



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

LICENCIATURA DE CIRUJANO DENTISTA

INCORPORADA A LA UNAM

No. DE ACUERDO CIRE 12/11 DE FECHA 24 DE MAYO DE 2011

CLAVE 8968 – 22

“PREVALENCIA DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE LAS CLINICAS DE PERIODONCIA DE LA UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI, EN EL PERIODO 2016-2017.”

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTAN:

P.C.D. EUNICE GARCIA CRUZ
P.C.D. GERALDINE MARISOL TORRES GIL

ASESOR DE TESIS

C.D. MARIA MELBA DELGADO JAIMES

IXTLAHUACA, MEXICO, A SEPTIEMBRE 2018“





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A Dios

Por darme salud, sabiduría, a una familia preciosa con virtudes y defectos, por darme la oportunidad de tener una preparación académica y estar en cada una de mis metas.

A mis padres

Gracias papas por estar siempre a mi lado, por apoyarme e impulsarme a seguir con mis metas, por hacer de mí una mejor persona, gracias por acompañarme en cada faceta de mi vida, por su tiempo y dedicación, gracias por confiar en mí, sin ustedes no hubiera sido posible culminar esta meta, hay tantas cosas por agradecer y decirles, pero en pocas palabras los amo mucho y gracias por todo.

A mi novio

Por estar siempre a mi lado impulsándome a seguir adelante para lograr mis metas, por ser parte de mi vida, por estar conmigo cuando sentía no poder seguir adelante, gracias por ser una bendición en mi vida, gracias por tu amor y motivación, paciencia, tiempo, gracias por acompañarme en una de las etapas más importantes de mi vida, te amo.

A mis hermanos, cuñados (a), sobrinos (a).

Gracias a todos ustedes por ser parte de mis sueños, e impulsarme a lograr mis metas, por sus palabras que me forjaron a luchar a conseguir una meta más, gracias por ser parte de mis pacientes y confiar en mí, gracias por estar en cada etapa de mi vida.

A Ismerái:

Gracias por ser mi compañera desde la niñez, por tu tiempo, amistad y amor, más que una prima, una hermana que siempre ha estado en las buenas y en las malas, ensañándome el valor de la amistad y confianza, gracias por siempre escucharme y motivándome a lograr cada una de mis metas, gracias por tu apoyo te quiero mucho.

Asesora de tesis

C.D. María Melva Jaimes Delgado, gracias por tomar este proyecto junto con nosotras, por su apoyo, tiempo y dedicación para que se lograra este proyecto de investigación.

C.D.E.P. Gabriela Millán Aguilar,

Gracias por ser parte de los docentes de mi formación académica, por su amplio conocimiento y amor por la periodoncia que me transmitió para querer realizar este proyecto de investigación, gracias por ser una excelente docente, la quiero mucho.

C.D Leopoldo, Angélica, Tania, Mónica, Verónica, Nancy, Mari, Silvia.

Gracias por ser parte de nuestros revisores de tesis, por su tiempo, dedicación, correcciones y darnos un espacio en su apretada agenda para la revisión de este proyecto, que no hubiera sido posible sin la ayuda y buen entusiasmo de cada uno de ustedes, gracias por formar parte de este proyecto.

Docentes de la Universidad de Ixtlahuaca:

Por ser parte de mi formación académica, por su empeño y dedicación como docentes, así también agradezco a todos aquellos docentes que me ayudaron con las inquietudes durante el desarrollo de este proyecto.

Universidad de Ixtlahuaca CUI

Por ser la institución que me forjó como profesionista, por darme las herramientas necesarias para ejercer esta profesión.

Atentamente: Eunice García Cruz

Agradecimientos

A Dios

Por darme la grandiosa oportunidad de hoy llegar a este tan esperado momento, de haber vivido, experimentado y aprendido a lo largo de esta hermosa licenciatura y poder ser mejor en el día a día; por darme salud, y a lo largo de este camino y haber conocido a increíbles seres humanos; y sobre todas las cosas por haberme formado para contribuir a mi país en el sector salud.

A mi madre

Tu mi compañera de toda mi vida, mil gracias mamá por siempre apoyar cada sueño, y estar ahí en cada reto que se me presenta a lo largo de mi vida, por darme la oportunidad de vivir, de soñar y ver hoy culminado esto que juntas hace tiempo emprendimos. Gracias por tu gran ejemplo de mujer, amiga y madre, por sola darme lo mejor siempre, pero sobre todo por demostrarme que jamás hay imposibles que los límites se los pone uno mismo. Gracias por ser la primera que aplaude mis logros y que me levanta de mis fracasos, gracias mamá por hoy seguir a mi lado y ser tu mi fuerza todos los días. Mil gracias mamá. Te amo

A mis abuelos (Armando Gil e Isabel Monroy)

Mi gran ejemplo de vida; a ustedes mi pocho y mi momus, las gracias se quedan cortas con todo lo que me han dado durante este trayecto de mi vida. Gracias por ser las personas que más alientan a cada uno de mis sueños, por alimentar mis ganas de seguir adelante y siempre estar orgullosos de mi. Gracias por siempre apoyarme y ser más que mis abuelos unos padres que junto con mi mamá me han sabido guiar y construir la mujer que hoy soy. Gracias por ser mis cómplices de vida. Los amo

Diana y Mateo

Hermana mil gracias por mostrarme que no hay imposibles, que cuando alguien se pone en mente un sueño lo puede lograr a pesar de las circunstancias. Gracias por darme la oportunidad de ser tía, por estar al lado de Mateo mi increíble sobrino. Me siento inmensamente feliz por compartir hoy esto con ustedes mi familia. Los amo

A mis tíos y tías

Armando, Javier, Yesenia e Isabel, más que mis tíos unos grandes hermanos para mí. Gracias por que desde el día que llegue a sus vidas me recibieron con mucho amor, porque se han esforzado en darme lo mejor, gracias por pintar mi mundo con mucho amor, por siempre apoyar cada sueño y hacerla de todo; por regañarme cuando lo merezco, mil gracias tíos por hoy ser parte de este sueño y siempre motivarme para ser mejor en todo.

América, Maximiliano y Valentina

Los chiquitines de la casa, mil gracias por siempre ser mi motivación, por ser mis primeros pacientes en la clínica de odontopediatría y mostrarme ese gran apoyo siempre, más que mis primos son mis hermanitos; y no me queda más que darles las gracias y decirles que jamás hay imposibles en la vida y que siempre los apoyare en cada sueño y reto que la vida les presente.

Mi bebe

Mi compañera en este trayecto, mi sorpresa, mi motor y a partir de hoy mi vida entera. Quiero que sepas hija que jamás hay imposibles, que tu hoy eres mi todo, mi inspiración para ser mejor ser humano, pues sé que este es el inicio de una genial aventura juntas, te amo mucho mi amor y sé que algún día veras esto y cuando lo leas, quiero que sepas que ninguna circunstancia es difícil cuando se tiene actitud, disciplina y ganas de seguir en la batalla, para conseguir cada uno de tus sueños, y ahí estaré mi pequeña princesa apoyándote siempre en cada momento. Te amo

C.D. María Melva Delgado Jaimes

Nuestra asesora de tesis, gracias por tomar este proyecto y hacerlo también parte de su día a día, por sus geniales correcciones y sobre todo por su gran actitud hacia la vida, por su alegría y sus buenos consejos. Mi admiración y respeto a usted, la quiero mucho

C.D. Gabriela Millán

Gracias doc., por durante los años que laboro en esta institución, me contagio de su amor por la periodoncia, y por convertirse en un ser humano al que admiro y respeto mucho, gracias por darme las herramientas necesarias para dar un buen diagnóstico y ofrecer grandes tratamientos a cada uno de mis pacientes.

C.D. Angélica, Tania, Mónica Rendón, Leopoldo

Gracias por ser nuestros geniales revisores de tesis, durante todo este trayecto, que al inicio se nos hizo tedioso, pero sus excelentes correcciones y sobre todo su buena actitud nos contagió siempre, para hoy verlo culminarlo. Gracias por ser parte de esto. Los queremos y admiramos mucho.

Atentamente: Geraldine Marisol Torres Gil

Índice

1. Antecedentes.....	9
1.1. Definiciones.....	9
1.1.1. Clasificación de la enfermedad periodontal.....	12
1.1.2. Anatomía del periodonto.....	13
1.2. Diagnóstico de la enfermedad periodontal.....	15
1.2.1. Historia Clínica.....	15
1.2.1.1. Historia Clínica periodontal.....	15
1.2.2. Sondas periodontales.....	17
1.2.2.1. Técnicas de sondaje periodontal.....	17
1.3. Plan de tratamiento.....	20
1.3.1. Objetivos del plan de tratamiento.....	20
1.3.2. Terapia Inicial (FI).....	21
1.3.2.1. Control de placa dentobacteriana.....	21
1.3.2.2. Cepillado dental.....	21
1.3.2.3. Limpieza interdientaria.....	22
1.3.2.4. Recurso de la terapia periodontal inicial.....	22
1.3.3. Fase quirúrgica (FII).....	23
1.3.3.1. Gingivoplastía.....	24
1.3.3.2. Cuña distal.....	24
1.3.3.3. Osteoplastía.....	25
1.3.3.4. Ostectomía.....	26
1.3.3.5. Gingivectomía.....	26
1.3.3.6. Injerto gingival libre.....	27
1.3.3.7. Alargamiento de corona.....	28
1.3.3.8. Desbridamiento por colgajo.....	29
1.3.3.9. Regularización de proceso alveolar.....	29
1.3.3.10. Frenectomía.....	30
1.3.3.11. Frenilectomía.....	30
1.3.3.12. Biopsia Incisional.....	31
1.3.3.13. Biopsia Excisional.....	31
1.3.3.14. Apicectomía.....	31
2. Planteamiento del problema.....	32

3. Pregunta de investigación.....	34
4. Justificación.....	35
5. Hipótesis.....	36
6. Objetivos.....	37
6.1. Objetivo general.....	37
6.2. Objetivos específicos.....	37
7. Material y métodos.....	38
7.1. Diseño de estudio.....	38
7.2. Población y universo de estudio.....	38
7.3. Criterios.....	38
7.3.1. Inclusión.....	38
7.3.2. Exclusión.....	38
7.4. Variables.....	39
7.5. Consideraciones Bioéticas.....	41
8. Resultados.....	42
9. Discusión.....	49
10. Conclusión.....	53
11. Anexos.....	55
12. Referencias bibliográficas.....	61

1. Antecedentes

1.1. Definiciones

Salud

La OMS la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (1).

Salud bucal

La OMS la define como la ausencia de enfermedades, trastornos y la ausencia de dolor que afectan al sistema estomatognático, manifestándose como cáncer de boca o garganta, lesiones bucales, defectos congénitos como labio y paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, dolor orofacial crónico, entre otras que limitan la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercute en el bienestar psicosocial (1).

Enfermedad

Alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar físico, social y mental (1).

Enfermedad periodontal

Procesos patológicos del periodonto, que se caracteriza por lesiones que afecta los tejidos que rodean y dan soporte a los órganos dentarios; su principal etiología es la placa dentobacteriana y cálculo dental, siendo estas gingivitis y periodontitis (2,3).

Gingivitis

Es la inflamación de la encía libre o marginal sin pérdida de inserción en el epitelio de unión (4).

Periodontitis

Inflamación de los tejidos periodontales que da como resultado pérdida de inserción clínica y pérdida de hueso alveolar (3).

Periodontitis Crónica

Enfermedad infecciosa de los tejidos de soporte del órgano dentario y la pérdida ósea, caracterizada por la formación de bolsas y / o recesión gingival (3).

Gingivitis Ulcero Necrosante (GUN)

Infección bacteriana de tejidos gingivales marginales e interdenciales, donde existe dolor, necrosis marginal, pseudomembranas de restos necróticos, aliento fétido y úlceras que sangran espontáneamente (5).

Periodontitis Ulcero Necrosante (PUN)

Infección caracterizada por necrosis de tejido gingival, ligamento periodontal y hueso alveolar. Frecuentemente está presente en pacientes con enfermedades inmunodeprimidos (5).

Diagnóstico

Identificación de la existencia o no, de una enfermedad basándose en los síntomas y signos clínicos, para determinar un padecimiento o condición clínica, auxiliándose para ello, en caso de ser necesario, de estudios auxiliares de diagnóstico (6).

Tratamiento periodontal

Conjunto de métodos y técnicas que se realizan para la eliminación de un estado patológico y traumático del periodonto; utilizando medidas higiénicas, farmacológicas y quirúrgicas para llegar a la rehabilitación funcional y estético del periodonto (6).

Procedimiento quirúrgico periodontal

Conjunto de procedimientos (técnicas) que por medio de la cirugía tratan las lesiones o condiciones a nivel de los tejidos periodontales, que son empleados para la rehabilitación del periodonto; con fines regeneradores, funcionales y estéticos (3,6).

1.1.1 Clasificación de la Enfermedad Periodontal

Versión abreviada de la clasificación de la enfermedad periodontal del año 1999 International Workshop American Academy of Periodontology (AAP) (7, 13).

I. Enfermedades Gingivales

- A. Enfermedades Gingivales inducidas por placa dentobacteriana.
- B. Enfermedades Gingivales no Inducidas por placa dentobacteriana

II. Periodontitis Crónica

- A. Por su severidad
 - a. Leve
 - b. Moderado
 - c. Severa
- B. Por su localización
 - a. Localizada
 - b. Generalizada

III. Periodontitis Agresiva

- A. Por su severidad
 - a. Leve
 - b. Moderada
 - c. Severa
- B. Por su localización
 - a. Localizada
 - b. Generalizada

IV. Periodontitis como manifestación de una enfermedad sistémica

- A. Asociada con Enfermedades Hematológicas
- B. Asociada con desordenes Genéticos
- C. Otros no específicos

V. Enfermedades Periodontales Necrosantes

- A. Gingivitis Ulcero Necrosante
- B. Periodontitis Ulcero Necrosante

VI. Abscesos del periodonto

- A. Absceso Gingival
- B. Absceso Periodontal
- C. Absceso Pericoronar

VII. Periodontitis Asociada con lesiones Endodónticas

VIII. Condiciones y deformidades adquiridas o del Desarrollo

- A. Factores relacionados al diente que modifican o que predisponen a gingivitis por placa o periodontitis
- B. Deformidades y Condiciones Mucogingivales alrededor del diente
- C. Deformidades y condiciones Mucogingivales en rebordes alveolares
- D. Trauma Oclusal

1.1.2. Anatomía del Periodonto

La Asociación Americana de Periodoncia describe al periodonto como todos aquellos tejidos que envuelven, rodean y soportan al órgano dentario, los cuales son: encía, cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar (7, 14).

Encía

Parte de la mucosa bucal que cubre la apófisis alveolar de los maxilares y rodea los cuellos de los órganos dentarios. Existen de acuerdo a su Clasificación anatómica de la Encía: Encía marginal, Encía insertada, Encía papilar o interdental (5).

Cemento radicular

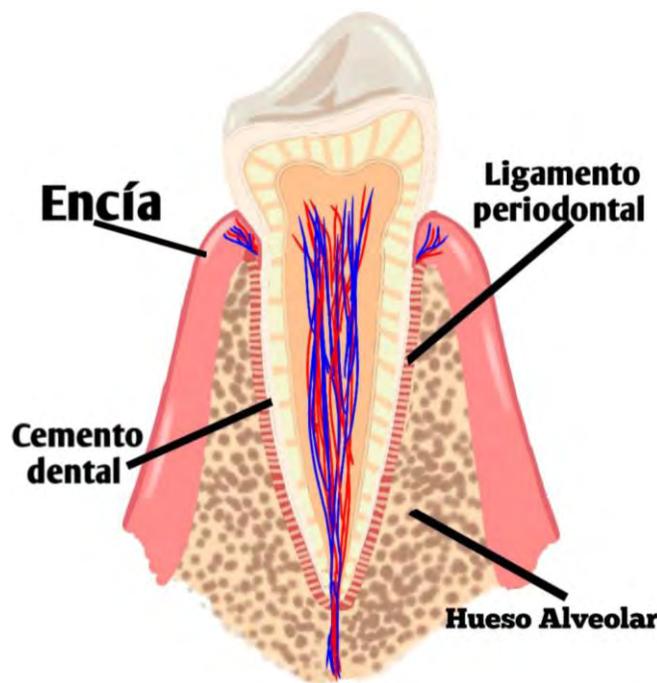
Tejido conectivo duro, avascular, sin inervación, cubre las raíces de los dientes. Tejido mineralizado especializado, el cual tiene la función de revestir la raíz del diente, Adherir las principales fibras del Ligamento Periodontal, protege de la sensibilidad dental, reparación y compensación de estabilidad oclusal (5).

Ligamento Periodontal

Tejido blando altamente vascularizado y celular que rodea a las raíces de los dientes y conecta el cemento radicular como la pared del alveolo (5).

Hueso Alveolar

El hueso alveolar es la parte del hueso maxilar y mandibular que forma y sostiene los alveolos dentarios. Formando parte del periodonto de inserción, junto al cemento y al ligamento periodontal (5). Obsérvese imagen 1



Fuente propia. Imagen 1. Anatomía del periodonto

1.2. Diagnóstico de la enfermedad periodontal

Al principio de cualquier tratamiento, es necesario realizar un diagnóstico detallado, donde la información debe estar basada en la historia clínica del paciente, así como de exámenes clínicos, que incluye sondaje periodontal con el fin de medir profundidad de bolsa y conocer la medida en los niveles de inserción; y en caso de ser necesario se requieren auxiliares de diagnóstico como: radiológicos y de exámenes de gabinete (5,8).

En primer lugar, el diagnóstico periodontal debe determinar si el paciente presenta la enfermedad; después, identificar el tipo, la extensión, la distribución y la gravedad de esta; proporcionando una comprensión de los procesos patológicos y su causa. El foco de interés debe ser el paciente que tiene la enfermedad y no la enfermedad en sí. Por lo tanto, el diagnóstico debe incluir una evaluación general del paciente y la evaluación de la cavidad bucal (8, 9).

1.2.1. Historia Clínica

Documento de carácter médico legal, en donde se tiene información general y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público o privado, el cual, consta de: documentos escritos, gráficos, imagenológicos y estudios de gabinete; los cuales deberán ser registrados por el personal de salud. Anexando constancias y certificaciones correspondientes a su intervención o en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables (9).

1.2.1.1 Historia Clínica Periodontal

Los antecedentes heredofamiliares, patológicos y no patológicos ayudan al odontólogo en el diagnóstico de manifestaciones bucales de pacientes con enfermedades sistémicas, ya que pueden afectar la respuesta del tejido periodontal

a factores locales, o que requieren cuidados o modificaciones especiales en los procedimientos de tratamiento (9).

Durante el interrogatorio la primera pregunta que se hace es acerca el motivo de la consulta, algunos pacientes pueden ignorar el problema, pero muchos se aquejan de presentar sangrado de encías, movilidad dentaria y mal aliento bucal. El paciente puede tener dolor crónico, agudo, localizado, generalizado, espontáneo e irradiado, así como sensibilidad a cambios térmicos (10).

Se debe hacer un estudio radiográfico completo para observar maxilar y mandíbula, órganos dentarios y estructuras vecinas que proporcionan información sobre el estado general de distribución y gravedad de la destrucción ósea en la enfermedad periodontal; las cuales van a servir para guiar la planificación del plan de tratamiento (8, 9).

Existe otro apartado que es el examen periodontal, este debe ser sistemático, empezando en la región molar superior o inferior y después se procede alrededor del arco, es importante detectar los signos iniciales de la enfermedad gingival y periodontal. Las fichas para registrar los hallazgos periodontales y relacionados proporcionan una guía para hacer un examen minucioso y un registro de la enfermedad del paciente, también son usados para evaluar la respuesta al tratamiento y la comparación en las visitas de seguimiento. Existen diversos métodos para evaluar la acumulación de placa dentobacteriana y cálculos. Se puede observar de forma directa la presencia de placa dentobacteriana y cálculos supragingivales, la cantidad se mide con un instrumento de diagnóstico más utilizado para la valoración clínica de la destrucción de los tejidos periodontales, es la sonda periodontal (9,12).

1.2.2. Sonda Periodontal

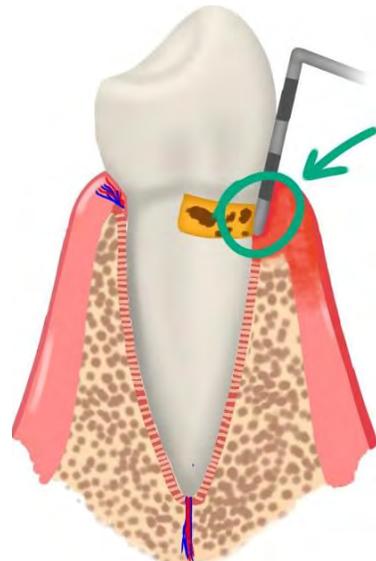
Instrumento finamente calibrado, diseñado y usado para medir la profundidad y establecer la topografía de las bolsas periodontales. Se utiliza para determinar el grado de unión y adaptación de los tejidos gingivales que rodean al órgano dentario (5, 13).

Las sondas periodontales varían en el diseño de su sección transversal y en las marcas milimétricas. Pueden ser rectangulares (planas), ovales o redondas en su dirección transversal, pero todas deben ser lo suficientemente delgadas como para permitir su fácil inserción en la bolsa periodontal. Existen una gran variedad de sondas periodontales, entre las más utilizadas se encuentran: sonda Glickman, sonda de Williams, sonda de Michigan, Carolina de Norte, Goldman-Fox (5, 14).

1.2.2.1. Técnica de Sondaje Periodontal

Para medir una bolsa periodontal, la sonda debe insertarse suavemente con una presión de 20 a 25 gramos paralela al eje vertical del diente para luego deslizar en circunferencia alrededor de cada superficie del diente para detectar la presencia de la bolsa periodontal. La obtención de estos datos, deberán registrarse en un Periodontograma (véase imagen 2) (5, 14).

Imagen 2. Profundidad al sondaje, determina la presencia de una bolsa periodontal de más de 3mm. Fuente propia



Para el examen de sondaje periodontal deben considerarse entre otros los siguientes factores:

a)	Salud Gingival: cuando la encía está inflamada, la sonda frecuentemente pasa a través del epitelio de unión y penetra en el tejido conectivo subyacente exagerando de esta manera la profundidad del saco/bolsa. En tejido sano, el epitelio de unión usualmente resiste esta penetración.
b)	Fuerza aplicada: la fuerza del sondaje es una de las principales variables que afectan la extensión de la penetración de las sondas. Se recomienda una fuerza de sondaje de 20 a 25 gramos.
c)	Angulación: excepto para las caras distales de la última pieza dentaria, dientes localizados en áreas desdentadas, la profundidad de la bolsa interproximal es medida desde la línea del ángulo vestibular -palatino y vestibular-lingual, de modo que una mayor o menor angulación puede determinar diferente profundidad de la bolsa/saco periodontal.

Fuente: F.A. Carranza Periodoncia Clínica de Glickman. Editorial Interamericana 1986 (14).

Tipo de Índice	Concepto	Medición
Índice Gingival	<p>Para este estudio el índice utilizado fue el de Löe y Sillness, este consiste en revisar la superficie vestibular, lingual, mesial y distal de todos los dientes después de secar la encía con aire. El cual nos llevará a un diagnóstico para la elaboración del plan de tratamiento (gingivoplastia, gingivectomía)</p> <p>A cada superficie se le atribuye un valor:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 0= encía normal o sana ➤ 1= inflamación leve, que se manifiesta por ligero cambio de color y ligero edema, ➤ pero no hay sangrado al sondeo. ➤ 2= inflamación moderada con sangrado al sondeo. ➤ 3= inflamación intensa, con enrojecimiento, edema, ulceración y tendencia a la hemorragia espontánea.
Índice periodontal o de Russell	<p>Este indicador proporciona información del número de dientes con enfermedad periodontal, la cantidad de dientes con estructuras de soporte sanas, y también el total de dientes con estructuras de soporte alteradas. El índice se presenta con la medida aritmética de los resultados obtenidos de cada órgano dentario. Los criterios se aplican a todos los dientes y el puntaje es el siguiente:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 0= diente con periodonto sano ➤ 1= gingivitis alrededor de solo una parte del diente ➤ 2= formación de bolsa ➤ 3= pérdida de función por movilidad excesiva.

Fuente: Lindhe k. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica 4^o Edición. Estados Unidos. (Editorial) Panorámica (14).

1.3. Plan de tratamiento

1.3.1 Objetivos del plan de tratamiento.

En todo paciente con periodontitis se debe definir y seguir una estrategia de tratamiento que incluya la eliminación de la infección oportunista. Esta estrategia de tratamiento, también debe definir los parámetros del resultado clínico a lograr. Estos parámetros incluyen:

1. Reducción o resolución de la gingivitis (sangrado al sondeo; (SaS)
2. Reducción de la profundidad al sondeo (RPS)
3. Eliminación de las lesiones de furcación abiertas en dientes multirradiculares
4. Estética y función individual satisfactorias (5).

Sobre la base de esta información obtenida de estudios clínicos longitudinales, que incluyen enfoques terapéuticos quirúrgicos y no quirúrgicos, los objetivos del tratamiento pueden ser mejor especificados; como los siguientes:

1. <70% de los sitios con SaS +
2. Ningún sitio con RPS > 5 mm, pero preferentemente 4 mm
3. Ninguna lesión de furcación de grados II o III (5).

También es válido hacer hincapié en que los factores de riesgo para la periodontitis, que pueden ser controlados, no deben ser desestimados. Los dos principales factores de riesgo para la periodontitis crónica son el inadecuado control de la placa y el hábito de fumar. De ahí que el plan de tratamiento deba incluir medidas para mejorar el mecanismo de control de la placa por parte del paciente (5).

1.3.2 Terapia inicial (F1)

El objetivo de este tratamiento es la eliminación o el control de varios biofilms. La fase inicial, está dirigida a controlar las caries y la gingivitis y a detener la progresión de la destrucción de los tejidos periodontales (5, 16).

1.3.2.1. Control de placa dentobacteriana

La placa dental es una película que no se elimina fácilmente de la superficie dentaria. Las biopelículas están compuestas de complejas comunidades de especies bacterianas que residen sobre las superficies dentarias o los tejidos blandos. Se estima que entre 400 y 1.000 especies pueden, en algún momento, colonizar las biopelículas bucales (15, 16).

Por lo tanto, el ejercicio frecuente de prácticas de higiene bucal es (un requisito para la eliminación adecuada de la placa supragingival. Estas prácticas requieren no sólo la motivación e instrucción suficientes al paciente sino también herramientas adecuadas y del profesional de la salud (16).

1.3.2.2. Cepillado dental

El cepillo convencional es el instrumento utilizado con más frecuencia para eliminar la placa dental. La eficacia del cepillado está dictaminada por tres factores principales: 1) el diseño del cepillo, 2) la habilidad del individuo para utilizarlo, y 3) la frecuencia y duración del cepillado (Fradsen, 1986). Si el cepillado dental se realiza empleando un diseño adecuado de cepillo con una técnica efectiva y durante un período suficiente, se puede lograr el control de la placa dentobacteriana durante un tiempo prolongado (16).

1.3.2.3. Limpieza interdientaria

El Workshop europeo sobre el control mecánico de placa dentobacteriana, propuso: en 1999 las siguientes definiciones:

- Áreas proximales: se refiere aquel estado de salud estas áreas pequeñas; aunque pueden aumentar de tamaño después de la pérdida de inserción periodontal ocasionando los espacios visibles entre los dientes que no están por debajo del área de contacto. (13, 16).

- Interdentario: se refieren: al área que se encuentra por debajo del punto de contacto y en relación con él (13, 16).

Sugiriendo así que la higiene interdental cumple un papel fundamental en la prevención primaria de la gingivitis y la periodontitis, por lo que se destaca la importancia de la eliminación eficaz y habitual de la placa dentobacteriana para el mantenimiento de la salud gingival.

En los pacientes susceptibles a enfermedades periodontales, es de particular importancia la eliminación adecuada de la placa dentobacteriana en los espacios proximales, ya que en estas áreas no solamente aparecen más temprano, sino que la prevalencia es mayor. Sin embargo, solamente el cepillado no puede controlar de manera efectiva la placa dentobacteriana interproximal y se necesitan métodos auxiliares de higiene para eliminarla de estos sitios de difícil acceso (13, 16, 17).

1.3.2.4. Recursos de la terapia periodontal inicial. (Tartrectomía y alisado radicular)

La tartrectomía es el procedimiento por el cual se eliminan la placa dentobacteriana y el cálculo de la superficie dentaria. De acuerdo con la localización de los depósitos, se realiza tartrectomía supragingival o subgingival (5, 14).

El alisado radicular es una técnica de instrumentación en la que se elimina el cemento "ablandado" lográndose una superficie radicular "dura" y "suave" (5, 14).

La tartrectomía y el alisado radicular subgingival pueden realizarse bajo la forma de procedimientos cerrados o abiertos, usando anestesia local. El procedimiento cerrado implica instrumentación subgingival sin desplazamiento intencional de la encía. La superficie radicular no está accesible a la inspección visual directa. El procedimiento abierto requiere la exposición de la superficie radicular afectada mediante el desplazamiento de los tejidos gingivales. Se incide entonces la encía y se eleva un colgajo o se reseca parte de ella para facilitar el acceso y la visibilidad al campo operatorio (5, 16).

1.3.3. Fase Quirúrgica (FII)

La decisión respecto a qué tipo de cirugía periodontal debe realizarse y cuántos sitios deben incluirse, se adopta después de haber evaluado el efecto de las medidas iniciales en relación con la causa. El tiempo transcurrido entre la terminación de la fase terapéutica en relación con la causa y esta evaluación varía entre 1 y 6 meses. Este régimen posee las siguientes ventajas:

1. La eliminación de cálculos (sarro) y placa dentobacteriana ha de eliminar o reducir en forma destacada el infiltrado celular inflamatorio en la encía (edema, hiperemia, baja consistencia de tejidos), hecho que posibilita la

evaluación de los contornos gingivales y de la profundidad de las bolsas "reales" (5, 18).

2. La reducción de la inflamación gingival hace que los tejidos blandos sean más fibrosos y por ende más firmes, lo cual facilita su manejo quirúrgico (5, 18).

1.3.3.1. Gingivectomía

El resultado obtenido debe incluir la erradicación de la bolsa periodontal profundizada y una situación local que permita conservar más fácilmente la higiene (5).

La técnica de la gingivectomía tal como se emplea hoy en día fue descrita por Goldman en 1951; el cual nos dice: Los dientes del área para la cual se ha programado la cirugía deben estar correctamente anestesiados; la profundidad de las bolsas patológicas se determina con una sonda periodontal convencional. A nivel del fondo de la bolsa se perfora la encía con la sonda y se produce un punto sangrante en la superficie externa del tejido blando. La serie de puntos sangrantes producidos describe la profundidad de las bolsas en el área programada para el tratamiento y se usa como pauta para la incisión. Posteriormente se realiza un remodelado óseo, utilizando una fresa de bola de baja intensidad, con irrigación constante de suero fisiológico; con el fin de propiciar un espesor biológico. Finalmente se reposiciona el colgajo y se sutura (5, 19).

1.3.3.2. Cuña distal

En muchos casos, el tratamiento de las bolsas periodontales en la superficie distal de los molares se complica por la presencia de tejidos bulbosos sobre la tuberosidad o por una almohadilla retromolar prominente. El abordaje más directo para la eliminación de la bolsa en esos casos en el maxilar es la gingivectomía. La incisión

se inicia en la superficie distal de la tuberosidad y se lleva hacia adelante hasta la base de la bolsa en la superficie distal del molar (5, 9, 21).

Sin embargo, cuando hay presencia de una sola cantidad limitada o nula de tejido queratinizado o cuando se ha diagnosticado un defecto óseo angular, el tejido prominente debe ser reducido en sus dimensiones en lugar de eliminarlo del todo. Esto se puede realizar con el procedimiento de cuña distal (Robinson, 1966). Esta técnica facilita el acceso al defecto óseo y posibilita preservar cantidad suficiente de encía y mucosa para obtener el recubrimiento con tejidos blandos (5, 9, 21).

La técnica consiste en: se hacen incisiones por vestibular y lingual (entiéndase el término lingual como palatino en el contexto del maxilar) en dirección vertical a través de la tuberosidad o de la almohadilla retromolar, formando una cuña triangular. Las incisiones vestibular y palatino deben extenderse en dirección mesial a lo largo de las superficies vestibular y palatino del molar distal, para facilitar el levantamiento del colgajo. Se reduce el espesor de las paredes de los colgajos vestibular y palatino mediante incisiones socavantes. Las proyecciones sueltas de tejido se eliminan y las superficies radiculares se raspan y alisan. De ser necesario se recontornea el hueso; Los colgajos vestibular y palatino son reubicados sobre el hueso alveolar expuesto y los bordes se recortan para evitar la superposición de los márgenes de la herida. Se aseguran los colgajos en esta posición por medio de una sutura interrumpida. Las suturas se retiran después de una semana, aproximadamente (5, 9, 21).

1.3.3.3. Osteoplastia

El término osteoplastia fue introducido por Friedman en 1955. El propósito de la osteoplastia consiste en crear una forma fisiológica de hueso alveolar sin eliminar hueso "de soporte". En esa situación, la eliminación de hueso no de sostén para reducir la dimensión vestibulolingual del hueso en las áreas interdentes puede facilitar la adaptación del colgajo, con lo cual se reduce el riesgo de necrosis

isquémica de los colgajos mucosos sin soporte, debida a deficiencias en los márgenes del colgajo. La eliminación de hueso que no es de sostén a veces puede ser necesaria para obtener acceso para el desbridamiento intraóseo de la superficie radicular. La nivelación de los cráteres interproximales y la eliminación (o reducción) de paredes óseas de defectos óseos circunferenciales a menudo es denominada "osteoplastia", ya que por lo común no se requiere resección de tejido óseo de sostén (5, 22).

1.3.3.4. Ostectomía

Por medio de la ostectomía se elimina hueso de sostén, es decir, el involucrado directamente en la inserción del diente para reformar deformidades causadas por periodontitis en el hueso marginal e interdental. La ostectomía se considera parte importante de las técnicas quirúrgicas cuyo objetivo es la eliminación de la bolsa periodontal. En periodoncia, como regla general corresponde expresar que es preciso tener cautela cuando se deba eliminar hueso de sostén. Después de exponer el hueso alveolar mediante el levantamiento de un colgajo, las paredes vestibulares y/o lingual de los cráteres se reducen hasta la base del defecto óseo siendo de forma manual o rotatoria según sea al caso (5, 21).

Se considera importante eliminar los pequeños picos (espículas) de hueso que a menudo quedan en el área dañada por la presencia de la enfermedad periodontal en forma de los ángulos diedros. Por consiguiente, el objetivo de la cirugía ósea consiste en establecer una anatomía "fisiológica" del hueso alveolar, pero a nivel más apical (5, 22).

1.3.3.5. Gingivoplastia

La indicación más notoria para gingivoplastia es la presencia de bolsas supraalveolares profundas. Además, la técnica de la gingivoplastia puede utilizarse para reformar contornos gingivales anormales; por ejemplo, cráteres e hiperplasias

gingivales. La gingivoplastia no se considera conveniente en situaciones en que la incisión llevaría a la resección de toda la zona gingival. Esto sucede cuando el fondo sondable de la bolsa por resecar está situado en la unión mucogingival o por debajo de ella. En tal caso puede hacerse, como alternativa, una gingivoplastia con bisel interno. tiene como objetivo la eliminación completa de la bolsa periodontal, el procedimiento no puede usarse en sitios periodontales en que existan lesiones infraóseas o cráteres óseos (5, 16, 23).

1.3.3.6. Injerto Gingival

Los tejidos blandos gingivales y palatinos conservarán sus características originales después del trasplante a áreas de la mucosa alveolar. Por ello, el uso de trasplantes ofrece la posibilidad de predecir el resultado posoperatorio. El tipo de trasplantes utilizados puede clasificarse en 1) injertos pediculados, que después de su aplicación en el sitio receptor mantienen su conexión con el sitio donante y 2), injertos libres, sin conexión con el área donante. Los injertos libres son los más utilizados para el aumento gingival (Haggerty, 1966; Nabers, 1966; Sullivan y Atkins, 1968a; Hawley y Staffileno, 1970; Edel, 1974). En donde la técnica es la siguiente:

- El procedimiento quirúrgico se inicia con la preparación del sitio receptor. Con disección cortante se prepara un lecho perióstico libre de inserciones musculares y de dimensión suficiente. El colgajo de espesor parcial se desplaza apicalmente y se sutura (9, 16, 24).
- Se recomienda confeccionar una plantilla laminar sobre el sitio receptor para asegurarse de que, del área donante, habitualmente la mucosa palatina en la región de los premolares, se obtenga un colgajo que tenga dimensión suficiente y contorno adecuado. La plantilla se transfiere al sitio donante donde se delinea mediante una incisión poco profunda. Luego se disecciona un injerto de aproximadamente 1.5-2 mm de espesor en el área donante. Se recomienda aplicar las suturas sobre el injerto antes de liberarlo por completo del área donante, ya que esta acción puede facilitar su transferencia al sitio receptor (16, 25).

- Él injerto se transfiere de inmediato al lecho receptor preparado y se sutura. Para inmovilizarlo en el sitio receptor, las suturas deben aplicarse en el periostio o en la encía adherida adyacente. Después de la sutura se ejerce presión sobre el injerto durante 5 minutos para eliminar la sangre y los exudados entre el injerto y el lecho receptor. Tanto el injerto como la herida en el paladar se protegen con un apósito (cemento) periodontal. Para mantener el apósito en el sitio palatino por lo común debe adosarse este material con un instrumento para modelar. Las suturas y el apósito periodontal se retiran después de 1-2 semanas (5, 16, 25).

Como la especificidad de la encía está determinada por algún factor intrínseco en los tejidos, el resultado posoperatorio de los procedimientos de extensión vestibular depende del grado con que los diversos tejidos, los cuales contribuyen a la formación del tejido de granulación en el área de la herida (5, 16, 24).

1.3.3.7. Alargamiento de corona

Si la exposición excesiva de encía se debe a la longitud insuficiente de las coronas anatómicas está indicado un procedimiento de alargamiento coronario que reduce la cantidad de encía que se encuentra sobre la corona anatómica y a la vez altera favorablemente la configuración y forma de los dientes anteriores. Para seleccionar el abordaje de tratamiento correcto para alargar las coronas debe incluirse un análisis individualizado respecto de las relaciones entre corona, raíz y hueso alveolar (16, 26).

En los adultos jóvenes con periodonto sano, el margen gingival suele hallarse a 1mm hacia coronal de la unión amelo cementaria. Sin embargo, algunos pacientes pueden tener una altura de encía libre que es superior a 1mm, lo que da por resultado un aspecto desproporcionado de la corona anatómica.

Si el periodonto es de biotipo grueso y existe un "escalón" óseo en la cresta alveolar, el procedimiento por usar es el del colgajo ubicado apicalmente. Los procedimientos

periodontales de alargamiento coronario no son suficientes para resolver sus problemas, sino que el maxilar superior deberá ser impactado con una intervención quirúrgica maxilofacial mayor. (16, 26, 27)

Es necesario evaluar integralmente la relación riesgo-beneficio y de costos antes de recomendar este tipo de tratamiento quirúrgico para corregir problemas estéticos. También es utilizada para alargamiento de corona protésico (16, 26, 27).

1.3.3.8. Desbridamiento por colgajo

Un colgajo periodontal es un corte de la encía, separada quirúrgicamente de los tejidos para proporcionar visibilidad y acceso hacia el hueso y la superficie radicular. El colgajo también permite desplazar la encía en un sitio diferente en pacientes con lesiones mucogingivales. Es la técnica más utilizada, ya que soluciona el 80% de los problemas periodontales que se resuelven en la fase quirúrgica (9, 16, 28).

Objetivos:

- 1. Eliminar bolsas.
- 2. Regenerar y ganar inserción.

Se denomina por cuadrante porque se suele hacer una hemiarcada en cada sesión (5, 16, 28).

1.3.3.9. Regularización de proceso alveolar

Es un procedimiento quirúrgico por el que se eliminan irregularidades del hueso alveolar (protuberancias y crestas agudas) que dificulten el apoyo correcto de una prótesis dental removible, causando la irritación e inflamación de la zona de soporte. Estas protuberancias o crestas agudas pueden originarse a causa de la extracción de piezas dentales, por hiperplasias alveolares o malformaciones congénitas (torus, crestas y apófisis) (5, 16, 31).

Para llevar a cabo la regularización del reborde alveolar es necesario realizar previamente una exploración física y radiológica del paciente y confeccionar un molde que sirva de guía para la planificación de la cirugía a la hora de determinar cuánto desgaste y dónde se ha de realizar sobre el hueso. Si el paciente aún conserva algún diente, se procede a su extracción y posteriormente se descubre el hueso maxilar en las zonas donde es necesario realizar el desgaste, lo que se lleva a cabo manualmente o con un instrumental mecánico rotatorio (fresa), preservando al máximo el periostio. Como cualquier cirugía, la regularización del reborde alveolar no está exenta de complicaciones pudiéndose producir lesiones en vasos sanguíneos y nervios, edemas, hematomas y dolor (neuralgias). También es posible que se reproduzca alguna de las irregularidades del reborde alveolar que se han corregido (5, 16, 31).

1.3.3.10. Frenectomía

Se le llama así a la extirpación quirúrgica de los frenillos anormales de la cavidad bucal (lingual y labial). Consiste simplemente en realizar una pequeña incisión para liberar el frenillo. Se puede hacer tanto en recién nacidos como en niños y/o a veces en adultos y se realiza bajo anestesia local (5, 30).

- Frenillo sublingual: limita la movilidad de la lengua, dificulta la succión y la deglución, produce alteraciones fonéticas, ulceraciones linguales y problemas de desarrollo de los maxilares (16, 30).

- Frenillos labiales (superior e inferior): produce problemas dentales, fonéticos, con las prótesis dentales, y estéticos (labios cortos o retraídos) (16, 30).

1.3.3.11. Frenilectomía

Está indicada por razones ortodónticas y protésicas; interfiere en la colocación de prótesis total; o bien también puede ser llevado a cabo este procedimiento por

razones estéticas. Las ventajas de dicho procedimiento son: evita que el labio desplace la prótesis total y también permite cierre ortodóntico (9, 16, 30)

La frenilectomía es realizada bajo anestesia local, en donde se levanta el labio y se pone en tensión el frenillo. Se realiza una incisión lineal en dirección al vértice del frenillo se separan las fibras ocasionando un pequeño pliegue de mucosa vestibular y tejido conectivo excedente se elimina con tijera; y finalmente se sutura en donde el primer punto de sutura se coloca en la mitad de la herida (la parte más ancha) (16, 31).

1.3.3.12. Biopsia incisional

Es aquel procedimiento quirúrgico en el que se toma una muestra de tejido vivo de un organismo vivo, para examen microscópico y corroborar un diagnóstico; y se recomienda en lesiones de gran tamaño (16, 31).

1.3.3.13. Biopsia excisional

Es aquella en donde se extirpa la lesión completa en un solo tiempo. Esta biopsia incluye habitualmente tejido normal adyacente para tener un margen de seguridad. Es ideal para lesiones pequeñas (16, 31).

1.3.3.14. Apicectomía

Pequeña intervención quirúrgica, con la que se trata de eliminar el proceso infeccioso del diente y del hueso y obturar (cerrar) correctamente el conducto para que no se vuelva a producir la infección. Es un proceso mediante el cual se realiza la remoción de la porción apical de la raíz de algún órgano dentario, así como el tejido infectado involucrado. Mediante radiografías se localiza la punta de la raíz a la altura de la encía y se crea una ventana a través del hueso para poder realizar la limpieza y la obturación retrograda (5, 30).

2 Planteamiento del problema

Las enfermedades periodontales se definen como un grupo de lesiones que afectan los tejidos que rodean y dan soporte a los órganos dentarios, su principal etiología es la placa dentobacteriana (2). Estas afecciones bucales están consideradas como un problema de salud pública tanto a nivel nacional como mundial (33,34).

Por otra parte, la OMS menciona que las enfermedades periodontales son la segunda causa de pérdida de órganos dentarios, que afectan de un 15% a 20% de los adultos de edad media (35-44 años). El 10% de la población adulta sufre trastorno periodontal avanzado (5, 34).

En nuestro país se realizó un estudio por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles (SIVEPAB) México 2014, empleando el Índice Periodontal Comunitario (IPC) donde se obtuvo una alta prevalencia de la enfermedad periodontal, los resultados mostraron de un total de pacientes que acudieron a consulta por primera vez, aproximadamente el 58.7% tenía algún signo de enfermedad periodontal (35, 36).

Aun no se posee información de estudios de la prevalencia de enfermedades periodontales, así como tratamientos quirúrgicos realizados, a nivel Estado de México y municipio de Ixtlahuaca.

La enfermedad periodontal es considerada como un problema de salud, por esta razón es importante que el profesional de la salud bucal esté preparado y pueda realizar un correcto diagnóstico a los pacientes que acuden a consulta privada, así como proporcionarles información de los diferentes tratamientos periodontales que existen y que son necesarios para conservar un periodonto sano (34).

Podemos concluir que la enfermedad periodontal siendo un problema de salud pública y poco investigada surge la idea de desarrollar este tema de investigación,

que se realizó en la Universidad de Ixtlahuaca CUI, ya que se encuentra en esta institución la clínica de periodoncia en donde se realizan tratamientos periodontales; por lo tanto, se desea conocer la prevalencia de las personas que llegan a un estado avanzado de la enfermedad y necesitan para su rehabilitación un procedimiento quirúrgico, esto nos lleva a la siguiente pregunta de investigación; ¿Cuál es la prevalencia de procedimientos quirúrgicos de las clínicas de periodoncia de la Universidad de Ixtlahuaca CUI, en el periodo 2016-2017?.

3. Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de procedimientos quirúrgicos de las clínicas de periodoncia de la Universidad de Ixtlahuaca CUI, en el periodo 2016-2017?

4. Justificación

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades bucales de mayor prevalencia mundial son la caries y la enfermedad periodontal. En México se estima que el 90% de la población padece de alguna de estas enfermedades. En respuesta a estos problemas de salud, la NOM 013 (Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de enfermedades bucales) tiene como objetivo; la protección específica, el tratamiento y rehabilitación de estas entidades (36).

La estructura social de nuestro país muestra la existencia de una considerable proporción de grupos humanos que carecen de recursos económicos y ventajas sociales, ya sea por su desempleo, subempleo o por estar ocupando posiciones muy bajas del sector terciario (servicios) de la población, por lo que, consideramos que esto se establece como variable explicativa del fenómeno, ya que relacionando la enfermedad periodontal con el estrato socioeconómico podemos decir que la enfermedad periodontal está inversamente relacionada a los niveles de ingreso.

Siendo la Universidad de Ixtlahuaca CUI, una institución de carácter social, cuyo objetivo es formar profesionales capacitados para desempeñarse en un modelo de asistencia que se oriente hacia el paciente y la comunidad, es necesario identificar las enfermedades periodontales que más padecen los usuarios de las clínicas, con la intención de brindar mejores opciones de tratamiento, dentro del desarrollo de la práctica profesional.

Por lo que el objetivo de este estudio fue; determinar cuál es la prevalencia de procedimientos quirúrgicos periodontales realizados de las clínicas de la Universidad de Ixtlahuaca CUI, en el periodo 2016 – 2017.

5. Hipótesis

H1. La prevalencia de procedimientos quirúrgicos periodontales es alta en las clínicas de periodoncia de la Universidad de Ixtlahuaca CUI, en el periodo 2016 – 2017.

HA. El desbridamiento por colgajo es el procedimiento quirúrgico con mayor frecuencia

H0. La prevalencia de procedimientos quirúrgicos periodontales es baja en las clínicas de periodoncia de la Universidad de Ixtlahuaca CUI, en el periodo 2016 – 2017.

6. Objetivos

6.1. Objetivo general

- Determinar cuál es la prevalencia de procedimientos quirúrgicos realizados de las clínicas de Periodoncia de la Universidad de Ixtlahuaca CUI, en el periodo 2016 – 2017

6.2. Objetivos específicos

- Detectar cual es el principal problema periodontal basado en los expedientes de los pacientes atendidos en la Clínica de Periodoncia I y II de la Universidad de Ixtlahuaca CUI.
- Determinar en qué género se presenta más prevalencia de enfermedades periodontales.
- Identificar en qué edad es más frecuente padecer una enfermedad periodontal.
- Identificar la frecuencia de procedimientos periodontales y mucogingivales.
- Describir el seguimiento de los pacientes que ingresaron a la clínica de periodoncia, según su diagnóstico y plan de tratamiento.

7. Material y Métodos

7.1 Diseño de estudio

- Retrospectivo
- Observacional
- Descriptivo
- Transversal

7.2 Población y universo de estudio

La muestra estuvo formada por 228 historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos por los alumnos que cursaron la Clínica de Periodoncia I y II de la Universidad de Ixtlahuaca CUI, en el periodo de 2016 - 2017.

7.3 Criterios

7.3.1 Inclusión

- Historias clínicas de pacientes activos de las Clínicas de Periodoncia, en el periodo comprendido del año 2016 - 2017.
- Expedientes completos, firmados y autorizados, clínicas de Periodoncia, en el periodo comprendido del año 2016 – 2017.

7.3.2 Exclusión

- Historias clínicas de pacientes que no hayan continuado su tratamiento en el periodo reportado
- Historias clínicas, mal elaboradas, con datos faltantes; sin diagnóstico periodontal, plan de tratamiento y sin autorización.

7.4 Variables

Variable Independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Género	Sexo al que pertenece el paciente	Por la inspección de la historia clínica, categorizado en: <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Cualitativo	Nominal
Edad	Años cumplidos al ingresar a la clínica de periodoncia y se capturo de acuerdo a la historia clínica	Por la inspección de la historia clínica, según o número de años.	Cuantitativo	Razón

Variable Dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Periodonto sano	Un periodonto sano es aquel en el que no existe presencia de alguna patología en ninguna de las estructuras que lo conforman como: encía, cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar. (5)	Por la inspección de la historia clínica, categorizado en: (5) <ul style="list-style-type: none"> • Técnica al sondeo no mayor a 3mm. • sin presencia de inflamación • sin sangrado • sin supuración. 	Cualitativo	Ordinal
Gingivitis	Es la inflamación de la encía libre o marginal sin perdida inserción en el epitelio de unión (4).	Por la inspección de la historia clínica y basado en la clasificación de las enfermedades periodontales del Workshop der 1999, la gingivitis puede estar asociada a placa o no asociada a placa. (12)	Cualitativo	Ordinal
Periodontitis crónica	Enfermedad infecciosa que resulta en un proceso inflamatorio crónico localizado en los tejidos que dan soporte a los dientes, se caracteriza por pérdida progresiva de la inserción clínica	Por la inspección de la historia clínica, categorizado en: (25) <ul style="list-style-type: none"> • Severidad de la enfermedad 1. Leve con pérdida de 1 a 2 mm pérdida de inserción, profundidad de bolsa 4-5mm.	Cuantitativo	Ordinal

	periodontal y pérdida ósea radiográfica.(25)	<p>2. Moderada con pérdida de inserción de 3 a 4 mm. profundidad de bolsa 6-7 mm.</p> <p>3. Severa con pérdida de inserción \geq 5 mm, profundidad de bolsa 8 o >8 (25) (26)</p> <ul style="list-style-type: none"> Distribución de la enfermedad <p>1. Generalizada si $>30\%$ de las superficies periodontales se encuentran afectadas</p> <p>2. Localizada si $\leq 30\%$ de las superficies están afectadas (25) (26).</p>		
Raspados y alisados radiculares	<ul style="list-style-type: none"> Raspado Radicular: es el proceso en el cual se eliminan la placa y cálculos de las superficies radiculares supragingivales y subgingivales. (15) Alisado radicular: es el proceso por el cual se elimina el cálculo residual incluido y partes del cemento de las raíces para dejar una superficie lisa, dura y limpia. (15) 	Por la inspección de la historia clínica, categorizado según los criterios de Lindhe: por medio del sondaje y presencia de bolsa periodontal. (15)	Cuantitativo	Ordinal
Enfermedades Sistémicas	Es aquella patología que afecta al cuerpo entero, en lugar de una sola parte o un solo órgano. (1)	Por la inspección de la historia clínica, basado en la anamnesis que se le realiza en el paciente. (1)	Cualitativa	Ordinal
Procedimientos quirúrgicos	El término se emplea con referencia a aquello vinculado a una cirugía. Son operaciones	Por medio de la inspección de la historia clínica, la cual fue medida por la revaloración del paciente; basado en el	Cuantitativa	Ordinal

	<p>realizadas por un cirujano para solucionar cualquier trastorno o enfermedad que padezca el paciente. Mediante la cirugía se pueden solucionar dolencias en determinadas partes del cuerpo. (5)</p>	<p>diagnóstico periodontal, empleando el tratamiento que el paciente requiera. (5) Categorizados en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desbridamiento por colgajo sin injerto óseo • Desbridamiento por colgajo con Injerto óseo • Regularización de proceso • Apicectomía • Gingivoplastia • Gingivectomía • Frenilectomía • Alargamiento de corona • Biopsias • Injerto gingival libre 		
--	---	---	--	--

7.5 Consideraciones Bioéticas

El presente trabajo se realizará según las normas de la Declaración de Helsinki y el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Se obtendrá el consentimiento informado de las historias clínicas, se protegerán los datos personales y serán analizados en forma anónima.

8. Resultados

Para este estudio se analizaron 228 historias clínicas de pacientes, de 7 a 89 años de edad, donde el promedio de edad fue de 41.9 ± 16.5 , en su mayoría mujeres con el 60.5 % y hombres con el 39.5 % de la clínica de periodoncia I y II de la Universidad de Ixtlahuaca CUI del ciclo escolar 2016 – 2017.

Las historias clínicas fueron obtenidas de los siguientes grupos de la clínica de periodoncia; grupo 3010 (17.9% historias clínicas), grupo 3020 (4.8% historias clínicas), grupo 3030 (7.4% historias clínicas), grupo 3040 (7.8% historias clínicas), grupo 4010 (15.7% historias clínicas), grupo 4020 (17.9% historias clínicas), grupo 4030 (17.1% historias clínicas) y grupo 4040 (10.9% historias clínicas).

Los desbridamientos por colgajo fue el procedimiento quirúrgico periodontal más frecuente con un 14.9%, seguido de un 11% las regularizaciones de proceso alveolar (véase grafica1).

De los 228 pacientes que ingresaron a la clínica de periodoncia, el 40.3% presento diagnóstico sistémico de aparentemente sano, con un 4.82% de hipertensión arterial y con un 2.63% se encontraron con diabetes mellitus.

La prevalencia de enfermedad periodontal fue del el 70.1%, presentando mayor frecuencia en el género femenino con un 63.2% en comparación al género masculino con un 36.8%. El diagnóstico de gingivitis fue del 17.98%, presentándose con mayor frecuencia en el género femenino con un 51.2%; y del 11.84% los pacientes con diagnostico periodontal de aparentemente sano.

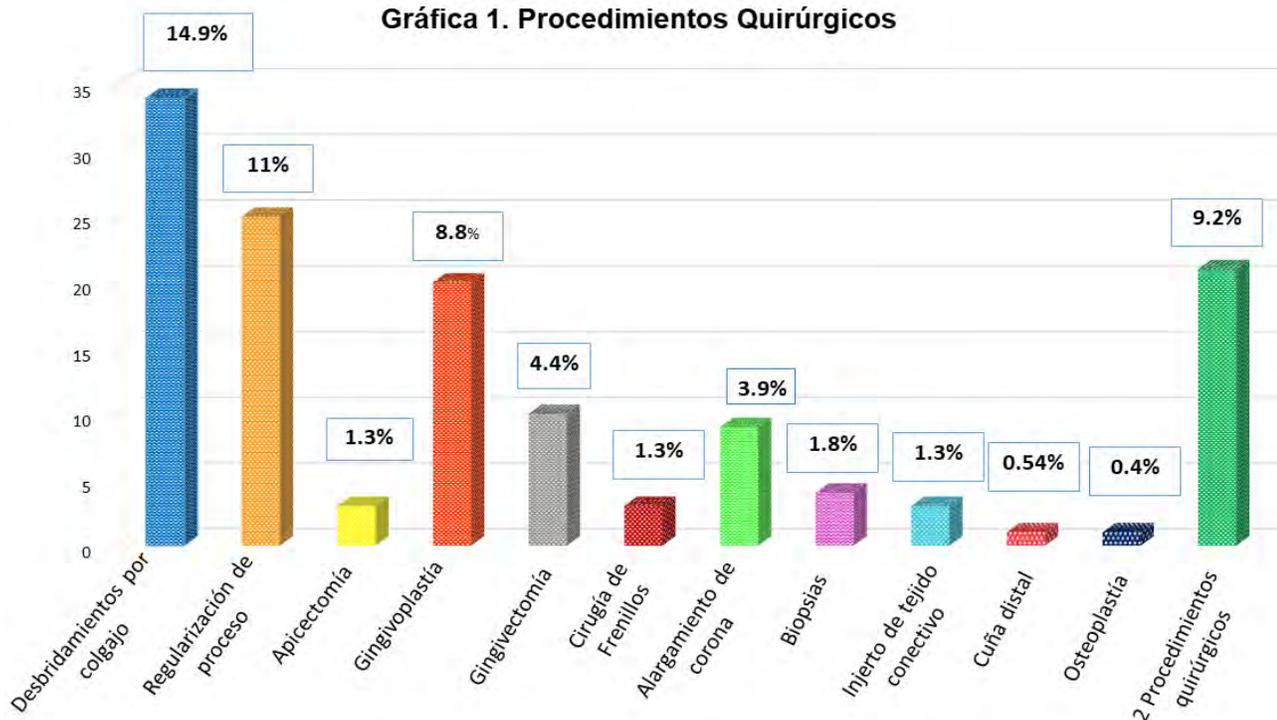
(Véase tabla 1.)

Tabla 1. Análisis descriptivo de los datos

Variables	Masculino	Femenino	Total
n=	90 (39.5)	138 (60.5)	228
Edad	43.5 ± 17.1	39.4 ± 15.9	41.9 ± 16.5
Diagnóstico sistémico			
Clínicamente sano	84 (40.3)	124 (59.6)	208
Diabetes mellitus	2 (33.3)	4 (66.6)	6
Hipertensión arterial	2 (18.1)	9 (81.81)	11
Ambos	2 (66.6)	1 (33.3)	3
Diagnóstico periodontal			
Sano periodontal	11 (40.7)	16 (59.2)	27
Gingivitis	20 (48.7)	21 (51.2)	41
Periodontitis	59 (36.8)	101 (63.2)	160

Fuente: Historias Clínicas de la periodoncia de las clínicas I y II de la Universidad de Ixtlahuaca CUI del periodo 2016- 2017.

Gráfica 1. Procedimientos Quirúrgicos



Fuente: Historias Clínicas de la periodoncia de las clínicas I y II de la Universidad de Ixtlahuaca CUI del periodo 2016- 2017

En la tabla 2, se muestran los resultados de los diagnósticos periodontales por su localización y severidad. Según su localización la periodontitis generalizada es la de mayor frecuencia con el 62.1% en el género femenino y 37.8% en el género masculino. Según su severidad, la periodontitis leve fue la más prevalente presentándose en el género femenino con una frecuencia del 69.1% y el género masculino del 30.9%.

Tabla 2. Análisis del diagnóstico general periodontal según su localización y severidad

Variables	Masculino	Femenino	Total
Localización			
Localizada	6 (30)	14 (70)	20
Generalizada	53 (37.8)	87 (62.1)	140
Severidad			
Leve	26 (30.9)	58 (69.1)	84
Moderada	21 (38.8)	33 (61.6)	54
Severa	12 (54.5)	10 (45.4)	22

Fuente: Historias Clínicas de la periodoncia de las clínicas I y II de la Universidad de Ixtlahuaca CUI del periodo 2016- 2017.

Los hallazgos en el diagnóstico periodontal según su localización y severidad, mostraron que la periodontitis generalizada se presentó en la mayoría de los casos con un 88.1% siendo la periodontitis crónica generalizada leve la más frecuente, presentándose en su mayoría en el género femenino (67.6%). (Véase Tabla 3).

Tabla 3. Análisis del diagnóstico de la enfermedad periodontal

Variables	Masculino	Femenino	Total
Periodontitis Crónica Generalizada			
Leve	22 (32.4)	46 (67.6)	68
Moderada	21 (39.6)	32 (60.3)	53
Severa	11 (55)	9 (45)	20
Periodontitis Crónica Localizada			
Leve	4 (24)	12 (76)	16
Moderada	0 (0)	1 (100)	1
Severa	1 (50)	1 (50)	2

Fuente: Historias Clínicas de la periodoncia de las clínicas I y II de la Universidad de Ixtlahuaca CUI del periodo 2016- 2017.

El análisis del plan de tratamiento según la severidad de la enfermedad periodontal, muestra que todos los pacientes con diagnóstico de periodontitis ingresaron a la fase I; de los cuales el 52% de los pacientes solamente ingresaron a una fase II del plan de tratamiento y un 81% ingreso a una fase III (mantenimiento). De estos pacientes el 10.1% obtuvo su alta periodontal (tabla 4).

Tabla 4. Análisis del plan de tratamiento según la severidad de la enfermedad periodontal

Fases del tratamiento	Leve	Moderado	Severo	Total
Fase I. Inicial	77 (52.02)	53 (35.8)	18(12.1)	148
Fase II	34 (43.5)	27 (34.6)	17 (21.7)	78
Fase III	57 (47.5)	41 (34.1)	22 (18.3)	120
Alta periodontal	8 (53.3)	5 (33.3)	2 (13.3)	15

Fuente: Historias Clínicas de la periodoncia de las clínicas I y II de la Universidad de Ixtlahuaca CUI del periodo 2016- 2017.

Se ingresaron un total de 24 pacientes con diagnóstico periodontalmente sano, mismos pacientes que ingresaron a las 3 fases del plan de tratamiento. De los cuales solo el 20.3% obtuvo su alta periodontal.

De los pacientes que presentaron un diagnóstico de gingivitis, el 18.5% entraron a una fase I del plan de tratamiento, en la fase II se presentó con un 23.8% de los cuales se les realizo gingivoplastía, gingivectomía, frenectomía y frenilectomía; posteriormente con un 20.2% entraron a una fase III y se les otorgo el alta al 32.3%.de los pacientes. (Véase tabla 5)

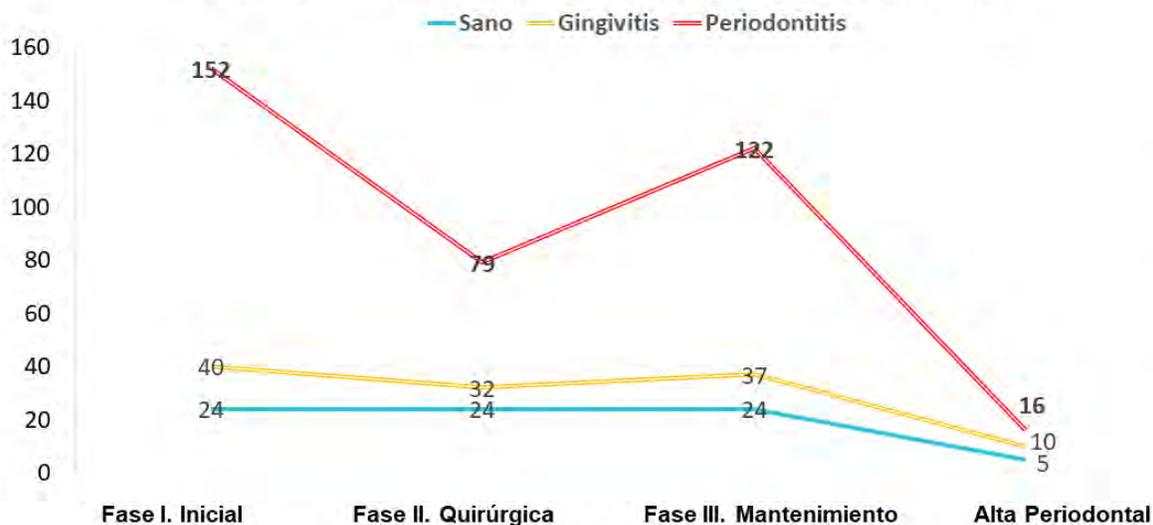
Gran parte de los pacientes presentaron un diagnostico periodontal de los cuales 70.4% entraron en la fase 1 (inicial), posteriormente el 59% siguió en la fase II (procedimientos quirúrgicos), en la fase III (mantenimiento) se observó un 66.7% y con un 51.6% se les otorgo su alta periodontal. (Véase Gráfica 2)

Tabla 5. Análisis del plan de tratamiento según su diagnóstico periodontal

Fases del tratamiento	Sano	Gingivitis	Periodontitis
Fase I. Inicial	24 (11.1)	40 (18.5)	152 (70.4)
Fase II	24 (17.2)	32 (23.8)	79 (59)
Fase III	24 (13.1)	37 (20.2)	122 (66.7)
Alta periodontal	5 (16.1)	10 (32.3)	16 (51.6)

Fuente: Historias Clínicas de la periodoncia de las clínicas I y II de la Universidad de Ixtlahuaca CUI del periodo 2016- 2017.

Gráfica 2. Fases de tratamiento, según el diagnóstico periodontal



Fuente: Historias Clínicas de la periodoncia de las clínicas I y II de la Universidad de Ixtlahuaca CUI del periodo 2016- 2017.

En la siguiente tabla se muestran todos los procedimientos quirúrgicos que se realizaron en las clínicas de periodoncia I y II de la Licenciatura en Cirujano Dentista de la Universidad de Ixtlahuaca CUI en el periodo comprendido 2016 – 2017. En donde se puede observar que el tratamiento con mayor frecuencia fue el desbridamiento por colgajo con un total de 34 tratamientos, de los cuales el 52.9% se llevó a cabo en el género femenino y con un 47.1% en el género masculino. Posteriormente las regularizaciones de proceso alveolar se presentaron con una prevalencia de 25 tratamientos, de los cuales el 52% se llevaron a cabo en pacientes con género femenino y del 48% en el género masculino.

Los tratamientos quirúrgicos que presentaron una menor frecuencia fueron: la cuña distal el cual se llevó a cabo en un paciente con género femenino; y la osteoplastia llevada a cabo en un paciente con género masculino. (Véase tabla 6)

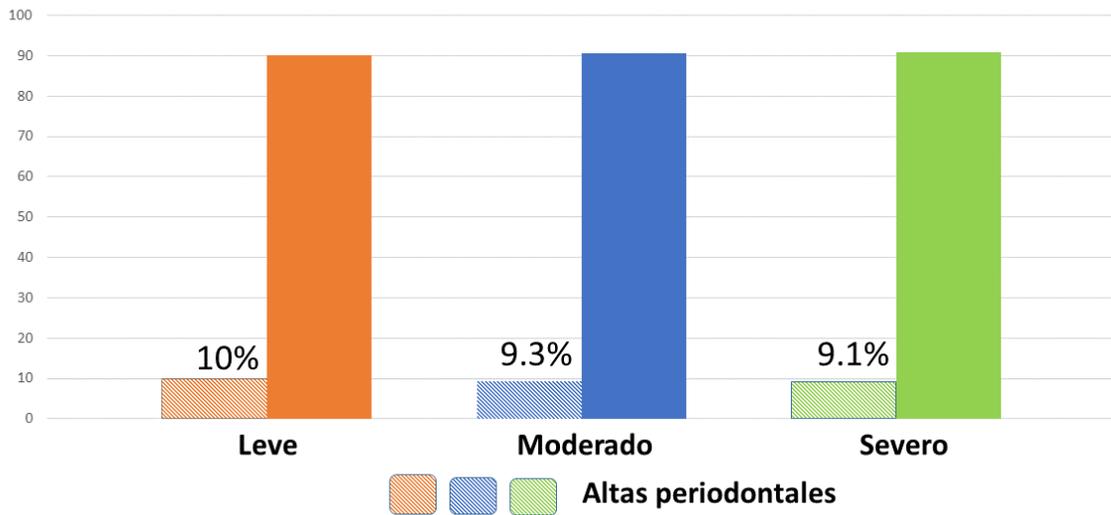
Tabla 6. Procedimientos quirúrgicos

Procedimientos quirúrgicos	Masculino	Femenino	Total
Desbridamientos	16 (47.1)	18 (52.9)	34
Regularización de proceso	12 (48)	13 (52)	25
Apicectomía	0 (0)	3 (100)	3
Gingivoplastia	12 (60)	8 (40)	20
Gingivectomía	5 (50)	5 (50)	10
Cirugía de frenillos	0 (0)	3 (100)	3
Alargamiento de corona	2 (22.2)	7 (77.8)	9
Biopsias	2 (50)	2 (50)	4
Injerto de tejido conectivo	1 (33.3)	2 (77.8)	3
Cuña distal	0 (0)	1 (100)	1
Osteoplastia	1 (100)	0 (0)	1
Procedimientos quirúrgicos asociados	4 (19)	17 (81)	21

Fuente: Historias Clínicas de la periodoncia de las clínicas I y II de la Universidad de Ixtlahuaca CUI del periodo 2016- 2017.

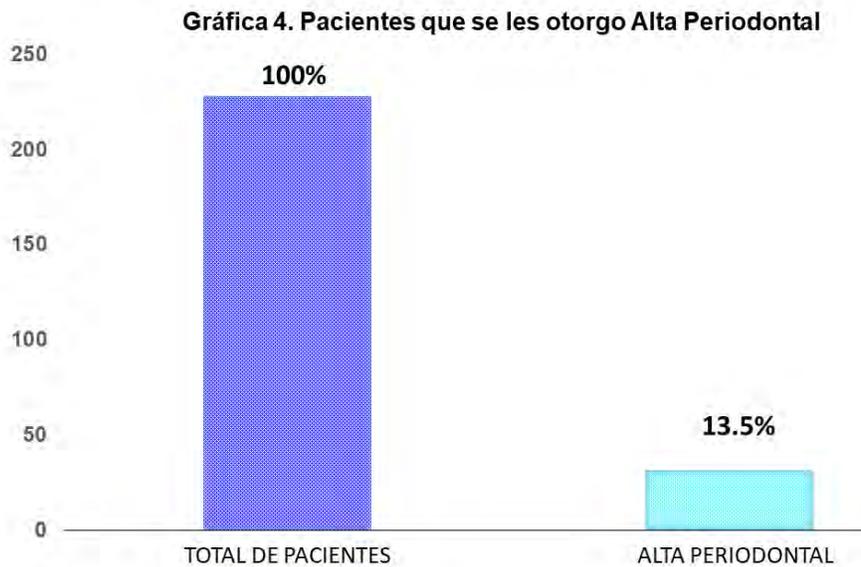
La gráfica 3, nos expresa las altas periodontales según el estado de severidad periodontal, en donde podemos observar que de los 228 pacientes que ingresaron a la clínica de periodoncia I y II de la Universidad de Ixtlahuaca CUI en el periodo comprendido 2016 – 2017 con diagnóstico de periodontitis, se observa que de los pacientes que presentaron periodontitis leve se les otorgo a 10% la alta periodontal; de los pacientes con diagnóstico de periodontitis moderada a 9.3% y con periodontitis severa solo al 9.1%, durante este ciclo escolar.

Gráfica 3. Altas periodontales según la severidad de la enfermedad periodontal



Fuente: Historias Clínicas de la periodoncia de las clínicas I y II de la Universidad de Ixtlahuaca CUI del periodo 2016- 2017.

Del 100% de los pacientes que ingresaron a la clínica de periodoncia I y II de la Universidad de Ixtlahuaca CUI en el periodo comprendido 2016 – 2017, se muestra en la gráfica 4 con un 13.5% a los pacientes que se les otorgo alta periodontal.



Fuente: Historias Clínicas de la periodoncia de las clínicas I y II de la Universidad de Ixtlahuaca CUI del periodo 2016- 2017.

9. Discusión

Los resultados de esta investigación arrojan que la periodontitis crónica generalizada leve fue el diagnóstico periodontal que se presentó con mayor frecuencia; 68 pacientes de los 228 pacientes que ingresaron a la clínica I y II de periodoncia de la Universidad de Ixtlahuaca CUI. Estos hallazgos son similares a lo reportado en la Universidad de California, en donde la periodontitis crónica generalizada constituyó el diagnóstico periodontal más frecuente, esta patología se presenta en adultos y es modificada por alguna enfermedad sistémica u otros factores de riesgo (38).

La prevalencia de enfermedades crónico degenerativas (Diabetes Mellitus, Hipertensión) fue baja en las clínicas de periodoncia I y II. Esto podría deberse a distintos factores, como; que el alumno selecciona a sus pacientes, prefiriendo aquellos de un manejo más sencillo, con menos requisitos para su atención clínica como estudios de gabinete. Esta prevalencia podría no reflejar la situación real de los pacientes que acuden a consulta odontológica en la Universidad de Ixtlahuaca CUI.

La base para establecer un plan de tratamiento adecuado, radica que en todo paciente con periodontitis se debe definir un buen diagnóstico y seguir una estrategia de tratamiento que incluya la eliminación de la infección oportunista. Esta estrategia de tratamiento, también debe definir los parámetros del resultado clínico a lograr (5).

El tratamiento periodontal quirúrgico no solo está indicado en situaciones como en la eliminación de bolsas periodontales profundas. Tras tratamiento periodontal no quirúrgico y reevaluación, también puede indicarse en el tratamiento de defectos óseos de forma a restablecer el contorno óseo fisiológico del hueso alveolar; o en problemas mucogingivales, bien sea por razones de tipo estético o cosmético o por

hipersensibilidad, recesiones de la encía marginal o caries en el tercio cervical tanto de corona anatómica como de raíz anatómica (lesiones de abrasión o atrición).

Otras indicaciones incluyen el desbridamiento de abscesos periodontales agudos. La tendencia a la recidiva, problemas de tipo estético, la posibilidad de aumentar la tendencia a la caries y la sensibilidad dentaria son algunos de los inconvenientes del tratamiento periodontal quirúrgico (40).

El tratamiento global de pacientes con enfermedad periodontal se divide en tres fases diferentes: fase inicial, fase correctiva o quirúrgica y la fase de soporte periodontal o de mantenimiento. Como la mayoría de las formas de enfermedad periodontal son trastornos relacionados con la placa dentobacteriana, el tratamiento periodontal quirúrgico está considerado como un auxiliar del tratamiento periodontal causal inicial. El objetivo principal del tratamiento periodontal quirúrgico es la preservación a largo plazo del periodonto. En este estudio se encontró que el desbridamiento por colgajo fue el procedimiento quirúrgico que tuvo mayor frecuencia, en comparación a un estudio que se realizó en la Universidad de Michigan mostraron que, con el raspado y alisado radicular en comparación al desbridamiento por colgajo, se obtuvieron mejores resultados en pacientes con diagnóstico de enfermedad periodontal crónica generalizada severa, en cuanto a los cambios en el nivel de inserción. (37 -39)

Por lo tanto, en este estudio también se pudo observar que la generación que atendió a los pacientes de la clínica de periodoncia I y II de la Universidad de Ixtlahuaca CUI, tienen un desarrollo clínico-práctico en el abordaje del manejo de procedimientos quirúrgicos con pacientes de enfermedad periodontal, siendo esto una oportunidad para que el estudiante de la Licenciatura en Cirujano Dentista, tenga un mayor conocimiento y así mismo desarrollo profesional más completo, para poder ofrecer un mejor tratamiento a cada uno de sus pacientes. Es por ello, que es importante se sigan empleando estos tratamientos dentro del plan de

estudios, ya que tanto para el alumno, como para la institución es algo que marca diferencia a nivel profesional.

Así mismo en este estudio se expresa un déficit mayor en la atención de la fase III o de mantenimiento; ya que del 100% de los pacientes con diagnóstico periodontal solamente se dieron de alta en el periodo comprendido 2016 – 2017 un 10.1%, lo cual nos refleja que existe un problema en el seguimiento del mantenimiento para poder lograr un alta en los pacientes con diagnóstico periodontal. Esto se debe a muchos factores, tales como: el abandono del plan de tratamiento por el paciente, la falta de interés por el alumno al seguir con una fase de mantenimiento; ya que esta fase no presenta un mayor peso en la evaluación del alumno y así mismo también se ve influenciada por el corto tiempo que tiene el alumno para otorgar dicha fase.

Lo cual podría deberse a la poca atención por parte del alumno, el personal docente disponible/activo, gran demanda que presentan las clínicas, economía del paciente, lejanía de la Universidad, horarios de atención, por lo cual, no se logra en su mayoría otorgar un porcentaje considerable en altas periodontales, así mismo, se puede deducir en muchos de los casos el paciente abandona el plan de tratamiento. Es importante realizar estudios en la Universidad de Ixtlahuaca CUI para conocer la etiología y los factores que desencadenan dicha problemática para mejorar las estrategias de información en la salud bucodental del paciente.

Lo que muestra la necesidad de fortalecer en la formación de los estudiantes y profesores, una actitud ética y comprometida con los pacientes, para proporcionar su motivación e interés en el apego terapéutico, dadas las consecuencias negativas no solo en su salud bucodental, sino también en la salud general de los pacientes sistémicamente comprometidos.

La presente investigación reflejó que la enfermedad periodontal es un problema de salud pública por su alta prevalencia, por su trascendencia y severidad, que

adquiere mayor relevancia al constituirse en un factor potencial para ciertas enfermedades sistémicas, por lo tanto, resulta muy conveniente impulsar investigaciones al respecto para poder contar con información representativa para que la Universidad de Ixtlahuaca CUI impulse estrategias focalizadas que aseguren el apego al tratamiento para la recuperación y mantenimiento de la salud periodontal, dadas las consecuencias irreversibles que pueden generar la falta de adherencia terapéutica en la calidad de vida de las personas.

10. Conclusiones

El tratamiento quirúrgico de la enfermedad periodontal cumple esencialmente dos propósitos: por un lado, crea la accesibilidad para el correcto desbridamiento profesional de las superficies radiculares expuestas; por otro, establece una morfología gingival que facilita el autocontrol de placa y mejora la preservación de sus dientes a largo plazo (41).

Los resultados de este estudio sugieren que la prevalencia de periodontitis crónica de los pacientes que acudieron a la clínica de periodoncia I y II de la Universidad de Ixtlahuaca CUI, es alta en un 70.1%, el procedimiento que presentó una mayor frecuencia fue el desbridamiento por colgajo. La periodontitis fue más prevalente en pacientes con promedio de edad de 47 años con un 87.5% en el género femenino, ya como se sabe que existen factores de riesgo que desencadenan una mayor prevalencia de la enfermedad periodontal en pacientes femeninas, tales como: factores hormonales (menstruación, embarazo, menopausia), por el consumo de anticonceptivos, por estrés, por presencia de enfermedades crónico degenerativas; solo por mencionar algunas. Y en un 12.5% en el género masculino.

La prevalencia de enfermedades crónico degenerativas (Diabetes Mellitus, Hipertensión) fue baja en las clínicas de periodoncia I y II. El porcentaje de pacientes que se ingresan a las clínicas de periodoncia I y II, es alto comparada con las altas periodontales, por lo que, no existe continuidad en los procesos clínicos y de atención periodontal.

En este estudio se observa que existe un mal manejo en la fase III y los pacientes que tuvieron un seguimiento no fue mayor a 20 días, por tal motivo, es importante dar un mayor enfoque, ya que un mal manejo en esta fase puede llevar a que exista una reincidencia de la enfermedad periodontal.

Así mismo, se demostró que el plan de estudios llevado a cabo en la Licenciatura de Cirujano Dentista de la Universidad de Ixtlahuaca CUI, en la materia de periodoncia es bueno, ya que le da al alumno una formación de manera integral, obteniendo así al final de su curso teórico práctico, habilidades como el correcto diagnóstico, plan de tratamiento y manejo quirúrgico en el área periodontal. Derivado de este estudio se sugieren las siguientes recomendaciones:

- Un adecuado manejo de la fase III con revaloración a todos los pacientes que ingresan a la clínica de periodoncia I y II de la Universidad de Ixtlahuaca CUI, para lograr un alta periodontal.
- Elaborar una guía de información (tríptico) para el paciente, en donde tenga conocimiento de lo que es una enfermedad periodontal y sus tratamientos que se llevarán a cabo durante su estancia en la Clínica de Periodoncia; con el fin de que el paciente se haga consciente de la importante enfermedad que tiene y no exista el abandono del tratamiento.

Los resultados de este estudio sugieren una alta prevalencia de procedimientos quirúrgicos periodontales en las clínicas de periodoncia I y II.

1. Anexos

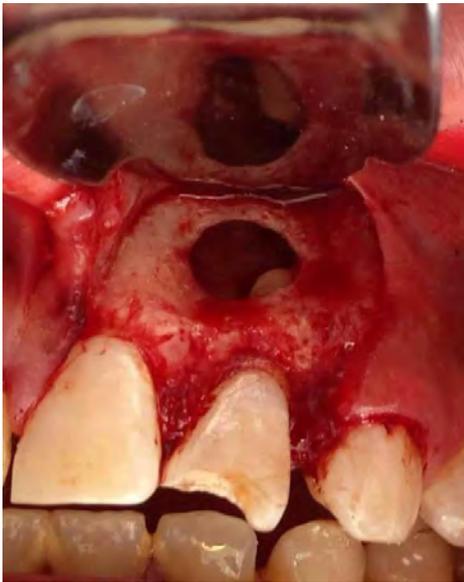
11.1 Procedimientos quirúrgicos

Desbridamiento por colgajo



Paciente masculino de 47 años de edad, con diagnóstico sistémico de aparentemente sano y diagnóstico periodontal de periodontitis crónica generalizada moderada. Se le realizó desbridamiento por colgajo en el cuadrante IV, con la finalidad de retirar el cálculo infragingival; siendo este una fase II del tratamiento periodontal. Fuente propia.

Apicectomía



Obturación retrógrada



Paciente masculino de 28 años de edad; se realizó Apicectomía en el O.D.22 por trauma dental, se realizó colgajo semilunar (semilunar), con obturación retrógrada, se colocó injerto óseo en la cavidad, ocasionada por la lesión apical. Fuente propia.

Biopsia Excisional



Fuente propia.



Procedimiento quirúrgico realizado en el ápice del órgano dentario 14, de un paciente femenino de 37 años de edad, con diagnóstico presuntivo de granuloma; con el fin de realizar una biopsia excisional y mandarlo a estudio histopatológico. Fuente propia.

Gingivoplastia inferior.



Paciente femenino de 29 años de edad; se realizó Gingivoplastia en el sector anterior de la mandíbula por estética dental, se realizo un recorte de los márgenes de la encía con el fin de obtener un contorno gingival parejo, uniforme y simétrico, para lograr una mejor dimensión de los dientes pequeños que presento y eliminación de la encía queratinizado. Fuente propia.

1.3. Control de Placa Dentobacteriana



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

CONTROL PERSONAL DE PLACA DENTOBACTERIANA

NOMBRE: _____ FECHA: _____ # CONTROL: _____



18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38



TOTAL DE DIENTES: _____ # DE CARAS TEÑIDAS: _____ % DE PLACA: _____

FECHA: _____ # CONTROL: _____



18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38



TOTAL DE DIENTES: _____ # DE CARAS TEÑIDAS: _____ % DE PLACA: _____

11.4. Oficio de permiso para revisión de historias clínicas



**UNIVERSIDAD
DE IXTLAHUACA CUI**

SI UNAM

IXTLAHUACA DE RAYON, MÉXICO, DICIEMBRE DEL 2017.

M.C.O. Elizabeth Sánchez Gutiérrez
Directora técnica de la licenciatura de Cirujano Dentista
Universidad de Ixtlahuaca CUI

PRESENTE

Las que suscriben: P.C.D Eunice García Cruz y P.C.D Geraldine Marisol Torres Gil, egresadas de la generación 2011-2016 de la Universidad de Ixtlahuaca CUI; sirva este medio para dirigimos a usted de manera respetuosa y solicitarle su aprobación para revisar expedientes de las Clínicas de Periodoncia I y II del año 2016-2017, para la recopilación de datos de los procedimientos quirúrgicos, además de datos que convengan para el proyecto de Tesis "PREVALENCIA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE LAS CLÍNICAS DE PERIODONCIA DE LA UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI, EN EL PERIODO 2016-2017", considerando que es importante para el seguimiento y conclusión de dicha investigación.

Sin más por el momento esperamos contar con su pronta respuesta. Le agradecemos la atención prestada, reiterándole nuestros saludos y buenos deseos.

ATENTAMENTE

P.C.D Eunice García Cruz

Recibido

M.C.O. Elizabeth Sánchez Gutiérrez

c.c.p Docente de Periodoncia.

P.C.D Geraldine Marisol Torres Gil

Asesor (a)

C.D. María Melba Delgado Jaimes

12. Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/> consultada el 28 de octubre de 2017.

2. Ibraheim, Prevalencia de enfermedad periodontal y algunos factores relacionados entre escolares de 15 años en el estado de Jartum, Sudan. Diario Sudanés de Salud Pública 2010; 4 (5): 187-192.

Glosario de términos de la Asociación de Americana de Periodoncia 2018 Online:
3.

<https://members.perio.org/libraries/glossary/search?executeSearch=true&showAdvanced=true&ProductList=Announcement%2cBlog%2cCommunity%2cEgroup%2cCalendarEvent%2cGlossary%2cNavigation%2cLibrary%2cLibraryEntry&SearchTerm=periodontitis&SearchMatch=all>

4. Koecker A: Ensayo sobre la devastación de la encía y los procesos alveolares. Philadelphia J. Med Phis Sci. 1821; pág 2.

5. Lindhe k. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica 4° Edición. Estados Unidos. (Editorial) Panorámica.

6. Julián Pérez Porto y María Merino. Publicado: 2010. Actualizado: 2013. Definición de: Definicion de tratamiento (<https://definicion.de/tratamiento/>)

7.

SaludPyPEnfermedad.PDisponiblePen:P<http://www.juntadeandalucia.es/averroes/centrostatic/41011>

038/moodle2/pluginfile.php/4501/mod_resource/content/1/Resumen%20Tema%207.%20Salud%20y%20enfermedad.pdf consultada el 28 de octubre de 2017.

8. Rojas A. Pastor J. Clasificación de la Enfermedades del Periodonto. Biblioteca de UNMSM. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/allende_rp/Clasificacion.pdf Consultado el 28 de octubre de 2017.

9. Mueller Hans- Peter. Periodontology, Prologo de Thomas Hassell Editorial Manual Moderno.

10. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2017.

11. Allery D L. & Kerr, D.A (1965). Issue response in the guinea pig to sterile and non-sterile calculus. Journal of Periodontology 36,727-12.

12. Periodontology 2000. Vol. 7, 1995, Páginas 54-68.

13. Attström, R. & Van der Velden, U. (1993). Summary of session 1 In: Lang, N. & Karring, T., eds. Proceedings of the 1st European Workshop in Periodontology. Berlin: Quintessence, pp.120-1

14. American Academy of Periodontology & American Dental Association (1992). Periodontal screening and recording: an early detection system

15. Rose. L.F.et.al Periodontal Medicine. Ed. Derecker 2000 London.

16. F.A. Carranza Periodoncia Clínica de Glickman. Editorial Interamericana 1986.

17. Kocher, T. & Plagmann, F.-C. (1997). The diamond-coated sonic scaler tip. Part I. Oscillation pattern of different sonic scaler inserts International Journal of Periodontics and Restorative dentistry 17,393-399.

18. Leon, E.L & Vogel, R.I. (1987). A comparison of the effectiveness of hand scaling and ultrasonic debridement in furcations as evaluated by differential dark-field microscopy. *Journal of Periodontology* 58, 86-94
19. Ash, M M. (1963). A review of the problems and results of studies on manual and power toothbrushes. *Journal of Periodontology* 34,375-379.
20. Histologic evaluation of new human attachment apparatus formation in humans, Part III. *Journal of Periodontology* 60 683-693.
21. A clinical study of root surface conditioning with an EDTA gel. II. Surgical periodontal treatment. *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry* 20,566-573.
22. Becker, W., Becker, B.E., Caffesse, R., Kerry, G., Ochsenein, C., Morrison, E & Prichard, J. (2001). A longitudinal study comparing scaling, osseous surgery and modified Widman procedures: Results after 5 years. *Journal of Periodontology* 72,1,6751,684.
23. Badersten, A., Nilveus, R. & Egelberg, I (1984). Effect of nonsurgical periodontal therapy. I. Severely advanced periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology* 11,63-76.
24. Axelsson, P & Lindhe, J (1981). The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology* 8, 287-294.
25. Ariado, A.A & Tyrell, H.A. (1957). Repositioning and increasing the zone of attached gingiva. *Journal of Periodontology* 28,706-710.
26. Studies in the alteration of vestibular depth. II. Periosteum retention. *Journal of Periodontology* 33, 354-359.

27. The transpositional flap in mucogingival surgery. International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry 70, 473-482.
28. Surgical reconstruction of the interdental papilla. International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry 18, 467 -473
29. Baelum, V., Fejerskov, O. & Karring T. (1986). Oral hygiene, gingivitis and periodontal breakdown in adult Tanzanians. Journal of Periodontal Research 21 - 221.
30. Bosshardt, D.D. & Selvig, K.A. (1997). Dental cementum: the dynamic tissue covering of the root. Periodontology 2000 1.i.,
31. Karring, T., Lang, N.R. & Loe, H. (1990). The role of gingival connective tissue in determining epithelial differentiation. Journal of Periodontal Research 10, 1-11.
32. Starshak, T. Cirugia bucal preprotésica. Argentina Mundi, 2014. Pags. 113 – 122.
33. Ries Centeno Guillermo. Cirugia bucal, Buenos Aires, 2014. Pags 401 – 407.
34. Pulido, R., González, M., Rivas, M. Enfermedad Periodontal e indicadores de higiene bucal en estudiantes de secundaria Cartagena, Colombia. Enfermedad Periodontal. Salud Pública 2011; 5 (13): 844-852.
35. OMS. Salud Bucodental. Nota informativa No. 318. 2012. Online: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/index.html#content>

36. Sánchez, M., Román, V., Dávila, M., González, P. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas 2011; 16 (2): 110115.
37. Zerón Agustin.MLOS "Los cambios en la odontología mexicana". Revista ADM. Vol. LUI. Mayo-Junio Número 3, México1996. ppl28.
38. Dirección General de Epidemiología. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales. México, Distrito Federal: Secretaria de Salud, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, 2006.
39. Suvan JE. Efectividad en el tratamiento mecánico no quirúrgico de las bolsas. Periodontology 2000 - 2006; 13:48-71
40. Noel Claffey, IoannisPolyzois, ParaskeviZiaca. Revisión de los tratamientos periodontales quirúrgicos y no quirúrgicos. Periodontology 2000. 2005; 11:35-44. 40 Listgarten MA. Periodontal probing: What does it mean?.Journal of Clin Periodontol 1980;7:165176.