



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

**ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PERSONAS
DE LA TERCERA EDAD**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
MA. DE LOS ANGELES ITURRIA VILLEGAS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.



7
24

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

**ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PERSONAS
DE LA TERCERA EDAD**

**TRABAJO DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO
DE CIRUJANO DENTISTA PRESENTA**

Ma. de los Angeles Iturria Villegas

**Director:
C.D. Magdalena Meléndez Hernández**

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
OBJETIVOS.....	4
MARCO TEORICO.....	5
HIPÓTESIS.....	21
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
TÉCNICA.....	23
RECURSOS.....	26
PRESENTACION DE RESULTADOS.....	27
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	28
CONCLUSIONES	36
PROPUESTAS.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	38
ANEXOS.....	41

INTRODUCCION

La realización de esta investigación se considera de gran importancia debido a que la enfermedad periodontal es una de las enfermedades bucales que se presenta con mayor frecuencia en las personas de la tercera edad.

La gran mayoría de la población mundial padece de afecciones gingivo - periodontales, tomando en consideración solamente a las personas de edad avanzada.

Esta investigación tiene como finalidad conocer cual enfermedad periodontal se presenta en personas del grupo de la tercera edad que asiste al servicio estomatológico de la clínica de los Reyes de la PES Zaragoza.

Dicha investigación se realizará mediante el levantamiento del índice periodontal de Russell, llenado de parodontogramas, revisión de historias clínicas, así como la toma de radiografías de tipo periapical, según lo amerite el caso de cada una de las personas examinadas en esta investigación.

JUSTIFICACION

La enfermedad periodontal es una de las enfermedades que se presenta con más frecuencia, afectando en cierto grado aproximadamente a la mitad de la población infantil y a casi toda la población adulta: (1)

Siempre se consideró a la enfermedad periodontal como una enfermedad de la vejez y, si bien es cierto que en ella tiene su mayor prevalencia, también se le encuentra en los adultos y en los jóvenes . Pero parecería ser que la edad avanzada presenta algunas características que le son propias y que están comenzando a ser estudiadas. Por ahora se sabe que la severidad aumenta con la edad.

La enfermedad periodontal es episódica con cortos períodos de destrucción y otros más largos de quietud o aún de reparación. Por lo tanto, un factor podría ser el efecto acumulativo de estos episodios destructivos, pero otros podrían ser el envejecimiento general, el propio de los tejidos periodontales. (2)

Por ello las recomendaciones en cuanto a la investigación de la salud en los pacientes geriátricos debe darse y organizarse desde diversos aspectos, como estudios epidemiológicos, ya que no existen datos estadísticos en relación a enfermedad periodontal y otras lesiones de tejidos suaves, atricción y pérdida dental. (3)

1 | Glickman I. Periodontología Clínica. Rev. Organización mundial de la salud. . p. 268

2 | Bustamante . A. Odontogeriatría y Periodoncia. Revista Asociación Dental Mexicana ... p. 114

3 | Schluger. S. Enfermedad periodontal ... p. 15

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cuál es el tipo de enfermedad periodontal que se presenta con mayor frecuencia en el grupo de la tercera edad que acude al servicio estomatológico de la clínica los Reyes de la FES Zaragoza ?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la enfermedad periodontal más frecuente en personas de la tercera edad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las características clínicas de los diferentes tipos de enfermedad periodontal.

Determinar la extensión de las bolsas periodontales.

Evaluar el grado de movilidad dentaria.

Revisar los movimientos patológicos de los dientes.

MARCO TEÓRICO

La enfermedad periodontal es una de las más comunes que afectan al individuo. Existen bastantes pruebas que datan desde los tiempos de la prehistoria y que señalan que han sido un azote antiguo y constante, ninguna raza es inmune a esta afección. (1)

El término enfermedad periodontal ha sido definido globalmente como " Una lesión inflamatoria que afecta una o más de las estructuras de soporte de los dientes "; ésta definición puede ser en parte, justificada con base en que la enfermedad inflamatoria resultante de la acumulación de placa constituye la mayor parte de las enfermedades gingivales y periodontales. (5)

El término enfermedad periodontal tiene diferentes significados y es usado de manera ambigua; en general sirve para abarcar todas las enfermedades del periodonto. (6)

4) Idem.

5) Ramfjord . P. S. Periodontología y Periodoncia .. p. 118

6) Carranze ,Dr. P. Periodontología Clínica de Dickman.p.216

Hay diferentes tipos de enfermedad periodontal; muchas de las clasificaciones antiguas comprendían todos los tipos y los consideraban en función de sus cambios patológicos como inflamatorio, degenerativo, o neoplásico . Aunque hay enfermedades periodontales degenerativas y neoplásicas, la más frecuente inicia por la acumulación de placa en el área gingivodental y es de carácter inflamatorio; al inicio, se confina a la encía y se le llama Gingivitis Marginal Crónica; después abarca las estructuras de soporte y la lesión se llama Periodontitis Marginal. (7)

Hay cambios continuos desde la Gingivitis Marginal hasta la Periodontitis Marginal, y en una manera genérica el término "enfermedad periodontal" se ha usado para el proceso total y con mayor especificidad para la periodontitis destructiva crónica que es una designación más exacta para esta enfermedad.

La siguiente clasificación incluye todas las formas de la enfermedad periodontal destructiva crónica. (8)

I.- PERIODONTITIS DESTRUCTIVA CRÓNICA .

A.- Periodontitis marginal

1.- Evolución lenta

2.- Evolución rápida

3.- Refractaria

7) Idem.

8) Idem.

B.- FORMA JUVENIL DE PERIODONTITIS

1.- Generalizada

2.- Localizada

C.- PERIODONTITIS ULCERO NECROSANTE

II.- TRAUMATISMO POR OCLUSIÓN

III.-ATROFIA PERIODONTAL

A.- ATROFIA PRESENL

B.- ATROFIA POR DESUSO

PERIODONTITIS

La periodontitis es el tipo de enfermedad periodontal más frecuente y resulta de la extensión del proceso inflamatorio iniciado en la encia hacia los tejidos periodontales de soporte.

PERIODONTITIS SIMPLE

Es la inflamación crónica de la encia, formación de bolsas, pérdida ósea, movilidad dentaria, migración patológica y por último pérdida de los dientes, se localiza en un sólo diente, en un grupo de dientes, o es generalizada.

PERIODONTITIS MARGINAL

La inflamación crónica de la encía, la formación de bolsas y la pérdida ósea son características en la periodontitis marginal. En casos avanzados hay movilidad dentaria y migración patológica de la encía.

ETIOLOGÍA

La periodontitis marginal es causada por la placa dento bacteriana. La acumulación de placa es favorecida por una gran variedad de factores locales como cálculo, restauraciones defectuosas y la mal posición dental.

La periodontitis marginal puede ser subclasificada, de acuerdo con la porción de tejido destruido y con algunas características clínicas, como enfermedad de evolución lenta y rápida o también como periodontitis refractaria.

La periodontitis de evolución lenta también se llama " periodontitis tipo adulto " y está asociada con abundantes depósitos de placa y cálculo, se encuentran signos obvios de inflamación gingival (cambios en el color , textura superficial, exudado abundante y demás).

Con frecuencia se ven estados avanzados de esta periodontitis en la quinta y sexta década de la vida. Por lo general es indolora, pero puede haber sensibilidad de raíces expuestas; dolor profundo sordo causado por el empaquetamiento del

alimento en las bolsas periodontales; síntomas agudos causados por la formación de abscesos periodontales; y síntomas pulpares que resultan de raíces cariadas.

La enfermedad es generalizada, afecta muchos dientes . Cuando el traumatismo por oclusión coexiste la lesión recibe el nombre de " periodontitis compuesta, periodontitis oclusal y periodontitis traumática . " (9)

La periodontitis de evolución rápida se vincula con cantidades escasas de placa dentobacteriana y cálculos, es más frecuente en adultos jóvenes en la década de los veinte pero puede ocurrir a la edad de 35 años ; inflamación extrema; hemorragia; proliferación de la encía marginal; exudación y rápida pérdida ósea (gran pérdida en pocas semanas o meses). Con base en la gravedad y grado de destrucción de tejidos, la periodontitis marginal también se subclasifica en leve, moderada y grave.

Los casos en estas tres categorías sólo difieren en grado de la pérdida de la adherencia de 2 a 4 mm. para los casos leves, de 4a 6 mm. para las moderadas y 7mm. ó más para la enfermedad avanzada.

En los casos moderados o graves se pueden encontrar grados elevados de movilidad dentaria.

9) *Ibidem*, p.217

PERIODONTITIS REFRACTARIA

No reacciona a la terapéutica o que ocurren inmediatamente después del tratamiento adecuado por razones desconocidas. El deterioro en estos casos ocurre ya sea por afección nueva en otros dientes o por incremento en pérdida de hueso o inserción en áreas ya tratadas .

TRAUMATISMO POR OCLUSIÓN

Se denomina traumatismo por oclusión cuando las fuerzas oclusales exceden la capacidad adaptativa de los tejidos, y producen daño tisular. ¹⁰⁾

Debido a que la inflamación gingival es tan frecuente, el traumatismo por oclusión rara vez ocurre sin ésta. Cuando el traumatismo es el único proceso patológico presenta las siguientes características:

- 1.- Movilidad dentaria
- 2.- Ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, en particular en la región gingival de la raíz (que resulta en destrucción angular de hueso).

10) *Ibidem.* p. 204

Se afectan dientes aislados y sus antagonistas. No produce inflamación gingival o formación de bolsas periodontales.

ATROFIA:

Consunción de cualquiera parte del cuerpo originada por la disminución del movimiento nutritivo de los tejidos orgánicos.⁽¹¹⁾

ATROFIA PERIODONTAL

Es una disminución en el tamaño del tejido u órgano ó de sus elementos celulares después de que alcanzaron su tamaño maduro normal. La reducción generalizada en la altura del hueso alveolar, que se acompaña con recesión de la encía, sin manifestación inflamatoria o traumatismo por oclusión ocurre con el aumento de la edad y se denomina atrofia fisiológica o senil.

ATROFIA PRESENIIL

Esta alteración se caracteriza por una reducción en la altura del periodonto uniforme en toda la boca y sin causa aparente.

11) W.N. Jackson. Dictionario Iexico Hispano. p. 172

ATROFIA POR DESUSO.

Resulta cuando la estimulación funcional requerida para el mantenimiento de los tejidos periodontales disminuye en extremo o está ausente. Esta atrofia se caracteriza por adelgazamiento del ligamento periodontal más estrechamiento y reducción en el número de fibras periodontales y la ruptura de la disposición de los haces de fibras, engrosamiento del cemento, reducción en la altura del hueso alveolar y osteoporosis. (12)

La enfermedad del periodonto se produce en la niñez, adolescencia y edad adulta temprana; pero la prevalencia de la enfermedad periodontal y la destrucción de tejidos y la pérdida de dientes aumenta con la edad porque en el envejecimiento se presentan muchos cambios tisulares y algunos afectan a la enfermedad periodontal. (13)

12) *Ibidem*, p. 223

13) Glickman. 1. Manual de Periodontología clínica., p. 88

ENVEJECIMIENTO Y PERIODONTO

El envejecimiento es la disminución lenta de la función natural, una desintegración del control equilibrado y la organización que caracterizan al joven.

El envejecimiento se manifiesta de diferentes maneras y grados en los tejidos y órganos, pero incluye cambios generales, como desecación tisular, reducción de la elasticidad, disminución de la capacidad reparadora y alteración de la permeabilidad celular; además de la atrofia ósea de los maxilares, lo cual conduce a la pérdida general de los dientes debido a la movilidad, lo cual es una característica de la boca en la vejez. (14)

En la dentadura natural las señales de la edad están representadas por la atricción y erosión de los tejidos duros. El esmalte se desgasta y hay obliteración por reacción de los túbulos de la dentina, que es el tejido que se encuentra inmediatamente por debajo del esmalte.

La dentina parece más dura en algunas áreas, en otras más frágil y de color amarillo pardo.

El borde incisal y la superficies oclusales de los dientes se van desgastando con el avance de los años y por el uso continuo. (15)

14) Ozawa, H.J.Y. Estomatología Geriátrica., p. 91

15) Ibidem. p. 91

CAMBIOS HISTOLOGICOS EN EL PERIODONTO

El hueso se vuelve más osteoporótico con la edad, pues disminuye el contenido de agua en los huesos, aumentando el tamaño de los cristales minerales y el grosor de la fibrillas colágenas. (16)

El colágeno puede ser visto como fibras de grosor y orientación variables que ocupan el compartimiento extracelular que existe entre las células del tejido conectivo.

El colágeno tiene una base estructural bien definida y constante dentro de la cual hay variaciones en composición. Aunque se hallan 20 aminoácidos en el colágeno, 4 de ellos (glicina, alanina, prolina e hidroxiprolina) forman los dos tercios de la molécula. El colágeno siempre contiene hidroxiprolina y una alta proporción de glicina, y es la única proteína que contiene hidroxilisina. El colágeno también contiene pequeñas cantidades de glucosa y galactosa y por lo tanto técnicamente es glucoproteína. Se han identificado tres cadenas polipeptídicas básicas llamadas alfa 1, alfa 2, y alfa 3.

16) Glickman. I. Manual Op. Cit. p. 88

El colágeno es sintetizado por los fibroblastos. Dentro de cada célula, los aminoácidos individuales, se ensamblan a nivel de los sitios polisómicos para formar largas cadenas polipeptídicas que incluyen en especial los aminoácidos prolina y lisina. Estos dos aminoácidos son seleccionados porque deben ser hidroxilados antes de que las cadenas polipeptídicas deban unirse para formar la superhélice de la molécula de colágeno definitiva.

La vitamina C, ó ácido ascórbico, se necesita para que se lleve a cabo esta hidroxilación.

Con la formación de la superhélice a partir de las tres cadenas polipeptídicas, se forma una macromolécula, llamada procolágeno, que posee un ensamble terminal de aminoácidos llamado región telepeptídica. Esta región telepeptídica es una característica importante de la molécula de procolágeno, y su presencia evita el agregado y la formación de fibrillas de colágeno bandeadas.

Con la pérdida de los telepeptidos terminales, la molécula de colágeno queda formada. Estas moléculas de colágeno ahora en un medio extracelular, se agregan rápidamente para formar la fibrilla colágeno.

En un tejido tal como el ligamento periodontal está implícito que la velocidad de síntesis de colágeno debe igualar la velocidad de degradación de colágeno si el ligamento permanece en su función. Cualquier disminución en la velocidad de formación o de degradación por parte de los fibroblastos origina respectivamente una pérdida o una ganancia del colágeno tisular, con la consecuente disyunción de su arquitectura y función.

El resultado de una pérdida progresiva de colágeno del ligamento periodontal, da por resultado un aumento en la movilidad dentaria. (17)

Las condiciones de los dientes remanentes se agravan debido a que están expuestas a fuerzas masticatorias excesivas y traumáticas por ello da como resultado que el proceso de reabsorción alveolar se acelere provocando en el anciano dolores de diversa intensidad debido a la movilidad y al factor infeccioso e inflamatorio en el tejido parodontal.

El proceso de resorción ósea se produce por la pérdida de las piezas dentarias debido a la supresión de la estimulación normal del hueso alveolar y por consiguiente hay formación de hueso de neoformación. Cuando la resorción alveolar se ha producido de forma acelerada durante la menopausia, se acompaña de osteoporosis en la ancianidad. (18)

Es característico de los ancianos que la atrofia de los rebordes residuales de los maxilares presenten un adelgazamiento y flacidez del epitelio de la mucosa oral, que se presenta depapilada, brillante y desprendida de los planos óseos profundos; a la palpación digital o instrumentada se pone de manifiesto su movilidad. (19)

18) Ozava. Op. Cit. p. 95

19) Ibidem. p. 96

En la encía se presentan los siguientes cambios: a medida que avanza la edad hay disminución de la queratinización, tanto en hombres como en mujeres, disminución ó no del punteado, aumento de la anchura de la encía insertada con una localización constante de la unión mucogingival a través de la vida del adulto, disminución de la celularidad del tejido conectivo, aumento de las sustancias intercelulares. ^[20]

20) Glickman. I. Manual Op. Cit. p. 80

En el envejecimiento la causa mas importante para que se presente la periodontitis crónica es la presencia y acumulación de placa dentobacteriana.

Sin embargo, aún no es claro el mecanismo por el cual la gingivitis se transforma en periodontitis.

Las causas que pueden influir y desencadenar una periodontitis crónica destructiva están constituidas por la respuesta inflamatoria del periodonto (encía, ligamento periodontal, cemento, y hueso) a la presencia de bacterias (y/o sus toxinas) en la placa microbiana de los dientes o en la acumulación e impactación en el surco gingival.

Se han realizado estudios microscópicos en los cuales se encontró que la encía se infiltra por colecciones densas de células mononucleares, linfocitos, células plasmáticas, monocitos y macrófagos mononucleares. La colágena del tejido conectivo se encuentra interrumpida, edematosa, y destruida en otras áreas.

21) Ozawa. Op. Cit., p. 417

El hueso se reabsorbe en su superficie si la lesión es activa. Las células inflamatorias son raras en contacto directo con el hueso, y más infiltradas en el ligamento periodontal entre el cemento y el hueso. Este es el cuadro típico de la periodontitis crónica avanzada.

En 1976, Levy y sus colaboradores demostraron la evidencia de que una respuesta inmune de las células T es capaz de destruir todos los tejidos periodontales; y predicen que la periodontitis crónica no es exclusiva ni propia de la vejez, si no un padecimiento de todas las edades. (27)

27) *Ibidem*, p. 419

HIPÓTESIS

La enfermedad periodontal que se presenta con mayor frecuencia en pacientes de la tercera edad es la Periodontitis simple.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE ESTUDIO:

OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO, TRANSVERSAL, DESCRIPTIVO

Población de estudio:

Para realizar esta investigación se tomará en cuenta a 40 personas de la tercera edad que acuden a la clínica multidisciplinaria de los Reyes, cuyas edades comprenden de 60 a 80 años, de ambos sexos, como muestra.

En esta investigación no se tomaron criterios de exclusión debido a que la mayoría son pacientes comprometidos sistémicamente, evaluados por medio de una historia clínica.

VARIABLE CUALITATIVA ORDINAL: Enfermedad Periodontal

VARIABLE CUALITATIVA NOMINAL: Sexo

TÉCNICA

A cada una de las personas se les realizará un examen clínico para medir la profundidad de bolsas periodontales existentes en cavidad bucal, así como la movilidad dentaria, atrofia gingival la cual se va a marcar en un parodontograma. Además de la toma de radiografías periapicales en zonas desdentadas.

Para medir la prevalencia y extensión de la enfermedad periodontal utilizaremos el índice periodontal (I.P.) de Russell.

La elaboración del I.P. se realiza examinando los tejidos periodontales de cada diente y asignando un valor numérico.

Los valores para cada diente individual se suman y dividen por el número de dientes examinados para llegar a una cifra final.

Cuando existe duda en cuanto a su valor correcto, siempre se elige el valor menor. Esta tiende a dar al índice una característica conservadora.

Los criterios del I.P. son:

CIFRA**NORMA**

- 0 Negativa. No existe inflamación franca de los tejidos de revestimiento ni pérdida de función debido a la destrucción de tejidos de soporte.
- 1 Gingivitis leve. Existe una franca área de inflamación en la encía libre que no circunscribe al diente.
- 2 Gingivitis moderada. La inflamación rodea completamente al diente aunque no existe una solución de continuidad en la inserción epitelial.
- 6 Gingivitis con formación de bolsas. La inserción epitelial ha sido destruida y existe una bolsa (no solamente una hendidura gingival profunda debido a un aumento de volumen de la encía libre).

No hay interferencia con la acción masticatoria normal. El diente se encuentra firme en su alvéolo y no se ha desplazado.

8 Destrucción avanzada con pérdida de la función masticatoria. El diente puede estar móvil, puede presentar un sonido opaco a la percusión con un instrumento metálico o puede instruirse dentro de su alvéolo.

RECURSOS

MATERIALES E INSTRUMENTAL

Sondas periodontales

Instrumental básico (espejo dental, pinza de curación, excavadores, exploradores).

Parodontogramas (anexo 1)

Ficha epidemiológica (historia clínica) (anexo 2).

Guantes

Algodón

Jabón para manos

Radiografías

FÍSICO:

Clínica multidisciplinaria los Reyes.

EQUIPO:

Unidad dental

Aparato de RX

HUMANOS:

Asistente dental

Investigador (pasante)

Director de proyecto

Pacientes

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En esta investigación se levantaron 40 índices periodontales, de los cuales 20 corresponden al sexo masculino y 20 al sexo femenino, también se revisaron las historias clínicas correspondientes a cada una de las personas examinadas.

Los resultados obtenidos de los índices periodontales son los siguientes:

En el sexo femenino se encontró que:

- 7 personas presentan código 1
- 10 personas presentan código 2
- 4 personas presentan código 6
- 9 personas presentan código 8

ver anexo 3.

En tanto en el sexo masculino se encontró lo siguiente:

- 6 personas presentan código 1
- 5 personas presentan código 2
- 4 personas presentan código 6
- 10 personas presentan código 8

ver anexo 4.

Historias clínicas revisadas	40
Dientes ausentes ambos sexos	385
Restos radiculares	142

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se examinaron 20 personas del sexo femenino las cuales representan el 50 % de la muestra global, que de acuerdo al I.P. se encontró lo siguiente:

20 % presento un I.P. de 0.50
15 % presento un I.P. de 1.0
20 % presento un I.P. de 2.0
5 % presento un I.P. de 4.0
15 % presento un I.P. de 5.0
10 % presento un I.P. de 6.0
15 % presento un I.P. de 8.0

ver gráfica 1.

Se examinaron del sexo masculino a 20 personas, las cuales representan el otro 50 % de la muestra global encontrándose en los resultados del I.P. lo siguiente:

20 % presento un I.P. de 0.0
10 % presento un I.P. de 1.0
5 % presento un I.P. de 2.0
10 % presento un I.P. de 4.0
10 % presento un I.P. de 5.0
5 % presento un I.P. de 7.0
40 % presento un I.P. de 8.0

ver gráfica 2.

En cuanto al promedio del índice periodontal del 100 % de la población global se encontró lo siguiente:

10 % presento un I.P. de 0.0
10 % presento un I.P. de 0.5
12.5 % presento un I.P. de 1.0
12.5 % presento un I.P. de 2.0
7.5 % presento un I.P. de 4.0
12.5 % presento un I.P. de 5.0
5 % presento un I.P. de 6.0
2.5 % presento un I.P. de 7.0
27.5 % presento un I.P. de 8.0

ver gráfica 3.

En cuanto al porcentaje de enfermedad periodontal que se presenta más frecuentemente en el 50% de la muestra global de sexo femenino es el siguiente:

Un 75 % presentó atrofia por desuso, en tanto que un 90 % presentó Periodontitis Marginal Localizada y en un 95 % Traumatismo por Oclusión.

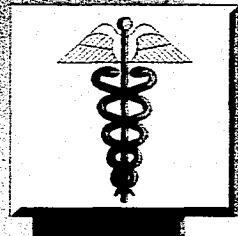
ver gráfica 4.

Por lo que respecta al otro 50 % de la muestra global del sexo masculino, encontramos que el porcentaje de la enfermedad

periodontal que se presenta con mas frecuencia es el siguiente:

El 10 % de esta muestra presentó Atrofia por desuso y el 90 % presentó Periodontitis Marginal Localizada y Traumatismo por Oclusión.

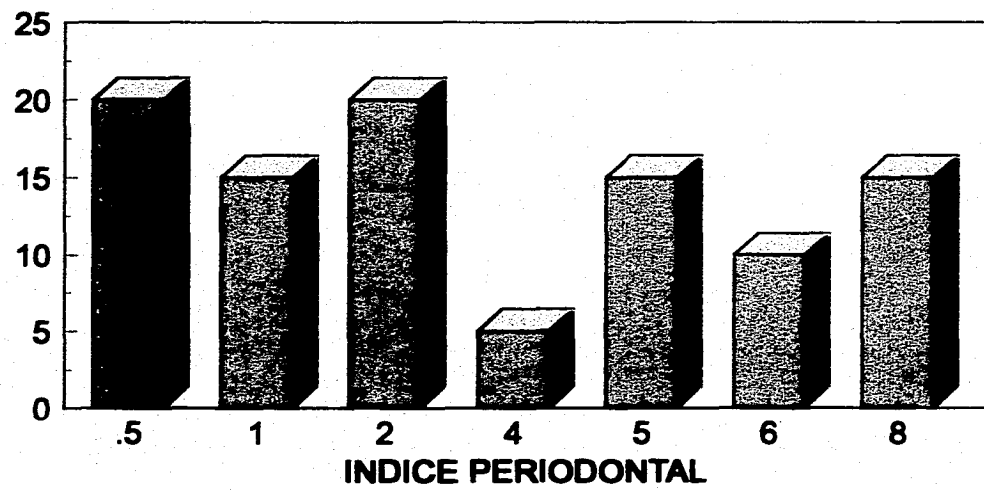
ver gráfica 5.



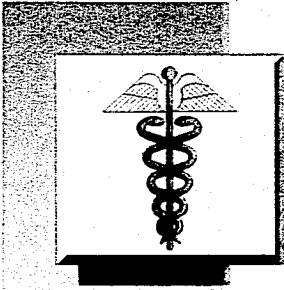
INDICE PERIODONTAL PROMEDIO

SEXO FEMENINO

PORCENTAJE



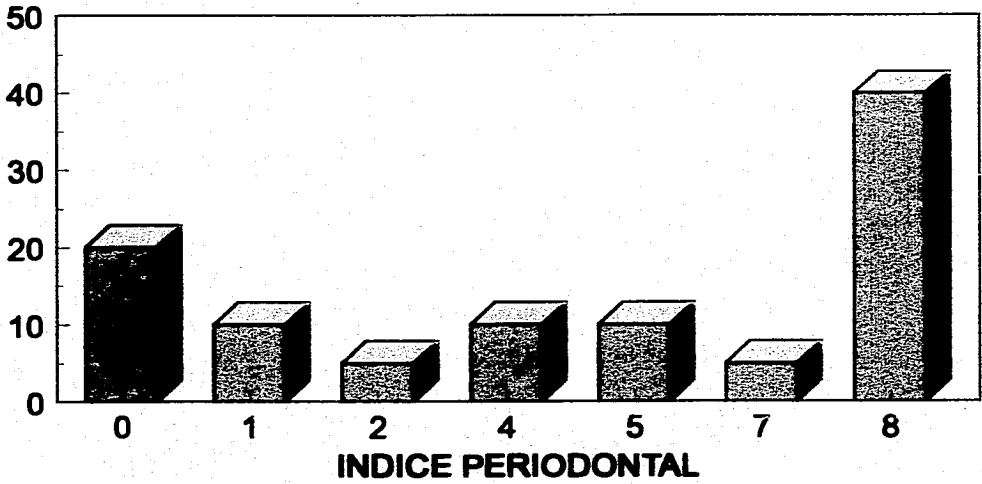
GRAFICA No. 1



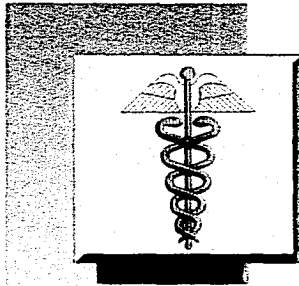
INDICE PERIODONTAL PROMEDIO

SEXO MASCULINO

PORCENTAJE



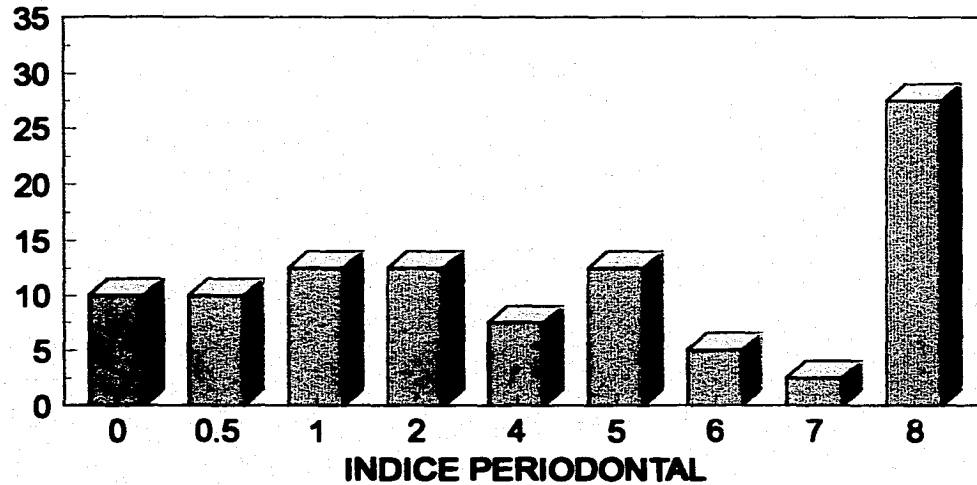
GRAFICA No. 2



INDICE PERIODONTAL PROMEDIO

AMBOS SEXOS

PORCENTAJE



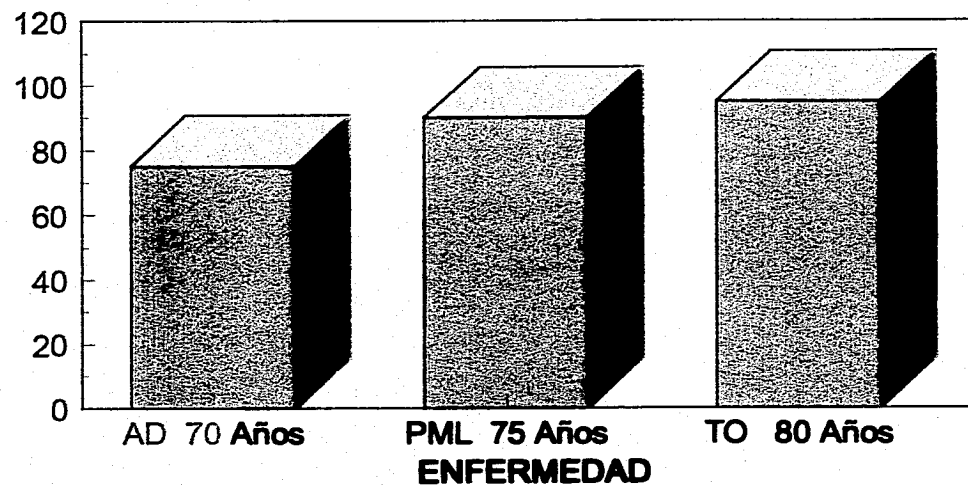
GRAFICA No. 3



PORCENTAJE DE ENFERMEDAD PERIODONTAL MAS
FRECUENTE EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

SEXO FEMENINO

PORCENTAJE %

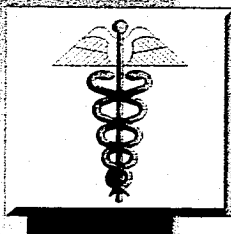


GRAFICA No. 4

PML = PERIODONTITIS MARGINAL LOCALIZADA

TO = TRAUMATISMO POR OCLUSION

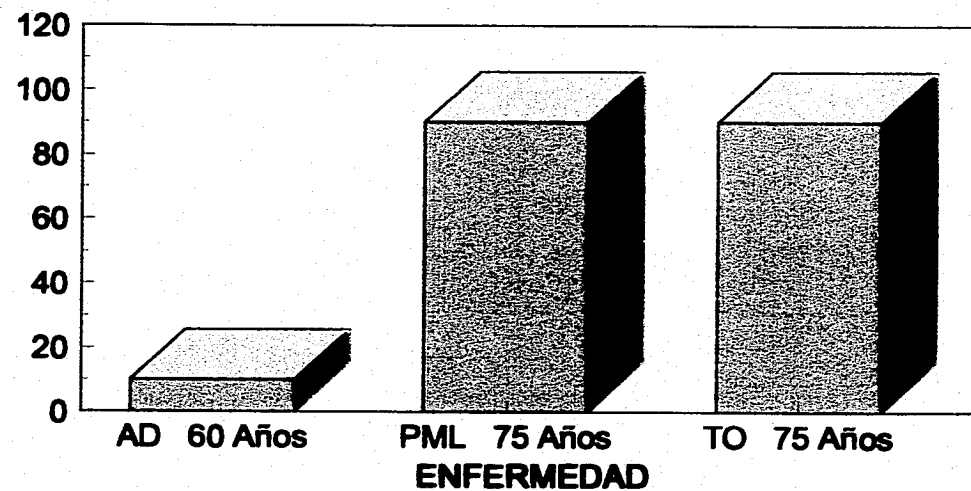
AD = ATROFIA POR DESUSO



PORCENTAJE DE ENFERMEDAD PERIODONTAL MAS
FRECUENTE EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

SEXO MASCULINO

PORCENTAJE %



GRAFICA No. 5

PML = PERIODONTITIS MARGINAL LOCALIZADA

TO = TRAUMATISMO POR OCLUSION

AD = ATROFIA POR DESUSO

CONCLUSIONES

Con base en la información recabada y a los resultados obtenidos, concluimos que nuestra hipótesis no se corroboró ya que la enfermedad periodontal que se presenta con mayor frecuencia en las personas de la tercera edad que acuden al servicio estomatológico de la clínica de los Reyes de la FES Zaragoza, es la Periodontitis Marginal Localizada, la cual es causada por una deficiente higiene bucal, así como la presencia de enfermedades sistémicas como: Diabetes Mellitus, Hiperparatiroidismo, Deficiencias Nutricionales, etc, las cuales fueron factores predisponentes para que se presentara la enfermedad periodontal en estas personas así como el traumatismo por oclusión y la atrofia por desuso.

En cuanto a los objetivos específicos tres de ellos no se cumplieron debido a que la mayoría de estas personas de la tercera edad, fueron atendidas de urgencia y rehabilitadas, por lo tanto solamente se revisaron historias clínicas llenadas con anterioridad .

Por ello es importante que el Cirujano Dentista realice prevención de parodontopatías en la práctica privada, concientizar al paciente para que realice una buena técnica de cepillado, y así eliminar hábitos que puedan perjudicar posteriormente en la edad adulta.

PROPUESTAS

El estudiante de la carrera de Cirujano Dentista, debe mantenerse actualizado y ser capaz de valorar con sentido crítico los adelantos profesionales, debe ampliar aquellas áreas de conocimientos que han quedado incompletas durante el aprendizaje de la profesión para poder eliminar el agente causal de la enfermedad periodontal y corregir malos hábitos para obtener las funciones normales y morfológicas de la cavidad bucal, en personas de edad avanzada y no sólo enfocándose en la prevención y rehabilitación en personas jóvenes.

Capacitar al estudiante de la carrera de Cirujano Dentista para diagnosticar y tratar los cambios patológicos que se presentan en cavidad bucal a consecuencia del envejecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, F. Ma. de L.A. El periodonto y sus enfermedades. Tesis profesional. Ed. UNAM. 79 a 268.
- Barcena. R.L. Revista de Actualidad Estomatologica Española. Ed. Garsi S.A. Madrid. 1989. Vol. XLIX. No. 386
- Borghelli. R. y F. Temas de Patología Bucal Clínica. Ed. Mundi. Buenos Aires. 1979. 792pp
- Bustamante. A. Odontogeriatría y Periodoncia. Revista Asociación Odontológica Argentina. Argentina.1993.Vol. 81.No 2
- Carranza Jr.F.A. Periodontología Clínica de Glickman. Ed. Interamericana. México. 1993. 1094pp
- Carranza. F.A. Revista Asociación Dental Mexicana. R.M. Editores. México. 1987. Vol. XLIX. No. 5
- Castellanos. J.L. Revista Asociación Dental Mexicana. R.M. Editores. México. 1989. Vol. XLVI. No. 4
- Crivelli. M.R.D. Revista Odontológica Argentina. Ed. Asociación Odontológica Argentina. Argentina.1990.Vol.78. No 1
- Fernandez.M.A. Revista Practica Odontológica. Facultad de Odontología. México. 1993. Vol. 14. No. 5
- García B.M. Revista Asociación Dental Mexicana. R.M. Editores. México. 1990. Vol. XLVII. No. 6
- Genco.J.R. Periodoncia. Ed. Interamericana. México.1993.770 pp
- Glickman. I. Manual de Periodontología Clínica. Ed. Interamericana. México.

- Lindhe.J. Periodontología Clínica. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1992. 591pp.
- Maupomé. C.G. Revista Asociación Dental Mexicana. R.M. Editores. México. 1992. Vol. XLIX. No. 3
- Orban. B. Periodoncia de Orban. Ed. Interamericana. México. 1975. 638pp.
- Ozawa. D.J.Y. Estomatología Geriátrica. Ed. Trillas. México. 1994. 502pp.
- Prichard.J.F. Enfermedad Parodontal Avanzada. Ed. Labor. Barcelona. 1981. 1018pp.
- Prichard.J.F. Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Periodontal en la Práctica Odontológica General. Ed. Panamericana. Buenos Aires. 1982. 591pp.
- Ramfjord.R.S. Periodontología y Periodoncia. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1982. 629pp.
- Rodríguez.F.C.A. Parodoncia. Ed. UNAM. México. 1980. 320pp.
- Roisinblit. R. Revista Asociación Odontológica. Argentina. Ed. Dpto.. De Comunicaciones de la Asociación Odontológica. Argentina. 1993. Volumen. 81. No. 2
- Rojas.S.R. Guía para Realizar Investigaciones Sociales. Ed. Plaza y Valdés. México. 1993. 286pp.
- Schuluger.S. Enfermedad Parodontal. Ed. Continental. México. 1982. 789pp.
- Schuluger.S. Enfermedad Parodontal. Ed. Continental. México. 1984. 789pp.
- Talamante.C.E. Revista Asociación Dental Mexicana. Ed. R.M. México. 1992. Vol. XLIX. No. 1

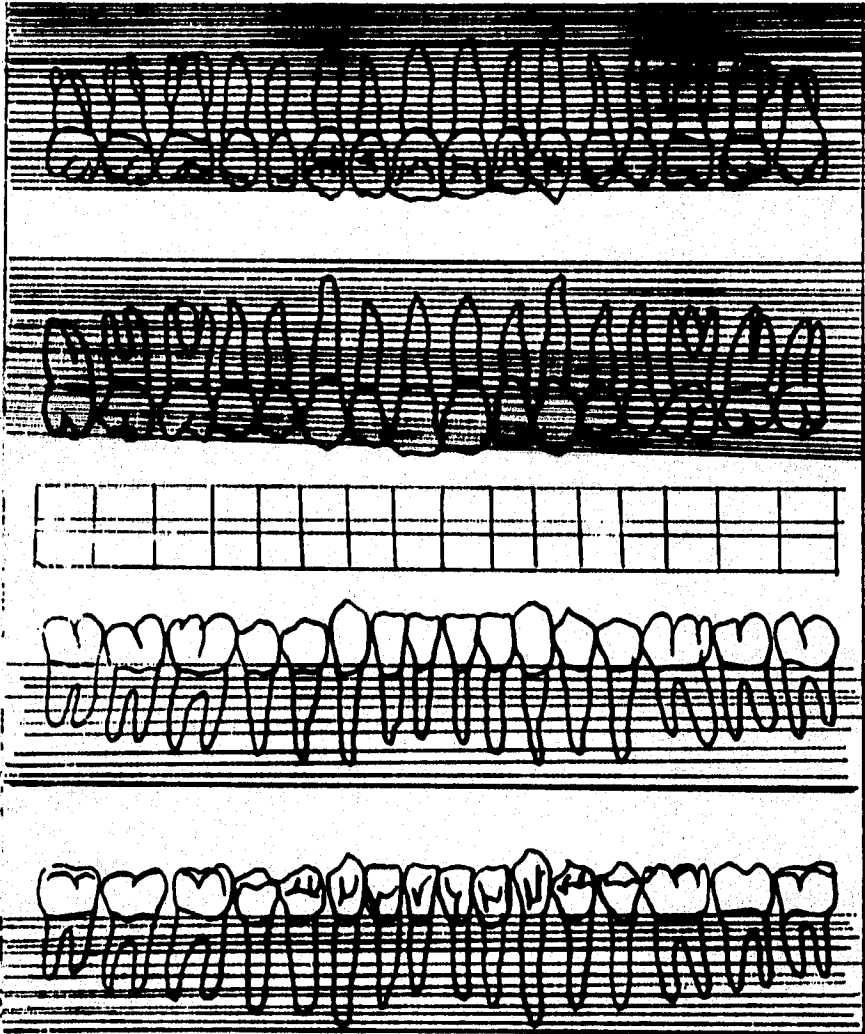
Ten.C.A.R. Histología Oral. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1991. 536pp.

W.M. Jackson. Diccionario Léxico Hispano. Ed. Editoriales de México. México. 1979. 690pp. Tomo I

Zeron.J.Agustin. Revista Asociación Dental Mexicana. Ed.

R.M. Editores. México. 1990. Vol. XLVII.

PARODONTOGRAMA



Nombre del paciente:
Edad: Sexo:
Fecha:



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ANEXO 2
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
* ZARAGOZA *
U.N.A.M.



CONSTRUYENDO
EL FUTURO
DE NUESTRA PATRIOTERRE

UNIDAD UNIVERSITARIA DE ATENCION PRIMARIA EN GERIATRIA
Y GERONTOLOGIA

FICHA EPIDEMIOLOGICA DE MORBILIDAD BUCODENTAL GERIATRICA

1. DATOS GENERALES

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

SEXO: _____ FECHA: _____

2. ALTERACIONES SISTEMICAS

2.1. ¿Qué enfermedades padece?

2.2. ¿Desde cuándo?

2.3. ¿Está en tratamiento médico?

SI

NO

2.4. ¿Qué medicamentos está tomando?

2.5. ¿Alguna vez ha tenido alergias a medicamentos, o algún alimento?

SI

NO

2.6. ¿En caso positivo, especificar?

3. ¿Ha recibido atención dental en los dos últimos años?

SI

NO

¿Por qué?

ODONTOGRAMA

4. DIAGNOSTICO

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

5. PLAN DE TRATAMIENTO

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

CODIGO	DESCRIPCION
0	PERDIDO
1.1	SANO*
1.2	SANO REHABILITADO**
2.1	CARIES CORONAL
2.2	CARIES INTERPROXIMAL
2.3	CARIES RADICULAR
3.1	GINIVITIS inflamación papilar y/o sangrado espontáneo y/o pérdida de forma de la papila).
3.2	PERIODONTITIS (movilidad evidente, recesión gingival, presencia de bolsa)
4.1	RESTO RADICULAR CON EXT. INDICADA
4.2	FRACTURA
4.3	ATRICCION PATOLOGICA***
4.4	MALFORMACIONES****
4.5	FLUOROSIS GRADO 4 ó MAYOR
4.6	MALPOSICION*****
5.1	SIN ALTERACIONES
5.2	CREPITACION
5.3	APERTURA LIMITADA
5.4	DOLOR A LA PALPACION EXTERNA
5.4.1.	temporal
5.4.2.	masetero
5.4.3.	ambos
5.5	OVERJET
5.5.1.	de 3 a 6 mm.
5.5.2.	más de 6 mm.
5.6	OVERBITE
5.6.1.	de 3 a 6 mm.
5.6.2.	más de 6 mm.
5.7	SINTOMATOLOGIA SUBJETIVA
5.7.1.	CANSANCIO
5.7.2.	DOLOR
5.7.2.1.	al levantarse
5.7.2.2.	al realizar funciones
5.7.3.	MALOS HABITOS*****

* Diente Sano, es el órgano dentario que al momento de su revisión, no presenta alteraciones por caries (incluida la coronal, fracturas, atrición patológica, amelogenénesis imperfecta, fluorosis grado 4 ó mayor, ni tampoco en sus estructuras de soporte) además guarda una posición favorable para la rehabilitación protésica futura o presente.

** Diente sano rehabilitado, es el órgano dentario que habiendo recibido algún tratamiento odontológico existe las características mencionadas para diente sano.

*** Atrición patológica, es cuando se presenta erosión dentaria franca.

**** Malformaciones, es aquel que presenta alteraciones en su forma, debidas a factores genéticos (fluorosis), físicos (traumatismos) y hereditarios (amelogenénesis).

***** Malposición, cuando un órgano dentario guarda una posición desfavorable para la rehabilitación protésica.

***** Malos hábitos, cuando de manera consciente aprisiona sus dientes en su boca o objeto con ella o los utiliza en forma

7.0	MUCOSA	
7.1	TORUS	
7.1.1.	Lingual	
7.1.2.	Palatino	
7.2	IRRITACION	
7.2.1.	Localización _____	dimen. aprox. _____
7.2.2.	Generalizada	
7.3	CRECIMIENTOS ANORMALES DELIMITADOS NO ULCERATIVOS	
	Localización _____	dimen. aprox. _____
7.4	CRECIMIENTOS ANORMALES DELIMITADOS ULCERATIVOS	
	Localización _____	dimen. aprox. _____
7.5	CRECIMIENTOS ANORMALES DISEMINADOS ULCERATIVOS	
	Localización _____	dimen. aprox. _____
7.6	No presenta ninguna de las condiciones anteriores	
7.7.	LENGUA	
	Presenta algunas de las siguientes condiciones fisiopatológicas.	
7.7.1.	Anquilosis: Fusión entre la lengua y el piso de la boca.	
7.7.2.	Lengua hendida: Presenta un surco profundo en la línea media de la cara dorsal.	
7.7.3.	Lengua bifida: Hendida en su porción anterior por una fisura longitudinal.	
7.7.4.	Lengua fisurada: Presencia de fisuras dispuestas uniformemente que se irradian hacia adelante y atrás a partir del tercio medio de la lengua.	
7.7.5.	Lengua saburral: Presencia de saburra sobre el dorso de la lengua y entre sus papilas.	
7.7.6.	Lengua pilosa: Proliferación de las papilas filiformes que forman una gran placa gruesa sobre la superficie dorsal, varía de blanco amarillento a pardo o incluso negro.	
7.7.7.	No presenta ninguna de estas condiciones.	

PACIENTES DESDENTADOS

8.0 CLASIFICACION DEL REBORDE ALVEOLAR

8.1 CLASE I: Se refiere a una patología edéntula cuyos rebordes residuales superior e inferior conservan formas y contornos bien definidos, cubiertos por una mucosa sea, firme e indolora a la presión.

8.2 CLASE: II Aquellas bucas edéntulas cuyos rebordes residuales superior e inferior presentan contornos definidos pero con forma aguda, producto de la resorción de la cresta bucal y labial.

8.3 CLASE: III Cuando la boca edéntula presenta el reborde residual superior definido y una mucosa normal, pero el reborde residual superior definido y una mucosa normal, pero el reborde residual inferior con mayor resorción, crestas agudas en la zona anterior o agujeros mentonianos superficiales.

8.4 CLASE: IV Se consideran las bucas edéntulas con marcada resorción atrófica y progresiva de los rebordes residuales.

En la mandíbula se observarían las apófisis geni sobrepasando las crestas del reborde residual, una línea milohioides prominente y aguda, la línea oblicua externa y los agujeros mentonianos sobre la cresta residual.

9.0 EVALUACION PROTESICA

9.1 ESTABILIDAD Y RETENCION AL HABLAR

MB. Al realizar movimientos de apertura, cierre ~~pronunciación~~ palabras que lleven las consonantes d, t, r, rr, s, l. ejem: susana, dadas, ferrocarril, fumar, tortilla, no presenta alteración fonética debido a las dentaduras y además las prótesis no se desplazan de su sitio.

B. Cuando al pronunciar palabras clave (ferrocarril, susana, tortilla, etc), presenta alteraciones fonéticas debidas a la dentadura, sin desplazamiento de la misma.

R. Alteraciones fonéticas debidas a la dentadura, desplazamiento evidente de la misma para el observador.

M. Alteraciones fonéticas y desplazamiento evidente de las dentaduras que dificultan la comprensión de las palabras.

MM. Imposibilidad de comunicarse

9.2 AL COMER

MB. Posibilidad de efectuar los movimientos masticatorios sin que se presente desplazamiento ni molestias con ningún alimento.

B. Presencia de desplazamiento y/o molestias con alimentos duros (carne de res, zanahorias, piñazana), de tal magnitud que no impidan continuar con la masticación.

R. Presencia de desplazamiento y/o molestias con alimentos duros impidiendo la masticación, pero no con alimentos blandos (gelatinas, verduras y frutas cocidas).

M. Presencia de desplazamiento y/o molestias con alimentos duros y blandos, que dificultan la masticación.

MM. Dolor y desplazamiento que impiden la masticación con cualquier alimento.

9.3 POSICION HABITUAL

MB. Cuando no presenta alteraciones ni molestias, con las dentaduras colocadas y estando en posición de reposo.

B. Molestias tolerables con las dentaduras colocadas y en posición de reposo.

M. No tolera la dentadura en posición de reposo.

9.4 OCLUSION

MB. Contacto de todas las superficies oclusales superiores e inferiores en el momento del cierre mandibular, y que permanece estable.

B. Contacto de todas las superficies oclusales superiores e inferiores, pero con alteraciones tales como huecos y desplazamiento, perceptibles por el operador.

R. Existe contacto bilateral, pero **3 ó más dientes no hacen contacto y no hay molestias.** +

MM. Contacto unilateral

9.5 INTEGRIDAD

B. Dentadura completa, o cuando presente alguna fractura que no interfiera con la oclusión, sellado y no ocasione molestias.

R. Fracturas en 1 ó más dientes, pero que siga existiendo contacto bilateral y sellado periférico intacto.

M. Fracturas de dientes, que provoquen alteraciones en el contacto y alteraciones en el sellado periférico.

9.6 DISEÑO

B. Qué cubra las zonas protésicas indicadas para el maxilar y la mandíbula, además que no interfiera con las estructuras anatómicas (frenillos, fondo de saco, etc.).

R. Que no cubra las zonas protésicas o exista interferencia con las estructuras anatómicas.

M. Que no cubra las zonas protésicas y exista interferencia con las estructuras anatómicas.

9.7 USO DE ADHESIVOS

SI

NO

9.8 SINTOMATOLOGIA SUBJETIVA

9.8.1. Le gustan sus dentaduras

SI

NO

¿Por qué? _____

9.8.2. Cuidados de las prótesis

B. Aseo después de cada alimento.

R. Aseo 1 vez al día

M. Aseo menos de una vez al día

9.8.3 Hábitos

9.8.3.1. Aprieta sus dentaduras

SI

NO

9.8.3.2. Sostiene objetos con ellas

SI

NO

9.8.3.3. Juega con sus dentaduras

SI

NO

PASANTE RESPONSABLE

DR. RESPONSABLE

NOMBRE

NOMBRE

MR769/BRU/1984

RESULTADOS MUJERES IP

ESTADÍSTICAS DE LA POLICIA

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47	A V
68	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
72	0	0	0	0	1	1			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
69																8				8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
74	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
67	8	8	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8		1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1
65	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
66			8	8													6								6	6			6
64				2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
63	6	6			6	6	6			6			6	6							6								6
67	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
68	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
74	6	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	6	6	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2
69	8	8	2	2	2	2	2	2	2	2	8	0	0									8	8	8					4
70			8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8								8	8	8	8				8
68			0						0	0						8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	0		8
62	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0
77	8	8		8	8			8	8	8	8	8	8	8	8	8	8				8	8	8	8	8	8	8	8	8
68	8	8	8	8	6	8	8		8	6	0	0	8	8	0	8	0	0	6	8	8	8	8	6	0	0	0	0	8
69	2	2			2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
65			8			8											8	8	8	8				8	8				8

