



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

FRECUENCIA DE TRATAMIENTOS PERIODONTALES  
REALIZADOS EN LA CLÍNICA DE PERIODONCIA, F.O.  
UNAM.

**TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A:

ISRAEL VELÁZQUEZ HERRERA

TUTOR: Esp. FERNANDO BETANZOS SÁNCHEZ

ASESOR: Esp. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA



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.



*Mama Tamen y Papa Lí, gracias por estar ahí, siempre constantes desde que sabían que venía en camino hasta el día de hoy, no tengo palabras para decirles cuanto los amo y sepan que siempre estaré ahí para ustedes en todo momento, gracias por todo su apoyo en cada cosa que decido hacer, de verdad gracias.*

*Cheto gracias hermano por estar conmigo en todo momento, por jugar y divertirme a mi lado siempre, sabes que en las buenas y en las malas, ahí voy a estar para ti y que te quiero mucho y que tu ayuda en particular para realizar este trabajo fue lo que hizo la diferencia. Gracias por aguantarme tortuga.*

*Ari pechocha muchas gracias por estar a mi lado en esta etapa final de la universidad, tu apoyo ha sido muy importante para mí y para mi trabajo, juntos saldremos adelante en todas las cosas de esta vida, tienes mi palabra, te amo.*

*Jenny, Juan Carlos, Fernando y Hamtarita, los tengo en mi pensamiento siempre, gracias por ser de mis primeros pacientitos y brindarme su confianza, los quiero mucho.*

*A todos y cada uno de mis primos, gracias por cada momento, por compartir todo este tiempo conmigo, por hacerme sentir orgulloso de tener una familia como la que tengo.*

*Zaza, gracias por empezar a picar piedra conmigo en este duro comienzo de la vida profesional, nos va a ir bien te lo aseguro.*

*Dr. Betanzos muchas gracias por todo el tiempo que invirtió en este trabajo, valoro mucho la dedicación y el esfuerzo por sacar esto adelante, mil gracias.*

*Dr. Díaz de León gracias por todo el conocimiento que me brindó no solo en la realización de esta tesina, sino a lo largo de toda la carrera, gracias por todo.*

*A todos mis maestros les agradezco la formación que recibí por parte de ustedes, poco a poco y gracias a ustedes hoy soy quien soy.*

*A todos los amigos que encontré a lo largo de esta carrera, sepan que me encantó recorrer este camino junto a ustedes, son de lo mejor. Clínica Vallejo, definitivamente el mejor año de la carrera.*



## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. ANTECEDENTES	6
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
4. JUSTIFICACIÓN	22
5. OBJETIVO	23
5.1 General	23
5.2 Específico	23
6. METODOLOGÍA	24
6.1 Material y Métodos	24
6.2 Población de estudio y muestra	25
6.3 Criterios de inclusión	25
6.4 Criterios de exclusión	26
6.5 Variables de estudio	26
6.6 Variable dependiente	26
6.7 Variable independiente	26
7. RESULTADOS	27
8. DISCUSIÓN	34
9. CONCLUSIONES	35
10. FUENTES DE INFORMACIÓN	36
11. ANEXOS	39



## 1. INTRODUCCIÓN

La caries dental y la enfermedad periodontal son dos de las patologías más frecuentes en la cavidad bucal y son la causa más común de las pérdidas de órganos dentarios, siendo un problema de salud pública nacional y mundial, ya que gran parte de los presupuestos de las secretarías de salud nacional y estatal van enfocadas a los tratamientos y no a la prevención de éstas enfermedades, que a la larga resultaría mas económico para el país y menos traumático o costoso para la población.

Por esta razón se deberían implementar medidas de prevención con el fin de concientizar a la población para que realice medidas de prevención, y no solo tratar de enfocarse en la solución de la enfermedad cuando ya ésta establecida, ya que muchas veces es demasiado tarde para solucionar el problema, una por falta de conocimientos de los pacientes o por falta de habilidad del operador o en la mayoría de las veces la enfermedad periodontal se encuentra en una etapa avanzada siendo la solución la extracción de órganos dentarios.

El propósito de éste trabajo es conocer la frecuencia de los tratamientos periodontales que se realizan en la clínica de periodoncia de acuerdo a la población que acude a la facultad a solicitar atención odontológica. En éste estudio retrospectivo se establecerá la frecuencia de los tratamientos periodontales realizados así como la prevalencia de las enfermedades periodontales en los últimos dos ciclos escolares en la clínica de periodoncia.



Si revisamos los tratamientos que se realizan a nivel periodontal podríamos tratar de establecer el momento en donde los pacientes comienzan a preocuparse por sus órganos dentarios y de ésta manera establecer medidas preventivas enfocadas específicamente a dichas alteraciones.



## 2. ANTECEDENTES

La prevalencia de enfermedades bucodentales en el entorno mexicano moderno parece ser alta en general, se encuentra frecuentemente documentada en forma parcial, y con tendencias aparentemente al alza en algunas entidades patológicas. Las enfermedades periodontales crónicas destructivas, parecen en general estar incrementándose.<sup>1</sup>

La salud es un derecho constitucional de los mexicanos y representa un bien estratégico para el desarrollo del país, por esto se requieren programas preventivos que reconozcan los logros y avances del Sistema de Salud, que identifique las nuevas y cada vez más complejas necesidades de la población y aprovechen las oportunidades para ampliar su cobertura, calidad y eficiencia.<sup>2</sup>

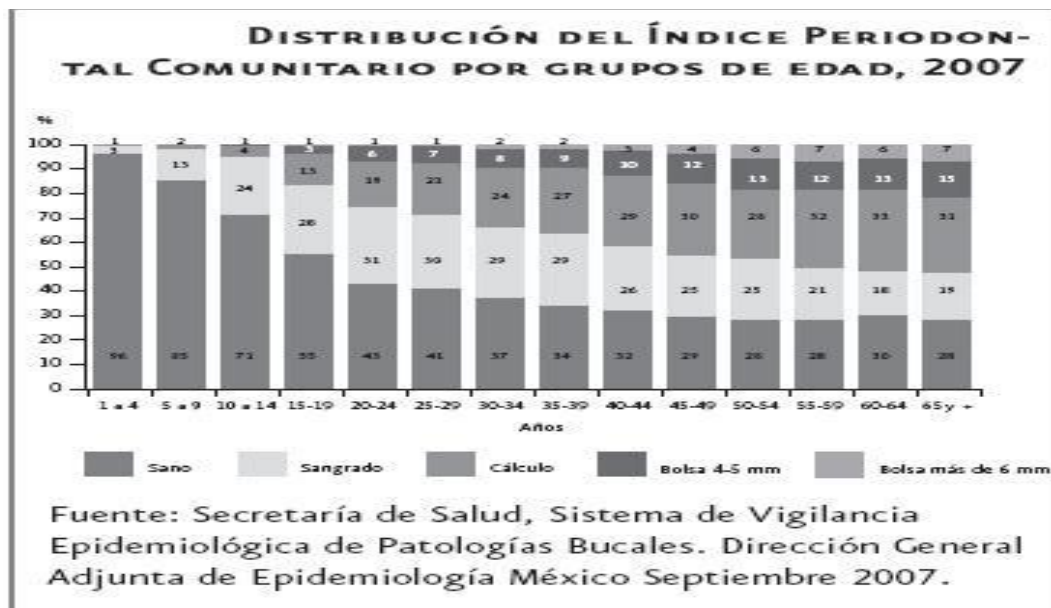
El mayor énfasis se pone en desarrollar Políticas Globales en Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, coordinadas con el resto de los Programas y Estrategias de Salud de las Instituciones del Sector Salud a fin de mejorar la eficacia y fortalecer las alianzas estratégicas con objetivos comunes.<sup>2</sup>

El actual significado, más amplio de la salud bucal, no disminuye la importancia de las dos enfermedades bucales principales, caries dental y enfermedad periodontal, ambas se pueden prevenir y controlar con eficacia con una combinación de acciones entre la comunidad, el profesional y la acción individual.<sup>2</sup>

De acuerdo con los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales 2007 (SIVEPAB), con información de usuarios que acuden a los servicios de salud odontológicos, 100% padece caries dental y 53% de la población muestra presenta algún grado de enfermedad periodontal, por lo que se requiere conocer el comportamiento de éstas patologías en el resto de la población.<sup>2</sup>

En cuanto a las enfermedades periodontales, la población usuaria muestra una prevalencia promedio de 70% en el grupo de 30 a 50 años de edad, en el que se presentan las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor frecuencia.

En mujeres en edad reproductiva esta cifra es de 60%, lo que resulta de una falta de cultura de la higiene bucal.<sup>2</sup>(Gráfica 1.)



Gráfica 1. Distribución del índice periodontal comunitario por grupos de edad, 2007.<sup>2</sup>





El plan de tratamiento debe estar encaminado a solucionar los principales problemas de los pacientes, problemas que no en todos los casos son su principal preocupación. Es por esto que el enfoque debe ser multidisciplinario.<sup>3</sup>

El titular de la Secretaría de Salud (SS) precisó que para este 2009 la dependencia a su cargo destinará 11 mil millones de pesos de su presupuesto para la prevención de enfermedades, entre las cuales se incluyen las dentales.<sup>4</sup>

Es necesario continuar con un apoyo para el registro de las enfermedades periodontales en México, que en edad adulta causan problemas de masticación en un gran porcentaje de la población en México.<sup>4</sup>

Las enfermedades periodontales después de la caries dental siguen siendo una de las causas principales de pérdida de la dentición natural y esto ocurre en pacientes cada vez más jóvenes.<sup>5</sup>

Los factores predisponentes para la presencia de enfermedad periodontal crónica se encuentran la edad, el género, el estrés, el nivel socioeconómico y como factor condicionante el tipo de bacterias presentes en la placa dentobacteriana.<sup>6</sup>

Así se ha observado que la severidad de la enfermedad aumenta con la edad, que existe mayor prevalencia en mujeres vinculada a los cambios hormonales de la etapa puberal, los periodos de estrés disminuyen la respuesta inmune del organismo, y se ha asociado al nivel socioeconómico bajo que se caracteriza por hábitos higiénicos y dietéticos deficientes.<sup>6</sup>



En la revisión de Juárez menciona que un estudio del 2001 informó que las personas que cepillaban sus dientes una vez o menos al día tenían susceptibilidad dos veces mayor a la pérdida de la adherencia epitelial.<sup>6</sup>

Datos de las poblaciones en Europa y Estados Unidos apuntan a una disminución en la prevalencia de las enfermedades periodontales. Éstas disminuciones se encuentran principalmente en la gingivitis y la periodontitis leve y moderada. El único estudio que permite una comparación en el tiempo de las formas más graves de periodontitis no muestra algún cambio en la prevalencia. Sin embargo, esta observación es confundida principalmente por la pérdida de dientes.<sup>7</sup>

Una estimación de las tendencias de prevalencia a lo largo del tiempo son esenciales para la determinación de las necesidades de tratamiento, la identificación de los factores determinantes del cambio en la prevalencia, y el costo-efectividad posterior al análisis para asignar adecuadamente por vía oral recursos de atención de salud a fin de lograr el máximo beneficio para la población.<sup>7</sup>

Un estudio en Estados Unidos muestra que aunque los de raza negra y los mexicano-americanos en general mostraron peores perfiles a través de la educación, ingreso, seguro médico, el tiempo desde última visita al dentista, diabetes y tabaquismo; los de raza blanca, aunque tuvieran algunas mejoras en la educación, ingresos, seguro dental y tabaco, para los de raza negra y los mexicano-norteamericanos entre el NHANES III (Third National Health and Nutrition Examination Survey 1988-94) y la NHANES 1999-2000 (National Health and Nutrition Examination Survey). La proporción de personas sin seguro de salud y la prevalencia de la diabetes aumentó entre las encuestas de todos los grupos raciales o étnicos.<sup>8</sup>



Los de raza negra y los méxico-americanos mostraron peores condiciones clínicas periodontales que los de raza blanca, la prevalencia global de la periodontitis fue de 7.3% siendo que los negros mostraron la mayor prevalencia de periodontitis con 11.4%, seguidos por los mexicano-americanos 6.9% y los blancos 6.7%.<sup>8</sup>

Los mexicano-americanos nacidos en Estados Unidos mostraron prevalencia más baja que sus contrapartes nacidos en el extranjero.<sup>8</sup>

En cuanto a los tratamientos un trabajo de Alcantar habla de la frecuencia de tratamientos de cirugía plástica periodontal realizados en periodoncia tanto en el posgrado de endoperiodontología de la FESI y posgrado de periodoncia de CU.<sup>9</sup>

La frecuencia en el plan de tratamientos de los pacientes con cirugía plástica periodontal en el Posgrado de Periodoncia de C.U. fue Cobertura Radicular con un 45%, seguido por Alargamiento de Corona con un 23%.<sup>9</sup>

La mayor frecuencia en el plan de tratamiento de los pacientes con cirugía plástica periodontal en el posgrado de Endoperiodontología de la FESI fue Alargamiento de Corona con 58%, seguido por Alargamiento de Reborde con un 21%.<sup>9</sup>

### *Raspado y alisado radicular*

En cuanto a los tratamientos tenemos que el raspado radicular, combinado con el control personal de placa bacteriana, se utiliza para la reducción de la inflamación clínica, cambios microbianos hacia una flora bacteriana subgingival menos patogénica, reducción de la profundidad en el sondeo y ganancia clínica del nivel de inserción.<sup>10</sup>



El raspado radicular es un procedimiento que requiere una técnica minuciosa y dedicada. Aunque se ha documentado que las condiciones clínicas, generalmente mejoran después del raspado radicular, algunos sitios no responden a ésta terapia.<sup>10</sup>

El agregado del curetaje gingival al raspado radicular en el tratamiento de la periodontitis generalizada, con bolsas periodontales supra óseas poco profundas no reduce significativamente la profundidad de las mismas o la ganancia de inserción cuando lo comparamos con los resultados de la eliminación de cálculo dental y raspado radicular.<sup>10</sup>

Varias semanas después de completarse el procedimiento de raspado radicular y de haber establecido los esfuerzos para desarrollar un control personal de la placa bacteriana, se debe realizar una reevaluación para determinar las respuestas del tratamiento. Varios factores deben considerarse en aquellos sitios que continúan exhibiendo signos de enfermedad. Deberán ser necesarias instrucciones adicionales y motivación sobre el control personal de placa bacteriana.<sup>10</sup>

El raspado y alisado radicular es un procedimiento indispensable para el tratamiento de la enfermedad periodontal. Sin embargo, no sólo son eliminadas las bacterias y el cálculo de la superficie radicular, sino también cemento y partes de la dentina. Ésta técnica descubre los túbulos dentinarios y al estar expuestos al medio bucal, la dentina se ve afectada por una gran variedad de estímulos como los bacterianos, químicos, físicos y mecánicos.<sup>11</sup>



Se ha observado que la terapia periodontal es uno de los tratamientos que ocasionan mayor hipersensibilidad dentinaria (84%) comparado con las otras disciplinas odontológicas. Es por ello, que especialmente el raspado y alisado radicular se ha considerado como un factor importante en la etiología de la hipersensibilidad dentinaria.<sup>11</sup>

### *Recesión gingival*

La recesión del tejido marginal gingival es definida como el desplazamiento del margen gingival apical a la unión cemento-esmalte con la exposición de la superficie radicular al ambiente bucal. Otros autores la definen como la migración apical del margen gingival a lo largo de la superficie radicular. Carranza afirma que la recesión consiste en la exposición de la superficie radicular por una desviación apical en la posición de la encía. Para comprender cuál es su significado, es preciso diferenciar entre las posturas real y aparente de la encía. La posición real corresponde al nivel de la inserción epitelial en el diente, mientras que la aparente es la altura de la cresta del margen gingival, así la posición real de la encía, no su ubicación aparente, determina la gravedad de la recesión.<sup>12,13</sup>

La encía que presenta recesión se encuentra a menudo inflamada, pero puede ser normal excepto por su posición. La recesión se localiza en ocasiones en un diente en una sola superficie, en un grupo de dientes o puede generalizarse a través de la boca.<sup>13,14</sup>

La recesión gingival aumenta con la edad. Su incidencia varía desde 8% en los niños hasta 100% luego de los 50 años de edad. Informes recientes indican que hay una prevalencia substancial en el aumento de las recesiones en la población mundial, incrementándose significativamente



después de la quinta década. Esto motiva a que ciertos investigadores supongan que la recesión es un proceso fisiológico vinculado con el envejecimiento.<sup>14</sup>

Sin embargo, aún no se presentan pruebas convincentes sobre un cambio fisiológico de la inserción gingival. La migración apical gradual es, con mucha probabilidad, el resultado del efecto acumulativo de una afección patológica menor, los traumatismos menores directos y repetidos a la encía, o ambos. En poblaciones que presentan buenas medidas de higiene oral las recesiones marginales son más frecuentes en las superficies bucales y parece ser más común en dientes unirradiculares que en molares. En contraste las recesiones se encuentran cerca de todas las superficies dentarias en los pacientes comprometidos periodontalmente.<sup>12,15,16</sup>

Al mismo tiempo, se ha enfocado la atención en los aspectos etiológicos, implicando muchos factores en la recesión gingival. Al menos tres tipos de recesiones gingivales pueden considerarse: recesiones asociadas a factores mecánicos, predominantemente técnicas de cepillado inadecuadas, frenillos traccionantes y factores iatrogénicos, recesiones asociadas a lesiones inflamatorias inducidas por placa bacteriana, en casos de dehiscencias asociadas a periodonto delgado y en casos de dientes en malposición, y recesiones asociadas a formas generalizadas de enfermedad periodontal destructiva.<sup>16</sup>

Su etiología está determinada por una serie de factores predisponentes y desencadenantes. Los factores predisponentes pueden ser anatómicos y asociados a trauma oclusal. Los anatómicos incluyen escasa encía adherida, malposición dentaria y apiñamiento, prominencia radicular, dehiscencias óseas e inserción alta de frenillos que causan la tracción del margen



gingival. Los asociados a trauma oclusal abarcan anatomía del tejido óseo alveolar circundante a la raíz del diente e intensidad y duración del trauma.<sup>17</sup>

Para corregir los defectos mucogingivales y cubrir las superficies denudadas de las raíces se han propuesto varias técnicas de cirugía mucogingival:<sup>18</sup>

- A. Autoinjertos pediculados: colgajos rotacionales o desplazados coronalmente<sup>18</sup>
- B. Autoinjertos de tejidos blandos libres: gingival libre y tejido conectivo subepitelial.<sup>18</sup>
- C. Técnicas quirúrgicas basadas en regeneración tisular guiada (RTG), con membranas reabsorbibles o no reabsorbibles.<sup>18</sup>
- D. Injerto dérmico acelular.<sup>18</sup>

#### *Injerto gingival libre*

Ésta técnica quirúrgica fue descrita por Sullivan y Atkins en 1968 con el objetivo de aumentar el grosor de encía queratinizada y posteriormente modificada por Miller en 1982 para el cubrimiento de recesiones radiculares<sup>17,19,20</sup>

Los pasos quirúrgicos para el cubrimiento radicular con injerto gingival libre son los siguientes:



A) Preparación del lecho receptor: se prepara un colgajo de espesor parcial que se extiende en sentido apical unos 5 mm más allá de la dehiscencia ósea y en sentido mesiodistal alcanza un diente más a cada lado de la zona a tratar. La incisión será horizontal con el bisturí orientado perpendicularmente a la base de las papilas, a nivel de la línea amelocementaria o coronal a ésta. Se extiende hasta casi el ángulo diedro de los dientes adyacentes a los dientes a tratar. Con esta incisión coronal se busca una buena adaptación entre el injerto y la base de las papilas y una correcta vascularización del tejido donante.

De las incisiones horizontales parten dos incisiones verticales paralelas entre sí, que se prolongan hasta la porción apical del lecho receptor ya preparado. Mediante el bisturí o tijeras, se disecciona la encía hasta obtener un lecho perióstico firme e inmóvil.<sup>21</sup>

B) Preparación de la superficie radicular. Haciendo uso de curetas y/o fresas se acondicionan las superficies radiculares a cubrir eliminando el cálculo y cemento necrótico. Si la curvatura de las raíces es exagerada se puede intentar reducir la convexidad, consiguiendo al mismo tiempo la reducción de la dimensión mesiodistal de la raíz y la disminución entre el plano óseo y el plano radicular, evitando la creación de espacios muertos al adaptar el tejido donante al lecho receptor. La proporción entre el área avascular y el área vascular debe ser favorable a la segunda. Ésta es la base para el procedimiento del injerto aunque el acondicionamiento radicular también puede hacerse por métodos químicos como el ácido cítrico o el clorhidrato de tetraciclina. En sus estudios, Miller preconizó el uso del ácido cítrico con el fin de eliminar la capa de barrillo dentinario, facilitar la formación de una nueva inserción de tejido fibroso por la exposición de las fibras de colágeno de la dentina y permitir la unión de éstas fibras con las del tejido conectivo





del injerto. Sin embargo, en estudios controlados donde se comparaba la misma técnica con y sin aplicación del ácido no se observaron diferencias clínicamente significativas.<sup>20,22,23,24</sup>

C) Obtención del tejido donante: previamente debemos analizar algunas consideraciones anatómicas como el grosor de la fibromucosa palatina o la altura de la bóveda palatina. En bóvedas planas el riesgo de seccionar la arteria palatina es mayor, se aconseja, por tanto, evitar zonas adyacentes al segundo molar.

Según Sullivan y Atkins, el aspecto más importante es la obtención del tejido donante de manera atraumática, evitando lesionar los vasos que pueden comprometer la vascularización. Las incisiones serán en ángulo recto y no biseladas, consiguiendo un grosor uniforme. Estudios de Soehren, Allen, Cutright y Seibert señalan que un injerto de 1.5 mm de grosor parece ser el que mayor índice de supervivencia obtiene ante una raíz desnuda<sup>19,24</sup>

D) Sutura: se precisa la fijación del tejido donante al lecho receptor. Se recomienda el uso de suturas de 4-0 o 5-0 reabsorbibles o no reabsorbibles. El borde coronal del injerto se une con la base de las papilas mediante puntos de sutura simples. Se realizan puntos de sutura en cruz que compriman el tejido donante contra las raíces del lecho receptor.

Entre las diferentes técnicas de sutura existentes destacamos las suturas suspensorias, que no perforan el tejido donante, se anclan en el periostio y alrededor de los dientes y comprimen el injerto contra el lecho receptor. La inmovilización del injerto es importante para su supervivencia. Se aconseja realizar presión durante cinco minutos sobre el injerto para desplazar la sangre por debajo de éste y conseguir aproximar el lecho al injerto<sup>20</sup>



El cubrimiento radicular también puede realizarse en dos fases quirúrgicas. En 1975, Bernimoulin la describió de la siguiente manera: primero se realiza un injerto gingival libre apical a la zona con recesión para aumentar la encía queratinizada y pasadas seis semanas, se recoloca coronalmente el injerto para conseguir el cubrimiento radicular. Ésta técnica ha ido perdiendo aceptación debido a las ventajas que ofrece la técnica de Miller, que en un solo paso consigue el cubrimiento radicular de forma predecible en el 89.9% de los casos, con un cubrimiento radicular completo.<sup>20,25</sup>

#### *Injerto de tejido conectivo subepitelial*

En 1985, Langer y Langer fueron los primeros autores en describir el uso del injerto de tejido conectivo subepitelial. Éste procedimiento permite aumentar la cantidad de encía queratinizada, así como conseguir cubrimiento radicular<sup>26</sup>.

El tejido conectivo donante es obtenido del interior de la fibromucosa palatina. Posteriormente es colocado sobre un lecho receptor en la zona afectada y se cubre por un colgajo reposicionado coronalmente.

Con el objetivo de disminuir al máximo el riesgo en la vascularización del injerto, esta técnica ha sufrido modificaciones en el diseño del lecho; en 1985, Raetzke hizo posible la inserción del tejido a través de un sobre, mientras que Allen lo consiguió mediante la técnica de tunelización.<sup>27,28</sup>

En la literatura se describen diferentes variantes de la técnica según el tipo de colgajo que cubrirá el tejido conectivo en el lecho receptor y también según la técnica de obtención del injerto de la zona palatina donante.<sup>18</sup>



### *Sentido coronal*

Descrita por Langer y Langer en 1985, se realiza para el tratamiento de recesiones localizadas y generalizadas. Con ella se busca aumentar la predictibilidad en el cubrimiento radicular de zonas amplias y profundas del maxilar. Se hace una primera incisión horizontal a nivel de la línea amelocementaria en el espacio interpapilar, y con una incisión intrasulcular conectamos las anteriores.<sup>26</sup>

Las verticales liberadoras parten de las horizontales y van biseladas hacia el centro del colgajo sobrepasando la línea mucogingival. De ésta manera levantaremos un colgajo de espesor parcial.<sup>18</sup>

Se acondiciona mecánicamente las raíces a cubrir con raspado y alisado y sin la aplicación de acondicionadores radiculares. El tejido conectivo se obtiene con un ribete de epitelio, el cual se coloca en la zona marginal de la recesión.<sup>18</sup>

Se fija el injerto al lecho receptor con puntos de sutura preferiblemente reabsorbible de 5-0 o 6-0. Para obtener el cubrimiento del tejido donante desplazaremos el colgajo en sentido coronal y lo fijamos con puntos de sutura suspensoria en la parte coronal y con puntos simples en las descargas.<sup>18</sup>

El injerto está provisto de una doble vascularización que proviene del tejido conectivo del lecho y del tejido conectivo del colgajo. Además de una mayor vascularización del injerto con esta técnica buscamos un mejor resultado estético, y al realizar un abordaje palatino menos traumático conseguimos minimizar las molestias postoperatorias<sup>26</sup>.



La técnica original de Langer y Langer no preconiza el cubrimiento total del tejido conectivo con el colgajo; en cambio, en 1986 Nelson describió la técnica cubriendo totalmente el tejido conectivo para asegurar la viabilidad del injerto<sup>26,29</sup>

### *Frenilectomia*

Los frenillos labiales (*frenulum labii*) se definen como pliegues sagitales de la mucosa alveolar insertados por un lado en el interior de la porción media del labio y, por otro lado, en la encía. Normalmente, el frenillo labial inferior tiene forma reducida en comparación con el superior.<sup>30</sup>

El frenillo labial está sujeto a ciertas variaciones según su forma, tamaño y posición. Algunos son amplios y resistentes, otros son finos y frágiles. El frenillo simple es el que más prevalece, insertándose el labial superior en la encía adherida en la línea media intermaxilar entre los incisivos centrales y el labial inferior en la mucosa alveolar de la mandíbula. La distancia media de la inserción, en relación al borde libre labial, es de 4.4 mm en el frenillo superior y de 5.6 mm en el frenillo inferior.<sup>30</sup>

Con el desarrollo de la dentición temporal se produce un aumento de altura del reborde alveolar y un ascenso relativo de la inserción del frenillo. Con la erupción de los incisivos centrales permanentes se vuelve a producir un depósito óseo que aleja nuevamente la inserción del frenillo. En ese momento los incisivos pueden estar abanicados por la presión de los incisivos laterales sobre sus raíces. Este diastema se va cerrando progresivamente con la erupción de los incisivos laterales y caninos.<sup>31</sup>



### Tipos de Frenillos:<sup>31</sup>

- Frenillo fibroso.
  - Compuesto de tejido conectivo y la membrana mucosa
- Frenillo muscular.
  - Pueden estar integrados por distintos músculos dentro del frenillo
    - Músculo elevador propio del labio superior
    - Músculo nasal y depresor nasal
    - Músculo elevador del ángulo de la boca
- Frenillo mixto o fibromuscular.

El frenillo anómalo está presente en un 4% de los casos, sin diferencias entre los maxilares y con mayor predominio en el sexo femenino. Su presencia es mayor en edades comprendidas entre los 9-10 años alcanzando una prevalencia del 45%, con una tendencia a disminuir con el aumento de la edad.<sup>30</sup>

El frenillo labial superior produce principalmente un problema estético de diastema interincisal, así como, en casos extremos, dificultad para mover el labio superior.<sup>30</sup>

Los frenillos son estructuras que están sujetas a cambios en su forma, tamaño y posición durante varias etapas del desarrollo, en las cuales, tiende a disminuir en extensión e importancia. Las fuerzas mesiales producidas por la erupción de los incisivos laterales y caninos permanentes contribuyen a que el frenillo se atrofie.<sup>30</sup>

De ésta forma, se concluye que con el crecimiento existe una tendencia a que el frenillo permanezca estacionario o que se mueva hacia arriba (ilusión óptica); lo que puede parecer un frenillo anormal a los cuatro años de edad, se puede volver normal a los 8 ó 10 años, por lo tanto, un frenillo puede



causar la separación de los incisivos centrales permanentes, antes de la erupción de los caninos permanentes al pasar las fibras que lo componen entre dichos dientes.<sup>30</sup>

La deformidad del frenillo muchas veces es el resultado de su baja inserción ocasionando frecuentemente una separación de los incisivos centrales o diastema, con el consiguiente perjuicio estético. Ésta separación entre los dientes ocasiona además alteraciones de la fonética del paciente produciendo un sonido balbuceante o de silbido por causa del espacio existente, aunque éste problema solo es clínicamente significativo en casos muy severos.<sup>30</sup>

El frenillo labial inferior ocasiona muchas menos alteraciones que el superior entre las que destaca la retracción gingival, producida cuando tiene una inserción amplia y próxima a la papila interproximal. Puede aparecer también gingivitis debido a la imposibilidad del paciente en hacer una higiene bucal correcta, sobre todo en los casos en los que el frenillo tenga una inserción profunda en la papila gingival.<sup>30</sup>



### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No se tiene ningún registro accesible de los tratamientos que se han realizado en la clínica de periodoncia así como la prevalencia de las enfermedades periodontales, de igual forma no se tienen registros del seguimiento de los pacientes que se atienden en la clínica de periodoncia por lo cual nos planteamos las siguientes interrogantes:

- a) ¿Cuál es la prevalencia de la enfermedad periodontal?
- b) ¿Cuáles son los tratamientos con mayor frecuencia en las enfermedades periodontales?
- c) ¿Cuál es el porcentaje de atención en relación hombres y mujeres?
- d) ¿La utilización de bases epidemiológicas permite reorientar las necesidades de atención de los pacientes de ser necesario?

### 4. JUSTIFICACIÓN

Conociendo la prevalencia de la enfermedad periodontal se podrá implementar actividades dirigidas a los pacientes para prevenir la interrogante.

Los estudiantes podrán ampliar su habilidad con respecto a los tratamientos que más se realizan con mayor frecuencia en la clínica de periodoncia.

Proponer una base de datos para que los alumnos reporten los tratamientos realizados y así mejorar la atención que estos recibirán.



## 5. OBJETIVOS

### 5.1 General

Determinar la frecuencia y prevalencia de las enfermedades periodontales en una muestra de pacientes que acuden a la facultad de odontología en la clínica de periodoncia.

### 5.2 Específicos

- a) Determinar la frecuencia de los tratamientos que se realizan en la clínica de periodoncia por edad.
- b) Determinar la prevalencia de las enfermedades periodontales que se diagnostican en la clínica de periodoncia por edad.
- c) Proponer al área de la materia una base de datos donde se pueda llevar registro de aspectos básicos para llevar un control epidemiológico de cada una de las enfermedades.
- d) Determinar la frecuencia de los diagnósticos por edad.





## 6. METODOLOGÍA

### 6.1 Material y Métodos

- Expedientes de la clínica de periodoncia de los grupos 3011 y 3013
- Papel y lápiz
- Programa estadístico Microsoft Office Excel 2007 y Microsoft Office Word 2007
- Plumones
- Computadora

La muestra fueron todos los expedientes llenados correctamente de los grupos 3011 y 3013 de los ciclos escolares 2007-08 2008-09 de la clínica de periodoncia para recopilar datos de los tratamientos que se realizaron en los últimos 2 ciclos escolares, diseñando una base de datos para recopilar la información obtenida, como:

Edad, sexo, lugar de residencia, diagnóstico periodontal, tratamientos realizados, número de dientes, grupo de la facultad, y año en que fue realizado, se descartaran todos los expedientes que no hayan concluido la fase uno o que los pacientes no hayan regresado a la clínica después de concluida la fase uno.

Con los datos obtenidos se graficaron los resultados mostrando la frecuencia del sexo por año escolar.

Se graficó una tabla porcentual correspondiente a la frecuencia de diagnósticos realizados en la clínica de periodoncia de los grupos 3011 y 3013 de los ciclos escolares 2007-08 y 2008-09.



Se graficó una tabla porcentual correspondiente a los tratamientos realizados en la clínica de periodoncia de los grupos 3011 y 3013 de los ciclos escolares 2007-08 y 2008-09.

## 6.2 Población de estudio y muestra

Expedientes de los pacientes que acudieron a la Facultad de Odontología a la clínica de periodoncia, de los grupos 3011 y 3013 de los ciclos escolares 2007-08 y 2008-09

- Muestra

La muestra se constituyó por los expedientes correctamente llenados siendo un total de 130.

## 6.3 Criterios de inclusión

- Expedientes de los pacientes que acudieron a la clínica de periodoncia
- Expedientes llenados correctamente
- En los ciclos escolares 2007-08 y 2008-09
- Grupos 3011 y 3013
- Expedientes de pacientes que concluyeron la fase 1
- Cualquier tipo de tratamiento realizado
- De cualquier edad
- Masculino y femenino



#### 6.4 Criterios de exclusión

- Expedientes de pacientes que no hayan concluido la fase uno.
- Expedientes de pacientes que se hayan dado de baja.
- Expedientes de pacientes de años anteriores al 2007.
- Expedientes de pacientes de otros grupos.
- Expedientes mal llenados.
- Expedientes de pacientes que no hayan regresado a la clínica de periodoncia después de la fase uno.
- Expedientes de pacientes que solo hayan necesitado fase uno.

#### 6.5 Variables de estudio

Edad, sexo, diagnóstico periodontal, tratamiento, grupo y año

#### 6.6 Variable dependiente

Tipo de tratamiento

#### 6.7 Variable independiente

Diagnóstico

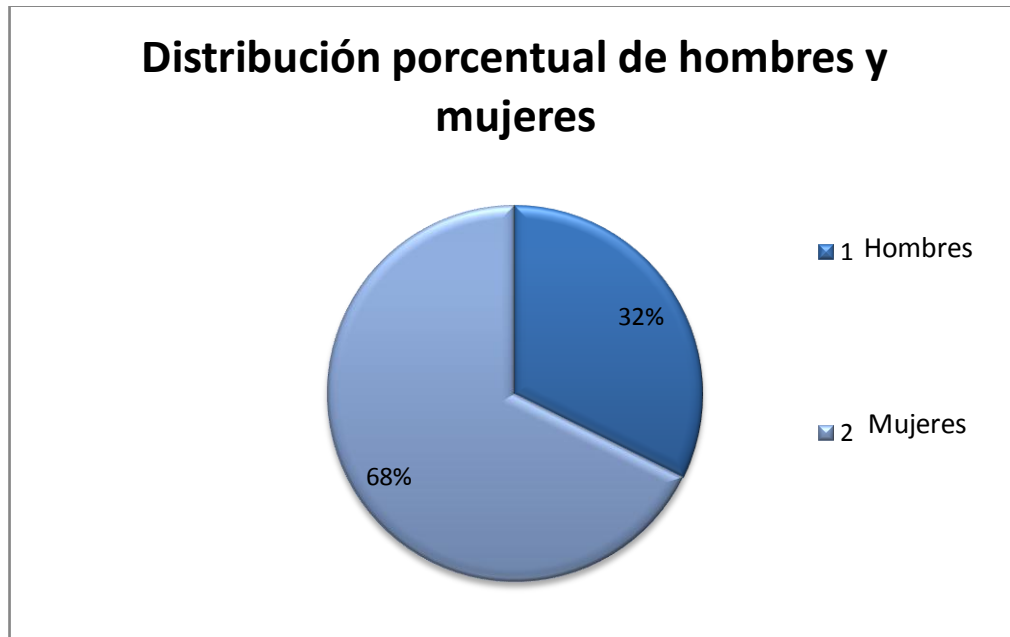


## 7. RESULTADOS

Ante la revisión de los expedientes de la clínica de periodoncia de los grupos 3011 y 3013, correspondientes a los ciclos escolares 2007-08 y 2008-09, se recabó la siguiente información:

Se revisaron 345 expedientes, de los cuales, solo 130 pacientes concluyeron la fase 1, la mayoría de los pacientes no pasaron a fase 2 o quirúrgica, en la mayoría de los casos por abandono del tratamiento, aparentemente, por la falta de entendimiento por parte de los pacientes ante la necesidad de su tratamiento; algunos otros pacientes solo requerían que se llevara a cabo fase 1, puesto que fueron canalizados hacia la clínica de periodoncia, siendo que sus problemas de salud dental, como lo era el realizar solo eliminación de cálculo dental, pulido dental y técnica de cepillado dental, pudieron haber sido solucionados en la clínica de Odontología Preventiva y Salud Pública II, lo cual refleja un error en la designación por parte de la clínica de admisión con respecto a la ruta clínica que debe seguir el paciente.

Dentro de los 130 pacientes que concluyeron la fase uno encontramos que 88 de los pacientes pertenecen al sexo femenino, y 42 corresponden al sexo masculino (gráfica 2), donde 119 pacientes pertenecen a la Ciudad de México, 9 del Estado de México, 1 de Hidalgo y 1 de Zacatecas.



Gráfica 2. Fuente expedientes de los grupos 3011 y 3013

Distribución de la frecuencia del sexo por ciclo escolar de los expedientes de pacientes que ingresaron a la clínica de periodoncia. (tabla 1)

Año escolar	Hombres	Mujeres	Total
<b>2007</b>	4	7	11
<b>2008</b>	26	59	85
<b>2009</b>	12	22	34
<b>Total</b>	42	88	130

Tabla 1. Fuente expedientes de los grupos 3011 y 3013



La siguiente tabla es una relación en la que se muestra el número de pacientes así como la edad en la que ingresaron a la clínica de periodoncia.(tabla 2)

Relación de intervalo de edad y numero de pacientes de los expedientes 3011 y 3013

Intervalo de edades	Número de pacientes
10 – 15 años	3
16 – 20 años	7
21 – 25 años	11
26 – 30 años	8
31 – 35 años	9
36 – 40 años	11
41 – 45 años	28
46 – 50 años	24
51 – 55 años	12
56 – 60 años	8
61 – 65 años	3
66 – 70 años	1
71 – 75 años	2
76 – 80 años	3
<b>Total</b>	<b>130</b>

Tabla 2. Fuente expedientes de los grupos 3011 y 3013

En la tabla se puede apreciar que ingresan mas pacientes a la clínica de periodoncia en los intervalos de 41-50 años y que los que menos ingresan son los pacientes de menos de 15 años y mas de 61 años.



La siguiente tabla muestra la prevalencia de la enfermedad periodontal, de los expedientes de los pacientes que ingresaron en los ciclos escolares 2007-08 y 2008-09 de los grupos 3011 y 3013. ( tabla 3)

Diagnóstico Periodontal	Número de Diagnósticos	%
<b>Periodontitis Crónica Generalizada</b>	72	55%
<b>Problema Mucogingival da</b>	34	26.5%
<b>Periodontitis Crónica Localiza</b>	18	14%
<b>Gingivitis</b>	5	4%
<b>Periodontitis Agresiva Localizada</b>	1	.5%
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100%</b>

Tabla 3. Fuente expedientes de los grupos 3011 y 3013

De los 130 expedientes se encontraron 72 diagnósticos de periodontitis crónica 55% siendo esta la de mayor prevalencia, siguiendo en segundo lugar los problemas mucogingivales con un 26.5%, el diagnóstico que menos se reportó es la periodontitis agresiva.

La siguiente tabla muestra los problemas mucogingivales más frecuentes ya que se diagnosticaron 34 dando un 26.5% de los problemas periodontales.(tabla. 4)

#### Número de Diagnósticos de los Problemas Mucogingivales

Problema Mucogingival	Número de Diagnósticos	%
<b>Cirugía Preprotésica</b>	14	11%
<b>Técnica de cepillado deficiente</b>	10	8
<b>Alteración de Frenillo</b>	8	6
<b>Agrandamiento gingival</b>	2	1.5

Tabla 4. Fuente expedientes de los grupos 3011 y 3013



A continuación se presentan los tratamientos realizados en la clínica de periodoncia para cada intervalo de edad (tabla 5)

Intervalo de edades	CPP	RAR	CA	ALC	INL	DES	FRE	INO	GIN	REP	IN P	CDI
10 – 15 años	1						2					
16 – 20 años	2	2		1					2			
21 – 25 años		3	2	3	2	1	3		1			
26 – 30 años	1	8			2	1						
31 – 35 años	1	9		2		2	2					
36 – 40 años		21	6	2	2	5						
41 – 45 años		41	6	9	4	4	1	1				1
46 – 50 años		26	9	5	4	5	1	1			1	
51 – 55 años		18	7	2	1	1			1	1		
56 – 60 años		11	1	3	5	1		2				
61 – 65 años		3	1	1	1				1	1		
66 – 70 años								1				
71 – 75 años		1		3			1					
76 – 80 años		3								3		
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>146</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Tabla 5. Fuente expedientes de los grupos 3011 y 3013. CPP(Control personal de placa), RAR(Raspado y alisado radicular), CA(Curetaje Abierto), ALC(Alargamiento de corona), INL(Injerto libre), DES(Desplazados), FRE(Frenilectomias), INO(Injerto óseo), GIN(Gingivitis), REP(Regularización de proceso), INP(Injerto de papila), CDI(Cuña distal).

El tratamiento con mayor frecuencia fueron los raspados y alisados radiculares, y aun más en el intervalo de 41-45 años, y los tratamientos menos frecuentes fueron el injerto de papila y la cuña distal en los intervalos de 41-50 años.





Se realizaron en promedio 2.1 tratamientos periodontales por paciente ya que fueron 280 tratamientos en 130 pacientes. (tabla 6)

Distribución de la frecuencia y porcentaje de los diferentes tratamientos realizados en la clínica de periodoncia de 2007-2008 y 2008-2009

Tratamiento realizado	No. De tratamientos	%
Raspado y alisado radicular	146	52.1%
Curetaje abierto	32	11.4%
Alargamiento de corona	31	11.1%
Injertos libres	21	7.5%
Desplazados (coronal, lateral, etc.)	20	7.1%
Frenilectomias	10	3.6%
Injertos óseos	5	1.8%
Control personal de placa	5	1.8%
Gingivectomias	5	1.8%
Regularización de proceso	3	1.1%
Injerto de papila	1	0.4%
Cuña distal	1	0.4%
<b>Total</b>	<b>280</b>	<b>100%</b>

Tabla 6. Fuente expedientes de los grupos 3011 y 3013



Con los datos obtenidos se puede apreciar que los tratamientos realizados con mayor frecuencia son los raspados y alisados radiculares 52.1%, los curetajes abiertos 11.4% o cirugía a colgajo abierto, así como los alargamientos de corona 11.1%.

De los 146 raspados y alisados radiculares 52.1% que se realizaron se trataron 860 dientes (tabla 7) en los dos ciclos escolares de los dos grupos 3011 y 3013

Número de curetajes cerrados	Número de dientes	Año
10	58	2007
87	537	2008
49	265	2009
<b>146</b>	<b>860</b>	<b>Total</b>

Tabla 7. Fuente expedientes de los grupos 3011 y 3013.



## 8. DISCUSIÓN

La poca o casi nula información sobre la frecuencia de tratamientos que se realizan en pacientes con enfermedad periodontal hace que éste trabajo sea uno de los primeros que se realizan, lo cual podría deberse a la importancia que tiene la prevalencia e incidencia de la enfermedad periodontal en la población en general.

Pienso que al reportar la frecuencia de tratamientos en la clínica de periodoncia, ello cobra relevancia ya que de ésta manera nos damos cuenta cual es el tratamiento que más frecuentemente se realiza en relación al diagnóstico del paciente.

De ésta manera uno se puede dar cuenta de la importancia que el paciente le da al cuidado de sus órganos dentarios y a la necesidad de mantenerlos en boca ya sea por la función o por la estética.



## 9. CONCLUSIONES

El 68% de los pacientes que fueron remitidos a la clínica de periodoncia fueron de sexo femenino, esto indica que las mujeres se preocupan más por su salud bucodental que los hombres.

Podemos concluir que la periodontitis crónica generalizada presenta una prevalencia de 72%, dando como resultado que ésta enfermedad sea la más frecuente en ésta muestra, en segundo lugar tenemos con 26.5% los problemas mucogingivales en tercer lugar con 14% la periodontitis crónica localizada.

Se realizaron 146 raspados y alisados radiculares siendo éste el tratamiento periodontal con mayor frecuencia en la clínica de periodoncia, en todos los intervalos de edades.



## 10. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Maupomé G, Soto A, Borges A, Irigoyen E, Martínez A, Prevención en salud periodontal: recomendaciones actualizadas y estatus del conocimiento directamente aplicable al entorno mexicano. ADM, Enero-Febrero 2007, Vol. LXIV No.1 pp 25-33
2. Programa de acción específico 2007-2012. Salud bucal. Agosto 2008
3. Icaza J.L. Curetaje a campo abierto con extracción de dientes con movilidad avanzada, Formula Odontológica, Vol.6 No.2 2008
4. <http://www.milenio.com/node/163623>. 09/02/2009
5. Carrillo J, Castillo M, Hernandez H, Zermeño J, Estudio epidemiológico de las enfermedades periodontales en pacientes que acuden a la facultad de estomatología de la UASLP, ADM, Noviembre-Diciembre 2000 Vol. LVII, No. 6  
pp 205-213
6. Juárez A, Murrieta F, Teodosio E. Prevalencia y factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal en preescolares de la Ciudad de México. Gaceta. Médica. México. 2005 Junio vol.141, n.3, pp. 185-189
7. Kinane D, Bouchard P, Periodontal diseases and health: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology, Journal of Clinical Periodontology, Volume 35, Supplement 8, September 2008 , pp. 333-337(5)



8. Borrell L, Burt B, Taylor G, Prevalence and Trends in Periodontitis in the USA: from the NHANES III to the NHANES, 1988 to 2000 Journal of Dental Research, Vol. 84, No. 10, 924-930 (2005)
9. Alcantar M, Hernández L, Ortiz L, Peñaloza A, Tadeo J, Frecuencia de tratamientos en los casos de cirugía plástica periodontal en los posgrados de Endoperiodontología de la FESI y Periodoncia C.U.
10. Journal of Periodontology, Volumen 68, N° 12, Diciembre de 1997
11. Lusión M, Escalona L, Acevedo, Frecuencia de Hipersensibilidad Dentinaria en pacientes tratados periodontalmente. Acta Odontologica Venezolana Volumen 46 N° 3 / 2008
12. The American Academy of Periodontology. Glossary of Periodontal Terms, 4th ed. Chicago: The American Academy of Periodontology; 2001:44.
13. Carranza F, Newman M. Clinical Periodontology. 9 ed. 2001.
14. Woofter C. The prevalence and etiology of gingival recession. Periodontal Abstr 1969;17:45-50.
15. Serino G, Wennstrom JL, Undhe J, Eneroth L. The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with a high standard of oral hygiene. Journal Clinical of Periodontology 1994;2:57-63.
16. Loe, H., Anerud, A., Boysen, H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity, extent of gingival recession. Journal of Periodontology 1992;63:489-95.



17. Medina A, Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento, Av Periodon Implantol. 2009; 21, 2: 35-43.
18. Vicario J, Pascual A, Vives T, Santos A. Técnicas de cirugía mucogingival para el cubrimiento radicular. RCOE vol.11 no.1 Madrid Jan.-Feb. 2006
19. Sullivan H, Atkins J. Free Autogenous Gingival Grafts. I. Principles of Successful Grafting. Periodontics. 1968;6:121-9.
20. Miller PD. Root coverage using free soft tissue autografts following acid application. I. Tecniq. The International journal of periodontics & restorative dentistry.1982;2:65-70
21. Hoolbrook T, Oschenbein C. Complete coverage of the denuded root surface with a onestatge gingival graft. Int The International journal of periodontics & restorative dentistry. 1983;3:9-27.
22. Oliver R., Løe H, Karring T. Microscopic evaluation of the healing and revascularization of the gingival grafts. Journal Clinical of Periodontology Research 1968;3:84-95.
23. Caffesse R, De la Rosa M, Garza M, Munne-Travers A, Mondragon J, Weltman R. Citric Acid Demineralization and Subepithelial Connective Tissue Grafts. Journal Periodontology 2000;71:568-72.
24. Haeri A, Serio F. Mucogingival surgical procedures: A review of the literature. Quintessence Int. 1999;30:475-83.



25. Bernimoulin JP, Lüscher B, Mühleman HR. Coronally repositioned periodontal flap. Clinical evaluation after one year. Journal Clinical of Periodontology. 1975;2:1-13
26. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. Journal Periodontology. 1985; 56:715-20.
27. Raetzke PB. Covering localized areas of root exposure employing the envelope technique. Journal Periodontology. 1985;56:397-402.
28. Allen A. Use of the Supraperiosteal Envelope in Soft Tissue Grafting for Root Coverage. I. Rationale and Technique. The International journal of periodontics & restorative dentistry. 1994; 14:217-27.
29. Nelson S. The Subpedicle Connective Tissue Graft A Bilaminar Reconstructive Procedure for the Coverage of Denuded Root Surfaces. Journal Periodontology. 1987;58:95-102.
30. Ramírez S, Gómez E, Bonet J, Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, Capitulo 1, Frenillos Labiales.
31. Gámez R, Frenectomia convencional vs frenectomía laser.





## 11. ANEXOS

Hoja de captura de los expedientes de los grupos 3013 y 3011 de los ciclos escolares 2007-08 y 2008-09.

Edad	Sexo	Estado	Enf. Bucal	Tratamiento	No. Dientes	Grupo	Año
15	F	DF	GINGIVITIS	CPP	28	3011	2008
35	F	DF	GINGIVITIS	CPP	27	3011	2009
			ALT. FRENILLOS	FRENILECTOMIA	0	3011	2008
45	M	DF	PERIO. GENERALIZADA	CERRADO	30	3011	2008
			TEC. CEPI. DEFICIENTE	DESPLAZADO	1	3011	2009
			TEC. CEPI. DEFICIENTE	DESPLAZADO	1	3011	2009
			CIRUGIA PREPRO	ALARGAMIENTO	1	3011	2009
			CIRUGIA PREPRO	ALARGAMIENTO	1	3011	2009
20	M	DF	GINGIVITIS	CPP	31	3011	2009
44	M	DF	PERIO. CRÓNICA LOCA	CERRADO	2	3013	2009
				ABIERTO	2	3013	2009
				INJERTO HUESO	2	3013	2009
10	F	DF	ALT. FRENILLOS	FRENILECTOMIA	0	3013	2009
63	F	DF	PERIO. CRÓNICA LOCA	REGULARIZACIÓN DE PROCESO	7	3013	2008
47	M	DF	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	3	3013	2009
				CERRADO	3	3013	2009
				CERRADO	8	3013	2009
				ABIERTO	4	3013	2009
				ABIERTO	3	3013	2009
				ABIERTO	3	3013	2009
				ABIERTO	2	3013	2009
20	F	DF	GINGIVITIS	CPP	32	3013	2009
42	F	EDO MEX	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	7	3011	2009
				CERRADO	6	3011	2009
				CERRADO	3	3011	2009
26	M	DF	RECESIÓN	INJERTO EN CIA LIBRE	1	3013	2008
21	F	DF	PERIO AGRESIVA LOCAL.	ABIERTO	1	3013	2008
42	F	DF	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	7	3013	2008
42	F	DF	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	8	3013	2008



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

				ALARGAMIENTO	1	3013	2008
				ALARGAMIENTO	1	3013	2008
				ALARGAMIENTO	1	3013	2008
42	F	SANO	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	12	3013	2008
37	M	DF	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	8	3013	2008
				CERRADO	4	3013	2008
				ABIERTO	1	3013	2008
69	F	EDO DE MEX	PERIO CRÓNICA GENERA.	INJERTO HUESO	1	3013	2008
55	F	DF	PERIO CRÓNICA LOCAL	CERRADO	6	3013	2008
44	F	DF	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	6	3013	2008
27	F	DF	PERIO CRÓNICA LOCAL	CERRADO	4	3013	2008
				CERRADO	2	3013	2008
76	F	DF	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	10	3013	2008
34	F	DF	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	6	3013	2008
				CERRADO	6	3013	2008
				DESPLAZADO	1	3013	2008
				DESPLAZADO	2	3013	2008
20	F	DF	PERIO CRÓNICA LOCAL	CERRADO	1	3013	2007
27	M	DF	PERIO CRÓNICA LOCAL	CERRADO	7	3013	2008
34	F	DF	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	8	3013	2008
				CERRADO	3	3013	2008
40	M	DF	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	8	3013	2008
				CERRADO	7	3013	2008
				CERRADO	7	3013	2008
				CERRADO	8	3013	2008
				ABIERTO	2	3013	2008
40	F	DF	PERIO CRÓNICA LOCAL	CERRADO	5	3013	2008
53	F	DF	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	3	3013	2008
				CERRADO	3	3013	2008
				CERRADO	4	3013	2008
				CERRADO	4	3013	2008
				ABIERTO	3	3013	2008
45	M	DF	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	2	3013	2008
				ABIERTO	3	3013	2008
				CUNA DISTAL	1	3013	2008
77	M	DF	PERIO CRÓNICA GENERA.	REGULARIZACION DE PROCESO	5	3013	2008



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

52	M	DF	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	4	3013	2008
				CERRADO	2	3013	2008
				CERRADO	5	3013	2008
				CERRADO	4	3013	2008
				ABIERTO	4	3013	2008
				ABIERTO	2	3013	2008
				ABIERTO	5	3013	2008
25	F	DF	PERIO CRÓNICA LOCAL	CERRADO	6	3013	2007
				CERRADO	6	3013	2007
54	F	DF	CIRUGIA PREPRO	ALARGAMIENTO	1	3013	2008
38	F	DF	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	7	3013	2007
				CERRADO	7	3013	2008
				CERRADO	7	3013	2008
				CERRADO	7	3013	2008
63	M	DF	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	14	3013	2008
				ABIERTO	1	3013	2008
				GINGIVECTOMIA	1	3013	2008
50	F	DF	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	8	3013	2008
59	M	DF	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	5	3013	2007
				INJERTO ENCIA LIBRE	3	3013	2008
				DESPLAZADO CORONAL	2	3013	2008
				INJERTO ENCIA LIBRE	1	3013	2008
				CERRADO	7	3013	2008
46	F	DF	PERIO CRÓNICA LOCAL	CERRADO	2	3013	2009
46	F	DF	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	6	3013	2009
				INJERTO PAPILA	1	3013	2009
53	M	DF	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	4	3013	2008
				CERRADO	4	3013	2008
				CERRADO	4	3013	2008
				ABIERTO	2	3013	2009
43	F	DF	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	4	3013	2009
				CERRADO	2	3013	2009
				CERRADO	5	3013	2009
				CERRADO	4	3013	2009
43	F	EDO DE MEX	PERIO CRÓNICA LOCAL	CERRADO	6	3013	2009
58	F	EDO DE MEX	PERIO CRÓNICA GENERA.	CERRADO	8	3013	2009
				CERRADO	4	3013	2009



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

41	F	DF	PERIO CRÓNICA GENERAL	CERRADO	10	3013	2009
50	M	DF	PERIO CRÓNICA LOCAL	CERRADO	6	3013	2008
19	M	DF	AGRANDAMIENTO	GINGIVECTOMÍA	1	3013	2009
33	F	DF	CIRUGIA PREPRO	ALARGAMIENTO	1	3013	2009
21	M	DF	ALT. FRENILLOS	FRENILECTOMIA	0	3013	2009
42	F	DF	PERIO CRÓNICA GENERAL	CERRADO	4	3013	2008
				CERRADO	4	3013	2008
				CERRADO	3	3013	2008
				CERRADO	3	3013	2008
				DESPLAZADO CORONAL	2	3013	2009
49	F	DF	PERIO CRÓNICA GENERAL	CERRADO	6	3013	2009
				CERRADO	4	3013	2009
36	M	DF	PERIO CRÓNICA LOCAL	CERRADO	6	3013	2009
				ALARGAMIENTO	1	3013	2009
				DESPLAZADO CORONAL	1	3013	2009
				DESPLAZADO CORONAL	2	3013	2009
				DESPLAZADO CORONAL	2	3013	2009
48	F	DF	TEC. CEPI. DEFICIENTE	INJERTO ENCIA LIBRE	1	3013	2009
49	F	DF	PERIO CRÓNICA GENERAL	CERRADO	4	3013	2009
				CERRADO	6	3013	2009
				CERRADO	6	3013	2009
				CERRADO	6	3013	2009
57	F	DF	PERIO CRÓNICA GENERAL	CERRADO	4	3013	2009
				CERRADO	3	3013	2009
57	F	DF	PERIO CRÓNICA GENERAL	INJERTO LIBRE	3	3011	2009
				INJERTO LIBRE	1	3011	2009
				INJERTO OSEO	4	3011	2009
				ALARGAMIENTO	1	3011	2009
50	F	DF	ALT. FRENILLOS	FRENILECTOMIA	0	3011	2008
30	M	DF	PERIO CRÓNICA LOCAL	CERRADO	6	3011	2008
21	F	DF	CIRUGIA PREPRO	ALARGAMIENTO	1	3011	2008
21	F	DF	CIRUGIA PREPRO	ALARGAMIENTO	1	3011	2008
				ALARGAMIENTO	1	3011	2008
40	F	EDO DE MEX	PERIO CRÓNICA GENERAL	CERRADO	10	3011	2007
				CERRADO	5	3011	2007
				ABIERTO	2	3011	2008



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

				ABIERTO	1	3011	2008
32	F	EDO DE MEX	CIRUGIA PREPRO	ALARGAMIENTO	1	3011	2008
21	F	DF	PERIO CRÓNICA LOCAL	CERRADO	6	3011	2008
43	F	DF	PERIO CRÓNICA GENERAL	CERRADO	4	3011	2008
25	F	DF	TEC. CEPI. DEFICIENTE	DESPLAZADO CORONAL	1	3011	2008
				INJERTO LIBRE	2	3011	2008
50	F	DF	PERIO CRÓNICA GENERAL	CERRADO	4	3011	2008
54	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	5	3011	2008
				CERRADO	5	3011	2008
32	M	DF	PERIO CRÓNICA LOCAL	CERRADO	5	3011	2008
50	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	8	3011	2008
				CERRADO	7	3011	2008
				CERRADO	6	3011	2008
47	F	DF	TEC. CEPI. DEFICIENTE	INJERTO LIBRE	2	3011	2008
41	M	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	6	3011	2008
50	F	DF	CIRUGIA PREPRO	ALARGAMIENTO	1	3011	2008
25	F	DF	ALT. FRENILLOS	FRENILECTOMIA	0	3011	2008
				GINGIVECTOMIA	3	3011	2008
48	M	DF	CIRUGIA PREPRO	ALARGAMIENTO	1	3011	2007
54	M	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	10	3011	2008
				ABIERTO	4	3011	2008
				ABIERTO	5	3011	2008
46	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	7	3013	2008
				CERRADO	11	3013	2008
				ABIERTO	2	3013	2008
29	F	DF	TEC. CEPI. DEFICIENTE	DESPLAZADO CORONAL	1	3013	2008
51	F	DF	TEC. CEPI. DEFICIENTE	INJERTO LIBRE	1	3013	2008
45	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	6	3013	2008
				CERRADO	6	3013	2008
				CERRADO	2	3013	2008
				ABIERTO	4	3013	2008
				ABIERTO	3	3013	2008
42	F	DF	CIRUGIA PREPRO	ALARGAMIENTO	1	3013	2007
				CERRADO	8	3013	2008
				ALARGAMIENTO	1	3013	2008
				ALARGAMIENTO	1	3013	2008



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

42	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	7	3013	2008
21	F	DF	PERIO CRÓNICA LOCAL	ABIERTO	1	3013	2008
26	M	DF	TEC. CEPI. DEFICIENTE	INJERTO LIBRE	1	3013	2008
42	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	12	3013	2008
37	M	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	8	3013	2008
				CERRADO	4	3013	2008
				ABIERTO	1	3013	2008
19	M	DF	PERIO CRÓNICA LOCAL	CERRADO	5	3013	2008
55	M	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	6	3013	2008
				CERRADO	4	3013	2008
44	M	DF	PERIO CRÓNICA LOCAL	CERRADO	6	3013	2008
44	M	DF	PERIO CRÓNICA LOCAL	CERRADO	4	3011	2009
61	M	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	5	3011	2009
				CERRADO	6	3011	2009
				ALARGAMIENTO	3	3011	2009
				INJERTO LIBRE	1	3011	2009
73	M	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	5	3011	2008
52	M	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	REGULARIZACIÓN DE PROCESO	0	3011	2009
				ALARGAMIENTO	2	3011	2009
35	F	EDO DE MEX	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	16	3011	2009
				CERRADO	8	3011	2009
				CERRADO	7	3011	2009
43	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	7	3011	2009
				CERRADO	4	3011	2009
42	F	DF	CIRUGIA PREPRO	ALARGAMIENTO	1	3011	2009
				CERRADO	2	3011	2009
77	M	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	2	3011	2009
				CERRADO	8	3011	2009
31	F	DF	ALT. FRENILLOS	FRENILECTOMIA	0	3011	2009
22	F	DF	ALT. FRENILLOS	FRENILECTOMIA	0	3011	2008
27	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	6	3011	2009
				CERRADO	7	3011	2009
				CERRADO	6	3011	2009
				CERRADO	6	3011	2009
20	F	DF	AGRANDAMIENTO	GINGIVECTOMIA	6	3011	2008
40	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	5	3011	2008



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

				CERRADO	5	3011	2008
				INJERTO LIBRE	3	3011	2008
				DESPLAZADO CORONAL	3	3011	2009
				DESPLAZADO CORONAL	1	3011	2009
22	M	DF	TEC. CEPI. DEFICIENTE	INJERTO LIBRE	2	3011	2008
51	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	DESPLAZADO CORONAL	1	3011	2008
				GINGIVECTOMIA	1	3011	2008
44	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	6	3013	2009
				CERRADO	3	3013	2009
				ABIERTO	6	3013	2009
47	M	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	2	3013	2009
				CERRADO	6	3013	2009
45	M	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	7	3013	2009
				CERRADO	6	3013	2009
				CERRADO	7	3013	2009
				CERRADO	6	3013	2009
				ABIERTO	6	3013	2009
42	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	6	3011	2008
				FRENILECTOMIA	0	3011	2008
36	F	EDO DE MEX	CIRUGÍA PREPRO	ALARGAMIENTO	1	3011	2008
46	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	ABIERTO	3	3011	2008
43	M	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	10	3011	2008
47	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	4	3011	2008
				ABIERTO	2	3011	2008
19	F	DF	CIRUGÍA PREPRO	ALARGAMIENTO	1	3011	2008
58	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	4	3011	2007
				INJERTO LIBRE	4	3011	2007
				INJERTO ÓSEO	4	3011	2007
28	M	DF	GINGIVITIS	CPP	30	3011	2008
49	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	INJERTO LIBRE	3	3011	2007
				INJERTO LIBRE	3	3011	2008
				DESPLAZADO CORONAL	2	3011	2008
				DESPLAZADO CORONAL	1	3011	2008
				DESPLAZADO CORONAL	3	3011	2008
43	M	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	INJERTO LIBRE	2	3011	2008
57	M	DF	PERIO CRÓNICA	CERRADO	10	3011	2007



			GRAL				
40	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	6	3011	2008
42	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	INJERTO LIBRE	1	3011	2008
				DESPLAZADO CORONAL	1	3011	2008
				LIBRE	2	3011	2008
				INJERTO LIBRE	3	3011	2008
53	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	5	3011	2008
48	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	ALARGAMIENTO	1	3011	2008
				ALARGAMIENTO	1	3011	2008
58	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	ALARGAMIENTO	1	3011	2008
				ALARGAMIENTO	1	3011	2008
50	M	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	9	3011	2008
				CERRADO	10	3011	2008
32	M	DF	PERIO CRÓNICA LOCAL	CERRADO	4	3011	2007
49	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	5	3011	2008
				ABIERTO	3	3011	2008
				DESPLAZADO CORONAL	1	3011	2008
				ABIERTO	3	3011	2008
				DESPLAZADO CORONAL	1	3011	2008
71	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	FRENILECTOMIA	0	3011	2008
				ALARGAMIENTO	2	3011	2008
				ALARGAMIENTO	2	3011	2008
				ALARGAMIENTO	2	3011	2008
48	F	DF	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	4	3011	2008
				INJERTO ÓSEO	2	3011	2008
58	F	HIDALGO	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	4	3011	2008
				CERRADO	6	3011	2008
				CERRADO	2	3011	2008
				ABIERTO	6	3011	2008
15	F	ZACATECAS	ALT. FRENILLOS	FRENILECTOMIA	0	3011	2008
48	F	DF	CIRUGIA PREPRO	ALARGAMIENTO	1	3011	2008
40	F	EDO DE MEX	PERIO CRÓNICA GRAL	CERRADO	6	3011	2008
				CERRADO	6	3011	2008
				ABIERTO	4	3011	2008
				INJERTO LIBRE	2	3011	2008