

01421
50



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SEVERIDAD Y EXTENSIÓN DE LA
PERIODONTITIS EN LA CLÍNICA DE
PERIODONCIA DE LA DEPEI DE LA FO, UNAM.
2001-2002

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

CLAUDIA NELLY CAMACHO ARANZÚA

DIRECTOR: C.D. M.O. ANA PATRICIA VARGAS CASILLAS
ASESORA: C.D. MPH. DRA EN ODONTOLOGÍA AIDA
BORGES YAÑEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Gracias por darme la vida,
por haberme dado las fuerzas para no rendirme y
la oportunidad de realizarme como profesionalista.

A MIS PADRES

Elvia Aranzúa y José Luis Camacho

Por el amor y la confianza que depositaron en mi,
por brindarme todo su apoyo para formarme y
educarme, con lo cual he logrado subir un
peldaño más para terminar mi carrera profesional
por ser lo más importante en mi vida y por ser
un ejemplo a seguir de lucha y superación.
Los quiero mucho. Gracias

A MI HERMANA

Griselda

Gracias por tú apoyo y por acompañarme
en todo momento. Te quiero mucho

A MIS AMIGOS

Guadalupe Vanessa y Noe

Por brindarme su amistad incondicional,
por su confianza, porque han sido muy
importantes a lo largo de estos años,
porque juntos hemos compartido
momentos de alegría y de tristeza,
por esto y más mil gracias.
Los quiero mucho.

B

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



A MI TITULAR

Dra. Ana Patricia Vargas Casillas

Gracias por el tiempo tan valioso
que me dedico y por su apoyo brindado
para realizarme como profesionista.

A MI ASESORA

Dra. Alda Borges Yáñez

Muchas gracias por darme el tiempo
necesario para la realización de esta tesina.

Al Dr. Bernado Cruz Legorreta

Por su tiempo y apoyo brindado
Muchas gracias

A LA UNAM

Por el espacio y lugar que me brindó y por
saberme parte de una gran escuela.

Las cosas nos llegan cuando estamos listos para recibir las.
Disfruta del camino que te lleva a tus metas y no te sentirás
frustrado si tardas un poco en llegar.

Sabiduría ante todo; adquiere sabiduría;
y sobre todas tus posesiones adquiere
inteligencia.

Proverbios 4:7

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES	3
2.1 FACTORES DE RIESGO QUE AFECTAN LA PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.	6
2.2 CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES	8
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
4. JUSTIFICACIÓN	32
5. OBJETIVOS	
5.1 OBJETIVO GENERAL	33
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	33
6. METODOLOGÍA	
6.1 MATERIALES Y METODOS	35
6.2 TIPO DE ESTUDIO	35
6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO	35
6.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA	35
6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	36
6.6 VARIABLES	
6.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE	36
6.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE	37
6.7 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	39
7. RESULTADOS	40
7.1 SEVERIDAD Y EXTENSIÓN DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES	41
7.2 FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SEXO	42
7.3 FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR EDAD	42
7.4 FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTADO CIVIL	43
7.5 FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR OCUPACIÓN	44
7.6 INTERRELACIÓN DE SEVERIDAD Y EXTENSIÓN ENTRE DIAGNOSTICO Y SEXO	45
7.7 FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL ENTRE DIAGNOSTICO Y EDAD	46
7.8 INTERRELACIÓN DE SEVERIDAD Y EXTENSIÓN ENTRE DIAGNOSTICO Y EDAD AGRUPADA	48
7.9 INTERRELACIÓN DE SEVERIDAD Y EXTENSIÓN ENTRE DIAGNOSTICO Y ESTADO CIVIL	50
7.10 FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL ENTRE DIAGNOSTICO Y OCUPACIÓN	53
7.11 INTERRELACIÓN DE SEVERIDAD Y EXTENSIÓN ENTRE DIAGNOSTICO Y OCUPACIÓN	55
8. DISCUSIÓN	57
9. CONCLUSIONES	61
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
11. ANEXOS	
HISTORIA CLÍNICA	68
PERIODONTOGRAMA	69
BASE DE DATOS	70

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



1. INTRODUCCIÓN

La periodontitis es la enfermedad que más suele afectar a todos los componentes del periodonto, es una extensión de la inflamación de la encía al hueso adyacente, con lisis de las fibras gingivales, formación de bolsas periodontales y reabsorción ósea.¹

Actualmente se clasifica en: Periodontitis crónica localizada y generalizada y Periodontitis agresiva localizada y generalizada donde:

La periodontitis crónica es una enfermedad infecciosa que ocasiona la inflamación de los tejidos de soporte de los dientes, pérdida de inserción progresiva y pérdida ósea, es iniciada y mantenida por la placa bacteriana, pero los mecanismos de defensa juegan un papel integral en su patogénesis, es más prevalente en los adultos, pero puede presentarse en los niños y los adolescentes. La cantidad de la destrucción es consistente con la presencia de los factores locales. Esta caracterizada por la presencia de cálculo subgingival, formación de una bolsa y/o recesión gingival, asociada con un patrón microbiológico variable, tiene una velocidad de progresión lenta a moderada, pero puede tener periodos de rápida progresión. Puede estar asociada con factores locales predisponentes (ejem., factores relacionados con el diente o iatrogénicos), puede ser modificada por y/o asociada con enfermedades sistémicas (ejem., diabetes mellitus, infección por VIH). Puede ser clasificada en bases a la extensión y severidad.

Extensión: número de sitios involucrados y puede describirse como localizada o generalizada.

Severidad: se puede categorizar en base a la cantidad de pérdida de inserción (NIC), en ligera, moderada y severa.²

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



En la periodontitis agresiva: excepto por la presencia de periodontitis, los pacientes están clínicamente sanos, presentan una rápida pérdida de inserción y destrucción ósea, se clasifica en localizada y generalizada, la primera tiene un inicio circumpuberal, fuerte respuesta de los anticuerpos séricos a los agentes infecciosos, con daño periodontal en primer molar e incisivo permanentes con pérdida de inserción interproximal en al menos dos dientes y la segunda afecta a personas menores de 30 años de edad, pero pueden ser mayores, existe una deficiente respuesta de los anticuerpos séricos a los agentes infecciosos, pérdida de inserción interproximal generalizada afectando tres dientes permanentes, además de los primeros molares y de los incisivos.³

El área de periodoncia de la DEPel de la FO, UNAM, surge en 1972 formando especialistas de alto nivel, aunque a finales del siglo pasado fueron realizados estudios epidemiológicos en cuanto a la prevalencia de la enfermedad periodontal, a la fecha se desconoce la severidad y extensión que presentan las enfermedades periodontales tratadas en la clínica de periodoncia.

Por lo que el objetivo de este estudio fue determinar la severidad y extensión de la periodontitis crónica localizada y generalizada, y de la periodontitis agresiva localizada y generalizada, en la Clínica de Periodoncia de la DEPel de la FO UNAM 2001-2002, y la relación de estas enfermedades periodontales con la edad, sexo, estado civil y ocupación. Para realizar este estudio se utilizó una valoración total en 199 pacientes, tomando en cuenta los seis sitios por diente presentes en la cavidad bucal, incluyendo los terceros molares.



2. ANTECEDENTES

Los padecimientos más frecuentes de los tejidos periodontales son los procesos inflamatorios gingivales y las enfermedades periodontales; estas son infecciones microbianas relacionadas con la acumulación local de placa dental, cálculo y flora periodontal patógena subgingival.⁴

Las enfermedades periodontales son uno de los mayores problemas de la salud oral, sumamente común en la población humana y da como resultado la pérdida prematura de los dientes severamente afectados en los individuos.⁵

El estudio más temprano de la prevalencia de Periodontitis en humanos fue de Blick, (1918) quien determinó la presencia ó ausencia de resorción del hueso alveolar interdental en radiografías en 600 residentes del área de Chicago. El encontró evidencia de Periodontitis en el 13 % de los individuos de 20 – 24 años de edad, el 68 % entre los 30 y 39 años de edad y un 88 % en individuos alrededor de los 50 años de edad.⁶

A partir de este estudio muchos más se han realizado por todo el mundo.

Ramfjord en 1959 introdujo el Índice de Enfermedad periodontal (IEP), y el Índice Periodontal (IP) éste es un índice compuesto ya que evalúa a la gingivitis y la periodontitis en una misma escala, lo que destaco de esta clasificación fue el usar por primera vez una sonda periodontal, para valorar a la periodontitis y localizar el fondo de la bolsa periodontal.⁷



Ainamo y col., en el año de 1982 propusieron el Índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal Comunitario (INTPC), el cual nos dice que es un método para determinar las necesidades de los tratamientos en una comunidad y consiste en dividir la boca en sextantes y examinar todos los dientes que se encuentren y se registra el valor del sitio que presenta la mayor severidad de cada sextante.⁸

Los índices mencionados son índices epidemiológicos utilizados para describir la prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal, y no la extensión de la enfermedad periodontal.⁹

Carlos y col. en el año de 1986 desarrollaron el Índice de Severidad y Extensión (ISE), se refiere a la pérdida del nivel de inserción (distancia de la unión cemento esmalte [UCE] al fondo del surco gingival o fondo de la bolsa periodontal), la cual es determinada por sondas periodontales delgadas y milimetradas. Este índice utiliza dos cuadrantes al azar uno superior y otro inferior, la medida de la pérdida de inserción se registran de la superficie mesio-bucal y medio-bucal de todos los dientes permanentes. Este índice calcula la extensión de la enfermedad periodontal (por el número de sitios afectados) y la severidad (por el promedio de pérdida de inserción por sitio afectado) en un grupo que es valorado. Una de sus desventajas es que solo examina la mitad de la boca y deja de valorar más del 50 % de los individuos con enfermedad avanzada en un cuadrante y no incluye todos los sitios que tienen pérdida de inserción que se presentan en las caras linguales o palatinas.¹⁰



De 1985 a 1986 los estudios de la población de empleados de Estados Unidos, muestran que aproximadamente un 50% de los individuos entre 18 y 19 años de edad tienen uno o más sitios por lo menos con 2mm de pérdida de inserción, la prevalencia de la enfermedad se incrementa con la edad y a los 65 años un 90% la presenta siendo la destrucción más grave de 4mm o más, la cual se presenta en el 24% de adultos.¹¹

En nuestro país en la década de los 80's se trató de establecer la prevalencia de la periodontitis del adulto. Los primeros estudios fueron realizados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) (1982) y por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (1984) quienes utilizaron el Índice Periodontal (IP). La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología (AMFEO), (1984) utilizaron el Índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal Comunitario (INTPC). Sin embargo como Burt (1988) menciona, los datos epidemiológicos obtenidos deberían ser considerados con extrema precaución por la dudosa validez de los índices utilizados y recomendó que fueran utilizados como de interés histórico ya que utilizaron índices que califican dos enfermedades diferentes: gingivitis y periodontitis.¹²

En 1991 Jiménez y col. fueron los primeros que determinaron la prevalencia, severidad y extensión de la periodontitis del adulto en sujetos que acudieron a la Clínica de Admisión de la DEPEl de la FO de la UNAM, utilizando el Índice de Severidad y Extensión (ISE) en 349 pacientes, entre 13 – 89 años, los resultados fueron que el 43% de la población presentó al menos un sitio con pérdida de inserción ≥ 4 mm, el promedio de severidad fue del 1.7 mm y el porcentaje de extensión fue del 37 %.¹³



En 1996 Brown y col. publicaron el estado de Salud Periodontal en americanos de 1988 a 1991 de 7447 sujetos entre los 13 años en adelante. Donde la prevalencia fue de un 40 % de los individuos con un sitio con pérdida de inserción \geq a 3 mm y el 15 % de los individuos restantes tuvieron una pérdida de inserción \geq a 5 mm., y el promedio de pérdida de inserción fue de 2.5 mm.¹⁴

2.1 FACTORES DE RIESGO QUE AFECTAN LA PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.

Los factores de riesgo abarcan una extensa área de variables, incluyendo raza, sexo, edad y estado socioeconómico, así como también agentes físicos, biológicos y factores de conducta, otro factor de riesgo es la relación que existe entre el ambiente y el huésped, principalmente relacionada con la genética.¹⁵

Edad. La prevalencia de la enfermedad del periodonto aumenta de modo directo con el incremento de la edad, esto no significa que el envejecimiento cause un aumento en la prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal, sino que la progresión y los efectos acumulativos del padecimiento del periodonto son más graves en los adultos de mayor edad.^{16,17,18}

Género. En general, los hombres exhiben de manera uniforme prevalencia, severidad y extensión mayores de enfermedad periodontal que las mujeres.¹⁹



Raza. Al cotejar la prevalencia del padecimiento periodontal con pérdida de inserción ≥ 3 mm por grupo racial y étnico, la gente de raza negra exhibió una prevalencia mayor que la de raza blanca.²⁰

Educación. Este trastorno se relaciona de manera inversa con grados crecientes de educación, la prevalencia y la extensión de la pérdida de inserción ≥ 3 mm se relacionaron inversamente con grados mayores de educación.²⁰

Ingresos. La enfermedad del periodonto se relaciona inversamente con los grados crecientes de ingreso, ya que la prevalencia disminuyó casi 19% a medida que el ingreso aumento. Sin embargo, la extensión de la pérdida de inserción no disminuyó con ingresos crecientes.²⁰

Lugar de residencia. En general, la prevalencia y la severidad y extensión de la enfermedad periodontal son ligeramente mayores en zonas rurales que en las áreas urbanas.²⁰



2.2 CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES

Las clasificaciones de las enfermedades son útiles con fines diagnósticos, pronósticos y de planeación terapéutica. A través del tiempo se usaron diferentes clasificaciones de las enfermedades periodontales.²²

Los pensamientos que han guiado la clasificación de las enfermedades periodontales pueden colocarse dentro de tres paradigmas dominantes basados principalmente en las características clínicas de las enfermedades (~ 1870~1920), los conceptos de la patología clásica (~ 1920~1970), y la etiología infecciosa de las enfermedades (~ 1970 hasta el presente). Los sistemas de clasificación en la era moderna representan una mezcla de los tres paradigmas ya que existe una cierta validez en algunos de los pensamientos más tempranos acerca de la naturaleza de las enfermedades periodontales.^{23,24}

En el Workshop Mundial en Periodoncia Clínica de 1989 se sugirió una nueva clasificación de la periodontitis basada en la Infección / Respuesta del hospedero. La clasificación fue un refinamiento de una que había sido propuesta por Page & Schroeder en 1982²⁵ y una similar a la que había sido adoptada por la AAP en 1986.²³



Se enlistaron cinco tipos de enfermedad periodontal destructiva.

- I. Periodontitis del adulto
- II. Periodontitis de inicio temprano
 - A- Periodontitis prepuberal
 1. Generalizada
 2. Localizada
 - B- Periodontitis Juvenil
 1. Generalizada
 2. Localizada
 - C- Periodontitis rápidamente progresiva
- III. Periodontitis asociada con Enfermedad Sistémica
- IV. Periodontitis ulcerante necrosante
- V. Periodontitis refractaria

I. Periodontitis del adulto: Los hallazgos peculiares son la inflamación gingival, que surge de la acumulación de la placa, y la pérdida de inserción periodontal y hueso alveolar, que deriva en la formación de una bolsa. En muchos pacientes la inflamación gingival no es visible con la inspección y es posible identificarla sólo al examinar con una sonda periodontal.²⁶

II. Periodontitis de inicio temprano

- A. Periodontitis prepuberal:** Comienza antes de los 11 años en las denticiones primarias o mixta, y persiste a menudo luego de la pubertad. La periodontitis prepuberal se relaciona a menudo con enfermedades sistémicas. La periodontitis prepuberal aparece en el síndrome de Papillon-Lefevre, el síndrome de Down, las neutropenias, el síndrome de Chédiak-Higashi, la hipofosfatasa, las



leucemias aguda y subaguda, así como la adhesión leucocitaria deficiente.

En el síndrome de Papillon se caracteriza por lesiones cutáneas hiperqueratósicas, la afección periodontal consta de cambios inflamatorios precoces que conducen a la pérdida ósea y la exfoliación de los dientes. En el síndrome de Down la enfermedad periodontal se caracteriza por la formación de bolsas periodontales profundas.

1. Localizada: incluye sólo algunos dientes y se caracteriza por pérdida de inserción y de hueso alveolar, distribución molares e incisivos primarios, e inflamación gingival menor. Presencia de grietas gingivales y ulceraciones localizadas en el margen gingival.

2. Generalizada: incluye la mayoría de los dientes hay pérdida de hueso alveolar e inserción.²⁷

B. Periodontitis juvenil: La característica más notable es la falta de inflamación clínica, a pesar de la presencia de bolsas periodontales profundas, hay una cantidad pequeña de placa, movilidad dentaria y migración de los primeros molares y los incisivos, pérdida de inserción de 4 mm o más en los molares e incisivos. Pérdida vertical de hueso alveolar.²⁸

C. Periodontitis rápidamente progresiva: Pérdida de inserción de 4 mm o más que afecta por lo menos a ocho dientes, tiene una distribución de por lo menos tres dientes afectados fuera de molares e incisivos, edad de inicio antes de los 35 años.²⁸



III. Periodontitis asociada con Enfermedad Sistémica: Hay una pérdida de inserción avanzada que con frecuencia lleva a la exfoliación prematura de los dientes en niños, adolescentes y adultos jóvenes, la edad de iniciación es variable y depende de la enfermedad general. Afecta casi toda la dentición, presencia de inflamación grave de la encía marginal y adherente, asociación con enfermedades generales (con frecuencia de base genética) que conducen a una disminución de las defensas del huésped contra las infecciones bacterianas.²⁷

IV. Periodontitis ulcerante necrosante: se describen dos tipos de periodontitis ulcerante necrosante según su relación con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

a) Periodontitis ulcerante necrosante tipo no-SIDA: ocurre luego de prolongados episodios repetidos de gingivitis ulcerativa necrosante, se caracteriza por zonas de ulceración y necrosis en el margen gingival cubiertas por una pseudomembrana, un halo eritematoso que rodea al margen ulcerado. Presencia de cráteres óseos interdentes profundos, no se encuentran bolsas profundas.

b) Periodontitis ulcerante necrotizante relacionada con SIDA: se identifican lesiones que consisten en zonas extensas de necrosis del tejido blando con exposición del hueso y secuestro de fragmentos óseos, que a veces se extienden hacia la zona vestibular, el paladar, o ambos y se convierten en estomatosis necrosante.²⁸



V. Periodontitis refractaria: es un tipo de periodontitis que ocurre en adultos, con lesiones localizadas aisladas se relacionan con factores locales exacerbantes que ocurren luego del tratamiento, son sitios que no reaccionan al régimen periodontal mecánico de conservación se denominan sitios rebeldes, la encía aparece tumefacta con alteraciones en el color que van del rojo pálido al tono magenta, pérdida del puntilleo, márgenes gingivales romos y papilas aplanadas o con cráteres, hemorragia gingival y supuración.²⁶

Esta clasificación aunque firmemente basada en la Infección / Respuesta del hospedero, dependió excesivamente de la edad de los pacientes afectados y las velocidades de progresión.^{30,31}

El principal problema final de la clasificación de 1989 fue su arbitrariedad en la *edad* de los pacientes afectados o la *edad de inicio* de la enfermedad como lo fueron la Periodontitis del Adulto y la Periodontitis de inicio temprano, la línea divisoria entre estas dos categorías fue colocada arbitrariamente a la edad de 35 años de edad.²

Sin embargo, las diferentes formas de periodontitis propuestas en la clasificación compartían muchas características microbiológicas y de respuesta del hospedero lo cual sugiere un extenso traslape y heterogeneidad entre las categorías.²



Como consecuencia la clasificación de 1989 fue criticada después de su publicación y se propusieron diferentes sistemas: Ranney, sugirió la eliminación de la "Periodontitis Refractaria" ya que era un grupo heterogéneo e imposible de estandarizar el tratamiento que necesariamente habría de darse antes de hacer el diagnóstico, también recomendó la eliminación de "Periodontitis Asociada con Enfermedad Sistémica ya que la expresión de todas las formas de periodontitis puede ser modificada por algunas enfermedades o anomalías sistémicas, es mejor considerarlas como una categoría única.³²

La categoría de la enfermedad "Periodontitis Prepuberal" fue la primera que se cuestionó, se dijo que es probable que la mayoría de los niños prepuberales con una destrucción periodontal severa que afecta los dientes deciduos, probablemente tienen una enfermedad sistémica que aumenta su susceptibilidad a las infecciones bacterianas tal como: deficiencia de la adherencia del leucocito (DAL), inmunodeficiencia primaria congénita, defectos crónicos en los neutrófilos y neutropenia cíclica. Dichos pacientes habrían sido colocados adecuadamente bajo la categoría de "Periodontitis Asociada con Enfermedad Sistémica".³³

La velocidad a la cual la periodontitis progresa es altamente variable y depende de factores como:

- susceptibilidad innata o adquirida del hospedero
- composición y cantidad de la flora subgingival
- la naturaleza de las infecciones hospedero-bacteria genéticamente determinadas.³⁴



Los problemas, inconsistencias y deficiencias asociadas con la clasificación de 1989 llevó a una revisión del sistema actualmente usado. Esto se llevo a cabo en el Workshop Internacional de la Clasificación de las Enfermedades y condiciones Periodontales de 1999.³⁵

El resultado fue una clasificación que se basó mas en la Infección / Respuesta del hospedero, los cambios fueron agregar la categoría de gingivitis o categoría de enfermedad gingival, las categorías heterogéneas de periodontitis prepuberal, refractaria y rápidamente progresiva fueron eliminadas como entidades aisladas. La designación refractaria permanece en la nueva clasificación, pero no como una entidad sola.³⁵

Una comparación entre las clasificaciones de 1989 y la de 1999 pudiera llevar a la falsa idea de que todo lo que se hizo fue cambiar arbitrariamente los nombres de " Periodontitis del Adulto " a " Periodontitis Crónica " y " Periodontitis Juvenil " a " Periodontitis Agresiva ". Estos cambios se hicieron específicamente para eliminar las designaciones no válidas dependientes de la edad.³⁵

Para algunos periodoncistas, la selección del término " crónica " como reemplazo a la "adulta" para describir la forma más común de la periodontitis no es el adecuado ya que pudiera interpretarse que la enfermedad es permanente o incurable.



Sin embargo no hay datos que digan que los pacientes que han sido tratados de periodontitis estén "curados", puesto que no existen datos convincentes que muestren que los patógenos se han eliminado permanentemente. Realmente, las infecciones periodontales tienden a recurrir si no se sigue un riguroso programa de mantenimiento post-tratamiento.²

El sistema de clasificación propuesto por el Workshop Internacional para la Clasificación de las Enfermedades y Condiciones Periodontales de 1999, proporciona una nueva clasificación de las afecciones del periodonto y las dividen en dos categorías principales: enfermedades gingivales y periodontales.³⁵

- I. Enfermedades Gingivales
- II. Periodontitis Crónica
- III. Periodontitis Agresiva
- IV. Periodontitis como una Manifestación de Enfermedades Sistémicas
- V. Enfermedades Periodontales Necrotizantes
- VI. Abscesos del Periodonto
- VII. Periodontitis asociada con lesiones Endodóncicas
- VIII. Deformidades y Condiciones del desarrollo o Adquiridas



ENFERMEDADES GINGIVALES.

GINGIVITIS: es una inflamación de la encía, progresiva y reversible, que puede ser reconocida por los signos y síntomas que están confinados a la encía, la presencia de placa dental que inicia y/o exacerba la severidad de la lesión, signos clínicos de inflamación: contornos gingivales agrandados debido al edema o la fibrosis, cambio en la coloración de un rojo a un rojo azulado, temperatura del surco elevada, sangrado al estímulo, aumento en el exudado gingival. Signos y síntomas clínicos asociados con niveles de inserción estable en un periodonto sin pérdida de inserción o en un periodonto estable pero reducido. Regresión de la enfermedad al remover la etiología. Posible papel como precursor de la pérdida de inserción alrededor de los dientes. ³⁶

I.- Enfermedades Gingivales:

A. Enfermedades gingivales inducidas por placa dental

- 1.- Gingivitis asociada únicamente a placa dental.
- 2.- Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos
 - a.- Asociadas con el sistema endocrino.
 - 1) gingivitis asociada a la pubertad
 - 2) gingivitis asociada al ciclo menstrual
 - 3) asociada al embarazo
 - 4) gingivitis asociada a diabetes mellitus
 - b.- Asociada a discrasias sanguíneas
 - 1) gingivitis asociada a leucemia
 - 2) otras



- 3.- Enfermedades gingivales modificadas por medicamentos
 - a. Enfermedades gingivales influenciadas por medicamentos
 - 1) Agrandamientos gingivales influenciados por medicamentos
 - 2) gingivitis influenciada por medicamentos
 - a) gingivitis asociada a anticonceptivos orales
 - b) otros
 - 4.- Enfermedades gingivales modificadas por malnutrición
 - a. gingivitis por deficiencia de ácido ascórbico
 - b. otros
- B. Lesiones gingivales no inducidas por placa
- 1.- Enfermedades gingivales de origen bacteriano específico
 - 2.- Enfermedades gingivales de origen viral
 - 3.- Enfermedades gingivales de origen micótico
 - 4.- Lesiones gingivales de origen genético
 - 5.- Manifestaciones gingivales de condiciones sistémicas
 - 6.- Lesiones traumáticas
 - 7.- Reacciones a cuerpo extraño
 - 8.- No específico

1.- Gingivitis asociada únicamente a placa dental: la enfermedad comienza en el margen gingival, placa presente en el margen gingival, cambio de color de la encía, cambio en el contorno gingival, cambio en la temperatura del surco, aumento del exudado gingival, no existe pérdida ósea, ni pérdida de inserción, reversible con la remoción de la placa.



2.- Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos

a.- Asociadas con el sistema endocrino.

1) Gingivitis asociada a la pubertad: placa presente en el margen gingival, pronunciada respuesta inflamatoria de la encía, debe ser circumpuberal, cambio de color de la encía, aumento del exudado gingival, sangrado al estímulo, no hay pérdida ósea, ni pérdida de inserción. Reversible después de la pubertad.

2) Gingivitis asociada al ciclo menstrual: placa presente en el margen gingival, ligera respuesta inflamatoria de la encía antes de la ovulación, aumento en el exudado gingival 20% durante la ovulación, no hay pérdida ósea, ni pérdida de inserción, reversible.

3) Asociada al embarazo: placa presente en el margen gingival, pronunciada respuesta inflamatoria de la encía, inicio en el 3er trimestre, cambio de color de la encía, cambio en el contorno gingival, aumento del exudado gingival, no hay pérdida ósea, ni pérdida de inserción, reversible.

4) Gingivitis asociada a diabetes mellitus: placa presente en el margen gingival, pronunciada respuesta inflamatoria de la encía, cambio de color de la encía, cambio del contorno gingival, aumento del exudado gingival, sangrado al estímulo, comúnmente asociado a niños con diabetes tipo I, no hay pérdida ósea, ni pérdida de inserción, reversible con el estado diabético.



b.- Asociada a discrasias sanguíneas

1) Gingivitis asociada a leucemia: pronunciada respuesta inflamatoria de la encía en relación con la placa presente; sin embargo, la placa no es un prerrequisito para las lesiones orales, las lesiones gingivales se encuentran principalmente en leucemias agudas, se observa aumento en la papila interdental, sangrado al estímulo, la educación de la placa dental puede limitar la severidad de la lesión.

2) Otras

3.- Enfermedades gingivales modificadas por medicamentos

a. Enfermedades gingivales influenciadas por medicamentos

1) Agrandamientos gingivales influenciados por medicamentos: presenta una variación en el patrón interpaciente, predilección por la encía anterior, tiene una prevaletia más alta en niños, inicia alrededor de los tres meses, primero se observa el aumento en la papila interdental, cambio en el color de la encía, aumento del exudado gingival, sangrado al estímulo, se encuentra en la encía con o sin pérdida ósea pero no esta asociada con la pérdida de inserción.

2) Gingivitis influenciada por medicamentos

a) gingivitis asociada a anticonceptivos orales: placa presente en el margen gingival, pronunciada respuesta inflamatoria de la encía, cambio en el color de la encía, cambio en el contorno gingival con posible modificación del tamaño gingival, aumento en el exudado gingival, sangrado al estímulo, reversible.

b) otros



B. Lesiones gingivales no inducidas por placa

1.- Enfermedades gingivales de origen bacteriano específico: **lesiones asociadas a la Neisseria gonorrea, Treponema pallidum y especies estreptocóccicas.**

2.- **Enfermedades gingivales de origen viral:** infecciones por virus herpes como la gingivoestomatitis herpética primaria, herpes oral recurrente, infecciones por varicela-zoster.

3.- **Enfermedades gingivales de origen micótico:** infecciones por especies de Candida, candidosis gingival generalizada, eritema gingival lineal, histoplasmosis.

4.- **Lesiones gingivales de origen genético:** fibromatosis gingival hereditaria.

5.- **Manifestaciones gingivales de condiciones sistémicas:**

a. alteraciones muco cutáneas

- 1) liquen plano
- 2) penfigoide
- 3) pénfigo vulgaris
- 4) eritema multiforme
- 5) lupus eritematoso
- 6) inducido por fármacos



b. Reacciones alérgicas

1) materiales dentales restaurativos

- a) mercurio
- b) níquel
- c) acrílico

2) Reacciones atribuibles a:

- a) pastas dentales
- b) enjuagues bucales
- c) aditivos a las gomas de mascar
- d) comidas

6.- Lesiones traumáticas

- a. Daño químico
- b. Daño físico
- c. Daño térmico

7.- Reacciones a cuerpo extraño

8.- No específico

ENFERMEDADES PERIODONTALES.

PERIODONTITIS:

Es el tipo más frecuente de enfermedad periodontal y surge de la extensión del proceso inflamatorio iniciado en la encía hacia los tejidos periodontales de soporte.⁶



Es la enfermedad que más suele afectar a todos los componentes del periodonto, es una extensión de la inflamación de la encía al hueso adyacente, con lisis de las fibras gingivales, formación de bolsas periodontales y reabsorción ósea.¹

La periodontitis se cataloga según la velocidad con que avanza (progresiva lenta y progresiva rápida) y según la edad de inicio (periodontitis adulta y periodontitis de inicio precoz). Otras formas son la periodontitis ulcerativa necrosante.⁶

Se reemplaza la Periodontitis del adulto por Periodontitis Crónica y Periodontitis de Inicio Temprano por Periodontitis Agresiva.³⁴

II.- PERIODONTITIS CRÓNICA

Enfermedad infecciosa que ocasiona la inflamación de los tejidos de soporte de los dientes, pérdida de inserción progresiva y pérdida ósea. Es iniciada y mantenida por la placa bacteriana, pero los mecanismos de defensa juegan un papel integral en su patogénesis. La naturaleza progresiva de la enfermedad solamente puede confirmarse por exámenes repetidos. Mas prevalente en los adultos, pero puede presentarse en los niños y los adolescentes. La cantidad de la destrucción es consistente con la presencia de los factores locales.



El cálculo subgingival es un hallazgo frecuente. Asociada con un patrón microbiológico variable. Tiene una velocidad de progresión lenta a moderada, pero puede tener periodos de rápida progresión. Puede ser clasificada en bases a la extensión y severidad. Puede estar asociada con factores locales predisponentes (ejem. Factores relacionados con el diente o iatrogénicos). Puede ser modificada por y/o asociada con enfermedades sistémicas (ejem. Diabetes mellitus, infección por VIH). Puede ser modificada por otros factores a parte de las enfermedades sistémicas como son el tabaquismo y la tensión emocional.

- Está caracterizada por la formación de una bolsa y/o recesión gingival.
- Se le considera como la forma de periodontitis que más frecuentemente se presenta.
- Su inicio puede ser a cualquier edad pero se detecta más frecuentemente en los adultos.
- La prevalencia y la severidad de la enfermedad aumenta con la edad.
- Puede afectar a un número variable de dientes y tiene índices variables de progresión.²

Puede ser caracterizada por la extensión y severidad.

Extensión: número de sitios involucrados y puede describirse como localizada o generalizada.

Localizada: si es $\leq 30\%$ de los sitios están afectados.

Generalizada: si es $> 30\%$ de los sitios están afectados.



Severidad: se puede describir para toda la dentición o para un diente individual o sitios.

Se puede categorizar en base a la cantidad de pérdida de inserción (NIC)

Ligera = 1 a 2 mm de NIC

Moderada = 3 a 4 mm de NIC

Severa = \geq 5 mm de NIC

III.- PERIODONTITIS AGRESIVA.

a. Localizada

b. Generalizada

- Excepto por la presencia de periodontitis, los pacientes están clínicamente sanos.
- Rápida pérdida de inserción y destrucción ósea.

Las características secundarias que por lo general, pero no siempre están presentes son:

- Cantidades de depósitos microbianos inconsistentes con la severidad de la destrucción del tejido periodontal.
- Elevadas proporciones del *Actinobacillus actinomicetemcomitans* y, en algunas poblaciones, el *Porfiriomonas gingivalis* puede estar elevado.
- Anormalidades fagocíticas



- La progresión de la pérdida de inserción y de la pérdida ósea puede auto-detenerse.

A.- PERIODONTITIS AGRESIVA LOCALIZADA

- Inicio circumpuberal
- Fuerte respuesta de los anticuerpos séricos a los agentes infecciosos.
- Presentación localizada al primer molar/incisivo con pérdida de inserción interproximal en al menos dos dientes permanentes, uno de los cuales es un primer molar y no incluye mas de otros dos dientes que los primeros molares y los incisivos.

B. PERIODONTITIS AGRESIVA GENERALIZADA

- Por lo general afecta personas menores de los 30 años de edad, pero pueden ser mayores.
- Hay una pobre respuesta de los anticuerpos séricos a los agentes infecciosos.
- Pronunciada naturaleza episódica de la destrucción de inserción y del hueso alveolar.
- Pérdida de inserción interproximal generalizada afectando al menos tres dientes permanentes y otros además de los primeros molares y de los incisivos.



IV.- PERIODONTITIS COMO UNA MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS

A. Asociada a alteraciones hematológicas.

1. Neutropenia adquirida
2. Leucemias

B. Asociada con alteraciones genéticas.

1. Neutropenia
2. Síndrome de Down
3. Síndrome con deficiencia del leucocito
4. Síndrome de papillón-Lefèvre
5. Síndrome de Chediak-Higashi
6. Síndrome de Histiocitosis
7. Enfermedad del almacenamiento del glicógeno

8. Agranulocitosis genética infantil
9. Síndrome de Cohen
10. Síndrome de Ehlers-Danlos (Tipos IV y VIII)
11. Hipofosfatasia



V.- ENFERMEDADES PERIODONTALES NECROZANTES

A.- Gingivitis ulcerativa necrosantes (GUN)

Infección de la encía caracterizada por:

- Necrosis gingival presente en la papila
- Sangrado gingival
- Dolor
- Aliento fétido
- Presencia de una pseudomembrana
- Asociada con la presencia de: bacteria Fusiforme, Prevotella intermedia, espiroquetas.
- Factores predisponentes: tensión emocional, dieta deficiente, tabaquismo e infección por VIH.

B.- Periodontitis ulcerativa necrosante (PUN)

Infección caracterizada por:

- Necrosis de los tejidos gingivales, el ligamento periodontal y el hueso alveolar.
- Mas comúnmente observados en individuos con condiciones sistémicas incluyendo pero no limitadas a: Infección por VIH, malnutrición severa, inmunosupresión.



VI.- ABSCESOS EN EL PERIODONTO

- A. Absceso Gingival.-** Infección purulenta localizada que involucra el margen gingival y la papila interdental.
- B. Absceso Periodontal.-** Infección purulenta localizada dentro de los tejidos adyacentes a una bolsa periodontal que puede ocasionar la destrucción del ligamento periodontal y del hueso alveolar.
- C. Absceso Pericoronar.-** Infección purulenta localizada dentro del tejido que rodea a la corona de un diente parcialmente erupcionado.

VII.- PERIODONTITIS ASOCIADA CON LESIONES ENDODÓNICAS

- A. Lesiones periodontales – endodóncicas combinadas

VIII.- DEFORMIDADES Y CONDICIONES DEL DESARROLLO

- A. Factores localizados relacionados con el diente que modifican o predisponen a las enfermedades gingivales/periodontales inducidas por placa.
 - I. Factores anatómicos del diente
 - II. Restauraciones y aparatos dentales
 - III. Fracturas radiculares
 - IV. Resorción radicular cervical y perlas del cemento



B. Deformidades mucogingivales y condiciones alrededor de los dientes.

1. Recesión del tejido gingival/blando
 - a. superficies vestibular o lingual
 - b. interproximal (papila)
2. Falta de encía queratinizada
3. Vestíbulo poco profundo
4. Posición aberrante del frenillo/músculo
5. Exceso gingival
 - a. pseudobolsa
 - b. margen gingival inconsistente
 - c. muestra excesiva de la encía
 - d. agrandamiento gingival
6. Color anormal

D. Deformidades mucogingivales y condiciones en los rebordes edéntulos.

1. Deficiencia del reborde vertical/horizontal
2. Falta de tejido gingival/queratinizado
3. Agrandamiento del tejido gingival/blando
4. Posición aberrante del frenillo/músculo
5. Vestíbulo poco profundo
6. Color anormal

E. Trauma oclusal

1. Trauma oclusal primario
2. Trauma oclusal secundario



Trauma oclusal primario: lesión que ocasiona cambios en el tejido debido a fuerzas oclusales excesivas aplicadas a un diente que tiene un soporte normal. En presencia de niveles normales de hueso, niveles normales de inserción y fuerzas oclusales excesivas.

Trauma oclusal secundario: lesión que ocasiona cambios en los tejidos debido a fuerzas oclusales normales o excesivas aplicadas a un diente que tiene un soporte reducido, en presencia de pérdida ósea, pérdida de inserción, fuerzas oclusales " normales " o excesivas.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Dado que la enfermedad periodontal es uno de los padecimientos que se presentan con más frecuencia a nivel bucal y con mayor demanda de atención en la clínica de periodoncia de la DEPEI de la FO UNAM, se da a la tarea de realizar una investigación institucional, ya que se desconoce la severidad y extensión de las enfermedades periodontales (periodontitis crónica y agresiva) en los pacientes mayores de 20 años de edad que acuden a dicha clínica.



4. JUSTIFICACIÓN.

Al elaborar estudios con criterios de diagnóstico confiables, nos permitirá conocer y establecer la severidad y extensión de las enfermedades periodontales en la población de pacientes mayores de 20 años de edad, para planear y organizar programas de educación para la salud, prevención y diagnóstico temprano de las enfermedades periodontales.



5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la severidad y extensión de las enfermedades periodontales en una población de 477 adultos, que acudieron a la clínica de periodoncia del Departamento de Posgrado e Investigación durante la generación 2001-2002.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la severidad de la periodontitis crónica localizada.
- Determinar la severidad de la periodontitis crónica generalizada.
- Determinar la extensión de la periodontitis crónica localizada.
- Determinar la extensión de la periodontitis crónica generalizada.
- Determinar la severidad de la periodontitis agresiva localizada.
- Determinar la severidad de la periodontitis agresiva generalizada.
- Determinar la extensión de la periodontitis agresiva localizada.
- Determinar la extensión de la periodontitis agresiva generalizada.
- Determinar la severidad y extensión de la periodontitis crónica localizada por grupos de edad .
- Determinar la severidad y extensión de la periodontitis crónica generalizada por grupos de edad.
- Determinar la severidad y extensión de la periodontitis crónica localizada por grupos de sexo.
- Determinar la severidad y extensión de la periodontitis crónica generalizada por grupos de sexo.



-
- Determinar la severidad y extensión de la periodontitis agresiva localizada por grupos de sexo.
 - Determinar la severidad y extensión de la periodontitis agresiva generalizada por grupos de sexo.
 - Determinar la severidad y extensión de la periodontitis agresiva localizada por grupos de edad.
 - Determinar la severidad y extensión de la periodontitis agresiva generalizada por grupos de edad.
 - Determinar la severidad y extensión de la periodontitis crónica localizada por grupos de estado civil.
 - Determinar la severidad y extensión de la periodontitis crónica generalizada por grupos de estado civil.
 - Determinar la severidad y extensión de la periodontitis agresiva localizada por grupos de estado civil.
 - Determinar la severidad y extensión de la periodontitis agresiva generalizada por grupos de estado civil.
 - Determinar la severidad y extensión de la periodontitis crónica localizada por ocupación.
 - Determinar la severidad y extensión de la periodontitis crónica generalizada por ocupación.
 - Determinar la severidad y extensión de la periodontitis agresiva localizada por ocupación.
 - Determinar la severidad y extensión de la periodontitis agresiva generalizada por ocupación.



6. METODOLOGIA

6.1 MATERIALES Y METODOS

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, observacional, transversal

6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes de ambos sexos de 20 años de edad o más.

6.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se revisaron 477 expedientes, de los cuales se seleccionaron 199 expedientes cuyo diagnóstico fue de periodontitis. Estos expedientes fueron realizados durante la generación 2001-2002, en la clínica de periodoncia del DEPEL FO, UNAM por 6 estudiantes de posgrado en periodoncia. El expediente constaba de historia clínica, ficha periodontal, hoja de control de placa y hoja de evolución. (anexo 1)

De la historia clínica se tomó la edad, sexo, ocupación, estado civil, de la ficha periodontal se tomaron las profundidades al sondeo de todos los dientes presentes.



Los datos fueron vaciados y analizados por el programa de computación SPSS vs. 9. (Anexo 2.)

6.5 Criterios de inclusión

- Pacientes con sitios con profundidades al sondeo \geq de 4 mm.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes de 19 años de edad o más.

6.5 Criterios de exclusión

- Pacientes con periodontitis agresiva o crónica pero con enfermedades sistémicas.
- Pacientes para cirugía preprotésicas.
- Pacientes con agrandamientos gingivales.

6.6 VARIABLES

6.6.1 Variable Independiente

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Ocupación



6.6.2 Variable Dependiente

- Periodontitis crónica localizada y generalizada
- Periodontitis agresiva localizada y generalizada

Definición operacional y escala de medición

Periodontitis: Inflamación de los tejidos de soporte del diente causada por placa bacteriana, presenta cambios de destrucción progresiva provocando una pérdida ósea y ligamento periodontal con pérdida de inserción (migración apical del epitelio de unión).

Se clasifica de acuerdo a los grados de severidad en :

1. Leve: cuando exista una pérdida de inserción de 1 – 2 mm.
2. Moderada : una pérdida de inserción de 3 - 4 mm
3. Severa: pérdida de inserción \geq 5 mm.

Extensión: Porcentaje de sitios enfermos (suma del número de sitios afectados por una pérdida de inserción > 3 mm por 100 entre el total de sitios examinados) número de sitios involucrados y puede describirse como localizada o generalizada.

Localizada: si es \leq 30% de los sitios están afectados.

Generalizada: si es > 30 % de los sitios están afectados

Escala de medición (razón)



Severidad: se puede describir para toda la dentición o para un diente individual o sitios, como el promedio de pérdida de inserción $> 1\text{mm}$ (la suma de las pérdidas de inserción divididas entre el total de sitios enfermos).

Escala de medición (razón)

Edad: En años cumplidos

Escala de medición (intervalo)

Sexo: Femenino y Masculino

Escala de medición (nominal)

Estado civil: soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.

Escala de medición (nominal)

Ocupación: Hogar, empleado, jubilado, obrero, estudiante, profesional.

Escala de medición (nominal)



6.7 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Con los datos obtenidos se creó una base de datos, donde se capturó la información y fue analizada mediante la computadora con el programa estadístico SPSS 11.0.

La severidad se calculó como el promedio de pérdida de inserción > 1 mm, donde se sumaron las pérdidas de inserción > 1 mm y se dividieron entre el total de sitios enfermos.

Para calcular la extensión se representó como el porcentaje de la suma del número de sitios enfermos por 100 entre el total de sitios examinados.



7. RESULTADOS

Se revisaron 477 expedientes con diagnóstico de gingivitis, periodontitis, periodontitis con enfermedad sistémica, con problemas mucogingivales, y remitidos de otras clínicas, de los cuáles el número de expedientes que se seleccionaron con diagnóstico de periodontitis crónica localizada y generalizada y periodontitis agresiva localizada y generalizada fue de 199, en los cuales se calculó la severidad y extensión de las enfermedades periodontales, periodontitis crónica y periodontitis agresiva de los pacientes que acudieron a la clínica de Periodoncia de la DEPEI de la FO UNAM. 2001-2002. Esta revisión fue realizada por la autora de esta tesis.

Para la realización de este estudio se llevo a cabo una valoración total de los seis sitios por diente presentes en la cavidad bucal, incluyendo los terceros molares, para así calcular porcentajes de severidad y extensión de la periodontitis con relación al, sexo, edad, estado civil, ocupación.

Para determinar la severidad > 1 mm y para la extensión se tomo como criterio una profundidad al sondeo ≥ 3 mm.

De los 477 expedientes el 41.71% fue diagnosticado como periodontitis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



7.1 SEVERIDAD Y EXTENSIÓN DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES

En cuanto al diagnóstico de los 199 expedientes, el 16.6% se reporto con diagnostico de periodontitis crónica localizada con 33 expedientes, el 68.3% se reporto con periodontitis crónica generalizada, con 136 expedientes y el porcentaje acumulativo de la periodontitis crónica localizada y generalizada fue de 84.9%. Ahora bien en cuanto al diagnóstico de periodontitis agresiva localizada se reporto con 2%, con 4 expedientes y el 13.1% para periodontitis agresiva generalizada con 26 expedientes, el porcentaje acumulativo de la periodontitis agresiva localizada y generalizada fue de 15.1%. Con esto se puede concluir que el tipo de periodontitis que más se diagnóstico fue la periodontitis crónica generalizada. Ahora bien la mayor severidad y extensión lo reporto la periodontitis agresiva generalizada con 4.07,51.05%. (Tabla 1)

TABLA 1

SEVERIDAD Y EXTENSIÓN POR DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES DE LA CLINICA DE PERIODONCIA DE LA DEPEI DE LA FO UNAM, 2001-2002				
DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%	SEVERIDAD	EXTENSION
PERIODONTITIS CRÓNICA LOCALIZADA	33	16.6	2.30	8.28%
PERIODONTITIS CRÓNICA GENERALIZADA	136	68.3	3.33	35.69%
TOTAL	169	84.9		
PERIODONTITIS AGRESIVA LOCALIZADA	4	2.0	2.94	22.71%
PERIODONTITIS AGRESIVA GENERALIZADA	26	13.1	4.07	51.05%
TOTAL	30	15.1	3.25	32.89%
GLOBAL	199	100		

Fuente DEPEI (Depto de Periodoncia)
Los datos de severidad están dados en mm.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



7.2 FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SEXO

El sexo que predominó de un total de 199 expedientes fue al sexo femenino con 114 expedientes representando el 57.3 % de la muestra de estudio y el sexo masculino con 85 expedientes representando el 42.7% de la población de estudio. (Tabla 2)

TABLA 2

FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPOS DE SEXO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA DE PERIODONCIA DE LA DEPEJ DE LA FO UNAM. 2001-2002		
SEXO	FRECUENCIA	%
FEMENINO	114	57.3
MASCULINO	85	42.7
TOTAL	119	100

Fuente DEPEJ (Depto. Periodoncia)

7.3 FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR EDAD.

La edad se agrupó en 10 categorías, de las cuales la que predominó fue el grupo de 40 – 44 años con un total de 39 expedientes, representando el 20% del total de la muestra en estudio, seguida por el grupo de 45 – 49 años con un total de 33 expedientes representando el 16.5% y el grupo que tuvo una menor frecuencia fue de 20 – 24, así como el grupo de 25 –29 años representando el 5.5%. (Tabla 3)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



TABLA 3

FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPOS DE EDAD DE PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA DE PERIODONCIA DE LA DEPEJ DE LA FO UNAM. 2001-2002		
EDAD AGRUPADA	FRECUENCIA	%
20 - 24	11	5.5
25 - 29	11	5.5
30 - 34	13	6.5
35 - 39	14	7.0
40 - 44	39	20.0
45 - 49	33	16.5
50 - 54	28	14
55 - 59	21	10.5
60 - 64	13	6.5
65 +	16	8
TOTAL	199	100

Fuente DEPEJ (Depto. Periodoncia)

7.4 FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTADO CIVIL

El estado civil reportado en 199 expedientes, los casados tuvieron un total de 132 expedientes, representando el 60.3%, solteros con 41 expedientes, representando el 20.6%, divorciados tuvo un total de 14 expedientes, representando el 7%, viudos con un total de 7 expedientes, representando el 3.5%, unión libre con 3 expedientes representando el 1.5% y separados con 2 expedientes representando el 1%. Por lo tanto se puede decir que el estado civil que con mas frecuencia se presento a la clínica de periodoncia para un diagnóstico periodontal fueron los casados. (Tabla 4)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TABLA 4**

FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPOS DE ESTADO CIVIL DE PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA DE PERIODONCIA DE LA DEPEI FO UNAM, 2001-2002		
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
CASADO (A)	132	60.3
SOLTERO (A)	41	20.6
DIVORCIADO (A)	14	7.0
VIUDO (A)	7	3.5
UNION LIBRE	3	1.5
SEPARADO (A)	2	1
TOTAL	199	100

Fuente DEPEI (Depto. Periodoncia)

7.5 FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR OCUPACIÓN.

La ocupación fue reportada en los 199 expedientes, de los cuales la mas frecuente fue el hogar con 34%, empleado con 26.5%, obrero y profesional con 11.5%, jubilado con 6.5% y estudiante con 5% al igual que los desempleados con 5%. (Tabla 5)

TABLA 5

FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA DE PERIODONCIA DE LA DEPEI FO UNAM, 2001-2002		
OCUPACION	FRECUENCIA	%
HOGAR	67	34.0
EMPLEADO	53	26.5
OBRAERO	23	11.5
PROFESIONAL	23	11.5
JUBILADO	13	6.5
DESEMPLEADO	10	5
ESTUDIANTE	10	5
TOTAL	199	100

Fuente DEPEI (Depto. Periodoncia)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



7.6 INTERRELACION DE SEVERIDAD Y EXTENSIÓN ENTRE DIAGNÓSTICO Y SEXO.

La severidad y extensión que se obtuvo de la interrelación de diagnóstico y sexo de 199 expedientes revisados fue para periodontitis crónica localizada con una severidad de 2.31 y extensión de 9.38% en el sexo masculino y en el sexo femenino 2.29,7.81% respectivamente. La periodontitis crónica generalizada en el sexo masculino tuvo una severidad de 3.45 con una extensión de 37.6%, en el sexo femenino 3.22,33.89% respectivamente. En cuanto a la periodontitis agresiva localizada en el sexo masculino reporto una severidad de 2.81 con una extensión de 21.19%, el sexo femenino de 3.07,24.23% respectivamente y la periodontitis agresiva generalizada en el sexo masculino reporto una severidad de 4.48 con una extensión de 55.31% y el sexo femenino 3.89 ,49.15% respectivamente.

Con lo cual el tipo de periodontitis que más severidad y extensión reporto fue la periodontitis agresiva generalizada en el sexo masculino con una severidad de 4.48 y una extensión de 55.31%, en la periodontitis crónica generalizada nuevamente fue mayor en hombres. En cuanto al porcentaje de todos los tipos de periodontitis fue más frecuente en el sexo masculino. (Tabla 6)

**TABLA 6**

SEVERIDAD Y EXTENSION DE LA PERIODONTITIS Y TIPO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLINICA DE PERIODONCIA DE LA DEPEI DE LA FO UNAM. 2001-2002				
DIAGNOSTICO	SEXO	%	SEVERIDAD	EXTENSION
PERIODONTITIS CRÓNICA LOCALIZADA	MASCULINO	30.3	2.31	9.38 %
	FEMENINO	69.7	2.29	7.81 %
PERIODONTITIS CRÓNICA GENERALIZADA	MASCULINO	47.8	3.45	37.6 %
	FEMENINO	52.2	3.22	33.89 %
PERIODONTITIS AGRESIVA LOCALIZADA	MASCULINO	50	2.81	21.19 %
	FEMENINO	50	3.07	24.23 %
PERIODONTITIS AGRESIVA GENERALIZADA	MASCULINO	30.8	4.48	55.31 %
	FEMENINO	69.2	3.89	49.15 %

Fuente DEPEI (Deplo. Periodoncia)
Los datos de severidad están dados en mm.

7.7 FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL ENTRE DIAGNÓSTICO Y EDAD.

En cuanto al porcentaje de la periodontitis crónica localizada de 199 expedientes, dentro de los grupos de edad de 45 – 49 años tuvo el mayor porcentaje con 30.3% , dentro de la periodontitis crónica generalizada de 65 a + años tuvo el mayor porcentaje con 87.5%,dentro de la periodontitis agresiva localizada de 25 – 29 años tuvo el mayor porcentaje con 18.2% y dentro de la periodontitis agresiva generalizada de 20- 24 años y de 25 – 29 años tuvieron el mayor porcentaje con 54.5% ambos grupos de edad. (Tabla 7)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TABLA 7**

FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR DIAGNOSTICO Y GRUPOS DE EDAD DE LOS PACIENTES QUE ACUDIENON A LA CLÍNICA DE PERIODONCIA DE LA DEPEJ DE LA FO UNAM. 2001-2002

EDAD	DIAGNOSTICO			
	PERIODONTITIS CRÓNICA LOCALIZADA		PERIODONTITIS CRÓNICA GENERALIZADA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
20 - 24	1	9.1	4	36.4
25 - 29			3	27.3
30 - 34			10	76.9
35 - 49	2	14.3	10	71.4
40 - 44	5	12.8	27	69.2
45 - 49	10	30.3	21	63.6
50 - 54	6	21.4	22	78.6
55 - 59	5	23.8	14	66.7
60 - 64	2	15.4	11	84.6
65 o +	2	12.5	14	87.5
TOTAL	33		136	
EDAD	DIAGNOSTICO			
	PERIODONTITIS AGRESIVA LOCALIZADA		PERIODONTITIS AGRESIVA GENERALIZADA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
20 - 24			6	54.5
25 - 29	2	18.2	6	54.5
30 - 34			3	23.1
35 - 49			2	14.3
40 - 44	1	2.6	6	15.4
45 - 49			2	6.1
50 - 54				
55 - 59	1	4.8	1	4.8
60 - 64				
65 o +				
TOTAL	4		26	

Fuente DEPEJ (Depto. Periodoncia)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



7.8 INTERRELACION DE SEVERIDAD Y EXTENSIÓN ENTRE DIAGNÓSTICO Y EDAD AGRUPADA.

En cuanto a la severidad y extensión que se obtuvo de la interrelación de diagnóstico con grupos de edad de 199 expedientes revisados fue para la periodontitis crónica localizada de 25 – 29 años 2.43 y 47.40% respectivamente. La severidad y extensión para la periodontitis crónica generalizada fue de los 20 – 24 años 3.43 y 65.11% respectivamente, para la periodontitis agresiva localizada fue de 40 – 44 años 3.19 ,59.02% respectivamente, y para la periodontitis agresiva generalizada fue de 25 – 29 años 4.46 y 82.09% respectivamente.

Por lo tanto el mayor porcentaje de periodontitis crónica localizada lo tienen los pacientes de 45 a 49 años de edad con el 30.3%; la mayor severidad la presentaron los pacientes de 35 a 39 años de edad con 2.46 y la mayor extensión los de 25 a 29 años de edad con el 47.40%, se observa que se presentó primero la extensión y después la severidad. En cuanto al porcentaje de periodontitis crónica generalizada lo ocupan los pacientes de 65 o + años con 87.5%, la mayor severidad la presentaron los pacientes de 35 – 39 años con 3.58 y la mayor extensión los de 60 –64 años con 73.33%, esto es, se presenta primero la severidad y después la extensión y a mayor severidad mayor extensión y a mayor edad mayor severidad y extensión.

El mayor porcentaje de periodontitis agresiva localizada lo tienen los pacientes de 25 – 29 años de edad con un 18.2%, la mayor severidad y extensión la ocupan los de 40 – 44 años de edad con 3.19,59.02% respectivamente, y el mayor porcentaje de periodontitis agresiva generalizada lo ocupan los pacientes de 20 – 24 y de 25 – 29 años de edad con 54.5% cada grupo.



La mayor severidad se reporto en los pacientes de 55 – 59 años con 4.60 y la mayor extensión la ocupan los pacientes de 25 a 29 años de edad con 82.09%. (Tabla 8)

TABLA 8

SEVERIDAD Y EXTENSION POR DIAGNOSTICO Y EDAD AGRUPADA DE LOS PACIENTES QUE ASISTIERON A LA CLINICA DE PERIODONCIA DE LA DEPA DE LA FU UNAM 2001-2002				
DIAGNOSTICO	EDAD	FRECUENCIA	SEVERIDAD	EXTENSION
PERIODONTITIS CRÓNICA LOCALIZADA	25 – 29 A	5	2.43	47.40%
	30 – 34 A	2	2.32	31.95%
	35 – 39 A	1	2.46	36.80%
	40 – 44 A	5	2.41	45.02%
	45 – 49 A	7	2.09	33.38%
	50 – 54 A	4	2.31	42.66%
	55 – 59 A	4	2.24	33.44%
	60 – 64 A	2	2.38	45.65%
70 o +	3	2.32	37.24%	
PERIODONTITIS CRÓNICA GENERALIZADA	20 – 24 A	11	3.43	65.11%
	25 – 29 A	5	3.35	61.77%
	30 – 34 A	6	3.20	63.27%
	35 – 39 A	9	3.58	68.95%
	40 – 44 A	29	3.22	62.34%
	45 – 49 A	23	3.42	67.07%
	50 – 54 A	20	3.22	64.68%
	55 – 59 A	13	3.25	63.39%
	60 – 64 A	8	3.47	73.33%
	65 – 69 A	9	3.54	71.33%
70 o +	3	2.94	53.43%	
PERIODONTITIS AGRESIVA LOCALIZADA	40 – 44 A	1	3.19	59.02%
	50 – 54 A	2	2.90	54.86%
	70 o +	1	2.78	48.07%
PERIODONTITIS AGRESIVA GENERALIZADA	25 – 29 A	1	4.46	82.09%
	30 – 34 A	4	4.49	73.73%
	35 – 39 A	4	3.61	71.96%
	40 – 44 A	4	4.45	74.20%
	45 – 49 A	3	3.92	78.29%
	50 – 54 A	3	3.54	74.13%
	55 – 59 A	4	4.60	78.80%
	60 – 64 A	3	3.47	71.58%

Fuente DEPel (Deplo. Periodoncia)
Los datos de severidad están dados en mm

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



7.9 INTERRELACION DE SEVERIDAD Y EXTENSIÓN ENTRE DIAGNÓSTICO Y ESTADO CIVIL.

En cuanto a la severidad y extensión de la interrelación de diagnóstico y estado civil de 199 expedientes revisados fue para la periodontitis crónica localizada los viudos presentaron una severidad de 2.49 y una extensión de 9.2%, los divorciados 2.16,8.85% respectivamente, los casados 2.33,8.63% respectivamente, solteros 2.23,6.11% respectivamente, y unión libre 2.48,4.66% respectivamente.

En la periodontitis crónica generalizada los separados tuvieron la mayor severidad y extensión con 3.85 y 52.8% respectivamente, casados 3.43,37.0% respectivamente, los solteros con 3.14,33.3% respectivamente, divorciados con 3.11,33.5% respectivamente, unión libre 3.04,29.8% respectivamente y los viudos con 2.71,21.4% respectivamente.

Con respecto a la periodontitis agresiva localizada los casados presentaron la mayor severidad de 3.07 y una extensión de 42.2% y los solteros con 2.81,21.1% respectivamente.

En cuanto a la periodontitis agresiva generalizada presentaron una mayor severidad y extensión los divorciados de 6.16 y 82.3%, los casados con 4.07, 52.0% respectivamente, y los solteros tuvieron la menor con 3.84,45.8% respectivamente.



Se observa que la enfermedad periodontal que tuvo una severidad y extensión mayor fue la periodontitis agresiva generalizada con 6.16 y 83.3% respectivamente, en un paciente divorciado. Como no fue significativo no se tomo en cuenta, por lo tanto se considero que las periodontitis que mas severidad y extensión tuvieron fueron: periodontitis agresiva generalizada en pacientes casados con 4.07 y 52.0%, seguida de la periodontitis crónica generalizada con 3.43 y 37.0% respectivamente en pacientes casados. (Tabla 9)

El porcentaje de periodontitis crónica tanto localizada como generalizada que con mayor frecuencia se presento fue en los casados, y el porcentaje de periodontitis agresiva localizada y generalizada que con mayor frecuencia se presento fue en los solteros. (Tabla 9)



TABLA 9

SEVERIDAD Y EXTENSION POR DIAGNOSTICO Y ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLINICA DE PERIODONCIA DE LA DEPEI DE LA FO UNAM: 2001-2002					
DIAGNOSTICO	ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%	SEVER	EXTEN
PERIODONTITIS CRÓNICA LOCALIZADA	VIUDO (A)	2	6.1	2.49	9.2 %
	DIVORCIADO	6	18.2	2.16	8.8 %
	CASADO (A)	20	60.6	2.33	8.6 %
	SOLTERO (A)	4	12.1	2.23	6.1 %
	UNION LIBRE	1	3.0	2.48	4.6 %
PERIODONTITIS CRÓNICA GENERALIZADA	SEPARADO (A)	2	1.5	3.85	52.8 %
	CASADO (A)	94	69.1	3.43	37.0 %
	SOLTERO (A)	26	19.1	3.14	33.3 %
	DIVORCIADO	7	5.1	3.11	33.5 %
	UNION LIBRE	2	1.5	3.04	29.8 %
VIUDO (A)	2	3.7	2.71	21.4 %	
PERIODONTITIS AGRESIVA LOCALIZADA	CASADO (A)	2	50.0	3.07	24.1 %
	SOLTERO (A)	2	50.0	2.81	21.1 %
PERIODONTITIS AGRESIVA GENERALIZADA	DIVORCIADO	1	12.5	6.16	82.3 %
	CASADO (A)	16	37.5	4.07	52.0 %
	SOLTERO (A)	9	50.0	3.84	45.8 %
TOTAL	SEPARADO (A)	2		3.85	52.86 %
	CASADO (A)	132		3.33	34.35 %
	SOLTERO (A)	41		3.19	32.84 %
	DIVORCIADO	14		2.92	26.43 %
	UNION LIBRE	3		2.86	21.43 %
	VIUDO (A)	7		2.65	19.94 %

Fuente DEPEI (Depto. Periodoncia)
Los datos de severidad están dados en mm.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



7.10 FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL ENTRE DIAGNÓSTICO Y OCUPACIÓN.

En cuanto al porcentaje de ocupación dentro de la periodontitis crónica localizada fue mayor en los jubilados con 30.8%, dentro de la periodontitis crónica generalizada se presentó en mayor porcentaje en los obreros con 82.6%. Con respecto a la periodontitis agresiva localizada se presentó con mayor porcentaje en los estudiantes con 10.0% y el mayor porcentaje dentro de la periodontitis agresiva generalizada la presentaron los estudiantes con el 50.0%. (Tabla 10)



TABLA 10

FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR DIAGNÓSTICO Y OCUPACION DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA DE PERIODONCIA DE LA DEPA DE LA FO UNAM, 2001-2002				
OCUPACION	DIAGNOSTICO			
	PERIODONTITIS CRÓNICA LOCALIZADA		PERIODONTITIS CRÓNICA GENERALIZADA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
JUBILADO	4	30.8	9	69.2
PROFESIONAL	5	21.7	17	73.9
HOGAR	14	20.9	44	65.7
OBrero	4	17.4	19	82.6
ESTUDIANTE	1	10.0	3	30.0
EMPLEADO	5	9.4	36	67.9
DESEMPLEADO			8	80.0
TOTAL	31		26	
DIAGNOSTICO				
OCUPACION	PERIODONTITIS AGRESIVA LOCALIZADA		PERIODONTITIS AGRESIVA GENERALIZADA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
	ESTUDIANTE	1	10.0	5
DESEMPLEADO			2	20.0
EMPLEADO	2	3.8	10	18.9
HOGAR	1	1.5	8	11.9
PROFESIONAL			1	4.3
JUBILADO				
OBrero				
TOTAL	4		26	

Fuente DEPA (Depto. Periodoncia)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



7.11 INTERRELACION DE SEVERIDAD Y EXTENSIÓN ENTRE DIAGNÓSTICO Y OCUPACIÓN.

En cuanto a la severidad y extensión que se obtuvo de la interrelación de diagnóstico con ocupación de 199 expedientes revisados fue para la periodontitis crónica localizada donde los obreros presentaron 2.43,45.05% respectivamente. La mayor severidad y extensión de la periodontitis crónica generalizada fue para los empleados de 4.11,78.11% respectivamente. En la periodontitis agresiva localizada la mayor severidad y extensión reportada fue nuevamente para los obreros 3.01,52.80% respectivamente. En la periodontitis agresiva generalizada fue para los estudiantes con 4.33,77.79% respectivamente.(Tabla 11)

**TABLA 11**

SEVERIDAD Y EXTENSION POR DIAGNOSTICO Y OCUPACION DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLINICA DE PERIODONCIA DE LA DEPol DE LA FO UNAM. 2001-2002				
DIAGNOSTICO	OCUPACION	FRECUENCIA	SEVERIDAD	EXTENSION
PERIODONTITIS CRÓNICA LOCALIZADA	OBRERO	7	2.43	45.05%
	ESTUDIANTE	1	2.42	54.16%
	PROFESIONAL	2	2.34	36.55%
	HOGAR	14	2.33	41.93%
	PENSIONADO	5	2.14	32.22%
DESEMPLEADO	4	2.11	28.32%	
PERIODONTITIS CRÓNICA GENERALIZADA	EMPLEADO	6	4.11	78.17%
	HOGAR	48	3.33	64.50%
	OBRERO	42	3.31	65.06%
	PROFESIONAL	3	3.30	70.09%
	ESTUDIANTE	11	3.28	70.18%
	PENSIONADO	17	3.27	64.00%
DESEMPLEADO	9	3.09	57.65%	
PERIODONTITIS AGRESIVA LOCALIZADA	OBRERO	2	3.01	52.80%
	HOGAR	1	2.96	63.15%
	ESTUDIANTE	1	2.78	48.07%
PERIODONTITIS AGRESIVA GENERALIZADA	ESTUDIANTE	7	4.33	77.79%
	HOGAR	9	4.07	75.88%
	OBRERO	9	3.98	71.93%
	PENSIONADO	1	3.08	74.40%

Fuente DEPol (Depto. Periodoncia)

Los datos de severidad están dados en mm.

Al realizar la examinación del diente que fue más afectado se encontraron los segundos molares tanto superiores como inferiores y el sitio más afectado fue el mesial.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



8. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos de esta investigación serán de gran utilidad para futuros proyectos de análisis estadísticos y así poder relacionar los datos de severidad y extensión de las enfermedades periodontales de la población que acudió a la Clínica de Periodoncia de la DEPel de la FO UNAM en el periodo 2001-2002 con otros estudios de severidad y extensión.

En 1998 Albandar y col.³⁷ publicaron la prevalencia y extensión de las enfermedades periodontales de Americanos basados en el NHANES III (National Health and Nutrition Examination Survey III) de 1988 – 1994 en 9,689 sujetos de 30 a 90 años de edad, representando aproximadamente 105.8 millones de americanos civiles no institucionalizados; la prevalencia con una pérdida de inserción ≥ 3 mm fue de 53.1%. La prevalencia a la profundidad del sondeo ≥ 3 mm fue de 63.9% con un porcentaje de extensión de 35.7%.

Reporto que los dientes más afectados fueron los molares, incisivos y caninos inferiores con un porcentaje de 30.2%. En esta investigación fueron los segundos molares tanto superiores como inferiores.

Los sitios más afectados fueron los mesiales y la severidad de la periodontitis fue mayor en hombres, en la presente investigación también los sitios afectados fueron los mesiales al igual que la Dra. Rojo.

En 1991 Jiménez y col.¹⁰ examinaron 345 individuos en la Clínica de Admisión de la DEPel de la UNAM entre los 13 y 89 años de edad, encontraron una prevalencia del 43% en una pérdida de inserción ≥ 4 mm y un Índice de severidad del 1.77 y una extensión de 37.0%.¹³



Entre octubre de 1996 y julio de 1997 la Dra. Rojo B., examinó 438 pacientes que acudieron a la clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM entre los 30 y 83 años de edad, donde se encontró que el 66.9% de la población tuvo una pérdida de inserción ≥ 4 mm y un Índice de Severidad y Extensión de 2.27 y 55.60% respectivamente.

También reporto que la frecuencia es mayor en los sujetos de 40-49 años, los sitios mesiales tienen mayor pérdida de inserción y se presenta con mayor frecuencia en hombres y por último los viudos tienen mayor severidad y extensión de periodontitis.

En esta investigación se encontró una prevalencia de 41.7%, con profundidad de bolsa ≥ 1 mm y un índice de severidad y extensión de 3.23,32.89%.

Severidad y extensión de las enfermedades periodontales

De los 199 expedientes revisados, los cuales representaron el 41.7% de la muestra en estudio, el porcentaje de la periodontitis crónica a la profundidad del sondeo ≥ 3 mm fue de 84.9% y el porcentaje de la periodontitis agresiva fue de 15.1%. La severidad y extensión de ambas enfermedades periodontales fue de 3.23,32.89%. Esto significa que los pacientes atendidos tuvieron 3.23 mm de severidad y solo una tercera parte de la cavidad bucal está involucrada periodontalmente.



La severidad y extensión de la periodontitis crónica localizada fue de 2.31 y 9.38% respectivamente, se presentó con mayor frecuencia en el sexo masculino, entre los 25 y 29 años de edad, en los viudos y los estudiantes pero por no ser estos dos últimos estadísticamente significativo, se tomó en cuenta a los casados y a los obreros.

La mayor severidad la presentaron pacientes obreros entre los 35-39 años y la mayor extensión obreros entre los 25-29 años, por lo tanto podemos concluir, se presenta primero la extensión y después la severidad, esto se puede relacionar con los recursos económicos bajos, ya que los obreros y jubilados y la falta de motivación para la higiene bucal y el mayor porcentaje de este tipo de periodontitis lo presentaron los jubilados.

La severidad y extensión para la periodontitis crónica generalizada fue de 3.45, 37.6% respectivamente, fue mayor en el sexo masculino, la mayor severidad la presentaron los pacientes de 35-39 años que son empleados y la mayor extensión los jubilados de 60-64 años, se da con mayor frecuencia en los separados pero no fue estadísticamente significativo, la mayor severidad y extensión se presentó en los empleados, por lo tanto se observó que se presenta primero la severidad y a mayor edad mayor es la extensión. Nuevamente se debe a los bajos recursos económicos, la falta de motivación y al stress. Esto va en acuerdo con los resultados de Beck y Grossi quien establece que a mayor edad, mayor enfermedad.



La severidad y extensión para la periodontitis agresiva localizada fue de 3.07,24.24% respectivamente, se presentó con mayor frecuencia en el sexo femenino, en las casadas, entre los 40-44 años de edad y en las pacientes que se dedican al hogar, la mayor severidad la presentaron los obreros y la mayor extensión la presentó el hogar.

Pero el mayor porcentaje de este tipo de periodontitis lo presentan los estudiantes entre los 25-29 años de edad, lo cual hace que los datos no concuerden, interpretamos esto como una confusión por parte de los alumnos de diagnosticar periodontitis agresiva localizada en lugar de periodontitis crónica generalizada, y no se encontró ningún reporte que establezca que los estudiantes deben presentar periodontitis agresiva localizada.

La severidad y extensión para la periodontitis agresiva generalizada fue de 4.48,55.31% respectivamente, esto fue más frecuente en el sexo masculino, el mayor porcentaje lo presentaron los estudiantes al igual que la mayor severidad y extensión entre los grupos de edad de 20-24 y de 25-29 años. Por lo tanto primero se extiende la enfermedad y a mayor edad más es la profundidad.

Estos datos no se asemejan a los reportados por Jiménez (1.77,37%), ni a los de la Dra. Rojo (2.22,55.60%), la causa de estas diferencias es que tanto Jiménez como Rojo tomaron la población que acudió a la DEPel y en este estudio solamente se tomaron los pacientes que acudieron exclusivamente a la clínica de Periodoncia.

Se necesitan más estudios para poder comparar los resultados y obtener datos más precisos y confiables en cuanto al diagnóstico.



9. CONCLUSIONES

- El porcentaje de severidad y extensión de las enfermedades periodontales fue de 3.25 y 32.89 respectivamente.
- A mayor extensión de las enfermedades periodontales mayor es la severidad.
- Las enfermedades periodontales se presentan con mayor frecuencia en los hombres.
- La severidad y extensión de todos los tipos de periodontitis fue mayor en los pacientes de 35 – 39 años de edad y en el sexo masculino.
- Los pacientes viudos presentaron mayor severidad y extensión de las enfermedades periodontales, pero este resultado no fue estadísticamente significativo ya que solo fue un paciente.
- En cuanto a la ocupación los que presentaron mayor severidad y extensión fueron los empleados en la periodontitis crónica.
- Los casados presentaron el mayor porcentaje de periodontitis crónica localizada y generalizada.
- Los estudiantes representaron el mayor porcentaje de periodontitis agresiva localizada y generalizada.



-
- Los dientes más afectados fueron los segundos molares.
 - Los sitios que se reportaron más afectados fueron los mesiales.



10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Prichard J.Rosenberg E. Diagnóstico. En Prichard J eds. Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Periodontal en la práctica odontológica general. Buenos Aires:Medica Panamericana,1982:96-110.
- 2.- Armitage GC. *Classifying periodontal diseases – a long-standing dilemma.* Periodontol 2000, 2002;(30):9-23.
- 3.- *Parameter on Aggressive Periodontitis.* J Periodontol 2000; (71):867-869.
- 4.-Genco J. Robert. Periodoncia. 1ra edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México D.F. 1993.
- 5.-Williams David M. Hughes Francis J, Odell Edward W. Pathology of Periodontal Disease, segunda edición, Editorial Oxford medical publications 1992, 2-15.
- 6.-Schluger Saul, Moudelis Ralph, Page C. Ray, Johnson H. Robert. Periodontal diseases, second edirtion, U.S.A, Ed Lea & Febigar,1990:72-87.
- 7.-Ramfjord.SP, Arbor A. *Indices for Prevalence and Incidence of Periodontal Disease.* J Periodontol, 1959; (30):51-59.
- 8.-Ainamo,J, Barmes, D. Beagle. G Curtes T., Martin. J. *Development of the World Health Organization (WHO) Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN)* Int Dent J. 1982; (32):281-291.
- 9.-Marks RG. Magnusson I, Taylor M. Clouser B. *Evaluation of rehablity and reproducibility of dental indices.* J Clin Periodontol, 1993;(20):54-58.
- 10.-Carlos JP. Wolfe MD. Kingman A: *The Extent and Severity Index; a simple meted for use in epidemiologic studies of periodontol disease.* J Clin Periodontol, 1986;(13):500-505.
- 11.-Lindhe J et al. Periodontología Clínica. Segunda edición. Panamericana. Buenos Aires Argentina, 1989:70-86.
- 12.-Burt BA: *The distribution of periodontal destruction in the populations of industrialized countries. In Periodontal diseases. Markers of disease susceptibility and activity.*1991:1-26.



- 13.-Jímenez GG, Herrera ER, Borges YA. Prevalencia, severidad y extensión de Periodontitis en sujetos adultos que acudieron a la clínica de admisión de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la UNAM. PO, 1995; vol.16, No.1.
- 14.-Brown LJ, Brunelle JA, Kingman A. *Periodontal Status in the United State 1981-91: Prevalence, Extent, and Demographic Variation*. J Dent Res, 75:1996:672-683.
- 15.-Galgut P. Epidemiology in the Study of Periodontal Disease. En Galgut P. Dowsett S. eds. *Periodontics: Current Concepts and Treatment Strategies* Epidemiology in the Study of Periodontal Disease. State United: Martin Dunitz, 2001:15-26.
- 16.-Grossi S, Zambon J, Koch G, Ho A, Dunford R, Machtei E, Norderyd O, Genco R (1994). *Assessment of risk for periodontal disease. I Risk Indicators for attachment loss*. J. Periodontol(65):260-267.
- 17.-Beck J. Epidemiology of periodontal disease in older adults. En Ellen R eds. *Periodontal care for Older Adults*. Toronto: Canadian Scholars Press, 1992:9-35.
- 18.-Beck J. *Methods of assessing risk for periodontitis and developing multifactorial models*. J Periodontol. 1994(65):468-478.
- 19.-Beck JD, Löe H. *Epidemiological principles in studying periodontal disease*. Periodontology 2000, 1993;(2):34.
- 20.-Beck J, Koch G, Rozier R, Tudor G. Prevalence and risk indicators for periodontal attachment loss in a population of older community-dwelling blacks and whites. J Periodontol, 1990(61):521-528.
- 21.-Oliver RC, Brown LJ, Löe H. *Variations in the prevalence and extent of periodontitis*. J Am Dent Assoc, 1991;(122):43.
- 22.-Carranza A. Fermín. *Periodontología Clínica*. Mc Graw-Hill Interamericana, octava edición, México, 1998;(4):62-65.



- 23.-American Academy of Periodontology. Consensus report. Discussion section I. Eds: Nevins M, Becker W, Kornman K. *Proceedings of the World Workshop in Clinical Periodontics*. Chicago: American Academy of Periodontology, 1989:(1):23-32.
- 24.-Attström R, van der Velden U. Consensus report (epidemiology). In: Lang, NP, Karring, T. *Proceedings of 1st European Workshop on Periodontics*. London: Quintessence Publishing Co., 1994:120-126.
- 25.-Page RC, Schroeder HE. *Discussion. Periodontitis in Man and Other Animals. A Comparative Review*. Basel: S Karger, 1982:222-239.
- 26.-Carranza F, Adams D, Newman M. Periodontitis de avance lento. En Carranza F, Newman M eds. *Periodontología Clínica*. México:Mc Graw-Hill Interamericana, 1998:349-352.
- 27.-Carranza F. Periodontitis prepuberal y juvenil. En Carranza F, Newman M eds. *Periodontología Clínica*. México:McGraw-Hill Interamericana, 1998:360-367.
- 28.-Tonetti M, Mombelli A. Periodontitis Precoz. En Lindhe J, Karring T, Lang N. eds. *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. Madrid España:Medica Panamericana, 2000:229-260.
- 29.-Carranza F, Adams D, Newman M. Periodontitis de avance rápido, Periodontitis ulcerativa necrosante y periodontitis rebelde. En Carranza F, Newman M eds. *Periodontología Clínica*. México:McGraw-Hill Interamericana, 1998:353-359.
- 30.-Page RC, Altman LC, Ebersole JL, Williams BL. *Rapidly progressive periodontitis*. A distinct clinical condition. *J Periodontol* 1983;(54):197-209.
- 31.-Page RC, Bowen T, Altman L, Mackenzie P. *Prepuberal periodontitis*. I. Definition of a clinical disease entity. *J Periodontol* 1983;(54):257-271.
- 32.- 21.-Ranney RR. *Classification of periodontal diseases*. *Periodontol* 2000, 1993;(2):13-25.



-
- 33.-Meyle J. *Leukocyte adhesion deficiency and prepubertal periodontitis*. Periodontol 2000, 1994;(6):26-36.
- 34.-Darveau RP, Tanner A, Page RC. *The microbial challenge in periodontitis*. Periodontol 2000, 1997;(14):12-32.
- 35.-Armitage GC. *Development of a classification system for periodontal diseases and conditions*. Ann Periodontol 1999;(4):1-6.
- 36.-Annals of Periodontology, Clasificación de las enfermedades periodontales y condiciones periodontales;1999 Internacional Workshop.
- 37.-Albandar JM, Brunelle JA, Kingman A. *Destructive Periodontal Disease in Adults 30 Years of Age and Older in the United States, 1988-1994*. J Periodontol 1999;(70):13-29.



ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
HISTORIA CLÍNICA GENERAL.**

FECHA: ____/____/____
Día Mes Año

EXPEDIENTE N°: ____/____/____
Número Unidad Clínica Turno

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre del paciente:		Apellido paterno		Apellido materno		Nombre (s)		Edad:		Años		Sexo:		M o F	
Domicilio:		Calle		N°		Colonia		Código postal		Delegación o Estado					
Teléfono:		Estado civil:		Ocupación:											
De domicilio		Soltero, casado, viudo, etc.		Arma de casa, empleado, obrero											
Escolaridad:		Lugar de nacimiento.		Interrogatorio:											
Especificar grado escolar		Entidad federativa o país		Directo o indirecto											

2. PADECIMIENTO ACTUAL.

<p>Debe anotarse en este inciso la causa por la cual asiste el paciente. Señalar la fecha de inicio y después hacer la descripción de cada síntoma en orden cronológico, duración, intensidad, periodicidad, localización, radiación, relación con alimentos, movimientos, factores que lo calman y lo aumentan. Estudios realizados, diagnósticos anteriores, terapéutica empleada y respuesta a la misma.</p>	
---	--

3. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

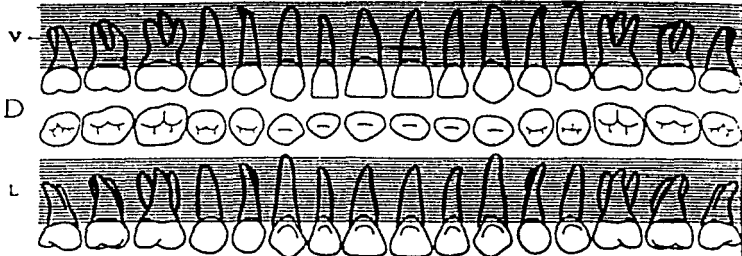
Mencionar la sintomatología que puede tener el paciente en el MOMENTO ACTUAL, no la del pasado.	
<p>DIGESTIVO: Disfagia, odinofagia, hiporexia, polifagia, proxis, regurgitación, eructos, náusea, vómito, dolor abdominal, flatulencia, distensión abdominal, hematemesis, melena, diarrea, estreñimiento, prurito anal, sangrado anal, tolerancia a los alimentos, ictericia, otros.</p>	
<p>RESPIRATORIO: Rinorrea, epistaxis, obstrucción o prurito nasal, estornudos, disfonía, tos, expectoración, disnea, cianosis, hemoptisis, dolor torácico, otros.</p>	
<p>CARDIOVASCULAR: Palpitaciones, disnea, cianosis, dolor precordial, edema, síncope o lipotimia, tolerancia al ejercicio, otros.</p>	
<p>ENDÓCRINO: Poluria, polidipsia, polifagia, pérdida de vello axilar o púbico, hirsutismo, ginecomastia, cambios de voz, tolerancia a frío o calor, crecimiento estatural (facial, manos, pies) lento o rápido, variación del peso corporal, diaforesis, sequedad cutánea, nerviosismo, temblor, hiperactividad, acumulo anormal de grasa, acné, exoftalmos, libido, otros.</p>	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

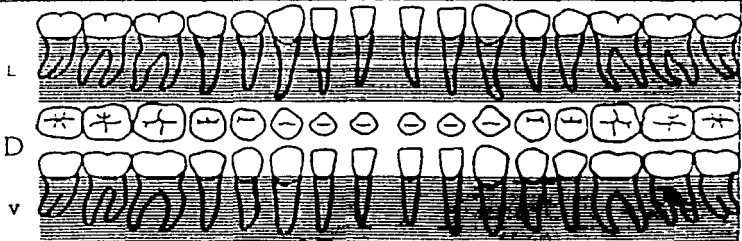


Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

IS																				
PB																				
UCE																				
NI																				
PLACA																				
CALC.																				
SUP																				
NOY																				
MICRO																				



IS																				
PB																				
UCE																				
NI																				
IS																				
PB																				
UCE																				
NI																				



IS																				
PB																				
UCE																				
NI																				
PLACA																				
CALC.																				
SUP																				
NOY																				
MICRO																				

Diagnostico : _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



C:\Bolsasperiodontales\CeludiaNellyCamacho.sev

	id	sexo	edad	edo_chi	ocupacio
1	77	2	59	2	1
2	78	1	67	2	5
3	79	2	41	2	1
4	80	2	55	1	1
5	109	2	20	2	13
6	110	2	80	3	1
7	111	2	69	2	1
8	112	1	79	2	5
9	1	2	52	2	1
10	2	1	51	2	5
11	3	2	41	2	1
12	4	2	52	4	11

	sever	numer	denom	extens	ago
1	3.21	26.00	42.00	61.90	8.00
2	3.88	115.00	156.00	73.72	10.00
3	2.60	91.00	162.00	56.17	5.00
4	2.82	76.00	162.00	46.91	8.00
5	4.01	149.00	192.00	77.50	1.00
6	2.33	54.00	144.00	37.50	10.00
7	2.92	64.00	102.00	62.75	10.00
8	2.94	89.00	126.00	70.63	10.00
9	2.30	63.00	168.00	37.50	7.00
10	3.62	70.00	96.00	72.92	7.00

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN