



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE CARIES RADICULAR Y
RECESIÓN GINGIVAL EN PERSONAS DE LA 3A
EDAD. CENTRO DE SALUD “JOSÉ CASTRO
VILLAGRÁN”.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

DANIEL ALEJANDRO RODRÍGUEZ CRUZ

TUTOR: Mtra. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO

MÉXICO, D.F.

2010



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...*

Por darme la vida y la familia que tengo.

- *A mis padres : Alma Rosa Cruz Acosta y José Luis rodríguez López...*

Por brindarme en todo momento su apoyo en las buenas y en las malas, tanto en la carrera como en la vida, por estar conmigo cuando más los he necesitado.

- *A mis hermanos: Alma Israel Rodríguez Cruz y Luis Antonio Rodríguez...*

Por contar con su apoyo en las buenas y en las malas.

- *A mis sobrinos: **FERNANDO, ALAN y ALEX...***

Que con su presencia me motivan a seguir adelante.

- *A esa persona especial que se encuentra a mi lado. ari...*
- *A mis amigos, a los del grupo 13 y Periférica Aragón*

Gracias.... Totales...

INDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	4
2. ANTECEDENTES	7
2.1.ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICO.	7
2.2.CARIES RADICULAR.	10
2.3.RECESIÓN GINGIVAL.	14
2.4.FACTORES DE RIESGO	16
2.5.CLASIFICACIÓN DE LAS RECESIONES.	16
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
4. JUSTIFICACIÓN	20
5. OBJETIVOS	21
5.1.General	21
5.2.Específicos	22
6. METODOLOGÍA	23
6.1 Material y método	23
6.2 Tipo de estudio	25
6.3 Población de estudio	25
6.4 Muestra	26
6.5 Criterios de inclusión	26
6.6Criterios de exclusión	26
6.7 Variables de estudio	27
6.8 Variable independiente y dependiente	27
6.9- Operacionalización de las variables	28
7. Resultados	31
8. Conclusiones	38
9. Referencias Bibliográficas	39
10 Anexos	41

1- INTRODUCCIÓN

Hoy en día la caries radicular, al igual que la recesión gingival es un problema que sigue afectando a las personas de cualquier edad pero con mayor frecuencia en la tercera etapa de la vida, muchos son los factores que la desencadenan.

A medida en que la población envejece, la incidencia de caries radicular y recesión gingival aumenta y en este sentido las nuevas proyecciones del Consejo Nacional de Población (Conapo) que considera el II conteo de población de vivienda 2005, realizado por el Inegi, menciona que el grupo de la tercera edad de 65 años o más aumentara de 5.6% en 2008 a 21.2% en 2050 lo cual se traduce en una mayor demanda de servicios de salud como odontológicos otros para esta población en específico.

Cuanto más anciana es una población, más elevada es la prevalencia de enfermedad periodontal y como consecuencia hay una mayor exposición de raíces al medio oral, por lo que la caries radicular es un problema cada vez más importante entre la población anciana dentada, aunque pueden darse en cualquier momento de la vida siempre que exista una exposición de la raíz como condición previa.

Por lo tanto, las mayores expectativas de vida de la población y la superior conservación de los dientes con el paso de los años, nos conducen a que nos enfrentemos cada día más a tratar pacientes ancianos con gran número de dientes en la boca, lo cual supone un mayor número de raíces expuestas y más elevado riesgo de caries radicular.

Estudios epidemiológicos realizados en este grupo poblacional han demostrado una relación directa entre la mala higiene y la mayor prevalencia e incidencia de caries, tanto coronales como radiculares, aunque parece ser que es la composición bacteriana que coloniza esa placa la que realmente marca la peligrosidad en el paciente mayor es el flujo salival, el cual es esencial para la salud oral en general, tanto de tejidos blandos como duros.

No está demostrado de forma clara que exista una disminución fisiológica del flujo salival con el paso de los años; parece que existan alteraciones estructurales en algunas glándulas salivales, concretamente en las submaxilares y glándulas menores, pero la capacidad funcional global y el volumen de saliva total no se ve modificado, las raíces de los dientes quedan expuestas al ambiente oral, esto ocasiona la colonización de una microflora compleja similar a la superficie del esmalte.

Los diferentes organismos que producen la caries coronal han sido particularmente estudiados para su posible asociación con la caries radicular ya que las raíces de los dientes quedan expuestas al ambiente oral, esto ocasiona la colonización de una microflora compleja similar a la superficie del esmalte.

Así pues, la causa de la disminución de flujo salivar en el paciente anciano está directamente relacionada con la existencia de ciertas enfermedades y por el consumo de medicamentos, ya que la mayoría de éstos repercuten en las glándulas salivares disminuyendo el flujo de saliva y nos conduce a lo que conocemos como xerostomía o sequedad de boca.

Estas enfermedades pueden ser, artritis, diabetes, hipertensión arterial por mencionar algunas, en las cuales los medicamentos prescritos para su tratamiento son una de las principales causas de xerostomía.

Esta disminución de flujo salivar afecta negativamente la neutralización de las bajadas de pH provocadas por el metabolismo bacteriano de la placa, tampoco produce el efecto mecánico de arrastre y, por último, reduce considerablemente el aporte de inmunoglobulinas salivares, todo lo cual nos favorece la aparición y progresión de caries radiculares.

Es de suma importancia conocer, identificar y solucionar los problemas de salud pública a tiempo para evitar un mayor avance de estos.

2- ANTECEDENTES

2.1 Estudios epidemiológicos.

Con el objetivo de conocer la condición bucodental de la población mayor y las características en educación, salud y entorno social en que se desenvuelven. Se han realizado, de forma más exhaustiva desde hace 4 década estudios epidemiológicos encaminados a determinar la prevalencia de la caries radicular basada en índice de KATS, este se puede obtener por superficie o diente El cual fue presentado en 1984, también conocido por sus siglas en ingles RCI(Root Caries Index,) los criterios para identificar caries radicular son los siguientes.¹

- Lesiones en cualquier superficie radicular con una cavidad franca.
 - a) Aspectos oscuros con cambio de color
 - b) Reblandecimiento con presión moderada de una exploración
- Lesiones en cualquier superficie radicular sin cavidad franca pero con aspecto oscuro o cambio de color y:
 - a) reblandecimiento con presión moderada de un explorador que indica lesiones activas.
 - b) Sin evidencia a la exploración, lesiones inactivas .

Par la obtención del índice se utiliza un cuadro como el siguiente:

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

0	SIN RECESIÓN	3	RECESIÓN/SUPERFICIE RADICULAR OBTURADA
1	RECESIÓN/SUPERFICIE RADICULAR SANA	4	DIENTE AUSENTE
2	RECESIÓN/SUPERFICIE RADICULAR CARIADA	9 n	NO APLICA

El conocimiento y la detección precoz los problemas de salud oral que afectan a las personas de la tercera edad como caries radicular, manejo y cuidado de prótesis dental, xerostomía, reacciones de la mucosa a medicamento han permitido conocer mejor la problemática que constituye para esta edad la exposición a factores de riesgo, y se estima que del total de consultas atendidas, la población mayor de 65 años ha supuesto al 22% de los demandantes de la consulta.²

Con base en estas estadísticas se han hecho dos grandes apartados: enfermedades dentales y patología de la mucosa oral estableciendo los protocolos para caries radicular, reacciones de la mucosa oral frente a medicamentos.¹

Debido al envejecimiento general de la población, la incidencia de caries radicular está en aumento. Las superficies radiculares expuestas al ambiente oral son colonizadas por una microflora compleja, esta colonización ocurre en las superficies de esmalte, aun cuando las superficies radiculares parecen ser

Hay varios grupos de microorganismos involucrados en la formación de las caries radiculares. Se ha sugerido que las superficies radiculares son más vulnerables al ataque ácido que las superficies de esmalte y que la placa bacteriana puede producir un efecto desmineralizante.

El tratamiento de los síntomas y de las causas de la enfermedad deben separarse. Para controlar el desarrollo y la recurrencia de una enfermedad, deben tomarse medidas preventivas. La caries dental tradicionalmente ha sido tratada sintomáticamente. Las lesiones cariosas detectadas en los dientes por un examen de rutina o debidas a una disconformidad deben ser tratadas.

El material carioso es removido, y la pérdida de substancia dental es reemplazada por una obturación o una corona. En los últimos años, sin embargo, más y más interés se le ha dado al tratamiento de la causa.

El tratamiento correcto de la caries dental demanda un adecuado diagnóstico.

Parece que hay necesidad de registrar no solamente el número de cavidades sino también su localización y apariencia. También deben ser tomados en cuenta los factores y condiciones que pueden influenciar la actividad de la enfermedad, y el subsecuente tratamiento y prevención.²

La incidencia de caries radicular aumenta a medida que la población envejece y el edentulismo es menos prevalente debido al aumento en la conciencia del cuidado dental, y a que las exposiciones radiculares por recesión gingival o pérdida del nivel de inserción, han aumentado con el envejecimiento.³

2.2- CARIES RADICULAR

Las caries radiculares normalmente son vistas como una sombra (menos de 2 mm de profundidad) no definida, blanda, a menudo como una mancha y caracterizada por la destrucción del cemento con penetración bajo la dentina.

A medida que progresa se extiende más circunferencialmente en extensión que en profundidad. En los estados iniciales de la caries radicular, las bacterias median en la desmineralización que ocurre en el cemento y en la dentina.

Esto es seguido por el rompimiento de fibras colágenas dentinales. Este rompimiento del colágeno está mediado por enzimas bacterianas y/o por la colagenasa mamalian producida por el huésped. A menudo los odontoclastos están ausentes en la dentina, en tanto es más común que la colagenasa esté en los odontoblastos. Estas proteínas neutrales son secretadas como zymógenos inactivos y son activados comúnmente por enzimas bacterianas, incluyendo proteasas como la tripsina presentes en la placa dental.

Autores como Vitto y Raeste en 1978; Hurum en 1982, Dumas en 1985 y Tjäderhance en 1996 reportaron aumento de la degradación de colágeno de la dentina después de la desmineralización con ácido láctico. El ácido láctico es un producto de la fermentación bacteriana durante la cariogénesis; la reducción en el pH puede también servir para activar el zymógeno procolagenasa (Dung et al. 1999).⁸

Las superficies radiculares se han encontrado más vulnerables al ataque ácido que el esmalte (Hoppenbrouwers et al, 1986). El valor crítico del pH para las superficies radiculares se estima que puede ser tan alto como 6.7 vs 5.4 para las superficies de esmalte. Esta presunción, parece misteriosa, sin embargo el valor del pH, al menos en superficies coronales, fluctúa alrededor de pH 6.0 a 6.8.⁹

Cuando el rango de secreción salival está reducido, las lesiones cariosas a menudo aparecen en la unión cemento-esmalte. En general, tales lesiones cariosas pueden ser distinguidas fácilmente por la erosión o reabsorción idiopática, estas lesiones, como norma tienen una base dura.¹⁰

La caries radicular es uno de los problemas bucodentales más importantes y que más comúnmente afecta al adulto mayor. Ésta se desarrolla sobre la raíz expuesta del diente y los principales patógenos implicados son el *Streptococcus mutans*, el *Actinomyces viscosus* y el *Lactobacillus acidophilus*, que producen los ácidos orgánicos que se desmineralizan el cemento y la dentina de la raíz, llegando a producir su cavitación. Los cambios que se producen en el medio oral tienen una relación muy directa con las bacterias de la caries radicular y el biofilm que forman.¹¹

Existen estudios que han puesto en evidencia la presencia de *Rothia dentocariosa* y al revisar la literatura se detecta que los reportes donde se señala que *Rothia dentocariosa* son numerosos, además se ha podido aislar de individuos con caries radicular y de dentina en humanos en conjunto con otras bacterias.⁴

De igual forma, hay estudios donde se ha asociado la presencia bacteriana del *Streptococo Sobrinus* más *Streptococos mutans* producía mayor índice de caries radicular que la asociación entre *Streptococo Sobrinus* más *Lactobacilo*, por ejemplo, en 92 pacientes se encontró que el 85% tenían mayor secreción salival y mayor índice de placa dentobacteriana, pero el pH en hombres y mujeres era similar. El mayor componente eran *Streptococos mutans* y el *Lactobacillus acidophilus*.

A distancia de 5 años de seguimiento observaron que la secreción salival disminuía y el número de bacterias criogénicas para caries radicular aumenta con la edad. También se ha observado una correlación directa entre caries radicular y microorganismos, aun cuando no hubo correlación entre caries radicular y flujo salival.⁵

Las lesiones de caries radicular y su severidad son clínicamente identificadas, la dentina presente por debajo del cemento sufre cambios escleróticos y va reduciendo su contenido orgánico. Inmediatamente debajo del cemento, existe una capa de dentina sin túbulos dentinarios con un aspecto homogéneo y altamente mineralizado correspondiente a una dentina esclerótica.



Figra1.caries radicular

Se considera que en función de la cantidad y calidad de esta capa de dentina, la penetración de la caries radicular se producirá más en superficie (expansión lateral en áreas extensas) que en profundidad (cavilación directa). También se verá afectada la velocidad de progresión. Microscópicamente se observa que el diámetro de los túbulos dentinarios va disminuyendo cada vez más, hasta quedar prácticamente obliterados en su periferia por la dentina peritubular.

El inicio de la lesión de caries a nivel del cemento parece ser que se inicia en defectos de éste que pueden ser de dos tipos, por una parte áreas con defectos de mineralización y por otra la solución de continuidad que dejan las fibras de colágeno expuestas a consecuencia de la enfermedad periodontal o de la recesión gingival.

Al producirse el avance de la lesión ésta alcanzara la dentina y ésta se verá agredida en mayor o menor grado en función de su nivel de mineralización razón por la que si una lesión es tratada después de que ha estado expuesta al medio oral y ha podido crear una esclerosis de su capa más periférico de dentina, la evolución de caries será con extensión en superficie y poca cavitación en un principio.

Si por el contrario la raíz no ha tenido tiempo a crear esa esclerosis dentinaria, entonces se produce una invasión de conductos dentinarios y la consabida desmineralización de la dentina peritubular e intertubular, con una rápida pérdida de sustancia y consecuente cavilación.

2.3 _Recesión gingival

Uno de los principales factores de riesgo para caries radicular es la recesión gingival, que los autores la definen como la localización del margen gingival libre apical a la unión cemento esmalte, provocando también hipersensibilidad radicular.

Otros autores la definen como el desplazamiento del margen gingival apical a la unión cemento-esmalte con la exposición de la superficie radicular al ambiente oral. Ó 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.⁶



Figura 2.Recesion Gingival diente 1.1 perioimplantelsalvador.com

Se han realizado diversos estudios a nivel mundial uno de estos en la ciudad de Camagüey desde noviembre del 2000 a mayo de 2004 con 128 pacientes geriátricos portadores de prótesis parcial con objetivo de identificar los pacientes examinados según edad y sexo, determinar las alteraciones clínicas bucales más frecuentes, que se relacionen con las

prótesis estos estudios vasados su grupo grupo etáreo, sexo, tiempo de haber usado la prótesis y tipo de aparato protésico.

Los resultados obtenidos, enmarcaron al sexo femenino con el 66.47 % entre 60 y 69 años como los más cantidad de afectaciones bucales, tales como desgastes dentarios con el 78.89 %, alteraciones enfermedades periodontales con el 76.54 %, caries dentales con el 70.30 % y reabsorción ósea con el 64.06%.

Predominaron las prótesis con más de 10 años de uso y los aparatos parciales acrílicos fueron los más dañinos.⁷

2.4- Factores de Riesgo

Entre las causas esta la enfermedad periodontal, origen traumático, por post tratamientos periodontales o por la ingesta de ciertos medicamentos en enfermedades sistémicas. Estos factores pueden ser predisponentes, precipitantes o también llamados desencadenantes. Los predisponentes pueden ser anatómicos o fisiológicos, como edad, dehiscencias, fenestraciones óseas, posición dentaria, movilidad dentaria ausencia de encía queratinizada. Los precipitantes (desencadenantes) inician en el desarrollo de la recesión gingival ayudados o no por los factores predisponentes estos pueden ser inflamación gingival, cepillado traumático, laceración gingival (iatrogenia) enfermedad periodontal, tratamiento periodontal, diseño inadecuado de aparatología removible y movimientos ortodónticos no controlados, hábitos orales lesivos, Si bien el cepillado de los dientes es importante para la salud de la encía, realizarlo defectuosamente puede causar recesión gingival, con tendencia a ser más frecuente y grave en los pacientes con encía comparativamente sana, poca placa bacteriana e higiene bucal adecuada.

2.5- Clasificación de las recesiones gingivales.

Para agrupar las recesiones gingivales existen dos clasificaciones reportadas en la literatura, Sullivan y Alkins y la de Miller. Sullivan y Alkins, clasificaron la recesión gingivales en cuatro categorías morfológicas:

- Superficial estrecho.
- Superficial amplio.
- Profundo estrecho.
- Profundo amplio.



Figura3. Recesión gingival leve a nivel de piezas 2.1 y 2.2 exponiendo la superficie radicular de ambos elementos dentarios. Inflamación a nivel del margen gingival.

Miller en 1985 clasifico:

Clase I. recesión del tejido marginal que no se extiende a la unión mucogingival, no existe pérdida de tejido periodontal en interproximal.

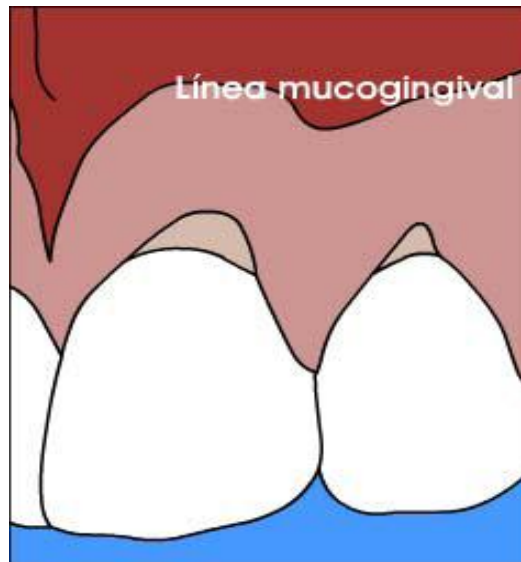


Figura 4. Recesión gingival Clase I de Miller

Clase II. Se extiende hasta o más allá de la línea mucogingival, no existe pérdida de tejido periodontal en interproximal.

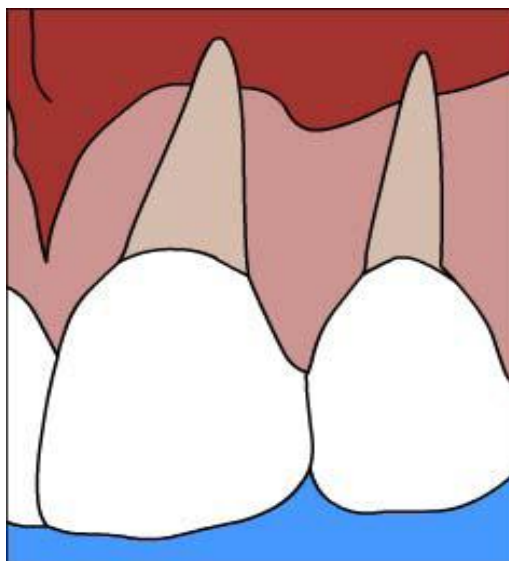


Figura 5. Recesión gingival Clase II de Miller

Clase III. Se extiende hasta o mas allá de la línea mucogingival, existe una ligera pérdida de tejido periodontal en interproximal o una mala posición dentaria.

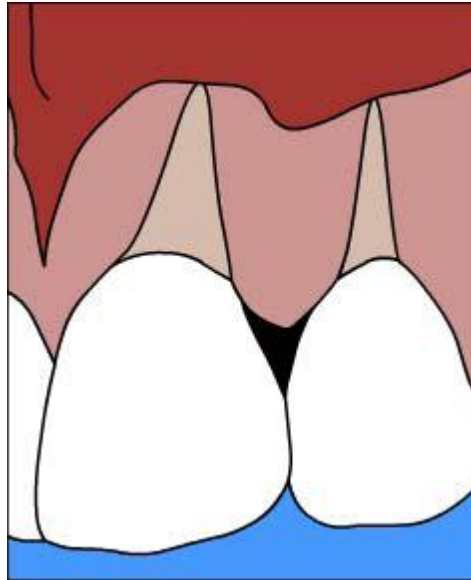


Figura 6.Recesión gingival Clase III de Miller

Clase IV. Se extiende hasta o mas allá de la línea mucogingival, existe una pérdida severa del tejido periodontal en el área interproximal o mal posición dentaria severa.

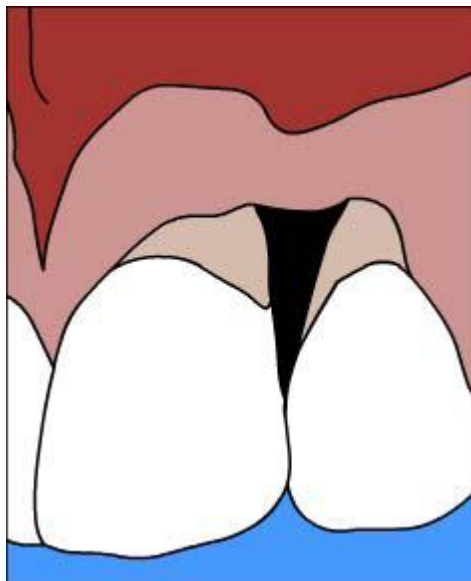


Figura 7.Recesión gingival Clase IV de Miller.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las personas de la tercera edad generalmente abandonan los autocuidados de la salud bucodental, bien por desconocimiento de los efectos de la caries dental o bien por minusvalía y costo elevado de la colocación de prótesis bucales.

Existe la idea generalizada de que es inevitable la pérdida dental con la edad y asumen el edentulismo como efecto de la edad y la carga del dolor también como parte de envejecer.

La calidad de vida incluye también a la salud bucodental, permitiéndole comer, hablar y socializar y estas actividades se ven francamente limitadas por la falta de dientes, por caries o por dolor dental.

Las lesiones por caries radicular también son causa de fracturas a nivel de la zona del cuello de los dientes, de dolor y de halitosis.

4. JUSTIFICACIÓN

Realizar un estudio dirigido a conocer algunos aspectos de la caries radicular y recesión gingival en una muestra de personas de la tercera edad permitirá recabar información generada a partir de la revisión buco dental de estos pacientes; conocer clínicamente diferentes manifestaciones de la historia natural de la caries radicular y si es frecuente la recesión gingival en ellos.

Después de analizar la información se podrá realizar una actividad de promoción de la salud; factible de ser colocada a la vista de todos los pacientes que acudan a la revisión al centro de salud José Castro Villagrán.

5. OBJETIVOS

5.1. GENERAL

- Determinar la prevalencia de caries radicular y recesión gingival en pacientes de la tercera edad que solicitan atención en el centro de salud del periodo septiembre de a noviembre 2010.

5.2. ESPECIFICOS

1. Determinar la prevalencia de caries radicular y los dientes más afectados en pacientes de la tercera edad.
2. Determinar la prevalencia de recesión gingival y el segmento más afectado.
3. Identificar los factores de riesgo más frecuentes a los que se exponen y que pueden ser agresores para tejido gingival.
4. Determinar el índice promedio de placa por sexo.
5. Determinar la proporción de pacientes que utilizan prótesis parciales removibles funcionales o no.
6. Determinar el perfil socio demográfico de los encuestados.

6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio se realizó con la participación de personas de la tercera edad que acuden a los servicios médicos en el centro de salud José Castro Villagrán en turno vespertino y matutino; previa autorización del director del centro de salud.

Para tal efecto se realizó un formato de la historia clínica que contiene aspectos, socio demográfico como edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad e información epidemiológica sobre factores de la enfermedad.

A cada paciente se le pidió contestar las preguntas y se les dio conocer los objetivos del estudio, para firmar en formato de consentimiento informado y posteriormente se realizó el levantamiento de la información epidemiológica referente a caries radicular, recesión gingival y factores de riesgo.

La revisión fue realizada en los sillones dentales que se encuentran en los cubículos del área odontológica del centro de salud, se realizó con luz natural utilizando espejos planos del número 5 con mango, de igual manera como auxiliares, abatelenguas, gasas y guantes desechables de látex y la vestimenta adecuada para la revisión dental.

Antes de realizar la exploración se les pidió que se retiraran la prótesis para evaluar la presencia de caries radicular y la recesión gingival a los pacientes que fueran portadores de estas.

Posteriormente a esta revisión se les pidió que se colocaran nuevamente la prótesis para evaluar su funcionalidad si sirve o no.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

- Transversal.

6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

- Personas de la tercera edad que solicitan atención en el centro de salud José Castro Villagrán

64.4 MUESTRA

- 30 pacientes de la tercera edad que solicitan atención de Septiembre a Noviembre del 2010.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes masculinos y femeninos de 60 años y mas que desean participar.

- Pacientes que presentan al menos dentición de canino a canino en arcada superior e inferior.

6.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que al momento de la revisión bucal no desean participar

6.7 VARIABLES DE ESTUDIO:

- Variable independiente. Índice de placa, edad, género.
- variable dependiente. Caries radicular y recesión gingival.

6.8 VARIABLE INDEPENDIENTE Y VARIABLE DEPENDIENTE

- Variable independiente. Índice de placa, edad, género.
- variable dependiente. Caries radicular y recesión gingival.

6.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables.	Conceptualización.	Operacionalización
Caries.	Es considerada una de las enfermedades con mayor frecuencia en la población mundial, se caracteriza por ser un proceso infeccioso y multifactorial, en el que varios microorganismos de la placa dentobacteriana como <i>Streptococcus mutans</i> y <i>Lactobacillus acidophilus</i> , producen ácidos los cuales se encargan de atacar a los tejidos duros del diente (esmalte, dentina y cemento) provocando su desmineralización.	Presentes o Ausentes.
Caries Radicular.	Se entiende como caries radicular aquel proceso carioso que se produce sobre la raíz del diente siendo esta una enfermedad infecciosa de origen bacteriano que se produce por la desmineralización de los tejidos duros del diente.	Presentes o Ausentes.

<p>Recesión Gingival.</p>	<p>Es definida como la ubicación del margen gingival apical a la unión amelocementaria de uno o mas dientes, ocasiona hipersensibilidad radicular, al igual que lesiones cervicales cariosas.</p> <p>Otros autores la definen como el desplazamiento del margen gingival apical a la unión cemento-esmalte con la exposición de la superficie radicular al ambiente oral. Ó 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.</p>	<p>Presente o Ausente.</p>
<p>Edad</p>	<p>Tiempo que una persona vive a partir de su nacimiento</p>	<p>Años Cumplidos.</p>
<p>Genero</p>	<p>Decodifica el significado que las culturas otorgan a la diferencia de sexo y una manera de comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana. Joan W. Scott.</p>	<p>Femenino o Masculino.</p>

Factores de riesgo	Elemento que va a incrementar la posibilidad de contraer una enfermedad o condición.	Utilización de Prótesis, xerostomía, dieta, fumadores, higiene bucal, traumatismos, placa bacteriana.
--------------------	--	---

7. RESULTADOS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

En el estudio participaron 30 personas de la tercera edad, el 30% correspondió al sexo masculino y el restante 70% al femenino, la edad máxima fue de 81 años y la mínima de 60 años, la edad promedio fue de 69 Años. El 70% manifestó ser casado y el 20% viudo.

ESCOLARIDAD

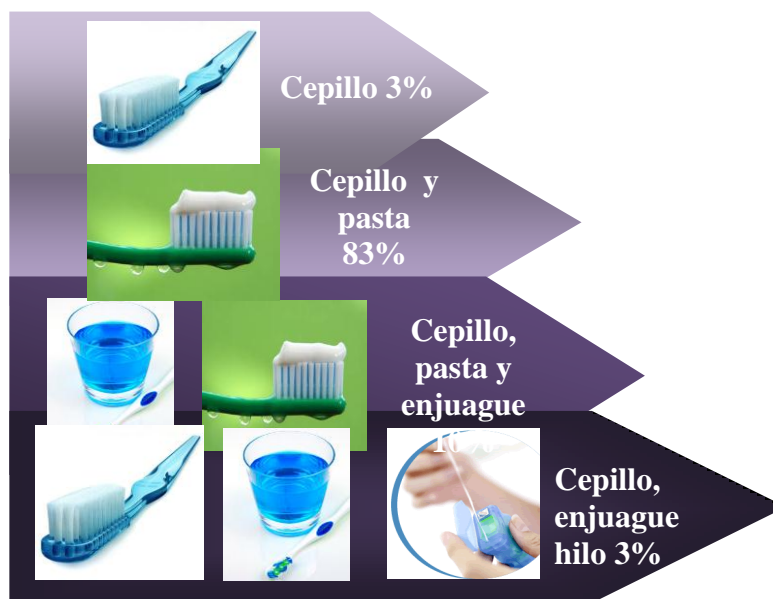
Respecto al grado de instrucción se observó que la mayor proporción correspondió a personas con primaria terminada, es de llamar la atención que más de la cuarta parte de los encuestados son analfabetas, solo el 3% mencionó contar con instrucción superior. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución porcentual por grado de escolaridad	
ESCOLARIDAD	%
Analfabeta	27%
Primaria	47%
Secundaria	10%
Preparatoria	10%
Técnico	3%
Superior	3%
Total	100%

Fuente directa

AUXILIARES DE HIGIENE BUCAL

Gráfica 1
Distribución porcentual de uso de auxiliares de higiene bucal.



Fuente directa

De acuerdo con las respuestas de los encuestados la mayor proporción son pacientes que utilizan pasta y cepillo (83%) y solo un 10% refirió utilizar además de la pasta y el cepillo un enjuague bucal.

Aunque por la edad se pensaría que les es difícil el manejo del hilo dental el 3% refirió utilizarlo.

UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS

Respecto a la revisión bucal realizada en el centro de salud observamos en un 57% pacientes el uso de prótesis removibles, una proporción no mayor pero si importante (33%) no las utilizan (Tabla 2).

Tabla 2. Utilización de prótesis		
REMOVIBLE	FIJA	NO UTILIZA
57%	10%	33%

Fuente directa

En la tabla 2 se observan las distribuciones porcentuales de uso de prótesis y aunque el 33 no las utiliza entre ellos hay personas que las necesitan pero no las portan.

FUNCIONALIDAD DE PRÓTESIS

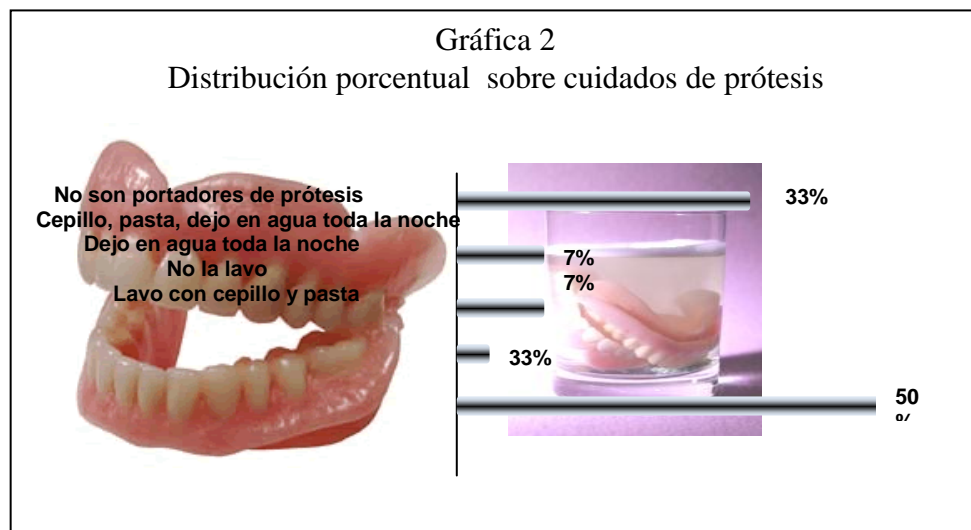
Los que utilizan prótesis superiores representan el 63% y es alarmante que de estos q más de la mitad no le son funcionales, es de llamar la atención la semejanza en proporciones de prótesis no funcionales tanto en superior como en inferior, con un 23% respectivamente, unos mencionaron que desde que las utilizaron no les permitieron comer y otros que los años de uso fueron la razón del deterioro. (Tabla 3)

Tabla 3. Funcionalidad de prótesis			
SUPERIOR		INFERIOR	
Funcional	No funcional	Funcional	No funcional
41%	23%	13%	23%

Fuente directa

CUIDADO DE PRÓTESIS

Hoy en día el paciente cuenta con más información sobre el uso y cuidado de su prótesis y esto se ve reflejado en la proporción del 50% de encuestados que lavan con cepillo y pasta después de consumir algún alimento, pero si bien es cierto son muchos los que no cuentan con la información o un hábito de higiene oral esto se refleja en la muestra con el porcentaje del 33% ... son pacientes que no realizan algún cuidado en sus prótesis, pocas son las personas que además del lavado la dejan en agua por la noche. (Gráfica 2)

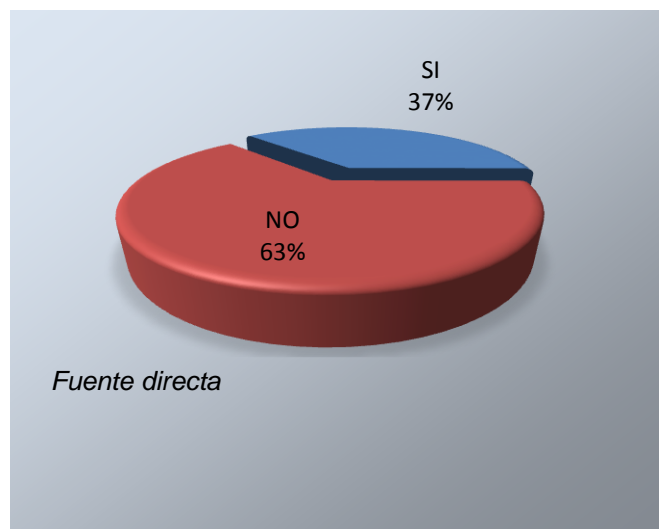


Fuente directa

TIEMPO DE USO DE PRÓTESIS

En promedio, los encuestados tienen 4 años con las prótesis superiores y dos años con las inferiores, esto permite entonces entender que las utilizaron solo por estética sin ser4 funcionales ya que en 4 años de uso no se deterioran al grado de ser no funcionales.

Gráfica 3
Presencia de lesiones en cuello de dientes.



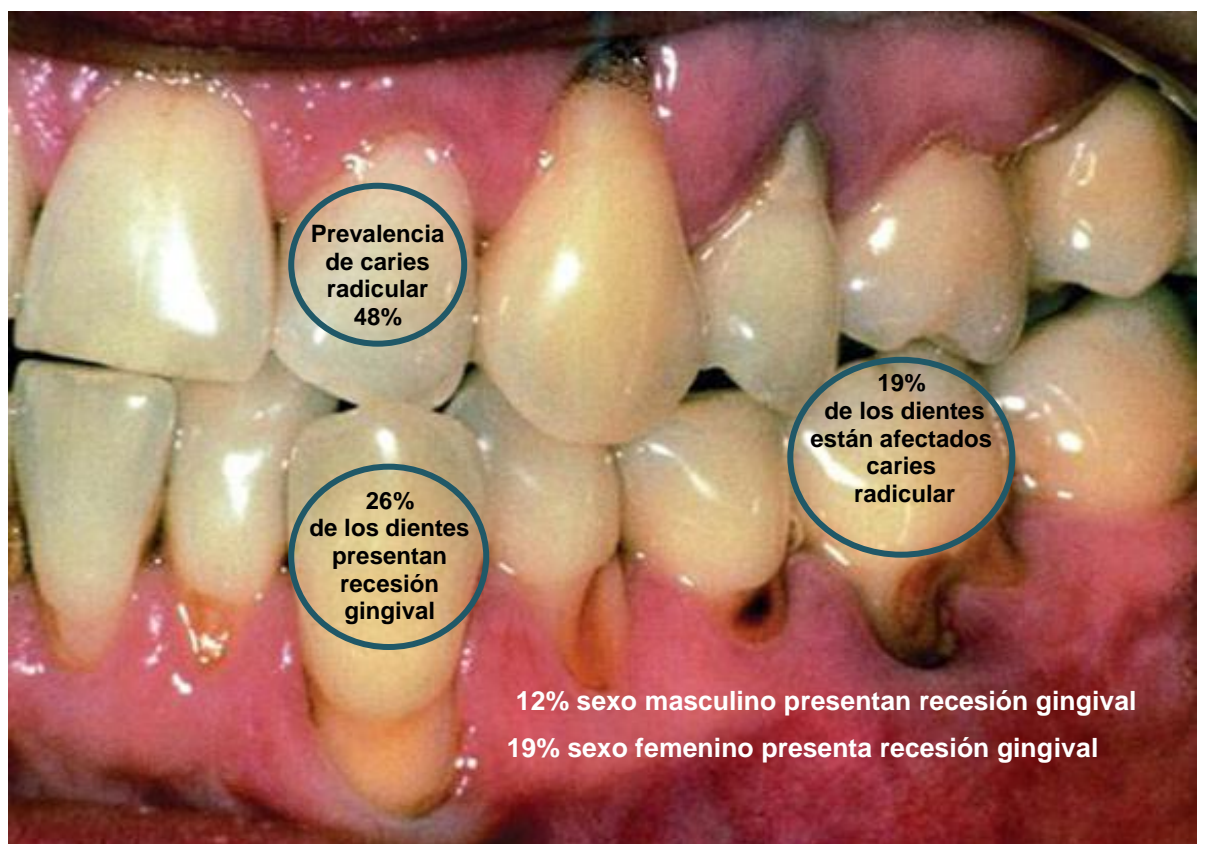
La muestra nos refleja con un 63% pacientes que refieren no haber observado lesión alguna, ya sea por falta de conocimientos de la evidencia de caries clínicamente, o por el desinterés en su higiene, solo el 37% mencionan que si han observado lesiones y las denomina como ***picadas” o manchas café en las raíces***

El promedio de dientes funcionales que arroja la muestra es de 9 dientes, tanto en arcada superior como en inferior, esto nos lleva determinar que hoy en día, a pesar de tanta información sobre autocuidado dental son más los pacientes de la tercera edad que son desdentados o tienen caries y parece que el mito que vejez es sinónimo de edentulismo aún prevalece.



CARIES RADICULAR y RECESIÓN GINGIVAL

La prevalencia de caries radicular es del 48% del total de la población, tomando en cuenta el total de dientes presentes al momento de la revisión bucal se determinó que el 26% de los dientes presentan recesión gingival y el 19% están afectados por caries radicular.

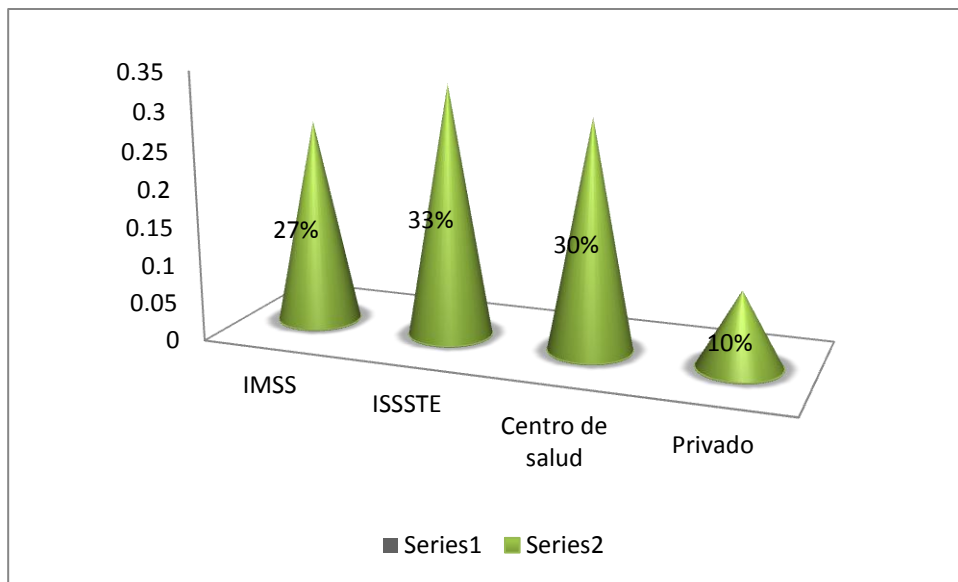


La mayor proporción de dientes con recesión gingival se presenta en el sexo femenino con el 19% en contraste con el 12% del sexo masculino

SEGURIDAD SOCIAL

El 30% del total de la población encuestada refiere no contar con alguna institución de seguridad social a menos que se trate del Centro de Salud José Castro Villagrán siendo así este su único lugar de asistencia médica con el que cuentan, la proporción restante se divide como lo muestra la gráfica 4:

Gráfica 4. Seguridad Social de referencia de los encuestados.



Fuente directa

Se observa que la mayor proporción pertenece al ISSSTE con el 33% y al IMSS con el 27% lo que pone en evidencia que pueden tener acceso a los programas geriátricos institucionales.

8. CONCLUSIONES

1. La realización del presente estudio en pacientes de la tercera edad con caries radicular y con recesión gingival nos proporciono información acerca de estos padecimientos, ayudando así a tener como estudiantes una visión más aproximada de los problemas bucales de las personas de la tercera edad y planear las necesidades de cada paciente de acuerdo a la enfermedad presente.
2. Se pusieron en práctica las actividades establecidas en el presente estudio, haciendo consiente al paciente de las manifestaciones clínicas de la caries y recesión gingival, de tal modo, se logro que el paciente comprendiera la importancia de una buena higiene bucal y los factores de riesgo que conllevan a esta enfermedad, logrando así, cubrir las necesidades de información del paciente, llevando a cabo las actividades de promoción de la salud.
3. Aún prevalece el abandono de autocuido de la salud bucal en algunas personas de la tercera edad.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Murillo O. Castillo J. Generalidades y condiciones Bucodentales de las Personas Mayores de Sesenta Años de los Cantones de Goicoechea y Moravia. Costa rica.
- 2- Visuarte J. Nieto JM. Pereiro. R. Prevención de Patología Bucodental en Población mayor de 65 años Distrito Sanitario de Atención Primaria Bahía de Cádiz-Janda.
- 3- Brunelie JA. Selwitz RH .Pastel M. Oldakowskir RJ. Kingman A. Caries Coronal y Caries Radicular en la Dentición de los Adultos en los Estados Unidos.1988-1991.Pub Med.
- 4- Pardi G. Perrone N. Acevedo M. Mazzali R. Estudios sobre Rothia Dentocariosa en Pacientes con Caries Dental. Acta Odontológica Venezolana.
- 5- Niveles y Tipos Bacterianos Revista Menopausia.
- 6- Ardila CM. Recesión Gingival: Una Revisión de su Etiología, Patogénesis y Tratamiento, Revista Avances.
- 7- Lorenzo G; Silvia M. Díaz Gómez, Ramos Díaz M*. Hidalgo S. Rodríguez M. Alteraciones Bucales en Pacientes Geriátricos Rehabilitados con Prótesis Parciales Revista Archivo Médico de Camagüey 2005; 9(5) issn 1025-0255.

- 8- Ramamurthy NS, Schroeder KI., Mcnamara TF. Et al. root-surface Caries in Rats and Humans: inhibition by a non-Antimicrobial property of tetracyclines. Adv. dent. res. 1998; 12: 43-50.

- 9- Amdal-Scheie A., Luan WM. Plaque ph and Microflora of dental Plaque on Sound and Carious Root Surfaces. j. dent. Res 1996; 75(11): 1901-1908.

- 10-. Krasse B. Caries Risk: A Practical Guide for Assessment and Control. Quintessence publishing co. inc. 1985; 11-32.

- 11-Gutiérrez D. Cortes I. Gómez F. Gonzales A. Microbiología de la caries radicular en el paciente mayor. Avances en Odontoestomatología 2006 Madrid.

- 12-Conapo. Proyecciones de la Población México 2005-2050 México en cifras .México 2008.

10. Anexos



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
JEFATURA DE ODONTOLOGÍA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
Oficio: 02/09/10
Asunto: Solicitud de apoyo

Case
Dr. Ignacio Arteaga Rosas
Director del Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrán"
San. Fernando. Talpan
Presente

Por este conducto, la que suscribe Dra. Arcelia Meléndez Ocampo, Jefe del Departamento de Odontología Preventiva y Salud Pública de la Facultad me dirijo a ud para solicitar su apoyo a fin de que los pasantes de Odontología Daniel Alejandro Rodríguez Cruz y Ariadna Malagón Bolaños quienes están inscritos en el Seminario de Titulación en Epidemiología y Salud Pública puedan realizar su trabajo de tesis en la institución a su digno cargo levantando información sobre diferentes aspectos de caries radicular y uso de prótesis removibles en personas de 40 y más años.

Asimismo le informo que los citados alumnos diseñarán un poster sobre autocuidado de la salud bucodental y se le hará llegar para que el Centro de Salud pueda colocarlo como parte de Promoción de la Salud bucodental.

Sin otro particular, agradezco la atención que se sirva prestar a la presente y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, DF a 9 de septiembre del 2010.

Arcelia Meléndez Ocampo
Dra. Arcelia Meléndez Ocampo
Jefatura



Recibido 20-09-10
[Signature]

FACULTAD DE ODONTOLOGIA .UNAM
SEMINARIO DE TITULACIÓN EN EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PÚBLICA

No.

NOMBRE _____ EDAD SEXO M

1. EDO. CIVIL

1) SOLTERO 2) CASADO 3) VIUDO

2. ESCOLARIDAD

1) ANALFABETA 2) PRIMARIA 3) SECUNDARIA 4) PREPARATORIA 5) TÉCNICA
6) SUPERIOR 7) POSGRADO

3. USO DE AUXILIARES DE HIGIENE BUCAL

1) CEPILLO Y PASTA DENTAL 2) ENJUAGUE BUCAL 3) HILO DENTAL 4) CEPILLO 5) NADA

4. UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS DENTALES

1) REMOVIBLE 2) FIJA 3) NO UTILIZA
1) SUP. FUNCIONAL 2) SUP. NO FUNCIONAL 3) INF. FUNCIONAL 4) INF. NO FUNCIONAL
1) DIENTES FUNCIONALES ARCADEA SUP. 2) DIENTES FUNCIONALES ARCADEA INF.

5. COMO CUIDA SU DENTADURA

1) NO LA LAVO 2) LAVO CON CEPILLO Y PASTA 3) LAVO CON CEPILLO Y JABÓN
4) DEJO EN AGUA TODA LA NOCHE 5) ME DUERMO CON ELLA

6- CUANTO TIEMPO TIENE APROXIMADAMENTE CO ELLA(S)

SUPERIOR SUPERIOR

7) ¿HA OBSERVADO LESIONES EN EL CUELLO DE SUS DIENTES? 1) SI 2) NO

8. ¿Cómo LAS DENOMINA? 9. ¿Cuándo LE DUELEN?

10. ¿CON QUE INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL CUENTA?

1) IMSS 2) ISSSTE 3) DIF 4) NO TENGO 5) PRIVADO

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

0	SIN RECESIÓN	3	RECESIÓN/SUPERFICIE RADICULAR OBTURADA
1	RECESIÓN/SUPERFICIE RADICULAR SANA	4	DIENTE AUSENTE
2	RECESIÓN/SUPERFICIE RADICULAR CARIADA	9	NO APLICA

Placa/Cálculo

C			
P			
	17-16 (V)	11-21 (V)	26-27 (V)
	47-46 (L)	41-31 (V)	36-37 (L)
P			
C			
	IP=	IC=	IHOS=

Caries

Placa	CÓDIGO	Cálculo
No hay presencia de restos y manchas	0	No hay presencia cálculo
Restos blandos que cubren no más de un tercio de la superficie dental examinada.	1	Cálculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental.
Restos blandos que cubren más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie dental expuesta.	2	Cálculo supragingival: cubre más de un tercio pero menos de dos tercios partes de la superficie dental expuesta o hay presencia individual de cálculo subgingival alrededor del cuello del diente, o ambos.
Restos blandos que cubren más de dos tercios de la superficie dental expuesta.	3	Cálculo supragingival: cubre más de dos tercios de la superficie dental o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente, o ambos.
No registrado	9	No registrado