



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE PÉRDIDA DE INSERCIÓN
PERIODONTAL, Y PRESENCIA DE BOLSAS
PERIODONTALES EN PACIENTES FUMADORES Y NO
FUMADORES. F.O. 2015.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

ERICK ALEXANDER CASTAÑEDA PÉREZ

TUTOR: Esp. RAÚL LEÓN AGUILAR

MÉXICO, D.F.

2015



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.

Este trabajo de Tesina realizada en la Universidad Nacional Autónoma de México es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron distintas personas opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad. Este trabajo me ha permitido aprovechar la competencia y la experiencia de muchas personas que deseo agradecer en este apartado.

En primer lugar, a mi tutor de Tesina, Dr. Raúl León Aguilar, mi más amplio agradecimiento por haber confiado en este trabajo, por su valiosa dirección y apoyo para seguir este camino de Tesina y llegar a la conclusión de la misma. Cuya experiencia y educación han sido fuente de motivación.

A Yuritzi Reyna, un especial agradecimiento por estar siempre a mi lado, apoyándome y dándome ánimo para seguir adelante. Segundo, por sus consejos y paciencia, apoyo y ánimo que me brindo durante el desarrollo de este trabajo, donde he podido tener la oportunidad de aprender grandes cosas.

Todo esto nunca hubiera sido posible sin el amparo incondicional que me otorgaron mis padres y hermano, que, de forma incondicional, entendieron mis ausencias y mis malos momentos. Que a pesar de todo siempre estuvieron a mi lado. Las palabras nunca serán suficientes para testimoniar mi aprecio y mi agradecimiento.

A todos ustedes, mi mayor reconocimiento y gratitud.



ÍNDICE.

1. Introducción.....	5
2. Antecedentes.....	8
2.1 Tabaquismo como factor de riesgo.....	8
2.2 Fases históricas en la investigación de la enfermedad periodontal.....	9
2.3 Fase Etiopatológica.....	10
2.4 Fase del factor de riesgo.....	10
2.5 Fase de la enfermedad periodontal, enfermedad sistémica.....	11
2.6 Expectativas actuales.....	11
3. Epidemiología de la enfermedad periodontal.....	15
3.1 Parámetros clínicos determinantes de enfermedad periodontal.....	20
4. Planteamiento de problema.....	24
5. Justificación.....	25
6. Objetivos.....	26
6.1 Objetivo general.....	26
6.2 Objetivos específicos.....	26
7. Materiales y método.....	27
7.1 Tipo de estudio.....	27
7.2 Población de estudio.....	27
7.3 Muestra.....	27
7.4 Criterios de selección.....	27
7.4.1 Criterios de inclusión.....	27
7.4.2 Criterios de exclusión.....	28
7.5 Definición operacional y escala de medición de las variables.....	28
7.6 Método de recolección de la información.....	29
7.7 Estandarización de criterios.....	31
7.8 Evaluación y recolección clínica.....	31



7.9 Examen de tejidos periodontales (método de recolección).....	31
7.10 Análisis de resultados.....	32
8. Resultados.....	33
9. Discusión.....	43
10. Conclusión.....	48
11. Referencias bibliográficas.....	49
12. Anexos.....	52



1. INTRODUCCIÓN.

El tabaquismo es un hábito extremadamente perjudicial para la salud y continúa siendo muy extendido entre la población. Al día

directamente relacionado con alrededor de 10 millones de muertes anuales, sobre todo en los países en desarrollo.

Simplemente en México 122 personas entre 12 y 65 años de edad mueren a diario por causas que se vinculan con el tabaquismo. El tabaquismo es responsable de aproximadamente el 7% de los fallecimientos anuales reportados en el mundo. Al conocer esta cifra, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha designado al 31 de Mayo

“DÍ M S T”.

El tabaquismo ha sido considerado un hábito, aunque ya en la actualidad lo encontramos clasificado como una enfermedad por sus efectos adictivos y dañinos a la salud. En México se ha hecho un esfuerzo por reducir el consumo del tabaco en la población, puesto que es muy conocida su relación con las enfermedades sistémicas y bucales. Dentro de sus efectos adversos a la salud en general, encontramos enfermedades pulmonares y cardiovasculares, entre ellas el cáncer de laringe, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, infarto al miocardio e hipertensión arterial; en embarazadas se puede observar bajo peso del niño recién nacido y nacimientos prematuros.

Dentro de los efectos adversos a la salud bucal encontramos que el tabaquismo juega un papel importante como factor de riesgo, desencadenando cáncer bucal, estomatitis nicotínica, pigmentación lingual, pigmentación dentaria, leucoplasia, pérdida dental, caries radicular, pérdida de inserción de tejido conectivo y enfermedad periodontal.



Cuando la gingivitis no se trata debidamente, puede convertirse en periodontitis, esto quiere decir que se produce una lesión inflamatoria inducida por bacterias. Se trata de una enfermedad marginal en forma de gingivitis, la forma más prevalente de enfermedad periodontal. Los estudios poblacionales muestran que la gingivitis es frecuente en la niñez, es más prevalente en la adolescencia y tiende a estabilizarse en edades más avanzadas.

La enfermedad periodontal constituye una patología infecciosa que se produce como consecuencia del desequilibrio en la relación entre huésped y microorganismos. Sin embargo, señalan los autores, que aunque el papel bacteriano es fundamental, no es suficiente para explicar la patogénesis de la enfermedad.

Cuando el proceso inflamatorio avanza hacia los tejidos de soporte, se presenta una periodontitis con las siguientes características clínicas: pérdida del nivel clínico de inserción, pérdida ósea, presencia de bolsas periodontales, cambios radiográficos señalándonos pérdida de altura y forma ósea e inflamación gingival.

Sin un tratamiento oportuno, muchos casos pueden llevar a la pérdida dental, esto sucede cuando la enfermedad ha evolucionado y se ha convertido en una periodontitis crónica. Existen diferentes tipos de periodontitis. La periodontitis crónica puede comenzar a cualquier edad, pero se refiere que es más común en adultos. Existen muchos factores de riesgo de las enfermedades periodontales.

Los estudios sugieren que la edad, el género, el nivel socioeconómico, la educación, y el hábito de fumar son indicadores de riesgo importantes para periodontitis en adolescentes, individuos jóvenes y adultos.



Por esta razón, conocer los patrones epidemiológicos de la periodontitis en una población, es esencial para los servicios de salud pública.

El conocimiento de los factores que facilitan el crecimiento bacteriano es esencial para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la entidad. La identificación de los individuos susceptibles a la destrucción periodontal y los factores que los sensibilizan constituye un desafío para la periodoncia actual.

El tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Mata a casi 6 millones de personas al año, de las cuales más de 5 millones son consumidores directos y más de 600 mil, son no fumadores expuestos al humo ajeno. Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco.

Los consumidores de tabaco que mueren prematuramente privan a sus familias de ingresos, aumentan el costo de la atención sanitaria y dificultan el desarrollo económico. Ante esta amenaza para la salud de la población mundial, se han venido realizando extensos estudios sobre la epidemiología del tabaquismo y los aspectos socioeconómicos implícitos. Así como también sobre los efectos que produce a nivel sistémico y local en el cuerpo humano.

Por lo anterior, el objetivo del presente estudio es determinar la relación entre la presencia de bolsas periodontales y la pérdida de inserción periodontal en pacientes fumadores y no fumadores.



2. ANTECEDENTES.

La enfermedad periodontal constituye un grupo de cuadros clínicos, de carácter infeccioso, que se localizan en el periodonto. Incluidas en ellas existen lesiones inflamatorias reversibles y otras que poseen una elevada capacidad destructiva local. Comprender su etiología, inicio, evolución y tratamiento exige conocer las características anatómicas de los tejidos en donde se asientan, y que han sido bien definidas recientemente.⁽¹⁾

Diferentes determinantes de la enfermedad periodontal han sido expuestas a un intenso estudio, donde por relevancia destacan las siguientes:

- 1) Causas microbianas de la enfermedad periodontal.
- 2) Mucosas periodontales son destruidos.
- 3) El efecto del huésped en la expresión de la enfermedad periodontal.
- 4) El impacto que la enfermedad periodontal tiene en la salud general.

Entender la interacción entre la enfermedad periodontal, y condiciones sistémicas, ha llevado a una nueva forma de pensamiento sobre la importancia de la enfermedad periodontal en la salud general.^{(1) (2)}

2.1 TABAQUISMO COMO FACTOR DE RIESGO.

El tabaquismo es el envenenamiento agudo o crónico por el hábito de fumar cigarrillo, pipa, o por masticar u oler tabaco, es un hábito nocivo muy prevalente en la civilización, el tabaco es responsable de 1 de cada 10 muertes de personas adultas (5 millones de muertes cada año) y se cree que en el año de 2020 la cifra llegará a los 10 millones al año.



En Odontología, dos de los efectos adversos más graves son el cáncer oral y la enfermedad periodontal, la cual es multifactorial y el tabaquismo constituye uno de los factores que más influyen. Los fumadores son más propensos a desarrollar enfermedades periodontales más severas y a la pérdida de dientes, que los no fumadores.⁽¹⁾⁽³⁾

La enfermedad periodontal representa una de las afecciones más comunes, la cual es un proceso inmunoinflamatorio que afecta los tejidos de protección e inserción de los dientes, y se observa más frecuentemente después de los 35 años de edad, donde aproximadamente 3 de cada 4 adultos se ven afectados, pero su comienzo puede ser en edades más tempranas.⁽¹⁾⁽²⁾

Hace aproximadamente 50 años la epidemiología y la responsabilidad de producir esta enfermedad se le atribuía a las bacterias. En la actualidad, la epidemiología tiene un nuevo enfoque en relación con el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad periodontal y se han identificando los factores de riesgo que inciden en el desarrollo y progreso de esta. El tabaquismo constituye uno de los factores de riesgo que se asocia más frecuentemente con el desarrollo de periodontopatías inflamatorias e influye de un modo relevante en el curso y pronóstico de la enfermedad periodontal.⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾

2.2 FASE

ENFERMEDAD PERIODONTAL.

En los últimos 50 años, ha habido un progreso considerable en el entendimiento de la etiología, la patogénesis de la enfermedad periodontal y sus interacciones con el huésped. Los estudios y conceptos pueden ser descritos como han ocurrido en tres fases: la fase – parásito), la fase del factor de riesgo, y la más reciente, la fase de la enfermedad periodontal – enfermedad sistémica.⁽¹⁾



2.3 FASE

La fase í microbiana y la patogénesis de la enfermedad periodontal. El papel de la bacteria como una causa de enfermedad periodontal fue demostrada por una serie de estudios determinantes realizados desde los 60^s hasta los 80^s. Los estudios clásicos , claramente demostraron que la formación de la placa bacteriana en los dientes estaba asociada con la aparición de gingivitis, y que la remoción de la placa microbiana resultaba en la resolución de la gingivitis.⁽¹⁾⁽²⁾

Estos estudios proporcionaron evidencia irrefutable de que la formación cálculos, eran responsables de la gingivitis.⁽¹⁾⁽²⁾

2.4 FASE DEL FACTOR DE RIESGO.

La segunda fase factores de riesgo que influyen o modulan la expresión í í exageraban los procesos í bacterias causales.⁽¹⁾⁽³⁾

Estos factores de riesgo se identificaron a finales de los 80^s y comienzos de los 90^s e incluyen elementos genéticos, hábitos como el cigarrillo, y desórdenes adquiridos como la diabetes mellitus. Así

⁽¹⁾⁽³⁾



2.5 FASE DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL – ENFERM

í
relación de esta enfermedad como riesgo para ciertas patologías sistémicas. Algunos e
temente asociada con ciertas enfermedades sistémicas tales como enfermedad cardiovascular, diabetes y complicaciones de la diabetes, resultados adversos de embarazos e infecciones respiratorias.^{(1) (3)}

El concepto de enfermedad periodontal – enfermedad sistémica, ha recopilado evidencia y soporte suficiente para pensar que los hallazgos sobre esa interrelación deberían ser incorporados en los historiales de los programas de salud, y deberían estar disponibles para aumentar el conocimiento base de los profesionales con práctica vigente en el cuidado de la salud.⁽³⁾

La asociación de enfermedad periodontal con diferentes condiciones sistémicas tales como: diabetes y enfermedad aterosclerótica, están relacionadas con la respuesta inflamatoria asociada con la enfermedad periodontal.⁽³⁾

2.6 EXPECTATIVAS ACTUALES.

Existe actualmente una base teórica, la cual nos menciona que las bacterias, principalmente las gramnegativas, son predominantemente responsables del inicio y progreso de la enfermedad periodontal. Los patógenos producen daño celular debido a la activación de los mecanismos defensivos del huésped en los tejidos periodontales.⁽²⁾



El papel bacteriano se ve favorecido por factores locales como anatomía dentaria, mal posiciones dentarias, aparatología fija, odontología defectuosa, entre otros, y por condiciones genéticas y sistémicas. El hábito de fumar constituye otro factor de riesgo potencial en el desarrollo de esta entidad. Las bolsas periodontales de los fumadores conforman un medio más anaerobio que fomenta el crecimiento de especies patógenas gramnegativas anaerobias de la placa subgingival.⁽²⁾

Aunque el tabaquismo ha sido asociado con la enfermedad periodontal desde hace más de 50 años, su identificación como responsable de la entidad corresponde a estudios recientes. El tabaco incrementa la gravedad de esta patología, fenómeno que se hace clínicamente evidente a partir del consumo de 10 cigarrillos diarios.^{(2) (5)}

Cada cigarrillo de más por día, aumenta la profundidad de la bolsa, los niveles de inserción y la movilidad. Entre la intensidad de la entidad y la cantidad de cigarrillos fumados por día, existe una relación de dosis y efecto. Los individuos que consumen más de 10 cigarrillos por día, tienen de 5 a 7 veces más probabilidades de sufrir periodontitis grave en comparación con los no fumadores.^{(2) (5)}

Se ha observado que los pacientes fumadores, se caracterizan por padecer enfermedad periodontal más generalizada, tejido gingival fibrótico o hiperqueratósico con márgenes gruesos, mínimo enrojecimiento y edema, mayor pérdida de inserción periodontal en dientes anteriores, menor sangrado al sondaje, mayor recesión gingival en molares superiores por palatino y en elementos anteroinferiores, mayor pérdida de hueso y de dientes, una cantidad superior de dientes con afectación de furcas, profundidad de bolsa y pérdida de inserción periodontal.^{(2) (7)}



En sujetos de entre 20 y 45 años existe una asociación de prevalencia de periodontitis y tabaquismo. Por otra parte, el progreso de la enfermedad periodontal medido en pérdida de inserción es superior en los fumadores (0.19 mm por año) que en los no fumadores (0.10 mm por año). La pérdida ósea es de 3 a 5 veces más rápida en los primeros. Además, los fumadores de más de 20 unidades diarias comprometen considerablemente cualquier tratamiento.^{(2) (3)(5)}

Muchas de las alteraciones se centran en la vascularidad, como la capacidad de suministrar a los tejidos oxígeno, nutrientes, células y estimulantes de crecimiento. Incluso una alteración leve de la vascularidad puede ser significativa y tener efectos profundos sobre los tejidos y puede ser responsable de una menor respuesta del tratamiento periodontal en fumadores.⁽⁷⁾

A lo largo del tiempo, se ha demostrado que después de analizar en conjunto variables como la edad, la higiene oral, el género y el estatus socioeconómico, el fumar se mantiene como un gran indicador de riesgo para desarrollar enfermedad periodontal. Desde entonces, se han realizado diversos estudios que confirman al tabaquismo como un agente dañino a la salud periodontal, siendo uno de los factores de riesgo más consistentes para el desarrollo de la enfermedad periodontal.^{(1) (7)}

El tabaco actúa directamente sobre los tejidos periodontales, estos se ven impregnados y provoca la aceleración de la enfermedad, pero también actúa sobre la frecuencia del flujo salival y facilita un incremento de la secreción salival, que explicaría el incremento del cálculo supragingival en fumadores, por aumento del pH y la concentración del cálculo; es interesante agregar que el cálculo es más frecuente en los fumadores de cigarrillos.^{(1) (3)}



El tabaco puede influir negativamente en la salud periodontal, pues aparecen efectos sistémicos y locales, lo que puede ser debido a sustancias en el tabaco, como la nicotina, con acción vasoconstrictora e inmunosupresora de los polimorfo nucleares orales. El flujo normal del exudado gingival está reducido en fumadores con respecto a los no fumadores.^{(6) (3)}

Todo el proceso de la enfermedad se acentúa con el transcurso del tiempo y se debilita la respuesta inmune del individuo, de ahí que se presente más gravedad de la enfermedad en los fumadores que más años llevan consumiendo tabaco.^{(6) (3)}

Gran parte de la literatura ha indicado que los fumadores afectados con la periodontitis, responden de manera menos favorable al tratamiento periodontal, tanto en los conservadores como los quirúrgicos; también se ha señalado que el tabaquismo puede ser asociado con la recidiva de la enfermedad durante la fase de mantenimiento.⁽⁷⁾

El tabaquismo tiene efectos nocivos sobre el periodonto, que se observa en relación con el tratamiento periodontal. Aunque se desconocen los mecanismos exactos, parece ser que la respuesta del huésped a la placa bacteriana y la capacidad de respuesta de cicatrización de heridas en el huésped se ven afectados de manera significativa.⁽⁷⁾

Algo importante, es que al parecer, el abandono del tabaquismo permite al huésped responder como los no fumadores y, por tanto, los efectos sobre la vascularidad son reversibles. Es la base a las terapias para dejar de fumar y atestiguar la resiliencia del huésped. Se ha documentado una menor respuesta vascular gingival a la placa dental en fumadores en comparación con no fumadores.^{(1) (7)}



Esto se relaciona con una mayor gravedad de la enfermedad periodontal, directamente relacionada con valoraciones cuantitativas de la utilización del cigarro.⁽¹⁾

3. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

La enfermedad periodontal es una infección crónica que conlleva a una destrucción í ligamento periodontal, y el hueso alveolar. Estas enfermedades se inician con una acumulación local de bacterias sobre el diente. Las enfermedades periodontales, incluyendo la gingivitis y la per

(7) (8)

Esta es la patología odontológica más común

afectan a la gran mayoría de la población

í

la mayoría de los procesos destructivos asociados con estas enfermedades se debe a una respuesta excesiva del huésped al reto bacteriano. Por lo tanto, la enfermedad periodontal es una enfermedad multifactorial, y compleja.⁽⁹⁾

Hay una tendencia popular a mal interpretar los datos epidemiológicos sobre la enfermedad periodontal, al suponer que existe una relación estadísticamente significativa entre dos variables, causa y efecto. Aunque un aumento en una variable anteceda en el tiempo al aumento a otra, tal vez este tipo de datos sea sugestivo, sin que pruebe una relación causal. Estas relaciones resultan importantes, porque son la base para la planeación de investigación inductiva, que busca establecer una causa y efecto.^{(7) (9)}



Se usan diferentes técnicas para medir la hemorragia gingival al sondeo, en estimados epidemiológicos de gingivitis, y se describen como procedimientos específicos en diferentes índices. Desde el punto de vista clínico, la hemorragia que se observa en el sondeo de rutina de las bolsas en los pacientes durante el examen periodontal, es comparable con la hemorragia al sondeo usada en la investigación epidemiológica. Cuanto más profunda sea la penetración con la sonda en el examen, hay más probabilidades de hemorragia, en comparación con los índices epidemiológicos de gingivitis que usan el sondeo superficial con técnicas de barrido.⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

Toda hemorragia al sondeo es provocada por una inflamación gingival, junto con la ulceración de recubrimiento epitelial del surco gingival. Esto puede darse incluso dos días después de que inicie la gingivitis en la encía sana y con frecuencia persiste durante todo el desarrollo de la gingivitis y periodontitis. En muchos casos, si se retiran la placa y el cálculo, sana la ulceración epitelial y se elimina la hemorragia al sondeo.⁽⁹⁾⁽⁷⁾

Al parecer factores como el tabaquismo, están relacionados con la incidencia de la enfermedad periodontal, pero estas relaciones etiológicas comprobadas no necesariamente tienen el mismo grado de efecto en la respuesta del paciente al tratamiento. Esta respuesta es un problema separado, en el que deben concentrarse los clínicos, para aportar una base científica a la planeación del tratamiento.⁽⁷⁾⁽¹¹⁾

La enfermedad gingival y periodontal, es una enfermedad que afecta a todas las razas y en todos los tiempos como se ha puesto de manifiesto por paleontólogos, con cráneos de Neardenthal, por egiptólogos en momias y en descripciones del papiro de Ebers, en donde se habla de métodos para tratar inflamaciones y hemorragias gingivales y de técnicas para fijar los dientes que están a punto de caer.⁽⁸⁾⁽¹²⁾



Las causas de la frecuencia de esta enfermedad periodontal se atribuyen a:

1. Que el paciente no les da importancia.
2. Fracaso en el diagnóstico precoz.
3. Falta de conocimiento en la etiología y tratamiento.

Rusell, definía la epidemiología dental no tanto como el proceso del estudio de la enfermedad, si no como el estudio de las características de la población en las que está enfermedad se presentaba. Los índices epidemiológicos son indispensables para comparar los estudios periodontales en los distintos grupos de población. Hay índices que miden el número o la proporción de personas dentro de un grupo de población que presenta tales características y otros que relacionan el número de personas afectadas con la gravedad de la situación.⁽⁸⁾

El conocimiento de la enfermedad periodontal ha evolucionado a partir de hallazgos epidemiológicos, encontrándose mejores evidencias en cuanto a su etiología y la participación de enfermedades sistémicas y hábitos que contribuyen en su progresión.⁽⁷⁾⁽⁸⁾

Además, la distribución y severidad ha variado entre los países, e incluso al interior de los mismos, dependiendo de los factores socioculturales y ambientales, h

í afectando entre el 5 y 15 % de la población general.⁽⁸⁾⁽¹²⁾

Como parte importante de la salud general de las personas se encuentra la salud bucal y cualquier alteración en ella puede influir en su bienestar. No obstante los avances en el campo odontológico, las patologías bucales continúan siendo una carga muy importante para el sistema de salud, llegando a constituirse en problemas de salud pública tanto a nivel nacional como mundial.⁽⁸⁾



Los hallazgos epidemiológicos de la enfermedad periodontal son considerados un subregistro, ya que en muchas circunstancias no se hace examen clínico periodontal detallado, sumado a que el odontólogo general tiene la idea de que la enfermedad periodontal se presenta con mayor frecuencia en el adulto que en el niño o el joven, siendo esté un factor de confusión a nivel epidemiológico que influye en la interpretación de las evidencias.⁽⁸⁾

Tanto la gingivitis como la periodontitis son enfermedades crónicas de distribución universal y de una elevada prevalencia. Los primeros estudios epidemiológicos indicaban que la gingivitis se inicia en la adolescencia, al mismo tiempo que declina la incidencia de caries dental, y sin tratamiento la gingivitis se transforma en periodontitis, que progresa de manera continua, hasta que finalmente los dientes se pierden por falta de soporte.⁽⁸⁾

La periodontitis es generalmente tan agresiva, que, después de los 35 años de edad, se pierden más dientes por enfermedad periodontal que por caries. No existe duda de que tales investigaciones han tenido un amplio impacto en la clase profesional, que en muchos casos sigue asumiendo tales conclusiones. Sin embargo, no es posible seguir pensando que la realidad es exactamente así. En primer lugar no es posible extraer de un estudio epidemiológico relaciones causa-efecto. Además, los valores medios que se obtienen de ellos sugieren tendencias, pero no explican la realidad individual.^{(8) (9)}

En las últimas cuatro décadas, numerosos estudios longitudinales en diferentes grupos de población, han demostrado que:

- Aunque la gingivitis afecta a la mayoría de seres humanos, no toda la gingivitis progresan hacia la periodontitis.⁽⁹⁾



- No todas las periodontitis progresan de manera similar. En la mayoría de los casos avanzan lentamente, de manera que la edad biológica del individuo avanza más rápidamente que la destrucción del soporte periodontal. Solo un 15% aproximadamente de individuos presentan periodontitis muy graves que ponen en serio peligro la conservación de la dentición.⁽⁹⁾
- La periodontitis no avanza de manera continua en todos los casos. En muchas ocasiones, el proceso destructivo es episódico, alterándose fases agudas de actividad y pérdida de soporte con fases inactivas o activas no destructivas.⁽⁹⁾
- El soporte periodontal no se pierde como consecuencia de la edad. Lo que sucede es que los efectos acumulativos de la periodontitis no tratada tienden a manifestarse más y más a medida que transcurren los años.⁽⁹⁾

3.1 PARÁMETROS CLÍNICOS DETERMINANTES DE ENFERMEDAD PERIODONTAL.

La enfermedad periodontal es considerada una enf

bacteriana), el tratamiento se enfoca fundamentalmente en el control de la infección y reducción de la inflamación.^{(7) (20)}

- **PROFUNDIDAD SONDEABLE (PS).**

Para hablar de profundidad sondeable, es necesario analizar cuidadosamente la unidad de medida que utilizamos y existe una limitación importante al medir el espacio entre la encía y el diente, y es que los espacios se miden como área o por el volumen que pueden ocupar. Pero este no es el caso del espacio del surco periodontal, ya que utilizamos una medida lineal en un solo plano y tomado en seis sitios de los dientes.^{(21) (22)}

Aún así, debe ser calculada cuidadosamente en milímetros, tomando como referencia el margen gingival, que en la mayoría de casos coincide con la línea amelocementaria o ligeramente coronal a está (Figura1).⁽²¹⁾

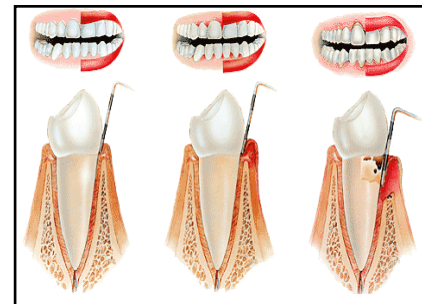


Fig. 1. Profundidad Sondeable.⁽⁷⁾

Cuando el margen esta apical a la línea amelocementaria, se denomina una recesión

de tejido marginal y este es uno de los resultados de la pérdida de inserción.

El surco periodontal se define como el espacio alrededor de los dientes,

y que esta limitado en su parte más apical por las células más coronales del epitelio de unión. Se ha considerado en estudios que este espacio puede medir entre 1 y 3 mm en ausencia de inflamación clínica.^{(21) (22)}

- **BOLSA PERIODONTAL.**

La bolsa periodontal se define como la profundización patológica del surco periodontal, dada por la pérdida ósea y de inserción periodontal. Aunque el límite de 4 mm parezca arbitrario, se ha observado que frecuentemente se asocia con sitios que presentan inflamación tanto histológica como clínica.⁽⁷⁾
(10)

Medidas superiores a 4 mm resultan más evidentes con signos claros de destrucción periodontal, esta transición de un surco a una bolsa periodontal representa uno de los signos cardinales de la periodontitis, dado que es producida por la pérdida de inserción.⁽⁷⁾ (10)

- **Bolsa gingival:** es la profundización patológica del surco gingival por un aumento del margen gingival, pero sin migración apical del epitelio de unión.
- **Bolsa periodontal:** profundización patológica del surco gingival por migración apical del epitelio de unión a lo largo de la raíz, perdiendo la inserción del ligamento periodontal y la altura ósea.⁽⁷⁾

Por el número de caras afectadas en un diente pueden ser:

- **Bolsa simple:** abarca una cara del diente (Figura 2a).⁽⁷⁾
- **Bolsa compuesta:** la que abarca dos o más, caras del diente. La base de la bolsa está en comunicación directa con el margen gingival de cada una de las caras afectadas (Figura 2b).⁽⁷⁾

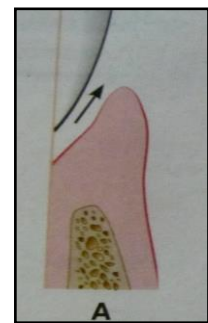


Fig. 2a. Bolsa Simple.⁽⁷⁾

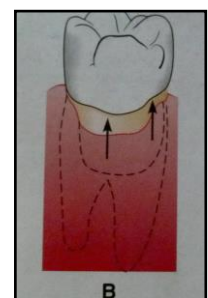


Fig. 2b. Bolsa Compuesta.⁽⁷⁾

- **Bolsa compleja:** la que abarca una superficie diferente al sitio marginal donde se originó. Tienen una forma espiralada ya que se desarrolla envolviendo la raíz del diente (Figura 2c).^{(7) (8)}

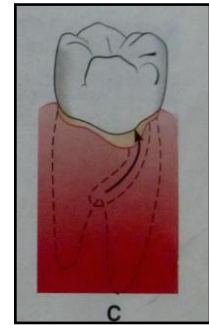


Fig. 2c. Bolsa Compleja. ⁽⁷⁾

Por la posición del fondo de la bolsa y la cresta ósea pueden ser:

- **Bolsa supraósea:** el fondo de la bolsa está por arriba de la cresta ósea (Figura 3).⁽⁷⁾
- **Bolsa intraósea:** el fondo de la bolsa está por debajo de la cresta ósea o dentro del defecto óseo (Figura 3).⁽⁷⁾

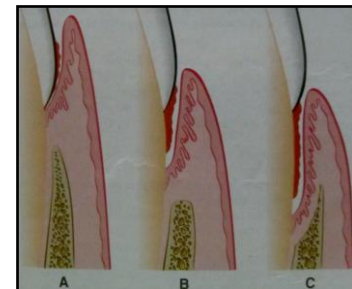


Fig. 3.
a) B. Gingival.
b) B. Supraósea.
c) B. Intraósea. ⁽⁷⁾

Esta medida hace referencia a las fibras de tejido conectivo gingivales que se insertan al cemento radicular a través de fibras de Sharpey. Al igual que la medida de PS, es una medida lineal más que un área de soporte periodontal, tal cual y como ocurre naturalmente, a diferencia de las fibras del ligamento

(aproximadamente) coronal a la cresta ósea.^{(20) (21)}

Sin embargo, en algunos casos nos encontramos dientes que tienen una inserción de tejido conectivo supracrestal mucho más largo y por lo tanto una reducción en el nivel óseo, sin que esto indique que sean más susceptibles a mayor pérdida de inserción, pero esto debe ser analizado cuidadosamente.⁽²¹⁾

Se ha demostrado que el ancho biológico puede variar en sujetos con periodontitis, ya que a veces se encuentran sitios que muestran ósea importante pero con una profundidad al sondaje no tan incrementada que no coincide con lo que puede

ósea.^{(21) (22)}

Esta variación puede ser explicada por variables individuales en la inflamación periodontal y metabolismo de los tejidos periodontales, e

del tejido conectivo, esto según el grado de enfermedad que se padezca: a) Gingivitis, b) Periodontitis leve, c) Periodontitis moderada, d) Periodontitis avanzada (Figura 4).^{(21) (22)}

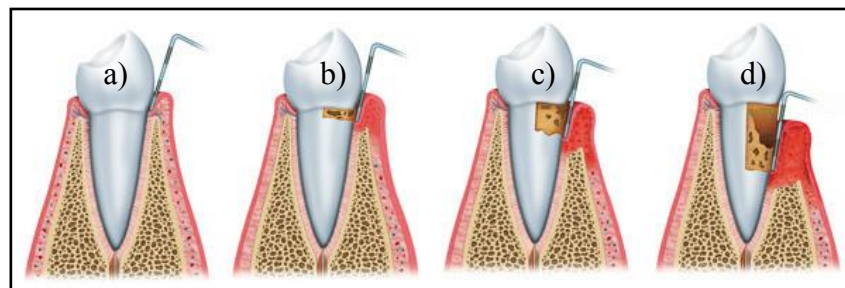


Fig. 4. Niveles de Pérdida de Inserción. a) Gingivitis. b) P. leve. c) P. moderada. d) P. avanzada.⁽¹⁵⁾



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El tabaquismo es considerado un factor de riesgo frecuentemente asociado con el inicio y desarrollo de la enfermedad periodontal e influye de un modo relevante en el curso y pronóstico de la enfermedad periodontal, tiene una gran influencia, tanto en su desarrollo como en su severidad. Al fumar, se causa vasoconstricción y se ejerce un efecto enmascarado, dando por resultado una tendencia a disminuir los signos de la inflamación y el enrojecimiento.

El fumador con periodontitis presenta características clínicas diferentes de las del no fumador, estos signos clínicos pueden enmascarar la enfermedad periodontal si no se realiza una correcta evaluación.

Aunque los efectos en el periodonto por haber fumado en el pasado no puedan revertirse, el dejar de fumar tiene efectos beneficiosos en la progresión futura de la enfermedad y en la respuesta del periodonto a la terapia.

Por lo anteriormente expuesto, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe diferencia en la presencia de bolsas periodontales y la pérdida de inserción en pacientes fumadores y no fumadores?.



5. JUSTIFICACIÓN.

Se realiza una revisión sobre el tabaquismo, exponiendo los efectos perjudiciales de este hábito y su relación con la enfermedad periodontal; además se hace referencia de como el tabaquismo, se relaciona con la prevalencia de pérdida de inserción y presencia de bolsas periodontales.

Es necesario ampliar el rango de investigaciones en lo que a tabaquismo y cavidad bucal se refiere, para determinar y caracterizar los efectos del tabaquismo en boca y poder definir el perfil bucal del paciente que padece el hábito tabáquico de manera convencional,

mucosas, estructuras dentarias, periodonto y saliva.

Todo esto con la finalidad de establecer un patrón que permita dar lugar a comparaciones entre los fumadores y el grupo control de sujetos no fumadores, para identificar cambios prematuros inducidos por el tabaquismo antes de que aparezcan condiciones que afecta la calidad de vida del paciente.

Así como también difundir el impacto de la investigación a la comunidad, para crear conciencia sobre la morbilidad del tabaquismo en pacientes con mucosa bucal clínicamente sana, e incentivar la creación de campañas para la cesación y así disminuir progresivamente el número de nuevos fumadores.



6. OBJETIVOS.

6.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la relación entre la presencia de bolsas periodontales y la pérdida de inserción en pacientes fumadores y no fumadores.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Determinar la frecuencia de bolsas periodontales, en zona de órganos dentarios anteriores, tanto superiores como inferiores, entre pacientes fumadores y no fumadores.
- Determinar el promedio de pérdida de inserción, en zona de órganos dentarios anteriores, tanto superiores como inferiores, entre pacientes fumadores y no fumadores.
- Comparar la frecuencia de bolsas periodontales y la pérdida de inserción en pacientes fumadores y no fumadores.



7. MATERIALES Y MÉTODOS.

7.1 TIPO DE ESTUDIO.

Estudio Transversal

7.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Pacientes que demandan atención en el servicio de odontología, en la Facultad de odontología UNAM, durante el periodo de Septiembre del 2015, que asisten a la clínica de Preventiva y Salud Pública Bucal II, y en la clínica de Periodoncia II.

7.3 MUESTRA.

Fueron seleccionados 40 pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, por conveniencia, cumpliendo los criterios de selección.

7.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

7.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes que dieron el consentimiento, para ser analizados clínicamente, y evaluados mediante una encuesta aplicada, la cual fue previamente revisado y aprobado por el tutor en curso de esta tesina, Especialista en Periodoncia, de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de México.



- Pacientes fumadores y no fumadores, de ambos sexos.
- Pacientes mayores de 18 años, que acudieron por primera vez a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

7.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes que presentaron lesiones en mucosa bucal de tipo infecciosas.
- Pacientes usuarios de otras formas de tabaquismo. (pipa, puro).
- Pacientes diagnosticados con enfermedades sistémicas como diabetes, hipertensión, y/o que consuman medicamentos que alteren su estado periodontal.

7.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL Y ESCALA DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES.

- **Edad:** Se entiende como los años vividos, a la fecha de la entrevista y se registrará en años.
- **Sexo:** Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo, se registrará como femenino y masculino.
- **Bolsa periodontal:** S

insersión periodontal
y se registrará por sitios afectados.⁽⁷⁾⁽¹⁵⁾



- **Pérdida de inserción:** Refleja la cantidad (mm) de fibras gingivales y del ligamento periodontal que se pierden como resultado de la enfermedad periodontal y se registrará en mm.⁽⁷⁾⁽¹⁵⁾
- **Hábito de fumar:** Fumar es una práctica donde una sustancia (comúnmente tabaco) es quemada, y acto seguido se prueba o inhala principalmente debido a que la combustión que desprenden las sustancias activas tales como la nicotina, la cual es absorbida por el cuerpo a través de los pulmones y se registrará como: si y no.
- **Experiencia a tabaquismo:** Se entiende como la edad en la que se inició a fumar de manera regular. Se registrará como: 1) Entre 15 a 20 años, 2) Entre 20 a 30 años, 3) De 30 años en adelante.
- **Cantidad de cigarrillos que fuma al día:** Se entiende como el número de cigarros que consume diariamente y se registrará como: 1) 1-2, 2) 2-4, 3) 5-6, 4) + de 6.

7.6 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Previa autorización de la coordinación de la clínica de Preventiva y Salud Pública Bucal y la coordinación de la clínica de Periodoncia, se llevó a cabo una encuesta que incluía las siguientes preguntas:

- ¿Con que frecuencia se lava la boca?
- ¿Qué utiliza para su higiene bucal?
- ¿Hace cuánto tiempo fue su última visita al dentista?
- ¿Eres fumador/a?



- Edad en la que comenzó a fumar regularmente.
- ¿Cuántos cigarrillos fuma o fumaba diariamente?.
- ¿Es o era fumador de pipa?.
- ¿Es o era fumador de puros?.
- ¿Siente que el tabaco ha perjudicado su salud?.
- En caso de haber dejado de fumar ¿A qué edad dejó de fumar?.
- ¿Cuánto tiempo transcurre desde que despierta hasta que fuma el primer cigarrillo?.
- ¿Se le ha informado de los efectos que causa el consumo de cigarro, en su estado de salud bucal?

Posteriormente el examen clínico, se realizó utilizando, espejo bucal y sonda periodontal manual tipo Williams. Se registraron 6 sitios por diente (dientes anteriores, superiores e inferiores), donde se registraron las siguientes características clínicas:

- Posición de la encía (PE): distancia en milímetros desde el límite amelocementario hasta el margen gingival. ⁽⁶⁾
- Profundidad al sondaje (PS): distancia en milímetros desde el margen gingival al fondo del surco/bolsa periodontal. ⁽⁶⁾
- Nivel de inserción clínica (NIC): distancia en milímetros desde el límite amelocementario hasta el fondo del surco/bolsa periodontal. Para su cálculo se mide la profundidad al sondaje y la posición de la encía.
$$NIC = (PS) - (PE).$$
 ^{(6) (14)}



7.7 ESTANDARIZACIÓN DE CRITERIOS.

Los objetivos de la estandarización son:

1. Asegurar un informe de interpretación, comprensión, y registro de los criterios de identificación, de las distintas enfermedades y afecciones a observar y registrar.
2. Minimizar la variabilidad entre los diferentes equipos examinadores.
3. Asegurar que cada equipo examinador, realice a lo largo del estudio, un examen y registro consistente.

7.8 _____ ICA.

Una vez seleccionados los pacientes

_____ encuesta detallada con los aspectos y antecedentes personales referente a su historial tabáquico con la finalidad de determinar el nivel de adicción a la nicotina

í

Clínica de Periodoncia, de la Facultad de la Odontología de la UNAM, con algunas modificaciones ajustadas a los intereses de la investigación.

7.9 EXAMEN DE TEJIDOS PERIODONTALES (MÉTODO DE RECOLECCIÓN).

_____ clínica ya antes mencionada, para vaciar los datos correspondientes a control de placa dental, contorno gingival, sondaje periodontal y nivel de inserción.



anera total en los dientes anteriores presentes en boca, tanto superiores, como inferiores; con una sonda periodontal de Williams clínica de la destrucción de los tejidos periodontales. Insertándose la misma suavemente paralela al eje vertical del diente para luego deslizarla en circunferencia alrededor de cada superficie del diente.

Se midieron seis zonas por diente. Tres por la superficie bucal y tres por la superficie lingual o palatina: mesial, media y distal. Las cuales fueron promediadas. S

í
esmalte.

7.10 _____

El análisis de la información se presenta de forma descriptiva, y se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para determinar las diferencias significativas entre los promedios de pérdida de inserción y presencia de bolsas periodontales por habito tabáquico, al 95% de confianza, utilizando el programa estadístico SPSS versión 21 para Windows.



8. RESULTADOS.

Se revisó a un total de 40 sujetos, de los cuales el 55% (22) fueron hombres y el 45% (18) mujeres. El promedio de edad fue de 40.78 ± 13.65 años, la edad mínima fue de 19 y la máxima de 70 años.

El 67.5% (27) de los sujetos entrevistados refirieron ser fumadores, no se observaron diferencias estadísticas entre el hábito de fumar por sexo. (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia y distribución, del hábito de fumar por sexo.

Sexo	Fumador				Total	
	Si		No		n	%
	n	%	n	%		
Masculino	16	72.7	6	27.3	22	100
Femenino	11	61.1	7	38.9	18	100
Total	27	67.5	13	32.5	40	100

Fuente: Directa

$\chi^2=0.60$, $p=0.43$



En cuanto a la frecuencia de higiene oral, no se observaron diferencias significativas por hábito tabáquico, el 55% (22) mencionó lavarse los dientes al menos 2 veces al día. (Tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia y distribución, de cepillado dental.

		Cepillado dental.						Total	
		1 vez.		2 veces.		3 a 4 veces.		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Fumador	Si	5	18.5%	16	59.3%	6	22.2%	27	100.0%
	No	0	0.0%	6	46.2%	7	53.8%	13	100.0%
Total		5	12.5%	22	55.0%	13	32.5%	40	100.0%

Fuente: Directa

$\chi^2=5.38$, $p=0.06$

El 47.5% (19) de los pacientes mencionaron utilizar solo pasta para su higiene bucal y no se observaron diferencias por hábito tabáquico. (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia y distribución, de higiene dental.

		Higiene dental.								Total	
		Pasta Enjuague		Pasta		Hilo Pasta		Pasta Hilo Enjuague			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Fumador	Si	9	33.3%	14	51.9%	2	7.4%	2	7.4%	27	100.0%
	No	4	30.8%	5	38.5%	4	30.8%	0	0.0%	13	100.0%
Total		13	32.5%	19	47.5%	6	15.0%	2	5.0%	40	100.0%

Fuente: Directa

$X^2=4.5$, $p=0.21$



El 47.5% (19) de los entrevistados mencionaron haber visitado al dentista en un periodo de entre seis meses y un año, no hubo diferencias por hábito tabáquico. (Tabla 4).

Tabla de Contingencia 4.
¿Es fumador? ¿Última visita al dentista?.

		última visita al dentista.						Total	
		2 años		Entre 6 meses/1 año.		Menos de 6 meses.			
		n	%	n	%	n	%	n	%
fumador	Si	9	33.3%	12	44.4%	6	22.2%	27	100.0%
	No	4	30.8%	7	53.8%	2	15.4%	13	100.0%
Total		13	32.5%	19	47.5%	8	20.0%	40	100.0%

Fuente: Directa

$\chi^2=0.38$, $p=0.82$



En cuanto a la edad de inicio del hábito tabáquico, la mayor frecuencia fue para: entre 15 y 20 años (77.8%, n=21). (Tabla 5).

Tabla de contingencia 5.

Sexo. ¿Edad en que comenzó a fumar?

		¿Edad en que comenzó a fumar?				Total	
		15 a 20 años.		20 a 30 años.		n	%
		n	%	n	%		
Sexo	Masculino	12	75.0%	4	25.0%	16	100.0%
	Femenino	9	81.8%	2	18.2%	11	100.0%
Total		21	77.8%	6	22.2%	27	100.0%

Fuente: Directa

$X^2=0.17$, $p=0.65$



En cuanto al número de cigarrillos al día, por sexo, se observaron diferencias estadísticas significativas donde los hombres refieren fumar en mayor cantidad, el 37.5% (6) de los hombres, dijeron fumar de cinco a seis cigarrillos al día, mientras que el 36.4% (4) de las mujeres, dijeron solo fumar de uno a dos cigarrillos al día. (Tabla 6)

Tabla de contingencia 6.

Sexo. Consumo de cigarrillos diarios.

		Cigarrillos diarios.								Total	
		1 a 2		2 a 4		5 a 6		+ de 6			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	0	0.0%	5	31.2%	6	37.5%	5	31.2%	16	100.0%
	Femenino	4	36.4%	3	27.3%	3	27.3%	1	9.1%	11	100.0%
Total		4	14.8%	8	29.6%	9	33.3%	6	22.2%	27	100.0%

Fuente: Directa

$\chi^2=7.49$, $p=0.05$



A pesar de que un porcentaje importante (67.7%, n=18) dice que el tabaco ha perjudicado su salud, siguen manteniendo este hábito, no se observaron diferencias por sexo. (Tabla 7)

Tabla de contingencia 7.

Sexo. ¿Siente que el tabaco perjudica su salud?.

		Siente que el tabaco perjudica su salud.						Total	
		Si		No		Tal vez			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	13	81.2%	2	12.5%	1	6.2%	16	100.0%
	Femenino	5	45.5%	2	18.2%	4	36.4%	11	100.0%
Total		18	66.7%	4	14.8%	5	18.5%	27	100.0%

Fuente: Directa

$X^2=4.58$, $p=0.10$



El 40.7% (11) de los pacientes mencionaron consumir el primer cigarrillo después de más de 6 horas, no se observaron diferencias por sexo. (Tabla 8)

Tabla de contingencia 8.

Sexo. ¿Tiempo transcurrido desde que despierta, hasta que fuma el primer cigarrillo?.

		Tiempo transcurrido desde que despierta, hasta que fuma el primer cigarrillo.								Total	
		1 a 2 hrs.		2 a 4 hrs.		5 a 6 hrs.		+ 6 hrs.			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	0	0.0%	6	37.5%	5	31.2%	5	31.2%	16	100.0%
	Femenino	1	9.1%	0	0.0%	4	36.4%	6	54.5%	11	100.0%
Total		1	3.7%	6	22.2%	9	33.3%	11	40.7%	27	100.0%

Fuente: Directa

$\chi^2=6.49, p=0.90$



Así mismo el 81.5% (22) menciona haber recibido información acerca de los efectos del tabaco en boca, no se observaron diferencias por sexo. (Tabla 9)

Tabla de contingencia 9.

Sexo. ¿Se le ha informado de los efectos del cigarrillo?

		Se le ha informado de los efectos del cigarrillo.				Total	
		Si		No			
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	12	75.0%	4	25.0%	16	100.0%
	Femenino	10	90.9%	1	9.1%	11	100.0%
Total		22	81.5%	5	18.5%	27	100.0%

Fuente: Directa

$X^2=1.09$, $p=0.29$



Haciendo mención a las bolsas periodontales, el promedio de sitios afectados mayores a 3mm, fue de 2.3 ± 1.3 entre los fumadores y de 0.83 ± 0.62 entre los no fumadores, siendo estos resultados estadísticamente significativos.

En cuanto al nivel de inserción, no se observaron diferencias estadísticas significativas por hábito tabaquico, el promedio de pérdida de inserción para los fumadores fue de 4.09 ± 0.93 mm, en comparación con los no fumadores que fue de 3.51 ± 0.61 mm. (Tabla 10)

Tabla 10.

Media y desviación estándar de los sitios con bolsa periodontal (sitios), y pérdida de nivel de inserción (mm) por hábito tabáquico.

	Hábito tabáquico	n	Media	DE	Prueba U de Mann-Whitney
BP	Si	27	2.3928	1.35679	<0.0001
	No	13	.8333	.62175	
NI	Si	27	4.0957	.93533	0.08
	No	13	3.5128	.61128	



9. DISCUSIÓN.

El presente estudio, proporciona una información valiosa sobre el estado periodontal de los adultos fumadores y no fumadores, que solicitaron atención en la Facultad de Odontología UNAM. Aunque tenemos el conocimiento, de que los sujetos revisados en este estudio no son representativos del total de la población que fuma.

Los resultados del presente estudio muestran que un total de 40 sujetos, de los cuales el 55% (22) fueron hombres y el 45% (18) mujeres. El promedio de edad fue de 40.78 ± 13.65 años, la edad mínima fue de 19 y la máxima de 70 años.

El 67.5% (27) de los sujetos entrevistados refirieron ser fumadores, no se observaron diferencias estadísticas entre el hábito de fumar por sexo, en cuanto a la frecuencia de higiene oral, no se observaron diferencias significativas por hábito tabáquico, el 55% (22) mencionó lavarse los dientes al menos 2 veces al día. El 47.5% (19) de los pacientes mencionaron utilizar solo pasta para su higiene bucal y no se observaron diferencias por hábito tabáquico.

De acuerdo (OMS), 9 de cada 10 mexicanos padecen enfermedad de las encías (periodontal). Esta situación se atribuye a elevado consumo de alimentos con azúcar refinada, falta de higiene y deficiente cepillado.⁽⁵⁾

Las cifras del presente estudio, sin duda, responden a falta de cultura de prevención y cuidado de la salud dental por parte de la población, esto afirma que las enfermedades dentales son un problema de salud pública al que no se le ha otorgado la importancia debida.



Posteriormente un 47.5% (19) de los entrevistados, mencionaron haber visitado al dentista en un periodo de entre seis meses y un año, no hubo diferencias por hábito tabáquico, tomando en cuenta la edad de inicio del hábito tabáquico, la mayor frecuencia fue: entre 15 y 20 años (77.8%, n=21), valores indicadores que la población comienza con este hábito a muy temprana edad.

Con base en los resultados de diversas investigaciones y estadísticas realizada por la Secretaría de Salud, como la Encuesta Nacional Sobre Adicciones.⁽¹³⁾

En principio, se afirma que la edad de inicio de los fumadores mexicanos se ha reducido; en 1988 oscilaba entre los 18 y 25 años, mientras que en 2002 bajó al rango de entre 15 y 17 años. En la actualidad se acepta que la edad promedio es 13 años, y la estimación es que se reduzca todavía más.⁽¹³⁾

En cuanto al número de cigarrillos al día, por sexo, se observaron diferencias estadísticas significativas donde los hombres refieren fumar en mayor cantidad, el 37.5% (6) de los hombres dijeron fumar de cinco a seis cigarrillos al día, mientras que el 36.4 (4) de las mujeres dijeron solo fumar de uno a dos cigarrillos. A pesar de que un porcentaje importante (67.7%, n=18) están conscientes de que el tabaco ha perjudicado su salud, siguen manteniendo este hábito.

En México, las estadísticas más recientes revelan que tenemos 16 millones de fumadores y que un tercio de la población son fumadores pasivos; además, 1 de cada 4 personas, de 12 a 65 años padece esta adicción, sin olvidar que la relación de consumidores por género, en adultos, es de dos hombres por cada mujer, aunque en adolescentes la proporción es ya 1 a 1.^{(21) (5)}



Quizá el rasgo más distintivo de la epidemia de tabaquismo en México, es que, en las edades de inicio del consumo de cigarrillos, las prevalencias de mujeres y hombres son similares en las distintas regiones del país. El hecho de que se encuentren en desaparición las diferencias de género entre quienes fuman durante la adolescencia está documentado como un patrón emergente en el mundo.^{(21) (5)}

Así mismo, el 40.7% (11) de los pacientes mencionaron consumir el primer cigarrillo después de más de 6 horas y el 81.5% (22), menciona haber recibido información acerca de los efectos del tabaco en boca.

Lo anterior nos indica se necesita más educación sobre los daños que causa el tabaco a la salud una o dos décadas después de haber empezado a fumar, más educación sobre la adicción a la nicotina y más educación sobre los trucos publicitarios que con suma facilidad confunden las mentes jóvenes.

Los rasgos anteriores y el peligro para la población que representan, han generado respuestas globales para contener este problema de salud pública, por todo lo antes expuesto se debe incluir en la terapia periodontal, programas educativo-preventivos para el cese o eliminación del hábito de fumar, todo ello ayudará al mejoramiento de la salud bucal del individuo.^{(5) (21)}

Haciendo mención a presencia de bolsas periodontales, el promedio de sitios afectados mayores a 3mm, fue de 2.3 ± 1.3 entre los fumadores y de 0.83 ± 0.62 entre los no fumadores, siendo estos resultados estadísticamente significativos, en cuanto al nivel de inserción no se observaron diferencias estadísticas significativas por hábito tabáquico, el promedio de pérdida de inserción para los fumadores fue de 4.09 ± 0.93 mm, en comparación con los no fumadores que fue de 3.51 ± 0.61 mm.



En un estudio nacional realizado en los Estados Unidos, se observaron datos de prevalencia de pérdida de inserción

de 10.8% y 8.4% en los grupos de 40-49 años de edad respectivamente. No obstante, Thomson y Cols. E

encontrando una prevalencia p

de 10.8% y 8.4% en los grupos de 40-49 años de edad respectivamente. No obstante, Thomson y Cols. E

encontrando una prevalencia p de 10.8% y 8.4% en los grupos de 40-49 años de edad respectivamente. No obstante, Thomson y Cols. E

de 10.8% y 8.4% en los grupos de 40-49 años de edad respectivamente. No obstante, Thomson y Cols. E

de 10.8% y 8.4% en los grupos de 40-49 años de edad respectivamente. No obstante, Thomson y Cols. E

de 10.8% y 8.4% en los grupos de 40-49 años de edad respectivamente. No obstante, Thomson y Cols. E

de 10.8% y 8.4% en los grupos de 40-49 años de edad respectivamente. No obstante, Thomson y Cols. E



Así

periodontitis, que establece que ésta es más severa en pacientes fumadores, enco veces mayor que en los no fumadores. ^{(14) (16)}

y presencia de bolsas periodontales entre los adultos, es importante por dos motivos, primero porque la mayoría í enfocado sobre poblaciones de mediana edad y poblaciones mayores. ⁽²¹⁾

S í presentación clínica de la enfermedad y más cuando se presentan a eda

í así ^{(21) (22)}



10. CONCLUSIÓN.

- 1). El tabaquismo, en esta investigación la enfermedad periodontal, comportándose como un factor inductor, promotor y agravante de esta enfermedad, posiblemente por la vía de la modificación. En el presente estudio a hombres.

- 2). El tabaco es un gran factor de riesgo en el desarrollo y severidad de la enfermedad periodontal, así como en la respuesta a la terapia periodontal, esto referente al estudio realizado, ya que se observaron resultados estadísticamente significativos, en relación con la presencia de sitios de bolsas periodontales.

- 3). El paciente fumador debe considerarse en un estatus de alto riesgo de padecer enfermedad periodontal, que también predispone a desarrollar patologías sistémicas.

- 4). Es importante recomendar al clínico, dar al paciente las instrucciones adecuadas de higiene bucal y enfatizar sobre los efectos adversos que el fumar tabaco presenta en la salud periodontal.



11.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Koushyar K, Hernandez A. Tabaquismo: Factor de riesgo para enfermedad periodontal. Rev. ADM. 2010 Mayo – Junio; 56(3): p. 101-113.
2. Bodereau E, Tortolini P. El habito de fumar y los tejidos periodontales. Rev. AOA. 2003 Marzo; 91(1): p.18-22.
3. Robert J, Ray C. Enfermedad periodontal y salud general: una guía para el clínico. Profesional audience communications,Inc. Yardley, Pennsylvania. USA. 2011: p. 1, 5, 24.
4. Duque A, Macrini J, Raigoza M. Prevalencia de pérdida de inserción en adolescentes de 15 a 19 años en Medellin Colombia. Rev. Americana. 2013 Febrero 61(5): p. 31-35.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Rev. OMS. 2013; 13(2): p. 1-5.
6. Shklar G, Carranza F. History of periodontology. 1ª ed. Quintessence. Chicago. 2003: p. 23-27, 56, 58-61.
7. Carranza F, Michael G, et al. Periodontología clínica. 10ª ed. México D.F. Mc Graw Hill Interamericana. 2010: p. 3, 46, 63, 95, 251-256, 445, 110-119.
8. Bascones A. Periodoncia básica. 1ª ed. Madrid, España. Ediciones Avances Médico Dentales. 1994: p.14, 19-21, 33, 99-102.
9. Pulido M, González F. Enfermedad periodontal e indicadores de higiene bucal. Rev. Salud pública. 2011 Septiembre; 13(5): p. 844-852.
10. Echeverría J. Periodoncia e implantología. 1ª ed. Barcelona, España. Océano Ergos. 2011: p. 10-12, 15-17, 27, 39-43.
11. O'Connor J, Robertson F. Cardan biography. MacTutor History of Mathematics. 2013. Disponible en: www.history.mcs.st. 2011.
12. Salgado R. El consumo de tabaco en la región Americana. Rev. Salud pública. 2004 Marzo 46(3): p. 202-206.
13. S - M . S í
de Salud.



-
14. . . . S . M. T
Periodontal Disease in man. Changes in gingival health and oral hygiene before 40 years of age. J Periodontal. Res. 1979 November. 14(6): p. 526-540.
15. Tonetti MS. Cigarette smoking and periodontal diseases: etiology and management of disease. Ann Periodontol 1998 July. 3(1): p. 88-101.
16. Page RC, Schroeder HE. Pathogenesis of inflammatory periodontal disease. A summary of current work. Lab Invest. 1976 March. 34(3): p. 235-249.
17. Weinberg MA, Eskow RN. Periodontal terminology revisited. J Periodontol, 2003 April. 74(4): p. 563-565.
18. Novak MJ, Albather HM, Close JM. Redefining the biologic width in severe, generalized, chronic periodontitis: implications for therapy. J Periodontol, 2008 October. 79(10): p. 1864-1869.
19. Greenstein G. Current interpretations of periodontal probing evaluations: diagnostic and therapeutic implications. Compend Contin Educ Dent, 2005 June. 26(6): p. 381-390.
20. Glickman I. Carranza F. Periodontología clínica de Glickman. 6° ed. Interamericana. Mexico. D.F. 1986: p: 230-231, 531-537.
21. Valdés R. Trasher J. Sánchez LM. Los retos del convenio marco para el control del tabaco en México: un diagnóstico a partir de la encuesta sobre tabaquismo en jóvenes. Rev. Salud pública Méx. 2006 Enero 48(1): p. 5-16.
22. Javed F. Bashir H. Romanos GE. Association between environmental tobacco smoke and periodontal disease: a systematic review. Environ Res. 2014 August 10(6): p 117-122.
23. Mohamed S, Janakiram C. Periodontal status among tobacco users in Karnataka, India. Indian J Public Health. 2013 Apr-Jun; 57(2): p.105-108.



-
-
24. Kóńk -Flisykowska A, Kulza M, Stopa J. Tobacco smoking and clinical periodontal status with clinical parameters. *Przegl Lek.* 2012; 69(10): p. 753-755.
25. Lordelo MJ. El tabaco y su influencia en el periodonto. *Av Periodon Implantol.* 2005; 17(1):p. 221-228.
26. Bolaños S, Torres C, Gonzáles H, Osio M. Frecuencia de enfermedad periodontal y reabsorción osea alveolar en pacientes con adicción al tabaco. *Rev. Mexicana de Odontología Clínica.* 2008; 2(1): p. 18-24.
27. López L, Caralic J, Morón A. Importancia de la detección del tabaquismo en el control de la Periodontitis Crónica: Reporte de un caso. 2009; 18(4): p. 144-149.
28. M .
periodontitis in adolescents and young adults. *J Periodontol.* junio de 1997;68(6):545-55.
29. Thomson WM, Hashim R, Pack AR. The prevalence and intraoral distribution of periodontal attachment loss in a birth cohort of 26-year-olds. *J Periodontol.* diciembre de 2000;71(12):1840-5.
30. Lopez R, Baelum V. Classifying periodontitis among adolescents: implications for epidemiological research. *Community Dent Oral Epidemiol.* abril de 2003;31(2):136-43.



12. ANEXOS.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.
UNAM.

Nombre:

Edad:

Sexo:

¿Con que frecuencia se lava la boca?

- 1) 1 vez al día. 2) 2 veces al día. 3) de 3 a 4 veces al día. 4) nunca.

¿Qué utiliza para su higiene bucal?

- 1) pasta y enjuague. 2) solo pasta. 3) hilo dental y pasta. 4) pasta, hilo dental y enjuague.

¿Hace cuanto tiempo fue su última visita al dentista?

- 1) Nunca he ido al dentista. 2) Hace 2 años. 3) Entre 6 meses y 1 año.
4) Menos d 6 meses.

¿Eres fumador/a?.

- 1) Si 2) No

Edad en la que comenzó a fumar regularmente.

- 1) Entre 15 a 20 años. 2) Entre 20 a 30 años. 3) De 30 años en adelante.



¿Cuántos cigarrillos fuma o fumaba diariamente?.

1) 1-2

2) 2-4

3) 5-6

4) + de 6

¿Es o era fumador de pipa?.

1) Si

2) No

¿Es o era fumador de puros?.

1) Si

2) No

¿Siente que el tabaco ha perjudicado su salud?.

1) Si

2) No

3) Tal vez.

En caso de haber dejado de fumar ¿A que edad dejo de fumar?

¿Cuánto tiempo transcurre desde que despierta hasta que fuma el primer cigarrillo?.

1) 1-2 hrs.

2) 2-4 hrs.

3) 5-6 hrs.

4) + 6hrs.

¿Se le ha informado de los efectos que causa el consumo de cigarro, en su estado de salud bucal?

1) Si.

2) No.

PERIODONTOGRAMA

Etapa de Tratamiento: Pretratamiento Reevaluación Post-tratamiento Fecha de Examen _____

				NIC-SS PS - PL MG
BUCAL				
PALATINO				
DERECHA				MG PS - PL NIC-SS
IZQUIERDA				NIC-SS PS - PL MG
LINGUAL				
				MG PS - PL NIC-SS