

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO



FA

CULTAD DE ODONTOLOGÍA

VARIACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE PERIODONTITIS
DENTRO DEL ÁREA DE PERIODONCIA DE LA F.O. UNAM.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTA:

CARLANA AMARO MARTÍNEZ

TUTOR: MTRO. ISMAEL FLORES SÁNCHEZ

MÉXICO, D.F.

2008



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.

A Papá Carlos por ser el faro que guía mi vida desde donde esté, por cada palabra, cada momento, y cada enseñanza. ¡Estás siempre en mi vida!

A mi madre por ser mi pilar, por cada palabra de aliento en el ascenso a la cima, por esmerarse todos los días en darme lo mejor, ¡no hay mayor orgullo que el ser tu hija!

A Mamá Vera por su dedicación y preocuparse por mi bienestar.

A mis Tíos: Oscar, Lina, Mariano, Margot, Roberto y More, por compartir su camino conmigo y hacer con eso, tan privilegiada mi vida.

A mis primos: Mariano, Rafa, Vivi "mi osa", Moni y More, por ser los hermanos que no tuve, brindarme tanta alegría y no permitirme conocer la soledad.

A Alfonso Celorio, por ser mi compañero, mi mejor amigo y el responsable de descubrir otro mundo, mi vida es mejor a tu lado ¡Te quiero tanto Sicho!

A todos mis amigos por fomentarme el volar muy alto, a los pachangas por enseñarme que la vida tiene música de fondo y en especial a la familia Sámano, por su cariño incondicional, por ser, por estar y por existir. ¡S.y.a.m.p!

A Pindy Flores Gracia por su amplia colaboración e intervención en cada aspecto de mi vida, ¡Hermana Gracias por enseñarme tantas cosas!

A todos los Profesores y alumnos que colaboraron en esta investigación.

Y muy especialmente al Dr. Ismael Flores Sánchez por todos sus consejos, paciencia, sabiduría y dedicación. ¡Nada de esto sería posible sin usted!

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2.ANTECEDENTES	9
3.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	34
4. JUSTIFICACIÓN	34
5.OBJETIVOS	34
5.1 Objetivo general	34
5.2 Objetivos específicos.....	36
6. MATERIALES Y MÉTODOS	36
6.1 Tipo de estudio	37
6.2 Población de estudio	37
6.3 Muestra.....	37
6.4 Criterios de inclusión	37
6.5 Criterios de exclusión	38

6.6 Variables de estudio.....	38
7. RECURSOS	39
7.1 Humanos.....	39
7.2 Materiales.....	39
8. PLAN DE ANÁLISIS	39
9. RESULTADOS	40
10. DISCUSIÓN	54
11. CONCLUSIONES.....	56
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXO 1	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Principales características de la periodontitis crónica	26
Tabla 2. Principales características de la periodontitis agresiva	28
Tabla 3. Principales características de la periodontitis agresiva localizada y generalizada	30
Tabla 4. Diferencias entre periodontitis crónica y agresiva localizada y generalizada	31
Tabla 5. Diagnósticos para periodontitis crónica y agresiva	32
Tabla 6. Frecuencia de diagnósticos periodontales asignados por	

académicos de posgrado por cada uno de los casos	43
Tabla 7. Frecuencia de diagnósticos periodontales asignados por académicos de licenciatura por cada uno de los casos	44
Tabla 8. Frecuencia de diagnósticos periodontales asignados por alumnos de tercer año por cada uno de los casos	45
Tabla 9. Frecuencia de diagnósticos periodontales asignados por alumnos de segundo año por cada uno de los casos	46
Tabla 10. Frecuencia de diagnósticos periodontales asignados por alumnos de primer año por cada uno de los casos	47
Tabla 11. Frecuencia de diagnósticos periodontales asignados por categorías en todos los casos.	48
Tabla 12. Terminología utilizada en el	

diagnóstico periodontal con base
en el número de veces que fue
utilizada por las diferentes
categorías de clínicos. 49

Tabla 13. Principales características
clínicas más frecuentemente
utilizadas en cada categoría para
asignar el diagnóstico. 53

1. INTRODUCCIÓN

La periodontitis es una infección caracterizada clínicamente por la pérdida de inserción, formación de bolsas periodontales, y destrucción ósea. Se ha demostrado que la etiología de la enfermedad es multifactorial, pero la principal causa de la periodontitis es el acúmulo de la placa dentobacteriana.

La higiene bucal deficiente, el tabaquismo, el estrés, las enfermedades sistémicas como la diabetes, así como la edad, lugar de residencia, educación y grupo étnico, son factores de riesgo para padecer periodontitis.

El diagnóstico periodontal es, sin duda, la llave que nos conducirá a un tratamiento exitoso y a devolver el equilibrio y la salud a los pacientes. Un diagnóstico acertado proviene de una historia clínica médica y bucal completa, apoyándose en herramientas como periodontogramas, radiografías y estudios microbiológicos si fuera posible.

Para el estudio de las enfermedades periodontales, se han elaborado diferentes clasificaciones a lo largo de la historia. Con el avance de los conocimientos y de una mejor comprensión de la enfermedad, se ha hecho necesario el crear nuevas clasificaciones o modificar las ya existentes. En la actualidad se utiliza la clasificación de 1999 elaborada durante el *Panel Internacional para una Clasificación de Enfermedades y Condiciones Periodontales*, avalado por la Academia Americana de Periodontología.

Aunque el objetivo principal de un sistema de clasificación es agrupar y distinguir de manera lógica y sencilla los diferentes tipos de enfermedades

periodontales, aún con el sistema actual, todavía existen limitaciones que resultan en una amplia variación en el diagnóstico entre los clínicos.

La importancia de que exista una variación de diagnóstico reside principalmente en la posibilidad de tomar decisiones inadecuadas en la opción de tratamiento necesaria para tratar la enfermedad periodontal.

2. ANTECEDENTES

Enfermedad periodontal

Las diversas formas de enfermedades gingivales y periodontales, según los estudios paleontológicos, se han dado en culturas tan distintas como en Egipto y en la América precolombina.

Desde hace muchas décadas se han tratado de asignar nombres a las enfermedades que afectan el periodonto como: piorrea de Schmutz (Gottlieb), paradentitis (Weski, Beck), parodontitis, periodontoclasia, pericementitis, piorrea alveolar, alveoloclasia, enfermedad de Riggs y periodontitis supurativa crónica.^{1,2}

Sin embargo, el término *enfermedad periodontal* ha tenido diferentes significados y se ha empleado de manera ambigua.

Si bien, hay enfermedades degenerativas y neoplásicas que afectan a los tejidos periodontales, el trastorno más frecuente, por mucho, comienza con la acumulación de la placa dentobacteriana en la zona dentogingival, y en esencia es de carácter inflamatorio; inicialmente la enfermedad se limita a la encía (gingivitis) y conforme va evolucionando, se ven comprometidas las estructuras de soporte del diente (periodontitis).¹

Periodontitis

La periodontitis es una enfermedad infecciosa que ocasiona la inflamación de los tejidos de soporte de los dientes. En general es un cambio progresivamente destructivo que lleva a la pérdida ósea y del ligamento periodontal. En la mayoría de los pacientes la formación de bolsas periodontales y la recesión gingival ocurren durante el desarrollo de la enfermedad.³

Características generales

La periodontitis es la suma de una compleja interacción multifactorial entre el hospedero y los agentes infectantes, y su avance surge por una carencia de equilibrio de los mecanismos de defensa los cuales, aparentemente, intervienen relevantemente en el patrón y la gravedad del padecimiento.¹

Los signos y síntomas de la enfermedad periodontal incluyen alteraciones en el color y textura de la encía, enrojecimiento y tumefacción (inflamación), así como una tendencia al sangrado al momento del sondeo, y formación de bolsas periodontales y/o recesiones gingivales.

En estados avanzados la periodontitis también se puede asociar con un incremento en la movilidad, así como la migración y/o extrusión de los dientes afectados.

Radiográficamente la periodontitis es reconocida por una pérdida de hueso alveolar moderada o severa que puede ser horizontal o vertical. Si la destrucción ósea ha progresado a una velocidad similar por la dentición, el contorno de la cresta ósea remanente se aprecia radiográficamente como horizontal; en contraste con los defectos verticales, los cuales son el resultado de la pérdida de hueso que se desarrolla a diferentes velocidades por la dentición o en la superficie de un mismo diente.⁴

El índice de la velocidad de la progresión de la periodontitis es variable, esto es, puede progresar de manera lenta o rápidamente dependiendo de la susceptibilidad innata y adquirida del hospedero, y la cantidad y composición de la flora subgingival.²

Distribución de la destrucción periodontal en la cavidad bucal

La destrucción periodontal afecta mayormente a las regiones interproximales de la dentición, así como a la región vestibular maxilar y la lingual en la mandíbula.¹

Se ha observado una mayor incidencia de periodontitis en los cuadrantes derechos que en los izquierdos, esto tal vez provocado por la dificultad que tienen las personas que utilizan la mano derecha para cepillarse los dientes.¹

La medición de todas estas variables indica que los dientes afectados más severamente por la enfermedad periodontal son los incisivos centrales y laterales inferiores, así como los molares superiores.¹

Microbiología

La cavidad bucal está habitada por bacterias que colonizan tanto los tejidos blandos como los dientes por encima y por debajo del margen gingival. Se estima que alrededor de 400 especies bacterianas diferentes son capaces de colonizar la boca y que cualquier persona puede albergar 150 o más especies diferentes. De modo que millones de bacterias colonizan continuamente los dientes.⁵

A pesar de la dificultad para analizar la composición de la microbiota en individuos sanos frente a individuos con periodontitis, es posible establecer que bacterias forman parte de lo que podrían denominarse periodontopatógenos por su participación en la aparición de la enfermedad periodontal.⁶

En 1996 en una revisión del papel de los microorganismos en la etiología de la enfermedad periodontal, se determinó que existían tres patógenos periodontales principales implicados como factores de riesgo para el inicio y progresión de la periodontitis: *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (actualmente *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*), *Bacteroides forsythus* (actualmente *Tannerella forsythia*) y *Porphyromonas gingivalis*.⁵

Sin embargo, muchos otros microorganismos asociados con la periodontitis se han identificado, y su papel en la patogénesis de la enfermedad periodontal no ha sido totalmente aclarado.^{4,7,8}

Factores de riesgo

Las enfermedades periodontales son infecciones causadas por microorganismos. Sin embargo, más bien, la periodontitis es una enfermedad multifactorial en la cual los microorganismos de la placa

dental son los iniciadores y la manifestación y progresión de la misma se ve influenciada por una amplia variedad de factores, que incluyen características de los pacientes, factores ambientales y sociales, como el tabaco y el estrés y el estado socioeconómico, factores sistémicos y genéticos, el género, la edad, la distribución geográfica, factores relacionados con los dientes, bajos niveles de higiene bucal, la composición microbiana de la placa y otros factores de riesgo emergentes.^{1,9,10}

El estudio de los factores de riesgo en la periodontitis, indica el papel imprescindible de las bacterias como factor etiológico de la enfermedad periodontal.

Sin embargo, la susceptibilidad del hospedero, en relación con una determinada carga genética, va a determinar las características clínicas de la respuesta del huésped a dicha agresión bacteriana.

El carácter hereditario de la periodontitis es uno de los aspectos más estudiados en los últimos años, lo que ha llevado a considerar a la enfermedad periodontal no solo un proceso multifactorial, sino que también es una enfermedad multigénica, ya que su desarrollo no depende de un único gen, sino de la acción combinada de varios genes y, dependiendo de cuales se encuentren afectados, los polimorfismos que presenten y la población a la que pertenezca un individuo, se presentará un tipo u otro de enfermedad.¹¹

Clasificación de la enfermedad periodontal

Los sistemas de clasificación son intentos por agrupar en orden la gran constelación de enfermedades periodontales; y una clasificación abiertamente aceptada, es necesaria dentro del marco científico de

estudio, además, estos sistemas dan a los clínicos un modo de organizar los cuidados de salud necesarios para sus pacientes.^{2,12}

Los parámetros bajo los cuales se ha intentado clasificar a la periodontitis han sido varios, incluyendo su velocidad de progresión y edad de inicio.^{1,11}

Es inevitable que los sistemas de clasificación generen controversia, no importa el cuidado con el cual se desarrollen, ni cuánto tiempo se invierta en el proceso.²

En los pasados 100 años los expertos han tratado periódicamente de desarrollar nuevos sistemas de clasificación para las enfermedades periodontales, que son sustituidos a medida que surgen nuevos conocimientos que mejoran la comprensión del origen y patología de los trastornos periodontales.^{1,2,11}

La clasificación de las enfermedades es útil para fines diagnósticos, pronósticos y de planeación terapéutica.^{1,12}

En el año de 1989 se llevó a cabo el *Panel Mundial en Periodoncia Clínica*,¹³ que incluyó una sección sobre la clasificación de la periodontitis, alcanzándose un consenso sobre una nueva clasificación, la cual tuvo una amplia aceptación entre la comunidad periodontal, pero se resaltó que esta nueva clasificación requeriría de modificaciones conforme fuera creciendo el conocimiento acerca de las enfermedades periodontales.

En el *Panel Mundial en Periodoncia* en 1996,¹⁴ no se propuso ninguna nueva clasificación, a pesar de que ya se sabía que existía un considerable traslape entre las categorías de enfermedad, de que ciertos pacientes no encajaban en ninguna categoría, y de que muchas

características microbiológicas y de la respuesta del hospedero eran compartidas en múltiples categorías de enfermedad, por lo que se planteó la necesidad de llevar a cabo un taller internacional para reclasificar las enfermedades periodontales, por lo cual se llevó a cabo en 1999 el *Panel Internacional para una Clasificación de las Enfermedades y Condiciones Periodontales*.¹⁵

El sistema de clasificación de 1999, como lo fue el de 1989, aunque no es perfecto y puede ser criticado, es un sistema ampliamente utilizado en la actualidad, y seguramente al igual que los anteriores será necesario cambiarlo en un futuro, Sin embargo, clínicos e investigadores y otros interesados en el tema, utilizan este sistema de clasificación para comunicarse de manera más segura con respecto a las enfermedades y condiciones periodontales.¹⁶

En el sistema de clasificación para enfermedades y condiciones periodontales de 1999,¹² se listaron seis principales categorías de enfermedades periodontales destructivas:¹⁷

1. Periodontitis crónica
2. Periodontitis agresiva
3. Periodontitis como una manifestación de enfermedad sistémica
4. Gingivitis/periodontitis ulcerosa necrosante
5. Abscesos del periodonto
6. Lesiones combinadas periodóncico-endodóncicas

De éstas, las formas más comunes de enfermedad periodontal destructiva son la periodontitis crónica y la agresiva, las cuales se presentan en pacientes sistémicamente sanos. Pero también existen periodontitis en pacientes que no son sanos y que son una manifestación de por lo menos 16 enfermedades sistémicas. En la mayoría de estas

enfermedades sistémicas hay una resistencia disminuida del hospedero a las infecciones, o bien, perturbaciones en el tejido conectivo gingival que incrementan la susceptibilidad a la degradación inducida por la inflamación.¹⁷

En la clasificación propuesta en el *Panel Internacional para una Clasificación de las Enfermedades y Condiciones Periodontales* se resumió a las enfermedades destructivas de la siguiente forma.¹²

II. Periodontitis crónica

- A. Localizada
- B. Generalizada

Genéticos

1. Neutropenia cíclica y familiar
2. Síndrome de Down
3. Síndromes de deficiencia en la adhesión leucocitaria
4. Síndrome de Papillon-Lefebvre
5. Síndrome de Chediak-Higashi
6. Síndromes de histiocitosis

III. Periodontitis agresiva

- A. Localizada
- B. Generalizada

7. Enfermedad de almacenamiento de glicógeno
8. Agranulocitosis genética Infantil
9. Síndrome de Cohen
10. Síndrome de Ehlers-Danlos (Tipos IV y VIII)
11. Hipofosfatasa
12. Otras

IV. Periodontitis como una manifestación de enfermedad sistémica

- A. Asociada a discrasias sanguíneas
 1. Neutropenia adquirida
 2. Leucopenias
 3. Otras
- B. Asociada a desórdenes

C. Otras no especificadas

**V. Enfermedades periodontales
necrosantes**

A. Gingivitis ulcerosa necrosante

B. Periodontitis ulcerosa
Necrosante

VI. Abscesos del periodonto

A. Abscesos gingivales

B. Abscesos periodontales

C. Abscesos pericoronales

**VII. Periodontitis asociada a
lesiones endodónticas**

A. Lesiones combinadas
periodóncico-endodóncicas

Retos futuros para la clasificación

Principalmente los futuros retos para la clasificación de las enfermedades periodontales se relacionan con el estudio de las diversas formas clínicas, su etiología microbiológica y los datos epidemiológicos, y deben proveer un marco adecuado para trabajar en estudios y en el efectivo desarrollo de tratamientos para este complejo grupo de infecciones.¹²

Eventualmente la periodontitis crónica se va a poder sub-clasificar en grupos de acuerdo a los polimorfismos genéticos de la interacción hospedero/patógeno.²

La clasificación de 1999¹² dista de ser perfecta por ser algo inconsistente e inexacta y va a necesitar modificaciones una vez que los hallazgos recientes sean justificados y revisados.

Antes de que se pueda clasificar la enfermedad periodontal por su etiología y patogenia, se deben efectuar muchos estudios y entender mejor las interacciones entre el hospedero/agente patógeno y su interacción con los factores ambientales que le afectan. En lo que esto ocurre, existirán dilemas en las decisiones que necesitemos tomar entre alternativas de clasificación igualmente insatisfactorias.

Diagnóstico

El diagnóstico periodontal es una etiqueta importante que los clínicos utilizan para designar a la condición o enfermedad periodontal.¹⁷ Se deriva de la información obtenida de la historia clínica y dental del paciente, combinándola con hallazgos obtenidos a través de la exploración bucal.^{1,4,17,18}

El diagnóstico debe determinar primero si hay enfermedad periodontal, para proceder a reconocer su tipo, magnitud, distribución, y gravedad, aportando una comprensión de los procesos patológicos fundamentales y su causa.¹

El diagnóstico es de primordial importancia para el manejo subsecuente de la enfermedad periodontal. Un diagnóstico acertado es el primer paso para desarrollar un plan de tratamiento apropiado y bien diseñado, que llevará a la resolución de la infección periodontal del paciente.^{1,17,18}

El diagnóstico se determina luego de analizar con atención los antecedentes del caso y valorar los signos y síntomas clínicos, en algunas instancias, adicionando resultados de varias pruebas (movilidad, radiografías, pruebas de laboratorio y biopsias, etc.)¹ que son muy útiles para tomar la decisión. En la mejor de las circunstancias, el diagnóstico periodontal es la mejor suposición por parte del clínico de la enfermedad que padece el paciente, si no se tiene la base de la condición real del paciente, el clínico puede dar un diagnóstico erróneo.¹⁷

Determinar la existencia de una enfermedad periodontal, depende de evaluaciones clínicas de la inflamación gingival, del sondeo mediante el registro de la profundidad de las bolsas periodontales y de los niveles de inserción clínica y de las características radiológicas del hueso alveolar.⁴

Inflamación gingival

Una de las primeras cosas que se pueden observar durante la examinación periodontal es la presencia o ausencia de enfermedad. Esto a menudo se determina inmediatamente buscando signos de inflamación gingival.¹⁸

Para poder reconocer la inflamación gingival, el clínico debe tener claros los parámetros normales de la encía en estado de salud (forma, textura, puntilleo, etc.).^{4,18}

Los cuatro signos más comunes de inflamación gingival son el enrojecimiento, la tumefacción, el sangrado al sondeo y la supuración. Los primeros dos se

observan sobre todo en la encía marginal, aunque en ocasiones pueden ser muy sutiles, por lo que el sangrado al sondeo es un signo más subjetivo de inflamación gingival, mientras que el exudado purulento solo se encuentra en un pequeño porcentaje de los sitios afectados, sin embargo su presencia indica que el sitio está inflamado e infectado, y la mejor manera de valorarlo es ejerciendo ligera presión con el dedo sobre la encía en dirección coronal.

Sondeo

La determinación de la profundidad al sondeo se efectúa con la ayuda de un instrumento estandarizado llamado *sonda periodontal*, que medirá la profundidad de la bolsa periodontal (distancia desde el margen gingival hasta el extremo de la sonda insertada en la bolsa); la pérdida de inserción es la distancia que va de la unión cemento-esmalte a la base del surco gingival.⁴

Si la progresión de la periodontitis destruye el hueso en el área de la furca, es necesario identificar a detalle la presencia y extensión de la pérdida de soporte en ese sitio para un diagnóstico acertado. La medición de la profundidad al sondeo en el área de las furcas se realiza introduciendo una sonda curva especial llamada de Nabers en el posible defecto por todos los accesos (vestibular y palatino/lingual). Dependiendo de la profundidad que alcance la sonda su afectación se clasifica de la siguiente manera:

- Clase I: menos de 3 mm por uno o dos accesos.
- Clase II: más de 3 mm en un acceso o por los dos accesos.
- Clase III: se comunica de un lado al otro la pérdida del tejido de soporte.

El sondeo por sí solo no basta como criterio para establecer la severidad del padecimiento, sin embargo, es una pieza vital para poder hacer un diagnóstico.^{4,17,18}

Radiografías

El potencial y las limitaciones de las radiografías intra-bucales para determinar la pérdida de los tejidos de soporte de los dientes, son principalmente para evaluar el efecto acumulativo de la enfermedad periodontal sobre los tejidos periodontales, más que para evaluar la presencia misma de la enfermedad.

La evaluación radiográfica de la destrucción ósea se efectúa por una diversidad de rasgos cualitativos y cuantitativos del hueso interproximal visualizado, por ejemplo: la presencia de la cortical intacta, el ancho del espacio del ligamento periodontal, la morfología de la cresta ósea (si es angulada o roma), la distancia entre la unión cemento-esmalte y el nivel más coronal donde se considera que el espacio del ligamento conserva un ancho normal.

Las radiografías interproximales no sólo deberán ser examinadas en busca de caries, sino también por la presencia de destrucción ósea, recientemente algunos investigadores intentaron determinar la distancia entre la unión cemento-esmalte y la cresta ósea a nivel de molares donde se encontró que en niños se localiza a 0.5 mm y en adultos lo normal es de 2 a 3 mm

El estudio radiográfico nos proporciona datos específicos, pero su sensibilidad es menor a la del sondeo periodontal, ya que es posible que las lesiones intra-óseas iniciales no se aprecien, como resultado de la presencia de las láminas corticales intactas, y a consecuencia de lo anterior, algunas condiciones de enfermedad podrían pasar sin ser detectadas.⁴

Diagnóstico en la práctica diaria

Los procedimientos diagnósticos deben ser sistematizados y organizados para fines específicos, los hallazgos deben relacionarse entre sí para que aporten una explicación importante al problema del paciente.¹

Para determinar los componentes de un diagnóstico periodontal se pueden hacer 3 preguntas básicas:¹⁷

1. ¿Qué enfermedad periodontal tiene el paciente?

Es la parte más difícil y se obtiene por medio de la información recolectada.

2. ¿Qué tan severo es su problema?

Esto dependerá del grado de pérdida de inserción (leve, moderada o severa)

3. ¿La enfermedad es localizada o generalizada?

Para poder contestar esta pregunta tenemos que basarnos en los parámetros fijados por las condiciones de cada enfermedad.

Debido a que siempre hay dudas, los clínicos experimentados desarrollan diagnósticos diferenciales donde se enlistan los posibles diagnósticos de la condición periodontal del paciente, partiendo del más semejante al más alejado de los signos y síntomas presentados por el paciente. El diagnóstico diferencial es importante porque provee al dentista de opciones, si el diagnóstico inicial es incorrecto. De alguna manera se podría decir que el diagnóstico captura la experiencia pasada del clínico ante una condición o enfermedad. Sin embargo, esto sugiere que a pesar de los mejores esfuerzos por parte del clínico para establecer un diagnóstico existe la posibilidad de que este sea erróneo.

Precauciones en el diagnóstico periodontal

Existen ciertas limitaciones en el diagnóstico periodontal que requieren complementar los parámetros clínicos y anamnésticos con otros más avanzados, para conseguir el diagnóstico, plan de tratamiento, y control de la enfermedad. El propósito principal del diagnóstico es la identificación de las personas que padecen enfermedad periodontal y de los factores que afectan su tratamiento y control.

Se requiere contar con toda la información requerida para analizar si hay periodontitis como: pérdida de inserción, destrucción ósea, presencia de bolsa periodontal, recesiones gingivales, etc. O bien, la existencia de alguna otra causa que explique la pérdida de inserción aparte de la periodontitis, o la localización de otro proceso que pudiera simular la enfermedad periodontal mediante la formación de pseudo-bolsas.

Desde un punto de vista clínico, es importante hacer notar que pérdidas de inserción clínicamente detectables pueden ocurrir como resultado de eventos patológicos diferentes a la periodontitis. Ejemplos de esto son las injurias traumáticas, la remoción o presencia de dientes impactados, la posición dental, los movimientos ortodónticos, caries avanzadas, márgenes de restauraciones subgingivales, etc. Esto significa que el clínico debe distinguir entre las diferentes causas de pérdida de inserción.

Periodontitis crónica

La periodontitis crónica es una infección, anteriormente se le conocía como periodontitis del adulto, pero se modificó este término por que se ha observado que se puede encontrar en cualquier edad.^{12,19} Es el tipo más frecuente de enfermedad periodontal, es indolora y se da como resultado de la extensión del proceso inflamatorio iniciado en la encía y que avanza a los tejidos de soporte del

diente. Generalmente su velocidad de progresión es lenta, aunque pueden existir periodos de rápida progresión.^{1,19}

La progresión natural de la enfermedad solo puede ser confirmada por repetidas valoraciones, es razonable asumir que la enfermedad progresará con el tiempo, si no se lleva a cabo un tratamiento.¹⁹

El principal factor etiológico de la periodontitis crónica es la placa dentobacteriana, no se ha encontrado relación con defectos inmunitarios, pero los padecimientos sistémicos como la diabetes mellitus pueden alterar la reacción del hospedero ante la placa presente, acelerando la progresión y exacerbando la gravedad y magnitud de la destrucción resultante.^{1,4,19} La periodontitis crónica se asocia a un patrón variable de microflora.¹⁹

Características clínicas

Debido al acumulo de placa existe inflamación gingival, pérdida de inserción y pérdida de hueso alveolar, que deriva en la formación de la bolsa periodontal,^{1,4,17,18} y es frecuente la presencia de cálculo subgingival.¹⁹

Muy comúnmente la encía se aprecia con tumefacción, y exhibe alteraciones en su color (rojo a magenta). Pueden existir pérdida del puntilleo, cambios en la topografía superficial que puede incluir márgenes gingivales romos y papilas aplanadas o con cráteres, tejido marginal engrosado y fibrótico debido a una inflamación prolongada, sangrado gingival espontáneo o provocado con facilidad (15 segundos después del sondeo,⁴ provocado por micro-ulceraciones en el epitelio de la bolsa y la fragilidad de la vasculatura subyacente.¹⁸ También es posible observar exudado y supuración de la bolsa. Cuando esta se obstruye, el pus no puede drenar y puede formarse un absceso.^{1,4}

Con respecto al hueso, es posible encontrar pérdida ósea tanto horizontal como angular y la movilidad dental aparece en casos avanzados.^{1,4,19}

Dependiendo del número de sitios afectados por la destrucción periodontal, la extensión de la periodontitis crónica puede clasificarse en:

- Localizada: si la extensión es menor o igual al 30 %.
- Generalizada: si la extensión es mayor del 30 %.¹⁸

Por lo regular la periodontitis crónica es generalizada y algunas áreas suelen encontrarse afectadas con una mayor profundidad al sondeo, en comparación con otras.

La distribución de las lesiones destructivas no responde a un patrón de destrucción, pero en general no se limita a solo dos dientes. Cuando ocurre en sitios localizados aislados, suele relacionarse más a menudo con factores locales exacerbantes como restauraciones mal ajustadas.^{1,4,19}

La periodontitis crónica tiende a ser más prevalente y de mayor severidad conforme aumenta la edad.^{1,4,12,19}

Se ha demostrado que su índice de progresión es lento (0.05-0.5 mm de pérdida de inserción anual), aunque puede tener episodios de progresión más rápida, sobre todo en las áreas donde se acumula la placa, o bien, la enfermedad puede permanecer estática durante largos períodos de tiempo. Debido a la dificultad para mantener el control de la placa en sitios interproximales, es ahí donde la severidad y la progresión de la enfermedad son mayores.^{1,4,12,19}

Dependiendo del grado de destrucción de los tejidos la periodontitis se puede clasificar de acuerdo a su severidad en:

- Leve: pérdida de inserción de 1-2 mm (pérdida ósea menor al 20%), mínima invasión de furcación y poca movilidad dental.
- Moderada: pérdida de inserción de 3-4mm (pérdida ósea de un 40 % aproximadamente), invasiones moderadas de furcación y movilidad en un mayor grado, y puede haber presencia de sangrado y exudado.
- Severa: pérdida de inserción mayor de 5 mm (pérdida ósea de más de un 40 %), con mayor involucración de furcación, mayor movilidad, y es común la presencia de sangrado y exudado.^{1,19}

En la Tabla 1. Se resumen las principales características clínicas de la periodontitis crónica:¹⁷

Tabla 1. Principales características de la periodontitis crónica¹⁷
• Más prevalente en adultos
• Destrucción consistente con factores locales
• Cálculo subgingival frecuente
• Patrón microbiano variable
• Progresión de lenta a moderada, pero puede haber

periodos de rápida progresión
<ul style="list-style-type: none"> • Asociada a factores predisponentes locales (dentales o iatrogénicos)
<ul style="list-style-type: none"> • Modificada o asociada con enfermedades sistémicas (diabetes mellitus)
<ul style="list-style-type: none"> • Modificada por otros factores (tabaquismo y estrés)

Periodontitis agresiva

La periodontitis agresiva es menos común que la periodontitis crónica e incluye distintos tipos de periodontitis que afectan a pacientes jóvenes sanos en todo otro aspecto. Se podría sospechar que un paciente tiene periodontitis agresiva si es joven, médicamente sano y con una destrucción periodontal extensa. Sin embargo, esta forma de periodontitis puede aparecer a cualquier edad y no está confinada a personas por debajo de los 35 años de edad. Tiende a tener una agregación familiar y hay una rápida tasa de progresión de la enfermedad.^{17, 19, 21}

De acuerdo con la clasificación de 1999 presenta las siguientes características:

- Bajos depósitos de cálculo.
- Rápida pérdida de inserción con periodos largos de reposo.
- Apariencia sana del sujeto y detección de la enfermedad en familiares.
- Pacientes en etapa de pubertad o por debajo de los 30 años.²²

Se ha reportado que hay pacientes cuya destrucción ósea puede alcanzar del 25 al 60 % en un lapso de 9 semanas.¹

El hecho de que se haya reportado que existen pacientes con destrucción periodontal severa a cualquier edad dificulta su diagnóstico, ya que es más fácil asumir que una persona tiene periodontitis agresiva cuando se es de menor edad, que si esta es de mayor edad; por lo que se han propuesto algunas precisiones.²²

1. **Periodontitis agresiva segura o forma inequívoca:** Caracterizada clínicamente por la pérdida de inserción de más de 2 mm en menos de un año, o antes de los 18 años de edad, con una rápida destrucción ósea reportada radiográficamente.
2. **Periodontitis agresiva incierta o forma probable:** Caracterizada clínicamente por la pérdida de inserción de más de 2 mm en menos de un año o una destrucción ósea severa reportada radiográficamente antes de los 30 años.
3. **Periodontitis agresiva inseguro o forma posible:** Caracterizada clínicamente por la pérdida de inserción de 2 mm en un lapso no específico o por destrucción ósea severa en más de un año.²²

En la periodontitis agresiva las características clínicas de la encía pueden variar entre los diferentes casos, pudiéndose identificar dos tipos de reacciones en el tejido gingival:

1. Tejido gingival con inflamación aguda severa de la encía, a menudo con proliferaciones, ulceraciones y de color rojo encendido; sangrado espontáneo o con ligera estimulación y supuración.
2. Tejido gingival de color rosa, libre de inflamación y en ciertas ocasiones con puntilleo, pero al sondeo se identifican bolsas profundas.¹

Características clínicas

La recomendación de no tomar en cuenta la edad del paciente como referencia para realizar los diagnósticos clínicos, no podemos excluirla del todo, por la simple razón de que una periodontitis diagnosticada a los 18 años no tiene la misma importancia que la de un paciente de 60 años con las mismas características¹⁸.

Si la definición de periodontitis agresiva resultara en una terapia específica, este término podría estar justificado, pero puesto que la prescripción de antibióticos se lleva a cabo sin un antibiograma pudiera no ser el caso.²²

Al igual que la periodontitis crónica, por el número de sitios afectados (extensión), la periodontitis agresiva puede sub-clasificarse en dos formas: localizada y generalizada, y con base en el grado de destrucción (severidad) en tres formas: leve, moderada y severa.^{1,17,18}

Las características clínicas de la periodontitis agresiva, que son comunes tanto a la forma localizada como a la generalizada se describen en la Tabla 2, mientras que las características específicas de cada una de ellas se describen en la Tabla 3. Debido a que existen claras diferencias entre las características de las periodontitis agresivas localizada y generalizada se ha considerado que no son formas diferentes de una misma enfermedad, por lo que en la Tabla 4 se presenta una comparación entre las principales características clínicas de las periodontitis crónica, agresiva localizada y agresiva generalizada.

Tabla 2. Principales características de la periodontitis agresiva¹⁷
CARACTERÍSTICAS PRIMARIAS:
<ul style="list-style-type: none">• Pacientes sanos en todo otro aspecto• Rápida pérdida de inserción y destrucción ósea

<ul style="list-style-type: none"> • Agregación familiar
CARACTERÍSTICAS SECUNDARIAS:
<ul style="list-style-type: none"> • Depósitos microbianos inconsistentes con la severidad de la destrucción
<ul style="list-style-type: none"> • Elevadas proporciones de <i>A. actinomycetemcomitans</i> y en algunos casos de <i>P. gingivalis</i>.
<ul style="list-style-type: none"> • Anormalidades de los fagocitos
<ul style="list-style-type: none"> • Fenotipo macrófago hiperresponsivo, con elevados niveles de PGE2 e IL-1 β.
<ul style="list-style-type: none"> • Progresión puede autolimitarse

Tabla 3. Principales características de la periodontitis agresiva localizada y generalizada¹⁷
LOCALIZADA:
<ul style="list-style-type: none"> • Inicio circumpuberal
<ul style="list-style-type: none"> • Gran cantidad de anticuerpos séricos contra los agentes infecciosos
<ul style="list-style-type: none"> • Presentación localizada a primeros molares/incisivos con pérdida de inserción

<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de inserción en al menos dos dientes permanentes, uno de los cuales sea un primer molar, y no más de otros dos dientes diferentes a primeros molares e incisivos
GENERALIZADA:
<ul style="list-style-type: none"> • Generalmente afecta a personas menores de 30 años, pero puede afectar a pacientes mayores
<ul style="list-style-type: none"> • Pobre respuesta de anticuerpos séricos contra los agentes infecciosos
<ul style="list-style-type: none"> • Naturaleza episódica pronunciada de la destrucción ósea y de inserción
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida generalizada de inserción que afecte al menos tres dientes permanentes diferentes a primeros molares e incisivos

Tabla 4. Diferencias entre periodontitis crónica y periodontitis agresiva localizada y generalizada¹⁷		
PERIODONTITIS CRÓNICA	PERIODONTITIS AGRESIVA LOCALIZADA	PERIODONTITIS AGRESIVA GENERALIZADA
Más prevalece en adultos, pero puede ocurrir en niños	Ocurre en adolescentes (inicio circumpuberal)	Afecta pacientes menores de 30 años, aunque pueden ser mayores
Progresión lenta a moderada	Progresión rápida	Progresión rápida (pronunciada naturaleza episódica)
Depósitos microbianos	Depósitos microbianos	Depósitos microbianos

consistentes con la severidad de la destrucción	inconsistentes con la severidad de la destrucción	algunas veces consistentes con la severidad de la destrucción
Distribución variable de la destrucción	Distribución localizada en primeros molares/incisivos	Distribución afecta muchos dientes
No marcada agregación familiar	Marcada agregación familiar	Marcada agregación familiar
Cálculo subgingival frecuente	Cálculo subgingival ausente	Cálculo subgingival presente o ausente

Cuando un diagnóstico periodontal es asignado normalmente, se escribe primero el nombre de la enfermedad seguido por la extensión y la severidad; Por lo que existen varias posibilidades de combinarlos (Tabla 5).

En la mayoría de los casos es útil especificar claramente el nombre de la enfermedad por propósitos prácticos:

- Establece el contexto para el plan de tratamiento.
- Ayuda a establecer el pronóstico.
- Facilita la comunicación con colegas y pacientes.
- Asegura a los investigadores el estudio de la misma enfermedad.

Finalmente, asignar correctamente un diagnóstico es el resultado de los conocimientos del clínico y su experiencia con las diversas formas de enfermedad.

23

Tabla 5. Diagnósticos para periodontitis crónica y agresiva.²³		
ENFERMEDAD	EXTENSIÓN	SEVERIDAD
Periodontitis crónica	Localizada	Leve
Periodontitis crónica	Localizada	Moderada
Periodontitis crónica	Localizada	Severa
Periodontitis crónica	Generalizada	Leve
Periodontitis crónica	Generalizada	Moderada
Periodontitis crónica	Generalizada	Severa

Periodontitis agresiva	Localizada	Leve
Periodontitis agresiva	Localizada	Moderada
Periodontitis agresiva	Localizada	Severa
Periodontitis agresiva	Generalizada	Leve
Periodontitis agresiva	Generalizada	Moderada
Periodontitis agresiva	Generalizada	Severa

Variación de diagnóstico

En un estudio reciente, Persson y colaboradores mostraron significantes diferencias en las respuestas de un cuestionario sobre conceptos relevantes en periodoncia, y se dieron cuenta que no solo en estudiantes si no también en facultativos se desconocen varios de estos conceptos. Y no se tenía muy claro la variación de esto.

Si los estudiantes tienen variaciones en el diagnóstico con los facultativos, se pueden beneficiar observando los problemas clínicos y estas exposiciones, pueden aumentar sus habilidades y técnicas necesarias para crear modalidades de tratamientos diferentes y ofrecer al paciente una mejor calidad.

En cambio la variación de diagnóstico entre facultativos, va en detrimento al aprendizaje del alumno y esto afecta al progreso clínico de los alumnos y compromete la habilidad para valorar el aprendizaje del estudiante y proporcionarle técnicas efectivas para el cuidado del paciente.²⁴

La gran gama de enfermedades periodontales es casi ilimitada, necesitando así una sub-clasificación, este uso descalificado, constantemente lleva a malentendidos infructuosos para llegar a un diagnóstico acertado.²⁵

La variación de diagnóstico puede ser causada por no tener una clasificación adecuada (simple y clara) o por la falta de conocimientos y habilidades del clínico para interpretar las características manifestadas en cada paciente.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de la existencia de un sistema de clasificación para las enfermedades periodontales suele ocurrir que existan diversas opiniones diagnósticas para un mismo caso entre diferentes clínicos.

4. JUSTIFICACIÓN

El primer paso para un tratamiento adecuado es un diagnóstico correcto pero, ¿cómo llegar a este, cuando existan casos en los que los clínicos manifiestan opiniones diferentes con respecto a las características clínicas que presentan?

Los sistemas de clasificación para el diagnóstico de las enfermedades periodontales deberían servir para unificar criterios para que todos, o la mayoría de los clínicos, pudieran llegar a un mismo diagnóstico, por lo que es de suma importancia establecer si con el sistema actual de clasificación de las enfermedades periodontales se cumple este objetivo o no, y en su caso tratar de determinar cuáles son las causas que llevan a ello.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

- Determinar la variación en el diagnóstico de periodontitis en el área de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UNAM.

5.2 Objetivos específicos

- Determinar la variación en el diagnóstico de periodontitis entre académicos de posgrado, académicos de licenciatura y alumnos de la especialidad de periodoncia.
- Determinar si los integrantes del área de periodoncia conocen y manejan adecuadamente el sistema clasificación actual de la enfermedad periodontal.
- Determinar las características clínicas principales que los clínicos utilizan para realizar sus diagnósticos.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisaron 617 expedientes de pacientes atendidos por alumnos del segundo y tercer año de la Especialidad de Periodoncia e Implantología de la Facultad de Odontología de la UNAM, de los cuales solo se pudieron seleccionar catorce expedientes que cumplían satisfactoriamente con los siguientes requisitos: historia clínica completa, ficha periodontal, serie radiográfica periapical completa con radiografías interproximales de calidad diagnóstica y serie completa de fotografías intrabucales iniciales, pertenecientes a pacientes sin complicaciones sistémicas que pudieran modificar la enfermedad periodontal. De estos catorce expedientes se descartaron cuatro, ya que correspondían a pacientes que presentaban características clínicas y radiográficas muy similares, por lo que solo se seleccionó un caso de este tipo.

Con la ayuda de los expedientes se montó una presentación en Power Point con 10 casos clínicos en la cual se incluyó la siguiente información:

- Edad y sexo del paciente.
- Antecedentes patológicos.
- Tabaquismo.
- Fotografías cónicas iniciales.
- Profundidad al sondeo (4 sitios por diente: mesial, distal, vestibular y palatino o lingual) de todos los dientes presentes a excepción de los terceros molares.
- Serie radiográfica periapical completa con radiografías interproximales.

Los casos fueron proyectados de manera individual o grupal a los diferentes integrantes clínicos del Área de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UNAM: académicos de posgrado, académicos de licenciatura, estudiantes del primero, segundo y tercer año de la especialidad.

A cada uno de los clínicos se le otorgó un cuestionario (Anexo 1) donde se le pedía que de manera anónima indicaran a que categoría de miembro del Área de Periodoncia pertenecían:

1. Académico de posgrado
2. Académico de licenciatura
3. Alumno de tercer año de la especialidad
4. Alumno del segundo año de la especialidad
5. Alumno del primer año de la especialidad

También se les pidió que asignaran el diagnóstico periodontal a cada uno de los 10 casos, de manera personal, y que mencionaran la o las características clínicas importantes en las cuales basaban su diagnóstico.

Con la información obtenida se realizó una base de datos, dividida por cada una de las categorías de clínicos, para establecer los resultados y analizarlos.

6.1 Tipo de estudio

- Estudio descriptivo.

6.2 Población de estudio

- Académicos de posgrado y licenciatura y alumnos de la especialidad del Área de Periodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM.

6.3 Muestra

La muestra estudiada incluyó la participación de 42 clínicos pertenecientes al Área de Periodoncia, divididos en las siguientes cinco categorías:

1. 11 académicos de posgrado
2. 6 académicos de licenciatura
3. 3 estudiantes de tercer año de la especialidad
4. 11 estudiantes de segundo año de la especialidad
5. 11 estudiantes de primer año de la especialidad

6.4 Criterios de inclusión

- Académicos del Área de Periodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM, tanto de licenciatura como de posgrado.
- Estudiantes de la especialidad de periodoncia.

1.5 Criterios de exclusión

- Toda persona ajena al Área de Periodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM.

1.6 Variables de estudio

- **Variable dependiente**
Diagnóstico de periodontitis.

- **Variable independiente**

Miembros del Área de Periodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM.

- **Variables de estudio**

• **Diagnóstico de periodontitis:** Basado en el sistema de clasificación de 1999.¹²

1. Periodontitis crónica

- A. Localizada: leve, moderada o severa.

- B. Generalizada: leve, moderada o severa.

2. Periodontitis agresiva

- A. Localizada: leve, moderada o severa.

- B. Generalizada: leve, moderada o severa.

- **Miembros del Área de Periodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM:**

1. Académicos de posgrado

2. Académicos de licenciatura

3. Alumnos de tercer año de la especialidad

4. Alumnos del segundo año de la especialidad

5. Alumnos del primer año de la especialidad

2. RECURSOS

7.1 Humanos

1. Tutor de la tesina:

Dr. Ismael Flores Sánchez

2. Tesista:

Carlana Amaro Martínez

7.2 Materiales

- 10 Expedientes clínicos: Historia clínica, serie radiográfica periapical completa, radiografías interproximales, y fotografías clínicas iniciales. Proporcionados por los alumnos de segundo y tercer año de la especialidad de Periodoncia e Implantología.
- Presentación en Power Point de 10 casos clínicos
- 42 Cuestionarios de Diagnóstico
- 2 computadoras.
- 1 Proyector
- 1 Calculadora

3. PLAN DE ANÁLISIS

- La información recolectada del cuestionario se vació a una base de datos por categorías de clínicos del Área de Periodoncia: académicos de posgrado y licenciatura y alumnos de primero, segundo y tercer año de la especialidad.
- Se analiza la información, en función porcentual de variables y estadística descriptiva.

1. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el presente estudio presentan el diagnóstico de periodontitis dado por 5 categorías de clínicos, reportándose las frecuencias con que los clínicos realizaron los diferentes diagnósticos periodontales tanto por caso clínico como por categorías de clínicos (Tablas 6-11), la terminología utilizada por ellos para asignar los diagnósticos periodontales (Tabla 12), así como las características clínicas principales que consideraron con mayor frecuencia para basar su diagnóstico (Tabla 13).

Diagnóstico periodontal

Los casos clínicos presentados correspondieron a pacientes con periodontitis, sanos en todo otro aspecto, por lo que los diagnósticos periodontales, sin considerar características de extensión y severidad, podrían agruparse solamente en dos categorías: periodontitis crónica y periodontitis agresiva.

Frecuencia de diagnósticos periodontales, asignados por cada una de las 5 categorías de clínicos, para cada uno de los casos

Caso 1: En las 5 categorías la mayoría de los clínicos diagnosticó periodontitis crónica, siendo los alumnos de segundo y tercer año quienes con mayor frecuencia coincidieron (100%), y quienes menos coincidieron fueron los alumnos de primer año (72.72%).

Caso 2: En 4 categorías la mayoría de los clínicos diagnosticó periodontitis agresiva siendo los académicos de posgrado quienes con mayor frecuencia coincidieron (72.72%), y los alumnos de segundo quienes menos (63.63%), seguidos por los alumnos de primer año quienes con mayor frecuencia diagnosticaron el caso como periodontitis crónica (54.54%).

Caso 3: En las 5 categorías la mayoría de los clínicos diagnosticó periodontitis crónica, siendo los alumnos de segundo año quienes con mayor frecuencia coincidieron (100%), seguidos por los académicos de posgrado (72.72%), y quienes menos coincidieron fueron los alumnos de primer año (63.63%).

Caso 4: En las 5 categorías la mayoría de los clínicos diagnosticó periodontitis crónica, siendo los académicos de posgrado, junto con los alumnos de los tres grados quienes con mayor frecuencia coincidieron (100%), y quienes menos coincidieron fueron los académicos de licenciatura (83.33%).

Caso 5: En las 5 categorías todos los clínicos (100%) coincidieron con un diagnóstico de periodontitis crónica.

Caso 6: En las 5 categorías la mayoría de los clínicos diagnosticó periodontitis crónica, siendo los académicos de posgrado quienes con mayor frecuencia coincidieron (81.81%), seguidos por los académicos de licenciatura y los alumnos de tercer año (66.66%), y quienes menos coincidieron fueron los alumnos de primero y segundo año (54.54%).

Caso 7: En 4 categorías la mayoría de los clínicos diagnosticó periodontitis crónica, siendo los alumnos de primer año quienes con mayor frecuencia coincidieron (90.9%), y quienes menos coincidieron fueron los alumno de segundo año (45.45%), por lo que para la mayoría de estos últimos (54.54%) se trató de un caso de periodontitis agresiva, seguidos por los académicos de posgrado (45.45%), y los académicos de licenciatura y los alumnos de tercer año (33.33%), y por una minoría del grupo de primer año (9.09%).

Caso 8: En las 5 categorías la mayoría de los clínicos diagnosticó periodontitis crónica, siendo los académicos de licenciatura y los alumnos de tercer año

quienes con mayor frecuencia coincidieron (100%), y quienes menos coincidieron fueron los alumnos de primer año (63.63%).

Caso 9: En las 5 categorías la mayoría de los clínicos diagnosticó periodontitis agresiva, siendo los alumnos de primer año quienes con mayor frecuencia coincidieron (100%), seguidos por los académicos de posgrado (90.9%), y quienes menos coincidieron fueron los alumnos de segundo año (63.63%).

Caso 10: En 4 categorías la mayoría de los clínicos diagnosticó periodontitis crónica, siendo los alumnos de primero y segundo año quienes con mayor frecuencia coincidieron (90.9%), y quienes menos coincidieron fueron los académicos de licenciatura (33.33 %), por lo que para la mayoría de estos últimos (66.66%) se trató de un caso de periodontitis agresiva, seguidos por los académicos de posgrado (36.36%).

Tabla 6. Frecuencia de diagnósticos periodontales asignados por académicos de posgrado

para cada uno de los casos.				
	Periodontitis crónica	Periodontitis agresiva	Otras	Ningún diagnostico
Caso 1	81.81%	9.09%	9.09% Periodontitis inducida por placa	---
Caso 2	27.27%	72.72%	----	----
Caso 3	72.72%	9.09%	---	18.18%
Caso 4	100%	-----	---	---
Caso 5	100 %	-----	---	---
Caso 6	81.81 %	18.18%	---	---
Caso 7	54.54%	45.45%	---	---
Caso 8	72.72%	9.09%	9.09% Periodontitis inducida por placa 9.09% Periodontitis leve	---
Caso 9	9.09%	90.9%	---	---
Caso 10	63.63%	36.36%	---	---
Fuente: directa				

Tabla 7. Frecuencia de diagnósticos periodontales asignados por académicos de licenciatura para cada uno de los casos.

	Periodontitis crónica	Periodontitis agresiva	Otras	Ningún diagnóstico
Caso 1	83.33%	16.66%	---	---
Caso 2	33.33%	66.66%	---	---
Caso 3	66.66%	16.66%	16.66% Periodontitis localizada	---
Caso 4	83.33%	---	16.66% Periodontitis localizada	---
Caso 5	100 %	---	---	---
Caso 6	66.66 %	16.66%	16.66% Periodontitis localizada	---
Caso 7	66.66%	33.33%	---	---
Caso 8	100%	---	---	---
Caso 9	16.66%	83.33%	---	---
Caso 10	33.33%	66.66%	---	---

Fuente: directa

Tabla 8. Frecuencia de diagnósticos periodontales asignados por alumnos de tercer año para cada uno de los casos.

	Periodontitis crónica	Periodontitis agresiva	Otras	Ningún diagnóstico
Caso 1	100%	----	---	---
Caso 2	33.33%	66.66%	---	---
Caso 3	66.66%	33.33%	---	---
Caso 4	100%	-----	---	---
Caso 5	100 %	-----	---	---
Caso 6	66.66 %	33.33%	---	---
Caso 7	66.66%	33.33%	---	---
Caso 8	100%	-----	---	---
Caso 9	33.33%	66.66%	---	---
Caso 10	66.66%	33.33%	---	---
Fuente: directa				

Tabla 9. Frecuencia de diagnósticos periodontales asignados por alumnos de segundo año para cada uno de los casos.

	Periodontitis crónica	Periodontitis agresiva	Otras	Ningún diagnóstico
Caso 1	100%	----	---	---
Caso 2	36.36%	63.63%	---	---
Caso 3	100%	-----	---	---
Caso 4	100%	-----	---	---
Caso 5	100 %	-----	---	---
Caso 6	54.54 %	36.36%	9.09% Periodontitis agresiva anterior y crónica localizada en posterior	---
Caso 7	45.45%	54.54%	---	---
Caso 8	90.9%	9.09%	---	---
Caso 9	36.36%	63.63%	---	---
Caso 10	90.9%	9.09%	---	---

Fuente: directa

Tabla 10. Frecuencia de diagnósticos periodontales asignados por alumnos de primer año para cada uno de los casos.

	Periodontitis crónica	Periodontitis agresiva	Otras	Ningún diagnóstico
Caso 1	72.72%	18.18%	---	---
Caso 2	54.54%	45.45%	---	---
Caso 3	63.63%	36.36%	---	---
Caso 4	100%	-----	---	---
Caso 5	100 %	-----	---	---
Caso 6	54.54%	45.45%	---	---
Caso 7	90.9%	9.09%	---	---
Caso 8	63.63%	36.36%	---	---
Caso 9	-----	100%	---	---
Caso 10	90.9%	9.09%	---	---

Fuente: directa

Frecuencia de diagnósticos periodontales por categoría de clínicos

Si consideramos la frecuencia con que las diferentes categorías de clínicos realizaron un mismo diagnóstico periodontal, se encontró que esta varía de acuerdo a la categoría diagnóstica asignada, existiendo una mayor coincidencia en el diagnóstico de periodontitis crónica que en el de agresiva (Tabla 11).

En el diagnóstico de periodontitis crónica hubo una mayor frecuencia de coincidencia en todas las categorías de clínicos, siendo la categoría de alumnos de tercer año la que coincidió con mayor frecuencia (73.33%), seguidos por los

alumnos de primer año (69.08%), los académicos de posgrado (66.35%), los alumnos de segundo (65.45%), mientras que profesores de licenciatura fue la categoría que coincidió con menor frecuencia (64.99%).

Con respecto al diagnóstico de periodontitis agresiva todas las categorías presentaron una muy baja frecuencia de coincidencia, siendo los alumnos de primer año quienes más coincidieron (30.02%), seguidos por los académicos de licenciatura (29.99), los académicos de posgrado (29.02%), los alumnos de tercer año (26.66%), y los alumno de segundo (23.63%).

Tabla 11. Frecuencia de diagnósticos periodontales asignados por categorías en todos los casos.					
	Académicos de posgrado	Académicos de licenciatura	Alumnos de primero	Alumnos de segundo	Alumnos de tercero
Periodontitis crónica	66.35%	64.99%	69.08%	75.45%	73.33%
Periodontitis agresiva	29.02%	29.99%	30.02%	23.63%	26.66%

Fuente: directa

Terminología utilizada

Tanto la periodontitis crónica como la agresiva se han subdividido por su extensión en formas localizada y generalizada y por su severidad en formas leve, moderada y severa, por lo que un diagnóstico completo debe considerar estas características.

La terminología utilizada por las diferentes categorías de clínicos fue muy variada, empleándose 30 diferentes términos diagnósticos para periodontitis, en

muchos de los cuales no se cumplió con el sistema de clasificación actualmente utilizado (Tabla 12).

Un diagnóstico utilizado fue: “periodontitis inducida por placa”, mientras que otros fueron solamente: “periodontitis crónica” y “periodontitis agresiva”.

Otros 3 diagnósticos solo incluyeron el término “periodontitis”, sin ninguna descripción de su tipo (crónica o agresiva), y seguido de descripciones solas o combinadas de su severidad y extensión. Ejemplo: “periodontitis generalizada moderada”.

Sin embargo, en la mayoría de los diagnósticos si se hizo referencia al tipo de periodontitis (crónica o agresiva), pero no en todos se incluyeron tanto su extensión como su severidad o se incluyeron de forma variable.

En ciertos casos solo se describió su extensión (ejemplo: “periodontitis agresiva generalizada”), y en otros solo su severidad (ejemplo: “periodontitis crónica moderada”). Otros casos fueron descritos combinando la severidad (ejemplo: “periodontitis crónica moderada-severa”), y también existió un caso en el cual se describió su extensión y su severidad combinadas al mismo tiempo (“periodontitis crónica localizada moderada y generalizada leve”).

Un total de 10 de 30 términos diagnósticos de periodontitis asignados sí cumplieron totalmente con el sistema de clasificación actualmente utilizado, describiendo con claridad el tipo de periodontitis, su extensión y su severidad (ejemplo: “periodontitis agresiva localizada severa”).

Cabe señalar que uno de los casos fue diagnosticado por alguno de los clínicos como “gingivitis”, y que en un caso, 2 clínicos no realizaron ningún diagnóstico argumentando datos clínicos insuficientes.

Tabla 12. Terminología utilizada en el diagnóstico periodontal con base en el número de veces que fue utilizada por las diferentes categorías de clínicos.

TERMINOLOGÍA	Académicos de posgrado	Académicos de licenciatura	Alumnos de primer año	Alumnos de segundo año	Alumnos de tercer año
Gingivitis	---	---	---	1	---
Periodontitis crónica	10	---	---	4	---
Periodontitis crónica localizada	6	9	10	4	2
Periodontitis crónica localizada severa	---	1	---	---	---
Periodontitis crónica generalizada	12	16	24	17	1
Periodontitis crónica generalizada leve	3	1	1	5	---
Periodontitis crónica generalizada leve-moderada	---	---	---	1	1
Periodontitis crónica generalizada moderada	9	---	9	10	3
Periodontitis crónica generalizada moderada-severa	7	---	3	6	3
Periodontitis crónica generalizada severa	14	7	23	27	9
Periodontitis crónica localizada leve	4	1	4	3	---

Periodontitis crónica localizada moderada	---	---	---	3	1
Periodontitis crónica localizada severa	----	1	----	----	---
Continuación Tabla 12					
TERMINOLOGÍA	Académicos de posgrado	Académicos de licenciatura	Alumnos de primer año	Alumnos de segundo año	Alumnos de tercer año
Periodontitis crónica localizada moderada y generalizada leve	1	---	---	---	---
Periodontitis crónica moderada	---	1	1	---	---
Periodontitis crónica moderada-severa	1	1	1	---	---
Periodontitis crónica severa	4	1	1	1	---
Periodontitis agresiva	6	1	10	6	----
Periodontitis agresiva localizada	5	5	7	4	1
Periodontitis agresiva localizada moderada	---	---	---	3	---
Periodontitis agresiva localizada severa	1	2	1	---	---
Periodontitis agresiva generalizada	17	8	11	9	5
Periodontitis agresiva generalizada moderada	1	---	---	---	1
Periodontitis agresiva generalizada	1	---	---	---	---

moderada-severa					
Periodontitis agresiva generalizada severa	1	2	3	1	---
Periodontitis agresiva moderada	---	---	1	---	---
Periodontitis agresiva mod-sev	---	---	---	1	---
Continuación Tabla 12					
TERMINOLOGÍA	Académicos de posgrado	Académicos de licenciatura	Alumnos de primer año	Alumnos de segundo año	Alumnos de tercer año
Periodontitis generalizada moderada	---	---	1	---	---
Periodontitis leve	1	---	---	---	---
Periodontitis localizada	---	3	---	---	---
Periodontitis inducida por placa	2	---	---	---	---
No diagnosticaron	4	---	---	---	---
Fuente: directa					

Características clínicas principales

Con respecto a la o las características principales que los clínicos tomaron en cuenta para realizar su diagnóstico periodontal, la más frecuentemente mencionada por cada una de las categorías fue (Tabla 13):

- Académicos de posgrado Placa y cálculo
- Académicos de licenciatura Pérdida ósea
- Alumnos de primer año Pérdida ósea
- Alumnos de segundo año Pérdida ósea
- Alumnos de tercer año Placa y cálculo

Considerando las tres características clínicas más frecuentemente mencionadas por cada categoría para sustentar el diagnóstico periodontal, se determinó que las características utilizadas con mayor frecuencia en orden decreciente fueron:

1. Placa y cálculo y Pérdida ósea
2. Profundidad al sondeo
3. Pérdida dental y Edad del paciente

Tabla 13. Principales características clínicas más frecuentemente utilizadas en cada categoría para asignar el diagnóstico.

CATEGORÍA	CARACTERÍSTICA PRINCIPAL	PORCENTAJE
Académicos de posgrado	Placa y cálculo	100%
	Pérdida ósea	80%
	Profundidad al sondeo	30%
Académicos de licenciatura	Pérdida ósea	100%
	Placa y cálculo	90%
	Pérdida dental	30%
Alumnos de primero	Pérdida ósea	100%
	Placa y cálculo	90%
	Profundidad al sondeo	50%
Alumnos de segundo	Pérdida ósea	100%
	Placa y cálculo	100%
	Profundidad al sondeo	50%
Alumnos de tercero	Placa y cálculo	70%

	Pérdida ósea	50%
	Edad	40%
	Profundidad al sondeo	40%
Fuente: directa		

2. DISCUSIÓN

Este estudio demostró variaciones en los diagnósticos periodontales entre las diferentes categorías de clínicos del Área de Periodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM, en una presentación en Power Point de 10 casos clínicos de pacientes atendidos por alumnos de la Especialidad de Periodoncia e Implantología.

Los diagnósticos asignados variaron desde gingivitis, periodontitis crónica y periodontitis agresiva para un mismo caso.

Entre la mayoría de los clínicos hubo discrepancias entre si el caso representaba una periodontitis crónica o una agresiva y solamente en 1 caso de periodontitis crónica, todas las categorías clínicas coincidieron, y en otros 2 casos de la misma enfermedad, la mayoría de los clínicos llegó al mismo diagnóstico. En cambio, solo en 2 casos de periodontitis agresiva, la generalidad del los clínicos tuvo la misma tendencia en ese diagnóstico, pero no de la misma magnitud que para los casos de periodontitis crónica.

Sin embargo, en todas las categorías, se asignaron con mayor frecuencia diagnósticos de periodontitis crónica que de periodontitis agresiva para un mismo caso, no importando si se trataba de académicos o de alumnos; lo que pudiera indicar que no existe un criterio unificado entre los clínicos, que no se domina el

sistema de clasificación actualmente utilizado o que es ambiguo; o la existencia de otros factores que influyeran en la decisión diagnóstica. Inclusive, algunos clínicos, con base en la presentación en Power Point, decidieron no asignar ningún diagnóstico para algún caso en particular.

La variación en el diagnóstico periodontal entre diferentes clínicos era de esperarse, ya que existen un sin número de factores que influyen en el diagnóstico periodontal. Sin embargo, la literatura basada en la evidencia y la existencia de guías clínicas, como el sistema de clasificación de 1999, actualmente utilizado en el Área de Periodoncia, deberían ser un apoyo para las decisiones diagnósticas, a pesar de la existencia de factores subjetivos en la práctica de la periodoncia, por lo que sería deseable que estas variaciones diagnósticas fueran de menor grado.

La terminología utilizada para describir las categorías diagnósticas fueron muy diversas, y en muchas de las ocasiones no siguió los lineamientos recomendados por el sistema de clasificación; encontrándose que se describieron más de 30 términos diagnósticos diferentes, en contraste con la terminología aceptada que solamente asciende sugiere a 12 términos para casos de periodontitis crónica y agresiva.

La severidad de la destrucción periodontal se basa en relaciones entre factores anatómicos que pueden ser medidos clínica y radiográficamente. Por lo tanto, determinar el porcentaje de destrucción ósea puede ser subjetivo si estos no son registrados adecuadamente. Esto no significa que no puedan existir variaciones en los juicios clínicos para establecer diferencias entre las diferentes diversas categorías de severidad. Sin embargo, un diagnóstico para un mismo paciente que incluya gingivitis, periodontitis crónica y periodontitis agresiva no es aceptable, ya que implican diferentes factores contribuyentes, características clínicas, pronóstico y tratamiento.

La falta de consistencia entre los clínicos en el diagnóstico periodontal, también puede ser el resultado de errores específicos, falta de familiaridad con el uso de criterios aceptados y además, pudiera verse fuertemente influenciado por opiniones personales.

Por otro lado, si los académicos del Área de Periodoncia no coinciden de manera consistente en los diagnósticos periodontales, es de esperarse que los estudiantes tampoco logren este objetivo, y que existan confusiones durante su aprendizaje que dificulten la interpretación de hallazgos clínicos, la integración de conceptos y el manejo de pacientes.

Por último, cabe mencionar que la forma en que se planteó la presentación de los casos clínicos, para la elaboración de los diagnósticos periodontales, pudiera tener aspectos negativos, por lo que si los clínicos hubieran examinado cada uno directamente a los pacientes, pudiera haber contribuido a una menor variabilidad y por lo tanto, a una mayor consistencia en los diagnósticos.

1. CONCLUSIONES

- Existe variación en el diagnóstico de periodontitis en el Área de Periodoncia de la Facultad de Odontología, UNAM.
- La variación en el diagnóstico periodontal existe entre las diversas categorías de clínicos, y aún dentro de ellas, no importando si se trata de académicos o de alumnos.
- Para un mismo caso pueden existir diagnósticos clínicos diferentes.
- Cuando se asignan diagnósticos de periodontitis crónica existe una mayor coincidencia entre los clínicos de todas las categorías, mientras que en casos de periodontitis agresivas ocurre lo contrario.
- El sistema de clasificación de 1999, del *Panel Internacional para una Clasificación de Enfermedades y Condiciones Periodontales*, avalado por la Academia Americana de Periodontología, no es aplicado correctamente en todos los casos.
- La terminología utilizada para asignar los diagnósticos periodontales es muy variada y no se ajusta al sistema actual de clasificación.

1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carranza F. y cols. Periodontología clínica. 8ª ed. Cd. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana, 2002. Pp 76-97.
2. Armitage G. Classifying periodontal diseases- a long standing dilemma. *Periodontol 2000* 2002;30:9-23.
3. American Academy of Periodontology. Glossary of periodontal terms 2001.
4. Lindhe J. y cols. Periodontología clínica e implantología odontológica. 3a Ed. Madrid. España: Editorial Panamericana, 2000. Pp 70-419.
5. Offenbacher S, Zambon J. Consensus report for periodontal diseases: pathogenesis and microbial factors. *Ann Periodontol* 1996;1:926-932.
6. Escribano M, Matesanz P, Bascones A. Pasado, presente y futuro de la microbiología de la periodontitis. *Av Periodon Implantol* 2005;17,2:79-87.
7. American Academy of Periodontology. Systemic antibiotics in periodontics. *J Periodontol* 2004;75:1553-1565.
8. Socransky S. y cols. The bacterial etiology of destructive periodontal diseases: current concepts. *J Periodontol* 1992;63:322-331.
9. Nunn ME. Understanding the etiology of periodontitis: an overview of periodontal risk factors. *Periodontol 2000* 2003;32:11-23.
10. American Academy of Periodontology. Epidemiology of periodontal diseases. *J Periodontol* 2005;76:1406-1419.
11. Schenkein H. Finding genetic risk factors for periodontal diseases: is the climb worth the view. *Periodontol 2000* 2002;30:79-90.
12. Armitage G. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodont* 1999;4:1-6.
13. American Academy of Periodontology. Proceedings of the World Workshop in Clinical Periodontics. Chicago: The American Academy of Periodontology 1989:1/23-1/24.
14. Armitage G. Periodontal diseases: Diagnosis. *Ann Periodontol* 1996;1:37-215.

15. American Academy of Periodontology 1999 International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions. *Ann Periodontol* 1999;4:1.
16. Caton J Jr. Preface. American Academy of Periodontology. 1999 International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions. *Ann Periodontol* 1999;4:1.
17. Armitage G. Periodontal diagnoses and classification of periodontal diseases. *Periodontol 2000* 2004;34:9-21.
18. Armitage G. the complete periodontal examination. *Periodontol 2000* 2004;34:22-33.
19. Flemming T. Periodontitis. *Ann periodontol* 1999;4:32-38.
20. American Academy of Periodontology. Consensus report: Aggressive periodontitis. *Ann Periodontol* 1999;4:53.
21. American Academy of Periodontology. Parameter on aggressive periodontitis. Parameters of care. *J Periodontol* 2000;71:867-869.
22. Meyer J. y cols. Aggressive periodontitis- what exactly is it. *J clinical periodontal* 2004;31:586-687.
23. Rose L. y cols. *Periodontics. Medicine, surgery and implants*. St. Louis, Missouri. Editorial Elsevier Mosby, 2004. Pp 19-31.
24. Lanning Sh. y cols. Variation in periodontal diagnosis and treatment planning among clinical instructors. *J of dental education* 2005;69:3.
25. Van der Velden U. Purpose and problems of periodontal diseases. Classification. *Periodontol 2000* 2005;39:13-21.
26. Tierney L. y cols. *Current medical diagnosis & treatment. international edition*. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2002. Pp.1203-1215.
27. Perea M. y cols. Enfermedad periodontal e infección por VIH: estado actual. *Av Periodon Implantol* 2006;18,3:135-147.
28. Hujoel P. y cols. Systemic disease associations in the presence of smoking-causal or coincidental. *Periodontol 2000* 2002;30:51-60.

29. Barbieri G. y cols. Papel del estrés en la etiopatogenia de la enfermedad periodontal. Av Periodon Implantol 2003;15,2:77-86.
30. Leresche L, Dworkin S. The role of stress in inflammatory disease, including periodontal disease: Review of concepts and current findings. Periodontol 2000 2002;30:91-103.
31. Rioboo M, Bascones A. Factores de riesgo de la enfermedad periodontal: Factores genéticos. Av Periodon Implantol 2005;17,2:69-77.
32. Tonetti M, Mombelli A. Early-onset periodontitis. Ann periodontal 1999;4:39-53.

Albandar J, Tinoco E. Global epidemiology of periodontal diseases in children and young persons. Periodontol 2000 2002;29:153-176.

ANEXO 1

DIAGNÓSTICO PERIODONTAL

ALUMNA DEL SEMINARIO DE PERIODONCIA: CARLANA AMARO MARTÍNEZ
TUTOR: MTRO. ISMAEL FLORES SÁNCHEZ

Estimado Dr.(a), agradecemos su amable participación en este estudio y la información que se obtenga será para fines estrictamente de interés académico, por lo cual es anónima.

- I. Seleccione con una cruz la opción que mejor describa su posición en el departamento de Periodoncia:
 - a) Alumno de primer año de la especialidad.
 - b) Alumno de segundo año de la especialidad.
 - c) Alumno de tercer año de la especialidad.
 - d) Académico.

- II. Indique el diagnóstico periodontal en cada caso clínico, indicando la o las principales características clínicas o radiográficas que lo sustenten.

CASOS CLÍNICOS:

1. E.A.A.

A) DIAGNÓSTICO:

B) PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS:

2. Y.C.G.

A) DIAGNÓSTICO:

B) PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS:

3. G.R.M.

A) DIAGNÓSTICO:

B) PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS:

4. J.H.M.

A) DIAGNÓSTICO:

B) PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS:

5. J.L.E.

A) DIAGNÓSTICO:

B) PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS:

6. R.S.V.

A) DIAGNÓSTICO:

B) PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS:

7. I.CH.R.

A) DIAGNÓSTICO:

B) PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS:

8. M.A.G.C.

A) DIAGNÓSTICO:

B) PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS:

9. M.A.E.

A) DIAGNÓSTICO:

B) PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS:

10.L.H.M.

A) DIAGNÓSTICO:

B) PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS:
