



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES
PORTADORES DE PROTESIS FIJA QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE
LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
AREQUIPA - 2016

Tesis presentada por:
ATASI QUISPE NARDY ELVIRA
Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

AREQUIPA – PERÚ

2016

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi abuelo Andrés que desde el cielo sé que me guió y cuidó siempre. A mis padres Sergio y Yenny, gracias a su apoyo incondicional estoy logrando mis metas. A mis hermanos por su compañía y la inspiración que me dan para seguir cada día adelante.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis asesores por guiarme en la elaboración de la investigación Dr. Huber Salinas Pinto, Dra. María Luz Nieto Muriel, Dr. Xavier Sacca Urday, y a la Universidad Alas Peruanas por permitir realizar la presente investigación, a cada uno de los docentes de la Clínica Estomatológica Integral del Adulto II por permitir que realice mi estudio cada día que acudí a la universidad.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN 1

1. Título 2	
2. Justificación e Importancia.....	2
3. Problema de investigación.....	2
4. Área de conocimiento	3
5. Objetivos.....	3

CAPITULO II: MARCO TEORICO 4

1.- Marco Teórico	5
11.- Enfermedad Periodontal.....	5
1.1.1.- Definición.....	5
1.2.- Etiología	5
1.2.1.- Placa Bacteriana.....	6
1.3.- Patología Periodontal.....	6
1.4.- Bolsa Periodontal	8
1.5.- Susceptibilidad a la Enfermedad Periodontal y Factores de Riesgo	8
1.5.1.- Factores Yatrógenos	9
1.5.2.- Márgenes de Restauraciones	9
1.5.3.- Contornos/ Contactos Abiertos	10

1.5.4.- Maniobras de Odontología Restauradora.....	10
1.5.5.- Maloclusión.....	10
1.5.6.- Hábitos y Lesiones Autoinfligidas	10
1.6.- Clasificación de la Enfermedad Periodontal.....	10
1.6.1.- Periodontitis Crónica	10
1.6.2.- Periodontitis Agresiva.....	12
1.6.3.- Periodontitis como Manifestación de Enfermedades Sistémicas .	13
1.6.4.- Enfermedad Periodontal Necrosante	13
1.6.5.- Absceso del Periodonto	14
1.6.6.- Periodontitis Relacionada con Lesiones Endodónticas.....	14
1.6.6.1.- Lesiones Endodónticas Periodontales	14
1.6.6.2.- Lesiones Periodontales Endodónticas	14
1.6.6.3.- Lesiones Combinadas.....	14
1.6.7.- Malformaciones y lesiones congénitas o adquiridas	15
1.7.- Diagnóstico Clínico	15
1.7.1.- Parámetros de Sondaje.....	16
1.7.1.1.- Profundidad al Sondaje.....	16
1.7.1.2.- Margen Gingival	16
1.7.1.3.- Nivel de Inserción Clínica	16
1.7.1.4.- Sangrado al Sondaje.....	16
1.7.1.5.- Movilidad Dental.....	17
1.8.- Epidemiología.....	17
1.8.1.- Prevalencia	17

1.8.2.- Índice de Ramfjord	17
1.9.- Prótesis Fija	20
1.9.1.- Definición	20
1.10.- Tipos de Restauración	2
1.11.- Componentes de la Prótesis fija.....	20
1.12.- Principios de tallado	21
1.12.1.- Principios Mecánicos.....	21
1.12.1.1.- Retención	21
1.12.1.2- Resistencia o Estabilidad	21
1.12.1.3- Rigidez Estructural	22
1.12.1.4- Integridad Marginal.....	23
1.12.2.- Principios Biológicos	24
1.12.2.1.- Preservación del Órgano Pulpar	24
1.12.2.2.- Preservación de la Salud Periodontal.....	25
1.13.- Tipos de Terminación Cervical	26
1.14.- Adaptación de la Prótesis Fija	27
1.15.- La Enfermedad Periodontal y la Prótesis Fija	27
1.16.- Consideraciones Biológicas	28
1.17.- Biotipos Periodontales.....	30
1.17.1.- Biotipo Grueso.....	30
1.17.2.- Biotipo Delgado	30
1.18. - Estructuras Periodontales Importantes en el Tratamiento Protésico....	31
2.- Antecedentes Investigativos.....	32
2.1.- Antecedentes Internacionales	32
2.2.- Antecedentes Nacionales.....	33

3.- Hipótesis	33
CAPITULO III: METODOLOGÍA.....	34
1. Ámbito de Estudio.....	35
2. Tipo y Diseño de Investigación	35
3. Unidades de Estudio.....	35
4. Población	36
5. Técnicas y Procedimientos	36
6. Producción y Registro de Datos.....	37
7. Técnicas de Análisis Estadístico.....	38
8. Recursos.....	39
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	40
1. Presentación de resultados	41
Tabla nº 1.....	42
Grafico nº 1	43
Tabla nº 2.....	44
Grafico nº 2.....	45
Tabla nº 3.....	46
Grafico nº 3.....	47
Tabla nº 4.....	48
Grafico nº 4.....	49
Tabla nº 5.....	50
Grafico nº 5.....	51
Tabla nº 6.....	52
Grafico nº 6.....	53
Tabla nº 7.....	54
Grafico nº 7	55
Tabla nº 8.....	56
Grafico nº 8.....	57
Tabla nº 9.....	58
Grafico nº 9.....	59
Tabla nº 10.....	60
Grafico nº 10.....	61

Tabla nº 11.....	62
Grafico nº 11	63
Tabla nº 12.....	64
Grafico nº 12.....	65
Tabla nº13.....	66
Grafico nº13.....	67
Tabla nº 14.....	68
Grafico nº 14.....	69
Tabla nº 15.....	70
Grafico nº 15.....	71
Tabla nº 16.....	72
Grafico nº 16.....	73
1. Discusión	74
Conclusiones	76
Recomendaciones	77
Referencias bibliográficas.....	78
Anexos.....	80
Anexo nº 1 instrumento de recolección de datos	81
Anexo nº 2 matrices de datos	84
Anexo nº 3 consentimiento informado	90
Anexo nº 4 documentación sustentadora	92
Anexo N° 5 secuencia fotográfica	95

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue detectar la prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes portadores de prótesis fija que acuden a los servicios de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas de Arequipa.

Para tal fin se trabajó con los pacientes que acudieron durante Mayo y Junio del 2016 y que reunieron los criterios de inclusión y exclusión propuestos, llegando a un total de 44 personas aptas sobre las cuales se midió las variables de interés. El estudio fue de tipo no experimental, con un diseño prospectivo, descriptivo, de campo y transversal.

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la observación clínica, a través de la aplicación del Índice de Ramfjord para medir la Prevalencia de Enfermedad Periodontal. El instrumento investigativo que se aplicó fue una Ficha de Recolección de Datos, donde se registró los datos producto de las mediciones.

Se determinó que la totalidad de pacientes presentaban enfermedad periodontal, cuyo índice en el mayor porcentaje estuvo entre pérdida de inserción de 3 mm (24.0%) y entre 3mm y 6mm (25.3%). Así mismo, se demostró en este estudio que la edad tiene relación con el índice de enfermedad periodontal, pues en los pacientes de mayor edad la gravedad de la enfermedad se incrementa; también hay relación con el tipo de tratamiento, siendo más grave en los portadores de puente. Además el sexo y grado de instrucción de los pacientes; y el sector y la ubicación de la prótesis no tuvieron relación con la enfermedad.

Palabras clave

- Enfermedad periodontal
- Prótesis fija

ABSTRACT

The objective of this research was to detect the presence of periodontal disease in patients wearing fixed prosthesis attending the Stomatology Services Clinic Alas Peruanas University of Arequipa.

To this end work with patients they attended during May and June 2016 and who met the inclusion criteria and proposed exclusion, reaching a total of 44 characters Suitable upon which the variable of interest was measured. The study was not experimental type, con un prospective design, Descriptive, field and cross.

The technique was used for data collection was the clinical observation, one through the application Ramfjord index to measure the rate of periodontal disease. The research instrument applied was a tab Data Collection, Where did Registration Data Product measurements.

It was determined that all patients had periodontal disease, whose index in percentage Major was among Insertion Loss 3 mm (24.0%) and between 3 mm and 6 mm (25.3%). Furthermore, we have shown that Has the Age Relationship rate of periodontal disease, as in patients age The mayor Disease Severity increases; Hay also related to the type of treatment, being more grave Carriers bridge. : In addition to sex and level of education of the patients and the sector and location of the prosthesis they were not related to the disease.

Key words

- Periodontal disease
- Fixed prosthesis

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1. Título

Prevalencia de Enfermedad Periodontal en pacientes portadores de Prótesis Fija que acuden a los servicios de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Arequipa – 2016.

2. Justificación e Importancia

La pérdida de una o varias piezas dentarias por diferentes factores, no es solo una molestia al momento de consumir los alimentos y realizar actividad masticatoria, si no que repercute en el bienestar emocional de los pacientes ya que la función, estética y fonética de las arcadas dentarias se ve comprometida, y todo esto conlleva a una alteración de la oclusión.

Varios de estos pacientes optan por un tratamiento protésico fijo para reemplazar las piezas dentarias, se ha observado que en ciertos casos no guardan los cuidados necesarios para mantener en buen estado dichas prótesis y tejidos que la rodean, a veces es el odontólogo quien no realiza un correcto tratamiento protésico, encontrándose frecuentemente prótesis sobre extendidas, que no cuentan con buena adaptación cervical, favoreciendo así a la acumulación de placa bacteriana, alterando la salud periodontal de los pilares que sostienen la prótesis; en tanto, se ve que no se respeta los principios biológicos, mecánicos y/o no se utilizan los materiales adecuados durante la realización del tratamiento.

3. Problema de Investigación

¿Cuál es la prevalencia de Enfermedad Periodontal en pacientes portadores de Prótesis Fija que acuden a los servicios de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas - 2016?

4. Área del Conocimiento

- a. Área: Ciencias de la Salud
- b. Campo: Odontología
- c. Especialidad: Rehabilitación Oral- Periodoncia
- d. línea: Enfermedad Periodontal
- e. Tópico: Epidemiologia

5. Objetivos

- Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes portadores de prótesis fija.
- Relacionar el sexo, edad y grado de instrucción con la prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes portadores de prótesis fija.
- Relacionar el tipo de prótesis, su ubicación, sector de localización y tiempo de uso con la prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes portadores de prótesis fija.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

1. MARCO TEÓRICO

1.1- ENFERMEDAD PERIODONTAL

1.1.1.- DEFINICIÓN

La periodontitis se define como una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes causada por microorganismos o grupo de microorganismos específicos que producen la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsa recesión o ambas. (2)

Desde un punto de vista anatómico, se produce periodontitis cuando la agresión bacteriana es capaz de generar una lesión de las fibras más coronales del ligamento periodontal, o fibras transeptales, con afectación y destrucción de los tejidos de soporte del diente (ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar). (2)

1.2.- ETIOLOGÍA

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad periodontal son producto de una compleja interacción entre agente causal, en este caso bacterias específicas de la placa dental, y los tejidos del huésped. (2)

La inflamación es la característica patológica central de la enfermedad periodontal y la placa bacteriana el factor causal que induce el mecanismo inflamatorio del huésped. (2)

Es probable que las bacterias específicas de la placa intervengan en la destrucción periodontal. El aumento de la acumulación de placa es secundario a la higiene bucal ineficaz y se complica más aun por la presencia de factores locales como cálculos, restauraciones dentales desbordantes o dientes apiñados o en mal posición. (2)

1.2.1.- PLACA BACTERIANA.

La placa bacteriana se define como los desechos blandos que forma el biofilm el cual se adhiere a la superficie del diente o cualquier superficie dura de la cavidad oral incluyendo restauraciones removibles o fijas . (1)

La placa bacteriana se la clasifica en placa subgingival y placa supragingival de acuerdo a la ubicación donde se encuentren. La subgingival se encuentra milímetros por debajo del margen de la encía, entre el diente y el surco gingival, la cual está en contacto con las estructuras dentarias, también se la conoce como placa marginal. (1)

La placa subgingival presenta 3 porciones a) la placa adherida, que se encuentra firmemente unida a la superficie dentaria, b) la placa no adherida, que se encuentra libre en la luz de la bolsa, y, c) la placa asociada al epitelio, que se adhiere al epitelio de la bolsa y puede penetrar en el tejido gingival. (1)

La deficiencia en la calidad de las restauraciones dentales así sean fijas o removibles, son factores que contribuyen a la destrucción del periodonto, ya que tienden a crear espacios de retención de placa bacteriana. Lo ideal de una restauración es que sea duradera y biocompatible estética y funcionalmente. (1)

1.3.- PATOLOGÍA PERIODONTAL

La presencia de placa bacteriana en las proximidades de la superficie gingival genera una serie de cambios que se producen en varias etapas. Las primeras tres etapas son de gingivitis, en la cuarta aparece la lesión ósea y el diagnóstico es de periodontitis. (1)

- Lesión inicial. La presencia de placa bacteriana genera inicialmente la aparición de fluido gingival y, en el nivel microscópico, un infiltrado pequeño, en especial de leucocitos polimorfo nucleares y algunos linfocitos. El epitelio del surco gingival presenta cierta proliferación leve de

sus papilas y hay una incipiente pérdida de colágeno en la zona vecina al fondo de surco gingival. Clínicamente esta etapa no tiene ninguna manifestación, son cambios de tipo subclínico. Todas las personas con gingiva clínicamente sanas están en realidad en este estadio inicial de la respuesta inflamatoria. Esta línea inicial de defensa antibacteriana puede ser efectiva en muchos casos y la lesión se mantiene indefinidamente en este estadio. Cuando se diagnostican tejidos clínicamente sanos, se sabe que, en realidad, se encuentran en el estadio inicial de la respuesta inflamatoria. (1)

- Lesión temprana. Clínicamente aparecen signos de eritema debidos a la proliferación vascular y hemorragia al sondaje. En el nivel microscópico el infiltrado inflamatorio está compuesto preponderantemente por linfocitos, con algunos neutrófilos, macrófagos y plasmocitos, y comienza a detectarse destrucción del colágeno; la proliferación de papilas epiteliales es más extensa. El diagnóstico precoz de gingivitis se hace en este estadio. (1)

- Lesión establecida. Se caracteriza clínicamente por obvias alteraciones gingivales de forma, color, textura superficial y tendencia hemorrágica, que llevan al diagnóstico de gingivitis crónica, moderada o severa. En el nivel microscópico se ve una reacción inflamatoria crónica intensa, en cuyo infiltrado predominan plasmocitos, y hay mayor destrucción del colágeno. (1)

- Lesión avanzada. Comienzan las alteraciones óseas y la enfermedad pasa a ser una periodontitis. A medida que la bolsa se profundiza, debido a tal vez a la migración apical del epitelio en respuesta a la irritación provocada por la placa y además, a los episodios destructivos microscópicos de corta duración, la placa continúa su descenso apical y la multiplicación de su nicho ecológico anaerobio. La lesión avanzada presenta todas las características de la lesión establecida pero difiere de modo importante en cuanto existe pérdida de hueso alveolar, con daño de las fibras extenso y el epitelio de unión migra apicalmente desde el límite amelocementario.(1)

1.4.- BOLSA PERIODONTAL.

Es la profundización patológica del surco gingival. (2)

Una bolsa periodontal puede formarse:

- a) Por crecimiento coronario del margen gingival, en cuyo caso sustituye una bolsa falsa o relativa, también llamada bolsa gingival o pseudobolsa. (2)
- b) Por desplazamiento apical de la inserción gingival, con destrucción de los tejidos de inserción del diente y formación de una bolsa verdadera o absoluta también llamada bolsa periodontal propiamente dicha. (2)
- c) Por una combinación de los procesos anteriores. (2)

Características clínicas: signos clínicos como la encía marginal engrosada, de color rojo azulado una zona vertical roja azulada, desde el margen gingival hasta la mucosa alveolar; hemorragia gingival y supuración. (2)

Contenido de la bolsa. La luz de la bolsa contiene placa y cálculos adheridos a la superficie cementaria, restos de comida en descomposición, microorganismos, productos bacterianos y salivales, células descamadas, exudado purulento y sanguíneo. (2)

1.5.- SUSCEPTIBILIDAD A LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y

FACTORES DE RIESGO.

La enfermedad periodontal es considerada una enfermedad multifactorial. Aunque si los microorganismos específicos son considerados potencialmente patógenos, su presencia no es suficiente para la instauración de la enfermedad. La progresión de la enfermedad es también relacionada con factores de riesgo del individuo que incluyen la edad, el tabaquismo, factores genéticos y algunas enfermedades sistémicas. (7)

La prevalencia de la enfermedad periodontal aumenta con la edad. Aunque no está claro si con el envejecimiento aumenta la susceptibilidad de la enfermedad o si se verifique un efecto acumulativo durante la vida que explique la prevalencia de la enfermedad. (7)

1.5.1.- FACTORES YATRÓGENOS

Las deficiencias en la calidad de las restauraciones o prótesis son factores que favorecen a la inflamación gingival y la destrucción periodontal. Las maniobras odontológicas que contribuyen al deterioro de los tejidos periodontales se denominan factores yatrogénos. Las características de las restauraciones dentales y prótesis parciales removibles importantes para el mantenimiento de la salud periodontal son: localización del margen gingival para la restauración. Espacio entre el margen de la restauración y el diente no tallado, contorno de las restauraciones, oclusión, materiales usado en la restauración. (2)

1.5.2.- MÁRGENES DE RESTAURACIONES

Los márgenes desbordantes de las restauraciones dentales contribuyen al desarrollo de enfermedad periodontal mediante: 1) la transformación del equilibrio ecológico del surco gingival en una zona que favorece la proliferación de gérmenes relacionados con la enfermedad 2) inhibición del acceso del paciente para eliminar la placa acumulada. (2)

La localización del margen gingival de una restauración se vincula de manera directa con el estado de salud de los tejidos periodontales adyacentes. Los márgenes subgingivales se vinculan con gran cantidad de placa, gingivitis más intensa y bolsas más profundas, incluso restauraciones de alta calidad, si son subgingivales, incrementan la acumulación de placa, la inflamación gingival y la velocidad del flujo de líquido gingival. Los márgenes localizados a nivel de la cresta gingival generan menor inflamación, mientras que los márgenes supragingivales propician un grado de salud periodontal similar al de superficies interproximales no restauradas. (2)

1.5.3.- CONTORNO/ CONTACTOS ABIERTOS

Las coronas y restauraciones con contornos exagerados tienden a acumular placa y tal vez interfieran con los mecanismos de auto limpieza de carrillos, labios y lengua. Las restauraciones que no restablecen los espacios de los nichos interproximales adecuados generan inflamación gingival. (2)

1.5.4.- MANIOBRAS DE ODONTOLOGÍA RESTURADORA

Fresas que laceran la encía produce diversos grados de trauma mecánico e inflamación. El atacado forzado de los hilos de retracción en el surco para preparar los márgenes subgingivales o para tomar una impresión puede lastimar el periodonto y dejar atrás residuos acuñaos capaces de causar reacción de cuerpo extraño. (2)

1.5.5.- MALOCLUSIÓN

La alineación irregular de dientes como la que se encuentra en casos de mal oclusión puede dificultar la eliminación de placa. (2)

1.5.6.- HÁBITOS Y LESIONES AUTOINFLIGIDAS

Es posible que los pacientes no sepan que sus hábitos lesivos autoinfligidos pueden tener importancia en el inicio y progresión de su enfermedad periodontal. Formas mecánicas de trauma se originan en el uso inadecuado de cepillo dental, introducción de mondadientes entre los dientes. (2)

1.6.- CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

1.6.1.- PERIODONTITIS CRÓNICA

Las características clínicas de la periodontitis crónica son: inflamación gingival (alteración de color y textura), sangrado durante sondeo en el área de la bolsa periodontal, resistencia reducida de los tejidos periodontales al sondeo, pérdida de inserción perdida de hueso alveolar. Entre las características

variables se incluyen; hipertrofia o retracción de la encía, exposición de la furcación radicular, aumento de la movilidad dental, desplazamiento y finalmente exfoliación de los dientes. (1)

Dado que la periodontitis crónica es la mayoría de las veces indolora, es menos probable que los pacientes demanden un tratamiento y acepten las recomendaciones terapéuticas, algunas veces puede aparecer dolor debido a caries radiculares. (2)

Desde el punto de vista clínico, la periodontitis crónica puede diagnosticarse mediante la detección de los cambios inflamatorios crónicos en la encía marginal, la presencia de bolsas periodontales y la pérdida de inserción clínica. Por medio de radiografías, se la diagnostica por los signos de pérdida ósea de la afección en el tiempo. El diagnóstico diferencial toma como base la edad del paciente, ritmo de avance. (2)

Periodontitis localizada: se considera localizada la periodontitis cuando < 30% de los sitios evaluados en la boca presenta pérdida de inserción y de hueso. (2)

Periodontitis generalizada: es generalizada la periodontitis cuando > 30% de los sitios revisados en la boca sufre pérdida de inserción y ósea. (2)

La pérdida de inserción y ósea es uniforme en la mayoría de las superficies dentarias. En la mayoría de veces la pérdida ósea vertical se vincula con defectos óseos angulares y bolsas infra óseas. La pérdida ósea horizontal suele relacionarse con bolsas supraoseas. (2)

Periodontitis leve: habitualmente se considera la destrucción periodontal como leve cuando se producen no más de 1 a 2 mm de pérdida de inserción clínica. (2)

Periodontitis moderada: se califica como moderada la destrucción periodontal si hay de 3 a 4 mm de pérdida de inserción clínica. (2)

Periodontitis grave: la destrucción periodontal es grave cuando se reconocen 5mm o más de pérdida de inserción clínica. (2)

1.6.2.- PERIODONTITIS AGRESIVA

La periodontitis agresiva comprende un grupo de formas raras y a menudo severas de periodontitis rápidamente progresivas, caracterizada a veces por una edad temprana, de comienzo y una tendencia distintiva a la agregación familiar de casos, la periodontitis agresiva fue caracterizada con los siguientes rasgos comunes principales. 1) Historia clínica sin rasgos particulares, 2) Pérdida de inserción y destrucción ósea rápidas, 3) Agregación familiar de casos. (1)

La periodontitis agresiva suele presentarse temprano en la vida de la persona; esto implica que los agentes etiológicos fueron capaces de producir niveles de enfermedad detectables clínicamente en un tiempo bastante breve. No obstante la periodontitis agresiva puede aparecer a cualquier edad. (1)

Su diagnóstico requiere la exclusión de enfermedades sistémicas que puedan deteriorar severamente las defensas del huésped y llevar a la pérdida prematura de los dientes (manifestaciones periodontales de enfermedades sistémicas). (1)

En la actualidad, además de la presentación clínica, se utilizan diversos parámetros radiográficos microbiológicos e inmunológicos, junto con la evaluación de exposiciones medioambientales, como el tabaquismo, para describir la periodontitis agresiva que afecta al sujeto. (1)

La prueba de diagnóstico más sensible para la detección de la periodontitis es la medición en radiografías Bite - Wing, para la detección de los pacientes el profesional tiene que estar en conocimiento de que la pérdida ósea marginal en la radiografía es un signo diagnóstico muy específico. (1)

1.6.3.- PERIODONTITIS COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS

En ellas existen factores añadidos que alteran la capacidad de respuesta del hospedador, con lo que su gravedad es mayor. (2)

Varias alteraciones hematológicas y genéticas se relacionan con periodontitis en individuos afectados. Las manifestaciones clínicas de muchos de estos trastornos pueden confundirse con formas agresivas de periodontitis con pérdida rápida de inserción y potencial para la pérdida temprana de dientes. En la actualidad la periodontitis como manifestación de enfermedad sistémica en un diagnóstico aplicable cuando la enfermedad general es el factor predisponente principal, y factores locales como grandes cantidades de placa y cálculos no son evidentes. En caso de que la destrucción periodontal es el resultado claro de factores locales y se exacerbe por mala aparición de afecciones como diabetes mellitus o infección por HIV, el diagnóstico debe ser el de periodontitis crónica modificada por una enfermedad sistémica. (2)

1.6.4.- ENFERMEDAD PERIODONTAL NECROSANTE

La PUN. Difiere de la GUN en que la pérdida de inserción clínica y de hueso es un rasgo constante. Todas las demás características son las mismas en las dos formas de enfermedad necrosante. Se observa en pacientes con infección por HIV y se manifiesta como ulceración local y necrosis de tejido gingival con exposición y rápida destrucción de hueso subyacente, hemorragia espontánea y dolor intenso. Es una infección rápidamente destructiva y potencialmente muy seria de los tejidos periodontales. Puede empezar como una gingivitis ulcero necrotizante y terminar en una estomatitis necrotizante. (2)

1.6.5.-ABCESO DEL PERIODONTO

- Absceso gingivales
- Abscesos periodontales

1.6.6.- PERIODONTITIS RELACIONADA CON LESIONES ENDODÓNTICAS

La clasificación de lesiones que afectan el periodonto y la pulpa se basa en la secuencia de la enfermedad. (2)

1.6.6.1.- LESIONES ENDODÓNTICAS PERIODONTALES

En las lesiones endodónticas periodontales la necrosis pulpar precede a las alteraciones periodontales. Las lesiones periapicales que se originan en una infección y las necrosis pulpares pueden drenar a la cavidad bucal a través del ligamento periodontal y el hueso alveolar adyacente. (2)

1.6.6.2.- LESIONES PERIODONTALES ENDODÓNTICAS

En las lesiones periodontales endodónticas a la infección bacteriana de una bolsa periodontal relacionada con pérdida ósea y exposición radicular puede difundirse por los conductos accesorios de la pulpa y causar necrosis pulpar. En caso de enfermedad periodontal avanzada, la infección llegaría a la pulpa por el foramen apical. (2)

1.6.6.3.- LESIONES COMBINADAS

Las lesiones combinadas ocurren cuando la necrosis pulpar y una lesión periapical se presentan en un diente que también tiene lesión periodontal. La radiografía revela un defecto intraóseo evidente cuando la infección de origen pulpar coincide con la de origen periodontal. (2)

1.6.7.- MALFORMACIONES Y LESIONES CONGÉNITAS

O ADQUIRIDAS

Factores relacionados con el desarrollo de un diente que modifican o predisponen a enfermedades gingivales inducidas por placa o periodontitis. (2)

Por lo general se considera que estos factores son aquellos factores locales que contribuyen al inicio y la progresión de enfermedad periodontal al fomentar la acumulación de placa o impedir su eliminación con técnicas normales de higiene bucal. (2)

1.7.- DIAGNÓSTICO CLÍNICO

EL diagnóstico periodontal se establece luego de analizar con atención los antecedentes del caso y valorar los signos y síntomas clínicos, así como los resultados de diversas pruebas, valoración de la movilidad al sondeo, radiografías, análisis de sangre y biopsias. (2)

Un diagnóstico adecuado se realiza a través de la evaluación de los datos recogidos con la anamnesis examen clínico periodontal, eventuales y, cuando sea necesario, consulta médicas especializadas. El examen periodontal consiste en la inspección de los tejidos blandos, en el sondeo, en la evaluación de la movilidad dentaria. La encía sana, sin pigmentaciones melánicas, normalmente presenta un color rosado coral. El enrojecimiento es un signo clínico de inflamación gingival determinado por un incremento de vascularidad como respuesta a una irritación local producida por placa y tártaro. Los cambios en el festoneado gingival normal en ausencia de enfermedades sistémicas o de aumentos de volumen gingival por medicamentos de probable patología inflamatoria. El signo clínico más significativo de inflamación periodontal es el sangrado que se manifiesta después de las maniobras de sondeo. Es importante registrar las pérdidas de encía adherida, especialmente si está asociada con recesión, a la inserción de frenillos y en presencia de

rehabilitaciones protésicas. La presencia de necrosis interdientaria puede ser el signo clínico de periodontitis. (7)

1.7.1.- PARÁMETROS DE SONDAJE

1.7.1.1.- PROFUNDIDAD AL SONDAJE

La profundidad al sondaje es la distancia que penetra la sonda periodontal desde el margen gingival hasta la ubicaciones del extremo de la sonda, la cual debe ser insertada con una fuerza de sondeo moderada. (1)

1.7.1.2.- MARGEN GINGIVAL

El margen gingival es de forma redondeada y se ubica sobre la superficie del diente a 1, o 2 mm aproximadamente en sentido coronario desde la línea amelocementaria. Cuando el margen se encuentra hacia apical y es visible la línea amelo cementaria se lo denomina recesión gingival, y cuando el margen se encuentra hacia coronal cubriendo la línea amelo cementaria se lo denomina agrandamiento gingival. (1)

1.7.1.3.- NIVEL DE INSERCIÓN CLÍNICA

El nivel de inserción clínica es la distancia entre la línea amelo cementaria (LAC) hasta el extremo de la sonda periodontal, la cual determina la perdida de soporte del diente, esta medición debe hacerse en diferente sitios alrededor del diente, vestibular, palatino, lingual y distal. Para calcular el nivel de inserción clínica. (1)

1.7.1.4.- SANGRADO AL SONDAJE

El sangrado al sondaje se lo tiene considerado como un predictor de la enfermedad periodontal, un indicador de inflamación periodontal en conjunto con otros signos clínicos. Debido a que el sangrado es inducido por el

sondaje al promedio de la penetración con la sonda hay que tener en cuenta otros aspectos que puedan variar al momento de la interpretación del sangrado, como el diámetro de la sonda, la fuerza con la que introduce, y el grado de inflamación gingival. (1)

1.7.1.5.- MOVILIDAD DENTAL

La movilidad dental es una movilidad patológica dada por la pérdida de soporte resultado de una enfermedad periodontal. Existen otras razones por la cual puede existir movilidad patológica, ya sea por trauma, o por ortodoncia los cuales causan una movilidad aumentada de los dientes. La movilidad que es causada por periodontitis va incrementando con el tiempo y es irreversible, si la enfermedad no está siendo tratada. Después de que la salud periodontal es tratada el movimiento patológico se reduce un poco, pero igual debe ser controlada eventualmente. (1)

1.8.- EPIDEMIOLOGÍA

1.8.1.- PREVALENCIA:

Prevalencia es la medida de la cantidad de enfermedad existente en una población.

Asimismo la prevalencia de una enfermedad crónica no mortal como la periodontitis del adulto, tiende a crecer con la edad. Este incremento de la prevalencia con la edad causado solo por la acumulación de casos, a menudo se malinterpreta como que los, adultos de mayor edad están en mayor riesgo. (2)

1.8.2.- ÍNDICE DE RAMFJORD

El índice de enfermedad periodontal es una modificación del índice periodontal de Russel y del índice de PMA. Está basado

primariamente sobre él está el nivel individual de inserción del tejido periodontal y la unión amelo - cementaria. (3)

Ramfjord hace mucho hincapié en la capacitación adecuada de los investigadores que van a hacer la medición clínica, pues el hecho más importante del índice es la medida del nivel de inserción periodontal relacionado a la unión amelo - cementaria de los dientes. También destaca que la valoración subjetiva del color, la forma, densidad y tendencia al sangrado, por lo que los observadores deberán estar bien entrenados. (3)

El estado gingival es registrado primero. El método y valor asignado representan esencialmente una combinación del índice de PMA (papila, margen y encía) y de PI (índice periodontal), con las siguientes definiciones de criterio. (3)

0 = ausencia de signos de inflamación

1= inflamación gingival de ligera a moderada

2 = gingivitis moderada a ligeramente avanzada que se extiende alrededor del cuello del diente.

3 = gingivitis severa caracterizada por enrojecimiento marcado, inflamación, tendencia al sangrado y ulceración.

Todos estos criterios están basados en valores subjetivos y en el juicio de los observadores, por lo que Ramfjord hace una detallada descripción de las bases dicho juicio. (13)

El siguiente paso en el procedimiento de registro de datos es medir la profundidad del surco gingival, para lo cual se recomienda la sonda periodontal de Michigan N° 0. (13)

Computación de los datos registrados: Los datos registrados pueden ser utilizados como una base para índices individuales para gingivitis, para enfermedad periodontal total (PDI), para cálculos y placa o para una combinación de ambos factores locales. El índice

de gingivitis es derivado de agregar los registros para gingivitis de todos los dientes examinados y entonces dividir la suma por el número de dientes examinados. (3)

El índice periodontal de pacientes es el promedio del índice de enfermedad periodontal (IEP) por los dientes examinados, lo cual está basado en la siguiente tabulación (3)

- Si el surco gingival en ninguna de las medidas se extendió apicalmente a la unión amelo-cementaria, la marca registrada para gingivitis es el IEP para ese diente. Si el surco gingival en cualquiera de las áreas medidas se extendió apicalmente a la unión amelo-cementaria, pero no más de 3mm (incluyendo 3mm en cualquier área), a ese diente se le asigna un EIP de 4. El registro para gingivitis entonces es descartado en el IEP para ese diente (13)
- Si el surco gingival en cualquiera de las áreas medidas se extiende de 3 a 6 mm (incluyendo 6 mm) en relación con la unión amelo-cementaria, a ese diente le es asignado un IEP de 5 (otra vez la gingivitis es descartada). (13)
- Siempre que el surco gingival se extienda más de 6 mm apical a la unión amelo-cementaria, en cualquiera de las superficies medidas, a ese diente se le asigna un IEP de 6 (otra vez descartando la gingivitis). (13)

El IEP total del paciente es entonces computarizado adicionando los registros individuales de los dientes registrados. (13)

La técnica original de Ramfjord seleccionaba, 6 dientes que consideraba representativos de toda la dentadura, que son los siguientes; primer molar superior derecho, incisivo central superior izquierdo, primer premolar superior izquierdo, primer molar inferior izquierdo, incisivo central inferior derecho y primer premolar inferior derecho. (1)

1.9.- PRÓTESIS FIJA

1.9.1.- DEFINICIÓN

El ámbito de un tratamiento de prótesis fija abarca desde la restauración de un único diente hasta la rehabilitación de toda la oclusión. Es posible restaurar la función completa de los dientes por separado y conseguir la mejora del efecto estético los dientes ausentes pueden reemplazarse mediante prótesis fija, lo cual mejorara la comodidad y la capacidad masticatoria del paciente, conservara la salud y la integridad de las arcadas dentarias en muchos casos, elevará la autoimagen y autoestima del paciente. (10)

La PPF imita fielmente la dentadura natural y permite restablecer en forma óptima las funciones masticatorias fonética y estética. Se integra fácilmente en la cavidad oral suministrando al paciente el máximo confort tanto funcional como psicológico. Por este motivo, es el tipo de rehabilitación más pedida por todos los pacientes. (10)

1.10.-TIPOS DE RESTAURACIÓN

Restauraciones protésicas que podemos utilizar son (10)

- Coronas
- Puentes
- Incrustaciones

1.11.- COMPONENTES DE LA PRÓTESIS FIJA

Los componentes de esta restauración están catalogados como “puente”. El diente que sirve como elemento de unión para una prótesis parcial fija se denomina pilar. El diente artificial que se sustenta en los dientes pilares es un pónico. El pónico está conectado con los retenedores de la prótesis parcial fija, se trata de restauraciones extracoronarias que están cementadas a los dientes pilares preparados. (10)

1.12.- PRINCIPIOS DE TALLADO

1.12.1.- PRINCIPIOS MECÁNICOS

1.12.1.1- RETENCIÓN

El tallado debe presentar ciertas características que impidan el desplazamiento axial de la restauración cuando es sometida a fuerzas de tracción. La retención depende básicamente del contacto existente entre las superficies internas de la restauración y las externas del diente preparado. Esto es denominado retención friccional. Cuando más paralelas se presenten las paredes axiales del diente preparado, mayor será la retención friccional de la restauración. (10)

Cuanto mayor sea la corona clínica de un diente preparado, mayor será la superficie de contacto y la retención final. La determinación de un plano de inserción único de los dientes pilares de una prótesis fija es esencial para su retención. Para, la posición e inclinación de los dientes en el arco deben ser, inicialmente, analizadas en modelos de estudio, para que el profesional pueda controlar mejor la cantidad de desgaste de las caras dentarias con el objetivo de preservar la salud pulpar, sin, no obstante, perder las características de retención y estética. (10)

1.12.1.2.- RESISTENCIA O ESTABILIDAD

Es la capacidad de una preparación para evitar el desprendimiento de la restauración frente a fuerzas oblicuas. Retención y estabilidad, si bien son propiedades dependientes en sí, cuya diferencia está relacionada con la dirección de las fuerzas ejercidas.

Existen varios factores directamente relacionados con la forma de resistencia del tallado. (10)

- Magnitud y dirección de la fuerza. Fuerzas de gran intensidad y dirigidas lateralmente, como ocurre en los pacientes que presentan bruxismo, pueden causar el dislocamiento de prótesis.(10)
- Relación altura / ancho del tallado. Cuanto mayor la altura de las paredes, mayor será el área de resistencia del tallado que va impedir el dislocamiento de la prótesis cuando sea sometida a fuerzas laterales. Por otro lado, si el ancho fuera mayor que la altura, mayor será el radio de rotación y, por tanto, las paredes del tallado no ofrecerán una forma de resistencia adecuada. Por tal motivo es importante que la altura del tallado sea por lo menos igual que su ancho. (10)
- Integridad del diente preparado. Coronas integrales, sea en estructuras dentarias o en núcleos metálicos, resisten mejor a la acción de las fuerzas laterales que aquellas parcialmente restauradas o destruidas. (10)

1.12.1.3.- RIGIDEZ ESTRUCTURAL

El tallado debe ser ejecutado de tal forma que la restauración presente un espesor suficiente de metal (para las coronas totales metálicas), metal y porcelana (para las coronas metal. porcelana, y de porcelana) (para las coronas de porcelana pura), para resistir las fuerzas masticatorias y no comprometer la estética y el tejido periodontal. Para esto, el desgaste deberá ser realizado selectivamente de acuerdo con las necesidades estéticas y funcionales de la restauración. (10)

1.12.1.4.- INTEGRIDAD MARGINAL.

El objetivo básico de toda restauración cementada es estar bien adaptada y con una línea mínima de cemento, para que la prótesis pueda permanecer en función el mayor tiempo posible, en un ambiente biológico desfavorable que es la boca. (10)

Igual con las mejores técnicas y materiales utilizados para la confección de una prótesis, siempre habrá algún desajuste entre los márgenes de la restauración y la terminación cervical del diente preparado. Este desajuste será rellenado con cementos que presentan diferentes grados de degradación marginal. Con el pasar del tiempo, se crea espacio entre el diente y la restauración que va a permitir, cada vez más, retención de placa, instalación de la enfermedad periodontal, recidiva de caries y, consecuentemente, pérdida del trabajo. (10)

El odontólogo debe tener en mente que el mayor porcentaje de fracasos de las prótesis fijas se debe a la existencia de caries que se instala con la presencia de placa bacteriana. El desajuste marginal desempeña un papel fundamental en este proceso, así como la instalación de la enfermedad periodontal. (10)

Los márgenes inadecuados facilitan la instalación del proceso patológico del tejido gingival que, a su vez impedirá la obtención de prótesis bien adaptadas. Así el control de la línea de cemento expuesta al medio bucal y la higiene del paciente son factores que aumenta la expectativa de la longevidad de la prótesis. (10)

1.12.2.- PRINCIPIOS BIOLÓGICOS

1.12.2.1.- PRESERVACION DEL ÓRGANO PULPAR

Los elementos dentarios restaurados con coronas totales pueden sufrir daños pulpares, pues aproximadamente 1 a 2 millones de túbulos dentinarios son expuestos cuando un diente es preparado. El potencial de irritación pulpar con ese tipo de tallado depende de varios factores: calor generado durante la técnica de tallado, calidad de las fresas y de la turbina de alta rotación, cantidad de dentina remanente, permeabilidad dentinaria, procedimientos de impresión, reacción exotérmica de los materiales empleados principalmente resinas al momento de fabricación de coronas provisionales y el grado de infiltración marginal. (10)

Así, el profesional debe tener siempre la preocupación de preservar la vitalidad del órgano pulpar y, en ese sentido una técnica de tallado que posibilite desgastes selectivos sobre sobre las caras de los dientes, en función de las necesidades estéticas y funcional de la prótesis planeada, tiene un papel imprescindible. (10)

1.12.2.2.- PRESERVACIÓN DE LA SALUD PERIODONTAL

La realización de líneas de acabado tiene un efecto directo sobre la facilidad para fabricar una restauración y su éxito final. Los mejores resultados pueden esperarse en aquellos márgenes que son los más suaves y están completamente expuestos a la acción de limpieza. Siempre que sea posible, la línea de acabado debe situarse en una zona en la cual el dentista pueda acabar los márgenes de la restauración y, al mismo tiempo, el paciente pueda

mantenerlos limpios. Asimismo las líneas de acabado deben situarse de tal forma que se puedan duplicar mediante una impresión sin desgarrar o deformar la impresión cuando esta se retire. (9)

Uno de los principales objetivos de cualquier tratamiento con prótesis fija es la preservación de la salud periodontal. Varios son los factores directamente relacionados a ese objetivo: higiene oral, forma, contorno y localización del margen cervical del tallado. (9)

Desde el punto de vista periodontal, el término cervical se debe localizar 2 mm distante del nivel gingival, pues el tejido gingival estaría en permanente contacto con el propio diente, sin la alteración del contorno que ocurre de cualquier forma en una prótesis con forma y contorno correctos, preservando así la salud del tejido gingival (9)

Por tanto en condiciones normales el margen de una restauración intracrevicular debe situarse en sentido apico coronal entre 2 y 2.5 mm coronal a la cresta ósea, en otras palabras equivale a afirmar que, en sentido apico coronal, el margen de la restauración debe colocarse entre 0.5 y 1 mm con respecto al margen libre de la encía. (10)

Por tanto, en los casos de localización subgingival del margen, deben valorarse tres parámetros 1) la profundidad del surco 2) la cantidad de encía adherida o insertada, y 3) el espesor del periodonto.(10)

1.13.- TIPOS DE TERMINACIÓN CERVICAL

La calidad de la adaptación cervical es sin duda determinante en la longevidad de la restauración. Cuando mejor es el sellado del margen, menor es la línea de cemento expuesta, más lenta es su solubilización y menor es la cantidad de placa bacteriana. La forma varía desde el filo de cuchillo hasta el hombro en 90° con ángulo interno redondeado, pasando por diversas conformaciones intermedias. (8)

Desde el punto de vista matemático, cuanto menor es el ángulo formado entre la superficie de la restauración, menor será la apertura marginal, para la misma cantidad de asentamiento. Esto significa que la terminación “en cero” o en filo de cuchillo ofrece mejores resultados, en comparación a las demás terminaciones. (8)

A pesar de esas limitaciones, la terminación en filo de cuchillo está indicada en dientes posteriores inclinados hacia lingual o con superficies muy convexas. (8)

La terminación en forma de Chamfer está representada $\frac{1}{4}$ de círculo. Es ampliamente usada para coronas metálicas, metal cerámicas y cerámicas. Junto con la terminación en hombro con ángulo redondeado, son las más empleadas actualmente. (8)

La terminación en plano inclinado es la modificación de la preparación en hombro de 90° tiene cualidades semejantes a las del Chamfer. Está indicado para terminaciones sobre raíces con recesión acentuada en que la estética es prioridad. (8)

Hombro en bisel es un tipo de terminación que requiere remoción exagerada de estructura dentaria, sin ofrecer ventajas significativas sobre la terminación en Chamfer. (8)

El acabado en escalón u hombro de 90° con el ángulo interno redondeado tiene su indicación clásica inicial para coronas de cerámica aluminizada, al proporcionar adecuado volumen de material. Por el redondeado del ángulo interno, tiene una forma que propicia excelente distribución de las cargas oclusales, es seguramente la terminación más común para todas las restauraciones estéticas, incluso para restauraciones metal cerámicas. (8)

Las preparaciones en bisel no impiden una buena adaptación cervical de la cerámica directa sobre el hombro, conforme a lo que demostró Pan en sus estudios. Sin embargo la ejecución en laboratorio es más trabajosa y no ofrece el efecto estético deseado debido al espesor de cerámica existente. (8)

Purton sugiere la terminación en hombro de 90° para todos los tipos de coronas totales, basado en una serie de estudios, el autor justifica la indicación afirmando que el factor que determina el grado de adaptación marginal es el espesor de la línea de cemento. (8)

Además de los aspectos mencionados, se atribuyen otras virtudes a las preparaciones en hombro, como la conveniencia de la facilidad en la preparación, la obtención de un molde con una línea de terminación más nítida, la facilidad de los procedimientos de laboratorio. El hecho que la terminación en escalón de 90° presente mayor disipación del esfuerzo en comparación con otras terminaciones es corroborado por otros autores, como El- Abrashi, McLean y Rosentiel. Ellos sugieren que la terminación en hombro de 90° debe ser usada en coronas metal cerámicas, principalmente cuando la estética es prioritaria. (8)

1.14.- ADAPTACIÓN DE LA PRÓTESIS FIJA

La adaptación consiste en la posición que el material cementante va a ocupar para que se integre la prótesis al pilar. Mientras menor sea la distancia entre el material de cementación del diente, menor será el espesor del cemento a utilizar, habrá mínima retención de placa y desarrollo de enfermedad periodontal. El uso de un explorador es un método que ayuda a la observación de los lugares incorrectamente adaptados, pero es altamente subjetivo ya que depende de la percepción táctil y habilidad del profesional. (8)

1.15.- LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y LA PRÓTESIS FIJA

La relación entre la salud periodontal y las restauraciones dentales es estrecha e inseparable. Tanto el periodoncio como los dientes deben mantenerse sanos para que las restauraciones perduren largo tiempo. Con objeto de preservar la salud periodontal, en ciertas zonas las

restauraciones deben tratarse de manera que estén en armonía con los tejidos periodontales que las rodean. Para mantener o mejorar la apariencia estética del paciente, la interfaz entre diente y tejido debe presentar un aspecto natural, con los tejidos gingivales que rodean el diente restaurado de un modo armonioso. (2)

1.16- CONSIDERACIONES BIOLÓGICAS

Ubicación del margen y el ancho biológico: Los odontólogos restauradores deben comprender la función del ancho biológico en la preservación de la salud de los tejidos gingivales y el control de la forma gingival de la restauración. El clínico cuenta con tres opciones para localizar el margen; supra gingival, equigingival e infragingival. El margen supragingival es el que tiene menor impacto sobre el periodoncio. Por tanto siempre que sea posible estas restauraciones deben elegirse no solo por sus ventajas estéticas si no por su influencia periodontal favorable. (2)

Desde punto de vista periodontal se tolera bien tanto el margen supra gingival como el equigingival. El mayor riesgo biológico ocurre cuando los márgenes de hallan en zona subgingival. Estos márgenes no son tan accesibles como el supragingival o el equigingival a las técnicas de pulido final y demás el aparato de inserción gingival se invade si el margen se halla muy por debajo de la cresta del tejido gingival. (2)

La dimensión del espacio que los tejidos ocupan sobre el hueso alveolar se identifica como ancho biológico. El establecimiento de las dimensiones del espacio que los tejidos requieren se atribuye a autores como Gargiulo, Wentz y al estudio de Orban en cadáveres. Estos autores hallaron que en el ser humano promedio la inserción de tejido conectivo ocupa 1.07mm de espacio sobre el hueso alveolar y que el epitelio de unión por debajo de la base del surco gingival ocupa otros 0.97mm del espacio sobre la inserción de tejido conectivo. Combinación de estas dos medidas constituye el ancho biológico. En la clínica esta información se aplica al diagnóstico de las invasiones del ancho biológico cuando el margen de la restauración se ubica a 2mm o menos

del hueso alveolar y los tejidos gingivales están inflamados sin otros factores causales. (2)

Valoración del ancho biológico: Una valoración clínica más positiva puede hacerse al medir la distancia entre el hueso y el margen de la restauración con una sonda periodontal. La sonda se introduce a través de los tejidos de inserción anestesiados desde el surco hacia el hueso subyacente. Si la distancia es menor de 2 mm en uno o más sitios, puede confirmarse que el ancho biológico está invadido. (2)

Esta medición debe efectuarse en dientes con tejidos gingivales sanos y repetirse en más de una pieza dentaria para asegurar una valoración precisa. La información obtenida se usa entonces para diagnosticar la invasión del ancho biológico, los parámetros para la colocación de restauraciones futuras. (2)

Pautas para la ubicación del margen: Para determinar donde emplazar los márgenes de la restauración con respecto a la inserción periodontal se recomienda utilizar la profundidad del surco del paciente como pauta para valorar el ancho biológico adecuado. La base del surco puede considerarse como la parte superior de la inserción y por tanto las valoraciones en la altura de la inserción se cuentan para asegurar que el margen se localiza en el surco y no en la inserción. (2)

1.- Si la profundidad del surco es de 1.5 mm o menos el margen de la restauración se ubica 0.5mm por debajo del tejido de la cresta gingival. Esto tiene especial importancia en la cara vestibular y evita una invasión del ancho biológico en un paciente tiene alto riesgo a este respecto. (2)

2.- Si la profundidad del surco es de más de 1.5 mm, el margen se ubica a la mitad de la profundidad del surco por debajo del tejido de la cresta. Esto emplaza el margen suficientemente lejos por debajo del tejido para que quede cubierto si el paciente tiene alto riesgo de recesión. (2)

3.- Si el surco es mayor de 2 mm, en especial en la cara vestibular del diente, entonces se valora la necesidad de realizar una gingivectomía para alargar el diente y crear el surco de 1.5 mm. (2)

1.17.- BIOTIPOS PERIODONTALES:

Un biotipo es la expresión fenotípica de una estructura biológica, tal como son las proporciones del complejo diente – periodonto. Por la perfección de sus caracteres, un biotipo periodontal es la forma típica que puede considerarse un modelo representativo de una especie, variedad o raza, tal como sucede en los promedios del grosor biológico que dan la armonía estética a una dentición.

Los biotipos periodontales según J. Seibert & J. Lindhe pueden ser principalmente de dos tipos. (3)

1.17.1.- BIOTIPO GRUESO

El biotipo grueso presenta una arquitectura normal, la encía marginal es más gruesa, presenta bastante tejido queratinizado fino y poca altura en las papilas interdentes, que dan forma a coronas más cuadradas, la cresta ósea es menos pronunciada y el área de contacto es amplia y hacia apical. El biotipo grueso se caracteriza por ser poco festoneado, contornos radiculares aplacados, hueso ancho, el surco gingival profundo, puede llegar a medir 2 mm. (3)

1.17.2.- BIOTIPO DELGADO

El biotipo delgado es de arquitectura muy pronunciada, de coronas largas y estrechas, los incisivos centrales son triangulares que muestran una encía marginal fina y festoneada, presenta una altura más amplia de papila interdentes, y la altura de la cresta ósea también es más alta, las áreas de contacto son amplias y coronales. La banda de encía queratinizada es estrecha. El biotipo fino es más propenso a tener efectos adversos al ser invadido, tiene un periodonto fino, surco gingival no tan profundo y su ancho biológico es menor a 2mm. (3)

1.18.- ESTRUCTURAS PERIODONTALES IMPORTANTES EN EL TRATAMIENTO PROTESICO.

- Espacio interproximal: el mantenimiento del espacio interproximal permite que exista espacio para la papila interproximal. Debe haber espacio interproximal suficiente para que el tejido gingival no quede presionado. La presión de la encía causaría pérdida de queratinización e inflamación del tejido, impediría la higiene del área y, consecuentemente, aumentaría la acumulación de placa, lo que con el tiempo puede llevar a reabsorción ósea e instalación de enfermedad periodontal. (8)

Con la pérdida de queratinización se forma una estructura conocida como área de col. (8)

Como regla, el espacio interproximal debe consistir en un vacío que acomode mesiodistal y apicocoronalmente la papila interproximal; además de permitir el pasaje, sin isquemia del tejido gingival, de un cepillo interproximal, así como del hilo dental. (8)

- Punto de contacto: la función de los puntos de contacto es la de disipar el componente anterior de las fuerzas oclusales y proteger e tejido gingival de la papila contra la impactación de alimentos y traumatismos. (8)

- La confección del punto de contacto está directamente relacionada a la confección del espacio interproximal. Este no puede localizarse demasiado hacia apical, lo que comprimiría la papila y tampoco puede ser muy estrecho en sentido vestíbulo – lingual, lo que no impediría la impactación. El punto de contacto debe ofrecer pequeña resistencia al pasaje del hilo dental. (8)

- Perfil de emergencia: la función de una corona protésica es la de restablecer la forma y la función de la corona dental; atención especial debe recibir la transición corona - raíz, lo que frecuentemente es obviado por los profesionales. Es muy importante estudiar raíces de dientes naturales para que se pueda restablecer esa transición. (8)

Proyectando mejor el perfil de emergencia se disminuye el sobrecontorno de las coronas, lo que evita la acumulación de placa e inflamación gingival. (8)

- Terminación de la preparación: la adaptación de las coronas temporales es primordial para el mantenimiento de la salud periodontal, impidiendo la acumulación de placa y la infiltración bacteriana. Cuanto mejor se confeccionan la terminación mejor será copiada por la resina durante el rebasado y, consecuentemente, mejor será la adaptación. (8)

2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.1.- Antecedentes Internacionales:

Bustos Medina Luis - Oyanader Martínez Carla CONDICIÓN PERIODONTAL DE LAS PRÓTESIS FIJAS SINGULARES REALIZADAS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA INTEGRAL DEL ADULTO DE LA UNIVERSIDAD MAYOR DE TEMUCO (17): Se examinaron 73 prótesis fijas singulares realizadas por alumnos de la asignatura Odontología Integral del Adulto I y II de la Universidad Mayor de Temuco, en el periodo 2007 al 2009. La distribución de la muestra por edad y sexo, indica que de 41 pacientes, 76% eran mujeres. La edad de los pacientes fluctuaba entre los 23 y 66 años, con un promedio de edad de $45,5 \pm 9,8$ años. Del total de las 196 PFS realizadas se pudieron evaluar 73; 7% del año 2007, 52% del 2008 y 52% del año 2009. Se evaluó también la ubicación de las PFS en la boca, el material con el que fueron realizadas y la frecuencia de alteración periodontal. Del total de las restauraciones evaluadas, tanto el eritema, edema y sangramiento fueron más frecuentes en mujeres, mientras que la recesión gingival lo fue en hombres, pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Las PFS realizadas en 4to año, presentan más alteraciones de los tejidos gingivales que las realizadas en 5to; estas diferencias fueron estadísticamente significativas para asociar curso con recesión gingival, pero no con edema, eritema y sangramiento.

2.2.- Antecedentes Nacionales:

Huivín Rodríguez, Rosa Raquel. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS GINGIVALES DE PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS FIJA TRATADOS EN UNA CLÍNICA DENTAL DOCENTE (18): Se evaluaron 196 historias clínicas encontrándose 250 prótesis fijas, que constaban de 339 pilares de prótesis fijas (coronas unitarias y pilares de puente). El universo estuvo conformado por 53,06% pacientes de género masculino y un 46,94% de género femenino, con una edad media de 42,61 años de edad. Encontrándose un rango de mayor prevalencia de PPF fue entre 40 y 49 años de edad (33,16%). El análisis descriptivo univariado mostró que del total de pilares de prótesis fijas, el 63,2% fueron coronas individuales y 36,8% pilares de puentes. Según su ubicación: 26% de PPF estuvieron en la zona anterosuperior, 45,2% en posterosuperior, 28% posteroinferior y 0,8% anteroinferior. Según el estado gingival se encontró: gingivitis leve en el 45,1%, moderada en el 51,6% y severa en el 3,2%. Respecto a retención de placa, se encontró: presencia de placa 49,6% y ausencia de placa 50,4%. Se encontró ausencia de movilidad en el 90,3% de los casos y presencia de movilidad en sólo el 9,7%. En lo que se refiere al estado de la PPF, se encontró: 28,3% en buen estado y 71,7% en mal estado.

3. Hipótesis:

Dados los múltiples factores que contribuyen al desarrollo de la enfermedad periodontal; como el descuido de higiene por parte de los pacientes, la falta de controles periódicos y la presencia de factores retentivos de los tratamientos protésicos.

Es probable que la prevalencia de enfermedad periodontal sea mayor al 70% de pacientes portadores de prótesis fija tratados en la clínica de la Universidad Alas Peruanas 2016.

CAPITULO III:
METODOLOGIA

1. Ámbito de estudio :

La presente investigación se realizó dentro del ámbito de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas de la ciudad de Arequipa, específicamente en Clínica del Adulto II.

2. Tipo y diseño de investigación :

A. Tipo de estudio:

No experimental, porque no se intervino en la unidad de estudio debido a que se observó el fenómeno en sus condiciones naturales.

B. Diseño de investigación

- De acuerdo a la temporalidad:

Es transversal porque se realizó una medición de las variables sobre la unidad de estudio.

- De acuerdo al lugar donde se obtendrán los datos:

Es de campo, puesto que la investigación se realizó directamente sobre la unidad de estudio.

- De acuerdo al momento de recolección de datos:

Es prospectivo, porque se obtuvieron los datos a futuro.

- De acuerdo a la finalidad investigativa:

Es descriptiva, pues se buscó conocer la prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes portadores de prótesis fija.

3. Unidades de estudio

Las unidades de estudio corresponden a los pacientes portadores de prótesis fija que acudieron los servicios de Clínica del Adulto II de la Universidad Alas Peruanas de Arequipa 2016.

4. Población y muestra:

La población de estudio estuvo conformada por los pacientes que asistieron entre mayo y junio del 2016 a la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas y que reunieron los criterios de inclusión, siendo el total de 44 pacientes.

a. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes localizados en tiempo, espacio y persona (LOTEP).
- Pacientes que acepten voluntariamente formar parte del estudio y firmen el consentimiento informado.
- Pacientes sin enfermedades sistémicas
- Pacientes de cualquier sexo
- Pacientes de cualquier edad
- Pacientes portadores de prótesis fija (mayor a seis meses)

5. Técnicas y procedimientos:

a. Definición operacional de variables

Variable	Indicador	Naturaleza	Escala
Enfermedad Periodontal	Índice de Ramfjord	Cualitativa	Ordinal
Edad del paciente	Años	Cuantitativa	Razón
Sexo	Femenino Masculino	Cualitativa	Nominal
Grado de instrucción	Sin instrucción Primaria Secundaria Técnico superiores	Cualitativa	Ordinal

Tipo de prótesis fija	Corona Puente	Cualitativa	Nominal
Tiempo de uso	Años	Cuantitativa	Ordinal

b. Técnicas e instrumentos de recolección:

- **Técnica:**

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la observación clínica.

- **Instrumento:**

El instrumento que se aplicó fue la historia clínica y ficha periodontal (Anexo 1)

6. PRODUCCIÓN Y REGISTRO DE DATOS:

Se solicitó el permiso correspondiente para acceder a la Clínica Integral del Adulto II. Se explicó el motivo de investigación a los pacientes que acudieron a los servicios de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas para que posteriormente ellos decidan formar o no parte de la investigación. Haciendo entrega del consentimiento informado (Anexo N°3) para que este sea leído y firmado por los pacientes que aceptaron formar parte de la presente investigación.

Posteriormente se le realizó a cada paciente la historia clínica. (Anexo N°1) Adjuntando en ella datos personales de los pacientes y datos de nuestro interés como sexo, grado de instrucción, tiempo de uso la prótesis, etc. El procedimiento comenzó con la evaluación clínica. Realizando el examen periodontal de cada uno de los pilares encontrados ya sean de puentes o coronas, se midió la profundidad al sondaje en los seis sitios específicos de cada pilar (mesial, distal, vestibular, y lingual o palatino). Los datos obtenidos se clasificaron de acuerdo a la valoración periodontal que Ramfjord da y de esta manera se determinó la severidad de enfermedad periodontal para todos

los pilares encontrados en los pacientes portadores de prótesis fija que acudieron a la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas de Arequipa.

El índice de Ramfjord utiliza 6 dientes “los dientes de Ramfjord” son los números 16, 11, 24, 36, 31,44 (de acuerdo a la numeración FDI), cuando están presentes. Asignándoles la siguiente valoración.

Criterio para el índice de la enfermedad periodontal

- 0: Ausencia de inflamación
- 1: Gingivitis leve moderada en alguna parte de la encía que rodea al diente
- 2: Inflamación encía leve a moderada alrededor del diente
- 3 Gingivitis grave enrojecimiento intenso, hemorragia, ulceración
- 4: Pérdida de inserción de 3mm.
- 5: Pérdida de inserción de 3-6mm
- 6: Pérdida de inserción superior a 6 mm

En caso de la presente investigación solo consideramos a los pilares, siendo estos nuestras unidades de análisis ya sea que porten coronas o prótesis fijas, aplicando así el índice de Ramfjord a nuestro estudio y de esta manera poder lograr los objetivos planteados en la presente investigación.

7. TÉCNICA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Una vez obtenidos los datos, estos se tabularon en una matriz para lo cual se utilizó una hoja de cálculo Excel ,2016. A partir de esta se procesaron los datos y luego se presentaron en tablas de simple y doble entrada; así mismo los resultados se complementaron con la elaboración de grafico de barras.

El análisis de datos comprende, en primer lugar, el cálculo de frecuencias absolutas (n^0) y relativas (%). En segundo lugar y para establecer la relación entre las variables secundarias y la principal, se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado. La totalidad del proceso estadístico, se realizó con la ayuda del paquete EPI-INFO versión 6.0.

8. Recursos:

A. Humanos

I. Investigador : Bach. Nardy Elvira Atasi Quispe

II. Asesores

Técnico : Mg. Huber Salinas Pinto

Metodológico : Dr. Xavier Sacca Urday.

Redacción : Dra. María Luz Nieto Muriel

B. FINANCIEROS

El presente trabajo de investigación fue financiado en su totalidad por la investigadora.

C. Materiales

- Autoclave
- Trípodes (espejo, pinza y explorador, sonda periodontal)
- Bandejas
- Guantes
- Gorro
- Barbijo
- Campos
- Baja lenguas
- Papel bond
- Lapiceros.
- Espejo bucal
- Cámara

D. Institucionales

Universidad Alas Peruanas Filial - Arequipa.

CAPITULO IV:
RESULTADOS Y DISCUSION

1. PRESENTACION DE RESULTADOS

TABLA N° 1

**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS FIJA
SEGÚN SU EDAD**

Edad	N°	%
30 a 45 años	25	56.8
46 a 60 años	13	29.5
61 a 68 años	6	13.6
Total	44	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar la edad de los pacientes portadores de prótesis fija motivo de investigación; observándose que el menor de ellos tuvo 30 años y el mayor llegó a los 68 años. Respecto a su distribución, el mayor porcentaje de pacientes (56.8%) estaban entre los 30 a 45 años (adultos jóvenes); mientras que el menor porcentaje de ellos (13.6%) tenían entre 61 a 68 años, es decir, eran adultos mayores.

GRAFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS FIJA SEGÚN SU EDAD

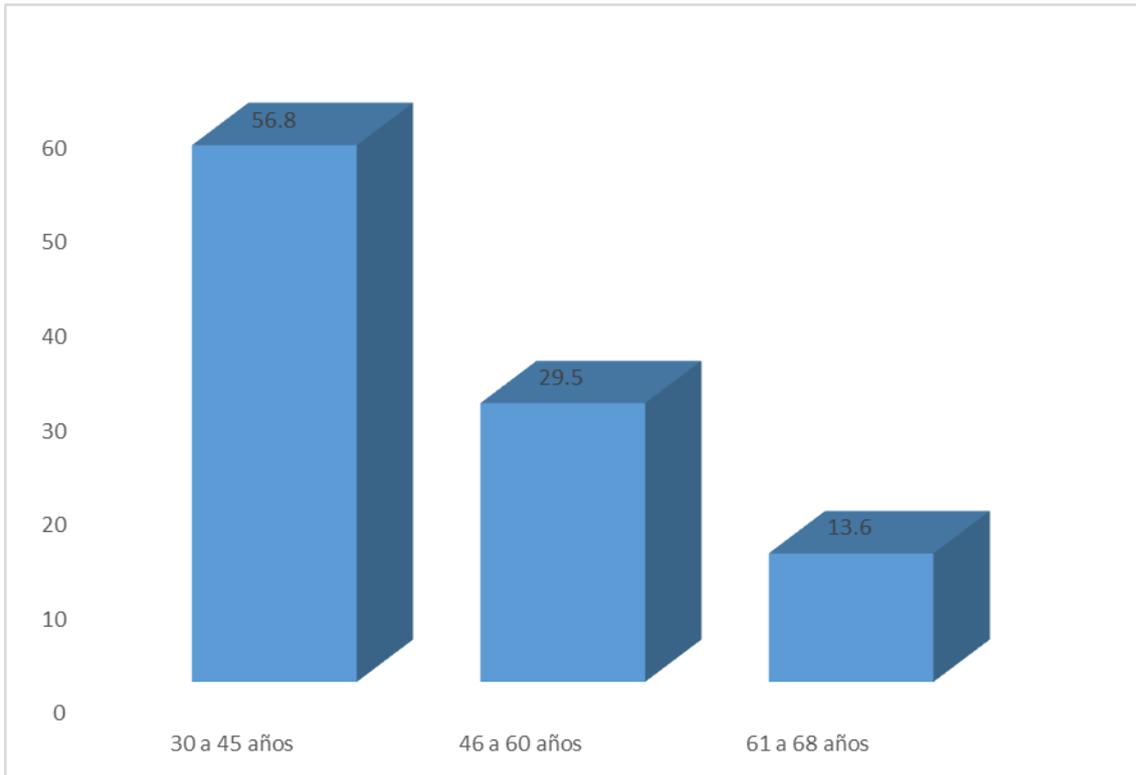


TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS FIJA
SEGÚN SU SEXO**

Sexo	N°	%
Masculino	10	22.7
Femenino	34	77.3
Total	44	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos permite evidenciar que la gran mayoría de los pacientes portadores de prótesis fija investigados (77.3%) correspondieron a los del sexo femenino, mientras que el resto (22.7%) fueron los del masculino.

GRAFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS FIJA SEGÚN SU SEXO

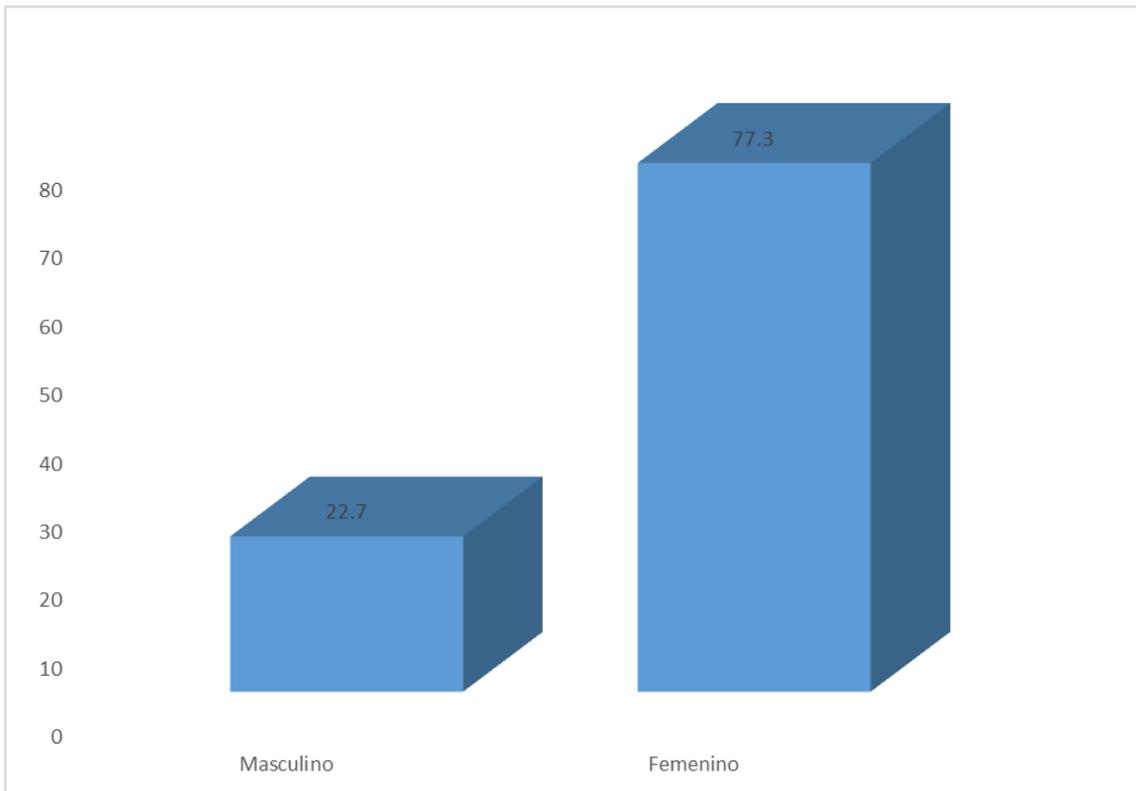


TABLA N° 3

**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS FIJA
SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCIÓN**

Grado de Instrucción	N°	%
Primaria	8	18.2
Secundaria	16	36.4
Superior	20	45.5
Total	44	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que el mayor porcentaje de pacientes portadores de prótesis fija (45.5%) tenían un grado de instrucción correspondiente a superior; mientras que el menor porcentaje de ellos (18.2%) estaban en primaria.

GRAFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS FIJA SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCIÓN

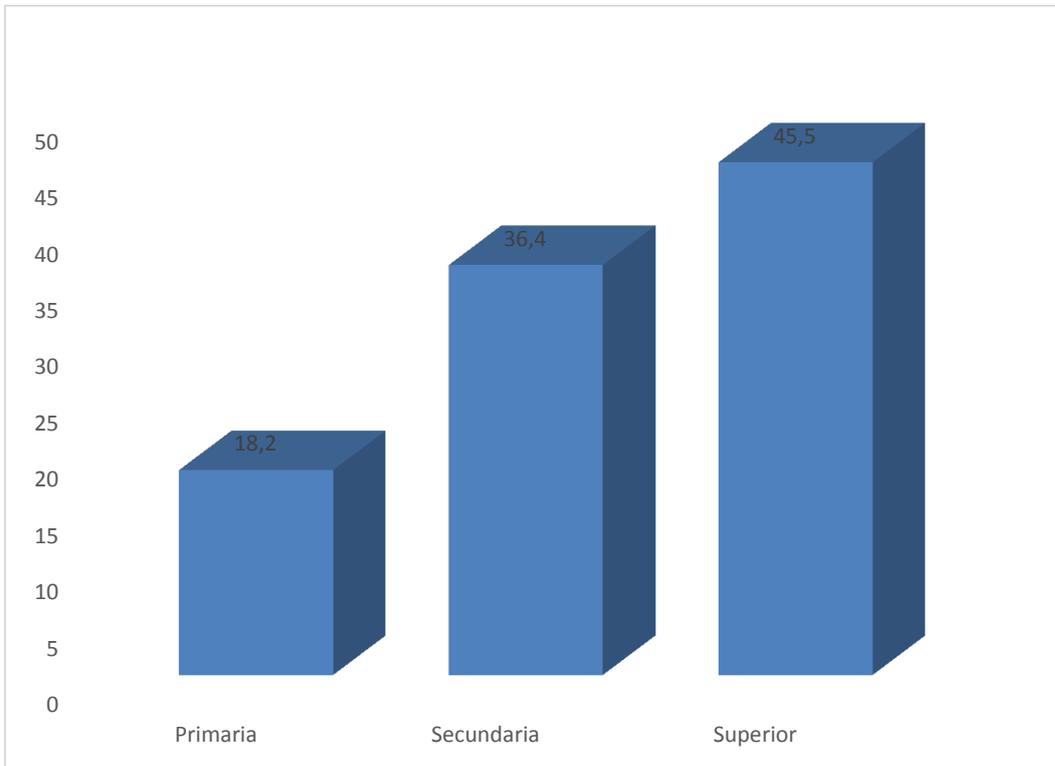


TABLA N° 4

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EL TIPO DE PRÓTESIS FIJA

Tipo de Prótesis	N°	%
Corona	18	40.9
Puente	26	59.1
Total	44	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En esta tabla podemos apreciar que la mayoría de los pacientes incluidos en la presente investigación (59.1%) presentaban como su tipo de tratamiento puentes; mientras que el resto de ellos (40.9%) tenían coronas.

GRAFICO N° 4

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EL TIPO DE PRÓTESIS FIJA

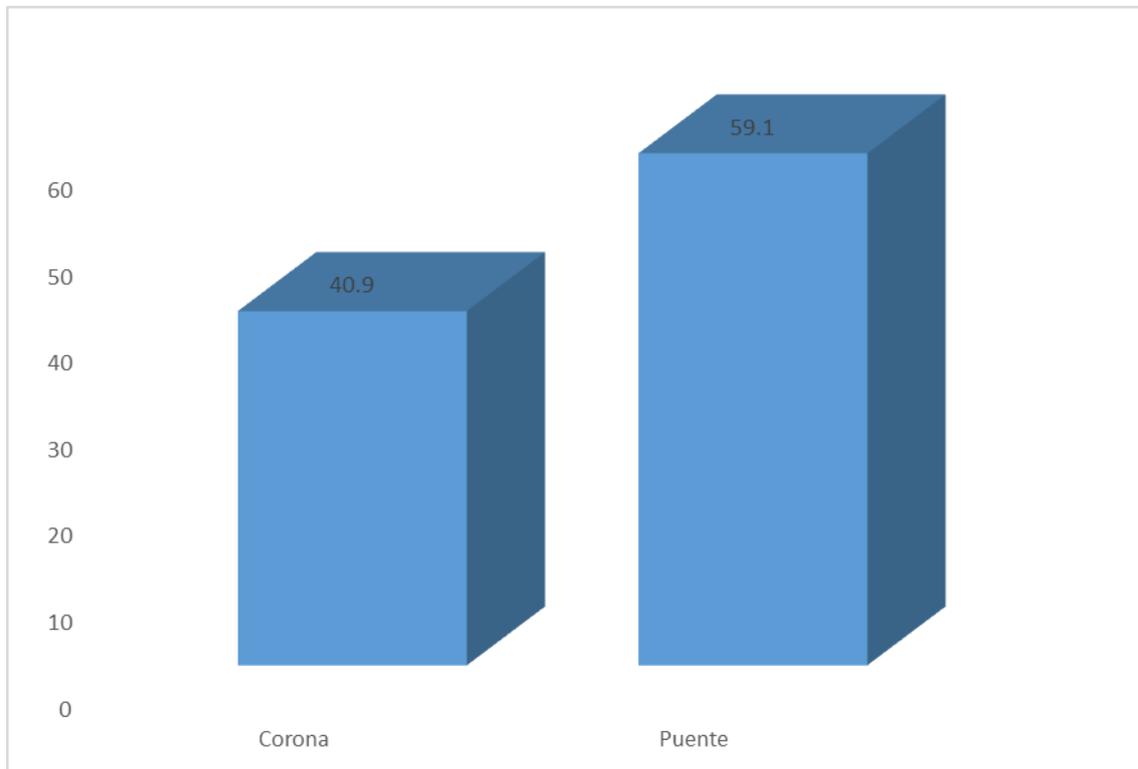


TABLA N° 5
DISTRIBUCIÓN DE LOS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN LOS
PACIENTES

Tratamiento Rehabilitador	N°	%
Pilares de Corona	20	26.7
Pilares de Puente	55	73.3
Total	75	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla muestra información correspondiente a los pilares de las prótesis fijas encontradas, evidenciándose que en la mayoría de estos pilares (73.3%) fueron para puentes, mientras que el resto (26.7%) correspondieron a coronas.

GRAFICO N° 5

DISTRIBUCIÓN DE LOS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN LOS PACIENTES

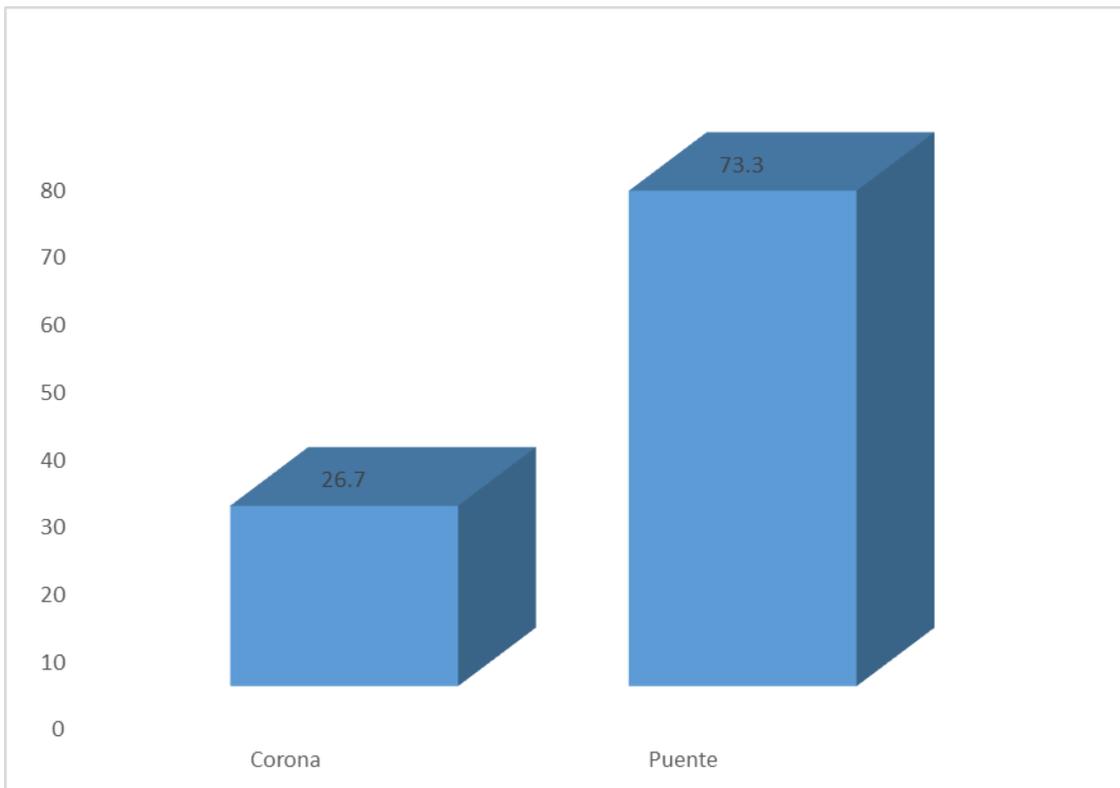


TABLA N° 6

**SECTOR DE LOCALIZACIÓN DE LOS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS
EN LOS PACIENTES**

Sector	N°	%
Anterior	40	53.3
Posterior	35	46.7
Total	75	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que la mayoría de los pilares de las prótesis fijas (53.3%) estaban localizados en el sector anterior de las arcadas dentarias, tanto superior como inferior, en tanto el resto correspondió a aquellas localizadas en el sector posterior (46.7%).

GRAFICO N° 6

SECTOR DE LOCALIZACIÓN DE LOS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN LOS PACIENTES

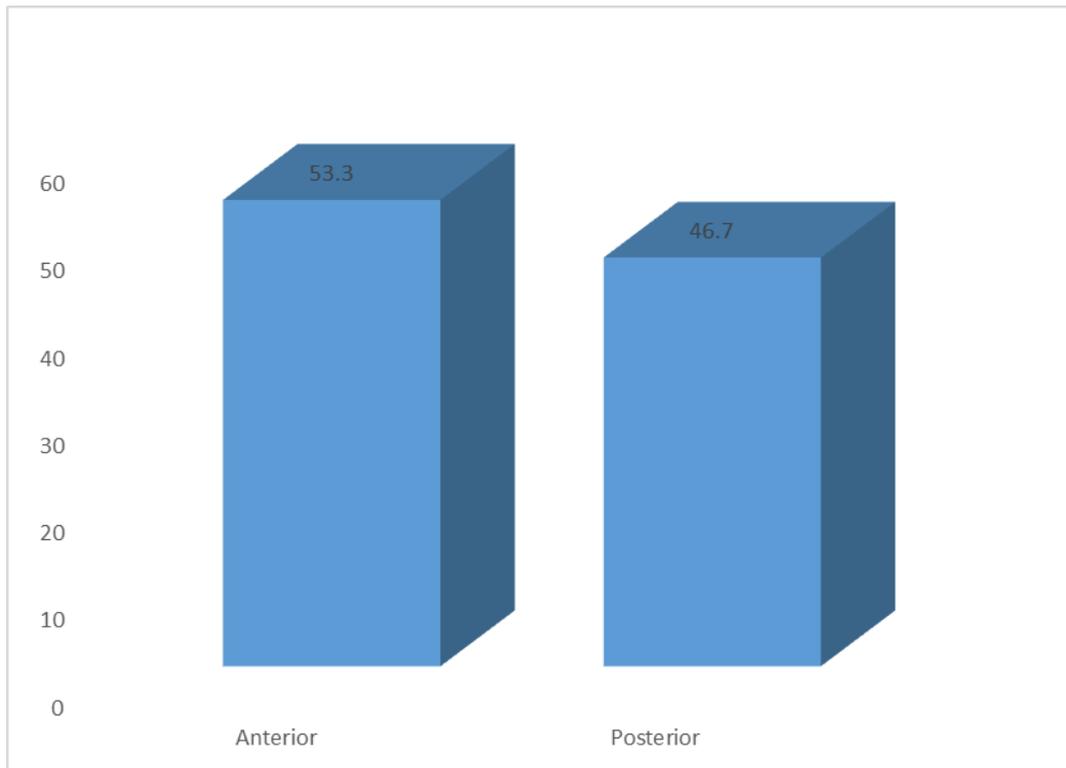


TABLA N° 7
UBICACIÓN DE LOS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN LOS
PACIENTES

Ubicación	N°	%
Superior	62	82.7
Inferior	13	17.3
Total	75	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra que la mayoría de los pilares estudiados estaban ubicados en el maxilar superior (82.7%) mientras que el resto (17.3%) correspondieron a los ubicados en el maxilar inferior.

GRAFICO N° 7

UBICACIÓN DE LOS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN LOS PACIENTES

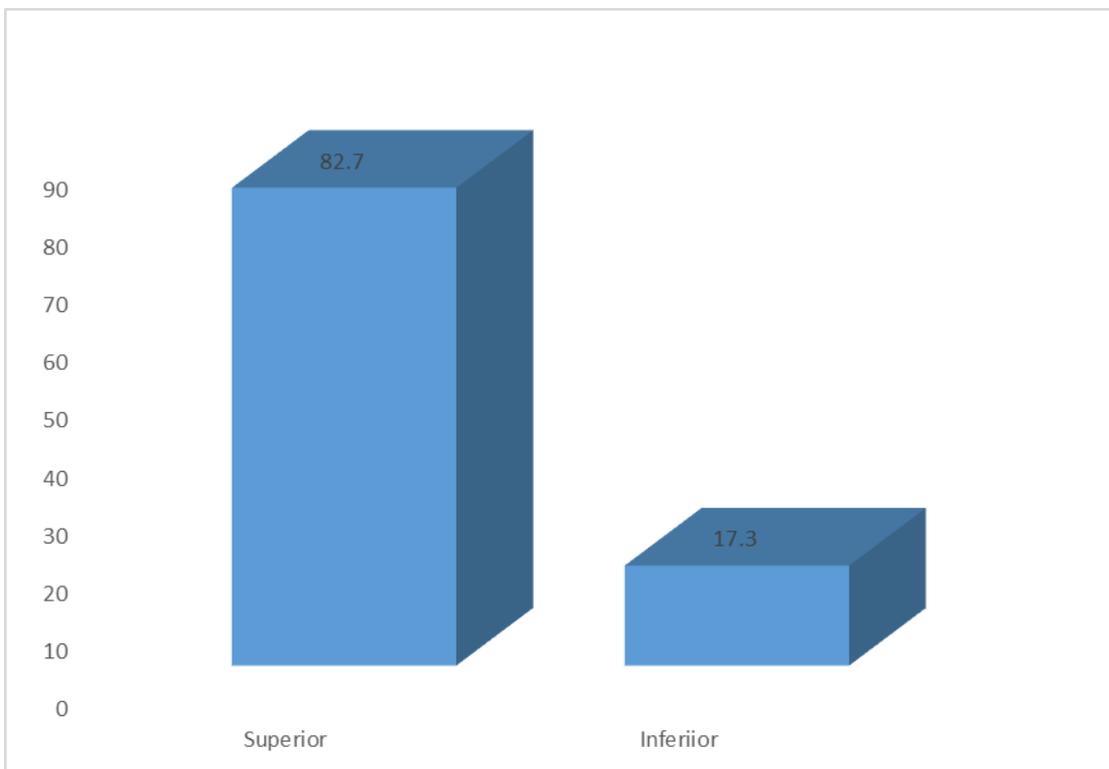


TABLA N° 8

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS FIJA SEGÚN EL TIEMPO DE USO DE LA APAROTOLOGÍA

Tiempo de Permanencia	N°	%
De 1 a 2 años	18	24.0
De 3 a 5 años	29	38.7
Más de 5 años	28	37.3
Total	44	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar el tiempo que los pacientes tienen instalados sus aparatos protésicos fijos en la cavidad oral, observándose que el mayor porcentaje de ellos (38.7%) cuentan con la prótesis entre los 3 y 5 años, seguido muy de cerca (37.3%) por los que lo presentan más de 5 años, mientras que el menor porcentaje de pacientes (24.0%) manifestaron que los tenían entre 1 a 2 años.

GRAFICO N° 8

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS FIJA SEGÚN EL TIEMPO DE USO DE LA APAROTOLOGÍA

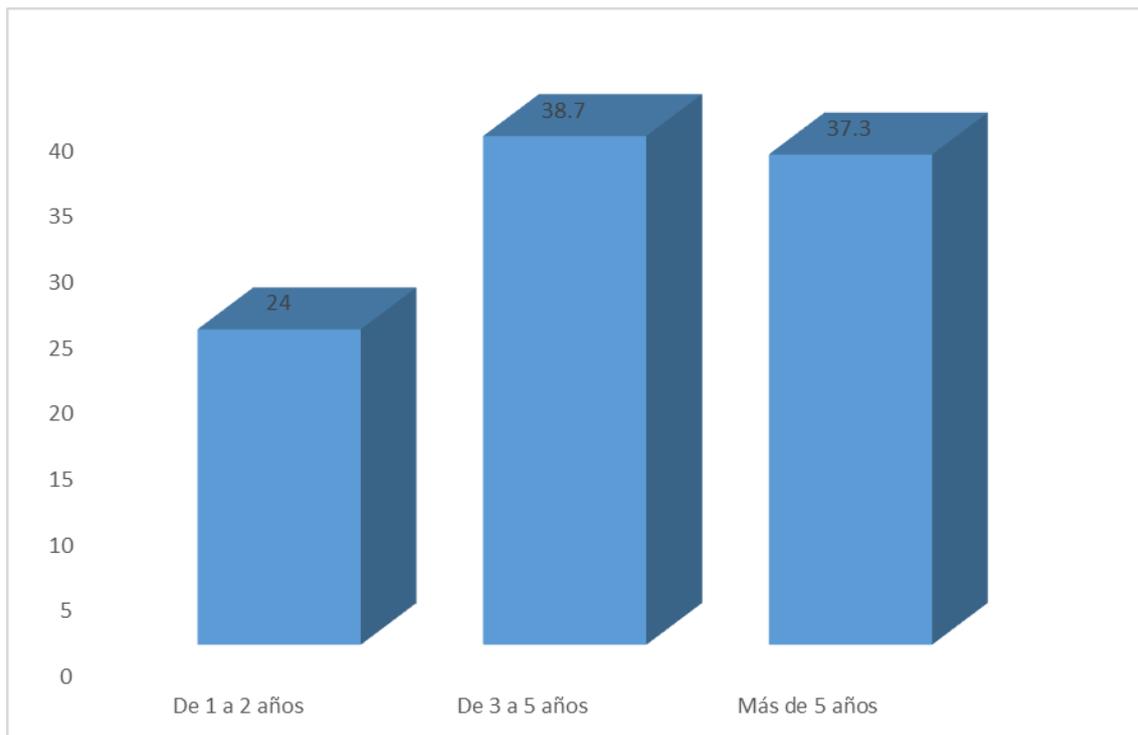


TABLA N° 9**VALORACIÓN PERIODONTAL DE LOS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS
EN LOS PACIENTES**

Valoración Periodontal	N°	%
Ausencia de Inflamación	0	0.0
Gingivitis leve a moderada	10	13.3
Inflamación encía leve a moderada	10	13.3
Gingivitis grave	7	9.3
Pérdida inserción 3mm	18	24.0
Pérdida inserción 3 - 6mm	19	25.3
Pérdida inserción > 6mm	11	14.7
Total	75	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos permite evidenciar que el mayor porcentaje de los pilares examinados en los pacientes portadores de prótesis fija (25.3%) presentaban pérdida de inserción entre 3 y 6 mm, seguido muy de cerca (24.0%) por la pérdida de inserción de 3 mm. Cabe resaltar que ningún paciente está libre de enfermedad periodontal.

GRAFICO N° 9

VALORACIÓN PERIODONTAL DE LOS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN LOS PACIENTES

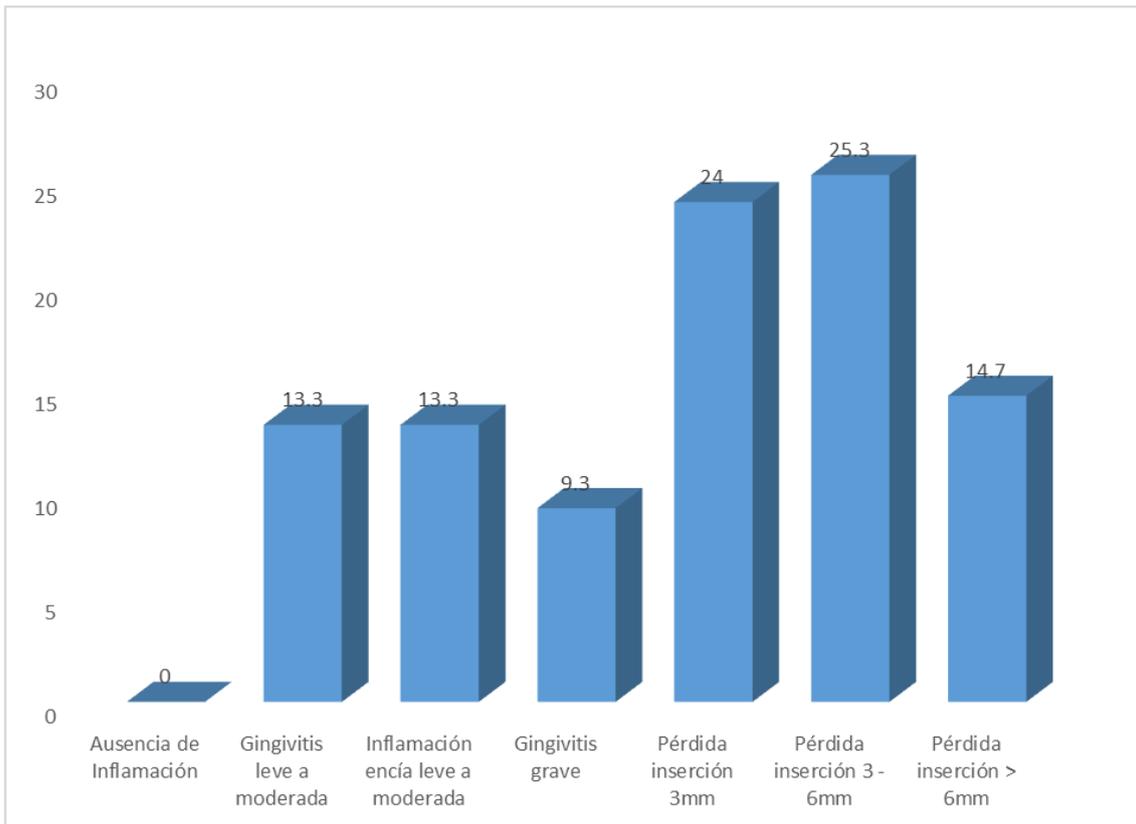


TABLA N° 10

**RELACIÓN ENTRE EDAD Y VALORACIÓN PERIODONTAL DE LOS
PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN LOS PACIENTES**

Valoración Periodontal	Edad						Total	
	30 a 45 años		46 a 60 años		61 a 68 años		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Gingivitis leve a moderada	8	19.5	2	8.3	0	0.0	10	13.3
Inflamación encía leve a moderada	9	22.0	0	0.0	1	10.0	10	13.3
Gingivitis grave	4	9.8	2	8.3	1	10.0	7	9.3
Pérdida inserción 3mm	5	12.2	11	45.8	2	20.0	18	24.0
Pérdida inserción 3 - 6mm	10	24.4	5	20.8	4	40.0	19	25.3
Pérdida inserción > 6mm	5	12.2	4	16.7	2	20.0	11	14.7
Total	41	100.0	24	100.0	10	100.0	75	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.048 (P < 0.05) S.S.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que los pilares de las prótesis fijas de los pacientes portadores entre 30 a 45 años, la mayoría de ellos su estado periodontal se concentró entre pérdida de inserción de 3 a 6mm (24.4%) e inflamación de encía leve a moderada (22.0%), respecto a los de 46 a 60 años, en mayor porcentaje (45.8%) presentaron pérdida de inserción de 3 mm, finalmente los de 61 a 68 años, principalmente evidenciaron pérdida de inserción de 3 a 6 mm (40.0%).

Según la prueba estadística, existe relación significativa entre las variables, puesto que mientras mayor sea la edad del paciente la enfermedad periodontal se agrava.

GRAFICO N° 10

RELACIÓN ENTRE EDAD Y VALORACIÓN PERIODONTAL DE LOS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN LOS PACIENTES

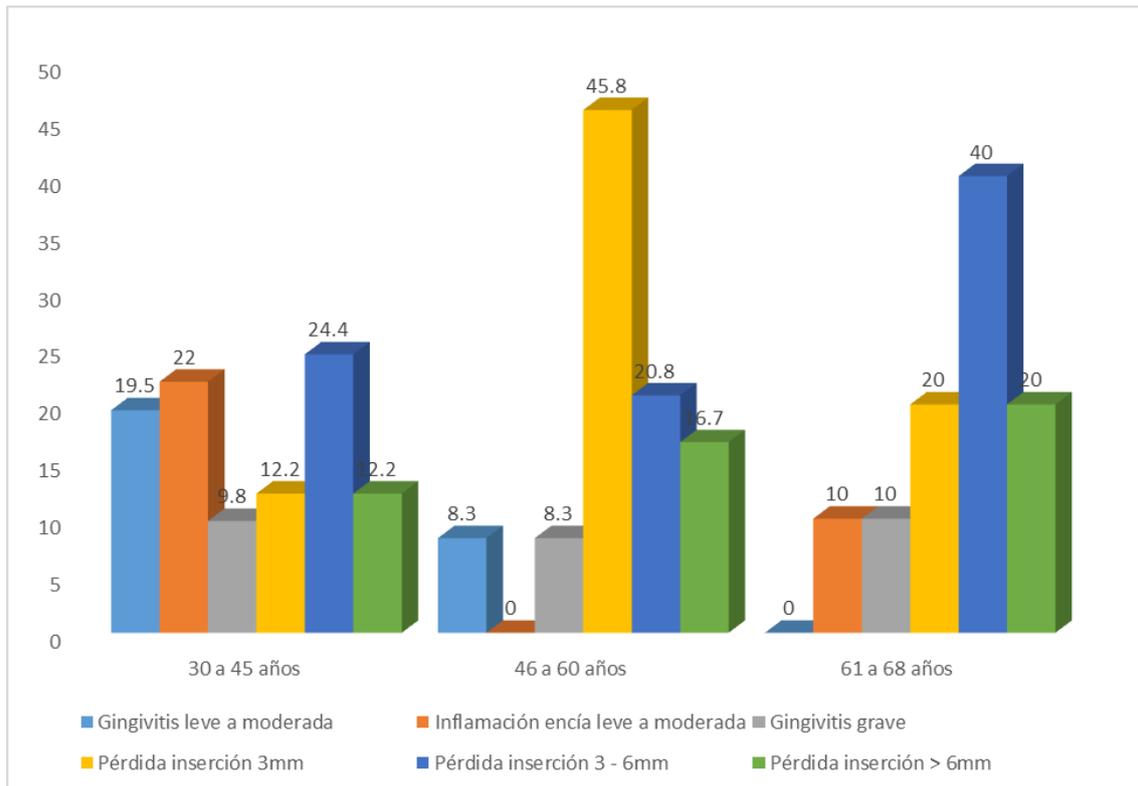


TABLA N° 11

**RELACIÓN ENTRE SEXO Y VALORACIÓN PERIODONTAL DE LOS
PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN LOS PACIENTES**

Valoración Periodontal	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Gingivitis leve a moderada	1	6.3	9	15.3	10	13.3
Inflamación encía leve a moderada	2	12.5	8	13.6	10	13.3
Gingivitis grave	2	12.5	5	8.5	7	9.3
Pérdida inserción 3mm	3	18.8	15	25.4	18	24.0
Pérdida inserción 3 - 6mm	6	37.5	13	22.0	19	25.3
Pérdida inserción > 6mm	2	12.5	9	15.3	11	14.7
Total	16	100.0	59	100.0	75	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.779$ ($P \geq 0.05$) N.S.

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra que el mayor porcentaje de pacientes del sexo masculino (37.5%) presentaron una pérdida de inserción de 3 a 6 mm; mientras que las mujeres en mayor porcentaje (25.4%) evidenciaron una pérdida de inserción equivalente a 3 mm.

Según la prueba estadística, no existe relación entre el sexo y la enfermedad periodontal de los pacientes portadores de prótesis fija.

GRAFICO N° 11

RELACIÓN ENTRE SEXO Y VALORACIÓN PERIODONTAL DE LOS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN LOS PACIENTES

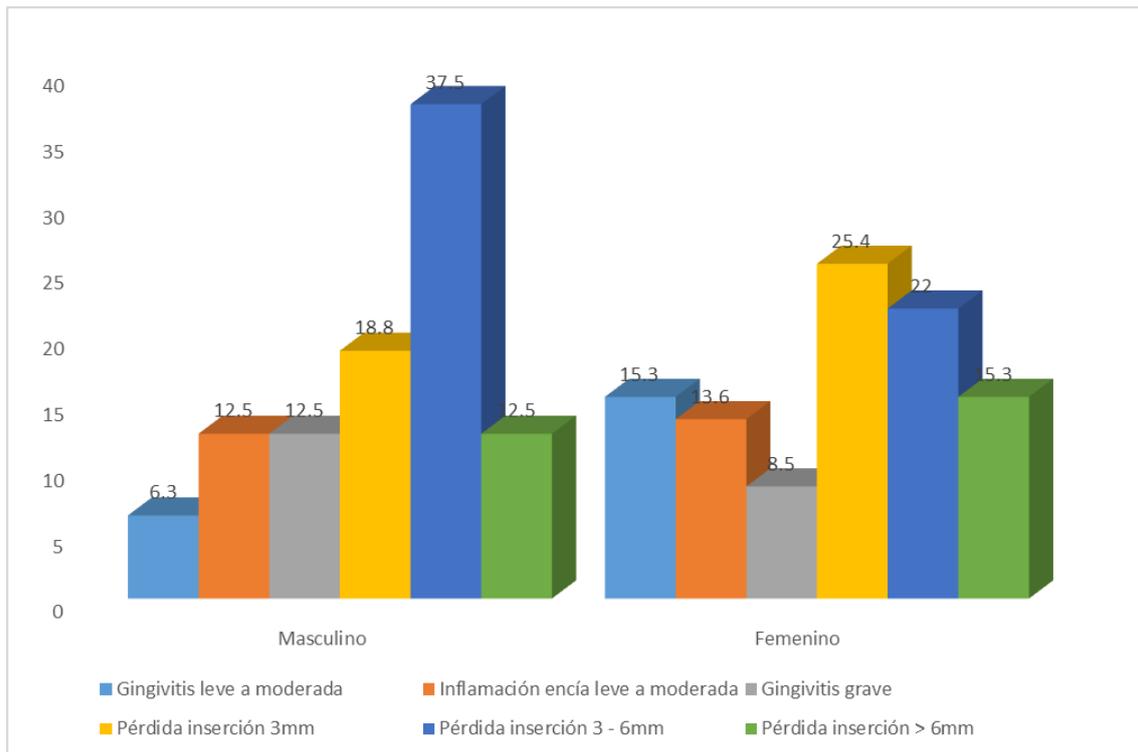


TABLA N° 12

RELACIÓN ENTRE GRADO DE INSTRUCCIÓN Y VALORACIÓN PERIODONTAL DE LOS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN LOS PACIENTES

Valoración Periodontal	Grado de Instrucción						Total	
	Primaria		Secundaria		Superior		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Gingivitis leve a moderada	2	14.3	2	6.9	6	18.8	10	13.3
Inflamación encía leve a moderada	2	14.3	6	20.7	2	6.3	10	13.3
Gingivitis grave	2	14.3	2	6.9	3	9.4	7	9.3
Pérdida inserción 3mm	4	28.6	5	17.2	9	28.1	18	24.0
Pérdida inserción 3 - 6mm	1	7.1	8	27.6	10	31.3	19	25.3
Pérdida inserción > 6mm	3	21.4	6	20.7	2	6.3	11	14.7
Total	14	100.0	29	100.0	32	100.0	75	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.399 (P ≥ 0.05) N.S.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que los pilares de las prótesis fijas de los pacientes portadores con un grado de instrucción de primaria, el mayor porcentaje de ellos su estado periodontal se caracterizó por pérdida de inserción de 3 mm, respecto a los de secundaria, en mayor porcentaje (27.6%) presentaron pérdida de inserción de 3 a 6 mm, finalmente los de nivel superior, principalmente evidenciaron pérdida de inserción de 3 a 6 mm (31.3%).

Según la prueba estadística, no existe relación significativa entre el grado de instrucción y la enfermedad periodontal en los pacientes portadores de prótesis fija.

GRAFICO N° 12

RELACIÓN ENTRE GRDO DE INSTRUCCIÓN Y VALORACIÓN PERIODONTAL DE LOS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN LOS PACIENTES

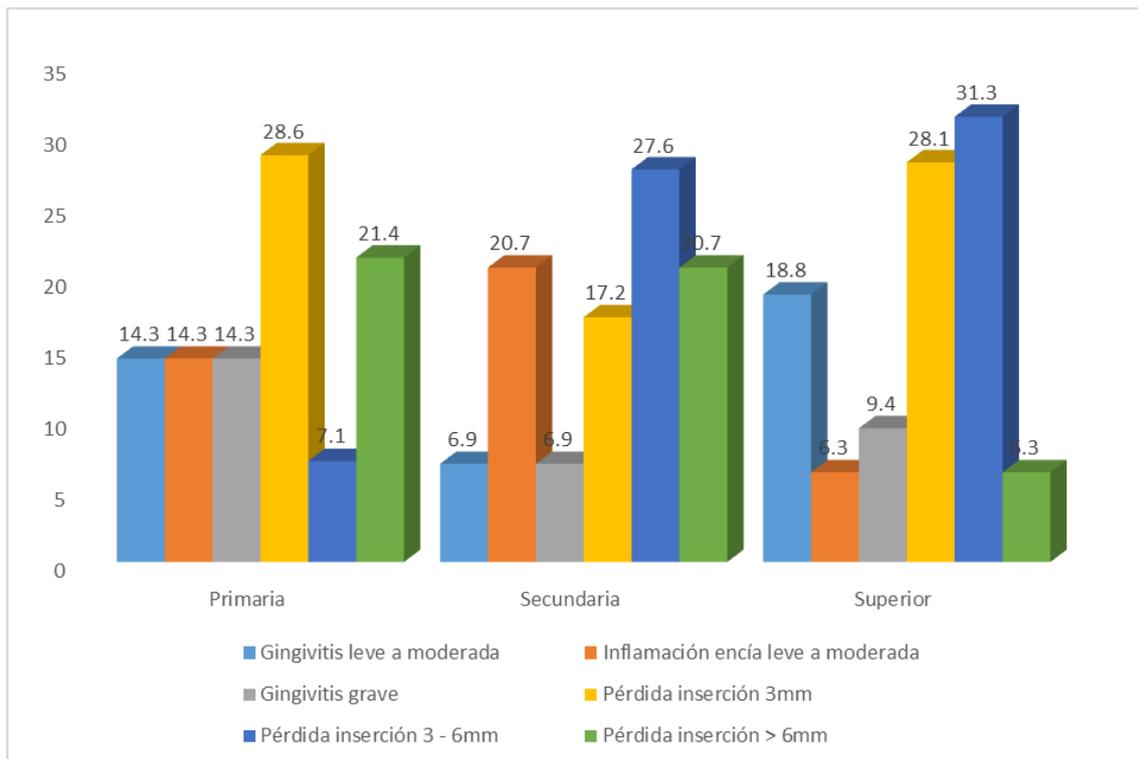


TABLA N° 13

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE PRÓTESIS Y VALORACIÓN PERIODONTAL DE LOS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN LOS PACIENTES

Valoración Periodontal	Tratamiento Rehabilitador				Total	
	Corona		Puente		N°	%
	N°	%	N°	%		
Gingivitis leve a moderada	5	25.0	5	9.1	10	13.3
Inflamación encía leve a moderada	2	10.0	8	14.5	10	13.3
Gingivitis grave	4	20.0	3	5.5	7	9.3
Pérdida inserción 3mm	4	20.0	14	25.5	18	24.0
Pérdida inserción 3 - 6mm	3	15.0	16	29.1	19	25.3
Pérdida inserción > 6mm	2	10.0	9	16.4	11	14.7
Total	20	100.0	55	100.0	75	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.032 (P < 0.05) S.S.

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra que el mayor porcentaje de pacientes con corona (25.0%) presentaron gingivitis leve a moderada; mientras que los pilares de puentes en mayor porcentaje (29.1%) evidenciaron una pérdida de inserción equivalente a 3 y 6 mm.

Según la prueba estadística, existe relación entre el tipo de prótesis y la enfermedad periodontal, pues los puentes generan mayor gravedad de la enfermedad.

GRÁFICO N° 13

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE PRÓTESIS Y VALORACIÓN PERIODONTAL DE LOS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN LOS PACIENTES

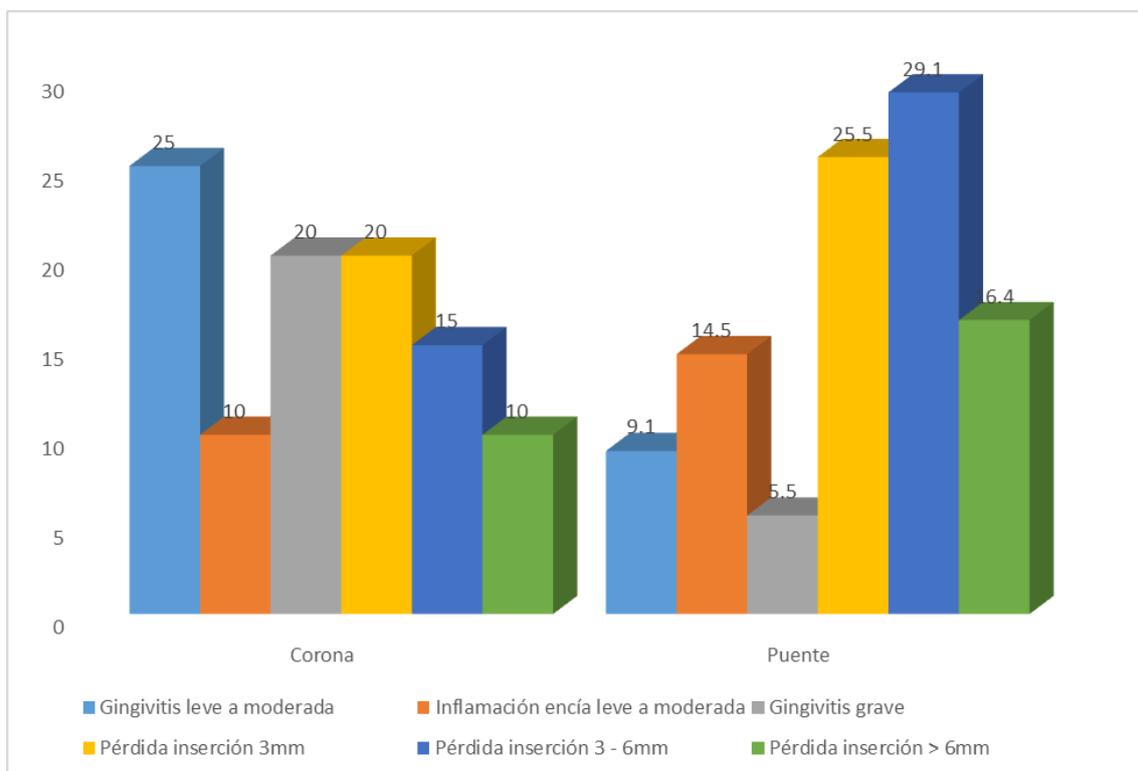


TABLA N° 14

RELACIÓN ENTRE EL SECTOR DE LOCALIZACIÓN DE LA PRÓTESIS Y VALORACIÓN PERIODONTAL DE LOS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN LOS PACIENTES

Valoración Periodontal	Sector				Total	
	Anterior		Posterior		N°	%
	N°	%	N°	%		
Gingivitis leve a moderada	6	15.0	4	11.4	10	13.3
Inflamación encía leve a moderada	4	10.0	6	17.1	10	13.3
Gingivitis grave	2	5.0	5	14.3	7	9.3
Pérdida inserción 3mm	12	30.0	6	17.1	18	24.0
Pérdida inserción 3 - 6mm	11	27.5	8	22.9	19	25.3
Pérdida inserción > 6mm	5	12.5	6	17.1	11	14.7
Total	40	100.0	35	100.0	75	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.502 (P ≥ 0.05) N.S.

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra que el mayor porcentaje de pacientes con pilares en la zona anterior de los maxilares (30.0%) presentaron pérdida de la inserción en 3 mm; mientras que los pilares localizados en la zona posterior en mayor porcentaje (22.9%) evidenciaron una pérdida de inserción equivalente a 3 y 6 mm.

Según la prueba estadística, no existe relación significativa entre el sector de localización de los pilares de la prótesis y la enfermedad periodontal en pacientes portadores de prótesis fija.

GRAFICO N° 14

RELACIÓN ENTRE EL SECTOR DE LOCALIZACIÓN DE LA PRÓTESIS Y VALORACIÓN PERIODONTAL DE LOS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN LOS PACIENTES

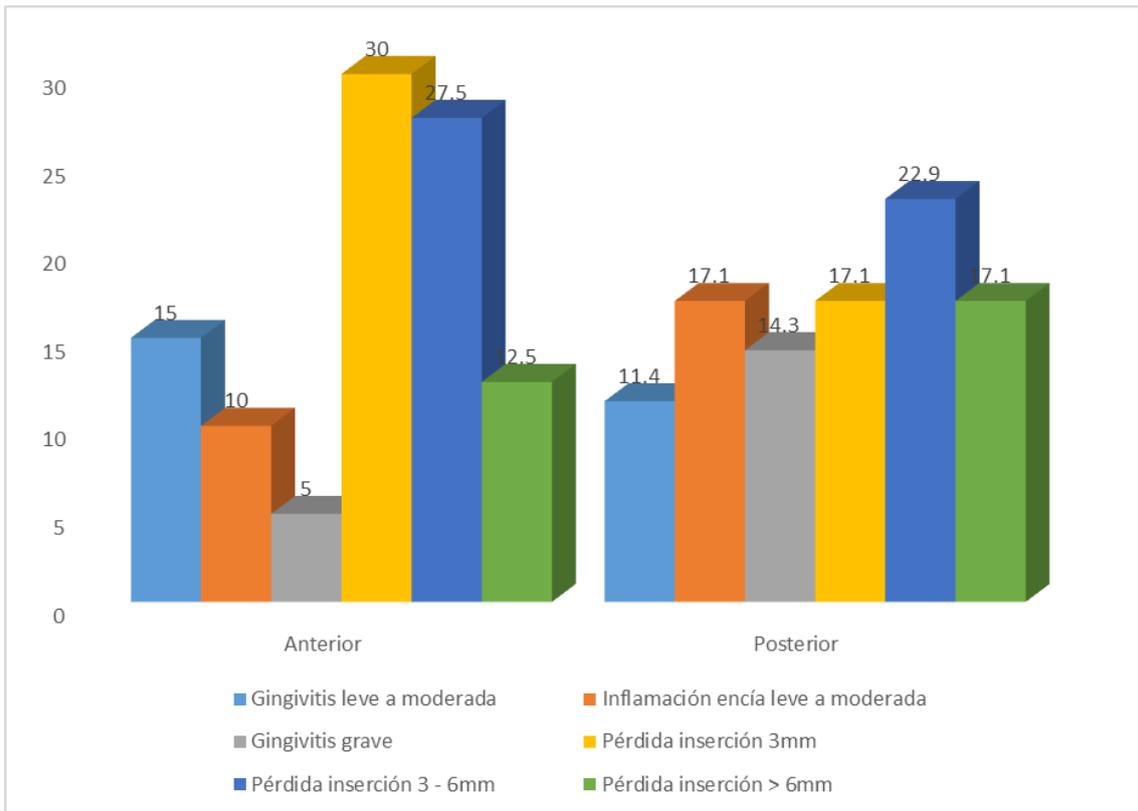


TABLA N° 15

RELACIÓN ENTRE UBICACIÓN DE LA PRÓTESIS Y VALORACIÓN PERIODONTAL DE LOS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN LOS PACIENTES

Valoración Periodontal	Ubicación				Total	
	Superior		Inferior		N°	%
	N°	%	N°	%		
Gingivitis leve a moderada	7	11.3	3	23.1	10	13.3
Inflamación encía leve a moderada	8	12.9	2	15.4	10	13.3
Gingivitis grave	6	9.7	1	7.7	7	9.3
Pérdida inserción 3mm	16	25.8	2	15.4	18	24.0
Pérdida inserción 3 - 6mm	16	25.8	3	23.1	19	25.3
Pérdida inserción > 6mm	9	14.5	2	15.4	11	14.7
Total	62	100.0	13	100.0	75	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.884 (P ≥ 0.05) N.S.

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra que el mayor porcentaje de pacientes con pilares ubicados en el maxilar superior presentaron pérdida de la inserción en 3 mm (25.8%) y pérdida de la inserción entre 3 y 6 mm (25.8%); mientras que los pilares ubicados en el maxilar inferior en mayor porcentaje (23.1%) evidenciaron una pérdida de inserción equivalente a 3 y 6 mm.

Según la prueba estadística, no existe relación entre la ubicación de los pilares de la prótesis y la enfermedad periodontal en pacientes portadores de prótesis fija.

GRAFICO N° 15

RELACIÓN ENTRE UBICACIÓN DE LA PRÓTESIS Y VALORACIÓN PERIODONTAL DE LOS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN LOS PACIENTES

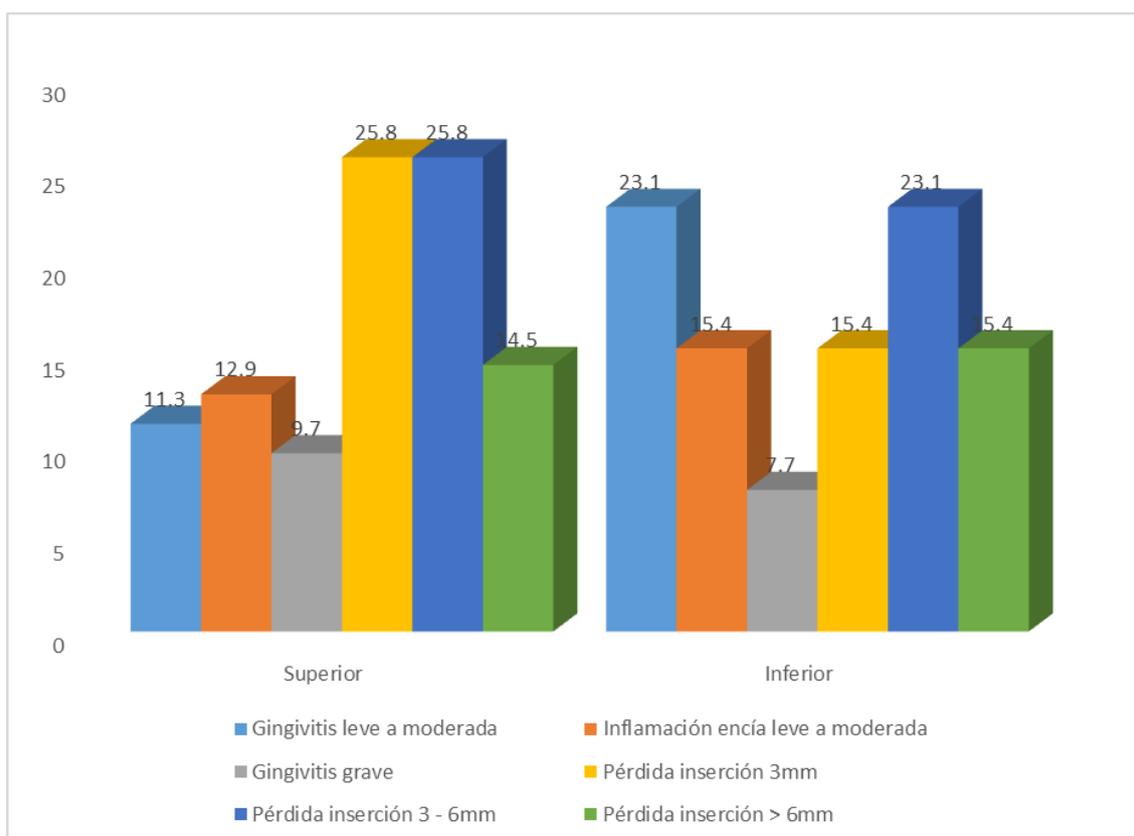


TABLA N° 16

RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DEL APARATO PROTÉSICO Y LA VALORACIÓN PERIODONTAL DE LOS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN LOS PACIENTES

Valoración Periodontal	Tiempo de Uso						Total	
	1 a 2 años		3 a 5 años		Más de 5 años		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Gingivitis leve a moderada	6	33.3	2	6.9	2	7.1	10	13.3
Inflamación encía leve a moderada	1	5.6	7	24.1	2	7.1	10	13.3
Gingivitis grave	3	16.7	2	6.9	2	7.1	7	9.3
Pérdida inserción 3mm	4	22.2	6	20.7	8	28.6	18	24.0
Pérdida inserción 3 - 6mm	2	11.1	8	27.6	9	32.1	19	25.3
Pérdida inserción > 6mm	2	11.1	4	13.8	5	17.9	11	14.7
Total	18	100.0	29	100.0	28	100.0	75	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.041 (P < 0.05) S.S.

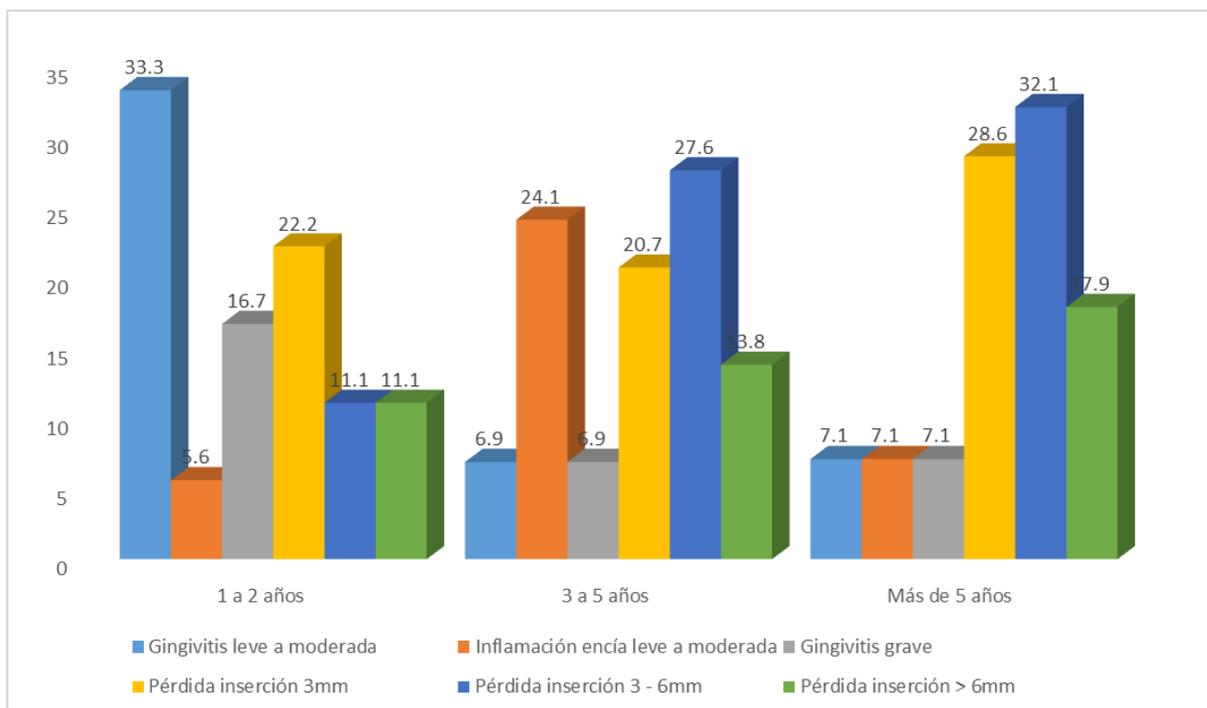
INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que los pilares de las prótesis fijas de los pacientes portadores con un tiempo de uso entre 1 y 2 años, el mayor porcentaje de ellos (33.3%) su estado periodontal se concentró en gingivitis leve a moderada, respecto a los que tienen su prótesis fija entre 3 a 5 años, en mayor porcentaje (27.6%) presentaron pérdida de inserción de 3 a 6 mm, finalmente los portadores por más de 5 años, también en mayor porcentaje (32.1%) evidenciaron pérdida de inserción de 3 a 6 mm.

Según la prueba estadística, existe relación significativa entre las variables, puesto que mientras mayor sea el tiempo de permanencia de la aparatología protésica la enfermedad periodontal se agrava.

GRAFICO N° 16

RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DEL APARATO PROTÉSICO Y LA VALORACIÓN PERIODONTAL DE LOS PILARES DE LAS PRÓTESIS FIJAS EN LOS PACIENTES



2. DISCUSION:

El presente estudio fue realizado con el objetivo de conocer la prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes portadores de prótesis fija, para tal fin se utilizó el índice de Ramfjord.

Los resultados obtenidos en el presente estudio difieren del estudio de Huivín-Rodríguez, Rosa Raquel (18) que muestran una mayor prevalencia del género masculino con un porcentaje de 53.06%, encontrándose en este estudio que el mayor porcentaje fue de 77.3% correspondieron al sexo femenino. En cuanto a la edad el mayor porcentaje de pacientes 56.8% estaban entre los 30 a 45 años (adultos jóvenes); mientras que el menor porcentaje de ellos (13.6%) tenían entre 61 a 68 años, es decir, eran adultos mayores.

El tipo de prótesis fija más encontrada fueron los puentes con 59.1% luego las coronas 40.9%. Estos resultados muestran a los puentes como los tratamientos restauradores más frecuentes. Diferenciándose con el estudio realizado por Huivín - Rodríguez, Rosa Raquel, (18) los pilares de las prótesis fijas encontradas, evidenciándose que en la mayoría de estos pilares (63.2%) fueron para coronas, mientras que el resto (36.8%) correspondieron a puentes.

La mayoría de los pilares de las prótesis fijas en 53.3% estaban ubicadas en el sector anterior de las arcadas dentarias, tanto superior como inferior, en tanto el resto correspondió a aquellas ubicadas en el sector posterior en 46.7%. Diferenciándose de estudio realizado por Huivín - Rodríguez, Rosa Raquel, (18) quien encontró que la ubicación más frecuente de las prótesis fija fue en la zona posterosuperior con 45.2 %, seguida de la posteroinferior con 28%.

La mayoría de los pilares estudiados estaban ubicados en el maxilar superior (82.7%) mientras que el resto (17.3%) correspondieron a los ubicados en el maxilar inferior. Coincidiendo con el estudio realizado por Huivín - Rodríguez, Rosa Raquel, (18) quien encontró que la zonas más frecuente de prótesis fija es el maxilar superior con 45.2% ubicados en sector portero superior y anterosuperior 26%. Afirmando así que las piezas superiores reciben estos tratamientos más temprano que las inferiores.

En cuanto a valoración periodontal de los pilares en este estudio se encontró que un 13.3% presentaban gingivitis leve a moderada y/o inflamación de encía leve a moderada, el mayor porcentaje de los pilares examinados en los pacientes portadores de prótesis fija (25.3%) presentaban pérdida de inserción entre 3 y 6 mm, seguido muy de cerca (24.0%) por la pérdida de inserción de 3mm. Se puede comparar con lo que encontró Huivín-Rodríguez, Rosa Raquel, (18) el 45.13% presento inflamación gingival leve (valores entre 0-1), el 51.62% inflamación gingival moderada (valores entre 1.1-2) y el 3.25% inflamación gingival severa (valores entre 2.1-3).

Otro hallazgo corresponde a la relación estadística significativa entre el tipo de tratamiento protésico y la enfermedad periodontal, donde el mayor porcentaje de pacientes con corona (25.0%) presentaron gingivitis leve a moderada; mientras que los pilares de puentes en mayor porcentaje (29.1%) evidenciaron una pérdida de inserción equivalente a 3 y 6 mm, lo cual demuestra que los puentes generan mayor gravedad de la enfermedad. Como también encontró Huivín-Rodríguez, Rosa Raquel (18) entre las variables: tipo de prótesis y retención de placa, encontrando un 26,3% de coronas y un 24,2% de puentes sin retención de placa, mientras que un 20,4% de coronas y 29,2% de puentes sí presentaron esta característica, lo que podría indicar que los puentes podrían acumular mayor cantidad de placa lo que también indica que genera mayor gravedad de la enfermedad periodontal.

CONCLUSIONES

Primera

Se observó que la prevalencia de enfermedad periodontal fue en el 100% de los pacientes; mientras que el índice periodontal correspondió en el mayor porcentaje de ellos (25.3%) correspondió a una pérdida de inserción entre 3 a 6mm. Contrastando estos resultados con la hipótesis planteada, esta se acepta.

Segunda

La edad mostró relación estadísticamente significativa con la enfermedad periodontal, pues un paciente mayor tiende a agravar su situación. Mientras que el sexo y el grado de instrucción no evidenció relación significativa.

Tercera

El tipo de prótesis y el tiempo de uso influyen en la enfermedad periodontal, dado que los pilares de puentes y el mayor tiempo de uso de aparatología protésica generan mayor gravedad en la enfermedad. Ahora bien, la ubicación y el sector de localización de la prótesis no mostraron relación estadísticamente significativa.

RECOMENDACIONES

Primera:

Al odontólogo se recomienda que lleve a cabo procedimientos de diagnóstico de los pilares y tejidos periodontales que rodean al mismo minuciosos, para así evitar a futuro complicaciones, como puede ser la enfermedad periodontal que consecuentemente lleva a la pérdida de los pilares.

Segunda:

Se sugiere al profesional odontólogo, una vez terminado el tratamiento protésico, haga hincapié al paciente sobre los cuidados que deberá tener en cuanto a higiene y controles periódicos y se lleve a cabo procedimientos clínico laboratoriales rigurosos para mayor longevidad del tratamiento.

Tercera:

Se sugiere que se realice una investigación en la cual se evalúe la prevalencia de enfermedad periodontal según el tipo de material en pacientes portadores de prótesis fija.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Lindhe J, K. T. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica Tomo1. 5a ed. Buenos Aires: Ed. Medica Panamericana; 2009.
2. Michael G Newman , Henry H. Takei, Fermin A. Carranza, Periodontología Clínica 9na Ed. Mexicana 2003.
3. Michael G Newman , Henry H. Takei, Fermin A. Carranza, Periodontología Clínica 10ma Ed. Mexicana 2006.
4. Bengthowall, Armd Fkayser, Gunnar e Carlsson. Odontología Protésica Principios y Estrategias Terapéuticas Ed. España 2007.
5. Carlos Tavera Aragon. Prostodoncia fija 1ra. Ed. EC Sesings 2013
6. Ernest Mallat Callis. Prótesis Fija Estética un Enfoque Clínica e Interdisciplinario, Ed. España 2007.
7. M.Aimettl, E.Berutti, M. Bresciano, F. Brunello, C. BuccA, M. Carrozzo, P. Defabianis, S. Gandolfo, G. Gassino, M. Lorenzetti, GM. Macaluso, G. Menicucci, MN. Mozzati, G.G. Rovera, S. Salvi. Rehabilitación Protésica Ed.Colombia 2007.
8. Elio Mezzomo Roberto M. Suzuki. Rehabilitacion Oral Contemporanea tomo 1, 1ra Ed. Amolca 2010.
9. Herbert t. Shillingburg, jr, dds. Fundamentos Esenciales en Prótesis fija, 3ra Ed. Quintessence. Sao paulo.2000.
10. Luis Fernando Pegoraro, Prótesis fija. Ed. Artes medicas sao paulo Brasil 2001.
11. José Liébana Ureña. Microbiología oral 2da. Ed, mc Graw – hill interamericana España 2002.
12. Santos Mendoza, Ivanna María. Prevalencia de Enfermedad Periodontal en pacientes portadores de Prótesis Fija en la clínica odontológica UCSG. Guayaquil, Ecuador 2015.

13. Jesús Carrillo Martínez, Marcela Castillo González; Héctor G Hernández Rodríguez Jorge Zermeño Ibarra. Estudio epidemiológico de las enfermedades periodontales en pacientes que acuden a la facultad de estomatología de la UASLP, Investigación, Vol. VII, No. 6 Noviembre-Diciembre 2000.
14. Julio Barrancos Mooney, Patricio J. Barrancos, Operatoria Dental Integral Clínica 4ta Ed. Panamericana Argentina 2006 .
15. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración Manual Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implantes Ed. Panamericana España 2005
16. Alberto Monturiel Varani Atlas de Periodoncia en Prótesis dental Fija 1 Ed. De la Universidad de Costa Rica 2003.
17. Bustos Medina Luis - Oyanader Martínez Carla. Condición Periodontal en Prótesis Fijas singulares realizadas en la Clínica Odontológica Integral del Adulto I y II de la Universidad Mayor de Temuco entre los años 2007 y 2009.
18. Huivín - Rodríguez, Rosa Raquel Características Clínicas Gingivales de las piezas portadoras de prótesis fijas (PF) de pacientes que acudieron a la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, para ser atendidos por alumnos de pregrado 2012.

ANEXOS

ANEXO 1

**INSTRUMENTO DE
RECOLECCIÓN DE DATOS**

FICHA DE HISTORIA CLÍNICA

Ficha N° _____

- NOMBRE: _____

- DNI: _____ EDAD: _____ SEXO _____

- GRADO DE INSTRUCCIÓN: _____

- PORTADOR DE PRÓTESIFIJA: _____

- TIEMPO DE USO _____ ENF. SISTEMICA _____

- FECHA: _____

ÍNDICE DE RAMFJORD.

PIEZA	VALORACION PERIODONTAL

INDICE PERIODONTAL RAMFJORD	
0	Ausencia de inflamación sin alteración en la encía
1	Gingivitis leve a moderada en alguna parte de la encía que rodea el diente
2	Inflamación encía leve a moderada alrededor del diente
3	Gingivitis grave, enrojecimiento intenso, hemorragia, ulceración
4	Perdida de inserción de 3 mm. Medida desde la línea amelo cementaria.
5	Perdida de inserción de 3 – 6 mm
6	Perdida de inserción superior a 6 mm

ANEXO 2

MATRIZ DE DATOS

N ° FICHA	EDAD	SEXO	GRADO DE INSTRUCCION	TIPO DE PROTESIS	INDICE DE RAMFJORD					
					Pieza (pilar)	Valoración periodontal	Sector	ubicación	Tiempo de uso (meses)	Resultado
1	62	M	superior	Puente	1.3	5	Anterior	Superior	60	4.5
					2.3	4	Anterior	Superior		
2	30	F	superior	Puente	1.2	3	Anterior	Superior	48	2.5
					2.2	2	Anterior	Superior		
3	56	F	superior	Corona	2.6	5	Posterior	Superior	144	5
4	53	F	superior	Puente	1.3	5	Anterior	Superior	60	4.5
					2.4	4	Posterior	Superior		
5	31	F	Superior	Corona	1.6	1	Posterior	Superior	12	1
6	44	F	secundaria	Puente	1.3	2	Anterior	Superior	48	1.5
					2.3	1	Anterior	Superior		
7	68	F	superior	Corona	1.1	5	Anterior	Superior	96	5
8	43	F	ninguno	Puente	1.2	4	Anterior	Superior	72	2.5
					2.2	1	Anterior	Superior		
9	45	F	primaria	Puente	1.6	2	Posterior	Superior	36	3
					1.3	4	Anterior	Superior		
10	37	F	superior	Puente	3.5	1	Posterior	Inferior	12	1.5
					3.7	2	Posterior	Inferior		
11	31	F	Secundaria	Puente	1.3	5	Anterior	Superior	24	5.6
					1.1	6	Anterior	Superior		
					2.3	6	Anterior	Superior		
12	44	F	superior	corona	1.4	5	Posterior	Superior	180	5

13	49	F	primaria	corona	1.2	4	Anterior	Superior	12	2
					1.1	4	Anterior	Superior		
					2.1	1	Anterior	Superior		
14	45	F	secundaria	Corona	2.5	2	Posterior	Superior	36	2
15	47	F	superior	Corona	2.1	4	Anterior	Superior	48	4
16	35	M	secundaria	Puente	1.1	2	Anterior	Superior	48	3.5
					2.2	5	Anterior	Superior		
17	54	F	superior	Puente	2.4	3	Posterior	Superior	72	3.5
					2.6	4	Posterior	Superior		
18	38	F	secundaria	Puente	1.2	6	Anterior	Superior	60	6
					2.2	6	Anterior	Superior		
19	43	F	secundaria	Puente	1.2	2	Anterior	Superior	48	3
					2.3	4	Anterior	Superior		
20	39	F	secundaria	Puente	1.3	5	Anterior	Superior	60	5
					2.3	5	Anterior	Superior		
21	41	M	superior	Puente	1.3	4	Anterior	Superior	24	4.5
					1.6	5	Posterior	Superior		
22	50	F	primaria	corona	2.6	6	Posterior	Superior	60	6
23	53	F	secundaria	Puente	1.1	5	Anterior	Superior	96	4.5
					2.2	4	Anterior	Superior		
24	61	F	secundaria	corona	1.1	4	Anterior	Superior	12	4
25	65	M	secundaria	Puente	1.5	5	Posterior	Superior	120	5.5
					1.7	6	posterior	Superior		
26	44	F	secundaria	Corona	2.4	3	Posterior	Superior	24	3

27	37	M	Superior	Puente	4.4	4	Posterior	Inferior	72	4.5
					4.7	5	Posterior	Inferior		
28	31	M	Superior	corona	2.3	1	Anterior	Superior	12	1
29	43	F	superior	Corona	3.6	1	posterior	Inferior	12	1
30	49	F	primaria	corona	1.4	3	Posterior	Superior	48	3
31	38	M	secundaria	Puente	1.2	5	Posterior	Superior	84	3.5
					2.3	2	Posterior	Superior		
32	68	F	primaria	Puente	3.4	3	Posterior	Inferior	96	2.5
					3.6	2	Posterior	Inferior		
33	43	F	secundaria	corona	2.7	2	Posterior	Superior	36	2
34	31	M	Superior	corona	2.3	3	Posterior	Superior	24	3
35	48	F	superior	Puente	1.5	6	Posterior	Superior	120	4.6
					1.1	4	Anterior	Superior		
					2.4	4	Posterior	Superior		
36	42	F	Superior	Puente	3.3	5	Anterior	Inferior	60	5.5
					3.7	6	Posterior	Inferior		
37	34	F	Superior	Puente	1.2	5	anterior	Superior	48	3
					2.2	1	Anterior	Superior		
38	45	M	Secundaria	corona	2.1	3	Anterior	Superior	24	3
39	54	M	Primaria	corona	4.4	6	Posterior	Inferior	120	6
40	49	F	Superior	Puente	2.4	4	Posterior	Superior	84	4.5
					2.7	5	Posterior	Superior		

41	52	F	Secundaria	Puente	1.2	1	Anterior	Superior	108	3.6
					1.4	4	Posterior	Superior		
					1.7.	6	Posterior	Superior		
42	61	F	Primaria	Puente	1.3	6	Anterior	Superior	120	5.5
					2.3	5	Anterior	Superior		
43	55	F	Secundaria	Puente	3.3	4	Anterior	Inferior	60	4.5
					3.6	5	Posterior	Inferior		
44	32	F	Superior	corona	3.5	1	Posterior	Inferior	12	1

LEYENDA

INDICE PERIODONTAL RAMFJORD	
0	Ausencia de inflamación sin alteración en la encía
1	Gingivitis leve a moderada en alguna parte de la encía que rodea el diente
2	Inflamación encía leve a moderada alrededor del diente
3	Gingivitis grave, enrojecimiento intenso, hemorragia, ulceración
4	Perdida de inserción de 3 mm. Medida desde la línea amelo cementaría.
5	Perdida de inserción de 3 – 6 mm
6	Perdida de inserción superior a 6 mm

SEXO	
M	masculino
F	Femenino

ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO

INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTE PROYECTO SE REALIZARÁ EN USO DE LA EXPLORACIÓN CLÍNICA Y RECOLECCIÓN DE DATOS DEL PACIENTE, POR LO CUAL SE HARÁ USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

A través del presente yo _____
identificado con DNI _____, domiciliado en
_____; declaro tener
conocimiento que seré sometido a un examen clínico de diagnóstico
odontológico en las instalaciones de la clínica de la Universidad Alas
Peruanas, Arequipa, el cual será efectuado por
_____. Acepto ser
evaluado bajo las disposiciones y condiciones óptimas de la Escuela
de estomatología de la Universidad Alas Peruanas.

Arequipa, _____ de _____ del 20__

Firma
DNI N° _____

Firma de investigadora
DNI N° _____

ANEXO N° 4

DOCUMENTACION

SUSTENTATORIA

**CONSTANCIA DE AUTORIZACION DE EJECUCION DEL PROYECTO DE
INVESTIGACION
CLÍNICA DOCENTE ESTOMATOLÓGICA
Nº002 – EPEST – FDMHyCS – CDE – UAP**

Arequipa, 08 de agosto del 2016

De mi Consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y a su vez brindarle la **Autorización a la alumna ATASI QUISPE NARDY ELVIRA**, con código 2009166373, de la Escuela Profesional de Estomatología – Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud – Universidad Alas Peruanas, quien solicita **recopilar información del área de Archivo de la Clínica Docente Estomatológica**, para la realización de trabajo de investigación (Tesis).

TÍTULO: “PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONAL EN PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS FIJA QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE LA CLINICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS AREQUIPA”. Periodo de ejecución del 10 mayo al 07 julio del 2016.

Se expide el presente documento para fines de la interesada.

Atentamente,


CD. Katherine S. Valdivia Fernández
Asistente Clínica Estomatológica

003 - 0377346

SOLICITO: Autogestión para
Ejecutar Proyecto de Investigación

SEÑOR: Dra. Maria Luz Nieto Muriel

ATASI QUISPE NARDY ELGIRA
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

Documento de Identidad: 73032861 Carrera Profesional: ESTOMATOLOGIA
(DNI, L.M Boleta)

Código: 2009166313 Ciclo: Turno:

Teléfono: E-mail:

Ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que me autorice a las clínicas de
Estomatología (Adulto II) para poder ejecutar el
proyecto de investigación "Prevención de Enfermedad
Periodontal en Pacientes portadores de Prótesis fija que
acuden a los servicios de la Clínica Estomatológica de la
Universidad Alas Peruanas Arequipa 2016

Agradeciendo anticipadamente su atención, quedo de Usted.

*Atte, por fines
ejecutivos
10-05-2016*

Atentamente,



Arequipa, 10 de Mayo del 2016

Adjunto:

1.
2.
3.
4.

ANEXO N° 5

SECUENCIA FOTOGRAFICA

Ficha periodontal



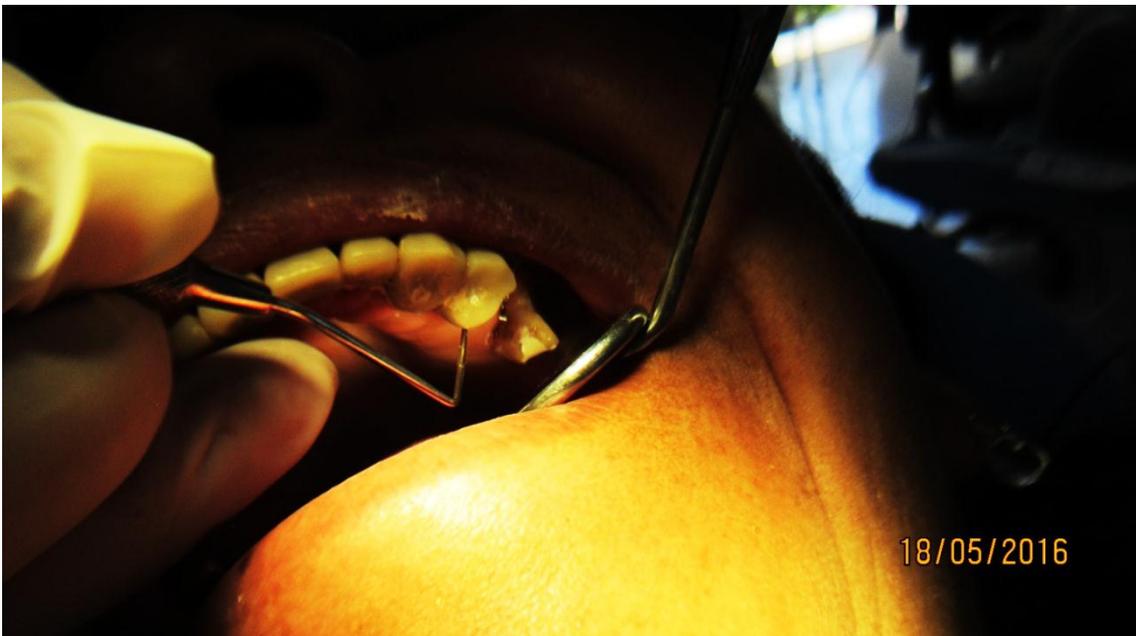
Examinando a un paciente



Midiendo profundidad de sondaje



Midiendo profundidad al sondaje



Midiendo profundidad al sondaje



Midiendo profundidad al sondaje



Midiendo profundidad al sondaje



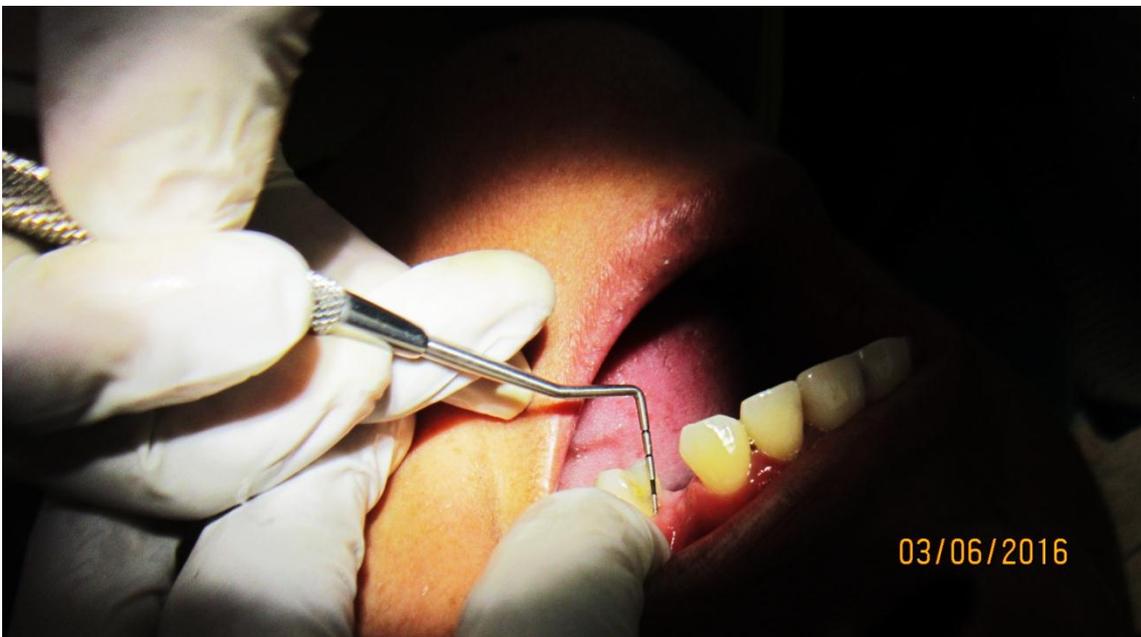
Midiendo profundidad al sondaje



Midiendo profundidad al sondaje



Examinando paciente



Midiendo profundidad al sondaje



Midiendo profundidad al sondaje



Examinando paciente



Paciente presenta sangrado tras sondaje periodontal



Midiendo profundidad al sondaje