

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Facultad de Odontología.

UNAN-León



“Principales factores de riesgo asociados a gingivitis en pacientes que asistieron al Centro de Salud “Enrique Mántica Berio”, León, período de julio-septiembre del 2002.”

Tesis para optar al título de
CIRUJANO DENTISTA.

Autores:

Guisselle María Arguello Muñoz.

Glenda Lucía Delgado Cuadra.

Julher Ajax Aráuz Estrada.

Tutor:

Dr. Jorge Cerrato.

Cirujano Dentista.

Asesor:

Dr. Ricardo Cuadra.

Médico Cirujano

Especialista en Medicina Interna.

León, Nicaragua.2003.

RESUMEN.

La gingivitis es una a enfermedad oral frecuente en la humanidad, que sin un adecuado tratamiento progresa a periodontitis, una de las mayores causas de pérdida dentaria.

Sin embargo, en Nicaragua existen muchas personas que desconocen las causas que originan y permiten el desarrollo de esta alteración, razón por la cual no emplean métodos preventivos.

Este documento contiene un estudio investigativo sobre los principales factores de riesgo asociados a gingivitis en pacientes que asisten al centro de salud “Enrique Mántica Berio” de la ciudad de León, en el período comprendido entre julio y septiembre del 2002.

DEDICATORIA.

Entrego todos mis esfuerzos a cada uno de los seres que amo y respeto, a quienes han permanecido junto a mí, brindándome su ayuda para ser cada día mejor.

- A Dios y la Virgen Santísima, en quienes he depositado mi confianza y mi fe a lo largo de estos años.
- A mi madre Martha Dolores, fuente de energía, inspiración y deseos de superación. Siempre haces que dé lo mejor de mí.
- A mi hermano Hansel, mi razón para esforzarme y luchar contra todos los obstáculos de la vida.
- A mi abuelita Goyita, un ángel que siempre estará conmigo y a mis abuelitos (Mami y Papi), reflejo de un amor incondicional que surgió antes de que pudiera abrir los ojos al mundo.
- A mis tías Lula, Chris y Zeney, poseen un inmenso sitio en mi vida, en mi corazón. ¡Nunca hubiese logrado este sueño sin ustedes¡.
- A las personas víctimas de la injusticia, en especial a mis tíos Heberto y Ernesto, en quienes pienso en todo momento.
- A mis tíos Javy, Luis R., Luis M. e Irene, por su apoyo sin condiciones.
- A mis primos, cómplices y amigos: Ever, Erni, Fer, Pavel y Fabiola, con quienes crecí y viví los mejores momentos de mi infancia; y a mis adoraciones: Ceci, Christie, Robertito y Kelvin.
- A las personas que en algún instante me entregaron tiempo, cariño y amistad, En especial a Marvin, María Lucía, Emma, María de los Angeles, y Fátima.
- A mis grandes amigos Julher y Glenda, sin duda alguna hicimos un buen equipo.

Guisselle.

DEDICATORIA.

A lo largo de este caminar he tenido junto a mí personas que me han ayudado a salir adelante, por eso les dedico con todo mi corazón esta monografía.

- A Dios Padre y María Santísima, por ser parte indispensable en mi vida y por permitirme alcanzar mis metas.
- A mi padre Evenor Delgado, quien estaría orgulloso de mí, sabiendo que he logrado culminar mis estudios y desde donde se encuentre sé que me cuida.
- A mi madre Rosandra Cuadra, que con su apoyo incondicional y su incansable labor y lucha, supo brindarme mis estudios e inculcarme valores que hoy son parte de mí.
- A mi abuelita Margarita, a quien le agradezco parte de lo que soy, por que desde siempre me ha cuidado y me ha enseñado el valor de la vida.
- A mi hermano Oscar, por estar a mi lado demostrándome su cariño y por su apoyo en estos últimos años.
- A Elmer y María Mercedes, por la confianza que me han tenido, por su afecto, su respaldo y su ayuda incondicional.
- A mi querida prima Yuya, quien ha depositado su confianza en mí, sin limitaciones y ha crecido a mi lado compartiendo todos los momentos de nuestras vidas.
- A todas las personas que me han brindado su amistad y cariño, y que han demostrado estar conmigo a lo largo de estos años, especialmente a Mirna, Yasmara, Cinthya, doña Alba y Alba María.
- A mis amigos Guisselle, María Lucía y Julher, con quienes he compartido grandes retos y buenos momentos en todo este tiempo, al fin lo hemos logrado...

Glenda.

DEDICATORIA.

➤ **A Dios,**

Quien es mi guía y mi fortaleza espiritual y a quien le doy las gracias por todo.

➤ **A mi padre,**

Quien con su respaldo y sus consejos ha inculcado en mí una actitud de superación y confianza.

➤ **A mi madre,**

Quien con su ejemplo, comprensión y apoyo ha logrado en mí mantenerme dispuesto a seguir adelante.

➤ **A mis hermanos,**

Quienes juntos hemos aprendido a sobreponernos y a seguir adelante ante cualquier circunstancia.

➤ **A mi novia,**

Mi morenita necia, gracias por ser tan especial en mi vida.

➤ **A mis seres queridos,**

Quienes confiaron en mí, me brindan su cariño y sé que puedo confiar en ellos, en especial a María Fernanda, mi pequeña sobrina.

Julher.

AGRADECIMIENTO.

- A Dios, nuestra fuerza y ayuda incondicional.

- A nuestras familias, por depositar en nosotros su confianza y su fe.

- A nuestros tutores, por entregarnos su valioso tiempo y sabios consejos.

- A los pacientes, que colaboraron e hicieron posible la realización de este estudio.

- A todas y cada una de las personas, que de alguna forma contribuyeron a la culminación de nuestra investigación, especialmente a nuestro amigo Marvin Quant.

Índice.

Introducción.....	1
Objetivos.....	4
Hipótesis.....	5
Marco teórico.....	6
Diseño metodológico.....	31
Resultados.....	38
Discusión de resultados.....	44
Conclusiones.....	48
Recomendaciones.....	49
Bibliografía.....	50
Anexos.....	51

Introducción.

La gingivitis es uno de los trastornos orales más frecuentes a nivel mundial y se considera la forma más común de la enfermedad gingival. (1)

La gingivitis es un problema de salud oral que afecta a todas las personas independientemente de su condición socioeconómica a nivel mundial. (2)

Se caracteriza por encías inflamadas y sangrantes, es una condición reversible, siempre y cuando se le brinde un tratamiento adecuado, de lo contrario se considera la principal precursora de la enfermedad periodontal. (7)

La detección de este signo o de otras lesiones poco usuales en la cavidad oral requiere de una inmediata consulta dental, ya que la intervención adecuada del odontólogo logrará impedir la aparición de complicaciones o reducir las existentes, mejorando así la calidad de vida de cada individuo. (7)

La gingivitis se ha considerado una de las más frecuentes enfermedades del organismo. En experimentos realizados se ha observado que en la mayor parte de los casos esta alteración gingival ha progresado a periodontitis, afectándose en esta última; cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar. (4)

Existen diversos factores que influyen en el inicio y desarrollo de la enfermedad gingival. Además de otros que modifican o alteran la respuesta inflamatoria. Se cree que la placa bacteriana constituye el factor etiológico primario de la gingivitis. (4)

Por lo antes expuesto, el presente estudio trata de determinar, ¿Cuáles son los principales factores de riesgo asociados a gingivitis en pacientes que asisten al Centro de Salud “Enrique Mántica Berio,” de la ciudad de León, durante el período de julio- septiembre del 2002?

Los estudios efectuados por distintos autores durante los últimos años han revelado que:

En los Estados Unidos se encontró una prevalencia de gingivitis de 87% en niños de 4 a 6 años, un 80% en chicos de 6 a 17 años en Chicago y un 60% en Filadelfia. Más de un 65% de los adolescentes de este país sufren de gingivitis importante. (4)

En la India se encontró una prevalencia de gingivitis de 73% y 97% en jóvenes de 9 a 17 años y del 81% en niños de 5 a 10 años. (4)

En Suiza se encontró gingivitis en un 75% de niños de 7 años y 93% en niños de 13 años. Estos mismos estudios indican que el aumento de la gingivitis se produce a los 5 y 6 años. (4).

Cuando se efectúan los cambios de dentición decidua a dentición mixta hay un pico a los 9 años y otro a los 12 y 15 años. La influencia de los factores higiénicos es muy importante y puede afectar a cualquier individuo.
(4)

En Nicaragua en la ciudad de León se realizó un estudio sobre enfermedades periodontales en pacientes diabéticos en el año de 1993.

Sin embargo no se encontró ningún estudio analítico en el que se determinen factores de riesgo de la gingivitis.

Por considerar que la gingivitis es una de las enfermedades más frecuentes en la población, originada en la mayor parte de los casos por una mala higiene oral, se propone realizar el presente estudio para que producto de los resultados, se pueda hacer énfasis en:

1. Promover programas educativos de salud bucal en los centros de salud.
2. Implementar medidas preventivas (educación en salud, técnica de cepillado, etc.) que deben tomarse en cuenta al abordar a un individuo en el consultorio dental.
3. Fomentar el desarrollo de una conciencia y preocupación por la higiene oral durante las prácticas odontológicas cotidianas.

Objetivos.

Objetivo General.

- Determinar los principales factores de riesgo asociados a gingivitis que se presentan en los pacientes que asisten al Centro de salud “Enrique Mántica Berio” de la ciudad de León entre julio y septiembre del 2002.

Objetivos Específicos.

- Determinar qué factores iniciadores se presentan con mayor frecuencia en los pacientes en estudio.
- Identificar los principales factores modificadores locales y sistémicos que influyen en la presencia clínica de gingivitis.
- Establecer comparación entre los factores de riesgo presentes en los pacientes en estudio que presentaron o no gingivitis.

Hipótesis.

Los pacientes con mala higiene oral tienen más probabilidad de padecer gingivitis, que los pacientes que tienen buena higiene oral.

Marco teórico.

Definición de gingivitis.

Es una condición reversible, ésta se caracteriza por encías inflamadas y sangrantes. (2)

Es el resultado de la acumulación de placa bacteriana en el margen de la encía y en el surco entre el margen y el diente, dichas bacterias y su producto tienen efectos inflamatorios directos y también evocan una respuesta inmunológica. (2)

Características normales de la encía.

La encía es la parte de la mucosa bucal que reviste los procesos alveolares de los maxilares y rodea los cuellos de los dientes. (2)

Anatómicamente se divide en:

Encía marginal (no insertada): Corresponde al margen gingival de la encía que rodea los dientes como un collar. Por lo regular con casi 1mm de ancho forma la pared de tejido blando del surco gingival (canalillo o espacio poco profundo alrededor del diente circunscrito por su superficie en un lado y el revestimiento epitelial del margen libre de la encía por el otro). (2)

Encía insertada: Se continúa con la encía marginal. Es firme, resistente y se fija con firmeza al periostio subyacente del hueso alveolar. El ancho de la encía insertada corresponde a la distancia entre la unión mucogingival y la proyección sobre la superficie del surco gingival. (2)

El ancho varía, por lo general es mayor en el área incisiva (3.5 a 4.5 mm en el maxilar y 3.3 a 3.9 mm en la mandíbula) y menor en los segmentos posteriores. El ancho mínimo aparece en el área del primer premolar (1.9 mm en maxilar y 1.8 mm en mandíbula). (2)

Encía interdental: Ocupa el espacio interdental gingival. Puede ser piramidal y tener una forma de collado, dependerá del punto de contacto entre los dientes vecinos y la presencia o ausencia de cierto grado de recesión. (2)

Color: Por lo general el color de la encía insertada y la marginal se describe como rosa coral (es producto del aporte vascular, el grosor y grado de queratinización del epitelio, así como de la presencia de las células que contienen pigmentos). (2)

Tamaño: Corresponde a la suma total de la masa de elementos celulares e intercelulares de la encía y su riego vascular. (2)

Contorno: Depende de la morfología de los dientes y su alineación en la arcada, la ubicación y el tamaño del área de contacto proximal, así como las

dimensiones de los espacios interproximales gingivales, vestibulares y linguales. El contorno generalmente es festoneado. (5)

Consistencia: Firme y resilente, con excepción del margen libre móvil.

Textura superficial: Muestra una superficie como la de una cáscara de naranja y se dice que presenta puntilleo. La encía insertada exhibe puntilleo, la marginal no. (2)

Posición: Se refiere al nivel donde el margen gingival se fija al diente. Cuando este brota hacia la cavidad oral, el margen y el surco se localizan en el vértice de la corona. A medida que la erupción avanza se observa más cerca de la raíz. (2)

Fases de la gingivitis.

Los cambios patológicos en la gingivitis se relacionan con la presencia de microorganismos en el surco gingival. La secuencia de los eventos comprendidos en la producción de esta alteración se analiza en 3 fases:

Gingivitis fase I: Lesión inicial (2-4 días).

Cambios vasculares que consisten en la dilatación capilar y aumento de la circulación sanguínea.

Clínicamente esta reacción inicial no es evidente. Es posible reconocer cambios sutiles en el epitelio de unión y tejido conectivo perivascular. Los linfocitos pronto comienzan a acumularse.

El incremento en la migración de leucocitos y su aglomeración en el surco gingival pueden relacionarse con un ascenso del flujo del líquido gingival en el surco.

El carácter e intensidad de la reacción del huésped determinan si la lesión inicial se resuelve pronto o si se convierte en lesión inflamatoria crónica. (2)

Gingivitis fase II: Lesión precoz (4-7 días)

Signos clínicos del eritema pueden aparecer por la proliferación de capilares y formación aumentada de asas capilares.

Puede evidenciarse hemorragia al sondeo. Aumento en el grado de destrucción de colágena (70%).

Los grupos principales de fibras afectadas parecen ser los de las circulares y dentogingivales. Se describen alteraciones en los rasgos morfológicos de vasos sanguíneos y lecho vascular.

Los Polimorfonucleares (PMN) abandonan los vasos sanguíneos como reacción a la estimulación quimiotáctica, viajan al epitelio, cruzan la lámina

basal, aparecen en el epitelio y emergen en la zona de la bolsa. Los PMN son atraídos hacia las bacterias y las engloban en un proceso de fagocitosis. Fibroblastos muestran alteraciones citotóxicas con menor capacidad para producir colágena. (2)

Gingivitis fase III: Lesión establecida (14-21 días).

Crónica, los vasos sanguíneos se distienden y congestiona el retorno venoso, se altera y la circulación sanguínea se hace lenta. El resultado es anoxemia gingival localizada, que añade a la encía enrojecida un tono azulado. La extravasación de eritrocitos y descomposición de la hemoglobina también puede oscurecer el color de la encía inflamada crónicamente.

La lesión puede ser descrita como encía inflamada de manera moderada a intensa. (2)

Clasificación de gingivitis.

Según su distribución: (2)

1. **Gingivitis localizada:** Afecta la encía relacionada con un solo diente o un grupo de dientes.
2. **Gingivitis generalizada:** Cuando afecta toda la boca.

3. **Gingivitis marginal:** Comprende el margen gingival.
4. **Gingivitis difusa:** Afecta el margen gingival, encía adherida y papilas interdenciales.

Según su curso y duración: (2)

1. **Gingivitis aguda:** Estado doloroso que aparece de improvisto y dura poco tiempo.
2. **Gingivitis subaguda:** Estado menos leve que la aguda.
3. **Gingivitis crónica:** Aparece con lentitud, dura mucho tiempo y no causa dolor a menos que la compliquen exacerbaciones agudas y subagudas.
4. **Gingivitis recurrente:** Reaparece luego de eliminarla mediante tratamiento o desaparece de manera espontánea y entonces vuelve a surgir.

Otros tipos de enfermedades gingivales: (2)

1. **Gingivitis ulcerativa necrosante aguda: (GUNA)** Enfermedad inflamatoria destructora de la encía. Se caracteriza por un inicio súbito,

en ocasiones luego de un episodio de enfermedad debilitante o infección aguda de las vías respiratorias.

2. **Gingivoestomatitis herpética aguda:** Infección primaria de la boca originada por el virus del herpes simple (VHS tipo I).
3. **Padecimientos cutáneos:** Abarcan además los tejidos gingivales, provocando tipos característicos de enfermedades gingivales, como la registrada en el liquen plano, pénfigo, eritema multiforme, y otras dermatosis.
4. **Gingivitis iniciada por la placa bacteriana,** pero en la que los factores sistémicos modifican la reacción hística. Tal es el caso de las deficiencias nutricionales, los padecimientos endocrinos como la diabetes y estados condicionados como el embarazo, pubertad y problemas hematológicos e inmunitarios.
5. **Diferentes tumores benignos y malignos,** pueden aparecer en la encía como tumores primarios o metástasis.

Epidemiología de la gingivitis.

Los estudios efectuados por distintos autores no coinciden, fundamentalmente porque los índices utilizados son diferentes y los criterios seguidos no son los mismos. (4)

La influencia de factores higiénicos es muy importante. Los estudios de gingivitis en niños van a dar resultados muy diferentes pues hay fenómenos inflamatorios que van a producirse por distintas causas: presencia real de placa bacteriana, cambios de dentición de temporal a permanente, niveles de higiene, formas de vida, tipos de alimentación, tipos de oclusión, respiración bucal, presencia o ausencia de caries, frecuencias de visitas al dentista y utilización de fluoruros. (4)

Con la edad, a partir de la pubertad, se produce un descenso de la gingivitis para dar paso a un aumento de la periodontitis. (4)

El uso de medicamentos como antibióticos, el uso de fluoruros de estaño, según Boyd y Mazza y otros productos antibacterianos van a producir también reducción en los índices gingivales. (4)

La GUNA (gingivitis ulceronecrosante aguda) es una enfermedad que afecta a jóvenes de 18 a 30 años, fundamentalmente militares y estudiantes con pérdida de papilas interdetales y fenómenos necróticos de la encía. Su prevalencia es baja en la población que no corresponde con los grupos mencionados anteriormente. (4)

Se ha marcado un índice para determinar la epidemiología de la enfermedad gingival conocido como: Índice PMA de Schour y Massler (1947); mide la inflamación gingival en zona vestibular de dientes

anteroinferiores y caninos, en tres localizaciones: papila (P), margen gingival (M), encía adherida (A). (4)

Cuando hay dudas sobre el tipo de gravedad de la gingivitis, se continúa el examen de otras regiones bucales en el siguiente orden: región vestibular de dientes anterosuperiores, región de molares superiores, región vestibular de molares inferiores y región palatina de molares superiores. Este índice sirve para determinar el grado de gingivitis en estudios epidemiológicos de las poblaciones.

La puntuación es:

0. Ausencia de inflamación de alguna zona de la boca.
1. **Gingivitis leve:** Inflamación de la papila interdental o del collar de la encía libre de uno a tres de los seis dientes antero inferiores.
2. **Gingivitis moderada:** Inflamación en banda más o menos continúa a lo largo del margen gingival de más de tres regiones o dientes. Aumento de brillo y enrojecimiento; ligera desinserción de la encía.
3. **Gingivitis severa:** Extensión de la inflamación desde el margen gingival hasta la encía insertada. Enrojecimiento, edema, pérdida de tono y de punteado naranja, sangrado espontáneo.
4. **Gingivitis muy severa:** Periodontitis severa generalizada se incluye GUNA. (4)

Factores de riesgo de la gingivitis.

Las enfermedades gingivales son infecciones y algunas formas de enfermedad que están asociadas con la patogenicidad de una bacteria específica, la cual coloniza el área subgingival. Al menos dos de estos microorganismos (Porfiromonas gingivales y Actinobacilos, actinomicetemcomitan) invaden el tejido periodontal y son de alta virulencia.

Inicialmente la progresión de la infección periodontal es claramente modificada por condiciones locales y sistémicas llamadas factores de riesgos. (9).

Existen múltiples evidencias empíricas y teóricas que indican que muchas enfermedades como la gingivitis tienen mas de una causa, es decir, que son de etiología multifactorial, entre estas tenemos: (3)

1. Factores iniciadores.

1.1 Placa bacteriana.

1.2 Cálculo dental.

1.3 Bacterias.

2. Factores modificadores.

2.1 Locales.

2.1.1 Malo oclusión.

2.1.2 Respiración bucal.

2.1.3 Impactación alimentaria.

2.1.4 Uso de aparatos protésicos.

2.2 Sistémicos.

2.2.1 Tabaquismo.

2.2.2 Nutrición.

2.2.3 Enfermedades sistémicas (Diabetes mellitus).

3. Otros factores.

3.1 Edad.

3.2 Género. (Sexo).

3.3 Educación.

1. Factores iniciadores.

1.1. Placa Bacteriana.

Es un material blanco y adherente al diente, compuesto por microorganismos y sus productos bacterianos, no es fácilmente eliminado por enjuagatorios con agua. Es el primer agente etiológico de la gingivitis.

Según su localización topográfica se clasifica en:

- Supragingival (se deposita sobre el tercio gingival de los dientes, grietas, rugosidades y márgenes de restauraciones dentales).
- Infragingival (se deposita en el surco gingival y bolsa periodontal).

Las dietas blandas favorecen la formación de la placa con rapidez y la alimentación dura la retarda. (4).

La higiene oral es la principal prevención para las enfermedades periodontales inflamatorias. (6)

Algunos fracasos de la terapia periodontal y otras formas de tratamiento dental son atribuidos a una inadecuada higiene oral. Estos fracasos no son sólo responsabilidad del paciente, sino también del dentista que en ocasiones no provee métodos específicos de remoción de placa bacteriana o no los adapta a las necesidades individuales del paciente. (6)

1.2. Cálculo dental.

Es placa calcificada. Una masa adherente calcificada o en vías de calcificación que se forma sobre la superficie de los dientes naturales, prótesis y restauraciones. (4)

El grado de formación de cálculo no depende sólo de la cantidad de placa bacteriana presente, sino también de la secreción de glándulas salivales. (3)

La mineralización de la placa varía muchísimo entre las diferentes personas, así como también en las diferentes regiones de la cavidad bucal. (3)

Se clasifica en:

- Supragingival (cuando es visible y se localiza en la región coronal del margen gingival, es blanco amarillento, de consistencia dura arcillosa y se desprende con facilidad).
- Subgingival (se encuentra debajo del margen gingival, es duro de color pardo oscuro y consistencia pétrea). (4)

En algunas personas el tiempo requerido para la formación de cálculo supragingival es de 2 semanas, tiempo en que ya el depósito puede tener cerca del 80% del material inorgánico hallado en el cálculo maduro. No obstante la formación del cálculo dental con la composición cristalina, madura del cálculo viejo puede tardar de meses a años. (3)

La placa supragingival se convierte en saliva y la placa subgingival en presencia de exudado inflamatorio en la bolsa. Por lo tanto es evidente que el cálculo subgingival representa un producto secundario de infección y no una causa primaria de periodontitis. (3)

1.3 Bacterias.

Al principio de la vida la boca es estéril pero al cabo de 5-6 horas se establece una flora anaerobia, ésta irá aumentando con la edad. (4)

La población bacteriana a pesar de ser constante varía de paciente a paciente. Se ha visto que en la existencia de bolsas periodontales hay gran

cantidad de gérmenes que producen componentes como enzimas y toxinas que facilitan el desarrollo de la enfermedad periodontal. (4)

Las principales especies bacterianas asociadas a gingivitis son: Actinomyces, Bacteroides, Eikenella, Streptococcus, Fusobacterium, Veillonella y Treponema (6)

Enzimas como colagenasa son producidas por el bacteroide melaninogenicus, que se encuentran con mayor cantidad en encías inflamadas.

Toxinas, especialmente las endotoxinas tienen la función de destruir los tejidos periodontales y causar inflamación.

Otro mecanismo por el que las bacterias pueden actuar es por el de una relación inmunológica local. (4)

2. Factores modificadores.

2.1 Locales.

2.1.1 Mala oclusión.

La alineación inadecuada de los dientes hace más difícil el control de la placa y existe una correlación positiva entre el apiñamiento y la enfermedad gingival. (4)

Se sostuvo que la vía de expansión de la lesión gingival asociada a la placa podía cambiar si actuaban fuerzas de magnitud anormal sobre la placa subgingival. (3)

2.1.2 Respiración bucal.

Los pacientes que respiran por la cavidad bucal presentan eritema, edema y aumento del tamaño de las regiones gingivales. (4)

2.1.3 Impactación alimentaria.

Es el depósito de alimentos en el periodonto por fuerzas oclusales. Una relación de contacto proximal correcta impide la impactación alimentaria, de lo contrario se crean condiciones que favorecen el acumulo de placa y lesionan los tejidos gingivales. (4)

2.1.4. Uso de aparatos protésicos.

Existe una estrecha relación entre la restauración dental y el estado periodontal. Periodoncistas y protesistas han estado de acuerdo en la importancia que desempeña la elaboración del contorno de una corona, margen, localización de un pónico y el tipo de materiales restaurativos utilizados para razones protésicas.(6)

Algunas investigaciones demuestran que después de colocar una prótesis aumenta la movilidad de los dientes pilares, la inflamación gingival y la formación de bolsas periodontales. Esto es porque las prótesis favorecen la acumulación de placa, en particular si cubren el tejido gingival.

Estas observaciones enfatizan la necesidad para la instrucción personal de una higiene bucal cuidadosa, con el fin de evitar los efectos nocivos de las prótesis parciales en los dientes restantes. (2)

Cuando al realizar restauraciones no se deja suficiente espacio interproximal, se pierde la salud de las papilas interdentes, lo que podría prevenirse mediante la limpieza. Numerosos estudios han documentado una positiva correlación entre restauraciones defectuosas y el deterioro periodontal. (6)

2.2 Sistémicos.

2.2.1. Tabaquismo.

El consumo de tabaco disminuye la respuesta fagocitaria y la perfusión tisular. Esto explica porque fumar predispone a la gingivitis necrosante. (3)

La posibilidad biológica de que exista una asociación entre el hábito de fumar y la enfermedad periodontal se basa en los efectos potenciales de las

sustancias de éste, como nicotina, monóxido de carbono y anhídrido cianhídrico, estas sustancias pueden actuar como vasoconstrictores con producción de isquemia y reducción de la respuesta inflamatoria vascular y reparación celular. Además, se ha afirmado que actúan directamente sobre los macrófagos y fibroblastos con el resultado de retrasos de la cicatrización de las heridas. (3)

En las primeras etapas de la adicción a la nicotina ya se puede apreciar la mala influencia del fumar sobre el periodonto; los fumadores jóvenes muestran 6 veces mas pérdida de inserción mayor o igual 6 mm con un mismo nivel de control de la placa. Fumar muchos cigarrillos puede llegar a oscurecer la encía en el lugar en el que se inhala el aire calentado, sobre todo en la porción anterior. (3)

En fumadores se registro una mayor prevalencia de gingivitis al igual que enfermedad periodontal, además la acumulación de placa aumenta en los fumadores. Las personas que fuman cigarrillos tienen dobles posibilidades de tener enfermedad periodontal que los no fumadores. (2)

En estudios que se han realizado con diferentes factores de riesgo (edad, higiene oral, género), el hábito de fumar ha demostrado representar un mayor riesgo para desarrollar enfermedad periodontal. (9)

2.2.2. Nutricionales.

Hay diferencias nutricionales que producen cambios en la cavidad bucal como alteraciones de labios, mucosa bucal y hueso, pero ninguna por sí misma es capaz de producir gingivitis y periodontitis. Como signo clásico de deficiencia de vitamina C, se describe a la gingivitis y el aumento de tamaño de la región gingival con hemorragia y coloración rojo azulado. (4)

2.2.3. Enfermedades sistémicas (Diabetes Mellitus).

Se ha descrito una íntima relación entre diabetes y alteraciones de la cavidad bucal como xerostomía, eritema, lengua saburral, estomatitis diabéticas con encías aumentadas y tendencia a proliferación gingival y a las infecciones. Sin embargo puede decirse que la diabetes no origina enfermedades gingivales por sí mismas, sino que modifica el terreno favoreciendo una mayor agravación del cuadro clínico cuando se presenta placa como factor iniciador. (4)

3. Otros factores.

3.1 Edad.

La prevalencia de la enfermedad periodontal aumenta de modo directo con el aumento de la edad. (2)

Con frecuencia el estado periodontal se vincula con la extensión de la placa dental y con la edad. Al incrementar la edad hay mayor reacción periodontal ante la presencia de placa. (5)

Existen estudios que han demostrado que la placa ha desarrollado severas gingivitis en personas de mayor edad que en personas jóvenes. (9)

La pregunta ¿Por qué la enfermedad periodontal es más severa en personas de mayor edad que en adolescentes? Está todavía abierta, pero la mayoría de estudios revelan que esto se da por la destrucción acumulativa del tejido durante el tiempo de la vida y se relaciona con deficiencias intrínsecas o anomalías que hacen susceptible al periodonto. (9)

3.2. Género (Sexo).

En general, los hombres exhiben de manera uniforme prevalencia y gravedad mayor de enfermedad periodontal que las mujeres. Ensayos previos señalan que la diferencia entre los varones y las mujeres fue ligera antes de los 20 años de edad. (3)

En estudios poblacionales se ha reportado una mayor prevalencia de enfermedad periodontal en el sexo masculino con respecto al sexo femenino. Se ha visto que el sexo masculino presenta una higiene oral deficiente en comparación con el sexo femenino. (9)

Cuando hay inflamación gingival en el sexo femenino se asocia a condiciones hormonales. Ej.: Gingivitis del embarazo. (9)

Las razones por las que se dan diferencias en cuanto al género no son claras y su ilustración podría revelar importantes mecanismos de destrucción o protección. (9)

3.3. Educación.

Este trastorno se relaciona de manera inversa con el grado creciente de educación. No sorprende que la relación entre el padecimiento periodontal y la ocupación, conectada de manera estrecha con la educación en algunos países, sea similar a la registrada entre enfermedad periodontal y la educación.(3)

Etiopatogenia de gingivitis.

La mayoría de nuestros conceptos sobre las causas de enfermedades inflamatorias gingivales y periodontales se originaron hace más de un centenario, cuando individuos se interesaron por el cuidado de pacientes y los conceptos iniciales se basaron predominantemente en experiencias clínicas mas que en observación científica y experimentos.(6)

La enfermedad gingival inflamatoria representa un equilibrio entre el factor etiológico primario, la placa dentobacteriana y el huésped en la unión

dentogingival. En este equilibrio huésped-agente, la placa supragingival y sus constituyentes son los responsables de la gingivitis y aunque es precursora de la periodontitis no siempre progresa a ésta, todo dependerá de la respuesta de cada individuo ante la presencia de la placa. (5)

Los cambios en la constitución microbiológica de la placa dental ocurren cuando ésta se acumula durante algún tiempo. Una placa reciente, de uno a tres días de inicio consiste en bacterias grampositivas, cocos facultativos y bacilos pequeños y se asocia con un estado de salud. Los microorganismos filamentosos dominan la flora de la placa después de 2 a 3 días sin higiene bucal.

Alrededor de 7 días y antes del desarrollo de gingivitis la proporción de vibriones y espiroquetas aumenta.

La gingivitis se desarrolla después de una variación en la flora de la placa de estreptococos gram (+) a formas gram (-) en su mayor parte e incremento en la proporción de microorganismos móviles.

Examen periodontal.

Ya que ninguna prueba objetiva es adecuada para el diagnóstico de la enfermedad periodontal es necesaria la medida de varios parámetros clínicos y radiográficos. (5).

El examen periodontal comprende valoración visual de la encía, exploración de la unión dentogingival y examen radiográfico del soporte óseo. (5).

Los atributos de la encía y las relaciones con el diente que deba tomarse en cuenta en la valoración son los siguientes:

- Color, forma y consistencia de la encía.
- Facilidad al sondear la unión dentogingival.
- Tendencia a la hemorragia del surco gingival.
- Exudados del surco gingival.
- Placa subgingival.
- Cálculo subgingival.
- Profundidad de la bolsa.
- Nivel de adherencia periodontal.

Las características de salud de la encía y la unión dentogingival son:

- Color rosa coral, consistencia firme y resilente, bordes gingivales libres delgados, papila que llene los espacios interproximales.
- Sin tendencia a la hemorragia.
- Ausencia de exudados.
- No hay placa subgingival.
- No hay cálculos subgingivales.
- Sin cambios en la profundidad de la bolsa con el paso del tiempo.
- Sin cambios en el nivel de adherencia con el paso del tiempo. (5)

Las relaciones entre encía y unión dentogingival en caso de enfermedad se reflejan en:

1. Coloración roja azulada, carácter edematoso y tumefacto y consistencia esponjosa de la encía.
2. Ausencia de resistencia a la sonda.
3. Tendencia a hemorragia supragingival.
4. Aparición de exudado, en especial purulento.
5. Presencia de placa subgingival.
6. Cálculos subgingivales.
7. Aumento marcado de la profundidad de la bolsa.
8. Pérdida de la adherencia periodontal. (5)

La enfermedad solo se controla mediante la cuantificación en repetición a lo largo del tiempo. Las bolsas más profundas y pérdida de la adherencia marcan la diferencia entre la lesión establecida.

Ciertas relaciones clínicas que determinan el examen periodontal como la profundidad de las bolsa, grados de adherencia periodontal, cantidad de placa y tendencia a la hemorragia se deben registrar en el diagrama periodontal para la comparación de respuestas al tratamiento y para los cuidados de sostén.

El examen periodontal se completa con series totales de radiografías periapicales y de aleta de mordida. Se usan para evaluar el hueso alveolar (en especial cresta alveolar, zona interradicular), lámina dura, el espacio del

ligamento periodontal, forma y longitud de la raíz, presencia de cálculos y el estado de restauración. (5)

Los hallazgos radiográficos junto con las medidas clínicas, permiten al odontólogo llegar a la evaluación correcta del estado periodontal del paciente.

Terapéutica periodontal.

La marcada capacidad de cicatrización de los tejidos periodontales hace posible la eficacia de la terapéutica periodontal. (5).

Si el tratamiento periodontal se efectúa de manera adecuada, realizaremos el cumplimiento de lo siguiente: eliminar el dolor, la inflamación y la hemorragia gingival, disminuye las bolsas periodontales y elimina la infección, detiene la formación de pus, suspende la destrucción de tejidos blandos y huesos disminuye la movilidad dentaria anormal y establece una función anormal óptima. (5)

Terapéutica local.

La acumulación de la placa bacteriana en la superficie dental próxima al tejido gingival causa periodontitis y gingivitis. Hay una gran variedad de factores locales que favorecen esta acumulación, como los cálculos los márgenes sobreextendidos de restauraciones y la acumulación de alimentos.(2).

De este modo la eliminación de la placa y de todos los factores que favorecen su acumulación, son la consideración primaria en la terapéutica local. (2).

Terapéutica sistémica.

Debe emplearse como un adjunto de las medidas locales y para el propósito específico como el control de las complicaciones sistémicas de las infecciones agudas, quimioterapia para evitar los efectos nocivos de una bacteria postratamiento, terapéutica nutricional de apoyo y el control de las enfermedades sistémicas que agravan la lesión periodontal del paciente o que necesitan cuidados especiales durante el tratamiento. (2)

Diseño Metodológico.

- **Tipo de estudio:** Analítico (casos y controles no pareado)
- **Área de estudio:** El municipio de León está dividido administrativamente en tres territorios, uno de ellos, es el territorio Mántica Berio, que está ubicado en la parte Noreste de León, él cual tiene como límites:
Norte: Telica y Quezalguaque.
Sur: Los barrios Sagrario, Calvario y Laborio (Perla María Norori).
Este: Malpaisillo.
Oeste: Sutiava.

La extensión territorial de este sector es de 314 Km., lo conforman 30 repartos en el área urbana y 33 comarcas en el área rural. En este territorio se encuentran instituciones como: ENACAL, Subestación de ENEL, MED, Policía Nacional e instituciones no gubernamentales como: Las Tías, Ixtchen, Profamilia y Promujer. El territorio Mántica Berio tiene una población asignada de 67, 313 Hab., Teniendo una distribución por sexo de: Masculino 32,923 y Femenino 34,320.

La red de servicios con que cuenta el territorio Mántica Berio para atender a la población asignada es de 10 unidades de salud (1 centro de salud tipo B y 9 puesto de salud tipo A.), de estas 3 se encuentran en el casco rural.

Los recursos humanos con los que cuenta son:

Médico Especialista 5.

Médico General 20.

Educadora 1.

Enfermeras Profesionales 6.

Auxiliar de Enfermería 34.

Odontólogos 10.

Técnicos de Laboratorio 6

Farmacéutica o despachador 7.

Higienista 1.

Fisioterapeuta 1.

- **Universo de estudio:**

Está constituido por los pacientes que asistieron al centro de salud “Enrique Mántica Berio” de la ciudad de León, en el período comprendido entre julio – septiembre del 2002 y que reunieron los criterios de inclusión para casos y controles.

- **Muestra:** No probabilística, a conveniencia.

La muestra es de 140 pacientes, los cuales se captaron principalmente por las mañanas, cuando los pacientes acudían a pasar consulta al Centro de Salud en cualquiera de las áreas de atención que este Centro brinda. Se le explicó a cada paciente en que consistía el estudio, que no le afectaría en su salud y se le solicitó permiso para ser parte de la muestra de estudio. La muestra está constituida por 70 (50%) casos y 70 (50%) controles.

- **Definición de casos de gingivitis:** Se entenderá por un caso de gingivitis, al paciente que presentó al examen bucal: inflamación de la encía, sangrado, enrojecimiento y dolor.

- **Definición de control:** Paciente que al examen bucal no presentó síntomas y signos de gingivitis

- **Criterios de inclusión de casos:**
 1. Hombres y mujeres, mayores o iguales de 12 años, que asistieron a consultas al centro de salud durante el período de estudio.
 2. Que aceptaron participar en el estudio.

- **Criterios de exclusión de casos:**
 1. Paciente menor de 12 años.
 2. Que no aceptaron participar en el estudio.

- **Criterios de inclusión de control:**
 1. Que no presentó gingivitis.
 2. Hombres y mujeres mayores o iguales de 12 años.
 3. Que asistió al centro de salud en donde se realizó el estudio.
 4. Que aceptó participar en el estudio.

Criterios de exclusión de control:

1. Que tenía gingivitis y fuera menor de 12 años.
2. Que no haya aceptado participar en el estudio.

- **Unidad de Observación:** El estado gingival del paciente.
- **Unidad de Análisis:** Los pacientes que asistieron al centro de salud “Enrique Mántica Berio”, durante el período comprendido entre julio y septiembre del 2002.
- **Fuente:** Primaria: (Obtenida directamente de los pacientes).
- **Instrumento:** Sé elaboró un formulario estandarizado con preguntas abiertas y cerradas, con el cual se realizó una prueba piloto a 15 pacientes que no formaron parte del estudio y que posteriormente se le realizaron las correcciones necesarias.
- **Procedimiento de recolección de información:** Tanto los casos como los controles fueron examinados por un odontólogo que desconoce los fines del estudio, utilizando un procedimiento estandarizado. El odontólogo al finalizar el examen bucal clasificó al paciente en si padece o no gingivitis.

A todo paciente que asistió a consultas al centro de salud y que reunía los criterios de inclusión para casos se le realizó una encuesta utilizando un formulario previamente elaborado, el cual se hizo por una persona previamente entrenada en el manejo del mismo. Inmediatamente de encontrar un caso se buscaron los controles, utilizándose 1 control para cada caso, con características similares y se le realizó la misma encuesta que los casos.

Se procedió a examinar al paciente mediante un orden de secuencia lógica, solicitándole previamente su autorización para poder realizar el examen y posteriormente la entrevista.

El orden que el cirujano dentista siguió es:

1. Colocación de sus medios de protección.
2. Observación de los labios en forma semi abierta y abierta.
3. Observación del vestíbulo y palpación de éste.
4. Aislamiento de la cavidad oral con rollos de algodón.
5. Examinó la encía de toda la cavidad oral para determinar si existía alguna alteración.

Para realizar el examen bucal se utilizó entre cada paciente:

- ✓ Guantes.
- ✓ Espejo bucal.
- ✓ Nasobucos.
- ✓ Algodón.
- ✓ Baja lengua.

Una vez terminada la revisión de la cavidad oral se le explicó al paciente en que consistía el formulario. Una vez que el paciente aceptó colaborar en el estudio se evaluó su técnica de cepillado con la ayuda de un tipodonto y cepillo dental. Algunos datos de la ficha fueron brindados por el odontólogo responsable de la clínica y los resultados se ordenaron en carpetas, clasificándolos por casos y controles.

Al finalizar la entrevista se le agradeció al paciente por su colaboración.

- **Aspectos éticos:** A todos los pacientes que participaron en el estudio se les solicitó su autorización y se les explicó como se realizaría la encuesta, asegurándoles que la información obtenida era solamente para fines de estudio y confidencial.
- **Plan de análisis:** Los datos obtenidos fueron procesados de manera automatizada, utilizando el programa EPI INFO versión 6.04. Se calculó el promedio, porcentaje y rango. Para estimar la asociación se comparó los casos y controles y se estimó el O.R. (odds ratio).

Para determinar la existencia de significancia estadística se calculó el I.C. 95% (Intervalo de confianza al 95%).

Operacionalización de variables.

Variable	Concepto	Indicador	Valor
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Cédula de identidad. Respuesta dada por el paciente.	≥ 25 años < 25 años
Sexo	Diferencia física y constitutiva entre el hombre y la mujer	Observación.	Masculino Femenino
Baja escolaridad	Pacientes que sean analfabetas o que hayan cursado hasta 6to grado de primaria.	Respuesta que indique el paciente.	Si No
Tabaquismo	Consumo habitual de tabaco.	Según respuesta del paciente.	Si No
Mala higiene bucal	Cuando no se realizan los procedimientos físicos mecánicos encaminados a eliminar restos alimenticios y placa bacteriana de la cavidad oral.	A través de los criterios establecidos en el Índice de O' Leary y col., la observación clínica de presencia de cálculo dental y la técnica y frecuencia de cepillado.	Si No
Uso de aparatos protésicos	Restauración que se utiliza para sustituir piezas dentarias faltantes.	Observación a través del examen clínico.	Si No
Diabetes	Patología que presenta el paciente con una glicemia en ayuna > 126mg/dl en dos ocasiones y que haya sido diagnosticado como tal por el médico del Centro de Salud.	Respuesta que refiera el paciente, al ser consultado si padece de diabetes.	Si No
Gingivitis	Condición reversible caracterizada por encías inflamadas y sangrantes.	A través del examen clínico de las encías, (Enrojecimiento, inflamación y dolor).	Si No

RESULTADOS

Cuadro 1.

Factores iniciadores y modificadores asociados a gingivitis que presentaron los pacientes que asistieron al centro de salud “Enrique Mántica Berio”, de la ciudad de León, durante el período comprendido entre julio – septiembre del año 2002.

Factores iniciadores	Factores modificadores		Otros factores
	Locales	Sistémicos	
Placa Bacteriana (140 px)	Uso de prótesis (32 px)	Diabetes (6 px)	Edad \geq 25 años (81 px)
Cálculo dentario (64 px)	Hábito de fumado (12 px)		Baja escolaridad (50 px)

Px = Pacientes.

Fuente primaria.

Con respecto a los factores iniciadores asociados a gingivitis se encontró que de los 140 pacientes examinados en el centro de salud “Enrique Mántica Berio”, todos mostraron un alto índice de placa bacteriana y de estos, 64 pacientes presentaron cálculo dentario.

En cuanto a factores modificadores locales, al examinar la cavidad bucal se detectó que 32 del total de pacientes utilizaban algún tipo de prótesis y 12 pacientes afirmaron practicar el hábito de fumado.

De los factores modificadores sistémicos, podemos decir, que 6 de los pacientes que participaron en el estudio padecían de diabetes mellitus.

Al tomar en cuenta otros factores de riesgo, como la edad y la escolaridad, 81 pacientes se encontraban en edades iguales o mayores a 25 años y 50 refirieron tener un bajo nivel de escolaridad.

Cuadro 2.

Principales factores de riesgo asociados a gingivitis en pacientes que asistieron al centro de salud “Enrique Mántica Berio”, de la ciudad de León durante el período comprendido entre julio - septiembre del 2002.

Factor de riesgo	N	Casos %	N	Controles %
Edad				
≥ 25 años	47	67.1	34	48.5
< 25 años	23	32.8	36	51.4
Sexo				
M	27	38.5	26	37.1
F	43	61.4	44	62.8
Baja escolaridad				
Si	33	47.1	17	24.2
No	37	52.8	53	75.7
Fumado				
Si	11	15.7	1	1.4
No	59	84.2	69	98.5
Mala higiene				
Si	63	90	7	10
No	7	10	63	90
Uso de prótesis				
Si	27	38.5	5	7.14
No	43	61.4	65	92.8
Diabetes				
Si	3	4.2	3	4.2
No	67	95.7	67	95.7

Fuente: Primaria

Se examinaron un total de 140 pacientes que cumplieron los criterios para casos y controles, de los cuales 70 (50%) eran casos y 70 (50%) eran controles.

- Con respecto a la edad, 47 pacientes (67.1%) de los casos y 34 pacientes (48.5%) de los controles, tenían edades mayores o iguales a 25 años. La edad promedio de los casos fue 32.45, rango 13-66 y la edad promedio de los controles fue 25.81, rango 12-65.
- De los pacientes estudiados, 27 (38.5%) de los casos y 26 (37.1%) de los controles correspondían al sexo masculino.
- Del total de pacientes que formaron parte de este estudio, 33 (47.1%) de los casos y 17(24.2%) de los controles, tenían baja escolaridad.
- Al preguntar al paciente acerca del hábito de fumado, 11 (15.7%) de los casos y 1 (1.4%) de los controles respondieron afirmativamente sobre la práctica de este hábito.
- De todos los pacientes estudiados, 63 (90%) de los casos y 7 (10%) de los controles presentaron mala higiene bucal.
- De los pacientes examinados, 27 (38.5%) de los casos y 5 (7.14%) de los controles utilizaban algún tipo de prótesis.
- Al preguntar sobre si padecían de diabetes, 3 (4.2%) de los casos y 3 (4.2%) de los controles afirmaron padecer dicha enfermedad.

Cuadro 3.

Significancia estadística de los principales factores de riesgo asociados a gingivitis, en pacientes que asistieron al centro de salud “Enrique Mántica Berio”, de la ciudad de León, entre julio - septiembre del 2002.

Factor de riesgo	OR	C 95%
Edad ≥ 25 años	2.16	1.03-4.55
Sexo M	1.06	0.51-2.23
Baja escolaridad Si	2.78	1.28-6.12
Fumado Si	12.86	1.75-561.55
Mala higiene oral Si	81	26.85-244.39
Uso de prótesis Si	8.16	2.77-28.85
Diabetes Si	1.00	0.13-7.74

Fuente: Primaria

Discusión de resultados.

Al comparar los casos con los controles para determinar la existencia de asociación, se encontró que:

Al observar la relación entre la edad como factor de riesgo de la gingivitis, en los pacientes que asistieron a consultas al Centro de Salud “Mántica Berio”, en el período comprendido de julio a septiembre del año 2002, según la literatura consultada, (4) (2), esta indica que con la edad a partir de la pubertad, se produce un ascenso en la presencia de las enfermedades periodontales. Similares afirmaciones se han hecho (9), al decir que la placa ha desarrollado severas gingivitis en personas de mayor edad que en jóvenes.

Estas afirmaciones coinciden con los datos de este estudio, ya que la edad mayor o igual a 25 años obtuvo un O.R. (Odds Ratio) de 2.16 y un I.C.95% (Intervalo de confianza al 95%) de 1.03 – 4.55, esto indica que una persona con una edad igual o mayor de 25 años, tiene 2.16 veces más riesgo de presentar gingivitis, que una persona de menor edad.

Para el sexo, se obtuvo un O.R. de 1.06 y un I.C. 95% de 0.51 – 2. 23. Estos datos indican que no existe asociación entre la gingivitis respecto al sexo y carece de significancia estadística. Sin embargo estudios poblacionales, realizados en Estados Unidos de enfermedad periodontal han presentado una mayor prevalencia en el sexo masculino, ya que se ha visto que este género presenta una higiene oral deficiente con respecto al sexo femenino. (9)

Respecto a la baja escolaridad se estimó un O:R. de 2. 78 y un I.C. 95% de 1. 28 – 6.12. Aunque no existe un fundamento teórico que relacione la baja escolaridad con la aparición de gingivitis, este estudio reveló que las personas con baja escolaridad tienen dos veces más probabilidades de padecerla; esto puede deberse a que estas personas, poseen menos información y conocimientos de la existencia y prevención de esta enfermedad, razón por la cual tienen menos acceso a la educación en salud bucal, con la consecuente presencia de mala higiene oral y por ende gingivitis.

Para los pacientes que afirmaron ser fumadores se estimó un O.R. de 12. 86 y un I.C.95% de 1.75 –561.55, lo cual indica que las personas fumadoras presentan casi 13 veces más probabilidades de padecer gingivitis que quienes no practican este hábito.

Este hallazgo se corresponde con la literatura (2), quien registró en fumadores una mayor prevalencia de gingivitis e intensidad de enfermedad periodontal. Observando que las personas tienen doble posibilidad de tener enfermedad periodontal o quedar desdentados que los no fumadores. Así también se afirma que en las primeras etapas de la adicción a la nicotina ya se puede apreciar la mala influencia de fumar en el periodonto. (3)

En estudios realizados con diferentes factores de riesgo, el hábito de fumar ha demostrado representar uno de los mayores peligros para desarrollar enfermedad periodontal. (9)

En pacientes con mala higiene bucal, se obtuvo un O.R. de 81 y un I.C.95% de 26. 85 – 244. 39, estos valores indican que las personas con mala higiene oral tienen 81 probabilidades mas de riesgo de padecer gingivitis que las personas con buena higiene oral. Esto se corresponde con la opinión de la literatura (4), quien cita “La influencia de factores higiénicos es muy importante y puede afectar a cualquier individuo”, refiriendo que la placa bacteriana es el primer agente etiológico de la gingivitis.

Según la literatura consultada (5), la presencia de placa sin higiene bucal durante más de 3 días, propicia el inicio de su mineralización (cálculo) y el posterior desarrollo de la gingivitis.

En pacientes que usaban prótesis bucal se calculó un O.R. de 8.16 y un I.C.95% de 2.77 – 28. 85. Esto indica que las personas que usan aparatos protésicos tienen 8 veces mas probabilidades de padecer gingivitis que las personas que no presentan. Según la literatura consultada (2), después de colocar una prótesis, aumenta la inflamación gingival y formación de bolsas. Numerosos estudios han documentado una positiva correlación entre restauraciones defectuosas y el consecuente deterioro periodontal. (6)

El antecedente de padecer diabetes mellitus, obtuvo un O.R. de 1 y un I.C.95% de 0. 13- 7.74. De acuerdo con los datos obtenidos, esta variable no tiene asociación ni significancia estadística; debido a que la muestra no incluyó un número significativo de pacientes diabéticos, los cuales se encontraban compensados y pertenecían al programa de control de diabetes

del centro de salud. De acuerdo a lo referido en la literatura (4) esta enfermedad predispone a la aparición de gingivitis. Sin embargo, refiere que la diabetes no origina enfermedad gingival por sí misma, pero favorece las condiciones del paciente, para una mayor agravación del cuadro clínico cuando existe placa bacteriana como factor iniciador. Además se ha descrito una íntima relación entre pacientes diabéticos no compensados y alteraciones de la cavidad bucal (Ej.: estomatitis diabética con encías aumentadas y tendencia a proliferación gingival).

Conclusiones.

1. Se comprobó que los pacientes con mala higiene oral tienen más probabilidad de padecer gingivitis, que los pacientes con buena higiene oral.
2. Se estableció que como principales factores iniciadores se encontraron: el alto índice de placa bacteriana y cálculo dentario.
3. Dentro de los principales factores modificadores locales el uso de prótesis bucal y el hábito de fumar tuvieron una alta asociación con la presencia clínica de gingivitis.
4. La Diabetes Mellitus como factor modificador sistémico no obtuvo asociación ni significancia estadística en este estudio.
5. Otros factores de riesgo para padecer gingivitis, que alcanzaron significancia estadística fueron:
 - Edad (mayor o igual a 25 años).
 - Baja escolaridad.

Recomendaciones.

1. Que los odontólogos de los Centros de Salud, promuevan campañas educativas en la población, haciendo énfasis en el uso adecuado del cepillo dental, y sobre la importancia de mantener una buena higiene oral.
2. Que en Centros de Salud, los odontólogos, brinden información acerca de los signos y síntomas de la gingivitis a los pacientes, para poder prevenir y asegurar su detección temprana y poder realizar un tratamiento precoz.
3. En caso de que un paciente utilice o requiera una prótesis bucal, que los odontólogos orienten al mismo, respecto al manejo y cuidado de ésta, para un mejor mantenimiento de los tejidos bucales.
4. Evitar hábitos que atentan contra la salud oral como: el tabaquismo.

Bibliografía.

1. Shaffer, W. G. B.M. Lerry. Patología Bucal. 4ta Edición. Editorial Interamericana. D.F, México. Julio 1995.
2. Glickman, Carranza-Newman. Periodontología clínica de. 8ª Edición Editorial Interamericana. D.F, México. Junio 1998.
3. Jan Lindher. Periodontología clínica e Implantología odontológica. 3ra. Edición. Editorial Panamericana. Madrid, España . Julio 2000.
4. Bascones, Antonio. Tratado de odontología, Tomo III. 2ª Edición Editorial Ediciones Avances médico-dentales S. I. Madrid, España. Noviembre 1998.
5. Regezi-Sciubba. Patología Bucal.2ª Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. D.F, México. 1995.
6. Saul Shluger, Ralph Yuodelis, Roy C. Page, Robert H. Johnson. Periodontal Diseases. Second Edition. Estados Unidos. 1996.
7. www.odontología-online.com
8. www.dentalgentlecare.com
9. Journal of periodontology. Volume 67. Number 10. Supplement. October 1996.
10. www.odontocat.com
11. F.H. de Canales. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de salud. 2da Reimpresión de primera Edición. Washington D.C. Estados Unidos. 1994.
12. Piura López, Julio. Introducción a la metodología de la investigación Científica. 1era. Edición. Managua, Nicaragua.1994.

ANEXOS

Formulario de recolección de información.

Principales factores de riesgo asociados a gingivitis en pacientes que asisten a la clínica odontológica del centro de salud Enrique Mántica Berio de la ciudad de León, entre julio y septiembre del 2002.

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Edad: _____ Sexo: M____ F____

Escolaridad: Analfabeta____ Primaria____ Secundaria____
Universidad_____

Padece usted de diabetes: Si____ No____

Esta bajo tratamiento: Si _____ No _____

Fuma usted: Si____ No____

Cuantas veces al día se cepilla los dientes: _____

Usa hilo dental después de las comidas: Si____ No_____

Usa enjuagatorios después de las comidas: Si____ No_____

Técnica de cepillado: Inadecuada____ Adecuada_____

No. / Porcentaje de placa bacteriana en el examen bucal: _____

Presencia de cálculo en el examen bucal: Si____ No_____

Mala higiene bucal: Si____ No_____

Uso de Prótesis: Si____ No_____

Gingivitis: Si____ No_____