



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

RELACIÓN PERIODONTITIS CRÓNICA VS. PERIODONTITIS  
AGRESIVA, EN UNA MUESTRA DE PACIENTES DE LA CLÍNICA DE  
PERIODONCIA E IMPLANTOLOGÍA, FO. UNAM.

**TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**CIRUJANA DENTISTA**

P R E S E N T A:

ELIZABETH BELMONTE HERNÁNDEZ

TUTOR: Dr. ISMAEL FLORES SÁNCHEZ

MÉXICO, D.F.

2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres Sergio y María, por haberme apoyado en cada paso de mi vida, gracias por los desvelos, los esfuerzos, el amor que me han brindado por ustedes estoy llegando al fin de una etapa muy importante, son mi ejemplo a seguir y ustedes me enseñaron que siempre hay que luchar por lo que uno quiere.

Gracias a mi hermana Gabriela, por acompañarme en esta etapa, apoyarme y enseñarme que el éxito se logra con estudio y dedicación, te admiro por todos tus logros eres un gran modelo a seguir.

Gracias a mi hermano Sergio, que donde quiera que este le dedico este triunfo, pues él siempre ha sido y será mi mayor motor para salir adelante, te amo.

Este éxito no lo hubiera logrado sin mi tutor Dr. Ismael Flores Sánchez, le agradezco sus conocimientos, orientaciones, su manera de trabajar, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación, por lo que merece toda mi admiración así como sentirme en deuda con él por lo aprendido.

Gracias al Mtro. Oscar Díaz de Ita, colaborador importante en esta tesina, por compartirme sus conocimientos, agradezco el apoyo que me brindó para lograr este objetivo.

A las personas que siempre estuvieron conmigo apoyándome, en las buenas y en las malas, gracias por las risas, los consejos, las peleas que compartimos, sin ustedes nada de esto hubiera valido la pena los quiero mucho y siempre estarán en mi corazón: Carlos, Andrea, Wendy, Lili, Paco, Ángel, Esteban, Bety.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. PERIODONTITIS	
2.1 Definición.....	7
2.2 Clasificación.....	8
2.3 Diagnóstico periodontal.....	9
2.3.1 Diagnóstico clínico.....	10
2.3.2 Diagnóstico microbiológico.....	11
2.3.3 Diagnóstico genético.....	12
2.4 Etiología y patogenia.....	13
2.5 Factores de riesgo.....	16
2.6 Periodontitis crónica y agresiva.....	17
2.6.1 Periodontitis crónica.....	18
2.6.1.1 Características clínicas.....	19
2.6.2 Periodontitis agresiva.....	22
2.6.2.1 Características clínicas.....	23
2.6.2.2 Periodontitis agresiva localizada.....	24
2.6.2.3 Periodontitis agresiva generalizada.....	25
2.7 Epidemiología.....	26
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	30
4. JUSTIFICACIÓN.....	31
5. OBJETIVOS	
5.1 Objetivo general.....	32
5.2 Objetivos específicos.....	32

6. MATERIALES Y MÉTODOS.....	33
6.1 Tipo de estudio.....	34
6.2 Población de estudio.....	34
6.3 Muestra.....	35
6.3.1 Criterios de inclusión.....	35
6.3.2 Criterios de exclusión.....	35
6.4 Variables de estudio	
6.4.1 Variable dependiente.....	36
6.4.2 Variable independiente.....	36
7. RECURSOS.....	37
7.1 Humanos.....	37
7.2 Materiales.....	37
8. PLAN DE ANÁLISIS.....	38
9. RESULTADOS.....	39
10. DISCUSIÓN.....	42
11. CONCLUSIONES.....	45
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
ANEXO 1.....	50

## 1. INTRODUCCIÓN

La periodontitis es una de las enfermedades orales más comunes en cualquier población. Antes se pensaba que se presentaba solamente en personas mayores de 50 años, pero hoy en día, con base en las investigaciones, publicaciones y en la clasificación actual, se sabe que ésta puede afectar a personas de cualquier edad, entendiendo por esto: niños, adolescentes, adultos jóvenes, adultos y adultos mayores.

Para poder establecer un diagnóstico de periodontitis, existen criterios específicos para cada una de sus formas. En un trabajo previo se observó que los clínicos, frecuentemente, asignaban diagnósticos de periodontitis crónica con mayor frecuencia, en comparación con los de periodontitis agresiva; y esto no solo fue atribuido a la mayor prevalencia de pacientes con periodontitis crónica, sino también a la falta de aplicación de los criterios descritos para el diagnóstico de la periodontitis agresiva y a la falta de experiencia.

Sin embargo, aún intentando aplicar los criterios clínicos de manera adecuada, puede existir cierta polémica, en algunos casos clínicos, al momento de dar un diagnóstico clínico definitivo; ya que entre la periodontitis crónica y la periodontitis agresiva hay similitudes en sus características clínicas, radiográficas, factores de riesgo y aún en sus características microbiológicas e histológicas, por lo que en este trabajo se tratarán de resaltar las características clínicas que deben considerarse para poder realizar un diagnóstico clínico adecuado, pues de esto puede depender un adecuado plan de tratamiento y el pronóstico para el paciente.

Se sabe que la periodontitis crónica tiene una mayor prevalencia en relación con la periodontitis agresiva. Sin embargo, existen reportes que indican que en países en vías de desarrollo, tal vez como el nuestro, la prevalencia de la periodontitis agresiva es un poco mayor en comparación con su prevalencia en países desarrollados; por lo que sería de esperarse, que a la Clínica de Periodoncia e Implantología de la Facultad de Odontología,



RELACIÓN PERIODONTITIS CRÓNICA VS. PERIODONTITIS AGRESIVA, EN UNA MUESTRA DE PACIENTES DE LA CLÍNICA DE PERIODONCIA E IMPLANTOLOGÍA, FO. UNAM.

---



UNAM asistieran, con mayor frecuencia, pacientes con periodontitis agresivas, por lo que en este trabajo se tratará de establecer la relación existente entre la periodontitis crónica y la periodontitis agresiva en una muestra de pacientes que asisten a esta clínica.

## 2. PERIODONTITIS

### 2.1 Definición

La periodontitis se define como: “una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes, provocada por microorganismos, o grupos de microorganismos específicos de la placa dental o biopelícula, que ocasiona la destrucción progresiva del ligamento periodontal y del hueso alveolar, con formación de bolsas periodontales y/o recesiones gingivales, o ambas”.

La principal característica clínica que distingue a la periodontitis de la gingivitis, es la presencia de la pérdida de inserción clínica, la cual se determina midiendo la distancia que va desde la unión cemento-esmalte hasta la punta de la sonda periodontal y con frecuencia también puede ser detectada radiográficamente, por cambios en la densidad y en la altura de la cresta ósea alveolar.

En la periodontitis se pueden observar signos clínicos de inflamación gingival, tales como: cambios en el color, contorno y consistencia de la encía, así como por la presencia de sangrado al sondeo, supuración e incremento en el flujo de fluido crevicular (Imagen 1).

Estos signos de inflamación gingival no son indicadores positivos de la pérdida de inserción en curso, también conocida como actividad de la enfermedad periodontal. <sup>1</sup>





**Imagen 1. Paciente con periodontitis con signos de inflamación. <sup>2</sup>**

En casos avanzados la destrucción periodontal puede afectar las furcaciones de dientes multirradiculares, ocasionar movilidad, migración dental y eventualmente puede provocar la pérdida de los dientes severamente afectados.

La periodontitis, al igual que la gingivitis, también es causada por microorganismos de la placa dental, pero su inicio y progresión están determinados por la susceptibilidad de las personas a la enfermedad; y aunque se han descrito una gran cantidad de factores de riesgo asociados a ella, tales como: la edad, el tabaquismo, enfermedades sistémicas y el estrés, entre otros, su inicio y desarrollo se asocian fundamentalmente con la naturaleza de la respuesta inmuno-inflamatoria del huésped. <sup>3</sup>

## **2.2 Clasificación**

Los sistemas de clasificación de las enfermedades periodontales son muy necesarios para proporcionar información de las mismas, para estudiar científicamente su etiología, patogenia y tratamiento de una forma correcta. Tales sistemas otorgan a los clínicos una forma de

organizar las necesidades de atención de la salud de sus pacientes. Además, constituyen un punto de partida para realizar los diagnósticos clínicos.<sup>3,4,5</sup>

La Academia Americana de Periodontología publicó un sistema de clasificación de las enfermedades periodontales en 1999, basándose en datos clínicos y científicos. En este sistema se describieron 5 formas de enfermedades periodontales destructivas:<sup>4</sup>

1. Periodontitis crónica.
2. Periodontitis agresiva.
3. Periodontitis como una manifestación de enfermedades sistémicas.
4. Periodontitis ulcerativa necrosante.
5. Periodontitis asociada con lesiones endodónticas.

La periodontitis crónica y la periodontitis agresiva son las formas más comunes de enfermedad periodontal destructiva, sobre todo la primera; y se observan en pacientes que no tienen trastornos médicos o de salud general, que pudieran contribuir al desarrollo de su periodontitis, como es el caso de pacientes con *periodontitis como una manifestación de enfermedades sistémicas*, las cuales son potentes modificadores de las respuestas innata y adaptativa del huésped, que afectan gravemente la resistencia a las infecciones e incrementando mayormente la susceptibilidad de los tejidos periodontales a la degradación inducida por la inflamación.<sup>3</sup>

### **2.3 Diagnóstico periodontal**

Diagnóstico es el acto de identificar una enfermedad a partir de sus signos y síntomas.

El diagnóstico periodontal es la mejor manera de conocer la condición o enfermedad que un paciente padezca. El asignar un diagnóstico implica tener una ruta clínica correcta, así mismo, es muy importante tener un diagnóstico diferencial, haciendo una lista de otros posibles diagnósticos dependiendo de las condiciones del paciente. Un diagnóstico certero ayuda a desarrollar un plan de tratamiento adecuado que resuelva los problemas del paciente; mientras que un diagnóstico incorrecto conduce a un tratamiento mal enfocado y a tener fallas en la resolución de los problemas del paciente.<sup>2,6</sup>

Existen tres tipos de diagnóstico:

1. Clínico
2. Microbiológico
3. Genético

### **2.3.1 Diagnóstico clínico**

Se basa en información obtenida de una anamnesis clínica y odontológica, con la finalidad de identificar a pacientes con algún tipo de periodontitis al determinar si existe pérdida de inserción clínica y resorción de hueso alveolar, acompañado de bolsas periodontales o recesiones gingivales, evaluando la ubicación y magnitud de los defectos (Imagen 2).

Una vez establecida la presencia de periodontitis se debe determinar el diagnóstico clínico, con base en el sistema de clasificación, considerando las características descritas para cada entidad clínica.

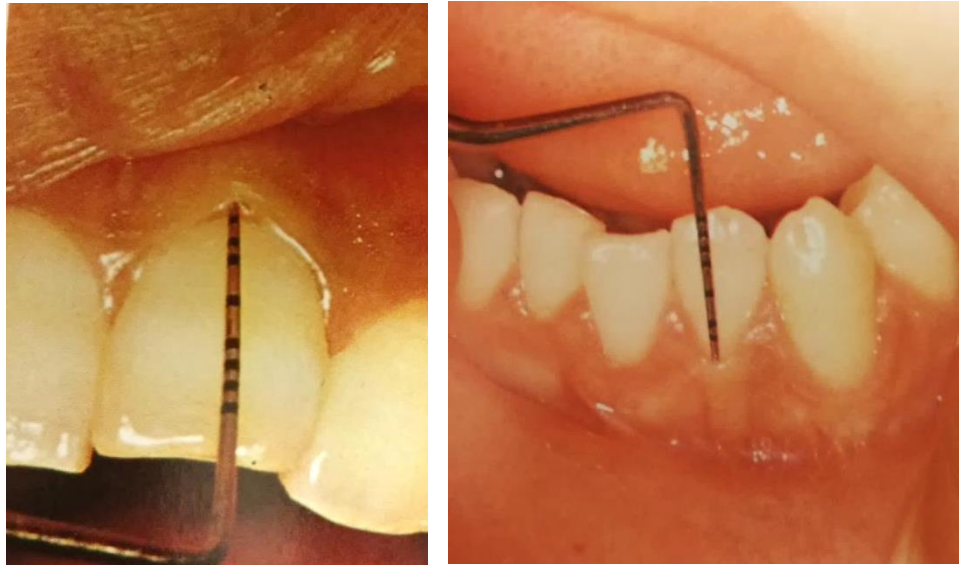


Imagen 2. Medición de la profundidad de bolsa.<sup>7</sup>

### 2.3.2 Diagnóstico microbiológico

La periodontitis es basa en un proceso infeccioso asociado a bacterias específicas, conocidas como patógenos periodontales, aunque también existen otras bacterias de probable significancia patogénica. Sin embargo, la mayoría de las periodontitis no están asociadas a un solo patógeno periodontal y más bien se tratan de infecciones mixtas, por lo que se consideran enfermedades polimicrobianas y en la mayoría de las situaciones no es posible distinguir una periodontitis crónica de una agresiva con base en sus perfiles microbianos, a excepción de los casos de periodontitis agresiva localizada, en la cual el patógeno predominante es el *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Imagen 3).<sup>6</sup>

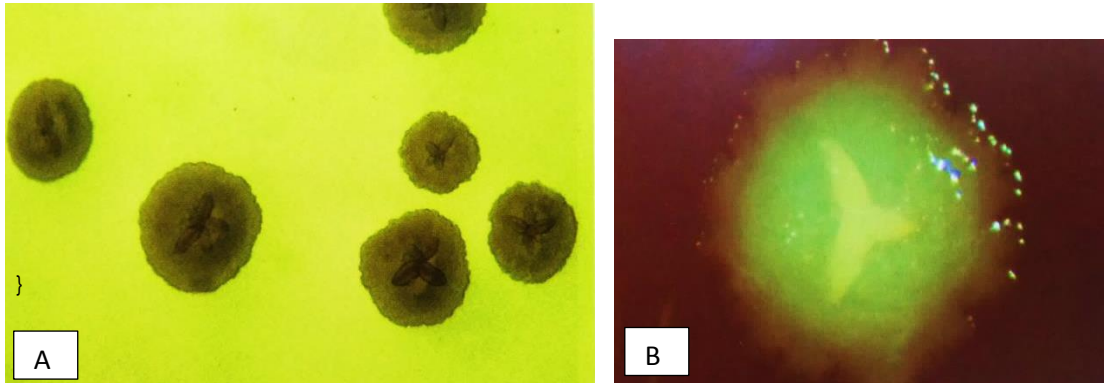


Imagen 3. Morfología de una colonia de *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* en: A) un medio específico y B) un medio no específico. <sup>1</sup>

El hecho de saber que una afección clínica tiene que ver con algún patógeno periodontal específico, puede repercutir en la posibilidad de complementar el tratamiento mecánico convencional con antibióticos y en la adecuada selección de los mismos. Así, conocer a los microorganismos presentes puede ser útil al elaborar el plan de tratamiento.

### 2.3.3 Diagnóstico genético

El diagnóstico clínico de algunas formas de la enfermedad periodontal dentro de una familia, como lo es la presencia de periodontitis agresivas, puede suponer la presencia de aspectos genético-hereditarios importantes de susceptibilidad familiar, lo que implicaría el establecimiento de medidas adicionales de control en las personas afectadas.<sup>6</sup>

En ciertos casos de periodontitis severas sería posible que la presencia de placa bacteriana no fuera la principal responsable de la destrucción periodontal y se sospecharía la presencia de trastornos que pudieran aumentar la susceptibilidad del huésped; por lo que sería necesario indicar pruebas de laboratorio, exámenes histológicos e interconsultas médicas.<sup>2,6</sup>

Existen pruebas genéticas que pueden identificar pacientes con mucha probabilidad de desarrollar la enfermedad. El conocimiento de factores de riesgo genéticos específicos o de biomarcadores inflamatorios, puede permitir a los clínicos valorar la susceptibilidad de los pacientes a la enfermedad periodontal.

## 2.4 Etiología y patogenia

Existen hasta 600 especies de bacterias en la cavidad oral y varias de ellas pueden afectar el equilibrio con el huésped y permitir el desarrollo de la enfermedad periodontal; por lo que la infección periodontal inicia con la presencia de patógenos periodontales invasivos específicos que colonizan la superficie radicular de los dientes. Sin embargo, la sola presencia de patógenos periodontales no es suficiente para producir la enfermedad periodontal, sino que además éstos patógenos deben actuar sobre un huésped susceptible. Esta susceptibilidad es determinada por factores sistémicos y genéticos del huésped, así como por la presencia de factores locales y factores ambientales, por lo que la periodontitis, más que una infección clásica se considera una enfermedad multifactorial. <sup>1</sup>

La formación de la placa dental pasa a través de varias etapas: 1) colonización, 2) crecimiento, 3) integración y 4) invasión. Una vez estructurada la placa dental los patógenos asociados a ella, principalmente bacterias anaerobias Gram negativas, inducen una respuesta inmune-inflamatoria responsable del daño tisular (Figuras 1, 2 y 3). <sup>1,8</sup>

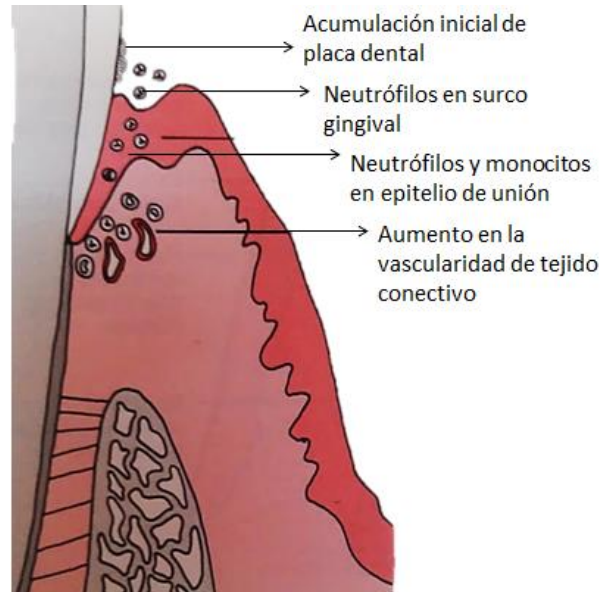


Fig. 1 Lesión inicial: vasodilatación, acumulación de neutrófilos en los tejidos y en surco y aumento del flujo de fluido crevicular. El daño tisular es mínimo y el infiltrado se limita al área subyacente al epitelio.<sup>9</sup>

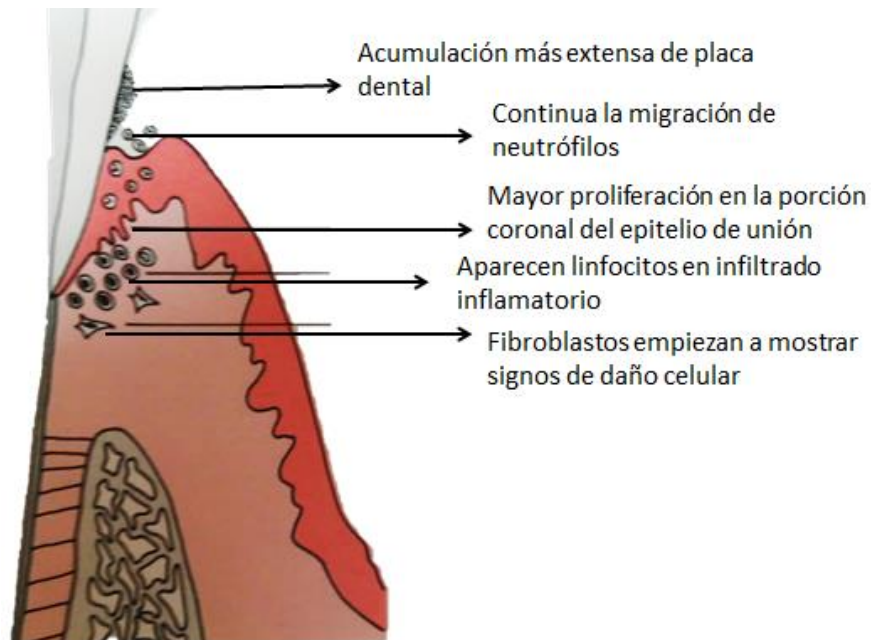
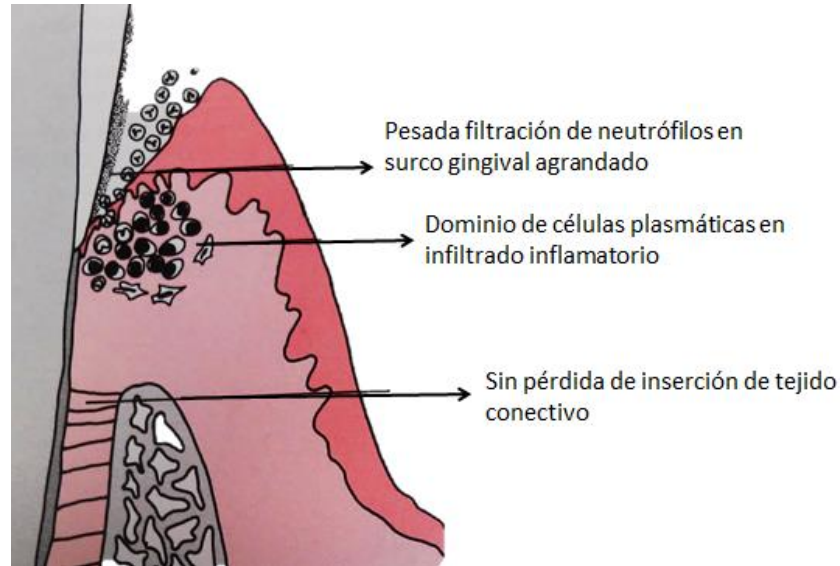


Fig. 2 Lesión temprana: aumento en el tamaño del infiltrado inflamatorio, que contiene linfocitos y macrófagos, además de los neutrófilos. Hay proliferación y formación del epitelio de unión, la pérdida temprana de colágeno gingival es evidente.<sup>9</sup>



**Fig. 3 Lesión establecida: el tejido conjuntivo gingival se sustituye por el infiltrado celular inflamatorio crónico y puede ser rodeado por un área de fibrosis. El epitelio de unión muestra hiperplasia y ulceración. La bolsa contiene un gran número de neutrófilos junto con factores del complemento y anticuerpos.<sup>9</sup>**

Las enfermedades periodontales se consideran infecciones polimicrobianas oportunistas, y se han identificado patógenos bacterianos en las biopelículas subgingivales. Los patógenos periodontales más importantes son: <sup>8,10</sup>

- *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*
- *Porphyromonas. Gingivalis*
- *Tannerella forsythia*
- *Treponema denticola*

Además existe otro grupo de bacterias que también tienen significancia patogénica: <sup>8,11</sup>

- *Prevotella intermedia*
- *Fusobacterium nucleatum*
- *Eikenella corrodens, Campylobacter rectus*
- *Parvimonas micra*
- *Streptococcus intermedius.*<sup>8,10</sup>



El hecho de que los patógenos periodontales se detecten con frecuencia en personas sin un diagnóstico clínico de periodontitis, indica que no todos los seres humanos tienen la misma susceptibilidad o que la virulencia y el potencial patógeno pueden variar.<sup>6</sup>

Las lesiones periodontales son el resultado de procesos inflamatorios regulados por las respuestas innata y adaptativa del sistema inmunológico del huésped. La inflamación limitada a la encía es el resultado de una simbiosis equilibrada entre la biopelícula y los tejidos del huésped; mientras que la periodontitis es el resultado del desbalance de esta simbiosis. Esta respuesta inflamatoria del huésped, aunque en un principio es un mecanismo de defensa, también puede considerarse nociva, ya que la inflamación puede lesionar a las células y estructuras del tejido conjuntivo al extenderse más allá de la unión cemento-esmalte, ocasionando la pérdida de inserción de los tejidos periodontales hacia el diente y la pérdida del hueso alveolar. Por lo tanto, la respuesta del huésped, desencadenada por la presencia de los patógenos periodontales de la placa dental, es el principal mecanismo responsable de las lesiones observadas en la periodontitis.<sup>6,8</sup>

## 2.5 Factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier elemento o condición que afecte la cadena causal para esa enfermedad. En el caso de la periodontitis, esta es una infección que ocurre en huéspedes susceptibles y esta susceptibilidad es favorecida o modificada por la presencia de factores de riesgo.<sup>12</sup>

Entre los principales factores de riesgo que se han asociado con la presencia de la periodontitis tenemos:<sup>6,8</sup>

- Placa bacteriana
- Edad
- Tabaquismo
- Enfermedades sistémicas
- Obesidad
- Embarazo
- Nutrición
- Genética

## 2.6 Periodontitis crónica y agresiva

La periodontitis crónica y la periodontitis agresiva comparten características clínicas de pérdida ósea y pérdida de inserción en respuesta a la colonización de las superficies dentales por la placa dental y se caracterizan por la pérdida de los tejidos de soporte de los dientes o pérdida de inserción, con evidencia radiográfica de pérdida ósea, lo cual se ve acompañado por la formación de bolsas periodontales y/o recesiones gingivales, observándose frecuentemente, en mayor o en menor grado, signos clínicos de inflamación gingival tales como: sangrado, eritema, edema y supuración (Imagen 4). En casos avanzados pueden afectar las furcaciones de dientes multirradiculares, ocasionar movilidad, migración dental y eventualmente pueden ocasionar la pérdida de los dientes severamente afectados.

La progresión de las enfermedades periodontales es un fenómeno episódico, alternando con periodos de exacerbación y remisión.<sup>1,3,6,13</sup>

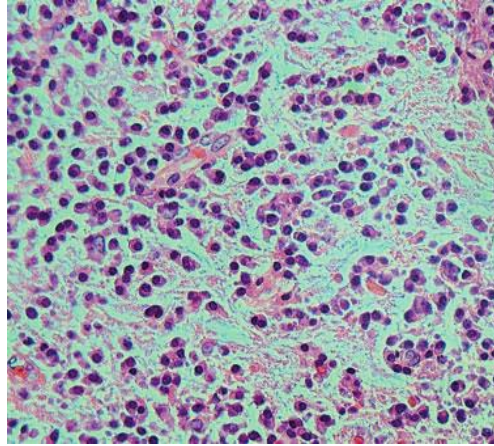


Imagen 4. Gran cantidad de células plasmáticas en tejido conectivo gingival. Esto es típico en periodontitis crónica y agresiva. <sup>14</sup>

La reacción inflamatoria provocada por la presencia de la biopelícula dental es la principal responsable de la pérdida de inserción, pérdida ósea y las personas afectadas por estos tipos de periodontitis no presentan enfermedades que puedan contribuir al desarrollo de la enfermedad. Además, la terapia anti-infecciosa suele ser eficaz en ambos tipos de periodontitis. <sup>1,3,6,15</sup>

### 2.6.1 Periodontitis crónica

La periodontitis crónica se asocia con la acumulación de placa y cálculo dental, por lo que se considera que comienza como una gingivitis inducida por placa (Imagen 5), la cual es una lesión reversible; pero si esa gingivitis no es tratada puede evolucionar a periodontitis crónica. <sup>1,6,15</sup>

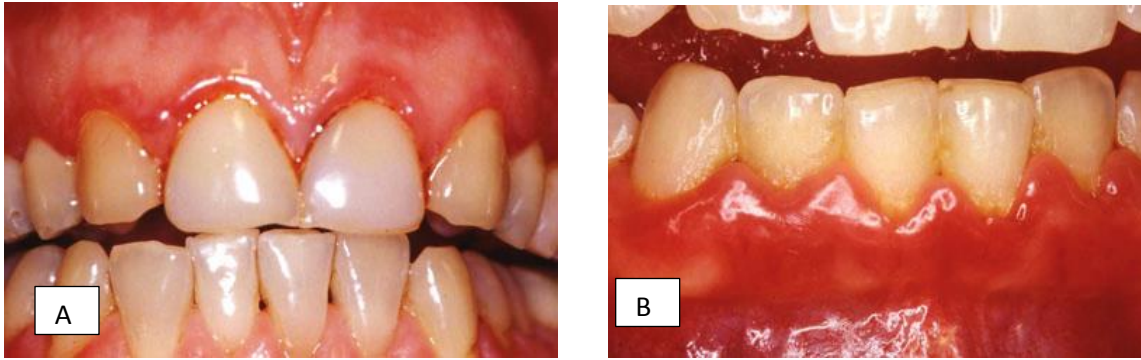


Imagen 5. Gingivitis: A) gingivitis marginal con eritema, edema y pérdida de puntileo, B) gingivitis edematosa severa con marcado eritema y edema se extiende sobre la encía adherida adyacente.<sup>2</sup>

La periodontitis crónica es la forma más frecuente de periodontitis. Su inicio puede ser a cualquier edad, pero es más común detectarla en pacientes adultos y puede afectar tanto a la dentición primaria como a la permanente. Su prevalencia y severidad se incrementan con la edad, afectando a un número variable de dientes.

### 2.6.1.1 Características clínicas

- Más prevalente en adultos, pero puede presentarse también en niños y adolescentes.
- La severidad de la destrucción periodontal puede tener relación con la presencia de factores locales (sobre todo placa y cálculo dental).
- El cálculo subgingival es un hallazgo frecuente.
- Se asocia con un patrón microbiano variable.
- La tasa de progresión, de la destrucción periodontal, es de lenta a moderada, pero puede tener periodos de rápida progresión.
- Se puede clasificar con base en su extensión (número de sitios afectados), en formas: localizada y generalizada ( $\leq 30\%$  o  $> 30\%$  de sitios afectados, respectivamente).

- Se puede clasificar con base en su severidad (cantidad de pérdida de inserción), en formas: leve, moderada y severa (pérdida de inserción de 1-2 mm, 3-4 mm y  $\geq$  5 mm, respectivamente).
- Se puede asociar con factores predisponentes locales (ejemplo: factores relacionados con los dientes o iatrogénicos).
- Puede ser modificada y/o asociarse con enfermedades sistémicas (ejemplo: diabetes mellitus, infección por VIH).
- Puede ser modificada por otros factores diferentes a las enfermedades sistémicas como el tabaquismo y el estrés.

El aumento en la velocidad de progresión de la periodontitis puede deberse al impacto de factores locales, sistémicos o ambientales, que pueden influir en la acumulación de placa y en la interacción huésped-bacterias (Imágenes 6 y 7).<sup>1,6,15</sup>



**Imagen 6. Periodontitis crónica asociada con pobre higiene oral. Inflamación, recesión gingival, pérdida de inserción, más evidente en la zona anterior mandibular.** <sup>16</sup>



**Imagen 7. Periodontitis crónica, se aprecia la pérdida ósea en varios sitios. <sup>17</sup>**

Los sitios con avance lento en cualquier momento pueden exacerbarse. Sin embargo, esta destrucción tisular no afecta a todos los dientes por igual, ni tiene predilección por determinados sitios. En la misma dentición algunos dientes pueden estar afectados con intensidad mientras que otros carecen de signos de pérdida de inserción y pérdida ósea; por lo que un paciente puede tener al mismo tiempo sitios con salud periodontal y sitios con periodontitis crónica con destrucción leve, moderada y severa.

Las periodontitis crónicas localizadas y generalizadas, presentan signos similares de inflamación y ambas formas están asociadas con depósitos moderados de placa y cálculo, presentan tasas lentas de progresión, afectan a poblaciones similares y se asocian con factores genéticos y ambientales similares, y tienen cierta tendencia general a exhibir simetría bilateral de la destrucción periodontal. No parece haber ninguna diferencia notable en la microbiota subgingival o en las características histopatológicas entre ambas formas.<sup>1,3,6,15</sup>

## 2.6.2 Periodontitis agresiva

La periodontitis agresiva es menos común que la periodontitis crónica e incluye distintos tipos de periodontitis que afectan a pacientes jóvenes sanos en muchos aspectos, lo que implica que su diagnóstico requiere de la exclusión de enfermedades sistémicas; por lo que se podría sospechar que un paciente tiene periodontitis agresiva si es joven, médicamente sano y con una destrucción periodontal severa. Sin embargo, esta forma de periodontitis puede aparecer a cualquier edad y no está confinada a personas por debajo de los 35 años de edad. Tiende a presentar una agregación familiar y tiene una rápida tasa de progresión, aunque se ha reportado que puede autolimitarse, difiriendo así de la periodontitis crónica que tiene un avance de lento a moderado.

La periodontitis agresiva, al presentarse en personas jóvenes, indica que los agentes etiológicos fueron capaces de producir niveles de enfermedad clínicamente detectables en un tiempo corto.<sup>1,6,13</sup>

Al igual que la periodontitis crónica, la periodontitis agresiva se puede clasificar en formas: a) localizada y b) generalizada. Como en los casos de la periodontitis crónica, ambas formas de periodontitis agresivas son infecciones inducidas por la placa dental y la respuesta del huésped a las bacterias es la responsable de la destrucción periodontal. Sin embargo, las dos formas de periodontitis agresiva parecen estar asociada con diferentes perfiles microbianos y también pueden tener factores de riesgo genéticos diferentes.<sup>1,3,6,13</sup>

### 2.6.2.1 Características clínicas

Características comunes a las formas localizada y generalizada:

- Excepto por la periodontitis, los pacientes son clínicamente sanos en todo otro aspecto.
- Rápida pérdida de inserción y de destrucción ósea.
- Agregación familiar.

Características secundarias generalmente observadas, pero no universales:

- Cantidad de depósitos microbianos no relacionados con la severidad de la destrucción periodontal.
- Proporciones elevadas de *A. actinomycetemcomitans* y, en algunas poblaciones, de *P. gingivalis*.
- Anormalidades en los fagocitos.
- Fenotipo macrófago hiper-responsivo, incluyendo niveles elevados de  $\text{PgE}_2$  e  $\text{IL-1}\beta$ .
- La progresión de la pérdida de inserción y pérdida ósea puede auto detenerse.

No es necesario que todas las características estén presentes para asignar el diagnóstico o clasificar la enfermedad. El diagnóstico se puede basar en datos clínicos, radiográficos e históricos.



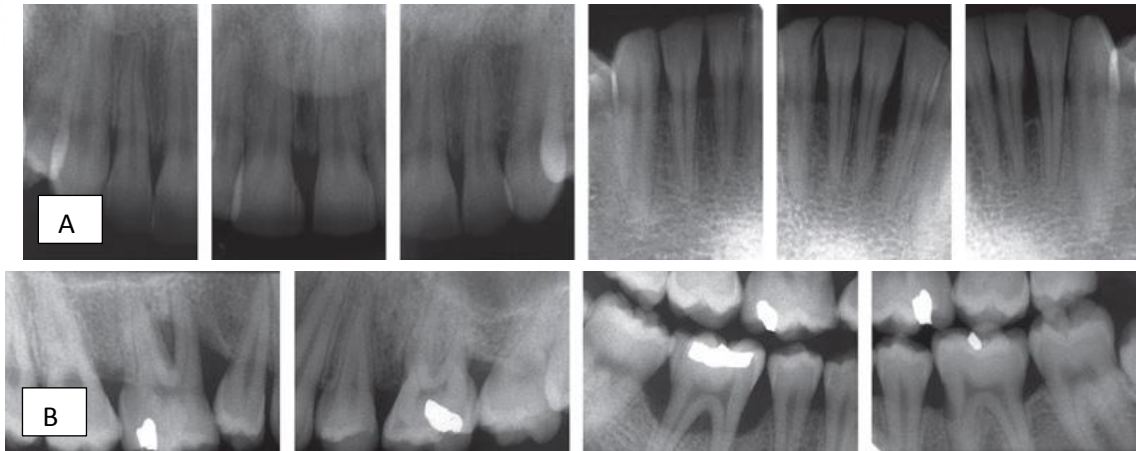
### 2.6.2.2 Periodontitis agresiva localizada

- Inicia en el periodo circumpuberal.
- Fuerte respuesta de anticuerpos séricos a los agentes infectantes.
- Localizada a los primeros molares/incisivos con pérdida de inserción interproximal cuando menos en dos dientes permanentes, uno de los cuales es un primer molar; e involucrando no más de otros dos dientes diferentes a primeros molares e incisivos (Imágenes 8 y 9).

Aunque se ha descrito un patrón localizado que afecta a primeros molares e incisivos permanentes, son posibles los patrones atípicos localizados afectando a otros dientes.



Imagen 8. Periodontitis agresiva localizada. Los tejidos gingivales no muestran signos clínicos de inflamación.<sup>3</sup>



**Imagen 9. (A) Radiografías de los dientes anteriores muestran pérdida ósea en unos sitios aislados. (B) Radiográficamente pérdida ósea localizada visible en todos los primeros molares.<sup>3</sup>**

Se ha reportado que en un 20-52% de los casos con periodontitis agresiva localizada, pueden verse afectados los primeros molares deciduos, lo que sugiere que en algunas personas esta enfermedad puede afectar inicialmente a la dentición primaria.<sup>1,3,5,6,13</sup>

### 2.6.2.3 Periodontitis agresiva generalizada

- Generalmente afecta a personas menores de 30 años de edad, pero los pacientes pueden ser mayores.
- Pobre respuesta de anticuerpos séricos a los agentes infectantes.
- Pronunciada naturaleza episódica de la destrucción de inserción y del hueso alveolar.
- Pérdida de inserción interproximal generalizada afectando cuando menos a tres dientes permanentes diferentes a los primeros molares e incisivos (Imagen 10).

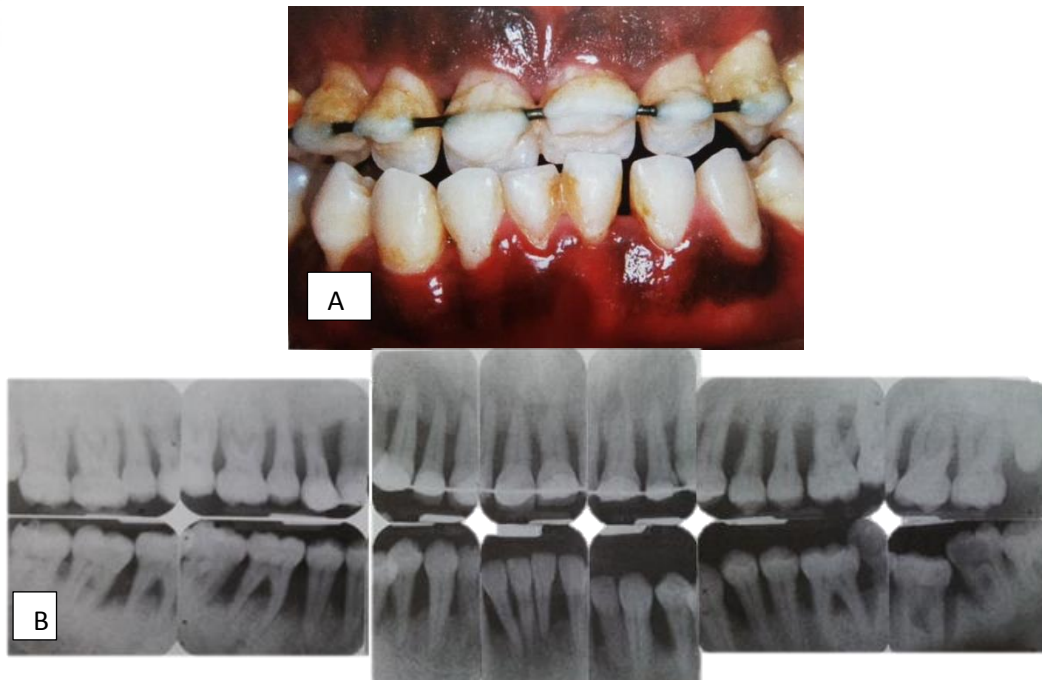


Imagen 10. Periodontitis agresiva generalizada severa. (A) Vista clínica que muestra mínima placa e inflamación. (B) Radiografías que muestran la gravedad generalizada de la enfermedad con dientes erupcionados afectados. <sup>1</sup>

## 2.7 Epidemiología

La investigación epidemiológica estudia la distribución de las enfermedades y los factores que influyen en su frecuencia, para ser utilizados en el desarrollo de guías para su manejo.<sup>18</sup>

Hay tres tipos de investigaciones epidemiológicas:

1. Estudios descriptivos: se utilizan para documentar y observar la presencia, progreso y distribución de una enfermedad, o de alteraciones en las poblaciones en relación con el huésped, medio ambiente y factores causales.

2. Estudios analíticos: se utilizan para investigar las hipótesis derivadas de estudios epidemiológicos descriptivos, u otras fuentes de datos, como observaciones clínicas o estadísticas.
3. Epidemiología experimental: se utiliza para probar hipótesis, al introducir un agente preventivo o terapéutico, o medir y comparar resultados, en sujetos de prueba, con observaciones simultáneas en grupos control.<sup>19</sup>

Con base en las investigaciones epidemiológicas se ha observado que las enfermedades periodontales ocurren en todo el mundo y virtualmente en todas las poblaciones estudiadas hasta la fecha. Puede haber personas, de cualquier edad, con ausencia de signos clínicos de destrucción periodontal, pero existe poca evidencia que apoye la existencia de poblaciones resistentes a la periodontitis.<sup>20</sup>

La Organización Mundial de la Salud realiza estudios de las condiciones periodontales alrededor del mundo, especialmente en países en desarrollo y ha reportado que la mayoría de las personas presentan gingivitis y que solo un 10-15% de los adultos tienen bolsas periodontales > 6 mm de profundidad a nivel mundial, en comparación con una mayor prevalencia de 15-20% de personas con periodontitis agresiva en Asia y con una menor prevalencia, de 6-8% en Suecia.<sup>18,20</sup>

En países desarrollados se ha observado un decremento en la prevalencia de gingivitis y periodontitis moderadas; esta baja se ha asociado a una mejoría en las prácticas de higiene oral, cambios en el estilo de vida y a la disminución de factores de riesgo, en particular, el reconocimiento de los efectos dañinos del tabaquismo.<sup>20</sup>

Sin embargo, existen similitudes en la prevalencia de periodontitis avanzada, entre países desarrollados y subdesarrollados, con muy diferentes servicios dentales y prácticas de higiene oral, lo que subraya la existencia de personas de alto riesgo para el desarrollo de la destrucción periodontal.<sup>18</sup>

Otros datos que han arrojado los estudios epidemiológicos es que la pérdida de inserción periodontal > 1 mm ha sido un hallazgo frecuente, aún en personas jóvenes; que la

prevalencia y extensión de la enfermedad se incrementan con la edad; que la periodontitis agresiva afecta a una menor proporción de la población y que el patrón molar-incisivos de la destrucción periodontal tiende a ser prevalente, no solo en adolescentes, sino en todos los grupos de edad.<sup>21,22</sup>

La periodontitis crónica es la forma más común de la enfermedad periodontal. La mayoría de las personas mayores a 50 años tienen destrucción moderada del tejido periodontal, pero las formas severas solo se presentan en un grupo de la población < 10%. En casi todos los miembros de una población adulta se puede encontrar una pérdida de inserción clínica de 1-2 mm en un sitio o en varios. La prevalencia de individuos con un sitio con pérdida de inserción  $\geq 3$  mm se incrementa con la edad.<sup>6</sup>

El estudio de la prevalencia de la periodontitis agresiva ha sido complicado, ya que se han utilizado diferentes diseños de estudio, métodos de examinación y definición de los casos y por lo tanto se debe tener cuidado a la hora de interpretar sus resultados.

Los resultados muestran que la prevalencia de periodontitis agresiva varía significativamente entre diferentes zonas geográficas y entre diferentes grupos étnicos / raciales; reportándose una mayor prevalencia, que varía entre el 1% y el 5%, en poblaciones de origen africano, mientras que en los caucásicos del norte y centro de Europa la prevalencia reportada es del 0.1% y en el sur la prevalencia es de 0.5%. En América del Norte, la enfermedad afecta a aproximadamente al 0.1 - 0.2% de los caucásicos, al 0.5 -1.0% de los hispanos y al 2.6% de los afroamericanos.

Los países de América del Sur tienen una composición racial diversa; y en países como Chile y Argentina, existe principalmente una población caucásica, mientras que otros países, como Brasil, existe una población mestiza, por lo cual la prevalencia de la periodontitis agresiva se ha reportado entre el 0.3% y el 2%, dependiendo de la composición de la población.

También el continente asiático comprende diferentes grupos étnicos, y se ha estimado que la prevalencia de la enfermedad varía entre el 0.2% y el 1%.

Estos hallazgos muestran que la periodontitis agresiva es un problema de salud importante en ciertas poblaciones, pero destaca la falta de información sobre la epidemiología de esta enfermedad en muchas partes del mundo, por lo cual, los estudios epidemiológicos de la periodontitis agresiva en poblaciones de alto riesgo, son muy importantes para aportar datos vitales sobre los determinantes de esta enfermedad y para el establecimiento de medidas eficaces para la promoción de la salud.<sup>23</sup>

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que la periodontitis crónica y la periodontitis agresiva son las formas más comunes de enfermedad periodontal destructiva siendo las enfermedades más frecuentemente tratadas en la Clínica de Periodoncia e Implantología de la Facultad de Odontología, UNAM, se desconoce la relación que existe en la prevalencia de ellas.

#### 4. JUSTIFICACIÓN

Los estudios epidemiológicos de la enfermedad periodontal, reportan que la prevalencia de la periodontitis crónica es muy alta, en cambio, la prevalencia de la periodontitis agresiva es mucho menor. Se ha reportado que en países en vías de desarrollo la prevalencia de la periodontitis agresiva es mayor que en países desarrollados, lo cual puede implicar un mayor número de factores de riesgo que incrementen la susceptibilidad de las poblaciones a su desarrollo, por lo que sería importante determinar la relación existente entre ambas entidades clínicas para estimar mejor el perfil de la población que asiste a la Clínica de Periodoncia e Implantología de la Facultad de Odontología, UNAM, y así, los clínicos estarían mejor preparados a nivel diagnóstico y terapéutico para atender a dicha población.



## 5. OBJETIVOS

### 5.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la prevalencia de la periodontitis crónica y la periodontitis agresiva, en una muestra de pacientes de la Clínica de Periodoncia e Implantología de la Facultad de Odontología, UNAM.

### 5.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de periodontitis crónica en la población seleccionada.
- Determinar la prevalencia de periodontitis agresiva en la población seleccionada.
- Determinar la variabilidad diagnóstica en la población seleccionada, entre clínicos con experiencia y residentes de la especialidad.
- Determinar si la relación periodontitis crónica vs. periodontitis agresiva se ve afectada por la experiencia de los clínicos.

## 6. MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisaron y seleccionaron expedientes de pacientes que asisten a la Clínica de Periodoncia e Implantología de la Facultad de Odontología, UNAM, con residentes del tercer año de la especialidad, y que contaran con la siguiente información: 1) historia clínica completa, con información acerca del estado general de salud de los pacientes, incluyendo condiciones sistémicas y hábitos nocivos como el tabaquismo; así como que permitiera descartar la presencia de enfermedades que se asocien a *periodontitis como una manifestación de enfermedades sistémicas*, 2) ficha periodontal, 3) serie completa de radiografías periapicales, 4) fotografías clínicas iniciales y 5) diagnóstico clínico.

Con esta información se elaboraron hojas de registro en formato Word, para cada paciente, en las cuales se incluyó la siguiente información: 1) edad, 2) género, 3) antecedentes personales patológicos, 4) tabaquismo, 5) fotografías clínicas iniciales, 6) radiografías periapicales y 7) profundidades máximas al sondeo de los dientes presentes en la boca, a excepción de los terceros molares, en cuatro sitios por diente: mesial, distal, vestibular y palatino o lingual, a partir de las fichas periodontales (Anexo 1).

Por medio de una computadora personal, todos los casos clínicos fueron presentados, por separado, a dos clínicos con experiencia, ambos profesores de la especialidad: clínico 1 y clínico 2, para que con base en la información registrada realizaran el diagnóstico clínico de cada uno de los casos, de tal manera que al final de este análisis, se tuvieran diagnósticos clínicos elaborados por: 1) residente de tercer año (Diagnóstico 1), 2) clínico 1 (Diagnóstico 2), y 3) clínico 2 (Diagnóstico 3).

Al comparar los diagnósticos entre los clínicos 1 y 2, todos aquellos diagnósticos en los que hubo coincidencia se consideraron como diagnósticos clínicos correctos y por lo tanto definitivos (Diagnóstico 4); mientras que con los que no hubo acuerdo, se procedió a

revisarlos nuevamente, pero ahora por el clínico 1 y el clínico 2 al mismo tiempo, para tratar de acordar un diagnóstico definitivo. Aquellos casos en los que no hubo acuerdo entre ambos clínicos, fueron descartados y no fueron incluidos en el análisis de los resultados.

El diagnóstico clínico definitivo, alcanzado por los clínicos 1 y 2, se comparó con el diagnóstico inicial, dado por los alumnos residentes del tercer año de la especialidad, para determinar la variabilidad en el diagnóstico clínico en la población estudiada y analizar si la relación periodontitis crónica vs. periodontitis agresiva se ve afectada por la experiencia de los clínicos.

Con los datos obtenidos se elaboró una base de datos para realizar el análisis de los resultados. La base de datos incluyó la siguiente información: 1) No. de paciente, 2) edad, 3) género, 4) estado de salud, 5) tabaquismo, 6) diagnóstico 1, 7) diagnóstico 2, 8) diagnóstico 3 y 9) diagnóstico 4.

## 6.1 Tipo de estudio

Descriptivo

## 6.2 Población de estudio

Muestra de expedientes de pacientes que asistieron a la Clínica de Periodoncia e Implantología de la Facultad de Odontología, UNAM, en el periodo comprendido entre octubre del 2010 – agosto del 2014.

## 6.3 Muestra

La muestra incluyó 49 expedientes de pacientes, 17 hombres, 32 mujeres, con un promedio de edad de 47 años y que eran atendidos por alumnos residentes del tercer año de la especialidad de Periodoncia e Implantología, FO. UNAM.

### 6.3.1 Criterios de inclusión

- Expedientes de pacientes de la Clínica de Periodoncia e Implantología de la Facultad de Odontología, UNAM.
- Expedientes de pacientes con un diagnóstico inicial de periodontitis crónica o periodontitis agresiva, dado por los alumnos residentes del tercer año de la especialidad.
- Expedientes que contaran con la siguiente información: 1) historia clínica completa, 2) ficha periodontal, 3) serie completa de radiografías periapicales, 4) fotografías clínicas iniciales y 5) diagnóstico clínico.

### 6.3.2 Criterios de exclusión

- Expedientes de pacientes ajenos a la Clínica de Periodoncia e Implantología de la Facultad de Odontología, UNAM.
- Pacientes con enfermedades sistémicas asociadas a periodontitis.
- Expedientes con información incompleta.

## 6.4 Variables de estudio

### 6.4.1 Variable dependiente

- Diagnóstico de periodontitis basado en el sistema de clasificación de 1999.
  1. Periodontitis crónica
  2. Periodontitis agresiva

### 6.4.2 Variables independientes

- Clínicos de la Especialidad de Periodoncia e Implantología de la Facultad de Odontología, UNAM:
  1. Alumnos residentes del tercer año de la Especialidad de Periodoncia e Implantología de la Facultad de Odontología, UNAM.
  2. Cínicos expertos, profesores de la Especialidad de Periodoncia e Implantología de la Facultad de Odontología, UNAM.

## 7. RECURSOS

### 7.1 Humanos

#### 1. Tutor de la tesina:

- Dr. Ismael Flores Sánchez

#### 2. Profesor de la Especialidad de Periodoncia e Implantología:

- Mtro. Oscar Rodolfo Díaz de Ita

#### 3. Tesista:

- Elizabeth Belmonte Hernández

### 7.2 Materiales

- 49 expedientes clínicos proporcionados por los alumnos residentes de la Especialidad de Periodoncia e Implantología de la Facultad de Odontología, UNAM.
- Computadora personal
- Archivos Word (Office)
- Archivos Excel (Office)
- Calculadora

## 8. PLAN DE ANÁLISIS

- La información obtenida de los expedientes se registró en una base de datos clínicos en formato Word (Office).
- Se analizaron los datos y se realizaron los diagnósticos clínicos definitivos para cada uno de los casos (diagnóstico 4).
- Se compararon los diagnósticos clínicos iniciales (diagnóstico 1) y definitivos (diagnóstico 4) de todos los casos en función porcentual de variables para determinar si existe variabilidad diagnóstica entre clínicos residentes y expertos.
- Se analizó la información en función porcentual de variables para determinar la relación periodontitis crónica vs. periodontitis agresiva.

## 9. RESULTADOS

Se revisaron 49 expedientes de pacientes con periodontitis que acudieron a la Clínica de Periodoncia e Implantología, de la Facultad de Odontología, UNAM. Dicha muestra incluyó 49 pacientes, 17 hombres y 32 mujeres, con un promedio de edad de 47 años (rango 18 - 68 años de edad), de los cuales, ninguno presentó *periodontitis como manifestación de alguna enfermedad sistémica*, lo que pudo concluirse después de revisar sus historias clínicas. 76% de los pacientes fueron no fumadores y los fumadores nos sobrepasaron el rango de 10 cigarrillos al día (Tabla1).

**Tabla 1. Características clínicas y diagnósticos clínicos de la muestra de pacientes de la Clínica de Periodoncia e Implantología, FO. UNAM.**

Paciente	Edad	Género	Estado de salud	Tabaquismo	Dx1	Dx2	Dx3	Dx4
1	37	F	S	Nf	PA	PA	PA	PA
2	48	F	H	Ex	PC	PC	PC	PC
3	37	M	S	1	PC	PC	PC	PC
4	48	F	H	Nf	PC	PC	PC	PC
5	52	F	Sx R	Nf	PC	PC	PC	PC
6	67	M	S	Nf	PC	PC	PC	PC
7	59	F	E, H	Nf	PC	PC	PC	PC
8	65	F	S	Nf	PC	PC	PC	PC
9	42	F	S	1	PC	PC	PC	PC
10	47	F	S	1	PC	PA	PC	PA
11	44	M	S	Nf	PC	PC	PC	PC
12	57	F	O	1	PC	PC	PC	PC
13	53	F	Hipo	Nf	PC	PC	PC	PC
14	41	M	S	Nf	PA	PC	PA	PA
15	53	F	S	Nf	PC	PC	PA	NA
16	40	F	S	Nf	PC	PC	PC	PC
17	40	F	S	Nf	PC	PA	PA	PA
18	56	M	S	Nf	PC	PC	PA	PC
19	56	F	Os	Nf	PC	PC	PC	PC
20	62	F	Hep, G, Os, Es B	Nf	PC	PC	PC	PC
21	37	M	S	Nf	PC	PC	PC	PC



22	40	F	S	Nf	PA	PA	PA	PA
23	49	M	Pd, T	1	PC	PA	PC	PC
24	35	M	H	1	PC	PC	PC	PC
25	32	F	S	Nf	PC	PC	PC	PC
26	24	F	S	Nf	PA	PA	PA	PA
27	28	F	S	1	PC	PC	PA	PA
28	54	M	S	Ex	PC	PC	PC	PC
29	22	F	S	Nf	PC	PC	PA	PC
30	21	F	S	Nf	PC	PC	PA	PC
31	18	M	S	Nf	PA	PC	PA	PC
32	49	F	S	1	PC	PC	PC	PC
33	47	F	H	1	PC	PC	PC	PC
34	54	M	S	Nf	PC	PC	PC	PC
35	58	F	Es	Nf	PC	PC	PC	PC
36	53	F	S	Nf	PC	PC	PC	PC
37	62	F	H	Nf	PC	PC	PC	PC
38	40	F	S	Nf	PC	PA	PA	PA
39	63	M	S	1	PA	PA	PC	PC
40	48	M	D	Nf	PC	PC	PC	PC
41	68	M	H	Nf	PC	PC	PC	PC
42	63	M	H, Es B	Nf	PC	PC	PC	PC
43	53	F	Hip, De	1	PC	PC	PC	PC
44	42	F	H	Nf	PA	PC	PA	PA
45	32	F	S	Nf	PC	PC	PC	PC
46	67	F	VPH	Nf	PC	PC	PC	PC
47	51	M	D	Nf	PC	PA	PA	PA
48	46	M	L	Nf	PC	PA	PA	PA
49	44	F	S	Nf	PC	PC	PC	PC

Fuente: directa

F: femenino, M: masculino, S: sano, H: hipertensión arterial, Sx R: síndrome de Reiter, D: diabetes, E: estrés, O: osteoartritis, Hipo: hipotiroidismo, Os: osteoporosis, Es B: esófago de Barret, HC: hepatitis C, G: glaucoma, Pd: prediabetes, T: taquicardias, Es: escoliosis, Hip: hipotensión, De: depresión, VPH: virus del papiloma humano, L: linfoma, Nf: no fuma, Ex: exfumador, 1: 0-10 cigarros, 2: 11-20 cigarros, 3: >20 cigarros, Dx1: diagnóstico clínico inicial realizado por el alumno residente, Dx2: diagnóstico clínico realizado por el examinador 1, Dx3: diagnóstico clínico realizado por el examinador 2, Dx4: diagnóstico definitivo consensado por los examinadores 1 y 2, PA: periodontitis agresiva, PC: periodontitis crónica, NA: no acuerdo.

Ya que los casos clínicos correspondieron a pacientes con periodontitis sin enfermedades sistémicas que predispongan al desarrollo de la enfermedad, los diagnósticos periodontales, sin considerar características de severidad y extensión se agruparon en dos categorías: periodontitis crónica y periodontitis agresiva.

En la Tabla 1 se pueden observar los diagnósticos clínicos dados a cada uno de los pacientes, tanto por los alumnos residentes (Dx1), como por los examinadores 1 (Dx2) y 2 (Dx3); así como los diagnósticos considerados como correctos y definitivos (Dx4), acordados por los examinadores 1 y 2, que son considerados clínicos con mayor experiencia.

En la Tabla 2 se pueden observar las frecuencias con que los diferentes clínicos realizaron los diferentes diagnósticos clínicos de periodontitis crónica y agresiva en la muestra analizada, donde se puede observar que existió variabilidad entre los examinadores. Sin embargo, es importante señalar que los clínicos de menor experiencia diagnostican con menor frecuencia los casos de periodontitis agresiva.

**Tabla 2. Frecuencia de diagnósticos clínicos de periodontitis crónica y agresiva asignados por los diferentes examinadores.**

EXAMINADOR	PC n / %	PA n / %	NA n / %
R	42 (85.72%)	7 (14.28%)	
1	39 (79.59%)	10 (20.41%)	
2	34 (69.39%)	15 (30.61%)	
1 y 2	37 (77.08%)	11(22.92%)	1 (2.0%)

**Fuente: directa**

R: alumnos residentes de la especialidad, 1: examinador 1, 2: examinador 2, PC: periodontitis crónica, PA: periodontitis agresiva, NA: no acuerdo, n: número de pacientes, %: porcentaje.

## 10. DISCUSIÓN

La periodontitis crónica y la periodontitis agresiva son las formas más comunes de enfermedad periodontal destructiva, por lo que son las enfermedades periodontales más frecuentemente tratadas en la Clínica de Periodoncia e Implantología de la Facultad de Odontología, UNAM.

Los estudios epidemiológicos reportan que la prevalencia de la periodontitis crónica es muy alta, en cambio, la prevalencia de la periodontitis agresiva es mucho menor. Se ha reportado que en países en vías de desarrollo la prevalencia de la periodontitis agresiva es mayor que en países desarrollados, lo cual puede implicar un mayor número de factores de riesgo que incrementen la susceptibilidad de las poblaciones a su desarrollo.

En México no existen reportes que determinen la prevalencia de periodontitis agresiva. Sin embargo, en la Clínica de Periodoncia e Implantología de la Facultad de Odontología, UNAM, no es infrecuente encontrar pacientes con esta enfermedad; pero debido a que existen variaciones en los diagnósticos periodontales entre diferentes categorías de clínicos del área de Periodoncia, ya sea por errores específicos, falta de dominio de los criterios diagnósticos y por la fuerte influencia de opiniones personales, los resultados de este estudio indican que su prevalencia pudiera estar subestimada.<sup>24</sup>

Por lo tanto, aunque este estudio no tiene por objetivo estimar la prevalencia de la periodontitis agresiva en México, determinar la relación existente entre la periodontitis crónica vs. la periodontitis agresiva en la Clínica de Periodoncia e Implantología de la Facultad de Odontología, UNAM, pudiera ser un indicador del perfil de la población, que llame la atención para tener clínicos mejor preparados a nivel diagnóstico y terapéutico para la atención de este tipo de enfermedad.

Con base en la muestra analizada se determinó que la prevalencia, tanto de la periodontitis crónica como de la agresiva, varió de acuerdo con la experiencia de los clínicos. La prevalencia de periodontitis crónica reportada por los alumnos residentes del tercer año de la

especialidad fue de 85.72%, mientras que los examinadores 1 y 2, profesores de la misma especialidad la determinaron en 77.8%, esto es, casi un 8% menos.

Con respecto a la prevalencia de la periodontitis agresiva, esta también se vio influenciada por la experiencia de los clínicos, encontrándose una prevalencia de 14.28% y de 22.92%, para residentes y profesores respectivamente, lo que representa una diferencia de 8% entre ambos grupos. Sin embargo, si aceptamos que los clínicos con experiencia hicieron el diagnóstico correcto, en esta muestra existieron 11 pacientes con periodontitis agresiva, de los cuales, los residentes solamente pudieron detectar 7, esto es, solo detectaron a un 63.6% de todos los pacientes con esta enfermedad, lo que significa una subestimación de la prevalencia de la misma en un 36.3%, lo cual puede ser de importancia cuando se trata de enfermedades de baja prevalencia a nivel poblacional.

Por lo tanto, la relación que existe entre la prevalencia de la periodontitis crónica y la periodontitis agresiva, en esta muestra estudiada, varió de acuerdo con la experiencia de los clínicos, encontrándose una relación, en números redondos, de: 86% vs. 14% para los alumnos residentes de la especialidad y de 77% vs. 23% para los clínicos con mayor experiencia.

Sin embargo, también existieron variaciones entre los clínicos con experiencia, ya que mientras que el clínico 1 encontró una relación 80% vs. 20% entre periodontitis crónica y agresiva, el clínico 2 la encontró de 70% vs. 30%. ¿Cuál de los dos clínicos fue más correcto en sus diagnósticos? Es una respuesta difícil de contestar. Simplemente es importante señalar que ambos clínicos diagnosticaron con mayor frecuencia la presencia de periodontitis agresiva en comparación con los alumnos residentes, esto es, los clínicos con experiencia diagnosticaron periodontitis agresiva en un 20% - 30% de la muestra estudiada. Los casos donde no tuvieron coincidencia en el diagnóstico fueron revisados nuevamente por ambos examinadores y los resultados también mostraron una mayor frecuencia de casos de periodontitis agresiva en comparación con los diagnósticos hechos por los residentes. Cabe señalar que en uno de los casos clínicos no hubo un acuerdo entre ambos clínicos, de si se

trataba de una periodontitis crónica o de una agresiva, por lo que se eliminó ese caso para el análisis de los resultados.

La metodología aplicada en este estudio, no permitió a los clínicos con experiencia el contacto directo con los pacientes, por lo que su diagnóstico solamente se basó en la información recabada a partir de los expedientes clínicos, mientras que los alumnos residentes si tuvieron un contacto directo con los pacientes. Sin embargo, el diagnóstico clínico correcto implica conocimiento y experiencia.

La relación encontrada entre la periodontitis crónica y la agresiva, en esta muestra de pacientes, y determinada por ambos grupos de clínicos, indica que la periodontitis crónica es la forma de periodontitis más frecuentemente diagnosticada y tratada en la Especialidad de Periodoncia e Implantología, mientras que la periodontitis agresiva es vista con menor frecuencia, encontrándose una relación de 10 a 2.2. Estos resultados concuerdan con los reportes de la prevalencia de ambas enfermedades, los cuales indican que la periodontitis crónica es la forma más prevalente de enfermedad periodontal destructiva y en esta muestra en particular se podría establecer que, aunque las dos formas de periodontitis comparten características clínicas semejantes, se debe hacer un mejor esfuerzo para tratar de hacer un análisis minucioso de la historia clínica (incluyendo factores de riesgo), ficha periodontal, radiografías y aspecto clínico de la enfermedad, para no subestimar la prevalencia de periodontitis agresiva. Es muy importante resaltar características como la edad, la severidad de la destrucción periodontal, la presencia de patrones de destrucción, así como la presencia de la enfermedad en otros miembros de la familia, en el diagnóstico de periodontitis agresiva. Sin embargo, también existen diferencias entre ambas formas de enfermedad, sobre todo en cuanto a la susceptibilidad del huésped, por lo que es muy importante tratar de diagnosticarlas correctamente para determinar este nivel de susceptibilidad, lo que tiene importancia en el diseño del plan de tratamiento, así como en el de mantenimiento.

## 11. CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos en este estudio de una muestra de pacientes que asisten a la Clínica de Periodoncia e Implantología, FO. UNAM. podemos concluir que:

- La periodontitis crónica es la forma de enfermedad periodontal destructiva más frecuente.
- Existe una mayor prevalencia de periodontitis crónica en relación con la de la periodontitis agresiva.
- La presencia de pacientes con periodontitis agresiva es frecuente.
- Existe variabilidad diagnóstica entre los clínicos.
- La experiencia de los clínicos es importante en el diagnóstico clínico.
- Los clínicos con mayor experiencia diagnostican con mayor frecuencia la periodontitis agresiva.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Carranza F. A., Newman M. G., Takel H. H., Klokkevold P. R. Periodontología clínica. 10<sup>a</sup> ed. Cochran D. L., editor, Giannobile W. V., editor, Kenney E. B., editor, Novak M. J., editor, Mexico, D.F.: Mc Graw Hill; 2010: Pp. 100–138, 155-163, 494–510.
- 2.-Highfield J. Diagnosis and classification of periodontal disease. Aust Dent J. 2009; 54:(1 Suppl): S11–S26.
- 3.-Armitage G.C., Culliman M.P. Comparison of the clinical features of chronic and aggressive periodontitis. Periodontol 2000. 2010; Vol.53: 12-27.
- 4.-Armitage G.C. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. J Periodontol. 1999; Vol.4 (1): 1-6.
- 5.-Discepoli N., Bascones-Martínez A. Controversias etiológicas, diagnósticas y terapéuticas de la periodontitis agresiva. Av Periodon Implantol. 2008; 20, 1: 39-47.
- 6.-Lindhe J., Lang N. P., Karring T. Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ta ed. Filippo S., editor, Frydman J., editor, González M., editor, Buenos Aires Argentina: Medica Panamericana 2009; Pp. 129- 340, 420-449.

7.-Wen R. A color atlas of periodontics. 1ª ed. Radentz W. M., editor, Morrow R.K., editor, Louie D.L., editor, Endo K., editor. St. Louis: Editorial Ishiyaku EuroAmericana, Inc.; 1985. Pp. 59, 61.

8.-Winkelhoff V., Sanz M. Periodontal infections: understanding the complexity –consensus of the seventh european workshop on periodontology. J Clin Periodontol. 2011; 38 (Suppl. 11): 3–6.

9.-Williams D. M., Hughes F. J., Odell E. W., Farthing P. M., Pathology of periodontal disease. 1ª ed. : Editorial Oxford University Press; 1992. Pp. 33-37.

10.-Mayorga-Fayad I., Lafaurie G.I., Contreras A., Castillo D.M., Barón A., Aya M.R., Microflora subgingival en periodontitis crónica y agresiva en Bogotá, Colombia: un acercamiento epidemiológico. Bio. 2007; Vol. 27: 21-33.

11.-Armitage G.C. Comparison of the microbiological features of chronic and aggressive periodontitis. Periodontol 2000. 2010; Vol. 53: 70-88.

12.-Armitage G.C., Cullinan M.P., Seymour G.J. Comparative biology of chronic and aggressive periodontitis: introduction. Periodontol 2000. 2010; Vol. 53: 7-11.

13.-Consensus report: aggressive periodontitis. J Periodontol.1999; Vol. 4(1): 53.



14.-Smith M., Seymour G.J., Cullinan M.P., Histopathological features of chronic and aggressive periodontitis. *Periodontol 2000*. 2010; Vol. 53: 45-54.

15.-Consensus report: chronic periodontitis. *J Periodontol*. 1999; Vol. 4 (1): 53.

16.-Armitage G.C. Periodontal diagnoses and classification of periodontal disease. *Periodontol 2000*. 2004. Vol.34: 9-21.

17.-Axelsson P. Diagnosis and risk prediction of periodontal disease. 1<sup>a</sup> ed. O'Malley K., editor. Slovakia: Editorial quintessence books; 2002. Pp. 245.

18.-Jørgen Slots. Periodontology: past, present, perspectives. *Periodontol 2000*, Vol. 62, 2013, 7–19.

19.-Genco R. J., Goldman H. M., Cohen D. W. Periodoncia. 1<sup>a</sup> ed. Genco R. J., editor, Goldman H. M., editor, Cohen D. W., editor, St Louis Missouri, USA.: Interamericana, Mc Graw Hill; 1993: Pp. 99–100.

20.-Andrew Dentino, Seokwoo Lee, Jason Mailhot & Arthur F. Hefti. Principles of periodontology. *Periodontol 2000*. Vol. 61, 2013, 16–53.

21.-Baelum V, López R. Periodontal disease epidemiology – learned and unlearned  
Periodontol 2000. 2013; 62: 37–58.

22.-Ryan T. Demmer & Panos N. Papapanou, Epidemiologic patterns of chronic and  
aggressive periodontitis. Periodontol 2000. Vol. 53, 2010, 28–44.

23.-Susin C., Haas A.N., Albandar J.M., Epidemiology and demographics of aggressive  
periodontitis. Periodontol 2000. 2014; Vol. 65, 27-45.

24.-Amaro C., Flores I. Variación en el diagnóstico de periodontitis dentro del área de  
periodoncia de la F.O. UNAM. Tesina, UNAM, 2008: Pp. 54-57.

## ANEXO 1

Ejemplo de hoja de registro, que fue realizada para cada uno de los 49 pacientes estudiados.

### Paciente 39

#### Espinosa Hernández Felicitas

- Paciente femenino
- 40 años de edad
- Aparentemente sana
- No fuma



1-3mm 

4-6mm 

≥7mm 

Resto radicular 

Ausente 

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

Dx1: PC

Dx2: PA

Dx3: PA

Dx4: PA