

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León

Facultad de Odontología



*Patologías Orales con Manifestaciones Clínicas en Privados
de Libertad del Sistema Penitenciario de Chinandega.*

**TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OPTAR AL TÍTULO
DE CIRUJANO DENTISTA.**

AUTORES:

Br. Lestia Gabriela Sánchez Alonso.

Br. Yader Gabriel González Chavarría.

TUTOR: *Dra. Yadira Chavarría.*

*Profesor Asistente del Departamento de Medicina
Oral de la Facultad de Odontología.*

LEÓN, JUNIO DEL 2005



DEDICATORIA

A Dios y María Santísima, por guiarme siempre en el camino del amor y la claridad, por bendecirme y permitirme estar hoy concluyendo una etapa más de mi vida.

A mis padres, el Sr. Róger Sánchez y Sra. Rosa Emperatriz Alonso por su apoyo, amor y esfuerzo, gracias por llevarme de la mano a lo largo de estos años de estudio, por haberme apoyado siempre y ser los consejeros de la trayectoria de mi vida.

A mis hermanos que por ellos trato de ser cada día mejor y ser un ejemplo.

Leslia Gabriela Sánchez Alonso.



DEDICATORIA

*A mis padres por el amor, apoyo, educación y respeto que siempre me han
brindado.*

GABRIEL.



AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecemos a Dios, quien nos ha guiado a lo largo de nuestros estudios, vidas, por darnos sabiduría y fortaleza, sin lo cual no hubiera sido posible alcanzar las metas propuestas.

A nuestros padres que con amor, voluntad y esfuerzo nos ayudaron a culminar nuestros estudios.

A nuestra tutora Dra. Yadira Chavarría, que con voluntad y paciencia nos brindó su tiempo y conocimientos para la realización de esta tesis.

A nuestros maestros que a lo largo de estos años nos han brindado sus conocimientos y transmitido su sabiduría.

A las autoridades del Sistema Penitenciario de Occidente, en especial al Alcaide Félix Urbina, al Dr. Manuel González y Lic. Armengol, por habernos permitido realizar este estudio.



RESUMEN

En Nicaragua todo sistema penitenciario es humanitario y tiene como objetivo fundamental la transformación del interno para reintegrarlo a la sociedad por medio de un sistema que promueve la unidad familiar, la salud, la superación educativa y cultural, sin embargo dadas las circunstancias en que habitan estas personas les es difícil mantener las condiciones de higiene adecuadas, por tanto son susceptibles a presentar diversos problemas de salud.

Este estudio fue realizado en privados de libertad del Sistema Penitenciario de Chinandega, con el objetivo de determinar las patologías orales con manifestaciones clínicas que presentaban. Se realizó un estudio Descriptivo de corte transversal en una población cuyo universo estaba formado por 634 varones con edades comprendidas entre los 15 y 70 años de edad, la muestra del estudio estuvo constituida por 239 varones privados de libertad, los que fueron seleccionados a través de una fórmula de cálculo de muestra para proporciones con población conocida y luego se seleccionaron a estos 239 pacientes por un tipo de muestreo al azar.

De los grupos de pacientes examinados el mayoritario fue el de individuos cuyas edades oscilaban entre los 22 y 35 años de edad, que comprendían al 54 % de la población estudiada y el grupo minoritario fue el de individuos entre los 51 y 70 años de edad que constituían al 3 % de la población de estudio. De las patologías encontradas las de mayor prevalencia fueron la caries dental, la enfermedad periodontal y la atrición dental; estas patologías se presentaron en todos los grupos de edades de esta población, sin embargo los individuos con mayor afectación de estas patologías fueron aquellos cuyas edades estaban comprendidas entre los 36 y 70 años de edad. En menor porcentaje también se encontró en esta población casos de torus palatino y lingual, en donde el torus palatino tuvo mayor prevalencia que el torus lingual, también se encontraron casos de abrasión, abfracción, así como casos de lengua fisurada y mucocela.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
PROBLEMA.....	3
OBJETIVOS.....	4
MARCO TEÓRICO	5
MATERIAL Y MÉTODO.....	13
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	27
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
BIBLIOGRAFÍA	34
ANEXOS	38



INTRODUCCIÓN

En nuestro país existen Instituciones destinadas a brindar diferentes servicios a la población entre ellos se pueden mencionar: Orfanatos, Asilos de Ancianos, Reformatorios, Sistemas Penitenciarios, etc.

Generalmente estas instituciones tienen como característica en común la falta de fondo económico para el mantenimiento adecuado de las mismas, por esa razón es de esperar que los fondos recibidos en estas instituciones sean destinados para la solución de problemas que no se relacionan con los de salud oral.

Sistema Penitenciario es la organización creada por el Estado para la ejecución de las sanciones penales (penas o medidas de seguridad), que importan privación o restricción de la libertad individual como condición indispensable para su ejecutividad.

En Nicaragua, el Sistema Penitenciario es humanitario y tiene como objetivo fundamental la transformación del interno para reintegrarlo a la sociedad, por medio del sistema progresivo que promueve la unidad familiar, la salud, la superación educativa, cultural y la ocupación productiva con remuneración salarial para el interno, así lo establece la Constitución Política de Nicaragua.

Dadas las circunstancias en que habitan estas personas se hace muy difícil que le den importancia a la higiene oral, esto en el sin número de limitaciones que ellos presentan ya que viven en condiciones casi infrahumanas, lo que contradice el carácter humanitario que establece la Constitución Política de Nicaragua y por lo tanto están susceptibles a presentar diversas enfermedades con manifestaciones bucales.

*Patologías Orales con Manifestaciones Clínicas en Privados de Libertad del
Sistema Penitenciario de Chinandega.*



A estas personas, se les dificulta tener acceso a medios para mantener su salud oral y el hecho de estar en estas circunstancias tiende a disminuir su autoestima, lo que repercute en su higiene, favoreciendo la proliferación de microorganismos causantes de distintas patologías.

Las enfermedades que afectan la cavidad oral por lo general provocan alteraciones de tipo: fonéticas, estéticas, funcionales y psíquicas en el paciente; dichas alteraciones fueron frecuentes en esta población (Privados de Libertad). Es importante señalar que en el Sistema Penitenciario de Chinandega no se habían realizados estudios como este, por lo que no existían antecedentes del comportamiento de las patologías orales en esta población.

El Sistema Penitenciario de Chinandega brinda atención odontológica a los privados de libertad, pero debido a la gran cantidad de pacientes se hace difícil brindar atención completa a todos los pacientes, por lo cual dicha población no recibe un control periódico de sus necesidades orales. Los tratamientos brindados a los privados de libertad consisten solamente en operatoria dental y extracciones dentales.

Este estudio se realizó con el objetivo de determinar, si los privados de libertad por su condición de vida presentaban mayor porcentaje de enfermedades orales de las establecidas por estudios realizados en personas que gozan de todos sus derechos civiles y de esta manera la dirección del Sistema Penitenciario utilice este estudio como base para gestionar ante Organismos Gubernamentales y no Gubernamentales el financiamiento para que estas personas puedan recibir el tratamiento odontológico que necesitan.



PROBLEMA

¿Cuáles son las patologías orales con manifestaciones clínicas que presentan los Privados de Libertad del Sistema Penitenciario de Chinandega en el período de Noviembre a Diciembre del 2004?



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Identificar las patologías orales con manifestaciones clínicas que presentan los privados de libertad del Sistema Penitenciario de Chinandega.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Determinar las patologías orales en privados de libertad según edad.
2. Identificar las patologías orales de tejidos blandos de la cavidad oral con manifestaciones clínicas.
3. Identificar las patologías orales del tejido duro del órgano dental con manifestaciones clínicas.



MARCO TEÓRICO

En la cavidad oral existen microorganismos tanto Gram. Positivos, como Gram. Negativos, que pueden ser aerobios o anaerobios. ³

Se han identificado hasta 264 grupos o especies de bacterias en la cavidad oral y cada una es un potencial patógeno dependiendo de las condiciones que se den en un momento dado, se debe recordar que todo este ecosistema corresponde al equilibrio entre todos sus componentes, las condiciones de nutrición, flujo de saliva, etc. ^{3,4}

Entre los microorganismos que es probable encontrar en infecciones orofaciales tenemos: Estreptococos, Staphilococos, Lactobacilos, Neisserias, Bacteroides, entre otros, los cuales pueden causar infecciones tanto en tejido blando como en tejido duro. Entre estas enfermedades tenemos la caries dental, enfermedad periodontal, entre otros. ^{1,6}

La caries dental es la enfermedad crónica más frecuente que afecta a la raza humana, el 97 % de la población mundial la padece, prácticamente no existen áreas geográficas en el mundo cuyos habitantes no muestren alguna prueba de caries dental, afectan a personas de ambos sexos y a todas las razas y grupos de edad. Por lo regular inicia cuando los dientes erupcionan en la cavidad oral. Las dietas ricas en carbohidratos y la mala higiene oral facilitan su aparición. ^{1, 4,8}

La caries clínicamente se clasifica en: caries de fosas y fisuras y caries de superficies lisas(a nivel de esmalte y cemento). ¹



La caries tiene una coloración que por lo general es café negrusco y la forma puede variar desde cónica a cavidades irregulares. ^{1,4}

En el último estudio epidemiológico realizado en España en 1994 se determinó que el 99 % de la población en edades entre los 35 y 44 años de edad presentaba caries dental y que en los individuos mayores de 65 a 74 años era de 100 %. ²³

Los dientes por la actividad funcional que realizan están sometidos a desgastes y así mismo fracturas dentales. Entre los principales fenómenos de desgaste tenemos: Atrición, abrasión, erosión y Abfracción. ^{1, 2, 3,4, 6}

Atrición:

Es el término utilizado para designar el desgaste y la rotura causada por los dientes contra los dientes. Tales patrones de desgaste físico pueden aparecer en las superficies incisales, oclusales y proximales de los dientes. ^{1, 2, 4, 6, 9}

Las superficies dentales desgastadas por la atrición son duras, lisas y brillantes (facetas) y si la dentina esta expuesta presenta coloración pardusca por lo general las facetas no son sensibles a los cambios térmicos y a la estimulación táctil. ^{1, 2, 4, 6, 9}

El desgaste excesivo puede eliminar las cúspides y dejar superficies oclusales planas o ahuecadas e invertir el plano oclusal de premolares, primeros y segundos molares. El desgaste oclusal aumenta con la edad y se caracteriza por la reducción de la altura y formación de facetas. Generalmente, las facetas representan el desgaste oclusal producido por contactos dentales parafuncionales, como los del bruxismo, o por contactos prematuros. Esta patología ha sido registrada según F.A. Carranza en el 98 % de la población adulta.²



Abrasión:

Implica el desgaste de los dientes con una sustancia extraña; es la intervención de una sustancia extraña independiente de la función masticatoria propiamente dicha, como sucede con el desgaste producido por cepillos de cerdas duras, polvos dentales de grano grueso, abuso de palillos dentales o costumbres rituales.^{2, 3, 13,}

La abrasión produce indentaciones en forma de cuchara o en forma de cuña, con una superficie lisa y brillante. La abrasión comienza en las superficies expuestas del cemento más que sobre el esmalte y se extiende hasta afectar la dentina de la raíz. La exposición continuada o un agente abrasivo combinado con la descalcificación del esmalte por ácidos formados localmente, puede producir una pérdida del esmalte seguida de pérdida de la dentina de la corona.^{2, 3, 13}

En un estudio realizado por Ervin y Bucher señalaron un 66 % de incidencia de abrasión en 1252 pacientes que fueron examinados.⁹

Erosión:

Posee características estructurales bastante especiales, al ser anatómicamente limpias y lisas por factores causales más o menos definidos, como los relacionados con el aparato digestivo, tratamiento medicinal, campo de trabajo (obreros que trabajan con el ácido de los acumuladores, frutas cítricas y bebidas carbonatadas).^{1, 2, 3}

La pérdida de substancia dental por lo regular se manifiesta por una depresión en forma cucharón, poco profundo, amplio, liso, altamente pulido que se encuentra sobre la superficie del esmalte adyacente a la unión cemento-esmalte. Las lesiones pueden mostrar una considerable variación en el tamaño y forma, por lo regular afecta a varios dientes. La erosión también se puede presentar como resultado de la descalcificación obvia de los dientes, en los casos de vómito crónico; las superficies linguales de los dientes, en particular de los anteriores, pueden mostrar una pérdida completa del esmalte a través de la disolución de



éste por el ácido clorhídrico gástrico. Sognaes y asociados, estudiaron a 10,827 dientes con microscopio de disección y señalaron que el 18 % presentaban patrones característicos de lesiones de erosión.^{9, 13}

Abfracción:

Por otra parte, actualmente se postula que las distorsiones de tracción o compresión producen gradualmente microfracturas (denominadas abfracciones por algunos autores), en la región más fina del esmalte a nivel de la unión cemento-esmalte. Estas fracturas predisponen a pérdidas de esmalte cuando sufren la abrasión del cepillo de dientes y/o la erosión química. Este proceso puede resultar fundamental en la formación de los defectos de clase V. Además en las restauraciones no unidas o con filtraciones, esta flexión de la dentina puede producir también cambios en el flujo de líquidos y microfiltraciones, provocando sensibilidad e inflamación pulpar.^{1, 2, 4, 6}

En un estudio realizado en el hospital Gustavo Lanatta Lujan de México D.F. en 31 pacientes varones y 13 mujeres mayores de 28 años de edad se encontró que el género más afectado por esta patología fue el masculino con 58.07 %, mientras que el femenino solo tuvo una afectación del 41.93 %, la prevalencia de esta patología en esta población fue de 24.90 %.^{13, 21,}

Otra de las enfermedades que mayormente afecta a las personas es la enfermedad periodontal, es la principal causa de extracciones dentales en las personas después de los 35 años de edad.^{2,8, 9}

La principal etiología de esta enfermedad es la higiene oral deficiente y también se asocia a enfermedades sistémicas como factores predisponentes para que se desarrolle. Clínicamente esta enfermedad se presenta como inflamación de la encía y con apariencia roja brillante que sangra con facilidad y de manera espontánea, las piezas dentales que se encuentran en las zonas afectadas con esta enfermedad por lo general presentan movilidad y lesiones de furcación.^{2, 9, 12}



La enfermedad periodontal tiene estrecha relación con la edad. Muchos niños no padecen gingivitis a pesar de la presencia de placa dental.^{2,9,12}

Durante la pubertad hay susceptibilidad general a la gingivitis. Más del 65 % de los adolescentes sufren gingivitis importantes.^{9, 12, 13}

La caries y la enfermedad periodontal son las causas principales de la pérdida dental, alrededor del 50 % de los mayores de 70 años son edentulos.^{12,13}

En un estudio epidemiológico realizado en España en 1994 se encontró que el 92 % de los adultos entre 35 y 44 años presentaba algún tipo de enfermedad periodontal, mientras que en los individuos de 65 a 74 años la prevalencia de esta patología era de 96 %.²³

El tejido gingival también puede sufrir alteraciones de tipo hiperplásico a causa de factores traumáticos como el uso de prótesis desajustadas o bien por el consumo crónico de ciertos medicamentos (fenitoina y ciclosporina).^{12,13}

La cavidad oral también es afectada por microorganismos oportunistas que forman parte de la flora normal de los individuos, aprovechan los desequilibrios inmunológicos para aparecer en boca. Entre estos microorganismos se destaca el *Candida albicans*, que es un hongo que puede proliferar y causar la enfermedad asociándose a factores locales y sistémicos.^{12, 13, 20}

Las manifestaciones bucales de enfermedad son variables y la forma más frecuente es la candidiasis pseudomembranosa, los grupos de edad más afectados son los niños y ancianos, y personas con sistemas inmunológicos deprimidos: pacientes con VIH, diabéticos no compensados, pacientes con anemia, leucemia, pacientes que consumen crónicamente corticosteroides o antibióticos. Estas lesiones se observan como placas blancas y que al hacer fricción sobre ellas se desprenden, quedando una superficie con una leve hemorragia.^{12, 13, 20}



Otra enfermedad oportunista que es frecuente en la cavidad oral es la actinomicosis, las infecciones aparecen después de algún traumatismo, intervención quirúrgica o infección previa. Las lesiones pueden ser induradas y en ocasiones forman una o varias fístulas que drenan desde los espacios medulares de la mandíbula hasta la piel del cuello, afecta con menor frecuencia al maxilar. Esta enfermedad es causada por el *Actinomyces Israelí*, que también forma parte de la flora oral. ^{12,13, 20}

En la boca también es frecuente la aparición de lesiones recurrentes de origen viral, entre estas son frecuentes en nuestro medio la estomatitis herpética labial recurrente o secundaria y las úlceras aftosas. ^{12, 13, 20}

La estomatitis herpética labial recurrente es producida por el virus de herpes simple tipo I, la enfermedad no tiene predilección por sexo, raza ni edad. La recurrencia de la enfermedad a menudo se asocia a traumatismo, fatiga, menstruación, stress, embarazo, alergias, exposición a la luz solar, entre otros. En estudios anteriores se encontró que el 80 % y 100 % de los adultos de niveles socioeconómicos más bajos tenían el virus del herpes simple tipo I, mientras que solo el 30-50 % de los adultos de niveles socioeconómicos más altos presentaron los anticuerpos del virus. Clínicamente estas lesiones, aparecen como lesiones periorales en piel, como vesículas amarillentas llenas de líquido que posteriormente rompen y se ulceran con bordes irregulares, cubiertas por una membrana blanca grisácea rodeado por un halo eritematoso, estas lesiones sanan sin dejar cicatriz en periodo de 7-14 días. ^{12, 13, 20}

Las úlceras aftosas es una patología relativamente frecuente en jóvenes y adultos, no tiene predilección por sexo ni raza, por lo general se presenta en el epitelio de revestimiento de la cavidad oral. Su etiología es desconocida, pero se asocia a trastornos inmunológicos, vitamínicos, emocionales; stress, fatiga. Esta aparece



como una ulcera de bordes irregulares cubierta por una membrana grisácea, produciendo sensación de ardor en la zona afectada.^{12, 13, 20}

Dentro de las patologías que se manifiestan a nivel oral, están las que afectan la lengua dentro de estas patologías se encuentra la lengua fisurada (escrotal), es una malformación que se manifiesta clínicamente por numerosas ranuras o surcos en la superficie dorsal de la lengua, a menudo radiadas hacia fuera desde una ranura central a lo largo de la línea media de la lengua. Se ha señalado que se desarrolla de manera simultánea con o como secuela de la lengua geográfica. La frecuencia de esta alteración aparentemente aumenta con la edad, y se asocia a factores intrínsecos (traumatismo crónico), así como déficit vitamínico, No hay predilección por raza o sexo. En un estudio realizado por Fitzwilliams, indico una frecuencia de 60 %, en personas que llegan a los 40 años. Esta patología no siempre es dolorosa, excepto en los casos en que los residuos alimenticios tienden a juntarse en las ranuras y causan irritación.^{12, 13, 20}

Se ha señalado para esta patología una prevalencia de 7% a 10% y parece ser más frecuente en individuos con retardo mental (Down y otras condiciones). Puede observarse asociada con la enfermedad de Melkersson-Rosenthal. Cerca del 20% de los pacientes con lengua fisurada también presentan lengua geográfica.²²

En el paladar duro existen patologías de tejido óseo que se manifiestan clínicamente como es el Torus palatinus, que es una protuberancia ósea de lento crecimiento, de base plana, se presenta en la línea media del paladar duro.

La frecuencia es de 25 % afectando mayormente a las mujeres, presentándose a cualquier edad, incluyendo la primera década de vida, su mayor incidencia la alcanza poco después de los 30 años de edad. Puede tomar diversa formas y clasificándose según la base clínicamente en planos, fusiformes, nodular, o lobular.^{12, 13, 19}



También podemos encontrar en la cavidad oral, Torus mandibularis, al igual que el anterior es una exostosis de hueso que se encuentra en la superficie lingual de la mandíbula. Se asocia a factores hereditarios. Esta patología es por lo general bilateral, se ha visto una afección unilateral en el 20 % de los casos, tanto las protuberancias unilaterales o bilaterales pueden ser individuales o múltiples.^{12, 13, 19}

Por otra parte en un estudio realizado por SAWYER y col. en 2203 individuos entre 10 y 19 años de edad, encontró una prevalencia para el torus palatino de 4.5 % y para el torus lingual de 1.9 %.¹³

Kolas y col. señala una prevalencia de 14.7 % para el torus palatino y 10.2 % para el lingual¹², en 1317 pacientes alemanes el 13.5 % presentó torus palatino y el 5.2 % torus mandibular¹¹, en 947 tailandeses el 23 % de los pacientes examinados presentó torus palatino.⁵

En la región labial se presentan diferentes patologías entre estas esta el mucocelo que es una lesión que afecta las glándulas salivales y a sus conductos, cuyo origen es traumático. Este suele aparecer producto del corte del conducto de salida de saliva de una glándula salival menor, por ejemplo cuando se muerden los labios, por golpes severos, morder carrillos. Se presenta con mayor frecuencia en el labio inferior, pero también puede localizarse en el paladar, carrillo, lengua y piso de la boca. No tiene predilección por grupos de edad. La lesión aparece como una vesícula circunscrita, elevada, de tamaños variables con un tinte translúcido de color azulado.^{12, 13, 20} Shafer y Levi, en estudios realizados por Standish y col. demostraron que el 45 % de 97 mucocelos se presentaron en el labio inferior, no habiendo predilección por sexo ni edad.¹³ Sin embargo Robinson y col. en estudios recientes en 125 casos de mucocelos encontraron que el 65 % de los casos se presentaron en los tres primeros decenios de la vida.¹³



MATERIAL Y MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo de corte transversal.

AREA DE ESTUDIO:

Sistema Penitenciario de Occidente, ubicado en el casco urbano de la ciudad de Chinandega en el barrio Ayapal, costado este del cementerio municipal de esta ciudad.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Compuesto por 634 varones privados de libertad con edades entre 15 y 70 años.

MUESTRA:

A través de la fórmula para cálculo de muestra para proporciones con población conocida, se determinó que la muestra estuvo constituida por 239 privados de libertad de este Sistema Penitenciario. Los que a su vez fueron seleccionados por un tipo de muestreo al azar, en donde se colocaron en una bolsa escrito en un papel el número correspondiente a cada privado de libertad y posteriormente se sacaron de la bolsa 239 números y luego en base a los números seleccionados se buscó el nombre del privado de libertad de acuerdo a estos números en el listado del sistema penitenciario.



FÓRMULA:

$$n = \frac{N z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{(N-1)e^2 + z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

N= Población = 634

Z= Estadístico = 1.96

P= Proporción de individuos con la característica = 0.5

e= error muestral = 0.05

UNIDAD DE ANALISIS:

Privados de libertad varones del Sistema Penitenciario de Chinandega.

FUENTE DE INFORMACION:

Fuente primaria.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

Ficha, ver anexos.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- ◆ Privados de libertad que tengan como mínimo un mes de condena, en el periodo de la realización del estudio.
- ◆ Privados de libertad cuyas edades oscilen entre los 15 y 70 años de edad.
- ◆ Privados de libertad que acepten ser parte del estudio.



OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha en que se realizó el estudio.	Años cumplidos que se registran en el expediente del privado de libertad.	<ul style="list-style-type: none"> • 15-18 • 19-21 • 22-35 • 36-50 • 51-70
<p>PATOLOGÍAS DE TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Torus palatino. • Torus lingual. • Lengua fisurada. 	<p>Enfermedades que causan alteraciones en los tejidos blandos de la cavidad oral.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exostosis ósea en el paladar duro. • Exostosis ósea en la superficie lingual de la mandíbula. • Malformación no dolorosa de la superficie dorsal de la lengua. 	<ul style="list-style-type: none"> • abultamiento firme multilobular o unilobular en el paladar duro. • abultamiento firme multilobular o unilobular en la región lingual de la mandíbula. • numerosas ranuras o surcos en la superficie dorsal de la lengua. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presente. • Ausente.



VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
<ul style="list-style-type: none"> Mucocele. Enfermedad periodontal. 	<ul style="list-style-type: none"> Lesión de las glándulas salivales menores. Patología que puede o no ser de origen bacteriano que causa alteración del periodonto de protección e inserción. 	<ul style="list-style-type: none"> vesícula circunscrita de tamaños variables de color azulado. inflamación edematosa o fibrosa de las encías con cambios en el color y la localización habitual de esta. 	<ul style="list-style-type: none"> Presente Ausente
<p>PATOLOGÍAS DE TEJIDO DURO DEL ORGÁNO DENTAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Abrasión. 	<p>Conjunto de enfermedades que causan alteraciones clínicas del tejido duro del órgano dental:</p> <ul style="list-style-type: none"> Desgaste de los dientes con una sustancia extraña. 	<ul style="list-style-type: none"> indentaciones en forma de cuchara o cuña con superficie lisa y brillante. 	<ul style="list-style-type: none"> Presente. Ausente.



VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
<ul style="list-style-type: none"> Caries 	<ul style="list-style-type: none"> Patología de origen bacteriano que causa deterioro del órgano dental. 	<ul style="list-style-type: none"> cuando hay coloración café negrusco en el tejido dental, cuando al pasar el explorador por la superficie del diente este se retiene, cuando al raspar con una cucharilla en la superficie del diente esta se desprende fácilmente, cuando en diente con restauración al pasar el explorador este se retiene entre la restauración y el diente. 	<ul style="list-style-type: none"> Presente. Ausente.
<ul style="list-style-type: none"> Abfracción. 	<ul style="list-style-type: none"> Microfracturas en la región más fina del esmalte a nivel de la unión cemento-esmalte. 	<ul style="list-style-type: none"> fracturas irregulares a nivel del tercio cervical del diente, cerca de la unión cemento-esmalte. 	

*Patologías Orales con Manifestaciones Clínicas en Privados de Libertad del
Sistema Penitenciario de Chinandega.*



VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
<ul style="list-style-type: none">• Atrición.	<ul style="list-style-type: none">• Desgaste y rotura causada por el contacto de los dientes contra los dientes.	<ul style="list-style-type: none">• superficies dentales duras, lisas y brillantes en oclusal, incisal y proximal.	<ul style="list-style-type: none">• Presente.• Ausente.



RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para recolectar la información viajamos a la ciudad de Chinandega para conversar con las autoridades del Sistema Penitenciario y solicitar la aprobación de estos para la realización del estudio en los internos de este lugar, una vez dada la aprobación de estas autoridades y con la ayuda del médico responsable del Sistema Penitenciario se procedió a llamar uno por uno a los privados de libertad, se les explicaba el objetivo del estudio y se les hacía pasar a la clínica de la institución para examinarlos hasta completar los 239 internos que formaban la muestra seleccionada. De esta manera se asistió al Sistema Penitenciario por un período de 20 días, dedicando 4 horas diarias en examinar a los pacientes, la información se recolectó a través de un equipo constituido por un examinador y un anotador.

Para realizar el examen clínico en los pacientes se les pedía que se sentaran en el sillón dental y luego se procedía a examinar su cavidad oral siguiendo en todos los pacientes un orden ya establecidos como es: la inspección y palpación de los labios por medio de visión directa y tacto, luego se examinaban los carillos, paladar duro y blando, piso de la boca; en un órgano móvil como lo es la lengua se examinaba y se le pedía al paciente que realizará movimientos de lateralidad con ella, luego se examinaba cuidadosamente el periodonto de protección y por ultimo se procedía a examinar los dientes con el uso de espejo, explorador, pinza y cucharilla.

Es importante mencionar que al realizar el examen clínico en cada paciente se usaron las barreras de protección adecuadas y que al terminar la examinación de cada paciente se le explicaba a este cuales eran los padecimientos orales que presentaba en ese momento. Una vez recolectados los datos se analizaron y procesaron con el uso del programa SPSS.



Para la realización del examen de los pacientes se utilizó el siguiente material e instrumental:

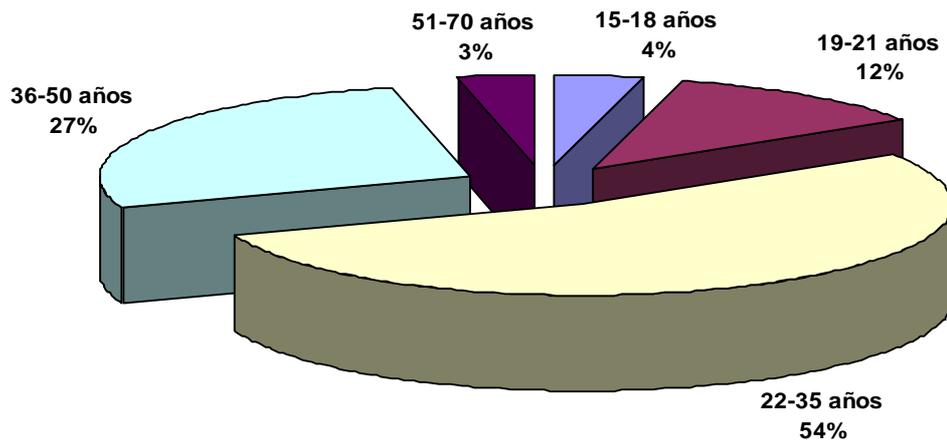
- 20 Equipos Básicos (espejo bucal, explorador, pinza, cucharilla).
- Unidad dental.
- Barreras de protección (gabacha, guantes, nasobuco y lentes de protección, campo operatorio).
- Autoclave y cinta reveladora.
- Agua potable, detergente, cepillo, recipiente plástico.
- Cámara digital.
- Bolígrafo y papel.



RESULTADOS



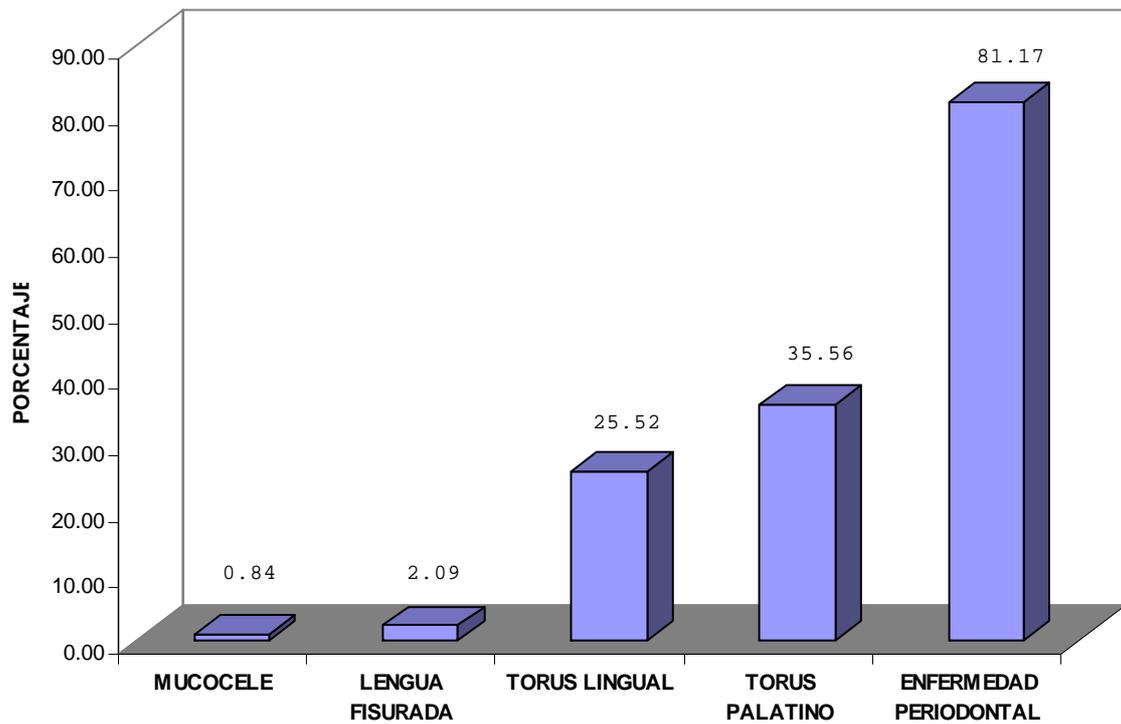
GRAFICO 1.
GRUPOS DE EDAD DE PACIENTES EXAMINADOS DEL SISTEMA PENITENCIARIO DE CHINANDEGA EN EL PERÍODO DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2004.



El gráfico muestra que el grupo de individuos entre 22 y 35 años es el mayoritario con 54 % de la población de estudio y el minoritario es el de individuos entre 51 y 70 años con 3 %.



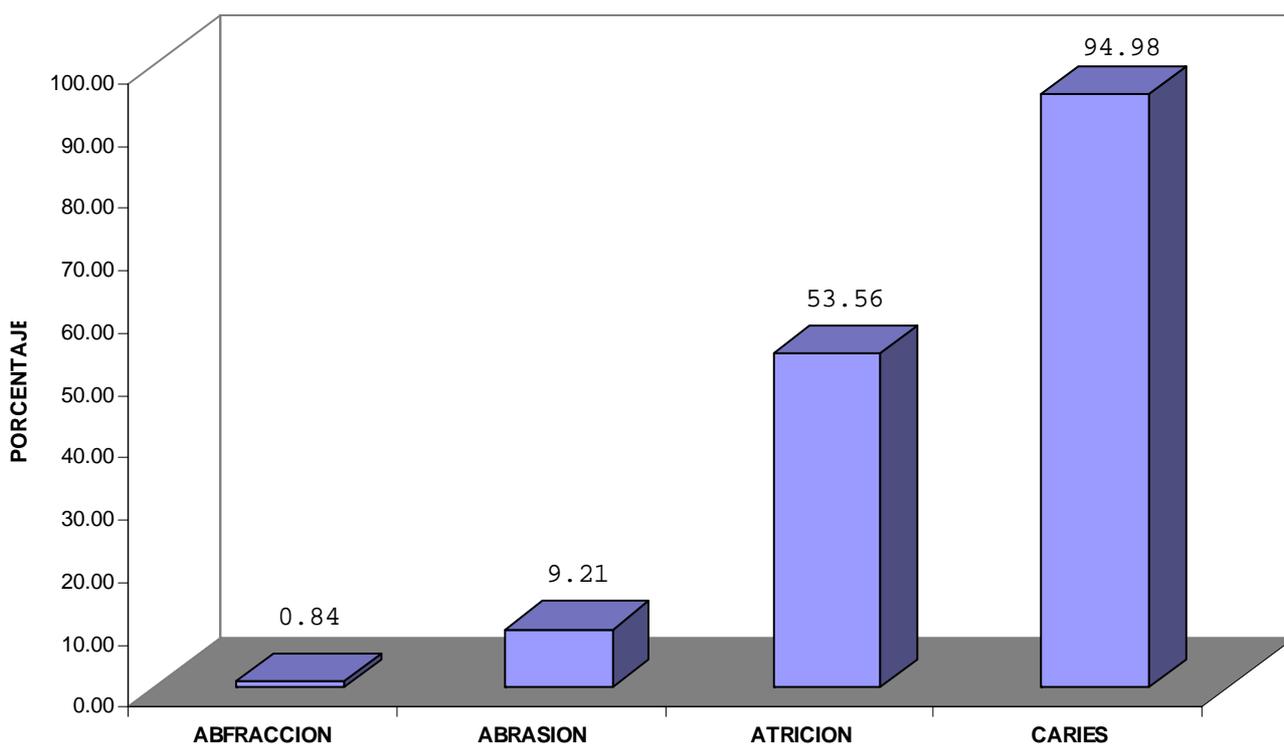
GRAFICO 2.
PATOLOGÍAS DE TEJIDO BLANDO DE LA CAVIDAD ORAL CON MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN PRIVADOS DE LIBERTAD DEL SISTEMA PENITENCIARIO DE CHINANDEGA EN EL PERÍODO DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2004.



En el tejido blando la patología de mayor prevalencia fue la enfermedad periodontal con 81.17 %, seguido por el torus palatino con 35.56 % y el torus lingual con 25.52 % y la de menor prevalencia fue el mucocele con 0.84 %.



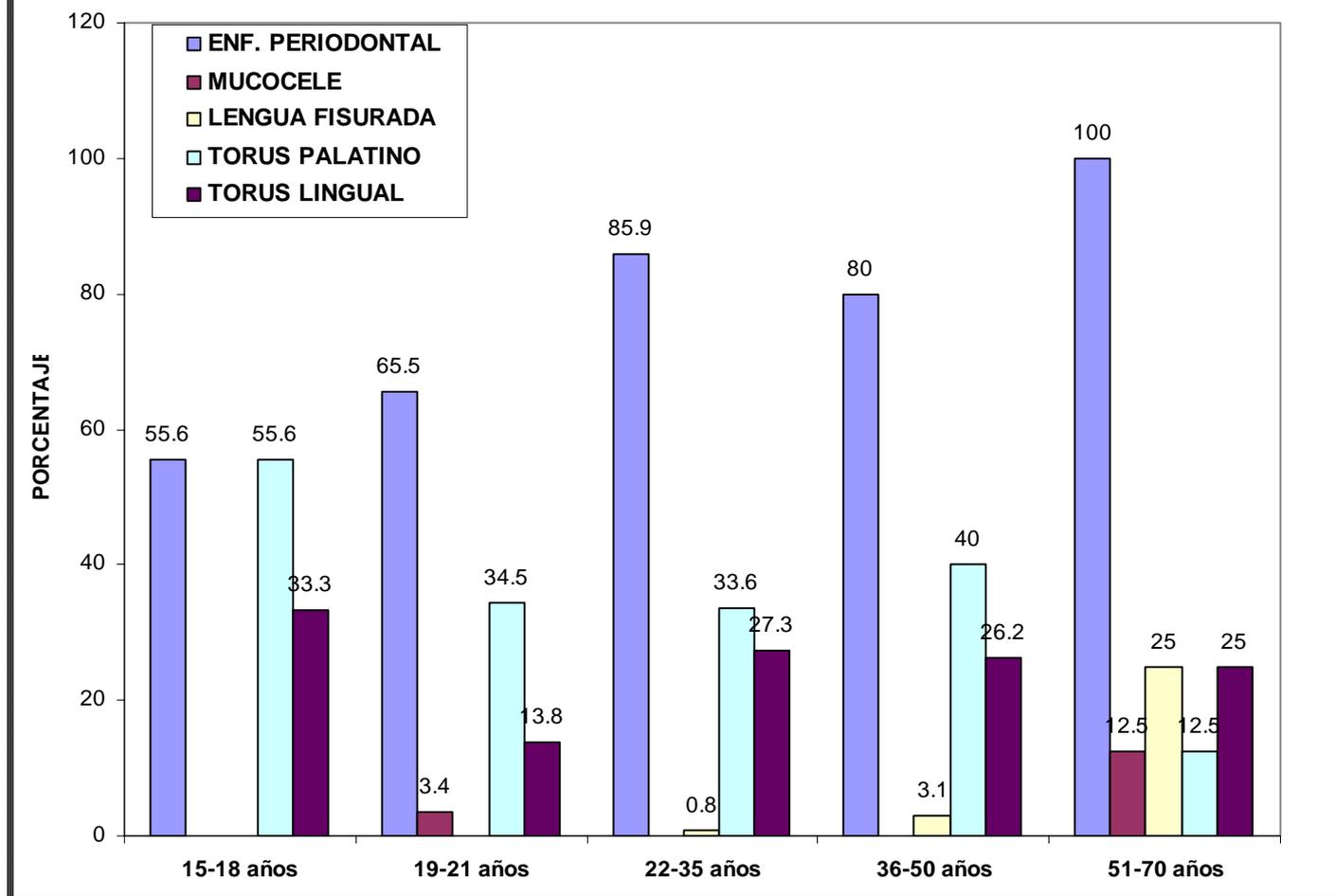
GRAFICO 3.
PATOLOGÍAS DEL TEJIDO DURO DEL ÓRGANO DENTAL CON MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN PRIVADOS DE LIBERTAD DEL SISTEMA PENITENCIARIO DE CHINANDEGA EN EL PERÍODO DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2004.



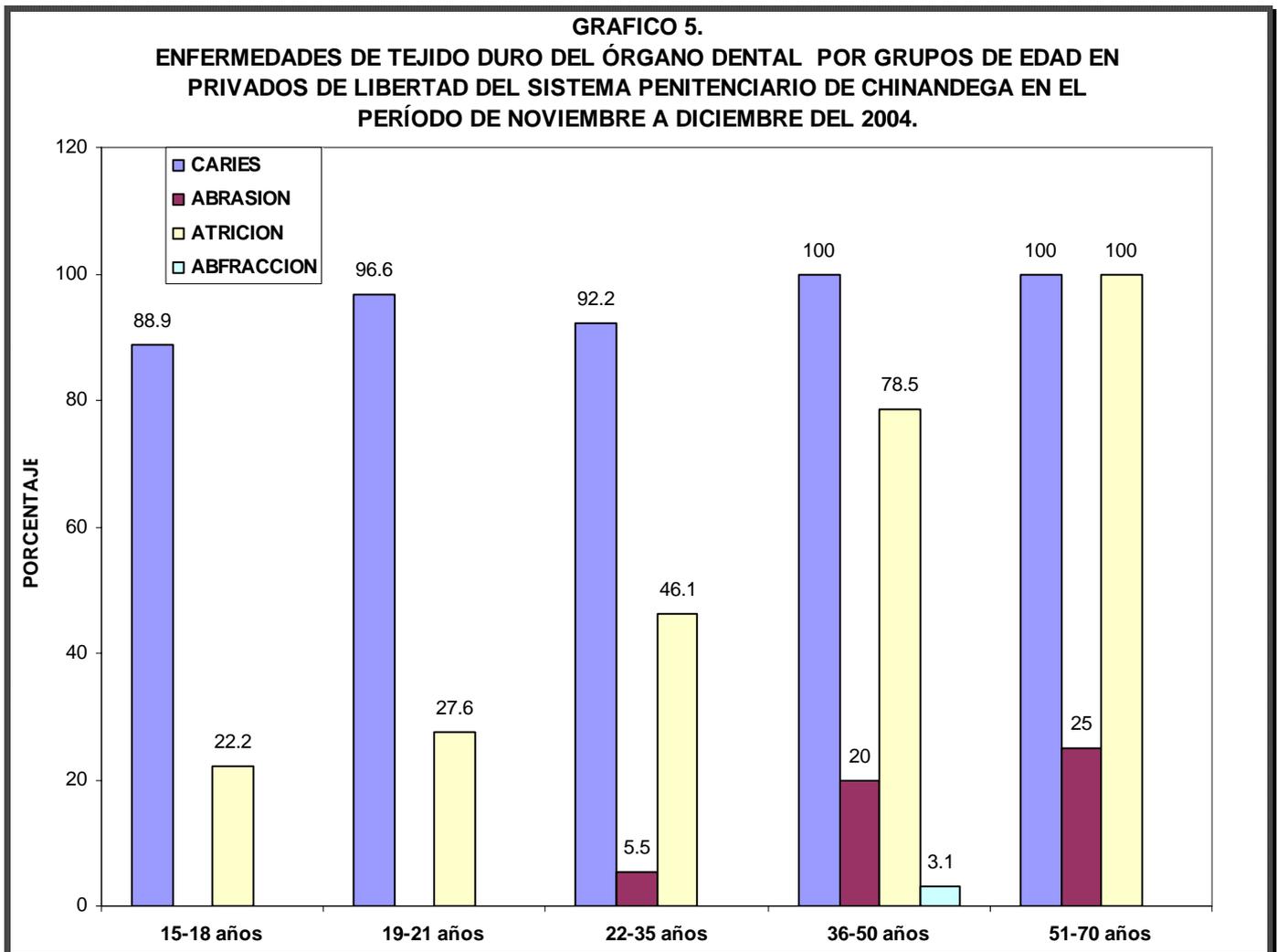
La patología de mayor prevalencia fue la caries dental con 94.98 %, seguido por la atrición con 53.56 % y la de menor prevalencia fue la abfracción con 0.84 %.



GRAFICO 4.
ENFERMEDADES DE TEJIDO BLANDO DE LA CAVIDAD ORAL POR GRUPOS DE EDADES EN PRIVADOS DE LIBERTAD DEL SISTEMA PENITENCIARIO DE CHINANDEGA EN EL PERÍODO DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2004.



Las personas más afectadas por enfermedad periodontal son los individuos entre 51 y 70 años de edad con el 100 % de afectación para este grupo, mientras que los más afectados por los casos de torus fueron el grupo de pacientes entre 15 y 18 años de edad.



Las personas más afectadas por la caries fueron aquellos que tenían edades entre los 36 y 70 años de edad en donde se presentó en el 100 % de estos pacientes, mientras que el grupo más afectado por atrición fue el de pacientes entre 51 y 70 años de edad con el 100 % de estos individuos.



DISCUSIÓN DE RESULTADOS



De un total de 239 individuos que formaron parte de la muestra de estudio se encontró que las edades de los individuos abarcaron de los 15 a los 70 años; en donde el 81 % de la población estaba constituida por los pacientes entre 22 y 50 años de edad. (Ver gráfico 1)

De los pacientes examinados en el Sistema Penitenciario de Chinandega, el 81.17 % presentó evidencia de problemas periodontales, dentro de las patologías que se presentaron en el tejido blando de la cavidad oral, la enfermedad periodontal fue la que tuvo mayor prevalencia. En una publicación de The National Survey of Oral Health in US Employed, señala que en Estados Unidos el 80 % de la población presenta evidencia objetiva de enfermedad periodontal y que de estos el 50 % muestra un sangrado gingival evidente.¹³ Según el Banco Mundial de Datos de la OMS. 1984, señala que enfermedad periodontal tiene una prevalencia de 65 % en la población mundial.¹⁶ Shafer y Levy, señalan en un estudio realizado por Marshall-Day y col., que la prevalencia de enfermedad periodontal en un grupo de 1279 personas fue para el género masculino de 88 %.¹³

Después de la enfermedad periodontal las patologías de mayor prevalencia en el tejido blando fueron el torus palatino y lingual con 35.56% y 25.52 % respectivamente, sin embargo en otros estudios se han encontrado una amplia variedad de valores para estas patologías: Kolas y col. señala una prevalencia de 14.7 % para el torus palatino y 10.2 % para el mandibular,¹³ en 1317 pacientes alemanes el 13.5 % presentó torus palatino y el 5.2 % torus mandibular,¹¹ en 947 tailandeses el 23 % de los pacientes examinados presentó torus palatino y 20 % presentó torus mandibular.⁵

Otra de las patologías que se encontró fue la lengua fisurada o escrotal que tuvo una prevalencia de 2.09 %, Witkop y cols. Señala que esta patología tiene una prevalencia de 7 % a 10 % en la población mundial y que es más común en pacientes con retardo mental (Down y otras condiciones).¹² Shafer y Levy, en estudios realizados por Halperin y cols. Revela un frecuencia total de 5 %.¹³



La patología que tuvo menor prevalencia en el tejido blando fue el mucocelo con 0.84 % y todos los casos se localizaron en el labio inferior, en un estudio realizado por Robinson y cols. Encontró que el 45 % de 97 mucocelos se presentaron en el labio inferior. (Ver gráfico 2)

Las patologías de tejido duro que presentaron mayor prevalencia son: caries dental con 94.98 % y atrición dental con 53.56 %. En un estudio epidemiológico realizado en España en el año de 1994, se expone que la prevalencia de caries dental en esta población es de 99 %. ²³ El Banco Mundial de Datos de la OMS, 1984 señala que la prevalencia de caries dental era de 90 %. ¹⁶ En otro estudio realizado por la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México en zonas rurales y periurbanas marginadas en el período de 1990 a 1991, se atendieron a 2596 pacientes adultos revelando que la prevalencia de caries dental en esta población de estudio era de 90 %. ²⁰ En el caso de la atrición, Carranza señala que la atrición es una patología que se presenta en el 98 % de la población adulta. ² Las demás patologías encontradas no afectaron en gran medida a esta población, estas patologías fueron la abrasión con 9.21 % y abfracción con 0.84 %.

(Ver gráfico 3)

Es importante mencionar que las patologías encontradas en el tejido blando a medida que aumentaba la edad de los individuos así lo hacia la prevalencia de estas, a excepción de el torus palatino y lingual. Según Shafer y Levy, la frecuencia del torus palatino y torus lingual oscila entre 25 y 20 % respectivamente en la población de Estados Unidos y la mayor frecuencia la alcanza en la tercera década de la vida. ¹³ En los privados de libertad del Sistema Penitenciario de Chinandega, el grupo de edad mayormente afectado fue el de individuos entre 15 y 18 años de edad, en este grupo la prevalencia del torus palatino fue de 55.6 % y para el torus lingual 33.3 %, Por otra parte en un estudio realizado por Sawyer y col. en 2203 individuos entre 10 y 19 años de edad, encontró una prevalencia para el torus palatino de 4.5 % y para el torus lingual de 1.9 %. ²²



La prevalencia de enfermedad periodontal en los pacientes de mayor edad que comprendía a los individuos entre 51 y 70 años fue de 100 %. En estudios realizados por Fermin Carranza, señala en su libro: Periodontología clínica de Glickman, séptima edición; que la prevalencia de los problemas periodontales de lo individuos aumenta conforme lo hace la edad de estos.⁸

Resultados similares a los del Sistema Penitenciario de Chinandega se señala en un estudio epidemiológico realizado en España en 1994, en el que se estudió individuos con edades entre 35 y 44 años, en los que la prevalencia de enfermedad periodontal fue de 92 % y también se estudio personas entre 65 y 74 años de edad en donde la prevalencia de enfermedad periodontal fue de 96 %.²³ Al respecto Marshall-Day y cols. Señalan que la frecuencia de enfermedad periodontal en un grupo de 1279 individuos entre 13 y 65 años de edad que residían en el área de Boston Massachussets, era de 80 % de los 13 a los 15 años y en los individuos de 60 años de edad era de 95 %.¹³

En un estudio realizado en 1996 por la Facultad de Odontología de la universidad de Chile en el área urbana de la ciudad de Santiago, en individuos de nivel socioeconómico medio y bajo, con edades entre 35 y 44 años y de 65 a 74 años, se encontró que la prevalencia de enfermedad periodontal era de 98.18 % para el primer grupo y de 100 % para el grupo de individuos de mayor edad.¹⁵

(Ver gráfico 4)

La caries y la atrición dental se presentaron en todos los grupos de edades que formaron parte del estudio y a medida que aumentaban las edades de los pacientes así lo hacía la prevalencia de estas patologías. El grupo de menor edad estaba constituido por los pacientes entre 15 y 18 años, en donde la prevalencia de caries dental fue de 88.9 %, mientras que en los pacientes que tenían edades comprendidas entre los 36 y 70 años la prevalencia de la caries fue de 100 %. Shafer y Levy, señala que la caries dental afecta a todos los grupos de edades de

*Patologías Orales con Manifestaciones Clínicas en Privados de Libertad del
Sistema Penitenciario de Chinandega.*



la población mundial, independientemente de la edad, sexo o raza de las personas.¹³ Por otra parte en el último estudio epidemiológico realizado en España en el año de 1994 se encontró que el 99 % de los individuos entre 35 y 44 años de edad presentaban caries dental, mientras que en individuos entre los 65 y 74 años de edad la prevalencia de caries fue de 100 %.²³

En un estudio realizado por la facultad de odontología de la universidad de Chile, en la ciudad de Santiago en 1996, en individuos de nivel socioeconómico medio y bajo, en edades entre 35 y 44 años y de 65 a 74 años, se encontró que la prevalencia de caries dental en estos individuos era de 100 %.¹⁵

La prevalencia de atrición en los pacientes de 51 a 70 años fue de 100 %, siendo el más afectado por esta patología, es importante señalar que esta patología en el grupo de individuos de menor edad, es decir los pacientes de 15 a 18 años solamente tuvo una prevalencia de 22.2 %.

(Ver gráfico 5)



CONCLUSIONES

- ◆ Los privados de libertad del Sistema Penitenciario de Chinandega presentaron patologías orales similares a las que usualmente se encuentran en personas que gozan de todos sus derechos civiles.
- ◆ Las patologías de mayor prevalencia en los privados de libertad fueron: caries dental, enfermedad periodontal y atrición dental, estas patologías se presentaron en todos los grupos de edades y la prevalencia de las mismas aumentaba a medida que lo hacían las edades de los individuos.



RECOMENDACIONES

- ◆ Implementar un programa de atención en salud oral, para el beneficio de los privados de libertad, que cuente con el apoyo de la dirección del Sistema Penitenciario, así como de profesionales debidamente capacitados.

- ◆ Que la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, brinde atención a instituciones como esta, a través de servicios odontológicos con estudiantes debidamente preparados.

- ◆ Que la dirección del Sistema Penitenciario solicite el apoyo de diferentes organismos que suministren el material e instrumental odontológico necesario para la atención de estas personas.

- ◆ Que el Sistema Penitenciario cuente con una cantidad adecuada de odontólogos, para dar atención a toda la población de privados de libertad.



BIBLIOGRAFÍA

1. Julio Barrancos Mooney. *Operatoria Dental*. 3ra. ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2002. p . 251-268.
2. Michael G. Newman, Henry H. Takei, Fermín A. Carranza. *Periodontología clínica*. 9na. ed. México: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 2004. p . 83-94.
3. Daniel M. Laskin. *Cirugía Bucal y Maxilofacial*. 1ra. ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1987. p . 473-479.
4. Theodore M. Roberson, Harold O. Heymann, Clifford M. Studervant. Valoración, exploración, diagnóstico, y planificación del tratamiento del paciente. p . 169-206. Principios fundamentales en la preparación de cavidades. p . 289-324. En: *Arte y Ciencia, Operatoria Dental*. 3ra. ed. Madrid, España: Mosby; 1995.
5. Antonio Bascones Martínez. *Atlas de patología de la mucosa bucal*. 1ra. ed. Madrid, España: Ediciones Avances; 1989. p . 159-213.
6. H. William Gilmore, Melvin R. Lund, Coronel David J. Bales, James P. Verneti. *Operatoria Dental*. 4ta. ed. México D.F: Editorial Interamericana; 1985. p . 18-27.
7. Gustav O. Kruger. *Cirugía Bucomaxilofacial*. 5ta. ed. México D.F: Editorial Medica Panamericana; 1986. p .108-142.
8. F.A. Carranza. *Periodontología Clínica de Glickman*. 7ma. ed. México D.F: Editorial Interamericana; 1990. p . 325-350.



9. F.A. Carranza. La epidemiología de la enfermedad gingival y periodontal. p . 325-356. Diagnóstico, determinación del pronóstico y plan de tratamiento. p . 520-556. Papel de los factores oclusales morfofuncionales en la enfermedad periodontal y en los trastornos temporomandibulares. p . 448-466. En: Periodontología Clínica de Glickman. 6ta. ed. México D.F: Editorial Interamericana; 1986.
10. Br. Leila Patricia Bravo Valverde, Br. Johana Mercedes zapata Rojas, Br. Juan Manuel Zúñiga Amador. El Sistema Penitenciario Nicaragüense como órgano reeducador del ciudadano delincuente en el Penal de Occidente. [Tesis Doctoral]. León, Nicaragua. Editorial Universitaria; 2004.
11. Cosme Gay Escoda, Leonardo Berini Aytés. Cirugía Bucal. 1ra. ed. Madrid, España: Editorial Ergon; 1999. p . 551-561.
12. Joseph A. Regezi, James J. Sciubba. Enfermedades ulcerativas. p . 31-85. Lesiones Blancas. p . 86-123. Enfermedades de Glándulas Salivales. p . 221-275. En: Patología Bucal, correlaciones clinicopatológicas. 3ra. ed. México: Editorial Interamericana; 2000.
13. William G. Shafer, Maynard K. Hine, Barnet M. Levy, Charles E. Tomich. Trastornos del desarrollo de las estructuras bucales y parabucles. p . 3-85. Tumores benignos y malignos de la cavidad bucal. p . 86-232. Infecciones bacterianas, virales y micóticas. p . 347-414. Caries dental. p . 415-492. Lesiones físicas y químicas de la cavidad bucal. p . 545-613. Enfermedades del periodonto. p. 793-838. En: Tratado de Patología Bucal. 4ta. ed. México D.F: Editorial Interamericana; 1987.
14. Ley 192/39, Derechos, deberes y garantías del pueblo Nicaragüense (Constitución Política de Nicaragua, con las reformas vigentes de 1995, 4/07/95).



15. López-Pérez R, Díaz-Romero RM, Barranco-Jaubert A, Borges-Yáñez A, Avila-Rosas H. Prevalencia de caries dental, gingivitis y enfermedad periodontal en el paciente adulto. Salud Pública, Santiago de Chile 1996; 38:101-109.
<http://www.insp.mx/salud/38/382-3s.html> Consultado 16-11-2004.
16. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Métodos y programas de prevención de las enfermedades. Ginebra, 1984. serie de informes técnicos, 713. <http://www.encolombia.com/osteoporosis>
Consultado 21-11-2004.
17. Dr. Jorge Sotres Vázquez, Dr. Luis Orlando Rodríguez, Dr. Antonio O. Blanco Ruíz. Estudio de la enfermedad periodontal y la higiene bucal en dientes en desoclusión. Habana, Cuba, 2004.
<http://www.encolombia.com/osteoporosis> Consultado 01-12-2004.
18. Dra. Maria Elena González Díaz, Dra. Bárbara Toledo Pimentel, Dra. Caniad Nasco Ríos. Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados. Santa Clara, Cuba, 1999.
<http://www.encolombia.com/osteoporosis> Consultado 12-12-2004.
19. Dr. José Luis Meza Flores. Prevalencia del torus palatino y lingual. Lima, Perú, 2004.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/vgp/v24n4/> Consultado 20-12-2004.
20. Laura M. Díaz Guzmán, José Luis Castellanos Suárez. Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en los pacientes adultos. León, Gto. México, 2004.
<http://www.scielo.isciii.es/pdf/medicor/v9n5/en> Consultado 05-01-2005.



21. Dr. Róger Barreda Paredes. Abfracciones, prevalencia y distribución. Bogota, Colombia, 2002.

<http://www.odontologia-online.com.casos> Consultado 05-01-2005.

22. Dr. Benjamín Sawyer M. Malformaciones de tejidos blandos bucales y de la cara. Buenos Aires, Argentina, 2004.

<http://www.patoral.umayor.cl/~benjamin.martinez> Consultado 16-02-2005.

23. Teresa Tello Hernández, Jorge Hernández, Nancy Gutiérrez García. Epidemiología oral de tejidos duros y blandos en adultos en Barcelona, España 1994.

<http://www.uady.mx/~biomedic/revbiome> Consultado 25-02-2005.



ANEXOS



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS GENERALES.

Edad: _____.

Escolaridad: _____.

Sexo: _____.

PATOLOGÍAS DEL TEJIDO DURO DEL ÓRGANO DENTAL.

- Caries____
- Abrasión____
- Atrición____
- Abfracción____
- Erosión____
- Otros____

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS PATOLOGÍAS DE TEJIDO BLANDO DE LA CAVIDAD ORAL.

- ◆ Mucocele____
- ◆ Lengua fisurada____
- ◆ Torus lingual____
- ◆ Torus palatino____
- ◆ Enfermedad periodontal____
- ◆ Otros____



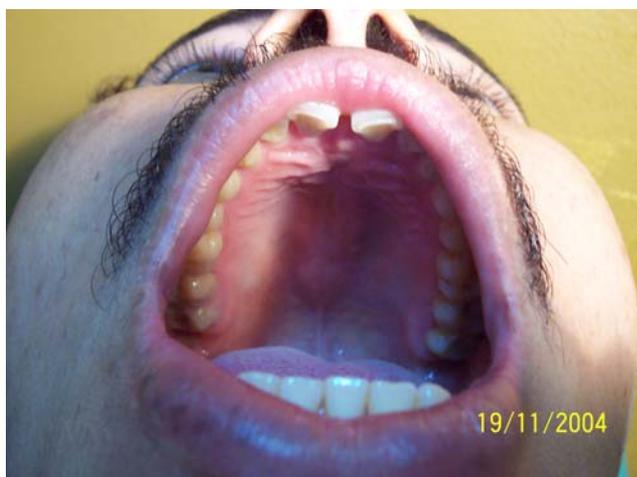
PATOLOGÍAS DE TEJIDO BLANDO CON MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Enfermedad Periodontal





Torus Palatino

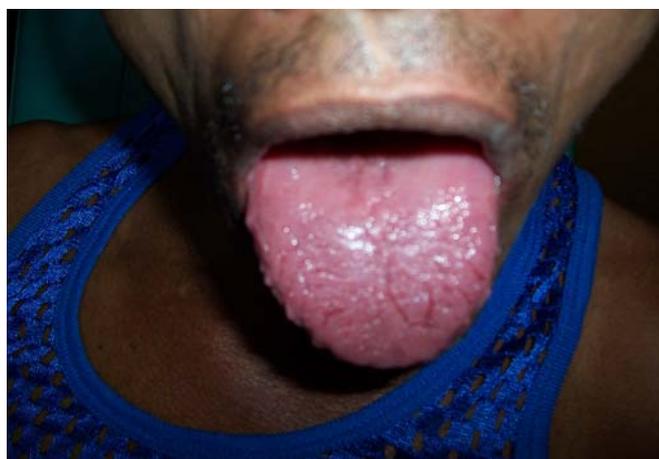




Torus Lingual

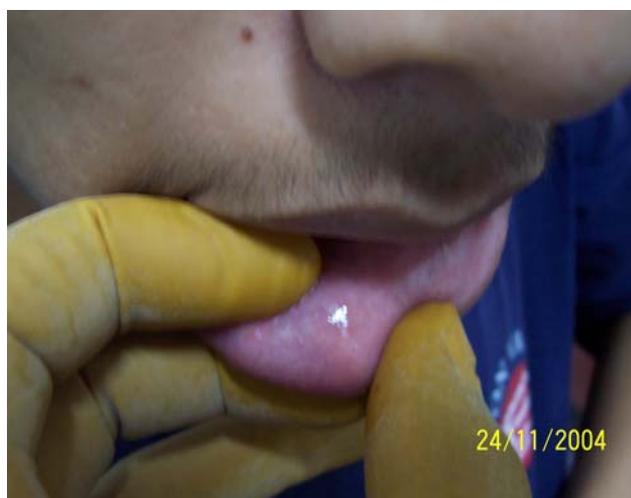


Lengua Fisurada o Escrotal





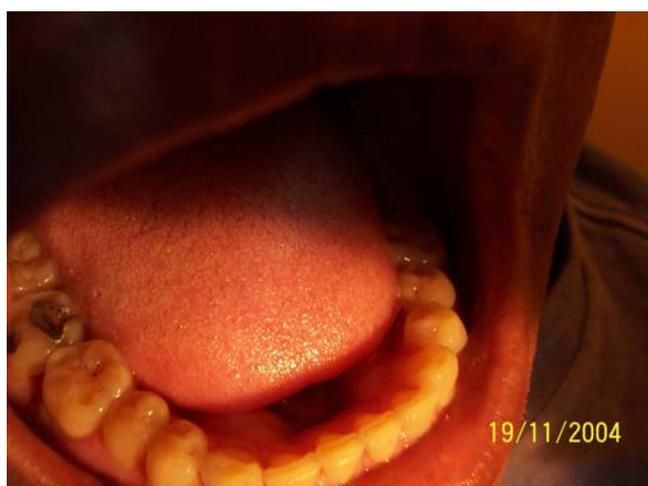
Mucocele





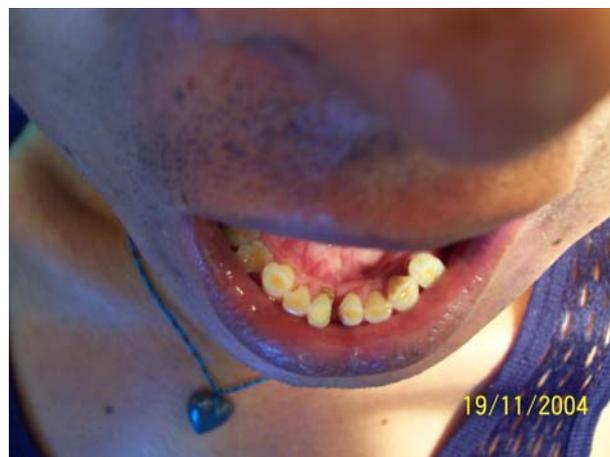
PATOLOGÍAS DEL TEJIDO DURO DEL ÓRGANO DENTAL CON MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Caries Dental





Atrición



Abrasión





Abfracción

