



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Estado periodontal en pacientes
portadores de prótesis removible que
acuden a la Facultad de Odontología
de la Universidad de Cuenca durante
el período de Enero a Junio 2015

TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGA

AUTORES: YANINA CAROLINA ARCENALES TORRES
MARIA ELENA CUENCA OTAVALO

DIRECTOR: DR. MILTON FABRICIO LAFEBRE CARRASCO

CUENCA- ECUADOR

Julio , 2015



RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar el estado periodontal de pacientes portadores de prótesis parcial removible (PPR) que acuden a la facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca en Azuay, durante el periodo de Enero a Junio 2015. En el estudio participaron 40 individuos entre los 33 y 84 años, a quienes se realizó un diagnóstico periodontal y un control de placa bacteriana.

Se encontró que el 37,5% de los pacientes presentaron gingivitis en los dientes pilares relacionados con los ganchos protésicos, de estos el 50% es localizada y el 50% generalizada; el 55% presentaron periodontitis, siendo el 64% periodontitis leve, el 18% moderada y el 18% severa; y un 7,5% corresponde a pilares sanos. En relación a los dientes pilares 78 presentaron recesiones dentales, 37 presentaron bolsas periodontales, 89 sangrado al sondaje y 1 con movilidad. En relación a higiene bucal se encontró que de todos los pacientes, el 87,5% presentaron índices de placa mayores al 20 % , valor que es calificado como malo y el 12,5% presentaron índices calificado como bueno que son valores menores al 20 %,lo que indica que la mayoría de los pacientes presentaban una higiene bucal defectuosa .

PALABRAS CLAVES: PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE ENFERMEDAD PERIODONTAL PLACA BACTERIANA



ABSTRACT

The objective of this study was to determine the periodontal status of patients with removable partial denture (PPR) attending the Faculty of Dentistry of the University of Cuenca, Azuay, during the period from January to June 2015. The study involved 40 individuals among the 33 and 84 years, who underwent a periodontal diagnosis and control of bacterial plaque.

Found that 37.5% of patients had gingivitis in teeth pillars from the prosthetic hook, these 50% is located and the general 50%; 55% had periodontitis, being 64% mild periodontitis, 18% moderate and severe 18% and 7.5% corresponds to healthy pillars. In relation to the teeth pillars 78 showed dental recessions, 37 were Periodontal pockets, 89 bleeding on probing and 1 with mobility. In relation to oral hygiene found that all patients, 87.5% presented plaque mayors rates to 20%, value that is described as bad and 12.5% presented indices qualified as good are values lower than 20%, which indicates that the majority of patients have a defective oral hygiene.

KEY WORDS: REMOVABLE PARTIAL DENTURES PERIODONTAL DISEASE BACTERIAL PLAQUE.

**INDICE**

CONTENIDOS	PAG
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUCCION.....	11
2. MARCO TEORICO.....	12
2.1.ENFERMEDAD PERIODONTAL	12
2.2.PARÁMETROS CLÍNICOS PERIODONTALES.....	12
2.2.1. PROFUNDIDAD DE SONDAJE	12
2.2.2. NIVEL DE INSERCIÓN CLÍNICA.....	13
2.2.3. RECESION GINGIVAL.....	14
2.2.4. SANGRADO AL SONDAJE.....	15
2.2.5. MOVILIDAD DENTAL	16
2.3.DIAGNOSTICO PERIODONTAL.....	16
2.3.1. GINGIVITIS.....	17
2.3.2. PERIODONTITIS.....	17
2.3.2.1 PERIODONTITIS CRONICA.....	17
2.4.ÍNDICE DE PLACA DE O'LEARY	18
2.5.HIGIENE BUCAL.....	19
2.6.EDENTULISMO.....	20
2.6.1 CLASIFICACION DE KENNEDY.....	20
2.6.2 REGLAS DE APPLAGATE.....	21
2.7.CONSIDERACIONES PERIODONTALES EN PACIENTES PARCIALMENTE EDENTULOS.....	22
2.7.1. EVALUACION AL PERIODONTO.....	22
3. OBJETIVOS.....	23
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	23
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	24
4. MATERIALES Y METODOS.....	24
4.1. CRITERIOS DE INCLUSION.....	24
4.2. CRITERIOS DE EXCLUSION.....	24
4.3. VARIABLES.....	25
4.4. METODOLOGIA	27
5. RESULTADOS Y ANALISIS.....	29
6. DISCUSION.....	36
7. CONCLUSIONES.....	38
8. RECOMENDACIONES.....	39
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	40
10. ANEXOS.....	43



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

YANINA CAROLINA ARCENTALES TORRES , autora de la tesis "Estado Periodontal En Pacientes Portadores De Prótesis Parcial Removible Que Acuden A La Facultad De Odontología Durante El Periodo Enero-Junio Del 2015", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Odontólogo. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora

Cuenca, 23 de septiembre de 2015

YANINA CAROLINA ARCENTALES TORRES
C.I: 0704415348



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

YANINA CAROLINA ARCENTALES TORRES, autora de la tesis "Estado Periodontal En Pacientes Portadores De Prótesis Parcial Removible Que Acuden A La Facultad De Odontología Durante El Periodo Enero -Junio Del 2015", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 23 de septiembre de 2015

YANINA CAROLINA ARCENTALES TORRES

C.I: 0704415348



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

MARÍA ELENA CUENCA OTAVALO, autora de la tesis Estado Periodontal En Pacientes Portadores De Prótesis Parcial Removible Que Acuden A La Facultad De Odontología Durante El Periodo Enero- Junio Del 2015”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Odontólogo. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 23 de septiembre de 2015

MARIA ELENA CUENCA OTAVALO,
C.I: 0105187363



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

MARIA ELENA CUENCA OTAVALO, autora de la tesis "Estado Periodontal En Pacientes Portadores De Prótesis Parcial Removible Que Acuden A La Facultad De Odontología Durante El Periodo Enero-Junio Del 2015", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 23 de septiembre de 2015

MARIA ELENA CUENCA OTAVALO

C.I: 0105187363



DEDICATORIA

A Dios, por ser mi paz y mi consuelo en todo momento, por fortalecer mi corazón y ser mi guía en mi vida.

A mis padres por ser ejemplos de perseverancia, constancia, lucha y amor, convirtiéndose en mis pilares fundamentales en todo lo que soy.

A mis hermanos por ser mi motivación en el deseo de superación y anhelo de triunfo en mi vida.

A mi novio, quien ha sido mi apoyo constante y que con su amor incondicional, me ha brindado ánimos de fuerza y valor para culminar mis metas.

YANINA ARCENTALES



DEDICATORIA

A Dios, quien supo guiarme por el camino correcto, además de darme la fortaleza necesaria para seguir adelante en los momentos de adversidad y permitir que este sueño se haga realidad.

A mis padres, por ser las personas que me acompañaron a lo largo de estos años, brindándome apoyo incondicional en todo momento, velando por mi bienestar, siendo el claro ejemplo de persistencia, sin los cuales no sería la persona que soy.

A mis dos hermanas Tania y Jenny, por no dejar que me rindiera a mitad del camino, por siempre estar dispuestas a escucharme y ayudarme en cualquier situación, por compartir junto a mí, momentos buenos y malos. Siendo todos muy importantes para culminar esta etapa de mi vida.

MARIA ELENA CUENCA



AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento especial para nuestro director de tesis Dr. Fabricio Lafebre, quien fue la persona que nos guió y ayudó en la elaboración de nuestra tesis



1. INTRODUCCION:

El uso de las prótesis parciales removibles puede ser uno de los varios tratamientos de elección para la restauración de rebordes edéntulos parciales.¹ Aun cuando la prótesis parcial removible (PPR) es un medio para reemplazar dientes perdidos puede volverse una amenaza para los dientes remanentes o pilares de los pacientes debido a que puede incrementar la incidencia de caries, afecta el periodonto y aumenta la cantidad de fuerzas sobre los pilares.^{1,2} Estas alteraciones se atribuyen a una higiene oral deficiente, acumulación de la placa bacteriana y acumulación de cálculos. Es posible reducir los efectos negativos de la PPR si se realizan medidas adecuadas de higiene bucal ya que solamente se han notado efectos dañinos menores en pacientes atendidos regularmente.^{1,3}

“Algunos autores han sugerido que el uso de PPR conduce a cambios importantes en la cantidad y calidad de la formación de la placa bacteriana alrededor de los dientes remanentes. Por otra parte, varios investigadores han concluido que cuando se realiza una buena higiene bucal se presenta poco o ningún daño sobre los dientes remanentes y su soporte periodontal.”⁴

De ahí nace la necesidad de investigar el estado periodontal de aquellos pacientes portadores de las prótesis parciales removibles, de tal forma que los resultados obtenidos puedan ayudar a elaborar normas preventivas con el objetivo de mantener la salud periodontal, y tenga un alcance significativo en odontólogos y estudiantes de odontología.



2. MARCO TEÓRICO

2.1 ENFERMEDAD PERIODONTAL

Las enfermedades periodontales son patologías que afectan al periodonto, es decir, a los tejidos que sostienen y rodean a los dientes, son patologías infecciosas, causadas por bacterias, según el grado de afección puede producir la pérdida total o parcial de los tejidos de soporte dentario.³ “Considerando que la etiología de la enfermedad es principalmente infecciosa (biofilm), el tratamiento se enfoca fundamentalmente en el control de la infección”.⁵

“Por lo tanto, para ejecutar un tratamiento periodontal exitoso es necesario determinar de forma adecuada el diagnóstico y pronóstico periodontal.”³

Con este fin es necesario poner a consideración ciertos parámetros periodontales a tomar en cuenta:

2.2. PARÁMETROS CLÍNICOS PERIODONTALES

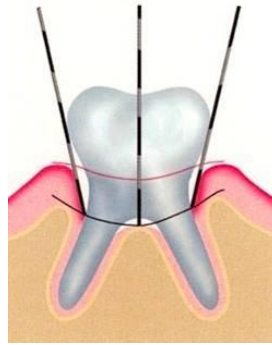
Existen ciertos conceptos que debemos conocer para efectuar el diagnóstico periodontal:

2.2.1. Profundidad de sondaje (PS)

El espacio que se forma entre la encía y la superficie radicular, es importante para determinar la enfermedad periodontal.⁵ “La profundidad de sondaje es la distancia entre la base de la bolsa (si hay enfermedad) o surco gingival (si hay salud periodontal) y el margen gingival.”^{6,14}

Se mide seis puntos alrededor del diente: mesial, vestibular y distal en la cara vestibular de la pieza; y mesial, lingual/palatino y distal en la cara lingual/palatino de la pieza dentaria.²

Se ha considerado que este espacio puede medir entre 1 y 3 mm en ausencia de inflamación clínica.⁵



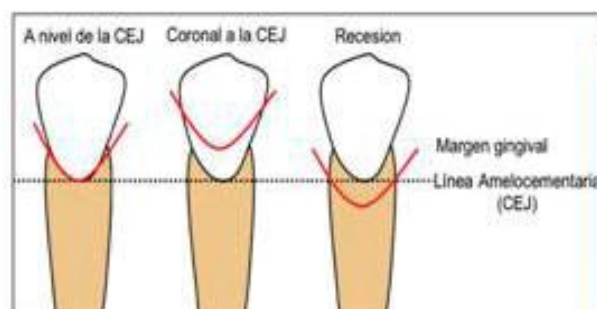
2.2.2. Nivel de Inserción Clínica (NIC)

El nivel de inserción es la distancia entre la base del surco gingival y el límite amelocementario. Los cambios en el nivel de inserción pueden ser provocados por pérdida de inserción, siendo este un indicador del grado de destrucción periodontal.^{6, 14}

Esta medida se consigue, de la profundidad de sondaje, la distancia existente entre el fondo del surco y límite amelocementario (LAC), el resultado que se obtiene será el nivel de inserción.⁶

Dicho de otra forma se realiza como se indica a continuación:

- Si el margen gingival está coronal al LAC, se resta la PS de la distancia en mm obtenida entre el fondo del surco y el LAC
- Si el margen coincide con el límite amelocementario, el NIC es igual a la PS.
- Si el margen está apical al límite amelocementario, se suma la PS y la distancia en mm obtenida entre el margen y el LAC.³





Es el NIC el que determina dentro del diagnóstico periodontal la severidad de la enfermedad periodontal, de ahí la importancia de su conocimiento.

Dentro de los signos clínicos de enfermedad periodontal se menciona el sangrado al sondaje, el mismo que también es determinante para valorar la severidad de la enfermedad periodontal como es el caso de la gingivitis.

2.2.3. Recesión gingival

Según la Academia de Periodoncia Americana, la recesión es “la pérdida total o parcial de la encía que cubre la raíz, siendo el resultado un margen gingival apical a la línea amelocementaria”.⁷ Diagnostico que se realiza por lo tanto con el nivel de inserción.

La recesión del tejido marginal gingival es definida como el desplazamiento del margen gingival apical a la unión cemento-esmalte con la exposición de la raíz al ambiente oral.^{2,7} Es un problema oral muy frecuente que afecta al 88% de los sujetos mayores de 65 años y al 50% de la población entre los 18 y los 64 años siendo la región de los incisivos inferiores el área más afectada, cuando aparece en el sector anterosuperior se convierte en un problema estético. La recesión gingival aumenta con la edad. Su incidencia varía desde 8% en los niños hasta 100% luego de los 50 años de edad.⁷

“La recesión implica cierta destrucción de los tejidos periodontales y puede acompañar a la periodontitis crónica, pero no es necesariamente una característica de esta enfermedad.”²

Los factores desencadenantes abarcan cepillado traumático, hábitos bucales nocivos, laceración gingival, iatrogenia, márgenes subgingivales, diseño inadecuado de aparatología removible y movimientos ortodónticos no controlados.⁷



Puesto que la prótesis parcial removible es un factor desencadenante de la recesión gingival, se ha observado esta relación en los dientes pilares debido a la presencia de los ganchos en estos dientes, pues estos se encuentran actuando mecánicamente sobre los tejidos²⁰, generando la recesión.

O'Leary y cols. mostraron que los pacientes con bajos índices de placa bacteriana presentaron mayor cantidad de recesiones. Las técnicas inadecuadas de higiene oral causan más recesiones que requieren correcciones quirúrgicas. Solo si los pacientes pueden ser exitosamente reeducados se evitará una cirugía mucogingival.⁷

Miller⁷ en 1985 determinó la siguiente categorización de las recesiones gingivales:

- **Clase I:** recesión de tejido marginal que no se extiende hasta la unión mucogingival, no hay pérdida de hueso ni de tejido blando en el área interdental.
- **Clase II:** consiste en una recesión de tejido marginal que se extiende apical a la línea mucogingival; no hay pérdida de tejido interproximal.
- **Clase III:** existe una retracción de tejido marginal gingival que se extiende apical a la unión mucogingival, en dientes con pérdida de altura del periodonto proximal.
- **Clase IV:** es una recesión de tejido marginal que se extiende apical a la línea mucogingival con pérdida ósea grave y de tejido blando a nivel interdental.⁷

2.2.4. Sangrado al Sondaje (SS)

El sangrado al sondaje es considerado como un signo clínico de inflamación, indicador de inflamación periodontal.⁵

“Armitage realizó un metaanálisis y concluyó que la presencia de sangrado al sondaje es un predictor importante de riesgo para un aumento en la pérdida de inserción.”¹⁴



Si bien se sabe la movilidad de los dientes es fisiológica puesto que no están en contacto directo con el hueso alveolar, si no que entre estas dos estructuras se encuentra el ligamento periodontal, de tal manera que con la destrucción ósea se genera una movilidad patológica, por lo tanto durante el diagnóstico periodontal se evaluará la movilidad. ^{5,14}

2.2.5. Movilidad Dental

“La movilidad dental patológica puede ser considerada como resultado de una enfermedad periodontal, pero no es la única causa.” ¹⁴

La evaluación de presencia o ausencia de la movilidad dentaria es realizada a través del examen clínico periodontal, se apoyan dos mangos de espejo sobre el diente y se aplican fuerzas en sentido bucolingual: se evalúan la movilidad vestibular, lingual, mesial, y distal.^{5,6} El grado de movilidad se establece en base a una percepción subjetiva del observador⁶. La movilidad dentaria se clasifica según Miller :

Grado 0: movilidad fisiológica, 0.1-0.2 mm en dirección horizontal.

Grado 1: movimiento hasta 1 mm en sentido horizontal.

Grado 2: movimiento de más de 1 mm en sentido horizontal.

Grado 3: movimiento intenso de la corona del diente en sentido horizontal y en sentido vertical (intrusión).^{5,6}

2.3. DIAGNOSTICO PERIODONTAL

“Las enfermedades periodontales (gingivitis, periodontitis) tienen como agente causal principal el biofilm, pero su desarrollo puede ser modificado por condiciones sistémicas (diabetes, discrasias sanguíneas, HIV), hábitos (cigarrillo) y estrés” ⁵

Hay que tener en cuenta factores locales como aparatología fija y removible que actúan como factores retentivos de biofilm.



2.3.1. Gingivitis

Es la inflamación en diferentes grados de intensidad de la encía sin afectar los tejidos de inserción (ligamento, cemento, hueso), siendo esta característica la que lo diferencia de la periodontitis. Los signos de la gingivitis incluyen eritema, edema y sangrado al sondaje.^{2,5} La extensión de la gingivitis puede ser clasificada como: localizada, cuando están afectados $\leq 30\%$ de los dientes presentes en la cavidad bucal y generalizada cuando se afectan $>30\%$ de los dientes presentes en la cavidad bucal.⁵

2.3.2. Periodontitis

A diferencia de la gingivitis, la periodontitis es la inflamación de la encía y las estructuras de inserción de las piezas dentarias, afectando de forma significativa el tejido conectivo gingival, cemento, hueso y ligamento periodontal.⁵

2.3.2.1. Periodontitis crónica

En los casos de periodontitis crónica la infección progresa de forma continua o en picos de actividad. La periodontitis crónica es más prevalente en adultos, aunque se pueden aparecer en individuos de cualquier grupo de edad.⁸

Podemos llegar a hallar diversos signos y síntomas tales como:

- Edema⁵
- Eritema⁵
- Sangrado al sondaje⁵
- Profundidad de sondaje⁸
- Pérdida de inserción⁵
- Aumento o recesión de la encía⁸
- Placa o cálculo supra y subgingival⁸
- Una mayor movilidad^{2,5, 8,}
- Migración dental⁵



- Pérdida de hueso alveolar^{5, 8}
- Halitosis y sabor desagradable^{5, 8}
- Apiñamiento o exfoliación dental.^{2,5, 8}

Clasificación de Periodontitis crónica

La clasificación de la periodontitis crónica se establece en función de los siguientes criterios:

Severidad:

Leve: Cuando la pérdida de inserción es de 1 a 2 milímetros.^{5,8}

Moderada: Cuando la pérdida de inserción es de 3 a 4 mm.^{5,8}

Severa o avanzada: Cuando la pérdida de inserción es superior a 5 mm⁸

Extensión:

Localizada: Cuando los dientes afectados corresponden a un porcentaje menor al 30%, de las piezas presentes en boca.^{5,8}

Generalizada: Cuando los dientes afectados superan el 30% de todas las piezas presentes en la cavidad bucal.^{5,8}

Dentro del diagnóstico periodontal también se realiza un control de placa, porcentaje que se obtiene a partir del índice de placa de O'Leary, en general el control de placa nos ayuda a determinar el grado de higiene bucal que exhibe el paciente.⁹

2.4. ÍNDICE DE PLACA DE O'LEARY

Es muy sencillo, práctico y rápido de hacer, razones por las cuales, se usa en este estudio. Valora la presencia o ausencia de placa en las cuatro superficies del diente sean estos anteriores o posteriores.

Se determina sumando los sectores con placa, dividiendo por el número de sectores presentes (número de dientes multiplicado por 4) y multiplicando por 100.⁹



Este índice se consigue después de aplicar una sustancia reveladora de placa bacteriana, puesto que normalmente la placa no es visible, el interés de visualizarla se debe a que permite el perfeccionamiento y control de la higiene bucodental. Los reveladores de placa son sustancias que tiñen la placa haciéndola visible.⁹

Los valores compatibles con buena higiene bucal son los que nos dan 20% o un valor menor al mismo.⁹ lo que significa que el 20% de las superficies total de los dientes presentes en la cavidad bucal se tiñen con el revelador de placa por la presencia de placa bacteriana en estas piezas.

2.5. HIGIENE BUCAL

En aquellas personas que llevan prótesis parciales removibles, la higiene bucal es determinante, pues el acúmulo de biofilm, aparte de las irritaciones de los tejidos blandos, puede crear problemas como caries en los dientes naturales que les sirven de retención para la estabilidad de las prótesis, así como también alteraciones a nivel periodontal.¹⁹

Por ello resulta necesario realizar una motivación y adiestramiento en higiene bucal a todos los pacientes, para que así el paciente acuda a la consulta odontología mínimo dos veces al año y cumplan con los procedimientos regulares de limpieza para mantener una buena salud oral y conseguir una mayor duración de su prótesis.¹⁹

A continuación ciertas pautas para llevar a cabo una correcta higiene enfocándonos en pacientes portadores de PPR:

- La eliminación diaria y cuidadosa del biofilm en la cavidad oral y en las prótesis; es de suma importancia para reducir cuadros de estomatitis protésica, caries y enfermedad periodontal, tres veces diarias después de las comidas.¹⁹
- Para reducir infecciones por bacterias y hongos los pacientes que usan prótesis deben limpiar diariamente las prótesis dentales, cepillándolas, deben permanecer sumergidas en agua después de la limpieza.¹⁹



- Uso de hilo dental: El hilo dental permite la remoción de la placa bacteriana de las superficies proximales, es decir, inaccesibles al cepillo dental.
- Retiro de las PPR para lograr que la mucosa bucal reciba el descanso necesario ante los cambios hísticos que el aparato rehabilitador provoca con su uso continuo; muchos investigadores le confieren gran importancia al tiempo de uso diario y recomiendan un receso entre seis y ocho horas al día.¹⁹

2.6. EDENTULISMO

Así “el edentulismo es la ausencia o la pérdida total o parcial de los dientes, su causa puede ser congénita o adquirida. Los edentulismos congénitos totales son una manifestación de los síndromes congénitos muy graves y, generalmente, no compatibles con la vida. El edentulismo adquirido, es decir la pérdida de dientes durante nuestra vida es un hecho más común que el edentulismo congénito y suele ser secundario a procesos como caries, patología periodontal o traumatismos.”¹⁰

Hay una gran variedad de combinaciones de edentulación parcial. Lo que hace preciso clasificar los diferentes tipos de edentulismo, a partir de unas determinadas características anatómicas, así en 1925 el Dr. Edward Kennedy, agrupa las arcadas parcialmente desdentadas para que se puedan establecer unos principios que faciliten el diseño de cada situación.¹⁰

Kennedy dividió las arcadas parcialmente desdentadas en cuatro tipos básicos de acuerdo a la frecuencia con que se presentan, y añadió modificaciones a las áreas edéntulas, que presentan alguna diferencia con las clases básicas.¹⁰

2.6.1. CLASIFICACIÓN DE KENNEDY es la siguiente:

CLASE I: Áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes naturales.¹⁰



CLASE II: Área edéntula unilateral posterior a los dientes naturales remanentes.¹⁰

CLASE III: Área edéntula unilateral con dientes naturales remanentes delante o detrás del área edéntula.¹⁰

CLASE IV: Área edéntula única bilateral (que atraviesa la línea media), anterior a los dientes naturales remanentes.¹⁰

2.6.2. REGLAS DE APPLAGATE:

REGLA 1: La clasificación se debe establecer luego de las extracciones de los dientes que podrían la clasificación original.¹⁰

REGLA 2: Si se ha perdido un tercer molar y no se ha reemplazado no se debe tener en cuenta en la clasificación.¹⁰

REGLA 3: Si existe un tercer molar y se emplea como pilar, se debe tener en cuenta en la clasificación.¹⁰

REGLA 4: Si se pierde un segundo molar y no se reemplaza no se debe tener en cuenta en la clasificación.¹⁰

REGLA 5: El área edéntula más posterior es la que determina la clasificación.¹⁰

REGLA 6: Las áreas edéntulas, que no determinan la clasificación se refieren como modificaciones y se designan por un número.¹⁰

REGLA 7: La extensión de las modificaciones no se tiene en cuenta solo el número de áreas edéntulas adicionales.¹⁰

REGLA 8: No puede haber modificaciones en las arcadas de la clase IV.¹⁰

Precisamente uno de los tratamientos indicados para esta condición es la fabricación de una prótesis parcial removible, estas son prótesis dentomucosoportadas, por tanto se sujetan en los dientes del paciente y se apoyan en la mucosa. En estos casos, no es necesario reponer todos los dientes ya que el paciente sólo presenta algunas ausencias. Al ser removibles, pueden ser retiradas de la boca por parte del paciente. Si la base que soporta las piezas dentarias es de acrílico, decimos que es una prótesis parcial removible acrílica, y si la base es metálica decimos que es un esquelético o



prótesis esquelética. El apoyo sobre las piezas dentarias puede ser con retenedores o ganchos y mediante ataches, los cuales eliminan los retenedores visibles favoreciendo la estética.¹¹

Antes de realizar la rehabilitación o llevar a cabo la elaboración de la PPR, se debe tener en cuenta ciertas consideraciones relacionadas con los tejidos que van a soportar la prótesis. Así tenemos:

2.7. CONSIDERACIONES PERIODONTALES EN PACIENTES PARCIALMENTE EDENTULOS

2.7.1. Evaluación del periodonto

Antes de cualquier tratamiento protésico debe realizarse una evaluación clínica y radiográfica del periodonto. Es necesario evaluar el estado gingival, observando si las zonas de encía adherida son adecuadas, así como la existencia o no de bolsas periodontales, y el estado del hueso de soporte y si se registraran o no patrones de movilidad.¹²

“Antes del tratamiento protésico, es importante establecer una condición de salud de los tejidos periodontales y asegurarse de que los pacientes reciben instrucción detallada de los procedimientos de higiene oral, de manera que la acumulación de placa alrededor de los pilares y de los componentes de la dentadura parcial sea mantenido al mínimo.”¹²

Son varias las razones por la que la enfermedad periodontal debe ser eliminada antes de comenzar con la rehabilitación protésica, pues la enfermedad periodontal es de naturaleza inflamatoria, el edema, la pérdida de integridad de las fibras periodontales y hueso de soporte, producirá cambios en la posición de dientes y tejidos periodontales; lo cual establece una situación distinta a la condición de salud requerida al momento de la instalación de la P.P.R. , razón por la cual el funcionamiento de ésta se puede ver comprometido.¹²



La terapia periodontal previo al tratamiento protésico debe compensar los siguientes objetivos:

- Eliminación de todos los factores etiológicos que contribuyen a la enfermedad periodontal;
- Eliminación o disminución de las bolsas periodontales.
- Establecer una arquitectura ósea y gingival fisiológica, si es posible;
- Establecer relaciones oclusales funcionales
- Desarrollar un programa de control de placa individualizado y un programa definitivo para el mantenimiento.¹²

“Sin embargo, resultados adversos asociados al uso de PPR se han reportado, evidenciando mayor índice de placa dental, inflamación gingival y pérdida de inserción, situación que puede empeorar por la acción de las tensiones excesivas producidas por la prótesis.”¹³ esto por no recibir una terapia periodontal adecuada antes de realizar la PPR así como también por no realizar un mantenimiento periodontal, después de colocada la PPR.

Así también es preciso establecer los hábitos de higiene bucal del paciente y afanarse para educarlo para que así el paciente tenga un control de la placa; al mismo tiempo, debe ser advertido acerca de la importancia de las citas periódicas para mantenimiento, posterior a la rehabilitación protética. Sin embargo no habrá éxito a menos que el paciente desee cooperar con el control eficaz de placa, y así el pronóstico no se verá comprometido.¹²

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Determinar el estado periodontal en pacientes que utilizan prótesis parcial removible que acuden a la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca durante el período de Enero a Junio del 2015.



3.2. Objetivos Específicos

- Examinar periodontalmente a pacientes que presentan prótesis parcial removible que asisten a la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca.
- Diagnosticar el grado de enfermedad periodontal en estos pacientes portadores de prótesis parcial removible.
- Determinar la severidad y extensión de la patología periodontal.
- Evaluar y valorar la calidad de la higiene bucal.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo observacional, la investigación se realizó en la ciudad de Cuenca-Azuay con la participación de pacientes portadores de prótesis parcial removible que acuden a la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca. El estudio se desarrolló en el periodo de Enero a Julio de 2015.

Se tomaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes portadores de prótesis parcial removible.
- Mayores de 18 años.
- Pacientes ASA I.
- Pacientes que presenten en la cavidad bucal 6 dientes o más.

4.2 Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes con alguna discapacidad mental.
- Pacientes con hábitos de fumar.
- Pacientes que estén bajo tratamiento farmacológico prolongado.



- Pacientes con enfermedades sistémicas no controladas.
- Pacientes que presenten en la cavidad bucal menos de seis dientes.

4.3. VARIABLES

VARIABLES	INDICATIVOS	ESCALA	TIPO
Género	Características fenotípicas	Femenino Masculino	Nominal
Edad	Cédula de identidad	Años cumplidos	Escala
Edéntulos parciales: -Número de piezas	Diagnóstico clínico	Si No -Número de dientes remanentes -Número de dientes ausentes	Nominal Cuantitativa Discreta
Uso de PPR	Cuestionamiento	Si No	Nominal
Tiempo de uso de PPR	Cuestionamiento	Años	Escala
Arcada con PPR	Observación clínica	Superior Inferior Ambos	Nominal
Estado de las prótesis parciales removibles	Observación clínica	Bueno (adaptada, sin fractura, sin porosidades ni restos de alimentos en las superficies de las prótesis, ganchos sin fractura ni fisuras) Malo (mal adaptada, fracturada, porosa, presencia de restos alimenticios en la superficie de la prótesis ,ganchos fracturados y fisurados)	Nominal



Estado periodontal	Historia clínica y diagnóstico periodontal.	Sano Gingivitis Periodontitis	Nominal
Extensión de Gingivitis	Diagnóstico clínico	Localizada : < 30% Generalizada : > 30%	Nominal
Severidad de Periodontitis	Diagnóstico clínico	Leve: Cuando la pérdida de inserción es de 1 a 2 milímetros. ^{5,8} Moderada: Cuando la pérdida de inserción es de 3 a 4 mm. ^{5,8} Severa o avanzada: Cuando la pérdida de inserción es superior a 5 mm. ^{5,8}	Nominal
Extensión de Periodontitis	Diagnóstico clínico	Localizada : < 30% Generalizada : > 30%	Nominal
Índice de placa bacteriana	O`Leary	Buen control de placa: hasta el 20 % de superficies teñidas. Mal control de placa: mayor al 20 % de superficies teñidas.	Nominal
Recesión	Diagnóstico clínico	Ausencia Presencia: Clase I: No llega a la línea mucogingival Clase II: llega o sobrepasa la línea mucogingival sin pérdida ósea. Clase III: recesión con pérdida ósea interproximal. Clase IV: recesión con pérdida ósea interproximal grave.	Nominal
Movilidad dentaria	Índice de Miller	Grado I: Aumento de la movilidad coronaria mayor a 1mm en sentido horizontal Grado II: Aumento visible de	Nominal



		la movilidad coronaria mayor a 1mm en sentido horizontal. Grado III: Movilidad intensa del movimiento de la corona en sentido vertical y horizontal. ⁷	
Hábitos de higiene	Cuestionamiento	Cuántas veces de cepillado al día Uso de hilo dental Limpieza de la PPR Retiro de la PPR	Nominal

4.4. METODOLOGÍA:

Primera fase:

Se diseñó el cuestionario (anexo 1) en relación a las variables de interés en el estudio, antes de aplicar el cuestionario se hizo una breve explicación del estudio al paciente portador de PPR, una vez que el paciente accedió a formar parte del estudio, firmaron un consentimiento informado (anexo 2), a continuación se realizaron tomas fotográficas intraorales y de las prótesis parciales removibles, las fotografías sirvieron de complemento al cuestionario realizado.

Segunda fase:

Se buscó las historias clínicas periodontales del paciente las mismas que presentaban un diagnóstico periodontal reciente del paciente en el Área de Periodoncia y en aquellos pacientes que no tenían dicha ficha se realizó un examen periodontal indicándole al paciente el procedimiento a realizar, utilizando la ficha de la Clínica de Periodoncia de la Facultad de Odontología, la misma que contiene:

- Datos personales del paciente e información sobre su salud general
- Control de placa que nos ayudó a determinar la calidad de higiene oral del paciente, se utilizó el índice de O'Leary, este se obtiene pigmentado



las superficies dentales con una sustancia reveladora de placa bacteriana. Se contabilizan el número de superficies dentarias, y se realiza una regla de tres para obtener el porcentaje de placa presente en las piezas dentarias.

- Periodontograma a través del cual se obtiene el diagnóstico periodontal propiamente dicho, para este examen fueron evaluadas piezas dentarias presentes, para lo cual se utilizó la sonda periodontal CP11 establecida por la OMS, marca Hu-friedy la cual fue introducida en el surco gingival, para determinar las mediciones correspondientes.
- Sangrado al sondaje: el mismo que se determinó introduciendo la sonda periodontal suavemente en el fondo del surco, después de 5 segundos se retiró la sonda para observar la presencia o ausencia del sangrado.
- Recesión gingival: se determinó por el observador, basada en la clasificación de Miller.
- Movilidad dental la que se determinó mediante el índice de Miller, con la utilización del mango de dos espejos bucales aplicando fuerzas en sentido buco-lingual/palatino, y de las historias clínicas periodontales obtenidas.

Este examen periodontal fue realizado por las autoras del estudio y por los estudiantes de octavo ciclo de la Facultad de Odontología a quienes se le asignó al paciente, cuyo diagnóstico tiene validez puesto que fue cotejado por el docente periodoncista en turno dentro de la clínica de la Facultad.

Al final del examen clínico se le dio información de los cuidados necesarios que debe tener el paciente en la salud bucal relacionada con el uso de prótesis parcial removible.

Tercera fase:

Después se procedió a la tabulación y análisis de los datos obtenidos, tanto del examen clínico realizado a los pacientes así como de las historias clínicas periodontales, y del cuestionario aplicado. El estudio y el análisis estadístico se realizaron mediante software SPSS versión 22.



Se adjuntan en los anexos las 40 historias clínicas de los pacientes que participaron en el estudio y fotografías de la PPR.

5. RESULTADOS:

Durante este tiempo se recopiló 40 historias clínicas, obteniendo para género femenino N= 25 (62,5%) y masculino N=15 (37,5%).

TABLA 1 GENERO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LAS CLINICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2015

GENERO	Frecuencia	Porcentaje
MUJER	25	62,5
HOMBRE	15	37,5
Total	40	100,0

FUENTE: CUESTIONAMIENTO E HISTORIAS CLINICAS USADAS EN LA CLINICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNIVERSIDAD DE CUENCA
ELABORADO: YANINA ARCENTALES Y MARIA ELENA CUENCA

En relación a la edad el rango de mayor prevalencia fue entre 55 a 65 años N= 16 (40%), siendo hombres N= 7 (46,67%) y mujeres N= 9 (36%). La edad mínima en general fue de 33 años y 84 años la edad máxima.

.TABLA 2. EDADES DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LAS CLINICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2015

RANGOS DE EDAD	GÉNERO			PORCENTAJE
	HOMBRE	PORCENTAJE	MUJER	
33 -43	0	0%	6	24%
44 -54	5	33,33%	7	28%
55 – 65	7	46,67%	9	36%
66- 76	3	20%	2	8%
77-84	0	0%	1	4%
TOTAL	15	100%	25	100%

FUENTE: CUESTIONAMIENTO E HISTORIAS CLINICAS USADAS EN LA CLINICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNIVERSIDAD DE CUENCA
ELABORADO: YANINA ARCENTALES Y MARIA ELENA CUENCA



Los pacientes que presentan el número de 9 Y 18 piezas remanentes son lo de mayor frecuencia con un 10%. Y para las piezas dentales ausentes, los pacientes que presentan el número de 14 y 23 piezas de igual manera son los de mayor frecuencia con el mismo porcentaje.

En relación al tiempo de uso de las prótesis, los pacientes que tienen 5 años de uso fue el de mayor frecuencia (25%), su media fue de 8,22 años. Siendo 1 año el tiempo mínimo y 30 años el máximo.

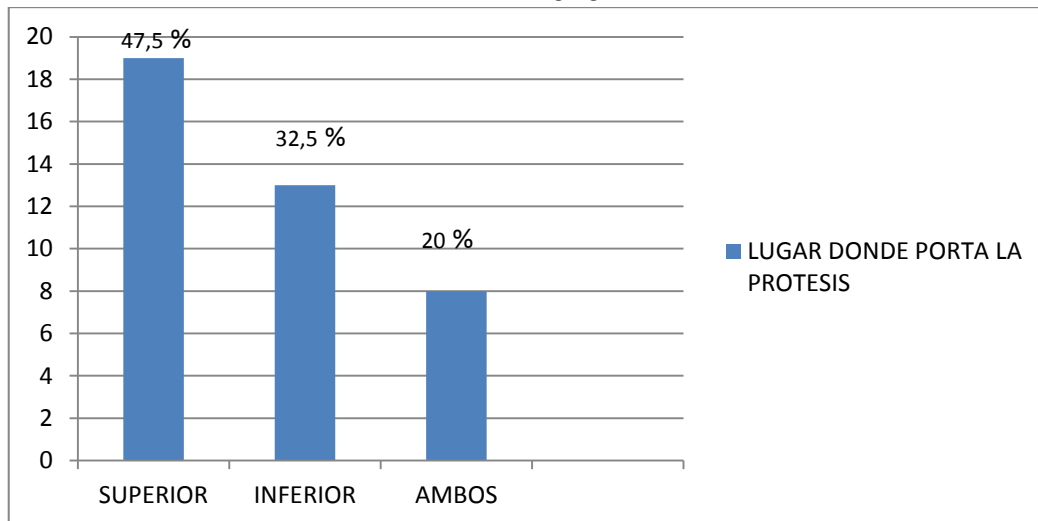
TABLA 3. TIEMPO DE USO DE PROTESIS POR LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LAS CLINICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2015

Años de uso de prótesis	Frecuencia	Porcentaje	Mínimo	Máximo	Media
1,00	4	10,0	1,00	30,00	8,2250
2,00	2	5,0			
4,00	2	5,0			
5,00	10	25,0			
6,00	6	15,0			
7,00	1	2,5			
10,00	4	10,0			
11,00	1	2,5			
12,00	2	5,0			
15,00	5	12,5			
20,00	2	5,0			
30,00	1	2,5			
Total	40	100,0			

FUENTE: CUESTIONAMIENTO E HISTORIAS CLINICAS USADAS EN LA CLINICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNIVERSIDAD DE CUENCA
ELABORADO: YANINA ARCENTALES Y MARIA ELENA CUENCA

En la localización de la prótesis se observó que los pacientes que usan PPR en la arcada superior fue de N=19 (47,5%), en la arcad inferior N=13 (32,5%) y en ambas arcadas N= 8 (20%).

GRAFICO 1. LOCALIZACION DE LAS PROTESIS EN LAS ARCADAS DENTARIAS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LAS CLINICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2015



FUENTE: CUESTIONAMIENTO E HISTORIAS CLINICAS USADAS EN LA CLINICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNIVERSIDAD DE CUENCA
ELABORADO: YANINA ARCENTALES Y MARIA ELENA CUENCA

En relación a los hábitos de higiene de los pacientes portadores de PPR, se encontró que la mayoría de los pacientes no usan hilo dental N=25 (62,5%), así también un N=27 pacientes (67,5%) no retiran sus prótesis por las noches. Sin embargo un N= 28 pacientes (70%) si limpian sus prótesis. De acuerdo al número de veces que los pacientes cepillan sus dientes, un 50%(N=20) lo hacen 2 veces al día, un 45%(N= 18) 3 veces al día y 5% (N=2) 1 vez al día.

TABLA 4. HÁBITOS DE HIGIENE EN LOS PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE QUE ACUDEN A LAS CLINICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2015

Hábitos de higiene	SI	Porcentaje	NO	Porcentaje	Total
Uso de hilo dental	15	37,5%	25	62,5%	40



Limpieza de las prótesis	28	70%	12	30%	40
Retiro de prótesis por las noches	13	32,5%	27	67,5%	40

Hábitos de higiene	1 vez	Porcentaje	2 veces	Porcentaje	3 veces	Porcentaje	Total
Número de veces de cepillado	2	5%	20	50%	18	45%	40

FUENTE: CUESTIONAMIENTO E HISTORIAS CLINICAS USADAS EN LA CLINICADE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNIVERSIDAD DE CUENCA

ELABORADO: YANINA ARCENTALES Y MARIA ELENA CUENCA

En el estado de la prótesis se encontró que el N =20 (50%) corresponde a un buen estado, considerando a este grupo a todas las prótesis bien adaptadas, sin fracturas, sin porosidades, sin presencia de restos alimenticios en la superficie de las prótesis, ganchos sin fracturas o fisuras, y un N=20 (50 %) a las prótesis que tenían mal estado, siendo incluidas a este grupo a las prótesis mal adaptadas, fracturadas, porosas, presencia de restos alimenticios en la superficie de la prótesis ,ganchos fracturados y fisurados.

En relación al estado periodontal N= 15 (37,5%) pacientes presentaban gingivitis relacionada con los ganchos protésicos en los dientes pilares, N= 22 (55%) periodontitis y N=3 (7,5%) pilares sanos.



TABLA 5. ESTADO PERIODONTAL DE LOS DIENTES PILARES RELACIONADOS CON GANCHOS PROTESICOS EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE QUE ACUDEN A LAS CLINICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2015

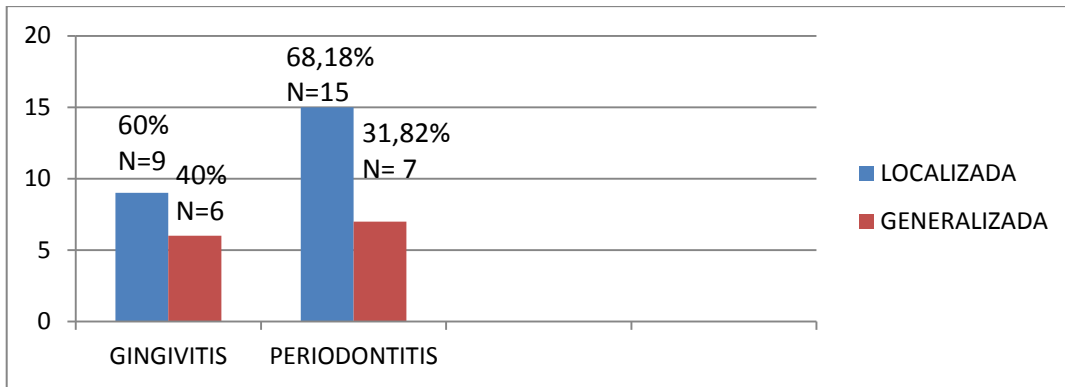
Estado periodontal	Frecuencia	Porcentaje
Gingivitis	15	37,5 %
Periodontitis	22	55 %
Sano	3	7,5 %
Total	40	100,0

FUENTE: CUESTIONAMIENTO E HISTORIAS CLINICAS USADAS EN LA CLINICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNIVERSIDAD DE CUENCA
ELABORADO: YANINA ARCENTALES Y MARIA ELENA CUENCA

Según la extensión de la gingivitis N= 9 (60%) es localizada y un N= 6 (40%) es generalizada.

En relación a la extensión de la periodontitis por pilar es de N=15 (68,18%) para localizada y N=7(31,82%) generalizada. Y según la severidad por pilar N=14 (64%) corresponde a leve, N=4 (18%) moderada y N=4 (18%) para severa.

GRAFICO 2. EXTENSION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LOS DIENTES PILARES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LAS CLINICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2015

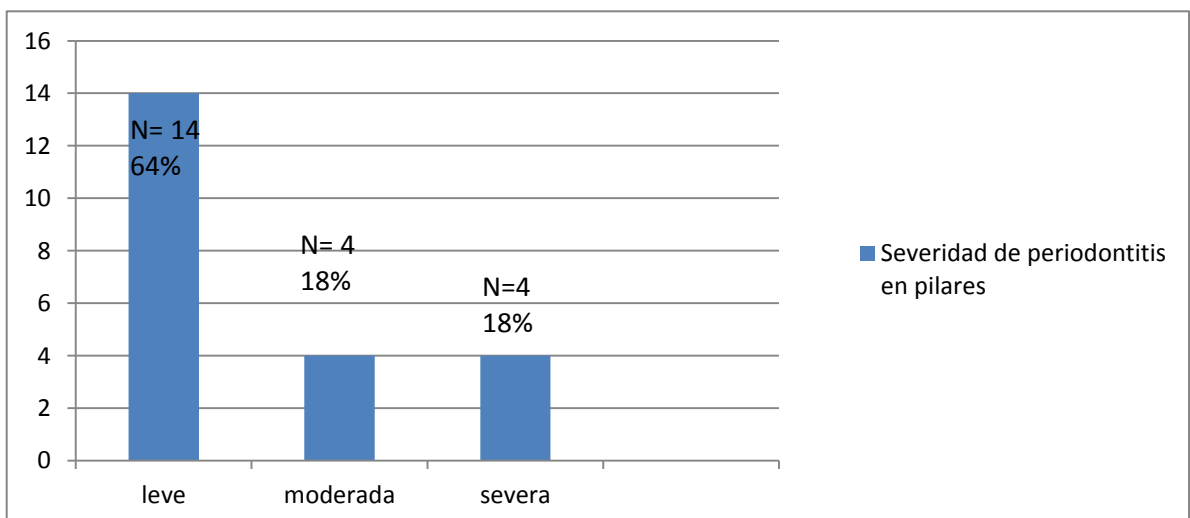


FUENTE: CUESTIONAMIENTO E HISTORIAS CLINICAS USADAS EN LA CLINICADE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNIVERSIDAD DE CUENCA
ELABORADO: YANINA ARCENTALES Y MARIA ELENA CUENCA

Y según la severidad por superficie N=53 (72,6%) corresponde a leve, N=13 (17,80%) moderada y N=7 (9,65%) para severa.

El número total de superficies por dientes pilares fue de 732 (mesial, distal medio) tanto por vestibular como lingual/palatino, de estos N= 73 (10%) presentaron bolsas periodontales, y por pilar se encontró 37 bolsas periodontales, con profundidades de sondaje de 3,5 mm hasta 7 mm y pérdida de inserción de 1mm a 7mm.

GRAFICO 3. SEVERIDAD DE PERIODONTITIS EN LOS DIENTES PILARES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LAS CLINICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2015



FUENTE: CUESTIONAMIENTO E HISTORIAS CLINICAS USADAS EN LA CLINICADE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNIVERSIDAD DE CUENCA

YANINA CAROLINA ARCENTALES TORRES

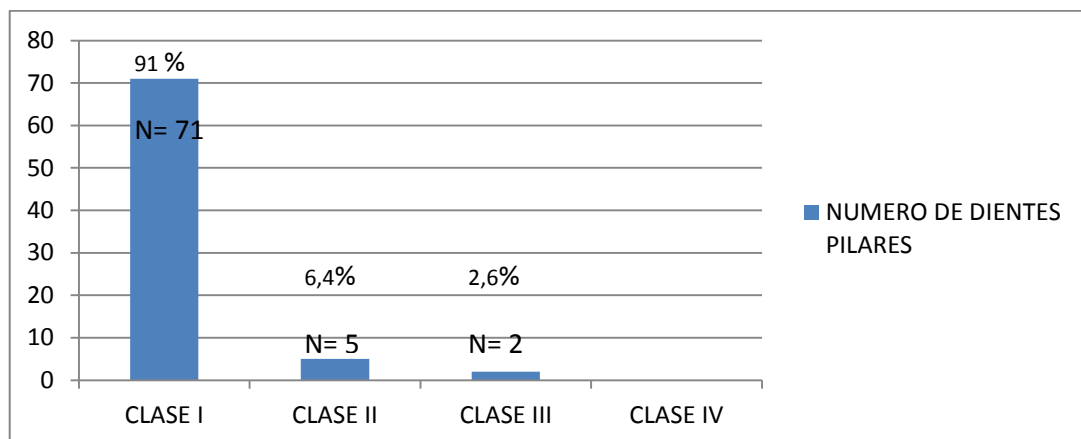
MARIA ELENA CUENCA OTAVALO

ELABORADO: YANINA ARCENTALES Y MARIA ELENA CUENCA

El índice de placa hace referencia a la higiene bucal que presenta los pacientes, siendo el de mayor frecuencia un estado malo con $N = 35$, representado un 87,5 % de pacientes que tienen esta condición, considerando a este estado a los valores mayores al 20 %, según O'Leary. Los valores de porcentaje del índice de placa más frecuentes son (21%,24%,30%,46%,48% y 80%), siendo estos índices altos relacionándose directamente con un estado malo.

En número total de dientes pilares de las PPR fue de 122, de los cuales 78 de estos pilares presentaron recesión gingival relacionada con los ganchos protésicos, representando un (64%) y 44 pilares no presentaron recesión gingival (36%) Y de acuerdo a la clasificación de recesiones según Miller, la Clase I , $N=71$ pilares (91%) fue la de mayor frecuencia, seguido de la Clase II , $N= 5$ pilares (6,4%) y Clase III. $N= 2$ (2,6%).

GRAFICO 4. CLASIFICACION DE RECESIONES SEGÚN MILLER EN LOS DIENTES PILARES DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LAS CLINICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2015



FUENTE: CUESTIONAMIENTO E HISTORIAS CLINICAS USADAS EN LA CLINICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNIVERSIDAD DE CUENCA

ELABORADO: YANINA ARCENTALES Y MARIA ELENA CUENCA

Así también se encontró que entre los 122 pilares, 89 de estos pilares presentaron sangrado al sondaje (73%) y 33 pilares no presentaron (27%).



Las superficies dentarias en los pilares corresponden a 488 superficies, de las cuales al realizar el índice de O'Leary se pudo observar que 291 superficies fueron teñidas por el revelador de placa que corresponde a un (60%).

Según la movilidad dentaria en relación a los dientes pilares, se encontró solo un pilar con movilidad grado II, indicando que no existe la relación directa del uso de PPR con la aparición de la movilidad dentaria.

6. DISCUSIÓN:

La presencia en la prótesis removible favorecen el depósito de placa bacteriana, hace a sus portadores susceptibles en mayor grado a la caries, recesión gingival y enfermedad periodontal.²¹ Esta situación puede verse agravada si no se tienen en cuenta una serie de cuidados previos, durante y después del tratamiento restaurador.¹⁷

Según Sayaka y cols indica que en un estudio informó que el uso de PPR resultó obtener valores superiores de placa, inflamación gingival y pérdida de inserción periodontal en el diente pilar.²¹ Lo que se demuestra en nuestro estudio ya que la mayoría de los dientes pilares relacionados con los ganchos protésicos se observó inflamación gingival, sangrado al sondaje y presencia de bolsas periodontales.

Según Hugo y cols., el género que presenta alguna clase de edentulismo el de mayor prevalencia es el femenino ya que son más propensas a la pérdida de dientes que los hombres por las mayores exigencias odontológicas relacionadas con la estética.¹⁵

La enfermedad periodontal aumenta con la edad.³ Lo que difiere de nuestro estudio en donde no existe relación significativa entre el estado periodontal y la edad de los pacientes.



“La prótesis parcial removible, aún cuando esté bien planeada, diseñada y construida, puede llegar a ser un medio de pérdida de dientes por caries y enfermedad periodontal en presencia de pacientes con higiene bucal deficiente, ya que la misma permite la rápida acumulación de la placa bacteriana.”³ En zonas difíciles de limpiar por lo que el éxito dependerá en grado considerable de la cooperación brindada por el paciente para desarrollar un buen programa de higiene bucal.³

La mayoría de los pacientes dentados en relación a las afectaciones de la cavidad bucal presentaron una alta prevalencia de enfermedad periodontal, seguido por la caries dental.³ En nuestro estudio todos los pacientes que tienen P.P.R. presentaron enfermedad periodontal, siendo la periodontitis la de mayor prevalencia.

Según Yusof y cols. Indica que el uso de P.P.R. es perjudicial a la salud periodontal en pacientes cuya higiene oral no es la adecuada¹⁶, lo que corrobora nuestro estudio ya que la mayoría de pacientes con una mala higiene bucal presentaban mayor cantidad de placa bacteriana, recesiones gingivales, sangrado al sondaje y pérdida de inserción.

Los factores desencadenantes para la recesión gingival abarcan inflamación, cepillado traumático, laceración gingival, iatrogenia, márgenes subgingivales, diseño inadecuado de aparatología removible y movimientos ortodónticos no controlados⁷, así también las prótesis apoyadas en tejidos con frecuencia se hunden en la mucosa y comprimen los márgenes gingivales.² En nuestro estudio el mayor porcentaje de pacientes que usaban prótesis parcial removible presentaron recesión gingival relacionada con los dientes pilares que presentaban ganchos protésicos.

Según Sánchez indicó que en una investigación que arrojó dos publicaciones, se evaluaron 87 pacientes que habían usado PPR durante 5 o 6 años. Los investigadores observaron una prevalencia alta de placa bacteriana, gingivitis asociada a placa y recesiones gingivales, recomendando por lo tanto, refuerzos regulares en higiene oral, detartraje y profilaxis.¹²



En relación a la movilidad, revelaron que no existe dicha movilidad en PPR con diseño adecuado y controles de higiene oral¹⁸ Según la movilidad dentaria, en nuestra muestra estudiada solo un diente pilar presentaba esta manifestación clínica.

7. CONCLUSIONES:

De acuerdo al estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, durante el periodo Enero- Junio 2015, se concluye que:

- ✓ La mayoría de pacientes incluidos en este estudio, que usan PPR, presentan algún tipo de enfermedad periodontal en relación a los dientes pilares que están en contacto con los ganchos protésicos, siendo la periodontitis la más frecuente.
- ✓ Existe una relación entre el uso de prótesis parcial removible, estado periodontal y los hábitos de higiene, puesto que aquellos pacientes que al usar PPR, y tener una higiene oral deficiente, se ve perjudicado su salud periodontal.
- ✓ La mayoría de los pacientes que usan PPR presentaron recesiones gingivales por la relación de los ganchos protésicos con los márgenes gingivales, siendo esta la afectación más común en este tipo de pacientes y la menos común es la movilidad dentaria.
- ✓ La pérdida de inserción, sangrado al sondaje y acúmulo de placa bacteriana fue evidenciado en los dientes pilares de los pacientes portadores de PPR.
- ✓ Se evaluó la calidad de higiene oral de estos pacientes siendo un estado malo el de mayor frecuencia, relacionando con los hábitos insuficientes que tenían los pacientes portadores de PPR.
- ✓ No se encontró relación entre el tiempo de uso de prótesis con la severidad de la enfermedad periodontal.



8. RECOMENDACIONES:

- Antes de cualquier tratamiento protésico debe realizarse una evaluación clínica y radiográfica del periodonto.
- Si el paciente parcialmente edéntulo presenta un periodonto saludable, si las alteraciones periodontales han sido exitosamente tratadas y se ha establecido un pronóstico favorable, el diseño de la P.P.R. debe ser realizado de manera tal que no se altere éste estado de salud.
- Educar a los pacientes que usan prótesis parcial removible sobre la higiene tanto de su boca como de la prótesis para reducir daños en la salud periodontal.
- Evitar el uso nocturno de la prótesis, se recomienda un receso entre seis y ocho horas al día.
- Realizar el estudio con mayor cantidad de pacientes para aumentar la muestra y comparar con un grupo control.
- Realizar un estudio con pacientes que hayan recibido terapia periodontal previo a la instalación de prótesis parcial removible.



9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS /BIBLIOGRAFIA

1. ARDILA MEDINA C.M. Efectos de la prótesis parcial removible sobre la salud periodontal. Avances en Periodoncia [revista en la Internet]. 2010 Ago [citado 2015 Jul 07] ; 22(2): 77-83. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852010000200003&lng=es
2. ELEY B.M., SOORY M., MANSON J.D. Periodoncia. Editorial Elsevier. 6° Edicion. Barcelona. España. 2012. págs. 163-166
3. MULET GARCÍA MARIELA, HIDALGO HIDALGO SIOMARA, DÍAZ GÓMEZ SILVIA M.. Salud bucal en pacientes portadores de prótesis: Etapa diagnóstica. AMC [revista en la Internet]. 2006 Oct [citado 2015 Jul 06] ; 10(5): 34-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000500005&lng=es.
4. PETRIDIS H, HEMPTON TJ. Periodontal considerations in removable partial denture treatment: A review of the literature. Int J Prosthodont 2001;14:164-72.
5. BOTERO JE, BEDOYA E. Determinants of periodontal diagnosis. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral . 2010.
6. ZORRILLA ROMERA C, VALLECILLO CAPILLA M. Importancia de los índices periodontales en la evaluación de los implantes osteointegrados. Avances en Periodoncia [revista en la Internet]. 2002 Jul [citado 2015 Jun 30] ; 14(2): 75-79. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852002000200005&lng=es.
7. ARDILA MEDINA C.M.. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. Avances en Periodoncia [revista en la Internet]. 2009 Abr [citado 2015 Jun 30] ; 21(1): 35-43. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852009000100005&lng=es.
8. ESCUDERO-CASTAÑO N., PEREA-GARCÍA M.A., BASCONES-MARTÍNEZ A.. Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. Avances en Periodoncia [revista en la Internet]. 2008 Abr [citado 2015 Jun 29] ; 20(1): 27-37. Disponible en:



http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852008000100003&lng=es

9. JAIRO CORCHUELO, OD*., Sensibilidad y especificidad de un índice de higiene oral de uso comunitario., Colomb Med. 2011; 42: 448-57
10. CARR A, MCGIVNEY G, BROWN D. McCracken Prótesis Parcial Removible. Elsevier Undécima edición. Madrid: España S.A; 2006. Págs. 20-23
11. GONZÁLEZ Z., TASENDE A., PEREIRO M. Registro de pacientes portadores de prótesis en unidades de salud bucodental de Atención Primaria. Cad Aten Primaria Año 2011. Volume 18. Pags. 15-19
12. SANCHEZ A. Consideraciones periodontales en el diseño de prótesis parciales removibles. Acta Odontologica Venezolana. Volumen 36 N°3. 1998
13. SÁNCHEZ YSMAYEL A. Aplicación del método periotest en prótesis parcial removible - revisión de la literatura. Acta Odontológica Venezolana - VOLUMEN 48 N° 3 / 2010
14. CARRANZA FA, NEWMAN MG, TAKEI HH. Periodontología clínica. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 10ª edición. México; 2006. P. 551-553
15. HUGO F, HILGERT J, DE SOUSA M, DA SILVA D, PUCCA J. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. Community Dent Oral Epidemiol. 2007;35:224-32
16. YUSOF, Z., ISA, Z. Periodontal status of teeth in contact with denture in removable partial denture wearers, J. of Oral Rehab. 21: 77 - 86. 1994
17. Abeer S. Al Rawi B. The effect of acrylic removable partial dentures on periodontal health of abutment and non-abutment teeth. J Bagh Coll Dentistry 2010;22:80-2
18. VERGANI J., MACHADO A, PAVARINA A, CARDOSO M. Clinical evaluation of abutment teeth of removable partial denture by means of the Periotest method. J Oral Rehabil. 2007;34(3):222-7.
19. MULET GARCIA, Mariela; HIDALGO HIDALGO, Siomara y DIAZ GOMEZ, Silvia M.. Salud bucal en pacientes portadores de prótesis:



Etapa diagnóstica. AMC [online]. 2006, vol.10, n.5 [citado 2015-07-26], pp. 34-43 . Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000500005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1025-0255.

20. GONZÁLES G., CHÁVEZ B., MANRIQUE J., HIDALGO I. Prevalencia del estado periodontal de pacientes portadores de prótesis parcial removible tratados en una clínica dental privada. Rev. Estomatol Herediana. 2013 Oct-Dic;23(4).

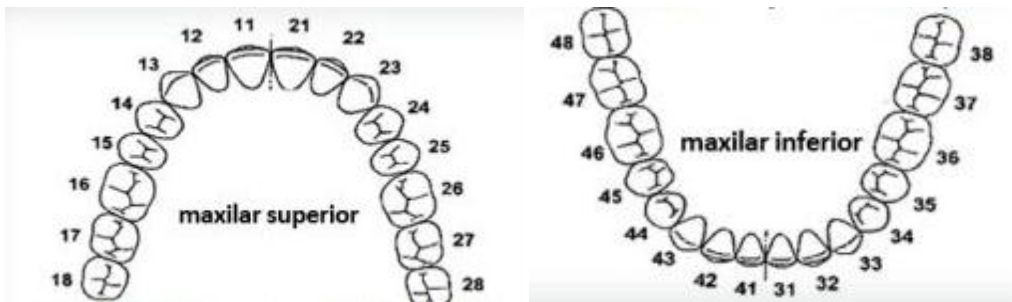
21. Sayaka Tada and cols. Impact of periodontal maintenance on tooth survival in patients with removable partial dentures . Journal of Clinical Periodontology 2015; 42: 46–53 doi: 10.1111/jcpe.12320

ANEXO 1



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
FICHA DE ESTUDIO

- 1.- Nombres y Apellidos:
- 2.- Edad:
- 3.- Sexo:
- 4.- Edéntulo parcial: Presencia de dientes: ____ Ausencia de dientes: ____



- 5.- Uso de prótesis: Si ____ No ____ Tiempo de uso de prótesis ____
- 6.- Arcada: Superior ____ Inferior ____ Ambas ____
- 7.- Hábitos de Higiene: Número de veces de cepillado diario ____
Uso de hilo dental ____
Limpieza de prótesis ____
Retiro de prótesis por las noches ____
- 8.- Estado de la prótesis parcial removible: Bueno ____ Malo ____



9.- Estado Periodontal:

Gingivitis: _____ Extensión de gingivitis: localizada__ generalizada__

Periodontitis: _____ leve __ moderada__ severa __

Extensión de periodontitis: localizada__ generalizada__

10 Índice de placa bacteriana: Bueno __ Malo__ Porcentaje ____

14. Recesión: Ausente ____

Presente __ Clase I __ Clase II __ Clase III __ Clase IV __

15. Movilidad dentaria: Ausente ____

Presente __ Grado I__ Grado II__ Grado III__



ANEXO 2



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____ con CI _____ en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud en cumplimiento de la ley declaro que las estudiantes Yanina Arcentales y María Elena Cuenca me han informado del propósito de la investigación que ellas realizan titulado: **“ESTADO PERIODONTAL EN PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS REMOVIBLE QUE ACUDEN ALA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA”** .

Se me ha explicado que:

- Se me realizará un examen periodontal, sin comprometer mi salud general.
- Se me dará información de los cuidados necesarios que debo tener en mi salud bucal relacionada con el uso de prótesis parcial removible.
- Los resultados dados serán publicados para fines de investigación.

Entendiendo que si no lo aceptara me puedo retirar del estudio cuando yo lo considere.

Por lo tanto autorizo mi participación voluntaria en este estudio y para constancia firmo este documento de autorización a los ____ días del mes de ____ de ____.

Firma del paciente

YANINA CAROLINA ARCENTALES TORRES
MARIA ELENA CUENCA OTAVALO