"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO

"ELABORACIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y TRATAMIENTO PERIODONTAL, PARA EL POSTERIOR ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE DOS COMPONENTES DE DENTÍFRICOS GLUCONATO DE CLORHEXIDINA Y LACTATO DE ALUMINIO, PARA DETERMINAR SU EFICACIA TERAPÉUTICA, APLICADA EN LOS PACIENTES DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD, DEL GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADA N°18, "CAZADORES DE LOS RÍOS", EN EL PERÍODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2012"

Tesis previa a la obtención del título de Odontóloga

AUTORA:

Dhayanna Patricia Aguirre Tene

DIRECTOR:

Dr. Gonzalo Alvarado Astudillo

Loja – Ecuador

2012

CERTIFICACIÓN

Dr. Gonzalo Alvarado Astudillo

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada **"ELABORACIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y TRATAMIENTO PERIODONTAL, PARA EL POSTERIOR ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE DOS COMPONENTES DE DENTÍFRICOS GLUCONATO DE CLORHEXIDINA Y LACTATO DE ALUMINIO, PARA DETERMINAR SU EFICACIA TERAPÉUTICA, APLICADA EN LOS PACIENTES DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD DEL GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADA N°18, "CAZADORES DE LOS RÍOS", EN EL PERÍODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2012",** presentada por la estudiante Dhayanna Patricia Aguirre Tene previa a optar el grado de Odontóloga,ha sido planificado y ejecutado bajo mi dirección y supervisión; por lo tanto , y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, Carrera de Odontología, autorizo su presentación y sustentación ante el respectivo tribunal de grado.

Loja, Octubre del 2012

Dr. Gonzalo Alvarado Astudillo

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

El trabajo de investigación ha sido realizado con mucha dedicación, responsabilidad, y seriedad, por lo tanto todos los conceptos, críticas y análisis son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Dhayanna Patricia Aguirre Tene

1104065527

AGRADECIMIENTO

Al término de una nueva etapa de formación académica expreso mi gratitud a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana, y de manera particular a la Dra. Cecilia Díaz Coordinadora de la Carrera de Odontología.

Al Dr.Gonzalo Alvarado Astudillo, quien ejerció responsablemente la dirección de esta tesis, brindando su sabio y acertado apoyo, hasta la culminación de la misma.

De igual manera al Grupo de Caballería Mecanizada N°18 “Cazadores de los Ríos” por su cálida acogida y su ayuda incondicional, en la persona del Mayor Juan Jiménez.

LA AUTORA

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico con mucho respeto a Dios por haberme dejado ser partícipe de este mundo maravilloso, y estar conmigo en etapa de mi vida, dándome sabiduría y fortaleza.

A mis padres: Patricio y Esperanza por sus enseñanzas y ejemplo para llegar a hacer lo que soy, por sus palabras de aliento y por darme el mejor regalo la educación; a mis hermanos Patricio, Alex, y Bárbara por su comprensión e infinito cariño.

A mi novio Rubén Dario por su apoyo incondicional, ya que siempre ha estado a mi lado dándome las fuerzas necesarias para seguir adelante y cumplir mi meta

A todos ellos con profundo respeto y cariño…

Dhayanna Patricia

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICADO……. II

AUTORÍA III

AGRADECIMIENTO IV

DEDICATORIA..... V

ÍNDICE VI

TÍTULO 1

RESUMEN 2

ABSTRACT 3

INTRODUCCIÓN 4

REVISIÓN DE LITERATURA 7

CAPÍTULO I: PERIODONTO 8

1.1 Encía 8

1.2 Características Clínicas..... 8

1.3 Película adquirida 8

CAPÍTULO II: PATOLOGÍA PERIODONTAL 9

2.1 Etiología de la gingivitis 10

2.2 Inflamación Gingival 10

2.3 Características Clínica de la Gingivitis 10

2.4 Clasificación de la gingivitis..... 11

2.4.1 Gingivitis asociada a placa bacteriana 11

2.4.2 Gingivitis úlcero necrótica aguda (GUNA) 12

2.4.3Gingivitis asociada a alteraciones sanguíneas, deficiencias nutricionales 12

2.4.4 Gingivitis descamativa 12

2.5 Factores Agravantes 13

2.5.1 Placa Bacteriana 13

2.5.2 Cálculo Dental 13

2.5.3 Respiración Bucal 14

2.5.4 Tabaco 14

2.5.5 Mal posición dental 15

2.6 Enfermedad Periodontal 15

2.6.1 Etiología de la Enfermedad Periodontal 15

2.6.2 Clasificación de la Enfermedad Periodontal 16

2.6.2.1 Periodontitis Crónica del Adulto Leve 16

2.6.2.2 Periodontitis Crónica del Adulto Moderada..... 16

2.6.2.3 Periodontitis Crónica del Adulto Severa 16

2.6.2.4 Otro grupo 17

2.6.3 Bolsa Periodontal 19

2.6.4 Pérdida ósea 19

2.6.5 Movilidad Dentaria 19

2.6.6 Halitosis 20

2.6.7 Sangramiento y Supuración al Sondeo 20

CAPÍTULO III: TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL..... 21

3.1 Diagnóstico de la enfermedad periodontal..... 22

3.2 Pronóstico y Plan de tratamiento 22

3.3.1 Tratamiento de la enfermedad periodontal..... 23

3.3.2 Control de la placa microbiana 23

3.3.3Eliminación de los depósitos y tinciones supragingivales y Raspado y Alisado Radicular..... 24

3.3.4 Aplicación de Flúor 24

3.3.5 Tomas Radiográficas 25

CAPÍTULO IV: MÉTODOS PREVENTIVOS 26

4.1 Prevención de la Enfermedad Periodontal..... 27

4.2 Higiene Bucal..... 27

4.3 Elementos básicos de limpieza..... 27

4.3.1 Dentífricos 27

4.3.1.1 Tipos de Dentífricos..... 28

4.3.2 Técnicas del cepillado utilizadas para el tratamiento periodontal 29

MATERIALES Y MÉTODOS..... 30

RESULTADOS..... 33

DISCUSIÓN 40

CONCLUSIONES 43

RECOMENDACIONES 44

BIBLIOGRAFÍA 45

ANEXOS 49

ANEXO 1: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

ANEXO 2: PRUEBA DEL CHI CUADRADO

ANEXO 3: EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

ANEXO 4: SOLITUD DE PERMISO AL GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADA NRO. 18 “CAZADORES DE LOS RÍOS”

ANEXO 5: CERTIFICADO OTORGADO POR EL GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADA NRO. 18 “CAZADORES DE LOS RÍOS”

ANEXO 6: CONSTANCIA DE LAS ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS REALIZADAS

ANEXO 7: CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN EN INGLES

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y TRATAMIENTO PERIODONTAL, PARA EL POSTERIOR ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE DOS COMPONENTES DE DENTÍFRICOS GLUCONATO DE CLORHEXIDINA Y LACTATO DE ALUMINIO, PARA DETERMINAR SU EFICACIA TERAPÉUTICA, APLICADA EN LOS PACIENTES DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD, DEL GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADA N°18, “CAZADORES DE LOS RÍOS”, EN EL PERÍODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2012.

2. RESUMEN

El presente trabajo investigativo tituladoELABORACIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y TRATAMIENTO PERIODONTAL, PARA EL POSTERIOR ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE DOS COMPONENTES DE DENTÍFRICOS GLUCONATO DE CLORHEXIDINA Y LACTATO DE ALUMINIO, PARA DETERMINAR SU EFICACIA TERAPÉUTICA, APLICADA EN LOS PACIENTES DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD, DEL GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADA N°18, "CAZADORES DE LOS RÍOS", EN EL PERÍODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2012" es de tipo descriptivo, clínico, observacional, analítico, y transversal; el estudio se realizó a 50 pacientes, determinando así su diagnóstico y efectuando las fases del tratamiento periodontal, además se hizo la entrega de los dentífricos de forma aleatoria, con su respectivo adiestramiento intraoral y su motivación sobre salud bucal.

Para establecer el diagnóstico periodontal se tomó en cuenta la última clasificación periodontal según Wilson, Kornman y Newman, (1992). Las citas fueron programadas cada 8,16 y 21 días con la finalidad que exista reparación a nivel epitelial y del tejido conectivo.

Donde los resultados obtenidos mediante la prueba del chi cuadrado determinaron que mayor eficacia terapéutica, se obtuvo del dentífrico que contiene lactato de aluminio, con una aceptación del 95% y con un margen de error del 5%, superando al dentífrico que contiene gluconato de clorhexidina.

Finalmente, este trabajo investigativo nos permitió conocer la eficacia terapéutica entre estos dentífricos y a su vez mejorar la calidad de vida de las personas.

ABSTRACT

This research work entitled "DEVELOPMENT OF THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND PERIODONTAL TREATMENT FOR SUBSEQUENT COMPARATIVE ANALYSIS BETWEEN TWO COMPONENTS TOOTHPASTE CHLORHEXIDINE GLUCONATE AND ALUMINUM LACTATE, TO DETERMINE THEIR THERAPEUTIC EFFICACY, APPLIED IN PATIENTS 20 TO 35 YEARS AGE GROUP MECHANIZED CAVALRY NO. 18, “CAZADORES DE LOS RÍOS”, IN THE PERIOD APRIL-SEPTEMBER 2012" is descriptive, clinical, observational, analytical, and cross; the study was made in 50 patients, thus determining a diagnosis and making the periodontal treatment phases also took delivery of toothpaste at random, with their respective training and motivation intraoral oral health.

To establish periodontal diagnosis was taken into account according to the latest rankings periodontal Wilson, Kornman and Newman (1992). Each scheduled appointments were 8.16 and 21 days orderlevelthereepithelialrepairandconnectivetissue.

Wherethe results obtained throughchisquaretestdetermined thatgreater therapeutic efficacywas obtainedfromdentifrice containingaluminum lactate, with anacceptance of 95% anda margin oferror of 5%, outperforming the dentifrice containingchlorhexidinegluconate.

Finally, this research work, let us know the therapeutic efficacy between these toothpastes and in turn improve the quality of life of people.

3. INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal es un grupo de cuadros clínicos de origen infeccioso que afectan a las estructuras de soporte del diente, y se clasifican en dos amplios grupos gingivitis y periodontitis Haring, (2002).[1] Shafer, (2002) manifiesta que la etiología de la gingivitis se debe a factores locales (microorganismos, sarro, impactación de alimentos, entre otros.) y sistémicos (alteraciones nutricionales, acción de drogas, alergias).[2] Por otra parte Guallar, (2004) determina que la etiología de la periodontitis es de causa bacteriana - infecciosa, localizada en las encías, que puede afectar el estado general del paciente. De la misma manera el autor menciona que existen factores agravantes que inciden en la aparición de la enfermedad periodontal, como la placa bacteriana, cálculo, empaquetamiento de comida, odontología iatrogénica, estrés, y mal posición dental.[3]

Una de las sustancias utilizadas en el tratamiento periodontal es el gluconato de clorhexidina estudios (Calsina, Serrano, 2005; Blenastor C. A., 2006; Lanzagorta; Guzmán; Gutverg, 2006; Barranca, 2011; Hernández, Tudón, Guerrero y Torres, 2012) han demostrado su acción antiséptica, bactericida y bacteriostática, siendo muy efectiva para el control de enfermedades periodontales.

Por ejemplo Calsina y Serrano, (2005) manifiesta que la clorhexidina al encontrarse en concentraciones del 0.12% hasta el 0.5% inhiben la placa bacteriana, siendo muy eficaz para el tratamiento gingival, además de tener una gran afinidad a la superficie dentaria. [4]Blenastor C.A, (2006) y Barranca, (2011) establece que el gluconato de clorhexidina a diferentes concentraciones (0.12% y 2%) es un antiséptico bactericida de amplio

---

[1]HARING, Jansen. (2002).Radiología Dental. Principios y Técnicas. Segunda Edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. Página. 527

[2]SHAFER B.M. (2002).Tratado de la Patología Bucal. Editorial Interamericana; Cap. 15. Página.- 106

[3]GUALLAR, José Miguel y colaboradores. (2004).La enfermedad periodontal. Está disponible en http://www.medicoenlared.com/medicoenlared/imagenes/temas/enfermedad_periodontal.pdf. Páginas 1-2

[4]CALSINA, G; Serrano, J, (2005) Existen realmente diferencias clínicas entre las distintas concentraciones de clorhexidina. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1138-123x2005000400007&script=sci_arttext. Página 3.

espectro, más utilizado ya que elimina bacterias gram positivas, gram negativas microorganismos, aerobios, anaerobios y hongos como cándida albicans en la cavidad bucal. [5][6] Evidencias científicas como las de Lanzagorta, Guzmán y Gutverg, (2006); Hernández, Tudón, Guerrero, y Torres, (2012) han demostrado que el gluconato de clorhexidina es más efectivo para el control de placa bacteriana y enfermedades periodontales.[7][8]

Otras de las sustancias utilizadas en el tratamiento periodontal como agente astringente, y antiinflamatorio es el lactato de aluminio, investigaciones (Revista Pastas Dentales, 2003; Lamosan, 2008; Barroso, 2009; Naranjo, 2010) han demostrado que el lactato de aluminio es eficaz como sensibilizante y actúa descongestionando la encía, fortaleciéndola y eliminando placa bacteriana.

Por lo que la Revista Pastas Dentales, (2003) señala que los abrasivos son substancias que al aplicarlos sobre las piezas dentarias, durante el cepillado, eliminan los depósitos acumulados de alimentos y placa bacteriana, los dentífricos deben tener un índice de abrasividad comprendido entre los 50 y 200 RDA (abrasión de la dentina radiactiva), entre los más utilizados son: bicarbonato sódico micronizado, carbonato cálcico, fosfato sódico, hidróxido de aluminio y lactato de aluminio. [9] Laboratorios Lamosan, (2008) revela que el lactato de aluminio es uno de

---

[5]BLENASTOR C. A. (2006) E-mail: info@blenastor.comwww.blenastor.com. Disponible en Quito-Ecuador http://www.farmaciaz.med.ec/plm/src/productos/16922_326.htm. Páginas 1-2.

[6]BARRANCA Antonia. (2011). Manual de salud bucal. Veracruz. Disponible en http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-salud-bucal_joseantoniosoberanis.pdf. Página 10.

[7]LANZAGORTA, GUZMÁN, GUTVERG. (2006).Estudio Comparativo del Gluconato de Clorhexidina e Hipoclorito de Sodio: una alternativa en la Desinfección de Conos de Gutapercha. Disponible en http://www.odontologos.mx/odontologos/reportajes/institutokuttler/Articulo_Clorhexidina.pdf. Páginas 1-2-3.

[8] HERNANDEZ, TUDÓN, GUERRERO, TORRES. (2012). Estudio comparativo de la eficacia del uso de Triclosán vs Clorhexidina en pacientes adultos con enfermedad periodontal activa. 2012 disponible en http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=82622&id_seccion=2030&id_ejemplar=8154&id_revista=124. Página 1.

[9]REVISTA PASTAS DENTALES. (2003).Compañera del cepillo es la pasta de dientes, indispensables para la higiene bucal en particular y para la salud en general. Disponible en: http://www.profeco.gob.mx/revista/pdf/est_03/pastaden.pdf. Páginas 1-2

los principales componentes de la Gingivit siendo su acción astringente, y antiinflamatorio.[10]

Además que tiene un efecto astringente y actúa descongestionando la encía y fortaleciéndola, estimulando la formación de dentina reparativa obliterando los túbulos y desapareciendo la sensibilidad dentaria (Naranjo, 2010).[11] Adicional a esto Barroso, (2009) menciona que dentro de las sustancias sensibilizantes las más efectivas son Flúor, Cloruro de Estroncio, Cloruro potasio, Lactato de Aluminio. [12]

Por lo expuesto anteriormente, a pesar que ya se han realizado investigaciones sobre la eficacia del gluconato de clorhexidina y el lactato de aluminio en el tratamiento de la enfermedad periodontal, no se han realizado estudios a nivel nacional y local que valoren estas sustancias simultáneamente, por lo que el propósito de la presente investigación es determinar la eficacia terapéutica entre dos componentes de dentífricos: el Gluconato de Clorhexidina y el Lactato de Aluminio en pacientes tratados periodontalmente entre 20 a 35 años de edad del Grupo de Caballería Mecanizada N°18 “Cazadores de los Ríos”.

[10]LAMOSAN CÍA., LTDA (2008). Disponible en
http://www.plmfarmacias.com/ecuador/DEF/PLM/productos/25828.htm. Página 1

[11]NARANJO, Medelín. (2010). Atención de urgencia estomatológica. Disponible en:

http://files.sld.cu/saludbucal/2010/10/26/files/2010/10/enfermedades-periodontales-que-ocasionaron-urgencias-estomatologicas.pdf. Páginas 4-5

[12]BARROSO Mildres (2009). Clínica estomatológica. Bejucal. Hiperestesia destinaria. Disponible en http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol14_1_08/hab07108.pdfPágina 6

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I:
PERIODONTO

CAPÍTULO I: PERIODONTO

1.1. Encía

"Es la parte de la membrana mucosa bucal que cubre los procesos alveolares y las porciones cervicales de los dientes" (Genco, 1993).[13]

1.2. Características Clínicas

Carranza y Sznajder, (1996) determina las características clínicas del periodonto tomando en cuenta: el color (rosado claro y se debe a la sangre presente en los vasos sanguíneos.), contorno (sigue las ondulaciones de los cuellos de los dientes), consistencia (firme) y superficie (lisa, comparándola con una cascara de naranja). [14]

1.3. Película adquirida

Barrancos, (2006) manifiesta que es una biopelícula delgada amorfa y electrodensa adyacente a la superficie del esmalte, su grosor varía según el sitio pero se ha estimado en 1 a 2 um, cuando existe una superficie limpia, se la denomina, película temprana careciendo de microorganismos, una vez adherida la película y con mala higiene bucal se depositan las primeras colonias bacterianas, alterando a los tejidos dentarios. [15]

[13]GENCO Goldman Cohen. (1993) Periodoncia. Tercera Edición. Editorial Interamericana. Página 18
[14]CARRANZA Y, SZNAJDER. (1996). Compendio de Periodoncia. Quinta Edición. Editorial Panamericana. Página 14
[15]BARRANCOS Mooney. (2006). Operatoria dental, 4ta Edición, Editorial. Panamericana. Cap. 18. Página.301

CAPÍTULO II:
PATOLOGÍA PERIODONTAL

CAPÍTULO II: PATOLOGÍA PERIODONTAL

2.1 Etiología de la gingivitis

Esta es muy variada y se ha dividido en factores locales (microorganismos, sarro, impactación de comida, restauraciones o aparatos mal construidos o irritantes, respiración bucal, malposición dental), factores sistémicos (alteraciones nutricionales, acción de drogas, embarazo, diabetes) y otras disfuncionales endocrinas como alergias, herencia, fenómenos psíquicos e inmunopatías (Shafer, 2002).[16]

2.2 Inflamación Gingival

Shafer, (2002) alude que la gingivitis es "la formación más frecuente de la enfermedad periodontal, esta inflamación se presenta por la placa bacteriana y factores irritantes que favorecen su acumulación, suelen presentarse en el medio gingival". [17] Adicionalmente Carranza, (2000)señala que los cambios patológicos que acompañan a la inflamación gingival se relaciona con la presencia de microorganismos bucales en el surco gingival, produciendo daños nocivos al epitelio y a las células del tejido conectivo.[18]

2.3 Características Clínica de la Gingivitis

De igual forma Shafer, (2002) describe las características clínicas de la gingivitis como son perdida clínica de inserción, presencia de bolsas periodontales, inflamación gingival, factores predisponentes como cálculo supragingival y placa bacteriana, presentando así las siguientes etapas.

[16]SHAFER B.M. (2002). Tratado de la Patología Bucal. Editorial Interamericana; Cap. 15. Página 106
[17]SHAFER B.M. (2002). Tratado de la Patología Bucal. Editorial Interamericana; Cap. 15. Página 106
[18]CARRANZA. (2000) Periodontología clínica de Glickman. Séptima Edición. Editorial Interamericana. Páginas 15-16-17

Etapa I presencia de placa bacteriana genera aparición de fluido gingival, clínicamente no tiene ninguna manifestación, Etapa II clínicamente aparecen signos de eritemas debidos a la proliferación vascular y hemorragia al sondaje, y Etapa III se caracteriza clínicamente alteraciones gingivales de forma, color, textura superficial y tendencia hemorrágica. [19]

2.4 Clasificación de la gingivitis

Durante varios años han existido algunas clasificaciones de la gingivitis, como la de Weski (1937), Academia Americana de Periodoncia(1986) y la última clasificación de Willson, Kornman y Newman, (1992), donde la determina de la siguiente manera: gingivitis asociada a la placa bacteriana,gingivitis ulcero necrótica aguda (GUNA),gingivitis asociada a alteraciones sanguíneas, deficiencias nutricionales, y gingivitis descamativa.[20]

2.4.1 Gingivitis asociada a Placa Bacteriana

Es una lesión de carácter inflamatorio que compromete al periodonto de protección y que tiene como factor etiológico a la placa bacteriana, se clasifica según su extensión en localizada (por pieza o un grupo) y generalizada (en una o dos arcadas),según el índice gingival en leve de 0 a 1mm, moderada de 1.1 a 2 mm y severa de 2.1 a 3 mm; el estado inflamatorio de la gingivitis aguda aparece de improviso y dura poco tiempo, eliminando causa se mejora; en cambio en la gingivitis crónica aparece con lentitud, dura mucho tiempo y no causa dolor a menos que la compliquen estados agudos o sub-agudos.

[19] SHAFER B.M. (2002). Tratado de la Patología Bucal. Editorial Interamericana; Cap. 15. Página 110
[20] WILSON T., KORNMAN K., NEWMAN M. (1992).Diagnosis of Periodontal Diseases and Conditions Using a Traditional Approach.Cap. V. Páginas. 74-75-76-77-78

2.4.2 Gingivitis Úlcero Necrótica Aguda (GUNA)

GUNA es una entidad destructiva de la encía que tiene signos y síntomas que le son propios a nivel ganglionar, fiebre, malestar general, aumento de la salivación, halitosis fuerte y característica, puede ser localizada menos del 30% y generalizada, existen factores predisponentes como gingivitis pre-existente, tabaquismo en un 98%, enfermedades sistémicas y cáncer.

2.4.3 Gingivitis Asociada a Alteraciones Sanguíneas, Deficiencias Nutricionales.

Alteraciones Sistémicas como hemorragia, púrpura trombocitopénica, déficit plaquetario, hipoprotrombinemia (déficit de vitamina k), hemofilia, leucemia, administración de salicilatos y anticoagulantes, anemias; Alteraciones Nutricionales como déficit de vitaminas A, complejo B, déficit de vitamina C escorbuto, déficit proteico.

2.4.4 Gingivitis Descamativa

Es una patología de la mucosa oral que afecta a la zona gingival, se caracteriza por una descamación o despellejamiento del epitelio de la encía dejando una superficie color rojo vivo, y dolor, se asocia al liquen plano, puede ser causada por reacciones alérgicas y puede comprometer otras partes de la cavidad bucal.

2.5 Factores Agravantes

2.5.1 Placa Bacteriana

La Placa dental es definida por Genco, (1993) como la agregación de bacterias que se adhieren con tenacidad a los dientes u otras superficies bucales. [21] Carranza y Sznajder, (1996) menciona que es la acumulación y metabolismo de las bacterias en las superficies dentales de la cavidad bucal, considerándose causa principal de la caries dental, gingivitis, periodontitis, infección y estomatitis, no siempre pueden mostrar signos clínicos, esta puede acumularse supragingivalmente en la corona clínica, y subgingival en el surco o bolsa periodontal. [22]

"La masa bacteriana aumenta debido al crecimiento de microorganismos, a las 24 horas está compuesta de estreptococos sanguis, bacilos gran positivos, aggregatibacter actinomycetemcomitans, y con ayuda de oxigeno tiene la capacidad de crecer y multiplicarse" (Lindhe, 2005). [23]

2.5.2 Cálculo Dental

La Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, (2005) define al cálculo dental como masas calcificadas y adherentes que se forman sobre la superficie del diente, pueden ser supragingival o subgingival, según se localicen por encima o por debajo del margen gingival. [24]

Lindhe,(2005) menciona al sarro supragingival como una masa de dureza moderada con una coloración que va desde blanco cremoso hasta

[21]GENCO. (1993). Goldman Cohen. Periodoncia. Tercera Edición. Editorial Interamericana. Página 21

[22]CARRANZA y, SZNAJDER. (1996). Compendio de Periodoncia. Quinta Edición. Editorial Panamericana. Página 16

[23]LINDHE Karring Lang. (2005). Periodontología Clínica e Implantologia Odontológica. Cuarta Edición. Editorial Médica Panamericana Página 48

[24] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN. (2005). Manual Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implantes. Fundamentos y Guías Práctica. Editorial Médica Panamericana. Página 28

el ocre o marrón, el grado de formación de los cálculos no solo depende de placa, sino de la secreción de las glándulas salivales, mientras que subgingivalmente se detecta por exploración táctil ya que su formación es en sentido apical, su coloración es amarronada o negra de aspecto rugoso, su composición es similar en el cálculo supra- subgingival siendo del 70 a 90% de material inorgánico, constituido por fosfato de calcio, carbonato de calcio, y fosfato de magnesio.[25]

2.5.3 Respiración Bucal

Es el síndrome de respiración bucal, ya sea por obstrucción o por habito, produce serias alteraciones en el aparato estomatognático Salud y Bienestar, (2006).[26]Botero, (2005) señala que el flujo del aire es turbulento, frío, con partículas y microorganismos, y por consecuencia deshidrata directamente la mucosa labial, lingual y faringoamigadalina, irritando a los tejidos, si el estímulo persiste por tiempo prolongado.[27] Adicional a esto Lindhe, (2005) menciona que el hábito de respirar por la boca, provoca el agrandamiento gingival marginal de tipo inflamatorio localizado especialmente en vestibular de canino a canino superiores.[28]

2.5.4 Tabaco

La Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, (2005) señalan que el tabaco ya sea fumado o masticado, acelera el progreso de la enfermedad periodontal y retrasa la cicatrización después del tratamiento periodontal, además existe una correlación evidente entre el hábito de

---

[25]LINDHE Karring Lang. (2005). Periodontología Clínica e Implantologia Odontológica. Cuarta Edición. Editorial Médica Panamericana. Páginas 73

[26] SALUD Y BIENESTAR. (2006). Respiración Bucal Excesiva. Disponible en http://www.todoexpertos.com/categorias/salud-y-bienestar/respuestas/1464991/respiracion-bucal-excesiva. Pagina 5

[27]BOTERO J, Bedoya (2005).Revista clínica de periodoncia, Implantologia y rehabilitación oral. Determinantes del Diagnóstico Periodontal. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072010000200007. Página 13

[28]LINDHE Karring Lang. (2005). Periodontología Clínica e Implantologia Odontológica. Cuarta Edición. Editorial Médica Panamericana. Páginas 65

fumar y la aparición de gingivitis ulceronecrotizante y periodontitis crónica.[29] Lindhe, (2005) propone un estudio realizado en Virginia en el 2002 en pacientes fumadores, donde el riesgo de desarrollar enfermedad periodontal fue del 45 y 70 %.[30]

2.5.5 Mal posición dental

La mal posición dentaria es cuando uno o varios dientes están situados en posición anormal, conllevando a que las piezas dentarias superiores e inferiores no articulen, encajen o engranen con normalidad, en personas que presentan buenos hábitos de higiene es menor el riesgo de padecer problemas periodontales, mientras que las personas que tienen mal posición dentaria es un factor importante para que las bacterias se acumulen y sea un reservorio de placa bacteriana y producir inflamación gingivalEspecialidades ortodoncia, (2001).[31]

2.6 Enfermedad Periodontal

2.6.1 Etiología de la Enfermedad Periodontal

Guallar, (2004) determina a la etiología de la enfermedad periodontal como bacteriana - infecciosa, pudiendo afectar el estado general del paciente, si no se elimina correctamente la placa bacteriana, esta se deposita entre la encía y el diente, inflamándola, e incluso estas bacterias son capaces de desplazarse por debajo de la encía, y en ocasiones ir destruyendo al hueso, según su extensión es localizada (menos del 30%) y generalizada, sus manifestaciones clínicasmás importantes sonenrojecimiento de las encías, sangrado de las encía al cepillarse o espontáneamente, retracción de las encías, aumento de la sensibilidad

[29]SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN. (2005).Manual Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implantes. Fundamentos y Guías Práctica. Editorial Médica Panamericana. Páginas 73-74

[30]LINDHE Karring Lang. (2005). Periodontología Clínica e Implantologia Odontológica. Cuarta Edición. Editorial Médica Panamericana. Páginas 65-66-67

[31] ESPECIALIDADES ORTODONCIA. (2001).Clasificación de las maloclusiones. Disponible en: http://www.odontocat.com/ortoclas.htm. Página 8-9

dentaria al frio, movilidad dentaria, aparición de absceso en las encías con zonas de dolor. [32]

2.6.2 Clasificación de la Enfermedad Periodontal

A continuación detallaremos la última clasificación que fue desarrollada por Willson, Kornman y Newman, (1992), basándose principalmente en la profundidad del sondaje dentro de esta clasificación tenemos:

2.6.2.1 Periodontitis Crónica del Adulto Leve

Presenta una profundidad al sondaje de 4 a 5 milímetros, mínima o casi nula invasión de furca, sangrado al sondaje, supuración y otros signos de actividad de la enfermedad, puede presentarse fremitus o movilidad bidigital, radiográficamente no hay pérdida de hueso aparentemente.

2.6.2.2 Periodontitis Crónica del Adulto Moderada

Presenta profundidad de sondaje de 4 a 6 milímetros, moderada invasión de furca, sangrado y supuración y otros signos que demuestran que la enfermedad se encuentra activa, a menudo hay fremitus y movilidad bidigital, radiográficamente muestra minina destrucción del hueso alveolar.

2.6.2.3 Periodontitis Crónica del Adulto Severa

Encontramos una profundidad de sondaje de 7 mm o más, invasión de la furca avanzada que va de lado a lado, sangrado al sondaje, supuración, frecuentemente se encuentra fremitus y movilidad bidigital, radiográficamente hay severa pérdida de hueso alveolar.

---

[32] GUALLAR José Miguel y colaboradores. (2004). La enfermedad periodontal. Está disponible en http://www.medicoenlared.com/medicoenlared/imagenes/temas/enfermedad_periodontal.pdf. Página 12-13

Encontramos una profundidad de 7 mm o más de profundidad del surco gingival, invasión de la furca avanzada que va de lado a lado, sangrado al sondaje, supuración, frecuentemente se encuentra fremitus y movilidad bidigital, radiográficamente hay severa pérdida de hueso alveolar.

2.6.2.4Otro grupo

Ocurren alrededor de la pubertad usualmente localizadas en los molares e incisivos y no se encuentran asociados a placa o cálculo dental, radiográficamente presentan pérdida ósea; entre estas tenemos Periodontitis Agresivas: Juvenil localizada y generalizada; Rápidamente Progresiva; Refractaria. Y finalmente el grupo de periodontitis asociada a factores sistémicos como el SIDA, diabetes, desnutrición, síndrome de Down, entre otros.

Cuadro establecido por **WILSON, KORNMAN, NEWMAN (1992)**[33]

PERIODONTITIS AGRESIVAS	**PERIODONTITIS CRÓNICAS**
s sanos	s sanos
Destrucción avanzada en poco tiempo	Destrucción progresiva a largo tiempo.
Desproporción entre placa y perdida de inserción	Relación directa entre placa y perdida de inserción
Placa específica	specífica
Polimorfismo genético, anormalidad leucocitaria	estrés y dieta pobre en calcio (puede contribuir en las dos)

[33]WILSON T., KORNMAN K., NEWMAN M. (1992).Diagnosis of Periodontal Diseases and Conditions Using a Traditional Approach. Cap. V. Páginas. 79-80-81-82-83-84-85

2.6.3 Bolsa Periodontal

La Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, (2005)determina a labolsa periodontal como la profundización patológica del surco gingival, siendo un receptáculo de placa, y profundizando más la bolsa, esta contiene placa y cálculos adheridos a la superficie cementaría, restos de comida, en descomposición, microorganismos, productos bacterianos y salivales, células descamadas, exudando purulento y sanguíneo, e inclusive puede provocar cambios pulpares cuando la infección llega a la pulpa por el foramen apical.

2.6.4 Pérdida ósea

De igual manera la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, (2005) señala que es cuando la inflamación gingival se extiende hasta llegar a la superficie externa del hueso (periostio), la pérdida ósea se presenta en forma horizontal (reducción de la altura del hueso alveolar) o vertical (deformación de la cresta ósea alveolar); La pérdida ósea puede responder a factores irritativos como obturaciones desbordantes o empaquetamiento de comida, y factores traumatizantes como golpes, o fracturas. [34]

2.6.5 Movilidad Dentaria

Botero, (2005) revela que los dientes no están en directo contacto con el hueso alveolar, estos presentan una movilidad fisiológica debido a la presencia del ligamento periodontal, en cambio la movilidad dental patológica puede ser el resultado de enfermedad periodontal, pero no siempre es la única causa, esta se mide al realizar con un mango de espejo en dirección vestibulolingual, grado cero movilidad fisiológica, 0.1-0.2 mm,

[34]SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN. (2005). Manual Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implantes. Fundamentos y Guías Práctica. Editorial Médica Panamericana. Páginas 29-30-31

grado uno movimiento hasta 1 mm, grado dos movimiento de más de 1 mm, y grado tres movimiento en sentido horizontal y en sentido vertical.[35]

2.6.6 Halitosis

De igual forma Mezzomo, (2003) relaciona la halitosis con la placa bacteriana, restos alimenticios, sangrado, caries, alteraciones gastrointestinales.[36] Mientras que la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, (2005) señala que la causa de la halitosis se basa en la formación de componentes sulfurosos volátiles como consecuencias del metabolismo que ejercen las bacterias anaerobias gramnegativas (típicas de la periodontitis) sobre determinadas células y tejidos, es por eso que la mayoría de los pacientes con enfermedad periodontal sufran de halitosis.[37]

2.6.7 Sangramiento y Supuración al Sondeo

El sangramiento consecuente del sondeo es el signo principal de presencia de inflamación en el periodonto, al realizar el exámen clínico debemos registrar la presencia de sangramiento y/o supuración al sondeo, así como también el cese puede ser un signo de desinflamación y mejoría del periodonto (Mezzomo, 2003).[38]

---

[35]BOTERO J, Bedoya. (2005).Revista clínica de periodoncia, Implantologia y rehabilitación oral. Determinantes del Diagnóstico Periodontal. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072010000200007. Páginas 15-16

[36] MEZZOMO Elio. (2003). Rehabilitación Oral para el Clínico. Editorial Amolca. Página 40

[37] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN. (2005). Manual Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implante Fundamentos y Guías Práctica. Editorial Médica Panamericana. Página 40

[38]MEZZOMO Elio. (2003). Rehabilitación Oral para el Clínico. Editorial Amolca. Página 41

CAPÍTULO III:

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDADPERIODONTAL

CAPÍTULO III: TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

3.1 Diagnóstico de la enfermedad periodontal

La Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, (2005) determina los diagnósticos periodontales basándose en el exámen clínico del paciente, valorando los cambios inflamatorios, distribución y extensión, el diagnóstico de la gingivitis se detecta a los cuatro días de acumulación de placa, teniendo en cuenta los cambios inflamatorios y ausencia de destrucción de los tejidos periodontales profundos, sin embargo el signo más relacionado con la presencia de gingivitis es el sangrado espontáneo o provocado al sondaje; el diagnóstico de la periodontitis es una lesión inflamatoria que afecta a todos los componentes del periodonto, existiendo la migración apical del epitelio de inserción, y afectación de los tejidos periodontales profundos, quedando el cemento radicular expuesto.

3.2 Pronóstico y Plan de tratamiento

La Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, (2005) señala que el pronóstico, es el juicio sobre el futuro de la evolución de la lesión.[39]El Departamentos de Salud y Servicios Humanos, (2002) señala que la meta principal del tratamiento periodontal es controlar la infección, es necesario para el éxito del tratamiento la colaboración del paciente por ejemplo mejorar la higiene bucal, dejar hábitos como fumar, entre otros. [40]

[39] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN.(2005). Manual Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implantes. Fundamentos y Guías Práctica. Editorial Médica Panamericana. Páginas 38

[40]DEPARTAMENTOS DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS. (2002). Enfermedad de las encías o enfermedad periodontal. Causas síntomas y tratamientos. Disponible en: http://www.colombiaya.com/lidavargas/documentos/enfermedad-de-las-encias.pdf. Páginas 16-17

3.3.1 Tratamiento de la enfermedad periodontal

Wilson, Kornman, Newman, (1992) establece las fases del tratamiento periodontal como lo son la general, higiénica, correctiva - quirúrgica, reevaluación y mantenimiento; no necesariamente se aplica en un paciente las cinco fases lo mínimo son la general, higiénica, reevaluación y mantenimiento, las citas periodontales se realizara cada 8, 16 y 21 días con la finalidad de que exista una reparación a nivel del tejido conectivo, luego del detartraje o el raspado y alisado radicular, y finalmente se realizara la valoración de tejidos gingivales y el alta periodontal, y su respectiva motivación. [41]Carranza, (2000)manifiesta que el objetivo deraspado y el alisado radicular es restaurar la salud gingival mediante la remoción completa placa, cálculo, cemento alterado.[42]

3.3.2 Control de la placa microbiana

Rojas, (2009) establece que al control de placa microbiana se lo realiza con el sistema revelador de placa, tomando en cuenta el índice de O'Leary nos permite medir sencillamente las áreas con placa microbiana, se toman las cuatro caras de las piezas dentarias presentes (mesial, distal vestibular y lingual o palatino), se hace una regla de tres simple y se haya el porcentaje.[43]

$$\frac{\text{Número de superficies teñidas}}{\text{Número de superficies presentes}} \times 100 = \ldots\%$$

[41]WILSON T., KORNMAN K., NEWMAN M. (1992).Diagnosis of Periodontal Diseases and Conditions Using a Traditional Approach. Cap. V. Páginas. 75-76-77-78

[42]CARRANZA. (2000).Periodontología clínica de Glickman. Séptima Edición. Editorial Interamericana. Página 104

[43]ROJAS Allende; y colaboradores. (2009). Informes de casos clínicos. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/allende_rp/Fase%20Tratamiento.pdf. Página 10

3.3.3 Eliminación de los depósitos y tinciones supragingivales; Raspado y Alisado Radicular

La Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, (2005) señala que la tartrectomía supragingival se lleva a cabo mediante instrumentos manuales, eliminando los depósitos de placa o cálculo dental. [44] Mientras que Carranza, (2000) menciona que el RAR es la técnica mediante el cual los cálculos incluidos residuales y las porciones de cemento son eliminados de las raíces para dejar una superficie lisa, dura y limpia. Losinstrumentos que se utilizan para el RAR son Curetas Gracey (1/2, 7/8,11/12, 13/14), es importante determinar cuál es el borde cortante, los apoyos digitales intrabucales y extrabucales, y manejar con presión los movimientos de RAR.[45]

3.3.4 Aplicación de Flúor

Gómez, (2002); Bartolucci, (2007) señalan que el flúor tiene efectos muy beneficiosos sobre los dientes, aumentando la resistencia del esmalte, favorece a la remineralización, tiene acción antibacteriana atacando a las bacterias que colonizan las superficies de los dientes. [4647]La Secretaria y Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, (2006) menciona estudios in vitro, donde han confirmado que el fluoruro inhibe la producción de ácido, también se sabe que la presencia de flúor en la saliva, placa o superficie del esmalte, es capaz de alterar la colonización y algunos signos vitales de las bacterias de la placa, como la fermentación, el crecimiento y la multiplicación. [48]

---

[44] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN. (2005). Manual Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implantes. Fundamentos y Guías Práctica. Editorial Médica Panamericana. Página 72

[45]CARRANZA. (2000).Periodontología clínica de Glickman. Séptima Edición. Editorial Interamericana. Páginas 78-79

[46]GÓMEZ Gladys. (2002). Flúor Y Fluorosis Dental.1ª edición: Santa Cruz de Tenerife, Disponible en http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c7371f7e-3ed8-11de-ac1c- ff2cc426c4d/FluoryFluorosisWeb.pdf. Página 28

[47]BARTOLUCCI, Enrico. (2007). Altas de Periodoncia. Primera edición. Editorial Ripano Página 15

[48]SECRETARIA Y SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD, (2006) disponible en http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2011/10/Manual-Uso-de-Fluoruros-dentales.pdf. Página 20

3.3.5 Tomas Radiográficas

Urzúa, (2005) menciona que las radiografías periapicales son las más utilizadas en el tratamiento periodontal, donde su objetivo fundamental es evaluar la altura de hueso alveolar y el perfil de la cresta ósea, también debe observarse el ligamento periodontal.[49] Además la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, (2005) señalo que las radiografías permite en ocasiones valorar la causa de pérdida ósea, presencia de cálculo o factores anatómicos radiculares, evaluar la posición dental, entre otros.[50]

[49]URZÚA Ricardo. (2005).Técnicas Radiográficas Dentales y Maxilofaciales. Editorial Amolca. Página 3-4

[50]SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN. (2005). Manual Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implantes. Fundamentos y Guías Práctica. Editorial Médica Panamericana. Páginas 45-46.

CAPÍTULOIV:
MÉTODOS PREVENTIVOS

CAPÍTULO IV: MÉTODOS PREVENTIVOS

4.1 Prevención de la Enfermedad Periodontal

Según la Organización Mundial de la Salud, (1986) señala que la prevención se dirige a minimizar o eliminar los factores etiológicos que contribuyen a su desarrollo, esas medidas se encuentran en dos categorías, mantener un ambiente bucal limpio para que las bacterias patógenas no proliferen, y mantener la capacidad de defensa del huésped completa a través de una buena salud física y mental.

4.2 Higiene Bucal

La Organización Mundial de la Salud, (1986) menciona que es la ejecución de una serie de actividades utilizando diferentes elementos para retirar los residuos de las superficies dentales, tejidos adyacentes, lengua y mucosa bucal.[51] Adicionalmente Genco, (1993) manifiesta que es necesario cambiar las prácticas de higiene bucal tomando mayor tiempo para el cepillado, usos de hilo dental, enjuague bucal, y así mejorar el estilo de vida. [52]

4.3 Elementos básicos de limpieza

4.3.1 Dentífricos

Son sustancias que usadas con el cepillo dental sirve para limpiar y pulir las superficies dentarias, su acción básica es ayudar a desintegrar los residuos alimenticios, eliminar manchas, cuando tienen minerales como fluoruros sirven de vehículo para su incorporación al esmalte dental, si contienen fármacos sirven para contrarrestar la acción de los

[51]ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1986).El uso correcto de Fluoruros en Salud Publica. Editorial OMS. Ginebra. Página 98
[52]GENCO Goldman Cohen. (1993). Periodoncia. Tercera Edición. Editorial Interamericana. Página 22

microorganismos (Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, (2005). [53]

4.3.2 Tipos de Dentífricos

Dentífrico Gingivit

Laboratorios Lamosan, (2008) determina la composición del dentífrico contiene: lactato de aluminio 1.0 g; monofluorofosfato sódico 0.8 g; y triclosán 0.2 g, pertenece a la categoría de los astringentes y actúa precipitando las proteínas, acompañada de contracción y arrugamiento del tejido, disminuyendo proteínas plasmáticas y reduciendo el edema, y la inflamación, el triclosán es un agente antibacteriano de amplio espectro con acción sobre grampositivos, gramnegativos y hongos, el monofluorofosfato sódico posee propiedades antiinflamatorias, además fortalece el esmalte dental contra la acción de los ácidos que provocan las caries, cuando existen hemorragias leves pero frecuentes de las encías afectadas, son controladas por la acción estíptica de la gingivit, que coagula la sangre, tapona los capilares, desinflama y mantiene libre del ataque bacteriano a la región, la acumulación de sarro es la principal causa de enfermedad periodontal, debido al pirofosfato tetrasódico actúa disolviendo el sarro, existen seis acciones que brinda este dentífrico, como es, evita el sangrado y protege la encía, evita la formación de sarro, protege contra las caries, bloquea el proceso inflamatorio de las encías, elimina las bacterias que causan infección, aumenta la frescura de su aliento.[54]

---

[53] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN. (2005). Manual Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implantes. Fundamentos y Guías Práctica. Editorial Médica Panamericana. Página 51

[54] LAMOSAN CÍA., LTDA (2008) disponible en http://www.plmfarmacias.com/ecuador/DEF/PLM/productos/25828.htm. Página 1

Dentífrico Encident

Blenastor C.A, (2006) señala la composición de la encident contiene: gluconato de clorhexidina 0,12%, fluoruro de sodio 0,25 g, pirofosfato tetrapotásico, sílica hidratada (abrasivo), tiene propiedades antisépticas, bactericidas de amplio espectro, elimina bacterias gram positivas, gram negativas, microorganismos, y hongos, actúa destruyendo a la bacteria por alteración y lisis de la pared celular, impidiendo la adhesión de estas a los dientes y como consecuencia reduciendo la formación de la película bacteriana, está indicada en la prevención de las caries, gingivitis, postcirugia, ortodoncia removible y fija, pacientes con incapacidad física, mental, es importante utilizar tres veces al día hasta que desaparezca la inflamación, se han manifestado tinciones temporales, que desaparecen al dejar de utilizar el producto o con profilaxis profesional. [55]

4.3.3 Técnicas de cepillado para el tratamiento periodontal

La más utilizada por los pacientes, es la de restregado horizontal, con un movimiento rotatorio o a un sencillo movimiento de arriba hacia abajo sobre los dientes, maxilares y mandibulares, las técnicas de cepillado más utilizadas para el tratamiento periodontal es la Stillman esta fue desarrollada para proporcionar estimulación gingival, colocando al cepillo dental en posición inclinada a 45 grados respecto al vértice dental, y parte del cepillo sobre la encía y el diente, con movimientos vibratorio y ejerciendo una presión ligera para estimular la encía; la técnica de Bass fue la primera en centrarse en el retiro de la placa y los detritos presentes en el surco gingival, mediante la utilización combinada de un cepillo dental blando y del hilo dental sin cera, colocando el cepillo a 45 grados respecto al vértice dental, presionando las cerdas suavemente para que entren al surco gingival y realizando 10 movimientos vibratorios en cada área (Harris, 2001). [56]

[55] BLENASTOR C. A. (2006) E-mail: info@blenastor.comwww.blenastor.com. Disponible en Quito-Ecuador. Página 2
[56] HARRIS Norman. (2001).Odontología preventiva primaria. Editorial Manual Moderno.Pág.70-74

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo investigativo es un estudio de tipo descriptivo, clínico, observacional, analítico, y transversal; el universo corresponde a 100 personas entre 20 y 35 años de edad del Grupo de Caballería Mecanizada N°18 “Cazadores de los Ríos”, para determinar la muestra de estudio se hizo una exámen clínico general a 90 personas, seleccionando así a 50 pacientes con alteraciones gingivales.

Las técnicas y procedimientos se realizaron mediante un exámen clínico periodontal, en el cual utilizamos set de diagnósticos (espejo, explorador, pinza algodonera), sonda periodontal número CP12, juego de tartectromos central y laterales, curetas gracey números (1/2, 7/8 ,11/12, 13/14), previamente esterilizados, dentífricos que contienen lactato de aluminio y gluconato de clorhexidina, historias clínicas elaboradas, donde algunos datos se tomaron del libro Willson, Kornman y Newman, (1992), y otros de la historia periodontal de la clínica de odontología de UNL, tomas fotográficas intraorales, radiografías periapicales.

Para la realización de las fases del tratamiento periodontal nos basamos en la descrita por Wilson, Kornman, Newman, (1992) siendo estas la general, higiénica, correctiva - quirúrgica, reevaluación y mantenimiento, las citas periodontales se las realizó cada 8, 16 y 21 días con la finalidad de realizar la valoración de tejidos (reparación de tejido conectivo), procediendo a dar el alta periodontal y con su respectiva motivación.

Las fases clínicas realizadas fueron las siguientes:

Primera cita *(fase general).-* *S*e realizó la recolección de datos de la historia clínica periodontal, que esta consta de información general, descripción de patologías, anamnesis odontológica, hábitos,

antecedentes de la enfermedad periodontal, exámen intra-oral, y exámen dentario; seguidamente se ejecutó el llenado del periodontograma; posterior a ello se realizó el primer control de placa bacteriana, tomando en cuenta el índice de O'Leary realizando una regla de tres simple (número de superficies teñidas, para el número de superficies presentes por cien), hallando así el porcentaje; con la anamnesis completa se determinó el diagnóstico, pronóstico, prescripción, y plan de tratamiento; además se realizó la toma fotográficas intraorales iniciales, y sus respetivas radiografías periapicales (pacientes con periodontitis).

Segunda cita *(fase higiénica).-* Se ejecutó el detartraje general con el fin de eliminar el cálculo supragingival, seguidamente se realizó la motivación y educación sobre salud bucal, además se procedió a entregar los dentífricos de forma aleatoria donde sus componentes activos es el gluconato de clorhexidina y lactato de aluminio, se efectuó el adiestramiento intra-oral a los pacientes, mediante la utilización de espejo, cepillo y dentífrico.

Tercera cita *(fase correctiva).-* Se continuó con el raspado y alisado radicular en pacientes diagnosticados con periodontitis, utilizando las curetas gracey de acuerdo a las piezas dentales, la 1//2 para dientes anteriores vestibular y lingual – palatino; la 7/8 para premolares y molares vestibular y lingual - palatino; 11/12 para mesial de molares; 13/14 para distal de molares, seguidamente se ejecutó la segunda motivación y educación sobre salud bucal, y el adiestramiento intraoral respectivo, con la utilización de espejo, cepillo y dentífrico.

Cuarta cita *(fase de reevaluación).-* Se procedió a valorar los tejidos gingivales, observando cambios clínicos significativos. En pacientes con diagnóstico de periodontitis presentó una disminución en la profundidad de bolsa periodontal, cambios en la coloración gingival, reparación epitelial y del tejido conectivo. En pacientes con diagnóstico

de gingivitis se observó cambios en la coloración gingival, disminución del sangrado al momento del sondaje periodontal, reparación epitelial y del tejido conectivo. Se continuó con la última ***(fase de mantenimiento)*** donde se efectúo el segundo control de placa bacteriana, tomando en cuenta el índice de O'Leary realizando una regla de tres simple (número de superficies teñidas, para el número de superficies presentes por cien), donde el porcentaje bajo notablemente en comparación con el primer control de placa bacteriana; se ejecutó la profilaxis dental con su respectiva aplicación de flúor, finalmente se tomó las fotografías postoperatorias, radiografías periapicales en pacientes con diagnóstico de periodontitis, y el alta periodontal, brindando siempre al paciente las indicaciones para el cuidado y mantenimiento bucal.

6. RESULTADOS

Cuadro 1. Perfil Epidemiológicorealizado al Grupo de Caballería Mecanizada N°18 “Cazadores de los Ríos”. 2012.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	PACIENTE	PORCENTAJE
PACIENTES SANOS	40	44%
PACIENTES CON GINGIVITIS	45	50%
PACIENTES CON PERIODONTITIS	5	6%
TOTAL:	90	100%

Fuente: Historias clínicas Periodontal

Autor: Dhayanna Aguirre Tene

Interpretación:

Del perfil epidemiológico se obtuvieron los siguientes resultados el 44% de los pacientes fueron sanos, el 50% presento gingivitis y el 6% presento periodontitis; seleccionando la muestra de estudio a 50 pacientes con alteraciones gingivales.

Cuadro 2. Diagnósticos periodontales realizados al Grupo de Caballería Mecanizada N°18 “Cazadores de los Ríos”. 2012.

DIAGNÓSTICOS PERIODONTALES

DIAGNOSTICO	TIPO	PACIENTES	PORCENTAJE
GINGIVITIS AGUDA LOCALIZADA	LEVE	16	32%
	MODERADA	14	28%
	SEVERA	7	14%
GINGIVITIS AGUDA GENERALIZADA	LEVE	0	0%
	MODERADA	2	4%
	SEVERA	4	8%
GINGIVITIS CRONICA GENERALIZADA	LEVE	0	0%
	MODERADA	0	0%
	SEVERA	2	4%
PERIODONTITIS CRONICA LOCALIZADA	LEVE	2	4%
	MODERADA	1	2%
	SEVERA	0	0%
PERIODONTITIS CRONICA GENERALIZADA	LEVE	1	2%
	MODERADA	1	2%
	SEVERA	0	0%
TOTAL:		50	100%

Fuente: Historias clínicas Periodontal

Autor: Dhayanna Aguirre Tene

Interpretación:

En el grupo de estudio se obtuvieron los siguientes diagnósticos gingivitis aguda leve localizada con un total de 16 pacientes que equivale al 32%; seguidamente pacientes con gingivitis aguda moderada localizada teniendo así 14 pacientes con un equivalente al 28%; pacientes con gingivitis aguda severa localizada en un número de 7 equivalente al 14 %; pacientes con gingivitis aguda severa generalizada en un número de 6 equivalente al 12%; pacientes con gingivitis aguda moderada generalizada en un número de 2 pacientes equivalente al 4%; y en un 0% pacientes con gingivitis aguda leve generalizada; gingivitis

crónica severa generalizada en un número de 2 pacientes que corresponde al 4%.

Con respecto a los diagnósticos periodontales se obtuvieron 2 pacientes con periodontitis crónica leve localizada equivalente al 4%; 1 paciente con periodontitis crónica moderada localizada equivalente al 2%; 1 paciente con periodontitis crónica leve generalizada equivalente al 2%; 1 paciente con periodontitis crónica moderada generalizada equivalente al 2%; 0% presentaron periodontitis crónica severa localizada y generalizada. Por lo que se puede mencionar que en nuestro grupo de estudio existieron varios diagnósticos periodontales lo que permitió llevar a cabo nuestra investigación.

Cuadro 3. Eficacia terapéutica del Lactato de aluminio y Gluconato de Clorhexidina en los pacientes atendidos en el grupo de Caballería Mecanizada N°18 "Cazadores de los Ríos", mediante el cálculo estadístico (chi cuadrado). 2012.

	EFICACIA	PACIENTE	CÁLCULO ESTADÍSTICO
LACTATO DE ALUMINIO	SI	20 (15.64)	$(20 - 15.64)^2 \div 15.64 = 1.215$
	NO	2 (6.35)	$(2-6.35)^2 \div 6.35 = 2.979$
GLUCONATO DE CLORHEXIDINA	SI	12 (16.3)	$(12-16.3)^2 \div 16.3 = 1.134$
	NO	11 (6.64)	$(11- 6.64)^2 \div 6.64 = 2.862$
TOTAL		45	8.19

Fuente: Historias clínicas Periodontal

Autor: Dhayanna Aguirre Tene

Fórmula aplicada

$$x^2 = \frac{\sum(fo - fe)^2}{fe}$$

- **Σ=** sumatoria
- **fo =** frecuencia del valor observado
- **fe =**frecuencia del valor esperado
- Aceptación 95%
- Margen del error 5%

Hipótesis

Ho: Hipótesis nula
Hi: Hipótesis alternativa
P1: Proporción de eficacia 1
P2: Proporción de eficacia 2

Ho: P1=P2

Hi: P1≠P2

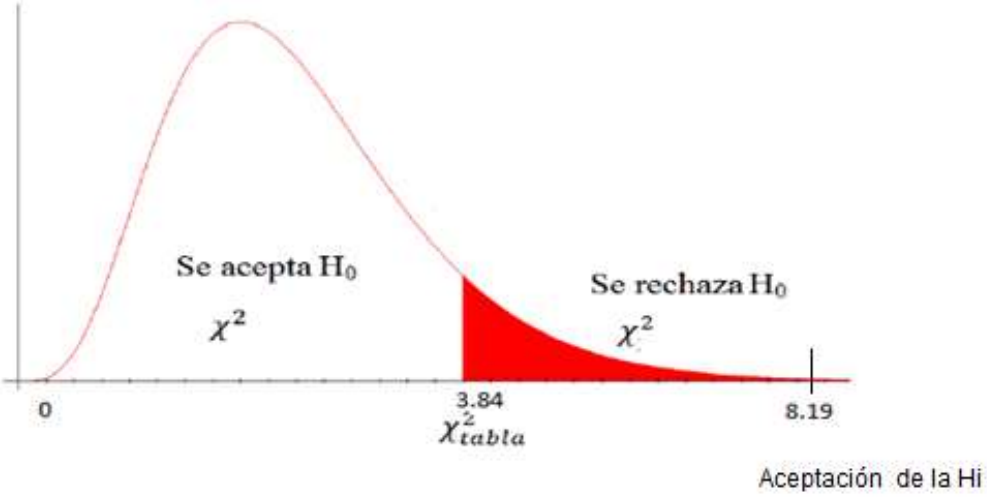


Diagrama de aceptación y rechazo de las hipótesis nula y alternativa

Interpretación

Para un mejor resultado de la eficacia terapéutica de los dentífricos, se tomó en consideración a 45 pacientes con diagnósticos de gingivitis.

Los resultados obtenidos en el dentífrico que contiene lactado de aluminio se obtuvo eficacia a 20 pacientes con el análisis de las variables de frecuencia es del 15.64; no eficacia en 2 pacientes con el análisis de las variables de frecuencia es del 6.35.

En el dentífrico que contiene gluconato de clorhexidina su eficacia fue en12 pacientes con el análisis de las variables de frecuencia es del 16.3; y no eficacia en 11 pacientes con el análisis de las variables de frecuencia es del 6.64.

El valor que se espera con un 95% de aceptación y 5% de error fue de 3.84 (tabla x^2) ver anexo 2; pero sumados las variables de frecuencias dio un valor de 8.19 que significa que la aceptación del dentífrico que contiene lactato de aluminio es muy eficiente en el tratamiento de la gingivitis, superando a los pacientes que fueron atendidos con el dentífrico que contiene gluconato de clorhexidina.

Cuadro 4. Factores agravantes de la enfermedad periodontal del grupo de Caballería Mecanizada N°18 “Cazadores de los Ríos”. 2012.

	TIENE	PACIENTE	PORCENTAJE
CÁLCULO DENTAL	SI	50	100%
	NO	0	0%
PLACA BACTERIANA	SI	50	100%
	NO	0	0%
MAL POSICIÓN DENTARIA	SI	20	40%
	NO	30	60%
FUMA	SI	37	74%
	NO	13	26%

Fuente: Historias clínicas Periodontal

Autor: Dhayanna Aguirre Tene

Interpretación

Se tomó en cuenta los principales factores agravantes de la enfermedad periodontal obteniendo los siguientes datos. Cálculo dental y la Placa Bacteriana se presentaron en todos los 50 pacientes dando un equivalente al 100%; Mal posición dentaria se encontró en 20 pacientes que equivale al 40% y 30 pacientes no presentaron mal posición dentaria lo que equivale a un 60%; es importante dar conocer que 37 personas manifestaron que consumen cigarrillo que equivale a un 74%; y 13 personas manifestaron que no consumen equivalente al 26%.

7. DISCUSIÓN

Durante muchos años se han realizado esfuerzos para mejorar la calidad de vida de personas con enfermedad periodontal. Viendo esta necesidad existe en la actualidad dentífricos que nos ayudan a controlar, y a desinflamar las encías. Dentro de este grupo de dentífricos tenemos a los que contienen gluconato de clorhexidina que posee propiedades antisépticas, bactericidas y el lactato de aluminio con acción astringente, y antiinflamatoria.

Guallar, (2004) señala que existen factores agravantes que inciden en la aparición de la enfermedad periodontal como la placa bacteriana, cálculo, empaquetamiento de comida, odontología iatrogénica, estrés, mal posición dental, lo que se corrobora en esta investigación, pero a más de los que menciona el autor encontramos hábitos como respiración bucal y el consumo de cigarrillo que favorecen a la enfermedad periodontal.[57]

Calsina, Serrano, (2005); Hernández, et al, (2012) han demostrado que la clorhexidina es más efectiva para el control de placa bacteriana y gingivitis. De igual manera, en otras investigaciones los resultados fueron los similares (Lanzagorta; et al, 2006). Por lo que no se concuerda con el presente estudio, más eficacia terapéutica se evidenció en el lactato de aluminio que en el gluconato de clorhexidina. [58][59][60]

---

[57]GUALLAR, José Miguel y colaboradores. (2004). La enfermedad periodontal. Disponible en http://www.medicoenlared.com/medicoenlared/imagenes/temas/enfermedad_periodontal.pdf. Páginas 1-2

[58]CALSINA, G; SERRANO, J, (2005). Existen realmente diferencias clínicas entre las distintas concentraciones de clorhexidina. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1138-123x2005000400007&script=sci_arttext. Página 3

[59]HERNANDEZ, TUDÓN, GUERRERO, TORRES. (2012). Estudio comparativo de la eficacia del uso de Triclosán vs Clorhexidina en pacientes adultos con enfermedad periodontal activa. Disponible en http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=82622&id_seccion=2030&id_ejemplar=8154&id_revista=124. Página 1

[60]LANZAGORTA, GUZMÁN, GUTVERG. (2006).Estudio Comparativo del Gluconato de Clorhexidina e Hipoclorito de Sodio: una alternativa en la Desinfección de Conos de Gutapercha. disponible en http://www.odontologos.mx/odontologos/reportajes/institutokuttler/Articulo_Clorhexidina.pdf. Páginas 1-2-3

El lactato de aluminio ha sido investigado por algunas Revistas De Pastas Dentales, (2003) como abrasivo, eliminando así los depósitos de placa bacteriana y acumulación de alimentos;[61] además ha sido estudiado como una sustancia sensibilizadora por Barroso, (2009);Naranjo, (2010) siendo muy efectiva, por lo que coinciden con mi investigación dándome excelentes resultados en el tratamiento de la enfermedad periodontal.[62][63]

Cada dentífrico contiene elementos activos diferentes como es la gingivit que en su composición contiene lactato de aluminio 1g; monofluorofosfato sódico 0.8g; triclosán al 0.2g; y pirofosfato tetrasódico, mientras que el encident contiene gluconato de clorhexidina al 0.12%; fluoruro de sodio 0.25g; pirofosfato tetrasódico; y sílica hidratada (abrasivo).

Cada uno de sus componentes cumple con funciones específicas y contribuyen a desinflamar, y descongestionar las encías. La acción principal de la gingivit es precipitar a las proteínas acompañadas de contracción y arrugamiento del tejido, sin embargo la acción principal del encident es destruir a la bacteria por alteración y lisis de la pared celular.

Una de las desventajas de la encident es su concentración al 0.12% de gluconato de clorhexidina provocando tinciones a las piezas dentales; la diferencia entre estos dentífricos es que la gingivit tienen propiedades

[61]REVISTA PASTAS DENTALES ENERO (2003).Compañera del cepillo es la pasta de dientes, indispensables para la higiene bucal en particular y para la salud en general. Disponible en: http://www.profeco.gob.mx/revista/pdf/est_03/pastaden.pdf. Páginas 1-2

[62]BARROSO Mildres. (2009).Clínica estomatológica. Bejucal. Hiperestesia destinaria. Disponible en http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol14_1_08/hab07108.pdf. Página 6

[63]NARANJO, Medelín. (2010).Atención de urgencia estomatológica. Disponible en: http://files.sld.cu/saludbucal/2010/10/26/files/2010/10/enfermedades-periodontales-que-ocasionaron-urgencias-estomatologicas.pdf. Páginas 4-5

antiinflamatorias, y astringentes; la encident tienen propiedades antisépticas y bactericidas.[64][65]

Al momento de aplicarlas en mi grupo de estudio y siguiendo las fases del tratamiento periodontal, tubo mejor eficacia terapéutica el dentífrico gingivit y lo ratifica el análisis estadístico (chi cuadrado), superando significativamente al encident, con un margen de error del 5%.

[64]LAMOSAN CÍA., LTDA (2008). Disponible en http://www.plmfarmacias.com/ecuador/DEF/PLM/productos/25828.htm. Página 1

[65]BLENASTOR C. A. (2006). E-mail: info@blenastor.comwww.blenastor.com. Disponible en Quito-Ecuador http://www.farmaciaz.med.ec/plm/src/productos/16922_326.htm. Página 2

8. CONCLUSIONES

1. Al momento de realizar el perfil epidemiológico se obtuvieron 45 pacientes con gingivitis que equivalente al 90%, y 5 pacientes con periodontitis siendo 10%.

2. Para determinar la eficacia terapéutica de los dentífricos se aplicó la fórmula del chi cuadrado, a los 45 pacientes atendidos con diagnóstico de gingivitis, teniendo los siguientes resultados. El valor que se espera con un 95% de aceptación y con 5% de margen error, fuel de 3.84 (tabla x^2) ver anexo 2; que sumadas las variables de frecuencia dio un valor de 8.19 que significa que la aceptación del dentífrico que contiene lactato de aluminio es muy eficiente en el tratamiento de la gingivitis, superando a los pacientes que fueron atendidos con el dentífrico que contiene gluconato de clorhexidina.

3. La placa bacteriana y el cálculo se presentaron en un 100% siendo los factores agravantes más predisponentes, el 40% presentó mal posición dentaria, y el 74% consumen cigarrillos contribuyendo significativamente a la aparición de la enfermedad periodontal.

4. El conocimiento de la salud bucal, mejora la calidad de vida de las personas.

9. RECOMENDACIONES

1. La Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja realicé convenios con estas instituciones para contribuir a mejorar la salud bucodental y prevenir enfermedades que alteren el sistema estomatognático.

2. Se sigan llevando a cabo programas de prevención y promoción, con la finalidad de que estas enseñanzas continúen y así evitar enfermedades bucodentales y más aún las periodontales.

3. Que se extienda la atención odontológica a los familiares, con el propósito de concientizar sobre la importancia de mantener una buena salud bucal e integral.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARRANCA Antonia. (2011). Manual de salud bucal. Veracruz. Disponible en http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-salud-bucal_joseantoniosoberanis.pdf. Página 10
2. BARRANCOS Mooney. (2006). Operatoria dental, 4ta Edición, Editorial. Panamericana. Páginas 210-301
3. BARTOLUCCI, Enrico. (2007). Altas de Periodoncia. Primera Edición. Editorial Ripano. Página 15
4. BARROSO Mildres. (2009).Clínica estomatológica. Bejucal. Hiperestesia destinaria. Disponible en http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol14_1_08/hab07108.pdf. Página 6
5. BLENASTOR C. A. (2006). E-mail: info@blenastor.comwww.blenastor.com. Disponible en Quito-Ecuador http://www.farmaciaz.med.ec/plm/src/productos/16922_326.htm. Página 2
6. BOTERO J, BEDOYA, E. (2005).Revista clínica de periodoncia, Implantologia y rehabilitación oral. Determinantes del Diagnóstico Periodontal. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072010000200007. Páginas 13-15-16
7. CALSINA, G; SERRANO, J, (2005). Existen realmente diferencias clínicas entre las distintas concentraciones de clorhexidina. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1138-23x2005000400007&script=sci_arttext. Página 3
8. CARRANZA. (2000). Periodontología clínica de Glickman. Séptima Edición. Editorial Interamericana. Páginas 15-16-17-78-79-104
9. CARRANZA, SZNAJDER. (1996). Compendio de Periodoncia. Quinta Edición. Editorial Panamericana. Páginas 1-14-16
10. DEPARTAMENTOS DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS. (2002). Enfermedad de las encías o enfermedad periodontal. Causas síntomas y tratamientos. Disponible en:

http://www.colombiaya.com/lidavargas/documentos/enfermedad-de-las-encias.pdf. Página16-17

11. ESPECIALIDADES ORTODONCIA. (2001). Clasificación de las maloclusiones. Disponible en: http://www.odontocat.com/ortoclas.htm
12. ENRILE, Rojas; SANTOS, Antonio, (2005).Colutorios para el control de placa y gingivitis basados en la evidencia científica. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2005000400006&script=sci_arttext. Página 8-9
13. GENCO Goldman Cohen. (1993). Periodoncia. Tercera Edición. Editorial Interamericana. Página 18-21-22
14. GÓMEZ Gladys .Flúor Y Fluorosis Dental. (2002). Primera Edición. Santa Cruz de Tenerife. Disponible en http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c7371f7e-3ed8-11de-ac1c- ff2cc426c4d/FluoryFluorosisWeb.pdf. Página 28
15. GUALLAR, José Miguel y colaboradores.(2004). La enfermedad periodontal. Disponible en http://www.medicoenlared.com/medicoenlared/imagenes/temas/enfermedad_periodontal.pdf. Página 1-2-12-13
16. HARRIS, Norman. (2001). Odontología preventiva primaria. Editorial Manual Moderno Páginas.70-74.
17. HARING, Jansen. (2002). Radiología Dental. Principios y Técnicas. Segunda Edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. Páginas. 527.
18. HERNANDEZ, TUDÓN, GUERRERO, TORRES. (2012). Estudio comparativo de la eficacia del uso de Triclosán vs Clorhexidina en pacientes adultos con enfermedad periodontal activa. Disponible en http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=82622&id_seccion=2030&id_ejemplar=8154&id_revista=124. Página 1.
19. MEDINA, A. (2009).Recesión gingival: una revisión de su etiología, Patogénesis y tratamiento. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v21n1/original4.pdf. Página 9.
20. MEZZOMO Elio. (2003).Rehabilitación Oral para el Clínico. Editorial Amolca. Páginas 32-40-41.

21. NARANJO, Medelín. (2010).Atención de urgencia estomatológica. Disponible en: http://files.sld.cu/saludbucal/2010/10/26/files/2010/10/enfermedades-periodontales-que-ocasionaron-urgencias-estomatologicas.pdf. Página 4-5.
22. LAMOSAN CÍA., LTDA (2008). Disponible en:http://www.plmfarmacias.com/ecuador/DEF/PLM/productos/25828.htm. Página 1.
23. LANZAGORTA, GUZMÁN, GUTVERG. (2006).Estudio Comparativo del Gluconato de Clorhexidina e Hipoclorito de Sodio: una alternativa en la Desinfección de Conos de Gutapercha. disponible en http://www.odontologos.mx/odontologos/reportajes/institutokuttler/Articulo_Clorhexidina.pdf. Página 1-2-3.
24. LINDHE Karring Lang. (2005).Periodontología Clínica e Implantologia Odontológica. Cuarta Edición. Editorial Médica Panamericana. Páginas: 48-49-50.
25. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1986).El uso correcto de Fluoruros en Salud Publica. Editorial OMS. Ginebra. Página 98.
26. REVISTA PASTAS DENTALES ENERO (2003).Compañera del cepillo es la pasta de dientes, indispensables para la higiene bucal en particular y para la salud en general. Disponible en: http://www.profeco.gob.mx/revista/pdf/est_03/pastaden.pdf. Páginas 1-2.
27. ROJAS Allende; y colaboradores. Informes de casos clínicos. (2009). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/allende_rp/Fase%20Tratamiento.pdf. Página 10
28. SALUD Y BIENESTAR. (2006). Respiración Bucal Excesiva. Disponible en http://www.todoexpertos.com/categorias/salud-y-bienestar/respuestas/1464991/respiracion-bucal-excesiva. Página 5.
29. SECRETARIA Y SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD, (2006). Disponible en http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2011/10/Manual-Uso-de-Fluoruros-dentales.pdf. Página 20.
30. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN. (2005).Manual Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implantes.

Fundamentos y Guías Práctica. Editorial Médica Panamericana. Páginas 28-29-30-31-38-40-45-46-51-72-73-74.

31. SHAFER B.M. (2002).Tratado de la Patología Bucal. Editorial Interamericana. Cap. 15. Páginas.- 106-110-112

32. URZÚA Ricardo. (2005).Técnicas Radiográficas Dentales y Maxilofaciales. Editorial Amolca. Página 3-4

33. WILSON T., KORNMAN K., NEWMAN M. (1992). Diagnosis of Periodontal Diseases and Conditions Using a Traditional Approach. Cap V. Páginas: 74-75-76-77-78-79-80-81-85.

ANEXOS

ANEXO 1

ANTEPROYECTO

TEMA

"ELABORACIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y TRATAMIENTO PERIODONTAL, PARA EL POSTERIOR ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE DOS COMPONENTES DE DENTÍFRICOS GLUCONATO DE CLORHEXIDINA Y LACTATO DE ALUMINIO, PARA DETERMINAR SU EFICACIA TERAPÉUTICA, APLICADA EN LOS PACIENTES DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD, DEL GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADA N°18, "CAZADORES DE LOS RÍOS", EN EL PERÍODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2012".

PROBLEMATIZACIÓN

Desde tiempos inmemorables se debatía la importancia de los diferentes factores relacionados con la pérdida de la salud gingival, pero aún no habían sido descritos los índices epidemiológicos, y por ello la higiene oral y la salud periodontal eran conceptos subjetivos; se evaluaban con calificaciones como malo, moderado o bueno, más tarde, aplicando índices, como el de Russell, el periodontal de Ramfjord, el de higiene oral de Greene y Vermillion y otros similares, se hicieron estudios epidemiológicos para determinar la prevalencia y la severidad de la gingivitis y de la periodontitis.

Lindhe, (2005) señala que la enfermedad periodontal es una infección bacteriana de las encías que destruye las fibras de inserción y el hueso de soporte que mantiene los dientes en la boca. Además (Carranza y Sznajder, 1996) menciona que la principal causa de esta enfermedad es la placa bacteriana, una película pegajosa, incolora que se forma constantemente en los dientes, las toxinas producidas por la bacteria en la placa inflaman las encías, provocando la infección, muchas personas no se dan cuenta de la enfermedad periodontal ya que en la mayoría de los casos no produce dolor, pasando por desapercibido, primeramente lesionando las encías “gingivitis” y avanzando progresivamente, sin embargo, su temprana detección y tratamiento son extremadamente importantes, debido a que la enfermedad periodontal lleva a la perdida de los dientes por movilidad o falta de soporte.

Genco, (1993) manifiesta que el tratamiento profesional y la dedicación del paciente pueden detener el progreso de la enfermedad con la utilización de un dentífrico que contenga principios activos para la desinflamación y con una correcta técnica de cepillado, así mismo la utilización del hilo dental ayudando a la regeneración de los tejidos dentarios; La ciencia y la tecnología nos provee de una serie de productos que ayuden a la desinflamación y regeneración de tejidos periodontales, como es el caso de dentífrico gingivit siendo su principal activo el lactato de aluminio y la encident con su principal activo el gluconato de clorhexidina, que se

prescriben con mayor frecuencia, siendo sus componentes activos diferentes.

Laboratorios Lamosan, (2008) menciona que el lactato de aluminio gingivit ayuda a reparar la gingiva, cuando estos presentan síntomas agudos o crónicos, tales como tumefacción, porosidad y sangrado frecuente, investigaciones (Revista Pastas Dentales, 2003, Barroso, 2009; Naranjo, 2010) han demostrado que el lactato de aluminio es eficacia como sensibilizante y actúa descongestionando la encía, fortaleciéndola y eliminando placa bacteriana.

Blenastor C. A. (2006); alude que el Gluconato de clorhexidina han demostrado su acción antiséptica, bactericida y bacteriostático, siendo muy efectiva para el control de enfermedades periodontales, y se han realizado muchos estudios que lo comprueban (Calsina, Serrano, 2005 Lanzagorta; Guzmán; Gutverg, 2006; Barranca, 2011).

Se conoce de estudios y análisis de estos dentífricos de forma separada; cada uno con sus características individuales, pero no hay información de investigaciones en el tratamiento periodontal en base a la fusión de los componentes que determine su efectividad terapéutica.

JUSTIFICACIÓN

La Universidad Nacional de Loja a través del Área de Salud Humana específicamente con la Carrera de Odontología, tiene la obligación de formar profesionales de elevado rendimiento que evidencien el dominio de competencias teórico-prácticos; vincularnos con la colectividad y así aportar con alternativas de solución para mejorar la salud bucodental e integral las personas de su entorno.

Es por ello que he determinado mi proyecto de investigación titulado "ELABORACIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y TRATAMIENTO PERIODONTAL, PARA EL POSTERIOR ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE DOS COMPONENTES DE DENTÍFRICOS GLUCONATO DE CLORHEXIDINA Y LACTATO DE ALUMINIO, PARA DETERMINAR SU EFICACIA TERAPÉUTICA, APLICADA EN LOS PACIENTES DE 20 A 35 AÑOS DE EDAD, DEL GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADA N°18, "CAZADORES DE LOS RÍOS", EN EL PERÍODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2012"**,** trabajo investigativo que es de suma importancia dado que la enfermedad periodontal puede variar desde una simple inflamación de las encías o gingivitis hasta una enfermedad grave que puede dañar los tejidos blandos y los huesos que sostienen los dientes, provocando alteraciones a nivel estético, funcional, sistémico confort del paciente.

La higiene bucal es uno de los elementos principales para cuidado oral, que nos permitirá prevenir enfermedades bucodentales, entre ellas las enfermedades periodontales,por lo que la ciencia y tecnología una gran cantidad dentífricos de muchos tipos y características con compuestos contra la caries, el sarro, la placa dentobacteriana o para contrarrestar la sensibilidad de los dientes, entre muchas otras propiedades.

Además como estudiante de la carrera de odontología pude observar que muchas personas desconocen este tipo de enfermedad y sus consecuencias, es por ello que veo la imperiosa necesidad de generar nuevos conocimientos, y de esta forma contribuir a mejorar las condiciones bucales basándonos en una odontología preventiva.

La realización del presente trabajo de investigación a más de contribuir a mi formación profesional me permitirá cumplir mi principal meta como estudiante que es obtener el título profesional de Odontóloga General.

Además los resultados que se obtengan de este proyecto de investigación, estará al alcance de los estudiantes y profesionales del campo odontológico, para actualizar sus conocimientos, y a su vez informarse de la eficacia terapéutica que nos brinda estos dos componentes de dentífricos Gluconato de Clorhexidina y Lactato de Aluminio.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la eficacia terapéutica entre dos componentes de dentífricos Gluconato de Clorhexidina y Lactato de Aluminio en pacientes tratados periodontalmente entre 20 a 35 años de edad del Grupo de Caballería Mecanizada N°18 “Cazadores de los Ríos”.

Objetivo específico:

1. Determinar los factores que condicionan la presencia de enfermedad periodontal.

2. Conocer la eficacia terapéutica entre dos componentes de dentífricos Gluconato de Clorhexidina y Lactato de Aluminio, y establecer cual nos brinda mejores resultados siguiendo las fases del tratamiento periodontal.

3. Realizar el perfil epidemiológico y el respectivo tratamiento periodontal.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: PERIODONTO

1.1 Encía

Concepto:

Es la parte de la membrana mucosa bucal que cubre los procesos alveolares y las porciones cervicales de los dientes. [66]

1.2 Periodonto sano

La encía sana se ajusta estrechamente alrededor de los dientes, y llena cada espacio interproximal entre estos hasta el área de contacto. La encía termina en un borde delgado y delicado llamado “encía libre”, que se adhiere estrechamente al diente. Un chorro de aire proveniente de una jeringa separa la encía libre de la superficie dental, pero la encía se regresa a su lugar con rapidez.[67]

1.3 Características Clínicas

1.3.1 Color

Es la gingiva normal es rosado claro y se debe a la sangre presente en los vasos sanguíneos, cuyo tono es atenuado por la capas epiteliales superficiales. Además puede aparecer una coloración marrón negruzca o azulada más o menos intensa, localizada por lo general en la gingiva insertada que se debe a la presencia de la melanina, en relación con la coloración oscura de la tez.

---

[66] GENCO Goldman Cohen. Periodoncia. Tercera Edición. Editorial Interamericana. 1993

[67] SHAFER B.M. Tratado de la Patología Bucal. Editorial Interamericana 2002; Cap. 15. Pág 34.

1.3.2 Contorno

El margen gingival sigue las ondulaciones de los cuellos de los dientes; la papila gingival debe llenar el espacio interdental hasta el punto de contacto. El margen termina sobre la superficie del diente, en forma afilada.

1.3.3 Consistencia

Es firme; la gingiva marginal puede separarse levemente del diente con un instrumento o con un chorro de aire, la gingiva insertada está firmemente unida al hueso y cemento subyacente.

1.3.4 Superficie

La gingiva marginal es lisa, la gingiva es inserida es punteada comparable a una cascara de naranja. [68]

CAPÍTULO II: PATOLOGÍA PERIODONTAL

2.1 Etiología de la gingivitis

Es muy variada y se ha dividido en factores locales y sistémicos los más comunes son:

Factores locales

- Microorganismos
- Sarro
- Impactación de comida
- Restauraciones o aparatos mal construidos o irritantes
- Respiración bucal
- Malposición dental
- Aplicación química o de drogas, etc.

[68] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACION. Manual Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implantes. Fundamentos y Guías Práctica. Editorial Médica Panamericana. Páginas 1-48

Factores sistémicos

- Alteraciones nutricionales
- Acción de drogas
- Embarazo, diabetes y otras disfuncionales endocrinas
- Alergias
- Herencia
- Fenómenos psíquicos
- Infecciones granulomatosas especificas
- Disfunción Neutrófila
- Inmunopatías

2.2 Inflamación Gingival

La gingivitis es la formación más frecuente de la enfermedad gingival. En todas sus formas está presente la inflamación porque la placa bacteriana que la produce y los factores irritantes que favorecen su acumulación, suelen presentarse en el medio gingival.[69]

2.3 Características Clínica de la Gingivitis

- Perdida clínica de inserción
- Presencia de bolsas periodontales
- Inflamación gingival (edema, eritema)
- Factores predisponentes (calculo supragingival, placa bacteriana).

2.4 Clasificación de la gingivitis

La última clasificación de la gingivitis se determinó en 1992 por Willson, Kornman y Newman.

[69]SHAFER B.M. Tratado de la Patología Bucal. Editorial Interamericana 2002; Cap. 15. Pág.- 106-113

2.4.1 Gingivitis Asociada a Placa Bacteriana

Es una lesión de carácter inflamatorio que compromete al periodonto de protección y que tiene como factor etiológico a la Placa Bacteriana. En cuanto a su extensión puede ser localizada a una pieza o grupo, generalizada a una o dos arcadas, según el índice gingival leve de 0 a 1mm, moderada de 1.1 a 2mm, severa 2.1 a 3mm.
El estado inflamatorio en la gingivitis aguda:aparece de improviso y dura poco tiempo, eliminando causa se mejora, y gingivitis crónica**:** aparece con lentitud, dura mucho tiempo y no causa dolor a menos que la compliquen estados agudos o sub-agudos.

2.4.2 Gingivitis ulcero necrótica aguda (GUNA).

Es una entidad destructiva de la encía que tiene signos y síntomas que le son propios, tales como compromiso ganglionar, fiebre, malestar general, aumento de la salivación y halitosis fuerte y característica. Puede ser localizada y generalizada, los signos que presenta son sangrado, necrosis y ulceración papilar y marginal pseudo membrana de fibrina por necrosis de la papila, al eliminarse queda una superficie ulcerosa y sangrante, y sus síntomas dolor, mal sabor, malestar general.

2.4.3 Gingivitis influida por hormonas esteroidales.

- Diversos estudios han demostrado que la prevalencia y severidad de la gingivitis aumenta durante el embarazo y la pubertad a pesar que los valores de placa permanecen estables.
- En este período las hormonas y sus metabolitos se hallan en cantidades elevadas en la encía.
- Las hormonas son nutrientes para prevotella intermedia.
- Actúan en la pubertad, embarazo, por uso de anticonceptivos orales o terapia hormonal.
- Se resuelve una vez terminada la causa.

Sus características clínicas son: sangra fácilmente, inflamación intensa de color rojo brillante, de consistencia blanda con superficie lisa brillante.

2.4.4 Gingivitis asociada a alteraciones sanguíneas, deficiencias nutricionales.

Alteraciones Sistémicas:

- Hemorragia provocada por trastornos sistémicos, debido a la insuficiencia de uno o más de los mecanismos hemostáticos.
- Púrpura trombocitopénica.
- Déficit plaquetario.
- Hipoprotrombinemia (déficit de vitamina K).
- Hemofilia, leucemia, administración de salicilatos y anticoagulantes, anemias.

Alteraciones Nutricionales

- Carácter físico de la dieta: blanda o dura.
- Déficit de vitaminas: Vitamina A (hiperplasia e hiperqueratinización del epitelio gingival en ratas).
- Complejo B (gingivitis, glositis).
- Déficit de Vitamina C Escorbuto, es escaso, se presentan hemorragias y cicatrización retardada de las heridas.
- Déficit Proteico.

2.4.5 Gingivitis descamativa

Es una patología de la mucosa oral que afecta a la zona gingival. Se caracteriza por una descamación o despellejamiento del epitelio de la encía dejando una superficie color rojo vivo, dolor.

1.5 Factores Agravantes

2.5.1 Placa Bacteriana

En el trascurso de la vida, todas las superficies de contacto del cuerpo están expuestas a la colonización por una gama amplia de microorganismos. La flora microbiana establecida suele vivir en armonía con el huésped. La renovación constante de las superficies por la descamación evita la acumulación de grandes masas de microorganismos, sin embargo en la boca los dientes proveen superficies no descamativa y rígidas para el establecimiento de depósitos bacterianos extensos.

La acumulación y el metabolismo de las bacterias en las superficies de la cavidad bucal se consideran causa principal de caries dental, gingivitis, periodontitis, infección y estomatitis. Los depósitos masivos suelen estar asociados con la enfermedad localizada en los tejidos adyacentes blandos y duros. Los sitios periodontales en la mayoría de los individuos no siempre muestran signos clínicos de destrucción tisular activa, con la consiguiente pérdida de la inserción de las fibras del tejido conectivo en las superficies radiculares. Aun si estuviesen constante colonizados por diversos números y especies de bacterias. [70]

2.5.2 Cálculo

Son masas calcificadas y adherentes que se forman sobre la superficie del diente, pueden ser supragingival o subgingival, según se localicen por encima o por debajo del margen gingival. [71] Es el resultado de la

[70] LINDHE Karring Lang. Periodontologia Clínica e Implantologia Odontológica. Cuarta Edición. Editorial Médica Panamericana 2005. PAGINAS 48-49; 85-107

[71] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACION. Manual Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implantes. Fundamentos y Guías Práctica. Editorial Médica Panamericana. Páginas 1-48

calcificación de las proteínas salivales, el sarro o calculo dental suele presentar placa bacteriana mineralizada.

2.5.2.1 Aspecto, Distribución, y Diagnóstico clínico

El sarro supragingival es una masa de dureza moderada con una coloración que va desde el blanco cremoso hasta el ocre o marrón. El grado de formación de los cálculos no solo depende de placa, sino de la secreción de las glándulas salivales. De ahí que el sarro supragingival se halla preferentemente adyacente a los conductos de salida de las glándulas salivales principales, como en la cara lingual de los dientes anteroinferiores (conducto de las glándulas submandibulares) y la cara vestibular de los primeros molares superiores (conducto de la glándula parótida).

Subgingivalmente solo puede detectarse por exploración táctil, dado que su formación se produce en sentido apical al margen gingival por lo que no suele ser visible, en ocasiones el sarro subgingival puede visualizarse en las radiografías dentales siempre que los depósitos representen una masa importante. Los depósitos pequeños o residuales que quedan como consecuencia de la instrumentación radicular, difícilmente pueden visualizarse mediante una radiografía. Si se abre el margen gingival con un chorro de aire o se lo retrae con un instrumento, se podrá observar una masa amarronada o negra de aspecto rugoso. Nuevamente, esta masa mineralizada refleja el predominio de las acumulaciones bacterianas mezcladas con los productos del líquido crevicular y de la sangre. En consecuencia el sarro subgingival se lo haya en la mayoría de las bolsas periodontales, extendiéndose desde la unión amelocementaría y llegando hasta cerca del fondo de la bolsa.[72]

[72]SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACION. Manual Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implantes. Fundamentos y Guías Práctica. Editorial Médica Panamericana. Páginas 1-48

2.5.2.2 Composición del cálculo

Tanto el cálculo supragingival como subgingival tiene una composición química similar. Ambos poseen un 70 a 90 % de material inorgánico, constituido principalmente por fosfato de calcio, y en menor proporción, carbonato de calcio, y vestigios de fosfato de magnesio.

2.6 Empaquetamiento de comida

Es la introducción forzada en un espacio interdental de restos alimenticios impelidos por fuerzas oclusales. Las cúspides que fuerzan el alimento en el espacio interdental opuesto se llaman cúspides impelentes.

La existencia de un contacto interproximal firme e intacto impide el empaquetamiento de comida.Los restos de comida forzados en un espacio interdental la deposición de placa, o que provoca una reacción inflamatoria. La pérdida ósea resultante puede hacerse en algunos casos levemente verticales, si el alimento es forzado más hacia un lado que hacia el otro.

2.7 Odontología Iatrogénica

Si las restauraciones situadas cerca de la gingiva no reúnen las características necesarias, producen lesiones gingivales. Esas características son:

- **Contorno Adecuado:** El contorno ideal es una obturación es aquel que permite una acción efectiva de auto limpieza por el deslizamiento de la comida y la acción muscular sin interferencias. Los contornos muy convexos en la parte cercana a la gingiva dificultan la auto limpieza y el cepillado.
- **Puntos de contacto adecuado**: El punto de contacto incorrecto permite el empaquetamiento de comida.
- **Margen gingival:** Las Obturaciones desbordantes favorecen la acumulación de placa al crear espacios donde las bacterias pueden

proliferar al abrigo de los sistemas de auto limpieza e higiene oral, Si los márgenes desbordantes están situados cerca de las gingiva esta se inflamara.

- **Pulido Final:** La superficie lisa y pulida de la obturación evita la acumulación de bacterias. Las rugosidades o irregularidades de las obturaciones no son lesivas de por si sino por la placa que se acumula en ella.
- **Material de Obturación:** En general los materiales de obturación no son irritantes, con la posible excepción de los acrílicos de autocurado.

2.8 Respiración Bucal

El hábito de respirar por la boca provoca el agrandamiento gingival marginal de tipo inflamatorio, localizado en vestibular de canino a canino superiores.

2.9 Tabaco

El tabaco ya sea fumado o masticado, acelera el progreso de la enfermedad periodontal y retrasa la cicatrización después del tratamiento periodontal. Además existe una correlación evidente entre el hábito de fumar y la aparición de gingivitis ulceronecrotizante [73]La bibliografía indica constantemente una asociación positiva entre el hábito de fumar y la periodontitis crónica en numerosos estudios longitudinales y transversales, el riesgo que atribuye el tabaco es de 2,5 a 7,0. No solo trata de que exista riesgo de desarrollar la enfermedad, sino que la respuesta al tratamiento, es menor en los fumadores.

[73]SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACION. Manual Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implantes. Fundamentos y Guías Práctica. Editorial Médica Panamericana. Páginas 1-48

2.10 Estrés

El estrés y otros estados psicosomáticos pueden tener sobre las defensas del cuerpo efectos antiinflamatorios o antiinmunitarios directos o efectos medianos por el comportamiento, de ahí que estos estados pueden ser conceptualmente relevantes para la etiología de la periodontitis crónica y de las afecciones ulceronecrosantes.[74]

2.11 Mal posición dental

Los dientes que han hechos erupción o que se han movido fuera de la oclusión fisiológica, donde repentinamente están sujetos a fuerzas anormales durante la masticación, al parecer son muy susceptibles al desarrollo de la enfermedad periodontal El sarro se puede depositar en la superficie lingual, y las bacterias están listas para atacar el tejido alrededor de este diente, y como resultado de esta combinación de influencias los tejidos gingivales pueden estar inflamados y se retraen. Los dientes que se encuentran en posiciones labiales, tienen menos cubiertas óseas sobre su superficie radicular y de ahí que sean más susceptibles al traumatismo del cepillado dental y otras inflamaciones locales. [75]

2.12 Enfermedad Periodontal

2.12.1 Etiología de la Enfermedad Periodontal

Es de causa bacteriana - infecciosa, localizada en las encías, aunque puede afectar el estado general del paciente. La alteración en el equilibrio bacteria – huésped en el desencadenante de esta enfermedad. La enfermedad periodontal se debe a unas bacterias específicas, que

[74] LINDHE Karring Lang. Periodontologia Clínica e Implantologia Odontológica. Cuarta Edición. Editorial Médica Panamericana 2005. PAGINAS 48-49; 85-107

[75] SHAFER B.M. Tratado de la Patología Bucal. Editorial Interamericana 2002; Cap 15. Pág.- 106-113

están en la cavidad oral, alrededor de los dientes y que si no se elimina correctamente se depositan entre la encía y el diente, inflamando la encía, posteriormente estas bacterias son capaces de desplazarse por debajo de la encía, migrando así a través de la raíz del diente e ir destruyendo al hueso que sujeta a los dientes. Pudiendo ser generalizada o localizada, pudiendo contribuir al desarrollo y curso de ciertas enfermedades sistémicas.

2.12.2 Manifestación clínica

- Enrojecimiento de las encías
- Sangrado de las encía al cepillarse o espontáneamente
- Retracción de las encías
- Aumento de la sensibilidad dentaria al frio
- Movilidad dentaria
- Aparición de absceso en las encías con zonas de dolor [76]

2.12.3 Clasificación de la Enfermedad Periodontal

En 1992 Willson, Kornman y Newman desarrollaron la siguiente clasificación la cual dio el parámetro inicial para desarrollar la clasificación que actualmente se usa, estos autores clasificaron al grupo de enfermedades periodontales de la siguiente manera basándose principalmente en la profundidad del sondaje para algunas clasificaciones:

- **Periodontitis Crónica del Adulto leve**

  Presenta una profundidad al sondaje de 4 a 5 milímetros, mínima o casi nula invasión de furca, sangrado al sondaje, supuración y otros signos de actividad de la enfermedad, puede presentarse fremitus o movilidad bidigital. Radiográficamente no hay pérdida de hueso aparentemente.

[76] DOCTOR GUALLARJosé Miguel y colaboradores. La enfermedad periodontal. Está disponible en http://www.medicoenlared.com/medicoenlared/imagenes/temas/enfermedad_periodontal.pdf

- **Periodontitis Crónica del Adulto Moderada**

  Presenta surcos gingivales de 4 a 6 milímetros de profundidad, moderada invasión de furca, sangrado y supuración y otros signos que demuestran que la enfermedad se encuentra activa, a menudo hay fremitus y movilidad bidigital. Radiográficamente muestra minina destrucción del hueso alveolar.

- **Periodontitis Crónica del Adulto Severa**.

  Encontramos una profundidad de 7 mm o más de profundidad del surco gingival, invasión de la furca avanzada que va de lado a lado, sangrado al sondaje, supuración, frecuentemente se encuentra fremitus y movilidad bidigital. Radiográficamente hay severa pérdida de hueso alveolar.

- **GRUPO III:** Ocurren alrededor de la pubertad usualmente localizadas en los molares e incisivos y no se encuentran asociados a placa o calculo dental. Radiográficamente presentan pérdida ósea.

CAPÍTULO III: TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

3.1 Diagnóstico de la enfermedad periodontal

En la actualidad el diagnóstico de la enfermedad periodontal continúa basándose en el examen clínico del paciente, principalmente en la detección de los cambios inflamatorios y en la valoración de la extensión, y distribución de la perdida de inserción. El método clínico detecta el daño periodontal una vez producido y, por lo tanto permite conocer de forma apropiada la gravedad del proceso en el momento del diagnóstico.

3.2 Pronóstico

Una vez realizado un correcto diagnóstico del caso, se pasara a realizar su pronóstico. Existe una serie de parámetros que modifican el pronóstico

individual de cada diente como una lesión en la furca de grado II, u otros que ensombrecen el pronóstico del caso, por ejemplo pacientes fumadores más de un paquete al día. [77]

3.3 Plan de tratamiento

La meta principal del tratamiento es controlar la infección. El número y tipos de tratamiento variarán dependiendo de la gravedad de la enfermedad. Todo tipo de tratamiento exige que el paciente cuide a diario sus dientes; aun después que el tratamiento finalice. Además, tal vez el especialista sugiera modificar ciertos comportamientos, por ejemplo, dejar de fumar, como una forma de mejorar los resultados del tratamiento.[78]

Wilson, Kornman, Newman, (1992) establece las fases del tratamiento periodontal como lo son la general, higiénica, correctiva - quirúrgica, reevaluación y mantenimiento; no necesariamente se aplica en un paciente las cinco fases lo mínimo son la general, higiénica, reevaluación y mantenimiento, las citas periodontales se realizara cada 8, 16 y 21 días con la finalidad de que exista una reparación a nivel del tejido conectivo, luego del detartraje o el raspado y alisado radicular, y finalmente se realizara la valoración de tejidos gingivales y el alta periodontal, y su respectiva motivación.[79]

---

[77]SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACION. Manual Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implantes. Fundamentos y Guías Práctica. Editorial Médica Panamericana. Páginas 1-48

[78]DEPARTAMENTOS DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS. Enfermedad de las encías o enfermedad periodontal. Causas síntomas y tratamientos
http://www.colombiaya.com/lidavargas/documentos/enfermedad-de-las-encias.pdf

[79]WILSON T., KORNMAN K., NEWMAN M. Diagnosis of Periodontal Diseases and Conditions Using a Traditional Approach. Año 1992. Cap V. Pág. 74-85

CAPÍTULO IV: MÉTODOS PREVENTIVOS

4.1 Prevención de la Enfermedad Periodontal

La prevención del inicio y recurrencia de la enfermedad periodontal se dirige a minimizar o eliminar los factores etiológicos que contribuyen a su desarrollo; esas medidas se encuentran en dos categorías principales:

- Mantener un ambiente bucal limpio para que las bacterias patógenas no proliferen y contribuyan al trastorno de los tejidos de soporte
- Mantener la capacidad de defensa del huésped completa a través de una buena salud física y mental. El paciente en la actualidad tienen mayor control que el clínico en los cambios de estilo de vida que se relacionan con la salud.

4.2 Higiene Bucal

Es la ejecución de una serie de actividades utilizando diferentes elementos para retirar los residuos de las superficies dentales, tejidos adyacentes, lengua y mucosa bucal. [80]La higiene bucal adecuada, es una parte integral de las prácticas de salud generales, como el ejercicio regular, tratamiento de estrés, control de dieta y peso, cese del tabaquismo y moderación en el consumo de alcohol; si el clínico evalúa los niveles de salud general y establecer el vínculo entre salud bucal y general del paciente. Cambiar las prácticas de higiene bucal al tomar mayor tiempo para cepillado, usos de hilo de irrigar con agentes antiplaca especiales, es un cambio de estilo de vida. [81]

---

[80]ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El uso correcto de Fluoruros en Salud Publica. Editorial OMS. Ginebra 1986. Páginas 98-102; 17-21

[81]GENCO Goldman Cohen. Periodoncia. Tercera Edición. Editorial Interamericana. 1993

4.3 Elementos básicos de limpieza

4.3.1 Dentífricos

Son sustancias que usadas con el cepillo dental sirve para limpiar y pulir las superficies dentarias. Los más difundidos son en forma de pasta, pero los hay también en gel, polvo o líquido.[82] Su acción básica es ayudar a desintegrar los residuos alimenticios, eliminar manchas. Cuando tienen minerales como fluoruros sirven de vehículo para su incorporación al esmalte dental; si tienen fármacos sirven para contrarrestar la acción de los microorganismos.

Dentífrico Gingivit

Su principal componente activo es el lactato de aluminio 1.0 g; monofluorofosfato sódico 0.8 g; y triclosán 0.2 g, pertenece a la categoría de los astringentes y actúa precipitando las proteínas, acompañada de contracción y arrugamiento del tejido, disminuyendo proteínas plasmáticas y reduciendo el edema, y la inflamación, el triclosán es un agente antibacteriano de amplio espectro con acción sobre grampositivos, gramne-gativos y hongos, el monofluorofosfato sódico posee propiedades antiinflamatorias para fortalecer el esmalte dental contra la acción de los ácidos que provocan las caries, cuando existen hemorragias leves pero frecuentes de las encías afectadas, son controladas por la acción estíptica de la gingivit, que coagula la sangre, tapona los capilares, desinflama y mantiene libre del ataque bacteriano a la región.[83]

---

[82]SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACION. Manual Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implantes. Fundamentos y Guías Práctica. Editorial Médica Panamericana. Páginas 1-48

[83]LAMOSAN CÍA., LTDA 2008 disponible en http://www.plmfarmacias.com/ecuador/DEF/PLM/productos/25828.htm

Dentífrico Encident

La composición de la encident contiene: gluconato de clorhexidina 0,12%, fluoruro de sodio 0,25 g, pirofosfato tetrapotásico, sílica hidratada (abrasivo), tiene propiedades antisépticas, bactericidas de amplio espectro, elimina bacterias gram positivas, gram negativas, microorganismos, aerobios, anaerobios y hongos, actúa destruyendo a la bacteria por alteración y lisis de la pared celular, impidiendo la adhesión de estas a los dientes y como consecuencia reduciendo la formación de la película bacteriana, está indicada en la prevención de las caries, gingivitis, postcirugia, ortodoncia removible y fija, pacientes con incapacidad física, mental, pacientes inmunodeprimidos con leucemia, SIDA y otros, niños con deficiencia motriz, es importante utilizar tres veces al día hasta que desaparezca la inflamación, se han manifestado tinciones temporales, que desaparecen al dejar de utilizar el producto o con profilaxis profesional. [84]

4.3.2 Técnicas de cepillado para el tratamiento periodontal

Las técnicas de cepillado la más utilizada por los pacientes sin educación es la de restregado horizontal reciprocante, a un movimiento rotatorio o a un sencillo movimiento de arriba hacia abajo sobre los dientes, maxilares y mandibulares.

Las técnicas de cepillado más utilizadas para el tratamiento periodontal es la Stillman esta fue desarrollada para proporcionar estimulación gingival, colocando al cepillo dental en posición inclinada a 45 grados respecto al vértice dental, y parte del cepillo sobre la encía y el diente, con movimientos vibratorio y ejerciendo una presión ligera para estimular la encía.

La técnica de Bass fue la primera en centrarse en el retiro de la placa y los detritos presentes en el surco gingival, mediante la utilización combinada de un cepillo dental blando y del hilo dental sin cera, colocando el cepillo a 45 grados respecto al vértice dental, presionando las cerdas

[84] BLENASTOR C. A. 2006 E-mail: info@blenastor.comwww.blenastor.com. Disponible en Quito-Ecuador

suavemente para que entren al surco gingival y realizando 10 movimientos vibratorios en cada área. [85]

[85]HARRIS Norman. Odontología preventiva primaria. Editorial Manual Moderno 2001 Pág.70-74

METODOLOGÍA

TIPOS DE ESTUDIO.- El presente trabajo investigativo es de tipo descriptivo, clínico, observacional, analítico, y transversal.

UNIVERSO.- Para definir el Universo, se realizó visitas al Grupo de Caballería Mecanizada N°18 “Cazadores de los Ríos” siento esta de un total de 100 personas entre 20 a 35 años de edad.

MUESTRA.- Previa a la selección mediante un diagnóstico clínico general se seleccionó a 50 pacientes con enfermedad gingival, entre la edad establecida.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

El trabajo de investigación se lo desarrollará, mediante la realización de un exámen clínico periodontal, en el cual se utilizara set de diagnóstico, sonda periodontal, tartectromos, curetas gracey, utilización de dentífricos con su componente activo el lactato de aluminio(gingivit) y el gluconato de clorhexidina (encident), historias clínicas previamente validadas con datos tomados de libro de Wilson, Kornman, Newman, (1992) y de la historia periodontal de la UNL, tomas fotográficas, y radiografías periapicales.

El presente trabajo de investigación será realizado de abril a septiembre del 2012 de la siguiente manera:

PRIMERA SESIÓN: (fecha de ingreso a la consulta odontológica)

- Elaboración de la historia clínica,
- Control de placa bacteriana.
- Toma fotográficas intraorales iniciales
- Toma de radiografías periapicales

SEGUNDA SESIÓN: (8 días después de la primera sesión)

- Detartraje general (Eliminación del cálculo sub –supragingival)
- Motivación y educación sobre salud bucal
- Entrega de dentífricos de forma aleatoria.
- Adiestramiento intra-oral

TERCERA SESIÓN: (8 días después de la segunda sesión)

- Raspado y alisado radicular.
- Segunda motivación y educación sobre salud bucal
- Adiestramiento intra-oral

CUARTA SESIÓN: (21 días después de la tercera sesión)

- Valoración de tejidos
- Segundo control de placa bacteriana
- Profilaxis dental y aplicación de flúor
- Fotografías Postoperatorias
- Radiografías periapicales Finales
- Indicaciones

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inclusión: Todos el personal entre 20 y 35 años de edad del Grupo de Caballería Mecanizada N°18 “Cazadores de los Ríos”

Exclusión: Se tomaran en cuenta los militares que no colaboren en la investigación.

Tabulación de datos: Para la tabulación y presentación de resultados se aplicará el procesador correspondiente a Microsoft Office, Microsoft Excel, utilizando tablas, pasteles y barras según corresponda, y se presentará en forma impresa.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Director de tesis
- ✓ Investigadora
- ✓ Personal del Grupo de Caballería Mecanizada N°18, “CAZADORES DE LOS RÍOS”, en el periodo abril – septiembre 2012.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Material odontológico
- ✓ Instrumental odontológico
- ✓ Dentífricos con sus componentes activos el gluconato de clorhexidina y lactato de aluminio.
- ✓ Cámara de fotos

RECURSOS FINANCIERO

Egresos	Total
Material odontológico	150
Instrumental Odontológico	200
Dentífricos con sus componentes activos el gluconato de clorhexidina y lactato de aluminio.	120
Impresiones	70
Material bibliográfico	20
Internet	30
Fotocopias	20
Total	610

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				N0VIEMBRE			
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Aprobación del tema de investigación		x	x																													
2. Realización de Historia Clínica				x																												
3. Marco Teórico					x			x																								
4. Trabajo de Campo									x	x	x	x	x	x	x	x																
5. Tabulación de Datos																	x	x	x													
6. Realización de Informe																					x	x	x									
7. Entrega de informe																								x								
8. Correcciones																									x	x	x					
9. Presentación de tesis.																												x				
10. Sustentación privada																													x	x		
11.Sustentación Publica																															x	x

BIBLIOGRAFÍA

1. BARRANCOS Mooney. Operatoria dental, 4ta Edición, Editorial. Panamericana. 2006 Cap. 18. Pág.301
2. BARTOLUCCI, Enrico. Altas de Periodoncia. Primera edición. Editorial Ripano 2007.
3. CARRANZA. Periodontología clínica de Glickman. Séptima Edición. Editorial Interamericana. 2000 paginas 15-78; 104-160
4. CARRANZA, SZNAJDER. Compendio de Periodoncia. Quinta Edición. Editorial Panamericana 1996 páginas 1-125; 197-204
5. GENCO Goldman Cohen. Periodoncia. Tercera Edición. Editorial Interamericana. 1993
6. GÓMEZ DE FERRARIS, CAMPOS MUÑOZ, (2002).Histología y Embriología Bucodental. Segunda Edición. Editorial Médica Panamericana. Pág. 249
7. HARRIS Norman. Odontología preventiva primaria. Editorial Manual Moderno 2001 Pág.70-74
8. HARING Jansen. Radiología Dental. Principios y Técnicas. Segunda Edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.2002 Pág. 527
9. LINDHE Karring Lang. Periodontología Clínica e Implantologia Odontológica. Cuarta Edición. Editorial Médica Panamericana 2005. PAGINAS 48-49; 85-107
10. MEZZOMO Elio. Rehabilitación Oral para el Clínico. Editorial Amolca 2003. Páginas 32-58.
11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El uso correcto de Fluoruros en Salud Publica. Editorial OMS. Ginebra 1986. Páginas 98-102; 17-21
12. SHAFER B.M. Tratado de la Patología Bucal. Editorial Interamericana 2002; Cap. 15. Pág.- 106-113
13. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN. Manual Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implantes. Fundamentos y Guías Práctica. Editorial Médica Panamericana.2005 Páginas 1-48
14. URZÚA Ricardo. Técnicas Radiográficas Dentales y Maxilofaciales. Editorial Amolca 2005

Web:

1. BARRANCA Antonia. Manual de salud bucal. Veracruz 2011 disponible en http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-salud-bucal_joseantoniosoberanis.pdf
2. BARROSO Mildres. Clínica estomatológica. Bejucal. Hiperestesia destinaria 2009 disponible en http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol14_1_08/hab07108.pdf.
3. BARBIERI PETRELLI G, MATEOS RAMÍREZ L, BASCONES MARTÍNEZ Avances en Periodoncia e Implantología Oral. Papel del estrés en la etiopatogenia de la Enfermedad Periodontal 2003. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852003000200004&script=sci_arttext
4. BLENASTOR C. A. 2006 E-mail: info@blenastor.comwww.blenastor.com. Disponible en Quito-Ecuador http://www.farmaciaz.med.ec/plm/src/productos/16922_326.htm
5. BOTERO J, Bedoya E1.Revista clínica de periodoncia, Implantologia y rehabilitación oral. Determinantes del Diagnóstico Periodontal.2005 Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072010000200007
6. CALSINA, G; Serrano, J, 2005 Existen realmente diferencias clínicas entre las distintas concentraciones de clorhexidina. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1138-123x2005000400007&script=sci_arttext
7. DEPARTAMENTOS DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS. Enfermedad de las encías o enfermedad periodontal. Causas síntomas y tratamientos 2002 disponible en: http://www.colombiaya.com/lidavargas/documentos/enfermedad-de-las- encias.pdf

ANEXO 2

CHI CUADRADO

Procedimiento:

1. Se realizó el análisis de las variables de frecuencia, dando la sumatoria total de 8.19
2. Se planteó dos hipótesis, la *hipótesis nula* hace referencia a que existe una igualdad de casos o resultados entre los dentífricos que contienen lactato de aluminio y gluconato de clorhexidina, mientras que la *hipótesis alternativa*no existe igualdad de casos o resultados entre los dentífricos lactato de aluminio y gluconato de clorhexidina.
3. Según la distribución de x^2con un grado de libertad siendo este del 3.84, con una aceptación del 95% y con un margen de error del 5%.
4. Se obtuvo como resultado una aceptación del dentífrico que contiene Lactato de Aluminio en los pacientes atendidos, siendo del 8.19; superando significativamente a los pacientes atendidos con el dentífrico que contiene Gluconato de Clorhexidina aceptando la hipótesis alternativa.

Fórmula aplicada

$$x^2 = \frac{\sum(fo - fe)^2}{fe}$$

Tabla del chi cuadrado

DISTRIBUCION DE χ^2

Grados de libertad	Probabilidad										
	0,95	0,90	0,80	0,70	0,50	0,30	0,20	0,10	0,05	0,01	0,001
1	0,004	0,02	0,06	0,15	0,46	1,07	1,64	2,71	3,84	6,64	10,83
2	0,10	0,21	0,45	0,71	1,39	2,41	3,22	4,60	5,99	9,21	13,82
3	0,35	0,58	1,01	1,42	2,37	3,66	4,64	6,25	7,82	11,34	16,27
4	0,71	1,06	1,65	2,20	3,36	4,88	5,99	7,78	9,49	13,28	18,47
5	1,14	1,61	2,34	3,00	4,35	6,06	7,29	9,24	11,07	15,09	20,52
6	1,63	2,20	3,07	3,83	5,35	7,23	8,56	10,64	12,59	16,81	22,46
7	2,17	2,83	3,82	4,67	6,35	8,38	9,80	12,02	14,07	18,48	24,32
8	2,73	3,49	4,59	5.53	7,34	9,52	11,03	13,36	15,51	20,09	26,12
9	3,32	4,17	5,38	6,39	8,34	10,66	12,24	14,68	16,92	21,67	27,88
10	3,94	4,86	6,18	7,27	9,34	11,78	13,44	15,99	18,31	23,21	29,59
	No significativo								Significativo		

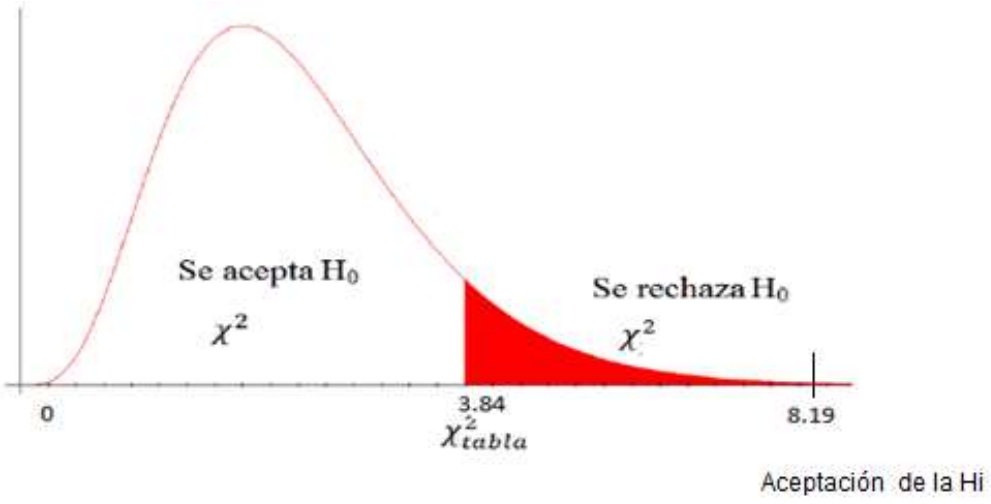


Diagrama de aceptación y rechazo de las hipótesis nula y alternativa.

ANEXO 3

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

Esterilización

Materiales

Equipo de rayos x

Asepsia y Antisepsia

Motivación

Adiestramiento intraoral

PACIENTE ATENDIDO CON EL DENTÍFRICO GINGIVIT

Periodontitis crónica leve localizada

Sondaje

Detartraje

Colocación de anestesia

Raspado y Alisado Radicular

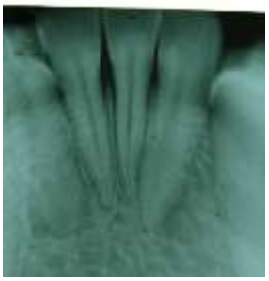
Control de placa bacteriana

Profilaxis

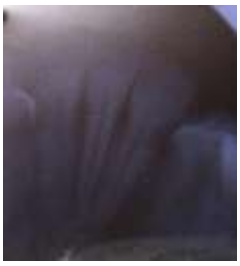
Resultado Final

Radiografías

Preoperatorias



Postoperatorias



ATENDIDO CON EL DENTÍFRICO GINGIVIT

Gingivitis inducida por placa crónica severa generalizada

Cálculo dental

Placa bacteriana

Segunda cita

Resultado Final

PACIENTE ATENDIDO CON EL DENTÍFRICO ENCIDENT

Gingivitis inducida por placa aguda severa localizada

Resultado Final

PACIENTE ATENDIDO CON EL DENTÍFRICO ENCIDENT

Gingivitis inducida por placa crónica severa generalizada

Resultado Final

PACIENTES ATENDIDOS