

Clínica Estomatológica Docente “Hermanos Gómez”

Estudio de la enfermedad periodontal y la higiene bucal en dientes en desoclusión

[Dr. Jorge Sotres Vázquez, 1 Dra. Eneida García López, 2 Dr. Antonio O. Blanco Ruiz, 2 Dr. Luis O. Rodríguez García 3 y Dra. Delys Reyes Fundora 1](#)

Resumen

Se realizó una investigación en 50 pacientes que acudieron al Servicio de Periodoncia de la Clínica Estomatológica “Hermanos Gómez”. Se realizó un examen clínico para evaluar la presencia de contactos oclusales en los dientes presentes. El grado de higiene bucal se midió mediante el índice de higiene bucal de Greene y Vermillion , y la prevalencia y la gravedad de la enfermedad periodontal mediante el índice periodontal de Russell . En los casos en que los dientes no ocluían se señaló la causa . La desoclusión dental mostró una alta incidencia, con el 27,82 % de los dientes sin contactos oclusales ; la causa más frecuente fue la ausencia de dientes antagónicos (78,1 %). En los casos de desoclusión se empeoró la higiene bucal. Tanto la prevalencia como la gravedad de la enfermedad periodontal aumentaron en los dientes que no ocluían.

Palabras clave: Enfermedad periodontal, higiene bucal, oclusión , desoclusión .

El desdentamiento es sin lugar a dudas uno de los grandes problemas del envejecimiento en el ser humano, y su prevención constituye uno de los principales retos de la estomatología actual. Causado fundamentalmente por la caries y las enfermedades periodontales , provoca daños funcionales (se imposibilita la masticación primera etapa de la digestión) y psíquicos por afectación estética, por lo que actualmente son grandes los esfuerzos encaminados a disminuir la prevalencia y la gravedad de las caries y las periodontopatías . 1-5

En el primero de los casos, la prevención, con énfasis en la higiene bucal y la calidad de la dieta, así como el uso del flúor como comprobado agente anticaries , han logrado una reducción significativa en el número de dientes que se afectan y pierden por caries. Sin embargo, en lo que respecta a la enfermedad periodontal , y a pesar de intensas campañas educativas sobre el cuidado de los tejidos periodontales con énfasis en la higiene bucal , las visitas periódicas al estomatólogo, estilo de vida sanos y control de los demás factores de riesgo, la prevalencia y gravedad de esta sigue elevada. 6 Pensamos que esto se deba a

la multicausalidad presente en esta patología y a la existencia de un factor causal de difícil control por parte del paciente: las disfunciones oclusales . 7

Este factor de riesgo, su eliminación y control, es responsabilidad totalmente del estomatólogo, y todos conocemos lo difícil que resulta su corrección, pues no se trata solamente de eliminar interferencias o sobrecargas manifiestas fáciles de diagnosticar y trata, sino también de realizar tratamientos oclusales capaces de devolver a nuestros pacientes una oclusión fisiológica que genere la estimulación mecánica necesaria para la conservación de la salud periodontal .

En nuestra experiencia nos hemos percatado del daño provocado a los tejidos periodontales por las fuerzas oclusales lesivas, a pesar de que para contrarrestar estas el periodonto cuenta con mecanismos de neoformación y reordenamiento de las fibras del ligamento periodontal , y sobre todo por la capacidad de remodelación del tejido óseo alveolar, donde la reabsorción y la aposición tratan de compensar los posibles daños que causarían las nuevas condiciones funcionales. Esto es conocido como capacidad adaptativa tisular ,sobre lo cual se plantea que el daño solo se producirá si la agresión es capaz de sobrepasarla. 8,9

Ahora bien, si para un cambio de dirección, un aumento de intensidad de las fuerzas u otro factor agresor, el periodonto está bien preparado, para lo que sí no tiene defensa alguna es para soportar la ausencia de fuerzas oclusales ; en ausencia de estímulo funcional los tejidos periodontales claudican. 10

El periodonto está diseñado para funcionar y por ello existe; si se suprime la función, no tendrá razón de existir.

Esta expresión es bien conocida por todos los estomatólogos, pero valdría preguntarnos :¿ conferimos su verdadero valor patogénico a la ausencia de fuerzas oclusales como un factor de riesgo en la enfermedad periodontal ?, ¿hacemos todo lo posible para devolver a nuestros pacientes una verdadera oclusión fisiológica funcional?

Estas interrogantes fueron el acicate para la realización de esta investigación, con la que esperamos conocer cómo se comporta la desoclusion en nuestros pacientes, cuáles son sus causas más frecuentes y las consecuencias que de estas se derivan.

Métodos

Nuestro universo estuvo constituido por 50 pacientes que acudieron al Servicio de Periodoncia de la Clínica Docente “Hermanos Gómez” del municipio 10 de Octubre, durante el primer semestre del año 2003.

Se procedió a realizar un examen oclusal con el objetivo de apreciar la existencia de contactos fisiológicos o de dientes en infraoclusión , es decir, que no presentan contactos oclusales .

Se escogieron para este estudio los dientes que presentaban caras oclusales , bicúspides y molares.

Como medio auxiliar para diagnosticar la calidad de los contactos oclusales se procedió a utilizar una lámina doble de parafina que se introdujo entre las arcadas dentarias y se ordenó al paciente que cerrara sus maxilares en posición de máxima intercuspidadación , con el objetivo de evaluar las huellas dejadas sobre la cera por los dientes presentes.

Durante el examen clínico se evaluó la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal utilizando el índice periodontal de Russell , y la higiene bucal utilizando el índice de higiene bucal de Greene y Vermillion .

Posteriormente se realizó un cotejo de los factores antes mencionados con la calidad de los contactos oclusales .

En los casos de dientes en infraoclusión se señalaron las posibles causas, como son :

- Ausencia de dientes antagonistas.
- Pérdida de material coronario.
- Procedimientos estomatológicos iatrogénicos.
- Dientes que no llegan al plano oclusal .

Criterios de higiene bucal:

De 0 - 0,9: buena.

De 1 -1,9: regular.

Más de 1,9: mala.

Criterios sobre prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal de Russell :

Criterios de exclusión:

- Pacientes portadores de enfermedades periodontales agudas en el momento del examen.
- Pacientes con enfermedades generales que puedan alterar la respuesta periodontal .
- Pacientes con hábito de masticación unilateral.
- Pacientes con trastornos psíquicos.
- Pacientes embarazadas.

Toda la información fue recogida en un formulario confeccionado al efecto para su posterior análisis estadístico.

Resultados

La tabla 1 nos muestra que de los 1150 dientes examinados, 320 no presentaban contactos oclusales (7,82 %).

Tabla 1. Prevalencia de desoclusión en la muestra estudiada

Dientes examinados	Dientes en oclusión		Dientes en desoclusión	
	No.	%	No.	%
1 150	830	72,18	320	27,82

Los resultados de la tabla 2 nos muestran que la ausencia sin reposición de los dientes antagonistas es la principal causa de desoclusión , con 250 dientes, para el 78,1%.

Tabla 2 . Causas de desoclusión

Causas	No.	%
Ausencia de dientes antagonistas	250	78,1
Pérdida de material coronario	41	12,8
Dientes que no llegan al plano oclusal	19	5,9
Iatrogenias estomatológicas	7	2,2
Otras	3	1
Total	320	100

En la tabla 3 se observa que en los 1 150 dientes examinados, la higiene bucal fue deficiente, pues solo el 36,6 % presentó buena higiene. Al relacionar esta con la oclusión, nos percatamos que en los dientes que mantenían sus contactos oclusales normales el 39,9 % de estos estaban limpios, por solo el 28,2 % en los dientes que no ocluían. Al observar los dientes con higiene mala, nos percatamos que el número de estos era muy superior en los dientes en desoclusión (31,2 %) contra el 22 % en los dientes funcionales.

Tabla 3. Índice de higiene bucal y su relación con la calidad de la oclusión

Higiene	Buena		Regular		Mala		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Oclusión	331	39,9	316	38,1	183	22	830	72,18
Dientes en desoclusión	90	28,2	130	40,6	100	31,2	320	27,82
Total	421	36,6	446	38,8	283	24,6	1 150	100

En la tabla 4 apreciamos que la prevalencia de la enfermedad periodontal en nuestro grupo fue alta (41,6 %), que la gingivitis fue la afección más frecuente(39,9%), y que la destrucción avanzada del periodonto se presentó solo en 33 dientes (15,3%).

Tabla 4. Prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal

Sanos						Afectados				Total			
0		1		2		6		8		Total		No.	%
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
672	58,4	191	39,9	129	25	85	17,7	73	15,3	478	41,6	1150	100

La tabla 5 nos muestra que en los dientes que se encontraban en oclusión, el 66,3 % estaban sanos, mientras que en los dientes en desoclusión solo el 38 % presentaban esa condición.

Tabla 5. Relación entre la desoclusión y la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal

EP	Sanos				Afectados						Total			
	0		1		2		6		8		Total			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Oclusión	550	66,3	143	17,2	84	10,1	39	4,7	14	1,7	280	33,7	830	100
Dientes en desoclusión	122	38	488	15	45	14	46	14,6	59	18,4	198	62	320	100

Discusión

Esta altísima cifra de desoclusión que se muestra en la tabla 1, demuestra la relevancia que tiene este aspecto, si tomamos en consideración la importancia que tiene la estimulación mecánica producida por las fuerzas oclusales en la conservación de la salud periodontal y en el mantenimiento de la higiene bucal.

Al profundizar en la ausencia de dientes antagonistas como agente causador de desoclusión , conocimos que

229 dientes (91,6 %) estaban ausentes por exodoncia , y solo 21 se habían perdido por otras causas. Estos resultados reflejados en la tabla 2, nos obligan a considerar si estamos siendo todo lo conservadores que debíamos, utilizando los tratamientos endodónticos como herramienta indispensable en nuestro quehacer diario y solo realizando exodoncias en aquellos casos en que sean imprescindibles y restituyendo protésicamente estas ausencias lo antes posible.

Los resultados que se observan en la tabla 3, corroboran los encontrados por otros investigadores, que plantean a las fuerzas oclusales como agentes favorecedores de la limpieza fisiológica en los dientes, favoreciéndose el acúmulo de placas en los dientes en desoclusion .

El alto porcentaje de dientes sanos en esta muestra, así como el reducido número de dientes con destrucción avanzada en nuestra investigación, pensamos se deba a que nuestra muestra estuvo constituida por personas jóvenes (tabla 4).

El mayor número de dientes sanos encontrados en aquellos que ocluían al compararse con los dientes en desoclusión , nos muestra claramente la gran importancia que tiene la función masticatoria en el mantenimiento de la salud periodontal , hecho que se corrobora a su vez cuando observamos que en los dientes funcionales solo el 1,7 % de estos presentaba destrucción avanzada, mientras que en los dientes en desoclusión el 18,4 % presentaba enfermedad periodontal avanzada con predominio de la movilidad dental por pérdida de inserción. También la presencia de bolsas periodontales fue mucho más frecuente en este grupo, con 14,6 % por 4,7 % en los dientes con actividad oclusal (tabla 5).

Estos resultados muestran un aumento marcado en la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal en los dientes que no ocluyen, lo cual pensamos se deba en primer lugar al debilitamiento de la estructuras periodontales producidos por la hipofunción que favorece la profundización del proceso inflamatorio hacia los tejidos de soporte y al empeoramiento de la higiene bucal en estos dientes, con el consiguiente aumento de la agresión microbiológica de la placa.

Con este trabajo hemos arribado a las conclusiones siguientes:

- La desoclusión presenta altos niveles de prevalencia (27,82 %) en la muestra estudiada.
- La causa más frecuente fue la ausencia de dientes antagonistas.
- La ausencia de dientes fue causada por exodoncia en el 91,6 % de los casos.
- Existió una clara relación entre la higiene bucal que empeoró marcadamente en los dientes en desoclusión .
- Tanto la prevalencia como la gravedad de la enfermedad periodontal , aumentaron en los dientes que no mantenían función oclusal activa.

Summary

Study of periodontal disease and oral hygiene in dysocclusion

A research was undertaken among 50 patients that received attention at the Periodontics Service of "Hermanos Gómez" Dental Clinic. A clinical examination was made to evaluate the presence of occlusal contacts in the present teeth. The oral hygiene degree was measured by Greene and Vermillion's oral hygiene index, whereas the prevalence and severity of the periodontal disease was measured by using Russell's periodontal index. In those cases in which the teeth did not occlude, the cause was mentioned. Dysocclusion showed a high incidence with 27.82 % of the tooth without occlusal contacts. The most frequent cause was the absence of antagonistic tooth (78.1 %). Oral hygiene was worse in the cases presenting dysocclusion. Both, the prevalence and the severity of the periodontal disease increased in the tooth that did not occlude.

Key words: Periodontal disease, oral hygiene, occlusion, dysocclusion.

Referencias bibliográficas

1. Page R, Schroeder H. Pathogenesis of periodontal disease. Lab Invest 1987 ;33:235 .
2. Masler M. Influence of diet on denture bearing tissues. Dent Clin North Am 1989; 28:211-20.
3. Carranza- Newman . Reacción del periodonto ante las fuerzas externas. Periodontología Clínica a. 8 ed . p. 336-347.
4. AAP. Epidemiology of periodontal diseases. J Periodontal 1996 ;67:935 -45.
5. Chaffee NR. Clinical manifestation and dental management. J Prothodont 1998 ;7 (3):156.
6. Everside LR. Clinical outline of oral pathology: Diagnosis and treatment. Philadelphia : LEA & Febiger; 1986. p. 36,160-5,182.
7. Echeverri Guzmán E, et al. Neurofisiología de la oclusión. Cap . 17. Edic . Bogotá: Montserrat Ltda.; 1990. p. 207-19.
8. Glickman I. Periodontología clínica. Cap . 24. 4ta ed . México: Nueva Edición Interamericana SA.; 1993. p. 320-33.
9. Genco Goldman C. Periodoncia . Cap . 15. México: Nueva Editorial Interamericana, Mc - Graw Hill; 1993.
10. Ash - Ramfjord . Oclusion . 4ta ed. México: Mc - Graw Hill, Ediciones Interamericanas ; 1996 .

Dr. *Jorge Sotres Vázquez* . Facultad de Estomatología. Ave. Salvador Allende y calle G, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.

[1 Especialista de I Grado en Periodoncia . Profesor Asistente.](#)

[2 Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Profesora Asistente.](#)

[3 Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica.](#)