

ARTÍCULO ORIGINAL

Características de la enfermedad periodontal en la población atendida en consulta externa de la Clínica Estomatológica "Camilo Torres Restrepo"

Characteristics of the periodontal disease in the population assisted in the out-patient department from "Camilo Torres Restrepo" Stomatological Clinic

**Dr. Kadir Argelio Santana Fernández,^I MsC. Armelis Mailyn Rodríguez Hung,^I
Dra. María Elena Silva Colomé,^I MsC. Leonardo Núñez Antúnez^{II} y MsC. Ileana
García Fajardo^I**

^I Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Facultad de Tecnología de la Salud "Dr. Juan Manuel Páez Inchausti", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 415 pacientes con enfermedades periodontales -- seleccionados por muestreo aleatorio simple -- que acudieron al servicio estomatológico del Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo" de Santiago de Cuba, de enero a julio del 2013, con vistas a describir las características de las periodontopatías. Entre los resultados preponderantes figuraron: el sexo masculino (54,2 %), la gingivitis como condición periodontal (49,6 %) y el grupo etario de 50-59 años (38,6 %); asimismo, el factor de riesgo más frecuente fue la higiene bucal deficiente (89,2 %), seguida en menor porcentaje de la caries dental (75,7). Este problema de salud ha estado presente en la población de la mencionada área de salud hasta la actualidad, pero con la identificación de los factores de riesgo más relevantes, se podría prevenir o detener su desarrollo.

Palabras clave: periodontopatías, servicio estomatológico, condición periodontal, gingivitis, factores de riesgo, caries dental.

ABSTRACT

A descriptive and cross sectional study of 415 patients with periodontal disease -- selected by simple random sampling -- who went to the stomatological service of "Camilo Torres Restrepo" Teaching Polyclinic in Santiago de Cuba was carried out from January to July, 2013, with the objective of describing the characteristics of the periodontopathies. Among the predominant results there were: the male sex (54.2%), gingivitis as periodontal condition (49.6%) and the age group 50-59 years (38.6%); also, the most frequent risk factor was the poor oral hygiene (89.2%), followed in lower percentage by dental cavity (75.7). This health problem has been present in the population of the aforementioned health area up to the present time, but with the identification of the most outstanding risk factors, its clinical course could be prevented or stopped.

Key words: periodontopathies, stomatological service, periodontal condition, gingivitis, risk factors, dental decay.

INTRODUCCIÓN

En los últimos 40 años el estado de salud de la población cubana, particularmente la salud bucal, ha experimentado notables avances, como resultado de la alta prioridad que se ha brindado a aquellos aspectos básicos y determinantes en la calidad de vida de los ciudadanos. Las enfermedades gingivales y periodontales están catalogadas entre las primeras afecciones más comunes del ser humano.¹

La relación existente entre las bacterias y los mecanismos de respuesta inmunitaria del hospedero es la base del mecanismo inmunopatológico del daño tisular, dado que las bacterias y sus productos estimulan a las células del huésped para que liberen mediadores inflamatorios como las citoquinas y prostaglandinas, las cuales agudizan el perjuicio o la destrucción de los tejidos periodontales.^{2,3}

Existen diversos factores genéticos, ambientales y biológicos, entre otros, que pueden favorecer la evolución de la afección a un proceso destructivo de la unidad gingivo-periodontal.⁴⁻⁶

Evidentemente la gingivitis asociada a la placa dental es la más común de las enfermedades periodontales.⁷ Esta es una afección indolora que puede asumir varias formas a través de diversos grados de gravedad, que serán el resultado de la virulencia, cantidad y frecuencia de las agresiones ambientales locales, modificadas por la resistencia y los factores reparadores.⁸

Por su parte, la periodontitis es una de las enfermedades bucales más comunes en los humanos. Esta entidad infecciosa y multifactorial, cuyo agente causal primordial es la microbiota del surco, es definida como el proceso inflamatorio crónico que daña el periodonto de inserción (ligamento periodontal, hueso alveolar y cemento radicular).⁴

Los problemas de salud bucodental no son privativos de una sociedad determinada, ni de un grupo, una clase social o un individuo.⁹ Así, se ha demostrado que la enfermedad de las estructuras de soporte de los dientes ha existido en todas las culturas. Ahora aparece más en hombres que en mujeres, y se han observado formas más graves en personas de piel negra, así como una mayor frecuencia en las poblaciones rurales; tiene una alta prevalencia, gravedad variable y se pierden gran cantidad de dientes por su causa.¹⁰

Desde los tiempos de Hipócrates se establece que es más fácil prevenir las enfermedades que curarlas, para lo cual es imprescindible conocer bien los factores y las condiciones de las enfermedades más difundidas y peligrosas.¹¹ Sin embargo, por muchos años la periodoncia fue como un conglomerado de técnicas terapéuticas, cuya finalidad era tratar de salvar los dientes cuando la enfermedad estaba avanzada, pero actualmente la preocupación fundamental es la prevención. Antes de emprender el estudio detallado de la enfermedad periodontal, es importante una perspectiva adecuada respecto al papel de la periodoncia en el ejercicio de la Odontología.

Se considera que con la edad aumenta la posibilidad de padecer la enfermedad periodontal, sobre todo después de la cuarta década de la vida, lo que se asocia a los cambios tisulares que se presentan con los años. En los estudios donde se han evaluado grandes poblaciones en cuanto a prevalencia, avance y extensión de la enfermedad periodontal, se ha hallado la enfermedad mayormente en los grupos de edad avanzada que en los jóvenes, lo cual no implica que los primeros tengan mayor riesgo, sino que han estado expuestos por más tiempo a la destrucción periodontal.¹²

Cuando se valora la posibilidad de padecer una enfermedad, hay que tener en cuenta la existencia de factores de riesgo, los que constituyen rasgos característicos o ciertas condiciones biológicas, psicológicas y ambientales, que se relacionan con un incremento en la probabilidad de presentarla; por el contrario cuando estos no aparecen, disminuye dicha probabilidad.^{13,14}

Al respecto, los factores de riesgo son atributos o características que le confieren al individuo un grado variable de susceptibilidad para contraer enfermedades, o para que su salud sufra alteraciones. Se clasifican en biológicos, sociales, económicos, ambientales, de atención a la salud e integración. Durante todos estos años se ha hablado de la función de los factores directos como iniciadores de estas enfermedades, y cómo los sistémicos (indirectos) han agravado o modificado el papel de los primeros, aunque se les ha opuesto la respuesta defensiva del huésped. Entre los factores directos se tienen en cuenta el estado de la higiene bucal, las obturaciones defectuosas, la caries dental, los cálculos, la respiración bucal y las malposiciones dentarias.⁸

Con referencia a lo expuesto anteriormente, en los análisis de la situación de salud del Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo", se ha observado un aumento de afectados con enfermedad periodontal, quienes desconocen las características de esta. Ello denota la necesidad de realizar estudios sobre el tema, en los cuales se ponga de manifiesto la influencia de dicha afección en la salud general de los pacientes, si se considera que este problema de salud ha afectado desde el pasado y afectará aún más en el futuro, pero si se identifican los factores de riesgo más relevantes, se podrá influir en la población para prevenirlo o detenerlo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y trasversal de 415 pacientes con enfermedades periodontales (seleccionados por muestreo aleatorio simple de un total de 1 748), que acudieron al servicio estomatológico del Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo", de enero a julio del 2013, con vistas a describir las características de las periodontopatías en ellos, para lo cual se tuvieron en cuenta las variables: edad, sexo, estado periodontal y factores de riesgo.

A tales efectos, se consideraron los criterios de inclusión: presencia de signos clínicos de enfermedad periodontal, edad comprendida entre 20 y 59 años, voluntariedad de participar en el estudio y no incapacidad física o mental, o ambas, que imposibilitara participar en este. Fueron excluidos los pacientes con enfermedades sistémicas (diabetes mellitus y epilepsia), los que fueran menores de 19 años y mayores de 60, así como las gestantes.

El estado periodontal fue evaluado a través del índice periodontal de Russell revisado (IP-R) por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el IP-R solo se registra el valor asignado al diente más gravemente dañado de cada individuo, a saber:

- Encía sana: no existencia de signos evidentes de inflamación periodontal. Se asigna valor 0.
- Gingivitis leve: cuando la inflamación de la encía libre no rodea completamente al diente. Se asigna valor 1.
- Gingivitis: área de inflamación en toda la encía libre que rodea al diente, pero no existe ruptura evidente de la adherencia epitelial. Se asigna valor 2.

- Gingivitis con formación de bolsa: hay ruptura de la adherencia epitelial con bolsa periodontal, no hay interferencia con la masticación, ni existe movilidad dentaria. Se asigna valor 6.
- Destrucción avanzada: cuando el diente posee movilidad, migración patológica y pérdida de la función masticatoria, debido a la formación de bolsas profundas. Se asigna valor 8.

Asimismo se consideraron los siguientes factores de riesgo:

- Higiene bucal deficiente: se evaluó a través del índice de análisis de higiene bucal (IAHB) de Love, para lo cual se dividió el total de puntos obtenidos entre el total de superficies examinadas y el resultado se multiplicó por 100; se consideró la higiene bucal como deficiente si el resultado era mayor de 20 puntos. Se tomó como unidad la superficie total de cada cara del diente y no se tuvieron en cuenta las superficies oclusales ni los terceros molares. Se calificó en: 0- superficie limpia y 1- superficie sucia.
- Respiración bucal: se efectúa la respiración por la boca, ya sea por hábitos o por afecciones obstructivas nasofaríngeas.
- Caries dental: se consideró la lesión clínicamente visible o la presencia de esta, si al explorar una superficie, la extremidad del explorador penetró hasta el tejido dental suave, cediendo a la presión y ofreciendo resistencia al ser retirado.
- Restauraciones defectuosas: obturaciones caídas parcial o totalmente, o desbordantes, que pudieran favorecer la acumulación de placa dentobacteriana.
- Cálculos: masas calcificadas y adherentes que ofrecen resistencia a la tracción y no se desprenden con el cepillado; se consideraron en sus 2 variantes: supra e infragingival.
- Apiñamiento: cuando existieron alteraciones de la posición dentaria y/o ruptura de la armonía del arco dentario, con más de un diente sin espacio aparente para su ubicación.

La información fue recogida exclusivamente por los autores a través del interrogatorio y el examen bucal, realizado en la consulta en condiciones de luz artificial y con el empleo de: espejo plano para la boca, explorador, pinza para algodón, sonda periodontal y torundas de gasa, así como tabletas de Plac Dent[®], como sustancia reveladora de la placa dentobacteriana.

Después de obtener los datos generales del paciente se procedió a realizar el examen bucal, donde se aplicó primero el índice periodontal. Se observaron las características clínicas, y para detectar la presencia de bolsas se introdujo la sonda periodontal en sentido paralelo al eje longitudinal del diente, sin forzarla, dentro de los tejidos subyacentes por todas las caras de la pieza, con el uso de una solución antiséptica de gluconato de clorhexidina a 0,1 %, para aplicar a la parte activa de la sonda al pasar de un diente al otro, hasta anotar los milímetros que señala la escala de medición. A fin de detectar la movilidad dentaria se empleó la pinza para algodón, y se registró el valor asignado al diente más afectado de cada paciente. Luego se registró la presencia de los factores de riesgo y, por último, se aplicó el IAHB de Love, previa tinción de las superficies dentarias con la sustancia Plac Dent[®].

RESULTADOS

La tabla 1 muestra que la gingivitis fue la afección periodontal predominante en todos los grupos etarios, seguida de la gingivitis con bolsa, que primó en los grupos de 40-49 años (9,4 %) y 50-59 (9,9 %). La destrucción avanzada sobresalió en las edades de 50-59 años, con 42 pacientes, para 10,1 %.

Tabla 1. Pacientes con afectación periodontal según grupos etarios

Grupo etario (años)	Gingivitis leve		Gingivitis		Gingivitis con bolsa		Destrucción avanzada		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
20-29	16	3,9	8	1,9	5	1,2			29	7,0
30-39	10	2,4	39	9,4	26	6,3	6	1,4	81	19,5
40-49	2	0,5	89	21,4	39	9,4	15	3,6	145	34,9
50-59	7	1,7	70	16,9	41	9,9	42	10,1	160	38,6
Total	35	8,4	206	49,6	111	26,7	63	15,2	415	100,0

Al relacionar la condición periodontal con el sexo, se constató que la gingivitis era preponderante en los varones, con 113 pacientes, para 27,2 % (tabla 2); en tanto, la gingivitis con bolsa sobresalió en el sexo femenino, con 63 pacientes, para 15,2 %. Respecto a la destrucción avanzada, también se destacó el sexo masculino, con 42 afectados, que representó 10,1 %.

Tabla 2. Pacientes con afectación periodontal según sexo

Sexo	Gingivitis leve		Gingivitis		Gingivitis con bolsa		Destrucción avanzada		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	13	3,1	93	22,4	63	15,2	21	5,1	190	45,8
Masculino	22	5,3	113	27,2	48	11,6	42	10,1	225	54,2
Total	35	8,4	206	49,6	111	26,7	63	15,2	415	100,0

En el análisis de los factores de riesgo (tabla 3), se observó que la higiene bucal deficiente obtuvo el porcentaje más elevado (89,2), seguido de la caries dental (75,7 %) y, en menor escala, pero no menos importante, las restauraciones defectuosas (58,6 %).

Tabla 3. Factores de riesgo locales según grupos etarios

Factores de riesgo	Grupo etario (años)								Total	
	20-29		30-39		40-49		50-59			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Higiene bucal deficiente	23	5,5	63	15,2	136	32,8	148	35,7	370	89,2
Respiración bucal	1	0,2	7	1,7			3	0,7	11	2,7
Caries dental	21	5,1	70	16,9	120	28,9	103	24,8	314	75,7
Restauraciones defectuosas	15	3,6	53	12,8	98	23,6	77	18,6	243	58,6
Cálculo	3	0,7	39	9,4	93	22,4	65	15,7	200	48,2
Apiñamiento	3	0,7	18	4,3	35	8,4	22	5,3	78	18,8

DISCUSIÓN

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

Resulta oportuno señalar que las enfermedades periodontales se caracterizan por los siguientes síntomas y signos: halitosis, enrojecimiento, hinchazón, sensibilidad, sangrado y retracción de las encías, así como dientes flojos o separados y material purulento entre los dientes y las encías.¹⁵

Algunos autores⁷ han planteado que el sexo femenino demanda más atención estomatológica, debido a fines estéticos, o sea, para mantener el cuidado de la apariencia física, lo que incluye la limpieza de la cavidad bucal, con el respectivo cuidado de dientes y encías; por lo que la enfermedad periodontal en cualquiera de sus categorías es menor en las féminas respecto al sexo opuesto.

Los resultados de la serie coincidieron con los de un estudio realizado por Bidopia Ríos *et al*⁶ en cuanto al predominio de varones con afecciones del periodonto; sin embargo, discrepan de lo obtenido por Pérez Barrero *et al*,⁷ quienes obtuvieron una superioridad del sexo femenino.

Según Carranza y Glickman¹² existe un incremento casi lineal de la enfermedad periodontal al aumentar la edad. Diferentes autores han demostrado, en sus investigaciones, que las periodontopatías comienzan a aparecer alrededor de los 20 años y se agudizan con el tiempo; de igual modo, gran parte de la población está afectada por alguna forma de periodontitis leve o moderada, y cierto porcentaje presenta formas más graves.⁹

Al analizar la enfermedad según el índice periodontal de Russell modificado por la OMS, se observó una prevalencia de la gingivitis, pues estuvo presente en el mayor porcentaje de integrantes de la serie, y fue más notable en el grupo etario de 40-49 años, lo cual estuvo asociado al envejecimiento de todos los tejidos del cuerpo humano.¹² Tales hallazgos se correspondieron con los de Bidopia Ríos *et al*⁶ y Méndez González *et al*.¹⁷

En esta investigación la higiene bucal deficiente sobresalió en los grupos etarios de 50-59 y de 40-49 años, en ese orden. Por su parte, la caries dental fue más frecuente en estas mismas edades, solo que en este caso el grupo más afectado fue el de 40-49 años.

Lo expuesto anteriormente coincidió con los estudios de Pérez Barrero *et al*,⁷ Bidopia Ríos *et al*⁶ y Méndez González *et al*,¹⁷ en los cuales se expone que la higiene bucal deficiente resultó el factor de riesgo predominante, pues en la mayoría de los pacientes aparecían abundantes restos y cálculos. Según se ha referido,¹⁴ Russell plantea que la enfermedad periodontal rara vez se presenta en ausencia de residuos bucales, en especial de la placa dentobacteriana; de manera que son obvios los resultados de este estudio.

Finalmente, cabe añadir que la Asociación Dental Americana indica que la incidencia de la mala higiene bucal en países de América es de más de 50 % en los pacientes que acuden a consulta. Este es un factor importante en la aparición de la enfermedad periodontal, puesto que crea en la cavidad bucal las condiciones necesarias para que los microorganismos patógenos y sus productos, desencadenen reacciones químicas y biológicas en las estructuras periodontales y las enfermen.^{2,3}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Callejas Martínez YM, González Heredia E, del Valle Llagostera G, Castañeda Deroncelé M. Estado de salud bucal en 5 consultorios del municipio Palma Soriano, Santiago de Cuba, 2006. Rev Cubana Estomatol. 2006 [citado 25 Oct 2012]; 43(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_04_06/est01406.html
2. Sun Y, Shu R, Li CL, Zhang MZ. Gram-negative periodontal bacteria induce the activation of Toll-like receptors 2 and 4, and cytokine production in human periodontal ligament cells. J Periodontol. 2010; 81(10): 1488-96.
3. Verma RK, Bhattacharyya I, Sevilla A, Lieberman I, Pola S, Nair M, et al. Virulence of major periodontal pathogens and lack of humoral immune protection in a rat model of periodontal disease. Oral Dis. 2010; 16(7): 686-95.
4. Xiang XM, Liu KZ, Man A, Ghiabi E, Cholakis A, Scott DA. Periodontitis-specific molecular signatures in gingival crevicular fluid. J Periodontal Res. 2010; 45(3): 345-52.
5. Rethman MP. Inflammation in chronic periodontitis and significant systemic diseases. J Calif Dent Assoc. 2010; 38(4): 247-57.
6. Díaz Caballero A, Vivas Reyes R, Puerta Llerena L, Ahumado Monterrosa M, Cabrales Salgado R, Herrera Herrera A, et al. Periodontitis, *Porphyromonas gingivalis* y su relación con la expresión de *quorum sensing*. Rev Cubana Estomatol. 2010 [citado 25 Oct 2012]; 47(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000400003
7. Pérez Barrero BR, Rodríguez Mediaceja G, Pérez González A, Rodríguez García B, Paneque Gamboa MR. Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años. MEDISAN. 2009 [citado 20 Abr 2012]; 13(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san06109.htm
8. Sosa Rosales MC. Guías prácticas clínicas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
9. Salas Luévano MA, Rivas Gutiérrez J. La odontología del pueblo maya. Rev ADM. 2001; 58(3): 105-7.
10. Fernández Záseta M, López Díaz Z. T 2. Higiene y epidemiología para estudiantes de estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 156-62.
11. Duque de Estrada Riverón J, Rodríguez Calzadilla A, Countin Marie G, Riverón Herrera F. Factores de riesgo asociados con la enfermedad periodontal en niños. Rev Cubana Estomatol. 2003 [citado 20 Abr 2012]; 40(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072003000100009&script=sci_arttext
12. Carranza FA, Glickman I. Periodontología clínica de Glickman. 5 ed. México, D.F.: Nueva Editorial Interamericana; 1982.

13. Bohórquez Rodríguez A, Guillen Llera F. Enfermedades sistémicas de la vejez. En: Bullón Fernández P, Velasco Ortega E. Odontoestomatología geriátrica: la atención odontológica integral del paciente de edad geriátrica. Madrid: International Marketing and Communication; 1996.
14. Sosa Rosales M, Marín Quintero ME, Méndez Piña A, Guillaume Ramírez V, Criado M, Echarry Cano O. En: Sosa Rosales MC. Guías prácticas clínicas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
15. Ruiz Candina HJ, Herrera Batista A. La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. Rev Cubana Invest Biomed. 2009 [citado 20 Abr 2012]; 28(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002009000300007&script=sci_arttext&tlng=en
16. Bidopia Ríos D, Michael Gooden D, Joseph Montero D, Segura Sardiñas O. Comportamiento de la enfermedad periodontal. Policlínica "Pedro del Toro Saad", Holguín 2001-2002. Correo Científico Médico de Holguín. 2005 [citado 20 Abr 2012]; 9(3). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no93/n93ori1.htm>
17. Méndez González JA, Pérez Rodríguez OJ, Fors López MM. Factores de riesgo y su relación con la enfermedad periodontal en el área del Policlínico Angel A. Aballí. Rev Cubana Estomatol. 2007 [citado 20 Abr 2012]; 44(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000200002&script=sci_arttext

Recibido: 18 de octubre de 2013.

Aprobado: 20 de enero de 2014.

Kadir Argelio Santana Fernández. Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo", calle Heredia nr 354, entre Calvario y Reloj, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: kadir.santana@medired.scu.sld.cu