



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**Movilidad dental asociada a pacientes fumadores y no fumadores con
enfermedad periodontal, Clínica UCSG B-2018**

AUTORA:

Valarezo León, Selena Lisseth

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Odontóloga**

TUTOR:

Dr. Guim Martínez, Carlos Andrés

Guayaquil, Ecuador

20 de Marzo del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Valarezo León, Selena Lisseth**, como requerimiento para la obtención del título de **Odontóloga**.

TUTOR

f. _____

Dr. Guim Martínez, Carlos Andrés

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Dra. Luzardo Jurado, Geoconda María

Guayaquil, a los 20 días del mes de Marzo del año 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Valarezo León, Selena Lisseth**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Movilidad dental asociada a pacientes fumadores y no fumadores con enfermedad periodontal, Clínica UCSG B-2018**, previo a la obtención del título de **Odontóloga**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 20 días del mes de Marzo del año 2019

LA AUTORA

f. _____

Valarezo León, Selena Lisseth



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Valarezo León, Selena Lisseth**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Movilidad dental asociada a pacientes fumadores y no fumadores con enfermedad periodontal, Clínica UCSG B-2018**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de Marzo del año 2019

LA AUTORA:

f. _____

Valarezo León, Selena Lisseth

Documento [Articulo urkund.docx \(D48854139\)](#)

Presentado 2019-03-08 11:13 (-05:00)

Presentado por sele.alt@outlook.es

Recibido guillermo.canarte@analysis.orkund.com

0% de estas 8 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Lista de fuentes

| Categoría | Enlace/nombre de archivo |
|-----------|---|
| | http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/625/823 |
| | ORNELLA CORRECCION1.docx |
| | TESIS alvarado.docx |
| | https://docplayer.es/14201033-Alteracion-del-ph-salival-en-pacientes-fumadores-con-enferm... |
| | tutoria de investigacion1 (1).1.docx |

0 Advertencias.

Movilidad dental asociada a pacientes fumadores y no fumadores con enfermedad periodontal, Clínica UCSG B-2018

Selena Valarezo León1 Dr. Carlos Guim Martínez2

Alumna de la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil1

Docente de la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil2

RESUMEN

Introducción:

El tabaquismo es uno de los factores de riesgo más asociados con el desarrollo de la enfermedad periodontal, aumenta la frecuencia de pérdida del margen óseo y por consiguiente la presencia de movilidad dental.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo fue determinar la prevalencia de movilidad dental en pacientes fumadores y no fumadores con enfermedad periodontal de la clínica Odontológica UCSG.

AGRADECIMIENTO

Luego de todo el tiempo que ha transcurrido para que logre llegar hasta aquí, me siento eternamente agradecida a las personas que estuvieron brindándome su apoyo durante estos años y estuvieron pendientes de cada logro.

A mi madre Elsa León, pues ella es mi mayor admiración por ser una mujer fuerte, de gran corazón, por ser mi mejor amiga, mi consejera y mi cómplice en cada decisión de mi vida. Por tu apoyo y tu confianza aún en los días donde yo dudaba de mí, Gracias.

A mis tías Gloria y Rosa, por enseñarme todo lo que sé y hacerme la persona que soy, por darme su apoyo incondicional, por demostrar que todo esfuerzo y sacrificio vale para lograr ser excepcional. Por su apoyo, su amor y motivación, siempre estaré agradecida.

A mis amigos, con quienes he compartido grandes momentos desde el inicio de la carrera, nos hemos apoyado mutuamente para alcanzar nuestros objetivos. De manera especial a mi mejor amiga Michelle, quien no sólo es mi amiga, te has convertido en la hermana que no tuve, gracias por depositar tu confianza y ser parte de mis pacientes.

Agradezco a mis profesores que sin duda alguna me han hecho amar esta profesión y en especial al Dr. Carlos Guim Martínez, por brindarme sus conocimientos y su apoyo para culminar con éxito este trabajo.

Muchas Gracias.

DEDICATORIA

Dedico de manera especial a mi madre Elsa León, por tu ejemplo de responsabilidad, humildad y deseo de superación; simplemente me llena de orgullo decir que tú eres mi madre, porque no hizo falta que permanezcas a mi lado para hacer de mí un gran ser humano, fue suficiente tu cariño y motivación a la distancia para enseñar que los grandes retos son para grandes personas.

A mis tías Gloria y Rosa, ustedes fueron el pilar más grande en mi crecimiento personal y profesional; estoy agradecida por la educación y el cariño que jamás me faltó durante la ausencia de mi madre.

Para mis tres madres, este logro.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dra. Geoconda María Luzardo Jurado
DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Dr. José Fernando Pino Larrea
COORDINADOR DEL ÁREA

f. _____

Dra. Geoconda María Luzardo Jurado
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CALIFICACIÓN

f. _____

Dr. Carlos Andrés Guim Martínez

TUTOR

Movilidad dental asociada a pacientes fumadores y no fumadores con enfermedad periodontal, Clínica UCSG B-2018

Selena Valarezo León¹

Dr. Carlos Guim Martínez²

Alumna de la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil¹

Docente de la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil²

RESUMEN

Introducción: El tabaquismo es uno de los factores de riesgo más asociados con el desarrollo de la enfermedad periodontal, aumenta la frecuencia de pérdida del margen óseo y por consiguiente la presencia de movilidad dental.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo fue determinar la prevalencia de movilidad dental en pacientes fumadores y no fumadores con enfermedad periodontal de la clínica Odontológica UCSG.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo clínico, radiográfico, transversal con diseño descriptivo, analítico y observacional. Se obtuvieron muestras de 104 pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años, 51 pacientes fumadores y 53 no fumadores, a quienes se les realizó una inspección clínica utilizando el índice gingival de Lobene, higiene oral simplificado modificado, índice de recesiones de Miller, movilidad dental de Miller y determinación radiográfica del margen óseo.

Resultados: En este estudio fueron evaluados 104 pacientes, 57 mujeres y 47 hombres. En relación con el tabaquismo, 53 pacientes (50.96%) negaron ser fumadores, mientras que 51 pacientes aceptaron tabaquismo activo (49.04%) entre ellos 35 hombres (68.62%) y 16 mujeres (31.38%). El grupo de fumadores presentó un mayor porcentaje de MD Grado 1 con 175 piezas dentales afectadas (30%), mientras que en el grupo de no fumadores es de 98 piezas dentales afectadas (17%).

Conclusiones: La probabilidad de movilidad dental sí aumenta en pacientes fumadores, siendo la movilidad dental Grado 1 con mayor porcentaje comparado con el grupo de no fumadores, por ende podemos decir que hay una relación directa entre tabaquismo y movilidad dental.

Palabras Clave: Enfermedad periodontal, periodontitis, tabaquismo, biofilm, inflamación gingival, movilidad dental.

ABSTRACT

Introduction: Smoking is one of the risk factors most associated with the development of periodontal disease, increases the frequency of bone margin loss and the presence of dental mobility.

Objective: The objective of this study was to determine the prevalence of dental mobility in smokers and non-smokers with periodontal disease at the UCSG Dental Clinic.

Material and methods: A clinical, radiographic, cross-sectional study with a descriptive, analytical and observational design was carried out. Samples were obtained from 104 male and female patients over 18 years of age, 51 smokers and 53 non-smokers, who underwent a clinical practice in the Lobene gingival index, simplified oral hygiene, Miller recommendations index, dental mobility of Miller and radiographic determination of the bony margin.

Results: In this study, 104 patients, 57 women and 47 men were evaluated. In relation to smoking, 53 patients (50.96%) denied being smokers, while 51 patients accepted active smoking (49.04%), among them 35 men (68.62%) and 16 women (31, 38%). The group of smokers presented a higher percentage of DM Grade 1 with 175 teeth (20%), while in the non-smoking group it was 98 teeth (17%).

Conclusions: The probability of dental mobility does increase in smokers, with Grade 1 dental mobility having a higher percentage compared to the group of non-smokers, so we can say that there is a direct relationship between smoking and dental mobility.

Keywords: Periodontal disease, Periodontitis, Smoking, biofilm, gingival inflammation, Tooth mobility.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal (EP) es una condición inflamatoria crónica que afecta a los tejidos de soporte y protección del diente, se clasifica en gingivitis y periodontitis. Toda periodontitis inicia como evolución de una gingivitis y esta puede ser reversible con las medidas de prevención y tratamiento adecuadas. La periodontitis es considerada como una enfermedad crónica inflamatoria que ejerce un importante problema de salud pública ya que puede causar manifestaciones orales como sangrado, halitosis, recesiones gingivales, reabsorción ósea y movilidad dental que conlleva a la pérdida de órganos dentales. (1)

El tabaquismo constituye uno de los factores de riesgo más asociados con el desarrollo de la enfermedad periodontal, ya que el tabaco aumenta la severidad de la EP en comparación con los no fumadores, por tal motivo cada cigarrillo extra al día, aumenta la pérdida de inserción de los tejidos, la profundidad de la bolsa periodontal, la reabsorción ósea e incrementa la frecuencia de desarrollar movilidad dental.(2)

El humo del tabaco tiene una acción positiva sobre el crecimiento de las bacterias más patógenas para el periodonto, por tal motivo los pacientes fumadores presentan una mayor prevalencia de pérdida del margen óseo (PMO) y movilidad dental (MD).(3,4)

En el estudio de Torres (2009), se evaluaron 100 pacientes, obteniendo los siguientes

resultados: Personas con hábito de tabaquismo 30 cigarrillos al día y >29 años de permanencia del hábito, la frecuencia fue del 95% para presentar EP, y en personas con <30 cigarrillos al día con <28 años del hábito, la frecuencia fue del 42%.(4)

En el estudio de Souza (2011), 155 pacientes de ambos sexos, atendidos en la Clínica de Periodoncia de la Facultad de Odontología de Pernambuco, Brasil, muestra que el porcentaje de los pacientes con grado 3 de MD fue más elevado en pacientes ex-fumadores y fumadores que entre los no-fumadores, estas diferencias revelaron una asociación entre el hábito de fumar y el grado de MD al nivel de significancia de 5%. También se verifica en el mismo estudio que el porcentaje de los pacientes que presentaban MD grado 3 fue más elevado: entre 51 a 70 años; y proporcionalmente de sexo masculino.(5)

Se considera la movilidad dental como un factor etiológico primario en la progresión de la enfermedad periodontal con signos de reabsorción ósea muy notoria.(5) El tabaquismo ha sido asociado con la enfermedad periodontal y la pérdida ósea alveolar desde hace más de 50 años, pero su identificación como factor de riesgo para la destrucción periodontal corresponde a estudios recientes que demuestran que el fumar influye adversamente en la salud de los tejidos periodontales.(6) Existiendo una relación dosis-respuesta entre cigarrillos fumados

al día y la probabilidad de experimentar enfermedad periodontal y pérdida ósea alveolar, estableciendo que en sujetos que fuman menos de 10 cigarrillos por día la probabilidad es de 2.7 veces más, y los que fuman más de 10 cigarrillos al día fue de 7.28 veces más la probabilidad de presentar enfermedad periodontal y pérdida ósea alveolar.(7,8)

El objetivo del presente trabajo fue determinar la prevalencia de movilidad dental en pacientes fumadores y no fumadores con enfermedad periodontal de la clínica Odontológica UCSG, Periodo B 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de investigación del presente estudio es clínico, radiográfico, transversal con diseño descriptivo, analítico y observacional.

En el presente trabajo de investigación se obtuvieron muestras de 104 pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años, 51 pacientes fumadores y 53 pacientes no fumadores atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Con respecto a los criterios de inclusión: pacientes fumadores y no fumadores con periodontitis mayores de 18 años y que accedieron a firmar el consentimiento informado. Criterios de exclusión: pacientes sistémicos e inmunológicamente comprometidos.

Para la recolección de muestras del presente estudio se solicitó

autorización en la clínica al doctor titular para realizar el pertinente estudio, se elaboró un consentimiento informado en el cual se explica en detalle el objetivo de la investigación, procedimiento, criterios de inclusión y exclusión, los pacientes leyeron, aceptaron y firmaron. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes para registrar datos personales. Se realizó la encuesta acerca de su hábito de tabaquismo: ¿Usted Fuma? (SI/NO) ¿Cuántos cigarrillos al día? (Fumador Leve: 1-5/día, Fumador Moderado 6-10/día, Fumador Intenso >10 al día). Previos procesos de bioseguridad, se realiza el respectivo examen clínico a cada paciente.

Primero se registraron las piezas ausentes, luego se evaluó el estado de inflamación periodontal observando el aspecto clínico de las encías utilizando el índice gingival de Lobene, 1986.

Se determinaron los niveles de placa bacteriana con ayuda de revelador de placa y el uso del índice de higiene oral simplificado modificado, 1964. También se registraron las piezas con presencia de recesiones gingivales y a qué clase de recesión pertenecían con la ayuda del índice de recesiones de Miller, 1985.

Se analizó el tipo de reabsorción ósea que se observaba en la serie radiográfica periapical de los pacientes y se registró el patrón y gravedad de pérdida del margen óseo de las piezas dentales, empleando la determinación radiográfica del margen óseo. Por último Se examinó el grado de movilidad dental presente en las

piezas dentales con la técnica de dos instrumentos romos, usando el índice de movilidad dental de Miller.

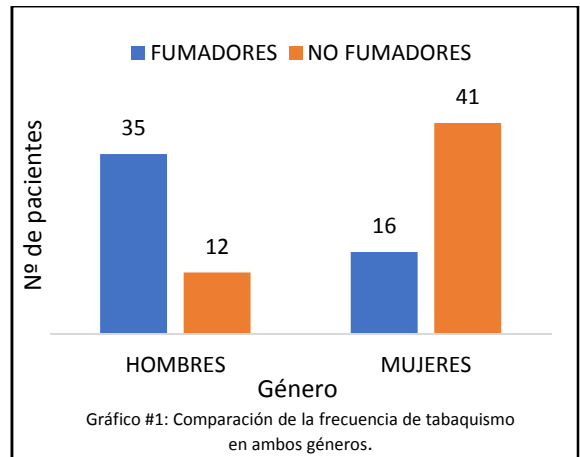
Posterior a la evaluación de cada paciente se procedió a la toma de fotografías para su respectivo registro.

Los datos obtenidos fueron recopilados en la hoja de registro y se procedió a tabular los mismos para la obtención de los resultados con el programa estadístico Excel. El margen de error utilizado en la decisión de los test estadísticos fue de 5,0%.

RESULTADOS

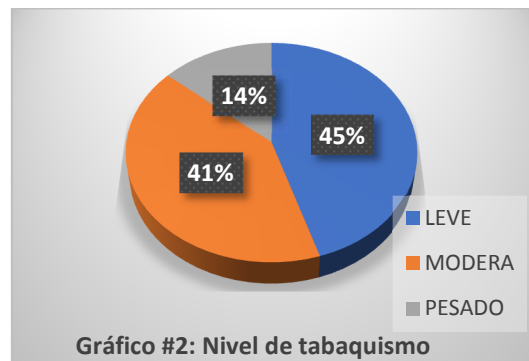
Fueron evaluados e incluidos en el estudio 104 pacientes. La mayoría de los individuos correspondieron al género femenino con un total de 57 (54.80%) y 47 hombres (45.2%). Las edades estuvieron comprendidas entre 21 y 75 años de edad con una media de 45 años.

En relación con el tabaquismo, 53 pacientes (50.96%) negaron ser fumadores durante la encuesta, mientras que 51 pacientes aceptaron tabaquismo activo (49.04%) entre ellos 35 hombres (68.62%) y 16 mujeres (31.38%).(Grafico #1)

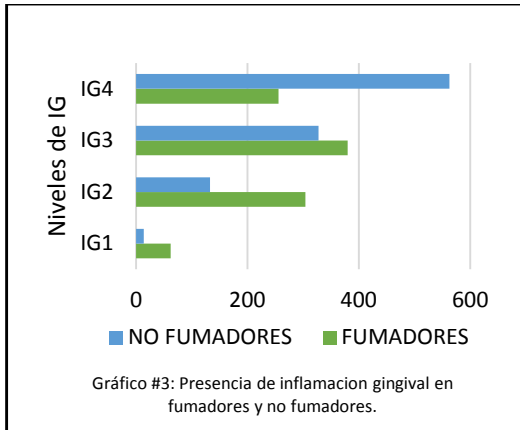


Según el número de cigarrillos al día: el mayor grupo corresponde a pacientes con tabaquismo leve, con 23 pacientes (45%), seguido de tabaquismo moderado con 21 pacientes (41%), tabaquismo pesado/intenso 7 pacientes (14%).

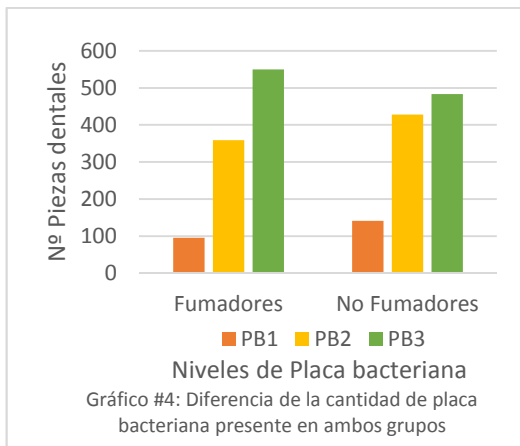
El tiempo del hábito oscila entre periodos de 1 hasta 40 años. (Gráfico #2)



La Inflamación gingival (IG) existe en mayor porcentaje en el grupo de pacientes no fumadores IG4 con 563 piezas dentales afectadas (54%), mientras que en grupo de pacientes fumadores corresponde al mayor porcentaje en IG3 con 62 piezas dentales (38%). (Gráfico #3)

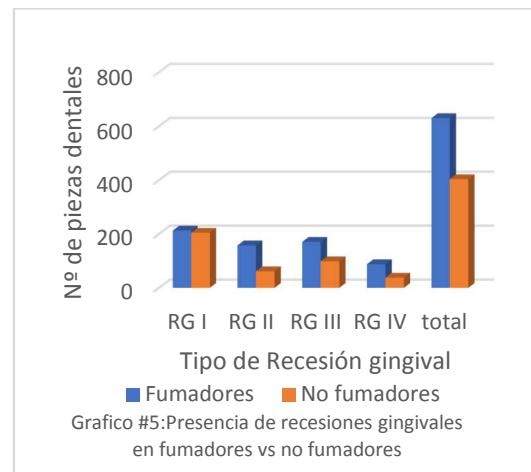


La cantidad de placa bacteriana (PB) es mayor en pacientes fumadores con PB 3 en 550 piezas dentales (55%) en comparación con no fumadores PB 3 en 483 piezas dentales (46%). Los pacientes no fumadores presentaron mayores niveles de PB 2 en 428 piezas dentales (41%) (Gráfico #4)



La frecuencia de recesiones gingivales (RG) en individuos fumadores (61%) es mayor en comparación con no fumadores (39%). En RG de tipo I no existe una diferencia significativa entre los dos grupos pero es mayor en fumadores con 213 piezas dentales (21%), mientras que en no fumadores 205 (20%). (Gráfico #5)

En RG de tipo II, III y IV si hay diferencias significativas, en el grupo de fumadores hay 158 piezas dentales (15%) con RG II, 171 con (17%) RG III y 88 piezas afectadas con (8%) RG IV; mientras que en el grupo de no fumadores consta de 62 piezas dentales con (6%) RG II, 99 (10%) con RG III y 38 piezas dentales (3%) con RG IV. (Gráfico #5)



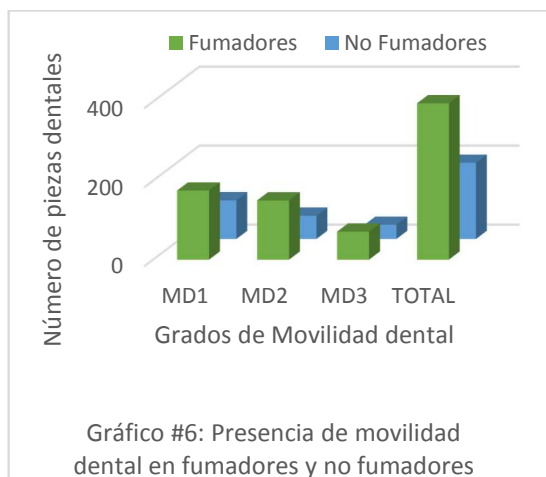
La pérdida del margen óseo (PMO) es más frecuente en el grupo de pacientes fumadores con 63%, siendo el patrón horizontal en mayor número de piezas dentales afectadas con 569 y según la gravedad, es mayor la presencia de PMO leve con 301 piezas dentales afectadas en comparación a 195 piezas dentales afectadas en el grupo de no fumadores. (Tabla #1)

Tabla #1: Pérdida del margen óseo en fumadores y no fumadores.

| Grupo | PMOV | PMOH | LEVE | MODERADA | SEVERA | % |
|--------------|------|------|------|----------|--------|-----|
| Fumadores | 33 | 569 | 301 | 235 | 66 | 63% |
| No Fumadores | 26 | 370 | 195 | 129 | 35 | 37% |

Esta tabla describe que la cantidad de piezas dentales con reabsorción horizontal es mayor en ambos grupos pero hay un mayor de numero de piezas afectadas en fumadores y de gravedad leve.

El grado de movilidad dental (MD) es mayor en el grupo de fumadores con un 67% y el porcentaje de los pacientes que presentaban MD Grado 1 fue el más elevado con 175 piezas dentales (30%) y en no fumadores hay 98 piezas dentales afectadas (17%). Seguido de MD Grado 2 en fumadores cuyos resultados son de 150 piezas dentales afectadas (25%) y en no fumadores 59 piezas dentales (10%). MD Grado 3 también fue más elevado en el grupo de fumadores con 71 piezas dentales (12%), mientras que en el grupo de no fumadores hay 36 piezas dentales (6%). (Gráfico #6)



DISCUSIÓN

En las investigaciones de Treviño, Araújo y Amaíz, se manifestaron que el tabaquismo se debe entender como una enfermedad adictiva crónica, convirtiéndose en un problema de salud pública mundial, constituyendo así la frecuencia del hábito una de las principales causas de enfermedad periodontal.(7–9) En este estudio se analizaron los resultados y se encontró que el tabaquismo sí aumenta la probabilidad de presentar EP, ya que todos los

pacientes fumadores encuestados desarrollaron EP.

En otros estudios de Traviesas y Barrios, se demostró que la inflamación gingival de los pacientes fumadores se hace menos evidente por la cantidad de vasoconstricción que existe a nivel gingival(10,11). En el análisis de los resultados de este estudio se encontró que la IG en fumadores se encuentra disminuida en comparación con los pacientes no fumadores.

Amaíz, Castellanos y Rojas, explican que los efectos que ejerce el tabaquismo como factor de riesgo en la enfermedad periodontal están representados por su acción en la formación de la placa dentobacteriana durante el progreso de la enfermedad periodontal. (9,12,13) En este estudio se examinó la cantidad de PB y se encuentra aumentada en el grupo de pacientes fumadores, siendo PB3 el de mayor rango en fumadores.

Torres y Souza, describieron en sus investigaciones que la movilidad dental en pacientes con periodontitis se encuentra relacionada con el hábito de fumar y la edad de 51 años es la de mayor frecuencia, en especial pacientes del sexo masculino.(4,5) Comparando con los datos obtenidos en esta investigación, los pacientes fumadores presentaron un mayor porcentaje de movilidad dental, por lo tanto el tabaquismo sí aumenta la frecuencia de movilidad dental y la edad con mayor frecuencia en el grupo de

fumadores es de 45 años, siendo más frecuente en hombres.

En las investigaciones de Koushyar K, Seijo, Krall, Amaíz, Rojas, señalan que la enfermedad periodontal en pacientes fumadores es una condición crónica y progresiva que tiene como consecuencia la pérdida del margen óseo en un 73% hasta provocar movilidad dental Grado 3 en el 65% de los pacientes; si no se recibe el tratamiento adecuado o no se elimina el hábito puede continuar hasta la pérdida parcial o total de las piezas dentales. (2,3,6,8,13) En esta investigación se compararon los resultados y se comprobó que la probabilidad de presentar PMO es del 63% en el grupo de pacientes fumadores y del 30% de presentar movilidad dental, grado 1, siendo este el de mayor porcentaje.

CONCLUSIONES

Con los datos obtenidos en este trabajo de investigación se demostró que el tabaquismo aumenta la severidad de la enfermedad periodontal desde distintos aspectos clínicos del periodonto, analizando desde la disminución de inflamación gingival hasta la presencia de recesiones gingivales, pérdida del margen óseo y movilidad dental.

La cantidad de placa bacteriana sí se ve aumentada en el grupo de pacientes fumadores en comparación con el grupo de no fumadores, siendo PB3 el de mayor rango.

La probabilidad de MD sí aumenta en pacientes fumadores siendo el

grado de MD 1 el de mayor porcentaje en fumadores. El grado de MD 3 también fue mayor en el grupo de fumadores y este se asocia a la pérdida de piezas dentales. Complementando los resultados de movilidad dental con la PMO, esta se presentó en ambos grupos pero fue más frecuente en fumadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvajal P. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. Rev Clínica Periodoncia Implantol Rehabil Oral. agosto de 2016;9(2):177-83.
2. Seijo M, Bosch M, Castillo E. Higiene bucal y tabaquismo como factores de riesgo de enfermedad periodontal. Oral hygiene and smoking habit as risk factors of periodontal disease. 2009. 10 de febrero de 2009;7(1):54.57.
3. Koushyar K, Hernández A. Tabaquismo: factor de riesgo para enfermedad periodontal Smoking: A risk factor for periodontal disease. Abril 2010. Junio 2010;67(3):101-13.
4. Torres C, Bolaños S, Osio M. Frecuencia de enfermedad periodontal y reabsorción ósea alveolar en pacientes con adicción al tabaco en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. 2009. abril de 2009;55(2):16-21.

5. Souza R, Santos E, Cimões R. Movilidad dentaria en la periodontitis crónica. 12/01/2011. 2011;46(1):1-11.
6. Krall E, Garvey A, GARCIA R. Alveolar bone loss and tooth loss in male cigar and pipe smokers. 1999. enero de 1999;130.
7. Treviño J, Jáuregui NG, García GSF, Franco CC, Alanís MGT, Menchaca HRM, et al. Nicotina y enfermedad periodontal. Rev ADM. :6.
8. Araújo M, Maló P. Prevalence of periodontitis, dental caries, and peri-implant pathology and their relation with systemic status and smoking habits: Results of an open-cohort study with 22009 patients in a private rehabilitation center. J Dent. diciembre de 2017;67:36-42.
9. Amaíz A, Flores M. Abordaje interdisciplinario del tabaquismo en la consulta odontológica: Aplicación de técnicas de intervención psicológicas. Anu-Apri 2018. 2018;1(20):41-56.
10. Traviesas E, Rodriguez R. Tabaquismo, higiene bucal y periodontopatías inmunoinflamatorias crónicas en adultos del municipio Guanajay. 2007
11. Barrios C, Vila V. Estudio transversal del estado gingival que manifiestan pacientes adolescentes fumadores. 2004. 2004;
12. Castellanos M, Cueto M. Efectos fisiopatológicos del tabaquismo como factor de riesgo en la enfermedad periodontal. 2016-05-04 090908. 30 de junio de 2016;6(2):134-49.
13. Rojas J, Rojas L, Hidalgo R. Tabaquismo y su efecto en los tejidos periodontales. 2014. 7(2):108-13.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrada Y. "el al". Habito de fumar asociado a enfermedades periodontales. MEDICIEGO Vol 21 N° 3, 2015
2. Monserrat A, "et al". la influencia del tabaquismo en la enfermedad periodontal. MEDICIEGO 2012;18
3. Lordelo M. El tabaco y su influencia en el periodonto. Av Periodon. Implantol 2005;17,1
4. Traviesas E. "et al". Condición periodontal en relación con la práctica del tabaquismo Boquerón Monagas, Venezuela 2009. revista habanera de ciencias médicas 2012; 11(1)
5. Hortencia J. Sabogal D. Necesidades de tratamiento periodontal en una población de pacientes fumadores jóvenes. ACTA odontológica colombiana. pag37-51
6. Khalaf F. "et al". Dental patient awareness of smoking effects on oral health: comparison of smokers and non smokers. Journal of dentistry 34, 173-178

7. Toledo B, “ et al”. Tabaquismo y enfermedad periodontal. Rev Cub. Med. Mil [Internet]. 2002 Jun [citado 2018 Ago 27]; 31(2): 94-99.
8. González O, “et al”. Alteración del pH salival en pacientes fumadores con enfermedad periodontal. Av Periodon Implantol. 2009; 21, 2: 71-75
9. Cuba Y. El tabaquismo como factor de riesgo de enfermedades bucales, Rev. Fundac. Juan Jose Carraro; 15(32):20-29, sept.-oct. 2010.
10. Duque A , “et al”. Accuracy of cotinine serum test to detect the smoking habit and its association with periodontal disease in a multicenter study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2017;22(4):e425–31 PubMed; PMID: 28578367. 33.
11. Kubota M. “ et al “. The Effects of Cigarette Smoke Condensate and Nicotine on Periodontal Tissue in a Periodontitis Model Mouse. 2016; 11(5) PubMed;PMID 2720324
12. Francisco H. “et al”. The influence of nicotine on the bone loss rate in ligature-induced periodontitis, A histometric study in rats. Vol 71, number 9. J Periodontol 2000
13. Gonzalez, A. “et al”. Serum cotinine levels, smoking and periodontal attachment loss. J Dent Res 75(2): 796-802, February, 1996
14. Dietrich T, “et al”. Smoking Increases the Incidence of Tooth Loss and Smoking Cessation Reduces it. J Dent Res 2007;86(4):373-7
15. Dietrich T. “et al”. Tobacco Use and Incidence of Tooth Loss among US Male Health Professionals. J Dent Res 2007 86: 373
16. Krall EA, “et al”. Smoking, Smoking Cessation, and Tooth Loss. *J Dent Res* 1997 76: 1653.
17. Krall EA, “et al”. Risk of tooth loss after cigarette smoking cessation. Prev. Chronic Dis. 3(4). October 2006.



DOCUMENTO CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARRERA DE ODONTOLOGIA

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Título de la investigación: **“Movilidad dental asociada a pacientes fumadores y no fumadores con enfermedad periodontal, Clínica UCSG B2018”**

El presente estudio es con el fin de encontrar una posible asociación entre la movilidad dental y el tabaquismo. La movilidad dental es un signo clínico importante que puede reflejar el grado de destrucción periodontal, todos los dientes presentan un grado de desplazamiento fisiológico, pero cuando la movilidad dentaria supera el límite normal es signo de patología. El tabaquismo aumenta la inflamación independientemente de la condición periodontal, favorece el crecimiento de bacterias anaerobias en la microflora bucal aumentando la placa bacteriana, por eso los fumadores y en especial los que fuman en grandes cantidades presentan un mayor riesgo de padecer enfermedad periodontal y aumenta su severidad según el tiempo de permanencia del hábito.

- Criterios de inclusión:
Pacientes fumadores y no fumadores
Pacientes con periodontitis.
Pacientes mayores de 18 años
- Criterios de exclusión de la muestra:
Pacientes menores de 18 años
Pacientes sistémicos e inmunológicamente comprometidos
Pacientes con gingivitis

La duración estimada es de 10 minutos y consiste en la realización de una encuesta y revisión del estado periodontal, determinar la cantidad de placa bacteriana, examinar la movilidad dental, registrar grados de recesión gingival y analizar el tipo de pérdida ósea con la revisión de las radiografías periapicales. No existen efectos secundarios o riesgo alguno para la salud del paciente.

Yo _____ de ____ años, con cedula de identidad # _____, acepto ser parte del proyecto de investigación de la alumna de 9no ciclo Selena Valarezo León con cedula de identidad # 0703828160.

Dirección:

Teléfono de contacto:

Firma del paciente

Firma del testigo

Firma del estudiante responsable



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

NOMBRE DEL AUTOR: Selena Valarezo León

NOMBRE DEL TUTOR: Dr. Carlos Guim Martínez

- **EDAD:** _____
- **GENERO:**

| | |
|----------|-----------|
| FEMENINO | MASCULINO |
| | |

- **¿USTED FUMA? NO__ SI__**

| | |
|-----------------------------------|--|
| LEVE: 1-5 Cigarrillos al día | |
| MODERADO: 6-10 Cigarrillos al día | |
| INTENSO: +10 Cigarrillos al día | |

- **INFLAMACIÓN GINGIVAL**

| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | |
| 0: negativo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1: inflamación leve, cambio ligero de color, cambio de textura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2: inflamación moderada, afecta a toda la unidad gingival o papilar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3: inflamación moderada, eritema, brillo, edema, hipertrofia gingival marginal o papilar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4: inflamación grave. Hemorragia espontanea | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

• **PLACA BACTERIANA**

| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 0: no hay residuos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1: residuos o placa no cubren más de un tercio de la superficie dentaria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2: residuos o placa no más de dos tercios de la superficie dentaria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3: residuos blandos cubren toda la superficie dentaria expuesta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

• **MOVILIDAD DENTAL**

| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Grado 0: movilidad fisiologica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grado 1: movilidad perceptible <1mm | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grado 2: movilidad dentaria hasta 1mm | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grado 3: movilidad dentaria mayor 1mm en dirección horizontal y vertical | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

• **RECESIONES GINGIVALES**

| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| CLASE I: Recesión que no sobrepasa la línea mucogingival, no hay pérdida de hueso ni de tejido blando interdental | | | | | | | | | | | | | | |
| CLASE II: Recesión que llega hasta la LMG o la excede. No hay pérdida de hueso ni de tejido blando interdental. | | | | | | | | | | | | | | |
| CLASE III: Recesión llega hasta la línea mucogingival con destrucción de hueso y tejido blando interdental es apical respecto a la unión amelocementaria. | | | | | | | | | | | | | | |
| CLASE IV: Recesión que sobrepasa la LMG. La pérdida de hueso interproximal se localiza apical a la recesión. | | | | | | | | | | | | | | |



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

| | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| CLASE I: Recesión que no sobrepasa la línea mucogingival, no hay pérdida de hueso ni de tejido blando interdental | | | | | | | | | | | | | | |
| CLASE II: Recesión que llega hasta la LMG o la excede. No hay pérdida de hueso ni de tejido blando interdental. | | | | | | | | | | | | | | |
| CLASE III: Recesión llega hasta la línea mucogingival con destrucción de hueso y tejido blando interdental es apical respecto a la unión amelocementaria. | | | | | | | | | | | | | | |
| CLASE IV: Recesión que sobrepasa la LMG. La pérdida de hueso interproximal se localiza apical a la recesión. | | | | | | | | | | | | | | |

• PÉRDIDA DEL MARGEN ÓSEO

| PATRON DE REABSORCIÓN ÓSEA | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| VERTICAL: tienen dirección oblicua, dejan en el hueso un surco socavado a lo largo de la raíz. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HORIZONTAL: La altura de hueso se reduce pero su margen permanece paralelo a las uniones cemento esmalte de los dientes adyacentes. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| GRAVEDAD DE REABSORCIÓN ÓSEA | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| LEVE: Ligeros cambios en la cresta alveolar (discontinuidad de lámina, ligera o nula la pérdida de altura). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MODERADA: Pérdida ósea del 10 al 33% (no va más allá del tercio cervical de la raíz.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SEVERA: Pérdida ósea mayor al 40% (más allá del tercio cervical de la raíz) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Valarezo León, Selena Lisseth**, con C.C: # 0703828160 autor/a del trabajo de titulación: **Movilidad dental asociada a pacientes fumadores y no fumadores con enfermedad periodontal, Clínica UCSG B-2018**, previo a la obtención del título de **Odontóloga** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **20 de Marzo de 2019**

f. _____

Nombre: **Valarezo León, Selena Lisseth**

C.C: **0703828160**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

| | | | |
|---|--|-----------------------------|------------|
| TEMA Y SUBTEMA: | Movilidad dental asociada a pacientes fumadores y no fumadores con enfermedad periodontal, Clínica UCSG B-2018 | | |
| AUTOR(ES) | Selena Lisseth, Valarezo León | | |
| REVISOR(ES)/TUTOR(ES) | Carlos Andrés, Guim Martínez | | |
| INSTITUCIÓN: | Universidad Católica de Santiago de Guayaquil | | |
| FACULTAD: | Ciencias Médicas | | |
| CARRERA: | Odontología | | |
| TÍTULO OBTENIDO: | Odontóloga | | |
| FECHA DE PUBLICACIÓN: | 20 de Marzo de 2019 | No. DE PÁGINAS: | 13 páginas |
| ÁREAS TEMÁTICAS: | Periodoncia, Rehabilitación oral | | |
| PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS: | Enfermedad periodontal, periodontitis, tabaquismo, biofilm, inflamación gingival, movilidad dental. | | |
| RESUMEN/ABSTRACT | | | |
| <p>Introducción: El tabaquismo es uno de los factores de riesgo más asociados con el desarrollo de la enfermedad periodontal, aumenta la frecuencia de pérdida del margen óseo y por consiguiente la presencia de movilidad dental.</p> <p>Objetivo: El objetivo del presente trabajo fue determinar la prevalencia de movilidad dental en pacientes fumadores y no fumadores con enfermedad periodontal de la clínica Odontológica UCSG.</p> <p>Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo clínico, radiográfico, transversal con diseño descriptivo, analítico y observacional. Se obtuvieron muestras de 104 pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años, 51 pacientes fumadores y 53 no fumadores, a quienes se les realizó una inspección clínica utilizando el índice gingival de Lobene, higiene oral simplificado modificado, índice de recesiones de Miller, movilidad dental de Miller y determinación radiográfica del margen óseo.</p> <p>Resultados: En este estudio fueron evaluados 104 pacientes, 57 mujeres y 47 hombres. En relación con el tabaquismo, 53 pacientes (50.96%) negaron ser fumadores, mientras que 51 pacientes aceptaron tabaquismo activo (49.04%) entre ellos 35 hombres (68.62%) y 16 mujeres (31.38%). El grupo de fumadores presentó un mayor porcentaje de MD Grado 1 con 175 piezas dentales afectadas (30%), mientras que en el grupo de no fumadores es de 98 piezas dentales afectadas (17%).</p> <p>Conclusiones: La probabilidad de movilidad dental sí aumenta en pacientes fumadores, siendo la movilidad dental Grado 1 con mayor porcentaje comparado con el grupo de no fumadores, por ende podemos decir que hay una relación directa entre tabaquismo y movilidad dental.</p> | | | |
| ADJUNTO PDF: | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| CONTACTO CON AUTORA: | Teléfono: 0967732682 | E-mail: sele.alt@outlook.es | |
| CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):: | Nombre: José Fernando Pino Larrea | | |
| | Teléfono: 0962790062 | | |
| | E-mail: jose.pino@cu.ucsg.edu.ec | | |
| SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA | | | |
| Nº. DE REGISTRO (en base a datos): | | | |
| Nº. DE CLASIFICACIÓN: | | | |
| DIRECCIÓN URL (tesis en la web): | | | |