



CARRERA DE ODONTOLOGIA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de
Odontóloga.

Tema:

Estado de los tejidos periodontales en pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, provincia de Manabí, República del Ecuador, periodo marzo-junio de 2015.

Autora:

María Elizabeth Guerrero Barrezueta.

Director de tesis:

Od. Jorge Luis Mendoza Robles.

Cantón Portoviejo - Provincia de Manabí - República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.

Certifico que la egresada, María Elizabeth Guerrero Barrezueta, ha culminado su tesis de grado, titulada: Estado de los tejidos periodontales en pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, provincia de Manabí, república del Ecuador, periodo marzo – junio 2015, bajo mi dirección y asesoramiento. Ha cumplido con las disposiciones establecidas para el efecto.

Od. Jorge Luis Mendoza Robles.

Director de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Los suscritos, miembros del tribunal de revisión y sustentación de la tesis titulada: Estado de los tejidos periodontales en pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, provincia de Manabí, república del Ecuador, periodo marzo – junio 2015. Presentada y realizada por la egresada María Elizabeth Guerrero Barrezueta, ha cumplido con todo lo señalado en el reglamento interno de graduación, como requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

Tribunal.

Dra. Lucía Galarza Santana Mg. Gs.

Directora de la carrera.

Od. Jorge Luis Mendoza Robles.

Director de tesis.

Dra. Nelly San Andrés Plúa Mg. Ge.

Miembro del tribunal.

Dra. Alexandra Valarezo Chumo Mg. Ge.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo titulado: Estado de los tejidos periodontales en pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, provincia de Manabí, república del Ecuador, periodo marzo – junio 2015, es de mi autoría. Además, cedo mis derechos de autora de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

María Elizabeth Guerrero Barrezueta.

Autora de tesis.

AGRADECIMIENTO.

Antes que nada, le agradezco a Dios sobre todas las cosas, por ser mi apoyo y mi fortaleza en cada instante de mi vida. Por darme el empeño que necesito para seguir adelante e irme guiando adecuadamente antes de dar cualquier paso.

A mi maravillosa familia, quienes han estado pendientes de mi carrera en todo momento, pero principalmente a mis queridos padres Emil y Elizabeth, por la paciencia y el amor que me demostraron a lo largo de todo este proceso, y más que nada, gracias por el apoyo y el aliento que me brindaron desde el inicio hasta el final de mi vida universitaria.

Agradezco a mis profesores, por transmitirme sus conocimientos y ser el pilar fundamental en mi crecimiento profesional; y de manera muy especial mi gratitud inmensa a mi director de tesis, el Od. Jorge Luis Mendoza Robles, y a dos docentes que siempre estuvieron dispuestas a darme la mano y fueron una excelente guía y apoyo en la realización de este trabajo, mi apreciada Dra. Alexandra Valarezo Chumo Mg. Ge. y la Dra. Nelly San Andrés Plúa. Mg. Ge.

Finalmente, no puedo dejar de agradecer a mis grandes amigas, Alondra Cedeño, María Isabel Villamarín, Vanessa Fernández y María de los Ángeles Jara, quienes durante todos estos años estuvieron presentes brindándome su cariño sincero. Gracias por regalarme tantos recuerdos hermosos y alentarme en los momentos de dificultad.

María Elizabeth Guerrero Barrezueta.

DEDICATORIA.

La vida está llena de grandes retos, y este sin duda, ha sido el que más ha requerido de mi entrega, pero así mismo, ha llenado mi vida de las más gratas satisfacciones.

Dedico este trabajo única y exclusivamente a mis padres: Emil Freddy Guerrero Álava y Elizabeth Monserrate Barrezueta Rodríguez, los únicos mercedores de todo mi esfuerzo y éxito a lo largo de mi vida.

María Elizabeth Guerrero Barrezueta.

RESUMEN.

La presente investigación estuvo destinada a averiguar el estado de los tejidos periodontales en pacientes que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

La investigación fue descriptiva, de corte transversal; con una población de 50 pacientes los cuales comprenden desde los 30 a 60 años de edad. Se emplearon varios instrumentos, que a su vez fueron aplicados a los pacientes que acuden a las clínicas de periodoncia, para esto se utilizó fichas de observación, fichas de sondaje periodontal y un documento en el cual los pacientes firmaron su debido consentimiento informado. Se logró determinar que existe prevalencia de índice gingival clase 2, así como un grado 2 de movilidad principalmente en el cuadrante IV, un mayor indicador de recesión clase 3, y en lo referente a la pérdida ósea, indiscutiblemente existe un elevado porcentaje horizontal.

Finalmente puedo mencionar que la importancia de conocer el estado de los tejidos periodontales es fundamental, ya que esto surge como consecuencia de un desconocimiento por parte de la población acerca de adecuadas normas de higiene bucal, lo cual trae como resultado severos problemas de inflamación e infección.

Palabras Clave: estado de los tejidos periodontales, inflamación, desconocimiento, salud oral, higiene bucal.

ABSTRACT.

The present paper was designed to analyze the state of periodontal tissues in patients attending clinics periodontics at eighth, ninth and tenth semester at University San Gregorio de Portoviejo in order to determine their condition.

The research was descriptive, cross-sectional; with a population of 50 patients in a range of ages between 30 to 60 years old. Various instruments were utilized and in turn were applied to patients attending clinics periodontics, for this, observation and periodontal probing sheets and a document in which patients signed the consent, were used. It was stated that there is a prevalence of gingival index, Class 2 as well as grade 2 mobility, mainly in Quadrant IV, a major indicator of recession Class 3. With regard to bone loss, there is undoubtedly a large horizontally percentage.

I can finally mention that the importance of knowing the state of periodontal tissues is essential, as this arises from a misunderstanding by the population on proper oral hygiene standards, which results in severe inflammation and infection problems.

Keywords: state of periodontal tissue inflammation, ignorance, oral health, oral hygiene.

ÍNDICE.

Certificación del director de tesis.	II
Certificación del tribunal examinador.	III
Declaración de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstract.	VIII
Índice.	IX
Índice de cuadros y gráficos.	XII
Introducción.	1
Capítulo I.	2
1. Problematización.	2
1.1. Tema.	2
1.2. Formulación del problema.	2
1.3. Planteamiento del problema.	2
1.4. Preguntas de Investigación.	3
1.5. Delimitación de la investigación.	4
1.6. Justificación.	4
1.7. Objetivos.	5
1.7.1. Objetivo general.	5
1.7.2. Objetivos específicos.	5
Capítulo II.	6
2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.	6
2.1. Historia de la periodoncia.	6
2.1.1. Estado de los tejidos periodontales	8
2.1.2. Encías	10
2.1.3. Función de la encía.	12
	IX

2.1.4. Características de una encía sana.	12
2.2. Ligamento periodontal.	13
2.2.1. El hueso alveolar.	14
2.2.2. Cresta alveolar.	15
2.2.3. Cemento.	16
2.2.4. Índice de la alteración del aspecto gingival.	19
2.2.5. Recesión gingival.	21
2.2.7. Movilidad dental.	22
2.3. Gingivitis.	23
2.3.1. Inflamación gingival.	24
2.4. Periodontitis.	26
2.4.1. Enfermedad periodontal.	26
2.4.2. Gingivitis por placa.	29
2.4.3. Tejidos blandos.	31
2.4.4. Lesiones agudas e infecciosas de la encía.	31
2.5. Concepto de la enfermedad periodontal.	32
2.6. Encía y unión dentinogingival.	32
2.6.1. Características de una encía sana.	33
2.7. Clasificación de la enfermedad periodontal.	37
2.8. Guía sobre la enfermedad periodontal.	38
2.9. Unidades de observación y análisis.	42
2.10. Matriz de operacionalización de las variables.	42
Capítulo III.	43
3. Marco Metodológico.	43
3.1. Modalidad de la investigación.	43
3.2. Tipo de investigación.	43
3.3. Métodos.	43
3.4. Técnicas.	43
3.5. Instrumentos.	44
3.6. Población y muestra	44
3.7. Recolección de la información.	44
3.8. Procesamiento de la información.	44
Capítulo IV.	45
4. Resultados de la investigación.	45

4.1. Análisis e interpretación de los resultados	45
Capítulo V.	67
5. Conclusiones y Recomendaciones.	67
5.1. Conclusiones.	67
5.2. Recomendaciones.	68
Capítulo VI.	69
6. Propuesta.	69
6.1. Datos informativos.	69
6.1.1. Título de la propuesta.	69
6.1.2. Periodo de ejecución.	69
6.1.3. Descripción de los beneficiarios.	69
6.1.4. Ubicación sectorial y física.	70
6.2. Justificación.	70
6.3. Marco institucional.	70
6.4. Objetivos.	71
6.4.1. Objetivo general.	71
6.4.2. Objetivos específicos.	72
6.5. Descripción de la propuesta.	72
6.6. Diseño metodológico.	73
6.7. Sostenibilidad.	73
6.8. Actividades.	74
6.9. Recursos:	74
6.9.1. Talento humano.	74
6.9.2. Técnicos.	74
6.9.3. Materiales.	75
6.9.4. Financieros.	75
6.10. Presupuesto.	75
Anexos.	
Bibliografía.	

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.

Cuadro 1. Hallazgos clínicos de la encía: color.	45
Cuadro 2. Hallazgos clínicos de la encía: consistencia.	47
Cuadro 3. Hallazgos clínicos de la encía: textura superficial.	49
Cuadro 4. Hallazgos clínicos de la encía: tamaño.	51
Cuadro 5. Hallazgos clínicos de la encía: contorno.	53
Cuadro 6. Hallazgos clínicos de la encía: sangrado.	55
Cuadro 7. Movilidad dentaria.	57
Cuadro 8. Pérdida ósea.	59
Cuadro 9. Recesión dentaria.	61
Cuadro 10. Sondaje.	63
Cuadro 11. Hallazgos clínicos de la encía. Índice gingival.	65

INTRODUCCIÓN.

Analizando la obra de Carranza y Sznajder¹ (1996) puedo referenciar que: “La enfermedad periodontal se caracteriza por la presencia de lesiones inflamatorias gingivales, con formación de una bolsa periodontal que lleva a la pérdida de hueso alveolar y eventualmente a la del diente. Su causa primaria es infecciosa (placa bacteriana)”. (p. 17).

Según estudios realizados, los pacientes que mantienen una higiene oral deficiente van a presentar acumulación de sarro y placa en la superficie de sus estructuras dentarias, esto a su vez desencadena en procesos infecciosos e inflamatorios a nivel de sus encías, dichos procesos irán propagándose hasta los ligamentos y el hueso, que sirven de soporte a los dientes.

La pérdida de soporte hace que las piezas dentarias adquieran movilidad y finalmente tengan que ser extraídas. Todo esto como consecuencia de alteraciones a nivel de los tejidos periodontales, y es aquí donde radica la importancia de saber reconocer con exactitud cuando estos tejidos están en buenas o malas condiciones.

¹Carranza, F. y Sznajder, N. (1996). Compendio de Periodoncia. (5° ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana. S. A.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Estado de los tejidos periodontales en pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, provincia de Manabí, república del Ecuador, periodo marzo – julio 2015.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuál es el estado de los tejidos periodontales en pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo?

1.3. Planteamiento del problema.

En la actualidad conocer el estado de los tejidos periodontales es importante ya que es una de las causas más relevantes de la pérdida de los dientes en la edad adulta, considerando que estos forman parte del soporte y protección del diente.

Leyendo la obra de Bascones² (2007), puedo conocer que:

Los tejidos periodontales, además de proporcionar la inserción del diente al alveolo, soportan las fuerzas generales por la masticación, fonación y deglución. Por otra parte, soportan los cambios estructurales relacionados con el

²Bascones, Antonio. (2009). Periodoncia clínica e implantología oral. Barcelona, Reino de España: Ediciones Avances Médico-Dentales.

envejecimiento y desgaste mediante un proceso de remodelación continua y regeneración. (p. 49).

A nivel del Ecuador, la enfermedad periodontal, afecta a gran parte de la población, principalmente a las personas adultas, ya que se supone una alta prevalencia de malos hábitos de higiene oral y falta de supervisión especializada. Los grupos de bajo nivel socioeconómico son los más vulnerables a enfermedades periodontales las mismas que forman un grupo de cuadros clínicos, de carácter infecciosos que se los localizan en la encía y el periodonto.

Analizando el documento Web de Hernández, y colaboradores³ (2012) puedo analizar que:

La periodontitis constituye la infección bacteriana más prevalente en todo el mundo y por lo tanto constituye un nivel de debilidad para diversas patologías sistémicas. El grado de inflamación y destrucción se demuestra por medio de la existencia de marcadores en el líquido y secreciones bucales, tales como el fluido gingival crevicular (FGC), saliva y enjuague oral. (p. 1).

Investigando información, dentro de la Normalización del Ministerio de Salud Pública (MSP)⁴, puedo citar que:

A nivel local en algunos centros educativos de la Ciudad de Portoviejo, se ejecutan programas odontológicos que protegen y promueven la salud de los escolares. Estos programas que se realizan a través de protocolos de atención regidos por el Ministerio de Salud Pública, los mismos cuentan con procedimientos como: examen clínico, educación, prevención, y recuperación de la salud bucal de los niños y niñas. (p. 12).

1.4. Preguntas de investigación.

¿Cuáles son los signos clínicos de la encía de los pacientes de 30 a 60 años de edad?

³Hernández, et al. (2012). Análisis de MMPs en fluidos orales en el diagnóstico complementario de las enfermedades periodontales. [En línea]. Consultado: [5, septiembre, 2014] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-01072012000300010&script=sci_arttext

⁴Ministerio, de Salud Pública del Ecuador. (2010). Normalización del Sistema Nacional de Salud Área de Salud Bucal. [folleto]. República del Ecuador: Ministerio de Salud Pública. Dirección de Salud.

¿Cuáles son los grados de movilidad dental en pacientes de 30 a 60 años de edad?

¿Cuáles son los niveles de recesión gingival en pacientes de 30 a 60 años de edad?

1.5. Delimitación de la investigación.

Campo: Salud.

Área: Odontología.

Aspectos: Periodoncia.

1.5.1. Delimitación Espacial: La investigación se realizó en pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, provincia de Manabí; república del Ecuador, período marzo – junio 2015.

1.5.2. Delimitación Temporal: La investigación se desarrolló durante el período marzo - junio 2015.

1.6 Justificación.

El estado de los tejidos periodontales, influye en la salud oral de las personas sin importar la edad, condición social, sexo entre otros.

La investigación se la realizó con el objetivo de determinar el estado de los tejidos periodontales que presentan los pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San

Gregorio de Portoviejo, provincia de Manabí; de manera que los resultados obtenidos en este proceso, sirvieron como fuente de información, no solamente para los docentes y estudiantes, sino para toda la comunidad en general, y de esta forma los datos recopilados en este estudio proporcionaron información actualizada a la comunidad.

Este estudio resultó factible porque tuvo el apoyo de las autoridades de la institución, siendo los beneficiarios directos los pacientes, y los beneficiarios indirectos los estudiantes, ya que se aportó con información a los mismos.

1.7 Objetivos.

1.7.1. Objetivo general.

Determinar el estado de los tejidos periodontales que presentan los pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, provincia de Manabí; república del Ecuador, periodo marzo – junio 2015.

1.7.2. Objetivos específicos.

Establecer los signos clínicos de la encía.

Identificar el grado de movilidad dental.

Determinar el grado de recesión gingival.

Identificar el tipo de pérdida ósea de la cresta alveolar.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

2.1. Historia de la periodoncia.

Analizando la obra de Afanador, Duque y Gómez de Ramírez⁵ (2009) puedo referenciar que:

La periodoncia se la ha denominado como la conciencia del odontólogo; lo cual no implica que solo esta área tenga todo el conocimiento o parte del idealismo, habilidad, profesionalismo, conocimientos de la odontología, sin embargo la periodoncia se presenta en diversas especialidades. Desde hace algunas décadas se cita la integralidad en la odontología. La periodoncia permite que pueda anticiparse una metodología total en lo relativo a los problemas dentales. Siendo mayor que en otras áreas odontológicas, donde el tiempo viene a ser el juez debido a lo crónico de la lesión y de factores variables que tienen relación, por ejemplo en el comportamiento del paciente, edad de la aparición y resistencia a la destrucción. (p.79).

Investigando la obra de Carranza⁶ (2012) puedo citar que:

La primera vez que se describió la histopatología de la enfermedad periodontal fue realizada por Znamensky en 1902, profesor ruso de la Universidad de Moscú. Ya en la primera mitad del siglo pasado, la denominada escuela de Viena, que era liderada por Gottlieb Bernhard y sus estudiantes Rudolph Kronfeld y Balint Orban, también estaba el patólogo Weinmann Joseph P. sumado al anatomista Sicher Harry, quienes trabajaban en un primer momento en la Universidad de Viena, fueron quienes sentaron las bases científicas en un gran porcentaje de la odontología, principalmente de la Periodoncia. Los miembros destacados de la escuela de Viena se trasladaron posteriormente a los Estados Unidos.

⁵Afanador Ruiz, Carlos. Duque Naranjo, Camilo. Gómez de Ramírez Constanza. (2009). Historia de la periodoncia. Primeros rasgos de definición de un espacio social y conceptual y proceso de institucionalización en Colombia. Parte I. Una imagen de la periodoncia a través de su historia y de su historiografía. República de Colombia. [En línea]. Consultado en: [15 de diciembre de 2014]. Disponible: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_filosofia_ciencia/volumen_5_numero10-11-2004/historia_periodoncia77-103.pdf

⁶Carranza, Fermín. (2012). El progreso de la periodoncia en el siglo XX. Los Ángeles California. [En línea]. Consultado: [25 de mayo de 2015]. Disponible en: www.dental-tribune.com

En las primeras décadas del siglo pasado, la ciencia fundamental básica para la periodoncia y demás ramas de la Odontología estaba la histopatología, los estudios hechos por la escuela vienesa dotaron de importante información para que siga progresando clínicamente. La bacteriología oral se había comenzado a estudiar de manera activa mucho después de que se descubriera el origen bacteriano de gran parte de enfermedades, algo realizado por la escuela de Pasteur Luis en París y de Koch Robert en Berlín. Para finales del siglo XIX y comenzando el XX nació el concepto de infección focal, que asignaba otorgaba responsabilidad a múltiples enfermedades sistémicas, producto de infecciones provenientes de los procesos periapicales, inflamaciones gingivales y de aquellas generadas por la inadecuada prótesis fija. Esto hizo que se hagan extracciones de manera innecesaria.

Para el siglo XIX e inicios del XX el tratamiento periodontal se basaba únicamente en la eliminación de cálculos, mientras que como técnica quirúrgica se aplicaba de manera especial para tratar agrandamientos gingivales, así nació la gingivectomía. Con la llegada de la anestesia, esta permitió que se desarrollara la operación a colgajo, mientras que los rayos X lograron ver el hueso subyacente, planeando así la corrección quirúrgica en cuanto a los defectos óseos. El sueco Leonard Widman para 1917 y Robert Neumann en 1912, procedieron a describir la operación a colgajo, que aún hoy se utiliza.

En cuanto a la conducta con el hueso tuvo variación con los conocimientos que fueron adquiridos por estudios microscópicos realizados con antelación, en un principio se eliminaba el hueso marginal debido a que se creía estaba infectado, ya en 1935 Kronfeld logró comprobar que el hueso no se infectaba, solo se reabsorbía debido a la extensión que derivaba el proceso inflamatorio gingival. Sin embargo se notó que la corrección de pérdidas óseas verticales, así como los márgenes óseos de manera irregular era necesaria, por cuanto se impedía la recidiva de las lesiones.. (p. 79).

Examinando nuevamente la obra de Carranza⁷ puedo saber que:

En la mitad del siglo XX aun los periodoncistas eran conservadores, solo procedían al raspaje, o radicales practicaban la cirugía, el tratamiento era basado en base a experiencias y opiniones personales de prestigiosos odontólogos que hacía la proposición del método. Después de 1945 se tenía clara la idea de que las estructuras periodontales que eran normales así como las patológicas, por la ayuda de la microscopía óptica. Se procedió a investigar y analizar con animales de laboratorio y en seres humanos sobre la respuesta periodontal ante el daño de factores sistémicos y locales, de igual manera la cicatrización post-tratamiento. Los estudios citados, clínicos o de laboratorio, requerían de sumo cuidado, aparecieron mejores métodos en cuanto a la observación y en el uso de controles. En la década del 50 dl siglo pasado trabajos de Jens Waerhaug científico noruego, contribuyeron a crear la escuela escandinava, que comenzó a cuestionar

⁷Carranza, Fermín. (2012). El progreso de la periodoncia en el siglo XX. Los Ángeles California. [En línea]. Consultado: [26 de mayo de 2015]. Disponible en: www.dental-tribune.com

conceptos dados por la escuela vienesa, por ejemplo el mecanismo de la unión diente-epitelio gingival. (p.3).

Estudiando la obra de Carranza, Newman y colaboradores⁸ (2010) puedo referenciar que:

Las enfermedades periodontales y gingivales, en las múltiples formas, han ido afectando a los seres humanos desde miles de años, se han logrado identificar enfermedades periodontales agresivas que afectaron a personas de civilizaciones antiguas, tal cual se aprecia la pérdida ósea en hallazgos del antiguo Egipto, así como en América precolombina.. (p. 1).

2.1.1. Estado de los tejidos periodontales.

Periodonto de sostén y de protección.

Analizando la tesis de Barragán⁹ (2012) puedo citar que:

El periodonto denominado tejido de sostén de los dientes o aparato de inserción, lo que constituye una unidad básica de desarrollo, biológica y funcionalmente, que presenta cambios determinados que tienen relación con la edad, además se encuentra sometida a cambios morfológicos relacionadas con alteraciones funcionales, así como en el medio ambiente bucal". (p. 16).

Consultando la obra de Carranza & Snajder¹⁰ (1996) se puede referenciar que: Se llama periodoncio a la unión de sostén del diente y el cemento radicular, considerado parte del

⁸Carranza, F., Newman, M. et al (2010). Periodontología clínica, décima edición. Distrito Federal, Estados Unidos Mexicanos.

⁹Barragán, O. (2012). Respuesta Microbiológica y Bioquímica de la periodontitis en pacientes con VIH. Guayaquil, República del Ecuador. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5065/1/BARRAGANveraOLMER.pdf>

¹⁰Carranza, F. y Snajder, N. (1996). Compendio de Periodoncia, quinta edición.. Buenos Aires, República de Argentina. [En línea]. Consultado: [5, junio, 2015]. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=tMiTxIOhrvsC&pg=PA181&dq=tejidos+periodontales&hl=es&sa=X&ei=QrxvXfPuLbCxsAS8yYHYCQ&ved=0CEQQ6AEwBw#v=onepage&q=tejidos%20periodontales&f=false>

periodoncio, por cuanto a que presentan origen embrionario junto al ligamento periodontal y del hueso alveolar. (p.1).

Examinando la obra de Carranza & Snajder¹¹ (1996) se pudo conocer que: “El periodoncio marginal refiere a la gingiva y la porción cervical de tejidos de sostén del diente”. (p.1).

Consultando la obra de Ferro y Gómez¹² (2007) pude citar que: “El periodonto está conformado por la unidad dentogingival y el periodonto de protección, así como por el periodonto de inserción o la unidad dentoalveolar”. (p. 11).

Estudiando la obra de Lindhe¹³ se cita que: “La principal función del periodonto radica en unir al diente con el tejido óseo de ambos maxilares, manteniendo de manera integral en la superficie de toda la mucosa masticatoria de la cavidad bucal”. (p. 13).

Examinando nuevamente la obra de Lindhe¹⁴ se expone que:

Los tejidos periodontales se desarrollan cuando se produce la formación y desarrollo de los dientes, este proceso empieza en la fase embrionaria temprana, cuando las células que forman la cresta neural avanzan hacia interior el primer arco branquial. Después de que dichas células no diferenciadas aun llegan a la ubicación correspondidas entre los maxilares, donde el epitelio del estomodeo empieza a liberar factores que empiezan a realizar interacciones con el epitelio-ectomesenquimáticas. (p. 13).

¹¹Carranza, F. y Snajder, N. (1996). Compendio de Periodoncia, quinta edición.. Buenos Aires, República de Argentina. . [En línea]. Consultado: [05, junio, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=tMiTxIOhrvsC&pg=PA181&dq=tejidos+periodontales&hl=es&sa=X&ei=QrxvVfPuLbCxsAS8yYHYCQ&ved=0CEQQ6AEwBw#v=onepage&q=tejidos%20periodontales&f=false>

¹²Ferro, M., y Gómez M., (2007). Fundamentos de la odontología, segunda edición. Bogotá, República de Colombia.

¹³Lindhe Jan. (2005). Periodoncia clínica e implantología odontológica, cuarta edición. Madrid, Reino de España.

¹⁴Lindhe Jan. (2005). Periodoncia clínica e implantología odontológica, cuarta edición. Madrid, Reino de España

Investigando la obra de Carranza, Newman y colaboradores¹⁵ (2010) puedo saber que:

En el adulto, la encía en condiciones normales llega a cubrir la raíz del diente y el hueso alveolar, llegando al nivel coronal en la unión amelocementaria, la encía procede a dividirse anatómicamente en las áreas marginales. Cada clase de encía tiene una considerable variación en lo relativo a la diferenciación, su histología y grosor, acorde con las exigencias funcionales, estando estructuradas de manera específica para que funcione de forma apropiada contra el daño microbiano y mecánico. (p. 46).

2.1.2. Encías.

Leyendo la obra de Manson, Soory, y colaboradores¹⁶ (2012) puedo transcribir que:

La encía forma parte de la mucosa de la boca que rodea el diente, cubriendo el hueso alveolar, forma parte de los llamados tejidos de soporte periodontal, que al formar una conexión con el diente por medio del surco gingival, pasa a proteger a los llamados tejidos de soporte subyacentes que están frente al entorno bucal. (p.10).

Analizando la obra de Bascones¹⁷ puedo citar que:

Se puede distinguir cuatro tipos de mucosa:

Masticatoria: la que recubre el hueso alveolar y el paladar duro.

Especializada: recubre la parte dorsal de la lengua.

Revestimiento: recubre todas las mejillas, el suelo de boca y mucosa alveolar.

Transición: están entre la mucosa de revestimiento y del labio. (p. 50).

Estudiando la obra de Lindhe¹⁸ (2005) puedo citar que:

La mucosa oral sigue y se une con la piel de los labios, así como las mucosas de la faringe y el paladar blando, la mucosa bucal presenta: una mucosa masticatoria que incluye el recubrimiento del paladar duro y la encía; la mucosa especializada que viene a cubrir la parte dorsal de la lengua; y, la parte que resta llamada mucosa de revestimiento. (p.15)

¹⁵Carranza, F., Newman, M. y cols. (2010). Periodontología clínica, décima edición. Distrito Federal, Estados Unidos Mexicanos.

¹⁶Manson J.D., Soory M., y cols. (2010). Periodoncia. Barcelona, Reino de España. Sexta Edición.

¹⁷Bascones, A. (2009). Periodoncia clínica e implantología oral. Barcelona, Reino de España.

¹⁸Lindhe Jan. (2005). Periodoncia clínica e implantología odontológica, cuarta edición. Madrid, Reino de España.

Leyendo la obra de Carranza, Newman y colaboradores¹⁹ (2010) puedo saber que: “La encía que está normal pasa a cubrir el hueso alveolar, así como la raíz de la pieza dental hasta llegar al nivel coronal de la unión amelocementaria”. (p. 46).

Estudiando la obra de Manson, Soory, y colaboradores²⁰ puedo citar que:

Al igual que todos los tejidos vitales, la encía se puede adaptar a los cambios del entorno, en el caso de la boca, la primera porción del tubo digestivo y del lugar de preparación inicial de la ingesta alimenticia y la digestión, se la considera que está en un entorno hostil. Los tejidos bucales se exponen al amplio número de estímulos. Factores como la temperatura, consistencia de alimentos, bebidas, así como la acidez, composición química y alcalinidad tienden a variar considerablemente. (p. 1).

Examinando la obra de Carranza, Newman y colaboradores²¹ (2014) puedo referenciar que:

Encía Marginal. O no adherida, está en el borde de la encía o extremo terminal que rodea los dientes como forma de collar, cerca del 50% de casos observados, están separados de la encía insertada por una depresión superficial lineal, el llamado surco gingival libre.

Surco Gingival. El surco gingival es el espacio superficial o grieta alrededor del diente que está limitado por la superficie de la pieza dental en un lado, mientras que el epitelio para a revestir la parte libre de la encía por el otro lado.

Encía Insertada. Es la continuación de la encía marginal, resistente, firme, se une de manera fuerte al periostio del hueso alveolar.

Encía Interdental. Ocupa la tronera gingival, el espacio interproximal abajo del área que está en contacto dental. Puede tener forma piramidal o forma de collado. (p. 13-14).

¹⁹Carranza, F., Newman, M. y cols. (2010). Periodontología clínica, décima edición. Distrito Federal, Estados Unidos Mexicanos.

²⁰Manson J.D., Soory M., y cols. (2010). Periodoncia. Barcelona, Reino de España. Sexta Edición.

²¹Carranza & Newman, (2014). Periodontología clínica, onceava edición. New York

2.1.3. Función de la encía.

Leyendo la obra de Crespo²² (2008) puedo citar que:

La encía presenta funciones de defensa y protección, en el caso de la encía oral y la encía del surco estas tienen toda una función de sujeción y protección del diente, el epitelio de unión juega un importante papel para controlar la infección. (p. 22)

Examinando la obra de Zerón²³ (2003) puedo citar que: “La forma de la encía tiene que llenar los espacios dispuestos entre diente y diente, esto se conoce como papila gingival”. (p. 25).

2.1.4. Características de una encía sana.

Consultando la obra de Carranza, Newman y colaboradores²⁴ (2010) puedo conocer que:

Color: El color de la encía insertada y marginal se la describe como rosa coral y es dado por el suministro vascular, grosor y grado de queratinización del epitelio, así como de la presencia de células que tienen pigmentos.

Tamaño: Corresponde a la suma total de la masa de elementos intercelulares y celulares, también al suministro vascular, al modificarse el tamaño se sabe que haya enfermedad gingival.

Forma, la forma de la encía interdental está determinada por el contorno de las superficies dentales proximales, así como la ubicación y forma de los espacios interproximales.

Consistencia: en condiciones normales la encía es elástica y firme, menos en el margen móvil libre, está insertada con mucha firmeza al hueso.

Textura superficial, la superficie de la encía normal presenta textura similar a la de cáscara de naranja, se conoce como graneada. La encía insertada se mira graneada; mientras que la encía marginal no. (p. 62)

²²Crespo, E. (2014). Influencia de las fuerzas oclusales sobre la reabsorción radicular en dientes con enfermedad periodontal. [En línea]. Consultado: [21, noviembre, 2014] Disponible en: <http://books.google.es/books?id=PTjTPIFc1CMC&pg=PA18&dq=tejidos+periodontales+la+encia&hl=es&sa=X&ei=EidvVLiHMcWcNs62gaAG&ved=0CDUQ6AEwAA#v=onepage&q=tejidos%20periodontales%20la%20encia&f=false>

²³ Zerón, A. (2003). Como Conservar sus Dientes y Encías Toda la Vida: Odontología para pacientes. Distrito Federal, Estados Unidos Mexicanos. [En línea]. Consultado: [04, julio, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=putFvfVJuXEC&pg=PA23&lpg=PA23&dq=funciones+de+la+encia&source=bl&ots=VeTOLUGLna&sig=hrTEwPxxw02Bdy-IMeM5rJgkfig&hl=es&sa=X&ei=JIFwVc6vD4ydNvOzsgsI&ved=0CC0Q6AEwAzgU#v=onepage&q=funciones%20de%20la%20encia&f=false>

²⁴Carranza, F., Newman, M. y cols. (2010). Periodontología clínica, décima edición. Distrito Federal, Estados Unidos Mexicanos.

Investigando la obra de Lindhe²⁵ (2008) se cita que: “Las fibras que forman el tejido conjuntivo se producen por los fibroblastos y se pueden clasificar: fibras de reticulina, fibras colágenas, fibras de oxitalano y fibras elásticas”. (p.21).

2.2. Ligamento periodontal.

Leyendo la obra de Ferro y Gómez²⁶ (2007) puedo exponer que:

El ligamento periodontal se origina en las fibras del llamado saco dental, es el mecanismo de unión existente entre el diente, y une el cemento radicular con el hueso alveolar. Es tejido conectivo laxo, altamente vascularizado, donde hay gran cantidad de fibroblasto. (p. 22).

Examinando nuevamente la obra de Ferro y Gómez²⁷ (2006) puedo transcribir que:

El ligamento periodontal posee un ancho aproximado de 0.25mm, su presencia posibilita la absorción y distribución de fuerzas que son desencadenadas durante la función al interior del proceso alveolar. También es de gran importancia para la movilidad fisiológica de la pieza dental, misma que está determinada por la altura, ancho, altura y calidad del ligamento periodontal. (p. 22).

Leyendo el libro de Carranza & Snajder²⁸ (1996) puedo referenciar que: “Las funciones de mayor importancia del ligamento periodontal son mecánico, que da soporte al diente, genético, es formadora de cemento y hueso; así como sensorial y nutritiva, porque provee inervación y nutrición al cemento y al hueso”. (p. 7).

Consultando la obra de Bascones²⁹ (2009) puedo conocer que:

Las fibras principales se logran insertar, por un parte en el cemento y por otra en la lámina cribosa que está en el hueso alveolar, en la región apical, el tejido

²⁵ Lindhe Jan. (2008). Periodoncia clínica e implantología odontológica, quinta edición. Madrid, Reino de España.

²⁶Ferro, M., y Gómez M., (2007). Fundamentos de la odontología, segunda edición. Bogotá, República de Colombia.

²⁷Ferro, M., y Gómez M., (2007). Fundamentos de la odontología, segunda edición. Bogotá, República de Colombia.

²⁸Carranza, F. y Snajder, N. (1996). Compendio de Periodoncia, quinta edición.. Buenos Aires, República de Argentina. [En línea]. Consultado: [05, junio, 2015] Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=tMiTxIOhrvsC&pg=PA181&dq=tejidos+periodontales&hl=es&sa=X&ei=QrxvVfPuLbCxsAS8yYHYCQ&ved=0CEQQ6AEwBw#v=onepage&q=tejidos%20periodontales&f=false>

²⁹Bascones, A. (2009). Periodoncia Clínica e implantología oral. Barcelona, Reino de España: Ediciones Avances Médico-dental.

conectivo periodontal está en contacto con el tejido conectivo pulpar. Esta conexión de todo el sistema biológico se pone en contacto y tiene relación con las infecciones entre las múltiples regiones, a lo que se denomina problemas endoperiodontales. (p. 63).

2.2.1. El hueso alveolar.

Analizando a Bascones³⁰ (2009) puedo citar que el hueso alveolar: “se compone por la pared interior del alvéolo y la lámina cribiforme, está formada por hueso duro llamado hueso alveolar”. (p. 10).

Leyendo la obra de Carranza & Sznajder³¹ (1996) puedo conocer que el hueso alveolar es:

Los huesos maxilar superior e inferior que forman los alveolos dentales se continúa con el restante de la estructura ósea, el hueso se constituye por una matriz de colágeno calcificada con osteocitos que están en espacios llamados lagunas. El hueso de manera general es un tejido que está en constante remodelación, siempre presenta áreas en formación y destrucción. El hueso alveolar y las zonas vecinas se distinguen: porque la zona de hueso compacto que da forma al alvéolo propiamente dicho; el esponjoso perialveolar, así como la parte cortical externa del maxilar.

El hueso alveolar cae por debajo del límite amelocementario, esto permite que se puedan insertar fibras gingivales y crestodontales en toda la franja cementaria que no está cubierta por hueso. (p. 10-11).

Indagando a Crespo³² (2008) se pudo citar que: “La apófisis alveolar es la parte del hueso maxilar y la mandíbula la cual soporta los dientes, formando los alveolos dentarios, que son cavidades cónicas donde se alojan las raíces”. (p. 33).

³⁰Bascones, A. (2009). Periodoncia clínica e implantología oral. Barcelona, Reino de España: Ediciones Avances.

³¹Carranza & Sznajder (1996). Compendio de Periodoncia. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.

³²Crespo, E. (2008). Influencia de las fuerzas oclusales sobre la reabsorción radicular en dientes con enfermedad periodontal. [En línea]. Consultado: [21, noviembre, 2014] Disponible en: <http://books.google.es/books?id=PTjTPIFc1CMC&pg=PA18&dq=tejidos+periodontales+la+encia&hl=es&sa=X&ei=EidvVLIHMcWcNs62gaAG&ved=0CDUQ6AEwAA#v=onepage&q=tejidos%20periodontales%20la%20encia&f=false>

Analizando el documento de Padilla³³ (2008) puedo analizar que:

Pérdida ósea horizontal. Hace referencia a la pérdida interproximal del hueso que está manteniendo a la cresta alveolar, es paralela a la línea imaginaria del límite amelo cementario adyacente. La pérdida vertical refiere a que se pierde interproximalmente el hueso donde la cresta alveolar no resulta paralela. (p. 43-50).

Leyendo la obra de Carranza & Sznajder³⁴ (1996) puedo conocer que: “El hueso alveolar en la cara externa se pueden presentar defectos denominados fenestraciones y dehiscencias”. (p. 12).

2.2.2. Cresta alveolar.

Analizando la obra de Alcocer³⁵ (2009) puedo conocer que:

El efecto más serio de la enfermedad periodontal viene a ser la destrucción del hueso alveolar, la distancia entre la cresta ósea y el límite amelocementario viene a ser de 1 a 1.5 mm. La pérdida ósea que causa la periodontitis puede darse de dos formas:

Reabsorción horizontal, ya que el patrón de la destrucción ósea viene a ser paralelo a la línea que inicia las líneas amelocementarias de las piezas dentales, están perpendiculares al eje axial.

Reabsorción vertical, llamados defectos óseos verticales, el patrón de pérdida ósea viene a formar una línea paralela al eje axial del diente. (p. 20-21).

³³Padilla, A. (2009). Enfermedad Periodontal. [En línea]. Consultado el: [1, diciembre, 2014] Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/29899/1/periodonto.pdf>

³⁴Carranza & Sznajder (1996). Compendio de Periodoncia. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.

³⁵Alcocer, A. (2009). Manual de Higiene Bucal. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. Madrid, Reino de España: Médica Panamericana

2.2.3. Cemento.

Leyendo la obra de Crespo³⁶ (2008) puedo citar que:

Es un tejido conectivo avascular, duro, que no tiene inervación propia, cubre al esmalte, la dentina, su acción principal es servir como anclaje para insertar las fibras del ligamento periodontal, lo cual fija el diente a la cavidad alveolar. Hay numerosas evidencias de que la maduración del cemento es algo de mucha importancia para la adecuada maduración de todos los tejidos periodontales, también para su mantenimiento y regeneración. (p. 24).

Con la finalidad de tener otros criterios, se consultó la obra de Crespo³⁷ (2008) se pudo referenciar que: “El cemento tiene color blanco nacarado, es duro igual que el hueso laminar, pero menor que el esmalte y la dentina. Su radiopacidad es similar al hueso y es menor que la dentina y el esmalte”. (p. 23).

Consultando la obra de Crespo³⁸ (2008) puedo citar que:

El tejido epitelial está unido al diente por medio del epitelio de unión, el cual en dientes sanos se localiza en la unión cementoadamantina, el tejido gingival se une a la superficie de la raíz por abajo de la unión cementoadamantina, a través de fibras de inserción que logran introducirse en el cemento radicular, encima de la llamada cresta alveolar. Por debajo del epitelio, se encuentra un área muy rica en colágeno de tipo I y III, mientras que el colágeno tipo IV está en la membrana basal. (p. 19).

Examinando la obra de Carranza & Sznajder³⁹ (1996) puedo referenciar que: “El tejido mesenquimático cuando está calcificado es bastante similar al hueso, por sus

³⁶Crespo, E. (2008). Influencia de las fuerzas oclusales sobre la reabsorción radicular en dientes con enfermedad periodontal. [En línea]. Consultado: [21, noviembre, 2014] Disponible en: <http://books.google.es/books?id=PTjTPIFc1CMC&pg=PA18&dq=tejidos+periodontales+la+encia&hl=es&sa=X&ei=EidvVLIHMcWcNs62gaAG&ved=0CDUQ6AEwAA#v=onepage&q=tejidos%20periodontales%20la%20encia&f=false>

³⁷Crespo, E. (2008). Influencia de las fuerzas oclusales sobre la reabsorción radicular en dientes con enfermedad periodontal. [En línea]. Consultado: [21, noviembre, 2014] Disponible en: <http://books.google.es/books?id=PTjTPIFc1CMC&pg=PA18&dq=tejidos+periodontales+la+encia&hl=es&sa=X&ei=EidvVLIHMcWcNs62gaAG&ved=0CDUQ6AEwAA#v=onepage&q=tejidos%20periodontales%20la%20encia&f=false>

³⁸Crespo, E. (2008). Influencia de las fuerzas oclusales sobre la reabsorción radicular en dientes con enfermedad periodontal. [En línea]. Consultado: [21, noviembre, 2014] Disponible en: <http://books.google.es/books?id=PTjTPIFc1CMC&pg=PA18&dq=tejidos+periodontales+la+encia&hl=es&sa=X&ei=EidvVLIHMcWcNs62gaAG&ved=0CDUQ6AEwAA#v=onepage&q=tejidos%20periodontales%20la%20encia&f=false>

características fisicoquímicas y estructurales, pasa a cubrir la raíz anatómica del diente”.
(p. 9).

Manifestaciones de la enfermedad periodontal.

Alteración del aspecto gingival.

Analizando la obra de Eley, Soory y Manson⁴⁰ (2010) puedo citar que:

Los cambios de tonalidad se describen tomando en consideración el color, forma, tamaño, consistencia y características superficiales. Encías sanas tienen color rosa pálido, el margen es puntiagudo y festoneado, la papila fina con normalidad esta surcada por un surco apical en relación a la encía marginal. (p. 163-165).

Reabsorción horizontal y vertical.

Consultando información disponible en el sitio web de la Universidad Andrés Bello de Chile⁴¹ (s/f) puedo saber que:

Patrones de daño óseo en la llamada enfermedad periodontal.

Defectos óseos, la pérdida del soporte óseo alveolar viene a ser uno de los signos característicos de la destrucción que presenta la enfermedad periodontal considerada para representar las consecuencias anatómicas de la extensión apical que se presenta en la periodontitis.

La extensión y severidad de la pérdida del hueso alveolar esta determinada por combinación de signos radiológicos y clínicos, su importancia radica en planificación de tratamiento, diagnóstico clínico y estimación de un pronóstico.

El grosor del hueso alveolar, es el de mayor importancia determinando si la pérdida ósea es vertical o horizontal.

Cada defecto óseo tiene afectación individual de un diente específico en la dentadura de cierto paciente, por tanto tiene una anatomía única. (pp.3-5, 7).

³⁹Carranza, F. & Sznajder, N. (1996). Compendio de Periodoncia. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.

⁴⁰Eley, B. M. Soory M. y Manson J.D. (2010). Periodoncia. Barcelona, Reino de España. Sexta edición: Editorial Elsevier.

⁴¹López, Melissa. (s/f). Defectos Óseos: Diagnóstico Radiográfico. Universidad Andrés Bello. Chile. [En línea] http://www.emagister.com/uploads_courses/Comunidad_Emagister_68945_68945.pdf

De igual manera, López⁴² (s/f) sobre el mismo tema indica que:

Tipos de defectos óseos periodontales. Es una manera de clasificar los defectos que presentan los huesos, es decir infraóseos, supraóseos e interradiculares o defectos de furca.

Defectos infraóseos. Aquellos que están en la base del saco, tienen una localización superior a la cresta alveolar residual adyacente.

Defectos supraóseos. Aquellos que están en la base del saco, localizado coronalmente en relación a la cresta alveolar subyacente.

Campos⁴³ (2013) con respecto a la reabsorción afirma que:

De acuerdo a esto se ha clasificado la reabsorción del maxilar superior en tres tipos: Tipo I, Tipo II y Tipo III según el grado de reabsorción horizontal y vertical que presenten.

Tipo I. La reabsorción en sentido vestíbulo palatino, mantiene la altura del reborde con una pérdida en la altura no mayor a 7 mm. E

Tipo II. Reabsorción anteroposterior y en la altura mayor a los 7 mm. con un remanente óseo de 10 mm.

Tipo III. Reabsorción total del maxilar en sentido anteroposterior y de altura. Se tiene un maxilar en posición superior y posterior que presenta una pseudo clase III de angle, (pp.28, 29).

Leyendo la obra de Orozco⁴⁴ (2006) puedo referenciar que:

Tabique interdental o hueso alveolar. La imagen de la radiografía presenta pérdida ósea en menor proporción a la real, la diferencia radica en la altura real de la cresta alveolar y la que aparece en la radiografía (de 0 a 1.6 mm).

⁴²López, Melissa. (s/f). Defectos Óseos: Diagnóstico Radiográfico. Universidad Andrés Bello. Chile. [En línea]. Consultado: [30, agosto, 2014]. Disponible en: http://www.emagister.com/uploads_courses/Comunidad_Emagister_68945_68945.pdf

⁴³Campos Salvaterra, Omar. (2013). Propuesta de algoritmo de reconstrucción para maxilares atroficos. Revista Dental de Chile. [En línea]. Consultado: [15 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20abril%202013/pdf/propuesta_de_algoritmo.pdf

⁴⁴Orozco Torallao, Mariela. (2006). Diagnóstico Radiológico Periodontal. Guatemala. [En línea]. Consultado: [20 de junio del 2015]. Disponible en: http://www.usac.edu.gt/fdeo/biblio/apoyo/tercero/practica_radiologia.pdf

Hueso cortical o lámina dura. Es la porción del hueso alveolar que cubre el alveolo, es un delgado borde radiopaco que está junto a la cresta y el ligamento periodontal, en la radiografía aparece como una línea blanca continua

Hueso esponjoso, apófisis alveolar o cresta alveolar, es la porción del hueso alveolar que tiene aspecto de red en la radiografía, en condiciones normales, se localiza entre 1.5 y 2 mm. en sentido apical a la unión del cemento esmalte.

Patrón. Se utilizan la unión cemento esmalte de todos los dientes adyacentes, esto como referencia para que se determine el patrón de la pérdida ósea.

Distribución. Es un signo diagnóstico importante que señala la ubicación de los factores destructivos locales en las zonas diferentes de la boca, así como en distintas superficies del diente.

Abcesos periodontales. Se observan como zonas radiolúcidas discretas en la parte lateral de la raíz, muchas veces estas lesiones se detectan clínicamente, ya que en la radiografía no aparecen, por la agudeza de la lesión. (pp.10-14).

Consultando información disponible en el sitio web de la Academy of osseointegration⁴⁵ puedo conocer que:

Los dientes al ser extraídos del maxilar, esa parte del hueso que lo soportaba tiende a encogerse con el paso del tiempo, este proceso se llama resorción, es una natural consecuencia ante la falta de estimulación al hueso, esto por las fuerzas que se ejercen sobre los dientes. La resorción del hueso alveolar empieza tan pronto se logra extraer el diente y se mantiene con el tiempo. El hueso empieza a perder altura como anchura por la resorción.

Cuando se pierden varios dientes, con o sin la prótesis que los reemplace, se pueden presentar pérdidas significativas del hueso del maxilar, a medida que el hueso se resorbe, la encía que lo cubre se encoge también, creándose una concavidad, depresión a lo alto y ancho, que resulta antiestética. (p.2).

2.2.4. Índice de la alteración del aspecto gingival.

Investigando a Bascones⁴⁶ (2009) puedo conocer que:

0. es una encía normal.

1. gingivitis leve, cuando se presentan cambios de color y pequeños cambios de textura.

⁴⁵Academy of osseointegration (s/f). ¿Qué causa la pérdida de los dientes? http://www.osseo.org/images/PDF%20folder/SPANISH_tooth%20loss_wm.pdf

⁴⁶Bascones, A. (2009). Periodoncia clínica e implantología oral. Ediciones avances médicos- dentales, s.l.

2: gingivitis moderada, hay enrojecimiento, brillo moderado, hipertrofia y edema, así como sangrado cuando hay presión.

3: gingivitis severa, presenta hipertrofia y gran enrojecimiento, ulceración y sangrado espontáneo. (p. 17).

Sangrado gingival.

Indagando la obra de Eley, Soory y Manson⁴⁷ (2009) puedo referenciar que:

El sangrado gingival es el síntoma de mayor referencia en los pacientes, es muy frecuente que las personas no le brindan la importancia del caso, llegando a considerarlo normal, siempre va a representar signo de patología, se produce con frecuencia al cepillarse los dientes. (p. 163).

Estudiando la obra de Bascones⁴⁸ (2009) puedo conocer que: “El sangrado cuando hay sondaje, se utiliza como un signo de actividad de la patología, sin embargo no lo considera un indicador seguro de la actividad de la enfermedad”. (p. 165).

Molestias y dolor.

Leyendo a Eley, Soory y Manson⁴⁹ (2010) puedo referenciar que:

Son poco habituales estas manifestaciones cuando hay gingivitis crónica, probablemente esto se constituye en la razón principal para que se pase por alto la enfermedad, las encías se pueden llegar a doler al cepillarse los dientes, esto hace que el paciente se cepille los dientes en menor intensidad y frecuencia, con ello se acumula placa bacteriana y la situación continúa.

Sabor desagradable. Pueden notar los pacientes el sabor de la sangre, de manera particular si llegan a succionar un espacio interdental. (p. 163).

Leyendo la obra de Eley, Soory y Manson⁵⁰ (2010) puedo saber que: “El mal aliento acompaña con frecuencia a la enfermedad gingival, siendo una frecuente causa de la visita al odontólogo por parte los pacientes, el olor viene de la sangre, y la higiene oral es torna deficiente, debiendo distinguirse el olor procedente de otras fuentes”. (p. 8).

⁴⁷Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). Periodoncia. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

⁴⁸Bascones, A. (2009). Periodoncia clínica e implantología oral. Ediciones avances médicos- dentales, s.l.

⁴⁹Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). Periodoncia. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

⁵⁰ Ibíd.

Con la finalidad de tener nuevos criterios, se consultó la obra de Eley, Soory y Manson⁵¹ (2010) en la que se pudo conocer que:

La halitosis presenta distintas causas, extra orales como intra orales, pudiendo ser la enfermedad oral así como los depósitos de residuos de alimentos, de manera especial aquellos de naturaleza volátil, por ejemplo el ajo, menta, curry, entre otros, esto se constituye en causa frecuente de halitosis. La nariz, patología del tracto respiratorio, amígdalas y pulmones pueden causar olor desagradable, sucediendo lo mismo con enfermedades del tubo digestivo.

Formación de bolsas. Es una parte esencial del diagnóstico periodontal, la medición de bolsas, pero se tiene que interpretar junto con las hinchazones gingivales, inflamación y signos radiográficos de la pérdida sobre el hueso alveolar. (p. 8).

2.2.5. Recesión gingival.

Observando informaciones disponibles en el sitio web de The American Academy of Periodontology. (2001) puedo conocer que: “La recesión del tejido marginal gingival se la define como el desplazamiento del margen gingival apical hacia la unión cemento-esmalte habiendo exposición de la superficie radicular al ambiente bucal”. (p. 4).

Investigando la obra de Carranza⁵² (2001) puedo saber que: “la recesión estriba en la exposición de toda la superficie radicular por la desviación apical en la posición normal de la encía” (p. 9).

Investigando la obra de Soory y Manson⁵³ (2010) puedo citar que.

La recesión gingival, así como la exposición de la raíz pueden estar junto a la periodontitis crónica, sin embargo no son necesariamente características de la enfermedad. La recesión gingival localizada, que solo tiene afectación a la superficie vestibular de la encía, no puede asociarse con la periodontitis crónica,

⁵¹ Ibíd.

⁵² Carranza F, Newman M. (2001). Clinical Periodontology. 9na. ed.

⁵³ Ibíd.

mientras que la recesión generalizada que está afectando a las caras del diente se asocian de modo invariable a la periodontitis. (p. 60).

Leyendo la obra de Miller⁵⁴ (1985) puedo conocer la siguiente clasificación de la recesión gingival:

Clase I. Es la recesión del tejido marginal pero que no logra extenderse a la unión mucogingival.

Clase II. En la recesión del tejido marginal, está se extiende un poco más allá de la línea mucogingival, no llega a perderse tejido periodontal en el área interproximal.

Clase III. Es la recesión del tejido marginal extendido más allá de la llamada línea mucogingival. Se pierde ligeramente el tejido periodontal en la parte interproximal.

Clase IV. Recesión del tejido marginal extendido hasta la línea mucogingival, se produce severa pérdida del tejido periodontal (p. 8-13).

2.2.7. Movilidad dental.

Consultando la obra de Goodson⁵⁵ (1992) puedo exponer que:

Los dientes al no estar en contacto directo con el hueso alveolar, presentan una movilidad fisiológica por la presencia del ligamento periodontal, en el caso de la movilidad dental patológica se puede dar por resultado de la enfermedad periodontal, no siendo la única causa. (p. 373-382).

De acuerdo a lo consultado en la obra Salvi GE, Lang⁵⁶ (2008) puedo referenciar que:

La movilidad dental se lograr medir empleando 2 instrumentos metálicos, aplicando presión para ello en sentido vestíbulo-lingual:

Grado 0, movilidad fisiológica 0.1-0.2 mm en la dirección horizontal.

Grado 1, movimiento hasta 1 mm en el sentido horizontal.

Grado 2, movimiento con más de 1 mm en el sentido horizontal.

Grado 3, movimiento en el sentido horizontal, así como en sentido vertical. (p. 573).

⁵⁴Miller, A. (1985). Clasification of marginal tissue recession. Int J. Periodontitis Restorative. Dent 5(2).

⁵⁵Goodson JM. Diagnosis of periodontitis by physical measurement: interpretation from episodic disease hypothesis.

⁵⁶Salvi, GE., Lindhe, J., Lang, NP. Examination of patients with periodontal disease. In: Lindhe J. Lang NP, Karring T. Clinical periodontology and implant dentistry. Blackwell-Munksgaard 5th edition, Oxford UK. (2008).

Leyendo la obra de Botero & Bedoya⁵⁷ (2010) puedo conocer que:

El trauma por la oclusión, ligamentitis y movimientos ortodónticos, llegan a causar movilidad incrementada de los dientes que a diferencia de la movilidad que es causada por la ortodoncia, ligamentitis y trauma por oclusión, que la causa por periodontitis por el incremento del tiempo, no siendo reversible a la movilidad fisiológica.

Sangrado al Sondaje (SS).

Consultando la obra de Botero & Bedoya⁵⁸ (2010) puedo conocer que:

El sangrado al sondaje se lo puede considerar como un predictor de la enfermedad periodontal, pero es más que un predictor de enfermedad, como es inducido por que penetra la sonda periodontal, se debe tener en cuenta aspectos del sondaje que tienden a variar la interpretación que se tiene del sangrado al sondaje. Cuanto mayor grado de inflamación gingival, hay pérdida gradual a la resistencia de la encía y del EU (26). (p. 14).

2.3. Gingivitis.

Consultando libros de García, C⁵⁹ (2006) puedo saber que la gingivitis es: “es una inflamación que ocasiona siempre malestar en la boca y presenta sangrado, siendo espontaneo o después del cepillado de dientes. Se produce porque hay acúmulo de sarro, dentro o alrededor de la encía, esto ocasiona que se inflame la misma”. (p. 32).

Consultando la obra de Genco, R. J., y Williams, R. C⁶⁰ (2011) puedo referenciar que: “La inflamación gingival está asociada porque hay acumulación de dentobacterias y cálculos, es la forma más común de la enfermedad gingival, la gingivitis se inicia cuando se acumulan bacterias en la película dentobacteriana que está sobre los dientes. (p. 6-7).

⁵⁷Botero JE1, Bedoya E. (2010). Determinantes del Diagnóstico Periodontal.

[En línea]. Consultado el: [23, septiembre, 2014] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v3n2/art07.pdf>

⁵⁸Botero JE1, Bedoya E. (2010). Determinantes del Diagnóstico Periodontal.

[En línea]. Consultado el: [23, septiembre, 2014] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v3n2/art07.pdf>

⁵⁹García, C. (2006). Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco - dental. Ciudad de Madrid: Editorial Ripano, S.A.

⁶⁰Genco, R. J., y Williams, R. C. (2011). Enfermedad periodontal y salud general: una guía para el clínico..

2.3.1. Inflamación gingival.

Investigando la obra de Eley, Soory y Manson⁶¹ (2012) puedo encontrar que: “La inflamación gingival empieza en la papila interdental, desde allí se va extendiendo alrededor del cuello del diente, debido a que la acumulación de la placa bacteriana es mayor en la parte interdental”. (p. 131).

Considerando la obra de Eley, Soory y colaboradores⁶² (2012) puedo conocer que:

Lesión inicial. El primer cambio que se observa ocurre alrededor de vasos sanguíneos gingivales pequeños, estos comienzan a dilatarse, el colágeno perivascular se lo sustituye por pocas células inflamatorias, linfocitos, células plasmáticas y proteínas séricas.

Gingivitis temprana. Los cambios inflamatorios iniciales se dan si persiste el acúmulo de la placa, con incremento de flujo del líquido gingival.

Gingivitis establecida. Al no haber una higiene bucal satisfactoria, empieza la manifestación de una gingivitis clínicamente visible en intervalos de 7 a 14 días. Haya inflamación y papilas interdentales que se vuelven edematosas, sangrando al sondaje. (p. 131 – 132)

Investigando la obra de Eley, Soory & Manson⁶³ (2010) puedo citar que:

La encía. Es la parte que forma la mucosa bucal, la cual rodea al diente, cubriendo al hueso alveolar, forma parte de todos los tejidos periodontales, al formar una conexión con el diente por medio del surco gingival cuida a los tejidos de soporte subyacentes en relación al entorno bucal. La temperatura y consistencia de bebidas y alimentos, acidez, composición química y alcalinidad varían considerablemente.

La encía marginal. Forma una especie de manguito entre 1 a 2 mm de ancho que está alrededor del cuello de la pieza dental. (p. 21)

Investigando a Carranza⁶⁴ (2008) puedo conocer que:

Color. El color de la encía interceptada y marginal es rosa coral, producido por el aporte sanguíneo, el espesor, así como grado de queratinización del epitelio y presencia de células que tienen pigmentos. El color está en relación según las

⁶¹Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). Periodoncia. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

⁶²Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). Periodoncia. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

⁶³Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). Periodoncia. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

⁶⁴Carranza F. A. (2008): Periodoncia Clínica de Glickman. República Federativa de México: Editorial Interamericana, S.A de C.V.

personas y están relacionados con la pigmentación cutánea. Es más claro en personas de piel blanca, que aquellas de tez morena.

La mucosa alveolar es de color rojo, brillante y uniforme en lugar de rosa y granulada. El tejido conectivo es laxo y sus vasos sanguíneos son numerosos.

Tamaño. Es el correspondiente a la suma del volumen de todos los elementos celulares como intercelulares, la alteración del tamaño es característica muy común en la enfermedad gingival. (p. 21).

Consistencia. La encía siempre es firme y flexible, a excepción del margen gingival movable, que se mantiene fuertemente unido al hueso subyacente, la naturaleza colágena de la lámina propia con su continuidad muco-periostio del hueso alveolar, le otorgan la consistencia firme a la encía insertada.

Textura superficial. Presenta una superficie finamente lobulada, al igual que la cascara de naranja, es punteada y se observa mejor cuando la encía está seca. (p. 21-22).

Leyendo la obra de Carranza⁶⁵ (2010) puedo referenciar que:

Forma. La forma de la encía interdental se determina con el contorno de las superficies dentales proximales y la ubicación y forma de los espacios interproximales de las coronas están relativamente planas en sentido vestibulolingual, las raíces se encuentran más juntas, el hueso interdental es delgado y los espacios interproximales gingivales y la encía interdental son estrechos en sentido mesiodistal. Por el contrario, en superficies proximales que mesiodistal. Por el contrario, en superficies proximales que divergen desde el área de contacto, el diámetro mesiodistal de la encía interdental es amplio. La altura de la encía interdental varía de acuerdo con la ubicación del contacto proximal. Por tanto, en la región anterior de la dentadura, la papila interdental tiene forma piramidal, mientras que la papila está más aplanada en una dirección bucolingual en la región molar.

Posición: la posición de la encía alude al nivel que se inserta el diente en el margen gingival, cuando erupciona el diente en la cavidad bucal, el margen y el surco se encuentran en la punta de corona; a medida que avanza la erupción se les observa más cercano a la raíz. Durante el proceso de erupción ya descritos los epitelios de unión bucal y reducida del esmalte sufren grandes alteraciones y remodelación conservando la baja profundidad fisiológica del surco. (p.69).

Leyendo la obra de Carranza⁶⁶ (2010) puedo referenciar que:

Forma. Está determinada por el contorno de las superficies dentales proximales, así como por la forma y ubicación de los espacios interproximales de las coronas dentales, están relativamente planas, las raíces están más juntas, el hueso interdental es totalmente delgado, la encía interdental y los espacios interproximales gingivales son estrechos en sentido mesodistal.

Posición. La posición de la encía tiene relación con el nivel que se logra insertar al diente en el margen gingival, cuando logra erupcionar el diente en la

⁶⁵Carranza (2010). Periodontología clínica. México. Editorial: Graw Hill interamericana Editores S.A de C.V.

⁶⁶Carranza (2010). Periodontología clínica. México. Editorial: Graw Hill interamericana Editores S.A de C.V.

respectiva cavidad bucal, el surco y el margen se encuentran en el ápice de la corona. (p.69)

2.4. Periodontitis.

2.4.1. Enfermedad periodontal.

Consultando la obra de Carranza⁶⁷ (2004) puedo conocer que “la enfermedad periodontal es una lesión inflamatoria de todos los tejidos que soportan los dientes es causada por microorganismos que producen la destrucción de forma progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar”. (p. 64).

Leyendo información disponible en el sitio web Ruiz, H., Herrera, A⁶⁸ (2009) puedo citar que:

El término enfermedad periodontal lograr incluir trastornos que afectan el aparato de sostén del diente, es frecuente en los ancianos, las periodontopatías están caracterizadas por síntomas y signos como enrojecimiento, halitosis, hinchazón, sangrado, sensibilidad y retracción de las encías, dientes flojos o separados, material purulento que hay entre los dientes y las encías. (párr. 6).

Leyendo la obra de Castaño, Perea, Bascones⁶⁹ (2008) puedo conocer que:

La enfermedad periodontal es el proceso infeccioso de las encías y de todo el aparato de inserción adyacente, que se produce por interacción de varios microorganismos que llegan a colonizar el área supra y subgingival. A diferencia de la gingivitis, está caracterizada por pérdida estructural del aparato de inserción, que es producida por bacterias. (párr. 3 –4 – 5)

⁶⁷ Carranza, Newman, Takei. (2004). Periodontología clínica. República Federal de México. Editorial Mc Graw Hill. 9ª Edición.

⁶⁸ Ruiz, H., Herrera, A. (2009). La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. [En línea]. Consultado: [26, agosto, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002009000300007&script=sci_arttext&tlng=en

⁶⁹ Castaño, E., Perea, M., Bascones, A. (2008). Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852008000100003&script=sci_arttext

Investigando la obra de Gene⁷⁰ (2011) puedo referenciar que:

La periodontitis es la infección crónica que se destruye el aparato de soporte del diente, incluye al ligamento periodontal, así como el soporte alveolar de los dientes, mientras que la gingivitis puede o no desarrollar hasta convertirse en periodontitis, asociada esta enfermedad con pérdida de inserción en el hueso alveolar. Se inicia por acumulación local de bacterias, biopelícula sobre el diente y sus productos metabólicos, endotoxinas. (p. 8).

Consultando la obra de Gene⁷¹ (2011) puedo conocer que: “Algunos de los signos clínicos incluyen el bolsas profundas, sangrado al sondaje, recesión gingival y movilidad dental, este proceso que destruye es silencioso y continua por largos períodos de tiempo sin que pueda identificarse”. (p. 8).

En el sentido de la exploración clínica Ríos, Machuca y Bullón⁷² (s/f) hacen notar que:

ASPECTO VISUAL. La encía que está sana tiene color rosa coral, es de consistencia firme y aspecto con piel de naranja, no sangra.

La encía enferma en cambio es de color blanquecino a rojo, por efecto de la vasodilatación, aumenta el volumen, es de consistencia blanda, produce sangrado, al roce de los alimentos y después de forma espontánea. Puede presentarse hiperplasia gingival o recesión.

La recesión gingival tiene manifestación clínica como la exposición de unión amelocementaria, el agrandamiento gingival puede ocurrir por efecto colateral de los tratamientos sistémicos a ciertos productos como ciclosporina, fenitoina y antagonistas del calcio.

Periodontograma. La exploración periodontal se realiza en un diagrama donde se toman las siguientes medidas:

Profundidad del sondaje, profundidad de bolsa. La profundidad del sondaje es la distancia entre el margen gingival hasta el fondo de la bolsa periodontal, se mide con una sonda milimetrada en 6 puntos, en cada diente (mesial, medio y distal en bucal y mesial, medio y distal en palatino).

⁷⁰Gene, J. (2011). Enfermedad periodontal y Salud General: Una Guía para el Clínico. República de Colombia: Producción Gráfica Editores S.A.

⁷¹Gene, J. (2011). Enfermedad periodontal y Salud General: Una Guía para el Clínico. República de Colombia: Producción Gráfica Editores S.A.

⁷² Ríos, Vicente. Machuca, Carmen. Bullón, Pedro. (s/f). Exploración clínica y radiográfica. España. [En línea]. Consultado: [19 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://personal.us.es/jvrios/pdf/nojcr/librosepa.pdf>

Nivel de inserción periodontal, no coincide el nivel de inserción periodontal con la respectiva profundidad de la bolsa.

Recesión gingival. Se procede a medir la distancia desde la porción más coronal de la encía libre, a la línea amelocementaria.

Movilidad. Es para ver la pérdida de hueso alveolar. Está dividido en tres grados:

Grado 1. Movilidad de la corona dental, de 0.2 a 1 mm en la dirección horizontal

Grado 2. Movilidad de la corona dental mayor, de 1 mm en el sentido horizontal.

Grado 3. Movilidad de la corona dental en sentido vertical. (pp.1, 2).

La sociedad española de periodoncia y osteointegración⁷³ (s/f) en lo que respecta a sondaje indica lo siguiente:

CÓDIGO 0. No se presentan bolsas de 4 mm o de mayor de profundidad.

No se presentan obturaciones desbordantes o cálculos. No se presenta sangrado tras el sondaje.

CÓDIGO 1. No se presentan bolsas de 4 mm o de mayor de profundidad.

No hay obturaciones desbordantes o cálculos.

Se nota sangrado tras el sondaje.

CÓDIGO 2. No se presentan bolsas de 4 mm o más de profundidad.

Se logra apreciar el cálculo dental o demás factores de retención de la placa como obturaciones desbordantes

CÓDIGO 3. La profundidad de sondaje es de 4 y 6 mm en uno o más dientes del sextante correspondiente.

CÓDIGO 4. La profundidad de sondaje es mayor a 6 mm en uno o más dientes del sextante.

CÓDIGO 5. La profundidad de sondaje es mayor de 6 mm en uno o más dientes del sextante. (pp.6,7).

⁷³Sociedad española de periodoncia y osteointegración. Guía de diagnóstico y tratamiento periodontal. (s/f). España [En línea]. Consultado: [20 de enero de 2015]. Disponible en: https://sepa.es/images/stories/SEPA/ESTAR_al_DIA/Guia%20de%20Tratamiento%20Periodontal.pdf

Investigando información disponible en el sitio web Clínica Alcaraz⁷⁴ (2013) puedo saber que:

En las dos décadas finales del siglo XXI se ha realizado un esfuerzo sobresaliente investigador, científico y clínico para demostrar la vinculación bidireccional existente entre la salud bucal y del resto del cuerpo. Al tener las encías enfermas estas influyen sobre el estado de salud sistémico, aumenta el riesgo de partos prematuros en embarazadas, también la posibilidad de que se sufra patologías cardiovasculares entre otros. (p.20).

Etiología.

Investigando la obra de Carranza⁷⁵ (2004) puedo citar que:

La etiología de la enfermedad periodontal se produce por las bacterias patógenas que están presentes en la placa dental, la enfermedad periodontal tiende a desarrollarse y depende del grado en que se haga, depende también en parte de la agresividad con que avancen las bacterias, sumado a factores como: diabetes, fumar tabaco, fumar tabaco, bacterias patógenas, edad género, factores genéticos, estrés, clase social, HIV/SIDA, visitas esporádicas al odontólogo, osteoporosis, sangrado al sondeo y antecedentes de enfermedad periodontal; todo esto aumenta el riesgo que se desarrolle y agudice la enfermedad periodontal. (p. 64).

2.4.2. Gingivitis por placa.

Consultando la obra de Chimenos y López⁷⁶ (2010) puedo referenciar que:

La gingivitis por placa es la inflamación de la encía al acumularse placa bacteriana, es extremadamente frecuente, aparece entre 1 y 3 semanas cuando se ha suspendido la higiene oral. Es reversible, cuando se realiza una higiene oral buena y remoción de la placa por parte del profesional. Hay predominio de bacterias grampositivas, anaerobios estrictos y anaerobios facultativos, ninguno de los factores citados se puede identificar como responsable directo del proceso. (p.103).

⁷⁴La salud de las mujeres pasa por la encía. (2010). España. [En línea]. Consultado: [11 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.clinicaalcaraz.com/uploads/ficheros/paginas/descargas/201310/descargas-cte-3-es.pdf>

⁷⁵Carranza, Newman, Takei. (2004). Periodontología clínica. República Federal de México. Editorial Mc Graw Hill. 9ª Edición.

⁷⁶Chimenos Küstner, Eduardo. López López, José. (2010). Esquemas de medicina bucal. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona. España.

La Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración⁷⁷ (2009) hace notar que:

La gingivitis hace referencia a la respuesta inflamatoria que se produce la encía a las irritaciones locales, por ejemplo placa dental, sin embargo hay una nueva clasificación que se publicó en 1999 por la Academia Americana de Periodoncia, que introduce la definición de patología gingival inducida por placa, donde se unifica todas las lesiones que manifiesten las siguientes características:

Presencia de la placa dental para que se inicie y/o escarbe la lesión.

Signos clínicos de la inflamación, agrandamiento del contorno gingival motivado por edema o fibrosis, aumento de la temperatura sulcular, cambio de color a rojo-azulado, aumento del exudado gingival, hemorragia tras estimulación.

La gingivitis que es causada por la placa bacteriana, es la más prevalente de todas las enfermedades que tienen afectación al periodonto, la etiología bacteriana ha sido demostrada de manera amplia desde la década de los 60 del siglo pasado.

Clínicamente, el contorno firme y regular de la encía tiende a cambiar y aparecer de forma más redondeada con un grado aún más variable de edema fibrosis, la profundidad del surco se ve aumentado ligeramente debido a que se forman pseudobolsas.

La hemorragia cuando se produce el sondaje, se convierte en el primer signo de inflamación y la intensidad es variable, estas variaciones se pueden ver influenciadas por las características anatómicas que presente la raíz dental y por restauraciones que se hayan realizado. Debido a que hay facilidad para detectar de forma clínica, la prueba tiene gran valor diagnóstico y preventivo en etapas más avanzadas de la gingivitis. La presencia de la hemorragia cuando hay sondaje, se puede explicar porque se producen alteraciones histopatológicas que se presentan durante la inflamación gingival, debido a la dilatación de los capilares que forman el tejido conectivo gingival. (p.10).

⁷⁷ Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. (2009). Manual de Higiene Bucal. editorial médica panamericana. España.

2.4.3. Tejidos blandos.

Consultando información disponible en el sitio web de López⁷⁸ (2011) puedo referenciar que:

Exceptuando la corona clínica dental, los tejidos intrabucuales se encuentran cubiertos por tejidos blandos, que están revestido por epitelio.

En cuanto al revestimiento de la cavidad oral está formada por una continua membrana de células epiteliales unidas entre sí por medio de desmosomas, estas membranas presentan diferente grosor dependiendo de la función que cumplan, otras tienen el grosor de una fila de células, hay las que tienen el grosor de muchas filas de células, adquiriendo con ello los nombres de epitelio simple y epitelio estratificado respectivamente. (p.4).

Investigando la obra de Eley, Soory y Manson⁷⁹ (2010) puedo citar que: “Las infecciones generalizadas o localizadas pueden afectar a la mucosa bucal o los tejidos periodontales, las infecciones localizadas incluyen a la gingivitis aguda ulceronecrosante, así como el absceso periodontal lateral agudo”. (p. 179).

2.4.4. Lesiones agudas e infecciosas de la encía.

Eley, Soory y Manson⁸⁰ (2010) en lo relativo a las lesiones citan que:

Las lesiones agudas son de duración limitada, comienzo súbito y signos clínicos definidos, a diferencia de la gingivitis crónica que frecuencia no es obvia, conviene citar que las lesiones gingivales agudas son más fáciles de diagnosticar.

Hay otras patologías que pueden afectar a partes de la mucosa bucal, así como a la encía, son imposibles de clasificar, debido a que la etiología es de origen incierto, por ejemplo, eritema multiforme. O pueden ser crónicas habiendo episodios agudos, por ejemplo la enfermedad por hongos, candidiasis. (p.368).

⁷⁸López Robledo José. (2011). Periodonto normal. Universidad de San Carlos Guatemala. <https://odonto42012.files.wordpress.com/2011/01/periodonto-normal.pdf>

⁷⁹ Eley. B.M. Soory M. Manson J.D. (2010). Periodoncia. Sexta edición. Editorial Elsevier.

⁸⁰ Eley. B.M. Soory M. Manson J.D. (2010). Periodoncia. Sexta edición. Editorial Elsevier.

2.5. Concepto de la enfermedad periodontal.

Investigando la obra de Bascones⁸¹ (2009) puedo citar que:

La enfermedad periodontal, periodontitis, se convierte en la de mayor importancia que tiene la pérdida dental en la edad adulta, en la actualidad, tanto la caries como la periodontitis han sido muy estudiadas, debido a que ambas son consideradas como plagas de la sociedad, la caries se presenta en la primera etapa de la vida, mientras que la periodontitis en la época adulta. (p.41).

Consultando nuevamente la obra de Bascones⁸² (2009) puedo saber que:

El periodonto se constituye en el conjunto de tejidos de soporte del diente, está formado por ligamento periodontal, encía, hueso alveolar y cemento radicular. Los tejidos periodontales, a más de proporcionar la inserción dental al alveolo, soportan todas las fuerzas que se generan por la fonación, masticación y deglución. Soportan, también los cambios estructurales que están relacionados con el envejecimiento y desgaste dental.

El desarrollo de los tejidos periodontales se realiza paralelo al desarrollo y posterior formación de los dientes, mismos que empiezan en la fase embrionaria cuando las células avanzan desde la cresta neural al primer arco branquial. (p.49).

2.6. Encía y Unión Dentinogingival.

Gómez de Ferraris y Campos⁸³ (2008) en torno a la parte histológica, embriológica y de ingeniería tisular bucodental hace énfasis en que:

El periodoncio de protección es el conjunto de tejidos que forman el órgano de protección y sostén del elemento dentario, está sujeto a variaciones de orden morfológicas y funcionales, también a cambios con la edad. El periodonto se va ajustando de forma continua a las modificaciones que avanzan con el envejecimiento, la masticación y el medio bucal.

⁸¹Bascones Martínez, Antonio. (2009). Ediciones Avances Médico Dentales, S.L. Capítulo 2. Madrid.

⁸²Bascones Martínez, Antonio. (2009). Ediciones Avances Médico Dentales, S.L. Capítulo 3. Madrid.

⁸³Gómez de Ferraris, María Elsa. Campos Muñoz, Antonio. (2008). Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. Tercera edición. Editorial médica panamericana. España.

De acuerdo a su función este se divide en periodonto de protección, comprende dos partes, encía, que forma un rodete o collar alrededor del cuello del diente y la unión dentogingival, que enlaza la encía con la pieza dentaria.

Periodonto de inserción es el aparato de sostén de todos los dientes, está conformado por el cemento radicular, ligamento periodontal y hueso alveolar.

Encía, es la parte de la mucosa oral masticatoria que sirve de tapiz a los procesos o rebordes alveolares, rodea el cuello de todos los dientes a los que se adhiere por medio de la unión dentogingival.

Por la firmeza de la fijación se fracciona en dos regiones, encía libre o marginal y encía fija o adherida.

La encía libre o marginal, se constituye en la región de la mucosa que no se une al hueso subyacente, se extiende desde el borde gingival libre, llamado surco marginal o surco gingival libre.

La encía fija o adherida, se une al periostio alveolar, viene a ser la continuación apical de la anterior, se extiende desde el surco gingival marginal o libre hasta la unión, línea o surco mucogingival.

2.6.1. Características de una encía sana.

Para Larenas⁸⁴ (2006) la encía sana presenta las siguientes características:

El color es generalmente rosado pálido, está en función de la vascularización, grosor y grado de la queratinización del epitelio.

Tamaño, corresponde a la suma de toda la masa de los elementos celulares e intercelulares que están en la encía con su vascularización, su tamaño varía en relación al estado de salud, cuando hay enfermedad gingival se altera, aumentando de tamaño porque hay extravasación de líquidos en el tiempo que dura el proceso inflamatorio.

Forma de la encía, depende del tamaño y contorno de las áreas interdentes, que a su vez dependen de la forma dentaria y posición, la papila gingival es la parte coronal de la encía en el nivel interproximal. El margen gingival es relativamente delgado, tiene una terminación contra la pieza dental en filo de cuchillo.

⁸⁴Rosales Larenas, Viviana Fabiola. (2006). Trabajo de investigación requisito para optar al título de cirujano-dentista. Universidad de Chile. Chile..

Consistencia, la encía es firme y resistente menos en el margen libre, donde se fija de manera firme al hueso subyacente, las fibras gingivales coadyuvan a dar firmeza al margen de la encía

Textura superficial, una encía sana por regla general es granulada y rugosa, presenta un aspecto punteado con tonalidad de cáscara de naranja.

La salud periodontal se la cataloga como el estado de equilibrio donde la población de bacterias bucales coexiste con el huésped, la ruptura de ese equilibrio motiva a que se presenten alteraciones de ambas entidades. Causa la destrucción de los tejidos conectivos que forman parte del periodonto. (pp. 11-13).

García, Méndez⁸⁵ (2012) afirma que:

El embarazo es un estado fisiológico que presenta modificaciones locales y generales, tienen que ser evaluado en la medida justa, con la finalidad de discernir de manera correcta entre lo patológico y normal. Las alteraciones endocrinas así como el efecto mecánico que implica el desarrollo fetal, son factores que conducen a cambios importantes en todo el organismo de la embarazada, se hacen más relevantes con el avance del estado gestacional.

La gravidez se constituye en una condición sistémica muy particular, se presentan modificaciones de las propiedades bucodentales y tejidos periodontales, formando blancos directos que se pueden afectar por tal situación. De igual manera, hay cambios en la producción salival, dieta y flora bucal, entre otros factores, constituyéndose en factores que influyen en ello. En este período, la composición salival se altera, disminuyendo el pH y con ello la capacidad neutralizadora, con lo cual se daña la función para que se regulen los ácidos que se producen por las bacterias.

La combinación de cambios intrínsecos y extrínsecos que tienen relación entre sí, hacen que la gestante se vuelva vulnerable al padecimiento alteraciones gingivales y periodontales, porque como todo proceso de salud-enfermedad, la parte biológica no puede aislarse de lo social. Esta etapa, puede provocar también cambios en el estilo de vida, pero no se hace extensivo a todas las embarazadas. Cabe añadir que la deficiencia en el cepillado dental, se debe a dos motivos: náuseas que produce dicha práctica y al cuadro clínico propio en esta etapa de las mujeres.

En la embarazada, los cambios son más frecuentes y marcados, produciéndose la denominada gingivitis del embarazo, existen varios tipos de gingivitis con características microbiológicas y clínicas diversas: crónica, ulcerativa necrotizante, siendo más frecuentes en adolescentes que en los adultos,

⁸⁵García, Damila Nápoles. Méndez, Danilo Nápoles. Perelló, Gretel Moráguez. Cano García, Virginia M. Montes de Oca García, Arelis. (2012). Estado de salud periodontal en embarazadas, Cuba. [En línea]. [20 de diciembre de 2014]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_3_12/san04312.pdf

hormonal, se presenta en la pubertad y el embarazo, farmacológica, producida por nifedipino, difenilhidantoína, entre otros; y asociada a ciertas enfermedades sistémicas, enfermedades autoinmunitarias, discrasias sanguíneas, diabetes mellitus, VIH/SIDA, entre otros.

Durante el embarazo, la secreción de hormonas de estrógenos tiende a aumentar 30 veces, la progesterona 10 veces, todo eso en comparación con lo ocurrido en el ciclo sexual normal de la mujer. La influencia hormonal se da como una respuesta inflamatoria agresiva, aumentando la permeabilidad vascular, así como la exudación, que provoca la estasis de la microcirculación, esto favorece la infiltración de los líquidos en tejidos perivasculares. (p.1).

Escudero-Castaño, Perea-García y Bascones-Martínez⁸⁶ (2008) afirma que:

La enfermedad periodontal viene a ser un proceso infeccioso de la encía, y del aparato de inserción adyacente que es producido por muchos microorganismos que colonizan el área sub y supragingival.

Esta enfermedad, a diferencia de la gingivitis, se caracteriza por una pérdida estructural del aparato de inserción, producida por determinadas bacterias, aunque también son necesarias pero no suficientes para que se pueda producir la enfermedad, siendo importante la existencia de un huésped.

A partir del punto de vista histológico, las características que se hallan son: localización de la unión epitelial apical en relación a la línea amelocementaria, bolsas periodontales, pérdida de fibras colágenas, migración del infiltrado celular inflamatorio hacia el tejido conectivo y elevada concentración de leucocitos polimorfonucleares en toda la unión y bolsa epitelial,. Para la clasificación de una enfermedad como periodontitis crónica, se debe primero descartar una periodontitis agresiva.

La Asociación Americana de Periodoncia ha ido realizando diversas enumeraciones de las afecciones del periodonto, que han cambiado todo en función de los nuevos conceptos sobre la enfermedad periodontal.

Las características de lo que es considerado como periodontitis del adulto son:

Edad mayor a 35 años.

Depósitos microbiológicos localizados sin que haya evidencia de progresión rápida.

Patrón de pérdida ósea localizada o generalizada.

⁸⁶Escudero-Castaño N. Perea-García M.A. Bascones-Martínez A. (2008). Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. Avances en Periodoncia v. 20 n.1 Madrid. p. [En línea]. Consultado: [20 de junio de 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852008000100003&script=sci_arttext

No hay predisposición de enfermedades sistémicas.

No hay anomalías leucocitarias

Pueden darse manifestaciones inflamatorias como fibrosis. (pp.27,28)

Las infecciones periodontales a decir de Bascones y Figuero⁸⁷ 2006 implican aspectos tales como que:

El término infección se emplea para hacer referencia a la presencia y posterior multiplicación de bacterias presentes en el organismo, la contaminación periodontal constituye diferentes dolencias y son un conjunto de dolencias que están localizadas en la encía y las estructuras que soportan el diente, ligamento y hueso alveolar, producidas por ciertas bacterias que vienen de la placa subgingival. Las bacterias anaerobias gramnegativas son de mayor importancia y prevalencia en el área subgingival.

Dichas bacterias cumplen un importante rol en el comienzo y posterior desarrollo de esta patología, participando de forma activa en la formación de la destrucción del tejido conectivo, la bolsa periodontal y reabsorción de especialmente debido al incremento en cuanto a la resistencia de los biofilms a agentes antimicrobianos. La formación de un biofilm pasa por fases, que empiezan con la adsorción de moléculas del huésped y bacterianas en la superficie del diente para que se forme la llamada película adquirida, la cual permite que los agentes llevados hasta la misma, tengan interacción mediante las fuerzas de atracción de Van der Waals y las fuerzas de repulsión y atracción electrostáticas, creando una unión débil.

Posteriormente dicha unión se refuerza con la aparición de fuertes interacciones mediadas por moléculas específicas en la parte externa de los organismos (adhesinos) con los elementos de estas en la película dental. Transcurriendo el tiempo, los fenómenos de coagregación de nuevos colonizadores, y los de multiplicación permitirán la adhesión de los gérmenes a la estructura dental. La expresión clínica de los diferentes cuadros de periodontitis dependerá de la interacción entre factores del respectivo invitado, y de la consecuente acción microbiológica. Un ambiente favorable y factores genéticos positivos, permitan la distinta debilidad en el ente, y no sólo eso, sino también la distinta severidad de los cuadros clínicos, la tasa de progresión, la recidiva y la reacción a la terapia.

Por lo tanto, la microbiota bacteriana periodontopatógena, resulta necesaria pero no conveniente para que haya dolencia, siendo urgente que se dé la existencia

⁸⁷Bascones Martínez, A. Figuero Ruiz E. (2006). Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. España. [En línea]. Consultado: [16 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v17n3/147enfermedades.pdf>

del respectivo. Hay estudios epidemiológicos que demuestran la asociación significativa entre el grado de las enfermedades periodontales, la cantidad de placa bacteriana y el nivel de salud oral, mostrándose la relación causa-efecto en la formación y acúmulo de placa dental y desarrollo de la gingivitis. Son importantes los estudios realizados por Løe, sobre la gingivitis experimental en los que demostró una significativa asociación entre acúmulo de placa bacteriana y gingivitis en los 21 días que duró el experimento. (pp.147,148).

2.7. Clasificación de la enfermedad periodontal.

Investigando información disponible en el sitio web de la Universidad Nacional de Colombia⁸⁸ (2013) puedo citar que:

Sistema de clasificación de las enfermedades del periodonto Academia Americana de Periodoncia 1999.

Enfermedades gingivales.

Gingivitis asociada a la pubertad.

Gingivitis Asociada a Placa Bacteriana.

Asociadas al sistema endocrino.

Enfermedades Gingivales Modificadas por Factores Sistémicos.

Asociadas al embarazo.

Gingivitis asociada al ciclo menstrual.

Gingivitis asociada.

Gingivitis Granuloma piógeno.

Asociadas a Discrasias Sanguíneas.

Diabetes Mellitus.

Gingivitis Asociada a Leucemia.

Otras

Agrandamientos gingivales inducidos por medicamentos.

⁸⁸Universidad nacional de Colombia. (2013)- Guía de atención en periodoncia facultad de odontología sede Bogotá sistema de gestión de calidad en salud. Colombia. [En línea]. Consultado: [29 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/guia_atencion_periodoncia_abril_2013.pdf

Enfermedades gingivales modificadas por medicamentos.

Gingivitis inducida por anticonceptivos orales.

Gingivitis inducidas por medicamentos.

Otros.

Gingivitis Asociada a Deficiencia de Ácido Ascórbico

Enfermedades Gingivales Modificadas por Malnutrición

Otras. (pp. 3-6).

2.8. Guía sobre la enfermedad periodontal.

La enfermedad periodontal para Avendaño⁸⁹ (s/f):

Inicialmente no se siente, es prácticamente invisible y hasta sin dolor; pero, una vez ataca la enfermedad periodontal, es solamente un asunto de tiempo hasta que hace notar su presencia con antiestéticos, incómodos y posiblemente irreparables efectos secundarios. La enfermedad periodontal, también conocida como la enfermedad de las encías, es la causa principal de pérdida de dientes en adultos.

Hay varias etapas y tipos de la enfermedad, todas comienzan con una simple infección de la encía que puede llegar a los huesos y los ligamentos que dan soporte al diente. En las primeras etapas, se detecta por el odontólogo durante un examen regular. Si no se brinda tratamiento, tanto encías y huesos pueden dañarse tan seriamente que el diente puede caerse o habrá que extraerlo. (p.1).

La California Dental Association⁹⁰ (s.f) sostiene que:

Más de la mitad de los adultos, así como tres cuartas partes de adultos mayores de 35 años de edad, presentan cualquier variante de enfermedad periodontal, a pesar de ello, niños pequeños pueden exhibir las señales.

⁸⁹Avendaño, R. (s/f). Cicatrización de tejidos duros y blandos. Salvador. p.1.
http://www.perioimplantelsalvador.com/Informacion/clases/CICATRIZACION_TEJIDOS_DUROS_BLANDOS.pdf

⁹⁰California Dental Association. (s.f). Guía sobre la enfermedad periodontal. Sacramento, California. [En línea]. Consultado: [10 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.cda.org/Portals/0/pdfs/fact_sheets/gum_disease_spanish.pdf

La causa principal de la periodontitis es el intercambio de las bacterias que se encuentran en la película orgánica -la capa pegajosa, virtualmente invisible que se acumula en los dientes día a día- y la acción del sistema a dichas bacterias. Estas a su vez forman toxinas que provocan inflamación gingival.

Solamente el Odontólogo puede remover el sarro de las piezas dentarias. Una vez que las bacterias en la placa han creado inflamación y ocurre daño al tejido de la encía, un sinnúmero de otros factores pueden intervenir en complicaciones que dan lugar a las periodontitis.

Entre ellos están:

Pobre higiene oral

Fumar o mascar tabaco

Dientes mal alineados

Puentes mal ajustados

Restauraciones defectuosas

Apretar y bruñir los dientes

Comida incrustada entre los dientes

Embarazo o anticonceptivos orales

Una dieta pobre

Algunas medicinas

Enfermedades sistémicas como diabetes o SIDA

Las encías saludables son de consistencia firme, con coloración rosada y no hay sangrado. En la fase más temprana de la enfermedad, llamada gingivitis, las encías comienzan a tornarse rojas y puede darse el sangramiento de las mismas durante el los pasos para llevar a cabo la higiene bucal. La placa y el sarro se pueden acumular en la línea de la encía, pero el hueso que aguanta el diente todavía está saludable y al remover los irritantes se restaurará la salud del tejido.

La próxima etapa de la enfermedad periodontal se llama periodontitis. Durante esta etapa, las encías se comienzan a separar del diente, se daña el hueso subyacente, se forman bolsillos y algunas veces las encías retroceden.

En los grados más predominantes de la misma, los bolsillos se hacen más profundos y hay más destrucción del hueso subyacente. (pp.1,2).

La National Institute of Dental and Craniofacial Research⁹¹ (2013) afirman que:

Mientras más tiempo permanezca la placa sobre las superficies, más daño puede hacer. Las bacterias causan una inflamación de las encías que se llama “gingivitis”. Si una persona tiene gingivitis, las encías se enrojecen, se inflaman y sangran fácilmente. La gingivitis es una presentación poco severa de enfermedad de la gíngiva que, comúnmente, puede tratarse con las respectivas normas de cuidado dentario. Esta variedad de enfermedad periodontal no provoca pérdida de las estructuras que soportan los dientes. Cuando la gingivitis no es curada a tiempo, puede convertirse en “periodontitis”. Esto significa “inflamación alrededor del diente”. En la periodontitis, los tejidos de las encías se alejan de los dientes y forman espacios o bolsas que se infectan (también conocidos como “postemillas”). El sistema inmunitario del organismo intenta trabajar en contra de los factores negativos. Los elementos tóxicos y la respuesta natural del cuerpo contra la infección empiezan a destruir el hueso y el tejido conjuntivo. Cuando no es tratada debidamente, los huesos, las encías y los tejidos que sostienen los dientes se destruyen, siendo como consecuencia final la extracción de los mismos. (p.3).

En cuanto a las clasificaciones de las enfermedades periodontales Sanz-Sánchez y Bascones-Martínez⁹² (2008) indican que:

El desglosamiento de las afecciones periodontales ha sido sometido a cambios a lo largo de las últimas décadas. Se ha intentado encontrar un consenso que pusiese de acuerdo a las distintas asociaciones mundiales, pero esto no ha procedido con éxito y en su defecto han ido surgiendo nuevas clasificaciones que tratasen de corregir los defectos de las anteriores. En primer lugar se debe establecer la americana de 1989, que dividía las enfermedades periodontales en: Del Adulto, De comienzo temprano, y relacionados a dolencias sistémicas y necrotizantes. Esta clasificación se basaba en la edad del paciente y en la tasa de progresión de la pérdida ósea, con las limitaciones que ello conlleva, debido a que la edad de diagnóstico de la enfermedad no tiene por qué coincidir con la edad de aparición y para poder establecer una tasa de progresión serían necesarias por lo menos dos visitas. Los europeos trataron de corregir estas carencias clasificando las enfermedades periodontales según un descriptor primario y otro secundario que marca la progresión, características microbiológicas, respuesta al tratamiento, características clínicas, etc (European

⁹¹National Institute of Dental and Craniofacial Research. (2013). Enfermedad de las encías o enfermedad periodontal. Causas síntomas y tratamientos. Costa Rica.. [En línea]. Consultado: [12 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.nidcr.nih.gov/oralhealth/Topics/GumDiseases/Documents/Periodonta_spanish_061413_508C.pdf

⁹²Sanz-Sánchez, I. Bascones-Martínez A. (2008). Otras enfermedades periodontales. I: Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas. Avances en Periodoncia v.20 n.1 Madrid. (p.12) [En línea]. Consultado: [14 de enero de 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852008000100006&script=sci_arttext

Workshop 1993). Sin embargo, la asociación americana de periodoncia en el 2º World Workshop de 1999, desarrollan una última clasificación, en la que se incluyen los siguientes apartados:

Se sustituye el término de periodontitis del adulto por periodontitis crónica.

Desaparece el término de periodontitis de inicio temprano y se incorpora el de periodontitis agresivas.

Se reclasifican como manifestación de enfermedades sistémicas, en las que se incluye la periodontitis prepuberal.

Se renombran las enfermedades periodontales necrotizantes.

Se añaden las enfermedades gingivales, abscesos periodontales, lesiones endo-periodontales y condiciones y/o deformidades del desarrollo o adquiridas (1,2, 3, 4). (p.12).

Díaz y Castellanos (2008) hacen énfasis en que:

Siendo el embarazo un estado fisiológico, en el cual van a existir una gran cantidad de variables en las estructuras corporales de la mujer gestante, como resultado del incremento en la producción de estrógenos, progesterona, gonadotropinas, relaxina, entre otras hormonas, la cavidad bucal no queda exenta de sufrir la influencia hormonal, pudiendo presentarse algunas alteraciones reversibles y transitorias, y otras más consideradas como patológicas. Diversas son las lesiones bucales que han sido consideradas comunes en el embarazo. Se ha descrito un incremento en la prevalencia de alteraciones dentales, entre las que destacan caries (99.38%) y erosiones alterados.

Gingivitis y agrandamientos gingivales han sido determinados como procesos tan frecuentes en esta etapa, que para algunos miembros de la profesión médica es considerado como “normal” el que sangren y se agranden las encías de sus pacientes. La inflamación gingival puede alcanzar cifras de prevalencia entre el 50 y el 98.25%. (1,4) La periodontitis también es considerada como común durante la preñez. Otro aspecto importante de las relaciones enfermedad periodontal y embarazo es que algunos autores han observado un incremento en la movilidad de los dientes durante la gestación. (p.3).

2.9. Unidades de observación y análisis.

Pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, provincia de Manabí; república del Ecuador, periodo marzo – julio 2015.

2.10. Matriz de operacionalización de las variables.

Variables

Edad.

Sexo.

Estado gingival.

Recesión gingival.

Movilidad dentaria.

Patrón óseo.

Matriz de operacionalización de las variables (Ver Anexo 1).

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3. 1. Modalidad de la investigación.

Estudio descriptivo.

3. 2. Tipo de investigación.

Estudio de corte transversal.

3. 3. Métodos.

Se aplicaron fichas de observación a los pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, provincia de Manabí, república del Ecuador, periodo marzo – junio 2015, en la que se utilizaron el periodontograma, en el cual fueron anotados los datos del sondaje, así mismo se empleó la matriz de hallazgos clínicos de la encía, mediante la cual se pudo identificar las características clínicas de la encía y así comprobar la presencia de cambios a nivel de los tejidos que fueron observados clínicamente, y finalmente se usó la matriz de hallazgos radiográficos para determinar si existe pérdida de la altura alveolar.

3.4. Técnicas.

Observación.

3.5. Instrumentos.

Matriz de observación: periodontograma.

Hallazgos clínicos y radiográficos.

3.6. Población y muestra.

Universo: 50 pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, provincia de Manabí; república del Ecuador, periodo marzo – junio 2015.

3.7. Recolección de la información.

La información primaria se la obtuvo mediante la aplicación de la fichas clínicas que contienen el periodontograma y la matriz de hallazgos clínicos, para cada uno de los pacientes de 30 a 60 años de edad que acudieron a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, provincia de Manabí; república del Ecuador, periodo marzo – junio 2015.

3.8. Procesamiento de la información.

Con la información recolectada se creó una base de datos en Microsoft Excel que se procesara con el paquete estadístico SPSS, versión 13.0 para Windows.

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e interpretación de los resultados.

Cuadro 1.

Hallazgos clínicos de la encía: color.

Color	Frecuencia	Porcentaje
Rosa coral pálido	26	52%
Rojo vinoso o violáceo	15	30%
Rojizo intenso	9	18%
Total	50	100%

Fuente: Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizada a los pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 45.

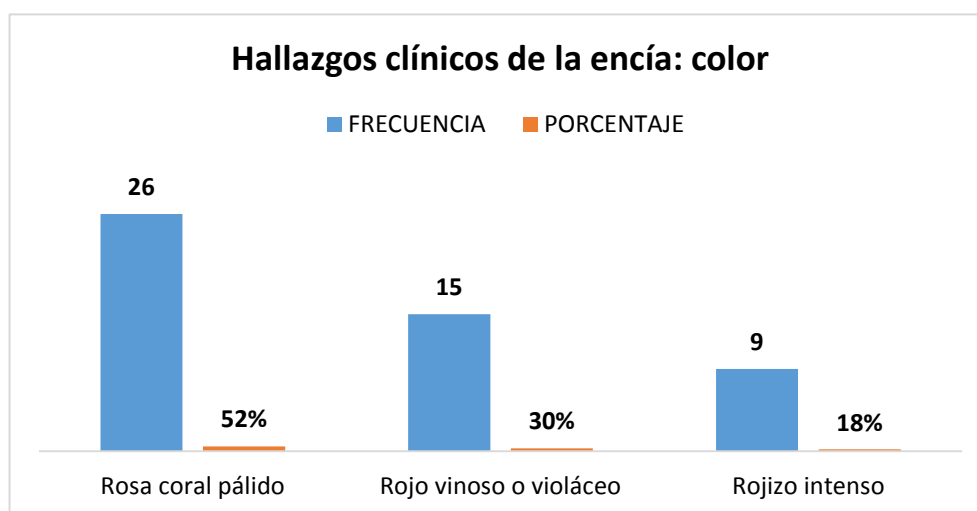


Gráfico No. 1. Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizada a los pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 45.

Análisis e interpretación.

Se pudo observar en el cuadro y gráfico 1, de hallazgos clínicos de la encía, con respecto al color, el 48% de los pacientes presentó alteraciones en su tonalidad, dentro de los cuales el 30% mostró un color rojo vinoso y el 18% un color rojizo intenso.

Investigando la obra de Eley, Soory & Manson⁹³ (2010) puedo citar que:

La encía: es la parte de la mucosa bucal que rodea al diente y cubre al hueso alveolar, forma parte de los tejidos periodontal, y al formar una conexión con el diente a través del surco gingival protege a los tejidos de soporte subyacentes frente al entorno bucal. Puesto que dependen de los dientes, cuando estos se extraen la encía desaparece. Los tejidos bucales están expuestos a un amplio número de estímulos. La temperatura y la consistencia de alimentos y bebidas, su composición química, acidez y alcalinidad varían considerablemente.

Existe un gran número de especies bacterianas en la boca y su variedad no se conoce con exactitud. La encía sana es rosa, firme, de márgenes finos y con una forma festoneada que le permite ajustarse al contorno de los dientes, su color puede variar según la cantidad de pigmentación por melanina en el epitelio. (p. 21).

El color de las encías refleja el estado de salud de la misma, tomando en consideración que la tonalidad tiene relación con la vascularización, grosor, entre otros parámetros que se toma en consideración, difiere el color en las personas. Dependiendo de la tonalidad se determinan patologías presentes en la cavidad oral.

⁹³Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). Periodoncia. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

Cuadro 2.

Hallazgos clínicos de la encía: consistencia.

Consistencia	Frecuencia	Porcentaje
Firme	48	96%
Blanda	2	4%
Total	50	100%

Fuente: Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizada a los pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 47.

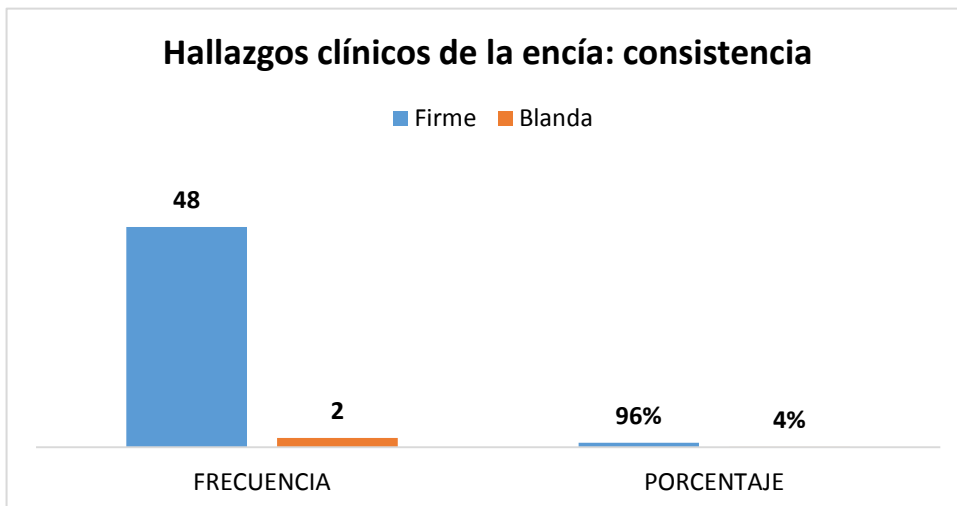


Gráfico No.2. Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizada a los pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 47.

Análisis e interpretación.

Se pudo observar en el cuadro y gráfico 2, de hallazgos clínicos de la encía, con respecto a la consistencia, el 96% de los y las pacientes presentó la encía de consistencia firme. El 4% presentó la encía de consistencia blanda.

Consultando la obra de Carranza, Newman y colaboradores⁹⁴ (2010) puedo conocer que:

Consistencia: La encía es firme y elástica, excepto en el margen libre móvil, y está insertada con firmeza en el hueso. La naturaleza colagenosa de la lámina propia y su proximidad con el mucoperiostio del hueso alveolar, determinan la firmeza de la encía insertada. (p. 62).

Una encía sana tiende a presentar un tejido conectivo densamente colágeno, esto a su vez permite que la misma este firmemente ajustada contra el diente, facilitando la función masticatoria gracias a que tiene una consistencia firme.

⁹⁴Carranza, F., Newman, M., et al.. (2010). Periodontología clínica, décima edición. Distrito Federal, Estados Unidos Mexicanos.

Cuadro 3.

Hallazgos clínicos de la encía: textura superficial.

Textura superficial	Frecuencia	Porcentaje
Finamente lobulada	35	70%
Bordes marginales lisos	1	2%
Punteada	14	28%
Total	50	100%

Fuente: Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizada a los pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 49.

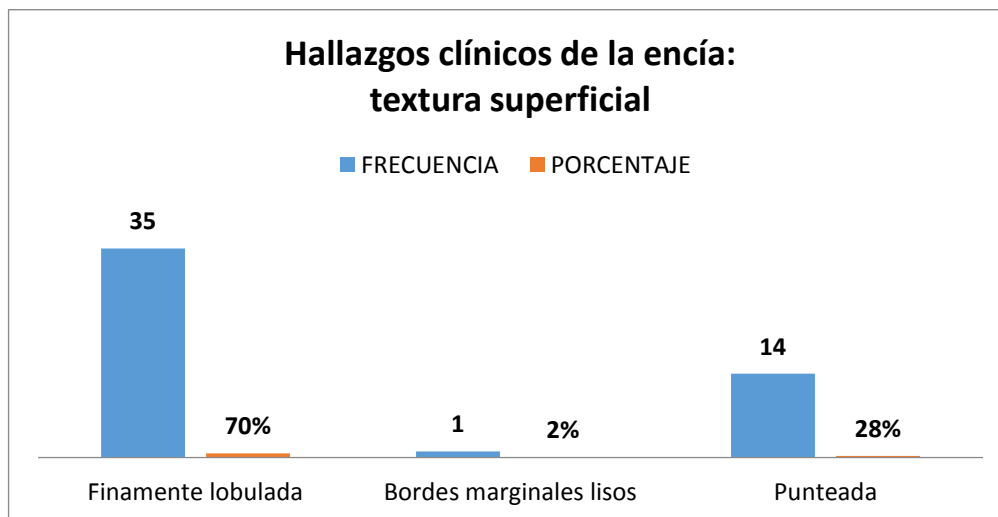


Gráfico No. 3. Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizada a los pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 49.

Análisis e interpretación.

Se pudo observar en el cuadro y gráfico 3, de hallazgos clínicos de la encía, con respecto a la textura superficial el 70% de los y las pacientes presentó la textura superficial de la encía firmemente lobulada. El 2% presentó la encía con bordes marginales lisos. El 28% presentó la encía punteada.

Consultando la obra de Carranza, Newman y colaboradores⁹⁵ (2010) puedo conocer que:

Textura superficial: La superficie de la encía presenta una textura similar a la de una cáscara de naranja, a la que se le conoce como graneada. El graneado se observa mejor si se seca la encía. La encía insertada es graneada; la encía marginal no lo es. (p. 62).

La textura fue finamente lobulada, casi en la totalidad de los porcentajes, presentándose patologías cuando existe disminución o pérdida de lo que se conoce como punteado, siendo a su vez, parámetros indicadores de enfermedad gingival.

⁹⁵Carranza, F., Newman, M. et al. (2010). Periodontología clínica, décima edición. Distrito Federal, Estados Unidos Mexicanos.

Cuadro 4.

Hallazgos clínicos de la encía: tamaño.

Tamaño	Frecuencia	Porcentaje
Normal	23	46%
Hipopláxico	0	0%
Hiperplásico	27	54%
Total	50	100%

Fuente: Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizada a los pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 51.

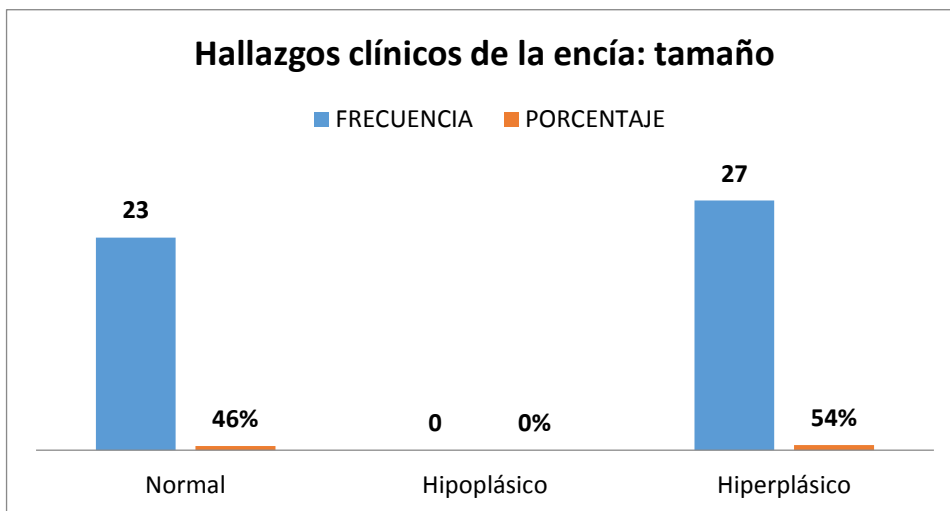


Gráfico No. 4. Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizada a los pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 51.

Análisis e interpretación.

Se pudo observar en el cuadro y gráfico 4, de hallazgos clínicos de la encía, con respecto al tamaño, el 46% de los y las pacientes presentó la encía de tamaño normal. El 54% presentó la encía de tamaño hiperplásico.

Consultando la obra de Carranza, Newman y colaboradores⁹⁶ (2010) puedo conocer que:

Tamaño: El tamaño de la encía corresponde a la suma total de masa de elementos celulares e intercelulares y a su suministro vascular. La modificación en el tamaño es una característica común de la enfermedad gingival. (p. 62).

La mayor parte de los pacientes presentó un tamaño normal, solo pocos casos de hiperplasia, lo que constituye una condición anormal caracterizada por aumento de volumen del número de células, y que aparecen, a su vez, como una respuesta que tiene la mucosa bucal a factores irritantes crónicos pero de baja intensidad.

⁹⁶Carranza, F., Newman, M., et al. (2010). Periodontología clínica, décima edición. Distrito Federal, Estados Unidos Mexicanos.

Cuadro 5.

Hallazgos clínicos de la encía: contorno.

Contorno	Frecuencia	Porcentaje
Afilado	22	44%
Festoneado	3	6%
Redondeado	22	44%
Globular	3	6%
Total	50	100%

Fuente: Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizada a los pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP.
Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 53.

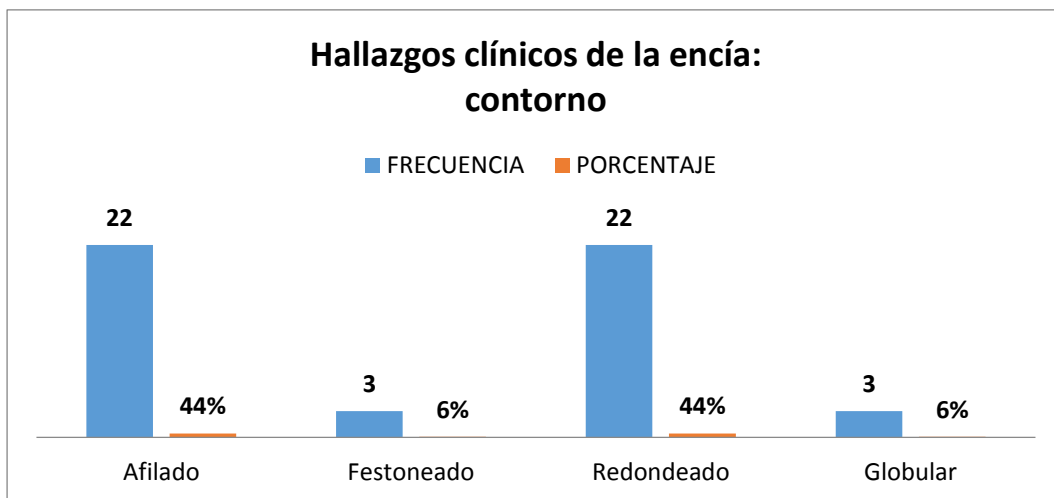


Gráfico No. 5. Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizada a los pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 53.

Análisis e interpretación.

Se pudo observar en el cuadro y gráfico 5, de hallazgos clínicos de la encía, con respecto al contorno afilado, el 44% de los y las pacientes presentó la encía con contorno afilado. El 44% presentó la encía con contorno redondeado. El 6% presentó la encía con contorno festoneado. El 6% presentó la encía con contorno globular.

Consultando la obra de Carranza, Newman y colaboradores⁹⁷ (2010) puedo conocer que:

Forma: La forma de la encía interdental se determina con el contorno de las superficies dentales proximales y la ubicación y forma de los espacios interproximales. (p. 62).

Cuando se presenta la encía festoneada y delgada está es más susceptible a la recesión, con el consecuente daño que pueda producir.

⁹⁷Carranza, F., Newman, M., et al.. (2010). Periodontología clínica, décima edición. Distrito Federal, Estados Unidos Mexicanos.

Cuadro 6.

Hallazgos clínicos de la encía: sangrado.

Sangrado	Frecuencia	Porcentaje
Sangra	34	68%
No Sangra	16	32%
Total	50	100%

Fuente: Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizada a los pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 55.

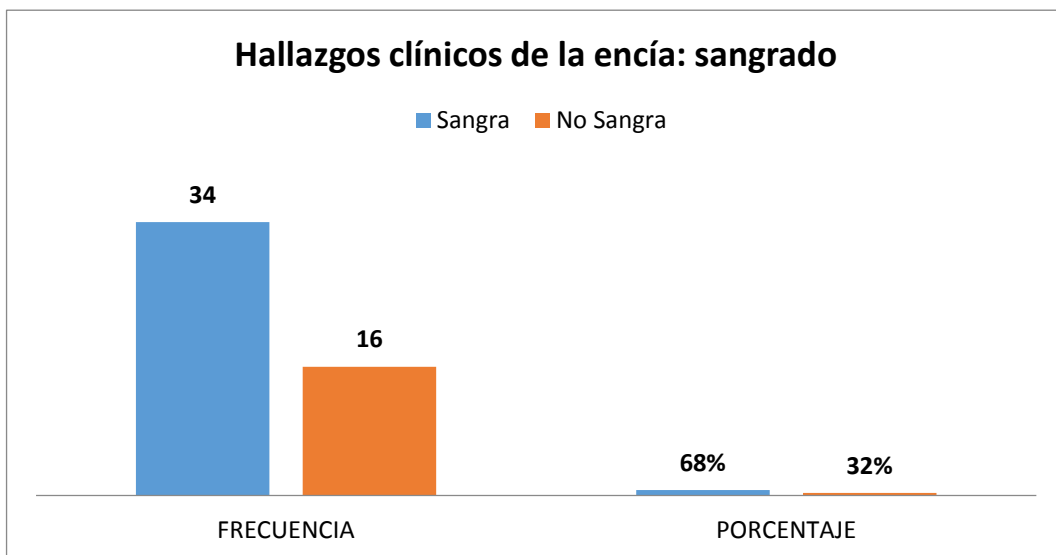


Gráfico No. 6. Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizada a los pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 55.

Análisis e interpretación.

Se pudo observar en el cuadro y gráfico 6, de hallazgos clínicos de la encía, con respecto al sangrado, el 68% de los y las pacientes la encía se presentó con sangrado. El 32% no presentó sangrado.

Indagando la obra de Bascones⁹⁸ (2009) puedo referenciar que:

El sangrado gingival probablemente sea el síntoma más referido por los pacientes. Por desgracia, el sangrado gingival es tan frecuente que las personas no suelen atribuirle importancia e incluso lo consideran normal; sin embargo, a menos que el sangrado siga claramente a un episodio de traumatismo agudo, siempre representa un signo de patología. Es más frecuente al cepillarse los dientes. (p. 163).

Existe un porcentaje elevado de pacientes que presentan sangrado gingival, lo cual puede ser tomado como algo pasajero, debido a que lo consideran un proceso normal que se presenta incluso al cepillarse los dientes, buscando atención profesional solo cuando este se vuelve recurrente. Esto en ocasiones puede ser producto de enfermedades sistémicas, como la diabetes.

⁹⁸ Bascones, A. (2009). Periodoncia clínica e implantología oral. Ediciones avances médicos- dentales, s.l.

Cuadro 7.

Movilidad dentaria.

Índice	Cuadrante 1 (piezas)	Porcentaje	Cuadrante 2 (piezas)	Porcentaje	Cuadrante 3 (piezas)	Porcentaje	Cuadrante 4 (piezas)	Porcentaje
0	20	87%	25	96%	20	63%	10	40%
I	1	4%	1	4%	2	6%	3	12%
II	2	9%	0	0%	9	28%	12	48%
III	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%
Total de piezas	23	100%	26	100%	32	100%	25	100%

Fuente: Periodontograma aplicado a los pacientes de 30 a 60 años que asisten a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 57.

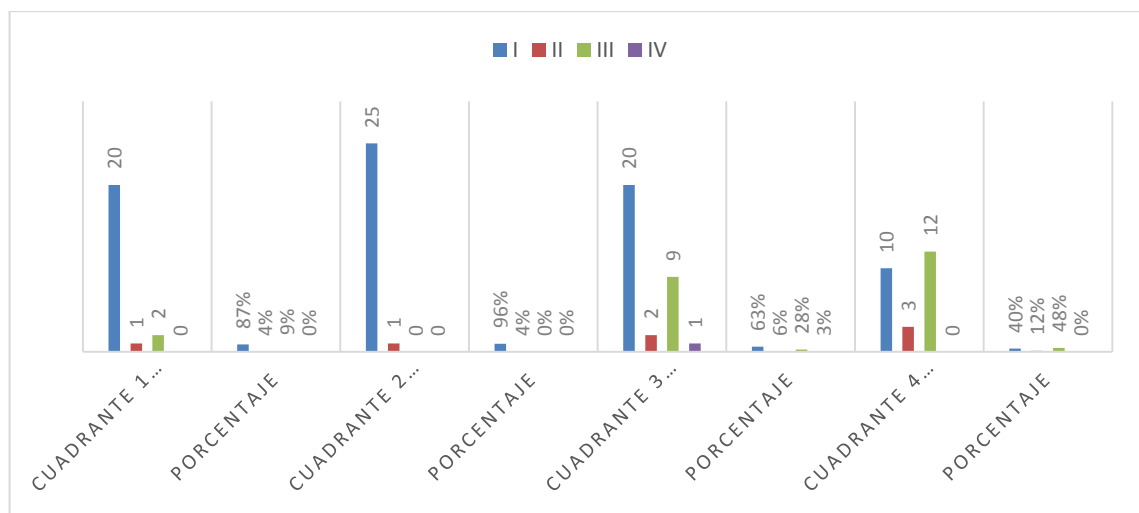


Gráfico No. 7. Fuente: Periodontograma aplicado a pacientes de 30 a 60 años que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 57.

Análisis e interpretación.

Se pudo observar en el cuadro y gráfico 7, del periodontograma, con respecto a movilidad dentaria, en el cuadrante I el 94% presentó movilidad grado 0. En el cuadrante II el 98% presentó movilidad grado 0. En el cuadrante III el 76% presentó movilidad grado 0. En el cuadrante IV el 70% presentó movilidad grado 0.

Consultando la obra de Goodson⁹⁹ (1992) puedo exponer que:

Dado que los dientes no están en directo contacto con el hueso alveolar, estos presentan una movilidad fisiológica debido a la presencia del ligamento periodontal. La movilidad dental patológica puede ser el resultado de enfermedad periodontal, pero no es la única causa absoluta. (p. 373-382).

De acuerdo a lo consultado en la obra Salvi GE, Lang¹⁰⁰ (2008) puedo referenciar que:

La movilidad dental se mide de la siguiente forma empleando dos instrumentos metálicos y aplicando presión en sentido vestíbulo-lingual:
Grado 0: movilidad fisiológica, 0.1-0.2 mm 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. (p. 573-58).

La movilidad dentaria es un indicador relevante de enfermedad periodontal ya que al existir inflamación los tejidos se ven afectados y esto desencadena en la pérdida de soporte provocando la movilidad, para esta investigación se empleó el mango del espejo bucal para determinar sus diferentes grados. Se detectaron porcentajes bajos en cuanto a este tipo de patología.

⁹⁹Goodson JM. Diagnosis of periodontitis by physical measurement: interpretation from episodic disease hypothesis.

¹⁰⁰Salvi, GE., Lindhe, J., Lang, NP. Examination of patients with periodontal disease. In: Lindhe J. Lang NP, Karring T. Clinical periodontology and implant dentistry. Blackwell-Munksgaard 5th edition, Oxford UK. (2008): 573-58.

Cuadro 8.

Pérdida ósea.

Cuadrantes	1	2	3	4	Total
Horizontal	9	13	21	28	71
%	13	18	30	39	100%
Vertical	0	0	12	8	20
%	0	0	60	40	100%

Fuente: Examen radiográfico aplicado a los pacientes de 30 a 60 años que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 59.

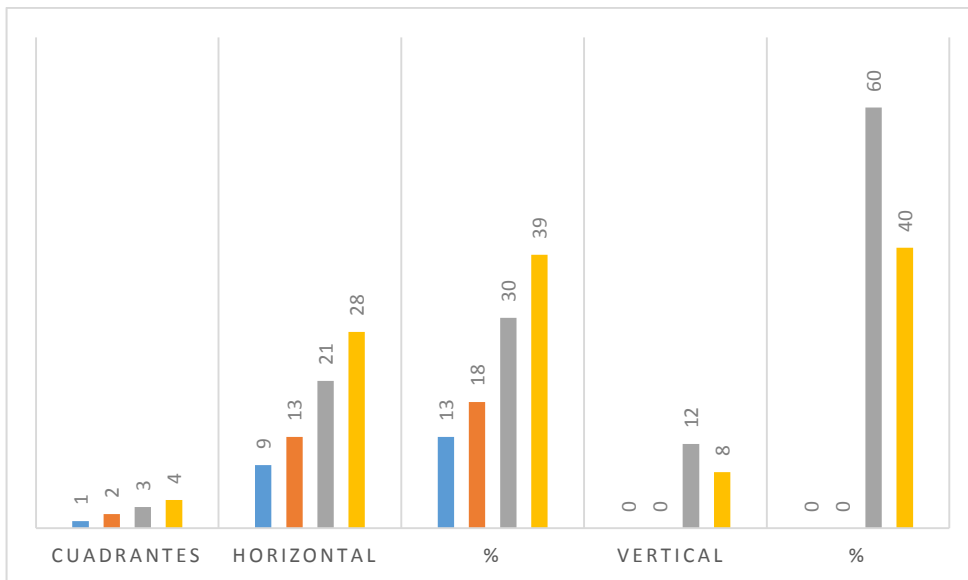


Gráfico No. 8. Fuente: Examen radiográfico aplicado a los pacientes de 30 a 60 años que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 59.

Análisis e interpretación.

Se pudo observar en el cuadro y gráfico 8, con respecto a pérdida ósea, el 13% de los y las pacientes presentó 9 cuadrantes I con pérdida ósea horizontal. El 18% presentó 13 cuadrantes 2 con pérdida ósea horizontal. El 30% presentó 21 cuadrantes 3 con pérdida ósea horizontal. El 39% presentó 28 cuadrantes 4 con pérdida ósea horizontal. Mientras que el 60% presentó 12 cuadrantes 3 con pérdida ósea vertical. El 40% presentó 8 cuadrantes 4 con pérdida ósea vertical.

Analizando el documento de Padilla¹⁰¹ (2008) puedo analizar que:

Pérdida ósea horizontal. Se refiere a la pérdida interproximal del hueso que mantiene la cresta alveolar, es más o menos paralela, a la línea imaginaria del límite amelo – cementario adyacente.

La pérdida vertical se refiere a la pérdida interproximal del hueso donde la cresta alveolar, no es paralela, a la línea imaginaria adyacentes del límite amelo-cementario. (pp. 43-50)

La pérdida ósea un parámetro que indica radiográficamente el daño que han presentado los tejidos óseos, si se observa una cresta alveolar disminuida hay el consecuente debilitamiento de la pieza dentaria. Estos casos de pérdida ósea en algunas circunstancias fueron severos provocando que prácticamente el paciente tenga como único recurso la extracción dentaria.

¹⁰¹Padrilla, A. (2009). Enfermedad Periodontal. [En línea]. Consultado el: [1, diciembre, 2014] Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/29899/1/periodonto.pdf>

Cuadro 9.

Recesión dentaria.

Clase	Cuadrante 1 (piezas)	Porcentaje	Cuadrante 2 (piezas)	Porcentaje	Cuadrante 3 (piezas)	Porcentaje	Cuadrante 4 (piezas)	Porcentaje
I	29	31%	25	26%	6	15%	0	0%
II	7	8%	25	27%	10	24%	2	50%
III	33	36%	14	14%	16	39%	2	50%
IV	23	25%	32	33%	9	22%	0	0%
Total pieza	92	100%	96	100%	41	100%	4	100%

Fuente: Periodontograma y examen radiográfico realizado a los pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 61.

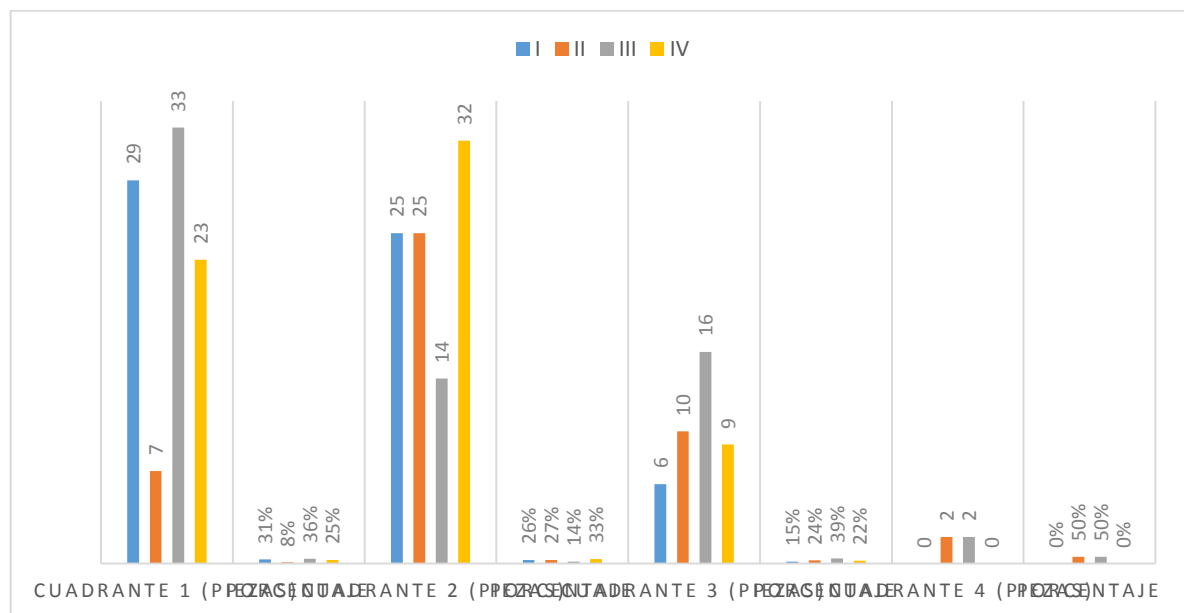


Gráfico No. 9. Periodontograma y examen radiográfico aplicado a los pacientes de 30 a 60 años que asisten a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 61.

Análisis e interpretación.

Se pudo observar en el cuadro y gráfico 9, con respecto a recesión dentaria, el 36% de los y las pacientes presentó clase III. El 33% tuvo clase IV. El 39% presentó clase III. Y el 50% presentó 2 piezas con clase II. El 50% mostró clase III.

Investigando la obra de Soory y Manson¹⁰² (2010) puedo citar que:

La recesión gingival y la exposición de la raíz pueden acompañar a la periodontitis crónica, pero no son necesariamente una característica de la enfermedad. A ese respecto, la recesión gingival localizada que solo afecta a la superficie vestibular de la encía no se suele asociar con periodontitis crónica, mientras que la recesión generalizada que afecta a todas las caras del diente se asocia de modo invariable a periodontitis. (p. 60).

Leyendo la obra de Miller¹⁰³ (1985) puedo conocer la siguiente clasificación de la recesión gingival:

Clase I. Recesión del tejido marginal que no se extiende a la unión mucogingival. No hay pérdida del tejido periodontal en el área interproximal y se puede anticipar un 100% del recubrimiento radicular.

Clase II. Se extiende hasta o más allá de la línea. No hay pérdida del tejido periodontal en el área interproximal y se puede anticipar un 100% del recubrimiento radicular parcial.

Clase III. Llega hasta o más allá de la línea mucogingival. Hay una ligera pérdida del tejido en el área interproximal o una malposición dentaria. Se puede anticipar un recubrimiento radicular parcial.

Clase IV. Recesión del tejido marginal que abarca hasta o más allá de la línea. Hay pérdida severa del tejido periodontal en el área interproximal o una malposición dentaria severa. No se puede prever un recubrimiento radicular. (pp. 8-13).

La recesión gingival se examinó a nivel de las piezas que presentan retracción de la encía, se colocó en base a las clases de recesión, dependiendo del nivel de afectación de la pieza.

¹⁰²Ibíd.

¹⁰³Miller, A. (1985). Clasificación of marginal tissue recession. Int J. Periodontitis Restorative. Dent 5(2).

Cuadro 10.

Sondaje.

Sondaje	Cuadrante I (piezas)	%	Cuadrante II (piezas)	%	Cuadrante III (piezas)	%	Cuadrante IV (piezas)	%
1 mm	80	16%	80	16%	102	20.4%	96	19.2%
2 mm	199	39.8%	213	42.6%	204	40.8%	200	4%
3 mm	130	26%	125	25%	105	21%	96	19.2%
4 mm	74	14.8%	67	13.4%	79	15.8%	66	13.2%
5 mm	9	1.8%	12	2.4%	11	2.2%	12	2.4%
6 mm	3	0.6%	3	0.6%	7	1.4%	2	0.4%
7 mm	3	0.6%	3	0.6%	1	0.2%	3	0.6%
8 mm	0	0%	2	0.4%	0	0%	1	0.2%
9 mm	0	0%	0	0%	0	0%	2	0.4%
10 mm	0	0%	0	0%	1	0.2%	0	0%
TOTAL	498	100%	505	100%	510	100%	478	100%

Fuente: Periodontograma aplicado a los pacientes de 30 a 60 años que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 63.

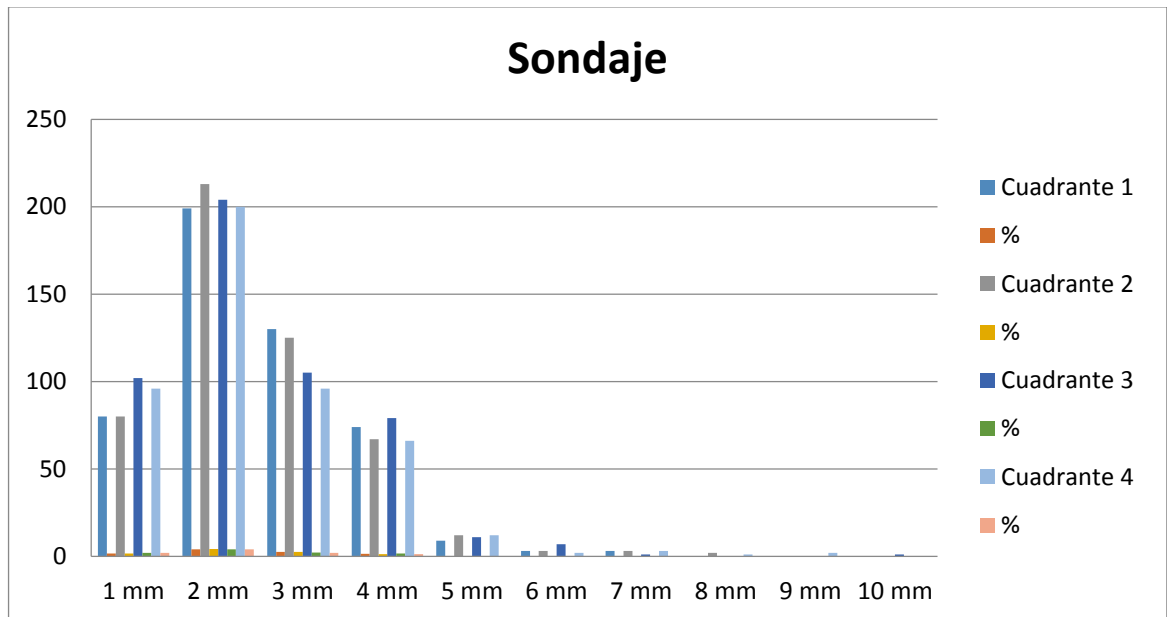


Gráfico No. 10. Periodontograma aplicado a los pacientes de 30 a 60 años que asisten a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 63.

Análisis e interpretación.

Se pudo observar en el cuadro y gráfico 10, con respecto a sondaje, el 39.8% de los y las pacientes presentó valores de 2 mm en el cuadrante 1. El 42.6 presentó valores de 2 mm en el cuadrante 2. El 24% presentó valores de 5 mm en el cuadrante 2. Así mismo el 24% presentó valores en el cuadrante 4.

Continuando con la obra de Gene¹⁰⁴ (2011) puedo conocer que: “Algunos de los signos clínicos incluyen sangrado al sondaje, bolsas profundas, recesión gingival, y movilidad dental. A menudo, este proceso destructivo es silencioso y continuo por largos periodos de tiempo sin ser identificado”. (p. 8).

En el sentido de la exploración clínica Ríos, Machuca y Bullón¹⁰⁵ (s/f) hacen notar que:

PERIODONTOGRAMA: La exploración periodontal se anota en un diagrama específico donde se recogen las siguientes medidas:

Profundidad del sondaje (profundidad de bolsa): La profundidad de sondaje es la distancia desde el margen gingival al fondo de la bolsa periodontal (epitelio de unión). Se mide con una sonda milimetrada en seis puntos en cada diente (mesial, medio y distal en bucal y mesial, medio y distal en palatino). Puede verse afectada por diversos factores:

Nivel de inserción periodontal: No tiene por qué coincidir el nivel de inserción periodontal con la profundidad de la bolsa. (pp. 1 – 2).

Para obtener los datos del sondaje se tomaron en cuenta resultados obtenidos por los estudiantes de octavo, noveno y décimo semestre, estos a su vez indican la presencia de bolsas periodontales producto de la acumulación de cálculo. Sin embargo, se registraron valores alarmantes en un moderado número de paciente.

¹⁰⁴Gene, J. (2011). Enfermedad periodontal y Salud General: Una Guía para el Clínico. República de Colombia: Producción Gráfica Editores S.A.

¹⁰⁵Ríos, Vicente. Machuca, Carmen. Bullón, Pedro. (s/f). Exploración clínica y radiográfica. España.. [En línea]. [19 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://personal.us.es/jvrios/pdf/nojcr/librosepa.pdf>

Cuadro 11.

Hallazgos clínicos de la encía. Índice gingival.

Índice gingival	Frecuencia	Porcentaje
0	11	22%
1	16	32%
2	18	36%
3	5	10%
TOTAL	50	100

Fuente: Ficha de observación de hallazgos clínicos realizado a los pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP.
Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 65.

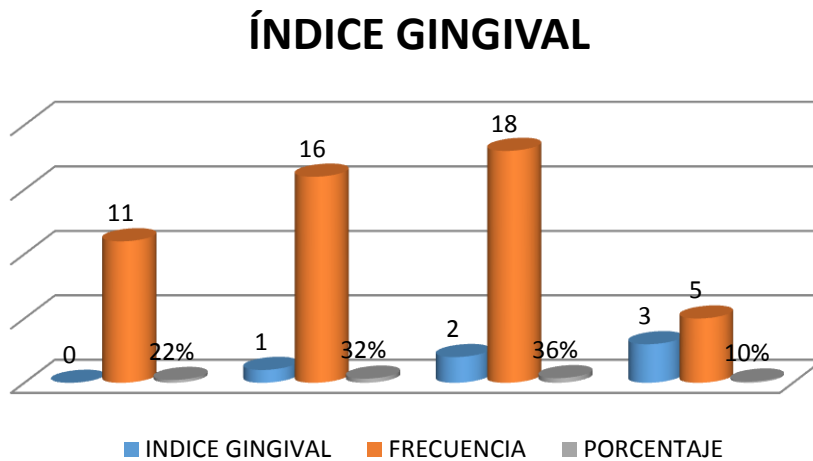


Gráfico No. 11. Ficha de observación de hallazgos clínicos realizado a los pacientes de 30 a 60 años que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Elaborado por: Autora de esta tesis. Cap. IV. p. 65.

Análisis e interpretación.

Se puede observar en el cuadro y gráfico No. 11 de hallazgos de la encía, respecto al índice gingival, el 36% de los y las pacientes presentó un índice gingival 2. El 32% presentó un índice gingival 1. El 22% presentó un índice gingival 0. El 5% de los y las pacientes presentó un índice gingival 3.

Investigando a Bascones¹⁰⁶ (2009) se pudo conocer que:

0: encía normal.

1: gingivitis leve: cuando hay cambio de color y pequeño cambio de textura.

2: gingivitis moderada: brillo moderado, enrojecimiento, edema e hipertrofia, sangrado a la presión.

3: gingivitis severa: gran enrojecimiento e hipertrofia, sangrado espontaneo y ulceración. (p. 17).

El índice gingival permite medir el nivel de inflamación que tiene la encía específicamente, si presenta trastornos de color, consistencia, forma y textura, donde la población objeto de estudio tiene un índice gingival que permite apreciar el daño a nivel de la encía.

¹⁰⁶Bascones, A. (2009). Periodoncia clínica e implantología oral. Ediciones avances médicos- dentales, s.l.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

Se estableció que 15 pacientes presentan un color rojo vinoso o violáceo en la encía, y 9 con rojo intenso, en el caso de la consistencia solo 2 tuvieron una encía blanda, la textura superficial que se observó fue punteada en 14 pacientes. El tamaño hiperplásico lo tuvieron 27 pacientes, el contorno estuvo redondeado en 22 pacientes, mientras que 34 pacientes mostraron sangrado en las encías.

Se identificó que 25 piezas examinadas presentaron una movilidad grado 0 en el cuadrante 2 y 12 piezas examinadas una movilidad grado 2 en el cuadrante 4, provocado principalmente por una higiene oral deficiente y en ocasiones en casos de pacientes fumadores o con enfermedades sistémicas.

Se determinó que 29 piezas examinadas mostraron una recesión clase I en el cuadrante I y 33 piezas examinadas indicaron una recesión clase III en el cuadrante I, debido en la mayoría de los casos al descuido por parte de los y las pacientes, tanto en su salud oral como en técnicas de cepillado, siendo en ocasiones este último factor, muy agresivo.

Se identificó que 28 piezas examinadas en el cuadrante IV presentan pérdida ósea horizontal, mientras que 12 piezas examinadas presentan pérdida ósea vertical en el cuadrante III.

5.2. Recomendaciones.

Enfatizar en los estudiantes del octavo, noveno y décimo semestre en la clínica de periodoncia a que enfaticen en la necesidad de brindar información a los y las pacientes que acuden por atención a que creen buenos hábitos de higiene para que los tejidos periodontales estén en buen estado.

Concienciar a los y las pacientes la importancia de conservar en óptimas condiciones sus piezas dentales, debido a que si no se toman las precauciones adecuadas, se puede ver afectado el funcionamiento normal del organismo con el consecuente menoscabo a la economía humana.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Datos informativos.

6.1.1. Título de la propuesta.

Concientización de la higiene oral a los pacientes que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, provincia de Manabí, república del Ecuador.

6.1.2. Periodo de ejecución.

Fecha de inicio: 15 de junio de 2015.

Fecha de finalización: 18 de junio de 2015.

6.1.3. Descripción de los Beneficiarios.

Beneficiarios directos: Son los pacientes atendidos en las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Beneficiarios indirectos: Lo constituyen los estudiantes de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

6.1.4. Ubicación sectorial y física.

Las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, la cual se encuentra ubicada en la parroquia Andrés de Vera, en la Av. Metropolitana Eloy Alfaro #2005 y Av. Olímpica, del cantón Portoviejo, de la provincia de Manabí.

6.2. Justificación.

Según el análisis efectuado a los pacientes que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, se ha podido detectar que poseen escasos conocimientos sobre la higiene oral, lo que trae consecuencias negativas en su salud bucal. Principalmente a nivel de los tejidos periodontales se encontraron casos severos de inflamación e infección, por lo cual es de suma importancia que adquieran las nociones necesarias para mantener en excelentes condiciones sus piezas dentarias.

6.3. Marco institucional.

Según conocimos, la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo fue inaugurada el 21 de diciembre del 2000 como una base de extensión en Portoviejo de la Universidad Laica Vicente Rocafuerte, para satisfacer la demanda de la juventud manabita, que necesitaba tener un centro de educación superior.

La facultad de odontología se inició el día 14 de mayo de 2001, iniciando sus labores académicas en el domicilio de la familia Flor Hidalgo, y como decano de la facultad el Dr. Juan Carlos Flor Hidalgo, conocido y respetado profesional Odontólogo, ubicado en la calle 10 de agosto, entre las calles Chile y

Ricaurte de Portoviejo, facultad que funcionó con tres niveles, comprendidos en once semestres y con 66 estudiantes.

Un semestre básico

Nueve semestres de formación profesional

Un semestre pre profesional o intermedio.

Actualmente existen clínicas odontológicas, adecuadas para la atención de los pacientes, que buscan soluciones de acuerdo a sus necesidades.

Desde ese momento hasta la actualidad la Universidad ha funcionado con gran éxito, donde estudiantes y profesionales se esmeran día a día para brindar una mayor atención a aquellas personas que recurren a la atención brindada, que además de ser gratuita es de excelente calidad.

La cantidad de estudiantes es un factor importante en este trabajo investigativo, ya que de ellos dependerá la atención de los pacientes en cada especialidad, y de la información que suministren a los usuarios para mejorar la higiene oral de cada uno de los pacientes.

6.4. Objetivos.

6.4.1. Objetivo general.

Fortalecer el conocimiento en los pacientes que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo sobre la buena higiene oral.

6.4.2. Objetivos específicos.

Informar a los pacientes que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo sobre la relevancia de la salud oral y los efectos que se producen cuando no se la mantiene correctamente.

Fomentar a los pacientes que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo apropiadas técnicas de higiene dental.

6.5. Descripción de la propuesta.

La propuesta radica en efectuar breves charlas educativas dirigidas a los pacientes que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y a los estudiantes que están atendiendo a los mismos, con el objetivo de lograr modificaciones positivas en la cavidad bucal de los pacientes y de esta manera poder contribuir al mejoramiento del estado de los tejidos periodontales. Con la finalidad de alcanzar el resultado deseado en esta propuesta necesitaré varios recursos, como la lograr la ejecución de esta propuesta necesitare varios recursos, como la producción y posterior entrega de volantes educativos y una gigantografía, estos a su vez van a abarcar puntos relacionados con las correctas normas de higiene dental, incluyendo técnicas de cepillado adecuadas, dispositivos empleados para poder mantener una salud oral apropiada y frecuencia de cepillado, los cuales, en conjunto, brindarán información a los pacientes.

6.6. Diseño metodológico.

Para el desarrollo de esta propuesta, se consideran 2 etapas:

Primera etapa. Socialización de la propuesta con las docentes encargadas de las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Segunda etapa. Infundir breves charlas educativas a los pacientes y a los estudiantes presentes en las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, cuyos temas son: Consecuencias de alteraciones en los tejidos periodontales, salud bucal y hábitos de higiene oral así como la entrega de volantes educativos y la gigantografía.

6.7. Sostenibilidad.

Esta propuesta es sostenible porque se cuenta con la colaboración de las docentes encargadas de las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y el personal de trabajo. Ellos a su vez, permitirán que los conocimientos impartidos logren calar en los pacientes atendidos y a su vez facilitará en cierta medida la tarea de los estudiantes, ya que se creará mayor conciencia sobre las consecuencias que conlleva mantener una salud oral ineficiente.

6.8. Actividades.

Cuadro 12.

Cronograma de propuesta.

Cronograma de propuesta				
Actividades.	Junio.			
	15	17	17	18
Reunión con las docentes encargadas de las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP.	x			
Elaboración de un Cronograma de Trabajo.		x		
Charlas a los pacientes sobre Enfermedad periodontal, complicaciones en su salud oral, así como hábitos de higiene bucal.			x	
Entrega de gigantografía y volantes educativos que contienen información sobre la enfermedad periodontal, complicaciones en los tejidos periodontales y mejoramiento de la salud bucal en los pacientes que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo				x

Nota: Cronograma de actividades de propuesta. Realizado por: Autora de tesis. Cap. VI. p. 90.

6.9. Recursos.

6.9.1. Talento humano.

Pacientes que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Investigadora: María Elizabeth Guerrero Barrezueta.

6.9.2. Técnicos.

Computadora, cámara fotográfica, impresora.

6.9.3. Materiales.

Volantes educativos, gigantografía.

6.9.4. Financieros.

La propuesta fue financiada en su totalidad por la autora de esta investigación.

6.10. Presupuesto.

Cuadro 13.

Presupuesto de propuesta.

Presupuesto de propuesta.				
Rubros.	Cantidad.	Valor unitario.	Costo total.	Fuente de financiamiento.
Volantes educativos.	100.	\$ 0,40.	\$ 40,00.	Autora.
Gigantografía.	1.	\$ 40,00.	\$ 40,00.	Autora.
Copias de trípticos.	100.	\$ 0,03.	\$ 3,00.	Autora.
Subtotal.	0.	\$ -	\$ 83,00.	Autora.
Imprevistos.	0.	\$	\$ 10,00.	Autora.
Total.	0.	\$ -	\$ 93,00.	Autora.

Nota: Presupuesto de propuesta realizada en las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Realizado por: Autora de tesis. Cap. VI.

ANEXOS.

Anexo 1.

Cuadro 13.

VARIABLES	TIPO	ESCALA	DESCRIPCIÓN	INDICADORES
Edad.	Cuantitativa. Discreta.	De 30 a 60 años.	Años cumplidos al momento de haberse realizado la historia clínica.	Valor absoluto.
Sexo.	Cualitativa. Nominal. Dicotómica.	-Masculino. -Femenino.	Según sexo biológico.	Frecuencia. (Porcentaje)
Estado gingival.	Cualitativa Nominal Politómica.	0 1 2 3	Normal: Ausencia de alteraciones. Leve: Cambio de color y pequeño cambio de textura. Moderado: Brillo moderado, enrojecimiento, edema e hipertrofia. Sangrado a la presión. Severo: Gran enrojecimiento e hipertrofia, sangrado espontaneo y ulceración.	Frecuencia. (Porcentaje).
Recesión gingival.	Cualitativo. Nominal. Politómica.	Clase I Clase II Clase III Clase IV	Recesión del tejido marginal que no se extiende a la unión mucogingival Recesión del tejido marginal que se extiende hasta o más allá de la línea mucogingival. Recesión del tejido marginal que se extiende hasta o más allá de la línea mucogingival. Recesión del tejido marginal que se extiende hasta o más allá de la línea mucogingival.	Frecuencia (Porcentaje).
Movilidad Dentaria	Cualitativo. Nominal. Politómica.	Grado 0. Grado I. Grado II. Grado III.	Movilidad fisiológica de 0.1 a 0.2 mm Movimiento hasta 1 mm en sentido horizontal. Movimiento hasta más de 1mm en sentido horizontal. Movimiento horizontal y vertical.	Frecuencia (Porcentaje).
Patrón Óseo	Cualitativo. Nominal. Dicotómico.	Reabsorción Horizontal. Reabsorción Vertical.	Cuando el patrón de la destrucción ósea vendría a ser paralelo a la línea amelocementaria de los dientes. Defectos óseos verticales, cuando el patrón de pérdida ósea formaría	Frecuencia (Porcentaje).

Anexo 2.**Cuadro 14.**

Materiales.	Cantidad.	Unidad medida.	Precio unitario.	Costo total.
Impresiones.	390	Unidad	\$0.10	\$39.00
Fotocopias.	100	Unidades	\$ 0,02	\$2.00
Transporte.	40	Unidad	\$0.25	\$10,00
Bolígrafos.	1	cajas	\$0.75	\$0.75
Borrador.	2	Unidad	0.50	\$1.00
Corrector.	2	Unidad	1.50	\$3.00
Lápiz.	1	Unidad	1.00	\$1.00
Cartuchos de tinta.	2	Unidad	22.00	\$44.00
Resmas de papel.	2	Unidad	5.00	\$10.00
CD.	4	Unidad	\$1.00	\$4.00
Películas radiográficas.	2	Cajas	\$40.00	\$80.00
Líquido fijador.	1	Unidad	\$10.00	\$10.00
Líquido revelador.	1	Unidad	\$10.00	\$10.00
Portapelículas radiográfico	20	Unidad	\$0.60	\$12.00
Sonda Periodontal.	25	Unidad	\$15.00	\$37.50
Espejo Bucal.	25	Unidad	\$4.00	\$10.00
Explorador.	25	Unidad	\$4.00	\$10.00
Subtotal.				\$274.25
Imprevistos.				\$27.425
TOTAL				\$301.675

Anexo 4.



Periodontograma diseñado para la Evaluación de la enfermedad periodontal, aplicado a los pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, provincia de Manabí; república del Ecuador, periodo marzo – junio de 2015.

Nombre del Paciente: _____

MOVILIDAD			
P			I
D			
MARGEN 1 MARGEN 2 RECESIÓN BOLSA 2 P. ÓSEA FURCACIÓN PRONÓSTICO			
V			I
D			
MARGEN 1 MARGEN 2 RECESIÓN BOLSA 2 P. ÓSEA FURCACIÓN			
MOVILIDAD			
V			I
D			
MARGEN 1 MARGEN 2 RECESIÓN BOLSA 2 P. ÓSEA FURCACIÓN			
L			I
D			
MARGEN 1 MARGEN 2 RECESIÓN BOLSA 2 L.M.G. P. ÓSEA FURCACIÓN PRONÓSTICO			

Hallazgos clínicos en la encía.

Hallazgos clínicos en la encía.		
Características Clínicas.		
Color.	Rosa coral pálido.	<input type="checkbox"/>
	Rojo Vinoso o violáceo.	<input type="checkbox"/>
	Rojizo intenso.	<input type="checkbox"/>
Consistencia.	Firme.	<input type="checkbox"/>
	Blanda.	<input type="checkbox"/>
Textura superficial.	Finamente lobulada.	<input type="checkbox"/>
	Bordes marginales lisos.	<input type="checkbox"/>
	Punteada.	<input type="checkbox"/>
Tamaño.	Normal.	<input type="checkbox"/>
	Hipopláxico.	<input type="checkbox"/>
	Hiperplásico.	<input type="checkbox"/>
Contorno.	Afilado.	<input type="checkbox"/>
	Festoneado.	<input type="checkbox"/>
	Redondeado.	<input type="checkbox"/>
	Globular.	<input type="checkbox"/>
Sangrado.	Sangra.	<input type="checkbox"/>
	No Sangra.	<input type="checkbox"/>

Anexo 5.

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

Con residencia

en _____

Acepto tomar parte en este estudio titulado: “Estado de los tejidos periodontales en pacientes de 30 a 60 años de edad que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, provincia de Manabí república del Ecuador, periodo marzo – julio 2015.”

La egresada María Elizabeth Guerrero Barrezueta investigadora del presente estudio, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y duración del estudio y que puedo retirarme libremente. He tenido la oportunidad de hacer al investigador preguntas acerca de todos los aspectos del estudio.

Accedo a cooperar con la investigadora y estoy de acuerdo con que mis datos personales y médicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computadorizados de la autora de la investigación.

Mi identidad no será revelada en ningún momento y la información relacionada conmigo será utilizada con la mayor discreción. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada por los investigadores participantes. Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

.....

Nombre y firma del investigador:

Ma. Elizabeth Guerrero Barrezueta.

Nombre y firma del participante.

Anexo 6.

 UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

Estados de los Tejidos Periodontales



El periodonto está constituido por los tejidos que rodean el diente: encía, ligamento periodontal, hueso alveolar y cemento radicular. Su función es unir el diente al hueso de los maxilares.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

Es una enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes. es causada por las bacterias de la placa. Si no se retira, cuidadosamente, todos los días con el cepillo y el hilo dental, la placa se endurece y se convierte en una sustancia dura .



PREVENCIÓN CONTRA LA ENFERMEDAD PERIODONTAL **HIGIENE Bucal**



LA BUENA HIGIENE Bucal PROPORCIONA UNA BOCA QUE LUCE Y HUELE SALUDABLEMENTE. SI LAS ENCÍAS DUELEN O SANGRAN DURANTE EL CEPILLADO O LA LIMPIEZA CON HILO DENTAL, O USTED SUFRE DE MAL ALIENTO PERSISTENTE, VISITE A SU DENTISTA. LOS CUIDADOS PREVENTIVOS DIARIOS, COMO EL CEPILLADO, USO DE HILO DENTAL Y ENJUGUE Bucal SON MENOS DOLOROSOS Y COSTOSOS QUE LOS TRATAMIENTOS POR UNA INFECCIÓN.

Autora: Elizabeth Guerrero Barrezueta

Gráfico No. 14. Volante educativo realizado para las charlas dirigidas a los pacientes que acuden a las clínicas de periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Realizado por: Autora de tesis.

Anexo 6.



Gráfico No.15. Vista exterior de infraestructura de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Realizado por: Autora de tesis.



Gráfico No.16. Evaluación clínica realizada a los pacientes que acuden a las clínicas de Periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Realizado por: Autora de tesis.



Gráfico No.17. Revisión oral a los pacientes que acuden a las clínicas de Periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Realizado por: Autora de tesis.



Gráfico No.18. Observación de casos severos de recesión a los pacientes que acuden a las clínicas de Periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Realizado por: Autora de tesis.



Gráfico No.19. Examen radiográfico realizado a los pacientes que acuden a las clínicas de Periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Realizado por: Autora de tesis.

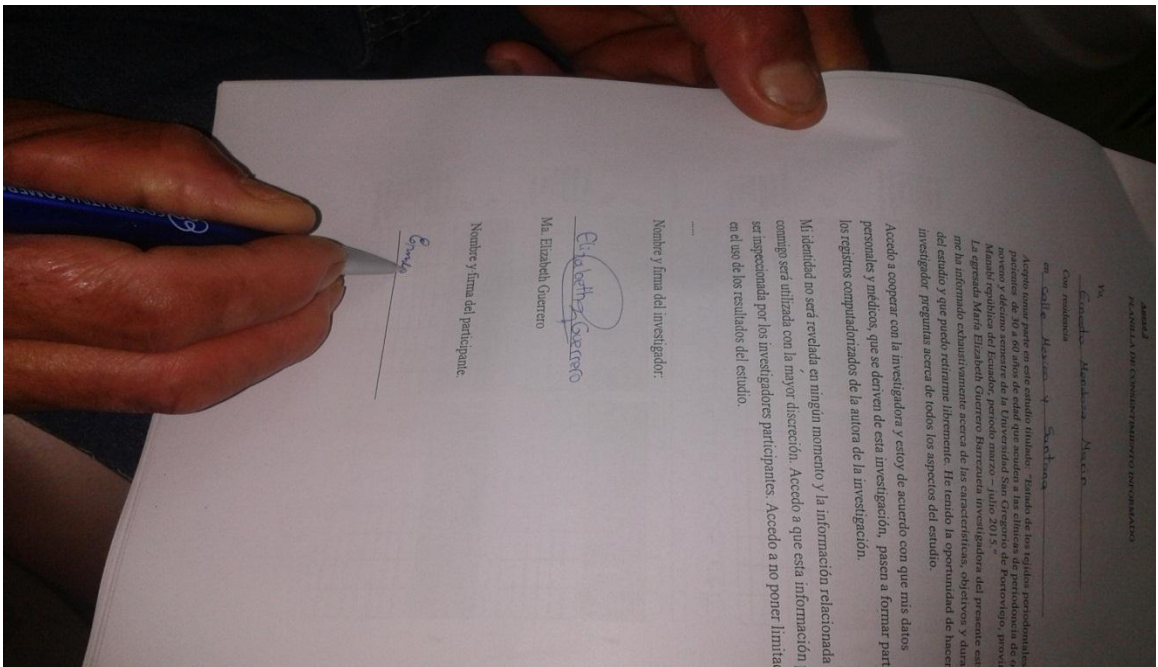


Gráfico No.20. Firma del Consentimiento Informado a los pacientes que acuden a las clínicas de Periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Realizado por: Autora de tesis.



Gráfico No.21. Chequeo final para observar los cambios, luego del tratamiento, a los pacientes que acuden a las clínicas de Periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Realizado por: Autora de tesis.



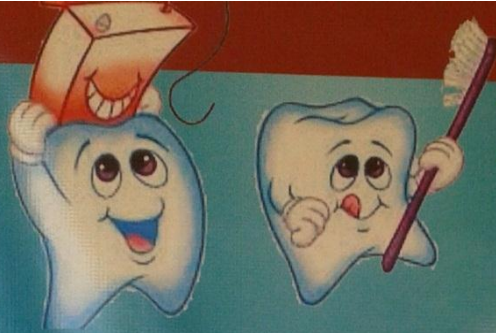
Gráfico No.22. Entrega de volantes educativos a los pacientes que acuden a las clínicas de Periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Realizado por: Autora de tesis.



Gráfico No.22. Breves charlas los pacientes que acuden a las clínicas de Periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Realizado por: Autora de tesis.



Gráfico No.23. Entrega de volantes educativos a los pacientes que acuden a las clínicas de Periodoncia de octavo, noveno y décimo semestre de la USGP. Realizado por: Autora de tesis.



Estados de los Tejidos Periodontales

El periodonto está constituido por los tejidos que rodean el diente: encía, ligamento periodontal, hueso alveolar y cemento radicular. Su función es unir el diente al hueso de los maxilares.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

Es una enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes. Es causada por las bacterias de la placa. Si no se retira, cuidadosamente, todos los días con el cepillo y el hilo dental, la placa se endurece y se convierte en una sustancia dura.



PREVENCIÓN CONTRA LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

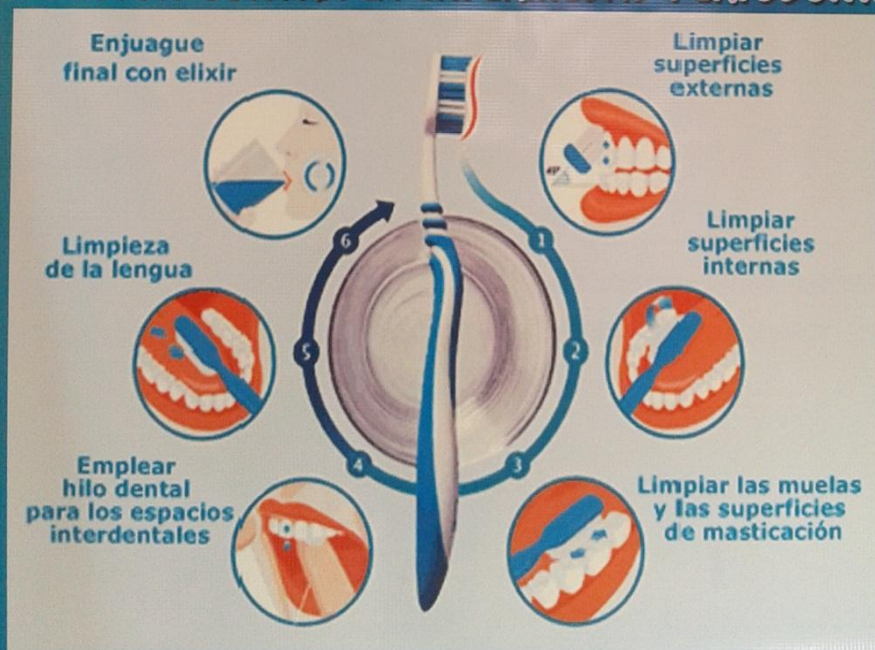


Grafico No. 24. Gigantografía educativa de enfermedades periodontales e higiene bucal entregada al personal que labora en clínicas de la USGP. Realizado por: Autora de tesis.

BIBLIOGRAFÍA.

- Afanador Ruiz, Carlos. Duque Naranjo, Camilo. Gómez de Ramírez Constanza. (2009). Historia de la periodoncia. Primeros rasgos de definición de un espacio social y conceptual y proceso de institucionalización en Colombia. Parte I. Una imagen de la periodoncia a través de su historia y de su historiografía. Colombia. [En línea]. Consultado en: [15 de diciembre de 2014]. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_filosofia_ciencia/volumen5_numero10-11-2004/historia_periodoncia77-103.pdf
- Alcocer, A. (2009). Manual de Higiene Bucal. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. Madrid, Reino de España: Médica Panamericana
- Avendaño, R. (s/f). Cicatrización de tejidos duros y blandos. Salvador. p.1. http://www.perioimplantelsalvador.com/Informacion/clases/CICATRIZACION_TEJIDOS_DUROS_BLANDOS.pdf
- Barragán, O. (2012). Respuesta Microbiológica y Bioquímica de la periodontitis en pacientes con VIH. Guayaquil, República del Ecuador. [En línea]. Consultado: [26, mayo, 2015]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5065/1/BARRAGANveraOLMER.pdf>
- Bascones Martínez A. Figuero Ruiz E. 2006. Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. España. [En línea]. Consultado: [16 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v17n3/147enfermedades.pdf>
- Bascones Martínez, Antonio. (2009). Ediciones Avances Médico Dentales, S.L. Capítulo 2. Madrid.
- Bascones, A. (2009). Periodoncia Clínica e implantología oral. Barcelona, Reino de España: Ediciones Avances Médico-dental.

Bascones, A. (2009). Periodoncia clínica e implantología oral. Ediciones avances médicos- dentales, s.l.

Botero JE1, Bedoya E. (2010). Determinantes del Diagnóstico Periodontal. [En línea]. Consultado el: [23, septiembre, 2014] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v3n2/art07.pdf>

California Dental Association. (s.f). Guía sobre la enfermedad periodontal. Sacramento, California. [En línea]. Consultado: [10 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.cda.org/Portals/0/pdfs/fact_sheets/gum_disease_spanish.pdf

Carranza & Newman, (2014). Periodontología clínica, onceava edición. New York

Carranza & Sznajder (1996). Compendio de Periodoncia. Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.

Carranza F, Newman M. (2001). Clinical Periodontology. 9na. ed.

Carranza F. A. (2008): Periodoncia Clínica de Glickman. República Federativa de México: Editorial Interamericana, S.A de C.V.

Carranza, F., Newman, M., et al. (2010a). Periodontología clínica, décima edición. Distrito Federal, Estados Unidos Mexicanos. Editorial: Graw Hill interamericana Editores S.A. de C.V.

Carranza, Fermín. (2012). El progreso de la periodoncia en el siglo XX. Los Ángeles California. p.3. [En línea] www.dental-tribune.com

Carranza, Newman, Takei. (2004). Periodontología clínica. República Federal de México. Editorial Mc Graw Hill. 9ª Edición.

Castaño, E., Perea, M., Bascones, A. (2008). Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014]

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852008000100003&script=sci_arttext

Crespo, E. (2008). Influencia de las fuerzas oclusales sobre la reabsorción radicular en dientes con enfermedad periodontal. [En línea]. Consultado: [21, noviembre, 2014]

Disponible en: <http://books.google.es/books?id=PTjTPIFc1CMC&pg=PA18&dq=tejidos+periodontales+la+encia&hl=es&sa=X&ei=EidvVLiHMcWcNs62gaAG&ved=0CDUQ6AEwAA#v=onepage&q=tejidos%20periodontales%20la%20encia&f=false>

Crespo, E. (2014). Influencia de las fuerzas oclusales sobre la reabsorción radicular en dientes con enfermedad periodontal. [En línea]. Consultado: [21, noviembre, 2014]

Disponible en: <http://books.google.es/books?id=PTjTPIFc1CMC&pg=PA18&dq=tejidos+periodontales+la+encia&hl=es&sa=X&ei=EidvVLiHMcWcNs62gaAG&ved=0CDUQ6AEwAA#v=onepage&q=tejidos%20periodontales%20la%20encia&f=false>

Chimenos Küstner, Eduardo. López López, José. (2010). Esquemas de medicina bucal. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona. España. p.103.

Eley, B. M. Soory M. y Manson J.D. (2010). Periodoncia. Barcelona, Reino de España. Sexta edición: Editorial Elsevier.

Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). Periodoncia. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

Eley. B.M. Soory M. Manson J.D. (2010). Periodoncia. Sexta edición. Editorial Elsevier.

Escudero-Castaño N. Perea-García M.A. Bascones-Martínez A. (2008). Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. Avances en Periodoncia v. 20 n.1 Madrid. [En línea]. Consultado: [20 de junio de 2015]. Disponible

en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852008000100003&script=sci_arttext

Ferro, M., y Gómez M., (2007). Fundamentos de la odontología, segunda edición. Bogotá, República de Colombia.

García, C. (2006). Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco - dental. Ciudad de Madrid: Editorial Ripano, S.A.

García, Damila Nápoles. Méndez, Danilo Nápoles. Perelló, Gretel Moráquez. Cano

García, Virginia M. Montes de Oca García, Arelis. (2012). Estado de salud periodontal en embarazadas, Cuba. [En línea]. Consultado: [20 de diciembre de 2014]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_3_12/san04312.pdf

Genco, R. J., y Williams, R. C. (2011). Enfermedad periodontal y salud general: una guía para el clínico..

Gene, J. (2011). Enfermedad periodontal y Salud General: Una Guía para el Clínico. República de Colombia: Producción Gráfica Editores S.A.

Gómez de Ferraris, María Elsa. Campos Muñoz, Antonio. (2008). Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. Tercera edición. Editorial Médica Panamericana. Reino de España.

Goodson JM. Diagnosis of periodontitis by physical measurement: interpretation from episodic disease hypothesis.

Hernández, y cols. (2012). Análisis de MMPs en fluidos orales en el diagnóstico complementario de las enfermedades periodontales. [En línea]. Consultado: [15, septiembre, 2014]. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071901072012000300010&script=sci_arttext

Lindhe Jan. (2005). Periodoncia clínica e implantología odontológica, cuarta edición. Madrid, Reino de España.

López Robledo José. (2011). Periodonto normal. Universidad de San Carlos Guatemala. p. 4 <https://odonto42012.files.wordpress.com/2011/01/periodonto-normal.pdf>

Manson J.D., Soory M., y cols. (2010). Periodoncia. Barcelona, Reino de España. Sexta Edición.

Miller, A. (1985). Clasificación of marginal tissue recession. Int J. Periodontitis Restorative. Dent 5 (2).

Ministerio, de Salud Pública del Ecuador (2010). Normalización del Sistema Nacional de Salud Área de Salud Bucal. [folleto]. República del Ecuador: Ministerio de Salud Pública. Dirección de Salud.

National Institute of Dental and Craniofacial Research. (2013). Enfermedad de las encías o enfermedad periodontal. Causas síntomas y tratamientos. Costa Rica. p. 3. [En línea]. http://www.nidcr.nih.gov/oralhealth/Topics/GumDiseases/Documents/Periodonta_spanish_061413_508C.pdf

Padrilla, A. (2009). Enfermedad Periodontal. [En línea]. Consultado el: [1, diciembre, 2014]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/29899/1/periodonto.pdf>

Rosales Larenas, Viviana Fabiola. (2006). Trabajo de investigación requisito para optar al título de cirujano-dentista. Universidad de Chile. Chile.

Ruiz, H., Herrera, A. (2009). La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. [En línea]. Consultado: [26, agosto, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403002009000300007&script=sci_arttext&tlng=en

Salvi, GE., Lindhe, J., Lang, NP. Examination of patients with periodontal disease. In: Lindhe J. Lang NP, Karring T. Clinical periodontology and implant dentistry. Blackwell-Munksgaard 5th edition, Oxford UK. (2008): 573-58.

Sanz-Sánchez, I. Bascones-Martínez A. (2008). Otras enfermedades periodontales. I: Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas. Avances en Periodoncia v.20 n.1 Madrid. [En línea]. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1699-65852008000100006&script=sci_arttext

Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. (2009). Manual de Higiene Bucal. Editorial médica panamericana. España.

Universidad nacional de Colombia. (2013)- Guía de atención en periodoncia facultad de odontología sede Bogotá sistema de gestión de calidad en salud. Colombia. [En línea]

http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/guia_atencion_periodoncia_abril_2013.pdf

Zerón, A. (2003). Como Conservar sus Dientes y Encías Toda la Vida: Odontología para pacientes. Distrito Federal, Estados Unidos Mexicanos. [En línea]. Consultado: [04, julio, 2015] Disponible en:

<https://books.google.com.ec/books?id=putFvfVJuXEC&pg=PA23&lpg=PA23&dq=funciones+de+la+encia&source=bl&ots=VeTOLUGLna&sig=hrTEwPxxw02Bdy-IMeM5rJgkfig&hl=es&sa=X&ei=JIFwVc6vD4ydNvOzgsgI&ved=0CC0Q6AEwAzgU#v=onepage&q=funciones%20de%20la%20encia&f=false>