



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES
QUE ACUDEN A LA CLINICA ODONTOLOGICA IZTACALA DEL 1°
DE FEBRERO DE 2014 AL 30 DE ENERO DE 2015**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

Zaira Giselle Hernández Bello

Director: Esp. Abel Gómez Moreno

Los Reyes Iztacala, Edo de México,

Septiembre 2016.



AGRADECIMIENTOS

A Dios, la Virgen y mis seres de luz.

A mis padres por el apoyo brindado durante mis años de formación y por creer en mí. Lo logramos! Los amo.

A mi abuelo Julián por ser mi ejemplo y maestro de planta. Gracias por compartirme tus conocimientos.

A mi abuelita Lulú por su amor y apoyo durante toda mi vida.

A mi hermano Walter por ser mi compañero de vida.

A mi esposo Diego por ser mi compañero de desvelos, mi confidente y mi apoyo. Te amo, este logro también es tuyo.

A mi hijo Saúl por ser mi motor de vida. Te amo bebé.

Al Doctor Abel Gómez Moreno por el conocimiento compartido, por el apoyo y amistad incondicional durante la elaboración de este trabajo.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVO GENERAL.....	5
OBJETIVOS PARTICULARES.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	6
DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
METODOLOGÍA.....	19
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN.....	28
CONCLUSIÓN.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	31

INTRODUCCION

Según el perfil epidemiológico de la salud bucal en México, realizado por el SIVEPAB, menciona que en la actualidad la enfermedad periodontal representa en nuestro país una de las enfermedades con mayor incidencia, ubicándola en segundo lugar después de la caries dental con el 63.3%, mientras que al analizar la prevalencia internacional se encontró que afecta del 10 al 15% de los adultos en todo el mundo.¹¹

Existen diversos factores predisponentes para la enfermedad periodontal como son la mala alimentación, mala higiene y el tabaquismo, lo que la hace una enfermedad multifactorial.

La enfermedad periodontal es una enfermedad infecto – inflamatoria que afecta a los tejidos de conexión del diente. Tiene una etapa inicial conocida como gingivitis en donde se ve afectada la encía, presentándose con inflamación y enrojecimiento en diferentes grados de intensidad, es una enfermedad progresiva y reversible, de no atender estas alteraciones de manera inmediata la enfermedad avanza y se convierte en una periodontitis, en la cual ya se ve afectado el tejido conectivo gingival, ligamento periodontal, cemento y hueso. En esta enfermedad se observa inflamación, sangrado y supuración al sondeo, formación de bolsa periodontal, pérdida de inserción y pérdida ósea radiográfica, adicionalmente se observan recesiones gingivales, movilidad y migración dental.

Para valorar esta enfermedad es necesario realizar un sondeo periodontal, para obtener la profundidad de las bolsas periodontales que pudiera presentar el paciente. Este procedimiento se realizara con la sonda periodontal florida, la cual es una sonda electrónica de tercera generación conectada a una computadora que llevara el registro de los pacientes, dando a conocer el estado periodontal de estos.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes que acuden a la clínica odontológica Iztacala.

OBJETIVOS PARTICULARES:

- Evaluar qué tipo de periodontitis afecta más a los pacientes que acuden a la clínica odontológica Iztacala.
- Evaluar las zonas más afectadas por sangrado
- Evaluar las zonas más afectadas por supuración
- Evaluar las zonas más afectadas por sondeo

JUSTIFICACION:

Existe en nuestro país un gran número de personas afectadas con enfermedad periodontal ^{10,11,12,} presentando todos los síntomas característicos de esta, sin darse cuenta. Sin embargo en la clínica odontológica Iztacala no hay estudios relacionados a la prevalencia de enfermedad periodontal en su población que acude a consulta. Por tal motivo se realizara este tipo de observación en pacientes que acuden a la clínica odontológica Iztacala.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál será la prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes que acuden a la clínica odontológica Iztacala?

VARIABLE INDEPENDIENTE: Pacientes que acuden a la clínica odontológica Iztacala.

VARIABLE DEPENDIENTE: Prevalencia de enfermedad periodontal.

MARCO TEORICO

La enfermedad periodontal es considerada una enfermedad infecto-inflamatoria, que afecta al periodonto, como respuesta a la acumulación de bacterias sobre los dientes, causando destrucción, el grado de esta va a diferir entre las distintas formas en que se puede presentar esta enfermedad. ^{1, 3}

Se realizó la revisión de estudios epidemiológicos ^{11, 12,13}, encontrando que existen determinados factores de riesgo capaces de modificar la susceptibilidad del paciente a padecer enfermedad periodontal, por lo tanto en su desarrollo van a intervenir diferentes causas, considerándose así una enfermedad multifactorial. ⁷

Al analizar la prevalencia a nivel internacional, se encontró que la enfermedad periodontal afecta del 10 al 15 % de los adultos en todo el mundo. En Hong-Kong se hayo una alta prevalencia, en personas de 35 a 44 años se ve afectada el 38.9%, mientras que en personas de 65 a 74 años afecta en un 44%, en África son muy frecuentes las bolsas periodontales y el cálculo, afectando del 75 al 95% de la población y en Canadá el 73.6% de su población presentan bolsas periodontales. Este estudio se realizó con el índice periodontal comunitario (C.P.I.), el cual fue propuesto por la O.M.S en 1997.

En Brasil, la prevalencia de la enfermedad periodontal en adultos fue del 50% en un nivel medio y de 9% en nivel severo, mientras que en adultos mayores afecta en un 49% en nivel medio y 18% en severo. En el caso de Chile la población adulta está afectada en un 50% en nivel medio y 41% en nivel severo y para los adultos mayores en un 29% en nivel medio y 7% en nivel severo. Este estudio se realizó con el índice de necesidades de tratamiento periodontal de la comunidad (CPITN), el cual fue diseñado para estudios epidemiológicos. (OMS 1997)

Según el perfil epidemiológico de la salud bucal en México, realizado por el SIVEPAB en el 2010, menciona que en la actualidad la enfermedad periodontal representa en nuestro país una de las enfermedades con mayor incidencia, ubicándola en segundo lugar, solo después de la caries dental con el 63.3%, obtenido de una muestra de 55091 pacientes y que tuvieron algún signo de enfermedad periodontal. ¹⁰

Dentro de los factores de riesgo se encuentran los factores ambientales que pueden ser modificables, de los cuales destacan: la higiene oral, el tabaquismo, la nutrición y estrés. Existen también factores sistémicos no modificables como la

edad, género y raza. En cuanto a las enfermedades sistémicas que predisponen a padecer enfermedad periodontal, son las alteraciones de la inmunidad, como pueden ser leucemias y el SIDA; alteraciones endocrinas y metabólicas como el embarazo y la diabetes mellitus y enfermedades inflamatorias como colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn.⁶

La enfermedad periodontal es un factor importante a tomar en cuenta cuando hace aparición en ciertas enfermedades sistémicas, pero aún no hay estudios que cumplan los criterios de causalidad.⁴

La Gingivitis es la forma inicial de la enfermedad periodontal que presenta inflamación de la encía en diferentes grados de intensidad, es progresiva y reversible, se caracteriza por la inflamación, enrojecimiento, tumefacción, sangrado y exudado al sondeo, pero sin afectar los tejidos de soporte del diente, solo se afecta la encía marginal.^{1, 2}



Las características clínicas que permiten diagnosticar gingivitis son las siguientes:

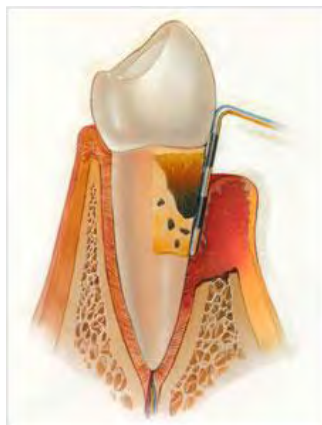
- Color: Va de rosado intenso a rojo brillante, debido a la desaparición de la queratina, ya que es la que da opacidad a la encía o ser azul violáceo, esto va a depender del grosor del epitelio, los vasos sanguíneos se encuentran dilatados.
- Consistencia: Blanda, debido a la disminución de fibras colágenas; presenta edema.
- Textura: Lisa, la encía insertada y marginal presentan puntilleo que desaparece debido al edema. La encía marginal no presenta cambios.
- Forma: Su terminación debe de ser en filo de cuchillo o de bisel de 45 grados, pero debido al edema se va a presentar de forma más redondeada y con aumento de volumen hacia coronal.



La extensión de la gingivitis puede ser clasificada según las características clínicas que pueden variar en diferentes pacientes, como puede ser:

- Extensión de la lesión: Localizada (menor al 30% de sitios afectados) o generalizada (mayor al 30% de sitios afectados).
- Extensión de la lesión: Papilar, marginal o adherida.
- Estado de inflamación: Aguda o crónica.

Cuando persiste la inflamación de la encía, la enfermedad avanza convirtiéndose en una periodontitis, la cual es una enfermedad infecciosa que causa inflamación en los tejidos de soporte del diente, afectando de forma significativa el tejido conectivo gingival, ligamento periodontal, cemento y hueso. En esta enfermedad se observa inflamación, sangrado y supuración al sondeo, formación de bolsa periodontal, pérdida de inserción y pérdida ósea radiográfica, adicionalmente se observan recesiones gingivales, movilidad y migración dental. El grado de destrucción difiere entre las distintas formas de esta enfermedad.^{1,8}



La periodontitis crónica es una enfermedad infecciosa, de progreso lento y continuo que causa inflamación en los tejidos de soporte dental, pérdida progresiva de inserción y pérdida ósea. Es la forma más común de periodontitis, tiene mayor prevalencia en adultos mayores de 35 años, aunque también se ha observado en adolescentes y niños debido a la acumulación de placa dentobacteriana y calculo dental.^{3,8}

La periodontitis crónica puede darse como una enfermedad localizada cuando menos de 30% de los sitios valorados presentan pérdida ósea o de inserción o puede presentarse como una enfermedad generalizada cuando más del 30% de los sitios valorados son afectados.^{1,8}

Las características clínicas incluyen

- Acumulación de placa supra y subgingival, relacionado con la formación de cálculo.
- Inflamación gingival, que puede ser severa o ausente.
- Formación de bolsas periodontales.
- Pérdida de inserción periodontal.
- Pérdida de hueso alveolar.
- Supuración ocasional.¹



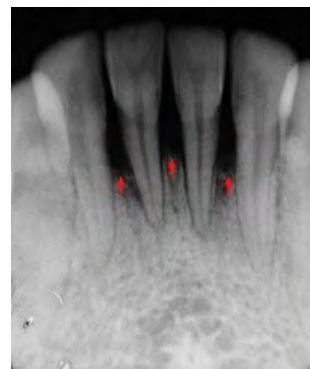
La magnitud de la destrucción de los tejidos, tiene relación con la higiene bucal y los niveles de placa, con factores predisponentes locales y factores de riesgo sistémicos.

En pacientes con mala higiene bucal la encía puede estar moderadamente tumefacta y presentar alteraciones en color, desde un rojo pálido, hasta un color

magenta. Los cambios en la topografía de la superficie incluyen, márgenes gingivales enrollados y papilas aplanadas o en forma de cráter. La movilidad dental puede darse en casos avanzados con pérdida óseas y de inserción extensa.

El patrón de pérdida ósea observada en la periodontitis crónica se clasifica en:

- Vertical: Pérdida ósea en dirección apical, tiene la apariencia de un embudo.
- Horizontal: Pérdida ósea simétrica en la superficie mesial y distal de dientes continuos.⁸



La gravedad de la enfermedad puede describirse de la siguiente manera:

- Periodontitis leve: No más de 1 a 2 mm de pérdida de la inserción clínica.
- Periodontitis moderada: No más de 3 a 4 mm de pérdida de la inserción clínica.
- Periodontitis grave: 5 mm o más de pérdida de inserción clínica.⁸



La periodontitis agresiva se presenta en individuos menores de 30 años sistémicamente sanos. Es una enfermedad de destrucción rápida y severa, tiene predisposición por agregación familiar.^{1, 8}

La periodontitis agresiva se ha clasificado en dos formas clínicas:

- Periodontitis agresiva localizada: Presenta establecimiento durante la pubertad y afecta incisivos y primeros molares.
- Periodontitis agresiva generalizada: Presenta afección en personas menores de 30 años, afecta incisivos, primeros molares y más de tres dientes adicionales.

Para realizar un tratamiento periodontal exitoso es necesario determinar de forma adecuada el diagnóstico y pronóstico periodontal, para esto se utilizan parámetros clínicos como:

- Pérdida ósea radiográfica: La radiografía periapical nos aporta información importante durante este análisis. Es necesario buscar cambios radiográficos asociados con patología ósea periodontal como son: Pérdida de la continuidad (radiopacidad) de las crestas corticales y crestas óseas, pérdida de la altura ósea, ensanchamiento del ligamento periodontal, radiolucidez en zona apical y de furcación.
El patrón de pérdida ósea puede ser vertical u horizontal, la severidad de la pérdida puede ser estimada dividiendo en tercios la distancia entre la línea amelocementaria hasta el ápice del diente de la siguiente manera: 1/3 cervical = leve, 1/3 medio = moderada y 1/3 apical = severa.
- Movilidad dental: La que es causada por periodontitis se incrementa con el tiempo y no es reversible. Se mide de la siguiente forma empleando dos instrumentos metálicos y aplicando presión en sentido vestíbulo lingual:
 - Grado 0: Movilidad fisiológica, 0.1-0.2mm en dirección horizontal.
 - Grado 1: Movimiento hasta 1 mm en sentido horizontal.
 - Grado 2: Movimiento de más de 1 mm en sentido horizontal.
 - Grado 3: Movimiento en sentido horizontal y en sentido vertical.



- Profundidad de sondeo: El espacio que se forma alrededor de los dientes, entre la encía y la superficie radicular, representa nuestro principal objetivo de análisis. Este espacio puede ser considerado un “surco” o una “bolsa periodontal”, este espacio puede medir entre 1 y 3 mm en ausencia de inflamación clínica. La bolsa periodontal se define como la profundización patológica del surco periodontal, dada por la pérdida ósea y de inserción periodontal, así puede ser considerada a partir de 4 mm y debe presentar sangrado al sondeo, pérdida de inserción y pérdida ósea radiográfica.
- Sangrado al sondeo: Puede ser considerado signo clínico de inflamación, como indicador de enfermedad periodontal.

Para obtener la profundidad del sondeo, se utilizan sondas periodontales, las cuales son usadas para evaluar el estado periodontal del paciente, permitiendo medir la profundidad de las bolsas periodontales y la pérdida de inserción sobre las superficies radiculares en milímetros.^{8,9}

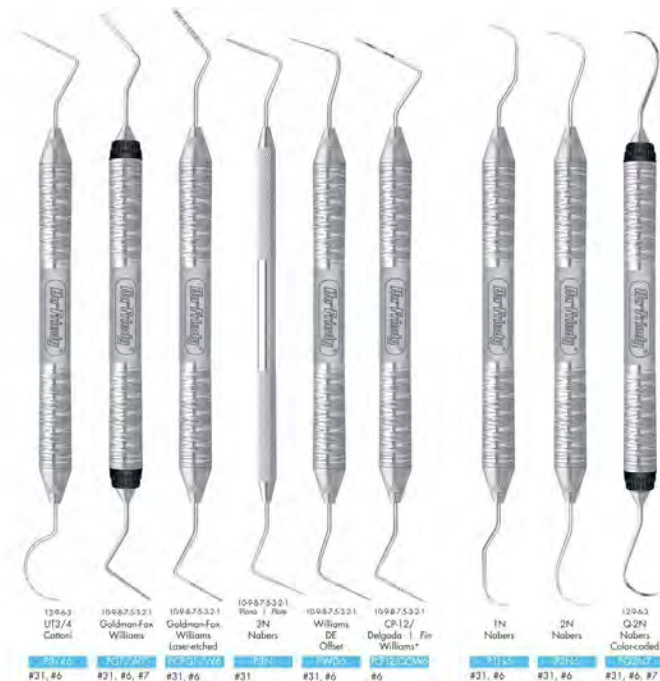
La sonda periodontal es un instrumento delgado con una punta aguda activa calibrada en milímetros, los principales materiales con los que se fabrican son de acero inoxidable y debe ser lo suficientemente larga para mediciones de bolsa profundas.^{8,9}



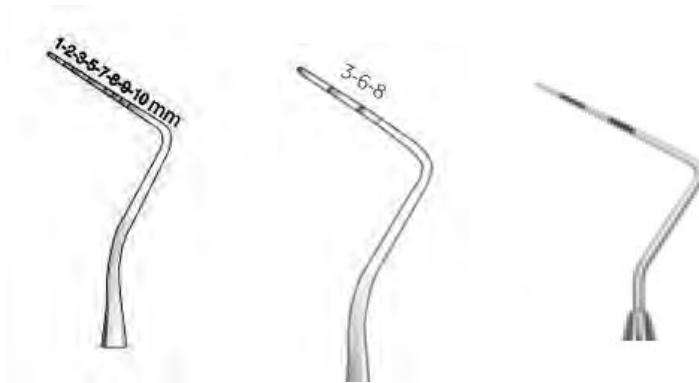
En 1992 fueron clasificadas por Pihlström en tres generaciones, la primera generación se trata de las sondas convencionales o manuales, la segunda generación son sondas con fuerza controlada y una medida visual de registro y la tercera generación se refiere a la sonda electrónica con fuerza controlada y un

registro computarizado. Todas estas tienen una variación en el diseño transversal y marcas milimétricas, pero todas deben de ser delgadas para permitir la introducción al surco o a la bolsa periodontal.

La forma más común de calibración es aquella en donde la sonda está marcada en 1mm. continuos hasta llegar a 10mm. omitiendo el 4to mm. y 6to mm. Para facilitar la lectura de las mediciones. Las sondas más comunes con esta calibración son las Merritt, Williams, Goldman-Fox y la Nabers.



La sonda Williams forma un ángulo de 45° con el mango y el cuerpo, esta calibrada a 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9 y 10mm. Existe otra sonda calibrada por Williams llamada Fox-Williams, pero es una sonda muy gruesa. La sonda michigan-o introducida por Ramfjord, esta calibrada a 3, 6 y 8 mm., La sonda de Marquis es fina con punta redondeada calibrada en unidades de 3,6,9 y 12 mm. codificada por colores alternando el cromo y el negro.



La sonda Nabers está diseñada para la medición de las furcaciones de los dientes superiores, ya que cuenta con un extremo curvo calibrado. Otra sonda utilizada para la medición de furcas es la sonda Cattoni, la cual tiene una parte activa, curva parecida a la de un explorador y esta calibrada.

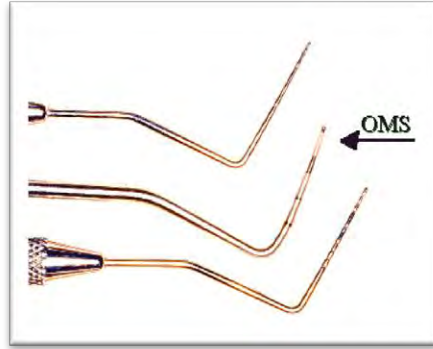


Nabers



Cattoni

Además de estas sondas existen unas diseñadas por la OMS que su parte activa termina con una bola de 0.5mm, diseñada para realizar un examen periodontal básico y breve, para identificar a los pacientes con necesidad de tratamiento periodontal. Puede ser metálica o de plástico desechable para su uso en implantología La sonda más utilizada hoy en día es la WHO-Hu Friedy, introducida por Emslie en 1980, milimetrada en 3.5 ,5.5, 8.5 y 11.5mm, la parte activa tiene una punta en forma de pelota, con un diámetro de 0.5 mm.



Ya que se buscaba una mejor adaptación a la morfología del saco periodontal en 1967 Schimid introdujo una sonda plástica llamada Plast-o-probe, esta sonda poseía una punta plástica removible por lo cual ha sido cuestionada debido a la posible deformación del plástico, otra desventaja es que sus medidas solo se encontraban de un solo lado.



En los últimos años se han diseñado diferentes prototipos de sondas con una gran sensibilidad y calibradas para una presión de 25 gr. La sonda Vivacare se encuentra dentro de la segunda generación de sondas, está conformada por una punta en forma de balón de 0,5mm, la cual se encuentra conectada a un mecanismo que controla la presión.

Con el desarrollo de la tecnología en Estados Unidos de Norteamérica se desarrolla un sistema mejorado para la medición de la profundidad de sondaje y nivel de inserción, buscando satisfacer los criterios de precisión de ± 0.1 mm., rango de medida de 10 mm., fuerza constante al sondaje, de peso ligero para el uso continuo en el tiempo y de fácil aprendizaje, capaz de acceder a cualquier área del diente, sin peligro biológico con ningún material o shocks eléctricos y con Impresión digital. Fue así como Gibbs y col. Desarrollaron el sistema del Florida Probe., el cual consiste en una pieza de mano, un pedal y una interface de computadora.

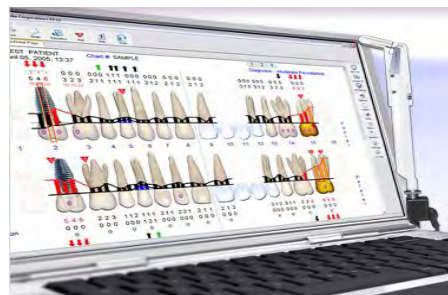


Es una de las sondas de más amplio uso, incorpora una fuerza constante en el sondeo, posee mayor precisión en la medición (resolución de 0,1mm.) y proporciona entre otras ventajas, un registro electrónico de los datos.

Contiene una página personal, un índice de necesidades de enfermedad periodontal, una ficha periodontal y una evaluación del riesgo periodontal.

En la ficha periodontal se registrarán los siguientes datos:

- Movilidad dental en grado I, II y III
- Recesión gingival (mm.)
- Profundidad al sondeo (mm.)
- Sangrado al sondeo (si / no)
- Unión mucogingival (mm.)
- Detección de placa dentobacteriana.



En la evaluación de riesgo periodontal se evaluará:

- Enfermedades sistémicas: Diabetes, Síndrome de Down, Inmunodeficiencias, inflamación intestinal, osteoporosis.

- Tabaquismo: ¿Con qué frecuencia fuma el paciente? Nunca, fumaba, ya no, 10 o menos cigarrillos al día, 11 o 19 cigarrillos al día, 20 o más cigarrillos al día.
- Medicinas: Bloqueadores de calcio, quimioterapia, ciclosporinas, dilantín, esteroides.
- Historia médica: Predisposición genética, historia familiar de diabetes, Cirugía periodontal previa, presencia demostrada de bacterias patógenas.



METODOLOGIA:

La población de estudio estuvo formada por 155 pacientes mayores de 18 años que acudieron a la clínica Odontológica Iztacala al área de diagnóstico del 1 de Febrero de 2014 al 31 de Enero de 2015. Se les realizó historia clínica y sondeo periodontal con la Sonda Florida® (Florida Probe Corporation, Gainesville, Florida, EEUU), la cual pertenece a la tercera generación, conectada a un software que se basa en un control eficaz de la enfermedad periodontal y seguimiento del paciente.

Está formada por una sonda electrónica, un pedal y un panel de control en donde registre todos los datos del paciente. Este programa contiene una página personal, un índice de necesidades de enfermedad periodontal, una ficha periodontal y la evaluación del riesgo periodontal.

En la ficha periodontal se registró la movilidad dental, recesión gingival, profundidad al sondeo, sangrado al sondeo, unión mucogingival y la calidad de higiene evaluada en buena, regular y mala.

En el apartado de evaluación de riesgo periodontal se registraron las enfermedades sistémicas que padece el paciente, si es un paciente fumador, medicamentos que consume y se realizó una historia médica.

Una vez recabada la información el programa dio una evaluación del riesgo que presenta cada paciente al padecer enfermedad periodontal.

La metodología de sondeo aplicada al paciente se realizó de la siguiente manera:

Introducimos la sonda electrónica subgingivalmente, paralela al eje longitudinal del diente, hasta que llego al tope, donde hizo contacto con el hueso, obteniendo seis medias por cada uno de los dientes, que fueron tomadas tres por la parte vestibular y tres por la parte lingual o palatina, en ambos casos se evaluó la parte mesial, media y distal. Esta medida fue capturada presionando la parte media del pedal.

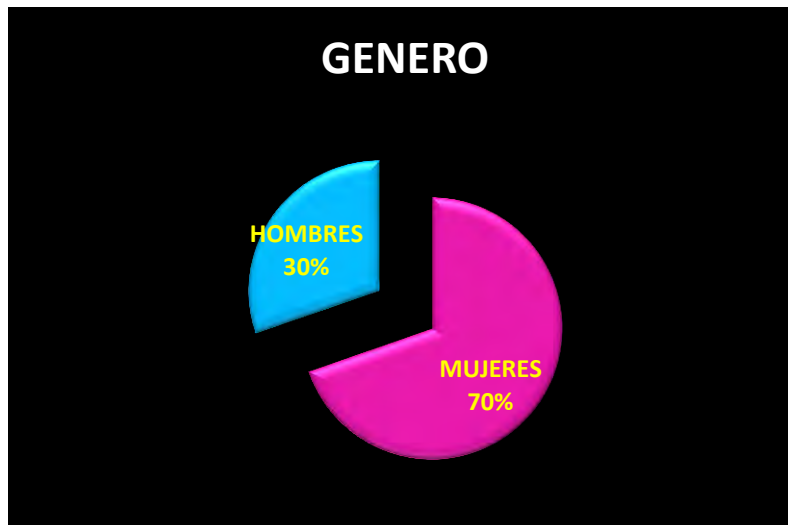
Recopilada la información, se depositó en un libro de Excel, en donde obtuve los datos sobre género, edad, sangrado, supuración y profundidad.

La población se dividió en rangos de edades utilizando el estándar para reportar la prevalencia de periodontitis crónica y gravedad de estudios

epidemiológicos, sugerido en un artículo de origen Español para facilitar la comparación de estudios sobre prevalencia con los diferentes países.

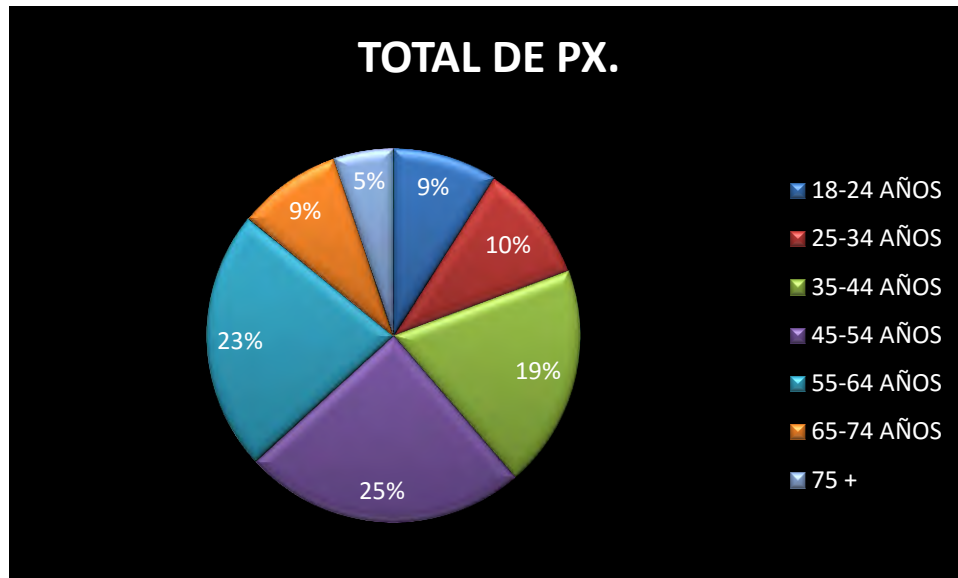
Tomando en cuenta esto se tomaron 7 grupos de la siguiente manera; 18-24 años, 25-34 años, 35-44 años, 45-54 años, 55-64 años, 65-74 años y de 75 años en adelante.

ANALISIS DE RESULTADOS



La población de estudio se compone de 155 pacientes, de los cuales el 70% corresponde a mujeres y el 30% a hombres.

RANGOS DE EDADES			
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL DE PX.
18-24 AÑOS	6	8	14
25-34 AÑOS	6	10	16
35-44 AÑOS	12	18	30
45-54 AÑOS	9	29	38
55-64 AÑOS	9	26	35
65-74 AÑOS	3	11	14
75 +	2	6	8



En el rango de 18 a 24 años acudieron a la clínica 14 pacientes de los cuales 8 eran mujeres y 6 hombres, representando así el 9% de la población total.

En el rango de 25 a 34 años acudieron a la clínica 16 pacientes, de los cuales 10 eran mujeres y 6 hombres, representando así el 10% de la población.

En el rango de 35 a 44 años acudieron a la clínica 30 pacientes, de los cuales 18 eran mujeres y 12 hombres, representando así el 19% de la población.

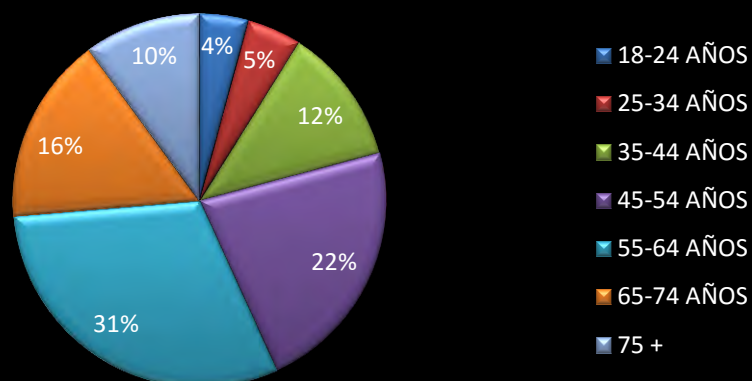
En el rango de 45 a 54 años acudieron a la clínica 38 pacientes, de los cuales 29 eran mujeres y 9 hombres, representando así el 25% de la población y siendo este rango en donde se presentó la mayor parte de la población.

En el rango de 55 a 64 años acudieron a la clínica 35 pacientes, de los cuales 26 eran mujeres y 9 hombres, representando así el 23% de la población.

En el rango de 65 a 74 años acudieron a la clínica 14 pacientes, de los cuales 11 eran mujeres y 3 hombres, representando así el 9% de la población.

En el rango de 75 años en adelante acudieron a la clínica 8 pacientes, de los cuales 6 eran mujeres y 2 hombres, representando así el 5% de la población.

DIENTES FALTANTES



Se obtuvo un total de 1185 dientes ausentes en toda la población, los cuales se dividen en 50 = 4% en el rango de 18-24 años, 56 = 5% en el rango de 25-34 años, 141 = 12% en el rango de 35-44 años, 265 = 22% en el rango de 45-54 años, 361 = 31% en el rango de 55-64 años, 193 = 16% en el rango de 65-74 años y 119 = 10% en el rango de 75 años en adelante.

CUADRANTE QUE PRESENTA MAS AUSENCIAS				
RANGO DE EDADES	CUADRANTE 1	CUADRANTE 2	CUADRANTE 3	CUADRANTE 4
18-24 AÑOS	12	10	14	14
25-34 AÑOS	15	13	12	16
35-44 AÑOS	25	35	43	38
45-54 AÑOS	80	82	58	45
55-64 AÑOS	103	111	75	72
65-74 AÑOS	61	56	37	39
75 +	32	36	26	25
TOTAL	328	343	265	249

El cuadrante que presentó mayor número de ausencias fue el 2, con un total de 343 dientes perdidos, que representan el 29% del total de dientes ausentes en la población.

Los dientes que se ausentan con mayor frecuencia son los terceros molares, sin embargo no se tomaron en cuenta, porque dicha ausencia se debe a motivos ortodóncicos, protésicos e inclusive motivos de oclusión.

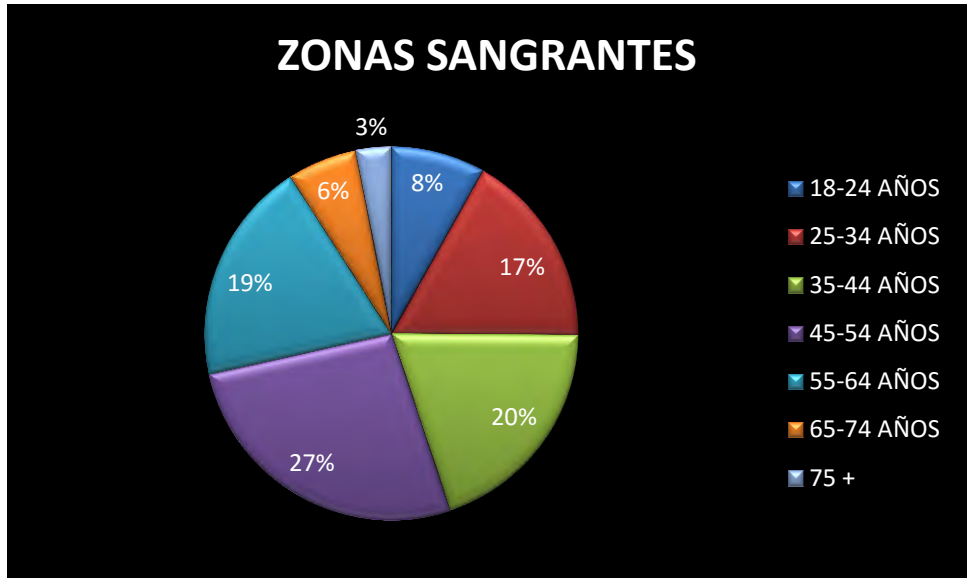
Entonces después de que en todos los cuadrantes se presentó que el diente que más se ausenta son los terceros molares, se tomó en cuenta el siguiente con mayor número de ausencias y fue el diente 36 (primer molar inferior izquierdo) con 76 ausencias.



En cuanto a sangrado el cuadrante más afectado fue el 4, representando el 29% del total de las zonas sangrantes.

El diente que sangro con mayor frecuencia fue el 42 (lateral inferior derecho)

El porcentaje general de sangrado en la población fue de 37.19%



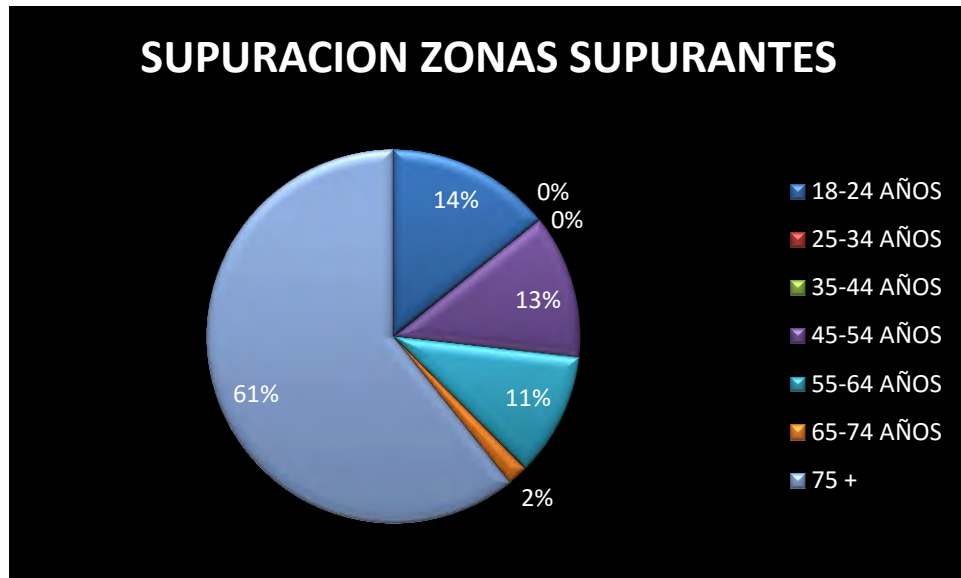
En cuanto a las zonas sangrantes observadas dentro de los rangos de edad, se observó que en los pacientes de 45-54 años se presentó el mayor porcentaje de zonas sangrantes con un 27% del total.



En cuanto a supuración el cuadrante que presento más zonas supurantes fue el 2, representando el 36% de zonas supurantes.

El diente que más supuro fue el 47 (segundo molar inferior derecho)

El .17% de la población presento supuración.



En cuanto a las zonas supurantes observadas dentro de los rangos de edad, se observó que en los pacientes de 75 años en adelante se presentó el mayor porcentaje de zonas supurantes con un 61% del total.

PROFUNDIDAD		
EDAD	BOLSAS > 3	PROMEDIO DE BOLSAS MAYOR A 3
18-24 AÑOS	228	7%
25-34 AÑOS	374	11%
35-44 AÑOS	637	19%
45-54 AÑOS	966	29%
55-64 AÑOS	669	20%
65-74 AÑOS	234	7%
75 +	189	6%
TOTAL	3297	100%

En cuanto a profundidad, el rango de edad en el que se encontraron mayor número de bolsas mayores a 3 mm, fue en el de 45-54 años, representando el 29% del total de bolsas mayores a 3 mm localizadas en la población.

La prevalencia de enfermedad periodontal en los pacientes que acudieron a la clínica odontológica Iztacala fue del 14.55% tomando en cuenta para la determinación de esto las bolsas mayores a 3 mm de profundidad al sondeo.

DISCUSION

En la revisión de estudios epidemiológicos tanto nacionales como internacionales se puede destacar que:

En el perfil epidemiológico de la salud bucal realizado en el 2010 por el SIVEPAB (Sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales), en México se reportó una prevalencia de enfermedad periodontal del 63.3% de un total de 55,091 pacientes adultos examinados. Esto fue determinado midiendo la profundidad de las bolsas periodontales con la sonda diseñada por la OMS, la hemorragia al sangrado y la presencia de cálculo, utilizando el índice C.P.I.

En el mismo reporte, las mujeres reportaron un valor más elevado de dientes perdidos respecto a los hombres, también se reporta que los dientes que se perdieron con mayor frecuencia del segmento anterior fueron los laterales y centrales superiores y del segmento posterior los más usualmente ausentes fueron los terceros molares inferiores y en segundo lugar los primeros molares inferiores. En adultos de 65 y más años afecto a más de la mitad de la población.

La investigación realizada en el presente trabajo se tomaron en cuenta las bolsas periodontales mayores de 3mm para considerar periodontitis, así como la edad y el género. Fue realizado en pacientes mayores de 18 años y con la sonda Florida. En cuanto a las ausencias el estudio coincide, ya que los dientes que se ausentaron con mayor frecuencia después de los terceros molares fueron: los primeros molares inferiores.

En un estudio realizado en la población de Tlalnepantla del estado de México (Arróniz, 2003), con el índice C.P.I. se realizó un sondeo por diente en 1797 pacientes, los cuales fueron divididos en 6 grupos de edades (12 años, 15 años, 35-44 años, 45-54 años, 55-64 años, 65 años o más) y tomando en cuenta 2 criterios: presencia de bolsas de 4-5 mm (periodontitis leve o moderada) y presencia de bolsas de 6mm o mas (periodontitis grave).

Este estudio indica que existe una prevalencia general de periodontitis del 51%, de periodontitis leve a moderada 44.91% y de periodontitis grave de 6.19%, dio a conocer también que dicha prevalencia incrementa con la edad, y que el rango de edad más afectado por periodontitis fue en pacientes de 56-64 años.

En el estudio realizado el sondeo también se hizo diente por diente pero con la sonda florida y tomando en cuenta enfermedad periodontal en general, no específicamente periodontitis, en cuanto al rango de edad más afectado, coincide con los resultados obtenidos en este estudio ya que abarca parte del rango de edad de 45-54 años.

En Hong-kong existe una alta prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes de 35-44 años y 65-74 años representando el 39.9% y 44% respectivamente. En Africa la enfermedad periodontal afecta del 75-95% de su población, mientras que en Canada afecta al 73.6% de su población.

Este estudio también fue realizado con el índice C.P.I. Considero que si puede variar drásticamente el porcentaje de enfermedad periodontal en una población tomada de África que en una población tomada de Canadá, por el tipo de fenómenos sociodemográficos que se pueden encontrar tanto en una población como en otra.

Al comparar los porcentajes obtenidos en Hong-Kong, coincide con los resultados obtenidos dentro de esos rangos de edades que se manejaron, pues de igual manera fueron los adultos maduros y los adultos mayores los más afectados.

En Brasil y en Chile se realizó un estudio sobre la prevalencia de enfermedad periodontal en adultos y adultos mayores, en los cuales no se especifica el rango de edades con el índice C.P.I.T.N. con este se observó el nivel de enfermedad periodontal medio y severo, mostrando que en Brasil los adultos se ven afectados por enfermedad periodontal en nivel medio el 50% y en nivel severo 9%, los adultos mayores en un 49% y en un 41% respectivamente. En Chile los adultos se ven afectados en un 50% y 41% respectivamente y los adultos mayores en un 29% y 7% respectivamente.

El resultado de Chile en los adultos mayores se ven afectados en un 29% mientras que en la muestra del estudio se ven afectados en un 23.12% de la población, coincide un poco con la investigación realizada.

En la investigación realizada para obtener la prevalencia de enfermedad periodontal se tomaron en cuenta las bolsas mayores a 3 mm, destacando así que el 14.55% de la población de 155 pacientes que acudió a la clínica odontológica Iztacala presentaron enfermedad periodontal.

CONCLUSIÓN

Con este estudio se logró obtener un panorama muy amplio del porcentaje que esta enfermedad tiene en la actualidad la clínica Iztacala; es por eso que debemos de ser partícipes de esta situación y no solo estudiarla y realizar estadísticas, se debe dar testimonio y tomar acciones concretas, como platicas de concientización a profesionales de la salud en primer lugar, después crear en cada grupo de alumnos, profesores y pacientes conciencia sobre lo importante que es atender la enfermedad en etapas tempranas o mejor aún evitarla.

Finalmente todos los profesionales de la salud debemos capacitarnos y dar solución integral al problema mediante el diagnóstico temprano, tratamientos oportunos y limitar el daño, logrando la rehabilitación del paciente y así reducir el índice de afección de la enfermedad periodontal.

Llevando a cabo todo lo anterior estaría bien realizar este tipo de estudio más continuamente en la población de pacientes que acuden a la clínica odontológica Iztacala y realizar comparativos para verificar que el objetivo de reducir la enfermedad periodontal este siendo logrado.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Botero JE, Bedoya E. Determinantes del diagnóstico periodontal 08/07/ 2010.
- ² Hernández Pereyra, Jorge R. et. al. Enfermedad periodontal: Prevalencia y algunos factores asociados en escolares de la región mexicana. Noviembre – Diciembre 2000, México.
- ³ Rojo Botello, Norma Rebeca. et. al. Prevalencia, Severidad y extensión de periodontitis crónica. Enero – Marzo 2011. México.
- ⁴ Peña Sisto, Maritza. et. al. La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas. Enero – Marzo 2008 Ciudad de la Habana.
- ⁵ González Díaz, María Elena. et. al. Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados. Septiembre – Diciembre 2002. Ciudad de la Habana.
- ⁶ Echeverría García JJ- Enfermedades periodontales y preimplantarias. Factores de riesgo y su diagnóstico. Av Periodon Implantol. 2003; 15,3: 149 – 156.
- ⁷ Rioboo Crespo M, Bascones A. Factores de riesgo de la enfermedad periodontal: factores genéticos. Av Periodon Implantol. 2005; 17,2: 69 – 77.
- ⁸ Cruz Sánchez, Isaí. Comparación de la profundidad al sondeo utilizando la sonda electrónica florida (Florida Probe Corporation, Gainesville, FL, USA) y la inserción de tejido conectivo. Octubre 2014. México D.F.
- ⁹ Newman Takei Klokckvold Carranza. Periodontología clínica de Carranza. Edit. Amolca. 11^a Educación. 2014.
- ¹⁰ Arroniz Padilla, Salvador, et. al. Prevalencia de enfermedades bucodentales en la población del municipio de Tlalnepantla, Estado de México. Julio – Diciembre 2003.
- ¹¹ Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010 (SIVEPAB) pág. 46.
- ¹² Garza Enríquez, Marianela. Índice de enfermedad periodontal en adultos de 20 a 74 años en el estado de Nuevo León. Noviembre 2009. Monterrey N.L., México.
- ¹³ Dos Ramos Pérez, Lourdes. Uso de la sonda y su impacto en el diagnóstico periodontal. Mayo 2007, Caracas.

¹⁴ Hoffman, 1996; Kail y Cavavaugh, 2011 Morales, 2008, Morris, 1997; Rice, 1997 y Sarason, 1997. Lectura tomada de Craig. LAS ETAPAS DEL DESARROLLO.