



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE LA PERIODONTITIS AGRESIVA EN LAS CLÍNICAS DE
PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS EN EL PERIODO DE
JULIO A OCTUBRE DEL 2017.

Autor

Andrés Roberto Terán Játiva

Año
2018



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE LA PERIODONTITIS AGRESIVA EN LAS CLÍNICAS DE
PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS EN EL PERIODO DE
JULIO A OCTUBRE DEL 2017.

Trabajo de titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Odontólogo.

PROFESOR GUÍA

Dra. Ana María Gaibor Bosquez

Autor

Andrés Roberto Terán Játiva

Año

2018

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

Declaro haber dirigido el trabajo, Prevalencia de la Periodontitis Agresiva en las clínicas de pregrado de la Universidad de las Américas en el periodo de julio a octubre del 2017, a través de reuniones periódicas con el estudiante Andrés Roberto Terán Játiva, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.

.....
Dra. Dra. Ana María Gaibor Bosquez

Periodoncista

CC.1205701145

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

Declaro haber revisado este trabajo, Prevalencia de la Periodontitis Agresiva en las clínicas de pregrado de la Universidad de las Américas en el periodo de julio a octubre del 2017, del estudiante Andrés Roberto Terán Játiva, en el semestre 2017-2018, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.

Dra. Emma María Samaniego Melcumian
Periodoncista
C.I 1715493894

DECLARACIÓN DE AUTORIA DEL ESTUDIANTE

Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

.....

Andrés Roberto Terán Játiva

c.c.1004005730

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios quien ha sido mi guía y mi fuerza para lograr cumplir mis metas y sueños.

A mis Padres a quien les debo todo lo que soy y gracias a ellos estoy donde estoy, les agradezco por brindarme todo su amor y su apoyo incondicional.

A mis amigos con quien compartí momentos difíciles y de mucha alegría, que con su amistad y consejos se ganaron un lugar muy importante en mi corazón.

A mis profesores quien con mucha dedicación y cariño han sabido impartir sus conocimientos a lo largo de mi carrera, principalmente a mi tutora Dra. Ana María Gaibor Bozquez quien me guio durante todo este proceso y se ha ganado mi aprecio y admiración.

Roberto Terán

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo, esfuerzo y logros a mis padres Gilberto y Margarita, a mis hermanas Zaira, Geovy y Cinthya y a mis sobrinos, quienes han sido mi pilar fundamental para lograr mis metas, siendo mi motivación y mi apoyo incondicional para cada día crecer como personas y profesional.

Roberto Terán

RESUMEN

La enfermedad periodontal es una afección inflamatoria de los tejidos blandos que rodean a los dientes y que destruye gradualmente las estructuras de soporte de los dientes. En este estudio hablaremos de 2 tipos de enfermedad periodontal que son la Periodontitis Crónica y la Periodontitis Agresiva. La Periodontitis Crónica se caracteriza por una mayor prevalencia en pacientes adultos. La Periodontitis agresiva se caracteriza por una destrucción periodontal severa y rápida que generalmente afecta adolescentes y adultos jóvenes sistémicamente sanos excepto por la enfermedad periodontal, causando pérdida de dientes en un periodo corto de tiempo. La prevalencia de periodontitis agresiva varía significativamente entre diferentes ubicaciones geográficas. Se estiman que la se encuentra entre 0.3% y 5% en la población latinoamericana.

Objetivo: Determinar la Prevalencia de la Periodontitis Agresiva en las clínicas de pregrado de la Universidad de las Américas

Materiales y Métodos: La presente investigación es de tipo Observacional descriptivo. Ya que en este estudio se revisarán 355 historias clínicas de la Facultad de Odontología de la UDLA con la finalidad de ver cuál es la prevalencia de la Periodontitis Agresiva, obteniendo información necesaria como el número de historia clínica, fecha en la que se abrió la historia clínica y fecha en la que se realizó el tratamiento periodontal, diagnóstico y el PSR (códigos 3y4).

Resultados: En este estudio se revisaron 355 historia clínicas, de las cuales 8 pacientes tenían algún tipo de enfermedad periodontal, de estos 8 el 12.5% presentaron Gingivitis, el 87.5% presentaron Periodontitis crónica, ente ellos el 12.5% tenía Periodontitis Crónica Generalizada Moderada, el 37.5% Periodontitis Crónica Generalizada Severa el 37.5% Periodontitis Crónica Localizada Severa. Y la Periodontitis Agresiva tuvo un 0% de prevalencia en este estudio.

Conclusión: En conclusión, se pudo determinar que la prevalencia de la Periodontitis Agresiva en la Clínica de pregrado de la Universidad de las Américas en el periodo de julio a octubre del 2017 es nulo.

ABSTRACT

Periodontal disease is an inflammatory condition of the soft tissues that surround the teeth and gradually destroys the supporting structures of the teeth. In this study, we will discuss two types of periodontal disease that are Chronic Periodontitis and Aggressive Periodontitis. Chronic Periodontitis is characterized by a higher prevalence in adult patients. Aggressive Periodontitis is characterized by a severe and rapid periodontal destruction that generally affects adolescents and young adults systemically healthy except for periodontal disease, causing tooth loss in a short period. The prevalence of aggressive periodontitis varies significantly between different geographic locations. It is estimated that it is between 0.3% and 5% in the Latin American population.

Objective: To determine the Prevalence of Aggressive Periodontitis in the undergraduate clinics of the Universidad de las Américas.

Materials and Methods: The present investigation is of the descriptive observational type. Since this study will review 355 clinical records of the Faculty of Dentistry of the UDLA in order to see what the prevalence of Aggressive Periodontitis is obtaining necessary information such as the clinical history number, date on which the story was opened clinic and date in which the periodontal treatment, diagnosis and PSR were performed (codes 3 and 4).

Results: In this study we reviewed 355 clinical history, of which 8 patients had some type of periodontal disease, of these 8 12.5% had Gingivitis, 87.5% of patients had chronic Periodontitis, among them 12.5% had Moderate Generalized Chronic Periodontitis, 37.5% Generalized Chronic Periodontitis Severe 37.5% Severe Localized Chronic Periodontitis. In addition, Aggressive Periodontitis had a 0% prevalence in this study.

Conclusion: In conclusion, we can determine that the prevalence of Aggressive Periodontitis in the Clinic of the Universidad de las Américas in the period from July to October 2017 is null.

ÍNDICE

1. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento de problema.....	1
1.2. Justificación	2
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	3
2.1. Periodonto	3
2.1.1. Encía.....	3
2.1.2. Ligamento Periodontal	3
2.1.3. Cemento	3
2.1.4. Hueso Alveolar.....	4
2.2. Enfermedades Periodontales	4
2.2.1. Gingivitis	4
2.2.2. Periodontitis	4
2.2.3. Factores de riesgo asociados a la Periodontitis.....	6
2.2.4. Periodontitis Crónica.....	7
2.2.5. Periodontitis Agresiva	9
2.3. Consecuencias de la Periodontitis.....	10
2.4. Tratamiento de la Periodontitis.....	11
3. CAPÍTULO III: OBJETIVOS	14
3.1. Objetivo General	14
3.2. Objetivo Especifico	14
4. CAPÍTULO IV: MATERIALES Y METODOS	15
4.1. Tipo de Estudio	15
4.2. Universo de la Muestra	15

4.3. Muestra	16
4.4. Criterios de Inclusión.....	16
4.5. Criterios de Exclusión.....	16
4.6. Descripción del Método.....	16
4.7. Análisis Estadístico	17
5. CAPITULO V: RESULTADOS	17
6. Discusión.....	34
7. Conclusión	35
8. Recomendaciones	33
Referencias	37
Anexos	43

ÍNDICE DE TABLAS

1. Tabla 1: Datos utilizados para el cálculo de la muestra.....	17
2. Tabla 2: Descripción de la Muestra	18
3. Tabla 3: Género presente en toda la muestra	20
4. Tabla 4: Exámenes Complementarios.....	21
5. Tabla 5: Diagnóstico global de las historias clínicas.....	22
6. Tabla 6: Diagnóstico de las historias clínicas con enfermedad periodontal	24
7. Tabla 7: Diagnóstico por Género	26
8. Tabla 8: Diagnóstico de Pacientes con Periodontitis Crónica.....	28
9. Tabla 9: Diagnóstico de Periodontitis Crónica por género.....	28
10. Tabla 10: Pacientes con índice PSR 3y4.....	30
11. Tabla 11: Pacientes Diagnosticados con PSR 3y4 (Tabla Cruzada).....	31

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Figura 1: Fórmula para obtener la muestra	17
2. Figura 2: Edad de Intervalos de los pacientes que acuden al CAO.....	19
3. Figura 3: Género de las historias clinicas evaluadas.....	20
4. Figura 4: Exámenes Complementarios.....	21
5. Figura 5: Diagnóstico global de las historias clinicas.....	23
6. Figura 6: Diagnóstico de las historias clinicas con enfermedad periodontal.....	25
7. Figura 7: Porcentaje global de historias clinicas con codigos PSR 3 y 4	27
8. Figura 8: Comparación de índice de placa por edades	29
9. Figura 9: Comparación de índice de placa por género	30
10. Figura 10: Prevalencia de Enfermedad Periodontal por género	32
11. Figura 11: Historias clinicas con codigos PSR (3 y4)	33

1. Introducción

1.1. Planteamiento del Problema

Uno de los problemas más frecuentes que los pacientes refieren en la consulta odontológica es que presentan encías inflamadas y sangrantes, a esta enfermedad se la conoce como gingivitis, lo cual es una forma leve de las enfermedades periodontales.

Es bien aceptado que la presencia de gingivitis por largo tiempo y sin tratamiento, pueden evolucionar en Periodontitis, la cual es una forma muy severa de enfermedad periodontal. La periodontitis es iniciada por bacterias incrustadas en biofilm conocidas como placa dental subgingival e implica complejas interacciones de bacterias con el huésped.

La periodontitis es una enfermedad de origen multifactorial que afecta a los tejidos de soporte del diente (cemento, hueso y encía). Esta enfermedad es de carácter irreversible, que resulta de una compleja relación entre la infección de diversos microorganismos (*Treponema denticola*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivales*) y la respuesta del huésped asociada con su estilo de vida y sus hábitos tales como: higiene oral, actividad física, consumo de alcohol y cigarrillo (Rodríguez, M. et al. 2013).

La enfermedad periodontal es una enfermedad bucal crónica muy común, con una prevalencia global de 10 al 90% en adultos, dependiendo de los criterios diagnósticos. Los factores de riesgo aumentan con la edad, el sexo principalmente en el sexo masculino, la raza, como la afroamericana, y el bajo nivel educativo (Jiang, H. et al. 2016).

Estudio sobre salud bucodental en 1999 por ENSAB III, se pudo encontrar que en la población adulta el 50,2% de las personas presentaban pérdida de inserción periodontal, y la prevalencia aumenta si la edad de los pacientes es mayor (Jaramillo A 2013).

Según estudios se pudo determinar que la enfermedad periodontal afecta al 18 % de la población comprendida entre 25 y 30 años, con un incremento de su

incidencia cuando la edad del paciente aumente, siendo ésta la principal causa de pérdida dental en pacientes adultos. El Centro Nacional de Estadísticas de la Salud y el Instituto Nacional para Investigaciones Dentales en los EE.UU., indica que del 5 al 20 % de la población sufre de formas graves de periodontitis destructivas (Peña,M.et al. 2008).

La principal consecuencia de la periodontitis es la pérdida de inserción de los tejidos periodontales, soporte óseo y la posible pérdida de las piezas dentales, lo cual causa afectación en la oclusión, además en estudios recientes se ha descrito que la enfermedad periodontal se asocia con enfermedades sistémicas, entre ellas problemas respiratorios, diabetes mellitus, resultados negativos en el embarazo y alteraciones cerebrovasculares. La periodontitis es la principal causa de pérdida de dientes en todo el mundo (Li, Y. et all. 2014).

1.2. Justificación

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria causada por microorganismos de la placa bacteriana, y se reconoce por la pérdida de hueso, y posteriormente la pérdida de las piezas dentales sino es tratada a tiempo, (Lu.D.et al. 2017).

Existen dos formas de periodontitis, la crónica y la agresiva, siendo esta última la causante de mayor pérdida de las piezas dentales. Por lo cual a la enfermedad periodontal se la reconoce como un problema de salud pública ya que afecta a la mayoría de la población mundial, es importante realizar este estudio para identificar cual es la prevalencia de las periodontitis agresivas en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas con el objetivo de brindar mejor atención a nuestros pacientes y ayudarles a prevenir y a controlar de mejor manera esta enfermedad.

2.- Marco Teórico

2.1.-Periodonto

El periodonto o también conocido como aparato de inserción tiene la función principal de unir al diente a los tejidos óseos del maxilar y preservar la salud de la mucosa masticatoria de la cavidad bucal. El periodonto está compuesto por, hueso alveolar, encía, ligamento periodontal y cemento.

2.1.1. Encía: La encía recubre al hueso alveolar y bordea el cuello de cada diente. La encía es de color rosado, generalmente presenta textura de “cáscara de naranja”. Está compuesta por una capa epitelial y un tejido conectivo subyacente que se denomina lámina propia y se divide en encía libre y encía adherida. El espacio entre el diente y la encía libre se denomina surco y puede medir hasta 3 mm sin sangrado. El epitelio de unión es el que provee el contacto entre la encía y el diente.

La superficie bucal de las "encías sanas" está revestido por un epitelio bucal que al invaginarse hacia el diente formará el epitelio del surco y el epitelio de unión finalmente, el cual esta adherido con fuerza a la superficie de los dientes por hemidesmosomas y en donde se puede observar macrófagos y neutrófilos. (Lindhe, J.2001).

2.1.2. Ligamento periodontal: Es un tejido fibroso que une el diente al hueso alveolar, y que radiográficamente se ve como un espacio radiolúcido, sus funciones principales son la de soporte del diente, ayuda a la formación de cemento radicular, brindando nutrición además que da la capacidad sensorial al hueso alveolar (Carranza.F, 1996. p 7).

2.1.3. Cemento: El cemento es parte del aparato de inserción, donde se alojan las fibras que están en el ligamento periodontal, es un tejido especializado formado por fibras colágenas que se ubican en diferentes partes de las piezas

dentales, tiene por objetivo mantener al diente en su alveólo y evitar su intrusión o extrusión para resistir las fuerzas masticatorias (Villar, N. et al. 2017).

2.1.4. Hueso alveolar: Es un tejido conjuntivo caracterizado por su matriz orgánica mineralizada que contiene cavidades llamados alvéolos donde se insertan las raíces dentales. El hueso que está entre los alvéolos tiene el nombre de cresta ósea. Es un tejido muy sensible a los cambios por lo que es altamente innervado y vascularizado, además que siempre está en proceso de remodelación ósea (Lindhe, J.2001).

2.2. Enfermedades Periodontales

2.2.1. Gingivitis

La gingivitis es una inflamación reversible de la encía, causada por la presencia de placa bacteriana que se forma en la superficie del diente. Esta enfermedad se resuelve muy rápido cuando el paciente restituye la higiene oral y se retira el Biofilm de la superficie de los dientes. “La mayoría de las personas experimentarán gingivitis leve o transitoria al menos en algún momento de su vida”. (Nagarajan R. et al. 2016).

2.2.2. Periodontitis

La enfermedad periodontal es una afección inflamatoria de los tejidos blandos que rodean a los dientes y que destruye gradualmente las estructuras de soporte de los dientes (Jiang, H. et al. 2016). La progresiva destrucción de los tejidos periodontales como el ligamento periodontal y hueso alveolar resulta en la formación de bolsas, resorción ósea y en el último de los casos la pérdida de dientes si no se trata a tiempo esta enfermedad. La periodontitis es una de las principales causas de pérdida de piezas dentales en el mundo además, ha demostrado ser un importante factor de riesgo para algunas enfermedades sistémicas (Li, Y. et al. 2014).

Las complicaciones con que se relaciona la periodontitis y el sistema cardiovascular se encuentran: infarto del miocardio, endocarditis bacteriana, trombosis, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal. (Peña, M. et al. 2008).

Se relaciona a otras enfermedades sistémicas crónicas como la enfermedad cardiovascular aterosclerótica a través de vías fisiopatológicas comunes, por lo que se puede considerar que al mejorar la salud periodontal se reduce la inflamación local y sistémica y, por lo tanto, se puede reducir el riesgo cardiovascular (Jaramillo, A. 2013).

“Según la Organización Mundial de la Salud aproximadamente el 5-20% de los adultos mayores (65 años) sufren de formas graves de enfermedad periodontal, que si no es tratada puede dar lugar a la pérdida de dientes” (Nezu. A. et al. 2017). La periodontitis puede generar problemas de hemostasia, como el aumento de fibrinógeno plasmático, que afecta a la viscosidad de la sangre. La Periodontitis es grave porque además posee bacterias como *Streptococcus viridans*, responsable de la endocarditis bacteriana (Villar.N, et al. 2017). En América del Norte, se calcula que el 0,1% al 0,2% de los caucásicos, el 0,5% al 1,0% de los hispanos poseen enfermedad periodontal (Clark. D. et al. 2017).

Ensayos clínicos en el Centro de Enfermedades Orales y Sistémicas de la Universidad de Carolina del Norte, informaron la presencia de niveles más altos de *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* y *Treponema denticola*, organismos normalmente asociados con la enfermedad periodontal, en madres de bebés con parto pre término y bajo peso al nacer en comparación con los controles normales. Algunos estudios de intervención sugieren una reducción en los riesgos de parto prematuro y bajo peso al nacer prematuro después de la terapia periodontal mecánica durante el embarazo. Muwazi en su estudio señala que López et al. Encontró una reducción en la tasa de nacimientos prematuros y / o bajo peso al nacer en mujeres que recibieron tratamiento periodontal antes de la semana 28 de gestación cuando se compararon con mujeres que no recibieron ningún tratamiento (Muwazi. L, 2014).

El diagnóstico periodontal se determina mediante el análisis de la información recopilada durante un examen clínico y radiográfico periodontal. Luego se toma una decisión con respecto a la categoría de la enfermedad que está más estrechamente asociada con el estado clínico del paciente. La información recolectada rutinariamente durante un examen periodontal incluye datos demográficos (por ejemplo, edad, sexo, etc.), historial médico, antecedentes de problemas periodontales previos y actuales, mediciones de sonda periodontal (es decir, profundidades de sondeo, pérdida de inserción clínica, etc.). Hallazgos radiográficos y características u observaciones clínicas diversas (p. ej., inflamación gingival, placa / cálculo, movilidad, problemas oclusales). En algunas situaciones, se realizan evaluaciones cualitativas o cuantitativas suplementarias del fluido crevicular gingival (GCF) y la microflora subgingival (American Academy of Periodontology. 2003).

2.2.3. Factores de riesgo asociados a la Periodontitis

Las causas de la enfermedad periodontal son diversas, como son la falta de higiene dental, malos hábitos como el tabaquismo o el consumir alcohol, también se puede presentar por problemas hormonales como en el embarazo.

Los pacientes fumadores son los más afectados con la enfermedad periodontal. El tabaquismo es un factor de riesgo para desarrollar numerosas enfermedades sistémicas, Los fumadores suelen presentar niveles más bajos de hemorragia gingival. Esto se debe al resultado de los efectos de los xenobióticos derivados del humo en las funciones vasculares locales, mientras que el humo del tabaco aparece para aumentar la respuesta inflamatoria. Un estudio determinó que la población de fumadores con periodontitis era de aproximadamente el 50%. Sin embargo, aunque está claro que los fumadores tienen un riesgo mucho mayor de desarrollar periodontitis con lo cual pueden llegar a la pérdida de los dientes, la susceptibilidad a la enfermedad asociada con el tabaquismo varía entre la población (Nagarajan R. et al. 2016).

Una reciente revisión sistemática demostró que una asociación causal entre el tabaquismo y la pérdida de dientes es muy probable y que hay una evidente

disminución en el riesgo de pérdida de dientes para ex fumadores. Recientemente, Nociti y colaboradores recopilaron información de Hugoson y Rolandsson en donde utilizando el análisis de regresión logística múltiple, demostraron que los fumadores de cigarrillos tenían una frecuencia significativamente mayor de profundidad de sondeo ≥ 4 mm y una mayor incidencia de periodontitis en comparación con los no fumadores (Nociti, F. et al 2014).

Las alteraciones hormonales en el embarazo tienen efectos negativos en tejidos periodontales ya que las encías tienen receptores de dichas hormonas. En el embarazo los niveles plasmáticos aumentan, por lo que encontramos cambios microbiológicos, inmunológicos y celulares en el tejido periodontal que ayudan a aumentar la enfermedad periodontal durante la gestación (Rodríguez MJ. et al. 2013).

En otro estudio, el embarazo no demostró ser un agente clave para el desarrollo de la enfermedad periodontal, Sin encontrarse diferencias significativas en la prevalencia de gingivitis (54.54 y 50.50%) y periodontitis (31.82 y 31.75%) entre el grupo testigo el grupo de estudio, sin embargo la enfermedad periodontal fue más grave en mujeres embarazadas: 18.18 y 9.88% (Díaz-Guzmán LM. 2007).

2.2.4. Periodontitis Crónica:

La periodontitis crónica (PC) es caracterizada por la presencia de bolsas periodontales o por una recesión gingival resultante de la inflamación y la pérdida de hueso (Hoath B. et al.2016).

La PC es una enfermedad oral que deja daños estéticos en la cavidad bucal y en su función. Desde el punto de vista psicológico puede generar inseguridad, problemas emocionales, alteración de los mecanismos de defensa, lo que puede empeorar enfermedades preexistentes, incluso infecciosas (Mourão, L. et al. 2015). Las enfermedades periodontales crónicas son muy frecuentes en personas mayores, ya que tiene una prevalencia muy alta, que llega al 98% (Ojehanon. P. 2017). La periodontitis crónica es una enfermedad inflamatoria

que inicia un modelo de destrucción de tejido mediada por la respuesta de los neutrófilos (Fine.N. et al. 2016). Se considera la principal causa de pérdida de dientes en adultos y se asocia con graves impactos en la calidad de vida. (Divaris.K.et al. 2013)

Algunas características de la PC son que la prevalencia es mayor en pacientes adultos, pero de igual manera puede aparecer en pacientes jóvenes como adolescentes y niños; El cálculo subgingival es un hallazgo frecuente por lo que la cantidad de destrucción es consistente con la presencia de factores locales; es asociado con un patrón microbiano variable; la tasa de progresión va de lenta a moderada, pero puede tener períodos de progresión rápida; puede clasificarse además en función del alcance y la gravedad; puede asociarse con factores predisponentes locales (por ejemplo, factores iatrogénicos o relacionados con los dientes); puede modificarse y / o asociarse con enfermedades sistémicas (por ejemplo, diabetes mellitus, infección por VIH); puede modificarse por factores distintos de la enfermedad sistémica, como el tabaquismo y el estrés emocional.

La periodontitis crónica se puede caracterizar además por su extensión y gravedad. La extensión de la enfermedad es la cantidad de sitios involucrados y se puede describir como localizado o generalizado. Como guía general, la extensión se puede clasificar como localizada si $\leq 30\%$ de los sitios se ven afectados y generalizados si es $> 30\%$ de los sitios se ven afectados. La gravedad puede describirse para toda la dentición o para dientes y sitios individuales. Como guía general, la gravedad se puede categorizar en función de la cantidad de pérdida de inserción clínica (CAL) de la siguiente manera:

- Leve = 1 a 2 mm CAL
- Moderado = 3 a 4 mm CAL
- Severo = ≥ 5 mm CAL (Armitage, G. 1999).

2.2.5. Periodontitis Agresiva

La periodontitis agresiva comprende un grupo de formas raras de periodontitis rápidamente progresiva, caracterizada a veces por un comienzo a temprana edad y una tendencia distintiva a la agregación familiar. Esta enfermedad periodontal implica una infección por una microflora muy virulenta, un nivel alto de susceptibilidad del sujeto o una combinación de ellos (García, N. et al. 2016).

Las características de la Periodontitis Agresiva son que excepto por la presencia de periodontitis, los pacientes son clínicamente sanos, la pérdida de inserción y destrucción óseas es muy rápida. Las características secundarias que generalmente, pero no universalmente, están presentes son que las cantidades de depósitos microbianos son inconsistentes con la gravedad de la destrucción del tejido periodontal, tiene proporciones elevadas de bacterias como *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* y, en algunas poblaciones, *Porphyromonas gingivalis* puede estar elevada, además los pacientes presentan anomalías fagocíticas (Armitage, G. 1999).

“La periodontitis agresiva se caracteriza por una destrucción periodontal severa, y generalmente afecta adolescentes y adultos jóvenes, la destrucción periodontal rápida conduce a la pérdida de dientes en un período temprano de la vida de los pacientes.”(Turkoglu. O. et al. 2016).

Una característica principal de la periodontitis crónica que la diferencia de la periodontitis agresiva, es la evidente y rápida progresión de la pérdida de inserción y destrucción ósea que existe en ésta última (Pérez, B 2009). En cuanto a la epidemiología de la periodontitis agresiva se sabe que en los países industrializados se encontró que afecta la dentición primaria de niños entre 5-11 años con frecuencia que oscilan de 0.9% a 4.5%. La mayor parte de los estudios en dentición permanente de jóvenes de 13 a 20 años informaron una prevalencia inferior al 1%, en los niños escolares estadounidenses de 5-17 años la prevalencia se estimó de 0.2% para los blancos y de 2.6% para los afroamericanos. También se ha encontrado una mayor prevalencia en mujeres

que en hombres y menos del 1% de la población menor de 30 años padece periodontitis agresiva (García, N et al. 2016).

La periodontitis agresiva (PA) se divide en generalizada y localizada. La Periodontitis Agresiva Localizada empieza en edades tempranas y la destrucción periodontal es localizada en el sector interproximal de incisivos y molares (Lü, D. et al.2017). La pérdida de inserción interproximal es por lo menos en dos dientes permanentes, y que no incluye más de dos dientes distintos de los primeros molares e incisivos. La Periodontitis Agresiva Generalizada es la que presenta pérdida de inserción interproximal que afecta al menos a tres dientes permanentes distintos de los primeros molares e incisivos (Armitage, G. 1999).

2.3. Consecuencias de la Periodontitis.

La principal consecuencia de la periodontitis es la pérdida de inserción de los tejidos de sostén del diente con lo cual se puede llegar a perder los mismos. En un estudio retrospectivo, encontraron que un promedio de 1,9 dientes de pacientes fue extraídos durante el tratamiento periodontal activo, mientras que el 16% de los pacientes experimentaron extracciones de un promedio de 1,3 dientes durante la fase de tratamiento periodontal de apoyo, que tuvo una duración media de 7,8 años. Además, hasta donde sabemos, la pérdida de dientes no se ha estudiado como resultado de ensayos clínicos aleatorizados de tratamiento periodontal (Preus. H. et al. 2016).

La periodontitis afecta al adulto mayor ya que no solo es la pérdida de dientes una de las mayores causas, sino que en estudios se ha demostrado que la periodontitis agresiva puede ser una fuente periférica que contribuye a la evolución y progresión de demencia. Está bien establecido que la periodontitis agresiva es causada por la respuesta excesiva del huésped a los anaerobios predominantemente gramnegativos (Tonsekar. P, et al.2017).

En el 25% de los pacientes que desarrollan endocarditis bacteriana tienen un historial médico que reporta tratamiento dental reciente. El riesgo de endocarditis existe con todos los procedimientos dentales que causan sangrado gingival.

Procedimientos periodontales que pueden provocar bacteriemia transitoria son, el sondaje de bolsas, el cepillado, terapia periodontal de apoyo, cirugías, la aplicación subgingival de dispositivos antibióticos de liberación lenta y controlada, así como la profilaxis dental. (Eickholz. P. et al.2007).

2.4. Tratamiento de la Periodontitis

El tratamiento se basa en el control adecuado de la carga bacteriana en los pacientes, y el profesional debe controlar los factores de riesgo para influir en el inicio y la progresión de la enfermedad. Con los tratamientos no quirúrgico y quirúrgico, los protocolos son favorables para restablecer la salud periodontal. La prevención de la progresión de la enfermedad y el mantenimiento de la salud periodontal restaurada dependen de la colaboración del paciente y en el monitoreo profesional durante las fases de mantenimiento (Mendez, M. 2016).

El manejo de la periodontitis, se divide en tres fases:

- I) Fase inicial o terapéutica, en la cual se controla el agente causal que es la placa bacteriana.
- II) Fase correctiva, donde comprende tratamientos de cirugía periodontal y se busca corregir la función y la estética de las piezas dentales.
- III) Fase de mantenimiento, que tiene el objetivo de que la enfermedad no sea recurrente (Pérez, B 2009).

Para un control eficaz de la periodontitis agresiva es importante un diagnóstico a tiempo de la enfermedad, la eliminación de los microorganismos patógenos y realizar un mantenimiento del tratamiento a largo plazo. Se debe sugerir al paciente el exhaustivo control de la placa bacteriana usando una buena técnica de cepillado que ayude a reducir el riesgo de reincidencia. Se ha observado que en los pacientes las lesiones periodontales se encuentran principalmente en interproximal, por lo cual es necesario una buena limpieza de esta zona ayudándose de seda dental o de cepillos interdetales.

El detartraje y el raspado radicular se realizan utilizando una serie de herramientas dentales, incluyendo instrumentos ultrasónicos e instrumentos manuales, y pueden dar lugar a una mejora clínica significativa en la gran mayoría de los casos. Un tratamiento alternativo es el uso de láser fotodinámico que ayuda a la eliminación de cálculo subgingival profundo en bolsas $\geq 3,73$ mm de profundidad, ayudando a los instrumentos manuales a eliminar eficazmente la placa dental subgingival y el cálculo, Por lo tanto, el tratamiento con láser fotodinámico puede representar un beneficio potencial en el tratamiento de la periodontitis reduciendo y erradicando ciertos patógenos periodontales en bolsas profundas (Linhua G. et al. 2011).

El uso de antibióticos sistémicos se puede considerar después de la terapia inicial, una vez que se haya reducido la placa microbiana no específica. Idealmente, la terapia antibiótica debe estar basada en la presencia de la microflora subgingival resultante de las tomas de muestras de placa subgingival de los sacos residuales más profundos en cada cuadrante; la sensibilidad antibiótica no es realizada de rutina ya que se conocen la mayoría de los presuntos patógenos periodontales (García, P. et al. 2015).

El efecto sinérgico de la combinación de penicilina con metronidazol es muy utilizado en el tratamiento de la periodontitis y es muy eficaz contra *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*.

Para mejorar la terapia periodontal, se recomienda combinar con otros antibióticos como la Doxiciclina o inhibidores de β -lactamasas como el ácido clavulánico. De esta manera, el uso de esta combinación de amplio espectro ha ido ganando popularidad a pesar del conocimiento general de la microflora subgingival.

Para evitar el desarrollo de cepas bacterianas resistentes, la OMS y la Unión Europea recomiendan que:

- 1) Se evite el uso innecesario de cualquier antibiótico.
- 2) Utilizar antibióticos de espectro estrecho siempre que sea posible.

3) Utilizar antibióticos de amplio espectro o combinación, salvo en casos de infecciones graves que no respondan de otra manera (García, P. et al. 2015).

En conclusión, el uso de antibióticos debe ser un complemento en el tratamiento de la periodontitis ya que estos no sustituyen al raspado y alisado radicular (Pérez, B 2009).

Las pruebas clínicas muestran la eficacia de la terapia antibiótica tópica en esas condiciones. La administración local de antimicrobianos sería más adecuada para el tratamiento de la enfermedad periodontal (Sociedad Española de Periodoncia. 2005).

3. Objetivos

3.1. Objetivo general:

- Determinar la Prevalencia de la Periodontitis Agresiva en las clínicas de pregrado de la Universidad de las Américas.

3.2. Objetivos específicos:

1. Reconocer el género más afectado por la Periodontitis.
2. Identificar historias clínicas con códigos 3 y 4 del PSR que no hayan sido diagnosticados y tratados con terapia periodontal.

4. Materiales y métodos

4.1. Tipo de estudio.

El presente estudio es de tipo Observacional-Descriptivo.

La presente investigación es de tipo Observacional descriptivo. Ya que en este estudio se revisarán historias clínicas de la Facultad de Odontología de la UDLA para ver cuál es la prevalencia de la Periodontitis Agresiva.

4.2. Universo de la muestra

El universo estará constituido por todos los pacientes nuevos que hayan abierto historias clínicas en el Centro de Atención Odontológica (CAO-UDLA) entre los meses de julio y octubre del 2017.

4.3. Muestra

Serán seleccionados 355 historias clínicas según los criterios de inclusión y exclusión.

4.4. Criterios de inclusión

- Historias clínicas abiertas desde julio hasta octubre del 2017.
- Historias clínicas de pacientes diagnosticados con Enfermedad Periodontal.
- Historias clínicas de pacientes sistémicamente sanos, excepto por la periodontitis.

4.5. Criterios de exclusión

- Historias clínicas de pacientes con edentulismo total.
- Historias clínicas de mujeres embarazadas.
- Historias clínicas de pacientes con enfermedades sistémicas.
- Historias clínicas abiertas antes de julio y después octubre del 2017.

4.6. Descripción del método

Para realizar este estudio, se realiza una petición de permiso con la coordinadora de clínica, la Dra. Pilar Gabela para poder observar las historias clínicas del CAO de la UDLA, posteriormente se constata que todas historias clínicas estén firmadas con el consentimiento informado y se selecciona las historias clínicas que hayan sido abiertas entre los meses de julio y octubre del 2017, observando los periodontogramas aceptados y firmados por un tutor periodoncista.

4.7. Análisis estadístico

Para un correcto análisis estadístico de la información recopilada durante la revisión de historias clínicas será empleada en Excel y SPSS que permitirá la descripción estadística en tablas o gráficos de frecuencia y porcentaje de los resultados encontrados en el estudio, facilitando su interpretación.

5. RESULTADOS

Tamaño de la muestra para estimación de frecuencias.

con Marco muestral conocido

Fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Figura 1. Fórmula para obtener el la muestra.

Detalle:

- n:** Tamaño de la muestra para estimación de frecuencias.
- N:** Tamaño del marco muestral.
- NC:** Nivel de Confianza.
- Z:** Es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. Usualmente se utiliza 1,96 (NC = 95%)
- p:** Proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Normalmente se obtiene de la prueba piloto
- q:** Proporción de individuos que no poseen la característica de estudio, es decir, es 1-p.
- d:** Precisión o error muestral esperado.

Tabla 1. Datos utilizados en el cálculo de la muestra

Nivel de confianza	75%	80%	85%	90%	95%	97,50%	99%
Valor de Z	1,15	1,28	1,44	1,65	1,96	2,24	2,58

Tabla 2. Descripción de la Muestra.

EDAD INTERVALOS			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Menor a 20 años	70	19,7
	20 a 29 años	144	40,6
	30 a 39 años	62	17,5
	40 a 49 años	42	11,8
	50 a 59 años	26	7,3
	Más de 60 años	11	3,1
	Total	355	100,0

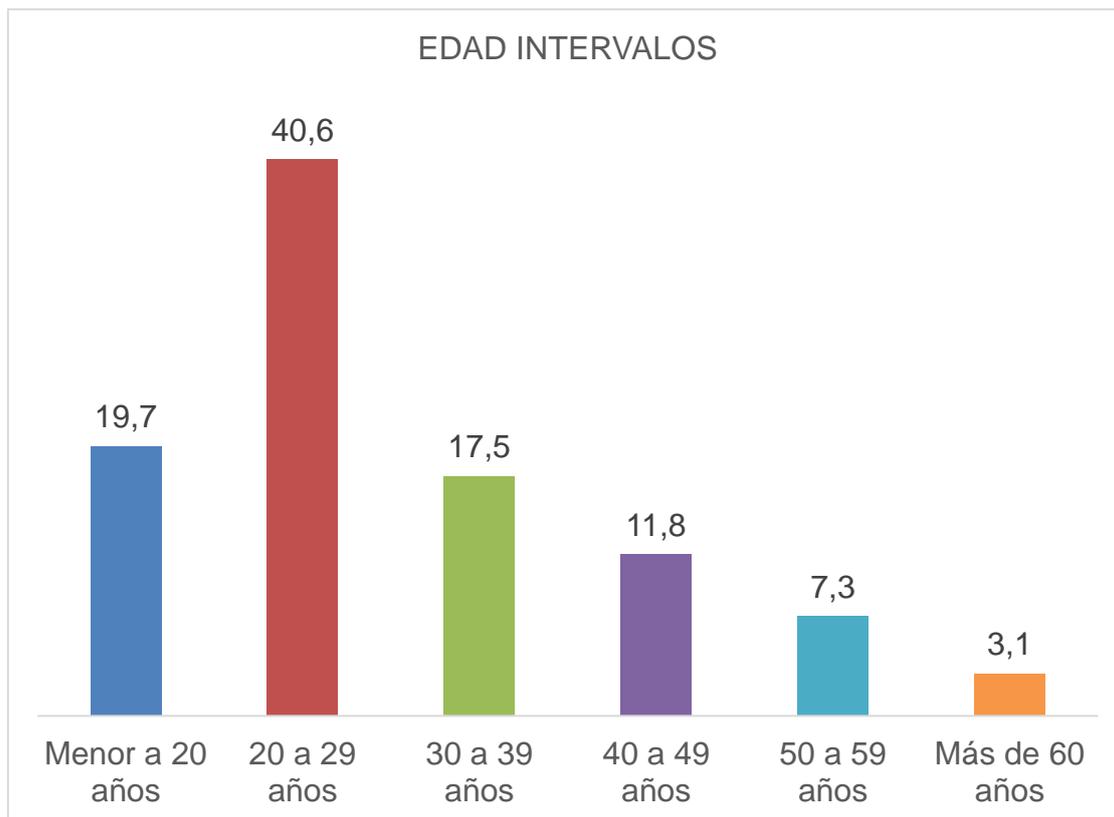


Figura 2. *Edad de Intervalos de los pacientes que acuden al CAO.*

Los porcentajes más representativos de las edades de los pacientes que asistieron a la CAO en el periodo de julio a octubre con un el 40,6% están entre 20 a 29 años, seguidos por el 19,7% con menores a 20 años, y el 17,5% están entre 30 a 39 años y el 11,8% entre 40 a 49 años.

Tabla 3. Género presente en toda la muestra.

GÉNERO PRESENTE DE TODA LA MUESTRA			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Masculino	169	47,6
	Femenino	186	52,4
	Total	355	100,0

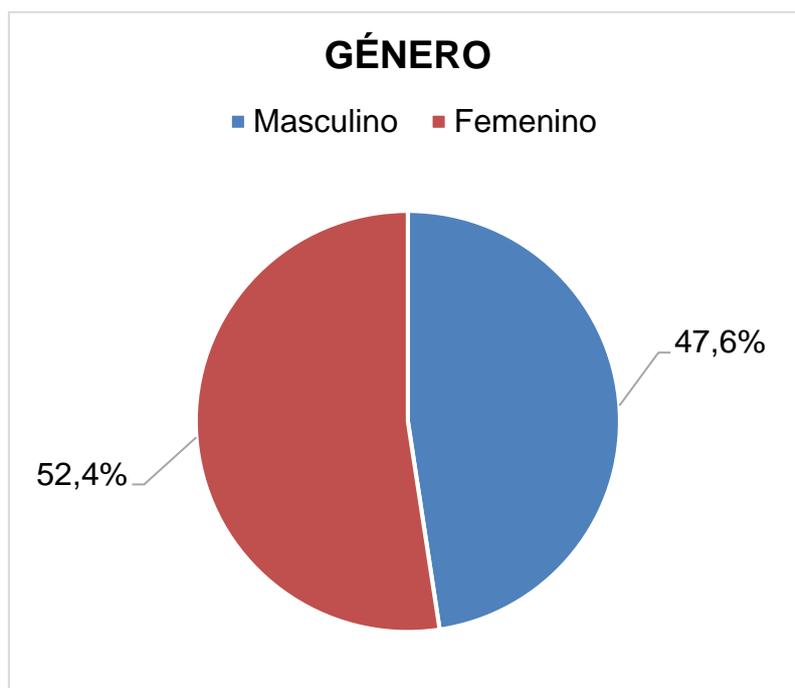


Figura 3. Género de las Historias clínicas evaluadas.

De las historias clínicas evaluadas el 47,6% de los pacientes son de género masculino y el 52,4% son de género femenino.

Tabla 4. *Exámenes complementarios.*

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	346	97,5
	Rx	9	2,5
	Total	355	100,0

Figura 4. *Exámenes complementarios.*

En los exámenes complementarios, el 97,5% no lo realizan y el 2,5% solo realizan RX.

Tabla 5. *Diagnóstico global de las historias clínicas.*

DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	347	97,7
	Gingivitis Asociada a la Pubertad	1	0,3
	Periodontitis Crónica Generalizada Moderada	1	0,3
	Periodontitis Crónica Generalizada Severa	3	0,8
	Periodontitis Crónica Localizada Severa	3	0,8
	Total	355	100,0

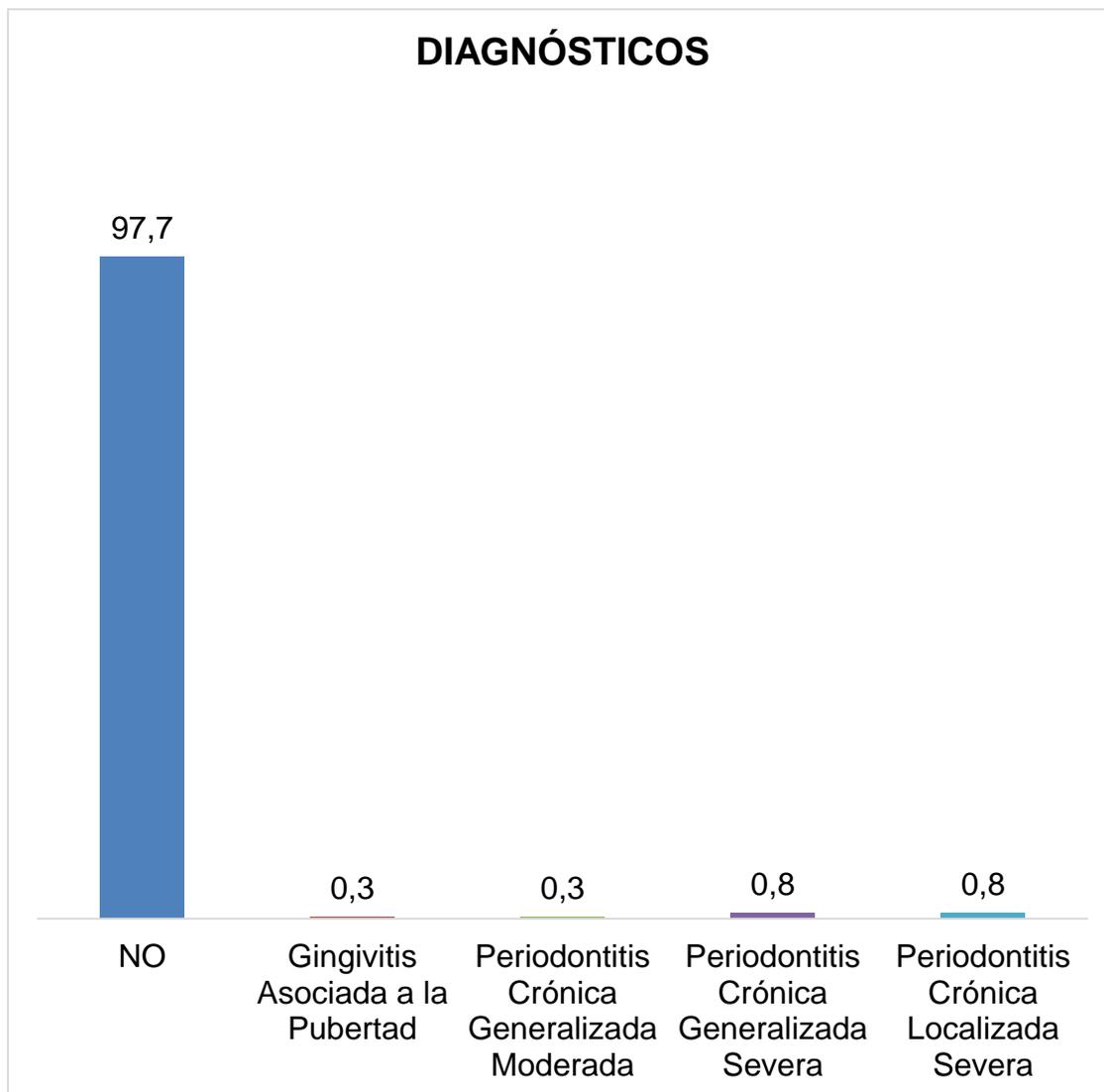


Figura 5. *Diagnóstico global de las historias clínicas.*

En forma global el 97,7% de las Historias clínicas evaluadas No tienen diagnóstico de ninguna enfermedad periodontal, el 0,3% tienen Gingivitis Asociada a la Pubertad, el 0,3% tienen Periodontitis Crónica Generalizada Moderada, el 0,8% tienen Periodontitis Crónica Generalizada Severa y el 0,8% tienen Periodontitis Crónica Localizada Severa.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS DE LOS PACIENTES CON ALGUNA AFECTACIÓN PERIODONTAL

Tabla 6. *Diagnóstico de las historias clínicas con enfermedad periodontal.*

DIAGNÓSTICOS PERIODONTALES ENCONTRADOS			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Gingivitis Asociada a la Pubertad	1	12,5
	Periodontitis Crónica Generalizada Moderada	1	12,5
	Periodontitis Crónica Generalizada Severa	3	37,5
	Periodontitis Crónica Localizada Severa	3	37,5
	Total	8	100,0

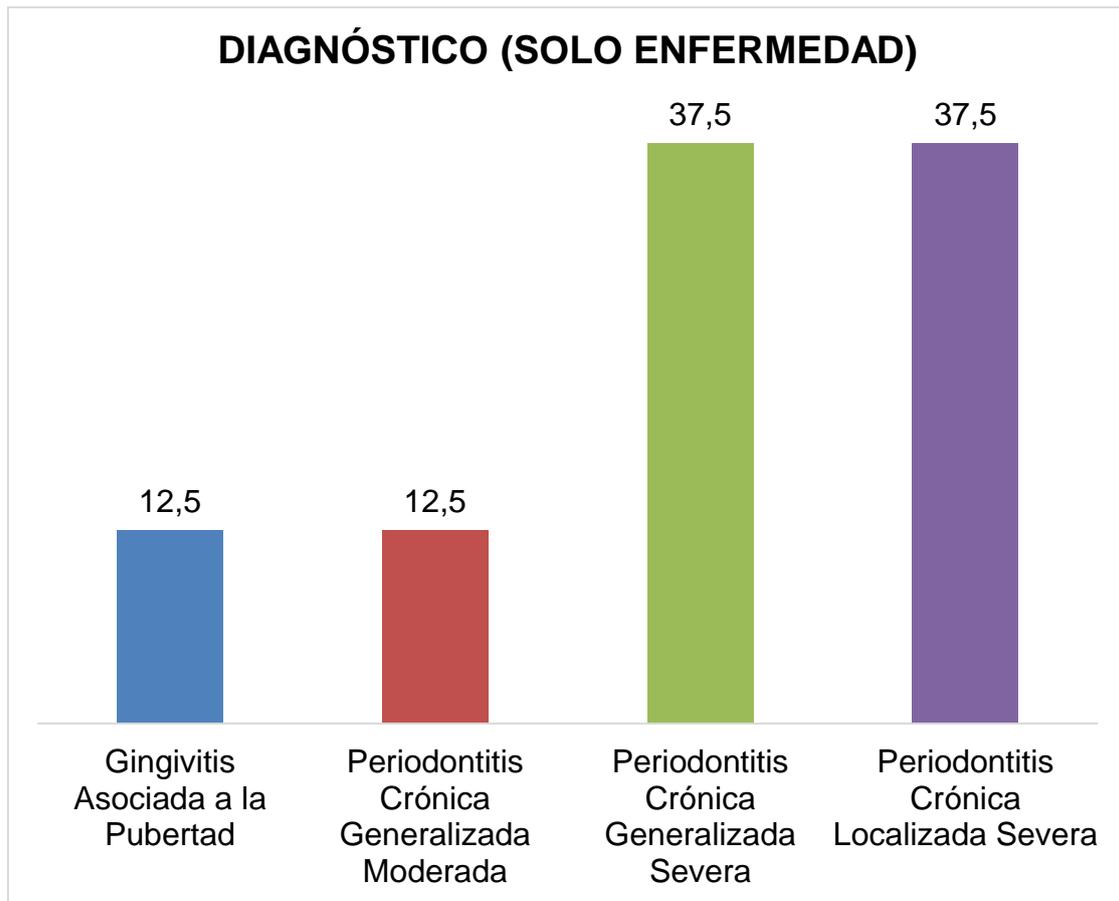


Figura 6. *Diagnóstico global de las historias clínicas.*

De las historias clínicas evaluadas que si tienen alguna enfermedad, el 12,5% tienen Gingivitis Asociada a la Pubertad, el 12,5% tienen Periodontitis Crónica Generalizada Moderada, el 37,5% tienen Periodontitis Crónica Generalizada Severa, el 37,5% tienen Periodontitis Crónica Localizada Severa.

Tablas cruzadas: DIAGNÓSTICO*GENERO

Para cumplir objetivo: Reconocer el género más afectado por la Periodontitis.

Tabla 7. *Diagnóstico por género.*

DIAGNÓSTICO*GENERO tabulación cruzada					
			GÉNERO		Total
			Masculino	Femenino	
DIAGNÓSTICO	Pacientes sin ninguna afectación periodontal	Frecuencia	166	181	347
		%	98,2%	97,3%	97,7%
	Pacientes con Periodontitis Crónica	Frecuencia	2	5	7
		%	1,18%	2,7%	2,3%
Total		Frecuencia	169	186	355
		%	100,0%	100,0%	100,0%

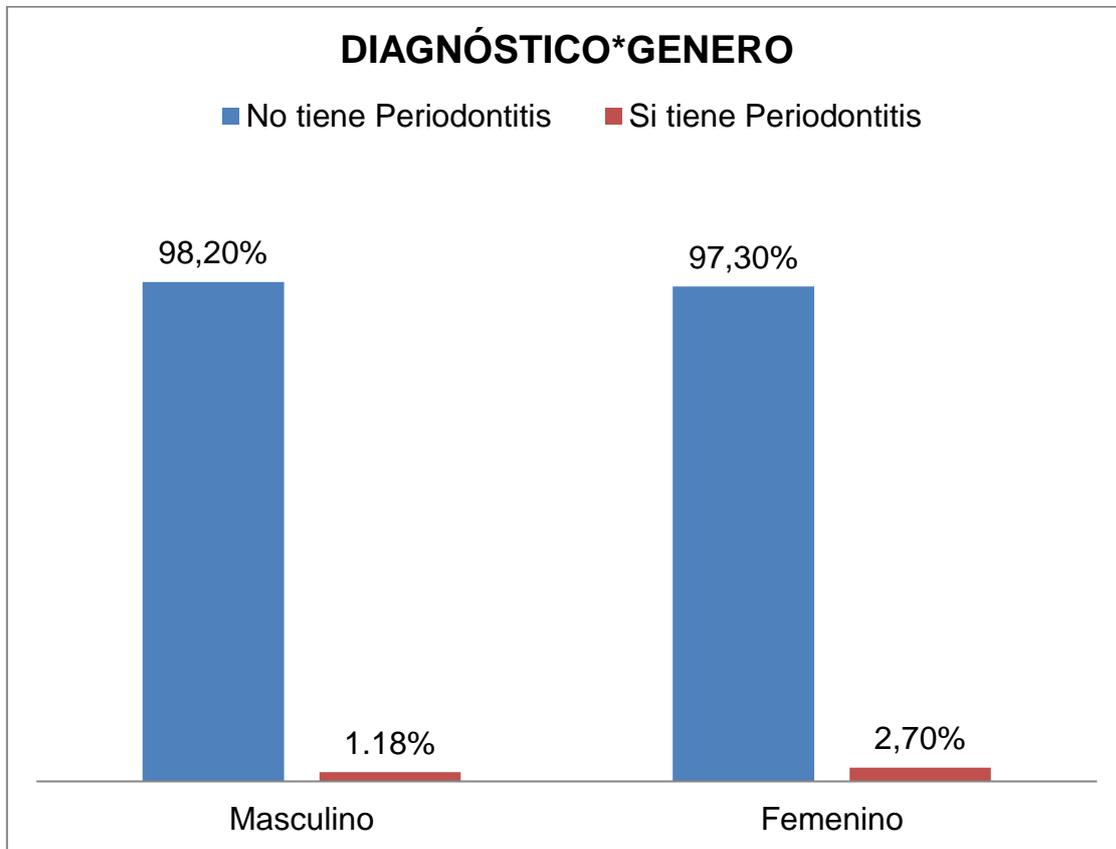


Figura 7. Porcentaje global de historias clínicas con códigos PSR 3y4.

Masculino: En el 98,2% de las historias clínicas, los pacientes no tienen Periodontitis Crónica y en el 1,18% de historias clínicas los pacientes Si tienen Periodontitis Crónica.

Femenino: el 97,3% No tiene Periodontitis y el 2,7% Si tiene Periodontitis Crónica.

Tabla 8. Diagnóstico de pacientes con periodontitis crónica.

DIAGNÓSTICO*GÉNERO (SOLO ENFERMOS)					
			GÉNERO		
			Masculino	Femenino	Total
DIAGNÓSTICO	Pacientes con Enfermedad Periodontal.	Frecuencia de pacientes con Enfermedad Periodontal	2	5	7
		%	28.60%	71.40%	100%
	Total	Frecuencia	169	186	355
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 9. Diagnóstico de Periodontitis Crónica por género.

DIAGNÓSTICO*GÉNERO tabulación cruzada				
		GÉNERO		Total
	DIAGNÓSTICO	Masculino	Femenino	
	Si tiene enfermedad Periodontal	28,60%	71,40%	100,00%

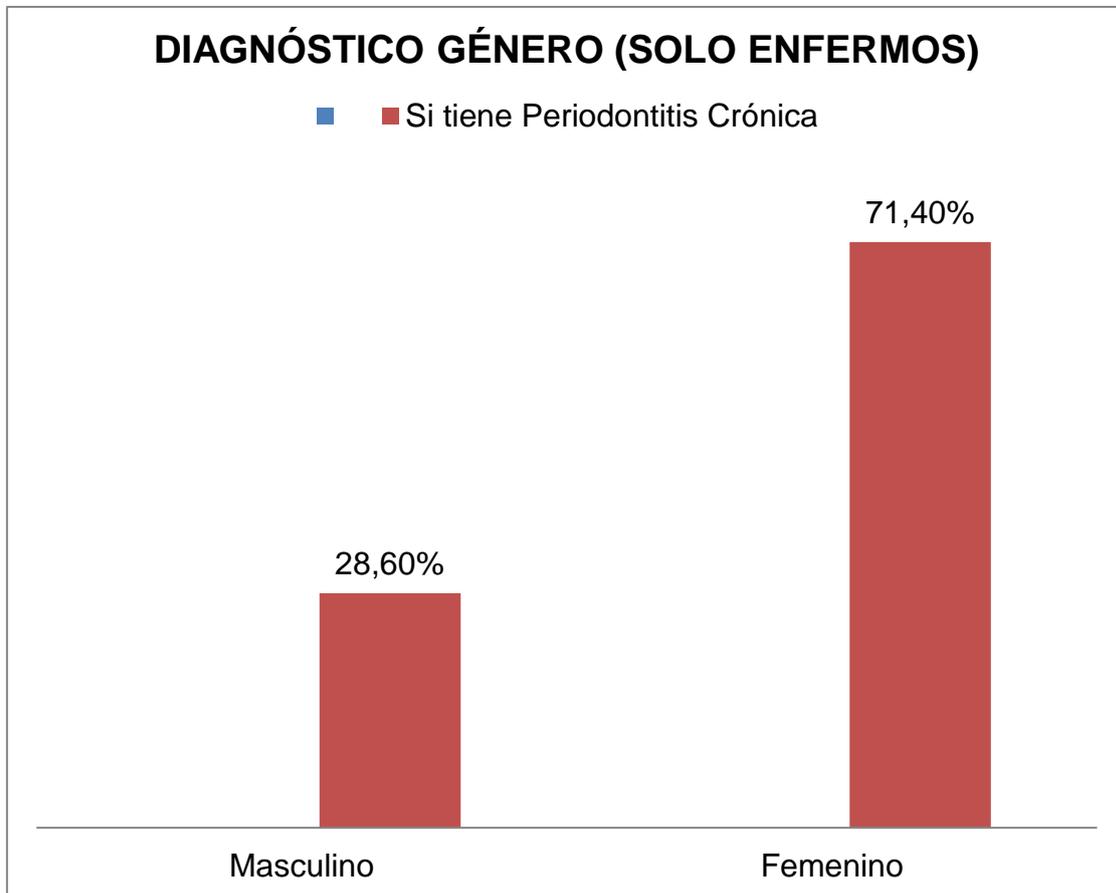


Figura 8. Comparación de índice de placa por edades.

Masculino: El 28.60% de historias clínicas los pacientes Si tienen Periodontitis Crónica que equivale a 2 historias clínicas.

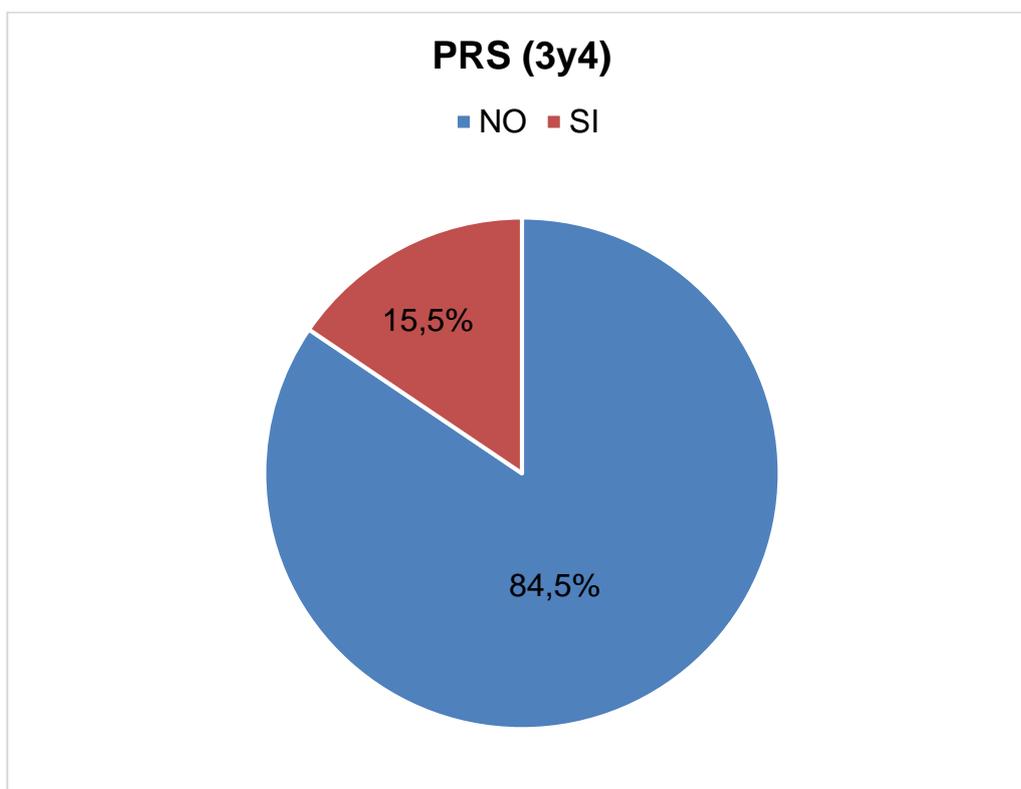
Femenino: El 71.40% Si tiene Periodontitis Crónica que equivale a 5 historias clínicas enfermas.

$$P= 0,563$$

En la prueba Chi cuadrado de Pearson se puede observar que no existe relación entre el sexo y la enfermedad periodontal.

Tabla 10. *Pacientes con índice PSR de 3y4.*

PACIENTES CON PSR DE CÓDIGOS 3y4			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	300	84,5
	SI	55	15,5
	Total	355	100,0

Figura 9. *Comparación de índice de placa por género.*

De las historias clínicas evaluadas los pacientes que no presentan PSR con códigos (3y4) son el 84,5% y los que si presentan son el 15,5%

PSR (3y4) DIAGNÓSTICO

Identificar historias clínicas con códigos 3 y 4 del PSR y que no hayan sido diagnosticados y tratados con terapia periodontal.

Tabla 11. *Pacientes diagnosticados con PSR 3y4 (Tabla Cruzada).*

PSR (3y4) *DIAGNÓSTICO tabulación cruzada					
			DIAGNÓSTICO		Total
			No tiene Periodontitis Crónica	Si tiene Periodontitis Crónica	
PSR (3y4)	NO	Frecuencia	299	1	300
		%	86,2%	12,5%	84,5%
	SI	Frecuencia	48	7	55
		%	13,8%	87,5%	15,5%
Total		Frecuencia	347	8	355
		%	100,0%	100,0%	100,0%

P=0,000

En la prueba Chi cuadrado de Pearson el valor del nivel de significación es 0.000 por lo tanto si hay relación estadística entre los pacientes diagnosticados con índice PSR de 3y4 que tienen enfermedad periodontal.

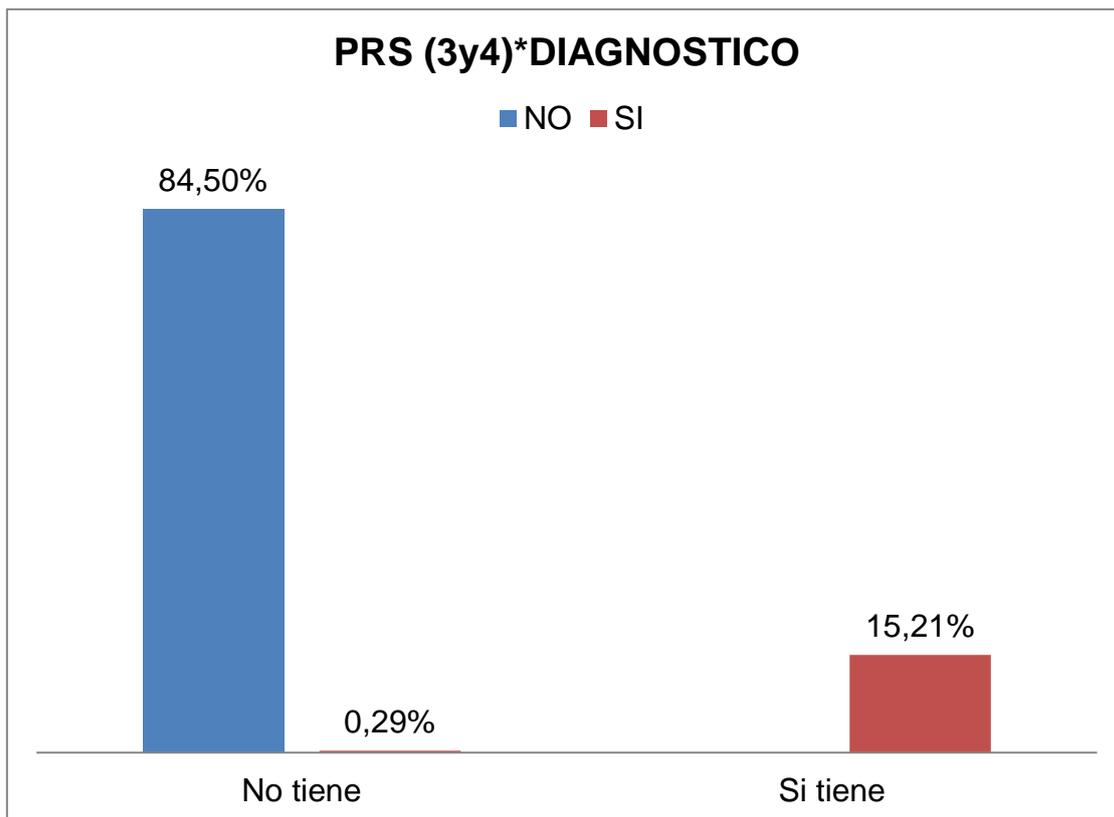


Figura 10. *Prevalencia de Enfermedad Periodontal por género.*

En la siguiente figura se puede explicar cuál es el porcentaje de todas las historias clínicas revisadas (355) que tienen o no códigos 3y4 en el PSR.

No tiene Código 3y4: El 84,5% de las historias clínicas no están con códigos de PSR (3y4) que equivale a 300 historias clínicas, 1 historia clínica equivale al 0.29% no tiene código PSR (3y4) pero si paso a tratamiento periodontal.

Si tiene Códigos 3y4: El 15.21% de las historias clínicas si tienen códigos PSR (3y4) que equivale a 54 historias clínicas, de las cuales 7 fueron diagnosticadas con enfermedad Periodontal.

Existen 47 persona con código PSR (3y4) que no fueron diagnosticados con periodontitis y no fueron tratados.

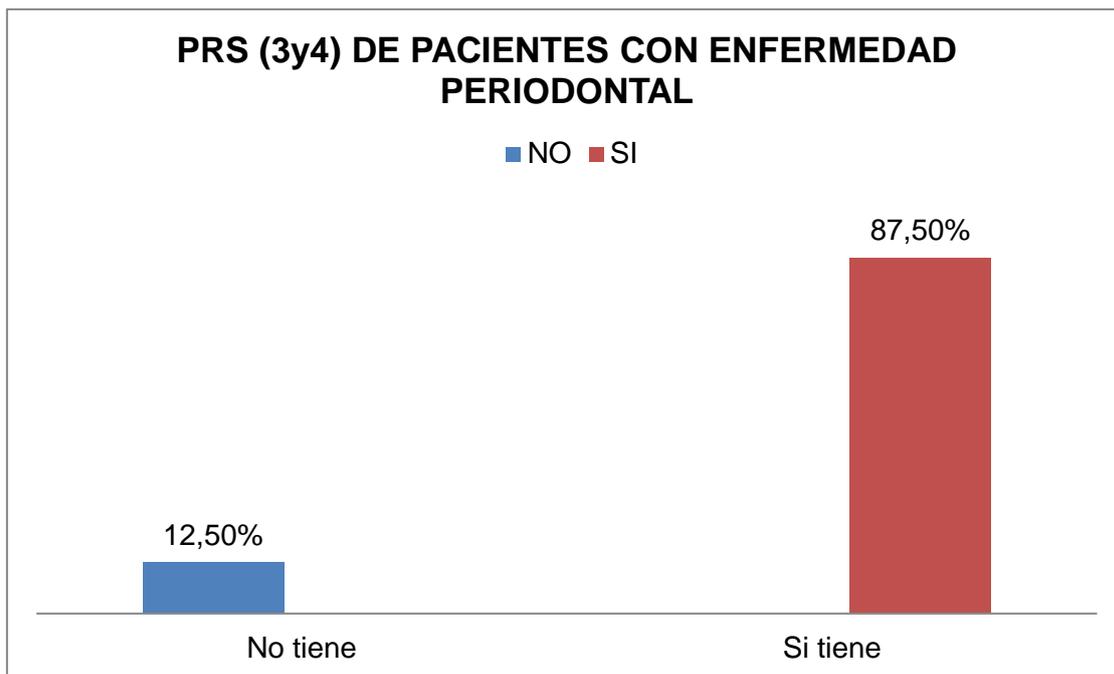


Figura 11. *Historias clínicas con códigos PSR 3y4.*

Del 100% de historias clínicas con enfermedad Periodontal (8 historias), el 87.50% (7 historias clínicas) si tuvieron códigos de PSR (3y4) y el 12.50% (1 historia clínica) no tuvo código PSR (3y4) cuando se abrió la historia clínica, pero si pasó a tratamiento periodontal y su diagnóstico fue de Periodontitis Crónica.

6. Discusión

La periodontitis agresiva es una enfermedad oral altamente destructiva, su principal característica es la evidente y rápida progresión de la pérdida de inserción y destrucción ósea. En este estudio se analizaron 355 historias pertenecientes al Centro de Atención Odontológica de la Universidad de las Américas (CAO) que fueron abiertas en el periodo de julio a octubre del 2017. En dichas historias clínicas se pudo encontrar 8 casos de enfermedad Periodontal, de los cuales el 87.5% de los casos fueron de Periodontitis Crónica, el 12.5% tuvieron Gingivitis y el 0% de Periodontitis Agresiva en los pacientes que acudieron al CAO en el periodo mencionado, haciéndonos ver que la prevalencia de esta enfermedad es muy baja.

Existe en la literatura varios estudios de periodontitis agresiva donde podemos observar tasas de prevalencia bajas, como en los datos obtenidos por García, N et al, que en el 2016 realizó un estudio epidemiológico de la periodontitis agresiva donde se pudo observar que en los países industrializados afecta a la dentición primaria de niños 5-11 años con frecuencia que oscilan de 0.9% a 4.5%. La mayor parte de los estudios de la dentición permanente de jóvenes de 13 a 20 años informaron una prevalencia inferior al 1%, en los niños escolares estadounidenses de 5-17 años la prevalencia se estimó de 0.2% para los blancos y de 2.6% para los afroamericanos. También se ha encontrado que menos del 1% de la población menor de 30 años padece periodontitis agresiva.

En otros estudios realizados en China, las encuestas epidemiológicas han demostrado que la prevalencia de la periodontitis agresiva varía ampliamente entre razas, regiones y países. La prevalencia estimada de periodontitis agresiva oscila entre 0.1% y 15% entre caucásicos, hispanos y Afroamericanos. Se informa una mayor prevalencia en los afroamericanos en comparación con los caucásicos. Los datos de China mostraron que la prevalencia de la periodontitis agresiva varía entre 0,12% y 0,47% en diferentes áreas del país (Meng.H, et al. 2007).

En otra investigación que se realizó entre el año 2013 a julio del 2015 donde estudiaron a 583 pacientes de los cuales 31 (5,3%) sujetos en esta muestra fueron identificados con periodontitis agresiva. De estos, 28 (90%) sujetos exhibieron periodontitis agresiva generalizada y 3 (10%) sujetos presentaron periodontitis agresiva localizada (Yee.L, et al.2016).

Para contrastar con los resultados de este estudio podemos observar que el trabajo de Yee se realizó en un periodo de tiempo mucho más largo que el presente estudio, donde duro solo 3 meses, por lo que se obtuvo una prevalencia de 0% en este trabajo.

En una revisión sistemática de la literatura de Cristiano Susin et al. En el 2014, informa que la prevalencia de periodontitis agresiva varía significativamente entre diferentes ubicaciones geográficas y entre diferentes razas o etnias, en su revisión estima que la prevalencia de la periodontitis agresiva en la población asiática es de 0.2% y 1,0%.

En el mismo estudio nos da datos de la prevalencia de periodontitis agresiva en una población latinoamericana con muestras de población muy representativas, como la población de Chile donde la prevalencia fue de 0.32% y en una población urbana en el sur de Brasil la prevalencia fue del 5,5%. En comparación con el presente trabajo podemos discutir que nuestro tamaño de muestra fue muy pequeño, obteniendo así una prevalencia nula.

Basado en los datos obtenidos en este estudio y corroborando con los estudios revisados se pudo comprobar que la prevalencia de la Periodontitis Agresiva es muy baja a nivel mundial.

En este estudio se pudo observar que en la revisión de 355 historias clínicas, en un periodo de tiempo de 3 meses y se obtuvieron 8 casos enfermedad Periodontal, de los cuales el 87.5% fueron periodontitis crónica, dándonos una prevalencia muy alta de ésta a diferencia de la periodontitis agresiva donde no se halló ningún caso. En un estudio realizado en México se examinaron 630 pacientes, que representan aproximadamente al 2.8% de la población que acude

a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM a un año de seguimiento, en donde se pudo observar que la prevalencia de la periodontitis, en cuanto a la distribución por género, de 394 sujetos, no hubo diferencia estadística significativa del género femenino del masculino, concordando con los datos obtenidos en este estudio en donde se pudo ver que no hay diferencia estadística significativa entre hombres y mujeres.

7. Conclusiones

La prevalencia de la Periodontitis Agresiva en la Clínica de pregrado de la Universidad de las Américas en el periodo de julio a octubre del 2017 es nula.

El género más afectado con enfermedad periodontal crónica es el femenino con un 71.40% en comparación al 28.60% que presento el género masculino, pero no hubo diferencia estadística significativa,

En cuanto a las historias clínicas con códigos 3y4 se pudo observar que existen 48 historias con dichos códigos y que no fueron diagnosticadas ni tratadas con terapia periodontal.

Se halló dentro de una de las historias que entraron al tratamiento periodontal que no tenían códigos 3 ni 4.

Se observó que hay relación entre los pacientes que tienen códigos 3y4 de PSR y la enfermedad Periodontal.

8. Recomendaciones

En este estudio sobre la Periodontitis Agresiva se observó que la prevalencia es nula, esto se debe a que el periodo de tiempo para la investigación es muy corto y se necesitaría de un periodo más extenso para obtener resultados palpables de la prevalencia de la periodontitis agresiva.

Se recomienda realizar más estudios de prevalencia sobre la Periodontitis Agresiva, debido a que en el país no existe estudios estadísticos previos de esta enfermedad, por lo cual es muy complicado obtener datos certeros que ayuden a realizar una comparación acerca de la prevalencia de la Periodontitis Agresiva.

Al realizar la obtención de la muestra y revisando las historias clínicas se observa que un paciente entró a terapia periodontal con códigos 1 o 2 en su PSR, por lo contrario se observó que hay muchos pacientes que presentan códigos 3y4 del PSR y que no se les realizó un periodontograma para ser diagnosticados con enfermedad periodontal ni tratados con terapia periodontal, por lo cual se recomienda un mejor manejo por parte de los docentes de la facultad para llegar a un buen diagnóstico.

Referencias

- American Academy of Periodontology. (2003). Diagnosis of Periodontal Diseases. *Science J Periodontol*, 74(1), 1237-1247
- Armitage, G. (1999). Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol*, 4(1), 1-6.
- Carranza.F, Sznajder,N. (1996). Compendio de Periodoncia. 5ª edición. Editorial panamericana.
- Clark. D, Febbraio. M, Levin. L. (2017). Aggressive periodontitis: The unsolved mystery. *VOLUME 48 • NUMBER 2 • FEBRUARY 2017*
- Díaz-Guzmán LM, Castellanos-Suárez JL.(2007). Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004;9:430-7.
- Divaris.K, Monda. K, North. K, Olshan. A, Reynolds. L, Hsueh. W, Ethan M. Moss,K, Barros. S, Weyant. R, Liu. Y, Newman. Y, Beck. J, Offenbacher, J. (2013). Exploring the genetic basis of chronic periodontitis: a genome-wide association study. *Human Molecular Genetics*, 2013, Vol. 22, No. 11
- Eickholz. P, Dannewitz. B, Kim. T. (2007). Antibiotics in Periodontal Therapy. *Perio* 2007; Vol 2, Issue 4: 235–251.
- Fatema.R, Vijay.B.(2016).Prevalence of Aggressive Periodontitis in patients visiting Ajman University Dental Clinics – Radiographic Study. *International Dental Journal of Students Research*; October 2016;4(3):108-110
- Fine.N ,Hassanpour. S , A. Borenstein1 , C. SimaM. Oveisi1 , J. Scholey , D. Cherney, and M. Glogauer.(2016). Distinct Oral Neutrophil Subsets Define Health and Periodontal Disease States. *Journal of Dental Research* 2016, Vol. 95(8) 931–938

- Garcia, N. Gutierrez, F. Palacios, J. (2016). Eficacia De La Terapia Periodontal No Quirúrgica En Una Periodontitis AGRESIVA. Duazary. 2016 enero; 13 (1): 52 – 56
- García, P, Khouly I, Sanz J, Loomer PM. (2015). Effectiveness of systemic antimicrobial therapy in combination with scaling and root planing in the treatment of periodontitis: a systematic review. The Journal of the American Dental Association (JADA), 2015-03-01, Volúmen 146, Número 3, Páginas 150-163, Copyright © 2015 American Dental Association
- Hoath B, Colin Wiebe s, DipPerio, MSc; Maria Isabel Garcia Fulie De Owen, DipPerio, MSc; Georgios Giannelis, DipPerio, MSc; Hannu Larjava. (2016). Current status of the classification of periodontal diseases. Can JDentHyg 2016; 50(3): 140-144
- Jaramillo A, Lafaurie GI, Millán LV, Ardila CM, Duque A, Novoa C, López D, Contreras A. (2013). Association between periodontal disease and plasma levels of cholesterol and triglycerides. Colomb. Med. 2013; 44 (2): 80-6
- Jiang, H. Su, Y. Xiong, X. Harville, E. Wu, H. Jiang, H. Qian, X (2016). Prevalence and risk factors of periodontal disease among pre-conception Chinese women Jiang et al. Reproductive Health (2016) 13:141
- Li, Y. Jinzhi, He, Zhili, H. Zhou, Y. Yuan, M. Xu, X. Feifei Sun, Chengcheng Liu, Jiyao Li, Wenbo Xie, Ye Deng, Yujia Qin, Joy D VanNostrand, Liying Xiao, Liyou Wu, Jizhong Zhou, Shi, W. Zhou, X. (2014). Phylogenetic and functional gene structure shifts of the oral microbiomes in periodontitis patients. The ISME Journal (2014) 8, 1879–1891; doi:10.1038/ismej.2014.28; published online 27 March 2014
- Lindhe, Jan (2001). Periodontología clínica. Tercera edición. Editorial Panamericana.
- Linhua G, Shu. R, Yiming Li, Chaolun Li, Lijun. L, Zhongchen S, Yufeng X, Liu, D. (2011). Adjunctive Effect of Photodynamic Therapy to Scaling and Root Planing in the Treatment of Chronic Periodontitis. DOI: 10.1089/pho.2009.2727

- Mendez, M. Angst, M, Gomes. A. (2016). Impacts of supragingival and subgingival periodontal treatments on oral health-related quality of life.
- Meng, H. Xu, L X, Li Zhang, Yu Tian. (2017). Root abnormalities and nonsurgical management of generalized aggressive periodontitis. *Journal of Oral Science*, Vol. 59, No. 1, 103-110, 2017
- Meng, H, Xu, L, Li, Q, Han, J, Zhao, Y. (2007). Determinants of host susceptibility in aggressive periodontitis. *Periodontology 2000*, Vol. 43, 2007, 133–159
- Mourão, L. Cataldo, D. Moutinho, H. Canabarro, A. (2015) Impact of chronic periodontitis on quality-of-life and on the level of blood metabolic markers. *J Indian Soc Periodontol* 2015;19:155-8.
- Muwazi. L, Rwenyonyi. P, Nkamba. M, Kutesa. A, Kagawa. A, Mugenyi. G, Kwizera. G, Okullo. I. (2014). Periodontal conditions, low birth weight and preterm birth among postpartum mothers in two tertiary health facilities in Uganda. *Muwazi et al. BMC Oral Health* 2014, 14:42
- Nagarajan R, Miller CS, Dawson D III, Al-Sabbagh M, Ebersole JL. (2016) Cross-talk between clinical and host-response parameters of periodontitis in smokers. *J Periodont Res* 2016; doi: 10.1111/jre.12397.
- Nezu, A, Kubota, T, Maruyama. S, Nohno. K, H. Yoshie. (2017). Expression of neprilysin in periodontitis-affected gingival tissues. *Archives of Oral Biology* 79 (2017) 35–41.
- Nociti, F, Casati, M, Duarte, P. (2014). Current perspective of the impact of smoking on the progression and treatment of periodontitis. *Periodontology 2000*, Vol. 67, 2015, 187–210
- Ojehanon. P, Ehizele. A. (2017). Periodontal conditions seen in a group of Nigerian older adult patients. *J Interdiscip Dentistry* 2016;6:121-7.
- Peña, M. Peña, L. Felizola, A. Keiruz, D Salas, N. (2008). La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas. *Rev Cubana Estomatol* v.45 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar 2008

- Pérez, B.(2009) Periodontitis agresiva: Diagnóstico y tratamiento. ISSN 0001-6365. Acta odontol. venez v.47 n.4 Caracas dic. 2009.
- Preus. H, Gjermo. P, Baelum. V. (2016). A Randomized, Double-masked Clinical Trial Comparing Four Periodontitis Treatment Strategies: 5-year Tooth Loss Results. DOI: 10.1902/jop.2016.160332.
- Rodríguez MJ, Mejía LP, Peñaloza EY, Urueña J.(2013) Conocimientos de los médicos sobre enfermedad periodontal y su relación con complicaciones en el embarazo. rev.univ.ind.santander.salud 2013; 45 (3): 25 – 34
- Sociedad Española de Periodoncia. (2005). Manual sepa de Periodoncia Terapéutica de implantes. Editorial Panamericana.
- Susin C, Haas AN, Albandar JM. Epidemiology and demographics of aggressive periodontitis. Periodontol 2000 2014;65: 27–45.
- Tonsekar. P, Jiang.S, Yue. G. (2017). Periodontal disease, tooth loss and dementia: Is there a link? A systematic review. DOI: 10.1111/ger.12261
- Turkoglu. O, Emingill. G, Eren. G. Atmaca, H, Kutukculer. N, Atila, G. (2016). Gingival crevicular fluid and serum hCAP18/LL-37 levels in generalized aggressive periodontitis. DOI 10.1007/s00784-016-1834-z
- Villar, N. García, C. González, M. Delgado, N. Castellanos, C. Pruna, W. (2017). La influencia de la obesidad y la aterosclerosis en la etiología y patogenia de las enfermedades periodontales. ISSN 1727-897X
- Yee.L, Subramaniam.U, Raman.R, Loo.C.(2016). Prevalence of Aggressive Periodontitis in Newly Referred Patients in a Periodontal Specialist Government Clinic. Malaysian Dental Journal (2016) Vol 39; Issue

ANEXO

Anexo 1. *Solicitud para el ingreso al CAO para la toma de la muestra.*

Quito 07 de Noviembre del 2017

Dra. Pilar Gabela

Coordinadora de la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas

PRESENTE.-

Yo Andrés Roberto Terán Játiva con C.I. 100400573-0 y número de matrícula 706249 solicito muy comedidamente se me autorice el ingreso a la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas, con el fin de realizar la observación de historias clínicas que hayan sido abiertas en los meses de julio del 2017 periodo 2017-2, al mes de octubre del 2017 periodo 2018-1 ya que mi tema es "Prevalencia de la Periodontitis Agresiva en las clínicas de pregrado de la Universidad de las Américas en el periodo de julio a octubre del 2017

Por la atención que le brinde a la presente le anticipo mi agradecimiento.

Atentamente

Andrés Roberto Terán Játiva

C.I: 1004005730



