

INCIDENCIA DE PERDIDA DENTARIA POR ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LOS
SERVICIOS DE SALUD DE LA CIUDAD DE PACHUCA, HIDALGO. ✓

POR 528

C.D. MA. IRASEMA VIDAL RODRIGUEZ

**VIDAL
RODRIGUEZ
MARIA
IRASEMA
1984**

TESIS



K(1) UNAM

TESIS



Facultad de Odontología
Div. de Est. de Posgrado e Investigación
Biblioteca "Barnet M. Levy"

PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA EN -
ODONTOLOGIA
(PARODONCIA)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DICIEMBRE - 1984.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

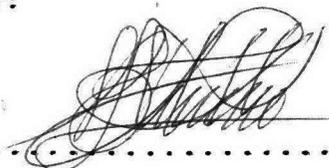
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

INCIDENCIA DE PERDIDA DENTARIA POR ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LOS
SERVICIOS DE SALUD DE LA CIUDAD DE PACHUCA, HIDALGO.

Aprobado por:



.....

Dr. Cs. O. Timoteo Barrera Delgado



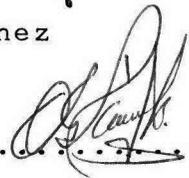
.....

C.D.M.O. Manuel Saavedra García



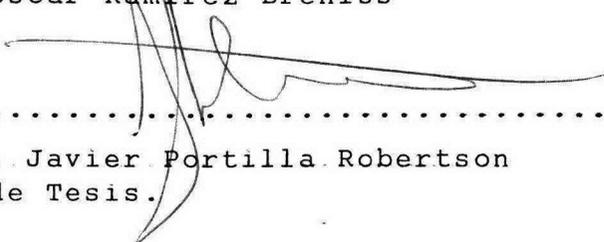
.....

Dr. José Sosa Martínez



.....

C.D.M.O. Oscar Ramírez Breniss



.....

Dr. Cs. O. Javier Portilla Robertson
Director de Tesis.

A MIS PADRES

Por ese gran amor que siempre me han brindado, siendo el estímulo más grande para seguir adelante.

A Dios gracias por darme una oportunidad más para demostrarles que les amo y que este logro es también-suyo.

A MIS HERMANOS

ALMA

AARON

JUAN

Por ser un gran ejemplo en mi vida.

A PATY

AARONCITO Y PATITA

Con amor.

AL

DR. JAVIER PORTILLA R.

DR. TIMOTEO BARRERA D.

DR. MANUEL SAAVEDRA G.

DR. OSCAR RAMIREZ B.

DR. JOSE SOSA M.

Con respeto y admiración como un especial reconocimiento por su valiosa - colaboración e interés prestados para la realización de ésta Tesis.

Al personal de las clínicas de Odontología donde se realizó el estudio, con un profundo agradecimiento por permitirme laborar en su área de trabajo y así cotribuir al logro de ésta investigación.

AL

DR. MIGUEL A. ANTON DE LA CONCHA

Con el cariño y respeto que se merece por su gran aporte a mi vida - profesional.

A un gran maestro con respeto
y admiración.

DR. FILIBERTO ENRIQUEZ H.

Por esa amistad y apoyo que
siempre me brindó. Con cariño a la
DRA. GUADALUPE MARIN G.

Por llenar mi vida de alegría
con ese don maravilloso que es la -
amistad.

A MIS AMIGOS.

I N D I C E

Pág.

INTRODUCCION Y REVISION DE LA LITERATURA.....	1
MATERIALES Y METODOS.....	11
RESULTADOS	20
DISCUSION.....	39
RESUMEN	42
CONCLUSIONES	44
BIBLIOGRAFIA	46
APENDICE	49
CURRICULUM VITAE	52

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

CUADRO		PAGINA
1	INDICE PERIODONTAL	17
2	INDICE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (DI-S)	18
3	INDICE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (CI-S)	19

I N D I C E D E T A B L A S

TABLA		PAGINA
1	RELACION DE EXODONCIAS DEBIDAS A CADA ALTERACION - ESPECIFICA.....	25
2	RELACION DE EXODONCIAS POR GRUPOS DE EDAD Y CAUSAS PARA DETERMINAR CUAL ES LA PRINCIPAL CAUSA DE PER- DIDA DENTAL.....	27
3	RELACION DE EXODONCIAS PARA CONOCER POR EDADES LAS PERDIDAS DENTALES DEBIDAS A CADA ALTERACION.....	29
4	RELACION ENTRE LAS EXTRACCIONES DENTARIAS Y ENFER- MEDAD PERIODONTAL POR GRUPOS ETARIOS Y SEXO.....	32
5	DISTRIBUCION DE LAS EXODONCIAS POR GRUPOS ETARIOS- EN INDIVIDUOS CON ENFERMEDAD PERIODONTAL SEGUN SE- XO.....	33
6	DISTRIBUCION DE LOS DIENTES EXTRAIDOS EN INDIVIDUOS CON ENFERMEDAD PERIODONTAL	34
7	DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE CEPILLADO DENTAL- EN INDIVIDUOS QUE PERDIERON DIENTES POR ENFERMEDAD PERIODONTAL	36
8	RELACION ENTRE I.P. E I.H.O-S. POR GRUPOS ETARIOS.	37

I N D I C E D E G R A F I C A S

GRAFICA		PAGINA
1	PORCENTAJE DE PERDIDA DENTARIA SEGUN LAS DIFERENTES CAUSAS DE EXTRACCION DENTAL	26
2	ENFERMEDAD QUE PREDOMINA COMO CAUSA PARA EXTRACCION EN CADA GRUPO DE EDAD.....	28
3	INCIDENCIA DE PERDIDA DENTARIA POR ENFERMEDAD-PERIODONTAL Y CARIES SEGUN EDAD.....	30
4	PORCENTAJES DE LA PERDIDA DENTARIA POR ENFERMEDAD PERIODONTAL SEGUN EDAD Y SEXO.....	31
5	PORCENTAJE DE LOS DIFERENTES TIPOS DE DIENTES-EXTRAIDOS POR ENFERMEDAD PERIODONTAL	35
6	RELACION ENTRE I.P E I.H.O-S DE LOS PACIENTES CON PERDIDA DENTARIA POR ENFERMEDAD PERIODONTAL SEGUN EDAD.....	38

INTRODUCCION Y REVISION DE LA LITERATURA

Considero preciso saber la incidencia de pérdida dentaria ocasionada por la enfermedad periodontal tan ampliamente difundida en el género humano, con el objeto de tener un conocimiento -- firme de lo que esto significa e inquietar o estimular al cirujano dentista (de práctica general o aun especialista) para el manejo de la odontología preventiva y el tratamiento temprano de la enfermedad periodontal, así como alertar al público respecto a la importancia de la enfermedad y motivarlo para que aproveche la -- ventaja de los métodos actualmente disponibles de prevención, con el fin de disminuir ésta incidencia de pérdida dentaria.

Intento se concientice que los dientes no sólo se pueden perder por caries, sino que también existe una alta incidencia de pérdida dentaria por destrucción de los tejidos de soporte, por no aplicar un tratamiento temprano, puesto que no se le da la importancia que éste requiere.

Se ha ido haciendo claro que la enfermedad periodontal -- que causa la pérdida dentaria en los adultos, es la etapa final de procesos que se han originado, pero no tratado en la juventud. Por lo tanto, la atención debe desplazarse hacia el tratamiento temprano, pues es más simple, produce resultados mas previsibles y evita en el paciente la pérdida innecesaria de los tejidos de soporte del diente.

El propósito general que motivo ésta investigación es obtener información que resuelva interrogantes en algunos casos, amplíe y actualice información, permitiendo la reorientación de programas aplicados en las instituciones de salud cuyo objetivo común debe ser fomentar la salud en la población.

Haciendo una revisión de la literatura podemos concluir que las enfermedades bucales constituyen un problema general de salud pública en la mayor parte del mundo. Según estudios realizados en otros países, entre las enfermedades bucales de mayor importancia sanitaria, por su magnitud, se encuentra la caries dental y las periodontopatías (Trott-1966).

La enfermedad periodontal es una de más comunes conocidas por el hombre. No solamente se encuentra ampliamente distribuída a través del mundo sino que existen bastantes pruebas que datan desde los tiempos de la prehistoria y que señalan que ha sido un azote antiguo y constante para el hombre (Schroeder-1980).

Periodontopatías es la denominación genérica con la cual se conocen diversas enfermedades, que se caracterizan por producir inflamación y destrucción de los tejidos de soporte de los dientes. La etapa final de las periodontopatías ocasionan movilidad y pérdida de los dientes afectados.

A diferencia de la caries, las periodontopatías no atacan

directamente el diente, sino que van destruyendo el hueso en que éste está implantado y los tejidos blandos que lo rodean, pero a la larga sus efectos son catastróficos: el diente puede seguir sano, pero se queda sin sujeción y termina perdiéndose. (J. Asaro y cols. - 1983).

Las periodontopatías no suelen empezar con dolor, progresan muy lentamente y, en sus comienzos, pasan completamente inadvertidas para el enfermo. (P. Robertson-1982).

Se calcula que en algunos lugares del mundo nueve adultos de cada diez padecen afecciones de los tejidos de soporte del diente. Estas periodontopatías sólo ceden en frecuencia a la caries dental y según estudios autorizados afectan en algunos grupos al 75% de las personas de más de 18 años. (Croxon y cols. - 1983).

Según la Organización Mundial de la Salud, estas enfermedades provocan del 60% al 70% de las pérdidas dentarias después de los cuarenta años de edad. Sin embargo, la enfermedad periodontal no es exclusiva de la edad adulta.

La lesión inicial es la gingivitis, que no produce por lo general sintomatología, razón por la que la población las ignora; la gingivitis es la inflamación de la encía, siendo la forma más común de enfermedad gingival, si no se atiende, posteriormente progresa a periodontitis que es el tipo más común de enfermedad -

periodontal producida por la extensión hacia los tejidos periodon-
tales de soporte de la inflamación iniciada en la encía, es lenta
y progresiva, dando como resultado la formación de bolsas, des-
trucción del hueso alveolar, movilidad del diente y su exfolia-
ción. (P. Robertson-1982).

La transición de gingivitis crónica a periodontitis no es
muy bien entendida. Los eventos histopatológicos que ocurren des-
pués de la colonización microbiana de las superficies dentales ad-
yacentes a una encía sana y durante la evolución de gingivitis a
periodontitis han sido divididos en cuatro etapas generales: ini-
cial, temprana, establecida y avanzada. (Page y Schroeder-1981).

Experimentos en animales y otras evidencias, sugieren fuer-
temente que la gingivitis es precursora de destrucción periodon-
tal avanzada. (J. Asaro, Nisengard-1983).

La gingivitis crónica y la periodontitis son iniciadas y
perpetuadas por los microorganismos orales. Estudios epidemiológi-
cos han mostrado una fuerte correlación entre la carencia de hi-
giene oral y las enfermedades periodontales. (Suomi y Doyle-1972)

Varios factores han sido estudiados debido a su aparente-
influencia en la prevalencia y severidad de la enfermedad perio-
dental. Dichos factores incluyen edad, dieta y nutrición, locali-
zación geográfica, educación, higiene oral, raza, sexo y estado -
socioeconómico. (Croxon-1983, Silver-1975).

La enfermedad periodontal es una de las enfermedades mas-frecuentes en la humanidad y las publicaciones recientes analizan la epidemiología. Debido a la naturaleza ubicua de la enfermedad, su evaluación debe incluir severidad así como frecuencia si se -- van a hacer comparaciones importantes de varios estudios. (Silver y cols. - 1975).

Cuando la salud oral de los niños y adolescentes ha sido - discutida el principal interés está tradicionalmente concentrado- alrededor de caries dental. A medida que la situación cariosa en muchas regiones industrializadas está actualmente mejorando (Hunter-1979) los tiempos parecen venir con mas atención sobre la condición periodontal.

Una revisión de la literatura sobre la epidemiología de - las dos principales enfermedades orales (Caries y enfermedad Pe--riodontal) revela una abundancia de estudios relacionados a la -- prevalencia de caries dental en niños y enfermedad periodontal en adultos. Hay pocos estudios sobre la prevalencia de caries dental en adultos y hay escasos datos epidemiológicos acerca de la pre--valencia de la enfermedad periodontal en niños. (J. y A. Ainamo - 1981).

Mientras la gingivitis es común en niños, el desarrollo - de la enfermedad periodontal destructiva en niños o adolescentes- es relativamente poco común. Sin embargo, tanto como el 6% de adolescentes puede tener enfermedad periodontal destructiva. Así, --

las bolsas periodontales pueden ser observadas en adolescentes y antes de trece años de edad en algunos niños. Sin embargo, la pérdida del diente por la enfermedad periodontal no ocurre frecuentemente antes de la edad de veinte años, pero la mortalidad dentaria incrementa ligeramente entre los veinte y treinta años de edad. Con el incremento de la edad, desde edades de trece a quince años en adelante, el porcentaje de individuos con pérdida de osea y bolsas periodontales incrementa. Después de veinticinco a treinta años de edad hay una elevación severa en la prevalencia de la enfermedad periodontal destructiva. (Di Angelis-1982).

En numerosos estudios realizados por diferentes investigadores en muchas áreas del mundo, la correlación del incremento en la falta de limpieza oral y edad, con el incremento de la prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal fué claramente demostrada. (Greene-1963, Ramfjord-1982).

Estudios de la literatura revelan que un número de diferentes aproximaciones han sido usadas para obtener información acerca de la pérdida dentaria en una población. Algunos investigadores han usado radiografías orales completas y registrado el número de dientes y los tipos de dientes presentes en la boca. Otros han usado examinación clínica al tiempo de la extracción. Otro método ha usado la examinación del paciente y registrado el diente que va a ser extraído, anotando al mismo tiempo la razón para la extracción. (Abramowsky-1967).

La mayoría de los estudios se han llevado a cabo en los - Estado Unidos de América, pero dos fueron emprendidos en Escandi- navia y uno en India. Pudo ser visto que caries y enfermedad perio- dontal son las principales causas de pérdida dentaria, sin embar- go una considerable diferencia existe entre porcentajes registra- dos en diferentes estudios.

Habiendo revisado los datos obtenidos, fué visto por Waer- haug (1966) que en países desarrollados las extracciones hechas - por enfermedad periodontal fué algo menor que el 40% y por caries dental algo más del 40% del total de los dientes perdidos. Cerca- del 10% de los dientes son extraídos por razones prostéticas (la enfermedad periodontal es probablemente responsable indirecta de- la pérdida de algunos dientes).

Waerhaug considera que las dos terceras partes de la po-- blación mundial viven en países comparables a la India, en donde- la enfermedad periodontal es la más importante causa de la pérdi- da de dientes. Sin embargo, en un estudio hecho en Dinamarca hubo una diferencia bastante marcada de las causas de pérdida dental - donde el porcentaje por caries alcanzó un 86.9% en tanto que la - enfermedad periodontal solo fué causa de pérdida dentaria en un - 4.9%. (Bay y cols. - 1967).

La evidencia apoya mayor mortalidad dentaria en algunas - poblaciones más que en otras a pesar de la similar contribución -

de los factores. (T. Cutress-1983).

En 1981 J. Ainamo y cols. llevaron a cabo un estudio en Finlandia en donde se reporta, que en todos los grupos de edad en juego, la caries fué la causa de extracción dentaria en el 60.4%, enfermedad periodontal en 18.3% y la así llamada indicación protética en 11.7% de todos los dientes extraídos. Por lo tanto, la enfermedad periodontal no resultó ser la principal razón para extracción de dientes, ni aún después de los cuarenta años de edad, en Finlandia.

Walter T. y Mc. Fall (1982) reportan un estudio a largo término en el cual determinan la pérdida dentaria en cien pacientes tratados con enfermedad periodontal. Ellos estudiaron una población de cien pacientes con enfermedad periodontal quienes fueron tratados y mantenidos por quince años o más. Los pacientes -- fueron examinados y sus registros dentales fueron revisados. En la terminación del tratamiento inicial estuvieron presentes 2627 dientes. De éste número, durante el período de mantenimiento, 259 dientes (9.8%) fueron perdidos debido a la enfermedad periodontal, en tanto que cuarenta dientes (1.5%) fueron perdidos debido a -- otras causas. En éste estudio, la pérdida dentaria siguiendo la terapia fué el principal parámetro investigado.

Si bien, los datos epidemiológicos comunes son utilizados solamente por unos cuantos países, es claro que las enfermedades-

periodontales son afecciones universales y son probablemente las enfermedades bacterianas más comunes que afectan al hombre.

La investigación fundamental dentro de la etiología y patogénesis de las enfermedades periodontales tienen al descubierto amplios principios y detalles relativos a los mecanismos de su -- iniciación y progreso. Aunque aún hay vacíos en el conocimiento -- de la microbiología, inmunología, respuesta de los tejidos durante la salud y enfermedad periodontal, nuestro entendimiento de -- las causas y características de la enfermedad tiene alcanzado un punto donde es posible formular conceptos para el manejo clínico-- de esas enfermedades.

Aproximaciones a la prevención de las enfermedades periodontales han sido introducidas y examinadas, y hay indicaciones -- que en cierto grupo de población la práctica de la prevención es -- el principio para mostrar los resultados esperados. (Harald Loe-1983).

Investigaciones en la última década, revelaron que la placa dental representa una multitud de bacterias en varias combinaciones con una variedad de potenciales patogénicos e inmunológi--cos, lo que demuestra claramente que el buen cuidado bucal es de--terminante para prevenir las enfermedades periodontales. (Betty -Powell-1978).



Hay datos que demuestran que el control de placa y cuidados dentales convencionales pueden incrementar sustancialmente la longevidad de la dentición humana.

Analizando la literatura podemos valorar que ésta es pobre en cuanto a incidencia de pérdida dentaria causada por enfermedad periodontal y rica en cuanto a prevalencia de ésta enfermedad.

Considero de gran valor realizar el estudio en una población mexicana donde la literatura no nos revela estudio similar - alguno, hecho aquí en México, a pesar de que se hace mención de - estudios similares en países Europeos, Asiáticos y en Estados Unidos de Norteamérica.

MATERIALES Y METODOS

Se examinó a un total de 200 pacientes de ambos sexos - que ingresaron al servicio de exodoncia dental de los Servicios- Coordinados de Salud de la ciudad de Pachuca, Hidalgo (Hospital- General y S.S.A.) y las clínicas dental Pachuca (clínica popular) y de la Escuela de Odontología del Estado de Hidalgo.

Para el estudio se trabajó hasta obtener una muestra de- 50 pacientes en cada clínica, examinando, recolectando y anotando los datos en las formas previamente elaboradas (apéndice # 1) para cada paciente.

La captación de los datos se realizó por medio de una en- cuenta en la que se aplicó la técnica de entrevista y exámen bu- cal a cada paciente ingresado a dichas clínicas para tratamiento de exodoncia.

Para ésta encuesta se utilizó una cédula o formato pre- viamente diseñado. La cédula fué individual, es decir una para- cada paciente encuestado y constó de dos partes.

En la primera se anotaron datos del paciente como son fi- cha de identificación o datos generales (nombre, edad, sexo, es- tado civil, ocupación, etc.), antecedentes patológicos referidos- por el paciente así como antecedentes de la higiene bucal inclu-

yendo técnica de cepillado dental, el uso de algún auxiliar de la limpieza y frecuencia de cepillado referida por el paciente. - También se incluyeron en ésta misma parte del formato datos para el padecimiento actual o bien alguna observación sobresaliente -- del paciente, así como el registro para el diente o dientes para extracción con el fin de determinar en ésta misma sección la causa de la extracción dentaria la cual se debe marcar como causada por caries, enfermedad periodontal, traumatismo y otras especificando cual.

En la segunda parte de la cédula (al reverso de la misma) apareció el registro para anotar el número de dientes presentes - y los datos obtenidos del levantamiento de los índices epidemiológicos utilizados en éste estudio (IP-Russell e IOH-S-Greene y Vermillón). En ésta misma sección se presentaron los criterios de los índices a utilizar así como la manera a seguir para evaluarlos.

Para efectuar el estudio se realizó primero el interrogatorio al paciente para obtener los datos respectivos, posteriormente se realizó el exámen o exploración bucodental para determinar el diente a extraer, la causa para extracción así como los índices epidemiológicos.

Para una mayor exactitud en la determinación de la causa de extracción dentaria se sondeó el surco gingival (seis medicio-

nes: mesial, medio y distal tanto por vestibular como por lingual o palatino) en cada diente por extraer para lo cual utilizamos -- sondas periodontales de Williams, y en casos necesarios también -- se acompañó de radiografía utilizando radiografías periapicales.

Ya habiendo determinado claramente el diente y la causa -- para extracción, se procedió al levantamiento de los índices epide-- miológicos lo cual se efectuó por exámen bucal, utilizando espejo plano # 5, y explorador doble # 5, haciendo las anotaciones res-- pectivas a cada diente.

El índice periodontal de Russell fué utilizado para tra-- tar de evaluar la enfermedad periodontal. Los criterios que figu-- ran en el cuadro 1 son empleados para examinar los tejidos que ro-- dean cada diente. El puntaje por individuo del índice periodontal se obtiene sumando el puntaje de todos los dientes y dividiendo -- por el número de dientes examinados.

El índice de higiene oral simplificado (IHO-S) de Greene-- y Vermillion mide el área de diente cubierta por residuos y cálcu-- los. Se usó el término impreciso de residuos por que no resultaba práctico observar los depósitos blandos al microscópio y hacer la sutil distinción entre placa, residuos y materia alba.

El IHO-S consta de dos componentes: el índice de residuos (DI-S) y el índice de cálculos (CI-S). Cada componente es evalua--

do según una escala de 0 a 3. (cuadro 2 y 3).

Para el exámen se empleo un espejo bucal y un explorador dental, sin sustancia revelante. Las superficies examinadas del diente en el IHO-S fueron las superficies vestibulares y las superficies linguales o palatinas. Cada superficie dental fué dividida horizontalmente en los tercios gingival, medio e incisal u oclusal.

Para efectuar el índice de residuos (DI-S) se colocó un explorador en el tercio incisal del diente y se le desplazó hacia el tercio gingival según los criterios presentados en el cuadro 2. El puntaje por persona del índice de residuos se obtiene sumando el puntaje de residuos por superficie dental y dividiendo entre el número de superficies examinadas.

El índice de cálculos (CI-S) se realiza colocando suavemente un explorador dental en el surco gingival distal y desplazándolo subgingivalmente desde la zona de contacto distal hacia la zona de contacto mesial (ésto es, una mitad de la circunferencia del diente es considerada una unidad de medición). Los criterios para la medición del componente del cálculo del índice de higiene oral simplificado aparece en el cuadro 3. El puntaje por persona del índice de cálculos se obtiene sumando el puntaje de cálculos por superficie dental y dividiendo por el número de superficies examinadas.

El puntaje por persona del índice de higiene oral simplificado (IHO-S) es el total de los resultados DI-S y CI-S por persona.

Los grados clínicos de higiene bucal que pueden ser asociados con los resultados agrupados por puntaje del IHO-S son -- los siguientes:

Bueno 0.0 a 1.2

Regular 1.3 a 3.0

Malo 3.1 a 6.0

Para este estudio realicé el levantamiento de datos en cada clínica incluida en el estudio. Posteriormente las extracciones fueron realizadas por el cirujano dentista correspondiente a cada clínica de trabajo.

Para el estudio se utilizaron cédulas impresas, espejos-bucales planos, exploradores dobles, sondas periodontales y radiografías periapicales.

Para el procesamiento de datos se ocuparon hojas especiales (apéndice # 2) para transferir los datos obtenidos en las hojas individuales de los pacientes.

Se sumaron manualmente los índices en las formas individuales y más tarde se transfirieron a las hojas especiales, además de los datos como son nombre, edad, sexo, ocupación, canti--

dad de dientes extraídos, tipo de diente extraído, causa de extracción, enfermedad sistémica, frecuencia de cepillado dental, grado clínico de limpieza bucal asociado al índice de higiene oral.

Se hicieron las frecuencias de distribución de las hojas especiales, y los totales y porcentajes mediante una calculadora llevando a cabo análisis estadísticos.

Para la realización de ésta investigación se tuvo la colaboración, en sus diferentes etapas, de las siguientes dependencias:

Hospital General del Estado de Hidalgo

Secretaría de Salubridad y Asistencia del Estado de Hidalgo

Clínica Dental Pachuca

Escuela de Odontología de la Universidad Autónoma de Hidalgo.

Así como el apoyo estadístico y la supervisión y coordinación de ésta investigación por personal de los Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México.

CUADRO 1

INDICE DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

PI (Russell)

Criterios y puntajes:

- 0= NEGATIVO. En los tejidos de revestimiento no hay inflamación ni pérdida de función debido a destrucción de los tejidos de soporte.
- 1= GINGIVITIS LEVE. Hay un área evidente de inflamación en la encía libre, pero que no circunscribe el diente.
- 2= GINGIVITIS. La inflamación rodea totalmente el diente, pero no hay alteración evidente en la adherencia epitelial.
- 6= GINGIVITIS CON FORMACION DE BOLSA. La adherencia epitelial se ha roto y hay bolsa periodontal. No hay interferencia en la función masticatoria normal; el diente está firme y no ha migrado.
- 8= DESTRUCCION AVANZADA, CON PERDIDA DE LA FUNCION MASTICATORIA. - El diente puede estar flojo, puede haber migrado; puede dar un sonido apagado a la percusión con un instrumento metálico; puede ser depresible en su alveolo.

Suma de puntos individuales

Indice Periodontal= -----

Cantidad de dientes presentes

CUADRO 2

CRITERIO PARA MEDIR EL COMPONENTE
RESIDUOS (DI-S), DEL IHO-S.

0= No hay residuos ni manchas.

1= Los residuos blandos cubren no más de un tercio de la superficie dental, o presencia de pigmentaciones extrínsecas sin otros residuos, cualquiera que sea la superficie cubierta.

2= Residuos blandos que cubren más de un tercio, pero no más de dos tercios de la superficie dental expuesta.

3= Residuos blandos que cubren más de dos tercios de la superficie dental expuesta.

CUADRO 3

CRITERIOS PARA MEDIR EL COMPONENTE CALCULO
(CI-S) DEL IHO-S.

0= No hay cálculos.

1= Cálculos supragingivales que cubren no más de un tercio de la -
superficie dental expuesta.

2= Cálculos supragingivales que cubren más de un tercio, pero no-
más de dos tercios de la superficie dental expuesta o áreas ais-
ladas de cálculos subgingivales alrededor de la porción cervi--
cal del diente, o ambos.

3= Cálculos supragingivales que cubren más de dos tercios de la su-
perficie dental expuesta o una banda ancha continua de cálculos
subgingivales alrededor de la porción cervical del diente, o -
ambos.

RESULTADOS

Durante éste estudio se obtuvieron diferentes datos de 200 pacientes que constituyeron el total de la muestra. Estos 200 pacientes fueron ingresando a las diversas clínicas de exodoncia para tal tratamiento, obteniéndose un total de 241 dientes extraídos.

De éste total, se encontró, que 125 pacientes perdieron sus dientes por problemas cariosos con un total de 143 dientes extraídos. Cincuenta y ocho pacientes con pérdida dentaria por enfermedad periodontal fueron encontrados con un total de 80 dientes extraídos. A nueve pacientes se les extrajeron dientes por traumatismo con un total de 10 dientes perdidos. Cuatro pacientes tuvieron la necesidad de la extracción dentaria para la colocación de prótesis dentales (razón protética), dos pacientes por presentar dientes supernumerarios y dos por tener una retención prolongada de dientes temporales.

De acuerdo a la cantidad de dientes extraídos por las diversas causas pudimos obtener diferentes porcentajes (tabla 1) : caries dental constituyó el 59.3% de todas las extracciones realizadas, sin tomar en cuenta aún la edad y sexo, esta causa obtuvo la principal razón para extracción dental. La enfermedad periodontal le siguió en orden decreciente obteniendo un 32.2% y así, traumatismos con un 4.2%, razón protética 1.7%, dientes su

pernumerarios 0.8% y retención prolongada de dientes temporales - 0.8% (gráfica 1).

Posteriormente se obtuvo una relación de las exodoncias - por grupos de edad y causas, pudiendo así determinar por grupos - etarios cuál es la principal causa de pérdida dentaria. Analizan- do la tabla 2 podemos valorar que en el grupo de edad de 0 a 9 -- años, la caries constituyó la principal causa de pérdida dentaria - (90%) en tanto que, en los grupos de edad a partir de los cuarenta años, la enfermedad periodontal pasa a constituir la principal cau - sa de esa pérdida dentaria con sus diferentes porcentajes según - cada grupo de edad (gráfica 2). También podemos apreciar que - las demás alteraciones citadas como causas de pérdida dentaria, no tienen predominio sobre caries y enfermedad periodontal a ninguna edad.

La tabla 3 nos dá a conocer por edades las pérdidas denta - rias debidas a cada alteración específica pudiendo hacer un análi - sis comparativo entre ellas y en cada grupo de edad. Así podemos - deducir que en los grupos de 0 a 19 años de edad no se realizó ex - tracción dentaria causada por enfermedad periodontal sino que has - ta la edad de 20 a 29 años con un porcentaje mínimo, alcanzando - apenas un 3.4% (refiriéndose únicamente a dos pacientes), en tan - to que en el grupo de edad de 50 a 59 años ya alcanzó un mayor -- porcentaje siendo de 34.5%.

En ésta misma tabla, podemos apreciar que la mayor pérdida dentaria por caries se encontró en el grupo etario de 20 a 29 años, en tanto que, por enfermedad periodontal la mayor pérdida se encontró en el grupo de 20 a 59 años de edad, constituyendo éstas dos alteraciones (caries y enfermedad periodontal) las dos principales causas de pérdida dentaria. (gráfica 3).

Del total de los pacientes que perdieron sus dientes por enfermedad periodontal, resultó que el sexo femenino abarcó un 72.4% en tanto que el sexo masculino sólo alcanzó un 27.6%. Por lo tanto, los resultados obtenidos permiten observar una mayor incidencia de pérdida dentaria por enfermedad periodontal en el sexo femenino. (gráfica 4).

En la tabla 4 se da la relación obtenida entre las extracciones dentarias y la enfermedad periodontal por grupos etarios y sexo pudiendo determinar el predominio por sexo en cada grupo de edad. Así tenemos que, a la edad de 20-29 años el sexo que predominó es el masculino (100%), en tanto que a partir de los 30 a 79 años el predominio le correspondió al sexo femenino.

En la tabla 5 se puede observar por grupos etarios y sexo la distribución de las exodoncias realizadas por enfermedad periodontal.

De acuerdo con los datos obtenidos de los dientes perdi--

dos por enfermedad periodontal, se determinaron los diferentes -- porcentajes y frecuencia de las extracciones realizadas por ésta- enfermedad dependiendo de cada tipo de diente (tabla 6), resul-- tando los dientes incisivos centrales más frecuentemente perdidos obteniendo un porcentaje del 41.3% del total de los dientes ex- - traídos. También, con un alto porcentaje (16.3%) se vió perdido- el primer molar ocupando el segundo lugar de mayor frecuencia de- los dientes perdidos por enfermedad periodontal. Consecutivamente, en orden decreciente podemos citar al segundo molar (11.2%), inci- sivo lateral (8.7%), primer y segundo premolar (7.5%), tercer mo- lar (6.3%) y canino (1.2%). (gráfica 5).

Respecto a la frecuencia del cepillado dental, se realizó- la evaluación basándose únicamente en la frecuencia del cepillado que reportaron los propios pacientes encuestados, sin incluir el exámen bucal. En la tabla 7 se puede observar que del total de - los pacientes que perdieron sus dientes por enfermedad periodon-- tal sólo el 1.7% refirió cepillarse tres veces al día en tanto - que, el 36.2% refirió no hacerlo nunca comprendiendo el porcenta- je más alto, el 34.5% dijo hacerlo dos veces al día y el 27.6% só- lo una vez al día. Los resultados obtenidos, permiten observar - que los hábitos de higiene bucal de los pacientes son deficientes en relación a la regularidad con que se efectúa el aseo bucal.

Para el caso de los índices, se obtuvieron promedios en lu- gar de porcentajes. El índice se expresó por promedio aritmético-

(media) que es igual a la suma de todos los índices entre el número de individuos. La tabla 8 nos da a conocer la relación entre el índice periodontal y el índice de higiene oral simplificado -- por grupos etarios. Es de notar particularmente la relación casi-lineal entre el índice de higiene oral y el índice priodontal. (gráfica 6).

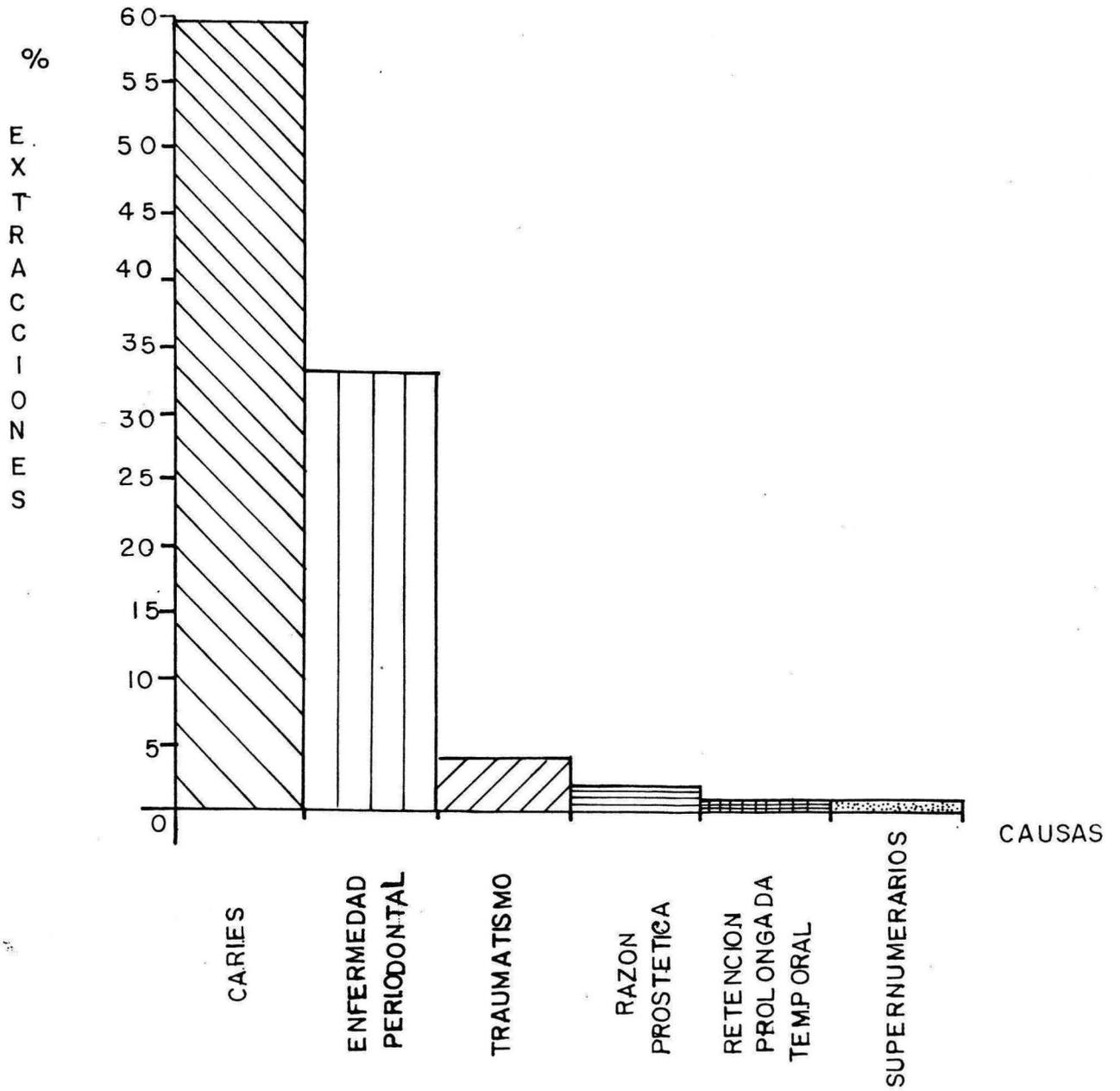
El grado clínico de higiene bucal que fué asociado con -- los resultados agrupados por puntaje del índice de higiene oral -- simplificado resultó ser malo (3.1 a 6.0), lo cual nos puede indicar una correlación positiva de la falta de higiene oral y enfermedad periodontal.

Analizando las alteraciones sistémicas referidas por los pacientes, nos encontramos con cierta frecuencia de diabetes e hipertensión en los pacientes que perdieron sus dientes por enfermedad periodontal, abarcando un 13.8% y 6.9% respectivamente, ésto también se realizó basándose únicamente en los reportes de los -- propios pacientes, por lo cual considero conveniente tratar de establecer la relación precisa de éstas alteraciones con la enfermedad periodontal.

RELACION DE EXODONCIAS DEBIDAS A CADA ALTERACION ESPECIFICA.

CAUSAS DE PERDIDA DENTARIA	E X T R A C C I O N E S		
	No. DE PACIENTES	No. DE DIENTES	%
CARIES	125	143	59.3
ENFERMEDAD PERIODONTAL	58	80	33.2
TRAUMATISMOS	9	10	4.2
RAZON PROSTETICA	4	4	1.7
RETENCION PROLONGADA DEL TEMPORAL	2	2	0.8
SUPERNUMERARIOS	2	2	0.8
T O T A L	200	241	100%

GRAFICA 1



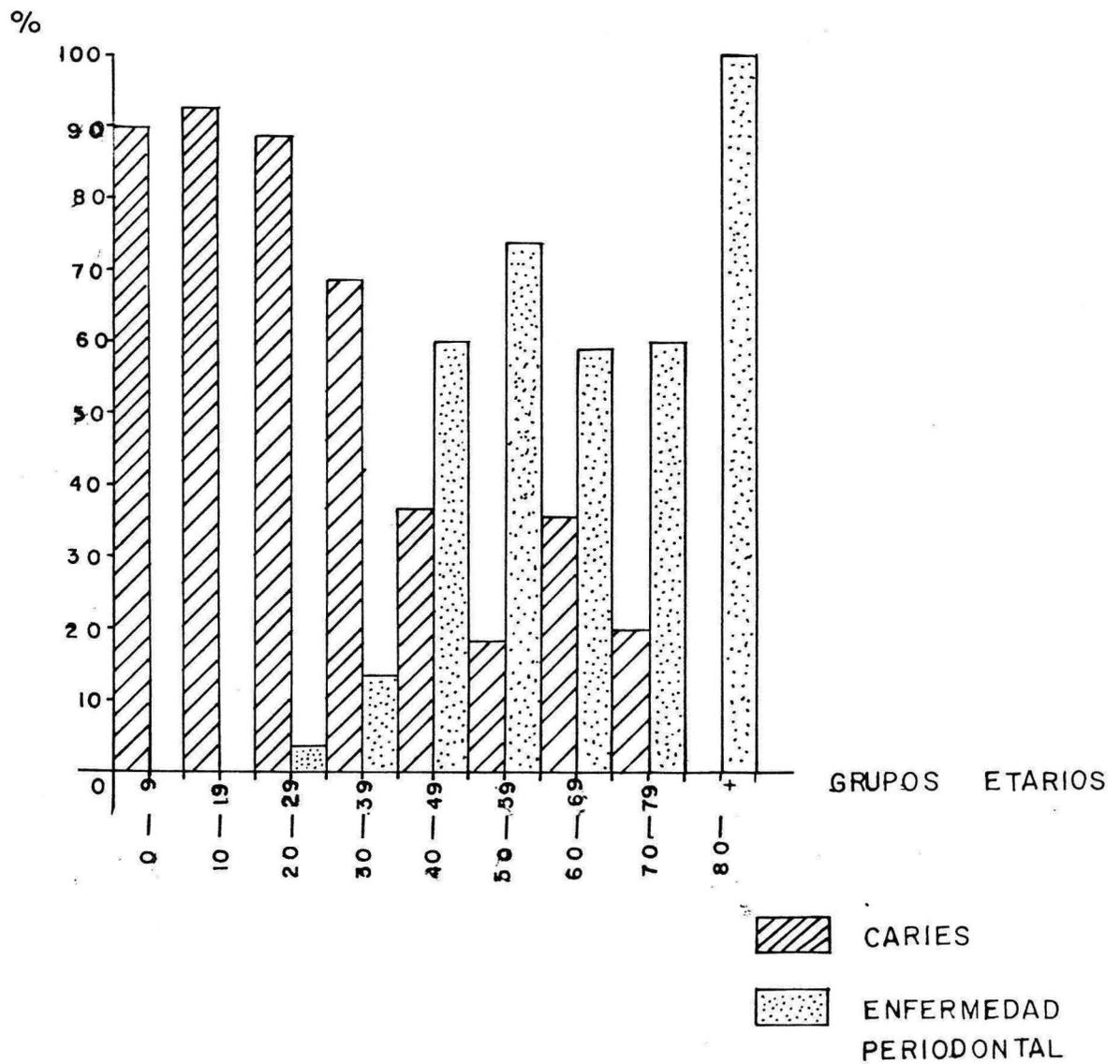
PORCENTAJE DE PERDIDA DENTARIA SEGUN LAS
DIFERENTES CAUSAS DE EXTRACCION DENTAL
REALIZADAS EN LAS CLINICAS DE ESTUDIO

RELACION DE EXODONCIAS POR GRUPOS Y EDAD Y CAUSAS PARA DETERMINAR POR GRUPOS ETARIOS CUAL ES LA PRINCIPAL CAUSA DE PERDIDA DENTARIA.

GRUPOS ETARIOS	CARIES		ENFERMEDAD PERIODONTAL		TRAUMATISMOS		RAZON PROSTETICA		OTROS*		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0 - 9	9	90	0	0	0	0	0	0	1	0	10	100
10 - 19	26	92.8	0	0	1	3.6	0	0	1	3.6	28	100
20 - 29	47	88.6	2	3.8	3	5.7	0	0	1	1.9	53	100
30 - 39	20	69	4	13.8	3	10.3	1	3.4	1	3.4	29	100
40 - 49	11	36.7	18	60	0	0	1	3.3	0	0	30	100
50 - 59	5	18.5	20	74	1	3.7	1	3.7	0	0	27	100
60 - 69	6	35.3	10	58.8	1	5.9	0	0	0	0	17	100
70 - 79	1	20	3	60	0	0	1	20	0	0	5	100
80 -	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100

* RETENCION PROLONGADA DE DIENTES TEMPORALES
Y DIENTES SUPERNUMERARIOS.

GRAFICA 2



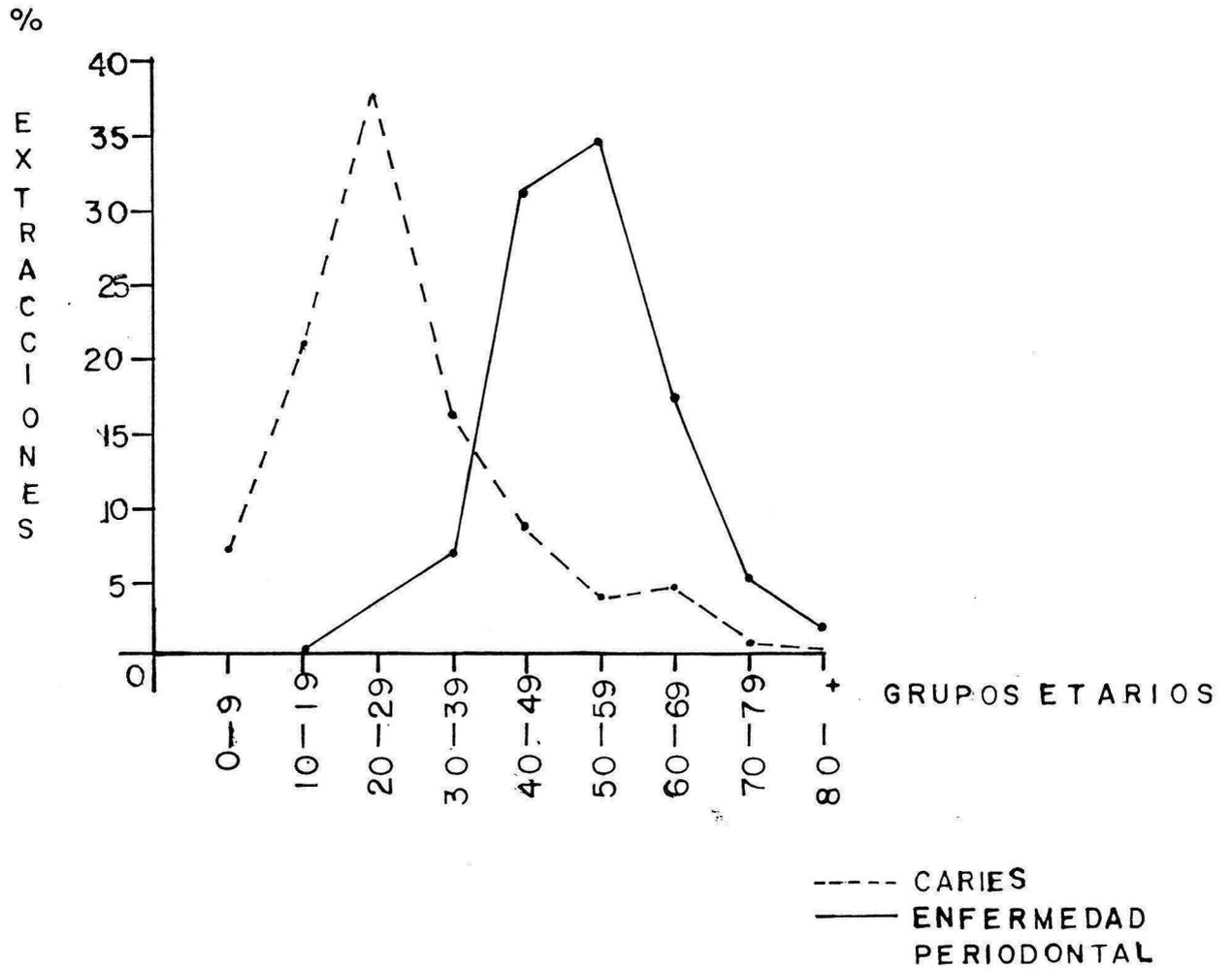
ENFERMEDAD QUE PREDOMINA COMO CAUSA PARA
EXTRACCION EN CADA GRUPO DE EDAD

RELACION DE EXODONCIAS POR GRUPOS DE EDAD Y CAUSAS PARA CONOCER POR EDADES, LAS PERDIDAS DENTARIAS DEBIDAS A CADA ALTERACION ESPEFICICA.

GRUPOS ETARIOS	CARIES DENTAL		ENFERMEDAD PERIODONTAL		TRAUMATISMOS		RAZON PROSTETICA		OTROS *	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0 - 9	9	7.2	0	0	0	0	0	0	1	25
10 - 19	26	20.8	0	0	1	11.1	0	0	1	25
20 - 29	47	37.6	2	3.4	3	33.3	0	0	1	25
30 - 39	20	16	4	6.9	3	33.3	1	25	1	25
40 - 49	11	8.8	18	31	0	0	1	25	0	0
50 - 59	5	4	20	34.5	1	11.1	1	25	0	0
60 - 69	6	4.8	10	17.3	1	11.1	0	0	0	0
70 - 79	1	0.8	3	5.2	0	0	1	25	0	0
80 +	0	0	1	1.7	0	0	0	0	0	0
TOTAL	125	100	58	100	9	100	4	100	4	100

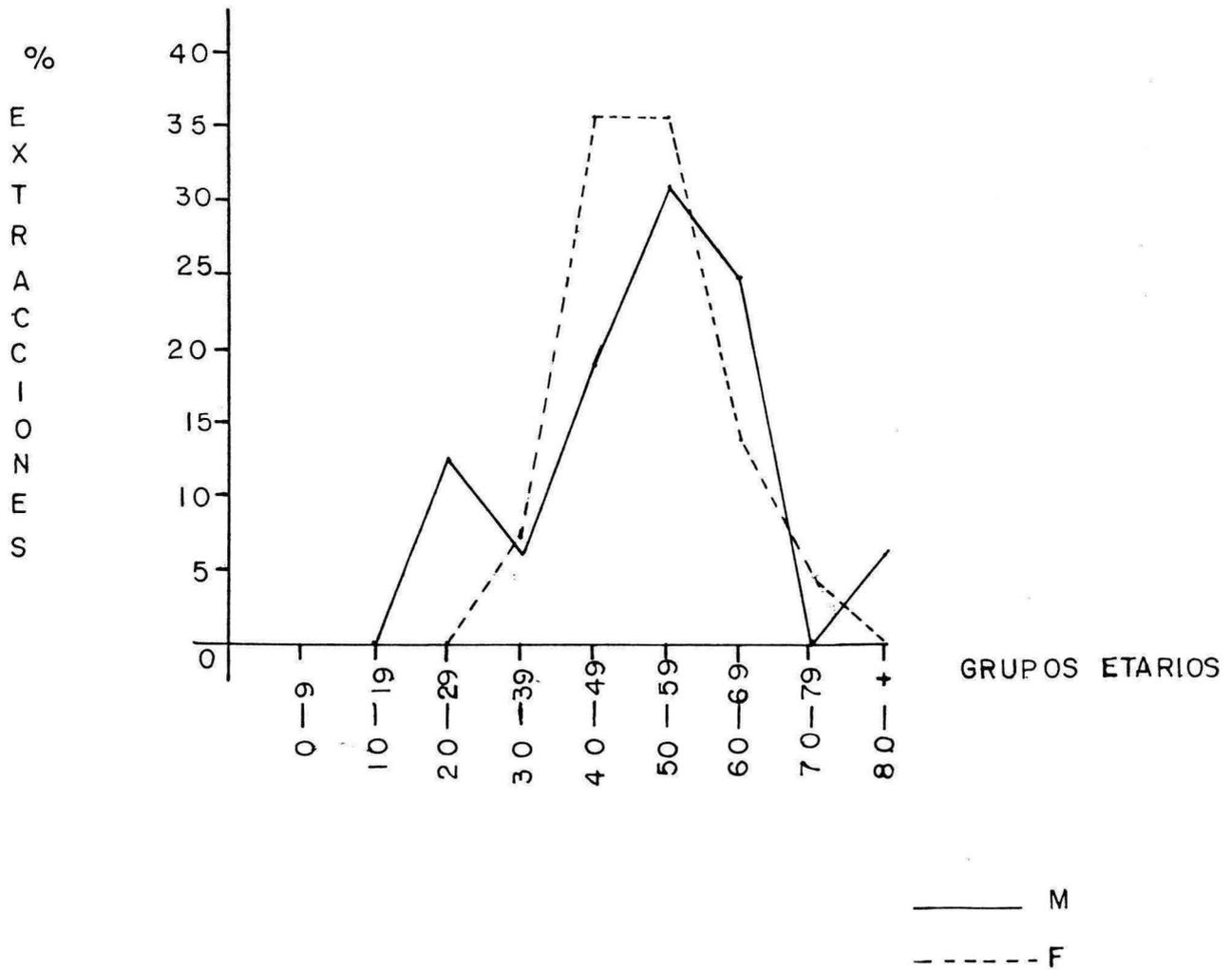
* RELACION PROLONGADA DE DIENTES TEMPORALES Y DIENTES SUPERNUMERARIOS.

GRAFICA 3



INCIDENCIA DE PERDIDA DENTARIA POR ENFERMEDAD
PERIODONTAL Y CARIES SEGUN EDAD

GRAFICA 4



PORCENTAJE DE LA PERDIDA DENTARIA POR
 ENFERMEDAD PERIODONTAL SEGUN EDAD Y SEXO
 DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN LAS DIFEREN-
 TES CLINICAS

RELACION ENTRE LAS EXTRACCIONES DENTARIAS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL POR GRUPOS ETARIOS Y SEXO PARA DETERMINAR LA PROPORCION POR SEXO - EN CADA GRUPO DE EDAD.

GRUPOS ETARIOS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 - 9	0	0	0	0	0	0
10 - 19	0	0	0	0	0	0
20 - 29	2	100	0	0	2	100
30 - 39	1	25	3	75	4	100
40 - 49	3	16.7	15	83.3	18	100
50 - 59	5	25	15	75	20	100
60 - 69	4	40	6	60	10	100
70 - 79	0	0	3	100	3	100
80 +	1	100	0	0	1	100

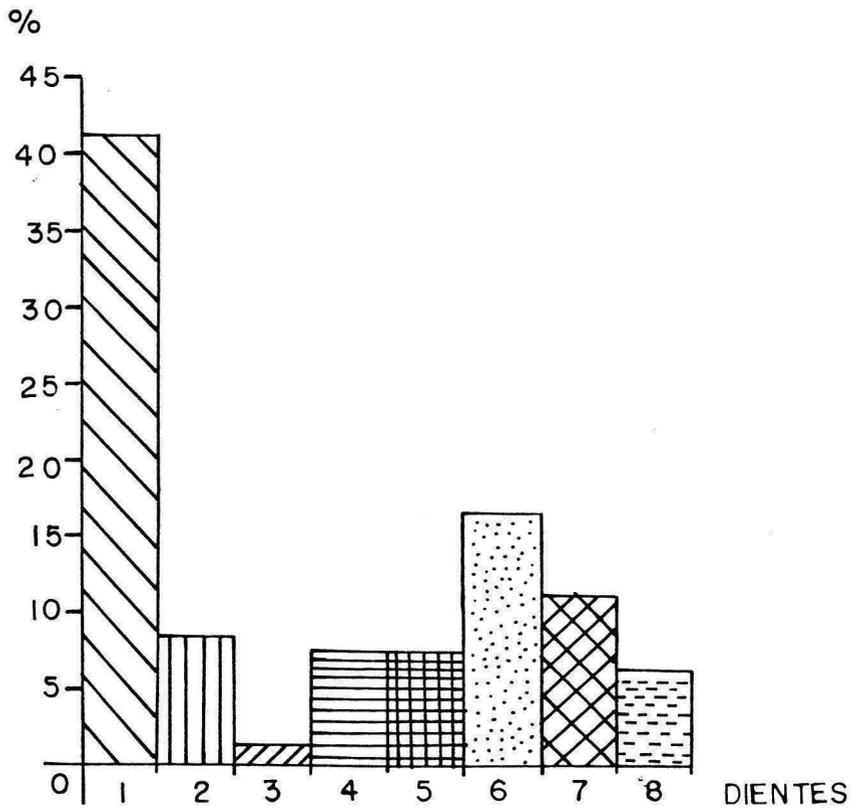
DISTRIBUCION DE LAS EXODONCIAS POR GRUPOS ETARIOS EN INDIVIDUOS CON ENFERMEDAD PERIODONTAL SEGUN EL SEXO.

GRUPOS ETARIOS	MASCULINO		FEMENINO	
	No.	%	No.	%
0 - 9	0	0	0	0
10 - 19	0	0	0	0
20 - 29	2	12.5	0	0
30 - 39	1	6.2	3	7.1
40 - 49	3	18.8	15	35.7
50 - 59	5	31.3	15	35.7
60 - 69	4	25	6	14.3
70 - 79	0	0	3	7.1
80 +	1	6.2	0	0
TOTAL	16	100	42	100

DISTRIBUCION DE LOS DIENTES EXTRAIDOS EN INDIVIDUOS CON ENFERMEDAD PERIODONTAL.

TIPOS DE DIENTE	EXTRACCIONES POR ENFERMEDAD PERIODONTAL.	
	No. DE DIENTES	%
INCISIVO CENTRAL	33	41.3
INCISIVO LATERAL	7	8.7
CANINO	1	1.2
PRIMER PREMOLAR	6	7.5
SEGUNDO PREMOLAR	6	7.5
PRIMER MOLAR	13	16.3
SEGUNDO MOLAR	9	11.2
TERCER MOLAR	5	6.3
TOTAL	80	100

GRAFICA 5



1= INCISIVO CENTRAL

2=INCISIVO LATERAL

3= CANINO

4= 1^{er} PREMOLAR5= 2^o PREMOLAR6= 1^{er} MOLAR7= 2^o MOLAR8= 3^{er} MOLAR

PORCENTAJE DE LOS DIFERENTES TIPOS DE DIENTES

EXTRAIDOS POR ENFERMEDAD PERIODONTAL

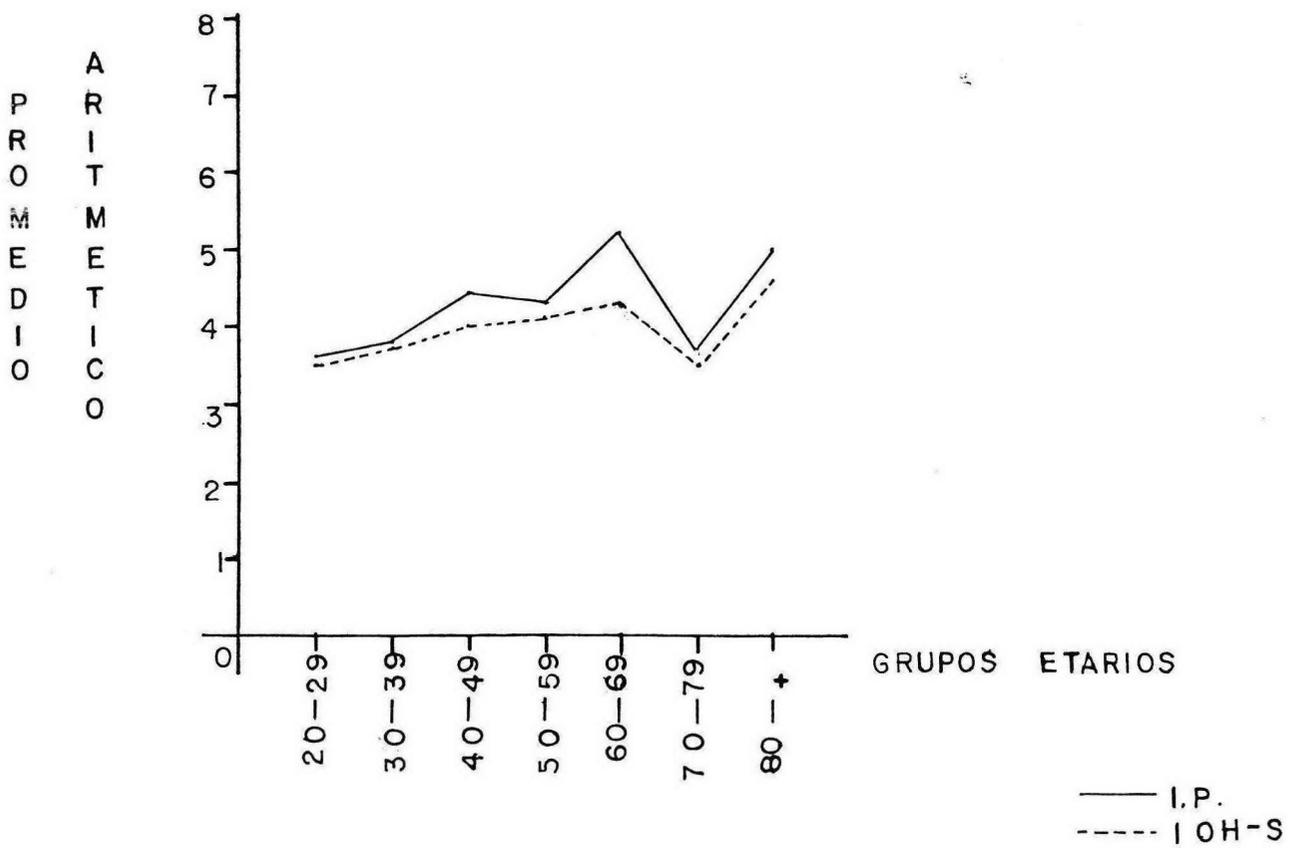
DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA DE CEPILLADO DENTARIO EN INDIVIDUOS QUE PERDIERON SUS DIENTES POR ENFERMEDAD PERIODONTAL.

FRECUENCIA DEL CEPILLADO DENTAL	PACIENTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL	
	No.	%
UNA VEZ AL DIA	16	27.6
DOS VECES AL DIA	20	34.5
TRES VECES AL DIA	1	1.7
NINGUNA VEZ	21	36.2
TOTAL	58	100

RELACION ENTRE I.P. E I.H.O.-S POR GRUPOS ETARIOS. PROMEDIOS ARITMETICOS DE LOS INDICES DE TODOS LOS INDIVIDUOS DE CADA GRUPO DE EDAD DE LOS PACIENTES QUE PERDIERON DIENTE POR ENFERMEDAD PERIODONTAL.

GRUPOS ETARIOS	I. P.		I.H.O.-S.	
	No.	PROMEDIO ARIT.	No.	PROMEDIO ARIT.
20 - 29	2	3.6	2	3.5
30 - 39	4	3.8	4	3.7
40 - 49	18	4.4	18	4.0
50 - 59	20	4.3	20	4.1
60 - 69	10	5.2	10	4.3
70 - 79	3	3.7	3	3.5
80 +	1	5.0	1	4.6

GRAFICA 6



RELACION ENTRE I.P. E IOH-S DE LOS PACIENTES CON PERDIDA DENTARIA POR ENFERMEDAD PERIODONTAL SEGUN EDAD

DISCUSION

Aun cuando existen pocas investigaciones previas, se han señalado altos índices de prevalencia de caries y enfermedad periodontal (Waerhaug-1967, Croxson-1983, Silver-1975) lo que concuerda con los resultados obtenidos en este estudio, pudiendo citar a estas enfermedades orales como las principales causas de pérdida dentaria.

Como es posible corroborar mediante los resultados obtenidos en el presente estudio, se confirmó lo ya publicado por otros autores, pudiendo citar a la periodontitis como la responsable de la mayoría de las pérdidas dentales en los adultos (Robertson - - 1982). Una periodontitis crónica no tratada, conduce a una destrucción progresiva del soporte periodontal y eventualmente causa la pérdida dental.

Según la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad periodontal provoca del 60 al 70% de las pérdidas dentales después de los cuarenta años de edad, lo cual puede ser relacionado con los hallazgos del presente estudio.

La correlación entre la enfermedad periodontal y varios factores como son edad, sexo, enfermedad sistémica e higiene bucal ha sido demostrada, factores que tienen influencia en la prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal (Silver-1975, - Croxson-1983).

En numerosos estudios realizados por diferentes investigadores en muchas áreas del mundo, la correlación del incremento en la falta de limpieza oral y edad, con el incremento de la prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal fué claramente demostrada (Greene-1963, Ramfjord-1982). Los resultados en el estudio pueden corroborar éstos datos.

La enfermedad periodontal y caries dental son enfermedades en las cuales la colonización de bacterias sobre la superficie dental (placa bacteriana) es un factor fundamental en la evolución e intensidad de las enfermedades. Los irritantes mecánicos locales y la salud y resistencia de los tejidos también son determinantes importantes en la enfermedad periodontal, pero tanto las observaciones experimentales como clínicas indican que las acumulaciones de placa bacteriana son muy importantes en el avance de éstas enfermedades y también en su iniciación (Bradley J. E.-1980) Esto puede ser relacionado en el estudio con la correlación obtenida del I.P. e I.H.O.-S.

La evidencia apoya mayor mortalidad dentaria en algunas poblaciones más que en otras, a pesar de la similar contribución de los factores (T. Cutress-1983).

Al igual que en los estudios realizados en los Estados Unidos de América, en Escandinavia y en India, se pudo demostrar aquí que caries y enfermedad periodontal son las principales causas de pérdida dentaria, sin embargo, una considerable diferencia

existe entre los porcentajes registrados en cada estudio.

En el estudio realizado en India, la enfermedad periodontal resultó ser la causa más importante de pérdida dentaria (Waerhaug considera que dos terceras partes de la población mundial viven en países comparables a la India), sin embargo en un estudio hecho en Dinamarca la enfermedad periodontal como causa de pérdida dentaria alcanzó un mínimo porcentaje (Bay y cols.-1967).

En un estudio realizado en Finlandia la enfermedad periodontal no fué la principal razón para extracción de dientes ni aún después de los cuarenta años de edad.

Se puede dejar bien establecido que las enfermedades bucales constituyen un problema general de salud pública. Confirmado con estudios realizados en otros países, queda bien entendido que las enfermedades bucales de mayor importancia sanitaria, por su magnitud, son las caries dental y las periodontopatías, por lo cual no le debemos restar importancia a la enfermedad periodontal tan ampliamente difundida en la humanidad.

RESUMEN

Se llevó a cabo la investigación con el objeto de conocer la incidencia de pérdida dentaria por enfermedad periodontal, citando a ésta como la principal causa de pérdida dentaria en los adultos. Esta investigación se realizó en diferentes Clínicas de Salud de la Cd. de Pachuca, Hgo., incluyendo los Servicios Coordinados de Salud (Hospital General Y S.S.A.), así como las Clínicas Dental Pachuca (Clínica Popular) y la Clínica de la Escuela de Odontología del Estado de Hidalgo.

Se obtuvo una muestra de 200 pacientes ingresados para tratamiento de Exodoncia, siendo entrevistados y examinados bucalmente.

Una vez obtenidos los datos perseguidos, entre ellos los más importantes, la causa para la extracción dentaria, el diente para extracción, edad y sexo del paciente, así como los índices epidemiológicos de cada paciente, se procedió al procesamiento de datos mediante análisis estadísticos.

Los resultados mostraron una alta incidencia de pérdida dentaria ocasionada por caries alcanzando un 59.3% entre las demás causas encontradas, sin embargo relacionando esta pérdida dentaria con la edad, pudimos demostrar que la incidencia de pérdida dentaria a partir de la edad de 40 años es mayor por enfermedad periodontal que por caries, constituyendo por lo tanto, la enfermedad periodontal la causa principal de pérdida denta-

ria a partir de los 40 años de edad.

La pérdida dentaria por enfermedad periodontal prevaleció en el sexo femenino y en los grupos de edad de 40 a 59 años.

La higiene bucodental fué deficiente en todos los grupos de edad y se hizo notar la relación casi lineal entre el índice de higiene oral y el índice periodontal utilizados en el estudio.

Se propone una revisión de las prioridades de los programas de salud bucodental con el fin de evitar la pérdida de dientes permanentes mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento conservador.

CONCLUSIONES

- Las principales causas de pérdida dentaria son la enfermedad periodontal y caries dental.
- Las periodontopatías son enfermedades de una gran magnitud que van progresando hasta ser causa importante de pérdida dentaria en la edad adulta. La enfermedad periodontal constituyó en este estudio la principal causa de pérdida dentaria a partir de los cuarenta años de edad.
- La mayor pérdida de dientes por caries, se registró entre los veinte a veintinueve años de edad, en tanto que, por enfermedad periodontal entre los cincuenta y cincuenta y nueve años, siendo de mayor prevalencia en el sexo femenino.
- Los dientes más frecuentemente perdidos son los incisivos dentrales y los primeros molares.
- Siempre que pueda presumirse la presencia de trastornos generales, deberá practicarse una detenida exploración clínica, complementada con análisis de laboratorio, y el cirujano dentista, en colaboración con el especialista competente, establecerá el oportuno plan de tratamiento.
- Existe una correlación directa entre higiene oral y enfermedad periodontal. Se comprobó un grado clínico malo de higiene bu

cal asociado al índice de higiene oral simplificado, además, los hábitos higiénicos observados por medio de la frecuencia de cepillado dental denotan una gran deficiencia.

- El control de placa bacteriana y cuidados dentales convencionales pueden incrementar sustancialmente la longevidad de la dentición humana.

- Tomando en cuenta estos resultados sería conveniente que cada sector de salud dental hiciera ajustes a sus programas, con la finalidad de enfocar sus actividades a los principales problemas de la población a su cuidado.

- Existe la necesidad de coordinar las disciplinas clínicas dentales con la meta superior de preservar la salud periodontal.

- Las investigaciones para la identificación de fenómenos que estén relacionados directamente con el principio y desarrollo de la enfermedad dental deben continuar, a fin de refinar aún más nuestros conocimientos y darle la importancia que requiere al tratamiento y prevención de la enfermedad periodontal.

B I B L I O G R A F I A

- Abramowsky Z., Buchner.
Causes of tooth extraction. J. Dent. 1967;37,16.
- A. John Spencer, D. Beighton and Thomas Higgins.
Periodontal disease in five and six year old children. J. Perio--
dontol 1983 January, 54 (1), 19-22.
- Axelsson, P. and Lindhe.
Effects of controlled oral hygiene procedures on caries and Perio
dental disease in adults. J. Clin. periodontol 5;133,1978.
- Bay I., Gad T.
Causes of tooth mortality in Denmark. J. Periodont. Res. 1967;2,
246.
- Betty Powell, Jerry J. Garnick.
The use of extracted teeth to evaluate clinical. Measurements of
Periodontal disease. J. Periodontol 1978 Dec. 49 (12), 621-24.
- Bradley J.E.
Plaque. Its role in the etiology of periodontal disease. Arkansas
Dental J. 1980 Mar: 5 (1):11-2
- Croxson L.J. et al.
The prevalence and severity of periodontol disease. Nz. Dental J.
1983 April 79 (356) 43-8.
- Chester Douglass, D. Gillings, William Sollecito, M. Gammon.
The potencial for increase in the periodontal diseases of the aged
population. J. Periodontol 1983 Dec: 54 (12);721-30.
- DiAngelis A. et. al.
Dental caries and Periodontal disease in a Indochinese refugee po
pulation. J. Dental Res 1982 Nov: 61 (11);1233
- Greene J.C.
Oral hygiene and periodontal disease. Am. J. Public health 1963;
53,913.
- Grewe J., Gorlin R. J. Meskin L.H.
Human tooth mortality. J. Amer. Dent. Ass. 1966;72,106.
- Hansen G. C.
An epidemiology investigation of the effect of biologic ageing on
the breakdown periodontal tissue. J. Periodont. 1963;44,269.
- Harald L oe.
The scientific basis of periodontal disease prevention. J.Dent. -
Res. 1983 August; 62,648.

J. Ainamo.

Evaluation of the success of clinical trials and community programmes. J. Dent. Res. 1983 August; 62,648.

John G. Silver, Edward Chesko.

The prevalence of periodontal disease in a selected dental population. J. Periodontol 1975 December:46 (12);734-40.

John P. Asaro, R. Nisengard, E. Beutner, M. Neiders.

Experimental periodontal disease. J. Periodontol 1983 January;54 (1), 23-8.

Jukka Ainamo and Anja Ainamo.

Prevention of periodontal disease in the mixed dentition. International Dental J. 1981 June: 31 (2);125-32.

Lehner T.

Future possibilities for the prevention of caries and periodontal disease. Br. Dental J. 1980 Dec: 149 (11);318-25.

M. Bashar Bakdash, P. Odman and Allan Lange.

Distribution and readability of periodontal health education literature. J. Periodontol 1983 Sep: 54 (9),538-41.

McGuire, Sheldon B. Sydney, Zink, M. Weber, M. Fritz.

Evaluation of an oral disease control program administered to a clinic population at a suburban dental School. J. Periodontol - - 1980 October; 51 (10),607-13.

Michael Tal.

Periodontal disease and oral hygiene. J. Periodontol 1980 Nov. 51 (11), 668-69.

Oliver, R. C.

Tooth loss with and without periodontal therapy. Periodont. Abstr. 1979;17,8.

P. Robertson, S. Schluger, R. Caffesse.

Periodontitis. J. Periodontol. 1982 August;53 (8),478-492.

Roy C. Page, L.C. Altman, Jeffrey Ebersole, Vandesteen, Dahlberg, Betsy Williams, Osterberg.

Rapidly Progressive periodontitis. J. Periodontol. 1983 April 54 (4),197-209.

Schei O., Waerhaug J. Lovdal A, & Arno A.

Alveolar bone loss as related to oral hygiene and age. J. periodont, 1959;30,7.

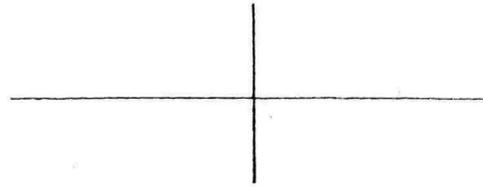
Schoen MH. et. al.

Prevention of Dental disease. Caries and periodontal disease. Annu Rev Public Health 1981: 2;71-92.

- S. P. Ramfjord, E. Morrison, Burgett, Nissle, Shick, Zann and J. Knowles.
Oral hygiene and maintenance of periodontal support. J. Periodontol January 1982, 53 (1):26-30.
- Suomi J.D., Doyle J.
Oral hygiene and periodontal disease in an adult population in -- the United States. J. Periodont. 1972:43,677.
- T. Cutress.
Magnitude of the periodontol disease problem Asian Pacidic Austra lasian Region. J. Dental Res. 1983 August:62,648.
- Trott. J. R., Cross H. G.
Analysis of the principle reasons for tooth extractions in 1813 - patients in Manitoba. Dent Pract. Bristol, 1966;17,20.
- Walter T. McFall, Jr.
Tooth loss in 100 treated patients with periodontal disease. J. - Periodontol 1982 Sep. 53 (9),539-49.
- Waerhaug J.
Prevalence of periodontal disease in Ceylon. Acta Odont. Scand.- 1967;25,205.

NOMBRE _____
 EDAD _____ SEXO _____
 ESTADO CIVIL _____ OCUPACION _____
 DIRECCION _____ TEL. _____

DIENTE (S) PARA EXTRACCION:



SONDEO DEL SURCO GINGIVAL DE CADA DIENTE POR EXTRAER:

Diagram showing five crosshairs above five 2x3 grids. To the right of the grids is the text: "Vestibular. Lingual & Palatino."

EXTRACCION:

POR CARIES _____
 POR ENFERMEDAD PERIODONTAL _____
 TRAUMATISMO _____
 OTROS (Especifichado Cual) _____

HIGIENE BUCAL:

BUENA() REGULAR() MALA()

CUANTAS VECES AL DIA SE CEPILLA _____

TIENE ALGUNA TECNICA DE CEPILLADO SI _____ NO _____

UTILIZA HIC DENTAL U OTRO AUXILIAR DE LA LIMPIEZA ORAL SI _____ NO _____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

DIABETES SI _____ NO _____
 CARDIOPATIAS SI _____ NO _____
 ANEMIA SI _____ NO _____
 TUBERCULOSIS SI _____ NO _____
 NEOPLASIA SI _____ NO _____
 EPILEPSIA SI _____ NO _____
 SICCOTIPIAS SI _____ NO _____
 APERTIS SI _____ NO _____
 HIPERTENSION SI _____ NO _____
 OTROS-ESPECIFIQUE: _____

ESTUDIO RADIOGRAFICO SI _____ NO _____

PADECIMIENTO ACTUAL: (DESCRIBIR TIEMPO DE EVOLUCION, TRATAMIENTO, ESTADO ACTUAL) _____

OBSERVACIONES _____

I.P.
DIENTES
DIENTES
I.P.

I.P.
DIENTES
DIENTES
I.P.

CRITERIOS:

- 0=NEGATIVO. En los tejidos de revestimiento no hay inflamación ni pérdida de función - debido a destrucción de los tejidos de soporte.
- 1=GINGIVITIS LEVE. Hay una área evidente de inflamación en la encía libre, pero que no circunscribe al diente.
- 2=GINGIVITIS. La inflamación rodea totalmente el diente, pero no hay alteración evidente en la adherencia epitelial.
- 6=GINGIVITIS CON FORMACION DE BOLSA. La adherencia epitelial se ha roto y hay bolsa - periodontal. No hay interferencia en la función masticatoria normal; el diente está firme y no ha migrado.
- 9=DESTRUCCION AVANZADA CON PERDIDA DE LA FUNCION MASTICATORIA. El diente puede estar flojo, puede haber migrado, puede ser depreciable en su alveolo.

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO:

ID-S	
VESTIBULAR	
LINGUAL o PALATINO	

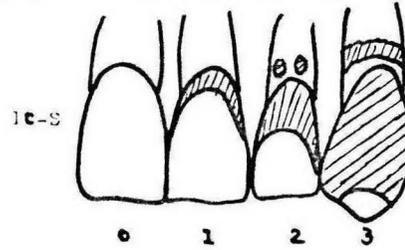
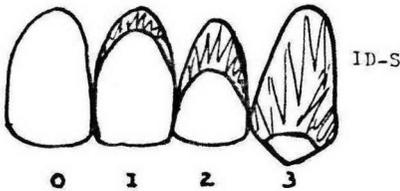
CRITERIO:

- 0=No hay residuos ni manchas.
- 1=Los residuos blandos cubren no más de un tercio de la superficie dental, o presencia de pigmentaciones extrínsecas sin otros residuos, cualquiera que sea la superficie cubierta.
- 2=Residuos blandos que cubren más de un tercio, pero no más de dos tercios de la superficie dental expuesta.
- 3=Residuos blandos que cubren más de dos tercios de la superficie dental expuesta.

IC-S	
VESTIBULAR	
LINGUAL o PALATINO	

CRITERIO:

- 0=No hay cálculos.
- 1=Cálculos supragingivales que cubren no más de un tercio de la superficie dental - expuesta.
- 2=Cálculos supragingivales que cubren más de un tercio, pero no más de dos tercios de la superficie dental expuesta o áreas aisladas de cálculos subgingivales alrededor de la porción cervical del diente, o ambos.
- 3=Cálculos supragingivales que cubren más de dos tercios de la superficie dental - expuesta o una banda ancha continua de cálculos subgingivales alrededor de la porción cervical del diente o ambos.



CENTRO & NO.	
COMUNIDAD	FECHA
NO. 140	1974

CENTRO & NO.	HORA NO.
COMUNIDAD	FECHA
NO. 140	1974

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
NOMBRE	EDAD	SEXO	Ocupacion	GRUPO DIENTES EXTRAIDOS	DIENTES EXTRAIDOS	CAUSA DE EXTRACCION																												

TECNIFORM 716-A

MARCA REG.

C U R R I C U L U M V I T A E

NOMBRE: Ma. Irasema Vidal Rodríguez.

FECHA DE NACIMIENTO: 24 de agosto de 1956.

PADRE: Aarón Vidal Cortés

MADRE: Antonia Rodríguez de Vidal.

ESTUDIOS PRIMARIOS: Esc. Part. "Julián Villagrán" (1963-1968)

ESTUDIOS SECUNDARIOS: Esc. Part. "Julián Villagrán" (1969-1971)

ESTUDIOS PREPARATORIOS: Preparatoria Núm. 1, U.A.H. (1971-1974)

ESTUDIOS PROFESIONALES: Escuela de Odontología de la Universidad Autónoma de Hidalgo. (1975-1979).

ESTUDIOS DE POSGRADO: Unidad de Posgrado-Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Especialidad en Docencia de la Odontología (Parodoncia) 1981.

Mestría en Odontología (Parodoncia) 1982.

DOCENCIA: Escuela de Odontología, U.A.H. Adjunto en la materia de Odontología Infantil 1980. Profesor titular en la materia de Parodoncia desde 1983 a la fecha.

DIRECCION: Av. Francisco I. Madero Núm. 213

Pachuca, Hgo.