

CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA CENTRO CIEGO DE ÁVILA

Comportamiento de la pérdida dentaria en un área de salud del municipio Ciego de Avila. Behavior of dental losses in a health area of the municipality of Ciego de Avila City.

Martha Cristina Ramírez Díaz (1), Armando Torres Díaz (2), Vicente Martínez Cruz (3).

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo con el objetivo de describir el comportamiento de la pérdida dentaria en el Consultorio No 23 del Área Norte perteneciente a la Clínica Estomatológica Centro de Ciego de Ávila en el período comprendido de septiembre de 2004 hasta marzo de 2005 . El estudio estuvo constituido por 226 personas mayores de 15 años que cumplieron con los criterios propuestos en la investigación. El instrumento de recogida de datos fue la entrevista, después de realizar el examen clínico del paciente. Las tres cuartas partes de la población examinada tienen dientes perdidos. La frecuencia de la pérdida dentaria aumentó con la edad y fue más frecuente en el sexo femenino siendo la caries dental y las periodontopatías las principales causas. Los molares inferiores fueron los dientes más extraídos en la población examinada. Recomendamos continuar intensificando las acciones de promoción y educación para la salud en nuestra población.

Palabras clave: PÉRDIDA DENTARIA, CARIES DENTAL, PERIODONTOPATÍAS.

1. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Profesor Instructor.
2. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Profesor Instructor.
3. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Profesor Instructor.

INTRODUCCIÓN

La dimensión, la extensión y otras características de las principales enfermedades bucales constituyen tópicos interesantes que se deben estudiar, teniendo en cuenta que, si se dejan evolucionar, sin interponer barreras en su historia natural, traen como consecuencia la pérdida de los dientes (1,2) con sus consiguientes secuelas: trastornos digestivos y nutricionales, trastornos en la articulación témporo-mandibular, migración de dientes vecinos y antagonistas, así como alteraciones psicológicas del paciente, además de las evidentes implicaciones estéticas (3, 4).

Los investigadores de todo el mundo coinciden en señalar a la caries dental y a las periodontopatías como las principales causas de pérdida dentaria (PD) (1,5). Así mismo se sostiene por la mayoría de los autores, que su alta prevalencia sólo puede reducirse por medio de la prevención (6). La caries dental es una enfermedad dinámica crónica, de origen multifactorial que afecta a más del 90 % de la población (7). Ha sido y sigue siendo la enfermedad crónica más frecuente del hombre moderno (8).

Entre los problemas estomatológicos, es la caries dental el que despierta mayor interés, tal vez por la noción intuitiva de que constituye el problema que afecta a mayor número de individuos y el que ofrece más altas posibilidades de éxito al combatirlo. Cuando esta no se trata con medios preventivos y curativos sigue propagándose, causando gran pérdida de dientes en el

adulto joven y es el factor más importante del desdentamiento total o parcial en las poblaciones (9, 10).

Las enfermedades periodontales afectan, en cambio, los tejidos que rodean y sostienen al diente (11) y básicamente pueden originar la pérdida de dientes porque avanzada su evolución producen movilidad dentaria que hace dolorosa la función o porque ocasionan abscesos a través de las bolsas periodontales, siendo esta la principal causa de PD en personas de mayor edad (6).

La ortodoncia requiere extraer dientes, que habitualmente son premolares como principal indicación, cuando la discrepancia ósea dentaria es grande y se tiene que ganar espacio en los maxilares para una correcta alineación de los dientes (4, 12). Otras causas de PD son los traumatismos, las tumoraciones, la falta de erupción, entre otras (8). Los traumatismos dentales son eventos que suceden frecuentemente (13), son de naturaleza compleja y están influenciados por diferentes factores, incluyendo la biología humana, comportamiento y el medio ambiente (14).

Son múltiples los estudios publicados sobre las causas por las que se realizan extracciones dentarias. Según Murria en Canadá (15), Ong en Singapur (16) y Reich en la República Federal de Alemania (17) las causas periodontales constituyen la principal etiología de las extracciones dentales, el resto de los autores indican que la caries es la principal causa de PD (3, 4, 5) Por lo anterior realizamos esta investigación con la finalidad de determinar el comportamiento de la pérdida dentaria en un grupo poblacional.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo en el Consultorio No 23 del área norte perteneciente a la Clínica Estomatológica Centro del municipio Ciego de Ávila en el período comprendido de septiembre del 2004 hasta marzo del 2005. El universo estuvo constituido por 575 personas pertenecientes a este consultorio, de ellos se seleccionaron todos los mayores de 15 años de ambos sexos que cumplieran con los criterios de inclusión, quedando constituida la muestra por 226 pacientes.

Para la investigación se recogieron los datos en un formulario previamente elaborado que constaba de dos partes: entrevista y examen bucal.

La entrevista se realizó en el Consultorio No 23 del Médico de la Familia ubicado en la calle carretera de Morón / Marcial Gómez y Abraham Delgado. El examen clínico lo realizamos con la ayuda del espejo bucal plano. Los pacientes que no acudieron al consultorio para el examen fueron visitados en sus casas para la realización del mismo.

Los pacientes fueron clasificados por sexo y en los siguientes grupos etarios:

- De 15 - 34 años
- De 35- 59 años
- De 60 y más años

Criterios de inclusión:

Todos los pacientes mayores de 15 años que hayan perdido uno o más dientes por cualquier causa.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 15 años.
- Pacientes que no recordaron la causa de la pérdida dentaria.
- Pacientes que en el período en que se realizó la investigación estuvieron fuera del municipio.

Se consideraron causas de dientes perdidos las siguientes:

- Caries dental: Aquellos donde la exodoncia fue indicada ó sea necesario realizarla por caries extensas y profundas en las cuales no pueda llevarse a cabo tratamiento conservador, restos radiculares.
- Periodontopatías: Aquellos donde la exodoncia fue indicada por enfermedad periodontal que no permitió su tratamiento en la atención secundaria ó pacientes que acudieron con dientes con una destrucción periodontal avanzada, movilidad y pérdida de la función masticatoria.
- Indicación de ortodoncia: Los referidos por esta especialidad para su extracción con fines ortodóncicos preventivos y curativos.
- Indicación de prótesis: Aquellos cuya extracción fue indicada por este servicio con fines protésicos.
- Trauma: Los afectados por grandes traumatismos que por el tipo de fractura ósea ó radicular, ó por las características de su desplazamiento, fueron imposibles su tratamiento. También se consideraron los fallos de reimplante y ferulización.
- No erupción: Los dientes retenidos, semirretenidos o ausencia congénita evidenciados clínica y radiográficamente que no van a erupcionar.
- Otras causas: Aquellos cuyas extracciones se realizaron por cualquier otra causa no incluida en los criterios anteriores, tales como, hipoplasias del esmalte, iatrogenia estomatológica, tumoraciones, despreocupación del paciente, anomalías de forma, posición y tamaño, grandes atriciones, entre otras.

En caso de presentarse una pérdida con más de una causa, se consideró siempre la más grave.

Después de analizar los datos recogidos en el formulario se confeccionaron las tablas, donde utilizamos el método porcentual.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En los pacientes examinados hubo una pérdida de 2609 dientes, de ellos el mayor número (1547, 59,3%) se encontró en el grupo de 60 o más años, como se muestra en la tabla No 1. En el grupo de 15-34 años la pérdida sólo fue de 4,9%, y en el de 35-59 años de un 35,8%. En la tabla No.2 está representada la mayor frecuencia de pérdida dentaria en el sexo femenino (57,2%), en relación con el masculino (42,8%). Algunas investigaciones refieren que las personas del género femenino reciben un mayor número de consultas estomatológicas (18). Las principales causas de PD en nuestros pacientes fueron: las caries (1993 extracciones; 76,4%) y las periodontopatías (487 extracciones: 18,6%); por indicación de prótesis y traumatismos se perdieron 29 y 28 dientes respectivamente. Los pacientes de más de 60 años presentaron mayor número de dientes perdidos por caries y periodontopatías y se observó un incremento con la edad, como se observa en la tabla No 3.

Debe destacarse que las pérdidas ocasionadas por problemas periodontales nunca sobrepasaron las ocasionadas por caries, en ninguno de los grupos investigados, similar al estudio de Martínez Villamil en Santiago de Las Vegas (19). Esto puede estar justificado en parte por la disparidad existente entre estas dos afecciones, sin dejar de valorar que una gran parte de dientes perdidos por caries en épocas tempranas de la vida, disminuye el número de dientes con posibilidades de desarrollar una periodontopatía avanzada en edades posteriores (2). Algunos estudios demuestran que las caries pueden afectar al 75 % de la población (20); otros como el de un área en Croacia (21), coinciden con el nuestro en que la caries es la principal causa de PD. Existen reportes de que ésta también es la primera causa en la población joven (10). El trabajo epidemiológico publicado sobre las causas de exodoncias en España (5) expone una diferencia significativa entre el promedio de edad, relacionado con la causa, el promedio de edad para las periodontopatías fue superior que para las caries.

El resto de las causas se comportaron de forma similar. Las extracciones indicadas por prótesis fueron incrementándose con la edad contrariamente a lo ocurrido en las indicadas por ortodoncia.

El trauma como etiología de la PD fue menos frecuente en el grupo de 15 a 34 años con un 28,5%, en los otros dos grupos la PD se comportó de igual forma. Las caídas en bicicletas y los accidentes en el hogar fueron los más representativos. Una parte importante de los accidentes en la dentición permanente se relacionan con caídas en bicicletas (12,7%) como refleja Veleiro Rodríguez en su publicación sobre traumatismos dentales en niños y adolescentes (13), el cual observó que los accidentes de tránsito, actos de violencia y daños por la práctica de deportes se incrementan con la edad.

En la tabla No 4 observamos la distribución por orden de frecuencia de las causas de pérdida dentaria según el sexo, donde la mayor frecuencia fue para el femenino (1141; 57,2%) respecto al masculino (42,7%) al analizar la pérdida de dientes por caries; similar ocurre con el resto de las causas donde hay un predominio de las mujeres con dientes perdidos, exceptuando cuando la causa fue por trauma. En un estudio realizado en Centro Habana (18) no se encontraron diferencias que merecieron ser destacadas en las distintas causas de extracción en hombres y mujeres.

Las diferencias de resultados entre nuestro estudio y la bibliografía revisada puede relacionarse con la etiología de la pérdida dentaria, ya que es conocido que las caries son más frecuentes en las mujeres que en los hombres (7). Los factores de riesgo para las caries son múltiples y las mujeres tienen una incidencia mayor que los hombres en una proporción 3/2 (22). En parte esto se debe a los cambios hormonales. También existen factores hereditarios entre los cuales está incluido la composición y flujo salival.

En el estudio de Banderas-Tarabayo y Colaboradores se afirma que la saliva es un factor importante en los índices de caries dental y enfermedad periodontal encontrando diferencias significativas en el flujo salival donde las mujeres tenían menor flujo salival y mayor concentración de proteínas en la saliva (23).

En nuestro trabajo la pérdida dentaria por periodontopatías fue más elevada en el sexo femenino (56%) que en el masculino (43,9 %), como se muestra en la tabla No5.

En cuanto a las causas traumáticas los varones presentaron mayor pérdida dentaria similar a lo encontrado en la mayoría de la bibliografía consultada. Esto sucede porque los principales traumatismos son caídas y lesiones diversas, peleas, accidentes en bicicletas, prácticas de deportes entre otras y obviamente hay mayor participación de los hombres en estas acciones (24).

Al analizar la frecuencia de la pérdida dentaria por grupos de dientes (tabla No 6) tenemos que los más extraídos fueron los molares inferiores y dentro de ellos el primer molar derecho, y los menos extraídos resultaron ser los caninos inferiores.

El tipo de diente extraído varía de acuerdo al autor revisado pero la mayoría coincide en que los más afectados son los molares y las bicúspides (2), sin embargo en el estudio realizado por Cardona en el servicio de Navarra el diente más extraído fue el 48, seguido por el 42 y el menos frecuente fue el 24 (5).

CONCLUSIONES

- Las tres cuartas partes de la población examinada tiene dientes perdidos.
- La frecuencia de la pérdida dentaria aumentó con la edad, y fue más frecuente en el sexo femenino.
- Las principales causas de PD fueron las caries y las periodontopatías.
- Los molares inferiores fueron los dientes más extraídos en la población examinada.

ABSTRACT

We have conducted a descriptive observational study aiming at describing the behavior of dental losses at the #23 family doctor's home-office, belonging to the Central Clinic of Ciego de Ávila city, time period from September 2004 through March 2005. Two hundred twenty six individuals over 15 years of age met the criteria proposed in the investigation. Data were gathered by means of an interview, post the clinical examination was done. Three fourths of the population examined present lost teeth. Frequency of lost teeth increased with age and most frequent in females, being tooth decay and periodontal diseases among the major causes. Lower molars were the most common teeth pulled out. We recommend that actions toward health promotion and education of our population be taken.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grupo Científico de la OMS. Epidemiología, etiología y prevención de las parodontopatías. Serie Información Temática 1979; 3(4):5-9.
2. Grupo Científico de la OMS. Etiología y prevención de la caries dental. Informe No. 494, Ginebra, 1972.
3. Prótesis. [En línea] 2001 [Fecha de acceso 25 de mayo de 2005] URL disponible en: <http://www.odontocat.com/protesiscast.htm>
4. Gómez Rivero V, Delgado Midez L, Bercerra Troya M. Analisis de la pérdida dentaria en niños de octavo grado del Municipio de Vertientes. Rev Cubana Estomatol 1987; 24(1): 53 - 58.
5. Cardona F, Figueredo J, Morte A, Garisoain J, Sainz E. Causas de exodoncia en el servicio Navarro de Salud- Osasunbidea; estudio epidemiológico. Barcelona: Salud Pública y Administración Sanitaria; 2001.
6. Caranza FA, Sznajder NG. Compendio de Periodoncia. 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 1996.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Guías Prácticas Clínicas de Caries Dental. En: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p.23-75.
8. Gispert Estela. Sistema pronóstico del riesgo de caries en escolares de 7-14 años de edad. [Tesis de especialidad]. Ciudad de La Habana: Facultad de estomatología; 2001.
9. Cabaña C. Prevalencia de caries dental y su relación con las aplicaciones tópicas de fluoruros [Tesis de especialidad] Ciudad de La Habana: Facultad de Estomatología; 2001.
10. Saenz Martínez L. Actualidad cariogénica y su asociación con la incidencia de caries. Rev ADMLV 1998; 2: 81-85.
11. Manau C, Echevarria JJ. Enfermedades periodontales. En: Cuenca Sola E, Manau Navarro C, Serra Majem LI, editores. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 2da. Ed. Barcelona: Masson; 1999. p.137-152.
12. Asensi C. Extracciones terapéuticas. En: Bascones Martínez A, editor. Tratado de Odontología. t. 2. Madrid: Trigo ediciones; 1998 [En línea] 2004 [Fecha de acceso 15 de junio de 2005] URL disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/11asp>
13. Veleiro Rodríguez C. Traumatismos dentales en niños y adolescentes [En línea] 2004 [Fecha de acceso: 15 de Junio de 2005] URL disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/11asp>
14. Glendor V, Kouchiki B, Halling A. Risk evaluation and type of treatment of multiple dental trauma episodes to permanent teeth. Endod Dent Traumatol 2000; 16:205 -210.
15. Murray H, Locker D, Kay EJ. Patterns of and reasons for tooth extractions en general dental practice in Ontario. Canada. Comm Dent Oral Epidemiol 1996; 24:196-200.

16. Ong G, Yeo JF, Bholess S. A Survey or reasons for extraction of permanent teeth in Singapore. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24:124-127.
17. Reich E, Hiller KA. Rehasnos for tooth extraction in the western status of Germany. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993, 21:379-383.
18. Pérez Gómez LE, Edreira González JA. Causas mas frecuentes de mortalidad dentaria en un grupo de pacientes del municipio Centro Habana. *Rev Cubana Estomatol* 1987;24(3):327-338.
19. Martínez Villamil JA, Prias Barro M, Navarro Torres D, Pérez Gómez LE, Averhoff Casamayor MC. Causas más frecuentes de mortalidad dentaria en un grupo de pacientes del municipio Boyeros. *Rev Cubana Estomatol* 1988; 25(2):68-76.
20. Sánchez Gómez R. Afecta caries al 75% de los tabasqueños [En línea] 2004 [Fecha de acceso 15 de junio de 2005] URL disponible en: <http://www.presente.com.Mx/portal/ArticleView.php?articleid=15857>.
21. Spaljs Plancak D, Junie H, Pavelic B, Bosnjak A. Reasons for extraction of permanent teeth in urban and rural populations of Croatia. *Croatia: Coll Antropol*; 2004.
22. *El Manual de Odontología*. Barcelona: Masson;2002.
23. Banderas-Tarabay JA, González Begne M, Sánchez Gardeiro M, Millán Cortes E, López Rodríguez A, Vilekis Velásquez A. Flujo y concentración de proteínas en saliva total humana. *Salud Publica Mex* 1997;39:433-441.
24. Enrique Ferrari C, Ferreira de Mederos JM. Epidemiología e itologia do traumatismo dental en dientes permanentes na regio de Braganca Paulista. [En línea] 2004 [Fecha de acceso 20 de junio] URL disponible en: <http://www.usf.com.br/endodontia>.

TABLAS

Tabla No 1 Distribución de la frecuencia de la pérdida dentaria según la edad.

Grupo Etáreo (años)	Pérdida Dentaria	
	No	%
15-34	128,0	4,9
35-59	934,0	35,8
60	1547,0	59,3
Total	2609,0	100,0

Fuente: Formulario

Tabla No 2: Distribución de la pérdida dentaria según el sexo.

Sexo	Pérdida Dentaria	
	No	%
Femenino	1492,0	57.2
Masculino	1117,0	42.8
Total	2609,0	100.0

Fuente: Formulario

Tabla No 3: Distribución por orden de frecuencia de las causas de pérdida dentaria según la edad.

Causas	GRUPOS ETÁREOS (AÑOS)						
	15-34		35-59		60 y más		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.
Caries	112	5,6	755	37,8	1126	56,4	1993
Periodontopatías	4	0,8	127	26	357	73,1	487
Prótesis	-	-	8	27,6	21	72,4	29
Traumas	4	14,2	10	35,7	14	50	28
Ortodoncia	6	54,5	5	45,5	-	-	11
No erupción	2	66,6	-	-	1	33,3	3
Otras causas	-	-	29	50,9	28	49,1	57

Fuente: Formulario

Tabla No4: Distribución por orden de frecuencia de las causas de pérdida dentaria según el sexo.

Causas	Sexo				
	Femenino		Masculino		Total
	No.	%	No.	%	No.
Caries	1141,0	57,2	852,0	42,7	1993,0
Parodontopatías	273,0	56	215,0	44,0	488,0
Prótesis	22,0	75,9	7,0	24,1	29,0
Trauma	10,0	35,7	18,0	64,2	28,0
Ortodoncia	5,0	45,4	6,0	54,5	11,0
No Erupción	3,0	100,0	-	-	3,0
Otras	38,0	66,6	19,0	33,3	57,0

Fuente: Formulario

Tabla No 5: Distribución por orden de frecuencia de las causas de pérdida dentaria según el grupo de dientes.

Grupo de Dientes	Pérdida Dentaria	
	No	%
Incisivos Superiores	295,0	11,3
Incisivos Inferiores	231,0	8,8
Caninos Superiores	140,0	5,4
Caninos Inferiores	111,0	4,2
Premolares Superiores	410,0	15,7
Premolares Inferiores	389,0	14,9
Molares Superiores	479,0	18,3
Molares Inferiores	554,0	21,2

Fuente : Formulario