

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MISIÓN MÉDICA CUBANA
BARRIO ADENTRO

**TITULO: ENFERMEDADES PERIODONTALES QUE
OCASIONARON URGENCIAS ESTOMATOLÓGICAS.
COMPLEJO ODONTOLÓGICO 24 DE JULIO, 2008**

**AUTOR: Dra. Madelín Miranda Naranjo
Especialista de primer grado en Estomatología General Integral**

**TUTOR: Dra. Rosabel Sánchez Rodríguez
Especialista de Primer grado en Estomatología General Integral
Profesor Asistente. Master en Atención de Urgencia en
Estomatología.**

**ASESOR: Dra. Martha Socarrás Conde.
Especialista de Segundo Grado en Fisiología Humana.
Profesor Auxiliar.**

*Trabajo para optar por el título de Master en Atención de Urgencia en
Estomatología.*

PENSAMIENTO



Ver después no vale, Lo que vale es ver antes y estar preparado...

JOSÉ MARTÍ

DEDICATORIA

A mis padres

A mi esposo

A mi familia y amistades

A la Revolución Cubana

AGRADECIMIENTO

A mis padres que con cariño y amor me educaron y cuidan de mi para que pueda cumplir con esta hermosa misión.

A mi esposo por todo su amor y comprensión

A mis hermanos por darme su cariño y apoyo en todo momento.

A mi tutora, amiga y compañera de misión Dra. Rosabel Sánchez Rodríguez por su ayuda incondicional, sus conocimientos y cariño.

A mi asesora, amiga y compañera de misión Dra. Martha Socorras Conde por su apoyo y cariño.

A la licenciada Madelín Reyes por su ayuda incondicional.

A la Licenciada Eva Tamayo por su paciencia y apoyo siempre que la necesité

A todos los que de una forma u otra me han ayudado; muchas gracias

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva transversal, para identificar las enfermedades periodontales que ocasionaron urgencias estomatológicas en pacientes mayores de 15 años atendidos en el Complejo Odontológico "24 de Julio". Municipio Independencia, en el período comprendido de Enero a Diciembre del 2008.

El universo de trabajo estuvo constituido por 223 pacientes que acudieron a la consulta diagnosticados con enfermedad periodontal que constituyó una urgencia estomatológica y dieron su consentimiento para participar en la investigación; a los que se les realizó el examen bucal minucioso. Se tuvieron en cuenta las siguientes variables: Edad, Sexo, Nivel educacional, Ocupación, Factores de riesgos (higiene bucal, cálculo o sarro, tabaquismo, empaquetamiento de alimentos, obturaciones defectuosas, Diabetes mellitus) y las enfermedades periodontales más frecuentes en la población (Gingivitis ulcero necrotizante aguda, Gingivo estomatitis herpética aguda, Aftas bucales, Hiperestesia dentinaria, Absceso periodontal, Absceso gingival). En el estudio predominó el sexo masculino; el grupo de edad de 35 a 59 años, nivel educacional medio y la ocupación trabajador seguido de las amas de casa. El mayor por ciento presentó mala higiene bucal, seguido del cálculo y el tabaquismo; la hiperestesia dentinaria y las aftas bucales fueron las patologías más frecuentes. Se recomienda implementar actividades de promoción y educación para la salud, con el objetivo de prevenir factores de riesgos y enfermedades del complejo bucal, ya que no existe un programa de prevención sistemático que abarque las instituciones educativas, sociales, ni en la comunidad.

Descriptores:

Urgencias Estomatológicas

INDICE

1- Introducción.....	1
2 - Marco teórico.....	11
3- Objetivos.....	36
4- Diseño metodológico	37
5- Análisis y Discusión de los Resultados.....	43
6- Conclusiones.....	66
7- Recomendaciones.....	67
8- Referencias Bibliográficas.....	68
9- Anexos	

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades han aquejado a la humanidad desde sus mismos inicios, en especial el agudo y lancinante dolor dentario producido por una caries profunda o un absceso periapical. Técnicas curativas y rehabilitadoras han sido practicadas por muchos médicos a lo largo de la historia. El registro más antiguo que existe sobre una práctica primitiva egipcia de la Odontología data de hace 5.000 años (3.000 años antes de nuestra era). Hiesie-Re es considerado el primer dentista conocido de la historia. Tiempo después esta profesión fue asumida por los barberos quienes además de los servicios de cortes de cabello, asumían las extracciones dentales de los clientes aquejados de dolor. Luego que comenzaron a ejercer los flebotomianos y cirujanos dentistas en distintas partes del mundo, como parte de las autorizaciones dadas por las autoridades españolas de la época. ¹

La Odontología se inició en el año 3000 a. C. con los médicos egipcios que incrustaban piedras preciosas en los dientes. Tres siglos después, en China, se utilizaría la acupuntura para tratar el dolor asociado a la caries dental. La cual se engloba dentro de las denominadas medicinas alternativas y se basa en la creencia de que en el cuerpo hay una energía que fluye a través de doce canales que pueden obstruirse, esta circunstancia es la responsable de que exista la enfermedad. Hay que mencionar al pueblo maya, que utilizaba incrustaciones de oro, piedras preciosas o minerales, para la restauración de piezas dentales, no solo por estética sino también por ornamentación. Posteriormente, los incas y los aztecas tomaron los métodos de los mayas para la reconstrucción de piezas dentales. ¹

Estudios paleontológicos señalan que la enfermedad periodontal existía en el hombre primitivo, ya en el año 2000 a.c. la cual ha sido reconocida en todas las culturas, esta aparece como la más común de las enfermedades encontradas en los cuerpos

embalsamados de los Egipcios hace 4000 años, en cuyos papiros de Ebers contienen muchas referencias de la enfermedad gingival.²

En relación a la odontología hay que mencionar a Bernardo de Gordon que introdujo la teoría del aflojamiento de los dientes, a Guy de Chauliac que estimuló la higiene dental y señaló que la caries tenía tres fases; producción de dolor, producción de dolor sin estímulo externo y flemón, y a Giovanni Da Vigo que fue uno de los primeros en realizar obturaciones con hojas de oro.^{1,2}

Desde épocas remotas las enfermedades bucales han hecho sufrir al hombre, y como prueba de ello se sabe que la odontología fue practicada en las culturas Egipcia, Mesopotámica, Inca y Maya. Incluso, se conoce que los indios norteamericanos tenían muy en alto el concepto de una boca limpia, y con ese propósito masticaban gomas, resinas y ciertas raíces de plantas para, de esa manera, mantener limpios sus dientes y prevenir las caries. Ya en ese entonces existía el concepto de prevención.^{1,2}

En el año 1874, los dentistas habían reconocido que el flúor posee, efectivamente, una cualidad preventiva de la caries dental, y para 1899 el Dr. Smith, de Philadelphia (Estados Unidos) dicta clases de profilaxis bucal. Apenas dos años antes, en 1897, León Williams había demostrado que existía una placa de microorganismos la cual se consideró que estaba relacionada con la iniciación de las enfermedades bucales. Es entonces que se conforma el concepto de prevención de estas enfermedades a partir de la eliminación de la placa bacteriana, y de los rudimentarios aparatos para limpiar los dientes conocidos hasta esa época evoluciona el cepillo dental tal y como se conoce en la actualidad.²

Las afecciones bucales y sobre todo la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones han sido tradicionalmente menospreciadas como problemas médicos de salud pública, que no ocasionan mortalidad directa, cuando en realidad su elevada incidencia afecta a más de 90 % de la población.²

Las enfermedades bucodentales, aunque han existido a lo largo de toda la historia, son especialmente frecuentes en la actualidad. Son enfermedades infecciosas que tienen una prevalencia muy alta en la mayoría de la población mundial, que si no se previene y/o detienen no solo provocan la pérdida dentaria y la incapacidad masticatoria con sus consecuencias físicas, estéticas y psicológicas, sino que también son un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades otorrinolaringológicas y respiratorias (amigdalitis, otitis, faringitis, etc.) enfermedades como fiebre reumática, cardiopatía reumática, valvulopatías, pericarditis, miocarditis, y problemas digestivos por las deficiencias en la masticación, por falta de dientes o alteraciones en la articulación temporomandibular por maloclusiones.³

Hace aproximadamente 50 años se adoptaba una posición unicista de la etiología de la enfermedad periodontal. La epidemiología se circunscribía al enfoque biológico en el estudio del individuo y el ambiente y se le atribuía solo a las bacterias la responsabilidad de producir esta enfermedad. En la actualidad, la epidemiología tiene un nuevo enfoque en relación con el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad periodontal y se han identificado los factores de riesgo que inciden en el desarrollo y progreso de esta.³

En la jerarquización de las afecciones bucales se encuentra que las Periodontopatías ocupan el segundo lugar, tanto por su prevalencia como por sus efectos. Mundialmente es admitido que aunque estas afecciones, por lo general pasan sus estadios iniciales sin sintomatología son las causantes de gran cantidad de extracciones dentales después de los 35 años de edad. Estas suelen aparecer en la infancia en forma de gingivitis y al no ser precozmente diagnosticadas y tratadas pueden evolucionar hacia lesiones más complejas en el adulto, la periodontitis.³

La boca es una estructura de nuestro cuerpo de vital importancia, tanto en lo biológico como en lo psicosocial; en ella comienza la digestión, masticar bien, saborear los

alimentos, influye en la nutrición por lo que biológicamente es necesario mantenerla sana. El hombre vive en interacción constante con su entorno, desde que nace el primer contacto con el seno materno lo hace a través de la boca, recibiendo alimentación y cariño. Reír, hablar, relacionarnos, así hasta ser un adolescente donde la boca cobra especial importancia en el amor. ⁴

Las enfermedades bucales, por su alta morbilidad, se encuentran entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud a nivel mundial, situación que condiciona el incremento en el ausentismo escolar y laboral, así como la necesidad de grandes gastos económicos que rebasan la capacidad del sistema de salud y de la misma población. ^{1, 2, 5}

La salud bucal es una parte integrante de la salud general, razón por la cual la estomatología se esfuerza en prevenir y controlar las enfermedades bucales que tiene repercusión en la salud general del individuo. Ninguna persona pueda ser considerada sana, si presenta una enfermedad bucal activa. ⁵

La promoción de la salud, representa el mayor potencial para alcanzar un mejor nivel de salud de la población. En su desarrollo racional radica la posibilidad de reconversión de los perfiles epidemiológicos actuales, y de expansión de los servicios. Constituye un elemento básico de las nuevas estructuras que las organizaciones de salud construyen para responder a las necesidades que revelan esos perfiles. Por lo tanto, el abordaje de la prevención es multidimensional y ella debe ofrecer capacidad de intervención en diferentes escalas (clínicas y poblacionales). ⁶

Las enfermedades periodontales están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano. La gingivitis afecta aproximadamente al 80% de los niños de edad escolar, y más del 70% de la población adulta ha padecido de gingivitis, periodontitis o ambas. Los resultados de investigaciones y estudios clínicos revelan que las lesiones producidas por las periodontopatías en las estructuras de soporte de los dientes en los

adultos jóvenes, son irreparables y que en la tercera edad, destruye gran parte de la dentadura natural, privando a muchas personas de todos sus dientes durante la vejez.

7, 8,10

La prevalencia y gravedad de las periodontopatías varía en función de factores sociales, ambientales, enfermedades bucales y generales, y particularmente de la situación de higiene bucal individual. Los primeros signos de periodontopatías suelen ser evidentes después del segundo decenio de la vida y es común observar destrucciones considerables después de los 40 años.⁹

Entre las prioridades del Programa Mundial de Salud Bucodental de la OMS y OPS destacan la necesidad de abordar factores de riesgo modificables como los hábitos de higiene bucodental, el consumo de azúcares, la falta de calcio y de micronutrientes y el tabaquismo. En su opinión, los países deben velar por que se haga un uso adecuado del flúor para prevenir la caries dental, además de tener en cuenta factores como la insalubridad del agua o la falta de higiene. Además, considera que los sistemas de salud bucodental han de estar orientados hacia los servicios de atención primaria de salud y la prevención.¹⁰

En el Siglo I cuando se trabajaba empíricamente para aliviar el dolor, se utilizaban diferentes técnicas como fueron la cauterización, la aplicación de arsénicos y los drenajes, las que con el tiempo fueron perfeccionadas. Un salto importante lo constituyó la aparición de los rayos X, que mejoró notablemente la calidad del diagnóstico y tratamiento de las patologías bucales.¹¹

La enfermedad periodontal es tan antigua como la humanidad. Existen documentos de diferentes épocas de la antigüedad que hablan de ella, así como de las causas y necesidad de su tratamiento. Prácticamente toda la población mundial está afectada por una u otra forma de periodontopatías. Muchos científicos han dedicado miles de horas al estudio de los factores etiológicos que provocan la enfermedad periodontal, así

como al de los mecanismos etiopatogénicos y los efectos que estos provocan en los tejidos periodontales. Se ha hablado durante todos estos años del papel de los factores locales como iniciadores de esta enfermedad, y cómo los factores sistémicos han agravado o modificado el papel de los anteriores, oponiéndose a ellos la respuesta defensiva del huésped.^{11, 12}

El dolor debe considerarse un signo de alarma, significa que el estímulo que lo ha provocado amenaza la integridad del organismo, y que ha de permitir que se ponga en marcha, con la mayor brevedad posible, una reacción de defensa o de protección. En relación al dolor deseamos resaltar que es un fenómeno subjetivo complejo que tiene un componente sensorial y un componente afectivo. El componente sensorial corresponde a los mecanismos neurofisiológicos que permiten la transmisión y decodificación del estímulo nociceptivo, Y el componente emocional o afectivo corresponde a la toma de conciencia de la existencia del dolor. Esta toma de conciencia transforma el mensaje de dolor en una sensación de sufrimiento, y es lo que le confiere su carácter de alarma. El dolor es uno de los signos clínicos esenciales por el cual el paciente acude a nuestra consulta.^{10, 11,12}

En la estomatología, el objetivo primordial es la prevención, que se basa en la educación para la salud, este es el elemento principal de todas sus acciones, encaminados a orientar al pueblo sobre lo que debe hacer para mantener una adecuada salud bucal, la cual repercutirá en el estado de salud del organismo en general.¹³

El hombre que vive en un ambiente sociocultural artificial, es decir creado y desarrollado históricamente por el mismo; tiene por razones ecológicas y sociales una diversidad general de riesgo y una mejor oportunidad de enfrentarse a ellos. Desde Hipócrates se establece que es más fácil prevenir las enfermedades que curarlas, sin

embargo para su prevención es imprescindible conocer bien los factores y las condiciones de surgimiento de las enfermedades más difundidas y peligrosas.¹³

El riesgo es la probabilidad de aparición de un evento que puede ser un daño o una enfermedad que se experimenta como algo que va a pasar, también algunos autores lo definen como el conjunto de condiciones anormales que pudieran producir un efecto dañino sobre el individuo, lo que genera enfermedades de diferentes magnitudes en correspondencia con la explosión de los agentes causales. La importancia que tiene conocer el riesgo estriba en que se observa e identifica antes de que ocurra el hecho o daño que precede, por lo que concretamente, nos expresa la medida de la probabilidad estadística de que ocurra un proceso dañino a la salud.^{12, 13}

En Francia se realizó un estudio donde se aplicó el índice de necesidad de tratamiento periodontal a madres con niños bajo peso y se encontró una relación del 18 %. En la Universidad de Carolina del Norte EE.UU. Se realizó otro estudio donde se encontró esta relación y un elevado nivel de bacteroides, actynobacilos y treponema en la placa de las madres con niños.^{7, 9}

En EE.UU. el 73 % de la población de 18 a 79 años están afectados por enfermedad periodontal, estudios más recientes refieren que al menos el 35 % de los adultos mayores de 30 años tienen periodontitis con un 21,8 % en su forma ligera y un 12,6 en su forma moderada y severa, en este país los negros y los latinos tienen una salud periodontal más mala que el resto de la población. La prevalencia en América Latina está comprendida entre el 90 y el 100 %.¹⁴

Múltiples estudios realizados en el mundo muestran la magnitud de la enfermedad periodontal, en Oceanía la prevalencia oscila entre el 75 y el 100% de afección, la gingivitis se detecta desde edades tempranas. En Asia la prevalencia oscila entre el 95 y el 100%.¹⁴

Se han realizado diversos estudios sobre la enfermedad periodontal que muestran la variabilidad que existe en cuanto la magnitud y severidad de la enfermedad entre uno y otro continente, lo que está muy estrechamente relacionado con las condiciones económico sociales de cada uno de ellos, los hábitos y estilos de vida de las personas.

15,16

En países como Cuba, dentro de las políticas de salud, el estado realiza connotados esfuerzos para la promoción, prevención y tratamiento de las enfermedades bucales, porque el mantenimiento de la salud del hombre es una de las tareas más importantes a llevar a cabo por el sistema de salud pública. En otros países al ser la atención estomatológica eminentemente privada y de alto costo se hace más difícil y costosa para los pacientes recibirla, a pesar de existir tecnología capaz de promover salud y prevenir enfermedades; la estomatología continúa con el uso de tecnología curativa, costosa y compleja. Hay evidencias de que el incremento de servicios odontológicos especializados, de carácter predominantemente curativos, en la mayoría de los países, han sido incapaces de disminuir la alta prevalencia de las enfermedades gingivales y periodontales pero sí generar necesidades ilimitadas de atención. ^{15,16}

En 1990 en Venezuela se inició el proceso de descentralización de los servicios de salud del entonces Ministerio de Sanidad y Asistencia Social a los estados; lo que significó una tendencia hacia la autarquía de los sistemas estatales y municipales de salud con muy desigual desarrollo de acuerdo a la voluntad política del gobernante local o estatal y a la historia previa de las redes de servicios de la zona y de las capacidades institucionales instaladas en las mismas y con el consiguiente deterioro del estado de salud de los pobladores, en específico de las capas más pobres. ¹⁷

No hay dudas que en Venezuela como en Latinoamérica se han polarizado los servicios de salud dentro de la sociedad, las clases privilegiadas tienen acceso en servicios privados a tratamientos equivalentes a los de las naciones desarrolladas,

mientras que el resto de la población depende de centros de salud pública que carecen de los suministros más esenciales.¹⁷

En este sentido, la Federación Odontológica de Venezuela ha realizado programas orientados a la prevención de las enfermedades bucales que buscan crear en los niños el hábito adecuado de higiene ; sin embargo, no se encontró investigaciones que permitan determinar en que medida estos programas han sido efectivos; de igual manera, en el estado Yaracuy el Instituto Autónomo de la Salud (PROSALUD), institución rectora de los programas asistenciales cuenta con el programa Clínica Móvil que lleva a los planteles educativos públicos la atención médica - odontológica, para el adiestramiento en técnicas de cepillado, con la dotación de cepillos dentales y dentífrico necesarios.¹⁷⁻²⁰

En dicho territorio hasta el año 2004 eran escasos los centros de salud donde pudieran recibir atención gratuita, por el hecho de que los consultorios existentes en el municipio eran privados y altamente costosos, solo al alcance de la población adinerada.

Las enfermedades bucodentales constituyen un denominador común en la población venezolana, su alta prevalencia oscila entre factores relacionados con el estilo de vida de la población, los factores biológicos, factores ambientales y baja cobertura de los servicios de salud; según las Normas Oficiales Venezolanas del Programa Nacional de Salud Oral del año 2000. Una realidad mucho más cruda para la población de bajos recursos donde enfermedades como la caries dental y las periodontopatías, tienen una prevalencia superior al 80% y dado el predominio por muchos años de una atención de salud predominantemente privada e inaccesible para el total de la población todos estos problemas de salud tienden a agravarse con el paso de los años.¹⁷

Para la ejecución de estas acciones se impone el estudio y la puesta en práctica del manejo terapéutico de las urgencias estomatológicas que tan cotidianamente se observan en la población, ocasionándoles malestar y la necesidad de acudir

imprevistamente a los servicios de estomatología; dentro de ellas se encuentran las urgencias periodontales, los traumatismos dentarios, las urgencias en odontopediatría, las disfunciones temporomandibulares, patologías pulpares y periapicales en estadios agudos, etc.²⁰

El síntoma común de estas urgencias es el dolor que cada una de ellas ocasiona, es el que en realidad provoca la asistencia de los pacientes a los servicios estomatológicos pues el sistema estomatognático constituye una de las regiones más sensibles del organismo, por estar ricamente innervada y con mayor representación y diversificación de receptores.²⁰⁻²³

Aunque con la llegada de la Misión “Barrio Adentro” ha mejorado la atención estomatológica a la población, aún es mucho lo que en materia de prevención y promoción de salud queda por hacer para lograr disminuir la alta prevalencia de las enfermedades bucodentales en la región y lograr elevar la calidad de vida de sus pobladores. Por otra parte la investigación le será útil al paciente porque les permitirá conocer las afecciones que porta y lo motivará para su cura; tendrá confianza y seguridad en los profesionales que lo atienden al comprobar resultados satisfactorios.

En el contexto histórico social en que se realiza la investigación no existen estudios previos que reflejen la morbilidad por enfermedad periodontal como urgencia estomatológica; sus manifestaciones y características clínicas, independientemente de la frecuencia con que se presenta en los pacientes atendidos en el Consultorio Odontológico “24 de Julio”. Todo lo anteriormente expuesto, fue lo que motivó a realizar esta investigación.

MARCO TEORICO

Cuando se habla de enfermedad periodontal, se hace referencia a una serie de procesos patológicos que afectan a las estructuras periodontales. Por muchos años se ha intentado clasificar las diferentes formas de la enfermedad, convirtiéndose ese

objetivo en una tarea compleja debido a la falta de conocimiento sobre las interrelaciones en el equilibrio huésped-microorganismo que se establece en los procesos patológicos asociados a la enfermedad periodontal. Actualmente se acepta que las diferentes formas de presentación de la enfermedad obedecen a las posibilidades de ruptura del equilibrio antes citado, que se manifiestan, sobre todo, en las tasas de destrucción periodontal, con mecanismos patogénicos y manifestaciones clínicas y anatomopatológicas similares. Igualmente se reconoce a la placa dental como principal agente etiológico de la enfermedad periodontal y se sabe que ésta se organiza en forma de biopelícula lo que aumenta su resistencia.⁵

Dentro de este contexto, el conocimiento de los procesos reactivos inherentes al huésped y al atacante (microorganismo) y a los procesos de formación de placa dental permite la realización de diagnósticos acertados; la instauración de planes de tratamiento adecuados, asociados con la prevención de la enfermedad y el ataque directo al agente etiológico y optimiza los resultados en el manejo de la patología en curso. Si bien la enfermedad periodontal es multifactorial, esta no se produce en ausencia de placa; la eliminación de esta conduce a la desaparición de los signos y síntomas (Loe y col.) la relación entre la placa dental y la enfermedad periodontal es compleja y va a estar determinada por las características individuales del huésped y su capacidad de respuesta.^{5,6}

Por ser heterogénea y multifactorial se hace difícil de evaluar por su variabilidad en cuanto a su proceso, manifestaciones clínicas, factores de riesgo, edad de establecimiento, evolución, pronóstico, alternativas de terapia para su resolución o control. Por lo que han existido diferentes clasificaciones como la clasificación de Weski (1937) para la cual se convocaron expertos clínicos e investigadores científicos que desarrollaron un sistema para ordenar las diversas entidades clínicas y patológicas de la enfermedad periodontal y se plantea clasificarlas en paradentitis, hipertrófica,

simple, ulcerativa, paradentosis, atrófica parcial, atrófica total, paradentoma, épuhis, elefantiasis.⁶

La Academia Americana de Periodontología ha usado la siguiente clasificación: gingivitis, periodontitis ligera, periodontitis moderada, periodontitis severa y periodontitis refractaria. La región periodontal más afectada determina la clase de enfermedad periodontal.

En 1969 el Taller Mundial de Periodontología Clínica sugirió una reclasificación de las enfermedades periodontales en periodontitis del adulto, periodontitis de ataque temprano, periodontitis asociado con enfermedad sistémica, periodontitis ulcero necrotizante y refractaria.⁷

A cada uno de estas clasificaciones se agregaron subgrupos como: prepuberal, periodontitis juvenil, y otros basados en el agente etiológico ó teniendo en cuenta factores anatómicos. Adicionalmente las formas podrían ser localizadas o generalizadas. El comité para la Investigación, Ciencia y la Terapia ha publicado un informe recientemente sobre diagnóstico de enfermedades periodontales. En este informe el comité determinó que no deben mezclarse estas dos clasificaciones. "la clasificación del taller mundial no debe confundirse con otras clasificaciones de enfermedad periodontal como la sugerida Academia Americana de Periodontología (AAP) para el pago del seguro social". Claramente ha establecido que la clínica es el factor determinante para la clasificación de enfermedades periodontales; la clínica es la norma del oro.⁷⁻¹¹

Es una revisión extensa y excelente en diagnóstico de enfermedades periodontales y en lo crítico coincide con la clasificación de la Academia Europea de Periodontología de 1993. Hay un extenso apartado para varias formas de enfermedad periodontal en el sistema de clasificación anterior, y que hay una necesidad por el desarrollo de

descripciones en sitios e individuos basadas en la evidencia, para identificar causa y relaciones de efecto más específicamente. (Armitage 1996).⁸

Según la clasificación internacional de enfermedades aplicada a la odontología y la estomatología, de la OMS, en su tercera edición de 1996; las periodontopatías, se subdividen en: Gingivitis y enfermedades periodontales, otros trastornos de la encía y de la zona edéntula. Las clasificaciones al igual que los paradigmas cambian conforme aparezcan nuevas evidencias o mayores datos respecto al conocimiento científico.⁷⁻¹²

En la nueva clasificación de las enfermedades periodontales se incluye a las gingivitis, que no obstante lo meticuloso del procedimiento, en la clasificación de 1989 no se incluyó un apartado para distinguirlas. Por esa razón ahora en la nueva enmienda se contempla este inciso con una amplia y detallada clasificación de lesiones y enfermedades que se desarrollan en la encía y que no solo se confinan a las que tradicionalmente se han asociado a la presencia de placa bacteriana.^{13, 14}

Uno de los puntos que más resaltan en esta nueva clasificación es que al término simple de gingivitis no siempre se debe asociar a una lesión gingival y debe considerarse una adición cuando existen factores sistémicos tales como desordenes del sistema endocrino; uso de ciertos medicamentos y estados de malnutrición.¹⁴

Esta clasificación para las diversas condiciones y enfermedades periodontales da un nuevo marco de referencia ante el inicio del tercer milenio, para que con ello se pueda ejercer clínicamente la determinación de un buen diagnóstico y desarrollar así una terapia periodontal con los métodos actuales en sus diversas formas de tratamiento.¹⁵

Para el estudio de estas enfermedades la escuela cubana de estomatología clasifica la enfermedad periodontal en tres grupos: los procesos inflamatorios, los proliferativos o pseudoneoplásicos y los distróficos. Se dedica mayor atención a los procesos inflamatorios por su alta prevalencia, los cuales se presentan como agudos y crónicos, estos últimos afectan las estructuras superficiales y profundas del periodonto y se

denominan gingivitis y periodontitis respectivamente. Clasificación que sirvió de apoyo en la investigación.¹⁶⁻¹⁸

Las periodontopatías representan una de las afecciones más comunes del género humano en cualquiera de sus formas. Es un proceso inmunoinflamatorio que afecta los tejidos de protección e inserción de los dientes, y se observa más frecuentemente después de los 35 años de edad, donde aproximadamente 3 de cada 4 adultos se ven afectados, pero su comienzo puede ser en edades más tempranas.¹⁷

La periodontitis (piorrea) aparece cuando la gingivitis se propaga a las estructuras que sostienen el diente, es una de las causas principales del desprendimiento de los dientes en los adultos y es la principal en las personas de mayor edad.^{19, 20}

En la etiología de la periodontitis; la mayoría de los casos son la consecuencia de una acumulación prolongada de placa bacteriana y sarro entre los dientes y las encías, que favorece así la formación de oquedades profundas entre la raíz del diente y el hueso subyacente. Estas oquedades acumulan placa bacteriana en un ambiente sin oxígeno, que estimula el crecimiento de bacterias. Si el proceso continúa, el maxilar adyacente a la oquedad finalmente se va destruyendo hasta que el diente se afloja.²¹

Durante años han existido diversas definiciones expresadas por diferentes investigadores acerca del término de placa dental. La que fue descrita por primera vez en 1898 por Black, como una masa microbiana que recubre las lesiones cariosas. En 1976, Bowen, define a la placa dental como depósitos blandos que forman una biopelícula que se adhieren a la superficie dentaria o a otras superficies duras en la boca. 5, 7, 11, 23

El grado del desarrollo de la periodontitis difiere considerablemente incluso entre individuos con cantidades similares de sarro. Probablemente porque, según las personas, la placa bacteriana contiene diversos tipos y cantidades de bacterias y porque cada persona reacciona de modo distinto frente a las bacterias.²⁴

Los signos y síntomas son: la hemorragia, la inflamación de las encías que presentan un color rojo brillante o rojo púrpuro que tienen aspecto brillante y sangran con facilidad (presencia de sangre en el cepillo de dientes, incluso si el cepillado se hace con suavidad). Encías que pueden ser sensibles al tacto, pero no necesariamente dolorosas, dientes flojos, mal aliento (halitosis).^{24, 27}

A mayor pérdida de hueso, más se afloja el diente y cambia de posición; es común que los dientes delanteros se proyecten hacia afuera. Habitualmente la periodontitis no causa dolor hasta que los dientes se aflojan lo suficiente para moverse al masticar o hasta que se forma un absceso (acumulación de pus).^{27 - 30}

El tratamiento por parte del dentista, y un cuidado apropiado y consistente en el hogar ayudan a resolver los problemas asociados con la gingivitis. Causada por los efectos a largo plazo de los depósitos de placa, que se acumula, con preferencia, en los empastes defectuosos y alrededor de los dientes próximos a dentaduras postizas poco limpias, a puentes y aparatos de ortodoncia. La placa bacteriana se solidifica en sarro cuando permanece más de 72 horas en los dientes y no puede quitarse del todo con el cepillo ni con la seda dental. La placa y el cálculo causan irritación e inflamación de la gingiva y las bacterias y sus toxinas hacen que las encías se infecten, se inflamen y se vuelvan sensibles.^{27, 30, 31}

Muchas personas experimentan la gingivitis en grados variables. Ésta se desarrolla generalmente durante la pubertad o durante las primeras etapas de la edad adulta, debido a los cambios hormonales, y puede persistir o reaparecer con frecuencia, lo que depende de la salud de los dientes y encías de la persona.³²

Aunque la causa principal es la placa bacteriana, otros factores pueden empeorar la inflamación; como es el embarazo (debido a los cambios hormonales que aumentan la sensibilidad de las encías), la pubertad, la diabetes no controlada, los anticonceptivos, lesión o trauma en las encías, el cepillado y el uso de seda dental demasiado fuerte; la

mala oclusión de los dientes, los bordes ásperos de las obturaciones y la aparatología oral mal colocada o contaminada (como aparatos ortodóncicos, prótesis, puentes y coronas pueden irritar las encías e incrementar los riesgos de gingivitis) ³³

Los medicamentos como la fenitoína (utilizada para controlar las convulsiones), la ciclosporina (que toman las personas sometidas a trasplante de órganos), los bloqueadores de los canales de calcio como la nifedipina (que se administran para controlar la presión arterial y las alteraciones de la frecuencia cardiaca) y la ingestión de metales pesados, como el plomo y el bismuto, también están asociados con el desarrollo de la gingivitis. ³³

La carencia de vitamina C (escorbuto) puede producir inflamación y sangrado de las encías. La carencia de niacina (pelagra) también causa hemorragia en las encías y la predisposición a ciertas infecciones bucales. ^{33, 34}

La gingivitis sin tratamiento, causa periodontitis leve; esta etapa de la enfermedad de la encía muestra la evidencia del comienzo de la erosión del hueso alrededor del diente. La periodontitis de moderada a avanzada, es la etapa más avanzada de la enfermedad de la encía, la cual muestra una pérdida significativa de hueso y de tejido alrededor de los dientes. Y su tratamiento específico será determinado por el odontólogo; basándose en lo siguiente: edad, estado general de salud y su historia médica; que tan avanzada está la enfermedad, su tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias, sus expectativas para la trayectoria de la enfermedad y su opinión o preferencia. ^{35,36}

El tratamiento puede incluir cualquiera o la combinación de los siguientes: remover la placa dental, medicamentos o cirugía (Implantes dentales). La limpieza profunda puede ayudar a remover la placa dental y el tejido infectado en las primeras etapas de la enfermedad, mientras suaviza las superficies dañadas de las raíces de los dientes. ³⁶

Cuando la enfermedad está avanzada, las áreas infectadas debajo de las encías será limpiada, y los tejidos serán remoldados o reemplazados. Los tipos de cirugía incluyen; la reducción de los sacos orales, el proceso regenerativo, injerto de tejido suave y alargamiento de la corona.^{36, 37}

No se podría dejar de hablar de la periodontitis juvenil localizada (PJL) que ocurre en adolescentes y se caracteriza por la rápida pérdida del hueso alrededor de los dientes permanentes. De manera irónica, los jóvenes con esta enfermedad forman muy poca placa dental o sarro. La periodontitis juvenil generalizada es considerada, por lo general, una enfermedad de adultos jóvenes, aunque puede iniciarse cerca de la pubertad. Se caracteriza por inflamación marcada y fuerte acumulación de placa y sarro. Las bolsas se pueden formar alrededor de los dientes afectados, llenándose de infección que si no es tratada oportunamente, puede conducir a la pérdida de hueso, lo que hace que los dientes se aflojen.^{36,37}

En la actualidad la epidemiología posee un nuevo enfoque en relación con el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad periodontal y se han identificado los factores de riesgo que inciden en el desarrollo y progreso de esta. Antes se circunscribía al enfoque biológico en el estudio del individuo y el ambiente, y se le atribuía solo a las bacterias la responsabilidad de producir esta enfermedad.³⁷

La enfermedad periodontal está relacionada con múltiples factores de riesgo como: la higiene bucal, cálculo o sarro, tabaquismo, Inserción de frenillos y músculos anormal, empaquetamiento de alimentos, presencia de maloclusiones, obturaciones defectuosas, hiperestesia dentinaria, entre otros; siendo estos los más importantes.³⁸

Se conoce que existen factores etiológicos que se enmarcan como contribuyentes o predisponentes. Estos tienen mucho que ver con la personalidad, nivel de vida y nivel cultural del individuo. Por citar algunos se tiene factores biológicos como la edad del individuo y factores genéticos; condiciones socioeconómicas, factores psicológicos,

falta de contenidos de los fluoruros en las aguas potables, hábitos alimentarios inadecuados con dietas hipercariogénicas y un bajo nivel de educación sanitaria.^{33,34}

La Periodoncia moderna enfoca estos problemas bajo un prisma nuevo, el de los llamados factores de riesgo, para el inicio y progresión de la enfermedad periodontal. La higiene bucal es el factor de riesgo más importante en el origen y evolución de las periodontopatías. Cuando esta es deficiente existen acumulo de placa bacteriana la cual, al envejecer, cambia su contenido microbiano hacia formas más patógenas y al no ser eliminadas se calcifican y aparece el cálculo, que al ser duro, irritante y rugoso, retiene más placa bacteriana. La enfermedad periodontal es una consecuencia directa de la mala higiene bucal, lo que se demuestra en estudios realizados.³⁸

El término placa dental define a los depósitos blandos que se adhieren a la superficie dentaria y a otras superficies duras de la boca y forman una biopelícula. La placa dental puede ser clasificada en placa supragingival la cual se encuentra localizada por arriba del margen de la encía, y placa subgingival que se ubica por debajo del margen de la encía entre el diente y tejido del surco. Así mismo, estudios morfológicos indican que dentro de la composición de placa ubicada en una misma zona, existe diferenciación entre sus regiones. Tal es el caso de la placa subgingival en la cual se observan diferencias claras entre las regiones vinculadas con el diente y aquellas relacionadas con el tejido. Está compuesta sobre todo por microorganismos (2 X 10¹¹ bacterias en un gramo)^{38,39}

La presencia de placa dentobacteriana en las proximidades de la superficie gingival genera una serie de cambios que se producen en una secuencia de etapas:

I Etapa: Aparecen el fluido gingival y clínicamente no tiene ninguna manifestación.

II Etapa: Aparecen signos de sistema realizándose generalmente en esta etapa el diagnóstico precoz de la gingivitis llamada por Page y Schoerder lesión temprana.

III Etapa: Se aprecian cambios de color, forma, textura superficial y tendencia a hemorragia que llevan al diagnóstico de gingivitis crónica, moderada o severa.³⁹

Su prevención depende mucho de la motivación del paciente para la ejecución de comportamientos adecuados de cuidado bucal que de la aplicación de tecnología clínica. Y dentro de lo que juega un papel fundamental el cepillado dental.⁴⁰

La dieta cariogénica también juega un papel importante, dado por el alto consumo de hidratos de carbono, de los alimentos en la población es uno de los principales factores etiológicos de las caries, relacionado con el aumento de su incidencia. Esto unido a una higiene bucal deficiente, con el consiguiente acumulo de alimentos conlleva a la formación de la placa dentobacteriana, favorecida aún más por falta de conocimiento y dominio de técnicas que permiten mantener un estado de higiene oral óptimo, facilita la aparición de la enfermedad de los tejidos de sostén de los dientes en sus diferentes formas clínicas.^{15, 40, 41}

Y donde juega un papel importante el cepillado dental, que depende de la forma en que se realice de acuerdo a las características del paciente. Se han desarrollado numerosas técnicas de cepillado fundadas básicamente en el movimiento impreso al cepillo: técnicas horizontal y vertical, rotatoria, vibratoria, circular, fisiológica y de barrido:

Técnica de Bass: fue desarrollada por Bass en 1954. El cepillo se coloca 45 grados con respecto al eje mayor del diente y las cerdas se presionan ligeramente en el margen gingival y en la zona interproximal. Se mueve de atrás hacia delante con acción vibratoria por 10 a 15 segundos (10 veces) en el mismo lugar para desorganizar la placa. Para las caras vestibulares de todos los dientes y para las linguales de premolares y molares el mango debe mantenerse paralelo y horizontal al arco dentario. Para las caras linguales de los incisivos y los caninos superiores e inferiores el cepillo se sostiene verticalmente y las cerdas del extremo de la cabeza se insertan en el

espacio cervical de los dientes. Para las caras oclusales se recomiendan movimientos de barrido cortos en el sentido anteroposterior. Se recomienda en pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos por su capacidad de remover tanto la placa supragingival como la subgingival más superficial.

Técnica Horizontal: fue introducida por Kimmelman en 1966. Las cerdas del cepillo se colocan 90 grados con respecto al eje mayor del diente y el cepillo se mueve de atrás hacia delante como en el barrido. Está indicada en niños pequeños o con dificultades motrices importantes que no les permitan utilizar una técnica más compleja.

Técnica de Stillman modificada: Las cerdas se colocan 45 grados con respecto al ápice de los dientes en el margen gingival, en una posición similar a la del método rotatorio y descansa parcialmente en la encía. El cepillo se sitúa mesiodistalmente con un movimiento gradual hacia el plano oclusal. De esta manera se limpia la zona interproximal y se masajea vigorosamente el tejido gingival.

Técnicas de Charter: El cepillo se coloca 45 grados con respecto al eje mayor del diente y las cerdas, que se ubican dirigidas hacia oclusal, se fuerzan hacia el espacio interproximal con un ligero movimiento rotatorio o vibratorio de oclusal a gingival. Los lados de las cerdas entran en contacto con el margen de la encía y producen un masaje que se repite en cada diente. Las superficies oclusales se limpian con un ligero movimiento rotatorio que fuerza las cerdas hacia los surcos o fisuras. En la cara lingual de los dientes anteriores el cepillo se coloca en posición vertical y sólo trabajan las cerdas de las puntas.⁴²

No solo influye la forma en que se realice el cepillado dental también influye la frecuencia que debe ser después de las comidas y antes de acostarse, el más importante; la duración que para cubrir los cuatro cuadrantes se necesitan aproximadamente tres minutos y no menos importante el inicio, cuando se comienzan a cepillar los dientes, deben comenzar a higienizarse desde que brotan, primero los

padres o familiares y después los niños y niñas asesorados por ellos durante toda la vida.¹²

En Cuba la más utilizada es la Stillman modificada por los beneficios que le brinda a las encías y porque se ha demostrado en diferentes estudios que elimina mayor por ciento de placa dental bacteriana que otras técnicas.

El campo de acción del estomatólogo no abarca únicamente el estudio y tratamiento de los dientes, pues comprende además toda la cavidad oral, así como los maxilares, músculos, piel, vasos y nervios que dan conformación a esta cavidad. Por su extensión anatómica, la estomatología se relaciona con otras especialidades médicas como otorrinolaringología, oftalmología y neurología.^{5,6}

El término estomatología deriva del griego *estoma* que en español significa boca o cavidad oral. Así podemos definir al estomatólogo como médico de la cavidad oral o aparato estomatognático). El aparato estomatognático lo constituyen los labios, la lengua, los dientes, la encía, el paladar, la mucosa oral, el piso de la boca, las glándulas salivales, las amígdalas y la orofaringe. Puesto que la boca está situada entre el cuello, el esplenocráneo y el cráneo, el dentista debe poseer los conocimientos más imprescindibles de anatomía humana, anatomía patológica, histología, fisiología y patología de estas regiones. Una enfermedad bucal puede afectar también el cuello y la cara, e incluso el cráneo propiamente dicho.^{4,5}

Estomatología (más comúnmente conocida como Odontología) es la especialidad médica encargada de prevenir, diagnosticar y dar tratamiento —médico o quirúrgico— a las enfermedades, traumatismos, lesiones o defectos congénitos —o adquiridos—, que afectan al aparato estomatognático, en el aspecto estético y funcional.⁴

Las urgencias estomatológicas son todos aquellos procesos dolorosos, infecciosos, traumáticos o hemorrágicos por causas traumáticas como consecuencia de malas

praxis odontológicas, que afecten la cavidad bucal y tejidos circundantes con los signos y síntomas que cada uno de ellos ocasionan.^{2, 7, 39}

Las urgencias periodontales se desglosan en: cuadros clínicos agudos (Gingivitis ulcero-necrotizante aguda, Gingivo-estomatitis herpética aguda, Estomatitis aftosa recurrente, Abscesos gingivales y Periodontales), Gingivorragias profusas, lesiones traumáticas de periodonto, complicaciones postoperatorias de la cirugía periodontal e hiperestesia dentinal, una de las más frecuentes. De esta última existen tres teorías que tratan de explicar su mecanismo de acción, estas son:^{39,40}

La teoría Neural que atribuye la activación de las fibras nerviosas dentarias, a una primera excitación de aquellas que terminan en el interior de la dentina. La señal nerviosa es conducida a las fibras aferentes de la pulpa, posteriormente a las ramas nerviosas dentarias y finalmente al cerebro. Las fibras nerviosas que inervan la pulpa solamente penetran entre 150 – 200 micras dentro de la dentina, por ello no está claro si los nervios dentinarios median en la hiperestesia dentinaria.^{40, 41}

La teoría de la transducción odontoblástica propone que los estímulos inicialmente excitan los odontoblastos. La membrana de esta célula puede estar en íntimo contacto con la de las terminaciones nerviosas situadas en la pulpa o en los túbulos dentinarios, es el odontoblasto el que trasmite la excitación a las terminaciones nerviosas. Esta teoría ha sido cuestionada en estudios experimentales, electrofisiológicos e histológicos combinados en los que no se ha demostrado que excitan complejos sinápticos entre los nervios pulpares y los odontoblastos.^{40, 41}

Y la teoría hidrodinámica que es la de mayor aceptación en la actualidad, donde estímulos provocadores como ráfaga de aire frío, azúcares hipertónicos y otros mueven el líquido presente en el túbulo dentinario, la prolongación nerviosa de tipo A penetra en el canalículo en sus inmediaciones y la fibra o proceso odontoblástico penetra hasta un tercio de la longitud del canalículo, de manera que cuando uno de los estímulos antes

citados promueve el movimiento del líquido, al aparecer ello provoca la liberación de PGE2 y el óxido nítrico en el líquido del túbulo, ello excita la terminación nerviosa que penetra en el canalículo y aparece el dolor.^{40,41}

El inconveniente que más frecuentemente se plantea en el blanqueamiento de dientes vitales es la hiperestesia dentinaria, tanto en el tratamiento domiciliario como en el realizado en la consulta dental; en muy pocas ocasiones, puede llegar a ser motivo de suspensión del tratamiento blanqueador.

Según la teoría de Brännström, esta hiperestesia vendría provocada por diferentes estímulos de carácter externo (como los osmóticos; los de naturaleza química; los de tipo mecánico; y los térmicos), que originarían un aumento de la presión de fluidos en los túbulos dentinarios, lo que provoca la hiperestimulación de las terminaciones sensitivas pulpares, lo que se traduce en dolor.⁴¹

El tratamiento actual se basa en la teoría hidrodinámica y se reportan resultados alentadores con el láser combinado con el flúor o propóleos y la utilización de los adhesivos tisulares.⁴¹

El dolor se puede presentar como una sensación dolorosa a los estímulos sensitivos. Dolor punzante, tolerable por el paciente y de poca carga funcional, se localiza con precisión, la sensación dolorosa termina rápidamente al cesar el estímulo y no hay antecedentes de dolor espontáneo.⁴¹

Al examen clínico se puede observar; recesión periodontal con dentina cervical expuesta, lesiones cervicales de abrasión, erosión y atrición con dentina expuesta, secuela de trauma, cúspides agrietadas, complicaciones de la cirugía periodontal, como consecuencia de un raspado y alisado radicular; disfunción oclusal y bruxismo. La prueba de transiluminación, eléctrica y térmica son positivas; la percusión es negativa y los Rx sólo son útiles para detectar caries proximales si existen.^{40 - 42}

Diversos agentes se utilizan como parte del tratamiento y según el modo de acción los resultados son; reducir la solubilidad del calcio, ocluir los túbulos dentinarios y estabilizar la membrana celular para reducir los potenciales de acción que desencadenan la respuesta de dolor. ^{40,41}

La Tendencia actual en el tratamiento de la hiperestesia dentinaria plantea la obturación mecánica de los túbulos mediante selladores dentinarios (Lacas o barnices y adhesivos dentinarios). Se han utilizado diferentes desensibilizantes como fenoles, sales de estroncio, nitrato de plata, formaldehído, oxalato de potasio, flúor en diferentes formas y concentraciones, barniz copal, hidróxido de calcio, propóleos, láser de baja potencia y se reporta en la literatura la utilización de los cianoacrilatos. ^{40 - 43}

En segundo lugar estimular la formación de dentina reparativa para obliterar los túbulos con láserterapia o la combinación de ambas, láser con flúor. Las aplicaciones se realizan diariamente o en días alternos de 3-5 sesiones, según la sintomatología del paciente. Se le indica al paciente no ingerir alimentos hasta pasadas 2 horas, no cepillar la zona tratada hasta las 12 horas. Las principales sustancias antisensibilidad dentinaria que se utilizan son el nitrato de potasio, flúor, cloruro de estroncio, cloruro potasio, citrato sódico bibásico, oxalato férrico, lactato de Aluminio ^(40,44)

Otra de las urgencias es la estomatitis aftosa recurrente o recidivante, también llamada aftosis oral o simplemente "aftas" es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por aparición de brotes de lesiones aftosas en la mucosa bucal. Clínicamente se presenta como lesiones únicas o múltiples casi siempre pequeñas (menores de 0,5 cm.), poco profundas, erosivas, dolorosas, de aparición súbita, inicialmente necróticas y de carácter recidivante. Las lesiones pueden persistir por días o semanas, curan sin cicatrización ni evidencia de su existencia previa y la recurrencia ocurre después de períodos de remisión de variable duración. ^{14, 41,42}

Las localizaciones más habituales son la mucosa oral no queratinizada como la mucosa labial, fondo del vestíbulo, suelo de boca, punta y bordes laterales de la lengua; y son mucho más raras encontrarla en mucosa queratinizada como encías, dorso lingual o paladar duro. Incluyen factores hormonales, genéticos, situaciones de estrés, infecciones, inmunológicas y también se ha relacionado con el cese del tabaquismo. La estomatitis aftosa recurrente puede presentarse clínicamente de forma diversa. Las úlceras pueden ser únicas o múltiples y pueden ser de pequeño tamaño (*aftosis menor*), de gran tamaño (*aftosis mayor*) o de distribución herpetiforme, presentando todas ellas el carácter recurrente. La estomatitis aftosa recidivante se clasifica también en simple o compleja en relación con su presentación clínica.^{14, 43}

Existen varias clasificaciones, pero una de las más utilizadas es la de Scully y Poster que las clasifica de acuerdo al tamaño de la lesión en aftas menores cuando su diámetro es menor a cinco milímetros, las cuales por lo general curan entre diez y catorce días sin dejar cicatriz; aftas mayores, que son lesiones ovaladas y ocasionalmente nodulares entre uno y tres centímetros de diámetro, y que duran varias semanas y pueden dejar cicatriz y aftas herpetiformes que son muy pequeñas, de dos a tres milímetros y pueden aparecer en forma de racimo, esta forma es la menos frecuente de los tres tipos y son más comunes en mujeres de edades avanzadas.⁴⁴

El carácter multifactorial de la estomatitis aftosa recurrente (EAR) ha determinado que se consideren varios factores de riesgo como predisponentes o desencadenantes de la enfermedad, entre los que se encuentran virus de la familia herpes virus como el Epstein Bar y el citomegalovirus, factores genéticos, infecciosos-bacterianos, alteraciones inmunológicas, autoinmunes, gastrointestinales y psicósomáticas, traumas, enfermedades endocrinas como variación en los niveles de estrógeno y progesterona, síndromes alérgicos, trastornos hemáticos y nutricionales como el déficit

de hierro, ácido fólico y vitaminas B₂, B₆ y B₁₂, así como el hábito de fumar, aunque esta última opinión no es compartida por muchos autores.^{15, 44, 45}

La gingivoestomatitis herpética aguda (GEHA) es una enfermedad que se caracteriza por la inflamación de las encías, la mucosa y múltiples úlceras bucales. Esta inflamación se presenta por infecciones virales, particularmente virus que causan enfermedades comunes en la niñez, tales como el herpes virus, herpes labial y los virus Coxsackie (enfermedad mano-pie-boca y herpangina).^{44, 45}

Clínicamente se presenta como una lesión difusa, eritematosa, brillante en la encía y mucosa bucal, con formación de vesículas que se rompen a las veinticuatro horas, dando lugar a la formación de úlceras dolorosas. Puede aparecer sin la formación de vesículas evidentes, como una coloración eritematosa, brillante y difusa de la encía y mucosas adyacentes con agrandamiento de la misma y tendencia al sangramiento. Entre los signos y síntomas se evidencian dolor intenso y difuso de la cavidad bucal, dificultad para la ingestión de alimentos, irritabilidad, aumento de la temperatura y toma ganglionar.^{13, 14, 15}

Estos virus causan úlceras superficiales, con una base grisácea o amarillenta y un borde ligeramente rojo en los tejidos de las encías (gíngiva) o el revestimiento interno de las mejillas (mucosa bucal). La enfermedad aparece con mayor frecuencia en lactantes y niños menores de 6 años pero también puede verse en adolescentes y adultos. Se plantea que el 70% de los casos de esta enfermedad aparecen en pacientes con menos de 3 años y con igual frecuencia en ambos sexos. Otros autores reportan que están afectadas principalmente las mujeres.⁴⁵

La enfermedad primaria en la mayoría de las personas es médicamente imperceptible, pero va acompañada de la producción de anticuerpos y conlleva al estado de portador.

La gingivitis ulcero necrotizante aguda (GUNA) es una patología inflamatoria destructiva gingival definida como una infección oportunista fuso-espiroquetal. Se

manifiesta de forma marcadamente dolorosa, progresiva, caracterizada por lesiones crateriformes de las papilas interdentarias cubiertas de un esfacelo pseudo membranoso y circunscripto por un eritema lineal. Los rasgos adicionales son aliento fétido, mayor salivación y hemorragia gingival espontánea.⁴⁶

También conocida como la enfermedad de las trincheras (infección de Vincent, gingivitis ulcerosa necrosante aguda) es una infección dolorosa, no contagiosa, de las encías que causa dolor, fiebre y cansancio.⁴⁵

El término proviene de la Primera Guerra Mundial, cuando muchos soldados en las trincheras contraían la infección. La escasa higiene bucal suele contribuir al desarrollo de la infección, lo mismo que el estrés físico o emocional, una dieta escasa o debida a que se duerme poco. La infección se presenta muy a menudo en personas con gingivitis simples, enfrentadas a un problema que les produce tensión nerviosa como, por ejemplo, los exámenes de estudios o el cambio de trabajo. Este proceso es más frecuente en los fumadores que en los no fumadores.⁴⁷

Por lo general, la enfermedad comienza repentinamente con dolor en las encías, una sensación de malestar y cansancio general. También provoca halitosis (mal aliento). Los extremos de las encías entre los dientes se erosionan y se cubren de una capa gris de tejido muerto. Las encías sangran con facilidad y duelen al comer y tragar. A menudo, los ganglios linfáticos del cuello debajo de la mandíbula se inflaman y aparece algo de fiebre. Las características más frecuentes de los pacientes aquejados de esta enfermedad son el exceso de trabajo sin descanso y tensión nerviosa entre otras². La mayoría de los casos se presenta en adolescentes y adultos jóvenes, especialmente entre 15 y 30 años, aunque puede aparecer a cualquier edad. Es rara a partir de los 50 años.^{8,9, 45}

Durante mucho tiempo se consideró que la enfermedad no se presentaba en niños, a excepción del síndrome de Down. Hoy día se sabe que puede presentarse en infantes

mal nutridos e inmunodeprimidos. No se reportan diferencias en cuanto al sexo y hasta el momento se señala que la enfermedad no es transmisible, ya que la transferencia experimental de microorganismos de lesiones activas de un individuo a otro no inicia la enfermedad, aunque los tejidos gingivales se hayan traumatizado con anterioridad. Entre los factores predisponentes relacionados con el huésped encontramos: el estrés emocional, inmunodepresión, mala higiene bucal, tabaquismo, ingestión de alcohol, malnutrición, predisposición genética, enfermedades endocrino-metabólicas, SIDA, cáncer y grupos sociales con bajos recursos económicos. ^{9, 43 - 47}

En el absceso periodontal la encía se presenta como una elevación redondeada u ovoide de aspecto edematoso, correspondiente a la superficie lateral de la raíz. La forma y consistencia varían, en algunos casos presentan forma de cúpula y es relativamente firme, en otros casos su forma es puntiaguda y la consistencia blanda. Por lo general una suave presión digital sobre la lesión provoca la salida del pus por la luz de la bolsa. Este absceso suele ir acompañado de dolor a la palpación, y a la percusión, pulsátil, irradiado y movilidad dentaria. Puede acompañarse de malestar general, fiebre, leucocitosis y adenomegalia.

Según su localización, los abscesos periodontales se catalogan como; absceso en los tejidos periodontales de soporte a lo largo del aspecto lateral de la raíz. En dicho estado hay por lo general una fístula en el hueso, que se extiende en sentido lateral desde el absceso hasta la superficie exterior. Absceso en la pared de tejido blando de una bolsa periodontal profunda. ^{12, 47, 48}

El absceso gingival es una lesión localizada, dolorosa, rápidamente expansiva que afecta al margen gingival o a la papila interdental. Suele ser una respuesta inflamatoria aguda de la encía a un cuerpo extraño introducido en la encía. Es de aparición rápida, se presenta como un aumento de volumen localizado en la papila o la encía marginal, de forma redondeada u ovoide de superficie tensa y lisa y color rojo brillante. La lesión

es dolorosa y los dientes vecinos pueden tener sensibilidad a la percusión. De no recibir tratamiento la lesión entre las 24 y 48 horas se hace fluctuante y puntiaguda, pudiendo aparecer un orificio en la superficie por donde drena el exudado purulento. Generalmente no se producen alteraciones sistémicas.^{12, 39}

Los factores de riesgo se constituyen en la contingencia o proximidad de un daño, son atributos o características detectables en el individuo o la comunidad que, de estar presentes, hacen que aumente la probabilidad de padecer determinada enfermedad. Se traducen en características heredadas o adquiridas, una exposición ambiental o una conducta o estilo de vida personal que se asocia a una condición de salud en particular sobre la base de evidencia epidemiológica, es decir, abarca tanto a los agentes etiológicos como a los marcadores de progresión de la enfermedad, estos pueden ser biológicos, medioambientales, físicos y sociales (estrés emocional, higiene bucal, micro-organismos, Inserción anormal de frenillos y músculos, empaquetamiento de alimentos, presencia de maloclusiones, obturaciones defectuosas y hiperestesia dentinaria entre otras.^{23,24, 48}

El conocimiento de estos factores de riesgo nos permite identificar a individuos de alto o bajo riesgo de manera de poder prevenir y controlar las enfermedades; por lo que se clasifican en:

Factores locales: Comprende todas aquellas causas que pueden actuar como espina irritativa. En primer lugar, los dientes fracturados o abrasionados con bordes afilados y cortantes que provocan un trauma o ulceración, sobre la que sigue actuando la causa desencadenante, sino se elimina. También se contempla en este apartado el mordisqueo habitual de labios y mucosas. Dentro de estos se tienen en cuenta el estado de la higiene bucal, las obturaciones defectuosas, el sangramiento gingival, las malposiciones dentarias, los puntos de contactos deficientes, el empaquetamiento de

alimentos, el número de dientes presentes, las bolsas periodontales, el hábito de fumar, etc.⁴⁹

Otro factor decisivo es la irritación sobre la mucosa provocada por prótesis desajustadas, fracturadas, así como la utilización de ciertos aditamentos que se emplean como ventosas o cámaras de succión para ampliar el área de sustentación de la prótesis.⁴⁹

Factores generales: las insuficiencias vasculares favorecen la aparición de la úlcera traumática. La influencia de la diabetes y las alteraciones circulatorias son muy importantes en el origen de este proceso.^{33,37}

También se clasifican por su origen en biológicos: ejemplo; el grupo de edad a que pertenece el individuo puede presentar riesgo, en este caso concreto podemos ubicar los niños, ancianos y adolescentes.

Ambientales o ecológicos: aquellos determinados por las características del medio ambiente. Los de estilos de vida o comportamiento social, relacionados con aspectos de la conducta o conductuales, hábito de fumar, alcoholismo, malos hábitos alimentarios, deficiente higiene bucal y la organización de los servicios de salud: los relacionados con la organización de salud, pobre accesibilidad, baja calidad de la atención, poca cobertura y otros.³⁷

En dependencia del tiempo de actuación y de la posibilidad de daño pueden ser permanente: aquellos que se mantienen en el tiempo; Ej. Niveles altos de colesterol sérico. Acumulativo: Es aquel que al acumularse se incrementa el riesgo y la probabilidad de daño Ej. Hábito de fumar.

Ocasional: Aquel hecho o circunstancia que aunque su presencia no sea por mucho tiempo, la intensidad y probabilidad del daño que puede producir, puede ser impredecible. Ej. Un escape de radiaciones nucleares, los efectos de las bombas de Hiroshima aún se sufren, aunque el hecho solo sucedió en una ocasión.^{33,37}

El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud y tiene numerosas aplicaciones en la predicción de acontecimientos tanto en salud como en la enfermedad. Con el estudio de los riesgos, se cuenta con un instrumento más preciso para mejorar las decisiones en cuanto a prioridades, así como las actividades de promoción y prevención y vigilancia de la salud bucal. ⁴⁹

Muchos científicos han dedicado miles de horas al estudio de los factores etiológicos que provocan la enfermedad periodontal, así como al de los mecanismos etiopatogénicos y los efectos que estos provocan en los tejidos periodontales. Se ha hablado durante todos estos años del papel de los factores locales como iniciadores de estas enfermedades, y cómo los factores sistémicos han agravado o modificado el papel de los anteriores, oponiéndose a ellos la respuesta defensiva del huésped. ^{48, 49}

Este conocimiento es útil para establecer planes de atención primaria y organizar la asistencia preventiva de un modo más eficiente, lo cual puede desarrollarse tanto en la comunidad como en instituciones de salud. Es adecuado especificar, en el mayor detalle, el tipo de daño para el cual se busca un factor o grupos de factores de riesgo.

31,38

El hábito de fumar es importante ya que el cigarro contiene sustancias potencialmente tóxicas y la nicotina es una de las que más daño puede causar tanto al organismo en general como a los tejidos bucales en particular, porque altera la respuesta del huésped. Hay mayor destrucción del periodonto en pacientes fumadores que en los que no lo son. ⁵⁰

El consumo de cigarrillos es considerado uno de los factores de riesgo modificables más importantes para la enfermedad periodontal. Actualmente, a pesar de múltiples campañas en su contra, alrededor de 11,2 billones de personas mayores de 15 años fuman en el mundo. ⁴¹

Cuba tiene el triste privilegio de hallarse entre los que muestran cifras elevadas de consumo de tabaco por la población por lo que ocupa el lugar 24 en prevalencia de fumadores a nivel mundial. ^{41,42}

En la boca este hábito provoca manchas en los dientes, caries, disminución de las sensaciones del gusto y del olfato, halitosis (mal aliento), enfermedad Periodontal, palatinitis nicotínica, leucoplasia, Cáncer de la cavidad oral, Labio leporino, etc. ⁴³

Estudios realizados en 1994 plantean que el tabaco puede alterar el equilibrio microbiológico bucal, pues se incrementa el número de bacterias anaerobias. Además por una serie de mecanismos irritativos (roce), térmicos (calor) y químicos (liberación de hidrocarburos), el tabaco lesiona las células de la mucosa bucal y ocasiona diferentes alteraciones. También se expone que los pacientes fumadores presentan mayores índices de placa y cálculo, así como gingivitis, periodontitis y alteraciones en la cicatrización. ^{50, 51}

La morbilidad por enfermedad periodontal se incrementa con el aumento a la exposición del tabaco: a mayor cantidad de cigarros diarios y al tiempo que ha practicado el hábito, más grave será la enfermedad periodontal. Estudios recientes asocian el hábito de fumar con la enfermedad periodontal, y evidencian que las personas fumadoras tienen 2,7 veces más riesgo de enfermar que las no fumadoras. ⁴⁵

Probablemente el tabaquismo actúa en el periodonto a través de mecanismos locales y sistémicos y aunque en la actualidad no todos han sido explicados se conoce que la nicotina induce a una vasoconstricción periférica en la micro circulación gingival; en consecuencia reduce el aporte de oxígeno, células y sustancias relacionadas con la respuesta inflamatoria gingival. ^{50, 51}

El humo del tabaco, a través de sus componentes de la fase de partículas (nicotina) y de la fase gaseosa (acroleína, ácido cianhídrico y crotonaldehído), así como, de otras

sustancias no identificadas produce una disminución de la inmunidad celular y humoral, y en especial en la propia actividad quimiotáctica y fagocítica de los polimorfonucleares. El humo del tabaco produce un descenso en el potencial de oxidación y reducción del ecosistema bucal, lo que favorece el crecimiento de bacterias anaerobias en la microflora bucal y en la placa bacteriana. Estas modificaciones alteraran el equilibrio normal entre los mecanismos de defensa del huésped y la capacidad destructiva de las bacterias, favoreciendo el inicio y la progresión de la destrucción periodontal. Sin embargo, no existen diferencias significativas en las bacterias periodontopatogénicas entre fumadores y no fumadores.^{46, 48}

La nicotina origina también trastornos en el metabolismo en la síntesis de colágeno, en la secreción proteica y en la reproducción de los fibroblastos, células esenciales en la respuesta al tratamiento periodontal. El consumo de tabaco incrementa, por tanto, el riesgo de recurrencia de la enfermedad periodontal.⁴⁵⁻⁴⁹

Los factores de riesgo sistémicos han sido recientemente confirmados por una serie de estudios longitudinales, dentro de los cuales la diabetes mellitus, los factores genéticos y las condiciones sistémicas asociadas con la reducción del número de función neutrófila son importantes. Otros factores como el hábito de fumar y el nivel sociocultural tienen un lugar relevante.⁵⁰

Debido a los cambios que ocurren en los vasos sanguíneos con la diabetes, los vasos sanguíneos engrosados pueden impedir la eficiencia del flujo de los nutrientes y de la remoción de los desechos de los tejidos. Este impedimento en la circulación puede debilitar las encías y los huesos, haciéndolos más susceptibles a la infección. Además si la diabetes no se controla bien, los altos niveles de glucosa en los fluidos de la boca animarán el crecimiento de la bacteria que puede causar la enfermedad de la encía.⁵⁰

La diabetes puede también causar otros problemas orales como el afta (algodoncillo) que es una infección de la boca causada por hongos, ocurre con más frecuencia en

personas que tienen diabetes debido a sus altos niveles de azúcar en la saliva (los hongos proliferan con la glucosa).

Causa por lo general sequedad de la boca que significa la boca no tiene suficiente saliva para mantenerse mojada; necesaria para ayudar a digerir la comida, para prevenir infecciones y las caries por medio del control de la bacteria y de los hongos. Y trae consigo que el probar, masticar y tragar la comida sea difícil, y puede impedir el habla. Además, la sequedad de la boca puede causar infecciones en la boca y la caries.^{50,51}

La enfermedad periodontal ha sido llamada la sexta complicación del paciente diabético. La formación de los productos terminales de la glucólisis progresiva, juega un papel central en las complicaciones diabéticas, ya que estos productos alteran la función de los componentes de la matriz extracelular y modifican la interacción matriz-matriz y célula –matriz. Esas interacciones tienen un efecto adverso sobre los tejidos especialmente sobre la integridad del colágeno y del tejido vascular.^{50,51}

Lo bueno es que usted puede ayudar a prevenir la enfermedad periodontal (de las encías) cuidándose los dientes bien todos los días y recibiendo chequeos dentales regulares. Cepílese los dientes bien tres veces al día; que remueve la película de bacterias de los dientes. Asegúrese de usar un cepillo de dientes de cerdas suaves que esté en buenas condiciones. Las pastas de dientes y los enjuagues bucales que contienen fluoruro fortalecen los dientes y previenen la caries dental.^{52, 53}

Límpiese entre los dientes todos los días; limpiar entre los dientes con hilo dental u otro limpiador interdental remueve las bacterias y las partículas de alimentos de entre los dientes, donde el cepillo de dientes no alcanza. A menudo, se le puede dar marcha atrás a la enfermedad periodontal (de las encías) temprana con el cepillado y el uso del hilo dental todos los días. Si usa limpiadores interdenciales, pregúntele a su dentista cómo usarlos para no lastimar las encías.⁵³

Siga una dieta balanceada y escoja diversos alimentos de los cinco grupos básicos de alimentos, como panes, cereales y otros productos de granos; frutas; vegetales; carne, aves y pescado; y productos lácteos como la leche, el queso y el yogurt. Limite los refrigerios entre comidas. ⁵⁴

Visite a su dentista regularmente. Es importante hacerse chequeos dentales regulares, y las limpiezas profesionales son esenciales para prevenir las enfermedades periodontales. ^{52,53}

La formación de hábitos beneficiosos para la salud bucal en los primeros años de vida, entre ellos la higiene bucal adecuada, se transforma en necesidades que luego se ejecutan con habitual regularidad. Es más fácil formar actitudes hacia la salud bucal en un niño que modificarlas en un adulto. ^{14, 22, 25}

Es importante difundir los métodos y técnicas de control de la placa dento-bacteriana a fin de que cada día más personas puedan utilizarlos cotidianamente, para preservar su salud bucal. En ese sentido, lo fundamental es educar desde la infancia para inculcar el hábito de mantener una correcta higiene bucal. No basta con temporales campañas informativas, sino de introducir en los programas de estudio de las escuelas este importante tema. Asimismo, es necesario contar con el apoyo de medios de comunicación para difundir frecuentemente este tipo de información. Junto con la enseñanza del uso correcto de estas técnicas y métodos debe inculcarse igualmente la necesidad de realizar una visita al estomatólogo cada seis meses. ^{25,31, 51, 53}

OBJETIVOS:

❖ GENERAL:

Describir las enfermedades periodontales que ocasionaron urgencias estomatológicas en pacientes mayores de 15 años atendidos en el Complejo Odontológico 24 de Julio. Municipio Independencia. Estado Yaracuy. En el período comprendido de Enero a Diciembre del 2008.

❖ ESPECÍFICOS:

1- Caracterizar a la población estudiada según variables socio – demográficas seleccionadas.

2- Identificar los factores de riesgo de la enfermedad periodontal presentes en esta población.

3- Identificar las enfermedades periodontales que constituyeron urgencias en la población estudiada.

DISEÑO MÉTODOLÓGICO:

Se realizó una investigación descriptiva observacional transversal, para describir las enfermedades periodontales que ocasionaron urgencias estomatológicas en pacientes mayores de 15 años atendidos en el Complejo Odontológico 24 de Julio. Municipio Independencia. Estado Yaracuy, en el período comprendido de Enero a Diciembre del 2008.

El universo de trabajo estuvo constituido por 223 pacientes, que acudieron a consulta diagnosticados con enfermedades periodontales que constituyeron urgencias estomatológicas y que dieron su consentimiento para participar en la investigación, en el período de tiempo antes señalado.

Operacionalización de las variables:

Objetivo No. 1:

Para caracterizar a la población que presentó enfermedad periodontal como urgencia estomatológica se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

Edad: Para su mejor estudio, según los criterios señalados por La OMS para realizar el análisis de la situación de salud en Estomatología.^{9,14} se agrupan de la siguiente forma:

De 15 a 18 años

De 19 a 34 años

De 35 a 59 años

De 60 y más años

- **Sexo:**

Masculino

Femenino

- **Nivel de instrucción:** Según Sistema Educativo Venezolano (Artículo 16 de la Ley Orgánica de Educación)⁵⁴

1. Ilustrados o sin nivel
2. Educación Básica no terminada
3. Educación Básica terminada
4. Educación media y diversificada (Al culminar poseen título de Bachiller)
5. Técnico Superior
6. Educación Superior (Universitario)

• Ocupación:

Jubilado: Todo aquel que se encontrara acogido al retiro laboral.

Ama de casa: Mujeres dedicadas a las labores del hogar.

Estudiante: Todas personas que tuviera vínculos estudiantiles.

Trabajador: Toda persona que tuviera vínculo laboral

Desocupado: Toda persona con edad laboral que no estudia ni trabaja.

Objetivo # 2:

Para identificar los factores de riesgo de la enfermedad periodontal presentes en esta población se tuvo en cuenta: ⁸

Higiene bucal: Es el factor de riesgo más importante en el origen y evolución de las periodontopatías. Se identificó mediante el índice de LOVE, la forma y frecuencia del cepillado dental.

El índice de LOVE, se calculó de la siguiente forma:

$$\text{Índice de Love} = \frac{\text{caras dentales coloreadas}}{\text{caras dentales examinadas}} \times 100$$

- Se consideró higiene bucal aceptable o buena cuando el resultado del índice fue igual o menor del 20%.
- Se consideró higiene bucal deficiente o mala cuando el resultado del índice fue mayor del 20%.

Para teñir las caras de los dientes se utilizaron las tabletas de plac- dent, traídas de Cuba para realizar la investigación. Colorante de placa bacteriana, gracias a la cual resulta mucho más fácil detectar con precisión las zonas donde existen mayores depósitos de placa bacteriana y en las cuales debe acentuarse más la técnica de cepillado a fin de prevenir la formación de sarro.

El cepillado dentogingival se consideró:

- Correcto: Cuando se realizó de forma vertical peinando la encía por todas las caras de los dientes, 10 veces por cuadrante y una frecuencia de tres a cuatro veces al día.
- Incorrecto: Cuando se realizó de forma horizontal, menos de 10 veces por cuadrante y la frecuencia sea menos de tres veces al día.

Cálculo o sarro: Es una masa adherente calcificada que se forma en la superficie de la dentición natural y en las prótesis dentales. Casi siempre consta de placa dental mineralizada se puede clasificar en supragingival y subgingival. El calculo supragingival es de consistencia dura, tipo arcilla, ocurre con mayor frecuencia y en mayores cantidades en las superficies dentales cercanas a los conductos de las glándulas salivales mayores; el subgingival se encuentra por debajo de la cresta de la encía marginal, por lo regular es denso, de color pardo oscuro o negro de consistencia sólida

Tabaquismo: El hábito de fumar es un importante factor de riesgo. Se consideró hábito de fumar cuando el paciente fumaba de forma habitual al menos un cigarrillo diario o un tabaco diario

Maloclusion: Dientes mal alineados, fuera de posición, volteados o situados en cualquier posición que no es normal. Fue considerado como apiñamiento dentario cuando se presentó al menos un diente superior o inferior fuera del arco dentario, con

pérdida de su relación de contacto normal debido a falta de espacio en el maxilar o en la mandíbula.

Enfermedades sistémicas: Se tuvo en cuenta el padecimiento de la diabetes mellitus, enfermedad que modifica la reacción inflamatoria del periodonto e influye en su avance ante los irritantes locales

Obturaciones defectuosas: Toda obturación que no cumplió con los requisitos de continuidad y relación de contacto establecidos. Se valoró su presencia o no.

Empaquetamiento de alimentos: Se valoró su presencia o no y lo expresado por el paciente.

Objetivo # 3

Para identificar las enfermedades periodontales que constituyeron urgencias en la población objeto de estudio se analizó de la siguiente forma:

GINGIVORRAGIAS PROFUSAS: Es la extravasación de sangre en forma continua o intensamente proviene de los tejidos periodontales. Se puede presentar en pacientes que no han recibido tratamiento periodontal previo o en los que han sido consecuentemente intervenido quirúrgicamente en cirugía periodontal.

GUNA (Gingivitis Ulcero Necrotizante Aguda) enfermedad inflamatoria, dolorosa y destructiva que puede afectar tanto la encía marginal como la papilar y con menor frecuencia, la encía adherida. Suele encontrarse en bocas sanas o sobre añadido a una enfermedad gingival o periodontal, aparece en un diente, o un grupo de ellos, puede abarcar toda la boca y presentarse en individuos, con buena o deficiente higiene bucal. Es raro en desdentados.

GEHA (Gingivitis Eritematosa Herpética Aguda) se presenta como lesión difusa y eritematosa brillante de la encía y mucosa adyacente, dolorosa con formación de vesículas que se rompen y dejan úlceras dolorosas, con una duración de 7 a 10 días;

aparece generalmente en niños después de algún cuadro febril y es contagiosa. Causada por el virus herpes simple tipo II que se adquiere en la primera infancia. La enfermedad se encuentra aunque con menos frecuencia en adolescentes y adultos

AFTAS BUCALES: lesiones en la mucosa bucal que Clínicamente se presenta como lesiones únicas o múltiples casi siempre pequeñas (menores de 0,5 cm.), poco profundas, erosivas, dolorosas, de aparición súbita, inicialmente necróticas y de carácter recidivante; pueden persistir por días o semanas, curan sin cicatrización ni evidencia de su existencia previa y la recurrencia ocurre después de períodos de remisión de variable duración.

ABSCESO PERIODONTAL: Es un proceso inflamatorio agudo purulento asociado a la susceptibilidad del individuo, localizado en la pared blanda de la bolsa periodontal; constituye la complicación mas frecuente de la enfermedad periodontal. La encía se presenta como una elevación redondeada u ovoide de aspecto edematoso, correspondiente a la superficie lateral de la raíz. La forma y consistencia varían, en algunos casos presentan forma de cúpula y es relativamente firme

ABSCESO GINGIVAL: Es una inflamación purulenta localizada en la encía que puede presentarse tanto en individuos sanos como afectados por la enfermedad periodontal; de aparición rápida, se presenta como un aumento de volumen localizado en la papila o la encía marginal, de forma redondeada u ovoide de superficie tensa, lisa y color rojo brillante.

HIPERESTESIA DENTINARIA: Respuesta exagerada frente a los estímulos sensitivos, táctiles, térmicos, químicos u homeostáticos que afectan a la dentina expuesta con túbulos abiertos y permeables. Se presenta como una sensación dolorosa de intensidad variable, que puede llegar a convertirse en una molestia constante y puede desencadenar un proceso inflamatorio pulpar.

❖ **TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS:**

• **De obtención de la información:**

La información fue obtenida por el estomatólogo cubano durante la atención a los pacientes que acudieron al Complejo odontológico 24 de Julio. Municipio Independencia. Estado de Yaracuy en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2008, a través de un cuestionario y la Historia Clínica Individual (Ver Anexos)

Para la investigación se realizó el examen bucal minucioso a cada paciente en el sillón dental con buena iluminación e instrumental de diagnóstico, lo cual permitió la realización de la entrevista y confección de la historia clínica individual por el investigador (anexo 2 y 3) lo que permitió dar salida a los objetivos propuestos.

• **De procesamiento y análisis de la información:**

Una vez realizada la entrevista a cada uno de los pacientes, se procedió a contabilizar los resultados obtenidos de cada una de las variables, se utilizó para ello una base de datos confeccionada en el sistema de Microsoft Excel, en la cual se efectuaron las operaciones de suma correspondiente para la confección de los cuadros, los cuales fueron sometidos al análisis estadístico a través del método porcentual.

• **De síntesis y discusión de la información:**

Cada dato fue ordenado según su incidencia y discutido acorde a los criterios implícitos de la autora y la tutora, según la bibliografía disponible.

❖ **ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN:**

Para desarrollar la presente investigación se realizó una entrevista, en la cual cada uno de los pacientes de la investigación, fue valorado y concertado para su participación voluntaria. Se le explicó a los mismos y a sus familiares la ausencia de riesgos con los procedimientos éticos a realizar y el carácter confidencial de cualquier información obtenida durante el proceso de recopilación y procesamiento de los datos del paciente (secreto profesional).

Análisis y discusión de los resultados

TABLA 1: Pacientes con enfermedad periodontal según grupos de edades y sexo.

GRUPOS DE EDADES	SEXO				TOTAL	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
De 15 a 18 años	12	60	8	40	20	8,96
De 19 a 34 años	24	54,54	20	45,45	44	19,73
De 35 a 59 años	56	49,12	58	50,87	114	51,12
De 60 y más años	13	28,88	32	71,11	45	20,18
Total	105	47,08	118	52,91	223	100

Fuente: Historia Clínica individual

En la **tabla 1** se puede apreciar que predominó el sexo masculino con 118 pacientes lo que representa el 52,91% de los 223 pacientes estudiados y 105 al femenino lo que representó el 47,08 %. También se observó que el mayor número de pacientes estuvo representado en el grupo de 35 a 59 años con un 51,12%; seguido del de 60 y más años.

Estos resultados discrepan con los obtenidos por el Dr. Jiménez Cuba ⁵⁵, quien en su estudio encontró que las más afectadas por la enfermedad periodontal eran las del sexo femenino con un 58%.

Sin embargo coinciden con los resultados del Dr. Carrillo M J y colaboradores ⁵⁶ en su estudio epidemiológico del año 2003 cuyos resultados fueron de 34,9% de afectación para las mujeres y 65,1% para los hombres. También son similares a los obtenidos por autores como; Tortolini P; Enrique Ríos y Pérez Fariña en sus estudios sobre la

hipersensibilidad dentinaria y la salud bucal del geronte donde predominó el sexo masculino.^{57, 87, 59}

Estudios realizados en la universidad del Nordeste, en estados Unidos plantean que las enfermedades bucales son tan frecuentes en las mujeres como en los hombres, pero que las mujeres asisten con mayor frecuencia a los consultorios odontológicos para su atención por motivos estéticos.⁵⁹

Estudios como el de la Dra. Olivera García y colaboradores, Enfermedad periodontal e Higiene bucal en escolares; encontraron un discreto predominio por el sexo masculino, o sea que la diferencia no fue significativa.⁶⁰

En cuanto a la edad estos resultados coinciden con los de Ramfford quien plantea existe un incremento casi lineal de la enfermedad periodontal al aumentar la edad.³⁵

Diferentes autores en sus investigaciones han demostrado que las periodontopatías comienzan a aparecer alrededor de los 20 años, aumentan con la edad por el efecto acumulado de destrucción parodontal; y gran parte de la población está afectada por alguna forma de periodontitis ligera o moderada y el menor porcentaje presenta formas más severas.^{57, 59, 60}

Según la encuesta Nacional realizada en Cuba, en 1998; de un total de 1,197 encuestados el sexo mas afectado fue el femenino (52,6%), y en todas las edades las maloclusiones ligeras fueron de mayor porcentaje que las moderadas y severas. Lo que coincide con los resultados obtenidos en este estudio.⁵⁸

Además es significativo destacar que se atribuye este resultado no solo a la edad de por sí, sino al efecto acumulado de la destrucción periodontal es por eso que nadie escapa a los estragos en su salud bucal.

Espinosa Brito⁶¹ en su estudio Aspectos demográficos y epidemiológicos del envejecimiento, plantea que los procesos atróficos y distróficos aumentan con la edad.

La retracción gingival es un proceso atrófico o distrófico que estuvo presente en este

estudio y aumentó con la edad, estos resultados son similares a los obtenidos por los autores anteriormente mencionados.

En cuanto a la edad, coinciden con la Dra. Paz Latorge que encontró alta prevalencia de las periodontopatías en las personas mayores de 35 años.⁶² Y con Carrillo M J y colaboradores en su estudio epidemiológico del año 2003 donde el 34,9% de afectados fueron mujeres y 65,1% hombres.⁵⁶

En EE.UU. el 73 % de la población de 18 a 79 años están afectados por enfermedad periodontal, estudios más recientes refieren que al menos el 35 % de los adultos mayores de 30 años tienen periodontitis con un 21,8 % en su forma ligera y un 12,6 en su forma moderada y severa; en este país los negros y los latinos tienen una salud periodontal más deteriorada que el resto de la población. La prevalencia en América Latina está comprendida entre el 90 y el 100 %.⁵⁸

El hecho de que la incidencia de las lesiones en la cavidad bucal se incrementa con la edad, determina que los ancianos sean considerados como una población de riesgo, pues hay una exposición más prolongada de las células a los distintos agentes causales que lesionan los tejidos.

Según criterio de la autora la mujer es más cuidadosa en cuanto a la higiene bucal y visita con más frecuencia al odontólogo que el hombre; porque está sometida a diversos cambios hormonales a lo largo de su vida que deterioran su salud bucal como la menstruación, el embarazo, los anticonceptivos orales y la menopausia; por tanto cumple con las orientaciones médicas, situación que justifica en este caso el mayor porcentaje de varones afectados, además los hombres por regla general practican mayor cantidad de hábitos tóxicos y perniciosos que las mujeres, todas estas situaciones, junto a la mala higiene bucal que por lo general es mayor en el sexo masculino, hace que la pérdida dentaria en ellos sea mayor, que aparezcan patrones inadecuados de masticación, que generan cargas disparejas y de gran intensidad en los dientes

remanentes que provocan por si solos la retracción gingival y esta a su vez la hiperestesia dentinal. También vale señalar el hábito de masticar Chimó, que presentaron algunos de los pacientes estudiados y que es muy común en este país

Tabla 2: Pacientes con enfermedad periodontal según sexo y Nivel educacional.

Nivel Educativo	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Educ. Básica no terminada	3	27,27	8	72,72	11	4,93
Educ. Básica terminada	17	36,95	29	63,04	46	20,62
Educ. Media y diversificada	52	46,84	59	53,15	111	49,77
Técnico Superior	27	60	18	40	45	20,18
Educación Superior	6	60	4	40	10	4,48
Total	105	47,08	118	52,91	223	100

Fuente: Historia Clínica Individual

La **tabla 2** muestra que el nivel educacional medio fue el más representado en el estudio con 111 pacientes para un 49.77%; seguido de la educación básica terminada con 46 pacientes (20.62%) y técnico superior con 45 pacientes (20.18%). En cuanto al sexo se puede observar ligero predominó del masculino con 59 pacientes (53,15%) en el nivel medio con respecto al sexo femenino.

Los resultados se corresponden con los planteados por Carranza y Sznajder los que señalan en sus estudios que las personas con mayor nivel educacional presentaban

menor prevalencia de periodontopatías y en la presente investigación los del nivel superior tienen menor afectación que los del nivel medio.⁶³

A partir de la década del 50 se estudia la relación del nivel sociocultural con la enfermedad periodontal, y es en el año 1956 que se expresa que la gravedad de la afección aumenta en los grupos socioeconómicos más bajos y en la población rural.⁶¹ Aunque la población estudiada es urbana no se observa un alto nivel educacional.

Trabajos realizados por otros autores como por ejemplo lo planteado por la Dra. Aldereguía⁶⁴ que una baja escolaridad puede exponer al individuo a la enfermedad, mientras que la alta escolaridad lo protege de riesgos específicos para su salud, porque le permite una vida más higiénica, disciplinada y sistemática, ya que amplía los aspectos cognoscitivo de la imagen del mundo y por consiguiente de la salud y de la enfermedad, así como una mayor capacidad para saber orientarse y autorregular su comportamiento.

Son similares a los resultados obtenidos por Brown y Lôe en su estudio acerca del nivel educacional, en los afectados por periontopatías se observa que el mayor número de los enfermos perteneció al nivel medio, 142 pacientes para un 52.8% del total de los afectados, mientras que 92 persona tenían nivel primario para un 34.2% y solo presentaron el nivel superior 35 pacientes para un 13.0%.⁶⁵

El nivel de escolaridad influye en la salud de las personas ya que no tienen acceso a la información necesaria para elevar su cultura sanitaria y mantener buen estado de salud, Núñez Villavicencio; Porro F⁶⁶ en su estudio plantean la relación que existe entre el modo de vida, la psiquis y la salud, aspectos que se encuentran estrechamente relacionado y se evidencia en los resultados de esta tabla. Por ejemplo:

Según la autora, la pérdida dentaria prematura es unos de los factores de riesgo que más influyen en las cargas negativas que producen la retracción gingival y es mayor en

aquellos pacientes con menor escolaridad, ya que desconocen la importancia de los dientes en el proceso salud – enfermedad.

El desarrollo cultural de la población es un componente imprescindible en el trabajo de promoción de salud, pues constituye la posibilidad de valorar bien lo que se trata de enseñar

Estos resultados obedecen a que a medida que se eleva la educación se obtendrá mayor conducta sanitaria y a su vez índices periodontales más bajos, pues a mayor nivel educacional mayor será la preocupación del individuo por desarrollar un cepillado dental correcto según forma, frecuencia y duración del mismo.

El bajo nivel de escolaridad no determina en la aparición de una enfermedad, sin embargo si influye de forma negativa, ya que estos pacientes serán pocos receptivos ante las actividades orientadas para mantener una adecuada salud bucodental; y lo cual se encuentra también muy relacionado con el ingreso económico de la persona y sus prioridades en la vida. Aunque este estudio se aprecie un por ciento considerable de trabajadores.

El mayor número de los pacientes afectados se encontró en el nivel medio y no en el primario gracias al esfuerzo de La Revolución Bolivariana que realiza programas para mejorar el nivel educacional y cultural del pueblo a través de los cursos de superación integral para jóvenes y otros cursos emergentes, gracias a las misiones educativas como Robinson, Sucre y Rivas.

Tabla 3: Pacientes con enfermedad periodontal según sexo y Ocupación.

OCUPACIÓN	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Jubilado	1	7,69	12	92,30	13	5,83
Ama de casa	52	100	-	-	52	23,31
Estudiante	12	38,70	19	61,29	31	13,90
Trabajador	38	35,51	69	64,48	107	47,98
Desocupado	2	10	18	90	20	8,96
Total	105	47,08	118	52,91	223	100

Fuente: Historia Clínica Individual

Se muestra la distribución de la población según sexo y ocupación (**tabla 3**) donde el grupo predominante fue el de los trabajadores con 107 pacientes que representó el 47,98 %, seguido de las amas de casa con 52 (23,31 %). En cuanto al sexo se puede apreciar que predominó el sexo masculino con 69 pacientes para un 64,48%.

Estudios recientes, realizados en pacientes de 35 a 44 años y 65 a 74 años, de estratos socioeconómicos bajo y medio bajo, por Gamonal; plantean que la prevalencia de enfermedad periodontal en individuos de 35 a 44 años fue del 98,18% y del 100% en los individuos de 65 a 74 años.⁶⁷

El 23,31% de amas de casa esta justificado también por el sistema social de este país; ya que antes del actual gobierno, la educación y la salud solo estaba en manos de la clase pudiente, existencia de un gran desempleo y la total discriminación de la mujer, que todavía es muy dependiente del hombre.

Los estudiantes se encontraron en un bajo por ciento (13,90%), debido a que estas lesiones son propias de los adultos y por lo general ellos son personas muy jóvenes, lo

que no es significativo; sin embargo la presencia de estas alteraciones, habla a favor de que en este grupo de población existen factores de riesgo que desencadenaron la enfermedad en etapas muy tempranas de la vida, que si no son atendidos a tiempo desarrollarán situaciones agravantes que pueden ser de carácter irreversible.

En los jubilados se presentaron 13 casos, situación que esta justificada porque estas personas de mayor edad además presentan bajo nivel educacional y no le dan importancia a los problemas bucales, dado por su poca cultura sanitaria.

Casi la mitad de los pacientes estudiados fueron trabajadores, que son los que más están sometidos al estrés; factor que también juega un papel importante en la aparición de las enfermedades periodontales y muy relacionado con que la población estudiada está ubicada geográficamente en zona urbana. Si se relaciona el nivel socioeconómico bajo con la tensión, el estrés y los efectos que esto genera en el periodonto, se observará una tendencia al aumento de hábitos lesivos como el apretamiento dentario o bruxismo, se disminuye la respuesta inmune y aumenta el deseo de fumar; lo que se traduce en mayor daño a los tejidos periodontales.

Considera el autor que en los países capitalistas al ser la atención estomatológica privada y de alto costo se hace más difícil para los pacientes recibirla, lo que se agrava aún más si se tiene en cuenta de que a pesar de existir tecnología capaz de promover salud y prevenir enfermedades, la estomatología utiliza tecnología curativa, costosa y compleja. Cuando las personas no pueden ejercer plenamente su derecho a la salud, por el bajo ingreso monetario no les queda más opción que acudir a consulta de urgencia con la pieza dentaria en muy mal estado y la solución es la extracción. Lo que provoca males mayores al paciente como el edentulismo cuyo tratamiento es más costos que una simple restauración o exodoncia.

Tabla 4: Pacientes con enfermedad periodontal según Higiene bucal y Grupos de edades.

GRUPOS DE EDADES	HIGIENE BUCAL			
	Buena		Mala	
	No	%	No	%
De 15 a 18 años	1	5	19	95
De 19 a 34 años	18	40,91	26	59,09
De 35 a 59 años	23	20,17	91	79,82
De 60 y más años	0	0	45	100
Total	42	18,83	181	81,16

Fuente: Historia Clínica individual

Se puede observar la higiene bucal en pacientes afectados por periodontopatías según grupos de edad en la **tabla 4**. Es significativo que solo 42 pacientes presentaron higiene bucal buena para un 18,83% del total y el mayor por ciento, 181 pacientes para un 81.16 % tuvieron higiene bucal mala. El grupo de 35 a 59 años de edad los más afectados con 91 pacientes (79,82%) del total de pacientes examinados en ese grupo de edades, seguido de 45 pacientes del grupo de 60 y más años; donde el total de ese grupo de edad presentó mala higiene bucal (100 %).

Estos resultados son similares a los obtenidos por la Dra. Tamayo Ortiz ⁶⁸ donde la higiene bucal deficiente fue el factor que más afectaba a los pacientes de su estudio con presencia de periodontopatías; el 72,8% de la muestra presentó mala higiene bucal.

También coinciden con estudio realizado por el Dr. Tejeda Méndez titulado conocimientos y práctica de higiene oral del año 2006. Los resultados obedecen a que los Microorganismos de la placa dentobacteriana por su permanente presencia y

actividad metabólica en las inmediaciones de los tejidos periodontales constituyen el factor de riesgo principal, sin dejar de restar importancia al conjunto de indicadores de riesgos que predisponen a los tejidos de la acción de las bacterias.⁶⁹

Existen inadecuados hábitos de higiene bucal en la población estudiada, similares resultados encontró la Dra. Duque de Estrada en su estudio⁷⁰. Al existir una higiene bucal deficiente, hay mayor acumulo de placa dentobacteriana en las superficies de dientes y encías; este es un factor de riesgo primordial en el comienzo y avance de la enfermedad periodontal.

También coinciden con los resultados del estudio de la Dra. Paz Latorge que obtuvo un 44,67% de mala higiene bucal en la muestra estudiada; seguido de la higiene bucal regular para un 28,67%.⁶²

Estos resultados difieren de la investigación realizada por el Doctor Jiménez Cuba⁵⁵; donde el 100% de los pacientes estudiados tenían mala higiene bucal y en este estudio el 81,16 % fue el que presentó higiene bucal deficiente.

La asociación dental Americana indica que la incidencia de la mala higiene bucal y la presencia de placa dentobacteriana en los países de América, es de más del 50 % de los pacientes que acuden a consulta¹⁵, lo que coincide con este estudio.

La enfermedad periodontal es la principal causa de pérdida dentaria en los adultos, afecta a tres de cada cuatro personas en algún momento de su vida, de ahí la importancia de prevenirla porque al mantener sus dientes naturales podrá masticar con mayor comodidad y disfrutar de una mejor digestión. Tendrá una sonrisa sana, complemento natural de su imagen y podrá hablar con mayor comodidad que si llevara prótesis dentales. La correcta higiene bucal protege su salud y es parte esencial de una vida saludable y una agradable sonrisa; según opinión del autor.⁷¹

La higiene bucal es el factor de riesgo más importante en el origen y evolución de las periodontopatías. Cuando esta es deficiente existen acúmulos de placa bacteriana, la

cual, al envejecer, cambia su contenido microbiano hacia formas más patógenas y al no ser eliminadas se calcifican y forman el cálculo o sarro, que al ser duro, irritante y rugoso, retiene más placa bacteriana.

La autora opina que la enfermedad periodontal es una consecuencia directa de la mala higiene bucal, porque la placa y el sarro se acumulan en la base de los dientes, las encías se inflaman lo que hace que entre la encía y los dientes se formen bolsas que se llenan de sarro y de placa, lo cual hace que la inflamación del tejido blando atrape la placa en la bolsa; y se traduce en presencia de enzimas capaces de activar el sistema inmunológico localmente y por tanto de desencadenar un proceso inflamatorio crónico de larga evolución que contribuyen a la destrucción del periodonto y por consiguiente a la aparición de enfermedad.

La familia como primera escuela, tanto en el orden de aparición como en su carácter principal, se convierte en portadora de ideología, normas, costumbres y valores; en su seno se interioriza las primeras reglas sociales de la conducta y es portadora de un determinado modo de vida que incluye las creencias en salud ⁵.

Tabla 5: Pacientes con enfermedad periodontal según cepillado dental y grupos de edades.

GRUPOS DE EDADES	CEPILLADO DENTAL			
	Correcto		Incorrecto	
	No	%	No	%
De 15 a 18 años	1	5	19	95
De 19 a 34 años	18	40,91	26	59,09
De 35 a 59 años	23	20,17	91	79,82
De 60 y más años	0	0	45	100
Total	42	18,83	181	81,16

Fuente: Entrevista

Según cepillado dental se puede observar en la **tabla 5**, que el mayor por ciento de la muestra estudiada, 181 pacientes (81,16%) presentó una cepillado dental incorrecto. Con respecto a la edad, el mayor número de pacientes con incorrecto cepillado dental fue en el grupo de 35 a 59 años con 91 pacientes (79,82%) del total de ese grupo, seguido del grupo de 60 y más años con 100% de los pacientes.

Los resultados coinciden con los de la tabla anterior, ya que están estrechamente relacionadas ya que una adecuada higiene bucal depende de la forma, tiempo y frecuencia en que se realice el cepillado dental.

Según lo planteado por el Dr. Ríos Salía en su investigación, el cepillado vigoroso e incorrecto es una de las causas fundamentales en la aparición de la retracción gingival y como consecuencia de esta la hiperestesia dental.⁵⁸

No coinciden con lo planteado por Delgado Méndez y colaboradores⁷¹ que no encontraron en su estudio relación significativa entre la frecuencia del cepillado y la

enfermedad periodontal; y dan mayor importancia a la limpieza profesional y a los chequeos profesionales frecuentes restándole importancia a la labor preventiva y de educación para la salud que se realiza con cada paciente en la consulta, ya que ellos son el eslabón fundamental en el mantenimiento de su salud bucal. Se debe tener en cuenta que la eliminación de la placa bacteriana es el principal objetivo por las ventajas que ofrece; como reducir la cantidad de microorganismos sobre los dientes y encía, favorece la circulación sanguínea y hace que los tejidos gingivales (Encías) sean más fuertes y resistentes.

Según criterio del autor en edades, sobre todo alrededor de los 15 años, hay un ligero descuido de los hábitos de aseo. Este hecho se reconoce universalmente como una manifestación normal de la adolescencia y sin embargo, puede constituir una conducta de riesgo para el inicio y avance de la enfermedad periodontal.

Un cepillado incorrecto puede provocar retracción gingival, con la consiguiente pérdida ósea y la exposición del cemento al medio bucal; el cual es altamente susceptible a los irritantes bucales que unidos al tiempo que el sarro o tártaro esté en la superficie del diente, no solo provoca la hiperestesia dentinal sino también la aparición de la caries dental otra de las patologías bucales que más afectan a la población mundialmente

La limpieza dental profesional realizada con cierta regularidad, es importante para remover la placa que se puede formar, incluso con un cuidadoso cepillado y el uso de la seda dental; por lo que juega un papel importante en el mantenimiento de una buena higiene bucal y debe realizarse 1 ó 2 veces al año. Individuos con buenos cuidados mecánicos y chequeos profesionales frecuentes mantienen adecuada salud gingival y los niveles de inserción periodontal.

Tabla 6: Pacientes con enfermedad periodontal según factores de riesgo y grupos de edades.

Factores de Riesgo	Grupos de edades									
	De 15 a 18		De 19 a 34		De 35 a 59		De 60 y más años		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Cálculo o sarro	8	5,03	15	9,43	91	57,23	45	28,30	159	71,30
Tabaquismo	3	2,72	30	27,27	42	38,18	35	31,81	110	49,32
Maloclusiones	10	14,92	27	18,09	18	26,86	12	17,91	67	30,04
Empaquetamiento de alimentos	0	0	12	21,81	18	32,72	25	45,42	55	24,66
Obturaciones defectuosas	0	0	10	33,33	12	40	8	26,66	30	13,45
Diabetes Mellitus	0	0	0	0	9	69,23	4	3,07	13	5,83

Fuente: Historia Clínica individual

En la **tabla 6**, se relacionan los factores de riesgo estudiados según grupos de edades; observándose predominio de los afectados por cálculo o sarro en 159 pacientes (71,30%); el hábito de fumar en un 49,32 % con 110 pacientes; seguido de las maloclusiones con 67 pacientes (30,04%). Y el grupo de edad más afectado fue el de 35 a 59 años; en todos los factores de riesgo.

Estos resultados son similares a los planteados por el Dr. García Pérez ⁴⁹, en su trabajo cuya prevalencia de la enfermedad en individuos fumadores fue de 92.41%, así como por Martínez Canut ⁷², quien planteó que la prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal es mayor en los individuos fumadores frente a los no fumadores con un valor de 93%.

También en estudios realizados en Cuba por la Dra. Toledo Pimental B⁵⁰ se encontró una prevalencia de la enfermedad periodontal en individuos fumadores de un 82.5%.

En su estudio la Dra. Paz Latorge⁶² encontró un 68,67% de los fumadores en el sexo femenino y la diferencia entre fumadores y no fumadores no fue significativa; lo que no coincide con los resultados encontrados en este estudio, donde predominó más en el sexo masculino.

Tampoco coinciden con los obtenidos por Dr. Traviesas Herrera donde predominaron los no fumadores y el mayor por ciento en el grupo de edades de 15 a 19 años, tanto de los fumadores como de los no fumadores.⁷³

Autores como Puig M y Espinosa R; expresan su preocupación debido a que frecuentemente se comienza a fumar a partir de la pubertad o final de la adolescencia, lo que evidencia que mientras más temprano se comience a fumar, mayor será la cantidad de cigarrillos que fumarán y más difícil se les hará en el futuro abandonar el tabaquismo.^{45, 47} Se puede apreciar que en el estudio el hábito de fumar está presente en edades tempranas por lo que coincide con el planteamiento anterior.

El hábito de fumar es un importante factor de riesgo, ya que el cigarro contiene sustancias potencialmente tóxicas y la nicotina es una de las que más daño puede causar tanto al organismo en general como a los tejidos bucales en particular; altera la respuesta del huésped, aumenta las lesiones periodontales y retrasa la cicatrización. Además se conoce que la nicotina interviene en el mecanismo del colágeno lo que favorece la inflamación y por tanto las lesiones periodontales. Al fabricar el cigarro se agregan determinadas sustancias con el objetivo de darle bouquet, sabor; y de esas sustancias aun no se conocen sus efectos nocivos. Lo que se encuentra muy relacionado con la cantidad de cigarrillos fumados al día y el tiempo de exposición al hábito, datos que no fueron objeto de estudio en la investigación.^{44,45}

Aunque en la muestra solo se encontraron 13 pacientes con Diabetes Mellitus, la autora considera importante tener en cuenta que debido a los cambios que ocurren en los vasos sanguíneos, los cuales se engrosan e impiden la eficiencia del flujo de los nutrientes y de la remoción de los desechos de los tejidos. Este impedimento en la circulación puede debilitar las encías y los huesos, haciéndolos más susceptibles a la infección. Además, si la diabetes no se controla Adecuadamente, los altos niveles de glucosa en los fluidos de la boca animarán el crecimiento bacteriano y causará la enfermedad periodontal. Ella por sí sola no provoca gingivitis ni periodontitis, pero sí modifica la reacción inflamatoria del periodonto, así como garantiza el avance de la enfermedad periodontal ante los irritantes locales y poseen 5 veces más la probabilidad de ser edentulos que los no diabéticos.

Se conoce que en los individuos fumadores abundan las manchas extrínsecas las cuales favorecen el acumulo de placa dental bacteriana, principal predisponente para la enfermedad periodontal; los que al envejecer, cambian su contenido microbiano hacia formas más patógenas y al no ser eliminadas se calcifican y dan origen al cálculo o sarro, que al ser duro, irritante y rugoso, retiene más placa bacteriana y por ende causa mayor daño a los tejidos periodontales.

Tabla 7: Pacientes con enfermedad periodontal según factores de riesgo y Sexo.

Factores de Riesgo	SEXO					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Cálculo o sarro	36	22,64	123	77,35	159	71,30
Tabaquismo	21	19,09	89	80,90	110	49,32
Maloclusiones	43	64,18	24	35,82	67	30,04
Empaquetamiento de alimentos	29	52,72	26	47,27	55	24,66
Obturaciones defectuosas	12	40	18	60	30	13,45
Diabetes mellitus	9	69,23	4	30,76	13	5,83

Fuente: Historia Clínica individual

La **tabla 7** refleja el comportamiento de los factores de riesgo estudiados según sexo; donde puede apreciarse que el sarro o cálculo obtiene el por ciento más elevado en el sexo masculino con 123 pacientes (77,35%) de los 159 afectados; seguido del tabaquismo con 89 pacientes también del sexo masculino para un (80,90%) del total de los fumadores y en tercer lugar aparecen las maloclusiones con 43 pacientes del sexo femenino (64,18 %).

Los resultados del estudio son similares con los planteados por la Dra. Palomino, en su trabajo donde el 39.2 % de enfermos presentaron restauraciones defectuosas y 28.5 % con apiñamiento dentario.⁷⁴

En el estudio el 13, 45% de la población estudiada presentó obturaciones defectuosas, lo que no coincide con los estudios de Albandar y colaboradores⁷⁵ que encontraron relaciones significativas entre restauraciones defectuosas y gingivitis, en el que el

porcentaje de pacientes con obturaciones deficientes es superior al porcentaje de pacientes con obturaciones clasificadas de no deficientes (55,1%)

Un estudio realizado por la Dra. Caballero Pupo en otro municipio de la misma provincia, obtuvo resultados donde la presencia de placa dental bacteriana y cálculo predominó en el mayor por ciento de la población en estudio.⁷⁶

Y discrepa con los resultados obtenidos por Traviesas Herrera y Rodríguez Llanes en su estudio Tabaquismo, higiene bucal y periodontopatías inmunoinflamatorias crónicas en adultos del municipio Guanajay, donde en ambos sexos prevaleció la presencia de cálculo.⁷⁷

El desdentamiento es sin lugar a dudas uno de los grandes problemas del envejecimiento en el ser humano y su prevención constituye uno de los principales retos de la estomatología actual. Causado fundamentalmente por la caries y las enfermedades periodontales; provoca daños funcionales (se imposibilita la masticación primera etapa de la digestión) y psíquicos por afectación estética, por lo que actualmente son grandes los esfuerzos encaminados a disminuir la prevalencia y la gravedad de las caries y las periodontopatías.³⁷

La autora opina que si se analiza el comportamiento según sexo; se observa que es mayor la prevalencia en el masculino en cuanto a sarro y tabaquismo, sin embargo la maloclusión y empaquetamiento de alimentos es mayor en el sexo femenino. Lo que responde a los esquemas sociales en que el hombre posee mayor cantidad de hábitos tóxicos que las mujeres; debido al falso concepto de machismo y es más despreocupado que las mujeres en su higiene bucal. En cuanto a las maloclusiones las mujeres presentan arcos dentarios por lo general en forma de V, más estrechos y menos prominentes que el de los hombres; lo que se traduce en menos espacio en el arco dentario para la ubicación de la dentición permanente y por tanto la instalación de las mismas, estas favorecen la formación de la placa y cambios en la microbiota del

surco, sin restarle importancia al papel de las fuerzas oclusales lesivas sobre el periodonto. En el estudio estuvieron presentes las maloclusiones ligeras (apiñamiento dentario).

Las obturaciones defectuosas constituyen un área retentiva natural que provoca la acumulación de placa, el empaquetamiento de alimentos y la posterior enfermedad periodontal. Con la eliminación de este factor de riesgo se elimina la retención de bacterias en sus paredes y se previenen las periodontopatías. El sarro es la placa dentobacteriana que no ha sido removida, calcificándose por las sales minerales de la saliva, tanto la placa como el sarro provocan irritación en las encías y causan progresivamente la destrucción de los demás elementos del periodonto, hasta su destrucción total, lo que causa movilidad en los dientes y su pérdida.

Tabla 8: Pacientes según enfermedad periodontal y grupos de edades.

ENFERMEDAD	Grupos de edades									
	De 15 a 18		De 19 a 34		De 35 a 59		De 60 y más		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
GUNA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GEHA	4	100	0	0	0	0	0		4	1,79
HIPERESTESIA DENTINAL	4	2,94	23	16,91	77	56,61	32	23,53	136	60,98
AFTAS BUCALES	10	21,27	11	23,40	17	36,17	8	19,14	46	20,62
ABSCESO GINGIVAL	2	9,52	9	42,85	8	38,09	2	9,52	21	9,41
ABSCESO PERIODONTAL	0	0	1	6,25	12	75	3	18,75	16	7,17

Fuente: Historia Clínica individual

Como se puede observar en la tabla anterior (**tabla 8**) la hiperestesia dentinal fue la enfermedad de mayor por ciento, con 136 pacientes (60,98%) seguido de las aftas bucales con 46 (20,62%). Las cuales están más representadas en el grupo de 35 a 59 años, con 77 y 17 pacientes respectivamente. Esto se debe a que en este grupo de edades se encuentra el mayor número de casos estudiados.

Los grupos de edades más afectado fueron los de 35 – 59 años y 60 y más años, ya que estas patologías son características de la edad avanzada; son similares a los encontrados por; Pérez Fariñas, Núñez Villavicencio, González Sotres y López Martínez y; que a medida que aumenta la edad, aumenta esta afección periodontal. ^{59, 66, 78, 79}

Los resultados difieren de estudios realizados en Estados Unidos que señalan entre el 14 y el 30% padecen la hiperestesia dentinaria en diverso grado, como causa de dolor puede afectar a 1 de cada 6 personas en la tercera década de la vida y la frecuencia aumenta en la quinta década debido a la enfermedad periodontal. ⁸⁰ Estos resultados son similares a los obtenidos por Rogers ⁸¹ y Zain ⁸², que plantean que la prevalencia de las aftas bucales recurrentes oscila entre un 15% y un 75%.

Estudios realizados por Lewis A ⁸³ plantean que aproximadamente el 70% de la población en el mundo occidental son afectados por el virus herpes simple tipo I; son frecuentes aún entre la población saludable. Estos resultados pueden deberse a la cultura de la población, los que solicitan atención médica y no estomatológica ante la enfermedad, por lo que aparecen subregistros en el comportamiento identificado.

En la investigación solo se encontraron 4 casos de GEHA (1.79%) y coincide con Toledano Rojo y colaboradores ⁸⁴; en su investigación realizada en la comunidad Betulio González del Municipio San Francisco del Estado Zulia, donde el 28% de la población estudia presentó GEHA y se discrepa en cuanto a 12 casos de GUNA, 9 en

el sexo masculino y 3 en el femenino, comprendidos en el grupo de edad de 19 a 34 años (66.6%)

En su opinión la autora plantea que los pacientes con hiperestesia dentinal por la sensibilidad y el dolor, no realizan el cepillado dentogingival en la forma y frecuencia correcta lo que trae como consecuencia una higiene deficiente. Por otra parte, el tratamiento periodontal deja secuelas frecuentes; una de las más significativas para el paciente es la hipersensibilidad, secuela del raspado y alisado radicular que suele dejar expuestos túbulos dentinarios al medio bucal dificultando se realice una higiene bucal adecuada.

Tabla 9: Pacientes con enfermedad periodontal según sexo.

Enfermedades	SEXO					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
HIPERESTESIA DENTINAL	64	47,05	72	52,94	136	60,98
AFTAS BUCALES	19	41,30	27	58,69	46	20,62
ABSCESO GINGIVAL	13	61,90	8	38,09	21	9,41
ABSCESO PERIODONTAL	9	56,25	7	43,75	16	7,17
GEHA	0	0	4	100	4	1,79
GUNA	0	0	0	0	0	0
Total	105	47,08	118	52,91	223	100

Fuente: Historia Clínica individual

En cuanto al sexo en la **tabla 9**, se puede apreciar que el masculino estuvo más afectado que el femenino con 118 pacientes (52.68 %) por ser el más representado en el estudio. Con 72 casos de hiperestesia dentinal para un 52.94% % y 27 casos de aftas bucales para (58.69%) del total de los afectados. Aunque en el caso de la primera patología la diferencia no es muy significativa con el sexo femenino (64 casos para un 47.05%). Y el absceso gingival es mayor en el sexo femenino con 13 pacientes (61.90%)

Estos resultados coinciden con los obtenidos por el Dr. González Sotres en su estudio, donde plantea que no existió diferencias significativas de hiperestesia dentinal según el sexo, pero si con la edad, pues aumentó significativamente según aumentó la edad. ⁴⁰

En cuanto a la GEHA se encontraron 4 casos en el sexo masculino; lo que discrepa con estudio realizado por el Dr. Pérez Borrego donde estaban afectados ambos sexos por igual. ⁸⁵

El autor considera que el sexo femenino brinda más atención a su salud bucal con fines estéticos por su apariencia física, incluyendo la limpieza de la cavidad bucal con el consiguiente cuidado de dientes y encías; por lo que la enfermedad periodontal en cualquiera de sus categorías es menor con respecto al masculino. A pesar de que la mujer inicia más temprano el brote dentario y está expuesta a cambios hormonales como la menstruación que produce aumento de la actividad fibrinolítica; el embarazo que provoca transformaciones psicológicas y fisiológicas (modificaciones circulatorias, cambios hematológicos, renales, respiratorios, neurológicos y anatómicos); los anticonceptivos orales que predisponen a la trombosis intravascular y la menopausia, son estados funcionales en la mujer, que establecen condiciones biológicas que las hacen más susceptible a las enfermedades bucales por lo que brindan mayor atención a su salud bucal. ^{4, 6, 11, 86}

Se debe tener en cuenta que esta población antes de la llegada de la Misión Barrio Adentro, no había tenido una atención odontológica gratuita y los escasos recursos económicos no les permitía atenderse en clínicas privadas, además no existía educación para la salud que permitiera prevenir las enfermedades.

El conocimiento del estado de salud bucal de la población es una premisa indispensable para el desarrollo de una correcta planificación, organización y control de la atención estomatológica, ya que su evaluación periódica permite conocer los logros alcanzados en la aplicación de los programas de atención y hacer los ajustes necesarios para el cumplimiento de las metas y objetivos trazados. 2

La prevención de las enfermedades bucales es universal y el mejoramiento de la salud de la población es el principio rector de la práctica médica de un sistema de salud. 7

CONCLUSIONES:

- Predominó el sexo masculino y el grupo de edad de 35 a 59 años; el nivel educacional medio y los trabajadores seguidos de las Amas de casa.
- Los factores de riesgo que más incidieron en la población estudiada fueron la mala higiene bucal con cepillado dental incorrecto, seguido del cálculo y tabaquismo.
- La hiperestesia dentinaria y las aftas bucales fueron las urgencias periodontales más frecuentes

RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos obligan a reflexionar sobre la necesidad de trazar nuevas estrategias e implementar actividades de promoción y educación para la salud, con el objetivo de prevenir factores de riesgos y enfermedades del complejo bucal, ya que no existe un programa de prevención sistemático que abarque las instituciones educativas, sociales, ni la comunidad.

Referencias Bibliográficas

1. Colaboradores de Wikipedia. Historia de la odontología [en línea]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2009 [fecha de consulta: 1 de abril del 2009]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Historia_de_la_odontolog%C3%ADa&oldid=25271351>.
2. CARRANZA F.A., SZNAJDER N.G.: Compendio de periodoncia. 5ta ed. México: Editorial Médica Panamericana SA; 1996. pp. 15, 31-37.
3. Campaña Proenza O, Ilisástigui Ortueta ZT, Rodríguez Calzadilla A. Diagnóstico educativo y capacitación periodontal. Rev Cubana Estomatol (periódica en línea). 2002; 39(3) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_3_02/est_05302.htm
Acceso: 14 enero 2007
4. Colaboradores de Wikipedia. Estomatología [en línea]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2009 [fecha de consulta: 13 de febrero del 2009]. Disponible en: <<http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Estomatolog%C3%ADa&oldid=24058746>>.
5. Prichard JF. Conceptos cambiantes en Periodoncia. Clin. Odontol. Norteam 1998; 2: 404.
6. González CM. Enfermedad periodontal: un problema en boca de muchos. Odonto Red 2002; 4: 1-2.
7. Carillo Martínez J, Castillo González M, Hernández Rodríguez HG, Zermeño Ibarra J. Estudio epidemiológico de las enfermedades periodontales en pacientes que acuden a la facultad de estomatología de la UASLP. Rev ADM 2000; 57 (6): 206-13.
8. Genco RJ. Factores de riesgo en las enfermedades periodontales. J Periodontol 1996 (suppl): 1041 - 9.
9. Pihlstrom BL. Valoración de riesgo periodontal, diagnóstico y planificación del tratamiento. Periodontology 2001; (25):37-58.

10. Martínez Téllez JL. Factores de riesgo de la enfermedad periodontal. Universidad Santa María. Venezuela; 2006. Disponible en URL: <http://www.odontología-online.com>.
11. Organización Panamericana de la salud. Organización Panamericana de la Salud Bucal y Prácticas Odontológicas. Documento Taller sobre salud en los sistemas locales de salud en Sonore, Estado de Lara, Venezuela, del 10 al 14 de noviembre de 1991. Washington: OPS/ OMS; 1993.
12. Diccionario de Ciencias Médicas Dorland. Versión y adaptación de la XXIV ed. Inglesa Editorial, "El Ateneo". Buenos Aires. 1966.2- Fields H. Pain. Comentado en: Jaeger B. Diagnóstico diferencial y tratamiento del dolor craneofacial. En: Ingle JL, Backland LK. Endodoncia. México Mc Graw Hill 3- Interamericana, 1994:579-637.
13. Salazar C, Paz M. Factores Precipitantes en el Desarrollo de Recesión Gingival. Acta Odontológica Venezolana. Universidad Central de Venezuela. Aceptado para Publicación. 2002; 40(1).
14. Carranza F.A .Clasificación de las enfermedades periodontales en: Compendio de periodoncia. Argentina. Editorial médica panamericana. 1996, 15-19.
15. OMS Epidemiología, Etiología y prevención de las periodontopatías en: Serie informes técnicos, 1997: 3-4
16. Bascones Martínez A, Figuero Ruiz E. Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. Av Periodon Implantol. 2005; 17, 3: 147-156.
17. Silva ER. Hipersensibilidad dental. Rev Facultad de Salud Pública y Nutrición 2003; 7: 15-23.
18. Carranza F.A. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica clínica. En: Periodontología Clínica de Glickman. Ciudad Habana: Editorial pueblo y Educación, 1983: p.103

19. Pérez AOR, Cabrera MD, Santos PER. Hipótesis actuales relacionadas con la sensibilidad dentinal. Rev Cubana Estomatol 1999; 36 (3):171-5.
20. Guías Prácticas Clínicas de Enfermedades Gingivales y Periodontales. Ciudad de La Habana; 2003. Disponible en URL: http://aps.sld.cu/bvs/materiales/guías_estomatol/cap4.pdf
21. Ortiz de Guinea J. R.; y col. Periodontitis de comienzo precoz. Periodoncia 11: 119-128, 2001.
22. Katz S, MC Donad J.L, Stookey G.K. Incorporación de la prevención al ejercicio de la Odontología. En: Odontología preventiva en acción. Ciudad Habana: Editorial Científico- Técnica, 1984: p.22- 24
23. Saturno, L, 1977. Características de la oclusión de 3600 escolares en el área metropolitana de Caracas. Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. (Tesis publicada).
24. Martínez Téllez JL. Factores de Riesgo de la Enfermedad Periodontal; 2005. Disponible en URL: http://www.odontologia_online.com
25. Estany J., Santos A., Ingles E., Vallcorba N., Calsina G., Echeverría J.J. Periodoncia: Revisión bibliográfica del año 2000: Archivo de odontoestomatología, 2001; 17 (6): 415.
26. Osorio Núñez, M. Epidemiología de la enfermedad periodontal en dos policlínicas de ciudad Habana (Documento en línea) <http://www.actaodontologica.com/>(Consultada 20 de diciembre del 2006)
27. Vázquez JS, López EG, Ruiz AB, García LR, Rubio AM. Retracción gingival e hiperestesia dentinaria: causas y prevención. Rev. Cubana Estomol (seriada en línea) 2004; 41 (2). Acceso: 19 de enero 2007. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003475072004000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

28. Sosa, L; Dallamy, M; Herrera; María. "Medicina bucal y el equipo multidisciplinario de salud". Disponible en URL: <http://www.odontologia-online.com/casos/part/LST/LST13/lst13.html>.
29. Oteo J, Serrano c, Muñoz m, García-Barbero E, Sanz M. (2.000): Evaluación de la eficacia clínica de un colutorio desensibilizante en el control de la hipersensibilidad dentinaria secundaria al tratamiento quirúrgico periodontal, Artículo Original. Disponible: [http://www.google.com/hipersensibilidad dentaria](http://www.google.com/hipersensibilidad_dentaria)
30. Factores de Riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales. Revista Cubana de Estomatología 2001, 111-9.
31. Hernández Martínez C.D Llanes E Principal factor de riesgo de la enfermedad periodontal. Periodontología 2001 en: Programas resúmenes La Habana, 2001: 193.
32. Domar A. Detección y prevención de la enfermedad periodontal en individuos con diabetes. Factores de riesgo y el proceso de la enfermedad. National Oral Health Information Clearinghouse. Copyright 1999-2005. Disponible en URL: <http://www.odontologia-online.com>.
33. Zerón A. Nueva clasificación de las enfermedades periodontales. Artículo original. Rev ADM 2001;LVIII(1):16-20
34. Tratamiento de la enfermedad periodontal en adultos. Perioat; 2001. Disponible en URL: http://www.perioat.com/62728_Perioat_sp/62728_06.htm.
35. Sigurd P, Ranfjord, Mayor Mash. Etiología y diagnóstico de las enfermedades periodontales. En: Periodontología y periodoncia. La Habana: Editorial Científico – técnica, 1984: p. 89.
36. Programa Nacional de Atención Estomatología Integral a la población. Habana, Cuba, 2002.

37. Calatrova L.A. Crecimiento científico contemporáneo, escenario epidemiológico actual de las enfermedades bucales y currículo odontológico. Acta odontológica venezolana, 2002; 40 (2): 102.
38. San Z Alonso M. García Echeverría JJ. Fundamentos del control mecánico de la placa. Rev. periodoncia y osteointegración. 2003, XII (2): 143-154.
39. Sosa Rosales M, Mojaiber de la Pena A, Sardiña S. Sistema de vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral. Habana. 1999
40. González Sotres, Navajas JM: Hipersensibilidad dentaria. Parte I. Revisión de las teorías cito patogénicas. Rev. Europ Odontoestomatol, 1992,4:25-31.
41. Pérez AOR, Cabrera MD, Santos PER. Hipótesis actuales relacionadas con la sensibilidad dentinal. Rev Cubana Estomatol 1999; 36 (3):171-5.
42. Puy MC LI, Amengual JL, Forner LN. Seguridad biológica de los agentes blanqueadores dentales I (en línea). Disponible en: <http://www.blanqueamientodental.com/SEGURIDAD%20BIOLOGICA%20%20.html>. Acceso: 22 de Septiembre 2007.
43. Ceballos Salabrena A .Formas etiológicas de los procesos inflamatorios de la mucosa bucal en: Patología bacteriana y micótica de la mucosa bucal, Madrid: Jarpyo, 1996: 10-19.
44. Pacho Saavedra J A y Piñol Jiménez F N. Estomatitis aftosa recurrente: Actualización. Rev Cubana Estomatol, ene.-abr. 2005, vol.42, no.1, p.0-0. ISSN 0034-7507.
45. Puig M, Mendieta C. El tabaco: Un factor de riesgo en la enfermedad periodontal. Rev. Periodoncia 2001, 8(1) : 254.
46. Geneo R. L. Visión actual de los factores de riesgo de las enfermedades periodontales J. Periodontal.2003: 67: 1041-49.

47. Espinosa r, Espinosa B. Factores de Riesgos asociados en los fumadores. Rev. Cubana Med 2001; 40 (3): 162 – 8.
48. Efectos del Tabaco en la boca. <http://www.tabaquismo.freehosting.net/boca/odontología.htm>.2004.
49. García Pérez E.E Tabaquismo y salud periodontal [Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Periodontología] 2005 FCM, Holguín.
50. Toledo Pimentel B, González Díaz M E. Tabaquismo y enfermedad periodontal. Rev Cubana Med Milit 2002; 31(2): 94-99.
51. American Academy of Periodontology. Enfermedad Periodontal y Diabetes. Disponible en URL: <http://www.perio.org/consumer/mbc.Sp.perio.htm>
52. Treviño Tamez MA, Cantú Martínez PC, Ramos Peña EG. La *Diabetes Mellitus* y sus manifestaciones periodontales. Respyn 2004; 5 (1), Disponible en URL: <http://www.uanl.mx>.
53. Ramírez, D. “Manifestaciones bucales de la diabetes”. Disponible en URL: <http://www.endocrinologist.com>. International Association for the study of pain. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms. Pain 1986; (Suppl): 1-222.
54. República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica de Educación Gaceta Oficial 32.568 1980. (Art. 16)
55. Jiménez Cuba L. Algunos de los factores de riesgos locales y necesidad de tratamiento en la enfermedad periodontal (Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Periontología) 2002.FCM, Holguín.
56. Carrillo M J y Cols. Estudio Epidemiológico de la Enfermedad Periodontal. Rev. ADM 2003 LVII (6); 206-211.
57. Tortolini P. Sensibilidad dentaria. Rev. Odontoestomatol 2003; 19-5:

58. Ríos Salía, E. Hipersensibilidad dentinal. Rev. Salud Pública y Nutrición. Universidad Autónoma de México. Ed. Especial Nro – 7, 2003.
59. Pérez Fariña N. A., Martí Pol M., Hung Amiot R., Hung Vázquez F. C., Vicente Botta B., Estado de Salud Bucal del Geronte. [Biblioteca Virtual de la salud] < URL: [http://172.16.10.9//PUB//intranet//Articulos// Nora A. Pérez. Doc.](http://172.16.10.9//PUB//intranet//Articulos//Nora%20A.%20P%C3%A9rez.Doc) (Consulta 7 de junio del 2006).
60. Olivera García, ML; Iglesias Berlanga, IJ; Fernández Ramírez, L; López Nistaf, LM. Enfermedad Periodontal e Higiene Bucal en escolares. Rev Ciencias Médicas. La Habana: 2009; 15 (1) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_3_02/est05302.htm Acceso: 14 enero 2007.
61. Espinosa Brito A. Aspectos demográficos y epidemiológicos del envejecimiento: CD Maestría: Longevidad Satisfactoria. 2002.
62. Paz Latorge El. Estudio Transversal Consultorio 40. [Artículo on line]. Clínica Estomatológica Prov Docente "Ismael Clarck y Mascaró" Camagüey 2001 <[http://www. bus.sld. cu](http://www.bus.sld.cu) >[Consulta 20-02-2008]. Disponible en: <http://www.Monografias.com>.
63. Carranza F A, Sznajder N G. Factores que favorecen al acumulación del PDB en: Compendio de periodoncia. Argentina.Editorial Médica Panamericana.1996,21-29.
64. Aldereguía, HJ. Nancy RD. Medicina Social y Salud Pública en Cuba. La Habana. Editorial Pueblo y Educación 2000.
65. Brown, L.J y Loe, H: Prevalence, extent, severity and progresion of periodontal disease. Periodontology 2000; 57(2): 1993-2000.
66. Núñez Villavicencio; Porro F."Modo de vida, psiquis y salud". Psicología y Sociedad. La Habana: editorial ECIMED, 2001:118.
67. Gamonal, J. Prevalencia de enfermedades periodontales y de caries dental en la población de 35-44 y de 65-74 años de nivel socio-económico bajo y medio-bajo de la

provincia de Santiago, región metropolitana, y determinación de los recursos humanos necesarios para su tratamiento. Santiago, 1996. Tesis (Magister) - Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

68. Tamayo Ortiz, B. Factores de riesgo y necesidad de tratamiento del enfermo periodontal.[Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Periodontología] 2003. FCM, Holguín.

69. Tejeda Méndez K M. Conocimientos y prácticas de higiene oral. Policlínica Mario Gutierrez A. Holguín 2005-2006(Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en estomatología general integral); 2006.FCM, Holguín.

70. Duque de Estrada Riverón J, Rodríguez Calzadilla A, Cautín Marie G, Riverón Herrera F. Factores de riesgo asociado con la enfermedad periodontal en niños. Rev Cub de estomatol 2003; 40 (1): p. 5-9

71. Delgado Méndez L, Rodríguez Calzadilla A, Sosa Rosales M. Estado de salud bucal de la población cubana 1995. Rev Cubana Estomatol. 1999; 37(3): 217-29.

72. Martínez Canut, P: El mantenimiento Periodontal y el paciente Refractario. avances en odontoestomatología 2005, 11 (supp B): 159-166.

73. Traviesas Herrera EM; Seoane Larrinaga AM. Prevalencia y gravedad de las periodontopatías en adultos jóvenes del municipio Artemisa en relación con la práctica del tabaquismo. [En línea] Ciudad de La Habana: Infomed; 2004. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_02.../est03207.htm -

74. Palomino Palomino Y. Comportamiento de las periodontopatías en adultos. Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Estomatología General Integral] 2007. . Facultad de Ciencias Médicas"Mariana Grajales Coello", Holguín.

75. Albandar JM, et al. Caries y restauraciones como factores predisponentes a la progresión de las enfermedades periodontales en los adolescentes. Estudio longitudinal de 3 años. J Periodontol 1995;66(4):249-54.
76. Caballero Pupo L. M Comportamiento de algunos factores de riesgo en pacientes con periodontopatías. [Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Estomatología General Integral] 2007.FCM, Holguín.
77. Traviesas Herrera, EM. Rodríguez Llanes R. Tabaquismo, higiene bucal y periodontopatías inmunoinflamatorias crónicas en adultos del municipio Guanajay. Clínica Estomatológica Docente "Severino Rosell", Artemisa Rev Cubana Estomatol 2007; 45(1)
78. López Martínez M. Lo social en el médico de la familia. Revista avances Médicos de Cuba 2003 (3) (20).
79. Borges A, Maupomé G, Tsuchiya J. Características sociodemográficas y condiciones generales en un grupo de pacientes mayores de 60 años, atendidos en una clínica universitaria en 1991. Dentista y paciente 1991; 1(6):20-28.
80. Rogers R S. Recurrent Aphthous Stomatitis: Clinical Characteristic and Associated Systemic Disorders. Semin Cutan Med Surg 1977; 16 (4): 278 – 83.
81. Zain R B. Oral Recurrent Aphthous Ulcers / Stomatitis: Prevalence in Malaysia and Epidemiological Update. J Oral Sci 2000; 42 (1): 15 – 9.
82. Lewis M A. Herpes Simplex Virus: an Occupational Hazard in Dentistry. 233-Int. Dent. J.2004 Apr; 54 (2): 103 – 11.
83. Toledano Rojo M. Sosa Rosales M. Gandul Salabarría L. Comportamiento de algunas urgencias periodontales en la comunidad de Betulio González. Estado Zulia. [En línea] 2006. Disponible en: [http:// www.portalesmédicos.com/publicaciones](http://www.portalesmédicos.com/publicaciones)

85. Pérez Borrego A, Guntiños Zamora M V, González Labrada C. Valoración del Estado Inmunológico en Niños con Gingivoestomatitis Herpética Aguda. Rev. Cubana Estomatol. 2002; 40 (1): 24 – 27.

86. Ruíz MM, González A, Gil FJ, Blanco EM. Modificaciones orales en la paciente embarazada. Revista profesión dental. 2005. Disponible en: <http://www.coem.org/revista/vol2-n9/form1.html>

Bibliografía Consultada

- Ababneh R, Khouri A, Addy M. Hipersensibilidad dentinaria, ¿Un enigma? Una revisión de la terminología, los mecanismos, la etiología y el tratamiento. Arch odontoestomat 2000; 16(2): 101-110.
- Azabal M. Patología pulpar y periapical. En: García Barbero J. Patología y terapéutica dental. Madrid: Ed. Síntesis; 2000. p. 240-1.
- Boletines de información sobre cuadros patológicos e hipersensibilidad dentinaria. Roble – 2. Abril 2005.
- Carvallo Alarcón M. Efectos del Bruxismo sobre el Complejo Dentino- Pulpar. Trabajo de grado para optar al Título de Especialista en Endodoncia. Universidad Central de Venezuela. Caracas. 2000.
- Clínicas de Norteamérica Odontológicas (Periodontología). Antimicrobianos en la prevención y tratamiento de enfermedades periodontales; 2004. pp. 200-236.
- Colectivo de autores. Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2000.p.32-43, 294-332.
- Gay-Escoda C, Berini Aytés L, eds. Tratado de Cirugía Bucal. Tomo I. Madrid: Ergon; 2004.
- Jaime Sarmiento Cornejo-Bioseguridad en el blanqueamiento dentario. Estética y Operatoria Dental. Lima - Perú 2002; 133-7.
- Liebana, J. 2002: Microbiología Oral. 2da. Edición. Mc Graw-Hill. Interamericana. España. Pg 35- 70.
- LLamas R, Jiménez A, Castro A, Chaparro A: Desensibilización dentinaria con fluoruro sódico al 2% durante la preparación cavitaria. Rev Europ Odontoestomatol, 1990; 2: 425-428.

- Linares J, Martín-Herrero JE. Bases fármacos microbiológicos del tratamiento antibiótico de las enfermedades periodontales y periimplantarias. Av Odontoestomatol 2003;(especial):23-33.
- López Martínez M. Lo social en el médico de la familia. Revista avances Médicos de Cuba 2003 (3) (20).
- Maestre JR. Infecciones bacterianas mixtas de la cavidad oral. Enferm Infecc Microbiol Clin 2002; 20:98-101.
- Pumarola J, Canalda C. Patología de la pulpa y del periápice. En: Canalda C, Brau E, eds. Endodoncia. Madrid: Ed. Masson; 2001. Cap. 6.
- Sepúlveda J. La Epidemia del Tabaquismo en las Américas. Rev Salud Pub. de México 2002; 44 (1).
- Sobral MA. Luz M de C. Goma - Texeira A Garone Netto N. Influencia da dieta líquida ácida no desenvolvimento de erosao dental. Pesqui Odontol Bras 2000; V 14, n4, p 406-10.
- Sanz – Alonso M., Herrera González D. Asociación entre enfermedades periodontales y enfermedades sistémicas. ¿Existe la medicina periodontal? Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, 2001; (6): 661 – 662.
- Tratado de Odontología Tomo III, Antonio Bascones, Ediciones Avances-Médico-Dentales, S.L. 2000:3329-3331.

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:

Por medio del presente documento yo: _____ con Cédula de Identidad _____ hago constar que he sido informado sobre la investigación que realiza y que los datos recogidos en ella se utilizaran solo con fines científicos y manejados de forma estrictamente confidencial por la investigadora.

Para que así conste, firmo el presente documento a los ____ días del mes de _____ del año 2008.

Firma del paciente

Anexo 2

Entrevista:

Le informamos que usted va a ser entrevistado con el objetivo de conocer algunos datos necesarios para la investigación. Todos los datos recogidos se utilizarán solo con fines científicos y manejados de forma estrictamente confidencial por la investigadora.

1. ¿Desea colaborar con la investigación? SI ___ NO___

Si su respuesta es positiva continúe respondiendo.

Edad: _____ sexo: _____

2. ¿Hasta que grado estudios?:

2.1 ___ Ilustrados o sin nivel

2.2 ___ Educación Básica no terminada

2.3 ___ Educación Básica terminada

2.4 ___ Educación media y diversificada (Al culminar poseen título de

a) ___ Bachiller)

b) ___ Técnico Superior

c) ___ Educación Superior (Universitario)

3. ¿Qué ocupación usted realiza?

3.1 . Jubilado: _____

3.2. Ama de casa: _____

3.3. Estudiante: _____

3.4. Trabajador: _____

3.5. Desocupado: _____

4. ¿Cuántas veces al día cepilla sus dientes?

4.1. Una vez al día _____

4.2. Dos veces al día _____

4.3. Tres veces al día _____

4.4. Cuatro veces al día _____

4.5. Ninguna _____

5. ¿Cómo realiza el cepillado de sus dientes?

5.1___Hacia los lados

5.2___De arriba hacia abajo

5.3___Circular

5.4___ Ninguna

5.5___ Otros

6. ¿Usted fuma?

- Si _____ No _____

Anexo 3

Historia Clínica Estomatológica