios interdentarios.

D₁: Desplazamientos producidos después de extracciones (igual al tipo C).

D₂: Hábitos que apartan los dientes de su posición, entre ellos: cortar hilos con los dientes, fumar pipa, frecuente embocadura de instrumentos musicales.

D₃: Enfermedad periodontal: una bolsa periodontal crea condiciones tales que el tejido de granulación, al crecer exageradamente empuja los dientes desviándolos.

D₄: Caries: La caries crea una brecha permanente en el espacio proximal hasta que no se ha restaurado correctamente.

- Clase III Extrusión respecto del plano oclusal.

Tipo A: Extrusión de un diente manteniendo la contigüidad con los dientes vecinos.

- Clase IV Malformaciones morfológicas congénitas.

Tipo A: Dientes en giroversión.

Tipo B: Nichos, exagerados entre dientes con diámetro cervical grande.

Tipo C: Inclinaciones vestibulolinguales.

Tipo D: Posición lingual o vestibular de un diente. Este caso es similar al tipo C, pero la inclinación vestibular o lingual del diente no es tan pronunciada.

- Clase V Restauraciones incorrectas.

Tipo A: Falta del punto de Contacto.

Tipo B: Localización incorrecta del punto de contacto.

Tipo C: Contorno oclusal incorrecto que se caracteriza por la falta de surco, y reborde marginal, así como por la forma plana o puntiaguda de los planos mesioclusales y distoclusales en dirección mesiodistal lo que provoca el empuje forzado del alimento.

Tipo D: Restauraciones a extensión inadecuadas. En este caso la presión oclusal del alimento contra el elemento suspendido provoca una inclinación del diente de soporte, produciendo la pérdida del contacto proximal.

Tipo E: Bisel cervical escalonado de las prótesis. Es común que las prótesis parciales removibles con paladar de acrílico se forme este bisel en la región cervical palatina.

CAPITULO III
INTERRELACIONES PROTÉSICO-PARODONTALES.

Las restauraciones dentales y la salud periodontal están inseparablemente interrelacionados. La perfección técnica es importante en la odontología restauradora. La adaptación de los márgenes, los contornos de las restauraciones las relaciones proximales y la tersura de la superficie, deben cumplir unos críticos requerimientos biológicos de la encía y de los tejidos periodontales de soporte. Las restauraciones dentales desempeñan, por tanto, un papel significativo en el mantenimiento de la salud periodontal.

La enfermedad gingival y periodontal debe eliminarse antes de iniciar las técnicas restauradoras, por las siguientes razones:

*La inflamación del periodonto altera la capacidad de los dientes pilares para responder a las demandas funcionales de la odontología restauradora.

* Las restauraciones realizadas con objeto de proporcionar un estímulo funcional beneficioso a un periodonto sano, convierten su influencia en destructiva cuando se sobreponen a una enfermedad periodontal existente, acortando la vida de

los dientes y de la restauración.

La posición de los dientes se altera frecuentemente con la enfermedad periodontal. La resolución de la inflamación y la regeneración de las fibras del ligamento periodontal tras el tratamiento periodontal, son causas de que los dientes se muevan de nuevo, a menudo en dirección a su posición original. Restauraciones diseñadas para dientes antes de que el periodonto sea tratado, puede producir tensiones y presiones lesivas sobre el periodonto tratado.

Las prótesis parciales coladas realizadas de impresiones de encía y mucosa edéntulas enfermas, no encajarán adecuadamente una vez restaurada la salud periodontal.

Cuando se elimine la inflamación, el contorno de la encía y la mucosa adyacente habrán cambiado. La contracción crea espacios entre los pónicos y los puentes fijos, y las áreas base de las prótesis removibles. El acúmulo de placa resultante produce inflamación de la mucosa y de la encía de los dientes pilares.

Para situar adecuadamente el margen gingival de las restauraciones, la posición del surco gingival sano debe establecerse antes de que el diente sea tallado; los márgenes de restauraciones ocultos detrás de una encía enferma se expon-

drán cuando la encía inflamada se contraiga después del tratamiento periodontal.

A continuación se verán unos puntos importantes en la relación que existe entre una prótesis mal adaptada y las lesiones periodontales más frecuentes.

III.1 PROTESIS MAL REALIZADAS.

Las prótesis mal realizadas producen alteraciones en los tejidos periodontales que van desde simples gingivitis marginales crónicas hasta la aparición de bolsas supraóseas o infraóseas.

Al confeccionar las prótesis es preciso observar algunas características (localización del margen de la restauración, forma, contorno, adaptación y localización del punto de contacto, nichos, pulido, tipo de material empleado, confección de provisionales, cementación, diseño y material de los pñticos) para que no haya agresión de los tejidos periodontales.

III.2 RELACION ENTRE LA LOCALIZACION Y LA ADAPTACION DEL MARGEN CERVICAL DE LAS RESTAURACIONES Y LA SALUD GINGIVAL

El punto débil de las restauraciones es el margen cervical, por mejor bruñido y pulido que esté, existe una hendidura (separación entre el diente y el material de restauración) que será rellenada por el cemento. Sin embargo, sino fuera cementada correctamente quedará una irregularidad marginal. Incluso, cuando se halla bien cementada, el cemento de oxifosfato es disuelto parcialmente por la saliva. Es por ello que después de la cementación, paulatinamente, se vá formando una brecha entre el diente y la restauración. Esto se puede producir tanto cuando el margen gingival o cervical se halla por debajo de la cresta gingival como si se halla por encima de ella.

Esta solución de continuidad entre el diente y la restauración favorece la acumulación de residuos y placa bacteriana, permitiéndola la formación del cálculo. La falta de adaptación es más nociva que el cálculo, puesto que éste puede ser eliminado, pero la mala adaptación no.

Hay circunstancias en que algunos autores aconsejan la extensión del margen cervical hacia dentro del surco marginal. Estas condiciones son:

a) En casos de gran susceptibilidad a la caries, de modo que la extensión preventiva se torna imperiosa.

b) Por razones estéticas, principalmente en la región anterior.

En estos casos la habilidad técnica del profesional, junto con la buena higiene bucal que deberá observar el paciente, serán las claves del éxito de estas restauraciones.

Si ésto no ocurre, inevitablemente habrá inflamación gingival.

III.3 RELACION ENTRE CONTORNO VESTIBULO LINGUAL Y SALUD GINGIVAL

El contorno de las coronas dentarias en sentido vestibulolingual, principalmente en tercio gingival, previene el empaquetamiento de alimentos y confiere una acción de autolimpieza debido al efecto de fricción producido por la musculatura o por el deslizamiento de los alimentos durante la masticación.

Si el profesional, al tratar de restaurar estas curvaturas perdidas en el proceso de caries o durante la preparación de retenedores, intenta aumentar el contorno cervical, para sobreprotegerlo, estará creando condiciones tales que, favorecen la acumulación de placa bacteriana y una subsecuente inflamación marginal.

III.4 RELACION ENTRE EL CONTORNO PROXIMAL (NICO) Y LA SALUD GINGIVAL

Para el contorno proximal, es necesario observar los mismos principios biológicos.

La localización correcta del punto de contacto, tanto en sentido apico-oclusal cuanto en el sentido vestibulolingual, previene el empaquetamiento de alimentos.

El nicho, en pacientes clínicamente sanos, es el espacio que existe por debajo del punto de contacto, abierto en sentido vestibulolingual que se extiende hasta la cresta ósea interdientaria. En sentido mesio-distal, el espacio se halla limitado por superficies duras y curvas, que forman las paredes mesial y distal de los dientes contiguos.

Cuando se requiere una restauración dental o tallado de retención en esta zona, el profesional debe estar alerta sobre la influencia negativa de la reconstrucción inadecuada de la forma del nicho, principalmente la disminución de su tamaño, que provocará la compresión de la papila interdientaria y facilitará la retención de residuos y placa bacteriana, dada la dificultad para la higiene de esta zona, lo que acarreará una inflamación gingival.

III.5 RELACION ENTRE LA FORMA Y EL MATERIAL
UTILIZADO EN LA CONFECCION DE LOS PONTICOS
Y SALUD GINGIVAL

Existe divergencia de opiniones con respecto del diseño y del material que se debe emplear para la confección de los pñnticos. A pesar de ello, hay pocas pruebas científicas para definir la forma y el material más conveniente para su confección.

De manera general, los autores concuerdan en que:

a) El pñntico debe tener una forma de bala esfenoideal o esferoideal, admitiendo el tipo que se sobre-extiende por la cresta marginal, solamente para la región anterior. Nunca deberá ser utilizada la forma silla; ya que impide la limpieza por debajo del pñntico, lo cual contraindica la utilización de esta forma de piezas protésicas.

b) La forma del pñntico es más importante que el material utilizado para su confección.

c) La base del pñntico no debe apoyarse sobre el tejido gingival, porque a pesar de que cualquiera de los materiales (oro, porcelana glaseada, acrílico de polimerización

lenta) no sea aparentemente irritante para la encía, su contacto con ésta dificulta la limpieza y produce irritación mecánica como una respuesta inflamatoria, provocando además, una sensación de molestia.

d) La superficie oclusal del pónico debe estar en armonía con el plano oclusal de los retenedores.

e) Por razones de higiene hay que dejar nichos amplios

f) Aunque por lo general, cualquier material utilizado tradicionalmente para la confección de pónicos es bien tolerado por la encía (excepto las resinas de polimerización rápida), su terminación y alto pulido disminuyen la posibilidad de retención de placa bacteriana.

III.6 RELACION ENTRE LAS CORONAS TEMPORARIAS DE ACRILICO Y LA SALUD DENTAL

La reconstrucción temporaria debe cumplir los mismos requisitos que la definitiva, en lo que se refiere a la forma, contorno vestibulolingual, localización del punto de contacto y pulido final. El margen cervical, en casos de corona total sin hombro, que llega a la base del surco gingival, debe quedar siempre en relación con la corona definitiva, a aproximadamente 1mm. Esto evita que los bordes de acrílico, que siempre son irregulares, lesionan las fibras de la encía marginal o afectan la adherencia epitelial. Esta distancia también facilita la limpieza de la zona.

Toda vez que sea posible se colocará cemento quirúrgico en esta zona o área expuesta al tallado, para evitar alteraciones gingivales.

La cementación de la pieza provisional podrá ser hecha con cementos temporarios del tipo de óxido de zinc y eugenol o pastas zinquenólicas (de rebase).

Después de la cementación temporaria, como de la definitiva, se tendrá cuidado en la eliminación de los restos de cementos, pues son irritantes locales de la encía.

III.7 PROTÉSIS PARCIAL REMOVIBLES Y SALUD GINGIVAL

Quando esté indicada la prótesis parcial removible, se deben seguir los principios biológicos para evitar que durante la función no produzca una respuesta inflamatoria gingival.

Debe ser construida de tal forma que los márgenes gingivales de los ganchos, las barras linguales, la localización de los apoyos oclusales, las aspersiones del acrílico en la parte mucosoportada eviten irritar los tejidos gingivales y faciliten la autolimpieza y la higiene bucal.

Hay que evitar la prótesis parcial removible de acrílico, pues al ser exclusivamente mucosoportada provoca compresiones en la encía distal de los dientes vecinos al pónico prestando estas zonas intensas inflamaciones gingivales, con formación de bolsas y pérdida ósea.

III.8 MARGENES DE LAS RESTAURACIONES

Los márgenes desbordantes proporcionan lugares idóneos a la multiplicación de bacterias. La remoción de los márgenes desbordantes permite un control de placa más eficaz, lo que da por resultado la desaparición de la inflamación gingival y un aumento en el soporte óseo alveolar. Un estudio, ha revelado que el 75% de las restauraciones tienen defectos marginales y que el 55% de los defectos igualan o sobrepasan la dimensión de 0.2mm. Otras investigaciones han demostrado que el 16.5% y el 50% de las restauraciones proximales son defectuosas.

Grandes cantidades de placa, gingivitis más severa y bolsas más profundas, están asociadas con localizaciones subgingivales de los márgenes, lesiones menos severas aparecen con márgenes al nivel de la encía; y el grado de salud, periodontal asociada con márgenes supragingivales, no difieren del que se vé con las superficies-control-intactas. Numerosos estudios, han revelado una correlación positiva entre los márgenes subgingivales y la inflamación gingival. También se ha demostrado que hasta restauraciones de alta calidad, si se colocan debajo de la encía, acrecentarán el acúmulo de placa a la inflamación gingival, así como de la velocidad del flujo gingival.

La rugosidad del área subgingival se considera como la causa fundamental en el acúmulo de placa y de la respuesta inflamatoria resultante. La zona subgingival se compone de corona y margen de la restauración, material del relleno y superficie dentaria preparada.

"Silness ha descrito las siguientes fuentes de rugosidades: rallas y rasguños en la superficie de las resinas acrílicas cuidadosamente pulidas, porcelana o restauraciones de oro, separación del margen cervical de la línea de terminado por el material de cementado, exponiendo la superficie rugosa del diente preparado; disolución y desintegración del material del cementado, causando la formación de un cráter entre la preparación y la restauración; y una inadecuada colocación o encaje terminal, marginal de la restauración". (2)

La superficie de los puentes, en los puentes fijos, apenas debe tocar la mucosa. Cuando este contacto sea excesivo, impedirá su limpieza. La placa se acumulará, causando inflamación e incluso la formación de pseudobolsas.

(2) Ibid p. 428.

III.9 CONTORNOS

Las coronas y restauraciones sobrecontorneadas tienden a acumular placa y evitar sin duda los mecanismos de auto-limpieza por medio de los carrillos, labios, y lengua adyacente. No se ha confirmado la teoría de que las coronas subcontorneadas también pueden producir un efecto deletéreo debido a la falta de protección del margen gingival cuando se efectúa la masticación.

Contactos proximales inadecuados o mal localizados, así como no reproducir la anatomía protectora normal de los rebordes marginales y surcos de desarrollo oclusales, conducen al empaquetamiento de comida. Si no se restablecen las trone-ras interproximales adecuadas, se favorece el acúmulo de irritantes.

III.10 OCLUSION

Las restauraciones que no conforman los patrones oclusales de la boca causan desarmonías oclusales, que pueden ser lesivas para los tejidos periodontales de soporte.

La odontología restauradora está llena de posibilidades para subsanar los errores técnicos que producen el desarrollo inmediato o progresivo de las interferencias oclusales. Las interferencias oclusales progresivas desarrolladas como consecuencia de las restauraciones, carecen de contactos oclusales en la posición intercuspal; cuando contactan se producen migraciones dentarias a lo largo de las inclinaciones inestables. Mientras que algunas discrepancias oclusales ocurren al azar, debido al lapsus en la atención del dentista para el detalle, otras son sistémicas o sistemáticas.

El fallo en el reconocimiento de este fenómeno produce supracontactos en la restauración, lo que puede causar, complicaciones periodontales.

La elección de un material restaurador lleva en ocasiones o desgastes desiguales e interferencias sobre dientes en áreas remotas a las restauraciones.

Por diseño, la restauración de un diente único debe incluir topes verticales bilaterales cuando sea posible y debe permitir unas relaciones adecuadas de sobremordida y, entrecruzamiento para asegurar una articulación suave en todas las excursiones. El dentista que busca alterar unas restauraciones posteriores defectuosas, debe ser conciente de las tolerancias de contacto de los dientes posteriores, ya que en muchos casos surgen transtornos en la mordida cuando se desarrolla inadvertidamente contacto dentario anterior excesivo, tras un ajuste oclusal selectivo de los dientes posteriores.

III.11 DISEÑO DE DENTADURAS PARCIALES REMOVIBLES

Ciertas investigaciones han revelado que, después de la inserción de prótesis parciales, hay un aumento de la movilidad de los dientes pilares, inflamación gingival y formación de bolsas periodontales. Esto es debido al hecho de que las dentaduras parciales favorecen el acúmulo de placa, particularmente si cubren los tejidos gingivales. Las dentaduras parciales llevadas durante el día y la noche, inducen a mayor formación de placa que aquellos que sólo se utilizan durante el día.

Estas observaciones enfatizan la necesidad de unas instrucciones de higiene oral muy cuidadosas y personalizadas, para evitar así los efectos deletéreos de las dentaduras parciales sobre los dientes residuales.

La presencia de las dentaduras parciales removibles inducen a cambios cuantitativos en la placa dental y a cambios cualitativos que promueven el desarrollo de espirilos, y espiroquetas.

CAPITULO IV
EPIDEMIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y GINGIVAL

IV.1 LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS EFECTUADOS EN TODO EL MUNDO
INDICAN LA DISTRIBUCION UNIVERSAL DE LA ENFERMEDAD GINGI-
VAL Y PERIODONTAL.

Desde épocas muy antiguas, las enfermedades de las estructuras de soporte de los dientes han sido reconocidas en casi todas las culturas. Estudios paleontológicos señalan que la enfermedad periodontal existía en el hombre primitivo ya en el año 2000 a.c.

El avance en el estudio de las enfermedades periodontales se ha retrasado por varios factores importantes que no existen en el estudio de la caries dental.

La patología de la caries dental afecta los tejidos duros calcificados, mientras que la enfermedad periodontal, abarca tanto a tejidos duros como a blandos. A diferencia de la caries, que tiene su mayor incidencia de ataque en el periodo comprendido entre el momento en que los dientes permanentes erupcionan en la boca y los 25 años de edad, la incidencia y prevalencia de la enfermedad periodontal destructiva no ocurre sino más tarde, aproximadamente a los 35 años de

edad. Finalmente, la enfermedad periodontal no se presta fácilmente a la medición objetiva, ya que los signos de la patología periodontal incluyen cambios de color en los tejidos blandos, tumefacción, hemorragia y alteraciones óseas que se reflejan en las variaciones de la profundidad del surco o bolsas patológicas, así como la pérdida de la función dental debida a la movilidad. Por tanto, los signos de la caries dental se prestan mejor a la determinación objetiva que los parámetros patológicos utilizados para definir la enfermedad periodontal.

La epidemiología dental, por simple definición, es el estudio del patrón (distribución) y la dinámica de las enfermedades dentales en una población humana. El patrón implica que ciertas personas son seleccionadas para ser atacadas por una enfermedad y que la asociación entre enfermedad y persona puede describirse por variables como edad, sexo, grupo étnico, ocupación, características sociales, lugar de residencia, susceptibilidad y exposición a agentes específicos, por nombrar solamente a algunos. El término dinámica se refiere a un patrón temporal (distribución) y tiene que ver con las tendencias, patrones clínicos y el tiempo que transcurre entre la exposición a los factores incitantes y el comienzo de la enfermedad específica.

La definición de Russell sobre epidemiología dental

puede mostrarnos un horizonte más claro: "...No es tanto el estudio de la enfermedad como de un proceso, sino el estudio de la situación de las personas en las cuales se produce la enfermedad". (3)

El propósito u objetivo de la epidemiología es aumentar el entendimiento del proceso nosológico y así conducirnos a métodos de control y prevención. Además, la epidemiología intenta descubrir poblaciones de alto y bajo riesgo y definir el problema específico bajo investigación.

El diseño, la conducción e interpretación de las pruebas clínicas de las medidas preventivas y curativas están también dentro de su alcance.

Una de las técnicas más valiosas empleadas en la epidemiología dental es el índice epidemiológico.

Los índices epidemiológicos tratan de cuantificar los estados clínicos en una escala graduada, con lo que nos facilita la comparación entre las poblaciones examinadas mediante los mismos métodos y criterios. A diferencia del diag-

(3) Ibid. p. 315.

nóstico absoluto definitivo que es posible establecer para un paciente en particular, un índice epidemiológico (esto es, valor numérico) estimará únicamente la prevalencia relativa de la afección clínica. Por lo general, los índices en realidad son subestimaciones de la lesión clínica. Los criterios de un buen índice epidemiológico son: que sea fácil de utilizar; que permita el examen de mucha gente en un corto período de tiempo que defina las lesiones clínicas objetivamente, que sea altamente reproducible para valorar, una lesión clínica cuando se utiliza por uno o más examinadores; que se preste al análisis estadístico y esté altamente relacionado numéricamente con las fases clínicas de la enfermedad que se investiga. Es imperativa la aptitud o tipificación del examinador (o examinadores) con respecto a la aplicación de los criterios de los índices para así asegurar la confiabilidad de los datos.

IV. 2 INDICES UTILIZADOS PARA ESTUDIAR PROBLEMAS PERIODONTALES

Aunque son muchos los índices destinados a registrar y cuantificar las entidades incluidas en el término de enfermedad periodontal, las limitaciones de espacio permiten, solamente la inclusión de dos índices que han contribuido históricamente a nuestro entendimiento de las enfermedades periodontales o que son empleados en la actualidad con frecuencia.

Dentro de los índices empleados para valorar la inflamación gingival se encuentran el índice de Russell y el componente de gingivitis del índice de enfermedad periodontal de Ramfjord.

En los índices utilizados para medir la destrucción periodontal se encuentra el componente de medición del surco gingival de Ramfjord. Y también dentro de los índices utilizados para medir el acúmulo de placa se encuentra el, componente de placa del índice de enfermedad periodontal por Ramfjord.

Por lo tanto, serán explicados dichos índices, tomando en cuenta las definiciones establecidas por Russell y Ramfjord.

A- INDICES EMPLEADOS PARA VALORAR LA
INFLAMACION GINGIVAL

INDICE PERIODONTAL DE RUSSELL

El índice periodontal (PI) fué ideado para tratar de evaluar la enfermedad periodontal midiendo la presencia o ausencia de inflamación gingival y su severidad, formación de bolsas y función masticatoria.

Los criterios que figuran en el cuadro se utilizan para valorar todo el tejido gingival que circunscribe cada diente (ejemplo, todo el tejido que circunscribe un diente, se considera una unidad de medición o unidad gingival). Debido a que el PI mide tanto aspectos reversibles como irreversibles de la enfermedad periodontal, es un índice epidemiológico con un verdadero gradiente biológico.

La puntuación por individuo del PI se determina sumando todas las puntuaciones de cada diente y dividiéndolos por número de dientes examinados.

Debido a que cuando se realiza el examen PI no se utiliza más que un espejo bucal y no se usan sondas calibradas

ni radiografías, los resultados tienden a subestimar al nivel real de la enfermedad periodontal en una muestra de población, especialmente la pérdida ósea temprana. Este índice fué desarrollado para utilizarlo en estudios epidemiológicos pero con cuidado puede utilizarse en pruebas clínicas.

En PI, lo abstracto del valor numérico, crítica frecuente de los índices epidemiológicos, está reducido al mínimo debido a que los resultados agrupados por la puntuación pueden vincularse con el estado clínico de la enfermedad periodontal.

La importancia del índice periodontal reside en que mediante él se han valorado más datos que con ningún otro índice de la enfermedad periodontal.

INDICE PERIODONTAL DE RUSSELL

Puntos	Criterio y puntaje para estudio de poblaciones.	Criterios Rx complementarios seguidos en la prueba clínica.
0	Negativo. En los tejidos de revestimiento no hay inflamación ni pérdida de función - debido a destrucción de los tejidos de soporte.	El aspecto radiográfico es esencialmente - normal
1	Gingivitis leve. Hay un área evidente de inflamación en la encía libre, pero que no circunscribe al diente.	
2	Gingivitis. La inflamación - rodea totalmente al diente, - pero no hay alteración evidente en la adherencia epitelial	
4	(usado cuando se dispone de - radiografías).	Hay resorción incipiente, cuneiforme de la - cresta alveolar.
6	Gingivitis con formación de - bolsa. La adherencia epitelial se ha roto y hay bolsa - (no una mera profundización de la encía libre). No hay interferencia en la función - masticatoria normal, el diente está firme y no ha migrado	Hay pérdida ósea horizontal que abarca toda la cresta alveolar, - hasta la mitad de la - longitud de la raíz - dental.
8	Destrucción avanzada con pérdida de la función masticatoria. El diente puede estar - flojo, puede haber migrado; - puede dar un sonido apagado a la percusión con un instrumento metálico; puede ser deprimible en su alveolo.	Hay pérdida ósea, avanzada que abarca más de la mitad de la longitud de la raíz dental, o una bolsa infraósea con ensanchamiento del ligamento periodontal. Puede haber resorción radicular en el ápice.

REGLA: EN CASO DE DUDA, ASIGNAR
EL VALOR MAS BAJO.

$$\text{Indice periodontal} = \frac{\text{Suma de puntos individuales}}{\text{Cantidad de dientes presentes}}$$

Estado Clínico.	Grupo de puntuaciones P I	Estado de la enfermedad.
Tejidos normales de soporte	0 a 0.2	
Gingivitis simple	0.3 a 0.9	Reversible
Gingivitis periodontal destructora incipiente.	0.7 a 1.9	
Enfermedad periodontal destructiva establecida.	1.6 a 5.0	Irreversible
Enfermedad terminal	3.8 a 8.0	

COMPONENTE DE GINGIVITIS DEL INDICE DE
ENFERMEDADES PERIODONTALES DE RAMFJORD

El índice de enfermedad periodontal (PDI) es similar al PI en que ambos se utilizan para medir la presencia y severidad periodontal. El PDI lo realiza combinando la evaluación de la gingivitis y la profundidad del surco gingival en seis dientes seleccionados (3, 9, 12, 19, 25, y 28).

Se examinan así mismo el cálculo y la placa para ayudar a formular una valoración más clara y completa del estado periodontal. En ésta sección se hablará nada más de gingivitis. Los demás componentes se describirán en otras secciones del mismo cuadro. Los criterios a seguir están en el cuadro.

Se ha comprobado que los seis dientes índices son indicadores confiables de las diferentes partes de la boca. Se obtiene una valoración numérica del componente del estado gingival del PDI, (esto es, la puntuación del índice gingival por persona), sumando todas las unidades gingivales y dividiéndolas por el número de dientes presentes. El PDI se ha utilizado en estudios epidemiológicos, estudios longitudinales de la enfermedad periodontal y en pruebas clínicas, de procesos

terapéuticos o preventivos. Está considerado índice gingival de elección en estudios longitudinales de la enfermedad periodontal.

INDICE DE ENFERMEDAD PERIODONTAL DE RAMFJORD

Estado Gingival (índice de gingivitis)

- 0 = Ausencia de signos de inflamación.
- 1 = Alteraciones gingivales inflamatorias de leves a moderadas que no rodean al diente.
- 2 = Gingivitis leve a moderada que rodea al diente.
- 3 = Gingivitis avanzada que se caracteriza por intenso enrojecimiento, tumefacción, tendencia a sangrar y ulceraciones.

MEDICIONES DEL SURCO

A) Si el margen gingival está sobre esmalte, medir desde el margen gingival hasta la unión amelocementaria y anotar, la medición. Si la adherencia epitelial está sobre la corona y la unión amelocementaria no puede ser percibida con la sonda, registrar la profundidad del surco gingival sobre la corona. Luego, registrar la distancia desde el margen gingival hasta el fondo de la bolsa, si la sonda, puede ser

desplazada apicalmente hasta la unión amelocementaria sin resistencia ni dolor. La distancia entre la unión amelocementaria y el fondo de la bolsa se halla restando el valor de la primera medición del valor de la segunda medición.

B) Si el margen gingival está sobre cemento, registrar la distancia entre la unión amelocementaria (hasta el fondo del surco) y el margen gingival como valor menos. Luego registrar la distancia desde la unión amelocementaria hasta el fondo del surco gingival como valor más. Tanto, la pérdida de inserción como la profundidad real del surco pueden ser fácilmente establecidas con los puntajes. Criterios del índice de enfermedad periodontal para estudios (PDI).

Si el surco gingival no es ninguna de las zonas medidas extendidas apicalmente a la unión amelocementaria, el puntaje registrado para gingivitis es el puntaje PDI para ese diente. Si el surco gingival es alguna de las dos zonas medidas extendidas apicalmente a la unión amelocementaria, pero no más de 3 mm (incluidos 3 mm en cualquier zona) al diente se le asigna un puntaje PDI de 4. En ese caso, no se toma en cuenta el puntaje de gingivitis en el puntaje PDI de ese diente. Si el surco gingival en cualquiera de las dos zonas, registradas del diente se extiende apicalmente de 3 a 6 mm (incluidos 6 mm) con relación a la unión ameloce-

mentaria, al diente se le asigna el punto PDI de 5 (nuevamente se descarta el puntaje de gingivitis). Siempre que el surco gingival se extienda más de 6 mm. apicalmente a la unión amelocementaria en cualquiera de las zonas medidas del diente, se asigna el valor 6 al puntaje PDI para ese diente (descartando nuevamente el puntaje de gingivitis).

Modificación de Shick-Ash de los criterios de la placa.

- 0 = Ausencia de placa dental
- 1 = Placa dental en interproximal o en el margen gingival cubriendo menos de un tercio de la mitad gingival de la cara vestibular o gingival.
- 2 = Placa dental que cubre más de un tercio, pero menos de dos tercios de la mitad gingival de la cara vestibular o lingual.
- 3 = Placa dental que cubre dos tercios o más de la mitad gingival de la superficie vestibular o gingival del diente.

CRITERIO PARA CALCULOS

- 0 = Ausencia de cálculos
- 1 = Cálculo supragingival que se extiende sólo ligeramente

debajo del margen gingival libre (no más de 1 mm).

- 2 = Cantidad moderada de cálculo supra y subgingivales o cálculos subgingivales solamente.
- 3 = Abundantes cálculos supra y subgingivales.

B- INDICES UTILIZADOS PARA MEDIR LA
DESTRUCCION PERIODONTAL

COMPONENTE DE MEDICION DEL SURCO GINGIVAL EN EL INDICE DE
ENFERMEDAD PERIODONTAL DE RAMFJORD.

La técnica desarrollada por Ramfjord para medir la profundidad del surco gingival con una sonda periodontal calibrada, es el método cuantitativo de que se dispone actualmente para valorar el soporte periodontal. Consiste en medir la distancia de la unión amelocementaria al margen gingival libre y la distancia entre el margen gingival libre y el fondo del surco gingival o la bolsa. La diferencia de ambas medidas da la profundidad del surco gingival, que se traduce en la altura de la adherencia epitelial.

Se estima que ésta es la medición clínica más importante para determinar el estado del periodonto.

La técnica de Ramfjord se considera útil para estudios, epidemiológicos, estudios longitudinales de enfermedad periodontal y pruebas clínicas de agentes preventivos y terapéuticos.

La primera medición de esta técnica en dos pasos, puede ser empleada para valorar la pérdida (recesión) o la ganancia gingival. Se estima que es más exacta y fiable en pruebas clínicas que el índice de recesión gingival empleado en estudios epidemiológicos.

La sonda empleada para la medición de la profundidad del surco está graduada en incrementos de 3 mm. Todas las mediciones son redondeadas al milímetro más próximo. Toda distancia menor de 0.5 mm es redondeada al número entero inferior. Esta puntuación en "menos" ha aumentado la reproducibilidad de la medición, aplicando los criterios antes mencionados. La colocación de la sonda periodontal sobre el diente y en el surco gingival, en una posición tipificada, es así mismo decisiva. Las mediciones son hechas sobre la cara vestibular, en un punto equidistante de las caras mesial y distal, la arista mesiovestibular, en la zona de contacto proximal, la cara lingual, en un punto equidistante de las caras, mesial y distal; y la arista distolingual, en la zona de contacto interproximal. Al efectuarse las mediciones mesiovestibulares y distolinguales, la sonda está en contacto con el diente adyacente. Se considera que las mediciones de la arista distolingual son opcionales, porque su omisión no reduce, significativamente la exactitud de las mediciones del surco, por persona en el resultado del índice de enfermedad periodontal.

Cuando las medidas son redondeadas al milímetro más próximo, como se ha dicho, los criterios de Ramfjord son más aplicables a estudios longitudinales de la enfermedad periodontal y a pruebas clínicas de agentes preventivos o terapéuticos. Pueden ser evaluados los seis dientes (dientes números, 3, 9, 12, 19, 25, 28) empleados por Ramfjord, o cualquier diente apropiado para el objetivo del estudio.

C- INDICES UTILIZADOS PARA MEDIR EL
ACUMULO DE PLACA

COMPONENTE DE PLACA DEL INDICE DE ENFERMEDAD PERIODONTAL DE
RAMFJORD.

El primer índice con el que se trató de evaluar en una escala numérica la extensión de la placa que cubre la superficie de un diente, fue ideado por Ramfjord. El componente, de placa del índice de enfermedad periodontal (PDI) se utiliza en seis dientes seleccionados por Ramfjord (dientes numéricos 3, 9, 12, 19, 25, 28), después de teñirlos con una solución de marrón Bismarck. Los criterios miden la presencia y la cantidad de placa en una escala de 0 a 3, buscando específicamente en todas las superficies interproximales, vestibulares y linguales de los dientes índices. Los criterios son adecuados para estudios longitudinales de la enfermedad periodontal. Aunque el componente de placa no es parte de la puntuación del índice de enfermedad periodontal, es útil para efectuar la evaluación total del estado periodontal. La puntuación de placa por persona se obtiene sumando todas las puntuaciones dentarias individuales y dividiéndola entre el número de dientes examinados. Estos criterios de placa modificados son adecuados para pruebas clínicas de agentes preventivos y terapéuticos.

H I P O T E S I S

"Gran parte de las prótesis, tanto parciales fijas como removibles, contribuyen directamente en la presencia de lesiones parodontales, clínicamente observables, debido a su mal ajuste, diseño y terminado de las mismas".

O B J E T I V O S

- Concientizar al cirujano dentista de que una mala técnica de la odontología restaurativa ocasiona severos problemas al tejido parodontal y estructuras adyacentes.

- Suministrar, como opciones, cuidados para la eliminación de los principales factores de retención adicionales para la placa; como son los márgenes desbordantes de las restauraciones, coronas mal adaptadas, mal ajuste o adaptación de prótesis parciales fijas y removibles.

MATERIAL Y METODO

Para la elaboración de la encuesta clínica, fué necesario utilizar:

- 1) Varios juegos de 1 x 4: espejo, pinzas, explorador, cucharilla.
- 2) Rollos de algodón.
- 3) Abatelengus.
- 4) Toallas- portatoallas
- 5) Espejo facial
- 6) Vasos desechables - portavasos
- 7) Tabletas reveladoras de placa dental
- 8) Tirapuentes.
- 9) libreta de anotaciones.
- 10) 100 encuestas clínicas.

Así como el apoyo del servicio de las clínicas de atención dental de la misma Facultad.

PROCEDIMIENTO

Se inició por la revisión individual de pacientes atendidos en las clínicas. Primeramente se les aplicó el cuestionario clínico, conjuntamente con la revisión objetiva.

A todos los pacientes se les detectó placa bacteriana con la ayuda de las tabletas reveladoras.

Además se les dió una breve explicación del trabajo que estamos realizando.

En determinadas ocasiones nos fué necesario la opinión de los doctores que tenían a cargo las clínicas.

Por razones de tiempo y en base a los estudios epidemiológicos en que nos basamos no se realizaron estudios de Rx. Ni sondeo parodontal. Sólo hicimos incapié en la observación clínica.

Una vez obtenidos los resultados procedimos a efectuar la tabulación y recopilación de datos.

Primeramente se organizaron de tal manera que se facilitara el manejo de los mismos. Después procedimos al conteo individual por objetivos, es decir, cuántos pacientes son de sexo masculino o femenino, que edades tienen, etc.

Ya que se obtuvieron dichos datos se procesaron en la memoria de una computadora (Macintosh Plus-Apple), tomando en cuenta que eran muchos puntos que se tenían que manejar.

Al mismo tiempo se fueron imprimiendo (en la impresora Image Writer L1), obteniendo así las gráficas y tablas de resultados que se anexan posteriormente.

ESTUDIO CLINICO

Tomando en cuenta los índices para determinar la enfermedad periodontal antes mencionados, se elaboró un índice específico para su práctica o utilización clínica.

Este nuevo parámetro está únicamente relacionado a una mala realización de prótesis, tanto fijas como removibles y sus implicaciones patológicas en tejido periodontal.

Cabe señalar, que sólo se tomaron los aspectos o puntos que nos llevarán a una localización más clara y rápida de las lesiones periodontales; más sin embargo, dichas modificaciones no alteran en casi nada los propósitos de los índices de Ramfjord y Russell; esto es que la finalidad de esas pruebas es la misma, sólo que se profundizaron unos aspectos y se agregaron otros.

El índice a utilizar tendrá una visión, sino amplia, por lo menos considerable de lo que implica un trabajo protésico mal realizado.

Por lo tanto se aplicará a pacientes que ya presentan el problema.

A continuación se mostrará la nueva prueba de valoración.

EDAD _____ SEXO _____ HABITOS BUCALES _____

HIGIENE BUCAL _____ OCLUSION _____

A.T.M. _____

ANTECEDENTES TRAUMATICOS EN TERCIO MEDIO E INFERIOR DE LA CARA.

TRATAMIENTO PERIODONTAL ANTERIOR (CUAL, MOTIVO, FECHA, ETC.)

No. TOTAL DE PIEZAS DENTALES _____

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

. PROTESIS FIJA (RALLADO)

. PROTESIS REMOVIBLE (CIRCUNSCRITO)

PIEZA DENTAL _____

ZONA DE PROTESIS FIJA

TIPO: CORONA TOTAL _____ PILAR _____ PONTICO _____
 PROVISIONAL _____

MATERIAL: PORCELANA _____ METAL _____ ACRILICO _____
 ACRILICO _____ METAL _____

ZONA DE PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

TIPO: PILAR _____ PONTICO _____

MATERIAL: ACRILICO _____ PORCELANA _____ METAL _____
 METAL ACRILICO _____

AREA PALATINA O AREA LINGUAL
 ACRILICO _____ METAL _____ METAL/ACR. _____

PILARES

SALUD GINGIVAL: _____

- 0 - Negativo: Ausencia de signos de inflamación.
- 1 - Gingivitis de leve a moderada: que se caracteriza por una zona difusa que no rodea completamente al diente.
- 2 - Gingivitis de leve a moderada: que si rodea al diente.
- 3 - Gingivitis avanzada: que se caracteriza por un intento enrojecimiento, tumefacción, tendencia a sangrar y alteraciones en cuanto a consistencia y volumen.
- 4 - Sospecha de formación de bolsa
- 5 - Presencia de absceso con fístula.
- 6 - Presencia de absceso sin fístula.

- MOVILIDAD _____

- 1 - Movilidad de 1^o.
- 2 - Movilidad de 2^o.
- 3 - Movilidad de 3^o.

- PRESENCIA DE CALCULO _____

- 0 - Ausencia
- 1 - Cálculo supragingival que se extiende sólo ligeramente debajo del margen gingival libre.
- 2 - Cantidad moderada de cálculo supra y subgingival o cálculo subgingival.
- 3 - Abundantes cálculos supra y subgingivales.

- MODIFICACION DE SHICK - ASH DE LOS CRITERIOS DE LA PLACA _____

- 0 - Ausencia de placa.
- 1 - Placa dental en interproximal o margen gingival cubriendo menos de un tercio de la mitad de la cara Ve o gingival.

- 2 - Placa dental que cubre más de un tercio pero menos de dos tercios de la mitad gingival de la cara Ve o Li.
- 3 - Placa dental que cubre más de dos tercios o más de la mitad gingival de la superficie Ve o gingival del diente.

- CARIES CERVICAL _____

- 0 - Ausencia
- 1 - De 1°.
- 2 - De 2°.
- 3 - De 3°.
- 4 - De 4°.

- EXCEDENTE DE CEMENTO _____

- 0 - Ausencia.
- 1 - Poco.
- 2 - Regular.
- 3 - Excesivo.

- PENDIENTE O SIN CEMENTACION _____

PONTICOS (ZONA DESDENTADA)

- PRESENCIA DE IRRITACION _____

- 0 - Ausencia de irritación.
- 1 - Leve enrojecimiento.
- 2 - Leve enrojecimiento y leve inflamación.
- 3 - Considerable enrojecimiento e inflamación.
- 4 - Lesión severa, ulceración, sangrado.
- 5 - Presencia de absceso o de alguna otra patología. (especificar).

- PRESENCIA DE PLACA _____

- 0 - Ausencia.
- 1 - Moderada.
- 2 - Excesiva.

OBSERVACIONES: (Detallar si hay defectos estructurales en los p^onticos: fractura, m^orgenes visiblemente lesivos, etc.)

RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan están conformados de la siguiente manera:

En la primera parte se presenta una tabla, en la cual están registrados los datos particulares referentes a cada paciente. Dicha tabla contiene 25 puntos diferentes. Es decir, que en esa misma tabla se registraron todos los datos obtenidos más no los resultados.

En seguida se presentan una serie de pequeñas tablas en las cuales se empiezan a apreciar cada uno de los 25 puntos antes mencionados pero mostrados ya individualmente y con sus respectivos porcentajes obtenidos. Esta es una visión general del problema presentado.

La sección que continúa son ya más específicas dichas tablas. En éstas se puede observar una relación individualizada de los 25 puntos generales pero relacionados directamente con el problema principal que se quiere hacer notar. Dicho de otro modo, se hizo una interacción de la Salud Gingival con respecto a la edad de cada paciente, la Salud Gingival con respecto al sexo, etc.

Cabe señalar que en dichas interrelaciones sólo se tomaron en cuenta los principales puntos, no haciendo referencia a los que en nuestra opinión muy particular consideramos no tenían relación directa al objetivo principal.

Pero sin embargo dichos datos ya están registrados y en cualquier momento que se desee hacer una consulta se podrán revisar fácilmente las tablas de resultados ya obtenidas.

Conjuntamente a todas estas tablas se encuentran unas anotaciones, en las cuales se señalan unas comparaciones de los datos obtenidos con señalamientos de enfermedad gingival y las zonas dentales adyacentes o antagonistas estudiadas de los mismos pacientes, todo ésto a manera de hacer una comparación de la zona con prótesis y la que aparentemente se encontraba sana.

Basándose en la clasificación de Salud Gingival, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- 1) De los 100 pacientes analizados 36 presentaron un índice gingival de "2".
- 2) Se revisaron en total 260 unidades de prótesis fija.

3) 286 unidades de prótesis parcial removible (pónticos y pilares).

4) 54 de los 100 pacientes tenían prótesis fija.

5) 24 tenían prótesis parcial removible.

6) 22 presentaron tanto prótesis fija como removible.

En total se realizaron 17 entrecruzamientos de los que se registraron los siguientes resultados, (haciendo notar los datos más importantes, ya que si se pretende obtener más información bastará con observar las tablas anexadas):

. Relación de Salud Gingival con Edad: El grupo de pacientes con edades comprendidas entre los 27-32 años registraron el índice "2", siendo éste el grupo mayoritario.

De los 36 pacientes con índice gingival "2" su distribución dentro del grupo fue;

7 pacientes tenían entre 15 - 20 años.

6 pacientes tenían entre 21 - 26 años.

12 pacientes tenían entre 27 - 32 años.

6 pacientes tenían entre 33 - 38 años.

5 pacientes tenían entre 39 - 47 años.

. Relación de Salud Gingival con Sexo: De los 36 pacientes con Salud Gingival de "2" el 50% son de sexo masculino y el otro 50% de sexo femenino.

Sólo 2 pacientes de sexo masculino presentaron índice gingival "4".

. Relación de Salud Gingival con Hábitos Bucales: 29 pacientes que no tenían ningún tipo de hábito bucal presentaron un índice de salud gingival de "2".

El hábito bucal más frecuente fue el de Proyección Lingual con 10 pacientes, de los cuales 4 marcaron índice gingival de "0", 3 con índice "1", y 3 con índice de "2".

El hábito menos frecuente fue el grupo Bruxista con sólo 5 pacientes.

. Relación entre Salud Gingival y la Higiene Bucal: 39 pacientes fueron catalogados con "buena" higiene bucal, la mayoría de éste grupo tenía índice gingival de "0".

36 de los 100 pacientes con índice "2" estaban distribuidos en partes iguales, es decir, 12 en el grupo de higiene bucal "buena", 12 en "regular" y 12 en "Mala".

. Relación entre Salud Gingival y Oclusión: 72 pacientes presentaban oclusión de tipo I: 27 tenían índice gingival "2", 20 índice "1", 18 con índice "0", 7 con índice "3", 2 con índice "4".

. Relación de Salud Gingival con Tratamiento Periodontal Previo: 89 de los 100 pacientes estudiados refirieron no haber sido tratados periodontalmente, sin embargo, 31 de ellos presentaron salud gingival con índice "2", 25 con índice "1", 23 con índice de "0", 8 con índice de "3", 2 con índice gingival de "4".

8 pacientes con tratamiento periodontal previo (curetaje abierto): 2 presentaron índice gingival de "0", 2 con índice "1", 3 con índice de "2", 1 con índice de "3".

Un paciente con tratamiento de plastia tenía índice "2".

Dos pacientes fueron sometidos a frenilectomías, uno con índice gingival de "0" y el otro con "2".

. Relación entre Salud Gingival y el Tiempo con la Prótesis: 57 de los 100 pacientes tenían con su prótesis ≥1- (5 años de los cuales 13 tenían índice gingival de "0", 21 con índice "1", 19 con índice de "2", 3 con índice

de "3".

. Relación entre Salud Gingival y Tipo de la Prótesis: 36 de los 100 pacientes con índice gingival de "2", 20 tenían prótesis fija, 4 pacientes con prótesis removible y 12 con prótesis fija y removible.

. Relación entre Salud Gingival y Movilidad: 78 de los 100 pacientes estudiados tuvieron índice de salud gingival: 25 tenían índice gingival de "0", 26 tenían índice de "1", 27 con índice "2". Todos ellos tenían un grado de movilidad de 0.

Paciente	Edad	Sexo	Hóbitos Bucales	Higiene Bucal	Oclusión	ATM	Antecedentes Traumáticos
1	28	F	Ninguno	Regular	Clase I	Normal	No
2	19	M	Proyección Lingual	Buena	Clase II	Normal	No
3	23	F	Ninguno	Regular	Clase I	Normal	No
4	17	M	Ninguno	Buena	Clase I	Normal	No
5	21	M	Ninguno	Regular	Clase I	Chasquido Bilateral s/dolor	No
6	32	F	Ninguno	Mala	Clase I	Chasquido Bilateral s/dolor	Contusión
7	38	F	Respirador Bucal	Regular	Clase I	Normal	No
8	17	M	Ninguno	Regular	Clase II	Normal	No
9	27	M	Ninguno	Buena	Clase I	Normal	No
10	31	F	Ninguno	Regular	Clase I	Normal	No
11	20	F	Ninguno	Mala	Clase I	Normal	No
12	20	M	Proyección Lingual	Regular	Clase II	Normal	No
13	26	F	Ninguno	Mala	Clase I	Normal	Contusión
14	35	F	Ninguno	Regular	Clase II	Normal	No
15	27	M	Ninguno	Regular	Clase I	Chasquido Bilateral s/dolor	No
16	23	M	Ninguno	Buena	Clase I	Normal	No
17	18	F	Proyección Lingual	Mala	Clase II	Normal	No
18	30	M	Ninguno	Mala	Clase I	Normal	No
19	30	M	Proyección Lingual	Mala	Clase II	Chasquido Bilateral c/dolor	No
20	41	M	Ninguno	Mala	Clase I	Normal	No
21	28	M	Ninguno	Buena	Clase I	Destartrición Mandibular	Contusión
22	23	F	Respirador Bucal	Regular	Clase II	Normal	No
23	19	F	Ninguno	Buena	Clase II	Normal	No
24	32	M	Ninguno	Buena	Clase I	Chasquido Unilateral s/dolor	No
25	19	M	Ninguno	Buena	Clase I	Dolor Bilateral	No
26	25	M	Ninguno	Regular	Clase I	Normal	No
27	42	M	Ninguno	Mala	Clase I	Chasquido Bilateral c/dolor	No
28	38	F	Ninguno	Mala	Clase I	Normal	No
29	26	M	Ninguno	Mala	Clase I	Normal	No
30	37	F	Ninguno	Mala	Clase II	Normal	No
31	35	F	Proyección Lingual	Regular	Clase II	Dolor Bilateral	No
32	20	M	Ninguno	Regular	Clase I	Normal	No
33	20	F	Ninguno	Buena	Clase I	Normal	No
34	21	F	Ninguno	Buena	Clase I	Normal	No

Resultado de la Encuesta

Tratamiento Periodontal Previo	Total de Piezas	Tiempo con la Prótesis	Unidades de Fija y Removible		Prótesis Fija por Tipo		
			Fija	Removible	Corona Individual	Provisional	Pilar
Ninguno	28	3.000	4	0	4	0	0
Ninguno	30	1.000	3	0	3	0	0
Ninguno	30	3.000	2	0	2	0	0
Ninguno	28	0.500	3	0	0	0	2
Ninguno	30	1.000	3	0	0	0	2
Ninguno	23	6.000	6	0	0	0	2
Curetaje Abierto	24	8.000	0	8	0	0	0
Ninguno	28	1.000	2	0	2	0	0
Ninguno	29	2.000	0	3	0	0	0
Curetaje Abierto	26	2.000	0	6	0	0	0
Ninguno	30	1.000	2	0	2	0	0
Ninguno	30	1.500	4	0	4	0	0
Ninguno	24	6.000	0	8	0	0	0
Ninguno	29	7.000	4	0	1	0	2
Ninguno	30	3.000	2	0	2	0	0
Ninguno	30	1.000	2	0	2	0	0
Ninguno	28	1.000	3	0	0	0	2
Curetaje Abierto	21	4.000	0	15	0	0	0
Ninguno	23	10.000	0	8	0	0	0
Ninguno	21	12.000	0	14	0	0	0
Ninguno	29	4.000	7	0	3	1	2
Ninguno	28	1.000	5	0	2	0	2
Ninguno	27	1.000	0	3	0	0	0
Curetaje Abierto	22	6.000	4	8	4	0	0
Ninguno	27	2.000	4	0	0	1	2
Ninguno	27	3.000	4	0	0	4	0
Ninguno	20	12.000	4	7	4	0	0
Ninguno	19	9.000	0	14	0	0	0
Ninguno	29	4.000	3	0	3	0	0
Ninguno	28	3.000	6	0	0	0	4
Ninguno	26	7.000	3	4	0	3	0
Ninguno	28	3.000	3	0	3	0	0
Ninguno	27	0.667	3	0	3	0	0
Ninguno	28	0.500	0	2	0	0	0

Póntico	Prótesis Fija por Material				Parcial Removable por Tipo		Parcial Removable por Material			
	Porcelana	Acrílico	Metal-Acrílico	Metal	Pilar	Póntico	Porcelana	Acrílico	Metal-Acrílico	Metal
0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	4	4	0	4	0	4
0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	2
0	0	0	0	0	4	2	0	2	0	4
0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	2	6	0	6	0	2
1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	5	7	0	0	15	0
0	0	0	0	0	2	6	0	6	0	2
0	0	0	0	0	5	8	0	8	0	6
1	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0
1	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	2
0	0	4	0	0	2	6	0	6	0	2
1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0
0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	4	0	0	2	5	0	5	0	2
0	0	0	0	0	4	10	0	10	0	4
0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
0	0	3	0	0	2	2	0	2	0	2
0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0

Zona Desdentada: Presencia de Irritación	Zona Desdentada: Presencia de Placa
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
2	2
0	0
0	1
1	1
0	0
0	0
1	1
0	0
0	0
0	0
2	1
2	1
2	1
0	0
0	0
0	1
1	1
0	0
0	0
1	2
1	1
0	0
0	0
1	1
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0

35	37	F	Ninguno	Regular	Clase I	Dolor Bilateral	No
36	42	F	Ninguno	Mala	Clase I	Chasquido Bilateral s/dolor	No
37	39	M	Ninguno	Mala	Clase II	Dolor Unilateral	No
38	29	F	Proyección Lingual	Buena	Clase I	Dolor Bilateral	No
39	27	M	Respirador Bucal	Buena	Clase I	Normal	No
40	24	F	Bruxista	Buena	Clase I	Dolor Bilateral	No
41	29	M	Ninguno	Regular	Clase I	Normal	No
42	20	F	Ninguno	Buena	Clase I	Normal	No
43	24	M	Bruxista	Buena	Clase I	Chasquido Bilateral c/dolor	No
44	18	M	Ninguno	Regular	Clase II	Normal	Fractura
45	22	F	Respirador Bucal	Buena	Clase II	Normal	No
46	17	M	Ninguno	Buena	Clase I	Normal	No
47	19	F	Proyección Lingual	Regular	Clase III	Normal	No
48	27	M	Ninguno	Buena	Clase I	Normal	No
49	29	M	Ninguno	Mala	Clase II	Dolor Bilateral	No
50	36	F	Proyección Lingual	Mala	Clase II	Normal	Desarticulación Mandibular
51	37	F	Ninguno	Mala	Clase I	Normal	No
52	41	F	Ninguno	Regular	Clase I	Normal	No
53	28	M	Ninguno	Buena	Clase II	Normal	No
54	18	M	Ninguno	Mala	Clase II	Normal	No
55	18	M	Ninguno	Regular	Clase I	Normal	No
56	16	F	Ninguno	Buena	Clase I	Normal	No
57	27	F	Ninguno	Mala	Clase I	Normal	No
58	26	F	Ninguno	Buena	Clase III	Desplazamiento Anormal	F3
59	27	M	Ninguno	Regular	Clase I	Normal	No
60	39	M	Ninguno	Mala	Clase I	Normal	No
61	19	M	Ninguno	Buena	Clase I	Normal	No
62	21	F	Ninguno	Buena	Clase I	Normal	No
63	16	F	Ninguno	Buena	Clase I	Normal	No
64	27	F	Ninguno	Regular	Clase I	Normal	No
65	23	M	Bruxista	Regular	Clase I	Normal	No
66	24	M	Proyección Lingual	Buena	Clase II	Normal	No
67	31	F	Respirador Bucal	Regular	Clase I	Dolor Bilateral	No
69	37	M	Ninguno	Buena	Clase I	Normal	Desarticulación Mandibular
69	17	M	Proyección Lingual	Regular	Clase II	Normal	No
70	15	F	Ninguno	Regular	Clase I	Normal	No
71	23	M	Ninguno	Buena	Clase I	Normal	No
72	34	F	Ninguno	Mala	Clase I	Normal	No
73	41	F	Ninguno	Mala	Clase I	Chasquido Bilateral s/dolor	No
74	47	F	Ninguno	Mala	Clase I	Desplazamiento Anormal	No
75	19	M	Ninguno	Mala	Clase I	Normal	No
76	29	M	Ninguno	Buena	Clase II	Normal	No
77	23	M	Ninguno	Buena	Clase I	Normal	No
78	21	M	Respirador Bucal	Buena	Clase II	Normal	No

Ninguno	28	5.000	0	6	0	0	0
Curetaje Abierto	20	15.000	6	6	2	0	2
Ninguno	27	11.000	0	7	0	0	0
Ninguno	29	7.000	4	0	4	0	0
Ninguno	30	6.000	4	0	4	0	0
Plastia	31	4.000	2	0	2	0	0
Ninguno	26	3.000	0	8	0	0	0
Ninguno	28	1.000	2	0	2	0	0
Ninguno	29	4.000	8	0	8	0	0
Ninguno	28	2.500	3	0	3	0	0
Ninguno	28	3.000	1	3	1	0	0
Ninguno	25	2.000	2	0	2	0	0
Ninguno	27	2.000	2	0	2	0	0
Curetaje Abierto	28	5.000	3	3	3	0	0
Ninguno	30	1.000	2	0	2	0	0
Ninguno	26	6.000	3	4	3	0	0
Ninguno	26	4.000	0	11	0	0	0
Ninguno	27	2.000	3	3	3	0	0
Ninguno	29	3.000	3	3	3	0	0
Ninguno	28	2.000	3	0	0	3	0
Ninguno	25	2.000	0	3	0	0	0
Ninguno	25	1.000	3	3	3	0	0
Ninguno	30	3.000	3	0	0	0	2
Ninguno	29	0.667	4	0	0	4	0
Ninguno	24	2.500	0	5	0	0	0
Ninguno	20	7.000	4	9	4	0	0
Ninguno	28	0.085	1	0	0	1	0
Ninguno	20	2.000	2	0	2	0	0
Ninguno	25	2.000	0	3	0	0	0
Ninguno	26	4.000	0	3	0	0	0
Curetaje Abierto	23	3.000	0	8	0	0	0
Ninguno	26	0.667	3	3	0	0	2
Ninguno	23	12.000	4	3	1	0	2
Ninguno	29	8.000	4	5	0	0	2
Ninguno	28	3.000	3	0	3	0	0
Frenilectomia	29	0.250	2	0	2	0	0
Ninguno	27	1.000	2	0	2	0	0
Ninguno	25	8.000	2	6	2	0	0
Ninguno	22	10.000	4	7	4	0	0
Ninguno	21	12.000	4	6	4	0	0
Ninguno	28	3.000	4	0	4	0	0
Ninguno	24	9.000	0	7	0	0	0
Ninguno	23	1.000	3	0	3	0	0
Ninguno	26	4.000	2	0	2	0	0

0	0	0	0	0	2	4	0	4	0	2
2	0	2	4	0	2	4	0	4	0	2
0	0	0	0	0	2	5	0	5	0	2
0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	4	4	4	0	0	4
0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0
0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	0	2	1	0	1	0	2
0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
0	0	3	0	0	2	1	0	0	3	0
0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	3	2	2	0	0	4	0
0	0	0	0	0	4	7	0	7	0	4
0	0	0	0	3	2	1	0	1	0	2
0	3	0	0	0	2	1	0	1	0	2
0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0
0	0	3	0	0	0	3	0	3	0	0
1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	2	3	0	0	3	2
0	0	0	0	4	2	7	0	7	0	2
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0
0	0	0	0	0	2	6	0	1	0	2
0	0	0	0	0	2	6	0	6	0	2
1	0	0	1	2	2	1	0	1	0	2
1	0	0	1	1	2	0	3	0	3	0
2	0	0	2	2	2	3	0	3	0	2
0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	2	0	6	0	6	0	0
0	0	1	3	0	2	5	0	4	0	2
0	0	0	2	2	0	6	0	6	0	0
0	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	4	3	0	0	3	4
0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0

1	1
2	1
1	1
0	0
0	0
0	0
1	1
0	0
0	0
0	0
0	1
0	0
0	0
1	1
0	0
2	1
1	1
1	1
0	1
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
1	1
0	1
0	0
0	0
0	0
0	1
0	1
0	1
0	0
2	1
0	0
0	0
1	1
1	1
2	2
0	0
2	1
0	0
0	0
1	1
1	1
2	2
0	0
2	1
0	0
0	0

79	21	F	Ninguno	Regular	Class I	Normal	No
80	27	F	Ninguno	Buena	Class I	Normal	No
81	27	M	Ninguno	Buena	Class I	Normal	No
82	31	M	Ninguno	Mala	Class I	Normal	No
83	24	F	Ninguno	Regular	Class I	Normal	No
84	19	F	Bruxista	Buena	Class II	Normal	No
85	40	M	Ninguno	Mala	Class I	Normal	No
86	32	F	Ninguno	Regular	Class II	Normal	No
87	23	F	Respirador Bucal	Buena	Class I	Dolor Bilateral	No
88	16	M	Ninguno	Mala	Class I	Normal	No
89	19	M	Ninguno	Mala	Class I	Normal	No
90	30	M	Ninguno	Regular	Class I	Normal	No
91	28	F	Ninguno	Buena	Class I	Normal	No
92	19	M	Bruxista	Buena	Class I	Dolor Bilateral	No
93	35	F	Ninguno	Mala	Class I	Normal	No
94	39	M	Ninguno	Regular	Class I	Normal	No
95	30	M	Ninguno	Buena	Class II	Normal	No
96	46	F	Ninguno	Mala	Class I	Normal	No
97	29	F	Respirador Bucal	Regular	Class I	Normal	No
98	27	F	Ninguno	Buena	Class I	Normal	No
99	18	F	Ninguno	Buena	Class I	Normal	No
100	41	M	Ninguno	Regular	Class I	Normal	No

Totales-----

Ninguno	26	5.000	2	0	2	0	0
Ninguno	27	2.000	4	0	1	0	2
Ninguno	27	2.000	2	0	2	0	0
Ninguno	29	9.000	2	3	2	0	0
Ninguno	28	3.000	2	0	2	0	0
Ninguno	26	8.000	2	0	2	0	0
Ninguno	20	12.000	6	7	0	0	2
Frenitectomia	24	4.000	7	0	4	0	2
Ninguno	29	1.000	4	0	4	0	0
Ninguno	28	1.000	2	0	2	0	0
Ninguno	27	4.000	0	3	0	0	0
Ninguno	28	5.000	6	0	0	0	4
Ninguno	29	3.000	4	0	4	0	0
Ninguno	28	2.000	8	0	8	0	0
Ninguno	26	7.000	4	4	4	0	0
Ninguno	20	7.000	0	12	0	0	0
Ninguno	28	2.000	3	2	3	0	0
Curvaje Abierto	15	9.000	0	17	0	0	0
Ninguno	25	6.000	0	3	0	0	0
Ninguno	28	7.000	5	0	5	0	0
Ninguno	28	4.000	3	0	3	0	0
Ninguno	23	10.000	4	7	4	0	0

2640

261

283

176

17

40

0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	2	0	2	1	0	0	1	2
0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	6	0	2	5	0	5	0	2
1	2	1	2	2	0	0	0	0	0	0
0	4	0	9	0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	2
2	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0
0	3	0	0	1	2	2	0	0	4	0
0	0	0	0	0	4	8	0	3	0	4
0	1	0	0	2	2	0	0	2	0	0
0	0	0	0	0	4	13	0	13	0	4
0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	2
0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0
0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	4	2	5	0	5	0	2
28	58	78	62	65	105	181	12	148	34	88

0	0	1	0	0	0
1	1	2	0	0	0
0	1	1	0	0	1
1	2	2	0	0	0
0	0	1	0	0	0
0	0	1	0	0	0
1	2	2	1	0	0
1	2	2	0	0	0
0	0	1	0	0	0
0	0	1	0	0	0
0	1	1	0	0	0
0	0	2	0	0	0
0	1	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	2	2	0	0	0
1	2	2	1	0	0
0	0	1	0	0	0
1	2	3	1	0	0
0	0	1	0	0	0
2	2	2	0	0	0
0	0	1	0	0	0
2	2	3	3	0	0

0	0
0	0
0	0
1	1
0	0
0	0
3	2
0	0
0	0
0	0
0	1
0	0
0	0
0	0
2	1
2	2
0	0
4	2
0	1
0	0
0	0
3	1

TABLAS GENERALES DE
RESULTADOS.

• EDAD	FRECUENCIA	F.RELATIVA
15-20 años.	27	27 %
21-26 años.	21	21 %
27-32 años.	28	28 %
33-38 años.	12	12 %
39-47 años.	12	12 %
<hr/>		
total pacientes	100	100 %
• SEXO		
Masculino	51	51 %
Femenino	49	49 %
<hr/>		
total pacientes	100	100 %
• HABITOS BUCALES		
Proyección Lingual	10	10 %
Respirador Bucal	8	8 %
Bruxista	5	5 %
Ninguno	77	77 %
<hr/>		
total pacientes	100	100 %
• HIGIENE BUCAL		
Buena	39	39 %
Regular	32	32 %
Mala	29	29 %
<hr/>		
total pacientes	100	100 %
• OCLUSION		
Clase I	74	74 %
Clase II	24	24 %
Clase III	2	2 %
<hr/>		
total pacientes	100	100 %

. A.T.M.	FRECUENCIA	P.RELATIVA
Normal	77	77 %
Ch.B.S/D	5	5 %
Ch.U.S/D	1	1 %
Ch.B.C/D	2	2 %
Ch.U.C/D	1	1 %
D.B	10	10 %
D.U	1	1 %
Desart. Mand.	1	1 %
Desplaz. Anormal.	2	2 %

total pacientes	100	100 %
-----------------	-----	-------

. ANTECEDENTES
TRAUMATICOS.

Ninguno.	94	94 %
Fractura.	1	1 %
Contusión.	3	3 %
Desart. Mand.	2	2 %

total pacientes	100	100 %
-----------------	-----	-------

. TRATAMIENTO PERIODONTAL PREVIO.

Ninguno.	89	89 %
Curetaje Abierto.	8	8 %
Plastias.	1	1 %
Frenilectomias.	2	2 %

total pacientes	100	100 %
-----------------	-----	-------

. TOTAL DE PIEZAS
POR PACIENTE.

15-20 piezas.	8	8 %
21-26 piezas.	33	33 %
27-32 piezas.	59	59 %

total pacientes	100	100 %
-----------------	-----	-------

TIEMPO APROX. CON LA PROTESIS.	FRECUENCIA	F.RELATIVA
0-1 año.	7	7 %
1-5 años.	57	57 %
5-10 años.	26	26 %
10-15 años.	10	10 %

total pacientes	100	100 %
-----------------	-----	-------

• UNIDADES DE PROTESIS FIJA, REMOVIBLE Y F/R. POR PACIENTE.

Fija.	54	54 %
Removible.	24	24 %
F / R	22	22 %

total pacientes	100	100 %
-----------------	-----	-------

• TIPO DE PROTESIS FIJA POR UNIDADES.

Corona Individual.	175	67.5 %
Provisional.	17	6.5 %
Pilar.	40	15.3 %
Póntico.	28	10.7 %

total unidades	260	100 %
----------------	-----	-------

• TIPO DE PROTESIS FIJA POR MATERIAL.

Porcelana.	58	22.4 %
Acrílico.	73	28.0 %
Metal-Acrílico.	66	25.4 %
Metal.	63	24.2 %

total unidades	260	100 %
----------------	-----	-------

PROTESIS REMOVIBLE POR TIPO.	FRECUENCIA	F.R. RELATIVO.
Pilar.	105	36.7 %
Póntico.	181	63.3 %
total unidades	286	100 %
REMOVIBLE POR MATERIAL.		
Acrílico.	148	51.8 %
Porcelana.	12	4.1 %
Metal.	92	32.1 %
Metal-Acrílico.	34	12.0 %
total unidades	286	100 %
AREA PALATINA ó AREA LINGUAL (MAT.)		
Acrílico	14	30.1 %
Metal	11	24.0 %
Metal-Acrílico	21	45.6 %
total de prótesis	46	100 %
PROTESIS CON A- REA PALATINA	15	32.6 %
PROTESIS CON A- REA LINGUAL.	23	50.0 %
PROTESIS CON A- REA PA/LI.	8	17.4 %
total de prótesis.	46	100 %

. SALUD GINGIVAL POR PACIENTE.	FRECUENCIA	F. RELATIVA.
0	26	26 %
1	27	27 %
2	36	36 %
3	9	9 %
4	2	2 %
5	0	0 %
6	0	0 %

total de pacientes	100	100 %
--------------------	-----	-------

. MOVILIDAD
(grados)

0	78	78 %
1	17	17 %
2	5	5 %
3	0	0 %

total pacientes	100	100 %
-----------------	-----	-------

. PRESENCIA DE CAL-
CULO EN PILARES X
PACIENTE.

0	48	48 %
1	34	34 %
2	18	18 %
3	0	0 %

total pacientes	100	100 %
-----------------	-----	-------

CRITERIOS DE PLACA.	FRECUENCIA	F.RELATIVA
0	7	7 %
1	57	57 %
2	34	34 %
3	2	2 %

total pacientes	100	100 %
-----------------	-----	-------

• CARIES CER-
VICIAJ.,POR PA-
CIENTE.

0-	92	92 %
1	5	5 %
2	1	1 %
3	1	1 %
4	0	0 %

total pacientes	100	100 %
-----------------	-----	-------

• EXCEDENTE DE CE-
MENTO.

0	96	96 %
1	1	1 %
2	3	3 %
3	0	0 %

total pacientes	100	100 %
-----------------	-----	-------

• PENDIENTE O SIN
CEMENTACION POR
UNIDADES.

Pendiente o sin c.	6	2.3 %
Gemeradas	254	97.7 %

total unidades	260	100 %
----------------	-----	-------

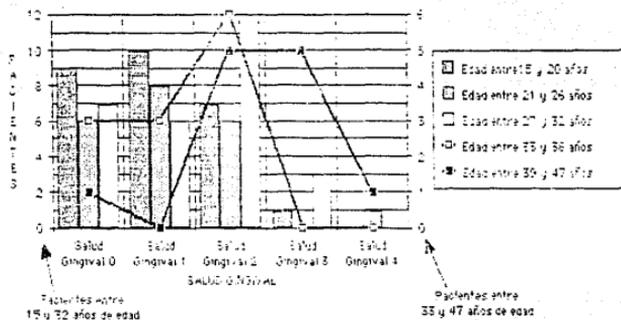
PRESENCIA DE IRRITACION.POR PACIENTE.ZONA DENTADA.	FRECUENCIA	F.RELATIVA
0	14	31.8 %
1	16	36.4 %
2	11	25.0 %
3	2	4.5 %
4	1	2.3 %
5	0	
total pacientes	44 + 2 no calif.	100 %

PRESENCIA DE FLACA EN ZONA DESDENTADA. POR PACIENTE.	FRECUENCIA	F.RELATIVA
0	4	9.1 %
1	34	77.3 %
2	6	13.6 %
total pacientes	44 + 2 no calif.	100 %

Relación entre Salud Gingival y Edad.

Edad	Salud Gingival 0		Salud Gingival 1		Salud Gingival 2		Salud Gingival 3		Salud Gingival 4	
	Frecuencia	Frec. Rel.								
15-20	9	34.62%	10	37.04%	7	19.44%	1	11.11%	0	0.00%
21-26	6	23.08%	8	29.63%	6	16.67%	0	0.00%	1	50.00%
27-32	7	26.92%	6	22.22%	12	33.33%	3	33.33%	0	0.00%
33-38	3	11.54%	3	11.11%	6	16.67%	0	0.00%	0	0.00%
39-47	1	3.85%	0	0.00%	5	13.89%	5	55.56%	1	50.00%
Total ---->	26	100.00%	27	100.00%	36	100.00%	9	100.00%	2	100.00%

Relación entre Salud Gingival y Edad



Relación entre Salud Gingival y Sexo.

Sexo	Salud Gingival 0		Salud Gingival 1		Salud Gingival 2		Salud Gingival 3		Salud Gingival 4	
	Frecuencia	Frec. Rel.								
M	12	46.15%	13	48.15%	18	50.00%	6	66.67%	2	100.00%
F	14	53.85%	14	51.85%	18	50.00%	3	33.33%	0	0.00%
Total ---->	26	100.00%	27	100.00%	36	100.00%	9	100.00%	2	100.00%

Relación entre Salud Gingival y Sexo

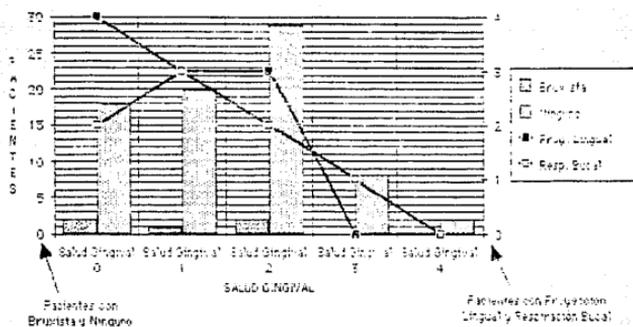


SAUD GINGIVAL

Relación entre Salud Gingival y Hábitos Bucales.

Hábitos Bucales	Salud Gingival 0		Salud Gingival 1		Salud Gingival 2		Salud Gingival 3		Salud Gingival 4	
	Frecuencia	Frec. Rel.								
Prq. Lingual	4	15.38%	3	11.11%	3	8.33%	0	0.00%	0	0.00%
Rep. Bucal	2	7.69%	3	11.11%	2	5.56%	1	11.11%	0	0.00%
Eraxista	2	7.69%	1	3.70%	2	5.56%	0	0.00%	0	0.00%
Ninguno	18	69.23%	20	74.07%	29	80.56%	8	88.89%	2	100.00%
Total ---->	26	100.00%	27	100.00%	36	100.00%	9	100.00%	2	100.00%

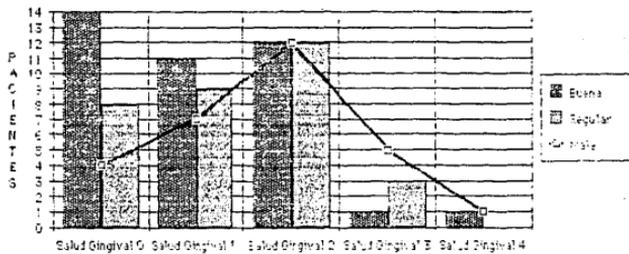
Relación entre SAUD Orogival y Medidas Específicas



Relación entre Salud Gingival e Higiene Bucal.

Higiene Bucal	Salud Gingival 0		Salud Gingival 1		Salud Gingival 2		Salud Gingival 3		Salud Gingival 4	
	Frecuencia	Frec. Rel.								
Buena	14	53.85%	11	40.74%	12	33.33%	1	11.11%	1	50.00%
Regular	8	30.77%	9	33.33%	12	33.33%	3	33.33%	0	0.00%
Mala	4	15.38%	7	25.93%	12	33.33%	5	55.56%	1	50.00%
Total ---->	26	100.00%	27	100.00%	36	100.00%	9	100.00%	2	100.00%

Relação entre Saúde Gingival e Migrante Bucal

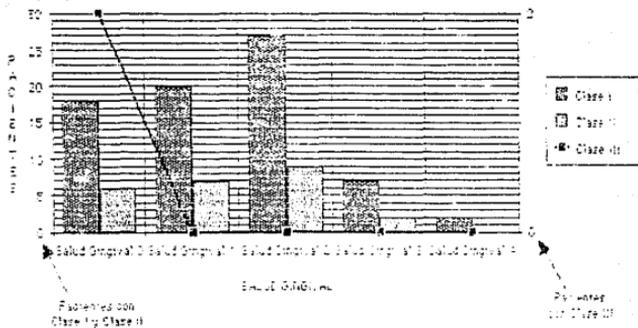


SALUD GINGIVAL

Relación entre Salud Gingival y Oclusión.

Oclusión	Salud Gingival 0		Salud Gingival 1		Salud Gingival 2		Salud Gingival 3		Salud Gingival 4	
	Frecuencia	Frec. Rel.								
Clase I	18	69.23%	20	74.07%	27	75.00%	7	77.78%	2	100.00%
Clase II	6	23.08%	7	25.93%	9	25.00%	2	22.22%	0	0.00%
Clase III	2	7.69%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total ---->	26	100.00%	27	100.00%	36	100.00%	9	100.00%	2	100.00%

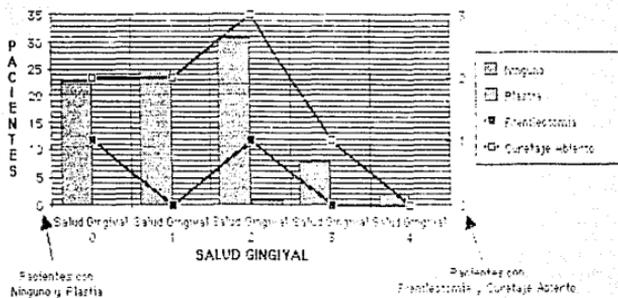
Relation entre Classe Originaire et Classe



Relación entre Salud Gingival y Tratamiento Periodontal Previo.

Trat. Periodon- tal Previo.	Salud Gingival 0		Salud Gingival 1		Salud Gingival 2		Salud Gingival 3		Salud Gingival 4	
	Frecuencia	Frec. Rel.								
Curetaje Abierto	2	7.69%	2	7.41%	3	8.33%	1	11.11%	0	0.00%
Plastia	0	0.00%	0	0.00%	1	2.78%	0	0.00%	0	0.00%
Frenotomía	1	3.85%	0	0.00%	1	2.78%	0	0.00%	0	0.00%
Ninguno	23	88.46%	25	92.59%	31	86.11%	8	88.89%	2	100.00%
Total →	26	100.00%	27	100.00%	36	100.00%	9	100.00%	2	100.00%

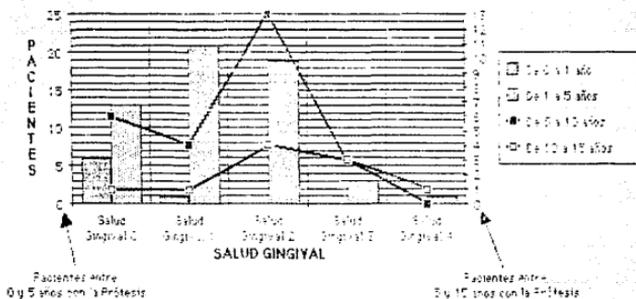
*Relación entre Salud Gingival
y Tratamiento Periodontal Previo*



Relación entre Salud Gingival y Tiempo con la Prótesis.

Tiempo con la Prótesis	Salud Gingival 0		Salud Gingival 1		Salud Gingival 2		Salud Gingival 3		Salud Gingival 4	
	Frecuencia	Frec. Rel.								
>0 , <1	6	23.08%	1	3.70%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
>1 , <5	13	50.00%	21	77.78%	19	52.78%	3	33.33%	1	50.00%
>5 , <10	6	23.08%	4	14.81%	13	36.11%	3	33.33%	0	0.00%
>10 , <15	1	3.85%	1	3.70%	4	11.11%	3	33.33%	1	50.00%
Total ---->	26	100.00%	27	100.00%	36	100.00%	9	100.00%	2	100.00%

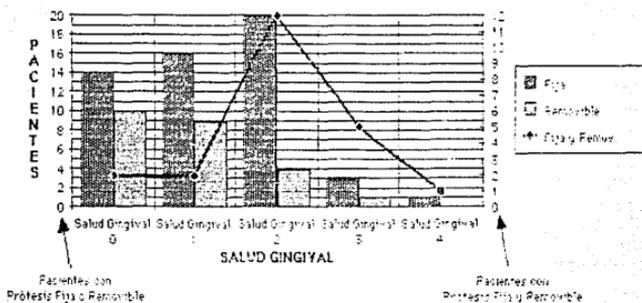
*Relación entre Salud Gingival
y Tiempo con la Prótesis*



Relación entre Salud Gingival y Tipo de Prótesis.

Tipo de Prótesis	<i>Salud Gingival 0</i>		<i>Salud Gingival 1</i>		<i>Salud Gingival 2</i>		<i>Salud Gingival 3</i>		<i>Salud Gingival 4</i>	
	Frecuencia	Frec. Rel.								
Fija	14	53.85%	16	59.26%	20	55.56%	3	33.33%	1	50.00%
Renovable	10	38.46%	9	33.33%	4	11.11%	1	11.11%	0	0.00%
Fija y Remov.	2	7.69%	2	7.41%	12	33.33%	5	55.56%	1	50.00%
Total ---->	26	100.00%	27	100.00%	36	100.00%	9	100.00%	2	100.00%

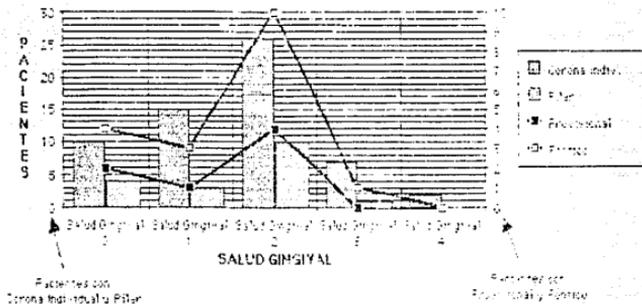
*Relación entre Salud Gingival
y Tipo de Prótesis*



Relación entre Salud Gingival y Prótesis Fija por Tipo.

Tipo de Prótesis	Salud Gingival 0		Salud Gingival 1		Salud Gingival 2		Salud Gingival 3		Salud Gingival 4	
	Frecuencia	Frec. Rel.								
Corona Indiv.	10	50.00%	15	68.18%	26	52.00%	7	77.78%	2	100.00%
Paravisional	2	10.00%	1	4.55%	4	8.00%	0	0.00%	0	0.00%
Pilar	4	20.00%	3	13.64%	10	20.00%	1	11.11%	0	0.00%
Puentes	4	20.00%	3	13.64%	10	20.00%	1	11.11%	0	0.00%
Total ---->	20	100.00%	22	100.00%	50	100.00%	9	100.00%	2	100.00%

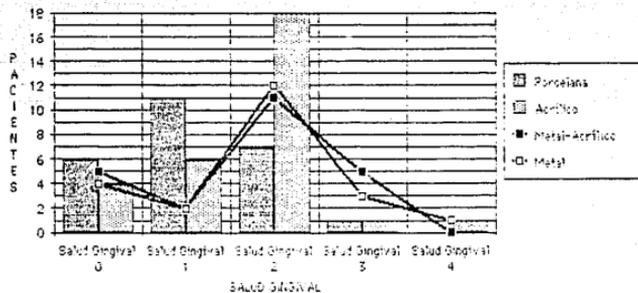
*Relación entre Salud Gingival
y Prótesis Fija por Tipo*



Relación entre Salud Gingival y Prótesis Fija por Material.

Material de la Prótesis	Salud Gingival 0		Salud Gingival 1		Salud Gingival 2		Salud Gingival 3		Salud Gingival 4	
	Frecuencia	Frec. Rel.								
Resina	6	31.58%	11	52.39%	7	14.58%	1	10.00%	0	0.00%
Acrílico	4	21.05%	6	28.57%	18	37.50%	1	10.00%	1	50.00%
Metal-Acrílico	5	26.32%	2	9.52%	11	22.92%	5	50.00%	0	0.00%
Metal	4	21.05%	2	9.52%	12	25.00%	3	30.00%	1	50.00%
Total ---->	19	100.00%	21	100.00%	48	100.00%	10	100.00%	2	100.00%

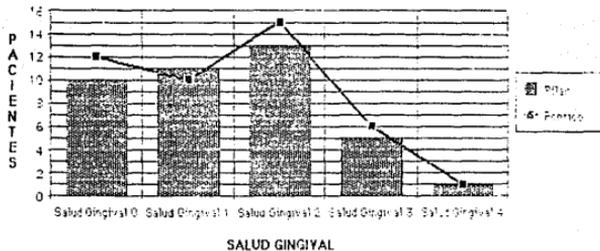
Relación entre Salud Gingival y Prótesis Fija con Fitoria



Relación entre Salud Gingival y Prótesis Parcial Removible por Tipo

Material de la Prótesis	Salud Gingival 0		Salud Gingival 1		Salud Gingival 2		Salud Gingival 3		Salud Gingival 4	
	Frecuencia	Frec. Rel.								
Plástico	10	45.45%	11	52.38%	15	68.18%	5	45.45%	1	50.00%
Metal	12	54.55%	10	47.62%	12	54.55%	6	54.55%	1	50.00%
Total	22	100.00%	21	100.00%	27	100.00%	11	100.00%	2	100.00%

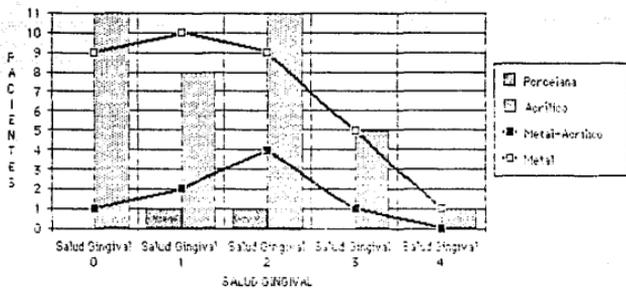
*Relación entre Salud Gingival
y Prótesis Parcial Removible por Tipo*



Relación entre Salud Gingival y Prótesis Parcial Removable por Material

Material de la Prótesis	Salud Gingival 0		Salud Gingival 1		Salud Gingival 2		Salud Gingival 3		Salud Gingival 4	
	Frecuencia	freq. Rel.								
resina	0	0.00%	1	4.76%	1	4.00%	0	0.00%	0	0.00%
acrilico	11	52.38%	11	52.38%	11	41.00%	5	45.45%	1	50.00%
Total acrilico	1	4.76%	2	9.52%	4	16.00%	1	9.09%	0	0.00%
Total	2	47.83%	10	47.62%	9	36.00%	5	45.45%	1	50.00%
Total	21	100.00%	21	100.00%	23	100.00%	14	100.00%	2	100.00%

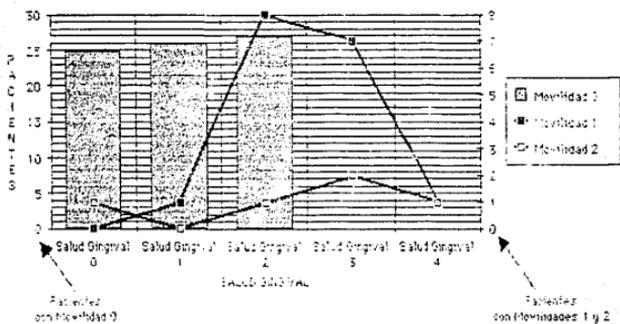
Relación entre Salud Gingival y Prótesis Parcial Removible por Material



Relación entre Salud Gingival y Movilidad.

Movilidad	Salud Gingival 0		Salud Gingival 1		Salud Gingival 2		Salud Gingival 3		Salud Gingival 4	
	Frecuencia	Frec. Rel.								
0	25	96.15%	26	96.30%	27	75.00%	0	0.00%	0	0.00%
1	0	0.00%	1	3.70%	8	22.22%	7	77.78%	1	50.00%
2	1	3.85%	0	0.00%	1	2.78%	2	22.22%	1	50.00%
5	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total ---->	26	100.00%	27	100.00%	36	100.00%	9	100.00%	2	100.00%

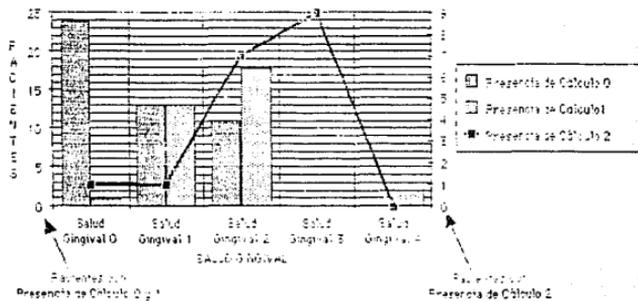
Relación entre Salud Gingival y movilidad



Relación entre Salud Gingival y Presencia de Cálculo.

Presencia de Cálculo	Salud Gingival 0		Salud Gingival 1		Salud Gingival 2		Salud Gingival 3		Salud Gingival 4	
	Frecuencia	Frec. Rel.								
0	24	92.31%	13	48.15%	11	50.50%	0	0.00%	0	0.00%
1	1	3.85%	13	48.15%	13	59.09%	0	0.00%	2	100.00%
2	1	3.85%	1	3.70%	7	31.41%	2	100.00%	0	0.00%
Total	26	100.00%	27	100.00%	36	100.00%	9	100.00%	2	100.00%

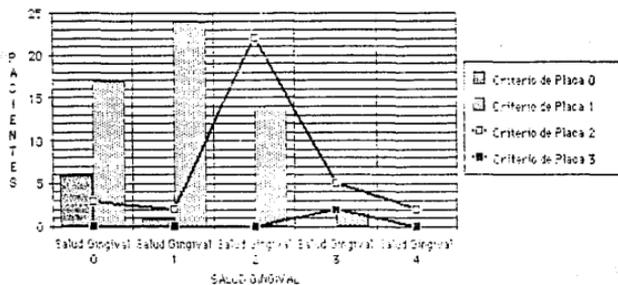
*Relación entre Salud Gingival
y Presencia de Cálculo*



Relación entre Salud Gingival y Criterios de Placa

Criterios de Placa	Salud Gingival 0		Salud Gingival 1		Salud Gingival 2		Salud Gingival 3		Salud Gingival 4	
	Frecuencia	Fre. Rel.								
0	6	22.00%	1	3.70%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
1	17	65.70%	24	88.89%	14	50.00%	2	22.22%	0	0.00%
2	3	11.54%	2	7.41%	22	61.11%	5	55.56%	2	100.00%
3	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	22.22%	0	0.00%
Total	26	100.00%	27	100.00%	36	100.00%	9	100.00%	2	100.00%

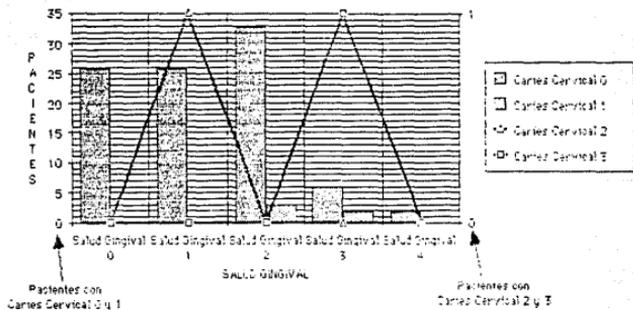
Relación entre Salud Gingival y Criterios de Placa



Relación entre Salud Gingival y Caries Cervical.

Caries Cervical	Salud Gingival 0		Salud Gingival 1		Salud Gingival 2		Salud Gingival 3		Salud Gingival 4	
	Frecuencia	Frec. Rel.								
0	26	100.00%	26	96.30%	28	91.67%	6	66.67%	2	100.00%
1	0	0.00%	0	0.00%	3	9.33%	2	22.22%	0	0.00%
2	0	0.00%	1	3.70%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
3	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	11.11%	0	0.00%
Total	26	100.00%	27	100.00%	36	100.00%	9	100.00%	2	100.00%

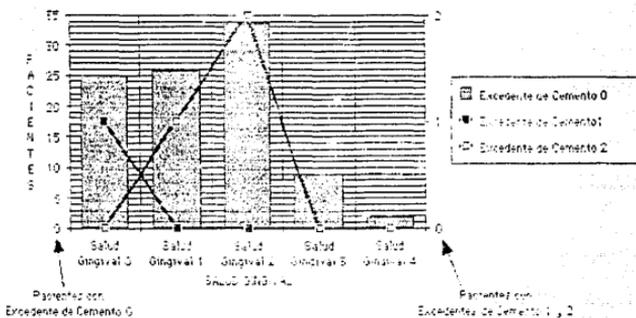
Relación entre Salud Gingival y Caries Dental



Relación entre Salud Gingival y Excedente de Cemento.

Excedente de Cemento	Salud Gingival 0		Salud Gingival 1		Salud Gingival 2		Salud Gingival 3		Salud Gingival 4	
	Frecuencia	Frec. Rel.								
0	25	96.15%	26	96.30%	34	94.44%	9	100.00%	2	100.00%
1	1	3.85%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
2	0	0.00%	1	3.70%	2	5.56%	0	0.00%	0	0.00%
Total	26	100.00%	27	100.00%	36	100.00%	9	100.00%	2	100.00%

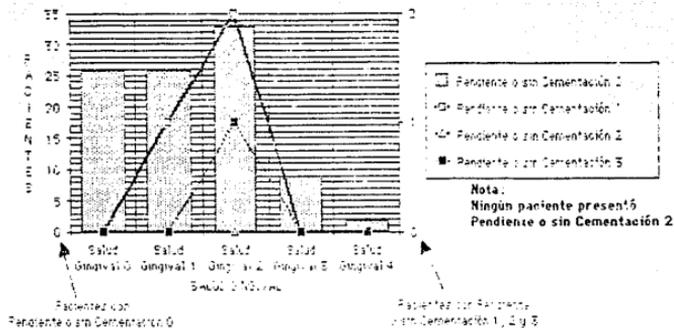
Relación entre Salud Original y Excedente de Cemento

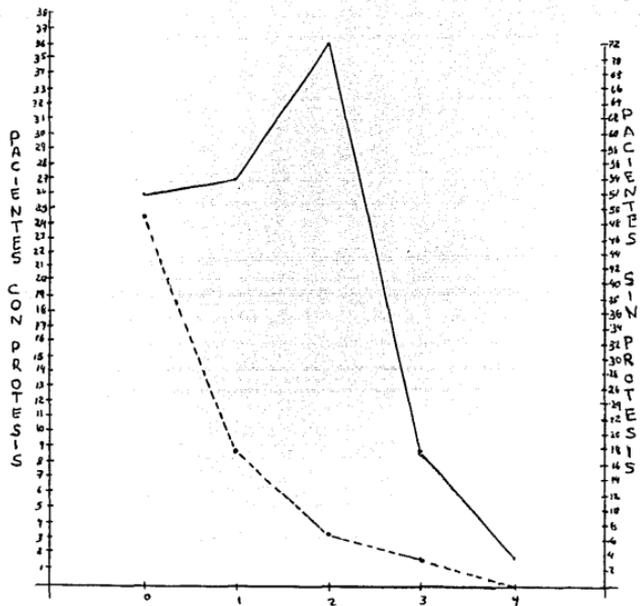


Relación entre Salud Gingival y Pendiente o sin Cementación.

Pendiente o sin Cement.	Salud Gingival 0			Salud Gingival 1			Salud Gingival 2			Salud Gingival 3			Salud Gingival 4		
	Frecuencia	Frec. Rel.	Frec. Rel.												
0	3	100.00%		26	96.50%		33	91.67%		2	100.00%		2	100.00%	
1	0	0.00%		1	3.70%		2	5.45%		0	0.00%		0	0.00%	
2	0	0.00%		0	0.00%		0	0.00%		0	0.00%		0	0.00%	
3	1	0.00%		0	0.00%		1	2.78%		0	0.00%		0	0.00%	
Total	76	100.00%		27	100.00%		36	100.00%		2	100.00%		2	100.00%	

Relación entre Salud Gingival y Pacientes con Cementación

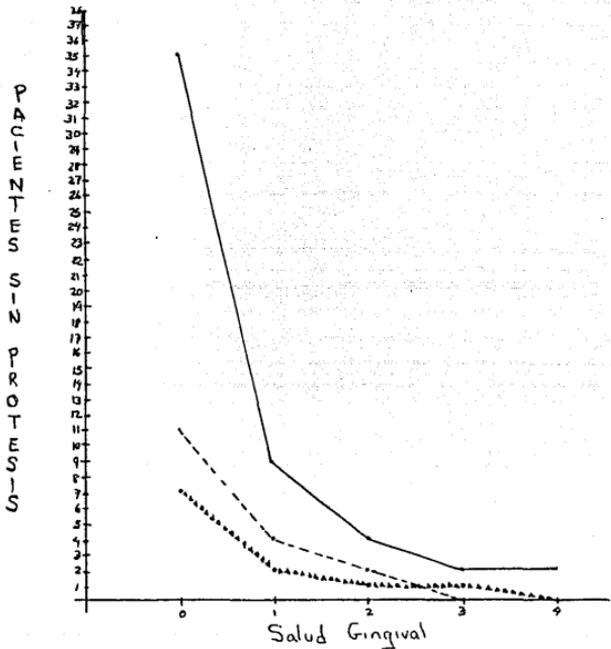




— con protesis

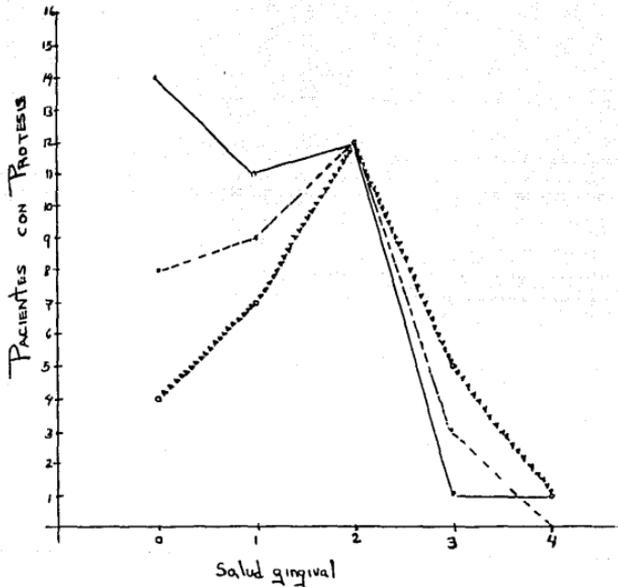
--- sin protesis

Salud Gingival.



— Buena
 - - - Regular
 . . . Mala

Relación de Salud Gingival con Higiene Bucal



— Buena
 --- Regular
 Mala

Relación de Salud gingival e Higiene Bucal

TABLAS COMPARATIVAS CON ZONA TESTIGO .

.SALUD GINGIVAL - HIGIENE BUCAL:

Indice Gingival	Con prótesis	F.R.	Sin prótesis	F.R.
0	26	26%	60	77.0%
1	27	27%	10	13.0%
2	36	36%	4	5.0%
3	9	9%	3	3.8%
4	2	2%	1	1.2%

.SALUD GINGIVAL -TIPO DE PROTESIS:

Indice Gingival	Con prótesis	F.R.	Sin prótesis	F.R.
0	26	26%	49	62.83%
1	27	27%	18	23.17%
2	36	36%	7	9.00%
3	9	9%	4	5.00%
4	2	2%	0	0.00%

.SALUD GINGIVAL - PRESENCIA DE CALCULO:

Indice Gingival	Con prótesis	F.R.	Sin prótesis	F.R.
0	26	26%	52	66.66%
1	27	27%	16	20.51%
2	36	36%	9	11.54%
3	9	9%	1	1.29%
4	2	2%	0	0.00%

.SALUD GINGIVAL - CRITERIOS DE PLACA:

Indice Gingival	Con prótesis	F.R	Sin prótesis	F.R
0	26	26%	39	50.00%
1	27	27%	36	46.15%
2	36	36%	3	3.85%
3	9	9%	0	00.00%
4	2	2%	0	00.00%

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se hizo factible comprobar que la presencia de prótesis; ya se fija o removible, es un factor predisponente para la enfermedad periodontal.

En base a lo especificado anteriormente, en cuanto a la etiología de la lesión parodontal, concluimos lo siguiente:

Los factores que intervienen de una manera directa son esencialmente la presencia de prótesis, la mala higiene bucal, el tipo de prótesis (fija o removible), el material de elaboración, su diseño, la presencia de placa dentobacteriana (depósitos dentales).

Como se pudo observar, independientemente de la edad, sexo, etc; si una prótesis es colocada sin los cuidados necesarios o sin el debido tratamiento a la zona requerida, la posibilidad de que exista a futuro una lesión en la encía es muy elevada. Más aún si dicha prótesis tiene un mal diseño, y hay repercusiones directas en cuanto a su elaboración es casi seguro que habrá problemas en cuanto a la oclusión, en la adecuada masticación, fonación, estética, etc.

Pero sobre todo si el material que se utiliza es altamente irritativo o pudiera llegar a ocasionar un tipo de alergia en la mucosa, el problema que se pretende solucionar con una prótesis se convertirá en un asunto más serio y con más complicaciones, la mayoría de las cuales pudieron ser prevenidas.

Clinicamente el estudio nos reveló datos impresionantes, dejando en vista que si se hubiera realizado un análisis más detallado con series radiográficas y sondeo parodontales, seguramente la severidad de la enfermedad parodontal sería más marcada.

Es preciso aclarar que no podemos atribuir toda la culpa a las prótesis ya que nos dimos cuenta que factores como la higiene bucal son partícipes directos. Es decir, que cabe la posibilidad de que si los pacientes con prótesis tuvieron más cuidado en su higiene, especialmente en donde existe un tratamiento protésico, las lesiones gingivales serían menos severas.

Aparentemente la edad y el sexo si eran factores importantes o directamente predisponentes según Glikman: "la prevalencia de la enfermedad periodontal en relación directa a la edad aumenta considerablemente según avanza la edad".

(4)

En éste estudio se demostró que éste razonamiento no era aplicable ya que considera un 70% en pacientes con edades entre los 35 años y aproximadamente el 80% entre los 50 años con posibles problemas parodontales. El estudio que presentamos relacionó a pacientes entre los 27 - 32 años con un 28%.

En cuanto al sexo hace referencia a un marcado porcentaje a favor del sexo masculino y en menor proporción al sexo femenino. De nuevo si comparamos los resultados obtenidos en éste estudio se podrá observar que de los 100 pacientes estudiados 51 tienen el sexo masculino y 49 el sexo femenino, siendo más severa la enfermedad parodontal en los hombres.

Factores como hábitos bucales, alteraciones en la articulación mandibular, tratamiento periodontal previo, tiempo con la prótesis y antecedentes traumáticos no proporcionan grandes porcentajes de enfermedad gingival; sin embargo sí llegan a ser considerados por muchos autores, entre ellos Glikman que dice: "El bruxismo es frecuente, pero no todos los pacientes con éste hábito están dañados por él. Aquellos

(4) Ibid. p. 340, 455 - 456.

que lo están, sufren de microtraumas en el periodonto, musculatura y articulaciones temporomandibulares. Son causas aceptadas de bruxismo los puntos prematuros de contacto oclusal, tensión muscular excesiva y factores emocionales, tanto solos como en conjunto; sin embargo, las opiniones difieren en cual sea el factor fundamental o más crítico", (5).

Aunque fueron pocos los pacientes estudiados con hábitos bucales, especialmente Bruxismo, se pudo comprobar que en dichos casos el problema parodontal, aunado el tratamiento protésico formaban una interrelación muy estrecha.

En resumen, concluimos que efectivamente la colocación de prótesis, ya sean fijas o removibles, llegan a ocasionar severos problemas a nivel gingival si no se toman las medidas necesarias y los tratamientos directos de prevención y las causas directas de lesiones en la mucosa gingival.

Es decir, que la acción restauradora debe ser eso, una ayuda funcional y estética para el órgano masticatorio, y que de ninguna manera deberá contribuir a la aparición de trastornos patológicos en el parodonto.

Se puede deducir, finalmente, que la hipótesis planteada al inicio de éste trabajo podría llegar a ser válida.

(5) Ibid p. 340, 455 - 456.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

- CARRANZA, FERMIN A. Patología y Diagnóstico de las Enfermedades Periodontales. Edit. Mundi, 1978.
- GLIKMAN, IRVING. Periodontología Clínica de Glikman. Fermin A. Carranza, tr. Antonio Alonso. Tercera edición. México, Nueva Editorial Interamericana, 1986. 1027 p.
- LINDE. Periodontología Clínica. Edit. Panamericana. 1981.
- MALLAT DESPLTS, ERNEST. La Prótesis Parcial Removible en la Práctica Diaria. edit. Labor. España, 1983.
- MYERS. Prótesis de Coronas y Puentes. edit. Panamericana. Barcelona, España. 1979. Tercera edición.
- NEWMAN HUBERT, N. La Placa Dental. Tr. González Hernández José Luis. Edit. El Manual Moderno, México, D.F., 1984. 113 p.
- ORBAN, BALINI JOSEPH. Periodoncia. México, edit. Interamericana 1975. 638 p.

- PAULIN PEREZ MAGDALENA. Apuntes de Clase.
- PRICHARD. Enfermedad Periodontal Avanzada. edit. Interamericana. Argentina 1979. Cuarta edición.
- RAMFJORD, SIGURD PEDER. Periodontología y Periodoncia. SIGUR P. RAMFJORD, MAJOR M. ASH. tr. Roberto Jorge Porter. Buenos Aires, Argentina. Medicina Panamericana. 629 p.
- SCHULGER, SAUL. Enfermedad periodontal. Fenómenos Básicos. Manejo Clínico e Interrelaciones Oclusales y Restauradoras. Saúl Schluger, Ralph A. Yudelis, Roy C. Page. tr. José Luis García Martínez. México, Continental 1981. 789 p.