

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

Bibliotecas Bucaramanga
Universidad Santo Tomás

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LA POBLACION COLOMBIANA: REVISION BIBLIOGRAFICA

Lizeth Carolina Acelas Arenas, Ingrid Carolina Escudero Suarez,
Mayleth Viviana Gil Gómez,

Trabajo de grado para optar el título de Odontólogo

DIRECTORA

ANGELA MARIA MARTINEZ SANTAMARIA

Odontóloga Universidad Santo Tomas

Especialista en periodoncia UNESA Rj. Brasil

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga
División Ciencias de la Salud
Facultad de odontología
2015

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en la población colombiana, analizar factores de riesgo y característica de la enfermedad reportada en literatura. **MATERIALES Y METODOS:** Se realizó una revisión narrativa de literatura, en el cual se consultaron fuentes de información bibliográfica electrónicas como: Pubmed, Scielo, Dentistry & oral, además libros, revistas odontológicas e información del ministerio de salud en Colombia; en la información electrónica se obtuvieron en la primera fase de recopilación de información 36 artículos, posteriormente se eliminaron 16 artículos y finalmente fueron electos 20 artículos que cumplieran con las especificaciones requeridas, los libros seleccionados fueron 4, las revistas odontológicas 10 y la información del ministerio de salud 3 para finalmente obtener 37 fuentes de información que cumplieran con los parámetros necesarios para esta revisión bibliográfica. **RESULTADOS:** En Colombia la prevalencia de enfermedad periodontal ha sido evaluada mediante estudios realizados por el Ministerio Nacional de Salud, el primer estudio realizado fue en el año 1965, en el cual la enfermedad se presentaba en un 88.7% de la población colombiana y para el año de 1977 hasta 1980 el porcentaje de ciudadanos que presentaban algún signo de enfermedad periodontal aumento a un 94.7%, aunque la severidad de la enfermedad también se vio reducida. En 1998 el ENSAB III reporto que el 50.2% de la población colombiana presenta enfermedad periodontal lo que refleja una situación diferente a la reportada en 1977-80, cuando se afirmó que el 94.7% de la población tenía enfermedad periodontal en alguna de sus fases. La explicación de esta diferencia se basa principalmente en los cambios que se produjeron en los parámetros que definen la enfermedad y en el método de diagnóstico, en la década de los 80's. Finalmente El Ministerio de Salud y Protección Social presentó el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) realizado entre los años 2013 y 2014 en el cual se reportó que el 73% de la población colombiana presentaba alguna fase de la enfermedad periodontal, sin embargo, la mayoría son lesiones leves que se pueden disminuir con una atención oportuna

CONCLUSIONES: en Colombia en los últimos 20 años la enfermedad periodontal ha venido aumentando, este incremento de pacientes afectados con esta patología se considera que está relacionada con la calidad de vida de la población y sus determinantes de salud, además los factores de riesgo son claves y fundamentales para el desarrollo de las enfermedades periodontales, el correcto manejo o la intervención oportuna detiene el avance de la enfermedad, pero esto se logra con un manejo interdisciplinario y cambios drásticos en el estilo de vida.

PALABRAS CLAVES: enfermedad periodontal, prevalencia, periodonto, factores de riesgo, estudio.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determine the prevalence of periodontal disease in colombian population, analyze risk factors and disease characteristics reported in literature.

MATERIALS AND METHODS: A narrative review of literature, in which electronic bibliographic information sources were consulted like : Pubmed, Scielo, Dentistry & Oral, plus books, magazines and information dental health ministry in Colombia; the electronic data were obtained in the first phase of data collection 36 items, then 16 items were eliminated and finally were elected 20 articles that have the required specifications, the selected books are 4, dental magazines 10 and information of the health ministry 3 to finally obtain 37 sources that have the parameters required for this literature review.

RESULTS: In Colombia the prevalence of periodontal disease has been evaluated through studied by the National Ministry of Health, the first studied was in 1965, in which the disease occurred in 88.7% of the Colombian population and for the year 1977-1980 the percentage of citizens who showed any signs of periodontal disease increased to 94.7%, although the severity of the disease was also reduced. In 1998 ENSAB III reported that 50.2% of the Colombian population has periodontal disease reflecting a different situation to that reported in 1977-1980, when it was stated that 94.7% of the population had periodontal disease in some of its phases. The explanation for this difference is mainly based on the changes that occurred in the parameters that define the disease and method of diagnosis in the early 80's. Finally the Ministry of Health and Social Protection presented the Fourth National Study of Oral Health (ENSAB IV) between 2013 and 2014 in which it was reported that 73% of the Colombian population had some stage of periodontal disease, however most are minor injuries that can decrease with timely care

CONCLUSIONS: in Colombia in the last 20 years periodontal disease has been increasing, the increase of patients with this condition is considered to be related to the quality of life of the population and health determinants also risk factors are key and fundamental for the development of periodontal diseases, proper handling or timely intervention stops the progression of the disease, but this is achieved with an interdisciplinary management and drastic changes in lifestyle.

KEY WORDS: periodontal disease, prevalence, periodontuim, ricks factors, study.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

I. INTRODUCCION.....	8
A. Planteamiento de problema.....	9
B. Justificación.....	10
C. Objetivo general.....	11
1. Objetivos específicos.....	11
II. MARCO TEORICO.....	12
A. Generalidades periodontales.....	12
1. Estructuras periodontales.....	12
I. Periodonto de inserción.....	12
II. Periodonto de protección.....	13
B. Enfermedades periodontales.....	13
1. Diagnóstico de la Enf. Periodontal.....	14
2. Clasificación de la Enf. Periodontal.....	17
3. Gingivitis.....	17
4. Periodontitis.....	18
5. Periodontitis crónica.....	18
6. Periodontitis agresiva.....	19
C. Factores de riesgo de la enfermedad periodontal.....	20
D. Prevalencia de enfermedad periodontal en Colombia.....	20
III.METODOLOGIA.....	25
A. Diseño o tipo de estudio.....	25
B. Componentes de la revisión.....	25
1. Universo y muestra.....	25
C. Criterios de elegibilidad.....	25
1. Criterio de inclusión.....	25
2. Criterio de exclusión.....	26
3. Bases de datos electrónicos a consulta.....	26
D. Estrategia de búsqueda.....	26
1. Descriptores temáticos para revistas.....	26
2. Alcance del trabajo.....	27
3. Valoración de artículos como fuente de información.....	27
4. Consideraciones éticas.....	28
IV.RESULTADOS.....	29
A. Estrategia de búsqueda.....	29
B. Valoración y descripción de los artículos.....	29
C. Artículos incluidos en la revisión.....	32
D. Características de la enfermedad periodontal según la literatura...	44
V. DISCUSION.....	48

VI. CONCLUSION.....	50
VII. RECOMENDACIONES.....	51
VIII. BIBLIOGRAFIA.....	52

Lista de Tablas

Tabla 1. Comparación entre las principales características clínicas de la periodontitis crónica, periodontitis agresiva generalizada y la periodontitis agresiva localizada.....	19
Tabla 2. Enf. Periodontal datos comparativos Colombia 1977-80/1988.....	21
Tabla 3. Relación de artículos encontrados en la base de datos PubMed.....	29
Tabla 4. Relación de artículos en la base de datos cielo.....	30
Tabla 5. Relación de artículos en la base de datos Dentistry and oral Science Source.....	31
Tabla 6. Resultados de la búsqueda de artículos que contuvieran los descriptores de la estrategia de búsqueda.....	32
Tabla 7. Descripción de los artículos incluidos en la revisión.....	33
Tabla 8. Descripción de los artículos incluidos en la revisión.....	41

Lista de Figuras

Figura 1. Posición del margen gingival, respecto a la unión amelocementaria (UCA).....	14
Figura 2. Esquema representativo de la relación entre nivel de inserción clínica (NIC) y el soporte periodontal.....	15
Figura 3. Recesión gingival.....	16
Figura 4. Línea mucogingival fotografía clínica Fuente: Mayleth Gil.....	16
Figura 5. Inflación gingival en el sector antero-superior.....	17
Figura 6. Paciente de 30 años varón con periodontitis crónica fotografía clínica e imagen radiográfica.....	19
Figura 7. Prevalencia de enfermedad periodontal datos Comparativos, Colombia 1965,1977-80/ 1998 2013-2014.....	23
Figura 8. Severidad de la pérdida de soporte periodontal EMSAB IV & EMSAB III.....	24

I. INTRODUCCION

La enfermedad periodontal es considerada una patología inflamatoria de origen infeccioso; puede afirmarse que se trata de una infección polimicrobiana en la que están implicados diversos microorganismos que han sido claramente asociados a la enfermedad periodontal, como el *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, entre otros (1), que, de acuerdo al tiempo de evolución, condición sistémica del paciente, virulencia de los microorganismos, conlleva a pérdida de los tejidos de soporte del diente que como última consecuencia pudiera conducir a la pérdida dental y a posibles efectos en la salud general del paciente (1).

A través de resultados epidemiológicos a escala mundial, se sabe del alto índice de enfermedad periodontal, la cual pudiera ocupar un porcentaje similar o mayor a la caries, siendo una de las afecciones más comunes en el ser humano desde su infancia (3).

Analizar la prevalencia de enfermedad periodontal en las diferentes poblaciones no es sencillo debido a los diferentes índices que se utilizan para diagnosticarla. Diferentes reportes realizados a nivel mundial, entre ellos África, Asia, Oceanía, Australia, Nueva Zelanda, América Central y del Sur coinciden que la alta prevalencia de cálculos es muy común con una alta frecuencia de destrucción periodontal moderada con bolsas poco profundas en la mayoría de los países. Por ejemplo en Brasil, se reporta una prevalencia de periodontitis moderada de un 52% y severa del 15%; en Argentina la prevalencia de periodontitis moderada es 28%, severa en 19%. En Estados Unidos se reporta la prevalencia de 3.1% de periodontitis avanzada, 9.5% de periodontitis moderada y 28.1% de periodontitis leve (4).

Se han realizado diferentes estudios intentando encontrar las razones de la pérdida dental, encontrando resultados que indican que la mayoría de las extracciones realizadas en pacientes con edades entre los 40 y 45 años son consecuencia de la caries dental. Sin embargo en adultos mayores, la enfermedad periodontal pudiera tener la misma importancia que la caries en la pérdida dental. En general, se cree que la enfermedad periodontal representa el 30 – 35% de las extracciones dentales, mientras que la caries y sus patologías asociadas el 50% (2).

Particularmente en Colombia, los únicos datos estadísticos generales con los que se cuentan son el Estudio de Salud Bucal (ENSAB III y IV), en 1998 el ENSAB III reportó que el 50,2% de la población colombiana presentaba algún criterio de enfermedad periodontal, mientras que en el último estudio realizado en los años 2013 y 2014 ENSAB IV reportó que el 73% de los colombianos presentaba enfermedad periodontal (5), (6).

La presente revisión bibliográfica acerca de enfermedad periodontal y prevalencia en la población colombiana, tiene como objetivo analizar el porcentaje de afectación de la enfermedad en nuestro país.

I.A. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

En la práctica odontológica diaria existen un gran número de pacientes con diferentes problemas de salud bucal, unos asociados a problemas sistémicos, algunos a una mala higiene bucal, otros asociados a la edad, al lugar de procedencia o algunos hábitos como el fumar o beber alcohol.

La enfermedad periodontal se caracteriza por el sangrado, la inflamación, el acumulo de placa bacteriana en los tejidos bucales de las personas, contribuyendo así a la formación de bolsas periodontales, que en algunas ocasiones producen una reabsorción ósea y por ende una movilidad dental (7).

Por medio de la anamnesis se buscan indicadores que conlleven al diagnóstico de la enfermedad. El sangrado al sondaje es uno de los signos clínicos para establecer o detectar enfermedad periodontal y la principal causa es la remoción inadecuada de la placa bacteriana de los dientes y la encía. Si no se remueve la placa a través del cepillado, se endurece y se forma en cálculos, condición que finalmente ocasiona aumento en el sangrado y una forma más avanzada de enfermedad que es la periodontitis (3).

La prevalencia de pérdida de inserción en Colombia es alta (52%), según el Estudio Nacional de Salud en Colombia (ENSAB III), el promedio de la extensión fue de 32% y la severidad de 1,4 mm, si se tiene en cuenta todas las edades. A mayor edad el comportamiento de la enfermedad tiende a empeorar al igual que la pérdida de inserción, la cual se encuentra entre moderada y severa (de más de 3 mm) aumentando con el paso de los años (8).

Tomando en cuenta lo anterior se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de enfermedad periodontal en la población colombiana reportada en la literatura?

I.B. JUSTIFICACION

En la actualidad se mantiene una controversia sobre la relativa importancia de las bacterias, los factores locales que facilitan su multiplicación y las influencias sistémicas en la etiología de la enfermedad periodontal. Afortunadamente los últimos adelantos de la ciencia aplicados en periodoncia han demostrado que las pruebas de riesgo genético y susceptibilidad constituyen un verdadero paso de avance, que han revolucionado el diagnóstico y tratamiento periodontal (9).

Un número de factores están involucrados en la evolución de la enfermedad periodontal, los factores sistémicos no modificables incluyen factores genéticos, la edad, la etnia, el género y enfermedades sistémicas, especialmente la diabetes y el VIH; los factores sistémicos modificables incluyen el habito de fumar, la higiene bucal, el consumo de alcohol y el estrés (10).

La respuesta inflamatoria de los tejidos periodontales está influenciada por factores ambientales, así como por factores genéticos. El factor microbiano es el primero que contribuye a la evolución de la enfermedad periodontal, este es un cambio en el contenido de la micro flora oral, mientras que el factor inmunológico primario es la respuesta inflamatoria del huésped (11).

El propósito de realizar una revisión bibliográfica a cerca de enfermedad periodontal y prevalencia en la población colombiana es analizar el porcentaje de afectación de la enfermedad en nuestro país reportada en la literatura.

Esta investigación quiere contribuir a que el estudiante de odontología, profesional y la población colombiana tome consciencia de la importancia de disminuir los factores de riesgo de la enfermedad periodontal, motivando a las personas a mejorar los hábitos de higiene oral.

I.C. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en la población Colombiana.

I.C.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar los factores de riesgo de la enfermedad periodontal reportados en la literatura.
- Describir las características clínicas de la enfermedad periodontal según lo reportado en la literatura.

II.MARCO TEORICO

II.A. Generalidades periodontales

La etiología del término periodonto procede del griego “peri”, que significa alrededor de y “odonto” que significa diente, lo que quiere decir que el periodonto está compuesto por todos aquellos tejidos que rodean al elemento dentario (12). Definido por la ciencia como los tejidos que sostienen y revisten los dientes, está constituido por el cemento radicular, el ligamento periodontal, el hueso alveolar y la parte de la encía que se une al diente, llamada también unión dentogingival (13).

Cada uno de los componentes periodontales tiene su propia estructura especializada y que estas características estructurales definen directamente la función. De hecho, el propio funcionamiento del periodonto solo se logra a través de la integración estructural y la interacción entre sus componentes (13).

II.A.1. Estructuras periodontales

El periodonto es una unidad biofuncional que es parte del sistema masticatorio, los tejidos que constituyen el periodonto se dividen en:

II.A.1.I Periodonto de inserción: son aquellos tejidos encargados de mantener el diente en su alvéolo, está constituido por: (Cemento, hueso alveolar, ligamento periodontal) (12).

- **Ligamento periodontal:** Es el mecanismo de unión entre el diente, específicamente une el cemento radicular y el hueso alveolar. Es un tejido conectivo laxo altamente vascular y celular. Tiene un ancho de aproximadamente de 0.25mm (4). Su función principal es distribuir las fuerzas generadas en el proceso de masticación, además es importante para la movilidad natural de los dientes, está determinada por el ancho, altura y calidad del ligamento periodontal (4).
- **Hueso alveolar:** Está compuesto por una matriz orgánica y una materia inorgánica, la orgánica está compuesta por una red de osteocitos y sustancia extracelular y la inorgánica constituida por calcio, fosfato y carbonato en forma de cristales de apatita, el proceso alveolar es la parte del maxilar donde se encuentra los alveolos que alojan los dientes, estos se forman mediante el desarrollo y la erupción de los dientes y se reabsorbe gradualmente ante la pérdida de piezas dentales (4).
- **Cemento:** Tejido calcificado especializado que recubre las superficies radiculares de los dientes. Este corresponde a otro elemento de anclaje del ligamento periodontal, puesto que confiere inserción radicular a las fibras del

ligamento (fibras de Sharpey) y participa en el proceso de reparación tras las lesiones a la superficie radicular (4).

II.A.1.II Periodonto de protección: Son aquellos tejidos encargados de proteger al periodonto de inserción (Encía, epitelio de unión) (12).

- **Encía:** Es la parte de la mucosa masticatoria que cubre los procesos alveolares y rodea la porción cervical de los dientes, esta se adhiere a través de la unión dentogingival, su principal función es aislar la porción coronal expuesta y proteger la estructura de sostén (14).

- **Encía libre o encía marginal:** está no se encuentra unida al hueso alveolar, va desde el borde gingival hasta el surco gingival libre o surco marginal, La encía libre que se encuentra entre diente y diente se denomina papila interdental.

- **Encía insertada**

Es la parte de la encía que se extiende de la encía marginal, esta se encuentra separada por el surco marginal y la mucosa oral de revestimiento, presenta una característica única en forma punteada o graneada, usualmente llamada “punteado de cascara de naranja” (15).

- **Epitelio de unión**

Hace parte de la unión dentogingival junto con encía y diente, es el mecanismo de cierre del periodonto de protección, o sea, la forma en que la encía marginal se adhiere a la superficie del diente para sellar la comunicación entre la cavidad bucal y los tejidos del periodonto de inserción (12).

II.B. Enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal es una patología que afecta las estructuras de sostén del diente y sucede por una manifestación bacteriana que puede inducir a una respuesta destructiva del huésped, lo cual conlleva a la pérdida de inserción periodontal, pérdida de hueso alveolar y por último la posible pérdida de los dientes (16).

Las enfermedades periodontales están incluidas en las enfermedades crónicas multifactoriales, donde la capacidad reducida del huésped conlleva a alteraciones en el periodonto que se pueden expresar inicialmente con una inflamación gingival, hasta la pérdida de hueso alveolar (17).

II.B.1. Diagnóstico de la Enfermedad Periodontal.

El diagnóstico periodontal es un importante deber que los profesionales deben aplicar ante un proceso o enfermedad periodontal de un paciente. En la práctica diaria de la periodoncia, el diagnóstico se inicia principalmente de la información adquirida mediante la historia clínica y el examen intraoral realizado al paciente (18).

Las enfermedades periodontales como la gingivitis y la periodontitis tienen como agente causal principal la placa bacteriana, pero su desarrollo puede ser modificado por alteraciones sistémicas diabetes, presión arterial, VIH, hábitos como fumar, el estrés y el trauma por oclusión. (19).

Parámetros clínicos periodontales

El diagnóstico periodontal y su seguimiento depende en gran parte de los parámetros clínicos, los principales parámetros evaluados en el sondaje periodontal son: (20)

- Profundidad de la bolsa o Sondeable:

Es la distancia entre el margen gingival y el fondo del surco o de la bolsa, en una gran mayoría de los casos coincide con la unión amelo cementaria (UCA), pero puede estar en posición coronal o apical a la unión cemento-esmalte, en este caso es cuando se observa una recesión gingival. (20). (Figura1)

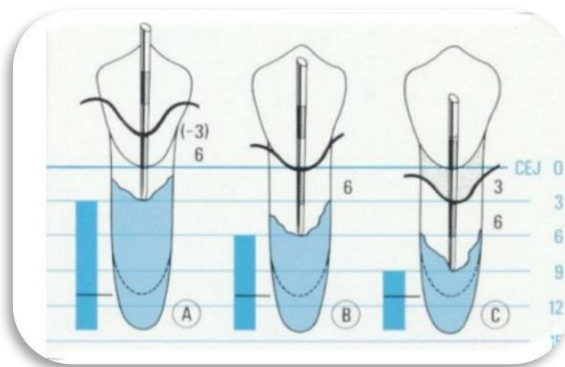


Figura 1. Posición del margen gingival respecto a la Unión amelo cementaria (UCA). (21)

- Nivel de Inserción Clínica (NIC)

Esta medida se obtiene de la distancia entre la Unión Amelocementaria (UCA) y el fondo del surco o la bolsa. En el diagnóstico clínico de enfermedad periodontal se emplea el Nivel de Inserción Clínica para determinar la cantidad de pérdida de soporte dental (15).

Para medir el nivel de inserción clínica, se realiza como indica a continuación: (Figura2)

- Si el margen esta coronal a la UCA, se le resta la profundidad sondeable.
- Si el margen coincide con la UCA, el NIC es igual a la profundidad sondeable
- Si el margen esta apical a la UCA, se suma la profundidad sondeable y el margen (19).

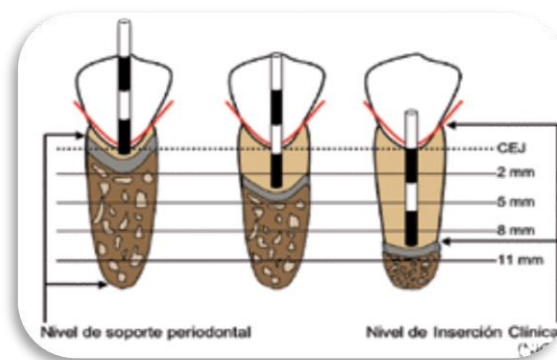


Figura 2. Esquema representativo de la relación entre el nivel de inserción clínica (NIC) y el soporte periodontal (20).

Sangrado al Sondaje (SS)

Uno de los principales signos iniciales al encontrar inflamación gingival es el sangrado alrededor del surco gingival después de haber realizado un sondaje suave con la sonda periodontal. Esto se debe a que el epitelio interno y la presencia de tejido de granulación en la pared gingival del surco se encuentra delgado o ulcerado (15).

La evaluación del sangrado es primordial para la elaboración del examen clínico, pues no siempre se observa cuando se realiza un examen periodontal; también pueden existir estímulos como el cepillado, traumas oclusales, entre otros (15).

Recesión gingival:

La recesión es la distancia existente entre la unión amelocementaria (UCA) y el margen gingival (20). Siendo la migración hacia apical del margen gingival a lo largo de la superficie radicular, la encía que presenta recesión se encuentra normalmente inflamada

pero puede ser normal excepto por su posición, la recesión se localiza en ocasiones en una sola superficie de un diente, en un grupo de dientes o puede generalizarse a través de la boca (22). (Figura 3).



Figura 3. *Recesión Gingival (22).*

Línea Mucogingival (LMG)

La línea mucogingival es la encargada de separar la mucosa masticatoria (queratinizada) de la mucosa alveolar (no queratinizada) esta se observa por la superficie vestibular y lingual de los dientes, excepto la superficie palatina en la cual la encía se continua con la mucosa masticatoria palatina (23). (Figura 4).



Figura 4. *Línea mucogingival fotografía clínica. Fuente: Mayleth Gil*

Movilidad Dental

La movilidad dental puede ser una consecuencia de factores como pérdida ósea o anatomía radicular, entre otros. En la enfermedad periodontal, la movilidad dental patológica es una señal que aparece cuando existe pérdida considerable del tejido de soporte o cuando existen interferencias oclusales (24).

La movilidad dental se puede clasificar como:

Grado 1: movilidad de la corona dentaria de 0,2 a 1mm en sentido horizontal.

Grado 2: movilidad de la corona dentaria excediendo 1mm en sentido horizontal.

Grado 3: movilidad de la corona dentaria sentido vertical y horizontal (2).

CLASIFICACION DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal se clasifica por la Academia Americana de Periodoncia (AAP) en: (19).

II.B.2 Gingivitis

La gingivitis es una inflamación de la encía originada por la colonización de microorganismos en el margen gingival que con el tiempo puede migrar al epitelio de unión, caracterizada clínicamente por: sangrado gingival, eritema, edema, sensibilidad y agrandamiento gingival, todas estas se caracterizan por la presencia de placa bacteriana (25). (Figura 5).



Figura 5: inflamación gingival en el sector anterosuperior. (25)

La gingivitis puede ser causada por diferentes factores algunos de ellos son:

- **Gingivitis asociada a placa bacteriana:** Es la inflamación de la encía que se presenta por la localización de microorganismos, se ha podido demostrar mediante análisis radiográficos y el nivel de inserción que la gingivitis asociada a placa bacteriana no indica una pérdida del tejido que sostiene el diente. (26)
- **Gingivitis Asociada a Medicamentos:** Algunos fármacos pueden afectar específicamente los tejidos periodontales provocando incremento de la inflamación o un aumento en el volumen gingival, algunos fármacos que pueden manifestar enfermedad gingival son los anticonvulsivantes y los inmunosupresores. (26)

- **Gingivitis Asociada a Embarazo:** Es una inflamación proliferativa, vascular con un amplio infiltrado inflamatorio celular. Sus características clínicas incluye encía intensamente enrojecida, engrosamiento del margen gingival, entre otras. En 1963, Loe y Silness afirman que los signos clínicos iniciales aparecen en el segundo mes y comienza a mejorar en el octavo mes y se estabiliza finalmente en el último mes del embarazo (25).

II.B.3 PERIODONTITIS

Es un proceso infeccioso de la encía y del aparato de inserción subyacente que puede ser producido por algunos microorganismos que se encuentran en el área supra y subgingival del diente. A diferencia de la gingivitis, la periodontitis tiene como característica la pérdida de inserción que es generada por la colonización de algunas bacterias, otras características incluyen bolsas periodontales, pérdida de fibras colágenas, recesión gingival, entre otras (27).

II.B.4 Periodontitis Crónica

Se considera que la periodontitis crónica inicia por una gingivitis asociada a placa bacteriana no tratada a tiempo, las lesiones asociadas a esta patología incluyen la destrucción de hueso, pérdida de inserción y se considera una enfermedad irreversible (26). Tiene mayor prevalencia en adultos aunque puede aparecer en individuos de cualquier grupo etario, podemos llegar a encontrar diferentes signos y síntomas como edema, eritema, recesión del margen gingival, placa o cálculos supra o sub gingival, movilidad, aumento de la profundidad del surco gingival, pérdida ósea que se puede observar mediante una radiografía periapical (13). (Figura 6).

- Según su clasificación se divide mediante los siguientes criterios:

Según su Extensión:

- Localizada: Se presenta en menos de un 30% de áreas afectadas.
- Generalizada: Se presenta en más de un 30% de áreas afectadas (27).

Según la severidad:

- Leve: Cuando la pérdida de inserción es de 1 a 2 mm
- Moderada: Cuando la pérdida de inserción es de 3 a 4mm
- Severa o avanzada: Cuando la pérdida de inserción es superior a 5 mm (27).

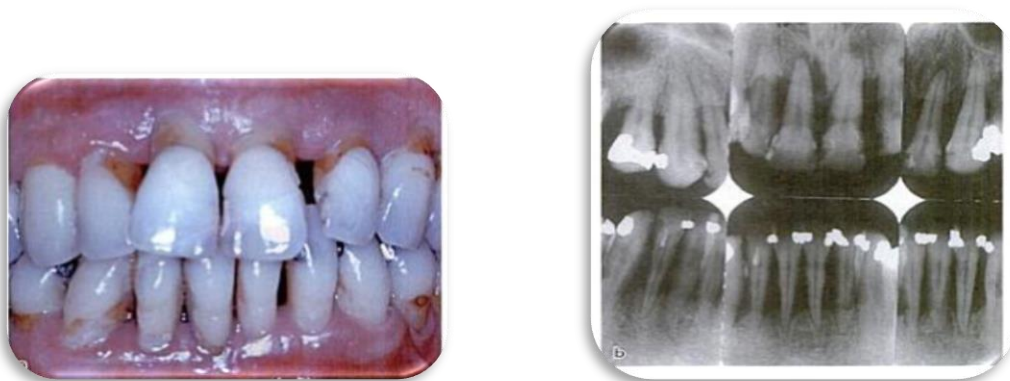


Figura 6. Paciente de 30 años varón con periodontitis crónica, fotografía clínica e imagen radiográfica (26)

II.B.6. Periodontitis Agresiva

El workshop de 1999, la American Academy of Periodontology (AAP) decidió cambiar el nombre del diagnóstico de la periodontitis de aparición temprana por periodontitis agresiva (28), esta patología puede presentarse en cualquier edad y no solo en individuos menores de 35 años, una de sus características principales es la pérdida progresiva y rápida de soporte de 4 a 5 micras por día, lo cual sería de 4 a 5 veces más rápido que la periodontitis crónica, existe 2 formas de periodontitis agresiva localizada y generalizada (4).

La diferencia entre la periodontitis agresiva y periodontitis crónica se basa inicialmente en:

- La cantidad y forma de destrucción periodontal.
- La edad del paciente y su estado médico (29).

En cuanto a sus manifestaciones clínicas la (tabla 1) nos muestra las diferencias.

Tabla 1. Comparación entre las principales características clínicas de la periodontitis crónica, la periodontitis agresiva generalizada y la periodontitis agresiva localizada (29).

Comparación entre las principales características clínicas de la periodontitis crónica, la periodontitis agresiva generalizada y la periodontitis agresiva localizada

PERIODONTITIS CRONICA	PERIODONTITIS AGRESIVA LOCALIZADA	PERIODONTITIS AGRESIVA GENERALIZADA
--------------------------	--------------------------------------	--

Prevalencia de enfermedad periodontal

Más prevalente en adultos aunque puede presentarse en niños	Habitualmente afecta adolescentes (inicio peripuberal)	Habitualmente afecta a individuos menores de 30 años, aunque pueden presentarse en individuos de mayor edad.
Progresión lenta o moderada	Progresión rápida	Progresión Rápida (pronunciados periodos episódicos de progresión)
Volumen de depósito bacteriano congruente con la gravedad de la destrucción	Volumen de depósito bacteriano incongruente con la gravedad de la destrucción	Volumen de depósito bacterianos congruente con la gravedad de la destrucción
Distribución variable de la destrucción periodontal, sin un patrón específico - Sin agresión familiar pronunciada - Con presencia frecuente de cálculo subgingival	Destrucción periodontal localizada en los primeros molares e incisivos permanentes - Agregación familiar pronunciada - Cálculo gingival generalmente ausente	destrucción periodontal afecta varios dientes además de los primeros molares incisivos - Agregación familiar pronunciada, cálculo gingival presente o ausente

Estadios de la Enfermedad Periodontal.

La lesión progresiva de los tejidos gingivales/periodontales se dividen en cuatro fases, inicial, temprana, establecida y avanzada. Las descripciones de la lesión inicial y temprana tratan de caracterizar los cambios histopatológicos de la encía clínicamente sana y los estadios tempranos de la gingivitis mientras que la lesión establecida caracteriza a la gingivitis crónica. La lesión avanzada refleja la fase en la cual la gingivitis progresa a la periodontitis y es una lesión que siempre se asocia con pérdida de la inserción y de tejido óseo (26).

II.C. Factores de riesgo de la Enfermedad Periodontal.

El inicio y progresión de las enfermedades periodontales está influido por comportamiento y estilo de vida, factores locales y sistémicos, genéticos, sociodemográficos, Los factores locales incluyen la existencia de enfermedad preexistente, la presencia de áreas de retención de placa, restauraciones defectuosas y tabaquismo, Los factores sistémicos pueden tener relación más o menos evidente con la enfermedad periodontal como diabetes mellitus, VIH, enfermedades cardíacas, entre otras (30).

II.D. Prevalencia de Enfermedad Periodontal en Colombia.

Las desigualdades en salud oral se han considerado como un fiel reflejo de los contrastes socioeconómicos de un país. Esto se explica porque los estratos más bajos reciben una

inadecuada e insuficiente educación en el cuidado de la salud oral, carecen de los recursos suficientes para acceder a una consulta odontológica y con frecuencia no pueden adquirir los artículos básicos de higiene oral (31).

En estudios realizados por el ministerio de Salud de Colombia en los años 1965 la enfermedad se presentaba en un 88.7% de la población colombiana y para el año de 1977 hasta 1980 el porcentaje de ciudadanos que presentaban algún signo de enfermedad periodontal aumento a un 94.7%, aunque la severidad de la enfermedad también se vio reducida; las demás condiciones analizadas se presentaron en proporciones bajas. Con estos antecedentes en mente se adelantó La Tercera Encuesta de Salud Bucal (ENSAB III) que se hizo en Colombia, a fin de establecer la situación de salud y de morbilidad bucal, mediante información recolectada en una muestra constituida por 6.336 personas entre 12 y 69 años para la encuesta de representaciones, conocimientos y prácticas, y por 4.400 niños de 5, 6, 7 y 12 años y 8.448 adultos de 15 a 44 y 55 a 74 años para el examen clínico de morbilidad bucal (5).

En este estudio la presencia de al menos un marcador periodontal se observó en el 92.4% de las personas; de estas el 8.8% presentó sangrado al sondaje, el 53.3% presentó sangrado y cálculos simultáneamente llamando la atención que 60.9% de los niños de 12 años presenta este marcador; las bolsas pandas (menores de 6 mm) se diagnosticaron en el 26.5% de las personas y las profundas (de 6 y más mm) en el 3,8%, de acuerdo con la situación encontrada, el 7.6% de las personas, principalmente los niños, no requieren de tratamiento. Del 92.4% con necesidad de tratamiento, el 88.6%, requieren de detartraje, profilaxis y refuerzo en las medidas de higiene oral y un 3.8%, principalmente los mayores de 30 años requieren de tratamiento complejo debido a la presencia de bolsas profundas (5).

En 1998 el ENSAB III reportó que el 50.2% de la población colombiana presenta enfermedad periodontal lo que refleja una situación diferente a la reportada en 1977-80, cuando se afirmó que el 94.7% de la población tenía enfermedad periodontal en alguna de sus fases (tabla 2). La explicación de esta diferencia se basa principalmente en los cambios que se produjeron en los parámetros que definen la enfermedad y en el método de diagnóstico, en la década de los 80's (5).

*Tabla 2. Enfermedad periodontal. Datos comparativos.
Colombia 1977-80 / 1998 (5).*

Edad	Con pérdida de inserción 1998	Con enfermedad periodontal 1977-80
	%	%
15 a 19	32.7	92.8
20 a 24	37.0	94.1
25 a 29	42.9	93.4
30 a 34	57.9	95.3
35 a 39	65.8	95.0

Prevalencia de enfermedad periodontal

40 a 44	68.5	94.4
55 a 59	83.3	93.8*
60 a 64	88.3	
65 y más	90.6	
Regiones		
Atlántica	49.8	94.8
Oriental	54.8	96.1
Occidental	42.3	95.6
Central	46.9	93.5
Santafé de Bogotá	58.9	93.6
TOTAL	50.2	94.7

La enfermedad periodontal es una patología de origen bacteriano con manifestaciones inmunoinflamatorias que desencadenan pérdida de inserción y soporte del diente. La prevalencia de pérdida de inserción en Colombia es alta (52%), según el último Estudio Nacional de Salud en Colombia (ENSAB III) en 1998, el promedio de la extensión fue de 32% y la severidad de 1,4 mm, si se tiene en cuenta todas las edades. A mayor edad el comportamiento de la enfermedad tiende a empeorar al igual que la pérdida de inserción, la cual se encuentra entre moderada y severa (de más de 3 mm) aumentando con el paso de los años (5) (Gráfico 2). Diversos datos epidemiológicos indican que la enfermedad periodontal en su forma generalizada, se distribuye en el 12% de los individuos menores de 35 años muestra pérdida de inserción, la que aumenta a 42% después de los 60 años, además el 10% de la población presenta pérdida de inserción avanzada (8).

A pesar de esta situación de salud planteada en 1998, no se realizó ningún esfuerzo por mejorar los conocimientos y prácticas en salud oral, especialmente en lo relacionado con la enfermedad periodontal. Aunque en Colombia se usan con frecuencia (98%) algunos elementos para la higiene oral como el cepillo y la crema dental, los niveles de uso de seda dental son pobres (37%). La utilización de cepillos es alta para un país en desarrollo, pero es probable que en muchas situaciones la utilización de estos no sea adecuada (8). Diversos datos epidemiológicos indican que la enfermedad periodontal en su forma generalizada, se distribuye en el 12% de los individuos menores de 35 años muestra pérdida de inserción, la que aumenta a 42% después de los 60 años. En la forma avanzada, el 10% de la población presenta pérdida de inserción avanzada (32).

En Colombia no existe una adecuada política de salud pública para su prevención y tratamiento. Las entidades promotoras de salud (EPS) sólo deben cumplir con la educación, la prevención y el diagnóstico de la periodontitis. Sin embargo, las EPS apenas llegan a diagnosticar al paciente, porque el tratamiento periodontal no se incluye dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS). Lo anterior va en contravía con el Plan Nacional de Salud Bucal del año 2006 (Resolución No 3577 de 2006) del Ministerio de Protección Social, que enfatiza el componente de la salud oral como parte de la salud general y tiene como uno de sus objetivos «garantizar el acceso de la población a los servicios de salud bucal» (31). El

Prevalencia de enfermedad periodontal

Ministerio de Salud y Protección Social presentó el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV), que se realizó en 197 municipios del país, con la participación de 20 mil colombianos que fueron encuestados y valorados clínicamente en los 32 departamentos del país. Después de 15 años de no contar con un panorama nacional sobre el estado de la salud bucal de los colombianos, a finales del año 2013 el Ministerio dio a conocer la estrategia que tenía como objetivo recolectar información sobre los principales problemas de salud bucal como: caries dental, enfermedad periodontal, fluorosis dental, edentulismo, lesiones premalignas bucales, labio y paladar hendido y, alteraciones de la oclusión, teniendo en cuenta los diferentes grupos de edad (6).

Esta es la primera vez que la encuesta se hace a niños de 1 a 3 años y que se realiza en regiones como la Orinoquia y la Amazonia; en que además se combinan evaluaciones clínicas con análisis cualitativos, de los 20.354 colombianos a los que se les realizó la encuesta, el 80% están ubicados en centros urbanos y el 20% restante en zonas rurales, en los resultados encontrados en cuanto a las enfermedades periodontales (gingivitis y periodontitis) se observó que hubo un aumento de personas que padecen esta enfermedad en todos los rangos de edad, pasando del 50% del Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) de 1998, al 73% en el estudio actual, sin embargo, la mayoría son lesiones leves que se pueden disminuir con una atención oportuna (6) (Grafico 1).

Grafico 1. Prevalencia de Enfermedad periodontal. Datos comparativos. Colombia 1965, 1977-80 / 1998 y 2013-2014 (33).

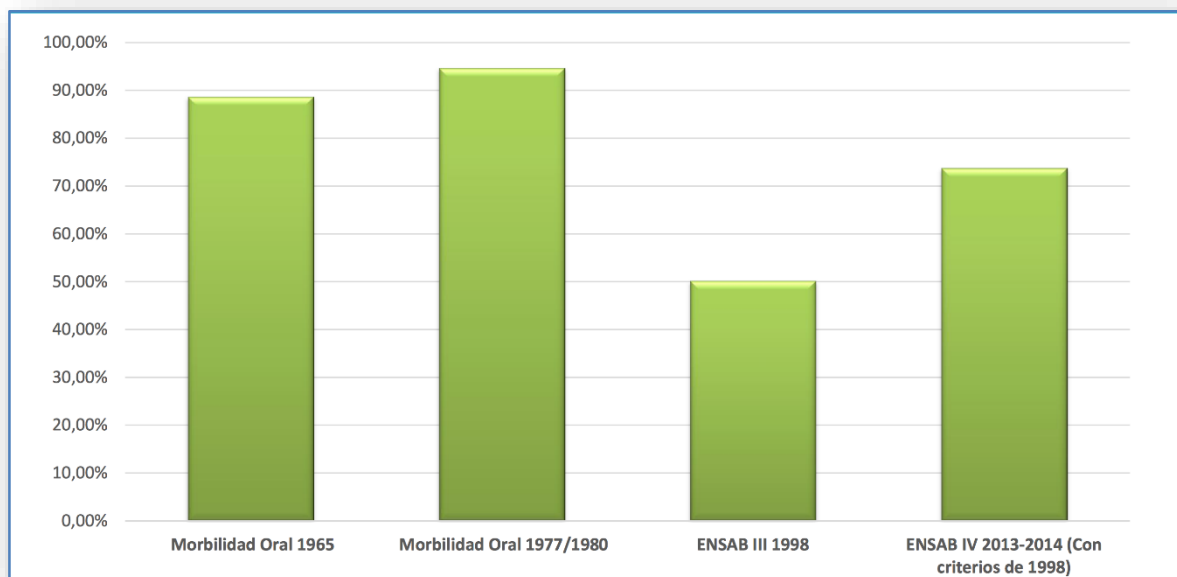
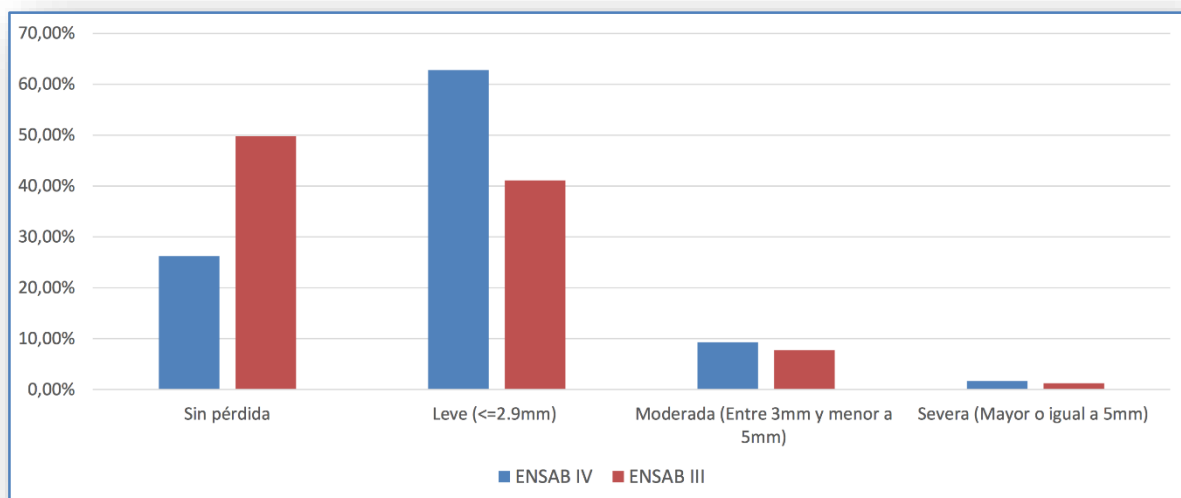


Grafico 2. Severidad de la perdida de soporte periodontal ENSAB IV & ENSAB III (33).



III. METODOLOGIA

III.A. Diseño o tipo de estudio

Revisión narrativa de la literatura manteniendo relación al tema de interés. Según el Centro Cochrane Iberoamericano, una revisión resume los resultados de estudios disponibles y proporciona, de acuerdo con el tipo de estudio incluido en la revisión, recomendaciones o sugerencias con relación a un tema. A diferencia de una revisión sistemática, en la revisión narrativa el rigor metodológico de los pasos, descriptores y nivel de evidencia puede ser obviado o manejado flexiblemente.

La literatura existente en las diferentes fuentes de informaciones bibliográficas consultadas sobre prevalencia de la enfermedad periodontal, constituyó la principal fuente de obtención de datos.

III.B. Componentes de la Revisión

III.B.1. Universo y muestra

Constituido por fuentes de informaciones bibliográficas existentes como lo son: PubMed, Scielo y Dentistry & Oral Sciences Source que fueron disponibles, accesibles, y consultadas que hagan referencia a prevalencia de la enfermedad periodontal. Se consultaron diferentes fuentes de información, como revistas generales y especializadas, disponibles en medio físico o formato electrónico; se revisarán aquellas publicaciones referenciadas en los últimos diez años, publicadas en idiomas español e inglés.

III.C. Criterios de Elegibilidad

III.C.1. Criterios de Inclusión

- Artículos referenciados en fuentes documentales terciarias.
- Artículos incluidos en bases de datos electrónicas disponibles y accesibles en instituciones universitarias de la ciudad.
- Artículos accesibles en bases de datos electrónicas o en forma individual, disponibles en sitios web.
- Artículos publicados de manera completa.
- Fuentes de información bibliográfica publicadas en el idioma español o inglés.

III.C.2. Criterios de Exclusión

- Artículos que requerían pagos para leer su contenido.
- Artículos en el cual solo se mostraba el Abstract.

III.C.3. Bases de datos electrónicas a consultar

PubMed, Scielo y Dentistry & Oral Sciences Source.

III.D. Estrategias de búsqueda

III.D.1. Descriptores temáticos para revistas

Para realizar la búsqueda de la información en revistas generales y especializadas, fue necesario establecer el tema sobre el cual se investigó, posteriormente, localizar las fuentes de donde será obtenida, para diseñar una estrategia de búsqueda que finalmente conduzca a la consecución de la información más apropiada y relevante.

La recopilación de la bibliografía se llevó a cabo consultando diferentes bases de datos electrónicas, utilizando palabras claves relacionadas con el tema a investigar que aparecen en el MeSH (Medical Subject Headings, que en idioma español traduce **Encabezados de Temas Médicos**).

Los descriptores temáticos se utilizaron en forma individual o combinándolos entre sí, en idioma inglés o español, según la base de datos a consultar, para lograr un número de publicaciones en modalidad de artículos que presenten mayor coherencia con el tema a revisar y que tenga la información adecuada para ser seleccionados.

Con el fin de delimitar la búsqueda de la información pertinente, se consideraron los siguientes límites, de acuerdo con las posibilidades de uso en las bases de datos bibliográficas.

- Descriptores localizados en título o resúmenes de artículos publicados.
- Artículos en idiomas español e inglés.
- Artículos de libre lectura.
- Artículos completos para la lectura.
- Resúmenes de los artículos.

Para implementar la estrategia de búsqueda, se seleccionaron los conectores universalmente utilizados “AND” “OR” y “NOT”. Para el caso del “OR” se identificaron los artículos indexados que incluían por lo menos uno, de los términos seleccionados.

Se determinó el grado de coincidencia de los artículos en las bases de datos, es decir, se estableció la posible duplicidad de indexación de un mismo artículo en diferentes bases de datos electrónicas, identificando el tema, los autores, revista y año de publicación.

III.D.2. Alcance del trabajo

Es tener a mano la prevalencia de la periodontitis, con el fin de brindar la información adecuada basada en una revisión de la literatura, sobre prevalencia de la enfermedad periodontal.

III.D.3. Valoración de artículos como fuentes de información.

Para valorar cada fuente de información consultada, se revisaron sus características específicas, siempre que fue posible su verificación. En una primera valoración, se consideró el título, el resumen y el contenido de los artículos encontrados en la búsqueda, luego de verificar la pertinencia de los artículos de acuerdo con los descriptores utilizados, con los criterios de inclusión y con las temáticas definidas. En una segunda valoración, se revisaron los textos completos, verificando la pertinencia con el tema y los objetivos de la investigación. Finalmente, se procedió a la selección de los artículos, teniendo en cuenta las características especificadas anteriormente.

III.D.4. Consideraciones éticas

Según la resolución 8430 de 1993, por la cual se establece las normas científica, técnicas y administrativas para la investigación en salud considera que en el artículo 8 de la Ley 10 de 1990, por la cual se organiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones, determina que corresponde al Ministerio de Salud formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el Sistema. Y que el artículo 2o del Decreto 2164 de 1992, por el cual se reestructura el Ministerio de Salud y determinan las funciones de sus dependencias,

establece que éste formulará las normas científicas administrativas pertinentes que orienten los recursos y acciones del Sistema.

Se respetaron y se reconocieron los derechos de autor de cada publicación utilizada en la revisión de la literatura realizada en el presente trabajo. Se observó y se aplicó toda la normatividad vigente en el país sobre derechos de autor para investigaciones científicas. No se omitirá información alguna que se considere de interés para cumplir con los objetivos del estudio realizado.

IV. RESULTADOS

IV.A. Estrategia de Búsqueda

La recopilación de los datos se llevó a cabo por medio de las bases de datos electrónicas PubMed, Scielo y Dentistry & Oral Science Source, utilizando las palabras claves relacionadas con el tema a investigar que aparecen en el MeSH (Medical Subject Headings) y combinándolas entre sí, para lograr un número de artículos que presentaran una mayor coherencia con el tema a investigar y que tuviera características propias para ser seleccionados.

Las bases de datos utilizadas fueron:

- PubMed
- Scielo
- Dentistry & Oral Science Source

La estrategia de búsqueda incluyó las siguientes palabras claves, de manera individual o combinada (MeSH)

- Prevalence
- Epidemiology
- Chronic periodontitis
- Periodontal disease

El número de artículos obtenidos en cada una de las estrategias de búsqueda, se relaciona en las siguientes tablas:

Tabla 3. Relación de artículos encontrados en la base de datos PubMed.

Prevalencia de enfermedad periodontal

Termino	Artículos encontrados	Artículos revisados	Artículos seleccionados
“Prevalence”	194654	0	0
“Epidemiology”	21571	0	0
“Chronic periodontitis”	1571	0	0
“Periodontal disease”	71127	0	0
("Prevalence"[Mesh]) AND "Chronic Periodontitis"[Mesh]	30	30	6
("Epidemiology"[Mesh]) AND "Chronic Periodontitis"[Mesh]	75	75	8
("Prevalence"[Mesh]) AND "Periodontal Diseases"[Mesh]	1724	150	6
("Epidemiology"[Mesh]) AND "Periodontal Diseases"[Mesh]	43	43	6
TOTAL	290795	298	26

Tabla 4. Relación de artículos en la base de datos Scielo.

Termino	Artículos encontrados	Artículos revisados	Artículos seleccionados
“Prevalence”	18064	0	0
“Epidemiology”	3155	0	0
“Chronic periodontitis”	172	0	0
“Periodontal disease”	553	0	0
("Prevalence"[Mesh]) AND "Chronic Periodontitis"[Mesh]	29	29	2
("Epidemiology"[Mesh]) AND "Chronic Periodontitis"[Mesh]	2	2	0
("Prevalence"[Mesh]) AND "Periodontal Diseases"[Mesh]	108	108	5
("Epidemiology"[Mesh]) AND "Periodontal Diseases"[Mesh]	12	12	7
TOTAL	22095	151	7

Tabla 5. Relación de artículos en la base de datos Dentistry & Oral Science Source.

Termino	Artículos encontrados	Artículos revisados	Artículos seleccionados
“Prevalence”	8650	0	0

"Epidemiology"	8546	0	0
"Chronic periodontitis"	2558	0	0
"Periodontal disease"	13052	0	0
("Prevalence"[Mesh]) AND "Chronic Periodontitis"[Mesh]	33	33	0
("Epidemiology"[Mesh]) AND "Chronic Periodontitis"[Mesh]	0	0	0
("Prevalence"[Mesh]) AND "Periodontal Diseases"[Mesh]	65	50	3
("Epidemiology"[Mesh]) AND "Periodontal Diseases"[Mesh]	22	22	0
TOTAL	32926	105	3

IV.B. Valoración y descripción de los artículos

En total se encontraron 36 artículos en las bases de datos consultando los descriptores mencionados. El grado de coincidencia fue alto es en las primeras revisiones, es decir, de los artículos fueron encontrados de manera simultánea en la PubMed, Scielo y Dentistry & Oral Science Source pero estos en la revisión de cada base se descartaron (tabla 4). El resultado final de su búsqueda fue de 36 artículos.

Se revisó el título y resumen de 36 artículos, para cumplir con la primera valoración y segunda se eliminaron 21 artículos total 15 artículos seleccionados.

Los 15 artículos seleccionados fueron electos según sus especificaciones de la revisión bibliográfica que son la información que permita conocer sus resultados, el año de la publicación y los medicamentos utilizados donde se condujo la investigación. Con la ayuda de la tabla (tabla 4) se puede resumir las características generales de los estudios incluidos en la revisión. Artículos que describían presencia de los términos ("Prevalence"[Mesh]) AND "Chronic Periodontitis"[Mesh], ("Epidemiology"[Mesh]) AND "Chronic Periodontitis"[Mesh], ("Prevalence"[Mesh]) AND "Periodontal Diseases"[Mesh] y ("Epidemiology"[Mesh]) AND "Periodontal Diseases"[Mesh].

Tabla 6. Resultado de la búsqueda de artículos que contuvieran los descriptores de la estrategia de búsqueda.

Base de Datos

	PubMed	Scielo	Dentistry & Oral Science Source
Nº Artículos	26	7	3

Total de Artículos	36
Artículos Duplicados	0
Primera revisión	36
Segunda revisión	36

IV.C. Artículos incluidos en la revisión

En este caso se incluyeron los 15 artículos que se encuentran en las referencias bibliográficas.

Tabla 7. Descripción de los artículos incluidos en la revisión.

Título	Autor (es)	Revista	Prevalencia	Contenido del artículo
Prevalencia de caries dental, factores de riesgo, enfermedad periodontal y hábitos de higiene oral en estudiantes de ciencias de la salud	López Segrera, Jessica; Barrios C, Karen; Pallares, Liliana; Torres, Ana Milena; Torres, Darío; Fortich Mesa, Natalia,	Ciencia y salud virtual	Clínicamente se observó que el 50% de la población no tuvo ninguna alteración a nivel periodontal, el 28.23% presentó sangrado, el 20.97% cálculo y el 0.81% un sextante excluido.	En cuanto a enfermedad periodontal, según reportes de la OMS, las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 5%-20% de los adultos de edad madura; la incidencia varía según la región geográfica.
Microflora subgingival en periodontitis crónica y agresiva en Bogotá, Colombia: un acercamiento epidemiológico	Isabel Mayorga-Fayad, Gloria I. Lafaurie, Adolfo Contreras, Diana M. Castillo, Alexandra Barón, María del Rosario Aya	Biomédica 2007.	15% de la población	Diversos datos epidemiológicos indican que la periodontitis se presenta con alta prevalencia en la población mundial. En Colombia, la enfermedad periodontal evaluada mediante la pérdida de inserción clínica afecta al 50% de la población. En su

				forma generalizada, el 12% de los individuos menores de 35 años muestra pérdida de inserción, la que aumenta a 42% después de los 60 años. En la forma avanzada, el 10% de la población presenta pérdida de inserción avanzada.
Se debe considerar a la enfermedad periodontal un problema de salud pública en Colombia?	2007 Corporación Editora Médica del Valle	Colomb Med 2007	La Tercera Encuesta de Salud Bucal (ENSAB III) que se hizo en Colombia, comunicó para todas las formas de enfermedad periodontal (gingivitis y periodontitis) una prevalencia de 50.2% de la población; de esta cifra 17.7% de los casos corresponden a periodontitis de moderada a severa.	A pesar de la alta prevalencia de periodontitis y su relación con múltiples enfermedades sistémicas, en Colombia no existe una adecuada política de salud pública para su prevención y tratamiento. Las entidades promotoras de salud (EPS) sólo deben cumplir con la educación, la prevención y el diagnóstico de la periodontitis. Sin embargo, las EPS apenas llegan a diagnosticar al paciente, porque el tratamiento periodontal no se incluye dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS).

Prevalencia de enfermedad periodontal

Periodontal conditions of Colombian university students aged 16 to 35.	Ana María MArulAndA diana CorAl diego SAbogAl Carlos SerrAno.	Braz Oral Res., (São Paulo) 2014	Los estudios epidemiológicos han revelado que la enfermedad periodontal destructiva avanzada está presente en 5 % a 15 % de la población, con desglose periodontal grave más común en personas mayores de 40 años.	En promedio, los participantes tuvieron 2.7 ± 4.6 bolsillos de al menos 4 mm (18 % de los participantes tenían ≥ 5 y el 9% de los participantes tenían ≥ 10 focos de esta profundidad, respectivamente) . En promedio, los participantes tuvieron 2.1 ± 4.4 sitios con clínica pérdida fijación de los aparatos de al menos 2 mm (15 % y 6 % de los participantes tenían ≥ 5 y ≥ 10 sitios con este nivel de pérdida). Sólo el 8 % de los participantes fueron diagnosticados con periodontitis moderada y no participantes fueron diagnosticados con periodontitis severa.
Nivel de conocimiento sobre enfermedad periodontal en una muestra de empleados en Medellín.	Andrés Duque, Carolina Cuartas, Carolina Muñoz, Claudia Salazar, Yaneth Sánchez	Revista CES Odontología Vol. 24 - No. 2 2011	Llama la atención, el hecho de que sólo un mínimo porcentaje (3,4%) de la población en el ENSAB III y poco más de la mitad de la población en la presente investigación (50,5%), considere que no tener sangrado de la encía es signo de una boca sana.	Al evaluar y comparar ambas fases de la investigación se observa mejoría significativa en cuanto al nivel de conocimiento que adquirieron los empleados encuestados de algunas empresas de Medellín y el área metropolitana acerca de la enfermedad periodontal. Mejoría en el conocimiento se vio reflejada gracias a

				la charla educativa y motivacional ya que mostró un gran impacto en la población encuestada.
An overview of the epidemiology of periodontal diseases in Latin America	Rui Vicente Oppermann	Braz Oral Res 2007	La prevalencia de periodontitis agresiva es mayor en América Latina que en los países industrializados. La prevalencia varía de 0,3 % a 4,5 %, y la forma localizada es menos prevalente. La prevalencia de periodontitis crónica es alta y puede variar en gran medida (40 % a 80 %).	Para la mayoría de los países no existe información. La gingivitis es un hallazgo universal en la región, que afecta a todas las edades sin importar su nivel socioeconómico. La extensión de la presencia de sangrado puede variar entre 40 % y 70 % de los sitios. La prevalencia de periodontitis agresiva es mayor en América Latina que en los países industrializados. La prevalencia varía de 0,3 % a 4,5 %, y la forma localizada es menos prevalente. La prevalencia de periodontitis crónica es alta y puede variar en gran medida (40 % a 80 %) que probablemente debido a las diferencias en la metodología y los criterios de diagnóstico.
Determinantes del Diagnóstico Periodontal	Botero JE ¹ , Bedoya E	Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 3(2); 94-99, 2010.	30% de periodontitis crónica	La expresión clínica de la enfermedad periodontal involucra una serie de alteraciones en los tejidos periodontales. La interpretación y

medición correcta de las variables clínicas nos permiten determinar un diagnóstico correcto y por lo tanto, un tratamiento exitoso. Aun así, la expresión clínica de la enfermedad no es igual en todos los pacientes y por lo tanto el análisis debe ser individual para cada caso.

Prevalencia de enfermedad periodontal

Prevalence of caries and periodontal disease in students of stomatology	Katherine Margarita Arrieta Vergara; Antonio Díaz Caballero; Farith González Martínez	Revista Cubana de Estomatología 2011	La enfermedad periodontal son consideradas como los eventos de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial. ¹ Estas son causadas por la presencia de una biopelícula producto de la organización estructural de diferentes tipos bacterianos dentro de un hábitat propicio, facilitado por la deficiente higiene bucal, que por sus mecanismos patológicos y los múltiples factores involucrados afectan a todos los individuos. ²⁻⁴ Su distribución y severidad varían de una región a otra y su aparición está fuertemente asociada con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento.	En cuanto a la enfermedad periodontal, el 93,2 % (IC 95 %; 90-96) de los participantes, presentó al menos un indicador de enfermedad y mostró ser mayor para los varones (p= 0,04). La mayor ocurrencia fue para hemorragia al sondaje y cálculos dentales con el 56,5 %, al ser mayor en individuos que pertenecen al estrato 5 (p= 0,05). Por otro lado la presencia de bolsas periodontales mayores de 5 mm se observó en el 10,9 % (tabla 2). Con relación al estado de higiene bucal, el 45 % de los estudiantes tenía higiene bucal deficiente, que fue mayor en los estratos bajo (1) y medio bajo (2) (p= 0,05) y en los individuos mayores de 26 años (p= 0,02).
Prevalence of periodontitis according to Hispanic or Latino background among study participants of the Hispanic Community Health	Monik C. Jiménez, Anne E. Sanders, Sally M. Mauriello, Linda M. Kaste and James D. Beck	JADA 2014	50% mas en mujeres que en hombres	Cincuenta y uno por ciento de todos los participantes había exhibido periodontitis completo (leve, moderada o grave) por la clasificación CDC- AAP. Cubanos y centroamericanos

Study/Study of Latinos				exhibió la más alta prevalencia de periodontitis moderada (39,9 por ciento y 37,2 por ciento, respectivamente). A través de todas las edades , los mexicanos tuvieron la mayor prevalencia De la EP a través de umbrales de gravedad. Entre las personas de 18 a 44 años, los dominicanos tuvieron consistentemente menor prevalencia de AL en todos los umbrales de gravedad.
Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgos asociados. Policlínico Pedro Borras	Pérez Leyda, Armas Anabel, Fuentes Eridalia, Rosell Francisco.	Revista Ciencia Medicas 2011	Prevalencia muy altas que acciona perdida de estructuras dentarias después de los 35 años. 14,3% periodontitis y 48 % de Gingivitis	La población estudiada presentó un prevalencia de enfermedad periodontal alta sin embargo la gravedad resulto baja, predominando las normas leves de la enfermedad en especial la gingivitis leve.
Prevalencia y severidad de enfermedad periodontal crónica en adolescentes y adultos.	MO Raúl Pérez Orta* ME Héctor Antonio Sánchez Huerta** MO Agustín Corona Zavala	Oral 2011	45% de casos de periodontitis en la población.	Se observa que la relación entre los factores de riesgos e indicadores de enfermedad periodontal y las necesidades de tratamiento periodontal se inclinan hacia un alto porcentaje de necesidades tratamientos preventivos. Es recomendable establecer un programa

Prevalencia de enfermedad periodontal

				permanente de información y atención a los pacientes que acuden a la clínica de la Unidad Académica, independientemente del servicio que demanden, que haga énfasis en los aspectos preventivos de la enfermedad periodontal y los beneficios que les reportarán.
ESAB IV	Ministerio de Salud		70% de enfermedad periodontal	70% de enfermedad periodontal, la pérdida de soporte periodontal se encuentra entre las edades de 18 a 80 años entre el 40 y el 93%.
Enfermedad periodontal e indicadores de higiene bucal en estudiantes de secundaria Cartagena, Colombia	Miriam Pulido-Rozo ¹ , Farith Gonzalez-Martínez ² y Fabio Rivas-Muñoz ³	REVISTA DE SALUD PÚBLICA 2011	55% prevalencia	Aunque la enfermedad periodontal es la segunda causa de morbilidad bucal no solo en los países industrializados sino en los que están en vía de desarrollo como Colombia. La tendencia en la investigación actual ha sido orientada a la indagación de la distribución de esta en las diferentes edades y poblaciones (1,2). Por ello se considera relevante conocer la prevalencia de la enfermedad periodontal y su asociación con indicadores de

Prevalencia de enfermedad periodontal

higiene bucal en una población de estudiantes de la institución escolar Jhon F. Kennedy de la ciudad de Cartagena. Estos resultados constituirán herramientas sólidas para el mejoramiento de los protocolos de diagnóstico, tratamientos preventivos y remisiones oportunas al especialista en Periodoncia, lo cual permita diagnosticar y tratar a tiempo la enfermedad.				
Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en escolares del sector público de Cali, 2005	Lina maría García, od, Sonia Julieth Giraldo, Rosemberg Mossos, Margarita María Muñoz' Claudia Liliana Perea, Carolina Prado	Colombia Médica 2008	54% se encuentran en condiciones de enfermedad periodontal.	El porcentaje de niños sin historia de caries a los 12 años, para el presente perfil epidemiológico de la ciudad (2005), es superior al que suministran estudios similares en los niveles del departamento y de la nación (1998). A los 5 años de edad ocurre lo contrario, pues hay aumento en la incidencia de caries en los niños que ingresan a las instituciones educativas. El índice COP-D a los 12 años, clasifica al municipio en riesgo intermedio para caries.

Prevalencia de enfermedad periodontal

Prevalencia de gingivitis asociada a la higiene oral, ingreso familiar y tiempo transcurrido desde la última consulta dental, en un grupo de adolescentes de Iztapalapa, Ciudad de México	José Francisco Murrieta-Pruneda, Lilia Adriana Juárez-López, Celia Linares-Vieyra, Violeta Zurita-Murillo, Arcelia F. Meléndez-Ocampo, Claudia Raquel Ávila-Martínez, Claudia Maricela Nava-Delgado	Bol Med Hosp Infant Mex 2008	En 83% de los estudiantes se observó algún tipo de inflamación gingival, siendo la gingivitis leve la de mayor prevalencia.	La gingivitis es considerada la entidad más común de las enfermedades periodontales. El presente estudio tuvo como propósito evaluar la prevalencia de gingivitis en un grupo de adolescentes y su posible asociación con la calidad de higiene oral, el ingreso familiar y el tiempo transcurrido desde la última consulta dental.
--	---	------------------------------	---	---

Tabla 8. Descripción de los artículos incluidos en la revisión.

Titulo	Tipo de estudio	Grado de recomendación	Nivel de evidencia
Prevalencia de caries dental, factores de riesgo, enfermedad periodontal y hábitos de higiene oral en estudiantes de ciencias de la salud	Observacional descriptivo transversal	B	2c Investigación de resultados en salud
Microflora subgingival en periodontitis crónica y agresiva en Bogotá, Colombia: un acercamiento epidemiológico	Revisión	C	4 Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad.
Se debe considerar a la enfermedad periodontal un problema de salud pública en Colombia?	Revisión	C	4 Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad.
Periodontal conditions of Colombian	Observacional descriptivo transversal	B	2c Investigación de resultados en salud

Prevalencia de enfermedad periodontal

university students aged 16 to 35.				
Nivel de conocimiento sobre enfermedad periodontal en una muestra de empleados en Medellín.	Observacional descriptivo transversal	B	2c	Investigación de resultados en salud
An overview of the epidemiology of periodontal diseases in Latin America	Revisión	C	4	Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad.
Determinantes del Diagnóstico Periodontal	Revisión	C	4	Serie de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad.
Prevalence of caries and periodontal disease in students of stomatology	Observacional descriptivo transversal	B	2c	Investigación de resultados en salud
Prevalence of periodontitis according to Hispanic or Latino background among study participants of the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos	Observacional descriptivo transversal	B	2c	Investigación de resultados en salud
Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgos asociados. Policlinico Pedro Borras	Observacional descriptivo transversal	B	2c	Investigación de resultados en salud
Prevalencia y severidad de enfermedad periodontal crónica en adolescentes y adultos.	Observacional descriptivo transversal	B	2c	Investigación de resultados en salud
ESAB IV	Observacional	B	2c	Investigación de

	descriptivo transversal		resultados en salud	
Enfermedad periodontal e indicadores de higiene bucal en estudiantes de secundaria Cartagena, Colombia	Observacional descriptivo transversal	B	2c Investigación de resultados en salud	
Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en escolares del sector público de Cali, 2005	Observacional descriptivo transversal	B	2c Investigación de resultados en salud	
Prevalencia de gingivitis asociada a la higiene oral, ingreso familiar y tiempo transcurrido desde la última consulta dental, en un grupo de adolescentes de Iztapalapa, Ciudad de México	Observacional descriptivo transversal	B	2c Investigación de resultados en salud	

IV.C. Características de la Enfermedad Periodontal según literatura

Prevalencia

En 1960 al 1962, el primer estudio nacional de enfermedad periodontal realizado en adultos reportó que el 85% de los hombres y el 79% de las mujeres tenían algún grado de gingivitis, en los años 1986 a 1987, el Instituto Nacional de Investigación Odontológica realizó un estudio nacional de salud oral en los niños de colegios en USA y se reportó que aproximadamente el 60% de los niños de 14 a 17 años tenía gingivitis, En el estudio nacional de salud y nutrición más reciente (NHANES III) realizado entre 1988 y 1994, más del 50% de adultos tenía gingivitis en un promedio de tres a cuatro dientes, mientras que el 63% de adolescentes entre 13 y 17 años tenía sangrado gingival.

La Tercera Encuesta de Salud Bucal (ENSAB III) que se hizo en Colombia, comunicó para todas las formas de enfermedad periodontal (gingivitis y periodontitis) una prevalencia de 50,2% de la población; de esta cifra 17,7% de los casos corresponden a periodontitis de

Prevalencia de enfermedad periodontal

moderada a severa. Los resultados preliminares del ENSAB IV arrojaron que el 70% de enfermedad periodontal, la pérdida de soporte periodontal se encuentra entre el 40 y el 93% en las edades de 18 a 80 años. La prevalencia y la gravedad de las enfermedades periodontales varían en función de los factores sociales, ambientales, enfermedades orales y generales, particularmente de la situación de higiene bucal individual. Los primeros signos de enfermedad periodontal suelen ser evidentes después del segundo decenio de la vida y es común observar destrucciones importantes con pérdida de estructuras dentarias después de los 40 años.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo a considerar para la enfermedad periodontal son: Herencia determinada por examen genético e historia familiar. Hábito de fumar, incluyendo frecuencia, uso actual e historia. Variaciones Hormonales como las vistas en:

- a. Embarazo, en el que hay niveles aumentados de estradiol y progesterona que pueden cambiar el ambiente y permitir que organismos virulentos se tornen más destructivos
- b. Menopausia, en la que la reducción en los niveles de estrógenos lleva a osteopenia y eventualmente a osteoporosis

Enfermedades sistémicas como:

- a. Diabetes (son importantes la duración y el control)
- b. Osteoporosis
- c. Desórdenes del Sistema Inmune tales como HIV
- d. Desórdenes Hematológicos como neutropenias
- e. Desórdenes de tejido conectivo como los síndromes de Marfan y Ehlers-Danlos.

Estrés reportado por el paciente. Deficiencias nutricionales y obesidad que pueden necesitar un análisis dietario.

Medicamentos como:

- a. Bloqueadores de los canales de calcio
- b. Agentes Inmunomoduladores
- c. Anticonvulsivantes
- d. Agentes que causan boca seca o xerostomía.

Odontología defectuosa como sobre contornos y márgenes subgingivales. Mala higiene oral que ocasiona biopelícula excesiva y cálculos. Historia de enfermedad periodontal.

Características de Gingivitis y Periodontitis

- **Gingivitis Asociada a Placa**

Clasificación según su distribución: Marginal compromete encía libre. Papilar, Márgino-papilar. Difusa compromete la encía adherida.

Clasificación Según Extensión: Localizada a una pieza o grupo. Generalizada a una o dos arcadas.

Clasificación de acuerdo al exudado asociado: Edematosa, Serosa, Purulenta. Necrótica.

Clasificación Según manifestaciones clínicas: Ulcerativa ulceración del epitelio de la encía. Hemorrágica por ruptura de vasos. Descamativa, Hipertrófica.

Clasificación Según Estado Inflamatorio:

- Gingivitis Aguda es un estado doloroso que aparece de improviso y dura poco tiempo, eliminando causa se mejora.
- Gingivitis Crónica aparece con lentitud, dura mucho tiempo y no causa dolor a menos que la compliquen estados agudos o sub-agudos.

Clasificación según índice gingival:

Leve 0 a 1.

Moderada 1,1 a 2,0.

Severa 2,1 a 3,0.

Definición: Es una lesión de carácter inflamatorio que compromete al periodonto de protección y que tiene como factor etiológico a la Placa Bacteriana

El experimento clásico de Loe en 1964 demostró que al eliminar la higiene bucal los pacientes desarrollaron gingivitis la cual aumento en severidad con el paso de los días y el cambio de flora bacteriana por una más agresiva anaeróbica G y que al restituir la higiene recuperaron la salud gingival.

Esto también demostró la reversibilidad de la gingivitis.

Una gingivitis tratada oportunamente reversible.

Etiología: Bacteriana.

Características:

Se produce cuando hay déficit de higiene oral. Los signos clínicos se desarrollan dentro de una a tres semanas. Hay acumulación de placa bacteriana en el margen gingival con un incremento progresivo de flora Gram (-) Aumento del fluido crevicular hemorragia por ulceración o adelgazamiento del epitelio del surco; Las 2 últimas son cuando la inflamación ya ha progresado.

Flora bacteriana asociada:

Inicial está formada por bacilos Gram +, cocos Gram + y cocos.

A medida que progresa la inflamación aparecen bacilos Gram- y formas filamentosas, más tarde espiroquetas y otra forma móviles. Es decir 56%degram+y 44%degram. 59 % facultativos y 41% anaerobios.

Diversos estudios han demostrado que existe una relación directa entre la disminución de la higiene oral y el incremento en la severidad de la gingivitis. Que la gingivitis sin tratamiento puede progresar a una periodontitis. Que su etiología es bacteriana.

Características Clínicas:

Alteraciones de la Encía Color rojo vinoso.

Consistencia blanda depresible. Tamaño aumentado. Margen redondeado. Posición coronaria.

Textura lisa brillante.

Contorno irregular.

Forma perdida del filo de cuchillo.

Dolor y sangramiento.

- **Periodontitis Crónica**

La colonización bacteriana progresa hacia apical produciendo destrucción de los tejidos periodontales de soporte, regulada por la agresividad de las bacterias a través de sus mecanismos directos e indirectos, así como los mecanismos de defensa del hospedero inflamatorio e inmunológico.

Para que exista periodontitis debe haber bolsa.

Etiología: Bacteriana

Características: De naturaleza infecciosa. Existe una correlación entre positiva entre la presencia de depósitos bacterianos en la superficie del diente y la E.P.

Signo patognomónico: Es el saco periodontal que se define como profundización anormal del surco gingivo-dentario con características patológicas donde ha migrado la inserción epitelial.

Clasificación según el número de caras afectadas: Simple. Compuesto. Complejo.

Clasificación según ubicación del fondo: Supraóseos o supra-alveolares el fondo está coronario a la cresta ósea. Infraóseos o infra-alveolares el fondo esta apical a la cresta ósea puede ser de 1, 2, 3, o 4 paredes.

Clasificación según extensión: Localizada compromete algunas piezas dentarias. Generalizada, compromete una arcada o toda la boca, o más de 14 piezas.

Clasificación según la severidad: Incipiente compromete menos del 30% del área de soporte periodontal. Moderada entre un 30 y 50%. Avanzada más del 50%, donde se ha superado la masa crítica de soporte óseo.

Prevalencia de enfermedad periodontal

Características: También se le llama periodontitis marginal. Es de avance lento. Edad de inicio 30 a 35 años. Afecta mayoritariamente a molares e incisivos y más tardíamente a premolares y caninos. No está asociada a enfermedades sistémicas. Destrucción lenta de los tejidos de soporte. Presencia de gran cantidad de placa bacteriana. Puede presentar patrones de destrucción ósea vertical u horizontal. Generalmente no hay inflamación gingival muy aguda.

Placa bacteriana: Principalmente es anaerobia Gram - representada por Aa, Pg, Pi, bacilos y espiroquetas.

Radiografía de la Periodontitis crónica sirve para determinar: Tipo de pérdida ósea, vertical, horizontal, angular. Integridad de la lámina dura. Extensión de la pérdida ósea.

Ancho del ligamento periodontal. Distancia de la cresta ósea al límite cemento adamantino, se considera de 1 a 3 mm. Largo y forma de las raíces. Tártaro, lesiones de furcas. Estado periapical, presencia de conductos laterales. Fracturas, reabsorciones radiculares. Radiografías retroalveolares o bite wing suelen subestimar el grado de pérdida ósea. Necesidad de estandarizar la toma de rxs (técnica paralela radiografía digital computarizada permite comparar el ritmo de pérdida o ganancia ósea con más exactitud).

Microbiología: Las enfermedades periodontales parecen deberse a un grupo definido de patógenos que actúan solos o en asociación: *Bacteroides Forsythus*, *Campylobacter rectus*, *Eubacterium nodatum*, *Fusobacterium nucleatum*, *Peptostreptococcus*, *Porphyromonas Gingivalis*, *Prevotella Intermedia*, *Prevotella Nigrescens*, *Streptococcus Intermedius*, *Treponema sp.* Haffajee y Socransky.

V. DISCUSIÓN

Las enfermedades orales son a menudo pasadas por alto como fuente de infección que tiene el potencial de comprometer la salud en general, especialmente en individuos que tienen una respuesta inflamatoria amplificada a las infecciones bacterianas como la enfermedad periodontal. Destacando la relación o simbiosis de esta con otras entidades volviéndose morbilidad.

Claramente, se necesita investigación adicional para entender los efectos del tratamiento periodontal en los resultados de la prevalencia o como estos aumentan o la disminuyen. Muchos clínicos y científicos continúan debatiendo sobre cuándo los hallazgos de los estudios de asociación y estudios de tratamiento nos permitirán inferir en los modelos de causalidad.

En el este estudio Murrieta y Juárez “Prevalencia de gingivitis asociada a la higiene oral” se encontró una alta prevalencia de inflamación gingival en la población en estudio, lo que permite una discusión amplia sobre la influencia que tienen los cambios hormonales en la presencia de la enfermedad gingival, En este estudio también se encontró una relación significativa entre la calidad de la higiene oral y la prevalencia y magnitud de la inflamación gingival, como ha sido reportado por otros autores (34), (35), (36).

En Colombia los únicos datos estadísticos generales de prevalencia de enfermedad periodontal en la población colombiana con los que se cuentan son los realizados por el Estudio de Salud Bucal (ENSAB III y ENSAB IV) y el Ministerio de Salud. El primer estudio realizado por el Ministerio de Salud de Colombia en el año 1965 con respecto a la enfermedad periodontal se reportó que un 88,7% de los colombianos se encuentran afectados, mientras que para el año de 1977 a 1980 el porcentaje de la población afectada se incrementó en un 6%, reportando el 94,7 % de colombianos con algún signo de enfermedad periodontal (5).

En el año 1998 se realizó el primer Estudio de Salud Bucal (ENSAB III) el cual reportó que el 50,2% de la población colombiana presentaba enfermedad periodontal, una situación diferente a la reportada en 1977-1980 cuando se afirmó que el 94,7% de la población tenía esta patología. A pesar de esta situación planteada en 1998, no se realizó ningún esfuerzo por mejorar los conocimientos y prácticas en salud oral (5).

Después de casi 15 años, en 2014 el Ministerio de Salud presenta el IV Estudio de Salud Bucal en el cual se observó un aumento de personas afectadas por enfermedad periodontal en cualquier rango de edad, pasando del 50,2% del ENSAB III de 1998 a un 73% de población colombiana con esta patología (6).

La prevalencia del estudio de Pérez fue moderadamente alta en un 65,4% de la población evaluada, los cubanos han realizados algunos estudios donde muestran altas prevalencias, este fue realizado en ciudad de la Habana; varios estudios realizados en estas zona mostraron valores entre el 62,4 y 93,7% resultado muy elevado, pero se presentó en

población que trabaja en servicios industriales (36). En Colombia lo que se reportó son valores más cercanos al inicial de los cubanos; esto debe estar influenciado por los estilos de vida, calidad de higiene y acceso a servicios de salud, destacando que en las cabeceras municipales esto toma un carácter más importante que en la zona rural. Pero en el ENSAB IV la prevalencia de enfermedad periodontal aumento al 73% en la población mostrada (6), lo cual deja pensando que la enfermedad ha tomado fuerza debido al ciclo de vida de la población y a los hábitos alimenticios e higiénicos.

Jiménez en su estudio sobre las prevalencias en Hispanoamérica deja claro que esta es una población diversa de hispanos y latinos, y observó una variación significativa en términos de edad, sexo y origen (hispano o latino en la carga de la periodontitis). Estos datos proporcionan una prueba más de la heterogeneidad entre los hispanos y los latinos con respecto a la carga de la periodontitis. Estas estimaciones proporcionan una línea de base de la carga de enfermedad para el grupo minoritario más grande de Estados Unidos y un punto de referencia útil para informar las decisiones en áreas que van desde la política pública para la evaluación del riesgo clínico. Se necesitan más análisis para tener en cuenta el estilo de vida, factores conductuales, demográficos y sociales, entre ellos los relacionados con la aculturación (19), (9), (37).

Los odontólogos, higienistas dentales y los demás profesionales de la salud son efectivos en comunicar cuan integrada está la salud oral a la salud general, su mayor conocimiento en salud oral puede generar cambios en las políticas de salud pública.

VI. CONCLUSIONES

- La prevalencia de las enfermedades periodontales y en especial la periodontitis ha venido en aumento en los últimos 20 años; actualmente este aumento se relaciona con la calidad de vida de la población y sus determinantes de salud.
- Los factores de riesgo son claves y fundamentales para el desarrollo de las enfermedades periodontales, el correcto manejo o la intervención oportuna detiene el avance de la enfermedad, pero esto se logra con un manejo interdisciplinario y cambios drásticos en estilos de vida.
- Es fundamental conocer y tener claro las características de las enfermedades periodontales, porque de esto depende el correcto diagnóstico diferencial con entidades periodontales de características similares o parecidas.

VII. RECOMENDACIONES

Se deben realizar como primera opción estudios observacionales descriptivos de prevalencia que permitan recolectar y clasificar las diferentes entidades periodontales para crear estadísticas necesarias e importantes sobre los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la universidad Santo Tomás.

BIBLIOGRAFÍA

1. Escribano Patón, C. "*Aggregatibacter actinomycetemcomitans*": su susceptibilidad a los antimicrobianos. Universidad de Barcelona 2007.
2. LINDHE Karin Lang . Periodontología clínica e implantología odontológica. 4ª edición. Medica panamericana 2005.
3. Pérez, O.R., Sánchez, H.H.A., Corona, Z.A. Prevalencia y severidad de enfermedad periodontal crónica en adolescentes y adultos. Oral Año 12. Núm. 39. 2011. 799-804.
4. Ferro Camargo Maria Beatriz. Gomez Guzman Mauricio. Fundamentos de la Odontología- Periodoncia. 2ª edición. Pontifica Universidad Javeriana. Bogota noviembre del 2007.
5. III Estudio Nacional de Salud Bucal- ENSAB III, tomado de Sivigila. Informe ejecutivo semanal No, 8 del 200 oficina de epidemiología, Ministerio de salud. <http://www.saludcolombia.com/actual/salud46/informe.htm>.
6. IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB 2014), <http://www.consultorsalud.com/principales-noticias/1744-iv-estudio-nacional-de-salud-bucal-ensab-2014>.
7. Sanz-Sánchez I., Bascones-Martínez A. Otras enfermedades periodontales: II: Lesiones endo-periodontales y condiciones y/o deformidades del desarrollo o adquiridas. Avances en Periodoncia [revista en la Internet]. 2008 Abr.
8. Duque Andrés. Cuartas Carolina. Muños Carolina. Salazar Claudia. Sánchez Yaneth. Nivel de Conocimiento sobre Enfermedad Periodontal en una Muestra de Empleados de Medellín. Rev.CES odontología. Vol. 24 No 2 2011.
9. Bascones Martínez A., Figuero Ruiz E. Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. Avances en Periodoncia. 2005 Dic.
10. Leticia Botero Z. María Eugenia Vélez L. Fanny Stella Alvear E. Factores del Pronóstico en periodoncia. Periodontal Prognosis Factors. Revisión bibliográfica. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2008.

11. Rioboo Crespo M, Bascones A. Factores de riesgo de la enfermedad periodontal: factores genéticos. *Av Periodon Implantol.* 2005; 17, 2: 69-77.
12. Anit J. Pablo. *Od. Periodonto.* 2010.
13. Antonio Nanci y Dieter D. Bosshardt. Estructura de los Tejidos Periodontales en el Individuo Sano y en el Individuo Enfermo. *Periodontology 2000 (Ed. Esp), Vol. 16* 2007, 11-28.
14. Ortega Jiménez Vannesa. Periodonto de protección (Encía), periodonto de sujeción (ligamento periodontal). Células, matriz extracelular vascularización e inervación.
15. Carranza Fermín Alberto. Sznajder G. Norma. *Comprendio de periodoncia.* 5a edición. Buenos Aires Argentina. editorial medica panamericana S.A 1996.
16. Peña Sisto Maritza. Peña Sisto Liliana. Díaz Felizola Ángela. Torres Keiruz Deysi. Lao Salas Niurka. La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas The periodontal disease as a risk for systemic diseases. Artículo de revisión. *Rev cubana Estomatol Vol. 45 N1 ciudad de la Habana ene-mar 2008.*
17. González Díaz María Elena. Toledo Pimentel Bárbara y Nazco Ríos Caridad. Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados. *Rev Cubana Estomatol v.39 n.3 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2002.*
18. Bruce L. Pihlstrom. Evaluación del riesgo periodontal, diagnóstico y planificación del tratamiento. *Periodontology 2000 (Ed Esp), Vol. 1, 2002, 37-58.*
19. Botero JE, Bedoya E. Determinantes del diagnóstico periodontal. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.* 2010 Ago 3(2): 94-99.
20. Mombelli A .Parámetros clínicos: validez biológica y utilidad clínica. *Periodontology 2000 (Ed Esp), Vol. 14, 2006, 30-39*
21. Granados P Luis. *Periodoncia. Manual de periodoncia.* 2013
22. Ardila Medina CM. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. *Av Periodon Implantol.* 2009; 21, 2: 35-43.
23. Navarro Villa C. Garcia Marín F. Ochandiano Caicoya S. *Cirugia Oral.* Copyright 2008. España.

24. De Souza Coelho Soares, R., Santos Gusmão, E., Cimdões, R., Santos da Silva, L., Moreira, L., Alice, R.,... & Carvalho Farias, B. D. Movilidad dentaria en la periodontitis crónica. *Acta odontol. venez*, 2011, 49(4).
25. Matesanz-Pérez P, Matos-Cruz R, Bascones-Martínez A. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. *Av Periodon Implantol*. 2008; 20, 1: 11-25.
26. Lindhe Jan. *Periodontologia Clínica e implantologia Odontologica*. Niclaus Lang: Jan Lindhe. 5ª edición. Buenos Aires, Médica panamericana 2009. Vol. 2. 816.
27. Escudero-Castaño N, Perea-García MA, Bascones-Martínez A. Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. *Av Periodon Implantol*. 2008; 20, 1: 27-37.
28. Armitage, G. C. (1999). Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Annals of periodontology*, 4(1), 1-6.
29. Armitage, G. (2005). Diagnóstico y clasificación de las enfermedades periodontales. *Periodontol* 2000, 9, 9-21.
30. Alvear FS, Vélez ME, Botero L. Factores de riesgo para las enfermedades periodontales. *Rev. Fac Odontol Univ Antioq* 2010; 22(1): 109-116.
31. Ramírez J, Contreras, A. ¿Se debe considerar a la enfermedad periodontal un problema de salud pública en Colombia? *Colombia Médica*. Universidad del Valle Vol. 38, No 3 (2007).
32. Mayorga-Fayad Isabel, I. Lafaurie Gloria. Contreras Adolfo. M. Castillo Diana. Barón Alexandra. Del Rosario Aya M. Microflora subgingival en periodontitis crónica y agresiva en Bogota, Colombia: un acercamiento epidemiológico. *Biomédica Revista del Instituto Nacional de Salud*. Vol.27, núm. 1(2007).
33. IV Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB-IV 2013-2014. Min. De Salud. <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/pp/ent/taller%20ensab%20ultima%20version.pdf>.
34. García Lina María, Giraldo Sonia Julieth, Mossos Rosemberg, Muñoz Margarita María, Perea Claudia Liliana, Prado Carolina. Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en escolares del sector público de Cali, 2005. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica*. Vol. 39 N° 1 Supl 1, 2008 (Enero-Marzo).

35. Murrieta-Pruneda José Francisco, Juárez-López Lilia Adriana, Linares-Vieyra Celia, Zurita-Murillo Violeta, Meléndez-Ocampo Arcelia F., Ávila-Martínez Claudia Raquel et al. Prevalencia de gingivitis asociada a la higiene oral, ingreso familiar y tiempo transcurrido desde la última consulta dental, en un grupo de adolescentes de Iztapalapa, Ciudad de México. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2008 Oct.
36. Pérez Hernández, L. Y., de Armas Cándano, A., Fuentes Ayala, E., Rosell Puentes, F., & Urrutia Díaz, D. (2011). Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Policlínico Pedro Borrás, Pinar del Río. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 15(2), 53-64.
37. Jiménez MC, Sanders AE, Mauriello SM, Kaste LM, Beck JD. Prevalence of periodontitis according to Hispanic or Latino background among study participants of the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. J Am Dent Assoc. 2014 Aug; 145(8):805-16.