



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TEMA:

“APIÑAMIENTO DENTAL Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE 18 A 31 AÑOS DE EDAD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO A JULIO DEL 2014”

**TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE ODONTÓLOGO**

AUTOR:

❖ **Byron German Saritama Guarnizo**

Directora

• **Odont. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo**

Loja – Ecuador

2014

CERTIFICACION

Odont. Esp.

Tannya Lucila Valarezo Bravo

Certifico:

Que la presente tesis titulada "APIÑAMIENTO DENTAL Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE 18 A 31 AÑOS DE EDAD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EL PERIODO DE MAYO A JULIO DEL 2014" elaborada por el Sr. Byron German Saritama Guarnizo ha sido planificada y ejecutada bajo mi dirección y supervisión, por tanto y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo su prestación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.



Odont. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo

AUTORIA

Yo, Byron German Saritama Guarnizo, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja, a sus representantes jurídicos de posibles acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio institucional – biblioteca virtual.

Autor: Byron German Saritama Guarnizo

Firma:



Nº Cedula: 1104469943

CARTA DE AUTORIZACIÓN

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO

Yo, Byron German Saritama Guarnizo, declaro ser autora de la tesis titulada: "APIÑAMIENTO DENTAL Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE 18 A 31 AÑOS DE EDAD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO A JULIO DEL 2014"; como requisito para optar al grado de Odontólogo General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 31 días del mes de Octubre del dos mil catorce, firma del autor.

Autora: Byron German Saritama Guarnizo

Cédula: 1104469943

Dirección: Zamora Huayco

Correo Electrónico: byrons4@hotmail.com

Teléfono: 2139322 **Celular:** 0988007323

Datos Complementarios

Director de Tesis: Odont. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo.

Tribunal del Grado: Dra. Deysi Saraguro

Dra. Susana González

Dr. Juan Cuenca

DEDICATORIA

Dedico esta tesis de grado a Dios, ya que me ayudado en cada momento de mi vida, a mi madre quien me ha apoyado incondicionalmente durante toda mi vida estudiantil, a mi papa Leonardo Armijos que me ha dado su cariño y apoyo incondicional como un verdadero padre, a mis hermanos, mi familia que me han dado momentos especiales en mi vida.

A mis docentes, quienes han sido un pilar fundamental para poder crecer como persona y como profesional y a mis compañeros quienes me han ayudado en cada momento apoyando e impulsándome a seguir adelante.

Byron G Saritama G

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por cada una de los desafíos y la esperanza de que todo me va a salir mejor.

A la Universidad Nacional de Loja, por darme la oportunidad de pertenecer a ella y lograr ser un profesional.

A mi directora de tesis, Odont. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo por su esfuerzo y dedicación, sus consejos y su tiempo para orientarme para cumplir con este trabajo.

A mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación. Y por último a mis compañeros, quienes me han brindado su amistad, me han alentado, acompañado y ayudado en todo momento.

Byron G Saritama G.

1. TEMA

“APIÑAMIENTO DENTAL Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE 18 A 31 AÑOS DE EDAD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO A JULIO DEL 2014”

2. RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal, que tuvo como propósito determinar el apiñamiento dental y su relación con el grado de enfermedad periodontal en los y las estudiantes de 18 a 31 años de edad de la Universidad Nacional de Loja de la modalidad de estudios presencial en el periodo Mayo a Julio del 2014.

El instrumento que se utilizó fue la historia clínica Odontológica, misma que contenía parámetros que evaluaron las variables en estudio: apiñamiento dental (anterior, posterior y combinado), y el grado de enfermedad periodontal.

Se aplicó la Historia clínica a 894 estudiantes de la modalidad de estudios presencial de la Universidad Nacional de Loja. Los pacientes de estudio fueron 431 estudiantes que presentaron apiñamiento dental. Para obtener los resultados se utilizó el programa Microsoft Excel 2010, para crear tablas y gráficos para su respectiva interpretación.

En los resultados se encontró que el 48.21% de pacientes en estudio presentaron apiñamiento dental, siendo un 47.96 % de género masculino y un 38.93% de género femenino, existiendo mayor prevalencia en pacientes de 18 a 24 años. En cuanto a la enfermedad periodontal se presentó 32.94% gingivitis moderada, 31.10% con gingivitis leve, 0.92% con gingivitis severa y 0.46% con periodontitis leve.

Palabras Claves: apiñamiento dental, enfermedad periodontal

ABSTRACT

This study is descriptive, cross section, that purpose was to determine the dental crowding and its relation with the degree of periodontal disease in students from 18 to 31 years of age of the Universidad Nacional de Loja of studies mode face to face in the period May to July 2014.

The instrument that was used was the clinical dentistry, same story containing parameters that evaluated variables in study: dental crowding (anterior, posterior and combined), and the extent of periodontal disease.

Applied clinical history 894 students from the modality of studies of the Universidad Nacional de Loja. Study patients were 431 students who presented dental crowding. For results the program Microsoft Excel 2010, was used to create tables and graphics for their respective interpretation.

Results found that the 48.21% of patients in the study were crowding dental, being a 47.96% of male and a 38.93% of women, with higher prevalence in patients aged 18 to 24 years. As for periodontal disease arose 32.94% moderate gingivitis, 31.10% with mild gingivitis, 0.92% with gingivitis severe and 0.46% with mild periodontitis.

Key words: periodontal disease, dental crowding

3. INTRODUCCION

La organización Mundial de la Salud (OMS) define: “la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad; por lo tanto, si se presentan focos infecciosos en la cavidad bucal no se puede considerar a una persona sana y paradójicamente, las personas que sufren de alguna enfermedad bucal, no se consideran enfermos.

Las enfermedades bucales constituyen uno de los problemas de salud bucodental que se presentan con mayor frecuencia en toda la población, sin distinción de edad o nivel socio-económico, se manifiestan desde los primeros años de vida, sus secuelas producen efectos incapacitantes de orden funcional, sistémico y estético por el resto de vida de los individuos afectados. Una de las causas más prevalentes de la aparición de caries dental, periodontitis y maloclusiones son las malposiciones dentarias, siendo el apiñamiento dental una de las alteraciones en la posición de los dientes más frecuentes de la población. (GURKEERAT, 2009)

Esto se produce porque existe una desproporción entre su tamaño y el espacio necesario para que estén alineados. El apiñamiento puede originarse por causas genéticas, aunque también puede estar dado por características individuales. El apiñamiento dental es quizá la principal característica de mal oclusión, la mayor parte de las anomalías se deben a causas generales, sobre todo hereditarias sobre las que

no tenemos control, y existen causas adquiridas en las que se puede trabajar. (GURKEERAT, 2009)

Y no hay duda de que está relacionado en parte con la continua reducción del tamaño de los maxilares y de los dientes como parte del proceso evolutivo de la especie humana, aunque no puede ser un factor importante en el incremento del apiñamiento observado en estos últimos tiempos. Parece haber un fuerte control genético sobre las dimensiones de los maxilares, y las dimensiones transversales influyen directamente en la cantidad de espacio disponible para los dientes. (PROFFIT., 2008)

El apiñamiento tiene un grado alto de variabilidad atribuido a factores como evolución, genética, raza, género, ambiente, supernumerarios, pérdida prematura de deciduos, hábitos, crecimiento residual de la mandíbula en la postadolescencia. (GRABER, 2003).

En un estudio realizado por (MACIAS, Frecuencia del Apiñamiento Dentario en Adolescentes del Area de Salud Maso, 2009) con una muestra de 138 pacientes de estudio donde se ha podido obtener resultados de que el 44.2% de la muestra presenta lo que es apiñamiento dental, mientras que el 55.7% de los pacientes examinados se encuentran sin apiñamiento; además se pudo observar que de los pacientes de estudio el 49.2% son de género masculino y el 50.8% son de género femenino.

Por otro lado, (CASTILLO, 2011) realizó un estudio descriptivo en la Facultad de Ciencias Médicas con una muestra de 176 jóvenes de entre 19 a 25 años de la comunidad de la Habana Cuba donde encontró que el 69,3% de dicha población presentó apiñamiento dental, con lo que se reitera nuevamente la gran prevalencia de esta alteración bucodental.

Por otro lado en cuanto a la enfermedad periodontal se ha realizado estudios como el de (NAVA, 2002), donde según este estudio realizado en Toluca sobre la necesidad de tratamiento en estudiantes universitarios, Dentro de las necesidades de tratamiento periodontal, el más requerido fue la instrucción de higiene oral, con 42.91% y con elevados porcentajes en el grupo de 19 años, con 50.0%; no fue necesario tratamiento complejo en ninguno de los tres grupos de edad.

Otro estudio realizado por (NARVÁEZ, 2000) en Bogotá, demostraron que de 117 jóvenes examinados de 13 y 17 años, el 100% presentaba algún tipo de enfermedad periodontal, todos ellos presentaron gingivitis leve, 10 casos (8%) presentaron pérdida de inserción, 7 casos con periodontitis moderada (5.9%) y 1 caso (0.8%) con periodontitis avanzada.

Es por ello que se estableció el presente tema de investigación “APIÑAMIENTO DENTAL Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE 18 A 31 AÑOS DE EDAD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO A JULIO DEL 2014”, tomando en cuenta el importante número de estudiantes que presentan la patología y las repercusiones que pueden tener en el bienestar personal.

Los objetivos que se plantearon en el proyecto fueron determinar la frecuencia de apiñamiento dental, así como el grado de enfermedad periodontal en estudiantes con apiñamiento dental.

Es un estudio de carácter descriptivo, de corte transversal. Se utilizó como instrumentos de investigación la historia clínica odontológica para obtener la información necesaria.

Obteniendo como conclusiones que de los pacientes con apiñamiento dental existe mayor prevalencia en pacientes de género masculino que en el género femenino y en cuanto a la edad hay existe una mayor cantidad de casos en un rango de edad de 18 a 24 años de edad y una menor cantidad en el rango de edad de 25-31 y según el grado de enfermedad periodontal se concluyó que existe una mayor cantidad de pacientes masculinos con apiñamiento dental que presentan una gingivitis moderada, mientras que en género femenino hay mayor cantidad de casos con tejidos sanos. Siendo el género masculino el que presenta mayor frecuencia de enfermedad periodontal. Según el rango de edad existe mayor prevalencia en tejidos sanos en pacientes de 18 a 24 años, mientras que en los pacientes de 25-31 la principal es gingivitis moderada.

ESQUEMA DE LA REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍA

CAPÍTULO I

1. Maloclusiones

1.1. Clasificación de Angle

1.1.1. Clase I

1.1.2. Clase II

1.1.2.1. Subdividida adicionalmente en 2 divisiones:

1.1.2.1.1. División 1.

1.1.2.1.2. División 2.

1.1.3. Clase iii (o mesio-oclusión)

CAPITULO II

2. APIÑAMIENTO DENTARIO

2.1. DEFINICIÓN

2.2. ETIOLOGÍA

2.3. FACTORES DE RIESGO

2.3.1. FACTORES GENERALES

2.3.1.1. HERENCIA

2.3.1.2. ESTRUCTURAS ESQUELÉTICAS.

2.3.1.3. TEJIDOS BLANDOS

2.3.2. FACTORES LOCALES

- 2.3.2.1. Anomalías de Número
- 2.3.2.2. Dientes ausentes en dentición primaria
- 2.3.2.3. Anomalías del tamaño del diente
- 2.3.2.4. Pérdida prematura de los dientes deciduos.
- 2.3.2.5. Erupción tardía de los dientes permanentes
- 2.3.2.6. Trayectoria eruptiva anormal.
- 2.3.2.7. Caries Dental
- 2.3.2.8. Restauraciones dentales defectuosas
- 2.3.2.9. Hábitos
 - 2.3.2.9.1. Succión digital
 - 2.3.2.9.2. Empuje lingual
 - 2.3.2.9.3. Succión y mordedura del labio
 - 2.3.2.9.4. Onicofagia

2.4. CLASIFICACIÓN DE APIÑAMIENTO DENTARIO

- 2.4.1. Apiñamiento dentario primario
- 2.4.2. Apiñamiento dentario secundario
- 2.4.3. Apiñamiento dentario terciario
- 2.4.4. Cuantificación del apiñamiento dentario

2.5. EFECTOS

2.6. TRATAMIENTO

CAPITULO III

3. ENFERMEDAD PERIODONTAL

3.1. Definición

3.2. Etiología

3.3. Índice Periodontal

3.4. Factores de riesgo

3.4.1. Edad

3.4.2. Género

3.4.3. Estado socioeconómico

3.4.4. Genética

3.4.5. Tabaco

3.5. CLASIFICACIÓN

3.5.1. ENFERMEDADES GINGIVALES

3.5.1.1. Enfermedades gingivales inducidas por placa

3.5.1.2. Enfermedades gingivales no inducidas por placa

3.5.2. PERIODONTITIS

3.5.2.1. Clasificación de las diversas formas de periodontitis

3.5.2.1.1. Periodontitis crónica

3.5.2.1.2. Periodontitis agresiva

3.5.2.1.3. Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas

3.5.2.2. ENFERMEDADES PERIODONTALES NECROSANTES

3.5.2.2.1. Gingivitis ulcerativa necrosante

3.5.2.2.2. Gingivitis ulcerativa necrosante

3.6. TRATAMIENTO

3.6.1. Fase dirigida a la causa

3.6.2. Fase correctiva

4. REVISION DE LITERATURA

CAPÍTULO I

1. Maloclusiones

1.1. Clasificación de Angle

Las maloclusiones son definidas como alteraciones de carácter genético, funcional o traumático y dentario que afectan a los tejidos blandos y duros de la cavidad oral. La maloclusión no es una variable discreta, sino, una suma mal definida de variación genética y de los efectos de factores intrínsecos y extrínsecos sobre el crecimiento de la cara, de los dientes y maxilares. Las maloclusiones severas son a menudo acompañadas por desproporciones de la cara y de los maxilares. (MENENDEZ, 2008)

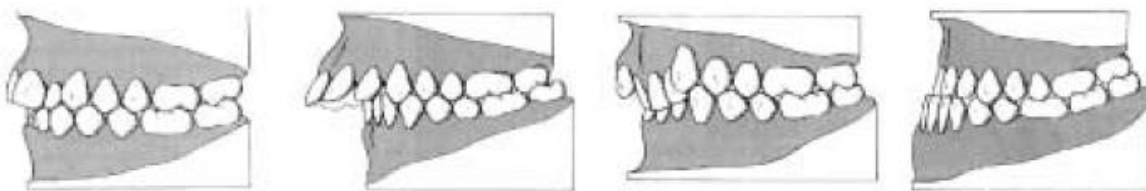


Fig. 1. Tipos de Maloclusión (BIGENZAHN, 2004)

1.1.1. Clase I

Las oclusiones en las que hay una relación normal entre maxilar superior e inferior, se ubica en esta clase, la cúspide mesiobucal del primer molar superior permanente articula en el surco mesiobucal del primer molar inferior permanente o sea una relación anteroposterior normal; el apiñamiento, rotación u otras malas relaciones individuales de los dientes pueden estar presentes en este tipo de oclusión. (USTRELL, 2009) (GURKEERAT, 2009).

1.1.2. CLASE II

La clase II conocida como distoclusión es aquella en la cual el primer molar mandibular se encuentra ubicado distalmente en relación 1er molar del maxilar definitivo. Es la relación dentaria, en la cual el arco dentario mandibular es posterior al arco dentario maxilar en uno o ambos segmentos laterales según lo determinado por la relación de los primeros molares permanentes. (GURKEERAT, 2009).

1.1.2.1. Subdividida adicionalmente en 2 divisiones:

1.1.2.1.1. División 1.

Retrusión distal bilateral con un arco maxilar estrecho e incisivos maxilares protruidos, overjet aumentado.

1.1.2.1.2. División 2.

Retrusión distal bilateral con un arco maxilar de forma cuadrado o normal, incisivos centrales del maxilar retruídos, incisivos laterales del maxilar en mal posición labialmente y un overbite excesivo (mordida profunda).

Subdivisión. Posición distal retrusiva, unilateral, derecha o izquierda de la mandíbula. (GURKEERAT, 2009)

1.1.3. CLASE III (O MESIO-OCCLUSIÓN):

Relación dentaria, en la cual el arco mandibular es anterior al arco maxilar en uno o ambos segmentos laterales. El primer molar de la mandíbula es mesial al primer molar maxilar y los incisivos de la mandíbula están en mordida cruzada anterior. Subdivisión. Derecha o izquierda, es decir, la relación molar existe unilateralmente, con otros caracteres restantes iguales. (GURKEERAT, 2009)

CAPÍTULO II

2. APIÑAMIENTO DENTARIO



Fig. 2. Apiñamiento Dental (JANER.2010)

2.1. DEFINICIÓN

El apiñamiento dental es una de las alteraciones en la posición de los dientes más frecuentes en la población, en la que aparecen montados o solapados unos sobre otros. Esto se produce porque existe una desproporción entre su tamaño y el espacio necesario para que estén alineados. El apiñamiento puede originarse por causas

genéticas, aunque también puede estar dado por características individuales. El apiñamiento dental es quizá la principal característica de mal oclusión, la mayor parte de las anomalías se deben a causas generales, sobre todo hereditarias sobre las que no tenemos control, y existen causas adquiridas en las que se puede trabajar. (GURKEERAT, 2009)

El crecimiento y el desarrollo del individuo varía con el tiempo y el proceso normal de envejecimiento tiende a disminuir el perímetro y la longitud de los arcos dentales. La morfogénesis, el desarrollo de la dentición y el crecimiento del complejo cráneo facial, son tres factores que interactúan de varias maneras para producir el apiñamiento. (URIBE, 2004)

Un buen momento para realizar un análisis preventivo de mal posición es durante la dentición mixta, ya que es, un período de particular importancia en las etiologías de anomalías de la oclusión, debido a que se producen cambios y modificaciones que deben ser respetados y controlados para evitar futuros problemas de alineación, además es un momento adecuado para realizar tratamientos tempranos. (GURKEERAT, 2009)

A lo largo del período de dentición mixta hay un constante cambio en el tamaño total del material dentario presente; erupcionan dientes de mayor tamaño que tendrán que alinearse en las arcadas merced a ciertos mecanismos biológicos compensatorios. La forma en que la boca se adapta para albergar a unos dientes más grandes constituye un ejemplo de las posibilidades intrínsecas del desarrollo infantil con unas vías

favorables de solución para el apiñamiento óseo dentario presente en la dentición transicional. (CANUT, 2001)

Cuando la relación entre el espacio disponible en la arcada dentaria y el espacio requerido para la correcta alineación de los dientes no es una relación de correspondencia, las piezas dentarias se ubican con distintos grados de malposiciones (vestíbulo-versiones, giro-versiones, palato-versiones, etc.). (BORDONI, 2010)

Existen 3 tipos de apiñamiento: El apiñamiento primario determinado principalmente por factores genéticos; el apiñamiento secundario causado por factores ambientales y el apiñamiento terciario que se produce durante los periodos, adolescente y pos adolescente. (CANUT, 2001)

2.2. ETIOLOGÍA

El apiñamiento dental es actualmente el tipo de mal oclusión más habitual y no hay duda de que está relacionado en parte con la continua reducción del tamaño de los maxilares y de los dientes como parte del proceso evolutivo de la especie humana, aunque no puede ser un factor importante en el incremento del apiñamiento observado en estos últimos tiempos. Parece haber un fuerte control genético sobre las dimensiones de los maxilares, y las dimensiones transversales influyen directamente en la cantidad de espacio disponible para los dientes. (PROFFIT., 2008).

Se dividió los factores etiológicos en elementos generales o locales. El apiñamiento tiene un grado alto de variabilidad atribuido a factores como evolución, genética, raza,

género, ambiente, supernumerarios, pérdida prematura de deciduos, hábitos, crecimiento residual de la mandíbula en la postadolescencia. (GRABER, 2003)

2.3. FACTORES DE RIESGO

2.3.1. FACTORES GENERALES

2.3.1.1. HERENCIA

Es indudable la influencia genética en la morfogénesis craneofacial y hay suficientes datos epidemiológicos y clínicos para poder aseverar que ciertas mal oclusiones tienen un fuerte componente hereditario como el apiñamiento y las mordidas cruzadas verdaderas. En el apiñamiento dentario influye la herencia, debido a la tendencia a desarrollar las mismas estructuras óseas y dentarias de los progenitores generaciones tras generaciones. (RESTREPO, 2010)

2.3.1.2. ESTRUCTURAS ESQUELÉTICAS.

Los dientes están enclavados en los maxilares y toda anomalía en el volumen o posición ósea influye en la relación interdientaria. Por lo tanto, cualquier condición patológica que afecte al desarrollo de los maxilares, así como los traumatismos o infecciones sufridas en períodos de crecimiento, repercutirá en el esqueleto facial condicionando el apiñamiento. El hueso basal subyacente y otras estructuras óseas craneales asociadas se heredan parcialmente. (MACIAS, Frecuencia del apiñamiento dentario en adolescentes del area de saalud Maso, 2008)

2.3.1.3. TEJIDOS BLANDOS

La falta de tonicidad muscular en los labios, así como su incompetencia en el cierre bucal, son definitorios en la posición dentaria anterior. La estabilidad de la dentición viene determinada por el equilibrio de las fuerzas ambientales que le rodean. Los dientes están equilibrados por la presión de la musculatura lingual por dentro y por la de los labios y las mejillas por fuera. (CANUT, 2001)

2.3.2. FACTORES LOCALES

2.3.2.1. Anomalías de Número

Cada maxilar está diseñado para dar cabida solamente a un número específico de dientes a una edad particular. Sin embargo si el número de dientes presentes aumenta, o el tamaño de los dientes es anormalmente grande, puede causar apiñamiento u obstaculizar la erupción de los dientes sucedáneos sus posiciones ideales. (CANUT, 2001)

2.3.2.2. Dientes ausentes en dentición primaria

La ausencia congénita de dientes son muy comúnmente vistos en comparación con los dientes supernumerarios. La ausencia congénita de dientes puede conducir a lo siguiente: a) Espacios entre los dientes.

b) Patrones de deglución atípica. c) Localización o inclinación axial anormal de los dientes adyacentes. d) Múltiples dientes ausentes pueden causar una infinidad de problemas. (GURKEERAT, 2009)

2.3.2.3. Anomalías del tamaño del diente

Cuando los dientes son demasiado grandes para el tamaño maxilar, las piezas dentarias no tienen sitio para salir y se solapan unas con otras. Las últimas piezas en

salir en cada grupo (incisivos laterales, caninos, segundos bicúspides y terceros molares) son las que presentan el mayor grado de anomalía posicional. La falta de espacio es distinta en la zona anterior que en los segmentos posteriores. (CÁRDENAS, 2003)

2.3.2.4. Pérdida prematura de los dientes deciduos.

Es la pérdida de un diente temporal antes del tiempo normal de su exfoliación natural. La pérdida prematura de un diente temporal supone una disminución del espacio reservado para el sucesor permanente debido a la migración de los dientes adyacentes y el consiguiente acortamiento de la longitud de arcada. (CANUT, 2001)

2.3.2.5. Erupción tardía de los dientes permanentes

Sea cual fuere la razón de la retención prolongada de los dientes deciduos, tiene un impacto significativo en la dentición. Cualquiera que sea el diente deciduo que esté retenido más allá de la edad usual de erupción de su sucesor permanente, es capaz de causar desviación hacia bucal, labial, palatino o lingual en su trayectoria eruptiva. (GURKEERAT, 2009)

2.3.2.6. Trayectoria eruptiva anormal.

Generalmente cada diente viaja en una trayectoria distinta desde su inicio hasta la localización en la cual tiene que erupcionar. Puede desviarse de esta trayectoria eruptiva debido a muchas razones. El diente que con mayor frecuencia erupciona en una localización anormal es el canino maxilar debido a que viaja una distancia más

larga, es el último diente anterior en erupcionar y debido a que tiene que deslizarse por la cara distal del lateral cualquier problema en la posición de este último repercute en el canino. (GURKEERAT, 2009).

2.3.2.7. Caries Dental

La caries proximal es especialmente responsable por la reducción en la longitud del arco. Esto puede provocar la migración de los dientes adyacentes o la inclinación de los dientes adyacentes en el espacio disponible. La caries puede también conducir a la pérdida prematura de los dientes deciduos o permanentes. (MACIAS, Frecuencia del apiñamiento dentario en adolescentes del area de saalud Maso, 2008)

2.3.2.8. Restauraciones dentales defectuosas

Las maloclusiones pueden ser ocasionadas debido a las restauraciones dentales defectuosas. La restauración proximal subcontorneada puede conducir a una disminución significativa de la longitud del arco especialmente en los molares deciduos. Las restauraciones proximales sobrecontorneadas podrían sobresalir en el espacio a ser ocupado por un diente sucedáneo resultando en una reducción de este espacio para este diente. (GURKEERAT, 2009).

2.3.2.9. Hábitos

Una de las causas ambientales de maloclusión más importante lo constituyen los hábitos de larga duración, que alteran la función y equilibrio normal de los dientes y

maxilares. Los hábitos de presión, interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial, entre ellos se encuentran: Succión digital, empuje lingual, succión del labio y onicofagia. (RESTREPO, 2010)

2.3.2.9.1. Succión digital

Usualmente, la succión digital produce algunas alteraciones a nivel de las estructuras dentofaciales, especialmente en el sector anterior. Si la succión digital se interrumpe alrededor de los 6 años de edad o con la erupción de los incisivos, cualquier alteración de las estructuras dentofaciales podrá ser reversible; pero si ésta continúa, las alteraciones suelen ser irreversibles y sólo podrán ser corregidas con tratamiento ortodóntico. La presencia y severidad de alteraciones en las estructuras dentofaciales dependerá de varios factores:

- Frecuencia.
- Intensidad.²²
- Duración.
- Posición del dedo dentro de la boca.

La duración y la frecuencia desempeñan un papel crítico en el movimiento dentario causado por el hábito del dedo. De cuatro a seis horas de presión al día es probablemente lo mínimo necesario para causar movimiento dentario. (MAYORAL, 2010)

2.3.2.9.2. Empuje lingual

Las degluciones con empuje lingual pueden ser etiológicas de maloclusión y son de dos tipos:

Deglución con empuje lingual simple: Es un empuje lingual asociado con una deglución normal o con dientes juntos.

Deglución con empuje lingual complejo: El niño normalmente traga con los dientes en oclusión, los labios ligeramente cerrados y la lengua contra el paladar, detrás de los dientes anteriores. (RESTREPO, 2010)

2.3.2.9.3. Succión y mordedura del labio

Esta puede aparecer sola o verse con la succión del pulgar, por lo general es el labio inferior el implicado, aunque también se han observado hábitos de mordedura del labio superior. Cuando es consecuente mantener el labio inferior por debajo de los dientes superiores, el resultado es labioversión de esos dientes, a menudo una mordida abierta, y a veces la linguoversión de los incisivos inferiores. (RESTREPO, 2010)

2.3.2.9.4. Onicofagia

Es el hábito de mordedura de uñas se menciona frecuentemente como una causa de malposiciones dentarias. Niños nerviosos, tensos, con frecuencia muestran este hábito, y su desajuste social y psicológico es de mayor importancia clínica que el hábito, que solo es un síntoma del problema básico. (RESTREPO, 2010)

2.4. CLASIFICACIÓN DE APIÑAMIENTO DENTARIO

2.4.1. Apiñamiento dentario primario

Es definido como una discrepancia producida por factores genéticos que dan lugar a relaciones entre el perímetro de los arcos dentales y los anchos mesiodistales de los dientes. Aparece desde el momento de la erupción de los dientes permanentes. (CANUT, 2001)

2.4.2. Apiñamiento dentario secundario

Este apiñamiento se presenta por factores ambientales que se presentan en individuos aislados y no en grandes poblaciones. Los factores que más contribuyen a este tipo de apiñamiento son la pérdida prematura de dientes temporales que condicionan la migración de los dientes vecinos y acortan el espacio para la erupción de los dientes permanentes. (CANUT, 2001)

Entre los factores etiológicos del apiñamiento secundario se distinguen: pérdida de dientes temporales, anomalías de tejidos blandos, hábitos de succión. (CANUT, 2001)

2.4.3. Apiñamiento dentario terciario

El tercer tipo de apiñamiento es el de aparición tardía en la última fase del desarrollo maxilar. Se presenta tanto en denticiones bien alineadas con normoclusión como en maloclusiones, cuando empeora el apiñamiento hacia los 15-20 años. Se apuntan dos orígenes, aunque no está del todo aclarado la naturaleza de este: Erupción de los terceros molares y el último brote del crecimiento facial. (CANUT, 2001)

2.4.4. Cuantificación del apiñamiento dentario

Varios autores, clasificaron al apiñamiento en: Ligero, moderado o severo. (HARFIN, 1999)

Ligero.- Cuando la superposición de un diente sobre otro, sea de 1 - 3mm y la posición de los dientes es que se mantengan en la arcada. (ESCOBAR, 2004)

Moderado.- Cuando la superposición de los diente, es mayor de 4 - 5mm y la posición de los dientes es que se mantengan en la arcada. (ESCOBAR, 2004)

Severo.- Que la posición de los dientes es que aunque sea un diente, se encuentre fuera de la arcada y la superposición es más de 5 mm. (ESCOBAR, 2004)

2.5. EFECTOS

Este tipo de deformidad es consecuencia de la desigualdad existente entre el tamaño de los dientes y el espacio interdental necesario para que estén alineados y, aunque en la aparición de dientes apiñados hay un componente genético, se ha percibido un aumento de casos de este problema que puede ocasionar dificultades para comer y hablar e incluso problemas bucodentales como consecuencia de la acumulación de placa. (CANUT, 2001)

Además de una mayor incidencia de caries, las personas con este tipo de anomalía pueden tener problemas a la hora de hablar, por la dificultad que experimentan para pronunciar correctamente algunos sonidos; para comer, ya que no mastican bien; y por último, pero no menos importante, puede afectar a la autoestima hasta el punto en el que el afectado puede ver mermada la confianza en sí mismo por no estar contento con su estética facial. (BROWN, 2009)

2.6. TRATAMIENTO

El apiñamiento es un problema que afecta a casi el 80% de la población adulta. Se acepta que es el resultado de la continua disminución de la longitud del arco dentario y se localiza especialmente en la región antero inferior. Puede presentarse en pacientes de clase I, II o III, con biotipo mesofacial, dolicofacial o braquifacial, hayan recibido tratamiento previo de ortodoncia o no. (USTRELL, 2009)

El tratamiento de ortodoncia se puede realizar de dos maneras según el tipo de fuerzas que se apliquen, principalmente están:

La técnica fija mediante aparatología fija que está compuesta de elementos adheridos a los dientes (bandas) a los que se ancla firmemente unos finos arcos elásticos de aleación metálica (níquel-titanio) mediante un conjunto de ligaduras. (VELLINI-FERREIR, 2006)

Los removibles, que permiten ser retirados de la boca por parte del paciente. Ello le permite quitárselos durante la higiene oral y en las comidas. Estos aparatos cuando tratan problemas dentales tienen sus indicaciones específicas que no suplen a la Ortodoncia fija, si bien solucionan algunas maloclusiones sencillas con un coste económico inferior y menos molestias para los pacientes. En cambio suelen ser ampliamente empleados en ortopedia de los maxilares con resultados muy diversos, pero siempre con mayor ámbito que la ortodoncia multibrackets. Se utilizan sobre todo como tratamiento en dentición temporal (temprana o infantil), donde determinados estados patológicos diagnosticados a tiempo pueden llegar a corregirse, hasta tal grado

que el tratamiento en la dentición permanente sea muy específico o incluso innecesario para el niño. (USTRELL, 2009)

Otro método utilizado siendo más conservador para el tratamiento del apiñamiento leve a moderado (3 a 4 mm) es el desgaste proximal (stripping), descrito por primera vez por Ballardo en 1944. Como en el caso de todo procedimiento que altera el espesor normal del esmalte, tiene indicaciones precisas. Es el método de elección si se trata de una recidiva del apiñamiento dentario anterior o cuando el paciente presenta triángulos negros acompañados de retracción gingival, ya que permite la normalización de la zona anterior sin cambios en el perfil. (UREÑA, 2010)

CAPITULO III

3. ENFERMEDAD PERIODONTAL



Fig. 3. Enfermedad Periodontal (Carranza, 2010)

3.1. Definición

El término enfermedad periodontal, se refiere a un conjunto de enfermedades inflamatorias que afectan los tejidos de soporte del diente, encía, hueso y ligamento periodontal. Se considera el resultado del desequilibrio entre la interacción

inmunológica del huésped y la flora de la placa dental marginal que coloniza el surco gingival. (SCHERP, 2009)

Como resultado de su presencia el hospedador, intentando eliminarlas, desarrolla una respuesta inflamatoria e inmune que es la causa de la destrucción de los tejidos. La respuesta del hospedador no es sólo resultado de la presencia de las bacterias sino también de sus productos como lipopolisacáridos (LPS) y endotoxinas. (LINDHE, 2005)

La placa microbiana es la causa principal de los diferentes tipos de enfermedad periodontal, este micro biota bucal es una de las que presenta mayor complejidad en el organismo, se encontraron entre 300 y 400 especies. (SCHERP, 2009)

Hay claras diferencias entre los tipos de bacterias que residen en el surco gingival sano y las encontradas en las bolsas periodontales. Las bacterias asociadas con salud gingival en individuos sanos son menores, en número la mayoría son estreptococos gran positivos y Actinomyces, con cerca del 15% de bacilos gran negativos. (Carranza, 2010)

3.2. Etiología

La causa etiológica de la periodontitis reside en las bacterias. Sin ellas no habrá enfermedad. Sin embargo, su evolución y progresión dependen de otros mecanismos, como la respuesta individual a las bacterias, ya sea inflamatoria o inmune, y también del componente genético de cada uno. Como vimos, una vez presentes, las bacterias desencadenan una respuesta por parte del hospedador que puede variar dependiendo de cada uno, siendo, por eso, más o menos destructiva. (H. Loe. Anerud A, 2012)

El componente genético es algo más reciente y tiene como fundamento el hecho de existir distintos polimorfismos que determinan que cada persona tenga una respuesta más o menos exacerbada, o sea, más o menos lesiva de sus propios tejidos. Así son las bacterias la causa etiológica de la enfermedad, existiendo otros factores que influyen en la progresión y evolución de la misma. (H. Loe. Anerud A, 2012)

La acción que las bacterias desempeñan en la enfermedad fue algo que suscitó varios estudios a lo largo de los tiempos. Sabemos que la cavidad oral se encuentra colonizada por cerca de 150 especies y que, por ejemplo, la placa supragingival que cubre las superficies dentarias, puede exceder 109 bacterias. Sin embargo, su presencia no determina necesariamente la existencia de la enfermedad. Hay un equilibrio entre su presencia y el hospedador. (AJ van Winkelhoff., 2006)

Mientras que en otras enfermedades provocadas por las bacterias como la tuberculosis, por ejemplo, en la que la causa de la enfermedad es una única bacteria, en la enfermedad periodontal no existe una bacteria causal única sino diferentes bacterias. (AJ van Winkelhoff., 2006)

Además de esta particularidad, hay que añadir el hecho de que los dientes, el lugar donde se acumulan las bacterias, presentan una parte que está en contacto con el exterior y otra que se encuentra dentro de los tejidos. Esto facilita, por un lado, los efectos lesivos de las bacterias, facilitando su entrada en el interior del hospedador, y por otro, los mecanismos de defensa de éste. (AJ van Winkelhoff., 2006)

3.3. ÍNDICE DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

CARACTERISTICAS

- Una de las peculiaridades del IEP es el examen de seis dientes preseleccionados en la boca: primer molar superior derecho, incisivo central superior izquierdo, primer premolar superior izquierdo, incisivo central inferior izquierdo, primer molar inferior izquierdo, incisivo central inferior derecho y primer premolar inferior izquierdo. Esta selección de dientes se denominó dientes de Ramfjord. (Carranza, 2010)
- Otra particularidad del IEP es el uso de la unión amelocementaria como punto de referencia fijo para medir la pérdida de inserción periodontal. (Carranza, 2010)

<u>PUNTOS</u>	<u>CRITERIO</u>
G0	Ausencia de inflamación
G1	Cambios inflamatorios leves o moderados que no se extienden alrededor de todo el diente.
G2	Gingivitis leve a moderada grave que se extiende alrededor de todo el diente.
G3	Gingivitis intensa que se caracteriza por color rojo intenso, tendencia a la hemorragia y ulceración

3.4. Factores de riesgo

3.4.1. Edad

En las encuestas nacionales de los Estados Unidos según el reporte de 1985 – 1986, se encontró que la pérdida de inserción fue mayor o igual a 2 mm en más del 70% de

adultos de 35 a 44 años y mayor o igual a 2 mm en más del 90% de adultos de 55 a 64 años. (Flemmig, 2008)

Así mismo se observó que esta misma pérdida de inserción fue mayor o igual a 4 mm de 13.8% en adultos de 25 a 34 años y en el 53% en adultos de 55 a 64 años. (Flemmig, 2008)

3.4.2. Género

Con respecto al género se ha determinado y observado a través de los diferentes estudios, por lo general es más prevalente en hombres que en mujeres, y este ha sido un hallazgo consistente en las investigaciones nacionales e internacionales. (Flemmig, 2008)

3.4.3. Estado socioeconómico

La gingivitis y la higiene oral pobre está claramente relacionada con la disminución del nivel socioeconómico, no así la periodontitis con disminución de SES tan directamente. Las diferentes etnias y raciales en el status periodontal se ha demostrado muchas veces no son totalmente diferencias verdaderamente genéticas, sino que el status socioeconómico es una variable compleja y multifactorial. (Flemmig, 2008)

3.4.4. Genética

Desde 1997 los primeros reportes han sido de laboratorio o estudios clínicos más no epidemiológicos. El gen de la IL-1 está claramente relacionado con la periodontitis más severa y menos se ha identificado en la causa de la periodontitis. Actualmente se recomienda más, dejar de fumar que hacer una prueba genética. (Flemmig, 2008)

3.4.5. Tabaco

El riesgo de enfermedad periodontal es 2.5 a 6.0 veces más alto en los fumadores que no fumadores. En 1971 – 1975 se encontró desde entonces la asociación entre tabaquismo y enfermedad periodontal independientemente de la higiene oral y otros factores. (Flemmig, 2008)

En los genotipos de la IL- 1 en fumadores y no fumadores no hay diferencia en los niveles de pérdida de inserción clínica a diferencia de los genotipo positivo entre fumadores comparando con no fumadores, que se encontró más pérdida de inserción clínica en los primeros al haber citocinas y el TNF- a es más fuerte el fumar que la diabetes mellitus insulino dependiente. (Flemmig, 2008)

3.5. CLASIFICACIÓN

3.5.1. ENFERMEDADES GINGIVALES

3.5.1.1. Enfermedades gingivales inducidas por placa

Es la forma más frecuente de enfermedad gingival y puede aparecer en torno a un diente que no sufrió pérdida de inserción o a uno que sí perdió inserción y hueso pero que en la actualidad no pierde. Se manifiesta con tejidos gingivales inflamados. (Carranza, 2010)

Dentro de las enfermedades gingivales inducidas por placa tenemos:

I. Gingivitis relacionada con placa dental solamente

1. Sin otros factores locales contribuyentes

2. Con otros factores locales contribuyentes

2.1. Factores anatómicos

2.2. Obturaciones desbordantes

2.3. Fracturas radiculares

2.4. Reabsorciones cervicales y perlas del esmalte

II. Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos

1. Relacionadas con el sistema endócrino:

1.1. Gingivitis de la pubertad

1.2. Gingivitis del ciclo menstrual

1.3. Vinculada con el embarazo

1.4. Gingivitis de la diabetes mellitus

2. Relacionadas con discrasias sanguíneas

2.1. Gingivitis de la leucemia

2.2. Otras

III. Enfermedades gingivales modificadas por medicamentos

1. Enfermedades gingivales influidas por fármacos

1.1. Agrandamientos gingivales determinados por fármacos

1.2. Gingivitis influidas por fármacos

1.2.1. Gingivitis asociada a anticonceptivos

1.2.2. Otras

IV. Enfermedades gingivales modificadas por desnutrición

1. Gingivitis por deficiencia de ácido ascórbico

2. Otras (Carranza, 2010) (ECHEVERRÍA, 2005)

3.5.1.2. Enfermedades gingivales no inducidas por placa

Las lesiones en los tejidos del periodonto asociadas a enfermedades sistémicas son raras. Se observan en países en desarrollo, en grupos socioeconómicos bajos y en individuos inmunocomprometidos. (HILMSTRUP, 2005)

Dentro de las enfermedades gingivales no inducidas por placa tenemos:

- Enfermedades gingivales de origen viral. Las manifestaciones agudas de infecciones virales en la mucosa se caracterizan por enrojecimiento y la aparición de múltiples vesículas que se rompen fácilmente formando 13 úlceras muy dolorosas, como las que se producen en una gingivoestomatitis herpética primaria. (HILMSTRUP, 2005)
- Enfermedades gingivales producidas por hongos. Las manifestaciones gingivales de infecciones por hongos se caracterizan por lesiones blancas, rojas o ulcerativas.
- Lesiones gingivales de origen genético. La más común es la fibromatosis gingival hereditaria, que se caracteriza por un agrandamiento gingival de tipo fibrótico.
- Manifestaciones gingivales descamativas por desórdenes mucocutáneos.

- Líquen plano, penfigoide, pénfigo, eritema multiforme y lupus eritematoso.
- Reacciones alérgicas a materiales dentales, alimentos, pastas dentales, colutorios.
- Lesiones traumáticas. Agresiones químicas, físicas, térmicas y reacciones a cuerpos extraños. (HILMSTRUP, 2005)

3.5.2. PERIODONTITIS

Se define como una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes. Los microorganismos son la causa de esta enfermedad que llevan a la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar, produciendo la formación de bolsa periodontal, recesión o ambas. (Carranza, 2010)

La característica que diferencia a la periodontitis de la gingivitis es la presencia de pérdida ósea detectable. Los signos clínicos de inflamación, como cambio de color, contorno y consistencia, y hemorragia al sondeo, no siempre son indicadores positivos de la pérdida de inserción. Sin embargo existe una relación entre la persistencia de hemorragia al sondeo con la pérdida de inserción en el sitio de la hemorragia. (Carranza, 2010)

3.5.2.1. Clasificación de las diversas formas de periodontitis

3.5.2.1.1. Periodontitis crónica

Es la forma más común de periodontitis. Es más frecuente encontrar este tipo de periodontitis en adultos pero puede presentarse en niños.

Está vinculada con la acumulación de placa y cálculos y su progresión es lenta a moderada, sin embargo se pueden observar periodos de destrucción más rápidos. (BOTTINO, 2008)

La periodontitis crónica a su vez puede subclasificarse en forma localizada en la que < del 30% de los sitios valorados presenta pérdida de inserción y de hueso; y generalizada cuando > del 30% de los sitios está afectado. Se puede caracterizar a esta enfermedad como leve cuando la pérdida de inserción clínica es de 1 a 2 mm; moderada cuando se ha perdido de 3 a 4 mm de inserción clínica; y grave cuando ésta pérdida es o supera los 5 mm. (Carranza, 2010)

3.5.2.1.2. Periodontitis agresiva

Existen ciertas características que diferencian a la periodontitis agresiva de la crónica, generalmente es por la rapidez de la progresión en personas que se encuentran sanas, no se encuentran cantidades significativas de placa y cálculo, y en la familia hay antecedentes de esta enfermedad agresiva lo cual indica que es de origen genético. (BARRY, 2011)

Estas formas agresivas de la enfermedad afectan a jóvenes en la pubertad o después de ella, dentro de los 10 a 30 años de edad.

La periodontitis agresiva puede clasificarse de forma localizada cuando inicia en la etapa circumpuberal, afectando a los primeros molares e incisivos, en donde hay una intensa respuesta de anticuerpos séricos a agentes infecciosos. Aquí se menciona a la periodontitis juvenil localizada. (BARRY, 2011)

La forma generalizada de esta enfermedad afecta generalmente a personas menores de 30 años, existe una pérdida de inserción proximal generalizada que afecta por lo menos tres dientes distintos de los primeros molares e incisivos, hay una notable destrucción periodontal episódica y una deficiente respuesta sérica de anticuerpos a agentes infecciosos. Se puede nombrar a la periodontitis juvenil generalizada y a la periodontitis rápidamente progresiva dentro de esta clasificación. (BASCONES, 2009)

3.5.2.1.3. Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas

Se mencionan varias alteraciones hematológicas y genéticas que se relacionan con esta periodontitis, entre las que se nombra al Síndrome de Papillon Lefevre, Síndrome de Down, Neutropenia cíclica y síndrome de deficiencia de adhesión de leucocitos. Por lo tanto esta enfermedad se debe a alteraciones en los mecanismos de defensa del huésped. (Carranza, 2010)

El diagnóstico de periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas se aplica cuando la enfermedad general es el factor predisponente principal y 16 cuando no son evidentes grandes cantidades de placa y cálculo. De igual forma cuando la destrucción periodontal sea el resultado de factores locales y se agrave por la aparición de afecciones como diabetes mellitus o infección por VIH, el diagnóstico deberá ser el mismo. (Carranza, 2010)

3.5.2.2. ENFERMEDADES PERIODONTALES NECROSANTES

3.5.2.2.1. Gingivitis ulcerativa necrosante

La gingivitis ulcerativa necrosante es una enfermedad de origen microbiano, que se caracteriza por la muerte y destrucción del tejido gingival, se considera una enfermedad de tipo aguda que puede afectar a un solo diente o a un grupo de dientes o puede abarcar toda la boca. (Carranza, 2010)

Las lesiones son muy sensibles por lo que el paciente tiene dificultades al comer, especialmente alimentos calientes o condimentados. Existe un sabor metálico acompañado de abundante cantidad de saliva espesa (Carranza, 2010)

Se menciona que el estrés psicológico, tabaquismo, inmunosupresión y la desnutrición son factores predisponentes de esta enfermedad, especialmente en países en desarrollo. La NUG es una lesión que puede ser controlada con terapia antimicrobiana, observándose buenos resultados combinada con una profilaxis para eliminar placa y cálculos y con un mejoramiento de la higiene bucal. (Carranza, 2010)

3.5.2.2.2. Periodontitis ulcerativa necrosante

Las características clínicas que presenta la periodontitis ulcerativa necrosante son similares a las que se presentan en la NUG, aunque aquí existe una propagación de la enfermedad hacia las estructuras de soporte, lo que provoca una destrucción rápida ósea y de inserción, existe sangrado espontáneo y el dolor es agudo. (ZERMEÑO, 2003)

Algunos pacientes que presentan NUP pueden presentar una deficiencia inmune, es decir una disminución en la resistencia del huésped a la infección, lo que favorece al desarrollo de la enfermedad. Existen otros factores que también están involucrados con la NUP como son el tabaquismo, el estrés psicosocial, la malnutrición y las infecciones virales. (ZERMEÑO, 2003)

3.6. TRATAMIENTO

El tratamiento de la enfermedad periodontal se basa en la eliminación o disminución de las bacterias presentes en la cavidad oral.

Podemos dividir el tratamiento en distintas fases, todas ellas de gran importancia para el paciente:

3.6.1. Fase dirigida a la causa

Se trata de eliminar o reducir la presencia de las bacterias, interrumpiendo la progresión de la enfermedad lo que incluye la motivación de los pacientes, con información sobre la enfermedad que padece e instruyéndoles de las medidas de higiene oral necesarias para la eliminación de bacterias. Incluimos en esta fase también la eliminación de todos los factores posibles de acúmulo de placa a nivel de la cavidad oral (restauraciones desbordantes) que en algún momento puede, permitir la recolonización bacteriana. El raspado y alisado radicular, quirúrgico o no quirúrgico, es el medio de que disponemos para eliminar las bacterias presentes, eliminando la inflamación. (NEVEINS, 2006)

Esta fase de tratamiento dirigido a la causa puede incluir antibióticos locales o sistémicos, pero siempre como recurso al tratamiento de raspado y alisado radicular y siempre tras examen microbiológico previo. (NEVEINS, 2006)

3.6.2. Fase correctiva

En esta fase incluimos los procedimientos terapéuticos que tratan de la restitución de los tejidos dañados. Eso se realiza mediante técnicas quirúrgicas, de regeneración periodontal y con el auxilio de diferentes materiales. (Carranza, 2010)

En esta fase correctiva también debemos considerar la necesidad de rehabilitar al paciente desde un punto de vista general de salud bucal, mediante la utilización de prótesis fija, implantes dentales u otros. (Carranza, 2010)

3.6.3. Mantenimiento

Es probablemente la fase más importante del tratamiento. No es una fase activa ya que se presupone que los pacientes ya están tratados, pero el éxito de esta fase implica el evitar la recidiva. (Carranza, 2010)

Dependiendo de los factores descritos como de riesgo, los pacientes deben venir a las citas de mantenimiento en espacios de tiempo más largos o cortos. Así, por ejemplo, un paciente que es PST +, que fuma y posee alguna enfermedad sistémica necesita ser vigilado de forma más intensa que otro que no presenta estos factores de riesgo. (Carranza, 2010)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo Descriptivo porque determinó la situación de las variables que se estudiaron, y Transversal ya que el estudio fue desarrollado en un periodo de tiempo establecido por el investigador.

El área de estudio en la que se realizó la investigación fue la Universidad Nacional de Loja, el universo corresponde a 8228 estudiantes de la modalidad de estudios presencial, se tomó una muestra de forma aleatoria correspondiente a 894 estudiantes, que forman parte del macroproyecto denominado “VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL”, de los cuales 227 hombres y 204 mujeres presentaron las características correspondientes a esta investigación, participando como pacientes de este estudio 431 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión.





CRITERIOS DE INCLUSION. Los criterios de inclusión, estudiantes que deseen participar y expresen su consentimiento por escrito; excluyendo aquellos estudiantes incapacitados de realizarse el examen odontológico.

Las técnicas utilizadas fueron la Observación, de patologías propias de la cavidad oral, haciendo hincapié en los casos de mal posición dentaria y la Entrevista que permitió obtener información verbal, a través de preguntas planteadas por el propio investigador. El instrumento utilizado para la recolección de información fue, la Historia Clínica Odontológica, misma que constituye un documento médico legal, para recopilación de datos informativos de diagnóstico odontológico. En la cual se incluyó lo siguiente: se dividió la presencia de apiñamiento según Canut (2001) en:

ANTERIOR	Cuando se presenta apiñamiento en los dientes anteriores
POSTERIOR	Cuando se presenta apiñamiento en los dientes posteriores
COMBINADO	Cuando se presenta apiñamiento tanto en los dientes anteriores como en los posteriores

Además se incluyó lo siguiente Valoración de Ramfjord citada en Carranza, (2010), que nos ayuda a identificar el grado de enfermedad periodontal:

VALORACIÓN DE RAMFJORD

G0		G0	AUSENCIA DE INFLAMACION
G1		G1	Zona enrojecida de encía que rodea diente
G2		G2	Gingivitis alrededor del diente
G3		G3	Enrojecimiento intenso, hemorragia, ulceraciones

Los datos se ingresaban diariamente en el programa Epi Info y posteriormente se elaboraron los cuadros de resultados y gráficos para ilustración de los mismos en el programa Microsoft Excel, así mismo se utilizó la prueba estadística $J1^2$ para relacionar variables y finalmente someterlos a su respectiva interpretación y análisis.

Los recursos humanos estuvieron conformados por: Coordinador de la Carrera de Odontología, Tutor, Autor, Digitadores, Personal administrativo, estudiantes de la modalidad de estudios presencial del periodo 2013-2014 de la UNL.

Dentro de los recursos materiales empleados en la presente investigación consistieron en: Set de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodонера), Materiales de bioseguridad, Historia clínicas odontológicas, computadora, materiales de escritorio e impresiones.

6. RESULTADOS

Tabla # 1.

FRECUENCIA DE APIÑAMIENTO DENTAL EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO A JULIO DEL 2014.

APIÑAMIENTO DENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
SI	431	48,21%
NO	463	51,79%
TOTAL.	894	100%

Fuente: Historia Clínica Odontológica de los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja de la modalidad de estudios presencial en el periodo mayo a julio del 2014.

Autor: Byron G. Saritama G.

Interpretación:

En la presente tabla se indica que el 48.21% de pacientes estudiados presentan apiñamiento dental y el 51.79% restante son estudiantes que no presentan apiñamiento dental.

Tabla # 2

PACIENTES CON APIÑAMIENTO DENTAL EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO A JULIO DEL 2014 SEGÚN EL GÉNERO.

APIÑAMIENTO DENTAL	GÉNERO			
	MASCULINO		FEMENINO	
	F.	%	F.	%
ANTERIOR	174	76.66%	166	81.38%
POSTERIOR	26	11.46%	18	8.82%
COMBINADO	27	11.88%	20	9.80%
TOTAL.	227	100%	204	100%

Fuente: Historia Clínica Odontológica de los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja de la modalidad de estudios presencial en el periodo mayo a julio del 2014.

Autor: Byron G. Saritama G.

Interpretación:

El género masculino presenta mayor cantidad de casos de apiñamiento dental anterior con un 76.66%, en comparación con el apiñamiento posterior y el combinado, mientras que el género femenino presentó de igual manera mayor cantidad de casos de apiñamiento dental anterior con un 81.38%.

Tabla # 3

PACIENTES CON APIÑAMIENTO DENTAL EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO A JULIO DEL 2014 SEGÚN EL RANGO DE EDAD.

APIÑAMIENTO DENTAL	RANGO DE EDAD			
	18 A 24 AÑOS		25 + AÑOS	
	F	%	F	%
ANTERIOR	300	78.95%	40	78.44%
POSTERIOR	35	9.21%	9	17.64%
COMBINADO	45	11.84%	2	3.92%
TOTAL.	380	100%	51	100%

Fuente: Historia Clínica Odontológica de los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja de la modalidad de estudios presencial en el periodo mayo a julio del 2014.

Autor: Byron G. Saritama G.

Interpretación:

En la presente tabla se indica la frecuencia de estudiantes con apiñamiento dental de la modalidad de estudios presencial de la UNL.

Según el rango de edad se determinó los pacientes entre 18 a 24 años de edad que presentan apiñamiento dental la mayor prevalencia la tiene el anterior con 78.95%, mientras que en los pacientes con apiñamiento dental de 25 años o más

Tabla # 4
GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES CON
APIÑAMIENTO DENTAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA
MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO A JULIO
DEL 2014.

Estado Periodontal		Frecuencia	%
Tejidos Sanos		149	34.58%
Gingivitis	Leve	134	31.10%
	Moderada	142	32.94%
	Severa	4	0.92%
Periodontitis	Leve	2	0.46%
	Moderada	0	0%
	Severa	0	0%
total		431	100%

Fuente: Historia Clínica Odontológica de los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja de la modalidad de estudios presencial en el periodo mayo a julio del 2014.

Autor: Byron G. Saritama G.

Interpretación:

En la presente tabla se indica el grado de enfermedad periodontal en pacientes con apiñamiento dental que presentan mayor prevalencia es el de tejidos sanos (34.58%), luego la gingivitis moderada (32.94%), la gingivitis leve (31.10%), por último la gingivitis severa (0.92%) y periodontitis leve (0.46%).

Tabla # 5
GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES CON
APIÑAMIENTO DENTAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA
MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO A JULIO
DEL 2014, SEGÚN EL GÉNERO.

Estado Periodontal		GÉNERO			
		MASCULINO		FEMENINO	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Tejidos Sanos		71	31.28%	78	38.24%
Gingivitis	Leve	72	31.71%	62	30.39%
	Moderada	80	35.24%	62	30.39%
	Severa	3	1.33%	1	0.49%
Periodontitis	Leve	1	0.44%	1	0.49%
	Moderada	0	0%	0	0%
	Severa	0	0%	0	0%
total		227	100%	204	100%

Fuente: Historia Clínica Odontológica de los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja de la modalidad de estudios presencial en el periodo mayo a julio del 2014.

Autor: Byron G. Saritama G.

Interpretación:

En la presente tabla se indica el grado de enfermedad periodontal de estudiantes con apiñamiento dental de la modalidad de estudios presencial de la UNL.

Según el género se puede determinar que de casos de apiñamiento dental el género masculino presenta mayor cantidad de gingivitis moderada con un 35.24%, mientras que el género femenino presentó mayor cantidad de tejidos sanos con un 38.24%.

Tabla # 6
GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES CON
APIÑAMIENTO DENTAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA
MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO A JULIO
DEL 2014, SEGÚN EL RANGO DE EDAD.

Estado Periodontal		RANGO DE EDAD			
		18 A 24 AÑOS		25 + AÑOS	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Tejidos Sanos		135	35.53%	14	27.47%
Gingivitis	Leve	122	32.10%	12	23.52%
	Moderada	119	31.33%	23	45.09%
	Severa	3	0.78%	1	1.96%
Periodontitis	Leve	1	0.26%	1	1.96%
	Moderada	0	0%	0	0%
	Severa	0	0%	0	0%
total		380	100%	51	100%

Fuente: Historia Clínica Odontológica de los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja de la modalidad de estudios presencial en el periodo mayo a julio del 2014.

Autor: Byron G. Saritama G.

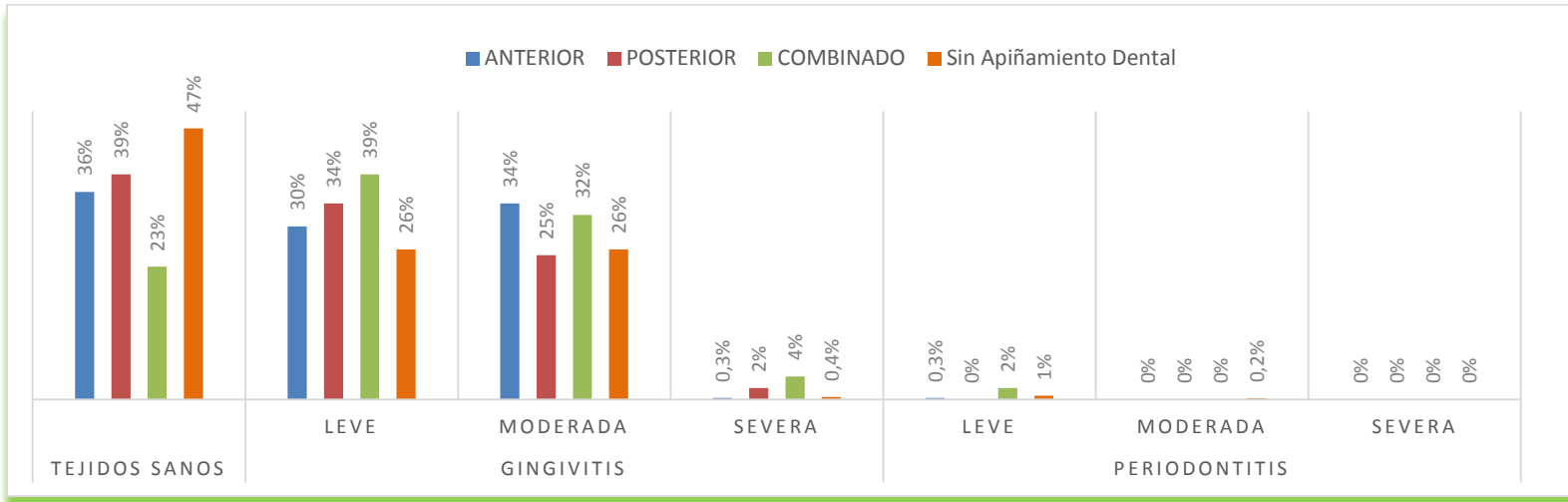
Interpretación:

En la presente tabla se indica el grado de enfermedad periodontal de estudiantes con apiñamiento dental de la modalidad de estudios presencial de la UNL.

Según el rango de edad de los sujetos estudiados con apiñamiento dental de 18 a 24 años de edad existen mayor prevalencia con tejidos sanos, seguidos de gingivitis leve, moderada y la severa, y por último la periodontitis leve. Mientras que en los sujetos de 25 años o más la enfermedad periodontal de mayor prevalencia es gingivitis moderada, luego están los pacientes con tejidos sanos, los que presentan gingivitis leve y por último gingivitis severa y periodontitis leve.

GRÁFICO # 1

RELACIÓN DE APIÑAMIENTO DENTAL CON LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO A JULIO DEL 2014



Fuente: Historia Clínica Odontológica de los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja de la modalidad de estudios presencial en el periodo mayo a julio del 2014.

Autor: Byron G. Saritama G.

GRÁFICO # 7

PRUEBA DE JI^2 DE LA RELACIÓN DE APIÑAMIENTO DENTAL CON LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO A JULIO DEL 2014

APIÑAMIENTO DENTAL		TEJIDOS SANOS	GINGIVITIS			PERIODONTITIS		
			LEVE	MODERAD A	SEVERA	LEVE	MODERAD A	SEVER A
Con apiñamiento dental	ANTERIOR	139,57494 4	96,599552 6	99,261745	2,2818791 9	1,901566	0,3803132	0
	POSTERIOR	18,062639 8	12,501118 6	12,8456376	0,2953020 1	0,2460850 1	0,049217	0
	COMBINADO	19,294183 4	13,353467 6	13,7214765	0,3154362 4	0,2628635 3	0,05257271	0
Sin Apiñamiento Dental	FRECUENCIA	190,06823 3	131,54586 1	135,171141	3,1073825 5	2,5894854 6	0,51789709	0
valor-p	0,00318592<0.05	Si hay relación entre variables						

Interpretación:

En la presente tabla se indica la relación de apiñamiento dental con la enfermedad periodontal en los y las estudiantes de la modalidad de estudios presencial de la UNL. Se puede establecer que de los pacientes que presentan apiñamiento dental, el combinado presenta mayor prevalencia de enfermedad periodontal ya que tiene los porcentajes más altos tanto en gingivitis leve, severa, así como en periodontitis leve y moderada. Mientras que el apiñamiento anterior solo tiene mayor prevalencia en la gingivitis moderada. Se observa además que de los pacientes con tejidos sanos el 47% no tuvieron apiñamiento dental y el resto si tuvo apiñamiento dental ya sea anterior, posterior o combinado.

7. DISCUSIÓN

El apiñamiento dental es una de las principales alteraciones de la cavidad bucal ocupando el segundo lugar dentro de las afecciones más comunes ya que afectan a un amplio sector de la población de alcance mundial, la importancia de esta afección no es solo por su número, sino por los principales efectos nocivos que se pueden generar a partir de este problema.

En un estudio realizado por (MACIAS, Frecuencia del Apiñamiento Dentario en Adolescentes del Area de Salud Maso, 2009) con una muestra de 138 pacientes de estudio donde se ha podido obtener resultados de que el 44.2% de la muestra presenta lo que es apiñamiento dental, mientras que el 55.7% de los pacientes examinados se encuentran sin apiñamiento; además se pudo observar que de los pacientes de estudio el 49.2% son de género masculino y el 50.8% son de género femenino. En comparación con la presente investigación realizada se obtuvo los mismos resultados en cuanto a la presencia de apiñamiento ya que existe un 51.79 % de pacientes que no presentan apiñamiento, mientras que en el género la mayor prevalencia de apiñamiento la tiene el género masculino siendo todo lo contrario a los obtenidos en el estudio realizado por (MACIAS, Frecuencia del Apiñamiento Dentario en Adolescentes del Area de Salud Maso, 2009)

Por otro lado, (CASTILLO, 2011) un estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad Veracruzana con una muestra de 68 alumnos de entre 17 a 38 años de edad donde encontró que 40 alumnos (58%) presentaron apiñamiento y de los 28 alumnos restantes que equivale al (42%) no presentó apiñamiento dental y el género

que más presentó apiñamiento dental se registró en mujeres que en hombres. Se puede establecer que existen diferencias significativas entre los dos estudios ya que en el estudio realizado en esta investigación se observa que el 51.79% de los pacientes de estudio no presentaron apiñamiento dental mientras que el 48.21% si presentaron apiñamiento dental, presentando una mayor prevalencia en el género masculino que en el femenino.

En un estudio realizado (Iniguez, 2014) en la ciudad de Cuenca en el 2012 en el Centro de Salud N°4 con una muestra de 342 historias clínicas, se determinó que la gingivitis se presentó en el 27,78% de los pacientes, siendo más frecuente en pacientes mayores de 20 años y del género masculino. Todos los pacientes que presentan gingivitis tienen placa bacteriana en cualquiera de los niveles según la ubicación de la misma en la corona dental. En comparación a los datos obtenidos en la presente investigación la gingivitis se presentó en mayor prevalencia siendo la gingivitis moderada la principal en los pacientes masculinos en una edad comprendida entre 18 a 24 años de edad, y semejante al estudio de (Iniguez, 2014) presentan acumulación de placa bacteriana debido a la presencia de apiñamiento dental. En cuanto a la periodontitis en el estudio de (Iniguez, 2014) se presentó en un 4,09% de los pacientes, con mayor frecuencia en pacientes mayores de 20 años y en el género femenino. Se presentó un caso de periodontitis en un paciente entre 15 a 20 años, representando el 0.29%. Al igual que en los resultados obtenidos en la presente investigación se encontró un caso de periodontitis leve comprendido en la edad de 18 a 24 años, pero también se presentó un caso en los pacientes comprendidos de 25-31 años, en cuanto al género se presentó en ambos con un caso tanto en el género masculino como en el femenino

Otro estudio realizado por (NARVÁEZ, 2000) en Bogotá, demostraron que de 117 jóvenes examinados de 13 y 17 años, el 100% presentaba algún tipo de enfermedad periodontal, todos ellos presentaron gingivitis leve, 10 casos (8%) presentaron pérdida de inserción, 7 casos con periodontitis moderada (5.9%) y 1 caso (0.8%) con periodontitis avanzada. A diferencia de este estudio se obtuvo un 31.28% de pacientes masculinos y un 38.24% de pacientes femeninos que presentaron tejidos sanos cuya edad está comprendida entre los 18 a 24 años indicando que existe cierto grado de higiene buco dental mayor que el estudio de (NARVÁEZ, 2000) ya que el 100% de su muestra presentaba algún tipo de enfermedad periodontal.

Chambrone y Cols, en 2010, en la Facultad de Odontología de la Universidad de São Paulo, Brasil, seleccionaron una muestra de 206 escolares entre 7 y 14 años para determinar prevalencia y severidad de enfermedad gingival. Los hallazgos fueron impresionantes pues encontraron signos clínicos de patología bucal en todos los escolares. El 46.1% de ellos fue catalogado como enfermedad gingival leve y el 53,9% como enfermedad gingival moderada (CHAMBRONE, 2010). Existe cierta semejanza en nuestra investigación ya que se presenta una prevalencia de enfermedad gingival moderada mayor que la enfermedad gingival leve, pero diferenciándose ya que existe mayor grado de pacientes estudiados que presentan tejidos sanos esto se puede deber a que en nuestro país existe o tenga un mayor acceso a los cuidados dentales, ya que la influencia que presenta las condiciones socioeconómicas y culturales juegan un papel importante sobre la enfermedad gingival.

8. CONCLUSIONES

Luego de haber realizado el presente trabajo investigativo se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- De los pacientes examinados el 48.21% presentó apiñamiento dental, de los cuales en el apiñamiento anterior existe mayor prevalencia en pacientes de género femenino (81%) que en el género masculino (76%) y en cuanto a la edad existe una mayor cantidad de casos en un rango de edad de 18 a 24 años de edad (79%) y una menor cantidad en el rango de edad de 25-31 (78%).
- Según el grado de enfermedad periodontal en pacientes con apiñamiento dental la mayor prevalencia es el de tejidos sanos (34.58%), luego la gingivitis moderada (32.94%), la gingivitis leve (31.10%), por último la gingivitis severa (0.92%) y periodontitis leve (0.46%). Existiendo una mayor cantidad de pacientes masculinos con apiñamiento dental que presentan una gingivitis moderada (35%), mientras que en género femenino hay mayor cantidad de casos con tejidos sanos (38%). Según el rango de edad existe mayor prevalencia en tejidos sanos en pacientes de 18 a 24 años (35%), mientras que en los pacientes de 25-31 la principal es gingivitis moderada (23%).
- De los pacientes con apiñamiento dental se puede establecer que el apiñamiento combinado presenta mayor enfermedad periodontal, ya que los porcentajes más altos tanto en gingivitis leve (39%), severa (4%), así como en periodontitis leve

(2%) pertenecen al apiñamiento combinado. Mientras que el apiñamiento anterior solo tiene mayor prevalencia en la gingivitis moderada (34%). Además se observó que de los pacientes con tejidos sanos el 47% no tuvieron apiñamiento dental y el resto si tuvo apiñamiento dental ya sea anterior, posterior o combinado, ($JI^2 < 0.05$ si hubo relación entre ambas variables).

9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que la Universidad Nacional de Loja realice campañas de concientización sobre la importancia de la salud oral para que los estudiantes conozcan cómo evitar las diversas patologías que pueden afectar su salud oral.
- Brindar información acerca de las complicaciones y consecuencias que ocasionan las enfermedades periodontales, de este modo se podrá incentivar a la población joven a mejorar los hábitos de higiene oral.
- Referir a los pacientes de estudio que acudan a la clínica odontológica de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Loja para que de esta forma se le brinde la ayuda necesaria de la cual solicite.
- Se recomienda realizar más estudios en nuestro país relacionados con las posibles causas de apiñamiento anterior ya que está presente en la mayoría de la población.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. AJ van Winkelhoff., R. T. (2006). Terapia antibiótica sistémica en . *Periodontology*, 10,45.
2. Albandar, J. (2002). Periodontal diseases in North America. *Periodontology*.
3. Arrieta, K. (2007). prevalencia de caries y enfermedad periodontal en estudiantes del programa de odontología de la universidad de Cartagena. *Departamento de Investigacion Facultad de Odontologia*.
4. BARRY, M. E. (2011). *Periodoncia*. España: Elsevier.
5. BASCONES, A. (2009). *Periodoncia clínica e implantología oral* . Barcelona: Ediciones Avances.
6. BORDONI, N. (2010). *Odontología Pediátrica*. Argentina: Editorial Médica.
7. BOTTINO, M. (2008). *Periodoncia Nuevas Tendencias*. Sao Paulo: Artes Medicas .
8. BROWN, L. (2009). *Periodontal status in the United States*. estados Unidos journal of dental research.
9. Cancio, O., Napoles, I., Marin Monteros, I., & Ley Sifontes, L. (2008). Necesidad de prótesis en pacientes mayores de 15 años. *Articulos Originales*.
10. CANUT, J. (2001). *Ortodoncia clínica y terapéutica*. Barcelona: Editorial Masson.
11. CÁRDENAS, D. (2003). *Odontología Pediátrica Fundamentos en Odontología* . Medellin.
12. Carranza, F. A. (2010). *Periodontología Clínica*. México: McGraw-Hill Interamericana editores, S.A de C. V.
13. CASTILLO, R. (2011). *Prevalencia de apiñamiento dental en los alumnos de nuevo ingreso de la Facultad de Odontología de la Universidad Veracruzana*. Mexico: Poza Rica.
14. CHAMBRONE, L. (03 de 04 de 2010). *Scielo*. Recuperado el 12 de 10 de 2014, de Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000200008&script=sci_arttext&tlng=es

15. Cisneros del aguila, M., Fernandez Lozano, H., & Verastegui Sandoval, A. (2011). *Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificacion de kennedy en pacientes adultos de una clinica docente universitaria*. Peru.
16. DIAZ, P. G. (2009). *IMPLANTES DENTALES. PERDIDA DE DIENTES*. PERU.
17. ECHEVERRÍA, J. (2005). *Manual Sepa de periodoncia y Terapéutica de implantes*. Madrid: Medic Panamericana.
18. ESCOBAR, F. (2004). *Odontología Pediátrica*. Colombia: Amolca.
19. Flemmig, T. (2008). *la periodontitis*. *Academia Americana de Periodontología*.
20. GRABER, T. (2003). *Ortodoncia Principios generales y técnicas*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
21. GURKEERAT, S. (2009). *Ortodoncia diagnostico y tratamiento*. USA: Amolca.
22. H. Loe. Anerud A, B. H. (2012). Historia natural de enfermedad periodontal en el hombre. *Journal of Periodontal*, 50-62.
23. HARFIN, J. (1999). *Tratamiento ortodóntico en el adulto*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
24. HILMSTRUP, P. (2005). lesiones Gingivales no inducidas por Placa. *Ann Periodontal Vol. 4*.
25. Iniguez, M. M. (22 de julio de 2014). *Repositorio Institucional Universidad de cuenca*. Recuperado el 13 de septiembre de 2014, de Repositorio de la Universidad de Cuenca : <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20532/1/tesis%20empastar.pdf>
26. JA, S. (2000 Feb). *The British journal of oral & maxillofacial surgery*. inglaterra.
27. LINDHE. (2005). *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
28. LINDHE, J. (1989 nov). *periodontal loser sites*. estados unidos: journal of clinica periodontology.
29. LJ, B. (1996 feb). *Periodontal status in the United States*. estados Unidosjur of dental research.

30. LUNA MEJIA, G. A. (2011). *Incidencia de edentulismo parcial segun la clasificacion de Kennedy en el centro de rehabilitacion social de la ciudad de Loja en el periodo junio-noviembre del 2011*. Loja.
31. MACIAS, R. (2008). Frecuencia del apiñamiento dentario en adolescentes del area de salud Maso. *Rev haban cienc méd [revista en la Internet]*.
32. MACIAS, R. (2009). Frecuencia del Apiñamiento Dentario en Adolescentes del Area de Salud Maso. *Habenera de Ciencias Mdicas*.
33. MAYORAL, j. (2010). *Ortodoncia Principios Fundamentales y Practica* . Barcelona : Labor SA.
34. McGurk, S. J. (2000 Feb). *The British journa of oral & maxillofacial surgery*. Inglaterra: Lackof correlation betweenwater hardness.
35. NARVÁEZ, J. (2000). Tendencia de Enfermedad Periodontal en jovenes entre 13 y 17 años. *Pontificia Universidad Javeriana de Colombia*.
36. NAVA, J. P. (2002). Estado de salud periodontal y necesidad de tratamiento de estudiantes universitarios . *Ciencia Ergo Sum*.
37. NEVEINS, M. (2006). *Terapia Periodontal Enfoques Clinicos* . Barcelona: Artes Medicas.
38. Noborikawa. (2001). *Frecuencia de pacientes edentulos parciales segun calasificacion de Kennedy*. Lima. Peru.
39. PROFFIT., W. (2008). *Ortodoncia Contemporánea*. Barcelona: Elsevier.
40. RESTREPO, U. (2010). *Ortodoncia Teoria y Clinica*. Medellin.
41. SCHERP, H. (2009). Conceptos actuales en la investigacion de la enfermedad periodontal. *Revista de la Asociacion Dental Americana*, 67-75.
42. UREÑA, A. J. (2010). *Ortodoncia Lingual Procedimientos y aplicación clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana S.A.
43. URIBE, G. A. (2004). *Fundamento de Odontología. Ortodoncia*. Medellin-Colombia.
44. USTRELL, J. M. (2009). *Ortodoncia*. Barcelona: Ediciones Universidad de Barcelona.
45. VELLINI-FERREIR, F. (2006). *Ortodoncia: Diagnostico y Planificacion Clínica*. Brasil: Artes Medicas Latinoamericanas .

11.ANEXOS

FOTOGRAFIAS.

APIÑAMIENTO DENTAL





ENFERMEDAD PERIODONTAL





OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO OPERATIVO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Apiñamiento dental	Alteración de la posición de los dientes.	Piezas dentales en mal posición	Presencia	Si
				No
			Género	Masculino
				Femenino
			Edad	18-24
				25-31
Enfermedad periodontal	Enfermedades inflamatorias de los tejidos de soporte del diente	Enfermedad periodontal en pacientes con apiñamiento dental	Presencia	Si
				No
			Género	Masculino
				Femenino
			Edad	18-24
				25-31
			Valoración de Ramfjord	G0
				G1
G2				
G3				

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MAYO				JUNIO				JULIO				
Ejecución del macroproyecto:													
Levantamiento epidemiológico			x	x									
construcción de base de datos			x	x									
control de calidad de la base de datos			x	x	x								
Elaboración del proyecto de tesis						x	x						
Presentación para la declaratoria de pertinencia del proyecto de tesis										x			
Elaboración y desarrollo de la tesis										x	x	x	
Presentación												x	

del borrador de tesis													
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO PARA EL PRIMER MOMENTO					
DETALLE	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	COSTO	TOTAL	FINANCIAMIENTO
Impresión de Historia clínica	6	unidad	0,05	0,3	Estudiantes X módulo
Copias de la historia clínica	3600	unidad	0,01	36	Estudiantes X módulo
Impresión de Carnet	600	unidad	0,1	60	Estudiantes X módulo
Instrumental Básico de diagnóstico dental	132	unidad	45	5940	Estudiantes X módulo
Guantes	7	Caja	8	56	Estudiantes X módulo
Mascarillas	100	unidad	0,25	25	Estudiantes X

					módulo
cepillos profilácticos	600	unidad	0,2	120	Clínica Odontológica
Pasta profiláctica	6	Tarro	10	60	Clínica Odontológica
Flúor	10	Frasco	12	120	Clínica Odontológica
Digitadores de datos	2	personas	1500	1500	Estudiantes X módulo
TOTAL				7917,3	

RECURSOS y FINANCIAMIENTO PARA EL SEGUNDO MOMENTO					
DETALLE	CAN TI- DAD	DESCRIP- CIÓN	COSTO	TOTAL	FINANCIA -MIENTO
MATERIALES DE ESCRITORIO	5	Impresiones	\$30,00	\$150	Estudian-
	5	Empastados	\$24,00	\$120	te de X
	2	Lapiceros	\$ 0.30	\$0.60	Módulo
		Imprevistos		\$100	

RECURSOS DIGITALES	1	Cámara Digital	\$250	\$250	Estudian- te de X
	1	Flash memory	\$22,00	\$22,00	Módulo
TOTAL				\$642,60	

AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA



MACROPROYECTO: "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS

GÉNERO : F

M

CI

ESTADO CIVIL:

SO

O

CA

D

DIVOR

DO

EN LIBRE

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

LUGAR DE NACIMIENTO

LUGAR DE PROCEDENCIA

LUGAR DE RESIDENCIA

CARRERA

CICLO

TEL

TRABAJA:

SI

NO

ANTECEDENTES PERSONALES:

EN EL ÚLTIMO AÑO HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNA ENFERMEDAD?

SI

NO

QUE

ENFERMEDAD?

ESTA UD. EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO?

SI

NO

QUE FARMACO?

ALERGIAS SI NO CUAL?

EMBARAZO: SI NO

GASTRITIS SI NO REFLUJO GASTRICO
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Señale en el casillero correspondiente si tiene familiares con las siguientes patologías y su parentesco

DIABETES MELLITUS Parentesco

HTA SI Parentesco NO

CANCER SI Parentesco NO

OTROS

HÁBITOS

CONSUMO DE ALCOHOL: una vez a la semana más de dos veces al mes ocasionalmente nunca

CONSUMO DE CIGARRILLO: muy frec poco frec

REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA QUE ACT

OTROS

HABITOS DE HIGIENE BUCAL

Óptimo <input type="checkbox"/>	Cepilla <input type="checkbox"/>	Utiliza hilo dental <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regular <input type="checkbox"/>	Cepilla 2 veces <input type="checkbox"/>	Utiliza enjuague bucal SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Malo <input type="checkbox"/>	Cepilla 3 veces <input type="checkbox"/>		
	Otros <input type="checkbox"/>		

CONTROL ODONTOLÓGICO

Óptimo <input type="checkbox"/>	visitas al Odontologo 1 vez al año <input type="checkbox"/>
regular <input type="checkbox"/>	visitas al Odontologo 2 veces al año <input type="checkbox"/>
malo <input type="checkbox"/>	visitas al Odontologo 3 veces al año <input type="checkbox"/>

PUNTOS DOLOROSOS

NEURALGIA DEL TRIGEMINO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FRONTAL	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	MODERADO	<input type="checkbox"/>	INTENSO	<input type="checkbox"/>	UNI O BILATERAL	<input type="checkbox"/>
MAXILAR	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	MODERADO	<input type="checkbox"/>	INTENSO	<input type="checkbox"/>	UNI O BILATERAL	<input type="checkbox"/>
MANDIBULAR	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	MODERADO	<input type="checkbox"/>	INTENSO	<input type="checkbox"/>	UNI O BILATERAL	<input type="checkbox"/>

GANGLIOS LINFÁTICOS:

TUMEFACCIÓN

NORMAL SI

ATM:

Función de ATM RUIDO (click/crépito) DESVIACIÓN DEFLEXIÓN NORMAL

Dolor en la ATM SI NO UNILATERAL BILATERAL

Limitación en apertura

Desviación mandibular a la apertura. DER IZQUI

Pérdida de soporte Oclusal Posterior SI NO UNILATERAL BILATERAL

LABIOS:

Pigmentaciones	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Labio fisurado	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Queilitis angular	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Color cianótico:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Otros Cuáles

Tonicidad labial

Hipertónico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Hipotónico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Normal		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

FORMA DE ROSTRO

Cuadrado	<input type="checkbox"/>
Triangular	<input type="checkbox"/>
Ovalado	<input type="checkbox"/>

BIOTIPO FACIAL:

Braquicéfalo
Normocéfalo
Dolicocéfalo

ASIMETRÍA FACIAL:

FOTOGRAFÍA

DERECHA

SI

NO

IZQUIERDA

SI

NO

LINEA MEDIA FACIAL

HABITOS

MORDEDURA DE OBJETOS

CONSUMO DE SUSTANCIAS ACIDAS

INTERPOSICION LINGUAL

DESTAPA BOTELLAS CON LOS DIENTES

SI

NO

ONICOFAGIA

BRUXISMO

SI

NO

RESPIRADOR BUCAL

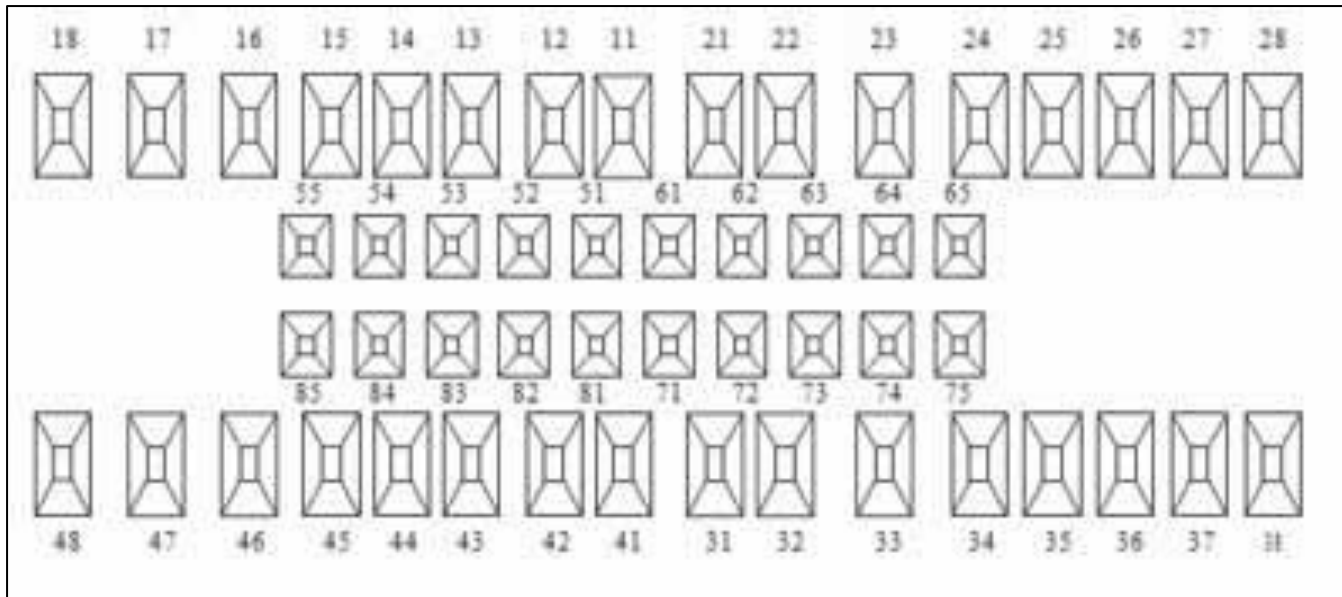
SUCCION DIGITAL

SI

NO

Localizacion

ODONTOGRAMA:



Porta ortodoncia fija

SI NO

Tuvo tratamiento ortodoncico

SI NO

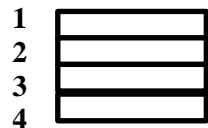
C

P

O

TAMAÑO DE ESPACIO EDENTULO

CUADRANTE 1



CUADRANTE 2



CUADRANTE 3



CUADRANTE 4



CLASE DE KENNEDY

CLASE I

MODIFIC

CLASE II SI NO MODIFICACION
 CLASE III SI NO MODIFICACION
 CLASE IV SI NO

PORTADOR DE PROTESIS

P. FIJA Tipo
 P.REMOVIBLE MATERIAL
 P. TOTAL SI NO UNI/ BIMAXILAR

LESIONES NO CARIOSAS SI NO

Erosión e I II
 Abrasión SI NO
 Atrición SI NO Leve Moderado Severo
 Abfracción SI NO
 Fluorosis dental SI NO Cuestionable Muy leve Leve Moderado Severo

ALTERACIONES DE NÚMERO DE LOS DIENTES

Supernumerarios SI NO Pieza:
 Agenesia SI NO Pieza:

PERDIDA POR PATOLOGIAS

Traumatismos SI NO Pieza:
 Caries SI NO Pieza:

OCLUSIÓN

RELACIÓN MOLAR:

Clase I Derecha Izquierda
 Clase II Derecha Izquierda
 Clase III Derecha Izquierda
 No aplicable Derecha Izquierda

RELACIÓN CANINA:

Clase I SI Derecha Izquierda
 Clase II Derecha Izquierda
 Clase III Derecha Izquierda

No aplicable Derecha Izquierda

OVERJET MEDIDA POSITIVO NEGATIVO
OVERBITE MEDIDA POSITIVO NEGATIVO

MALOCCLUSIONES

Mordida abierta Anterior SI NO
Mordida Abierta Posterior SI NO UNILATERAL BILATERAL
Mordida profunda SI NO
Mordida cruzada anterior SI NO
Mordida cruzada posterior SI NO UNILATERAL BILATERAL
Mordida bis a bis SI NO

APIÑAMIENTO DENTAL

Anterior SI NO Leve Moderado Severo
Posterior SI NO Leve Moderado Severo

FORMA DE DIENTES

Triangular
Ovalados
Cuadrados

PIEZAS FUERA DEL PLANO OCLUSAL

MESIALIZADAS DISTALIZADAS Pieza
LINGUALIZADAS Pieza VESTIBULARIZADAS
EXTRUIDAS Pieza INTRUIDAS Pieza

MAXILAR:

Forma de arcada
Cuadrado
Triangular
Ovoidal

PALADAR DURO

Torus palatino SI NO

Comunicación bucosinusal SI NO
 Atresis maxilar SI
 Micrognatismo maxilar SI
 Macrognatismo Maxilar SI NO
 Petequias SI NO

PALADAR BLANDO

Lesiones Ulcerosas Aftas mayores Aftas menores Lesiones Herpéticas

MANDIBULA

Forma de arcada
 Cuadrado
 Triangular
 Ovoidal

MUCOSA ORAL

Lesiones Blancas SI NO Localizacion
 Lesiones Rojas Localiz
 Lesiones Ulcerosas SI NO Localizacion

EPULIS TRAUMATICO Localizado C Localizado R

PISO DE LA BOCA:

Ránula SI NO Localizacion
 Hipertrofia de frenillo lingual SI NO
 Torus lingual SI NO

CARRILLOS:

Aftas o estomatitis SI NO

GLÁNDULAS SALIVALES:

	G. Parótida	G. Submaxilar	G. Sublingual
Tumefacción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secresión Purulenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fluidez Salival

Obstrucción de conductos salivales

PH SALIVAL

ÁCIDO(ROJO)

BÁSICO(AZUL)

NORMAL(NO HAY CAMBIO)

FRENILLO LABIAL

NORMAL

SI

NO

INSERCIÓN BAJA

SI

NO

APENDICE DE FRENILLO

SI

NO

Produce diastemas a nivel incisivos

SI

NO

NECESIDAD DE TRATAMIENTO

FRENILLO LINGUAL

NORMAL

SI

NO

ANQUILOGLOSIA

SI

NO

PRODUCE PROBLEMAS FONÉTICOS

NECESIDAD DE TRATAMIENTO

LENGUA:

FISURADA

SI

NO

GEOGRÁFICA

MACROGLOSIA

PATOLOGÍA PULPAR:

1. Inspección

Cambio de color

Si

No

Piezas:

Caries penetrante

Si

No

Piezas:

Exposición pulpar

Si

No

Piezas:

Líneas de fisura

Si

No

Piezas:

Fístula

Si

No

Piezas:

Microfiltración

Fractura Si No Piezas:

Tejidos Dentales

Coronaria
Radicular
Corono-radicular

Tejidos de Soporte

Contusión
Subluxación
Luxación
Intrusión
Avulsión

2. Análisis del fenómeno doloroso

§ Provocado
§ Localizado
§ Corto
§ Intermitente
§ Espontaneo
§ Difuso
§ Prolongado
§ Continuo

§ Sordo
§ Expansivo
§ Pulsátil
§ Irradiado
§ Ocasional
§ Constante
§ Agudo
Otros

3. Palpación

Coronaria Sintomática Si No
Apical Sintomático Si No
Tumefacción firme
Tumefacción Blanda
Asintomático

4. Percusión

Horizontal Positivo Negativo
Vertical Positivo Negativo

5. Pruebas térmicas

frío Positivo Negativo Cede despues del estimulo

calor **Positivo** **Negativo** **Al retirarlo persiste**

6. Movilidad

Grado I			<input type="text"/>
Grado II		Pieza	<input type="text"/>
Grado III	<input type="text"/>	Pieza	<input type="text"/>

7. Sondaje periodontal

MV	<input type="text"/>	MeV	<input type="text"/>	DV	<input type="text"/>
MP-I	<input type="text"/>	MeP-L	<input type="text"/>	DP-L	<input type="text"/>

8. Diagnóstico Radiográfico

Cámara pulpar	Normal	<input type="text"/>
Modificada		<input type="text"/>

Conductos radiculares Calcificación

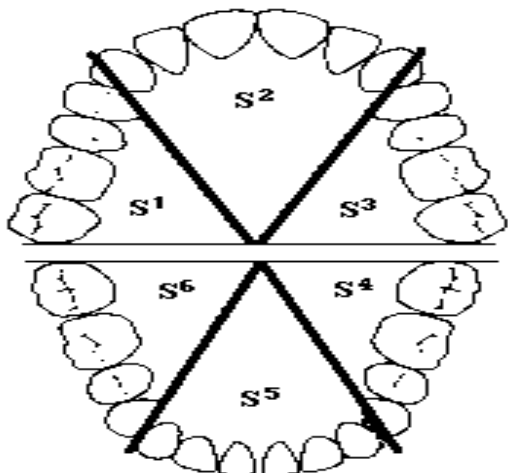
Resorción interna	<input type="text"/>
Resorción externa	<input type="text"/>
Otros	<input type="text"/>

Periápice

Lesión periapical	Presente	<input type="text"/>
	Ausente	<input type="text"/>
Ligamento periodontal	Normal	<input type="text"/>
	Denso	<input type="text"/>
	Roto	<input type="text"/>

9. DIAGNÓSTICO

NECROSIS PULPAR	<input type="text"/>
PULPITIS IRREVERSIBLE	<input type="text"/>
PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA	<input type="text"/>
PULPITIS REVERSIBLE	<input type="text"/>
ABSCESO DENTOALVEOLAR CRÓNICO	<input type="text"/>
ABCESO DENTOALVEOLAR CON FISTULA	<input type="text"/>



ABCESODENTO ALVEOLAR SIN FISTULA

DESPULPADO / RETRATAMIENTO

OTRO:

PATOLOGIA PERIODONTAL

**EVALUACIÓN PERIODONTAL:
Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal de la Comunidad**

NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL

0 Tejidos sanos
1 Sangrado gingival

2 Presencia de cálculo y/o obturaciones defectuosas

3-4 Bolsa patológica de 3,5 a 5,5mm

S 1:	S2:	S3:
S4:	S5:	S6:
FECHA:		

- Código 0: Mantener las medidas de prevención.
- Código 1: Instrucción de higiene bucal
- Código 2: Instrucción de higiene bucal Detartraje Eliminar obturaciones con desajustes
- Código 3 y 4: Instrucción de higiene bucal Detartraje supragingival y subgingival Pulido radicular

DIAGNOSTICO

OBSERVACIONES

VALORACIÓN DE RAMFJORD

- | | | | |
|----|--------------------------|----|--|
| G0 | <input type="checkbox"/> | G0 | AUSENCIA DE INFLAMACION |
| G1 | <input type="checkbox"/> | G1 | Zona enrojecida de encía que rodea diente |
| G2 | <input type="checkbox"/> | G2 | Gingivitis alrededor del diente |
| G3 | <input type="checkbox"/> | G3 | Enrojecimiento intenso, hemorragia, ulceraciones |

PERIODONTITIS

Perdida de insercion de 3 mm - LEVE

Perdida de insercion de 3 - 6 mm - MODERADO

Perdida de insercion mayor 6 mm - SEVERO

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

PRESENCIA DE CÁLCULO DENTAL

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

CÁLCULO SUPRAGINGIVAL	PIEZA #16 ó 15	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona	
	PIEZA #11 ó 21	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona	
	PIEZA #24 ó 25	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona	
	PIEZA #34 ó 35	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona	
	PIEZA #31 ó 41	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona	
	PIEZA #46 ó 45	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona	
CÁLCULO SUBGINGIVAL	PIEZA #16 ó 15	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz	<input type="checkbox"/>	3/3 raíz	
	PIEZA #11 ó 21	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz	<input type="checkbox"/>	3/3 raíz	
	PIEZA #24 ó 25	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz	<input type="checkbox"/>	3/3 raíz	
	PIEZA #34 ó 35	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz	<input type="checkbox"/>	3/3 raíz	
	PIEZA #31 ó 41	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz	<input type="checkbox"/>	3/3 raíz	
	PIEZA #46 ó 45	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz	<input type="checkbox"/>	3/3 raíz	
INDICE IHOS	Placa Bacteriana	PIEZA #16 ó 15	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
		PIEZA #11 ó 21	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
		PIEZA #24 ó 25	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
		PIEZA #34 ó 35	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
		PIEZA #31 ó 41	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
		PIEZA #46 ó 45	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona

NECESIDAD DE TRATAMIENTO

Le gustaria recibir tratamiento odontologico

Si

No

Que tipo de tratamiento

Que tipo de atencion prefiere

Conoce los servicios que ofrece la clinicaodontologica de la UNL

Le gustaria ser atendido en la clinicaodontologica de la UNL

Esta Ud. en posibilidades de costear un Tx. Odontologico

Publica

Si

No

Privada

Si

No

Porque

RESPONSABLE:

ÍNDICE

Certificación	I
Autoría	II
Carta de autorización	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
1. Tema	6
2. Resumen	7
Abstract	8
3. Introducción	9
Esquema del marco teórico	13
4. Revisión de literatura	16
CAPÍTULO I	16
5. Maloclusiones	16
5.1. Clasificación de Angle	16
5.1.1. Clase I	16
5.1.2. Clase II	17
5.1.2.1. Subdividida adicionalmente en 2 divisiones:	17
5.1.2.1.1. División 1.	17
5.1.2.1.2. División 2.	17
5.1.3. Clase iii (o mesio-oclusión)	17
CAPITULO II	17

6. APIÑAMIENTO DENTARIO	17
6.1. DEFINICIÓN	18
6.2. ETIOLOGÍA	20
6.3. FACTORES DE RIESGO	20
6.3.1. FACTORES GENERALES	20
6.3.1.1. HERENCIA	21
6.3.1.2. ESTRUCTURAS ESQUELÉTICAS.	21
6.3.1.3. TEJIDOS BLANDOS	21
6.3.2. FACTORES LOCALES	22
6.3.2.1. Anomalías de Número	22
6.3.2.2. Dientes ausentes en dentición primaria	22
6.3.2.3. Anomalías del tamaño del diente	22
6.3.2.4. Pérdida prematura de los dientes deciduos.	23
6.3.2.5. Erupción tardía de los dientes permanentes	23
6.3.2.6. Trayectoria eruptiva anormal.	23
6.3.2.7. Caries Dental	24
6.3.2.8. Restauraciones dentales defectuosas	24
6.3.2.9. Hábitos	24
6.3.2.9.1. Succión digital	25
6.3.2.9.2. Empuje lingual	25
6.3.2.9.3. Succión y mordedura del labio	26
6.3.2.9.4. Onicofagia	26
6.4. CLASIFICACIÓN DE APIÑAMIENTO DENTARIO	26

6.4.1. Apiñamiento dentario primario	26
6.4.2. Apiñamiento dentario secundario	27
6.4.3. Apiñamiento dentario terciario	27
6.4.4. Cuantificación del apiñamiento dentario	27
6.5. EFECTOS	28
6.6. TRATAMIENTO	28
CAPITULO III	30
7. ENFERMEDAD PERIODONTAL	30
7.1. Definición	30
7.2. Etiología	31
7.3. Índice Periodontal	31
7.4. Factores de riesgo	33
7.4.1. Edad	33
7.4.2. Genero	34
7.4.3. Estado socioeconómico	34
7.4.4. Genética	34
7.4.5. Tabaco	34
7.5. CLASIFICACIÓN	35
7.5.1. ENFERMEDADES GINGIVALES	35
7.5.1.1. Enfermedades gingivales inducidas por placa	35
7.5.1.2. Enfermedades gingivales no inducidas por placa	37
7.5.2. PERIODONTITIS	37
7.5.2.1. Clasificación de las diversas formas de periodontitis	38

7.5.2.1.1. Periodontitis crónica	38
7.5.2.1.2. Periodontitis agresiva	39
7.5.2.1.3. Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas	40
7.5.2.2. ENFERMEDADES PERIODONTALES NECROSANTES	40
7.5.2.2.1. Gingivitis ulcerativa necrosante	40
7.5.2.2.2. Periodontitis ulcerativa necrosante	41
7.6. TRATAMIENTO	42
7.6.1. Fase dirigida a la causa	42
7.6.2. Fase correctiva	42
7.6.3. Mantenimiento	43
5. Materiales y métodos	44
6. Resultados	46
7. Discusión	55
8. Conclusiones	58
9. Recomendaciones	60
10. Bibliografía	61
11. Anexos	64