

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Policlínico San Blas, Municipio Cumanayagua

GINGIVITIS CRÓNICA EN EL CONSULTORIO #6 DE SAN BLAS, CUMANAYAGUA 2020

Autora: Dra. Claudia Lianett Soto Santana

Residente de 2do año en Estomatología General Integral.

Tutor: Dr. Diosky Ferrer Vilches

Especialista I y II grado en Estomatología General Integral. Máster en Atención de Urgencias en Estomatología. Investigador Agregado. Profesor Auxiliar.

Trabajo de terminación para optar por el título de especialista de primer grado en Estomatología General Integral

Cienfuegos, 2021

RESUMEN

Introducción: la gingivitis es el tipo de enfermedad periodontal que se observa con más frecuencia en población aumentando con la edad, está muy asociada a la deficiente higiene bucal y entre otros factores. **Objetivo:** determinar las características de la gingivitis crónica en pacientes del consultorio #6 de San Blas, Cumanayagua en el periodo enero-diciembre del 2020. **Método:** se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, en el periodo enero-diciembre del 2020. El universo estuvo constituido por 188 pacientes con gingivitis crónica que acudieron a la consulta estomatológica. Se utilizaron métodos empíricos como el análisis documental y la observación; de diagnóstico la revisión documental de las historias clínicas individuales de los pacientes seleccionados previos al examen clínico bucal; estadístico, la estadística descriptiva. Se utilizaron variables como: sexo, edad, nivel educacional, ocupación, factor de riesgo y tipo de gingivitis crónica. Los datos recopilados fueron ubicados en tablas estadísticas diseñadas al efecto con Excel XP para su mejor comprensión. Se utilizó como editor de texto Microsoft Word 2010. **Resultados:** predominó la gingivitis crónica fibroedematosa (56.9%), siendo el sexo masculino (54.3%) y el grupo de 34 a 59 años (27.7%) los más representativos, predominando los trabajadores (31.9%) de nivel secundaria terminada (23.9%). El antecedente de caries (89.4%) y la higiene bucal deficiente (43.6%) fueron los factores de riesgo de mayor aparición. **Conclusión:** los resultados permitirán trazar acciones terapéuticas que incluyan la promoción de salud, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación de los pacientes afectados.

Palabras Claves: gingivitis crónica, clasificación, factores de riesgo.

Índice

Resumen

Introducción..... 1

Objetivos..... 9

Marco teórico..... 10

Diseño metodológico..... 32

Resultados y Discusión..... 36

Conclusiones..... 43

Recomendaciones..... 44

Referencias Bibliográficas..... 45

Anexos

Introducción

Las enfermedades periodontales son un conjunto de patologías que afectan a los tejidos de soporte y protección de las piezas dentarias, de causa multifactorial por lo que se hace difícil de evaluar por su variabilidad en cuanto a su proceso, manifestaciones clínicas, factores de riesgo, edad de establecimiento, evolución, pronóstico, alternativas de terapia para su resolución o control.

Las periodontopatías están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano, dentro de estas; la gingivitis afecta aproximadamente al 80% de los niños de edad escolar, y más del 70% de la población adulta ha padecido de gingivitis, periodontitis o ambas. Los resultados de investigaciones y estudios clínicos revelan que las lesiones producidas por las periodontopatías en las estructuras de soporte de los dientes en los adultos jóvenes, son irreparables y que en la tercera edad, destruye gran parte de la dentadura natural, privando a muchas personas de todos sus dientes durante la vejez. ⁽¹⁾

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

Se han identificado numerosos factores de riesgo para las enfermedades gingivales y periodontales, donde la placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival están fuertemente relacionadas con el origen y ulterior desarrollo de la gingivitis, la que puede evolucionar hacia la enfermedad periodontal, y que es más destructiva y crónica. ⁽¹⁾ Este hecho ha generado en algunos autores la concepción errónea de una relación de causa y efecto entre la placa y la gingivitis, introduciendo confusión acerca del papel de la higiene bucal (bacterias) como factor de riesgo determinante. ⁽²⁾

Este hecho ha generado en algunos autores la concepción errónea de una relación de causa y efecto entre la placa y la gingivitis, introduciendo confusión acerca del papel de la higiene bucal (bacterias) como factor de riesgo determinante. Factores de riesgo como el tabaquismo, estrés, diabetes mellitus, bruxismo, prótesis mal ajustadas, factor socioeconómico, nivel de

instrucción, dietas, estilo de vida y muchos otros, interactuando entre sí, se asocian con el origen y evolución de las enfermedades gingivales y periodontales.

La respuesta de los tejidos periodontales a los microorganismos no resulta de la invasión bacteriana, sino más bien de la difusión de productos microbianos (inmunógenos) dentro de los tejidos gingivales a través del epitelio de unión, la pared blanda del surco gingival y la bolsa periodontal. La ulterior destrucción de los tejidos periodontales parece deberse a fenómenos relacionados con la activación del sistema inmune y otros mecanismos defensivos del huésped. La gravedad de las periodontopatías tiende a aumentar en el curso de su evolución y en ausencia de tratamiento, progresa y destruye los tejidos periodontales, ocasionando importantes mutilaciones de las arcadas dentales, repercutiendo en la salud de las poblaciones y en su calidad de vida.

El tratamiento de estas enfermedades consume importantes recursos humanos y materiales al sector salud, así como a otros sectores por las ausencias de los trabajadores. En otros países al ser la atención estomatológica eminentemente privada y de alto costo se hace más difícil y costosa para los pacientes recibirla, lo que se agrava aún más si se tiene en cuenta de que a pesar de existir tecnología capaz de promover salud y prevenir enfermedades, la estomatología continúa utilizando tecnología curativa, costosa y compleja. Hay evidencias de que el incremento de servicios estomatológicos especializados, de carácter predominantemente curativos, en la mayoría de los países, han sido incapaces de disminuir la alta prevalencia de las enfermedades gingivales y periodontales, generando necesidades ilimitadas de atención. Por otro lado, las medidas educativas y preventivas, generalmente se aplican en el contexto de la atención curativa empleando métodos tradicionales ya obsoletos. ⁽¹⁾

Antecedentes

La atención estomatológica es una de las estrategias priorizadas del MINSAP, con una alta implicación en el estado de salud de la población y en el orden político y social. El Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población se aplica a través del Modelo de Estomatología General Integral, que incluye acciones dirigidas a la promoción de salud bucal y a la prevención de enfermedades bucodentales, las acciones prioritarias que debe desarrollar la Estomatología Integral están promover estilos de vida saludables y aplicar

medidas preventivas que permitan reducir la alta prevalencia de algunas de las enfermedades bucales, entre las que se destacan las enfermedades periodontales.

La gingivitis es la primera manifestación patológica de la respuesta inmune-inflamatoria del individuo a la acumulación de placa bacteriana que puede hacerse crónica y progresar a periodontitis, la inflamación gingival se presenta en un 99 % de los adultos a nivel mundial. ⁽³⁾

La prevalencia y gravedad de la gingivitis aumentan con la edad, la inflamación gingival puede aparecer en la infancia, progresar en la adolescencia y desarrollarse aún más en los adultos, una investigación en estudiantes universitarios de México encuentra un 74,5% de prevalencia de gingivitis. ⁽⁴⁾

Fuentes reportó en su investigación de prevalencia de gingivitis en adultos de Santiago de Chile un 99,1 % de afectados en los cuales predomina la gingivitis moderada. ⁽⁵⁾

Boneta ⁽⁶⁾ estudiando a un grupo de residentes de Puerto Rico en edades de 35 a 70 años reportan que 7,3 % presentaba gingivitis leve, un 83 % gingivitis moderada y 9,3 % severa.

En Ecuador, Martínez ⁽⁷⁾ estudiando la enfermedad periodontal en adultos encontró un 47 % de afectados por gingivitis.

Fonseca y colaboradores ⁽⁸⁾ señalan que la gingivitis es la segunda enfermedad bucal con mayor prevalencia en el mundo con más del 60 % de afectados y que es el inicio de una enfermedad periodontal que puede avanzar hacia formas más graves.

Diferentes investigadores han relacionado la aparición de gingivitis crónica con factores de riesgo como la higiene bucal deficiente, el hábito de fumar, la dieta cariogénica, la diabetes mellitus, el estrés emocional y los factores socioeconómicos entre otros. ⁽⁹⁾

La higiene bucal deficiente es el factor de riesgo más importante en el origen y evolución de las periodontopatías y de la gingivitis crónica, la placa bacteriana no eliminada envejece y cambia su contenido microbiano hacia formas más patógenas, en una investigación realizada por Navarro López en Santiago de Cuba se destaca que el 66,7 % de personas con gingivitis leve, presentan un 88,9 % de higiene bucal deficiente. ⁽¹⁰⁾

El riesgo de desarrollar enfermedades periodontales en individuos fumadores tiene un valor elevado en comparación con los no fumadores, el consumo de tabaco no es causa directa de dichas enfermedades pero sí las agrava, como lo demuestra Cueva Estrella en su investigación en Quito, Ecuador en la que encuentra una evidencia significativa entre el consumo de tabaco y las enfermedades periodontales además de que los fumadores presentan mayores índices de placa bacteriana.⁽¹⁰⁾

Villegas Rojas⁽¹¹⁾ realiza una investigación en estudiantes de 15 a 18 años en Colón, Matanzas destacando que entre los factores de riesgo que más influyen en la susceptibilidad de padecer gingivitis crónica están la higiene bucal deficiente y el tabaquismo encontrando un 70,3 % con higiene deficiente y un 12,4 % con hábito de fumar en el grupo estudiado.

La diabetes mellitus es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades periodontales, la prevalencia y gravedad de las periodontopatías es mayor en las personas diabéticas, estas son más susceptibles porque la hiperglucemia genera acumulación de mediadores de la inflamación como interleuquinas, factor de necrosis tumoral y proteína C-reactiva en los tejidos periodontales que aumentan el daño tisular derivado de la inflamación de origen microbiano.⁽¹²⁾

Por otra parte Villegas Rojas y colaboradores⁽¹³⁾ investigan en Matanzas las enfermedades periodontales en diabéticos y entre los resultados reportan un 25 % de gingivitis leve.

En estudios epidemiológicos realizados en Cuba se ha podido constatar que, a pesar de tener una prevalencia del 70% en niños y 80% en población adulta la enfermedad periodontal en las poblaciones estudiadas, se observa una significativa disminución en la gravedad de las periodontopatías, con predominio de las gingivitis crónicas; estos resultados son comparables a los alcanzados en países desarrollados en los Estados Unidos de América y otros de Europa.⁽¹⁾

Las interacciones prolongadas de factores, muchas veces sutiles, quizás no sean rápidamente demostradas, pero sus funciones pueden ser razonablemente deducidas; de ahí se propone que el inicio de las enfermedades periodontales depende de la concurrencia de un grupo de factores personales que pueden no ser considerados dentro del contexto de la periodontitis, sin embargo, no gravitan sobre ella.^(14, 15)

Aún en la actualidad se mantiene la histórica controversia sobre la relativa importancia de las bacterias, los factores locales que facilitan su multiplicación y las influencias sistemáticas en la etiología de la enfermedad periodontal. ⁽¹⁶⁾ Resulta difícil distinguir entre los aspectos de la patogénesis cuáles son las consecuencias de los factores extrínsecos (bacterias) y cuáles las que surgen como resultado de los mecanismos de defensa del huésped en oportunidades destructivos o exuberantes. ⁽¹⁷⁾

Por ello, la combinación de acontecimientos y factores responsables del inicio y desarrollo de la enfermedad periodontal crónica, no resulta fácil de establecer aún mediante la observación experimental, y por lo tanto, en ocasiones debe ser deducida. Afortunadamente los últimos adelantos de la ciencia aplicados en periodoncia han demostrado que las pruebas de riesgo genético y susceptibilidad constituyen un verdadero paso de avance, que han revolucionado el diagnóstico y tratamiento periodontal.

La identificación de factores de riesgo es paso obligatorio para la prevención primaria. Asimismo, el reconocimiento de marcadores de riesgo puede ser extremadamente útil en la identificación de grupos bajo-alto riesgo, para la prevención secundaria, cuando están disponibles los medios de detección precoz y tratamiento rápido. ⁽¹⁸⁾

El factor general o causa intrínseca, representa estados funcionales o enfermedad en el resto de la economía, que ante el influjo de los irritantes locales, como la placa dentobacteriana, modifican en primer lugar la resistencia periodontal del huésped para el inicio de la enfermedad y rigen ulteriormente el desarrollo de la periodontopatía.

Comúnmente, los factores etiológicos de la enfermedad periodontal han sido clasificados en locales y sistémicos, aunque sus efectos están interrelacionados. Los factores locales son los que se hallan en el medio ambiente inmediato del periodonto mientras que los factores sistémicos derivan del estado general del paciente. ⁽¹⁹⁾

Los factores locales causan inflamación, principal mecanismo patológico de la enfermedad periodontal; los factores sistémicos regulan la reacción de los tejidos a factores locales, de modo que el efecto de los irritantes locales puede ser agravados notablemente por estados desfavorables. ^(20, 21)

Los factores sistémicos actúan reduciendo la resistencia de los tejidos a la placa o produciendo modificaciones. En el primer caso, la enfermedad resultante será la enfermedad periodontal; en el último caso, será una manifestación periodontal de una enfermedad sistémica. La respuesta de los tejidos periodontales a los microorganismos no resulta de la invasión bacteriana, sino más bien de la difusión de productos microbianos (inmunógenos) dentro de los tejidos gingivales a través del epitelio de unión, la pared blanda del surco gingival y la bolsa periodontal.

La ulterior destrucción de los tejidos periodontales parece deberse a fenómenos relacionados con la activación del sistema inmune y otros mecanismos defensivos del huésped. La gravedad de las periodontopatías tiende a aumentar en el curso de su evolución y en ausencia de tratamiento, progresa y destruye los tejidos periodontales, ocasionando importantes mutilaciones de las arcadas dentales, repercutiendo en la salud de las poblaciones y en su calidad de vida. ⁽²¹⁾

Con la edad se acumulan sus efectos y también se incrementa la probabilidad de padecerlas por los cambios que ocurren y su relación con numerosos factores. En sus inicios muchas no son detectadas, ni tratadas porque por desconocimiento los enfermos no se presentan a consulta y cuando lo hacen presentan pérdida ósea y factores asociados. Es necesario, por tanto, realizar un examen minucioso. Si escapa uno de los factores, no se maneja adecuadamente el caso y no se cuenta con el apoyo del propio paciente, los efectos se mantienen y el tratamiento fracasa. El avance ocasiona la irremediable pérdida dentaria.

Se estima que en Cuba se cuente, en el año 2030, con 3,3 millones de personas de 60 años, sin embargo, los índices de enfermedades gingivo-periodontales aún son altos y por tanto, la probabilidad de que una parte de estos individuos pierdan sus dientes por esta causa es también elevada.

Teniendo en cuenta entonces que el comportamiento de las enfermedades gingivo-periodontales en las poblaciones es altamente variable y que para confeccionar un plan de tratamiento periodontal individual no existen esquemas fijos, llegando a la conclusión que no es sencillo colocarle barreras a las enfermedades gingivo-periodontales. Aspectos como el tipo de enfermedad, la severidad inicial, la eficiencia en el control de la placa dentobacteriana y la

presencia de diversos factores de riesgo retentivos o no de la placa se deben tener en cuenta para decidir qué conducta seguir.

Se proponen tres etapas que abarcan tratamiento inicial, correctivo y terapia periodontal de soporte o fase de mantenimiento pero en la práctica, se colocan las actividades a realizar como parte de un plan de tratamiento único que abarca la atención estomatológica integral y que responde a todos los diagnósticos encontrados en el individuo y no únicamente a las enfermedades periodontales. ⁽²²⁾

Con respecto al tema se registran publicaciones realizadas por Romero Castro y colaboradores ⁽³⁾ en su estudio “Prevalencia de gingivitis y factores asociados en estudiantes de la Universidad Autónoma de Guerrero, México” obtuvieron que la gingivitis predominó en el 74.5% de los estudiantes, de cuales el 62.8% fueron leves, el 11.5% moderada y el 0.2% intensa. El 16% de los estudiantes tuvieron mala higiene bucal y 87.3% placa según criterio de Loe y Silnees.

En la investigación realizada por Morffi Serrano ⁽³⁾ titulada “Plan de tratamiento y factores de riesgo en las enfermedades gingivales o periodontales” en Holguín, quien obtuvo que la microbiota del surco gingival, la diabetes mellitus, el síndrome metabólico, el tabaquismo, el estrés y los factores genéticos se relacionan con la enfermedad periodontal inflamatoria crónica. Además consideró como modificadores, contribuyentes, predisponentes y o asociados con enfermedades gingivo-periodontales como las enfermedades oftalmológicas, inmunológicas, digestivas, hematológicas, y entre otras.

Fundamentación del estudio.

Las enfermedades periodontales se consideran el segundo problema de salud bucal por la cual si no se trata se pierde el órgano dentario y por consecuencia alteraciones de la salud en general por lo cual constituye un problema de salud importante a tratar.

Teniendo en cuenta lo anterior es frecuente esta patología en la población perteneciente a San Blas municipio de Cumanayagua además que en la literatura consultada es frecuente encontrar pocas publicaciones referentes a la temática

Problema práctico.

Incremento de pacientes con enfermedad periodontal en este caso siendo la gingivitis la que más afecta a dicha población.

Problema de investigación.

¿Cuáles fueron las características de la gingivitis crónica en pacientes del consultorio #6 de San Blas del municipio Cumanayagua, en el periodo enero-diciembre del 2020?

Actualidad

La investigación se relaciona con los objetivos 2, 3 y 4 del Programa Nacional de Atención Estomatológica a la Población que plantean: “Incrementar la población sana mediante acciones de promoción de la salud sobre el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente en todos los niveles de atención”, “disminuir la morbilidad de enfermedades bucodentales mediante acciones de prevención en todos los niveles de atención” y “realizar acciones de curación en todos los niveles de atención”. ⁽²¹⁾

El estudio está en correspondencia con los Lineamientos 127 y 130 de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2016 - 2021, aprobado en el 7mo Congreso del Partido en abril de 2016 y por la Asamblea Nacional del Poder Popular en julio de 2016 que plantean: “Fortalecer las acciones de salud con la participación intersectorial y comunitaria en la promoción y prevención para el mejoramiento del estilo de vida, que contribuyan a incrementar los niveles de salud de la población” y “Consolidar la enseñanza y el empleo del método clínico y epidemiológico y el estudio del entorno social en el abordaje de los problemas de salud de la población, de manera que contribuyan al uso racional y eficiente de los recursos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades”. ⁽²³⁾

Objetivos.**General.**

Determinar las características de la gingivitis crónica en pacientes del consultorio #6 de San Blas, Cumanayagua en el periodo enero-diciembre del 2020.

Específicos.

1. Caracterizar los pacientes con gingivitis crónica según edad, sexo, nivel educacional y ocupación.
2. Identificar los factores de riesgo asociados a la gingivitis crónica.
3. Clasificar la gingivitis crónica de acuerdo a las características morfo fisiológicas.

Marco teórico

Las periodontopatías representan una de las afecciones más comunes del género humano en cualquiera de sus formas. Su existencia se conoce a través de documentos históricos antiguos. La alta prevalencia, variable gravedad y el gran número de dientes que se pierden por su causa, ha hecho que las mismas sean consideradas como la segunda causa de jerarquización de los problemas de salud bucal. ⁽²⁴⁾

Se asume la literatura cubana referente a las enfermedades del periodonto. ⁽²⁵⁾

Se denomina periodonto al conjunto de tejidos que protegen y soportan los dientes, los que están relacionados en su desarrollo, topografía y funciones. Se puede dividir en dos componentes: periodonto de protección, que comprenden la encía, el epitelio de unión (que lleva implícito la adherencia epitelial) y la cutícula dental (de Nasmyth) y el periodonto de inserción formado por el ligamento periodontal, el cemento radicular y el hueso alveolar.

Periodonto de protección

Encía (gíngiva): es la parte de la mucosa masticatoria que cubre los procesos alveolares del maxilar y la mandíbula, rodeando el cuello de los dientes. En sentido general es de color rosa coral, con una superficie finamente nodular y una consistencia resiliente. Se divide en encía marginal o libre, insertada o adherida e interdental o papilar.

Epitelio de unión: es una banda de varias capas de células epiteliales escamosas estratificadas (su número aumenta con la edad), que se encuentra en constante renovación, con actividad mitótica en todas las capas celulares. Esto evidencia un proceso permanente de turno ver (denominado por Listgarten como decamación celular epitelial) cien veces superior a la del epitelio gingival oral.

Cutícula dental: es una delgada capa orgánica, no mineralizada, que se sitúa (de estar presente) entre la superficie dental y el epitelio de unión, cercana a la línea amelo-cementaria. Se plantea que es producto de los ameloblastos reducidos del esmalte.

Periodonto de inserción

Ligamento periodontal o desmodonto: es una estructura de tejido conectivo que rodea la raíz del diente uniéndolo al hueso alveolar, es una continuación del tejido conectivo de la encía y se comunica con los espacios medulares a

través de los conductos vasculares óseos. Está principalmente constituido por haces de fibras colágenas, denominadas fibras principales. Estas se organizan en cinco grupos: transeptales, de la cresta alveolar, horizontales, oblicuas y apicales. Estos haces de fibras están compuestos por fibras individuales, que forman una red anastomosada continua entre el diente y el hueso alveolar, se plantea que no son precisamente continuas, sino que se forman por dos partes separadas, unidas por el denominado plexo intermedio.

Cemento radicular: es un tejido del periodonto de inserción que desempeña una importante función en la dinámica salud-enfermedad periodontal. Es el tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa más externa de la raíz dental, cubre la dentina radicular.

Existen dos tipos: el cemento acelular o primario, situado fundamentalmente en la porción coronaria de la raíz como una delgada capa y el cemento celular o secundario (menos calcificado) y situado en la porción más apical y es más grueso; ambos están compuestos por una matriz interfibrilar calcificada y fibrillas colágenas y se disponen en láminas separadas por líneas de crecimiento.

Hueso alveolar: es la porción ósea que sostiene los alveolos dentales, está formado por una pared interna de hueso delgado y compacto, una zona de hueso esponjoso, considerada hueso de sostén y las tablas vestibular y lingual, también de hueso compacto, todas estas partes funcionan como un todo e intervienen en el sostén del diente. Las fuerzas oclusales transmitidas al hueso por el ligamento periodontal, son recepcionadas por la pared interna del alveolo y soportadas por las trabéculas esponjosas, las que se encuentran a su vez sostenidas por las corticales externas.⁽²⁵⁾

Las enfermedades gingivales son un grupo heterogéneo de condiciones que afectan la salud de la encía. La gingivitis se define como enfermedad infecciosa crónica que genera una respuesta inflamatoria de la mucosa gingival, afecta a los tejidos que rodean a las piezas dentarias, es decir, afecta el periodonto de protección, caracterizada por enrojecimiento, edema, sangrado, incremento del fluido gingival y otras manifestaciones clínicas, alterando las características normales de la encía.⁽⁵⁾

Las enfermedades inflamatorias crónicas tienen un comienzo insidioso, lento y son de larga duración. Se caracterizan por la proliferación de vasos

sanguíneos, fibrosis y necrosis tisular. De acuerdo a esto, los resultados varían en base a la duración de la inflamación y el grado en que se combina con la reparación, y la naturaleza de los tejidos afectados, el carácter y la intensidad del agente lesionante.⁽²⁵⁾

La fase crónica se caracteriza principalmente por la producción de inmunoglobulinas por los linfocitos y plasmocitos cuya acción a través de diversos mecanismos inmunes dan características diferentes al proceso; todos tienen como fin la neutralización del estímulo irritativo y la reacción antígeno-anticuerpo.

La inflamación crónica es dirigida por estímulos inflamatorios que persisten semanas, meses e incluso años como duración en algunas infecciones continuadas y en reacciones inmunológicas que se autoperpetúan.

La inflamación puede ser originada por agentes vivientes como bacterias, virus, micoplasmas, riketsias, parásitos, protozoos, hongos, o por agentes no vivientes como el calor, traumas, radiaciones ionizantes, luz infrarroja y ultravioleta, ácidos, álcalis, cuerpos extraños y productos químicos.

Inflamación como proceso fisiopatológico.

Los síntomas y signos clínicos de la respuesta inflamatoria son el dolor, rubor, tumor, calor e incapacidad funcional. Estos signos y síntomas de la respuesta inflamatoria son provocados por:

- Cambios del flujo y calibre vascular denominados también como cambios hemodinámicos.
- Alteraciones en la permeabilidad vascular.
- Exudación leucocitaria.

Cambios hemodinámicos.

- Vasoconstricción pasajera de arteriolas que pueden durar de 3 s a 4 s y puede ser neurógeno o mediado por sustancias químicas.
- Vasodilatación que afecta primero a las arteriolas y después provoca apertura de nuevos lechos capilares y venulares. Esto causa aumento del riego sanguíneo que es el dato patognomónico de los cambios hemodinámicos que motivan el calor y el enrojecimiento.
- Enlentecimiento de la circulación provocado por aumento de la permeabilidad de la microcirculación con salida de líquido inflamatorio.

- Orientación periférica de los leucocitos principalmente neutrófilos a lo largo del endotelio de los vasos sanguíneos, fenómeno llamado marginación leucocitaria, pero después migran a través de la pared al espacio extravascular lo que se denomina migración.

Alteraciones de la permeabilidad vascular.

En estados precoces la vasodilatación y el aumento de la presión hidrostática pueden causar trasudación. Pero esta pronto se queda pequeña ante el aumento de permeabilidad vascular y la exudación de proteínas plasmáticas que son las características del edema inflamatorio agudo.

La permeabilidad puede aumentar por mediadores químicos como serotonina, histamina, prostaglandinas, adenosínmono fosfato cíclico y leucotoxinas.

Exudación leucocitaria.

El acúmulo de leucocitos (principalmente neutrófilos y monocitos) es el rasgo más importante de la reacción inflamatoria. Los leucocitos sirven para englobar y degradar bacterias, complejos inmunes de células necróticas y con sus enzimas lisosómicas contribuyen a la respuesta defensiva. La secuencia de hechos de esta acción leucocitaria puede dividirse en:

- Marginación.
- Adhesión.
- Migración.
- Quimiotaxis.
- Fagocitosis y degradación intracelular.

Marginación

En la sangre que fluye de manera normal, los leucocitos y eritrocitos fluyen por la columna central, al sobrevenir la lentitud y estancamiento del flujo, desaparece este flujo laminar, los leucocitos se desprenden de la columna central y se sitúan en contacto con el endotelio. Este fenómeno se llama pavimentación o marginación.

Adhesión

Tras la marginación los glóbulos blancos se adhieren en grandes cantidades a la superficie endotelial semejando pequeñas piedras sobre las que fluye una corriente sin moverlas.

Migración

Es el fenómeno en virtud del que los leucocitos móviles escapan de los vasos

sanguíneos a los tejidos perivasculares.

Quimiotaxis

La quimiotaxis se puede definir como la locomoción orientada según un gradiente químico. Es la migración unidireccional de las células hacia algo que las atrae, o un movimiento orientado a lo largo de un gradiente químico por acción de factores quimiotácticos que pueden ser exógenos y endógenos como productos bacterianos o componentes del sistema de complemento. La quimiotaxis se denomina positiva si el movimiento es en dirección hacia la mayor concentración de la sustancia química en cuestión y negativa si es en dirección opuesta. Las características de los factores quimiotácticos son:

- Estimulan la dirección de la migración celular.
- Interaccionan con los receptores de los leucocitos.
- Son solubles en agua y difusibles.
- Son generalmente péptidos.

Su origen puede ser:

- Exógenos: productos bacterianos.
- Endógenos: productos del complemento C3a, C4a y C5a; productos de la vía lipoxigenasa-leucotrienos, y citocinas (interleucina-8).

Fagocitosis

Es la ingestión de microorganismos o partículas de materias, resultante de la rotura de un tejido por los leucocitos polimorfonucleares neutrófilos, eosinófilos, basófilos y monocitos, macrófagos circulantes y macrófagos fijos a los tejidos que son los histiocitos. En la fagocitosis ocurren tres fenómenos:

- Reconocimiento de la partícula extraña.
- Englobamiento y formación de la vacuola fagocitaria.
- Muerte, degradación o ambas, de la sustancia ingerida.

La destrucción y degradación constituye el paso final en la fagocitosis de las bacterias. La destrucción de estas se consigue principalmente por mecanismos dependientes del oxígeno. La fagocitosis estimula un fuerte incremento en la producción de metabolitos reactivos del oxígeno.⁽²⁵⁾

Inflamación crónica de la gingiva

La gingivitis crónica es la más común de las enfermedades del periodonto de protección, sus características son similares a las que presenta la inflamación en cualquier otra parte del organismo. Suele presentarse como cambio

patológico único, primario a la aparición de otro proceso o sobreañadido a otras enfermedades sindrómica como, por ejemplo, a la hiperplasia gingival medicamentosa o la gingivitis descamativa.

La principal causa de la gingivitis crónica son ciertos microorganismos de la placa microbiana o biopelícula. El contacto íntimo de los microorganismos que conforman la placa situada supragingivalmente y la microbiota subgingival explican la reacción inflamatoria presente que compromete el epitelio gingival, el tejido conectivo subyacente y el epitelio de unión. Es necesario recordar que en este caso el epitelio de unión no migra, es decir, si ocurre un aumento patológico en la profundidad del surco gingival (bolsa) este es a expensas de la migración coronaria del margen, por tanto cuando se haga referencia a la gingivitis crónica con bolsas, estas son virtuales, falsas, relativas o gingivales. Se reitera que no siempre han de observarse bolsas en las gingivitis, en oportunidades solo existe una pérdida de la morfología natural de la encía, acompañada de variable intensidad de sangramiento gingival.

La gingivitis crónica es más frecuente en niños y jóvenes, el tipo de microorganismos existentes en las biopelículas y la susceptibilidad individual, influenciados por otros factores de acción local o sistémica, son los responsables de que muchas personas adultas nunca desarrollen una periodontitis y exhiban inflamación gingival aún en edades avanzadas.

Clasificación de la gingivitis crónica

Al abordar la patogénesis de las enfermedades periodontales, Page y Schroeder describen las tres primeras etapas de la lesión periodontal: inicial, temprana, y establecida, con el término de gingivitis crónica, correspondiéndose respectivamente la gingivitis leve, la moderada y la severa con cada una de estas etapas. La etapa avanzada de la lesión periodontal se corresponde con el término de periodontitis.

Atendiendo a esto, la denominación de leve, moderada y severa puede representar una forma de clasificar la enfermedad, pero es importante hacer alusión a otros elementos que sirven para su clasificación, muy utilizados en la práctica clínica.

La gingivitis crónica según los grupos de dientes afectados se clasifica en:

- Localizada: cuando afecta a un diente o grupo de dientes.
- Generalizada: cuando abarca todo un maxilar o toda la boca.

Otra forma de clasificar la gingivitis se realiza de acuerdo con las diferentes zonas de la encía que están afectadas:

- Gingivitis marginal.
- Gingivitis papilar.
- Gingivitis difusa.

La gingivitis crónica marginal es donde se observan cambios en la morfología en la encía marginal o libre, la papilar se circunscribe a la papila interdientaria. Cuando se afectan margen y papila, también es llamada marginal, aunque algunos clínicos prefieren denominarla márgino-papilar. Se considera difusa cuando el proceso inflamatorio toma las encías: marginal o libre, papilar y la insertada o adherida.

Atendiendo a las características clínicas e imagen histopatológica (aspecto anatómico-clínico) la gingivitis crónica puede clasificarse como:

- Gingivitis crónica edematosa.
- Gingivitis crónica fibrosa.
- Gingivitis crónica fibroedematosa.

Cambios clínicos e histopatológicos en la gingivitis crónica.

En la gingivitis crónica, la destrucción y reparación del tejido ocurren simultáneamente. Los irritantes locales persistentes lesionan el tejido, prolongan la inflamación y provocan permeabilidad vascular y exudación. Al mismo tiempo, sin embargo, se forman nuevas células conectivas, fibras colágenas, sustancia fundamental y vasos sanguíneos, en un continuo esfuerzo por reparar el daño de los tejidos. Esta interacción entre destrucción y reparación afecta el color, la consistencia, la textura superficial, el tamaño y la forma de la encía. El análisis clínico sistemático exige el examen ordenado de estos aspectos aunque los dos primeros signos de la inflamación gingival que preceden al establecimiento de la gingivitis son:

- Aumento del fluido gingival.
- Hemorragia del surco gingival al sondearse suavemente.

Gingivitis crónica edematosa

Características clínicas

La encía se muestra lisa, brillante, adquiere una coloración rojo azulada y su consistencia es blanda, se borran los surcos interdientarios y el surco marginal. La forma biselada de la encía se torna redondeada.

Si el proceso inflamatorio llega hasta la encía adherida se provoca la pérdida del punteado gingival.

Se presenta sangramiento al mínimo estímulo.

La gingivitis crónica edematosa puede presentarse sin bolsas, de existir estas son virtuales, producidas a expensas del aumento de tamaño de la encía, sin que exista migración apical del epitelio de unión, sin que se afecten los tejidos del periodonto de inserción. Por este motivo la imagen radiográfica no aporta datos de destrucción ósea.

Generalmente este proceso es indoloro a no ser que se le sobreañada un proceso agudo. Igual ocurre en la gingivitis fibroedematosa y en la fibrosa.

Características histopatológicas

En correspondencia con el cuadro clínico en la gingivitis crónica edematosa existe abundante fluido inflamatorio y exudado celular, esto se traduce en aumento de volumen de la encía y en su aspecto liso y brillante al igual que la pérdida del punteado gingival en la encía adherida.

La formación de neocapilares e ingurgitamiento vascular unido al adelgazamiento del epitelio se expresa con la coloración roja de la encía. Aunque debe recordarse que el éxtasis venoso favorece el tono azulado. Los cambios de color pasan por diversos tonos de rojo, azul rojizo y azul oscuro a medida que aumenta la cronicidad del proceso inflamatorio.

La dilatación e ingurgitación capilar acentúa el rosado normal, con un tinte rojo cada vez más marcado. La extravasación de glóbulos rojos de los capilares del tejido conectivo y la descomposición de la hemoglobina en sus pigmentos oscurece el color gingival dando un tono negruzco.

La presencia de fibroblastos y formación de fibras colágenas no es predominante en la gingivitis crónica edematosa.

Se observan plasmocitos y linfocitos fundamentalmente, además hay presencia de macrófagos y leucocitos polimorfonucleares pero en menos cantidad, estando estos últimos en la zona próxima al surco gingival especialmente cuando hay ulceraciones.

Gingivitis crónica fibrosa

Características clínicas

La encía es firme, de color normal o ligeramente más clara y de consistencia dura. Hay pérdida del biselado normal con aumento del volumen de la encía.

No se observa pérdida del punteado, en oportunidades puede existir reforzamiento de este. El sangramiento es menos marcado. Respecto a la presencia de bolsas y la imagen radiográfica se mantienen las mismas condiciones que en la gingivitis crónica edematosa.

Características histopatológicas

Se observa tejido conectivo denso, abundante proliferación de fibras, predominando en este cuadro los procesos reparativos que superan a los vasculares, aunque siempre está presente un exudado celular de tipo mononuclear. Pueden aparecer algunos polimorfonucleares. El predominio de fibras colágenas le brinda la consistencia firme a la encía y al engrosarse el epitelio adelgaza el tejido conectivo y disminuye el color rojo de la encía, justificando esto, el menor sangramiento.

Gingivitis crónica fibroedematosa

Características clínicas

La gingivitis crónica se presenta de dos formas extremas: fibrosa y edematosa, aunque las características de ambos procesos pueden aparecer combinados dando origen a la gingivitis fibroedematosa. Clínicamente se puede encontrar cambios clínicos de la gingivitis edematosa y la fibrosa. La encía puede estar blanda y no hipercoloreada o roja y de consistencia firme, el sangramiento no es abundante. Al igual que la gingivitis crónica edematosa y la gingivitis crónica fibrosa las posibles bolsas son virtuales y no se observa destrucción ósea a los rayos X.

Características histopatológicas

Es importante señalar que en las gingivitis, en sentido general, se presentan cambios en los diferentes tipos celulares que predominan, de acuerdo con la etapa de la lesión que está presente. Atendiendo a las etapas descritas por Page y Schroeder la relación existente es:

- Etapa inicial: gingivitis leve, presencia de polimorfonucleares.
- Etapa temprana: gingivitis moderada, presencia de polimorfonucleares y linfocitos.
- Etapa establecida: gingivitis severa, presencia de polimorfonucleares, linfocitos y células plasmáticas.

La etapa inicial hay dilatación vascular, el epitelio de unión está infiltrado de polimorfonucleares, hay pérdida perivascular del colágeno y aumento del fluido

gingival. Estas características se acentúan en la etapa temprana en la que se presenta proliferación vascular, los linfocitos se suman al infiltrado inflamatorio que invade el epitelio de unión en el que aparecen proyecciones interpapilares. Aumenta la pérdida perivascular del colágeno; clínicamente aparece el eritema gingival y el sangramiento. Esta situación se intensifica en la etapa establecida, en la que se observa, además, estasis sanguíneo y es continuada la pérdida de colágeno. Aparecen cambios clínicos evidentes de color, consistencia, textura, tamaño, entre otros, fácilmente identificativos de la gingivitis. Se insiste en que no existe una línea divisoria entre estas etapas, se suceden progresivamente en relación con el tiempo de exposición a la agresión bacteriana. ⁽²⁵⁾

Generalidades de la gingivitis asociada a la edad pediátrica

En los niños puede presentarse la gingivitis crónica, principalmente asociada a la presencia de biopelículas por una deficiente higiene bucal, sin embargo, hay que considerar algunos cambios que ocurren durante el brote dentario que no deben identificarse con procesos patológicos.

El primero de estos es la presencia de una protuberancia preerupción, que obedece a la forma abombada del diente subyacente al tejido mucoso, que se puede tornar isquémico. Una vez que el diente ha protruido en la cavidad bucal se forma el margen gingival, que en un inicio es redondeado, edematoso y enrojecido. Durante la dentición mixta el margen gingival es prominente, principalmente en los dientes anteriores.

Los acúmulos de placa bacteriana son comunes a edades tempranas, por poca concientización de la importancia de la higiene bucal, por la existencia de dientes con movilidad (que son exfoliados) que dificultan el cepillado o favorecen la masticación unilateral, entre otras. En la infancia los microorganismos estimulan la aparición de un proceso inflamatorio (gingivitis) que se caracteriza más por la prominencia de la encía y el cambio de color, que por la presencia de sangramiento o la formación de bolsas virtuales. La existencia de esta respuesta inflamatoria acentúa la prominencia propia del proceso eruptivo y da la impresión de verdaderos agrandamientos gingivales.

Esta situación se acentúa en pacientes con maloclusiones y respiradores bucales.

Muchas veces los procesos inflamatorios crónicos gingivales se presentan asociados a problemas mucogingivales. Autores como Maynard y Wilson

consideran que los problemas mucogingivales comienzan en la dentición primaria, por aberraciones del desarrollo de la erupción y existencia de un periodonto delgado, sin embargo, el ancho de encía incertada aumenta con la edad, se puede solucionar. ⁽²⁵⁾

Generalidades de la gingivitis asociada a estados funcionales

Se considera que las hormonas sexuales inician o complican alteraciones gingivales, caracterizadas por un cuadro inflamatorio inespecífico con predominio vascular que se expresa clínicamente con una significativa tendencia al sangramiento.

Alrededor de la pubertad hay una mayor prevalencia de gingivitis, caracterizada por incremento notable de sitios interdentes hemorrágicos, algunos clínicos denominan este estado gingivitis de la pubertad o gingivitis puberal y lo explican como consecuencia de los cambios hormonales típicos en esta edad, los que magnifican la respuesta hística ante la agresión bacteriana. Esta gingivitis puede presentarse en ambos sexos y suele mejorar mucho al transcurrir el periodo de la pubertad. Por supuesto, su remisión total exige de medidas variadas encabezadas por el control de la higiene bucal.

A medida que se acerca la edad adulta, la intensidad de la reacción gingival decrece, incluso cuando siguen estando presentes los irritantes locales. Aunque la prevalencia y gravedad de la enfermedad gingival aumentan en la pubertad, es preciso comprender que la gingivitis no es de aparición universal durante este periodo; con el cuidado estomatológico adecuado, encabezado por una excelente higiene bucal, se puede prevenir. ⁽²⁵⁾

El tratamiento periodontal incluye diferentes etapas o fases, algunas son de obligado cumplimiento y otras pueden o no llevarse a cabo, se desarrollan de manera secuencial dependiendo de las necesidades del caso en cuestión, evolutivo:

- Fase o tratamiento inicial.
- Fase o tratamiento correctivo.
- Fase de mantenimiento, también denominada terapia periodontal de soporte.

Tratamiento inicial:

- Preparación inicial del paciente.
- Tratamiento restaurador básico.

- Control evolutivo.

Tratamiento correctivo:

- Procedimientos no quirúrgicos (conservadores).
- Control evolutivo.
- Procedimientos quirúrgicos.
- Restauraciones definitivas.

Fase de mantenimiento.

Actividades que comprende cada etapa o fase Tratamiento inicial

Preparación inicial del paciente

Educación para la salud y motivación: en el inicio de la atención a un paciente con enfermedad periodontal es necesario informarle en qué consisten estas enfermedades, su etiología, historia natural, evolución, consecuencias, variantes de tratamiento, importancia de su cooperación para lograr un tratamiento exitoso, entre otros.

La educación sanitaria, además de incluir estos elementos generales o comunes a cualquier caso, debe incluirlas cuestiones particularmente necesarias para el paciente en cuestión, las que están en sintonía con su nivel educacional, edad, motivaciones, necesidades y otros aspectos.

Control de la placa dentobacteriana: atendiendo a la importancia que tienen como factor de riesgo los depósitos bacterianos respecto a las enfermedades bucodentales, se debe instruir al paciente sobre cómo lograr la remoción diaria de la placa dentobacteriana, constituye una actividad de gran importancia no solo en el tratamiento periodontal, sino de cualquier afección bucal. Existen áreas destinadas en las diferentes instituciones para realizar actividades educativas y de control de placa en pacientes que acudan en búsqueda de atención, pero en el paciente periodontal esta actividad adquiere gran connotación y se realiza siguiendo un algoritmo de pasos en una consulta particularmente planificada para eso, en la que se instruye al paciente en el uso de métodos y procedimientos que conlleven a un mejor control de la placa y en consecuencia, de su enfermedad.

Remoción del cálculo y pulido de las superficies dentarias: el cálculo o tártaro es un depósito calcificado sobre las superficies dentarias. Su superficie rugosa es asiento de nuevos acúmulos bacterianos, esta es una de las razones por la que su remoción es necesaria en la preparación inicial del paciente. La técnica

de la tartrectomía es el procedimiento básico para lograr la remoción del cálculo.

Extracciones dentarias imprescindibles: para mejorar el “ambiente microbiano” de la cavidad bucal, los dientes con un pronóstico desfavorable por su compromiso periodontal deben ser extraídos en la fase de preparación inicial, así como los dientes que definitivamente son extraídos por su condición (caries, malposiciones, entre otros) y que provocan molestias al paciente o impiden el desarrollo de procedimientos con fines terapéuticos.

Corrección de hábitos lesivos: cuando se detecta algún hábito lesivo en un paciente con enfermedad periododental, este debe ser considerado de inmediato por parte del terapeuta, no se está planteando que sea eliminado de inmediato, pues es razonable que un hábito arraigado no pueda ser eliminado automáticamente, pero sí debe trazarse una estrategia con vistas a su eliminación, que comienza desde el mismo momento que se enfrenta la actividad educativa para el caso.

En algunos planes de tratamiento la corrección de hábitos lesivos se incluye dentro de los procedimientos correctivos no quirúrgicos, aunque se prefiere incorporarlo a la preparación inicial, tal y como se ha hecho, pues se considera que no debe esperarse al momento de actuar concretamente sobre la enfermedad para interceptar un factor influyente en la aparición de esta, por supuesto que en las fases sucesivas debe continuarse el trabajo en este sentido. Las parafunciones como el bruxismo requieren semejante abordaje.

Valoración del estado general del paciente: del estado general del paciente depende en cierta medida la aparición de las enfermedades periodontales, o su gravedad, así como la respuesta a los tratamientos diseñados, por tal razón tener bajo control el estado general del paciente es fundamental en la fase inicial.

Independientemente de interrogar al respecto, deben indicarse, fundamentalmente en pacientes con antecedentes patológicos o con posibilidades de ser sometidos a tratamiento quirúrgico, un conjunto de complementarios sanguíneos que incluye, fundamentalmente:

- Hemoglobina: hombres: 16 ± 2 g/dL mujeres: 14 ± 2 g/dL.
- Eritrosedimentación: hombres: 3 mm a 10 mm mujeres: 5 mm a 20 mm.

- Plaquetas: 150 000/mm³ a 350000/mm³.
- Tiempo de coagulación: 5 min a 10min.
- Tiempo de sangramiento: 1 min a 3min.
- Coágulo: 1 h a 3 h, retráctil o no retráctil
- Leucograma con diferencial:
 - ✓ Leucocitos: 5 000/mm³ a 10000/mm³.
 - ✓ Neutrófilos: Stabs:0%a33%ysegmentados:55%a 65 %.
 - ✓ Basófilos: 0 % a 1%.
 - ✓ Eosinófilos: 0,1 % a 0,3%.
 - ✓ Monócitos: 3 % a 8%.
 - ✓ Linfocitos: 25 % a 40%.
- Glucemia: 4,4 mmol/L a 6,6mmol/L.
- Serología: reactiva o no reactiva.
- Virus de inmunodeficiencia humana: positivo o negativo.

La indicación de estos complementarios debe realizarse en un contexto ético y consecuentemente no se hace de forma indiscriminada, atendiendo a las molestias que puede ocasionar al paciente y los costos al sistema de salud.

Tratamientos restauradores básicos

Tratamiento de la caries dental. (operatoria o endodoncia): el tratamiento de la caries dental o cualquier problema de naturaleza pulpar deben quedar resueltos en la fase inicial del tratamiento periodontal. Considerar a la caries dental como un reservorio de microorganismos, valorar las molestias, dolor o los hábitos funcionales que puede generar, son algunas las razones para considerar importante su tratamiento de forma preliminar. No debe olvidarse, además, que los procesos pulpares con compromiso periapical pueden combinarse de diversas maneras con los procesos inflamatorios crónicos profundos del periodonto y dar lugar a lesiones endoperiodontales obviamente más complejas.

Corrección de tratamientos que irritan o lesionan el periodonto: cuando los tratamientos de ortodoncia, prótesis, estomatología conservadora, entre otros, se realizan correctamente, no deben lesionar los tejidos periodontales, sin embargo, en oportunidades se observan injurias al periodonto provocadas por tratamientos que resultan iatrogénicos. Detectar estas situaciones e intervenir

en estas desde la fase inicial de tratamiento es indiscutiblemente una medida que mejora a los tejidos periodontales y facilita una mejor respuesta a la terapéutica que se realice.

Colocación de prótesis provisionales: el desdentamiento parcial puede ser una situación que presenta el paciente desde su llegada al servicio o puede ser provocada por la indicación de extracciones indispensables en la preparación inicial, de cualquier manera la ausencia de dientes es un factor que influye en el estado del periodonto de los dientes remanentes y ocasiona dificultades funcionales y estéticas. Por esto es necesario que se sustituyan los dientes perdidos, incluso antes de realizar el tratamiento periodontal. Este tipo de prótesis se sustituye por las prótesis definitivas al finalizar el mismo. Nunca estas rehabilitaciones son definitivas, para instalar una prótesis definitiva el periodonto debe estar libre de inflamación, por esto la colocación de prótesis provisionales debe ser bien analizada, valorando su real beneficio.

Control evolutivo

Al concluir la etapa de tratamiento inicial deben valorarse los resultados, lo que determina la continuidad del tratamiento hacia las siguientes fases y comprende:

- Control de placa dentobacteriana (por parte del paciente).
- Existencia de nuevos acúmulos de cálculo o sarro.
- Presencia o no de inflamación gingival.
- Disminución o no del número de zonas con sangramiento.
- Profundidad de las bolsas.
- Grado de movilidad dentaria.

Los resultados de esta valoración determinan:

Continuar con la fase siguiente del tratamiento (tratamiento correctivo).

Transferirlo a la fase de mantenimiento.

Tratamiento correctivo

Procedimientos no quirúrgicos (conservadores)

Raspado y alisado radicular: aunque muchos clínicos consideran el raspado y alisado radicular en el tratamiento inicial; algunos autores estiman que este procedimiento está dirigido a la eliminación o inactivación de la bolsa periodontal real, lo que constituye uno de los procedimientos correctivos a elegir para el tratamiento de esta según sus características y accesibilidad. Es

decir, es un procedimiento que no tiene que ser realizado a la generalidad de los pacientes y posee sus indicaciones muy precisas. Existe, sin embargo, un gran número de clínicos que aconsejan su realización después de comprobar la existencia de bolsas reales, para mejorar el estado periodontal general, con esto se inactivan bolsas, se reduce la profundidad de algunas y desaparecen otras.

Terapia medicamentosa: el uso de medicamentos en la enfermedad periodontal será abordado con posterioridad. No todos los casos resuelven con esta terapia, pero tiene una amplia gama y variedad y constituye un valioso recurso disponible. En el caso del tratamiento de la enfermedad periodontal crónica profunda, el tratamiento con medicamentos se hace asociado a algún procedimiento conservador o quirúrgico, de desbridamiento mecánico.

Curetaje gingival: es un procedimiento conservador o no quirúrgico. Solo las encías edematosas y fibroedematosas son tributarias de esta técnica, consistente en el curetaje de la pared blanda de las bolsas.

Ferulización: las férulas son aparatos rígidos para inmovilizar o estabilizar partes lesionadas o enfermas. Aunque su uso en el tratamiento periodontales controvertido, es un procedimiento con posibilidades de mejorar de forma temporal o definitiva la difícil situación de dientes con gran movilidad.

En los servicios de urgencias la colocación de férulas puede ser realizada por el estomatólogo general básico y el especialista en estomatología general integral y su necesidad obedece generalmente a traumatismos, para los que la ferulización es casi siempre temporal. Cuando su indicación es por hipermovilidad causada por pérdida de soporte óseo, en dientes que a pesar de esto no van a ser extraídos, la ferulización temporal o provisional debe ser sustituida por una definitiva o permanente, en esos casos es responsabilidad del periodontólogo, para lo que se puede auxiliar de protesistas y ortodoncistas.

Ajuste oclusal: las desarmonías oclusales pueden llegar a ser muy peligrosas para la integridad estructural de los tejidos periodontales, por eso la importancia del ajuste de la oclusión, procedimiento mediante el que se logran relaciones funcionales favorables para el periodonto. El ajuste oclusal se logra por diferentes vías, las que pueden ser desde un desgaste selectivo de superficies dentarias hasta correcciones logradas por movimientos ortodóncicos y restauraciones dentales. Generalmente esta técnica es

realizada por el especialista en estomatología general integral y el periodontólogo, junto a los otros especialistas que demande el caso en cuestión. Su realización requiere de un estudio minucioso de la oclusión y la valoración clínico-radiográfica que corrobore sus efectos indeseables.

Tratamiento de la hiperestesia dentinaria: ya fue descrita la hipersensibilidad en cuellos y raíces dentarias, aunque el tratamiento de esta enfermedad se incluye dentro de la fase de tratamiento correctivo, se debe asumir que su extensión y severidad determinan el momento de su abordaje, por ejemplo, si la hiperestesia es tal que obstaculice el cepillado dental, por supuesto que tiene que tratarse desde la fase inicial; si la hiperestesia es consecuencia del tratamiento quirúrgico su tratamiento comienza tan pronto sea referida. Esta afección es considerada una urgencia, por tanto, demanda una atención inmediata, sea cual fuere la fase del tratamiento por la que curse el paciente.

Movimientos ortodóncicos menores: el tratamiento de ortodoncia no debe iniciarse hasta que la enfermedad periodontal no esté al menos inactivada (sin sangramiento), algunos casos pueden ser derivados a ortodoncia y posteriormente recibir el tratamiento periodontal definitivo, ya que hay ciertos movimientos dentarios que benefician el tratamiento periodontal, pues mejora la higiene, posibilita la realización de determinadas técnicas quirúrgicas, entre otras. La interrelación entre ambas especialidades determina, nunca de forma rígida y mecánica, el momento, la prioridad, la extensión y complejidad de los procedimientos a realizar.

Continuar con el control de hábitos lesivos o parafunciones: los hábitos y las parafunciones no siempre se erradican en la fase inicial de tratamiento y lógicamente debe continuarse con su abordaje hasta haber logrado su control definitivo.

Planos de oclusión: su instalación guarda relación con los dos procedimientos anteriores.

Tratamientos endodónticos: en este caso los relacionados con el tratamiento periodontal, que no fueron determinados en la fase anterior y que son detectados durante el estudio del caso, en los rayos X, por alguna exacerbación aguda, entre otros.

Control del estado general del paciente: de existir alguna enfermedad general se supone que haya sido identificada en la preparación inicial, y se remitiera u

orientara al respecto. Es lógico que para comenzar y desarrollar el tratamiento correctivo (ya sea conservador o quirúrgico) esto deba ser controlado sistemáticamente.

Todos estos procedimientos deben realizarse en esta fase correctiva no quirúrgica, como es lógico, en dependencia de las necesidades. Pueden agregarse a esta lista tantas intervenciones como demande el paciente y su situación periodontal concreta. ⁽²⁵⁾

Control evolutivo

Al concluir esta etapa deben valorarse los resultados, lo que determina la continuidad del tratamiento hacia estas fases:

- Control de placa dentobacteriana (por parte del paciente).
- Existencia de nuevos acúmulos de cálculo o sarro.
- Presencia o no de inflamación gingival.
- Disminución o no del número de zonas con sangramiento.
- Profundidad de las bolsas.
- Grado de movilidad dentaría.

Los resultados de esta valoración determinan:

Continuar con la fase siguiente del tratamiento (tratamiento correctivo quirúrgico).

Realizar, de ser necesario, las restauraciones definitivas.

Transferirlo a la fase de mantenimiento.

Es importante conocer que las bolsas tratadas no podrán sondearse antes del mes posterior a la realización del raspado y alisado radicular.

Procedimientos quirúrgicos

- Gingivectomía.
- Gingivoplastia.
- Papilectomía
- Cirugía a colgajo (diferentes tipos).
- Cirugía mucogingival.
- Cirugía ósea.
- Injertos (gingivales, óseos, con biomateriales u otros).
- Otros.

Las técnicas quirúrgicas tienen sus indicaciones específicas, y que no todas corresponden a la atención primaria de salud.

Diagnóstico de la gingivitis crónica

Para establecer el diagnóstico son de gran valor los signos y síntomas que se manifiestan clínicamente, incluyendo los aportes de la anamnesis. En el caso de la gingivitis crónica estos elementos suelen ser suficientes aunque el diagnóstico puede ser confirmado mediante el examen histopatológico y otros complementarios. Si se tiene en consideración lo anterior es obvia la importancia del conocimiento de las características clínicas de los tejidos periodontales sanos, para poder reconocerlos cambios que en estos ocurren. Por la similitud que pueden tener clínicamente los procesos inflamatorios crónicos que afectan el periodonto de protección y los que llegan al periodonto de inserción, la imagen radiográfica adquiere gran relevancia en el diagnóstico, confirmando si se trata de una gingivitis o una periodontitis por la ausencia o presencia de pérdidas óseas en las radiografías.

Su diagnóstico diferencial se establece, en primer lugar, entre las diferentes formas de presentación de la propia gingivitis (edematosa, fibrosa o fibroedematosa), con un tipo muy particular de gingivitis: la gingivitis descamativa crónica, también lógicamente con la periodontitis y además con la hiperplasia gingival de origen medicamento so o la idiopática.

En los estudios epidemiológicos y clínicos se utilizan índices para medir inflamación gingival: índice PMA (Schour y Massler), índice gingival (Löe y Silness), índice gingival periodontal (O'Leary y colaboradores), entre otros. ⁽²⁵⁾

Pronóstico de la gingivitis crónica

En general el pronóstico de la gingivitis crónica es favorable, siempre y cuando se establezca un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado. El pronóstico puede observarse comprometido en los pacientes que presentan alguna enfermedad sistémica que interfiera en la evolución del proceso inflamatorio gingival, complicándolo. También es de interés en el pronóstico la presencia de factores de riesgo o influyentes de difícil control como limitaciones físicas o mentales que impidan un control eficiente de la higiene bucal, el comportamiento que ante la enfermedad y su tratamiento muestre el paciente, hábitos muy arraigados, las malposiciones dentarias de difícil solución o que el paciente no disponga corregir, entre otros. ⁽²⁵⁾

Tratamiento de la gingivitis crónica

En sentido general para acometer el tratamiento de cualquier enfermedad es necesario tener en cuenta:

Eliminar las causas de la enfermedad: significa suprimir los factores etiológicos, los factores de riesgo u otros influyentes, para lo que se hace necesario detectarlos a través de un cuidadoso examen clínico u otros medios diagnósticos.

Eliminar o disminuir los efectos provocados por la enfermedad: este es un aspecto de obligatorio cumplimiento, una vez que se han controlado las causas que originaron la enfermedad.

Devolverle la salud al paciente: es el último fundamento a cumplimentar, una vez resueltos los dos anteriores. El cumplimiento de los dos primeros pasos permite crear las condiciones necesarias para que el paciente goce de pleno estado de salud general y bucal, pues permite su rehabilitación física y psíquica.

Las acciones a realizar en cada fase dependen lógicamente del caso en cuestión. Para no ser reiterativos se obvian los procedimientos de la preparación inicial y la fase de mantenimiento o soporte ya que estos son comunes para las diferentes enfermedades con sus lógicas diferencias y según el caso. Se especifican los pertenecientes a la fase correctiva, particularmente los destinados a eliminar la gingivitis:

Método conservador:

- Empleo de medicamentos.
- Otras terapias no quirúrgicas.
- Curetaje gingival.

Método quirúrgico:

- Papilectomía.
- Gingivoplastia.
- Gingivectomía.

Método conservador

Empleo de medicamentos

Concebido como un método conservador, el tratamiento de la gingivitis crónica incluye el uso de medicamentos, tanto de acción local como sistémica, con las peculiaridades específicas de cada grupo.

Se hace mención de algunas cuestiones relacionadas específicamente con el tratamiento de la gingivitis crónica.

Los medicamentos locales en el tratamiento de la gingivitis crónica están generalmente indicados en:

Control químico de la placa dentobacteriana: dentro de los métodos de control de placa, el método mecánico es el más importante y da resultados satisfactorios cuando se hace de manera regular y enérgica, muchos casos de gingivitis crónica son resueltos únicamente con un óptimo control de la placa, pero para los pacientes que carecen del grado de motivación requerido, de la destreza manual necesaria o presentan factores de riesgo directos de difícil control que obstaculizan la limpieza dental, resulta útil el control químico de la placa. Tratamiento específico de la gingivitis crónica edematosa o fibroedematosa: la medicación local en el tratamiento de la gingivitis está principalmente confinada a la gingivitis crónica edematosa y fibroedematosa localizada, ya que las características histopatológicas del tejido (predominio de fluido inflamatorio) permite una respuesta positiva a la aplicación de fármacos, no sucede de igual forma con la gingivitis crónica fibrosa, puesto que el predominio de proliferación fibroblástica en el tejido conectivo como respuesta reparadora al daño hístico, no es suprimido a través de medicamentos, aunque en oportunidades algunos agrandamientos o proliferaciones posquirúrgicas pueden responder bien al uso de la medicación local con citostáticos.

Los medicamentos locales más utilizados en el tratamiento de la gingivitis crónica son cáusticos, astringentes y citostáticos. También se usan fitofármacos, apifármacos, principalmente propóleos, ozono, y remedios homeopáticos. Con menos frecuencia y en dependencia de la presencia de complicación o lesiones sobreañadidas, también se utilizan oxigenantes, alcalinizantes, epidermizantes y esteroides.

El uso de medicamentos va también dirigido a aquellos pacientes que no pueden recibir tratamiento quirúrgico o como coadyuvante del mismo.

Pacientes portadores de cualquier tipo de gingivitis crónica que tengan contraindicado el tratamiento quirúrgico: trastornos hemáticos, diabéticos descompensados, enfermedades cardiovasculares limitantes, sicópatas, ancianos, pacientes con tratamiento de anticoagulantes y gestantes entre el quinto y noveno mes.

Como coadyuvante del tratamiento quirúrgico.

Medicación general

La medicación general en el tratamiento de la gingivitis crónica es limitada, indicándose generalmente en pacientes con un estado general comprometido o un cuadro séptico severo intrabucal. La mayor parte de las gingivitis crónicas no requieren el uso de medicación sistémica.

Los medicamentos más utilizados son los antibacterianos. ⁽²⁵⁾

DISEÑO METODOLOGICO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el consultorio #6 de San Blas, municipio Cumanayagua, Cienfuegos 2020.

El universo estuvo constituido por 188 pacientes con gingivitis crónica que acudieron a la consulta estomatológica del policlínico de San Blas, en el período de enero a diciembre 2020.

Criterios de Inclusión:

- Todos los pacientes diagnosticados con gingivitis crónica.

Criterios de Exclusión:

- Todos los pacientes con otra enfermedad periodontal

Métodos.

Teóricos.

Histórico- lógico: permitió buscar la historia y antecedentes del problema que determina el nivel de conocimientos de salud bucal.

Análisis y síntesis: fueron utilizados durante toda la etapa de investigación, para poder establecer nexos, comparar resultados, determinar enfoques comunes y aspectos distintivos en los enfoques metodológicos estudiados y obtener conclusiones.

Métodos empíricos.

Observación: se realizó el examen visual a los pacientes de la escuela especial.

Análisis de documentos: permitió profundizar en los antecedentes históricos y los resultados de las intervenciones realizadas con anterioridad. Para la obtención de los datos se realizó revisión documental de las historias clínicas individuales de los pacientes seleccionados realizando el examen clínico bucal.

Método estadístico matemático.

Se empleó la estadística descriptiva

Obtención de la información.

Técnicas y procedimientos de la información.

La medición como método, el análisis documental como técnica o procedimiento y la Historia clínica como instrumento.

Fueron examinados por el estomatólogo en la consulta estomatológica, realizándoseles una correcta anamnesis y examen físico.

Se procedió a llenar la historia clínica, donde fueron incluidos todos los datos

requeridos para dar cumplimiento a los diferentes objetivos específicos de la investigación, para lo cual se constó de espejo bucal, pinza para algodón y explorador así como una buena fuente de luz.

Para el cumplimiento de los objetivos se utilizaron diferentes variables con su correspondiente operacionalización: sexo, edad, nivel educacional, ocupación, factor de riesgo y tipo de gingivitis crónica.

Operacionalización de las variables.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN		INDICADOR
		DESCRIPCIÓN	ESCALA	
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Según género biológico.	1. Masculino 2. Femenino	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Edad	Cuantitativa discreta	Según último año cumplido por el número de carnet de identidad.	0-19 años 20-34 años 35-59 años 60 y más años	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Nivel educacional	Cualitativa ordinal	Según estudios terminados.	1. Primaria sin terminar 2. Primaria terminada 3. Secundaria terminada 4. Pre-universitario 5. Universitario 6. No escolarizado	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Ocupación	Cualitativa Nominal politómica	Según labor que desempeña en la sociedad	1. Ama de casa. 2. Jubilado. 3. Trabajador. 4. Estudiante. 5. Desocupado.	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Factor de riesgo.	Cualitativa nominal politómica	Presencia de factores que hacen vulnerables	Biológicos: antecedentes de caries,	Frecuencia absoluta y porcentaje.

		al paciente para padecer una enfermedad bucodental. Los mismos serán agrupados por determinantes de salud.	maloclusiones. Hábitos: hábito de fumar, deficiente higiene bucal, alimentación azucarada, bruxismo. Biología humana: parodontopatías, apiñamiento dentario, enfermedades endocrinas. Organización de los servicios de salud: prótesis desajustadas, obturaciones defectuosas.	
Tipo de gingivitis crónica	Cualitativa nominal politómica	Cambios en las características morfo fisiológicas del periodonto de revestimiento o protección, detectados a través de la observación y palpación durante examen bucal.	Gingivitis edematosa Gingivitis fibroedematosa Gingivitis fibrosa	Frecuencia absoluta y porcentaje.

INDICE DE HIGIENE BUCAL SIMPLIFICADO (IHB-S) ⁽¹⁾

Este índice recurre a los mismos criterios que se utilizan para el Índice de Higiene Bucal. La metodología difiere fundamentalmente en lo que respecta al número y tipo de superficies que se evalúan. En esta versión simplificada solo se adjudican puntajes a seis y no a doce dientes, un diente de cada uno de los seis segmentos; además, únicamente se evalúa una superficie de cada diente. En cada uno de los cuatro segmentos posteriores se examina el primer diente erupcionado por completo hacia distal del segundo premolar, que generalmente, aunque no siempre, es el primer molar. Se adjudican puntajes a las superficies vestibulares de los molares superiores y a las superficies linguales de los inferiores. En los segmentos anteriores se consideran las superficies vestibulares de los incisivos centrales superior derecho e inferior izquierdo. Se puede utilizar el incisivo central del lado opuesto si está ausente el diente por evaluar.

Este índice evalúa dos de los principales factores de riesgos: placa dentobacteriana y cálculo supragingival en seis superficies de los dientes: 11, 31, 16, 26, 46, 36. Evalúa la Higiene Oral de una comunidad y sólo se requiere espejo y explorador.

Como el Índice de Detritus Simplificado (ID-S) y el Índice de Tártaro Simplificado (IT-S) se confeccionan ahora a base de la suma de 6 y no de 12 puntos, cada uno con rango de 0-3, y pese a ello se los sigue dividiendo por el número de segmentos, el puntaje máximo de los seis segmentos es $18/6=3$.

El IHB-S es la suma de los ID-S e IT-S y su rango es 0-6.

<i>DIENTE</i>	<i>SUPERFICIE</i>
16	vestibular
26	vestibular
46	lingual
36	lingual
11	vestibular
31	vestibular

Índice Colectivo = Suma de Índices individuales / No. De Personas evaluadas

Criterios y Puntajes para el IHB-S:

Higiene bucal buena = 0,0 – 1,2

Higiene bucal regular = 1,3 – 3,0

Higiene bucal mala = 3,1 – 6,0.6

Procesamiento y presentación de la información.

Para el análisis e interpretación de los resultados se empleó el análisis estadístico descriptivo según corresponde a la variable estudiada. Los datos recopilados fueron ubicados en tablas estadísticas diseñadas al efecto con Excel XP para su mejor comprensión. Se utilizó como editor de texto Microsoft Word 2010.

Una vez recogidos los datos se procesaron en una computadora personal. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos con análisis porcentual y estadístico.

Consideraciones éticas.

Para la realización de esta investigación se tuvo en cuenta algunas consideraciones éticas como, el Aval del Director de la Institución Unidad Ejecutora Principal (Anexo 1), Declaración Jurada del Tutor (Anexo 2), Aval del Consejo Científico (Anexo 3), y otras relacionadas con los pacientes objeto de estudio, a los cuales se le solicitó previamente su consentimiento informado o al tutor a cargo, al realizar el examen, necesario en la investigación; explicándosele además en qué consistió el estudio y los fines de su aplicación, a fin de obtener su autorización (Anexo 4) y se constató con la Historia Clínica Individual del paciente (Anexo 5).

Resultados y discusión

Tabla 1. Distribución de pacientes con gingivitis crónica del consultorio #6 de San Blas, según grupo de edades y sexo, municipio Cumanayagua, en el periodo enero a diciembre 2020.

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
0-19 años	21	20.6	22	25.6	43	22.8
20-34 años	25	24.5	21	24.4	46	24.5
35-59 años	30	29.4	22	25.6	52	27.7
60 y más años	26	25.5	21	24.4	47	25
Total	102	54.3	86	45.7	188	100

Fuente: historia clínica individual

El 54.3% de los pacientes con gingivitis crónica correspondió al sexo masculino y el 45.7% al femenino como muestra la tabla 1. El grupo de edad predominante fue el de 35 a 59 años para un 27.7% seguidos por los grupos de 60 y más años y 20 a 34 años para un 25% y 24.5% respectivamente. Los resultados difieren con los alcanzados por Loredó ⁽²⁶⁾ quien reportó que el grupo de edad más afectado fue el menor de 19 años.

Se constató en la literatura que existe consenso al plantear que la enfermedad periodontal inmunoinflamatoria crónica comienza a aparecer alrededor de los 20 años, aumentando con la edad; por lo que la mayoría de los autores la consideran como un factor potencial, y demuestran que la prevalencia y severidad de las periodontopatías aumentan con ella. ^(26, 27)

La autora opina que el incremento estas enfermedades con la edad implicará una mayor responsabilidad en el mantenimiento de la salud bucal y de hecho, se producirá un crecimiento en el número de personas que soliciten cuidados dentales, dando lugar a un aumento de los pacientes que presentan riesgos que influyan en las enfermedades bucales y, por lo tanto, en el abordaje y su posterior tratamiento integral.

Tabla 2. Nivel de escolaridad de los pacientes con gingivitis crónica.

Nivel de escolaridad	No	%
Primaria sin terminar	37	19.6
Primaria terminada	40	21.2
Secundaria terminada	45	23.9
Técnico medio	30	15.9
Preuniversitario	31	16.5
Universitario	15	7.9
Total	188	100

Fuente: historia clínica individual

La tabla 2 muestra el nivel de escolaridad de los pacientes estudiados donde se observa un predominio de la secundaria terminada para un 23.9% seguidos por la primaria terminada 21.2% y la primaria sin terminada para un 19.6%. Los resultados difieren con los alcanzados por Gutiérrez ⁽²⁸⁾ quien determinó que la mayoría de los encuestados fueron del nivel medio.

La autora considera que los resultados alcanzados se explican al hecho de que el grupo generacional predominante vivió las consecuencias de las transformaciones sociales del triunfo revolucionario lo cual conllevó a incorporarse a la vida laboral muy temprano específicamente en las labores agrícolas, lo que imposibilitó continuar otros niveles de enseñanza.

Tabla 3. Distribución de pacientes con gingivitis crónica según ocupación.

Ocupación	Pacientes (n=188)	
	No.	%
Ama de casa	23	12.2
Jubilado	41	21.8
Trabajador	60	31.9
Estudiantes	42	22.3
Desocupado	22	11.7

Fuente: historia clínica individual

En cuanto a la ocupación existió un predominio de los trabajadores para un 31.9% de pacientes estudiados seguidos por los estudiantes y jubilados para un 22.3% y 21.8% respectivamente, y el 11.7% correspondió a pacientes desocupados como refleja la tabla 3. Estos resultados son similares a los alcanzados por Ordinola⁽²⁹⁾ quien obtuvo un 66.7% de los trabajadores.

Tabla 4. Factores de riesgo de los pacientes con gingivitis crónica.

Factores de riesgo		Pacientes (n=188)	
		No.	%
Biología humana	Antecedentes de caries	168	89.4
	Maloclusiones	24	12.8
	Diabetes Mellitus	36	19.1
	Enfermedades cardiovasculares	18	9.6
Modo y Estilos de vida	Estrés	23	12.2
	Tabaquismo	69	36.7
	Mala higiene bucal	82	43.6
Medio ambiente	Trabajo de riesgo	5	2.7
Organización de los servicios de salud	Prótesis desajustadas	35	18.6
	Obturaciones deficientes	36	19.1
	Dientes ausentes no reemplazados	31	16.5

Fuente: historia clínica individual

El principal factor de riesgo que afectó a los pacientes estudiados correspondiéndose a la determinante biología humana fue los antecedentes de caries para un 89.4% de la población seguido por la diabetes mellitus (19.1%) y las enfermedades cardiovasculares (12.8%), como muestra la tabla 4. Dentro la determinante modo y estilos de vida, la mala higiene bucal constituyó el más representado para un 43.6% y el trabajo de riesgo representó la mayor proporción dentro del determinante medio ambiente para un 2.7%. El factor de riesgo que más incidió en la determinante de salud Organización de los servicios de salud fueron las obturaciones deficientes y las prótesis desajustadas para un 19.1% y 18.6% respectivamente. Los resultados coinciden con los alcanzados por Loredo ⁽²⁶⁾, de Castro ⁽³⁰⁾ y Yero ⁽³¹⁾ quienes constataron que la higiene bucal deficiente fue el factor de riesgo predominante.

La presencia de cálculo es signo evidente de un deterioro de la higiene bucal en los pacientes con afecciones bucales, aporta una superficie rugosa que facilita el acúmulo de la placa dentobacteriana o biofilm, favorece la

anaerobiosis del surco gingival e inclina el balance hacia la proliferación de bacterias periodontopatógenas. Las mismas segregan una serie de productos lesivos para los tejidos periodontales, que facilitan la ulceración del epitelio gingival, además de contribuir a la pérdida sucesiva de inserción cuando este permanece en contacto con la encía por tiempo prolongado lo que pudiera suceder con los pacientes examinados. Por ello la necesidad de evitar su formación y permanencia sobre las superficies dentarias, con un adecuado control de la placa dentobacteriana. ⁽²⁶⁾

La autora opina que la higiene bucal deficiente continúa siendo un elemento crucial en el inicio y progresión de las periodontopatías con la consiguiente acumulo de la placa dentobacteriana, cuando esta es deficiente existen acúmulos de ésta la cual, al envejecer, cambia su contenido microbiano hacia formas más patógenas y al no ser eliminadas se calcifican provocando el cálculo, que al ser duro, irritante y rugoso, retiene más placa bacteriana. Es por ello, que el Sistema de Salud en Cuba incluye en el Programa Nacional de Atención Integral a la Población, promover acciones saludables y para decidir sobre la adopción de medidas que contribuyan a prevenir determinadas enfermedades y sus complicaciones garantizando la integralidad de la atención estomatológica.

Tabla 5. Gingivitis crónica de los pacientes estudiados según grupo de edades.

Grupo de edades.	Gingivitis crónica edematosa		Gingivitis crónica fibro-edematosa		Gingivitis crónica fibrosa		Total (n=188)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0-19 años (n=27)	12	25.5	27	25.3	4	11.8	43	22.9
20-34 años (n=42)	15	31.9	26	24.3	5	14.7	46	24.4
35-59 años (n=67)	8	17.1	31	28.9	13	38.2	52	27.7
60 y más años (n=12)	12	25.5	23	21.5	12	35.3	47	25
Total (n=148)	47	25	107	56.9	34	18.1	188	100

Fuente: Historia Clínica Individual.

El 56.9% de los pacientes objeto de estudio presentó gingivitis crónica fibroedematosa siendo el grupo más afectado el de 35 a 59 años, le continua la gingivitis edematosa y la fibrosa para un 25% y 18.1% respectivamente. Los resultados difieren de los obtenidos por de Castro quien declaró la mayoría de los pacientes presentó gingivitis crónica edematosa.

En Cuba, la gingivitis crónica, es la forma más común de enfermedad gingival, se encuentra casi siempre presente en todas sus formas, comienza en edades tempranas de la vida a partir de los cinco años con el cambio dentario, continúa hasta la pubertad, donde hace mayor prevalencia producto de los cambios hormonales de esta etapa, luego decrece gradualmente hasta aproximadamente los 35 años, que es cuando hay un aumento de la prevalencia de la enfermedad periodontal destructiva, convirtiéndose en la primera causa de pérdida dentaria. En general su prevalencia se mantiene alta durante toda la vida con cifras del 90,1 %. (32, 33)

La autora considera que es de vital importancia, continuar trabajando en el entendimiento interdisciplinario de la enfermedad periodontal en su real dimensión donde se compromete no solo los tejidos de soporte del diente; si no además, se afecta un individuo, su calidad de vida y la de su grupo familiar; sus oportunidades laborales, de relaciones interpersonales y autoestima. Además la correcta higiene bucal no es solo cumplir con la frecuencia diaria del cepillado dental, incluye la técnica de manejo del cepillo de manera adecuada con el fin de remover la placa dentobacteriana y retirar los restos de alimento, de ahí la importancia que se le debe conferir a esta práctica, no solo para evitar la instalación de la gingivitis crónica, sino para evitar el agravamiento de la misma es caso de que aparezca, evitar la formación de cavidades patológicas en las superficies dentaria e incluso la halitosis. Es responsabilidad del equipo de salud bucal la educación para la salud, en las consultas estomatológicas o en la comunidad, para promover modos y estilos de salud bucal saludables.

Conclusiones

En el consultorio 6 de San Blas municipio Cumanayagua, la mayoría de los pacientes estudiados presentó gingivitis crónica fibroedematosa, siendo el sexo masculino y el grupo de 34 a 59 años los más representativos, predominando el nivel secundaria terminada y los trabajadores en cuanto a ocupación. El antecedente de caries y la higiene bucal deficiente fueron los factores de riesgo de mayor aparición. Todo esto justifica la labor del especialista, quien a partir de los resultados obtenidos se trazará acciones terapéuticas que incluyan la promoción de salud, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación de los pacientes afectados; con el fin de propiciar modos y estilos de vida saludables.

Recomendaciones

- ✓ Elaborar programas educativos que eleven el nivel de conocimiento de la población y a su propicien la modificación de los factores de riesgos de la gingivitis crónica.
- ✓ Generalizar los resultados de la investigación en el territorio en presentación de jornadas científicas y revistas de impacto.

Referencias bibliográficas:

1. Llanes Llanes E, Valle Portilla M, Rodríguez Méndez G, Almarales Sierra C, Ysasi Cruz M, et al. Guías Prácticas Clínicas de Enfermedades Gingivales y Periodontales. En: Sosa Rosales M de la C. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Ciencias Médicas; 2013. P. 195-260.
2. Morales A, Bravo J, Baeza M, Werlinger F, Gamonal J. Las enfermedades periodontales como enfermedades crónicas no transmisibles: Cambios en los paradigmas. Rev. Clin. Periodoncia Implantol: Rehabil. Oral [Internet]. 2016 [citado 2019 Abr 22]; 9(2):203-207. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07190107201600200019&lng=es.
3. Romero Castro NS, ParedesSolís S, LegorretaSoberanis J, Reyes Fernández S, Flores Moreno M, Andersson N. Prevalencia de gingivitis y factores asociados en estudiantes de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 [citado 2019 Abr 22];53(2):9-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072016000200003&lng=es.
4. Fuentes Fuentes FE. Prevalencia de gingivitis y determinación de necesidad de tratamiento periodontal en individuos adultos de la Comuna de Santiago, Chile. Repositorio de tesis de Universidad de Chile Facultad de Odontología [Internet]. 2015 [citado 2019 Abr 25]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/131914>
5. Boneta E. Prevalence of Gingivitis in a group of 35 to70 years olds residing in Puerto Rico. PRHSJ [Internet]. 2017 [citado 2019 Abr 22]; 36(3). Disponible en: <http://www.prhsj.rcm.upr.edu/index.php/prhsj/article/view/1442/1081.pdf>
6. Martínez Martínez AC, Llerena ME. PeñaherreraMS. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Dom Cien. [Internet] 2017 [citado Abr 2019 22];3(1):99-108. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.1.99-108>
7. Fonseca A, Issa A, Sirica J. Respuesta de los tejidos periodontales al tratamiento protésico. Odous Científica [Internet] 2017 [citado 2019 Abr 12];17(2):15-24. Disponible en: <http://www.servicio.bc.uc.edu.ve/odontología/revista/vol17-n2/art02.pdf>

8. Duque A. Prevalencia de periodontitis crónica en Iberoamérica. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral [Internet]. 2016 [citado 2019 Abr 25]; 9(2) :208-215. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.005>
9. Navarro López J. Enfermedad periodontal en adolescentes. Rev Med Electron. [Internet]. 2017 [citado 2019 Abr 22];39(1):15-23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000100003&lng=es.
10. Cueva Estrella AE. Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes fumadores y no fumadores que acuden a la clínica odontológica de la Universidad de Las Américas. Repositorio Digital Universidad De Las Américas, Facultad de Odontología, Quito, Ecuador [Internet]. 2017 [citado 2019 Abr 22]. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/6705/1/UDLA-EC-TOD-2017-21.pdf>
11. Villegas Rojas IM, Herrada Soto Y, Reyes Martín B. Factores de riesgo de la gingivitis crónica en estudiantes de 15 a 18 años. Colón, 2013. Rev Méd Electrón [Internet]. 2016 [citado 2019 Abr 20];38(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1715/3022>
12. Fajardo Puig ME, Rodríguez Reyes O, Hernández Cunill M, Mora Pacheco N. Diabetes Mellitus y enfermedad periodontal: aspectos fisiopatológicos actuales de su relación. Medisan [Internet]. 2016 [citado 2019 Abr 20]; 20(6):845-50. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192016000600014&lng=es.
13. Villegas Rojas IM, Díaz Rivero A, Domínguez Fernández Y, Solís Cabrera BA, Tabares Alonso Y. Prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal en pacientes diabéticos. Rev Med Electrón [Internet]. 2018 [citado 2019 Abr 20];40(6):1911-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684_18242018000601911&lng=es.
14. Sakugawa F. Factores de riesgo para enfermedades gingivo-periodontales. Rev Fund Juan José Carro. 2016;6(13):4-12.
15. Navarro CV. Afecciones bucodentales más frecuentes. En: Álvarez S.R. Temas de Medicina General Integral, Vol II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015. p. 631-36.

16. Pitts NB. Risk assessment and caries prediction. J Dent Educ 2015;62(10):762.
17. Uraz A, Karaduman B, Cagri Isler S, Goñen S, Cetiner D. Ozone application as adjunctive therapy in chronic periodontitis: Clinical, microbiological and biochemical aspects. Journal of Dental Sciences. 2019;14: 27-37.
18. Pérez AO, Vigo PYY, Vizcay HNL, Gutiérrez TD, Duarte LJ. Eficacia del extracto de *Mangifera indica* L. en pacientes con gingivitis crónica edematosa y fibroedematosa. MediSan. [Internet]. 2019 [citado 2021 May 17];23(6):1023-34. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92620>
19. Rui A, Jamieson LM, Frazão P. Dental caries, periodontal disease and restorative dental care among Indigenous and non-Indigenous groups in Brazil: A descriptive study. Wiley online Library [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 22];49(1):63-9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cdoe.12577>
20. Jeffrey J. Hyman, and Britt C. Reid. Epidemiologic risk factors for periodontal attachment loss among adults in the United States. Journal of Clinic Periodontology. 2017;40(3):230-37.
21. Sosa M, Toledo T, Barciela M de la C, García M, Rojas M, Morgado DE, et al. Programa Nacional de Atención Estomatológica a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/programa_nacional_de_atención_estomatológica/programa_nacional_completo.pdf
22. Morffi Serrano Y. Plan de tratamiento y factores de riesgo en las enfermedades gingivales o periodontales. [Internet]. 2017 [citado 2020 Ene 27]; 21(2):554-556. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1560-43812017000200019&lng=es>.
23. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2016 – 2021. [Internet] 2017. [citado 2020 Ene 7]. Disponible en: <http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Lineamientos%202016-2021%20Versi%C3%B3n%20Final.pdf>
24. Locker D, Slode GD, Murray H. La epidemiología de la enfermedad periodontal entre los adultos más viejos, una revisión. Periodontol 2015.p.16

25. González Díaz ME. Compendio de Periodoncia. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017.
26. Loredó Sandoval Y, Cruz Morales R, Cazamayor Laime Z, Montero Arguelles M. Comportamiento de la enfermedad periodontal inmunoinflamatoria crónica. Jovellanos. Matanzas. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2019 [citado 2021 May 8];41(1):78-89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16841824201900-0100078&lng=es.
27. AL-Chalabi MZ, Mohamed AN. The Efficiency of Ozonated Gel vs Chlorhexidine Gel as Adjunct Treatment to Control Plaque-Induced Gingivitis Assessed by Interleukin-1 β Levels in Gingival Crevicular Fluid (A Comparative clinical trial). J Pharm Sci Res. 2019;11(2): 647-52.
28. Gutiérrez R, Dávila L, Palacios M, Infante J, Arteaga S, Ingeborg P. Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes atendidos en la clínica de periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes durante el periodo 2009 – 2014. Acta Odontológica [Internet]. 2019 [citado 2021 May 8];57(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2019/2/art-4/#>
29. Ordinola Ramírez CM, Barrena Gurbillón MA, Oc Carrasco OJ, Pizarro Salazar O, Chicoma Roque MLJ. Relación de enfermedad periodontal y chacchado de hoja de “coca” Erithroxylum coca (Erythroxylaceae) con cal en trabajadores de construcción civil de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas -2018. Arnaldoa [Internet]. 2020 [citado 2021 May 8];27(1):129-40. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/arnal/v27n1/2413-3299-arnal-27-01-129.pdf>
30. de Castro Yero JL, Torrecilla Venegas R, Yero Mier IM, Castro Gutiérrez I, Muro Rojas L. Caracterización de la gingivitis crónica en la población adolescente. Univ Méd Pinareña [Internet]. 2021 [citado 2021 May 9];1(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/606>
31. Yero Mier IM, García Rodríguez M, Castro Gutiérrez I, Mursulí Sosa M, Morgado Marrero DE, de Castro Yero JL. Impacto de intervención educativa en adolescentes portadores de gingivitis crónica. Área norte Sancti Spiritus. Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual). La

Habana: Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"; 2021.
Disponibile en: <http://www.estomatologia2020.sld.cu>

32. Rodríguez Moreno A, Arcia Cruz L, Moreno Diéguez O, Andrés Medina A, Rojas Pérez L. Eficacia y seguridad de la tintura de manzanilla en el tratamiento de la gingivitis crónica edematosa. MULTIMED [Internet]. 2017 [citado 2021 Abr 20];20(5). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/391>
33. Jiménez Arceo A, Herrero Solano Y, Cabrera Zamora SL, Arias Molina Y, Sánchez Sagué PL. Factores de riesgo asociados a la gingivitis crónica en estudiantes de Medicina. Cibamanz 2020. Disponible en: <http://www.cibamanz2020.sld.cu>

ANEXOS

Anexo 1.

AVAL DEL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN UNIDAD EJECUTORA PRINCIPAL.

El que suscribe: _____,
hago constar que estoy de acuerdo que nuestra institución participe en condición de
institución ejecutora en el proyecto de investigación titulado: _____,
de los autores: _____

Se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de problemas del
centro,y principales problemas de salud del territorio, que tiene como propósito obtener
resultados científicos, económicos y/o sociales:
Científicos:

Social:

Económico:

Y para que así conste firmo el presente documento conjuntamente con el jefe del
proyecto a los____ días del mes de _____ del 20____

Director de la Entidad Ejecutora

Jefe del Proyecto

Anexo 2.

DECLARACIÓN JURADA DEL TUTOR

Yo:

_____, con categoría docente
_____.

Certifico como tutor(a) del trabajo titulado:

_____, que asumo el cumplimiento y desarrollo de la investigación
así como el asesoramiento científico metodológico al residente.

Autora:

Y para que así conste firma la presente:

Nombres y Apellidos del tutor.

Firma y Cuño

Anexo 3.

AVAL DEL CONSEJO CIENTÍFICO

El Consejo Científico de _____ después de analizar,
y discutir el proyecto titulado _____

presentado por su autor principal _____

donde participan como otros autores, _____

_____,
ha decidido aprobar el mismo en la sesión desarrollada el día ____ de ____ del
año ____ quedando en acta según acuerdo No ____ por presentar rigor
científico, con una metodología adecuada a los objetivos que se propone y
estar en correspondencia con las líneas de investigación a desarrollar, según
las necesidades de la institución.

Se avala el mismo para su participación en las:

Proyecto Institucional _____.

Proyecto TTR _____

Proyecto TTM _____

Dado en Cienfuegos a los ____ días del mes de _____ de
_____,

Atentamente,

Presidente del Consejo Científico

Firma _____

Cuño

Anexo 4

Consentimiento Informado.

Yo _____ manifiesto mi mayor
disposición para participar en la investigación

_ bajo el compromiso de que la información obtenida sirva para el análisis estadístico del problema y no se divulgue en el orden personal. Y para que así conste firmo la misma.

Firma del paciente o tutor

Firma del estomatólogo
a cargo de la investigación

Anexo 5

HISTORIA DE SALUD BUCAL INDIVIDUAL

[illegible]

MOD. 4702-4	HISTORIA CLINICA ESTOMATOLOGIA	FECHA:
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA ESTOMATOLOGIA		No DE H. CLINICA:
UNIDAD:	CONSULTORIO No.	
PACIENTE: 1er. APELLIDO:	2do. APELLIDO:	NOMBRE:
DIRECCION:		
EADAD:	SEXO: MASC. () FEM. ()	ESCOLARIDAD:
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL		
ANTECEDENTES		
PATOLOGICOS		
(Personal - Familiar)		
Hemorragicos (eas-		
ción y Medicamentos,		
HABITOS		
Succión Lengua		
Proctati, Cepillado		
Bruismo, Tabaquismo		
Café, Alcohol y otros.		
EXAMEN BUCAL		
(Señalar Afectaciones)		
EXAMEN FISICO		
General		
(Piel y Mucosas,		
Hábito Externo)		

DENTIGRAMA

INFERIOR

(MAXILAR)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

INFERIOR

(MANDIBULAR)

56	54	53	52	51	61	62	63	64	65

DERECHO

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

LINGUAL

45	44	43	42	41	31	32	33	34	35

IZQUIERDO

86	87	88	89	91	92	93	94	95	96

INFERIOR

(MANDIBULAR)

46	47	48	49	59	58	57	56

DIAGNÓSTICO:

PLAN DE TRATAMIENTO:

[illegible]