



UAC

Universidad Andina del Cusco



Revista Científica - Cultural / Escuela Profesional De Estomatología

Visión Odontológica

Vis. odontol.

ISSN 2410-583X

Volumen 2 - Nº 2 Julio a Diciembre 2015



Visión Odontológica



Vis. odontol.

ISSN 2410-583X

Volumen 2 - Nº 2 Julio a Diciembre 2015

Universidad Andina del Cusco
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Estomatología

Volumen 2 - Nº 2 Julio a Diciembre 2015

Autoridades

Rector: Dr. Raymundo Espinoza Sánchez

Vicerrector Académico: Dr. Rodolfo Quiroz Valdivia

Vicerrector Administrativo: Dr. Emeterio Mendoza Bolívar

Director de Departamento Académico de Estomatología

CD. Alhí Jordan Herrera Osorio

Director de la Escuela de Estomatología

Dr. C.D Juan Carlos Valencia Martínez

Comité Editorial

Mgt. Martín Tipián Tasayco

Mgt. Eduardo Longa Ramos

C.D. José Antonio Alanya Ricalde

C.D. Ninoska Sánchez Palomino

Editores

C.D. Iliá Vanina Tipismana Vera

C.D. Yuliana Ballon Valer

Mgt. Eleana Danitza Garate Villasante

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú

Nº 2014 - 18990

ISSN. 2410-583X

Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco

Av. La Cultura 730 – 732

Teléfono: 084 222910

Telefax: 084 242183

Email: visionodontologicauc@gmail.com

Edición:

Andina Imprenta

Área de impresiones / Direcciones de Producción de Bienes y Servicios UAC Urb. Ingeniería Larapa Grande S/N.

Teléfono 271840 anexo 117-416

Composición y Diagramación:

Haendel Mahatma Yoshiro, Quispe Ascuña

PUBLICACIÓN PERIÓDICA: Semestral

Prohibida la reproducción total o parcial de los artículos publicados en esta revista "Visión Odontología". La UAC no se responsabiliza por los conceptos contenidos de esta edición. El contenido de cada artículo es de responsabilidad exclusiva del autor o autores

EDITORIAL

La Escuela Profesional De Estomatología tiene el agrado de presentar su tercer numero de su revista Visión Odontológica revista científico cultural en vías de indexación, la cual permite a los estudiantes, egresados y Docentes de nuestra escuela puedan publicar sus trabajos de investigación científica así como también reportar los casos clínicos tratados en la clínica Luis vallejos Santony de nuestra Escuela Profesional.

La Escuela Profesional de estomatología tiene como meta principal, el que todos los investigadores de la Comunidad Estomatológica publiquen los resultados de sus trabajos de investigación en Revistas Científicas producidas y auspiciadas por nuestra Universidad, por lo cual estamos trabajando para que todos nuestros artículos cumplan con los estándares exigidos por bases de datos como Latindex, SciELO, para que nuestras revista sean incluida en ellas.

Debo aprovechar la oportunidad de mencionar que nuestra Escuela esta e proceso de acreditación y uno de los estándares a cumplir es la investigación y la publicación y que mejor manera de cumplir este estándar es la de impulsar la publicación de nuestra revista que por tercer año consecutivo la estamos publicando cumpliendo con todos los estándares exigidos por las bases de datos antes mencionadas..

Debo prevaler la oportunidad para felicitar la encomiable labor del comité editor así como también agradecer a todos los participantes que con sus artículos han logrado la consolidación del prestigio de esta nuestra revista con artículos actuales, innovadores y originales que dan suntuosidad a esta publicación.

No me queda más que agradecer la oportunidad que me da el comité editorial de presentar esta revista la cual la presente con mucho orgullo y honor porque es hecha por Docentes de nuestra propia Escuela lo que denota la calidad, esfuerzo y dedicación efectuados por ellos.

CD. MGT. DCS. EO. JUAN CARLOS VALENCIA MARTÍNEZ

DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

ARTICULO DE ORIGINAL >>>



PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA SOBRE EL DESEMPEÑO DOCENTE EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI

CABANA C.

7

INCIDENCIA DE ALTERACIONES BUCALES CONGÉNITAS DEL DESARROLLO Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA-CUSCO

CENTENO L.

11

PREVALENCIA DE MICROORGANISMOS ASOCIADOS A LA FELACIÓN EN LA CAVIDAD ORAL DE TRABAJADORAS SEXUALES

**CÁCERES C.
CORAXI J.**

16

EFFECTO ANTIMICROBIANO IN VITRO DEL AGUA DE MAR COMO IRRIGANTE ENDODONTICO

PLETICKOSICH A.

19

FRECUENCIA DEL CENIT COMO PARÁMETRO GINGIVAL ESTÉTICO, EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA "LUIS VALLEJOS SANTONI". CUSCO-2015

VIZCARRA A.

22

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS CIENCIAS Y SAN FRANCISCO DE BORJA SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LAS ENFERMEDADES BUCALES MÁS PREVALENTES, CUSCO 2013.

CASTRO A.

27

ADAPTACIÓN DEL SISTEMA DE OBSERVACIÓN DE DESGASTE DE LOVEJOY PARA LA ESTIMACIÓN DE LA EDAD

**TAPIA R.
PAREDES F.**

31



PREVALENCIA DE TIPOS DE FRENILLO LABIAL SUPERIOR, SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PLACEK, Y SU RELACIÓN CON MANIFESTACIONES CLÍNICAS INTRAORALES EN ESCOLARES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD- I-E. HUMBERTO LUNA- CUSCO, 2013

MONTESINOS B. 36

pH y FLUJO SALIVAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODIALISIS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO -2014.

SANTANA C. 39

PREVALENCIA DE ALTERACIONES ORTODONCICAS SEGÚN EL INDICE DE LA ASOCIACIÓN IBEROAMERICANA DE ORTODONCISTAS EN NIÑOS DE 06 A 12 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA MINSA- CUSCO, 2015

HANCO M. 45

CASO CLINICO



IMPLANTES UNITARIOS

“UNA FORMA FÁCIL Y SENCILLA DE TENER NUEVOS DIENTES”

**VILLA D.
TORRE Z. 50**

EXTRACCIÓN DE LA BOLA DE GRASA DE BICHAT UNA CIRUGÍA SIMPLE CON MAGNÍFICOS RESULTADOS

**VILLA D.
ZARAVIA P. 53**

IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DEL ANTIBIOGRAMA EN PROCESOS INFECCIOSOS Y PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS POST QUIRÚRGICOS.

MALPARTIDA A. 55

EL ROSTRO DE NUESTROS ANTEPASADOS

ESCOBAR L. 58

PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA SOBRE EL DESEMPEÑO DOCENTE EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJOS SANTONI

* CABANA C.
** RIVERA F.

* Cirujana Dentista
** Centro de Salud de Santa Rosa

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo principal identificar el desempeño docente en la Clínica Estomatológica Luis Vallejos Santoni.

El estudio fue de tipo descriptivo, corte transversal y prospectivo, contó con una muestra aleatoria simple de 238 estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología. El instrumento fue el cuestionario que recogió la variable implicada del desempeño docente involucrando las dimensiones de la motivación, evaluación, relaciones interpersonales, actualización y el uso de metodologías.

Luego de haber recolectado y procesado los datos, según los estudiantes de estomatología del semestre académico 2014 – II califica al desempeño docente como bueno con un 48.7%, evidenciando una imagen que favorece la formación del estudiante, así mismo las dimensiones que se calificaron como buenas fueron motivación y relaciones interpersonales, con un 48.3% y con un 42.4% respectivamente y las que se calificaron como regulares fueron evaluación, actualización y uso de metodologías, con porcentajes de 47.5%, 42.9% y 47.1% respectivamente.}

Palabras Claves: Desempeño docente, motivación, evaluación, relaciones interpersonales, actualización, uso de metodologías y percepción del estudiante.

ABSTRACT

The study has the principal objective to identify teacher performance in Clinical Stomatology Luis Vallejo Santoni University Andina of Cusco as perceived by students of dentistry 2014 - II.

This study was a descriptive, cross-sectional and prospective cohort, featured a simple random sample of 238 students of the Professional School of Stomatology. The instrument was a questionnaire that collected the variable involved in teacher performance involving the dimensions of motivation, evaluation, interpersonal relationships, update and use of methodologies.

After having collected and processed data, these were represented in statistical tables and graphs the result being that, as students of dentistry 2014 - II describes the performance as good with 48.7%, showing a picture favors the formation of student, also the dimensions were rated as good motivation and interpersonal relationships, with 48.3% and 42.4% respectively with and those that were rated as regular evaluation, updating and use of methodologies, with percentages of 47.5%, 42.9% and 47.1% respectively.

Keywords: Teacher performance, motivation, evaluation, relationships Interpersonal, updating, using methodologies and student perception.

INTRODUCCIÓN

La Universidad Andina del Cusco con sus programas académicos como la Escuela Profesional de Estomatología se encuentra vinculada directamente a la formación de futuros profesionales cirujanos dentistas, requiere conocer y evaluar, el desempeño docente, este se conceptualiza como: Un conjunto de acciones, que se realizan dentro y fuera del aula, destinadas a favorecer el aprendizaje de los alumnos¹ así como las competencias para su futuro ejercicio profesional, por lo que la opinión de los mismo permitirá de manera descriptiva, valorar el ejercicio de sus docentes contratados y nombrados, a fin de que otorgue información originaria de una de las fuentes más importantes como es la del propio estudiante.

El cirujano dentista como todo profesional de nivel universitario requiere ser formado con alta calidad científica, tecnológica,

humanística y con compromiso social; como futuro profesional debe desarrollar cualidades, habilidades y destrezas que le permitan brindar una atención de calidad al paciente, podríamos decir, que este estudiante debería ser el reflejo de su guía o modelo, que en pregrado viene a ser el docente y el desempeño que este tiene como tal, siendo observado su desempeño por el estudiante de manera constante durante todas las actividades de aprendizaje programadas en el plan curricular de formación.

La formación de un futuro cirujano dentista recibe una latente preocupación por parte de su institución formadora como de los futuros pacientes que esté recibirá, es decir, de una nueva población a la cual prestara sus servicios, que serán el reflejo del desempeño docente que este estudiante recibió durante sus estudios universitarios que deberían ser direccionados a desarrollar habilidades y destrezas que lo lleven a una competencia, técnica adecuada y correcta para la atención a la población.

Por lo tanto el desempeño docente: como asunto educativo forma parte de un conjunto de temas que se relacionan directamente con nociones tan importantes y abarcadoras como las de cambio social, reforma educativa y calidad de la educación, las cuales han tomado relevancia en las últimas décadas y se han relacionado estrechamente con el discurso de la calidad, que ha “invadido” el campo de la educación².

DESEMPEÑO DOCENTE

El desempeño docente, el conjunto de acciones, que se realizan dentro y fuera del aula, donde el facilitador de nuevos saberes, permite que este desarrolle sus conocimientos, capacidades y habilidades que se vuelven destrezas con el perfeccionamiento, respetando sus derechos y obligaciones.

DIMENSIONES DEL DESEMPEÑO DOCENTE.

La Motivación

La motivación despierta, inicia, mantiene y pone fin al mismo, una vez lograda la meta que el sujeto persigue. Los estímulos y situaciones que actúan sobre el sujeto se refractan a través de las condiciones internas de la personalidad, por ello, la motivación es una expresión y manifestación de las propiedades y del estado de la personalidad, del carácter, de las capacidades cognoscitivas y del temperamento; pero las propiedades del carácter son las que ocupan en ella la función principal³

Evaluación

La evaluación se orienta al desarrollo o mejora habrán de descubrirse las dificultades personales implícitas en el desempeño de la función, emplearse descripciones exhaustivas que pongan de manifiesto la situación personal y contextual, e indicarse cómo maniobrar para facilitar el cambio⁴.

Relaciones interpersonales

Relación interpersonal es una interacción recíproca entre dos o más personas, que como tales, se encuentran reguladas por las leyes e instituciones de la interacción social.

Actualización

La actualización docente involucra más que conocer los nuevos planes y programas ya que los profesores deben tener amplias oportunidades para determinar qué implicaciones tienen los nuevos currículos para lo que hacen y saben, llegando a determinar los nuevos saberes que tendrán que construir⁵.

Uso de metodologías

En la Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI, se señala explícitamente que es necesario una revisión de los métodos pedagógicos vigentes, trasladando el énfasis puesto actualmente en la transmisión del conocimiento hacia el proceso de su generación, posibilitando de este modo que los alumnos adquieran los instrumentos para aprender a conocer, a convivir y a ser⁶. Asimismo se reconoce que el personal docente y los estudiantes son los protagonistas principales de la educación superior, siendo la función de las instituciones de educación superior formar a los estudiantes para que se conviertan en ciudadanos bien informados y profundamente motivados, provistos

de un sentido crítico y capaces de analizar los problemas, buscar soluciones para los que se planteen a la sociedad, y asumir responsabilidades sociales. Esto implica que los métodos pedagógicos, los materiales didácticos y los métodos de examen, permitan el ejercicio no sólo de la memoria sino también de las facultades de comprensión, la aptitud para las labores prácticas y la creatividad⁷

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue de tipo descriptivo, corte transversal y prospectivo, contó con una muestra aleatoria simple de 238 estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología. El instrumento fue el cuestionario que recogió la variable implicada del desempeño docente involucrando las dimensiones de la motivación, evaluación, relaciones interpersonales, actualización y el uso de metodologías.

TÉCNICA E INSTRUMENTO

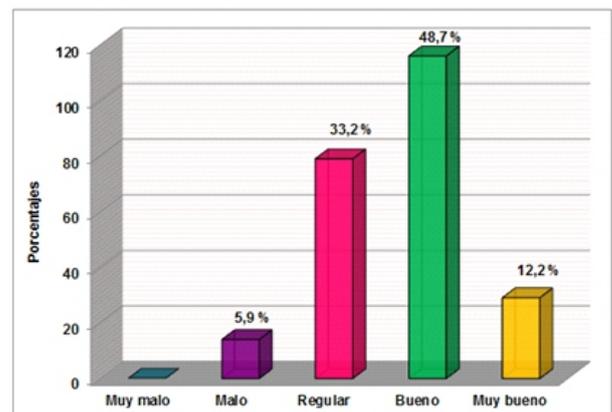
La técnica que se utilizó fue la encuesta mediante un cuestionario de tipo cerrado.

Para la medición del desempeño docente y sus dimensiones se utilizó la escala Likert, que se expuso al estudiante de manera auto administrada.

RESULTADOS

GRÁFICO Nº1

Distribución Gráfica Y Porcentual Del Desempeño Docente En La Clínica Estomatológica Luis Vallejo Santoni De La Universidad Andina Del Cusco Según La Percepción De Los Estudiantes De Estomatología 2014 – II



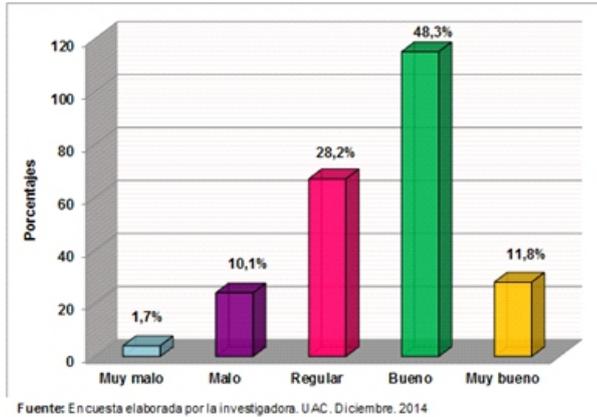
Fuente: En cuesta elaborada por la investigadora. UAC. Diciembre. 2014

INTERPRETACIÓN GRÁFICO

El desempeño docente es considerado como bueno con un 48.7% por los estudiantes, es decir, en general desarrollan sus prácticas teniendo en cuanto a las dimensiones consideradas en el estudio.

GRÁFICO Nº2

Distribución Gráfica Y Porcentual De La Dimensión De Motivación En El Desempeño Docente Según La Percepción De Los Estudiantes De La Escuela Profesional De Estomatología De La Clínica Estomatológica Luis Vallejo Santoni 2014 – II

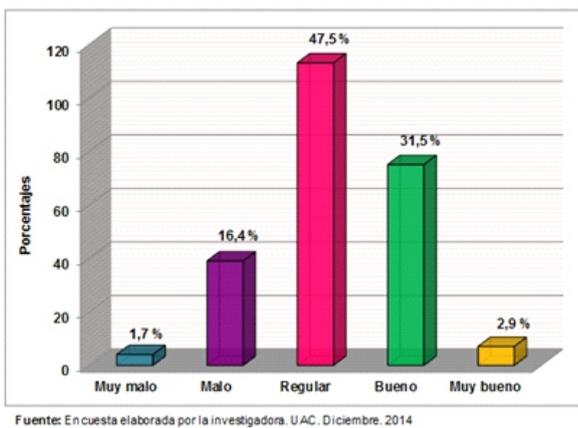


INTERPRETACIÓN

Se observa que 48.3% consideran a la motivación como bueno, entendiendo que el docente propicia, mantiene y fortalece estímulos a sus estudiantes durante el desarrollo de sus labores en la clínica estomatología.

GRÁFICO Nº3

Distribución gráfica y porcentual de la dimensión de evaluación en el desempeño docente según la percepción de los estudiantes de la Escuela Profesional De Estomatología De La Clínica Estomatológica Luis Vallejo Santoni 2014 – II

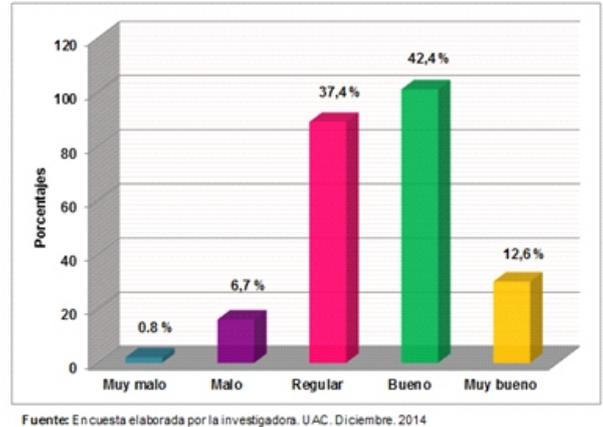


INTERPRETACIÓN

El 47.5% consideran a la evaluación como regular, las condiciones de medida del potencial humano para determinar su plena aplicación y desarrollo en la práctica no es la más adecuada para el estudiante.

GRÁFICO Nº4

Distribución Gráfica Y Porcentual De La Dimensión De Relaciones Interpersonales En El Desempeño Docente Según La Percepción De Los Estudiantes De La ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJO SANTONI 2014 – II

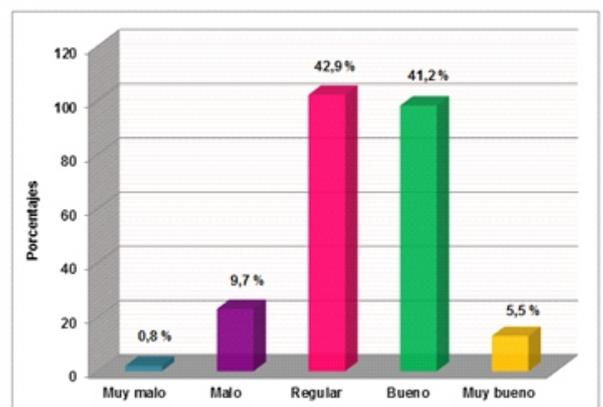


INTERPRETACIÓN

Se observa que 42.4% consideran a las relaciones interpersonales como bueno, entendiéndose que la dinámica interpersonal que se genera entre el docente y el estudiante, este la percibe de forma recíproca entre escuchar y ser escuchado, con una comunicación fluida y exitosa.

GRÁFICO Nº5

Distribución Gráfica Y Porcentual De La Dimensión De Actualización En El Desempeño Docente Según La Percepción De Los Estudiantes De La ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA LUIS VALLEJO SANTONI 2014 – II



INTERPRETACIÓN

Se observa que 42.9% consideran a la actualización como regular, percibiendo el estudiante la falta de nuevas tecnologías o técnicas durante la practica en la clínica estomatológica

* CENTENO L.

**“INCIDENCIA DE ALTERACIONES BUCALES
CONGÉNITAS DEL DESARROLLO Y SUS FACTORES
ASOCIADOS EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL
ANTONIO LORENA – CUSCO”**

* Cirujana Dentista

RESUMEN

Las alteraciones bucales congénitas son también llamados defectos de nacimiento los cuales tienen causas desconocidas, sin embargo existen factores que podrían asociarse a la aparición de estas.

Con este estudio se buscó demostrar si existe alguna asociación entre las alteraciones bucales congénitas en el recién nacido del hospital Antonio Lorena – Cusco y factores como el peso, sexo, edad gestacional del recién nacido y antecedentes médicos, hábitos nocivos y procedencia de la madre los cuales pueden afectar de alguna manera su aparición.

El tipo de investigación del siguiente trabajo es de nivel: Relacional – Descriptivo – Observacional, teniendo como diseño un alcance cualitativo, de ámbito de campo y documental y temporalidad transversal y prospectiva.

Incluyo una muestra de 237 recién nacidos durante los meses de abril, mayo y junio del 2015 quienes cumplían con los criterios de inclusión, utilizando como instrumento una ficha de recolección de datos y las historias clínicas dando como resultado que los factores asociados a las alteraciones bucales congénitas son las enfermedades de la madre de los recién nacidos del hospital Antonio Lorena del Cusco y la medicación consumida por ellas durante el embarazo, así también que el 79,2% de los recién nacidos en el hospital Antonio Lorena – Cusco presentaron alteraciones bucales congénitas.

Palabras claves: Congénito

ABSTRACT

Oral congenital abnormalities are also called oral birth defects which have unknown causes, even though there are factors that could be associated to these defects.

With this study I want to demonstrate whether there is any association between congenital oral alterations in newborn children at Hospital Antonio Lorena – Cusco, with factors such as; weight, gender, gestational age of the children and medical history, harmful habits and origin of the mother which may affect its appearance.

The type of research of this work is at a Descriptive-observational and relational level, having as a design a qualitative range, scope and field of documentary, transversal and prospective temporality.

This study required a sample of 237 newborn children in the months of April, May and June 2015 who met the inclusion criteria, using as an instrument a data collection form and the results of medical records giving as a result that the associated factors of congenital oral abnormalities are the mother's sickness of the newborn children and the medication taken during pregnancy. I can also express that 79.2% of newborn children show congenital oral abnormalities at Hospital Antonio Lorena in Cusco.

Keywords: Congenital,

INTRODUCCIÓN

La odontopediatría como especialidad ha abierto una puerta más de conocimientos además de los tratamientos preventivos y restaurativos que se realizan en niños con piezas dentales, en la actualidad el examen comienza en el recién nacido, dando el inicio a lo que llamamos la odontología del bebé, cuyos conocimientos nos ayudaran a conocer las condiciones patológicas debido a que la cavidad oral del recién nacido presenta características únicas y propias de su edad las cuales si no son detectadas a tiempo podrían afectar a las funciones normales de un recién nacido como son la succión, deglución y respiración, hablamos de las alteraciones bucales congénitas.

Existen alteraciones bucales congénitas propias del recién nacido, las cuales la mayoría son transitorias y desaparecen al mes de nacidos.

Generalmente los bebés que nacen con estas alteraciones son hijos de padres sin problemas de salud ni factores de riesgo evidentes. De hecho, según la fundación March of Dimes, aproximadamente el 60% de alteraciones congénitas tienen causas desconocidas. Una mujer puede hacer todo lo que le recomiende su médico durante el embarazo y, de todos modos, dar a luz a un bebé con una alteración congénita. No obstante, se han identificado algunas de sus causas o factores de riesgo como son los factores socioeconómicos, factores genéticos, infecciones, estado nutricional de la madre y factores ambientales.

Estudios realizados en nuestra región del Cusco muestran la prevalencia de alteraciones bucales congénitas que los recién nacidos puedan presentar como son los trabajos de investigación de REINOSO J (2009) con 200 recién nacidos de los cuales el 79% presento algún tipo de alteración clínica en tejidos duros y/o blando y UMERES M. quien demuestra que mayor prevalencia son las perlas de Epstein y la menor prevalencia fue el Épulis congénito, alteraciones propias del recién nacido. Sin embargo conocer la posible causa de estos es un tema que aún no se ha presentado, lo cual demuestro en el presente artículo.

El siguiente trabajo de investigación tiene como finalidad buscar la incidencia de dichas alteraciones bucales congénitas que podamos encontrar en los recién nacidos de nuestro medio, así como los posibles factores que influyen para la aparición de dichas alteraciones, tanto por parte de la madre del recién nacido como podrían ser sus antecedentes médicos, los hábitos nocivos que puedan tener o procedencia de la madre y también de ellos mismos como su peso, el sexo y su edad gestacional, factores que incluimos en la

investigación los cuales podrían afectar en el desarrollo del recién nacido.

MATERIAL Y MÉTODOS

El tipo de investigación del siguiente trabajo es de nivel: Relacional – Descriptivo – Observacional, teniendo como diseño un alcance cualitativo, de ámbito de campo y documental y temporalidad transversal y prospectiva.

Para determinar la muestra se utilizara el muestreo probabilístico aleatorio sistemático teniendo como tamaño de muestra 237 recién nacidos a evaluar.

RESULTADOS

El 79,2% de los recién nacidos en el hospital Antonio Lorena Cusco presentaron alteraciones bucales congénitas mientras que los factores asociados a las alteraciones bucales congénitas son las enfermedades de la madres de los recién nacidos del hospital Antonio Lorena del Cusco y la medicación consumida por ellas durante el embarazo.

CUADRO 1

DISTRIBUCION NUMERICA Y DE FRECUENCIAS DE ALTERACIONES BUCALES CONGÉNITAS SEGÚN ENFERMEDAD DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO.

		Alteraciones bucales congénitas				Total	
		No presenta		Si presenta		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
Enfermedad	Ninguna	47	33,8%	92	66,2%	139	100%
	Infección tracto urinario (ITU)	0	0,0%	74	100,0%	74	100%
	Cirugía Pélvica Uterina	1	25,0%	3	75,0%	4	100%
	Otros	2	8,7%	21	91,3%	23	100%
Total		50	20,8%	190	79,2%	240	100%

Interpretación:

El 66,2% de recién nacidos cuyas madres presentaron alguna enfermedad durante el embarazo presentaron alteraciones bucales congénitas, de las madres con ITU, el 100,0% de recién nacidos presentaron alteraciones congénitas, de las madres con cirugía pélvica uterina el 75% presentaron alteración bucal congénita y de las madres con otras enfermedades el 91,3% de recién nacidos también presentaron alteraciones bucales congénitas.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO			
	Valor	gl	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	35,769	3	0,000
Nº de casos válidos	240		

En la prueba de Chi-Cuadrado el valor de Sig=0,000 es menor que el nivel de significación de 0,05, por lo tanto se afirma que si existe asociación entre las alteraciones bucales congénitas y la **enfermedad** de las madres durante el embarazo en recién nacidos.

CUADRO 2

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y DE FRECUENCIAS DE ALTERACIONES BUCALES CONGÉNITAS SEGÚN EL MEDICAMENTO CONSUMIDO DURANTE EL EMBARAZO.

		Alteraciones bucales congénitas				Total	
		No presenta		Si presenta		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
Medicamento durante el embarazo	No	46	31,1%	102	68,9%	148	100,0%
	Si	4	4,3%	88	95,7%	92	100,0%
TOTAL		50	20,8%	190	79,2%	240	100,0%

Interpretación:

El 68,9% de recién nacidos cuyas madres no consumieron ningún medicamento durante el embarazo, presentaron alteraciones bucales congénitas, sin embargo, un 95,7% de recién nacidos cuyas madres si consumieron medicamento durante el embarazo presentaron alteraciones bucales congénitas.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO			
	Valor	GI	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	24,583	1	,000
Nº de casos válidos	240		

En la prueba de Chi-Cuadrado el valor de Sig=**0,000** es menor que el nivel de significación de 0,05, por lo tanto se afirma que si existe asociación entre las alteraciones bucales congénitas y la **medicación durante el embarazo** de las madres en recién nacidos.

REGISTRO FOTOGRÁFICO:



Figura I Frenillo superior



Figura II Nódulos de Bonh



Figura III Nódulos de Bonh



Figura IV Anquiloglosia



Figura V Perlas de Epstein

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra Orphanet; 2007 [actualizado Abril 2015; citado 11 oct 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/>
2. Castillo S. Servicios para la atención y la prevención de defectos congénitos: Síntesis de una reunión de la Organización Mundial de la Salud y la Fundación March of Dimes. Revista Médica Chile [Internet]. 2007 Jun [citado 2015 Sep 08]; 135(6): 806-813
3. Valdés A, Vizzuett R. Frecuencia de malformaciones congénitas en un hospital general de tercer nivel. Revista Mexicana de Pediatría [Internet]. Vol. 72, Núm. 2; Mar.-Abr. 2005 pág 70-73. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2005/sp052d.pdf>
4. Quiroga M. Instituto de Medicina Genética [Internet] Fisura labio palatina 2009. Disponible en <http://www.genetica.com.pe/linked/fisuralabiopalatina.pdf>.
5. Clínica Dam Especialidades Médicas [Internet]. Perlas de Epstein; Madrid; Setiembre 2014. Disponible en: <https://www.clinicadam.com/salud/5/001603.html>.
6. Santos F, Pinho J, Libério S, Cruzmc. Prevalência de alterações orais congênitas e de desenvolvimento em bebês de 0 a 6 meses. Rev. odonto ciênc, v. 24, n. 1, p. 77-80, 2009.
7. Marcos Pari Jean Dany “Alteraciones bucales congénitas y del desarrollo en bebés de 0 a 12 meses atendidos en el instituto nacional de salud del niño – 2008” [Tesis] Universidad Nacional Mayor De San Marcos – Facultad de Odontología 2009. Disponible en: <http://www.insn.gob.pe/investigaciones/sites/default/files/Informe%20Final%20CL-21-2008.pdf>
8. Salas R. “Prevalencia de hallazgos clínicos en pacientes bebés atendidos en la clínica de la U.I.G.V. período 2007” [Tesis] Universidad Inca Garcilaso de la Vega – Facultad de Estomatología. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/ROSARIOGIANNINASALASVIDAL.pdf>
9. Palomino M, Aguilar D. Perlas de Epstein, su distribución y frecuencia en recién nacidos vivos. 2001. http://www.ceo.com.pe/005_revista_art04.htm
10. Umeres M. “Prevalencia de alteraciones intraorales de tejidos duros y tejidos blandos en neonatos en el Centro Materno Infantil Bernardo O'higgins del Cusco en los meses de febrero y marzo” [Tesis] Universidad Andina del Cusco – Facultad de Ciencias de la Salud 2013”
11. Reynoso J. “Prevalencia de alteraciones intraorales en neonatos nacidos en el Centro Materno Infantil Bernardo O'higgins de Belenpampa –Cusco 2009” [Tesis] Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco.
12. Definición Abc, [Internet]. Definición de Incidencia, Año 2007; Disponible en: <http://www.definicionabc.com/ciencia/incidencia.php>.
13. Schawarcz R. [Ricardo Horacio Fescina, Carlos Alberto Duverges](#); Obstetricia; Sexta Edición; El Ateneo 2005; Pág. 120, 121, 140. [J. González-merlo](#)
14. Obstetricia Elsevier España 2006 pág. 209.
15. Duque L. ; Puerperio [Tesis]. Lugar de publicación: Universidad cooperativa de Colombia - Facultad de Enfermería Bioestructurada; 2012. disponible en: <http://es.scribd.com/doc/53373346/puerperio-trabajo-pdf#scribd>
16. Medlineplus; Apgar [Internet]. Lugar de publicación: University of Washington School of Medicine; Fecha de consulta: 2011. Disponible en: <https://www.qa.nlm.nih.gov/medlineplus/271/spanish/ency/article/03402.htm>
17. T.w Sadler; Langman Embriología Médica; Lippincott Williams and Wilkins. Wolters Kluwer health; 12º Edición; Año 2012.
18. Family Doctor [Internet] Malformaciones Congénitas; España; [Rupal Christine Gupta, MD](#) Setiembre 2014. Disponible en: http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=familydoctor&article_set=70598&lic=44&cat_id=20260#
19. Angus C. Cameron; Manual de Odontología Pediátrica; Tercera Edición; El Servier; España 2010.

20. Laskaris G. ; Patologías de la Cavidad Bucal en Niños y Adolescentes; 1º Edición; Amolca; Año 2001. Págs. 36, 38, 40, 54, 156
21. Rogelio Rodríguez Bonito, Manual de Neonatología, 2º Edición; McGraw Hill Interamericana Editores S.A. México DF 2012 Cap. 1 y 2.
22. Baby Center [Internet]; Medicamentos teratógenos que producen graves daños durante el embarazo; España 2010. Disponible en: <http://espanol.babycenter.com/a900691/medicamentos-terat%C3%B3genos-que-producen-graves-da%C3%B1os-durante-el-embarazo>.
23. Ramos O., Fernández O., Legues F., Ana María Rodríguez Casas, Sofía Tagle Sepúlveda; Manual de protección radiológica y de buenas prácticas en radiología Dento-Maxilo-facial; Capítulo VIII, págs. 44-47.
24. García-araujo Marianela, Semprún-fereira Maritza, Sulbarán Tulio A, Silva Eglé, Calmón Gustavo, Campos Gilberto. Factores Nutricionales y Metabólicos como riesgo de enfermedades Cardiovasculares en una población adulta de la Ciudad de Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela. Invest. clín [revista en la Internet]. 2001 Mar [citado 2015 Sep 09]; 42(1): 23-42. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332001000100003&lng=es.
25. Tricia Lacy Gomella; Neonatología; Sexta Edición; Lange; McGraw-Hill; 2010.

Fecha de recepción: 15 / 06 / 2015

Fecha de aceptación: 29 / 06 / 2015

Centeno Palomino Lía Jimena
943 721209
lia_jimena_@hotmail.com

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó previa autorización del Área de CERITSS del Hospital Antonio Lorena del Cusco, con el consentimiento informado del paciente. El estudio es de Nivel: Mixto, tipo: Observacional, No participativo, prospectivo de cohorte transversal, descriptivo. Nuestra población estuvo conformada por 180 trabajadoras sexuales pacientes del área de CERITSS que practican la felación, sin embargo aquellas pacientes que presentaron enfermedades sistémicas, enfermedades de transmisión sexual, actividad bisexual y pacientes que usan condón al momento de la felación fueron excluidas; siendo así nuestra muestra de tipo probabilístico aleatorio de 30 pacientes.

El periodo de observación fue desde febrero del 2014 hasta junio del 2014, para la recolección de datos fue necesario el uso de cuestionarios validados por la jefa del área de CERITSS y un cirujano dentista siguiendo las recomendaciones de ética y seguridad de la OMS; considerando así datos sobre la edad, tiempo de ejercicio como trabajadora sexual. Para la recolección de datos mediante el cuestionario se aplicó la entrevista y observación; para la recolección de las muestras se realizó con ayuda de un personal de laboratorio capacitado, encargado del transporte siembra, aislamiento e identificación de bacterias que siguió las normas dadas por el Instituto Nacional de Salud en el Manual de Procedimientos Bacteriológicos en Infecciones Intrahospitalarias, las muestras tomadas fueron de 3 por paciente haciendo un total de 90 muestras las cuales rotuladas asignándoles un código, las muestras fueron colectadas y almacenadas a temperatura ambiente, el medio de transporte fue el caldo BHI, la siembra se realizó en dos etapas para su posterior identificación.

Una vez aplicado el instrumento, la información obtenida fue procesada, primero en forma manual mediante el uso de una sábana de datos (matriz de registro y control) en el que se especificó las variables de estudio con su respectivo indicador (seguido de un recuento manual por paloteo. Finalmente estos datos fueron vaciados en el programa Microsoft Excel 2013 y para su análisis y procesamiento se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 21.

RESULTADOS

Tabla Nº1



La tabla Nº1 indica el porcentaje de resultados positivos de los tres tipos de muestras; la muestra de la saliva es la que obtuvo un 76,7 % siendo la muestra con mayor porcentaje positivo.

Tabla Nº2

Microorganismo	Respuestas	
	Nº	%
- Sin resultados	34	37.8
- <i>Staphillococcus Aureus</i>	8	8.9
- <i>Streptococcus Mutans</i>	15	16.7
- <i>Neisseria Spp.</i>	8	8.9
- <i>Fusobacterium Spp.</i>	3	3.3
- <i>Staphillococcus Spp.</i> y <i>Streptococcus Mutans</i>	1	1.1
- <i>Fusobacterium Spp</i> y <i>Neisseria Spp.</i>	2	2.2
- <i>Staphillococcus Epidermis</i>	4	4.4
- <i>Streptococcus Mitis</i>	6	6.7
- <i>Escherichia Coli</i>	2	2.2
- <i>Staphillococcus Spp.</i>	3	3.3
- Doble Poblacion de <i>S,Aureus</i> y <i>E Mutans.</i>		
- <i>S. Aureus</i> y <i>E Mutans</i>		
TOTAL	90	100

De los datos observados en la tabla Nº 2, se tiene que del 100% del análisis clínico realizados a las personas que participaron en la encuesta, el mayor porcentaje de microorganismos encontrados se refiere al *Streptococcus Mutans* con 16.7% (Causante de caries), seguido del *Staphillococcus Aureus* (causante de Infecciones de las vías respiratorias superiores, gastrointestinales, cutáneas) y *Neisseria Spp* (causante de la meningitis, gonorrea) con 8.9% y *Staphillococcus Spp* (causante de infecciones cutáneas, mucosas, y de vías respiratorias) con 6.7%; con porcentajes menores figuran la *Escherichia Coli* (causante de infecciones gastrointestinales, disentería) con 4.4%, seguido de *StaphiloAureus* asociado con *StreptoMutans* y *Fusobacterium Spp* (causante del cáncer de color y estomago) con el 3.3%

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos demostraron que la edad promedio fue de 24 años; la frecuencia de la felación se da en 23,3% de forma diaria, siendo un promedio de 5 veces por día; el condón no fue utilizado durante la práctica de la felación en una cantidad mínima; la higiene oral posterior a la felación se llevó a cabo en la mayoría de casos, todos estos resultados fueron similares al estudio de Betania Allen y Aurelio Cruz-Valdez (México 2003).(17).

Considerando que esta investigación es la primera de este tipo realizada, haciendo una relación entre la zona de oro faringe, mejilla y saliva en cuanto a la presencia de microorganismos asociados a la felación, resulta interesante los datos obtenidos puesto que en un 62,2% resultaron positivos equivalente a 56 muestras de 90, lo cual indica un porcentaje considerable a tomar en cuenta.

Se incubaron las muestras en el caldo BHI, posteriormente se realizaron dos siembras para identificar las bacterias Gram positivas y Gram negativas, siendo el agar Mac Conkey para negativas y agar sangre para positivas, posteriormente se replicaron las colonias y se identificaron las especies. Los microorganismos identificados son similares a las publicaciones de Jawetz, Melnick y Alderberg (México 2005); Guillem Prats (Buenos Aires 2009). (18,19)

CONCLUSIONES:

- La práctica de la felación por parte de las trabajadoras sexuales hizo que se demostraran la presencia de algunos microorganismos, que se demostró que algunos de estos pueden llegar a colonizar la cavidad oral de forma oportunista, como es en el caso de *Escherichia coli*.

- De los tres tipos de muestras que se tomaron, se demostró la existencia de microorganismos siendo la muestra de saliva la que obtuvo mayor incidencia de casos positivos con un 76.7%; a su vez los microorganismos con mayor porcentaje e importancia clínica en el recuento general fueron: *Streptococcus mutans* 16.7%, *Staphylococcus aureus* 8,9%, *Neisseria Spp.* 8,9%, *Fusobacterium Spp.* 3.3%.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morali A. Historia de las relaciones sexuales. Primera edición/2005
2. Domingues MR. El origen de la atracción sexual humana Editorial Akal 2011. Cap. 1. pag: 30–37
3. Tasso V. El otro lado del sexo. capítulo 2. pag.: 73–75
4. Blue V. El arte del Sexo. Editorial Robibook 2005. primera Edición. Cap. 3. 66–90
5. Shibley J. Sexualidad Humana. Primera Edición. Cap. 18. pag: 436–445
6. Dolores J. La prostitución: el espejo oscuro. Editorial Icaria 2003. Cap. 6. pag: 109–115
7. Habert P., Habert M. Los secretos del placer. Editorial Gava Barcelona. Cap. 3. pag: 164–167
8. Romero L. Prostitución y Drogas. Editorial Trillas. Cap. 3. pag.: 73–78
9. Meneses C. La prostitución una realidad compleja. Editorial Cartitas españolas 2007. cap. 1 / pag.: 10–20
10. Estebanez P. Medicina Humanitaria. Editorial Díaz Santos 2005. Cap. 58/ pag.: 749–765
11. Liebana Ureña J. Microbiología Oral .Editorial Interamericana 2011/ Cap 2,5
12. Negroni M. Microbiología Estomatológica. Segunda edición 2009. Cap. 17. pag.: 223–443
13. Antonio J. Microbiología e inmunología oral Editorial Brazil 2012. Cap. 1. pag.: 10–15
14. Mims, Playfair, Roitt Wakelin, Williams. Microbiología Medica. Editorial Mosby. Cap. 19 Pag. 219–251
15. Prats G. Microbiología clínica. Editorial Panamericana 2008. Capítulo 2 Pags. 17-20
16. Romero R. Microbiología y parasitología humana. 3ª edición. editorial medica panamericana. Cap. 5. pag.: 33–39
17. Allen B, Cruz A. Afectos, Besos y Condone: El ABC de las practicas sexuales de las trabajadoras sexuales. Mexico 2003.
18. Bergeys Manual Of Determinative Bacteriology. 9ª Edición. 2008
19. Terradas, Nagelberg. Consenso sobre infecciones de las vias espermaticas y glándulas anexas. Buenos Aires 2003.

Fecha de recepción: 15 / 06 / 2015

Fecha de aceptación: 29 / 06 / 2015

- Cáceres Chuspe Conny Zarina
987844811
girasol114@hotmail.com

- Coraxi Auquimaita, Juan Carlos
984784944
stonaso6666sf@hotmail.com

EFFECTO ANTIMICROBIANO IN VITRO DEL AGUA DE MAR COMO IRRIGANTE ENDODONTICO

* Pletickosich A.

* **Doctor**
Docente del escuela de Estomatología
de la Universidad Andina del Cusco

RESUMEN.

El éxito del tratamiento endodóntico depende de la erradicación o disminución de los microbios (si presenta) de los conductos radiculares así como la prevención de reinfección.

La forma del conducto radicular se confecciona por medio de la instrumentación manual como instrumentación rotatoria bajo una constante irrigación el cual nos facilita la remoción del tejido inflamado y necrótico, microbios, biofilm y otros restos presentes en el espacio del conducto radicular. El objetivo principal de la instrumentación es facilitar una irrigación efectiva, desinfección y un buen sellado del conducto radicular. Muchos estudios usando técnicas avanzadas como la tomografía computarizada demostraron que muchas paredes del conducto radicular permanecen intactas a la instrumentación debido a la complejidad de la anatomía del sistema del conducto radicular.(1). Enfatizando la importancia de los medios químicos de limpieza y desinfección de las paredes del conducto radicular, no hay una sola solución irrigadora que tenga todas las condiciones requeridas para ser un irrigante ideal. Una óptima irrigación está basada en la combinación o uso de dos o más soluciones irrigadoras en una secuencia específica para obtener predeciblemente un resultado de una irrigación efectiva y segura.(2)

Una irrigación tradicional dentro del espacio del canal radicular se realiza usando jeringas y agujas de metal de diferentes calibres y tamaños. La experiencia clínica y la investigación han demostrado que el enfoque clásico brinda una irrigación inefectiva particularmente en áreas periféricas donde la unión entre dos canales como istmos y la parte más apical del conducto radicular que presenta deltas apicales conductos accesorios, por lo tanto muchos de los compuestos utilizados en los irrigantes tienen modificaciones clínicas y muchos de los dispositivos mecánicos se han desarrollado para mejorar la penetración y efectividad de la irrigación.(2)

ABSTRACT

The success of endodontic treatment depends on the eradication of microbes (if present) from the root canal system and prevention of reinfection. The root canal is shaped with hand and rotary instruments under constant irrigation to remove the inflamed and necrotic tissue, microbes/biofilms, and other debris from the root canal space. The main goal of instrumentation is to facilitate effective irrigation, disinfection and filling. Several studies using advanced techniques such as microcomputed tomography (CT)

scanning have demonstrated that proportionally large areas of the main root canal wall remain untouched by the instruments, emphasizing the importance of chemical means of cleaning and disinfecting all areas of the root canal. There is no single irrigating solution that alone sufficiently covers all of the functions required from an irrigant. Optimal irrigation is based on the combined use of 2 or several irrigating solutions, in a specific sequence, to predictably obtain the goals of safe and effective irrigation.

Irrigants have traditionally been delivered into the root canal space using syringes and metal needles of different size and tip design. Clinical experience and research have shown, however, that this classic approach typically results in ineffective irrigation, particularly in peripheral areas such as anastomoses between canals, fins, and the most apical part of the main root canal. Therefore, many of the compounds used for irrigation have been chemically modified and several mechanical devices have been developed to improve the penetration and effectiveness of irrigation.

KEYWORDS

Endodontics- Irrigation- Root canal – Irrigant.

Objetivos de la irrigación

La irrigación juega un papel importante en el tratamiento endodóntico. Durante y después de la instrumentación, el irrigante facilita la remoción de los microorganismos, tejidos remanentes, virutas de dentina desde el interior del conducto radicular a través del mecanismo de lavado. Los irrigantes pueden ayudar a la prevención del empaquetamiento de tejido duro y suave en la porción apical del conducto radicular, como también a la extrusión de material infectado en el área periapical. Algunas soluciones irrigadoras disuelven ya sea tejidos orgánicos e inorgánicos en el conducto radicular, además varias soluciones irrigadoras poseen una actividad antimicrobiana y actividad bactericida cuando entran en contacto directo con los microorganismos. Sin embargo algunas soluciones irrigadoras también tienen un alto potencial citotóxico y estos pueden causar dolor severo cuando son introducidos en los tejidos periapicales(3).

Una óptima solución irrigadora debe poseer las características positivas de un irrigante ideal y no poseer propiedades perjudiciales para los tejidos periapicales. Ninguna de las soluciones irrigadoras disponibles pueden ser consideradas óptimas. Usando una combinación de productos en la secuencia correcta de irrigación contribuye a un resultado exitoso en el tratamiento endodóntico. (2)

Soluciones irrigadoras

Hipoclorito de sodio

El hipoclorito de sodio tiene un efecto antibacteriano superior comprobado con otros desinfectantes que han sido usados en el sistema de conducto radicular (4-5), probablemente es el irrigante de mayor uso durante el tratamiento endodóntico y numerosos estudios han demostrado su capacidad para remover detritus superficiales, y disolver tejido orgánico (6-7)

Diclonato de clorhexidina

El diclonato de clorhexidina (CHX) es ampliamente usado en la desinfección en odontología porque tiene un gran actividad antimicrobiana(13-14).

El agua de mar.

El agua de mar tratada según el protocolo original de René Quinton contiene todos los minerales necesarios para el buen funcionamiento y regeneración de nuestras células, y gracias a la biodisponibilidad iónica de sus elementos, consigue reponer cualquier carencia de minerales. (17)

El agua es el solvente universal, molecular y energético por excelencia; no «olvida» la información cuando ésta se disuelve en ella. Los minerales, compuestos orgánicos y material genético almacenado en el plasma marino forman una matriz de información biológica que nos ayuda en estados carenciales y de detoxificación celular. La similitud entre la sangre y el agua de mar permite una regeneración celular completa. La ingesta de agua de mar consigue equilibrar el organismo, regenerando las células y devolviéndolas su vitalidad.(18)

El agua de mar es beneficiosa en su estado «vivo»

«El todo no es igual a la suma de las partes»-Göethe. Mediante su investigación, René Quinton demostró que: (1) el agua de mar no podía ser recogido de manera arbitraria; (2) que el plasma marino era clínicamente superior al agua de mar; y (3) que el plasma marino debía conservarse «vivo» en agua de mar, base donde se disuelve. Con su obra emblemática, «L'eau de Mer, Milieu Organique» (Agua de mar, matriz orgánica), René Quinton demostró que secando o desecando el plasma marino se dañaba irreversiblemente la «vida» mineral y los complejos proteicos. Demostró clínicamente que era imposible reconstituir plasma marino y mantener los mismos beneficios terapéuticos. Esto se debe a que, cuando el plasma se seca (o se evapora), los minerales dejan de estar en su estado cristaloides «vivo».(20)

MATERIAL Y MÉTODO

Ampollas Isotónicas e Hipertónica de 10ml.

EL Agua de Mar es recogida a 10 metros del fondo y a 10 millas de la superficie (zona de penetración solar) Microfiltración en frío. Envasada en ampollas en condiciones de esterilidad absoluta, clase 100 (Farmacopea Europea).

Composición: Agua Marina Total, oceánica, NATURAL, reducida a la isotonía (9 ‰) con Agua Fontana, Bacteriológicamente pura, naturalmente estéril ($26,2_2 < 26,5$ Ro 45.000 Ohms/cm²/cm).

Propiedades:

Composición micromineral cualitativamente y proporcionalmente idéntica al líquido extracelular

Contraindicaciones:

Ninguna

Reacciones Secundarias :

Ninguna

Incompatibilidad:

Ninguna

Diseño Del Estudio: Se siguió un diseño experimenta in vitro.

Muestra

La muestra estuvo constituida por 36 placas Petri. Cultivos: Agar chocolate, Celda, Mac Conkey, Manitol Salado, Agar Mac Farley; cepa de *Stafilococcus aureus*, *Escharichacoli* y *Streptococcus sp.* El tamaño muestral fue determinado por conveniencia, tomando en cuenta otros estudios similares.

Técnica y procedimientos

El presente estudio se realizó en el Laboratorio de Microbiología y Ciencias Básicas de la Universidad Andina del Cusco.

Para la obtención de los cultivos fue necesario identificar conductos dentarios con diagnóstico de pulpa necrótica, luego se introdujo un tiranervios y se llevo a un tubo de ensayo con caldo de cultivo, de igual manera se repitieron dos veces con papeles absorbentes. Luego se procedió a sembrar la muestra en: Agar Chocolate, Celda, Mac Conkey, Manitol Salado, Agar Mac Farley; para identificar las cepas. Se tomo en cuenta las normas estándares que indican que las cepas deben ser utilizadas hasta el 5to. Pasaje, ya que posterior a este, pueden ocasionar resistencia o modificar los halos de inhibición.

Con ayuda de un sacabocados se realizaron huecos de 5mm de diámetro en cada una de las placas. Con una pipeta Pauster de vidrio estéril y punta fina se retiró el contenido del agar de cada uno de los pocitos, hasta que quedaron totalmente libres de agar. Luego cada pocito fue rotulado y llenado con 100ul. De agua de mar hipertónica e isotónica respectivamente.

Transcurridas las 24 horas se observaron las placas y se procedió a la lectura de los halos de inhibición con un Vernier. Las medidas obtenidas se anotaron en fichas de registro. Luego procesadas en una base electrónica en SPSS versión 20. Se empleó como criterio de significancia $P < 0.05$.

RESULTADOS

Prueba piloto: $n=3$; $x=10.20$

Estudio: $n=36$; $x=9.10$. significativo

CONCLUSIÓN

En el presente estudio, se ha evaluado el efecto antibacteriano in vitro del agua de mar, sin embargo, las infecciones endodónticas son causadas primariamente por infecciones mixtas y los medicamentos que son efectivos contra la flora microbiana compleja in vivo. Por tanto, se necesitan más estudios que nos permitan conocer el efecto antibacteriano de este irrigante contra otros patógenos.



Halos de inhibición

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peters OA, Schonenberger K, Laib A. Effects of four Ni-Ti preparation techniques on root canal geometry assessed by micro computed tomography. *Int. Endod J.* 2001; 34:221-30
2. Markus Haapasalo et al. Irrigation in Endodontics. *Endodontic J* 2009.
3. Hulsmann M, Hahn W. Complications during root canal irrigation: literatura review and case reports. *Int Endod J* 2000;33:186-93.
4. Viana ME, Horz HP, Gomes BP, Conrads G. In vivo evaluation of microbial reduction after chemomechanical preparation of human root Canals containing necrotic pulp tissue. *Int. Endod. J.* 2006;39:489-92.
5. Al-Jadaa A, Paqué F, Attin T, Zhender M. Necrotic pulp tissue dissolution by passive ultrasonic irrigation in simulated accessory canals: impact of canal location and angulation. *Int. Endod. J.* 2009; 42:59-65.
6. Senia ES, Marshall JF, Rosen S. The solvent action of sodium hypochlorite on pulp tissue of extracted teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1971;31:96-103.
7. Mc Donnell G, Russell AD. Antiseptics and disinfectants: activity, action, and resistance. *Clin Microbiol Rev* 1999;12:147-79.
8. Spfingberg LSW, Haapasalo M: Rationale and efficacy of root canal medications and root filling materials with emphasis on treatment outcome. *Endodontic Topics* 2002;2:35.
9. Haapasalo M, Endal U, Zandi H, Coil JM. Eradication of endodontic infection by instrumentation and irrigation solutions. *Endodontic Topics* 2005;10:77-102.
10. Leonardo MR, et al. Evaluation of bacterial biofilm and microorganisms on the apical external root surface of human teeth. *J Endod* 2002;28:815-8.
11. Harrison JW, Hand RE. The effect of dilution and organic matter on the antibacterial property of 5.25% sodium hypochlorite. *J Endod* 1981; 7:128-32.
12. Baumgartner C, Mader E. A Scanning electron microscope evaluation of four root canal irrigation regimens. *J. Endod.* 1987; 13:147-57
13. Rusell AD. Activity of biocides against mycobacteria. *Soc Appl Bacteriol Symp Ser* 1996;25:87S-101S.
14. Rusell AD. Activity of chlorhexidine. *J Hosp Infect* 1993;25:229-38.
15. Basrani BR, Manek S, Fillery E. Using diazotization to characterize the effect of heat on sodium hypochlorite on 2% chlorhexidine. *J Endod* 2009;35:1296-9
16. Vahdady A, Pitt Ford TR, Wilson RF, Efficacy of chlorhexidine in disinfecting dentinal tubules in vitro. *Endod. Dent Traumatol* 1993; 9:243-8
17. Dittman, R.: "Bio-Terrain, Evolutionary Biology, and the Practice of Medicine in the Early 1900's: An Intro to René Quinton's Marine Plasma. ." Explore, 2006.
18. "Voyage of the Sorcerer: J. Craig Venter cracked the human genome. Now he's set his sights on a new frontier: life under the sea" *On Earth Magazine*; Summer 2006, p. 8-9.
19. Passebecq, André M.D., Ph.D., N.D., Soulier, Jean-Marc Soulier, Ph.D.: "Human Plasma and Ocean Plasma: A Comparative Study of the Therapeutic Properties of Seawater Preparations" 1992.
20. Dang Vinh Luu and Claudine Luu. "Connaissance de l'eau". University of Montpellier. INDERPLAM 1993.

Fecha de recepción: 15 / 06 / 2015
Fecha de aceptación: 29 / 06 / 2015

Pletickosich Picón Alejandro Pablo
984041728
apletickosich@uandina.edu.pe

FRECUENCIA DEL CENIT COMO PARÁMETRO GINGIVAL ESTÉTICO, EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA "LUIS VALLEJOS SANTONI". CUSCO-2015

* Vizcarra A.

* Cirujana Dentista

RESUMEN

Estudio de tipo descriptivo, transversal y prospectivo, en el cual se analizaron la frecuencia de ubicación del cenit, clases de nivel del cenit, tamaño dental, ubicación del cenit según biotipo de encía, forma de arcada dental y según forma dental en las 6 piezas anterosuperiores. Se tomó impresión dental de la arcada superior con alginato y luego vaciado en yeso tipo IV a 30 pacientes que presentaron dientes alineados y que acudieron a la Clínica Estomatológica. Se obtuvieron la presentación del cenit con mayor frecuencia hacia distal y mayor desplazamiento del cenit en incisivos centrales, seguidos de incisivos laterales y por ultimo caninos; los diámetros mesiodistales y alturas cervicoincisaes fueron mayores en incisivos centrales y caninos, datos similares a los encontrados en la literatura; la clase de nivel del cenit más predominante fue la clase I seguida de la clase III; el biotipo de encía predominante fue de tipo grueso con frecuencia del cenit hacia distal; se halló que en la forma de arcada, la parabólica fue la más frecuente, las formas dentales más predominantes fueron la ovoide y triangular.

PALABRAS CLAVES: Cenit, frecuencia, biotipo gingival

ABSTRACT

Study of descriptive type, side road and prospective, in the one that one examined the frequency of position zenith, zenith's classrooms of level, dental size, position zenith according to biotype gingiva, form of dental arcade and according to dental form in the 6 upper front teeth. Dental impression of the upper arcade with alginate and next poured in stone type IV to 30 patients that showed aligned teeth and that attended the Clínica Estomatológica. They got the presentation from the zenith with bigger frequency toward distal and bigger displacement of the zenith in central front teeth, followed of lateral front teeth and finally canines, match data to the found in literature; the classrooms of zenith level of the most prevailing was the classroom I followed of the classroom III; the gingiva biotype of prevailing went from bulk type with frequency of the zenith toward distal; it was found than in the arcade form, the parabolic went her more frequent, the dental forms more prevailing they were the ovoid and triangle.

KEYWORDS: Zenith, frequency, gingival biotype

INTRODUCCION

Actualmente los pacientes se informan cada vez más sobre técnicas y tratamientos disponibles en las diferentes áreas de la salud, lo que combinado con el arrollador despliegue publicitario que promociona tratamientos cada vez más efectivos, sencillos y económicos, generando altos niveles de expectativas que muchas veces superan la realidad, de esta manera, los clínicos no solamente buscan devolver la función al aparato masticatorio, sino que también tienen incorporada la prioridad de satisfacer las necesidades estéticas del paciente. La experiencia odontológica en la ciudad del Cusco, refiere la variación de ciertos parámetros estéticos, los cuales sufren modificación de diferente tipo en cuanto a localización, forma, tamaño, etc. Uno de estos componentes estéticos es el Cenit, que es actualmente un parámetro muy importante a la hora de diseñar sonrisas a cargo de los especialistas. La falta de conocimiento de todos estos aspectos en el entorno odontológico que involucra este

parámetro puede llevar a errores en el momento de realizar tratamientos estéticos y restauradores por parte del profesional, así, por ejemplo podría verse alterado el eje axial del diente, sin necesariamente estarlo y esto generaría desarmonía en el complejo dentogingival y por tanto en la sonrisa. Según estudios hechos por Mattos C. y Santana R. refieren que el cenit se desplaza hacia distal y es casi coincidente con el eje en los caninos y se desplaza más en incisivos laterales y aún más en incisivos centrales, con promedios 1,1; 0,5 y 0,41 (I. central, I. Lateral y Canino) respectivamente, respecto al nivel de cenit: 70% tenía el cenit del IL situado coronalmente respecto al cenit de IC y C, el 30% tenía los cenit al mismo nivel en los tres dientes, teniendo como promedio de 0.6 a 1mm⁽¹⁾. Chu S. et al, también coincide con la ubicación del cenit 96% (I.C), 70% (I.L) y 12% (C) hacia distal del diente respectivamente; con valores: 1.1, 0.5 Y 0.4 mm respectivamente⁽²⁾. Maja Zagar et al, obtuvo 90%(I.C), 85%(I.L) y 60%(C) hacia distal del diente; con valores: 0,95 a 1,01mm, de 0.61 a 0.70 mm y de

0,26 a 0,45 mm respectivamente⁽³⁾. H. Soualhi, A. El Yamani encontraron de la desviación de cenit hacia distal en 1.02mm incisivos centrales, 0.42mm para el incisivos laterales y 0,11mm en caninos. Los dientes incisivos centrales exhibieron esta desviación en 100 %, 88 % para incisivos laterales y sólo 51 % en caninos⁽⁴⁾. Flores Pamela et al, encontraron 70%(I.C), 55%(I.L) y 17.5%(C) hacia distal del diente; con valores: 0.72, 0.36 y 0.11mm respectivamente⁽⁵⁾.

- **Cenit gingival:** es el ápice del contorno gingival, que se encuentra generalmente a distal de los dientes anterosuperiores y que su ubicación puede variar por muchos factores⁽⁶⁻⁷⁾. Esa regla no siempre se aplica a los incisivos laterales, en estos dientes el cenit puede estar centrado a lo largo del eje dental⁽⁸⁾. En condiciones ideales tiene que haber simetría del contorno gingival entre incisivos centrales, laterales y caninos⁽⁹⁾.
- **Clases de nivel del cenit:** clase I, cuando el margen del incisivo lateral se encuentra 1-2 mm más hacia incisal que el margen del incisivo central y canino. Clase II, cuando se encuentra apicalmente 1-2 mm al margen de estos dos dientes, pero que el conjunto quede bello⁽¹⁰⁾, estos incisivos laterales con la encía más apical deberán presentar un borde incisal más corto de lo habitual con relación 01 incisivo central y al canino⁽¹¹⁾ y Clase III, es cuando el cenit de estos tres elementos están al mismo nivel⁽¹⁰⁾.
- **Tamaño dental:** Es variable de acuerdo con las características propias del individuo, los dientes del sexo femenino son en general más pequeños y delicados que los del sexo opuesto. Los diámetros mesiodistales de los incisivos centrales y laterales son más desproporcionados en la mujer que en el hombre⁽¹²⁾. La longitud promedio de los incisivos centrales y caninos en los hombres es de 10 mm con un rango entre 7,7 y 11,9 mm y para las mujeres 1 mm más pequeños, mientras que los incisivos laterales son aproximadamente 1,4 mm más pequeños para ambos sexos⁽¹³⁾.
- **Biotipo gingival:** Un biotipo periodontal es la forma típica que puede considerarse un modelo representativo de una especie, variedad o raza, tal como sucede en los promedios del grosor biológico que dan la armonía estética a una dentición; pueden ser de dos tipos principalmente⁽¹⁴⁾: Un biotipo fino se asocia a dientes largos y angostos con forma triangular y punto de contacto situado cerca del borde incisal, asociado a huesos alveolares delgados o con dehiscencias. Un biotipo ancho se asocia a dientes con coronas cuadradas y marcada convexidad cervical, se asocia a tablas óseas de mayor grosor⁽¹⁵⁾.
- **Arcada dental:** La disposición de los arcos dentarios están regidos por: la forma y tamaño de los dientes, de la forma del hueso y de la orientación de los dientes en el maxilar. Encontramos diversas formas entre las cuales citamos:

- forma ovoidea: con relativa curvatura en la porción anterior y convergencia hacia posterior.
- forma parabólica: curvatura anterior mayor que en la forma oval y hacia posterior es divergente.
- forma elíptica: muy parecida a la ovoide pero con exageración de la curva en la porción anterior.
- forma hiperbólica: sumamente curva y estrecha la porción anterior hacia posterior es divergente. La exageración de esta curva determina la forma en V
- forma en U: la porción anterior es casi recta, los posteriores son casi paralelas entre sí.⁽¹²⁻¹⁶⁾

- **Forma dental:** León Williams estableció en 1907 tres formas fundamentales y dice que el sexo se manifiesta en la determinación de la forma dentaria. Además para determinar la forma dentaria se aplica la siguiente fórmula: ancho / largo x 100⁽¹⁷⁾. Se destacan tres formas:
- **Forma triangular:** los límites externos del contorno de la cara vestibular son divergentes incisalmente y tienen una convergencia cervical.
- **Forma ovoide:** los límites externos tienden a ser curvos y redondeados, tanto incisal como cervicalmente.
- **Forma cuadrada:** los límites externos son más o menos rectos y paralelos⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.
- Dentro de los criterios estéticos fundamentales de acuerdo con diversos autores, en el análisis bucal, debemos contemplar la calidad de los tejidos periodontales, ya que junto a los tejidos dentales actúan de manera conjunta para proporcionar una sonrisa armónica y equilibrada⁽²⁰⁾.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluaron a 30 pacientes (19 mujeres y 11 varones) de 19 a 27 años de edad, a los cuales se les informó previamente del procedimiento a realizar, se registraron algunos datos personales del paciente, así también se es consciente de que en este estudio no se realizaron procedimientos invasivos que perjudiquen la salud y la integridad de la persona. Se tomó en cuenta pacientes con dentición permanente completa y sana en el sector anterior (sin restauraciones), dientes alineados sin previo tratamiento ortodóncico, ausencia de diastemas, pacientes sin enfermedad gingival. Se les tomó una fotografía anterior de sus dientes en oclusión con abre bocas y se verificó el biotipo gingival con una sonda periodontal introduciéndolo por vestibular del incisivo central y luego se les tomó una impresión dental con alginato de la arcada superior y posteriormente vaciado en yeso tipo IV (yeso rosado), en el modelo de estudio se realizó las siguientes mediciones:

Primero se ubicó el cenit para cada pieza dental (1.1,1.2,1.3, 2.1,2.2, y 2.3) para lo cual se ubicó los puntos de contacto más cervical e incisal y se trazó las líneas horizontales para unir estos puntos, para luego con esto ubicar la línea media dental y trazar una línea vertical con ayuda de una regla flexible. Después ubicamos el punto más alto de la encía: el cenit y trazamos una línea paralela a la línea media, teniendo esos trazos medimos la distancia entre ambas líneas verticales.

Luego se midió el nivel del cenit gingival del ILS con respecto al IC y el C en el modelo de estudio para indicar a que clase corresponde: se trazó una línea gingival que une el cenit gingival del IC y del C, la medición de esta línea al cenit gingival del IL nos determinó el nivel gingival tanto en el lado derecho como izquierdo, dicha medida se realizó con el calibrador digital.

Después se determinó las medidas dentales: diámetros mesiodistales y alturas cervicoincísales: para obtener la altura cervicoincísals se ubicó el punto más alto de la corona dental, para el diámetro mesiodistal se ubicó el punto más ancho de la corona y se midió respectivamente con el calibrador digital.

Posteriormente se evaluó la forma de la arcada superior mediante observación indirecta, en el modelo de estudio y comparamos con una plantilla de 5 modelos gráficos, considerando 5 formas: parabólica, ovoidea, elíptica, hiperbólica y en U.

Por último se estableció la forma coronal mediante la fórmula y clasificación de Williams:

$PD = (\text{ancho/largo}) \times 100$, los cuales fueron clasificados de la siguiente forma:

Cuadrada: Cuando el resultado es de 1,2 mm o inferior a éste.

Ovoidea: Cuando el resultado es de 1,2 a 2,9 mm.

Triangular: Cuando el resultado es de 3 mm en adelante.

RESULTADOS

·Cenit gingival: PIEZAS: 1.3=66.7% /1.2=76.7% /1.1=86.7% /2.1=93.3% /2.2=86.7% /2.3=70% y los valores del desplazamiento (MEDIA): 1.3=0.35mm / 1.2=0.33mm /1.1=0.95mm /2.1=1.0mm /2.2=0.53mm /2.3=0.45mm

·Clases del nivel de cenit gingival: se hallaron CLASE I =76.7% 0.67mm(Lado Derecho) Y 0.62mm(Lado Izquierdo) y CLASE III =23.3%

·Diámetros mesiodistales y alturas cervicoincísales: Se

obtuvieron las medias del sextante anterosuperior 8,08(1.3), 6,91(1.2), 8,42(1.1), 8,54(2.1), 6,93(2.2) y 8,02(2.3)(diámetros mesiodistales) y (alturas cervicoincísales) 9,26(1.3), 8,12(1.2), 9,49(1.1), 9,47(2.1), 8,06(2.2) y 9,17(2.3) (valores expresados en mm respectivamente)x

Cenit gingival según Biotipo gingival: se encontró con más frecuencia el biotipo gingival grueso y con inclinación del cenit hacia distal hasta en un 60%.

Cenit gingival según Arcada dental: se encontró forma de arcada parabólica con más frecuencia y con ubicación del cenit hacia distal en un 53%.

Cenit gingival según Forma dental: la forma ovoide y triangular (más frecuentes) con ubicación del cenit hacia distal en 26,7% (canino), 36,7% (incisivo lateral), 43,3%(incisivo central); y para la forma triangular 26,7% para canino, incisivo lateral e incisivo central respectivamente.

Tabla nº 1: Frecuencia del cenit gingival

PIEZA DENTAL	UBICACIÓN DE CENIT	Frecuencia	Porcentaje
		a	e
CANINO DERECHO	DISTAL	20	66.7%
	MESIAL	10	33.3%
	Total	30	100.0%
INCISIVO LATERAL DERECHO	CENTRO	1	3.3%
	DISTAL	23	76.7%
	MESIAL	6	20.0%
	Total	30	100.0%
INCISIVO CENTRAL DERECHO	DISTAL	26	86.7%
	MESIAL	4	13.3%
	Total	30	100.0%
INCISIVO CENTRAL IZQUIERDO	DISTAL	28	93.3%
	MESIAL	2	6.7%
	Total	30	100.0%
INCISIVO LATERAL IZQUIERDO	CENTRO	1	3.3%
	DISTAL	26	86.7%
	MESIAL	3	10.0%
	Total	30	100.0%
CANINO IZQUIERDO	DISTAL	21	70.0%
	MESIAL	9	30.0%
	Total	30	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla nº 2: Desplazamiento del cenit gingival en mm.

Valores numéricos	N	Míni mo	Máxi mo	Med ia	Desviac ión estándar	Varian za
VALOR NUMERICO DE UBICACION CENIT PZA. 1.3	30	-1,7	1,8	,35	1,11	1,2
VALOR NUMERICO DE UBICACION CENIT PZA. 1.2	30	-1,0	1,4	,33	,69	,47
VALOR NUMERICO DE UBICACION CENIT PZA. 1.1	30	-1,5	2,0	,95	,92	,84
VALOR NUMERICO DE UBICACION CENIT PZA. 2.1	30	-1,5	2,1	1,0	,73	,54
VALOR NUMERICO DE UBICACION CENIT PZA. 2.2	30	-,88	1,2	,53	,58	,33
VALOR NUMERICO DE UBICACION CENIT PZA. 2.3	30	-1,62	1,5	,45	1,02	1,05

Fuente: Ficha de recolección de datos

DISCUSIÓN

En el presente estudio respecto a la **ubicación del cenit gingival** se encontró que la mayor frecuencia de ubicación es hacia distal del diente en el sextante anterosuperior, en hasta un 93,3% y con valores de desplazamiento del cenit que son mayores en incisivos centrales que van de 0.95mm a 1.0 mm; estos valores obtenidos son muy parecidos a los encontrados por **Maja Zagar et al**, el cual refiere hasta un 90% hacia distal del diente y el mayor valor de desplazamiento también es de los incisivos centrales.

Referente a las **clases del nivel de cenit** se encontró solo las clases I (76,7%) y III (23.3%), los valores del nivel del cenit se hizo tanto en el lado derecho e izquierdo encontrándose 0.67mm y 0.62mm respectivamente; estos valores también coinciden con **Maja Zagar et al**, el cual obtuvo 70%(clase I) con valores: 0.6 a 1mm y 30%(clase III) y también con los valores obtenidos por **Mattos y Santana** de 0.6 a 1 mm.

No se encontraron reportes con respecto a ubicación del cenit según biotipo gingival, arcada dental y forma dental.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de ubicación del cenit mayormente se da hacia distal de los dientes donde el mayor valor de

desplazamiento lo adquieren los incisivos centrales, seguidos de I.Laterales y por ultimo caninos.

2. Respecto a los diámetros mesiodistales y alturas cervicoincísales se observó que el incisivo central y canino presentan las medidas más altas; y están dentro de los valores establecidos ya conocidos.
3. El nivel de cenit gingival clase I resulto ser el más prevalente, seguida del nivel gingival clase III en menor cantidad y no se tuvo hallazgos de clase II.
4. Se revela que pacientes con biotipo grueso presentan ubicación del cenit hacia distal en su gran mayoría.
5. La forma de arcada dental más sobresaliente es la forma parabólica, encontrándose que el mayor porcentaje se ubica hacia distal de los dientes.
6. Las formas dentales más predominantes resultaron ser la forma ovoide y triangular, siendo la ubicación del cenit hacia distal de los dientes frecuentemente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mattos cm, santana rb. A quantitative evaluation of the spatial displacement of the gingival zenith in the maxillary anterior dentition. J periodontol. 2008; 79(10):1880-5.
2. Chu sj, tan jh, stappert cf, tarnow dp. Gingival zenith positions and levels of the maxillary anterior dentition. J. Esthet restor dent 2009; 21(2):113-21
3. Zagar m, knezovic d, carek v. A quantitative evaluation of the distal displacement of the gingival zenith in the maxillary anterior teeth. Coll. Antropol. 2010; 34(1):225-8.
4. H. Soualhi, a. El yamani. Quantitative evaluation of the gingival zenith deviation of maxillary anterior dentition. Actualités odonto-stomatologiques. 2012; 258:97-102
5. Flores j. Pamela, delgado c. Leyla, webb l. Jacqueline, evangelista a. Alexis. Estudio comparativo de dos instrumentos para determinar la ubicación del cenit gingival en dientes anterosuperiores. Rev. Estomat. herediana. 2013 ;23(3):133-8
6. Lisa a. Harpenau, richard t. Kao, william p. Lundergan. Periodoncia e implantologia dental de hall. Ed. El manual moderno. México. 2014. Pág. 130-133
7. Subirà p. Carles, sánchez m. Estefanía, lópez c. Elena odontología de bolsillo. Editorial glosa, s.l. 2010. Barcelona. Pág.16-18
8. Camara carlos a. Esthetics in orthodontics: six horizontal smile lines. Dental press j. Orthod. 2010; 15(1):118-131
9. Laura stefani. Estética y ortodoncia. Raao · 2012; 50(2):19-24

10. García e. José. , momose de a.tami, gomes m. M.osnara, gomes c. João. Aplicación clínica de los parámetros estéticos en odontología restauradora. Acta odontológica venezolana.2009;47(1):1-9
11. Magne pascal, belser urs. Restauraciones de porcelana adherida en los dientes anteriores. Editorial quintessence, s.l., 2010. Barcelona. Pág. 60-64
12. Figun mario e. Anatomía odontológica funcional y aplicada ,5ºed. El ateneo. 2009. Argentina. Pág. 196-276
13. londoño b. Miguel a., botero mariaca p. La sonrisa y sus dimensiones. Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq. 2012; 23(2): 353-365.
14. Agustín zerón. Biotipos, fenotipos y genotipos. Revista mexicana de periodontología. 2011; 2(1): 22-33
15. Kan jy, rungcharassaeng k, roe p. Gingival biotype assessment in the esthetic zone: visual versus direct measurement. J. Periodontics restorative dent. 2010; 30: 237-43
16. Ana petre, sergiu ionija, teodor traistaru. Aesthetic criteria in dentistry reported in literature. Revista romana de stomatologie – 2011; 57(4): 278-286
17. Figun mario e., garino ricardo. Anatomía odontológica funcional y aplicada ,2ºed. El ateneo. 1978. Argentina. Pág. 197
18. Fradeani m. “la rehabilitación estética en prótesis fija: análisis estético” .ed. Quintessence s.l. 2009. Barcelona. Pag. 154
19. Paolucci bráulio et. Al. Visagismo. A arte de personalizar o desenho do sorriso.1ºed. Iphis gráfica e editora ltda. 2011. Sao paulo. Pág. 36-38
20. Rosado rivero r. Manuel. Conceptos de odontología estética aplicada en la práctica clínica. Rev. Med. Cma 2010; 3(2):46-48.

Fecha de recepción: 15 / 06 / 2015
Fecha de aceptación: 29 / 06 / 2015

Vizcarra Pérez Antonella haydee.
984 319209
lively_01_19@hotmail.com

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS CIENCIAS Y SAN FRANCISCO DE BORJA SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LAS ENFERMEDADES BUCALES MÁS PREVALENTES, CUSCO 2013.

* Castro A.

* Cirujana Dentista
Centro De Salud De Wanchaq

Resumen

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento en los docentes de educación primaria sobre medidas preventivas para las enfermedades bucales más prevalentes. **Material y Método:** Población de 56 docentes y la muestra fue de 50 docentes y como instrumento de investigación se elaboró un cuestionario de preguntas que se dividió en higiene oral, flúor y sellantes, dieta, control de hábitos nocivos y asistencia a la consulta odontológica, que se relacionó con la edad, género, tiempo de experiencia y centro de estudios superiores. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. El diseño metodológico fue: Descriptivo, Prospectivo y Transversal. **Resultado:** El resultado general, sobre medidas preventivas para las principales enfermedades bucales el 48% mostró nivel regular; 38% bueno y 14% malo. No se encontraron diferencias estadísticas significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, género, tiempo de experiencia, centro de estudios superiores de egreso. **Conclusión:** El nivel de conocimiento en los docentes de educación primaria de las instituciones educativas de Ciencias y San Francisco de Borja sobre medidas preventivas para las enfermedades bucales más prevalentes es regular.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, docentes de educación primaria y medidas preventivas.

ABSTRACT

Objective: Determine the level of knowledge in primary school teachers on preventive measures to the most prevalent oral disease. **Methods:** Population of 56 teachers and the sample was 50 teachers and a questionnaire which was divided into oral, fluoride and sealants hygiene, diet, control harmful habits and assistance to dentist, also every aspect related to age, gender, length of experience and higher education center. **Results:** The results are divided into three levels: good, regular and bad. The methodological design was: Descriptive, prospective and transversal. **Result:** The result, on preventive measures for major oral diseases showed 48% regular level; 38% good and 14% bad. No statistically significant differences between the level of knowledge and age, gender, length of experience, higher education center exit found. **Conclusion:** The knowledge level of primary school teachers of educational institutions of Sciences and San Francisco de Borja on preventive measures to the most prevalent oral disease is regular. **Conclusion:** It is concluded that the level of knowledge in primary teachers of educational institutions of Ciencias and San Francisco de Borja on preventive measures to the most prevalent oral disease is regular.

KEYWORDS: Knowledge, teachers in primary and preventive measures.

INTRODUCCIÓN

La educación para la salud es un proceso planificado y sistematizado que ofrece a los alumnos las oportunidades de aprendizaje, no sólo para la adquisición de habilidades cognitivas, sino también habilidades sociales que favorezcan la salud individual y de la comunidad(1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la educación para la salud como la que comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que

suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad(2).

Las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis, los cánceres de la boca y la faringe son un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres, ha afirmado la Organización Mundial de la Salud (OMS)(3).

La condición de salud bucal en el Perú, atraviesa una situación crítica debido a la alta prevalencia de enfermedades odontoestomatológicas, tenemos así que la prevalencia de caries dental es de 90%, enfermedad periodontal 85% y mal oclusión 80%, constituyendo un problema de salud pública(4). La región del Cusco tiene una prevalencia e incidencia de caries dental en los escolares que es de 97,2%.

En la etapa de la niñez, es de vital importancia la colaboración de los padres y de los docentes de educación primaria en la detección de malos hábitos en los que puedan estar incurriendo y los eduquen para la formación de hábitos básicos para el cuidado y protección de la salud.

La participación de las instituciones educativas en la promoción de la salud preventiva es un instrumento útil, ya que permite la proyección de conocimientos sanitarios tanto a los escolares, como al resto de la colectividad.

Es importante reconocer el rol que desempeñan los docentes, pues la institución educativa es el segundo hogar donde se imparte conocimiento es por eso que es necesario que los profesores sean capacitados y concientizados por el cirujano dentista sobre la importancia de la salud bucal y general para que así transmitan sus conocimientos a los alumnos; logrando que sus estudiantes lo transmitan a su familia y demás personas de su entorno, así posibilitando que se conviertan en promotores de la prevención de las principales enfermedades bucales en su barrio o comunidad.

Objetivos de la investigación

Determinar el nivel de conocimiento en los docentes de educación primaria sobre higiene oral según edad, género, experiencia profesional, centro de estudios superiores de egreso.

Determinar el nivel de conocimiento en los docentes de educación primaria sobre flúor y sellantes según edad, género, experiencia profesional, centro de estudios superiores de egreso.

Determinar el nivel de conocimiento en los docentes de educación primaria sobre dieta según edad, género, experiencia profesional, centro de estudios superiores de egreso.

Determinar el nivel de conocimiento en los docentes de educación primaria sobre control de hábitos nocivos según edad, género, experiencia profesional, centro de estudios superiores de egreso.

Determinar el nivel de conocimiento en los docentes de educación primaria sobre asistencia a la consulta odontológica según edad, género, experiencia profesional, centro de estudios superiores de egreso.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio tuvo un diseño de tipo descriptivo, prospectivo, transversal. La población estuvo constituida por 56 docentes de educación primaria que estuvo constituida por 28 docentes que trabajan en la institución educativa Ciencias y 28 docentes de la institución educativa San Francisco de Borja. La muestra fue determinada por 50 docentes, siendo el muestreo no probabilístico por conveniencia y de acuerdo a los criterios de selección. Criterio de inclusión: Ser docente del nivel primario en la Institución Educativa Ciencias y la Institución Educativa San Francisco de Borja y docentes que autoricen su participación del cuestionario a través del consentimiento informado. Criterio de exclusión: Ser docente de programas no escolarizados; ser también profesional de la salud y docente que participe en la prueba piloto.



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La caries Dental, la enfermedad periodontal y las maloclusiones, afectan a la mayoría de la población, la única posibilidad de poder mantener la salud bucal, es a través de la prevención precoz de la enfermedad, el beneficio de la prevención es poder interceptar o modificar patrones de conducta que puedan resultar dañinos, es por eso que se considera importante reconocer el nivel de conocimiento de los docentes son antes difusores de conocimiento; hábitos, costumbres de salubridad a sus alumnos; los cuales serán transmisores de esas buenas prácticas.

Los resultados obtenidos indican que el nivel de conocimiento en los docentes sobre medidas preventivas para las enfermedades bucales más prevalentes, fue regular con 48%, bueno con 38%, malo con 14%, observando una tendencia de regular coincidiendo con los estudios de Díaz C (5); Zambrano T.(6); Noriega J. (7) Diferenciando el presente estudio con el estudio de Piccolo H.(8) donde las docentes presentaron un nivel de conocimientos de 75.55 % y también difirió con los hallados por Díaz Y, Hidalgo I. (9)

ya que el 75,6% .Los tres primeros estudios son de nivel nacional dándonos a conocer que los docentes de nuestra ciudad tienen el mismo conocimiento de los docentes de cualquier parte de nuestro país; reflejando que la educación y las medidas preventivas no se conocen en su totalidad en nuestro país. La diferencia con los dos últimos resultados pueden deberse a que en el primer estudio es San Salvador donde se daría mayor importancia a los programas de prevención; el segundo estudio con el que se difirió se debe porque fue un estudio longitudinal y el nuestro fue transversal.

La edad, género, tiempo de experiencia y centro de estudios superiores en nuestro estudio no influye en el conocimiento de los docentes guardando relación con los estudios de Díaz C.(5); Zambrano T.(6) En contraste con el estudio de Piccolo H.(8) donde la edad y el turno influyen en el nivel de conocimiento, mayor edad mejor nivel y el turno matutino presenta mejor nivel. El presente estudio guardó relación con los estudios nacionales ya que en nuestro país nuestros maestros no reciben capacitaciones sobre las medidas preventivas en salud bucal. El presente estudio difirió porque en otros países como San Salvador podrían tener los programas adecuados para tener conocimiento sobre prevención en salud bucal.

El cuestionario sobre las medidas preventivas para las enfermedades bucales más prevalentes, estaba compuesto por 5 partes, obteniéndose para la primera parte, sobre higiene oral un conocimiento bueno con 70% coincidiendo con los estudios de Vásquez P.(10) en cuyo estudio se halló el 74.4%; el predominio de un conocimiento bueno se debería a los medios de comunicación transmiten propagandas referentes a los elementos adecuados para una correcta higiene bucal.

Sobre flúor y sellantes se obtuvo un conocimiento bueno y regular con 48% difiriendo con el estudio similar de Vásquez P. (10) que tuvo 29.3% de respuestas correctas sobre el uso de fluoruros; la diferencia podría deberse a que en nuestro medio que se realizan topicaciones del flúor al año a los estudiantes dando un conocimiento informal a los docentes sobre la utilidad del flúor a diferencia de los docentes de educación inicial del estudio en Chile donde no tendría un conocimiento adecuado por tratarse de niños pequeños que tal vez no recibieron todavía algún tratamiento para la prevención en salud bucal.

Sobre dieta nuestro estudio obtuvo un conocimiento bueno con 72% al igual del estudio de Vásquez P.(10) cuyos resultados revelaron al tipo de alimentos consumidos, priman las frutas y leche, con un 52.3% y un 58.3% respectivamente; el presente estudio coincidió debido a que los docentes preparan junto con los padres alimentos para los estudiantes.

Sobre control de hábitos nocivos fue un conocimiento regular con 58% no se encontró estudios similares. El presente estudio sobre control de hábitos nocivos es regular podría deberse a que la mayoría de los docentes no prestan atención de lo que es un buen o mal hábito a nivel del aparato estomatognático; siendo esto una de las causas para las maloclusiones.

Finalmente sobre la asistencia a la consulta odontológica fue un conocimiento bueno con 52% no se encontró estudios similares. En el presente estudio el nivel bueno se podría deberse a los medios de comunicación que promueve la asistencia temprana a la consulta.

CONCLUSIONES

Primera: Se determinó que el nivel de conocimiento en los docentes de educación primaria de las instituciones educativas Ciencias y San Francisco de Borja sobre medidas preventivas para las enfermedades bucales más prevalentes; predominó el conocimiento Regular.

Segunda: Se determinó un nivel de conocimiento Bueno en lo que respecta a higiene oral de los docentes según la edad, género, tiempo de experiencia y centro de estudios superiores de egreso, así mismo se aprecia que no hubo docentes con nivel de conocimiento malo.

Tercera: Se determinó un nivel de conocimiento Bueno y Regular en lo que respecta a flúor y sellantes de los docentes de educación primaria de acuerdo a la edad, género, tiempo de experiencia y centro de estudios superiores de egreso.

Cuarta: Se determinó un nivel de conocimiento Bueno en lo que respecta a dieta de los docentes de educación primaria de acuerdo a la edad, género, tiempo de experiencia y centro de estudios superiores de egreso.

Quinta: Se determinó un nivel de conocimiento Regular en lo que respecta a un control de hábitos nocivos de los docentes según edad, género, tiempo de experiencia y centro de estudios superiores de egreso.

Sexta: Se determinó un nivel de conocimiento Bueno en lo que respecta a asistencia a la consulta odontológica según edad, género, tiempo de experiencia y centro de estudios superiores de egreso.

Séptima: No se encontró una relación directa proporcional entre el nivel de conocimiento, la edad, género, tiempo de experiencia y centro de estudios superiores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Méndez I. Educación para la salud en la escuela: Una metodología diferente. 2008. Referido 15 de setiembre 2008. Disponible en: http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2008/09/15/100908
2. Organización Mundial de la Salud. Educación para la Salud. Promoción de la Salud Glosario. Ginebra.1998.
3. Petersen P. La Organización de la salud publica nuevo informe sobre la salud oral en el mundo. 2003. Referido 05 de mayo 2004. Disponible en: <http://www.noticias.irc.nl/page/20984>
4. Ministerio de Salud. Salud Oral. Dirección General de Salud de las Personas. Perú. 2012.
5. Díaz C. "Nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de educación inicial en el distrito de Víctor Larco región La Libertad en el año 2011. (tesis para optar el título de cirujano dentista).Trujillo: Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2011.
6. Zambrano T. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de educación inicial del sector privado en el distrito de Chimbote y Nuevo Chimbote, provincia de Santa región Ancash, durante los meses mayo y junio en el año 2011.(tesis para optar el título de cirujano dentista). Chimbote: Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2011.
7. Noriega J. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de nivel inicial en el distrito de Jesús, provincia y región Cajamarca 2011. Universidad (tesis para optar el título de cirujano dentista).Perú: Universidad Nacional de San Marcos; 2011.
8. Piccolo H. "Nivel de conocimiento sobre higiene bucal de docentes y alumnos de las Escuelas de Educación Parvularia Centro América y Juana López. San Salvador, 2008. Referido 9 de julio 2013.Disponible en: <http://www.redisal.org/sv/proyectosDetalle.php?p=805>
9. Díaz Y, Hidalgo I. "Intervención educativa sobre salud bucal en maestros de enseñanza primaria". Cuba, Febrero 2011. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol1%202011/tema08.htm>.
10. Vásquez P. "Conocimientos y prácticas en prevención de caries y gingivitis en educadores de párvulos, JUNJI, Santiago. Chile ,2008.Referido 25 de junio 2013. Disponible en: http://campusesp.uchile.cl:8080/dspace_old/bitstream/123456789/255/1/Pamela%20Vasquez.pdf.

Fecha de recepción: 15 / 06 / 2015
Fecha de aceptación: 29 / 06 / 2015

Castro Saloma Angela Maria
974 776207
fena45@hotmail.com

ADAPTACIÓN DEL SISTEMA DE OBSERVACIÓN DE DESGASTE DE LOVEJOY PARA LA ESTIMACIÓN DE LA EDAD

* Tapia R.
* Paredes F.

* Cirujana Dentista

RESUMEN

Objetivo: Aportar un patrón de desgaste para la estimación de la edad por medio del desgaste dentario en los pobladores cusqueños. **Material Y Método:** el presente estudio fue realizado con un diseño no experimental, la población fue conformada por 157 pacientes que fueron atendidos en el área de odontología del Policlínico Lucia Vannucci Maiani, la muestra fue tomada en cuenta de acuerdo a los criterios de selección dando un total de 94 pacientes de ambos sexos entre las edades de 12 a 50 años de edad. El enfoque de la investigación es mixto (cualitativo y cuantitativo) y el tipo de investigación es correlacional, la recolección de la muestra fue tomada en un solo tiempo (trasversal) teniendo en cuenta los siguientes criterios; personas que se encuentren entre las edades de 12 y 50 años, personas que sean atendidos en el área de odontología, personas cusqueñas o que vivan más de 10 años en el Cusco, pacientes con un mínimo de 24 piezas dentarias presentes. **Resultados:** Se encontró que las edades dentales obtenidas con el sistema de observación de Lovejoy sub estimaban las edades cronológicas documentadas. Además, la muestra fue clasificada por sexo presentando un desgaste mayor en varones en un 45.7% que en mujeres es un 54.3%, por maxilares presentando la arcada maxilar un desgaste dental mayor en un 62% al del maxilar superior en un 38%, se obtuvo también que las piezas dentales anteriores y los premolares tienen un desgaste más simétrico que los molares, se obtuvo el patrón adaptado en base al sistema de desgaste de Lovejoy el cual estima la edad dental con mayor proximidad (tabla 2-3). **Conclusiones:** Para la identificación de personas es mejor desarrollar un sistema específico para una localidad lo que añade una mayor precisión en la estimación de la edad.

PALABRAS CLAVES: edad dental, edad cronológica, desgaste dental, estimación de la edad.

ABSTRACT

Objective: To provide scientific evidence available to us to confirm that the unit can be immediately loaded on the upper jaw. **Methods:** Immediate restoration located in the aesthetic region (anterior) obtained a success rate of 96%. **Results:** In the upper jaw is contraindicated in posterior. The reasons are due to the maxilla, in general, has a lower bone density. Furthermore, in the maxilla can coexist various densities (as classified by Misch) in the same individual. Furthermore, by the anatomical characteristics of the upper jaw (cleft resorption), axial alignment can be but, however, the parallelism of the implants is difficult. the success factor that influences the osseointegration and the absence of acute infectious primary stability, get a progressive insertion torque stability up to 45N with a strawberry least drilling protocol (table 2-3). **Conclusion:** Today, we can say that immediate loading is an everyday, accessible practice; a similar percentage of delayed loading implants success. Immediate insertion of dental implant post extraction, and non-functional immediate loading, improved aesthetics, phonetics and give comfort to the patient, directly impacting on quality of life

Key Words: dental age, chronological age, dental wear, age estimation

INTRODUCCIÓN

La importancia del estudio del desgaste dental radica no sólo en la posibilidad de estimar la edad del individuo, debido a que aumenta gradualmente con la edad, por lo que se quiere relacionar la edad dental por medio del desgaste según el sistema de Lovejoy con la edad cronológica según nuestras costumbres, hábitos alimenticios y biotipo, para aplicarlo con mayor confiabilidad en nuestra localidad. Razones como estas disminuyen el campo de la duda, puesto que mientras mayores garantías de confiabilidad y especificidad ofrezca el método de identificación, mayores también serán los resultados arrojados en la exploración forense. En definitiva se observa como la contribución de variables como sexo, edad y otros factores como las diferencias en los hábitos alimenticios, juegan un papel fundamental a la hora de la estimación de la edad mediante el desgaste dental. Por lo que decidimos sectorizar la población así tener una población con los hábitos alimenticios parecidos o iguales por lo cual se realizó en pobladores de la ciudad del Cusco que acudieron al policlínico Lucía Vannucci Maiani ya que no varía significativamente nuestros hábitos alimenticios

La identificación de personas sobre la base de la evidencia dental ha sido por largo tiempo un importante logro en la Odontología Forense, por ello es de gran importancia valorar la edad en cadáveres o personas vivas cuya identidad se desconoce puesto que en la sociedad cusqueña actual en la que vivimos encontramos una alta siniestralidad debido a la zona accidentada de nuestra geografía y criminalidad que presentan una tendencia a crecer y que mejor si la estimación de la edad por medio del desgaste dentario se realiza con un sistema adaptado a nuestra ciudad teniendo en cuenta nuestros hábitos alimenticios y biotipo, considerando que no se realizó una adaptación del sistema de observación de desgaste dentario de Lovejoy en ninguna parte del Perú.

Edad dental: La edad dental es un registro de la maduración dental y generalmente se divide en edad de calcificación y edad de erupción. También se puede determinar la edad dental evaluando los cambios presentes en dientes maduros.^(1,2)

La edad cronológica: La edad cronológica, que constituye el tiempo transcurrido desde el nacimiento o la concepción hasta el momento del examen, no siempre permite valorar el desarrollo y la maduración somática del paciente, por lo que se recurre a determinar la madurez biológica.^(3,13)

Desgaste dentario: Los dientes se desgastan por su uso conduciendo a una reducción paulatina de la superficie oclusal. El proceso de desgaste dental tiene dos componentes: atrición y la abrasión.^(4,5) Además de los factores Genéticos los hábitos alimenticios y las costumbres culturales. El desgaste también se produce en las superficies mesial y distal (interproximales) por el contacto entre

dientes adyacentes por el movimiento durante su uso.⁽⁶⁾

El desgaste del diente que se produce a lo largo de la vida de un individuo es el resultado de su uso funcional en una interacción principal entre diente alimento-diente (abrasión) y diente diente (atrición). Por tanto, las características de la dieta y la edad del individuo (tiempo de uso de los dientes) condicionan su desgaste.

No obstante, existen multitud de factores intrínsecos a una determinada población que condicionarán el grado de desgaste.⁽⁷⁾

FACTORES ETIOLOGICOS DEL DESGASTE DENTARIO

Estudios sugieren que el desgaste dentario tiene un origen multifactorial.

Hábitos alimenticios: El desgaste dentario se produce como consecuencia de la abrasión producida durante la masticación o por la manipulación cultural de objetos, hecho que también puede ocasionar ruptura de los dientes.^(8,9)

Dinámica en el proceso de masticación: La evolución del desgaste dental se encuentra directamente conectado con la dinámica en el proceso de masticación que puede dividirse en tres fases: en la primera, la cavidad oral se cierra, las puntas de las cúspides de los molares cortan los alimentos, comenzando así el proceso de desgaste de su superficie. En una segunda fase, se produce el troceado y triturado de los alimentos, deslizándose las cúspides unas sobre otras. Finalmente, en una tercera fase, el proceso de masticación finaliza cuando la mandíbula se abre.

La masticación de la comida implica una fuerza muscular diferente en cada tipo de dieta, por lo que la dirección del desgaste nos ofrece de igual modo información sobre los hábitos alimenticios de la población estudiada.^(10,11)

Edad: El grado de desgaste dentario se incrementa con la edad ya que el desgaste es proporcional al tiempo de exposición del diente en la cavidad oral.^(8,12)

Sexo: El grado de pérdida de estructura dentaria parece ser mayor en los hombres que en las mujeres, aunque las diferencias no son excesivamente notorias. Podría atribuirse a la mayor potencia muscular del sexo masculino.⁽¹²⁾

Genéticos: Los factores genéticos que condicionan el grado de dureza del esmalte, inciden por ejemplo el pulido durante el sueño (bruxismo), así también el tamaño y robustez de los dientes.^(8,14)

Las costumbres culturales: Las costumbres culturales como mascar coca, fumar pipa, destapar botellas con los dientes, preparar materiales como pieles o sostener objetos mientras se pesca, caza o trabaja, condicionan a un mayor desgaste.⁽¹⁴⁾

Sistema de Observación del desgaste por Lovejoy

Lovejoy (1985) describió el gradiente de desgaste de una población de 332 individuos, cazadores y recolectores procedente del yacimiento arqueológico del sitio Libben, Ottawa County, Ohio, Estados Unidos. El patrón de desgaste de esta población es muy regular en forma y gradiente, además de pertenecer a un grupo homogéneo en el aspecto demográfico. Inicialmente cada dentición fue seriada dentro de su grupo (dientes anteriores, premolares y molares); posteriormente, se midió la tasa de desgaste funcional en los molares de 132 especímenes con un gradiente de edad.⁽¹⁵⁾

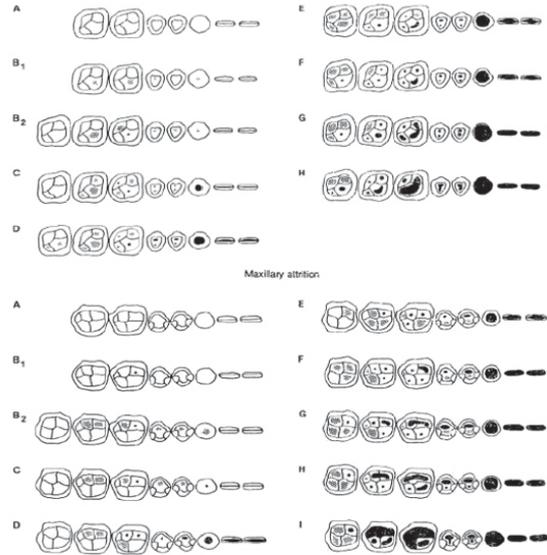


Imagen 1. Sistema del desgaste dental por Lovejoy; exposición de dentina en negro.

etapa	A	B1	B2	C	D	E	F	G	H	I
maxilar d	12-18	16-20	16-20	18-22	20-24	24-30	30-35	35-40	40-50	-
mandíbula i	12-18	16-20	16-20	18-22	20-24	24-30	30-35	35-40	40-45	45-55

Tabla 1 Etapas del desgaste y edades correspondientes Lovejoy (según White 2000)

Tabla 2. Patrón de desgaste de ciudadanos cusqueños que acudieron al policlínico Lucia Vannucci Maiani de la arcada maxilar

FA SE	EDAD	PRIMER MOLAR	SEGUNDO MOLAR	PREMOLARES	CANINO	ANTERIORES
A	12-20	Pulido mínimo en cúspide palatinas	Pulido en cúspides palatinas	Pulido mínimo en ambas cúspides	Pulido mínimo en vértice	Pulido mínimo en borde incisal
B	21-25	Pulido mínimo en las 4 cúspides	Pulido de tres a cuatro cúspides	Faceta de desgaste en cúspide palatina	Faceta de desgaste en vértice	Exposición ocasional de dentina en borde incisal
C	26-30	Faceta de desgaste en cúspide distovestibular y mesiopalatino	Pulido en tres o cuatro cúspides	Faceta de desgaste en cúspide vestibular y palatina	Faceta de desgaste en vértice	Exposición lineal leve en borde incisal
D	31-35	Puntos expuestos en cúspides distovestibular y mesiopalatino	Amplias facetas en cúspide mesiopalatino	Exposición ocasional de dentina en cúspide palatina	Exposición ocasional en vértice	Exposición lineal de dentina en borde incisal
E	36-40	Exposición semilunar en mesiopalatino	Puntos en mesiopalatino	Puntos expuestos de dentina en ambas cúspides	Punto expuesto de dentina en vértice	Exposición de bandas de dentina en borde incisal
F	Mayor de 41	Exposición semilunar en mesiopalatino, círculos pequeños en distopalatino, mesiovestibular y distovestibular	Pequeños círculos en mesiopalatino	Círculos de dentina en 1 o ambas cúspides	Círculo expuesto de dentina en vértice	Perdida de borde incisal de 10 a 25 %

Tabla 3. Patrón de desgaste de ciudadanos cusqueños que acudieron al policlinico Lucia Vannucci Maiani de la arcada mandibular

FASE	EDAD	PRIMER MOLAR	SEGUNDO MOLAR	PREMOLARES	CANINO	ANTERIORES
A	12-20	Pulido de cúspides	Pulido mínimo en cúspides	Pulido mínimo en ambas cúspides	Pulido mínimo en vértice	Pulido mínimo en borde incisal
B	21-25	faceta de desgaste en disto vestibular	Faceta de desgaste de una a tres cúspides	Faceta de desgaste en cúspide vestibular	Faceta de desgaste en vértice	Línea ocasional de dentina en borde incisal
C	26-30	Punto de exposición en disto vestibular	Faceta en cúspides vestibulares	Faceta de desgaste en cúspide vestibular	Faceta de desgaste en vértice	Línea delgada de dentina en borde incisal
D	31-35	Punto en mesiovestibular, distovestibular y mesiolingual (e)	Punto de exposición en distovestibular y mesiovestibular	Faceta de desgaste en cúspide lingual y punto de exposición en vestibular	Punto ocasional de dentina en vértice	Exposición en banda de dentina en borde incisal
E	36-40	Múltiples puntos en todas las cúspides	Punto de exposición de una a tres cúspides vestibulares	Puntos expuestos de dentina en ambas cúspides	Punto evidente en vértice	Pérdida del 10 % de las coronas
F	41-50	Exposición semilunar en 1 o más cúspides vestibulares	Exposición semilunar en 1 o ambas cúspides vestibulares	Círculos de dentina en cúspides	Pequeño círculo de dentina en vértice	Pérdida del 20 % de la corona

CONCLUSIONES

- Los resultados nos muestran que existe un mayor predominio de desgaste en el sexo masculino en un 37% en relación al femenino que es de un 25%, porque la musculatura masticatoria del varón es más desarrollada ejerciendo mayor fuerza de fricción entre diente y diente durante la trituración de los alimentos.
- El resultado nos muestra que existe mayor desgaste en la arcada mandibular en un 62% con respecto a la arcada maxilar que representa un 38%, ya que el maxilar inferior presenta una mayor dinámica de movimiento durante la masticación.
- Se demostró que el desgaste con más simetría se da en los grupos anteriores y premolares tanto en el maxilar superior como en el inferior, por lo tanto los que presentan un desgaste irregular son los molares, ya que estos presentan una mayor diferencia en la cronología de erupción, teniendo en cuenta que el desgaste comienza desde que el diente se encuentra erupcionado
- Se determinó un patrón de desgaste en el cual se agrupo en rangos de edades de 12-20, 21-25, 26-30, 31-35, 36 a 40 y 41-50 y fases de desgaste que va de la A hasta la F respectivamente para cada rango de edad y piezas dentarias que son anteriores, canino, premolares, primer molar y segundo molar.
- La relación que existe entre la edad dental que nos proporciona el sistema de observación de Lovejoy y la

edad cronológica nos refiere una sub estimación de la edad cronológica al ser aplicada en nuestra población investigada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Martin Cerrato A. *Relación entre la edad dental y la edad cronológica*. Tesis doctoral. España: Universidad Complutense de Madrid; 2010.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense ed. *Identificación de Cadáveres en la Práctica Forense*. Bogotá: División de Acreditación y Certificación Forense; 2009.
- Toledo Mayari G. Correlación entre las edades cronológica y osea en pacientes de ortodoncia. *Revista Cubana de Estomatología*; 2011. 48(1). p 23-24
- Pacheco Santiesteban R. *Estimación de la edad dental en pacientes entre los 4 y 21 años de edad en una población de chihuahua México*. Tesis doctoral. España: Universidad de granada; 2010.
- Gonzales Colmanera G. *Determinación de la edad en adultos mediante un método dental aplicación y análisis*. Tesis doctoral. España: Universidad de Granada; 2007.
- Rodríguez Cuenca JV. *Antropología forense en la identificación Humana*. Bogotá: Editorial Guadalupe; 2004.
- Díaz, O. Estrada, B. Franco G. *Lesiones no cariosas: atrición, erosión abrasión, abfracción, bruxismo*. Medigraphic; 2011. 38. p. 743-744.

8. Cardentey J. Carmona, J. González, X. *Atrición dentaria en la oclusión permanente*. Revistas de Ciencias Médicas de Pinar del Rio; 2014. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156131942014000400003&script=sci_arttext (ultimo acceso el 26 de febrero del 2015)
9. Campillo D. *Introducción al Paleopatología*. Barcelona. Bella Terra; 2001.
10. Gomez Gonzales S. *Paleopatología dental de poblaciones históricas (siglos III XIII) en la provincia de Alicante: estudio de la variabilidad como respuesta a factores de hábitat y dieta*. Tesis doctoral. Universidad de Alicante; 2012.
11. Rodríguez Flores CD. Asimetría del desgaste oclusal bilateral en dentición permanente y su relación con la paleodieta en una sociedad prehispánica de tradición cultural en Colombia. *Revista de la facultad de Odontología Universidad de Antioquia*; 2009. 21(1).
12. Stella Martín de las Heras. Estimación de la edad a través del estudio dentario. *Ciencia forense revista aragonesa de medicina legal*; 2005. 7. p 69-90. <http://ifc.dpz.es/recursos/publicaciones/23/64/ebook.pdf> (ultimo acceso el 8 de Marzo del 2014).
13. Udo Krenzer. Estimación de la edad osteológica en adultos. *Compendio de métodos antropológicos forenses para la construcción de perfil osteo biológico*. Tomo III. Guatemala: Publicaciones CAFCA; 2006. p 7-14.
14. Guerra Torres A S. *Odontoestomatología Forense*. Bogotá: Rustica; 2002.
15. Montalvo Toro J. La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*; 1997. 29(3). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80529304> (ultimo acceso el 14 de noviembre del 2014).

Fecha de recepción: 15 / 06 / 2015

Fecha de aceptación: 29 / 06 / 2015

Tapia Segovia Rosvy margaret
984 426271
rosvy.tapia@gmail.com

Paredes Challco Fernando Arturo
965 703773
nanfer6x@gmail.com

PREVALENCIA DE TIPOS DE FRENILLO LABIAL SUPERIOR, SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PLACEK, Y SU RELACIÓN CON MANIFESTACIONES CLÍNICAS INTRAORALES EN ESCOLARES DE 13 A 17 AÑOS DE EDAD- I-E. HUMBERTO LUNA- CUSCO, 2013

* Montesinos G.

* Cirujana Dentista

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la prevalencia de tipos de frenillo labial superior, de acuerdo a la clasificación de Placek y su relación con manifestaciones clínicas intraorales, edad y sexo, en escolares de 13 a 17 años de edad de la institución Educativa Humberto Luna, periodo 2013. **Material y métodos:** Descriptivo, observacional, descriptiva, prospectiva, relacional y transversal. Con una población de 571 estudiantes de ambos sexos entre 13 a 17 años de edad de la Institución Educativa Humberto Luna con la aplicación de una ficha de observación clínica validada por un estudio piloto. **Resultados:** Para la prevalencia del tipo de frenillo labial superior se encontró mucoso (74,8%) gingival (18,2%) papilar (4,4%) Papilar penetrante (2,6%) Total (100%). Prevalencia de manifestaciones clínicas en relación a algún tipo de frenillo labial superior; Ninguna manifestación (74,4%), diastema (15,2%), dificultad para el movimiento del labio (4,2%), labio superior corto (6,2%) Total (100%). Distribución numérica y porcentual de la muestra según edad: 13 años (22,9%), 14 años (20,8%), 15 años (25,2%), 16 años (21%), 17 años (10%), Total (100%).

Conclusiones: El tipo de frenillo más frecuente es el mucoso pero no está relacionado estadísticamente con alguna manifestación clínica.

Palabras clave: Prevalencia, frenillo labial superior, Clasificación Placek, manifestaciones clínicas.

ABSTRACT

Objective: Evaluates the prevalence of types of labial top frenum, of agreement to Placek's classification and his relation with clinical manifestations intraorales, age and sex, in students from 13 to 17 years of age of the Institution Humberto Luna in the period of 2013 **Material and methods:** Descriptive, observational, descriptive, market, relational and transverse. With a population of 571 students of both sexes between(among) 13 to 17 years of age of the Educational Institution with the application of a card of clinical observation validated by a pilot study. **Results:** For the prevalence of the type of labial top frenum one found mucous (74,8 %) gingival (18,2 %) papilar (4,4 %) penetrating Papilar (2,6 %) Total (100 %). Prevalencia of clinical manifestations in relation to some type of labial top frenum; No manifestation (74,4 %), diastema (15,2 %), impede for the movement of the lip (4,2 %), top short lip (6,2 %) Total (100 %). Numerical and percentage distribution of the sample according to age: 13 years (22,9 %), 14 years (20,8 %), 15 years (25,2 %), 16 years (21 %), 17 years (10 %), Total (100 %).

Conclusions: The most frequent type of frenum is the mucous one but it is not related to any clinical manifestation.

Keywords: Prevalencia, labial top frenum, Clasificación Placek, clinical manifestations.

INTRODUCCIÓN

En las estructuras de tejidos blandos y duros intraorales de los humanos pueden presentarse variadas alteraciones; felizmente, en la mayoría de los casos benignas, ubicadas en distintos segmentos de la cavidad bucal. (1)

En la actualidad se ha investigado poco al respecto, sobre todo, en nuestro medio no se tienen datos sobre esas alteraciones. Los frenillos labiales son pliegues sagitales de la mucosa alveolar, en forma de hoja de cuchillo, están

insertados por un lado, en la superficie interna del labio; por otro lado, en la encía, en la línea media de los maxilares entre los incisivos centrales. (2)

El frenillo labial superior puede valorarse mejor tras la erupción de los caninos permanentes, constituyendo este, el momento más adecuado para la ejecución de cirugías; ya que, en este periodo se han producido todas las fuerzas de crecimiento y desarrollo de la oclusión, que colaboran en el cierre de los espacios interdentarios. (3-4).

El frenillo labial superior, además del diastema interincisal medial superior, puede provocar otras manifestaciones clínicas intraorales como: Limitación del movimiento del labio superior, dificultad para la higiene para el sector antero superior de la boca (En relación con estos problemas pueden también aparecer problemas periodontales por la inserción del frenillo en la papila interincisiva vestibular) labio superior corto y bermellón elevado, alteraciones en relación con la prótesis.(5)

Existen varias clasificaciones para los frenillos labiales superiores, sin embargo, se considera que la de Placek esta basada en criterios clínicos, puede proporcionarnos una guía de su tratamiento quirúrgico.(5)

MATERIAL Y METODOS

Descriptivo, observacional, descriptiva, prospectiva, relacional y transversal. Con una población de 571 estudiantes de ambos sexos entre 13 a 17 años de edad de la Institución Educativa Humberto

Luna con la aplicación de una ficha de observación clínica validada por un estudio piloto.

Los instrumentos utilizados fueron:

Ficha observacional y de registro de pacientes

Asentimiento informado

Fotografías.

La técnica que se aplico fue la observación clínica directa, con la cual de determino los diferentes tipos de frenillo labial superior, de acuerdo a la clasificación de Placek, y sus manifestaciones clínicas.

RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN SEXO-CUADRO 1

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	312	54,6%
MASCULINO	259	45,4%
TOTAL	571	100%

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN EDAD CUADRO-2

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13 AÑOS	131	22,9%
14 AÑOS	119	20,8%
15 AÑOS	144	25,2%
16 AÑOS	120	21%
17 AÑOS	57	10%
TOTAL	571	100%

PREVALENCIA DEL TIPO DE FRENILLO LABIAL SUPERIOR CUADRO-3

TIPO DE FRENILLO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUCOSO	427	74,8%
GINGIVAL	153	18,2%
PAPILAR	25	4,4%
PAPILAR PENETRANTE	15	2,6%
TOTAL	571	100%

PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES CLINICAS EN RELACION A ALGUN TIPO DE FRENILLO LABIAL SUPERIOR. CUADRO-4

TIPO DE MANIFESTACION CLINICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA MANIFESTACION	425	74,4%
DIASTEMA	87	15,2%
DIFICULTAD PARA EL MOVIMIENTO DEL LABIO	24	4,2%
LABIO SUPERIOR CORTO	35	6,2%
TOTAL	571	100%

CONCLUSIONES

El tipo de frenillo más prevalente es el mucoso pero no está relacionado estadísticamente con alguna manifestación clínica intraoral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carranza,fa. Periodontologia Clinica.9° ed. Mexico: Editorial McGraw-Hill Interamericana;2003.
2. Boj jr. Odontopedoatria. 1° ed. Barcelona: editorial Mansson S.A.;2005.
3. Kruger,GO.Cirugia Buco-Maxilo Facial. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana S.A;1988.
4. Laskin, DM. Cirugia Bucal-Maxilo Facial. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana S.A;1988.
5. Gay,C.Cirugia Bucal.1° ed. Barcelona:Editorial océano;2004.

Fecha de recepción: 15 / 06 / 2015

Fecha de aceptación: 29 / 06 / 2015

Montesinos Chávez Gabriela
984741638
gabrielamontesinoschavez@hotmail.com

**pH y FLUJO SALIVAL EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN
HEMODIALISIS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
ANTONIO LORENA CUSCO - 2014.**

* Santana C.

* Cirujana Dentista

RESUMEN

Objetivo: Determinar el pH y flujo salival en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Hemodiálisis, atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco – 2014. **Metodología:** el presente trabajo fue de tipo descriptivo, prospectivo, transversal, relacional. La muestra estuvo constituida por 52 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Hemodiálisis atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2014. El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple. **Resultados:** El pH salival alcalino fue predominante en ambos sexos, en cualquier tiempo de tratamiento y en casi todos los grupos etarios a excepción del grupo de 61 a 70 años donde el pH fue neutro. El nivel de flujo salival fue bajo predominantemente en el sexo femenino y el nivel normal en el sexo masculino; el nivel de flujo salival normal fue predominante en el tiempo de menos de 1 año de tratamiento y el nivel bajo en los más de 1 año de tratamiento; según edad el nivel de flujo salival bajo fue predominante en los grupos de 20 a 30 años, 41 a 50 años, 51 a 60 años y en el grupo de 31 a 40 años el nivel de flujo salival fue abundante así como en el grupo de 61 a 70 años el nivel de flujo salival fue bajo y normal similarmente. No se identificó relación estadísticamente significativa al evaluar pH y flujo salival según edad y sexo. **Conclusiones:** Se observó el nivel de pH salival alcalino y el nivel de flujo salival fue predominantemente bajo en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Hemodiálisis atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2014. Según sexo el nivel de flujo salival fue bajo en el sexo femenino y normal en el sexo masculino y según tiempo de tratamiento el nivel de flujo salival fue normal en el tiempo de tratamiento menos de 1 año y el nivel bajo en los más de 1 año de tratamiento.

Palabras clave: pH salival, Flujo salival, Insuficiencia Renal

ABSTRACT

Objective: to determine pH and salivary flow in patients with Chronic Renal Failure on Hemodialysis treated at the Hospital Antonio Lorena Cusco - 2014. **Methodology :** This study is descriptive, prospective, transversal, and relational. The sample consisted of 52 patients with Chronic Renal Failure on Hemodialysis treated at the Hospital Antonio Lorena Cusco 2014. The sampling was random probability simple. **Results:** The alkaline salivary pH was predominant in both sexes, at any time in almost all treatment and age groups except the group of 61-70 years when the pH was neutral. The level of salivary flow was low predominantly in females and normal levels in males; level normal salivary flow was predominant in time of less than 1 year of treatment and the lowest level in more than 1 year of treatment, by age level low salivary flow was predominant in groups 20-30 years 41-50 years 51 and 60 and in the group of 31-40 years the level of salivary flow was abundant and in the group of 61-70 years the level was normal and low similarly. According sex the level of salivary flow was low in women and normal sex in males. **Conclusions:** The level of alkaline salivary pH and the level of salivary flow was observed was predominantly low in patients with Chronic Renal Failure on Hemodialysis treated at the Hospital Antonio Lorena Cusco 2014. The alkaline salivary pH predominated in both sexes, at any time of treatment and in almost all age groups. According sex the level of salivary flow was low in women and normal sex in males. According treatment time the level of salivary flow was normal in the treatment time less than 1 year and the lowest level in more than 1 year of treatment.

Keywords: Salivary pH, salivary flow, Kidney Failure.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal en el Perú alcanza la cifra de 200 a 300 mil personas y otras 500 mil están en riesgo de contraerla, las enfermedades como la diabetes y la presión alta son otros factores que pueden elevar las tasas de prevalencia.

El riñón es uno de los órganos más importantes del cuerpo humano ya que cumple funciones muy complejas e importantes como: formación de orina y equilibrio electrolítico, equilibrio ácido – básico, mantener el volumen sanguíneo, presión arterial y desintoxicación sanguínea.

Los cambios en los solutos iónicos de la sangre (sodio, potasio, cloro, magnesio, calcio, bicarbonato, fosfatos e hidrogeniones) generan en el organismo cambios en el medio interno que pueden llevar a una muerte si no son reguladas a tiempo, y la cavidad bucal no es ajena a estos cambios (1).

Generalmente la insuficiencia renal en boca se manifiesta con una serie de características cuando ya está en etapas avanzadas y existen complicaciones junto con fármacos que se consume y complicaciones con los tratamientos de la insuficiencia renal. Dentro de las manifestaciones orales tenemos alteraciones a nivel del flujo salival, disgeusia, estomatitis urémica, petequias, mucosa pálida entre otras que hacen importante su evaluación, seguimiento y tratamiento (2).

Es por ello que se presenta el siguiente trabajo de investigación con la finalidad de conocer el pH y flujo salival en pacientes con Insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis atendidos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco y de esta manera tener datos reales de nuestra población y las necesidades que tiene.

Insuficiencia renal crónica:

En el año 2002 la National Kidney Foundation de Estados Unidos en las guías K/DOQI definió a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) como la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anormalidades estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de 60ml/min/1.73m² (K/DOQI, 2002). La IRC es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal (TRR), es decir diálisis o trasplante para poder vivir (3).

Las causas más comunes de la IRC es la neuropatía diabética, hipertensión y glomerulonefritis, juntas hacen el 75% de las causas en general (4).

Para el diagnóstico de pacientes con insuficiencia renal crónica primero se tiene que tomar la presión arterial y el pulso (5). Se realiza una fundoscopia para hallazgos de algún

tipo de hipertensión o alguna alteración que haga presumir diabetes (6). También se debe de evidenciar un cambio en los niveles de creatinina, aumento en el volumen de orina (estertores, edema en extremidades), derrame interno o eritema, petequias.

La base diagnóstica se fundamenta en una exhaustiva historia clínica donde se recojan antecedentes personales y familiares, síntomas clínicos, parámetros analíticos y pruebas de imagen (7).

1. Antecedentes personales y familiares: Factores de riesgo cardiovascular, uso de drogas, exposición a elementos tóxicos, así como malformaciones o enfermedades hereditarias.

2. Síntomas clínicos: Destacar que en numerosas ocasiones la ausencia de síntomas o clínica inespecífica pueden estar presentes, sin olvidar que la clínica urémica se manifiesta en fases muy avanzadas y se clasifica en (8,9):

- IRC Leve.- Da una sintomatología muy pobre debido a la capacidad de adaptación del órgano renal, la enfermedad parece silente. Cuando aparecen, los síntomas suelen ser los propios de la enfermedad que origina la afectación renal, poliuria y sed intensa en el diabético, dolor de cabeza en el hipertenso, orinas espumosas y rojizas, y nicturia.

- IRC Moderada.- Se intensifican los síntomas anteriormente descritos y puede aparecer una anemia leve que se manifiesta por sensación de cansancio y, con frecuencia, parestesias y calambres en los miembros inferiores. Aparecen calcificaciones, consecuencia del hiperparatiroidismo, palpables en la epidermis y en otros tejidos blandos. Es posible detectarlas radiológicamente en las arterias, el corazón, los pulmones y los riñones.

- IRC Grave.- El cortejo sintomático es más evidente. Es característico el color pardo amarillento de la piel, la astenia, la anorexia, las náuseas y la halitosis urémica. El aliento con olor amoniacal es fácilmente perceptible y se debe a la descomposición de la urea por las bacterias de la cavidad bucal.

- IRC Terminal.- Prácticamente todos los órganos y sistemas están afectados en mayor o menor grado (10).

Manifestaciones Orales

Enfermedad periodontal y agrandamiento gingival.-

Algunos han manifestado un nexo causal entre la inflamación crónica de las encías y el desarrollo de esta enfermedad vascular. Sin embargo, la enfermedad renal terminal no es un riesgo independiente para la enfermedad

periodontal, sino también en esos pacientes dializados se describe una relación en la colonización subgingival con *Porphyromonas gingivalis* e inflamación sistémica dependiente de un incremento de la proteína C-reactiva. Algunos autores indican que para el tratamiento satisfactorio de este tipo de periodontitis sería necesario la disminución de los niveles de proteína C-reactiva, también están otros factores como higiene deficiente y desnutrición (10,11).

I. Xerostomía. Es un problema también frecuente en este tipo de pacientes debido a la deficiencia de fluidos en el cuerpo, como efecto secundario a algunos fármacos. Se calma con chicles y en menor proporción con saliva artificial (11,12).

II. Halitosis. Debido a la presencia de urea en la saliva, además de un sabor metálico que muchos pacientes manifiestan. Se calma con chicles y en menor proporción con saliva artificial (11, 13).

III. Estomatitis urémica. (poco frecuente) con presencia de lesiones en boca presentándose como placas blanquecinas en boca que pueden ser vistas como lesiones típicas como liquen plano, candidiasis y hasta leucoplasia vellosa; las causas de estas lesiones dolorosas son desconocidas pero se especula que las bacterias en boca convierten a la urea salival en amoníaco produciendo quemazón, este tipo de lesiones se calma con enjuagatorios antibacterianos (13).

IV. Anormalidades óseas. Se presentan como reabsorción prematura de hueso especialmente en mandíbula; se sabe que es debido a un hiperparatiroidismo secundario debido a que la absorción de calcio en los intestinos está disminuido porque el riñón no puede sintetizar el calcio en su forma activa, entonces hay un incremento de los niveles de fósforo que lleva a una disminución en la concentración de calcio, esto se compensa con la hiperactividad de la glándula paratiroides que hace la excesiva secreción de fosfatos, retención de calcio y la sobrerabsorción de tejidos duros aumentando el riesgo de fracturas (11,12).

V. Anemia. Se ven los tejidos blanquecinos y pálidos, uno de los cambios más drásticos son los problemas con la coagulación que un paciente en tratamiento debe de pasar debido a la pérdida de plaquetas y demás elementos formes durante la diálisis y las transfusiones de sangre, disminución de la adherencia plaquetaria, incremento de la actividad de prostaglandinas, ausencia del factor 3 plaquetario y fragilidad capilar. Se sugiere tomar en cuenta antes de cada cirugía el hemograma del paciente (11,12).

Debido a que este paciente está sometido a varias transfusiones el riesgo de que el paciente sea portador de

enfermedades como la hepatitis B y C y el HIV es muy alta, se deberá de enfatizar las normas de bioseguridad en este campo; también se sabe que el paciente con insuficiencia renal tiene 10 veces más oportunidad para contraer tuberculosis.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se realizó previa autorización de la Unidad de Diálisis del Hospital Antonio Lorena del Cusco, con el consentimiento informado de los pacientes. El estudio es de tipo: prospectivo, transversal, descriptivo y relacional. Nuestra muestra estuvo conformada por 52 pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis atendidos en el hospital Antonio Lorena Cusco 2014, según la fórmula para muestras finitas, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Siendo el muestreo probabilístico aleatorio simple.

Para la recolección se tomó en cuenta lo siguiente: la historia clínica del paciente como ayuda para recolectar información general sobre la enfermedad sistémica y se confeccionó un instrumento de recolección de datos que consta de datos generales, evaluación del pH y flujo salival que fueron validados por tres expertos en el área.

Para la medición de flujo salival no estimulado fue necesario material adecuado (vasitos medidores, pipeta calibrada) para recoger la muestra de saliva en estado basal o no estimulado, dicha muestra fue tomada mediante el test de flujo salival en reposo. Posteriormente se midió el pH salival para lo cual se utilizó un ph metro.

Para el análisis estadístico de los resultados los datos fueron ingresados al paquete estadístico SPSS versión 21, para su análisis se utilizó estadística descriptiva como medidas de tendencia central, frecuencia y porcentajes que se expresaron mediante gráficos y tablas según objetivos de la investigación. Se aplicó la prueba Chi cuadrado para evaluar relación entre variables.

Se utilizó estadística descriptiva según los objetivos establecidos y se mostraron según tablas y gráficos.

RESULTADOS

Se observó que predominantemente se presentó el pH salival alcalino con un 67,31% seguido del pH salival neutro con un 30,77% y finalmente solo en un 1,92% se presentó el pH salival ácido (Gráfico 01).

En la identificación del nivel del flujo salival de la población en estudio se presentó el nivel de flujo salival bajo con un 46,15%, luego normal con un 30,77% y finalmente el abundante con un 23,08%. (Gráfico 02)

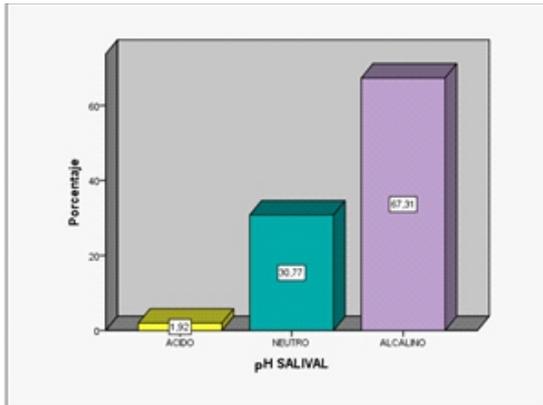


Gráfico 02: Identificación del flujo salival en la población.

Al relacionar el pH y flujo salival con el tiempo de tratamiento de la enfermedad observamos que en los pacientes con menos de 1 año de tratamiento principalmente se presentó el flujo normal con un pH neutro en un 42,9%; en los que tiene entre 1 y 3 años de tratamiento se presentó el flujo bajo con un pH salival alcalino en un 42,9%; y en el tiempo de tratamiento más de 3 años se presentó solo el nivel de flujo bajo con un pH alcalino en un 90%, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa para $p > 0,05$. (cuadro 01)

RELACION Ph Y FLUJO SALIVAL SEGÚN TIEMPO DE TRATAMIENTO			
TIEMPO DE TRATAMIENTO	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,928 ^a	4	,094
Razón de verosimilitudes	8,725	4	,068
Asociación lineal por lineal	1,923	1	,166
N de casos válidos	52		

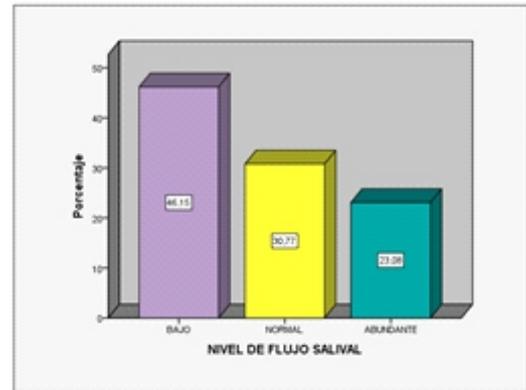


Gráfico 01. Distribución del pH salival en la población.

DISCUSIÓN

Actualmente la insuficiencia renal crónica terminal es una enfermedad que afecta a un grupo considerable de la población y que día a día va creciendo, esta enfermedad trae consigo múltiples manifestaciones y que la cavidad bucal no es ajena a esta, de ahí la importancia de conocer algunas características y factores que están alterados en estos pacientes.

El presente estudio realizado en 52 pacientes entre 20 y 70 años con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis atendidos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco tuvo como principal objetivo determinar el pH y flujo salival en este grupo de pacientes y de esta forma conocer las características propias de nuestra población.

Es así que pudimos observar, al describir nuestra población en estudio que el grupo etario predominante fue el de 61 a 70 años, principalmente del sexo masculino y con un tiempo de tratamiento menor de 1 año.

Al evaluar el nivel de flujo salival en el presente estudio en forma global pudimos observar que el nivel de flujo salival bajo fue predominante, resultados que coinciden con los obtenidos por Bots C, Brand H, Poorterman J, y col quienes encontraron una disminución significativa en la tasa de flujo salival durante el tratamiento de diálisis así como Meryem K, Tevfik F, Funda Ü y col quienes concluyeron que existe disminución de la función parenquimatosa y excretora en pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis; al observar el nivel de flujo salival según edad y más específicamente según grupo etario pudimos observar que el flujo bajo se presentó predominantemente casi en todos los grupos etarios a excepción del grupo de 31 a 40 años donde el flujo salival abundante fue predominante así como en el grupo de 61 a 70 años el flujo normal y bajo se presentaron similarmente, es así que podemos suponer que la edad no condiciona y no influye directamente en el nivel de flujo salival en este grupo de pacientes pues observamos diferentes niveles en todos los grupos etarios.

Al analizar el nivel de flujo salival según sexo podemos observar que el nivel bajo predominó en el sexo femenino y el flujo normal en el sexo masculino, además según tiempo de tratamiento evidenciamos que cuando el tiempo de tratamiento es menor de 1 año el flujo salival generalmente es normal pudiendo suponer que no existe alteración significativa en la producción de saliva, pero cuando el tiempo de tratamiento se va incrementando como es el caso de 1 a 3 años podemos ver que las tasas de flujo bajo se incrementan y las de normal y abundante se reducen, aunque en el tiempo de tratamiento con más de 3 años solo se observa el nivel bajo como predominantemente, es así que de estos resultados obtenidos podríamos opinar que probablemente cuanto mayor es el tiempo de tratamiento y por consiguiente el tiempo de diagnóstico el flujo salival está disminuido lo cual nos debería llamar la atención pues conocemos las manifestaciones orales y/o problemas odontológicos que podrían surgir en un paciente con disminución del flujo salival y que nosotros dentro de la profesión odontológica deberíamos estar preparados para ello.

En el presente estudio también se evaluó el pH salival encontrando así que de forma general el pH alcalino fue predominante, datos que coinciden con lo obtenido por Amara L, Sudhakara R, Ramesh T y col. quienes además concluyen que la capacidad amortiguadora es buena considerando el pH alcalino en estos pacientes. Así también al evaluar el pH salival según sexo se encontró que en ambos sexos predominó el pH alcalino, según edad en todos los grupos etarios igualmente a excepción del grupo de 61 a 70 años donde el pH neutro fue el predominante, según tiempo de tratamiento el pH alcalino también fue predominante en cualquier tiempo, es así que podemos decir que en este grupo de pacientes el pH salival no es el favorable para desarrollar caries es más sería un factor protector en este caso y como dice la literatura esto es debido principalmente a la presencia de urea en saliva y la fisiopatología propia de la enfermedad, por lo tanto no existe un mayor índice de caries típicas de fosas y fisuras sino más bien la presencia de otro tipo de caries como son las de cuellos cervicales todo esto reportado en la literatura.

Por lo tanto de esta forma conocemos las características propias de nuestra población con esta patología donde podemos concluir diciendo que los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis traen muchas alteraciones tanto sistémicas como en cavidad bucal debido al problema de fondo que poseen y que por ello no están excluidos de necesitar o requerir tratamiento odontológico convencional y es por ello que debemos conocer y estar debidamente capacitados para su atención así contribuir con la salud general de esta población.

CONCLUSIONES:

Existen cambios significativos en el pH y flujo salival de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis.

El nivel de pH salival alcalino fue predominante en ambos sexos, en casi todos los grupos etarios y cualquier tiempo de tratamiento.

El nivel de flujo salival bajo fue predominante en la mayoría de los grupos etarios así como en el sexo femenino y en los pacientes con más de un año de tratamiento.

No se identificó relación estadísticamente significativa del pH y flujo salival con el tiempo de tratamiento según edad y sexo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Ziccardi V. y col. Management of the Oral and Maxillofacial Surgery Patient With End-Stage Renal Disease. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 1999; 50:1207-1212.
2. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico Lima. Vol 23; pag 36-38.
3. Ribes E. Fisiopatología de la insuficiencia renal crónica. *Anales de Cirugía Cardíaca y Vascul* 2004;10(1):8-76.
4. Luque de Pablos A, Fernández E, Izquierdo E, Aparicio M. Insuficiencia renal Crónica: tratamiento conservador. *Med Clin (Barc)*; 2002 76(2): 175 – 82
5. Koeppen B, Stanton B. Sistema renal. In: Berne R, Levin C. *Fisiología*. 4ta Ed. Madrid. Elsevier; 2006. p. 497 – 529
6. Kimmel P. Tratamiento del Paciente con Nefropatía Crónica. In: Greenberg A. *Tratado de enfermedades renales*. 1ra Ed. Madrid. Harcourt. 1999; p. 452 – 59.
7. Valentín MO, Bueno B, Espejo B. Insuficiencia crónica. *Manual de diagnóstico y terapéutica médica*. Hospital 12 de Octubre. 5.ª ed. Madrid: COE SA; 2003. p. 651-60.
8. López Abuin JM, Duque Valencia A, Olivares Martín J, Luna Morales A. Guía clínica de la insuficiencia renal en Atención Primaria. *Nefrología* 2001;21 (5).
9. Soriano Cabrera S. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2004; 24 (Supl 6)
10. Summers S, Tilakaratne W, Fortune F, Ashman N. Renal Disease and the Mouth. *Am J Med.* 2007; 120: 568 – 73

11. Castellanos S y col. Medicina en la odontología, manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 2da edición. Editorial el Manual Moderno. Mexico 2005.
12. Silvestre F y col. Odontología en pacientes especiales. 3ra edición. Editorial Universia. España 2007.
13. Montero S, Basili A, Catellón L. Manejo Odontológico con Insuficiencia Renal Crónica. Revista Dental de Chile. 2002; 93 (2): 14 -18

Fecha de recepción: 15 / 06 / 2015

Fecha de aceptación: 29 / 06 / 2015

Santana Alvares Cris
984 886334
christa10@hotmail.com

**PREVALENCIA DE ALTERACIONES ORTODONCICAS
SEGÚN EL INDICE DE LA ASOCIACIÓN
IBEROAMERICANA DE ORTODONCISTAS EN NIÑOS
DE 06 A 12 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA
MINSA- CUSCO, 2015**

* HANCO M.

** VERA H.

* Cirujana Dentista

**Docente de la Universidad San Antonio Abad del cusco

RESUMEN

Las alteraciones se refieren a cualquier desviación a partir de lo normal, así tenemos a el conjunto del mal posiciones dentarias; displasias esqueleto dentarias; displasia alveolar dentarias, displasias óseas y no se puede interpretar a las alteraciones dentales como un estado patológico si no como una variación en la morfología humana, Con este estudio se buscó determinar la prevalencia de alteraciones ortodóncicas según la Asociación Iberoamericana de Ortodontistas en niños de 06 a 12 años de edad atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa MINSA-Cusco, en la cual se determinó la prevalencia de alteraciones genéticas, funcionales, traumáticas y de orden dentario.

Se consideraron como definiciones importantes la etiología de las alteraciones, factores predisponentes, factores locales y los problemas que causan.

Se realizó un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, de diseño cuantitativo y observacional en 289 pacientes atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa-Cusco que cumplieron con los criterios de inclusión.

Los datos recolectados fueron registrados en una base de datos y procesados en un ordenador. La información real del estudio, debidamente verificada, fue transportada a una hoja de codificación utilizando la hoja de cálculo Microsoft Excel, el procesamiento estadístico fue analizado en el paquete estadístico SPSS versión 20, presento un análisis estadístico cuantitativo.

Obteniendo como resultado que la mayor prevalencia de las alteraciones se da con un 86.5% de casos y que este se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino con 43.6% casos y a la edad de 10 años con 22.8% casos.

Palabras clave: Alteraciones genéticas, alteraciones funcionales, alteraciones traumáticas y las anomalías de orden dentario, AIO.

SUMMARY

Alterations refers to any deviation from normal, so we have the whole bad dental positions; dental skeletal dysplasia; dental alveolar dysplasia, bone dysplasias and you can not play the tooth disorder as a pathological state but as a variation in the human morphology This study sought to determine the prevalence of orthodontic alterations according to the American Association of Orthodontists in children aged 06-12 years old attended at the Health Center Santa Rosa MINSA-Cuzco, where the prevalence of genetic alterations are determined, functional , traumatic and dental order.

Definitions were considered important alterations etiology, predisposing factors, local factors and the problems they cause.

A study of descriptive exploratory type of quantitative and observational design in 289 patients treated at the Health Center Santa Rosa-Cusco who met the inclusion criteria was performed.

The collected data were recorded in a database and processed in a computer. The actual study information, duly verified, was transported to a coding sheet spreadsheet using Microsoft Excel, the statistical processing was analyzed in SPSS version 20, I present a quantitative statistical analysis.

The result being that the higher prevalence of alterations occurs with 86.5% of cases and that this occurs more frequently in women with 43.6% cases and at the age of 10 years with 22.8% cases.

Keywords: genetic disorders, functional disorders, traumatic disorders and dental anomalies order, AIO.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere a la prevalencia de alteraciones ortodóncicas según el índice de la Asociación Iberoamericana de Ortodontistas en niños de 06 a 12 años de edad en la cual se consideró a las alteraciones de origen genéticas, funcionales, traumáticas y de orden dentario.

Teniendo como antecedentes a Huamán Isla. (Lima-Perú)(2009) que realizo el estudio en niños con dentición mixta bajo el índice de la A.I.O. y Piñeda Armijos, (Loja) (2012) que realizo su estudio en escolares con dentición

mixta bajo el índice de la A.I.O.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar los factores predisponentes como son los hereditarios (tamaño y forma de los dientes, relación basal de los maxilares, función labial y lingual), postnatales (desviaciones de procesos funcionales normales como los hábitos, anormalidades de tejidos musculares periorales, presión por defectos de posición, amígdalas hipertrofiadas, imitación, actitudes mentales) e influencias prenatales (causas maternas y embrionarias)

La investigación de esta problemática se realizó en pacientes atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa MINSA-Cusco, 2015 que cumplieron con todos los criterios de selección, la información se recabo en la ficha de recolección de datos de la Asociación Iberoamericana de Ortodontistas. Todos los datos recolectados fueron anónimos.

El objetivo fue determinar la prevalencia de alteraciones ortodóncicas y considerar dentro de ellas a las alteraciones de origen genéticas, funcionales, traumáticas y de orden dentario. De esta manera, comparar los resultados obtenidos con aquellos encontrados en la literatura. Al analizar los resultados se encontró que hay una prevalencia considerable de alteraciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo y diseño de investigación: descriptivo, prospectivo.
 Diseño de la investigación: Transversal y de campo
 Población y muestra: Dada la naturaleza cuantitativa del presente estudio, utilizaremos el muestreo probabilístico simple aleatorio, quedando como muestra 289; Criterios de selección: criterio de inclusión: Niños y niñas entre 06 a 12 años de edad que deseen participar en el estudio, Niños y niñas cuyo padre y/o tutor autoricen el estudio. Criterio de exclusión: Niños y niñas con aparatología ortodóncica fija o

removible, Niños y niñas con caries múltiples y que presenten amplia destrucción coronaria que no permita el registro de oclusión, Padre y/o tutor que no autorice el estudio en el niño, Niños y niñas que no deseen participar en el estudio.

Procedimiento para recolección de datos:
 Para el presente trabajo de investigación se utilizó la siguiente técnica: Observación clínica, Testimonial; mientras que el instrumento: es la ficha de recolección de datos.

Se indicó al padre y/o tutor firmar una hoja de consentimiento informado donde autorizan la recolección de datos: Todos los pacientes serán examinados sentados correctamente en un ángulo de 90 grados con apoyo cervical, paralelo al plano de Frankfort, pedir al paciente que mire hacia delante para tener mejor visión del área de trabajo; Con la ayuda de 1 espejo bucal y sonda periodontal, examinaremos toda la cavidad oral; El examinador estará ubicado en posición de trabajo entre 9 y 12 horas, visión directa siempre que sea posible, la cara del examinador deberá estar entre 20 y 30 cm de la cavidad bucal del paciente; La recolección de datos estará determinada de un instrumento (ficha de valoración) el cual nos dará información aproximada sobre los casos de alteraciones encontrados en los pacientes del Centro de Salud Santa Rosa MINSA-Cusco.

RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN ALTERACIÓN EN RELACIÓN A SEXO Y EDAD

PREVALENCIA DE ALTERACIONES	SEXO		Total	EDAD							Total
	MASCULINO	FEMENINO		6 AÑOS	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS	
sin alteración	25	14	39	7	4	4	6	8	5	5	39
% del total	8,7%	4,8%	13,5%	2,4%	1,4%	1,4%	2,1%	2,8%	1,7%	1,7%	13,5%
con alteración	124	126	250	26	15	32	54	66	37	20	250
% del total	42,9%	43,6%	86,5%	9,0%	5,2%	11,1%	18,7%	22,8%	12,8%	6,9%	86,5%
Total	149	140	289	33	19	36	60	74	42	25	289
% del total	51,6%	48,4%	100,0%	11,4%	6,6%	12,5%	20,8%	25,6%	14,5%	8,7%	100,0%

FUENTE: ficha de recolección de datos

- El mayor valor de alteraciones se da en el sexo femenino con 126(43.6%) casos.
- El mayor valor de alteraciones se da a la edad de 10 años con (66) 22.8% casos

DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN EL FACTOR GENETICO EN RELACION A SEXO Y EDAD

FACTORES GENETICOS	SEXO		Total	EDAD							Total
	MASCULINO	FEMENINO		6 AÑOS	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS	
AUSENCIA Recuento % del total	148 51.2%	140 48.4%	288 99.7%	32 11.1%	19 6.6%	36 12.5%	60 20.8%	74 25.6%	42 14.5%	25 8.7%	288 99.7%
PRESENCIA Recuento % del total	1 .3%	0 0.0%	1 .3%	1 .3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 .3%
Total Recuento % del total	149 51.6%	140 48.4%	289 100.0%	33 11.4%	19 6.6%	36 12.5%	60 20.8%	74 25.6%	42 14.5%	25 8.7%	289 100.0%

FUENTE: ficha de recolección de datos

Según los factores genéticos, en el sexo masculino se da la mayor presencia con 1 caso, que representa un 0.3%, y en cuanto a la edad la mayor presencia se da a los 6 años, con 1 caso que representa 0.3 %.

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN EL FACTOR FUNCIONAL EN RELACIÓN A SEXO Y EDAD

FACTORES FUNCIONALES	SEXO		Total	EDAD							Total
	MASCULINO	FEMENINO		6 AÑOS	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS	
AUSENCIA Recuento % del total	146 50.5%	137 47.4%	283 97.9%	33 11.4%	19 6.6%	35 12.1%	60 20.8%	71 24.6%	40 13.8%	25 8.7%	283 97.9%
PRESENCIA Recuento % del total	3 1.0%	3 1.0%	6 2.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 .3%	0 0.0%	3 1.0%	2 .7%	0 0.0%	6 2.1%
Total Recuento % del total	149 51.6%	140 48.4%	289 100.0%	33 11.4%	19 6.6%	36 12.5%	60 20.8%	74 25.6%	42 14.5%	25 8.7%	289 100.0%

FUENTE: ficha de recolección de datos

- Según los factores funcionales, en el sexo masculino se da la mayor presencia con 3 casos, que representa un 1%.
- Según los factores funcionales, en el sexo femenino se da la mayor presencia con 3 casos, que representa un 1%.
- En cuanto a la edad la mayor presencia de casos se a los 10 años, con 3 casos que representa un 1%.

DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTUAL DE LA MUESTRA SEGÚN EL FACTOR TRAUMATICO EN RELACION A SEXO Y EDAD

FACTORES TRAUMATICOS	SEXO		Total	EDAD						Total	
	MASCULINO	FEMENINO		6 AÑOS	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS		12 AÑOS
AUSENCIA	97	101	198	19	14	27	38	50	31	19	198
Recuento % del total	33.6%	34.9%	68.5%	6.6%	4.8%	9.3%	13.1%	17.3%	10.7%	6.6%	68.5%
PRESENCIA	52	39	91	14	5	9	22	24	11	6	91
Recuento % del total	18.0%	13.5%	31.5%	4.8%	1.7%	3.1%	7.6%	8.3%	3.8%	2.1%	31.5%
Total	149	140	289	33	19	36	60	74	42	25	289
Recuento % del total	51.6%	48.4%	100.0%	11.4%	6.6%	12.5%	20.8%	25.6%	14.5%	8.7%	100.0%

FUENTE: ficha de recolección de datos

- Según los factores traumáticos, en el sexo masculino se da la mayor presencia con 52 casos, que representa un 18%, y en cuanto a la edad la mayor presencia de casos se da a los 10 años, con 24 casos que representa un 8.3%

Objetivos

Determinar la prevalencia de alteraciones ortodóncicas según el índice de la Asociación Iberoamericana de Ortodoncistas en niños de 06 a 12 años que acuden al Centro de Salud Santa Rosa MINSA-Cusco, 2015.

- Determinar la prevalencia de alteraciones genéticas en niños de 06 a 12 años, por sexo y edad.
- Determinar la prevalencia de alteraciones funcionales en niños de 06 a 12 años, por sexo y edad.
- Determinar la prevalencia de alteraciones traumáticas en niños de 06 a 12 años, por sexo y edad.
- Determinar la prevalencia de alteraciones de orden dentario en niños de 06 a 12 años, por sexo y edad

DISCUSIÓN

La presencia alteraciones en el estudio fue de 86.5 %. Estos resultados corroboran los estudios realizados por **Huamán Isla**, encontrando así un 94.80% de maloclusiones. **Velásquez Inga**, mostraron que la presencia de Anomalías Ortodóncicas en escolares con Dentición Mixta fue 83%. Y **Quispe Taracaya**, con 62.7%.

Según los factores genéticos, la mayor presencia se da con 1(3%) caso en el sexo masculino a la edad de 6 años. Estos resultados corroboran los estudios realizados por **Huamán Isla**, encontrando así un 0.00% de alteraciones genéticas. Según los factores funcionales, la mayor presencia se da con

6(2.1%) casos. Estos resultados corroboran los estudios realizados por **Huamán Isla**, encontrando así un 3.34% de alteraciones funcionales.

Según los factores traumáticos, la mayor presencia se da con 91(31.5%) casos. Éstos resultados no corroboran los estudios realizados por **Huamán Isla**, encontrando así un 0.00% de alteraciones traumáticas.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se encontró una alta prevalencia de alteraciones ortodóncicas en el sexo femenino y a la edad de 10 años; Según los factores genéticos, la mayor presencia se da con un caso en el sexo masculino a la edad de 6 años; Los factores funcionales, se dan con mayor presencia en comparación con los genéticos. Con iguales porcentajes tanto en el sexo masculino como femenino y a la edad de 10 años; Según los factores traumáticos, este es el que predomina con más frecuencia que los anteriores. Encontrando así una mayor prevalencia en el sexo masculino y a la edad de 10 años; Según los factores de orden dentario, encontramos que predomina con mayor frecuencia el apiñamiento en el sexo femenino y a la edad de 10 años, sobremordida en el sexo masculino y a la edad de 10 años, contacto anteroposterior en el sexo masculino y a la edad de 10 años, seguido de dientes faltantes y/o ectópico en el sexo

masculino y a la edad de 10 años, mordida abierta en el sexo masculino y a la edad de 10 años, y en menores porcentajes oclusión invertida incisivo en el sexo masculino y a la edad de 8 años, diastema superior en el sexo masculino y a la edad de 6 años, oclusión invertida canino en el sexo femenino y a la edad de 12 años y oclusión invertida molar premolar en el sexo femenino y a la edad de 12 años. Con los resultados obtenidos en el trabajo de investigación se llega a la comprobación de que la prevalencia de las alteraciones ortodóncicas es mayor en comparación a los que no presentan alteraciones, así mismo se comprueba la veracidad de los antecedentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quispe Taracaya H. "prevalencia de maloclusiones y necesidad de tratamiento según el índice estético dental en escolares de 12 años, institución educativa mixta Uriel García, Cusco-2011" Cusco, Universidad San Antonio Abad del Cusco, 2011.
2. Velásquez Inga E.H, "anomalías ortodóncicas, necesidad y prioridad de tratamiento ortodóncico de maloclusión según el índice de la asociación iberoamericana de ortodoncistas (AIO), en escolares con dentición mixta, de una institución educativa del distrito de comas-lima". Lima, 2014.
3. Huamán Isla. R. "prevalencia de anomalías ortodóncicas, necesidad y prioridad de tratamiento ortodóncico según el índice de maloclusión de la asociación iberoamericana de ortodoncistas (AIO) en escolares con dentición mixta en el año 2008" lima, 2009.
4. Zambrano morales, A.G. "alteraciones de posición dentaria como consecuencia del hábito de succión digital en niños y niñas de 5 a 12 años de edad, alumnos de la escuela fiscal mixta "pablo Julián Gutiérrez". Quito, 2015.
5. Piñeda Armijos, F.E. "prevalencia de maloclusiones, necesidad y prioridad de tratamiento ortodóncico según el índice de maloclusión de la asociación iberoamericana de ortodoncistas (AIO) en escolares con dentición mixta de la escuela "Juan maría río frío" de la ciudad de Loja durante el periodo abril-noviembre del 2012". Loja, 2012.
6. Díaz Calva, T.E. "prevalencia de las maloclusiones dentarias y su relación con la pérdida prematura de los dientes primarios en los escolares de 7 a 10 años en la escuela fiscal ing. José alejandrino Velasco de la ciudad de Loja durante el periodo abril- octubre del 2011" Loja. 2011.
7. Cuenca Sala E, Baca García P. Odontología preventiva y comunitaria; 2013. p. (9-33) https://books.google.com.pe/books?id=lyiivqn0hdec&pg=pt35&dq=prevalencia+en+odontologia&hl=es&sa=x&ei=noinvd_zljobnp03g8ad&ved=ccgq6aewa
8. Alvarado Anicama, R.M. Prevalencia y necesidad de Tratamiento de caries dental en la I.E Reina de España N° 7053 barranco-Lima. Tesis de bachiller para obtener el título de cirujano dentista en la Facultad de odontología de la unmsm. 2005.
9. López Montes R. I. "Prevalencia de Maloclusiones Dentarias en alumnos de 9-12 años de la escuela primaria federal Ignacio Ramírez de Tihuatlan Veracruz". poza rica, Universidad Veracruzana; 2011. <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30917/1/lopezmontes.pdf>
10. Fernández Delgado FJ. Prevención de las Maloclusiones. 2009 <http://www.gacetadental.com/2009/04/prevencion-de-lasmaloclusiones-31045/>
11. Talley Millán M, Katagiri Katagiri M, Pérez Tejada E. Casuística de Maloclusiones Clase I, Clase II y Clase III según Angle en el departamento de Ortodoncia de la UNAM, Revista Odontológica Mexicana. 2007. Pág. (175-180). <http://revistas.unam.mx/index.php/rom/article/viewfile/15720/14934>
12. Organización Mundial de la Salud. Educación Sanitaria e higiene dental. Serie de Informes Técnicos: 449. http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_449_spa.pdf
13. Alemán Estévez MG, Martínez Brito I, Pérez Lauzurique A, Índice de Estética Dental y Criterio Profesional para determinar la Necesidad de Tratamiento. Revista Médica Electrónica. 2011. vol.33 n°.3
14. Alva Rímac.G., Blas Meza.H. Prevalencia, severidad y necesidad de tratamiento ortodóncico de maloclusiones según el Índice Estético Dental en escolares de 12 a 16 años de edad, en las Instituciones Educativas Públicas del distrito de Ambo – Huánuco, Noviembre–2010.
15. Morán, Zamora. O. Tipos de Maloclusiones y Hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E.B.N los Salías, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. Miranda, Venezuela. revista latinoamericana de ortodoncia y Odontopediatría. 2013. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art4.asp>

Fecha de recepción: 15 / 06 / 2015

Fecha de aceptación: 29 / 06 / 2015

Hanco Tito Maria Edith
984218333
maried_218@hotmail.com
Vera Ferchau Helga
984766870
helgavera2@hotmail.com

* Villa D.
** Torre Z.

IMPLANTES UNITARIOS “UNA FORMA FÁCIL Y SENCILLA DE TENER NUEVOS DIENTES”

* Mgt. en políticas y gestión en salud, Esp. en Periodoncia
** Cirujana Dentista

RESUMEN

Se ha impuesto en los últimos años la osteointegración como base biológica de la recepción de la reposición de dientes perdidos. La técnica se basa en el comportamiento biológico del hueso frente a la pureza de un material como el titanio que lo hace totalmente biocompatible.

Desde el punto de vista de la periodoncia, la realización de implantes unitarios serían las indicaciones precisas y específicas como complemento de un tratamiento periodontal.

La restauración de un solo diente mediante un implante unitario supone un gran desafío desde el punto de vista implantológico y protético.

El presente caso clínico se desarrolló con la intención de dar a conocer que si se tienen bases sólidas en conocimientos y criterios se puede a un paciente cualquiera brindar servicios en todas las áreas multidisciplinariamente.

Se realizó este tratamiento multidisciplinariamente, con un rehabilitador oral para carillas y coronas de porcelana, un endodoncista para retratar endodoncias y un periodoncista para colocar implantes unitarios en el maxilar inferior. El procedimiento fue eliminar focos infecciosos realizar fisioterapia oral y colocar implantes unitarios en las zonas edentulas de las piezas 3.6 y 4.6 implantes de conexión interna de 4.5 * 11.5mm.

ABSTRACT

Has been imposed in recent years as osseointegration biological basis of receipt of the replacement of missing teeth. The technique is based on the biological behavior of bone compared to the purity of a material such as titanium which makes it totally biocompatible.

From the point of view of periodontics, performing unit and immediate implants would be precise and specific indications as an adjunct to periodontal treatment.

The restoration of a single tooth implant by a unit is a major challenge from the point of implant and prosthetic eye.

This case report was developed with the intention to make it known that if you have a solid foundation in knowledge and criteria to a patient can either provide services in all areas multidisciplinary.

This multi-disciplinary treatment was performed with an oral rehabilitation to veneers and porcelain crowns, root canals to portray an endodontic and a periodontics to place tooth implants in the lower jaw. The procedure was to eliminate infectious foci perform oral physiotherapy unit and place implants in edentulous areas of parts 3.6 and 4.6 internal connection implants 4.5 * 11.5mm.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

EPICRISIS

Datos generales del paciente

- Sexo: Masculino
- Edad: 46 años
- Ocupación: Economista
- Grado de Instrucción: Superior
- Procedencia: Cusco

Antecedentes:

El examen clínico general, por los valores registrados, referentes a la ectoscopia y los signos vitales, nos hace concluir que el paciente presenta un buen estado sistémico general.

Hallazgos clínicos:

Se presenta el paciente a la consulta manifestando que desea realizarse un tratamiento integral, clínicamente observamos ausencia de las piezas 3.6 y 4.6.

Hallazgos radiológicos:

Se observa dientes endodonciados, ausencia de las piezas dentarias 3.6 y 4.6.

restauraciones simples en diferentes piezas dentarias, bruxismo.

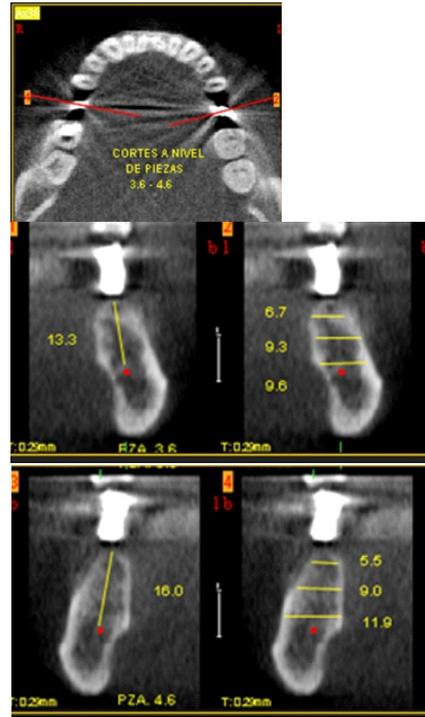
FOTOGRAFÍAS INTRAORALES



Radiografía panorámica y periapical



TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA



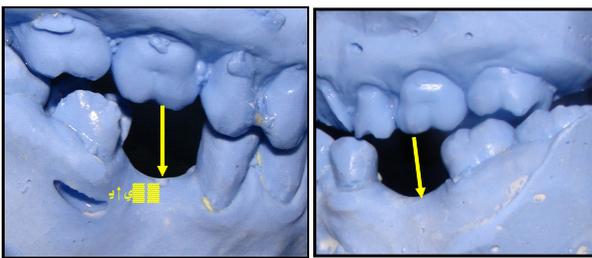
TRATAMIENTO.- Guía Tomografía



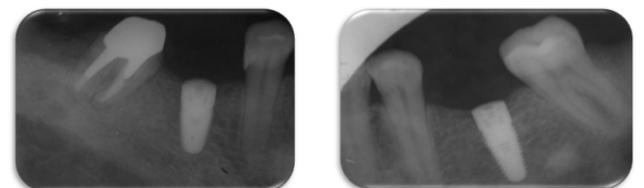
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO



ESPACIO PROTÉTICO



ESPACIO MESIO-DISTAL



DISCUSIÓN

El primer investigador que introdujo esta alternativa de tratamiento con implantes tipo Branemark fue Jemt en 1986, mediante un estudio realizado a 3 años con 21 implantes en 15 pacientes. Todos ellos se osteointegraron con éxito menos tres, obteniendo una supervivencia a los tres años del 90%.

Posteriormente este mismo autor en un estudio multicéntrico prospectivo con 107 implantes en 92 pacientes, 38 de ellos colocados en maxilar y 74 con más de 13mm de longitud, obtuvo un porcentaje de supervivencia del 96%.

Resultados similares se presentan en estudios realizados por diversos autores como Henry y cols. en un estudio multicéntrico realizado a 5 años sobre 92 pacientes con un total de 107 implantes unitarios obteniendo grados de supervivencia al año del 96,6% en el maxilar y del 100% en la mandíbula.

Nilsen y cols. obtienen un éxito del 97,6% en un estudio retrospectivo realizado sobre implantes unitarios Branemark realizado en la Universidad de Linkping (Suecia) y durante los años 1984 y 1989.

Haas y cols. obtienen un 92% de supervivencia sobre un total de 76 implantes unitarios Branemark, en 71 pacientes, en un estudio retrospectivo realizado entre el periodo de 1987 a 1993.

La pérdida ósea encontrada al año en estos implantes difiere según los autores revisados, así autores como Levine, Hass y Nilson documentan una pérdida ósea del 0.2 mm durante el primer año de seguimiento. Laney y Denliti relatan un pérdida del 0.1 mm al año, mientras Palmer y Michael encuentran pérdidas del 0.4 mm en un estudio realizado sobre implantes unitarios tipo AstraTech.

CONCLUSIONES

Del presente caso clínico podemos concluir:

1. La cirugía para implantes es un tratamiento sumamente efectivo realizado en las condiciones óptimas del caso. Es necesario un claro conocimiento morfológico y funcional de los tejidos para poder comprenderla en su totalidad.
2. Se realiza un diagnóstico oportuno tomando en cuenta que cada caso es diferente y hay que tomar la decisión de los pasos a seguir para realizar la cirugía con éxito, cuales ejecutar y cuales omitir en el caso de que no sean necesarios.
3. En este caso se optó por restablecer las piezas perdidas. Es de suma importancia que el cirujano dentista conozca las indicaciones y contraindicaciones para realizar tratamientos adecuados, y familiarizarse con las técnicas quirúrgicas.
4. Se concluye que el éxito de este procedimiento es proporcional a la técnica, a la destreza del operador y los materiales a utilizar, es necesario ser lo más conservador posible y no olvidar el correcto diagnóstico del caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Adell R. Longterm treatment results. Pp. 175-186 in PI Branemark, G., Zarg, y T. Albrektsson (eds.). Tissue integrated Prostheses. Osseointegration in clinical Dentistry. Chicago Quintessence Publishing Co., 1985.
- 2.- Adell R, Lekholm U, Rockler B, Branemark PI. A 15 year study of osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Int J Oral Surg; 10: 387, 1981.
- 3.- Adell R, Lekholm V, Rockler B, Branemark PI, Lindhe I, Eriksson B, Sbordone L. Marginal tissue reactions at osseointegrated titanium fixtures I. A three year longitudinal prospective study. Int. J Oral Surg; 15: 39, 1986.
- 4.- Albrektsson T, Worthington P. La eficacia a largo plazo de los implantes dentales utilizados actualmente. Arch Odontoestomatol; 3: 211, 1987.
- 5.- Albrektsson T, Blonberg S, Branemark A, Carlsson GE. Ser desdentado es un handicap: reacciones del paciente al tratamiento con prótesis osteointegrada. ArchOdontoestomatol; 5:190, 1989.

Fecha de recepción: 15 / 06 / 2015

Fecha de aceptación: 29 / 06 / 2015

Villa Palomino Deyvis Robinson
984 316198
deyvisvilla@hotmail.com

Torre Ayala Zindhy Lizbeth
991 115138
zindhy28@hotmail.com

EXTRACCIÓN DE LA BOLA DE GRASA DE BICHAT UNA CIRUGÍA SIMPLE CON MAGNÍFICOS RESULTADOS

* Villa D.
**Zaravia P.

* Mgt. en políticas y gestión en salud
Esp. en Periodoncia
** Cirujana Dentista

RESUMEN

La Bola de Bichat, llamada también Bolsa de Grasa Bucal (BGB), es una estructura anatómica muy definida que tiene una gran relevancia en el contorno de las mejillas y por ende en la región media e inferior de la cara. Es una intervención muy sencilla, mínimamente invasiva y completamente ambulatoria, cada vez más instaurada en nuestro país. El retiro apropiado en rostros redondeados u ovalados produce cambios sorprendentes en la simetría facial, reduciendo la plenitud de las mejillas y dando una mayor luminosidad a las eminencias malares.

Los resultados de la cirugía no son inmediatos, ya que deben pasar unos 3-4 meses para empezar a notar el efecto en la cara, cuando la piel se retrae y se adhiere a su nueva posición tras retirar la bola de grasa. Tras la cirugía siempre se debe recetar un antibiótico por unos 4-5 días y antiinflamatorios para reducir las posibles molestias post-quirúrgicas. Es muy importante advertir al paciente que debe mantener una higiene oral correcta y evitar el tabaco, ya que éste favorece la infección.

ABSTRACT

The Ball of Bichat, also called Buccal Fat Bag (BGB), is a very definite anatomical structure that has great relevance in the contour of the cheeks and therefore in the middle and lower region of the face. It is a very simple increasingly introduced in our country intervention, minimally invasive and fully ambulatory. Proper retirement in round or oval faces produce amazing changes in facial symmetry, reducing the fullness of the cheeks and giving more light to the malar eminences.

The results of surgery are not immediate, since they must spend about 3-4 months to start noticing the effect on the face, when the skin is pulled back and adheres to its new position after removing the grease ball.

After surgery you should always prescribe an antibiotic and anti-inflammatory about 4-5 days to reduce possible post-surgical discomfort. It is important to warn the patient to maintain proper oral hygiene and avoid snuff, as it favors infection.

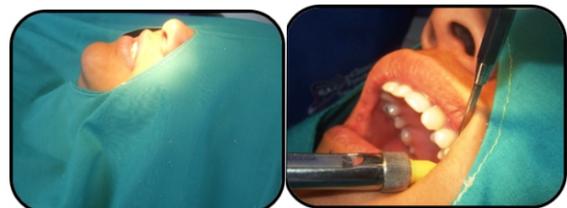
Presentación del caso:

El presente caso clínico describe cómo se realizó la extracción de las bolas de bichat, en un paciente de sexo femenino de 26 años de edad, paciente sin enfermedad aparente que tenía pensado hacerse la cirugía hace ya bastante tiempo porque no se sentía muy conforme con sus cachetitos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Luego de la preparación de la mesa quirúrgica, realizar la desinfección y asepsia del campo a intervenir procedemos a la anestesia correspondiente.

Imagen 6,7



La cirugía consiste en realizar dos incisiones internas, una en cada mejilla. El abordaje es interno o intraoral es el más recomendado. Se realiza a través de una incisión horizontal a 0.5 cm. del surco gingivo-labial superior, a la altura del segundo premolar, extendiéndose 2 cm. posterior paralelo al sulcus.



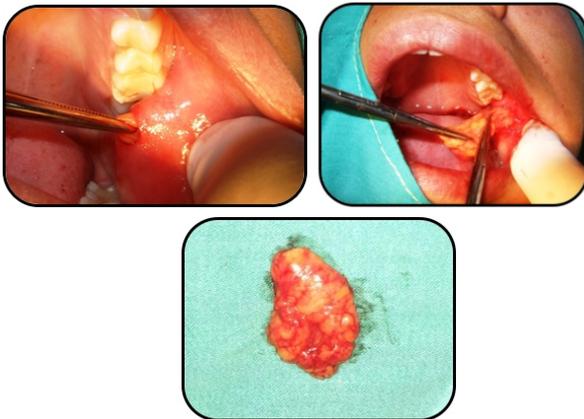
Luego, se incursiona con una tijera roma dirigiendo la punta hacia el ángulo témporo-mandibular; se dibulsionan las fibras del músculo buccinador y con una ligera presión en las mejillas aparece la Bola de Bichat rápidamente expuesta con una cápsula delgada, diferente a la de los lipomas y una coloración brillante.

Imagen 8,9



Luego con una pinza cocher se entreseca dentro de la incisión se prensa la bola de bichat y se tracciona suavemente hasta retirar por completo

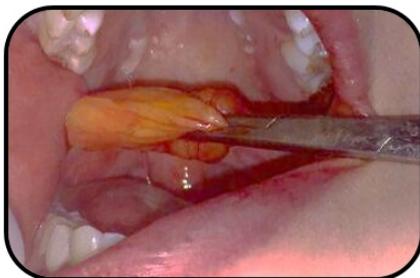
Imagen 10,11,12



Posteriormente se procede a realizar la sinéresis o sutura, recomendamos realizarla con vicril.

Se realiza el mismo protocolo en la otra mejilla.

Imagen 13



Es muy importante medir el tamaño y el volumen de las bolas de bichat para no tener problemas posteriores como por ejemplo una asimetría facial. Existen constantes en cuanto a peso y volumen, con un promedio de 9,3 gramos y 9,6 cc respectivamente. El tamaño de la Bola de Bichat se correlaciona pobremente con el grado de adiposidad del paciente.

Imagen 14, 15



CONCLUSIONES.- Concluimos que la extensión bucal es de (30 a 40%) y parte del cuerpo (25%) son los segmentos que mayormente se extraen y que conforman la llenura en las mejillas. La técnica para ubicar rápidamente la BGB es dirigir el abordaje hacia la dirección de la articulación temporo-mandibular con tracción suave. Usar de preferencia instrumentos romos para no dañar ramas del nervio facial. Usar medicamentos compresivos inmediatos y por 5 días para no producir hematomas. Las posibles paresias deben ceder al mes utilizando fisioterapia y vitaminas del complejo B (B1 - B2 - B12). Un resultado óptimo se verifica al segundo mes de post-operatorio y exactamente muy bien a los cuatro meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Rodríguez K. Algunas consideraciones éticas sobre la cirugía plástica. Revista Cubana La Habana. Cuba. 2007; 46(4). URL disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol46_4_07/cir12407.pdf. Accedido en fecha 21 de julio de 2014
2. Anónimo. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana. Sociedad española de cirugía plástica reparadora y estética. España. 2011; 37(1): 1-99. URL disponible en: http://www.planetec.tv/filacp/revista-pdf/37_1.pdf. Accedido en Fecha 21 de julio de 2014.
3. Nicolich F. Montenegro C. Extracción de la bola de bichat. Cirugía Dermatológica. Perú. 1997; 8 (1). URL disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/fofia/vol8_n1/extracci%C3%B3n.htm. Accedido en fecha 21 de julio de 2014
4. Anónimo. Bichatoplastia: Adelgazamiento de las mejillas. Clínica de Medicina Estética. Chile. 2013. URL disponible en: http://www.vitaclinic.cl/wpcontent/uploads/2013/04/txt_bichatoplastia.pdf Accedido en fecha 21 de julio de 2014.
5. Monreal J. Lipoimplante: remodelación y regeneración tisular. Lipoimplante. España. 2011: 1-14. URL disponible en: <http://www.drmonreal.info/ProcedimientosPDF/Lipoimplante.pdf>. Accedido en fecha 21 de juliode2014.

Fecha de recepción: 15 / 06 / 2015

Fecha de aceptación: 29 / 06 / 2015

Villa Palomino Deyvis Robinson
984 316198
deyvisvilla@hotmail.com

Zaravia Quispe Pavel Jonathan
984767868
pavelzaravia@hotmail.com

IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DEL ANTIBIOGRAMA EN PROCESOS INFECCIOSOS Y PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS POST QUIRÚRGICOS.

* MALPARTIDA A.

* Maestría en Docencia Universitaria y Gestión Educativa.
Egresado de la Segunda Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar y
Post grados en Ciencias Forenses
Docente de Deontología y Odontología Legal Forense de la UAC

RESUMEN

Objetivo: Asegurar la efectividad del antibiótico en procesos infecciosos y procedimientos odontológicos post quirúrgicos para prevenir complicaciones. **Material Y Método:** Uso del antibiograma en pacientes resistentes a antibióticos en terapias protocolares. **Resultado:** Disminución ideal del proceso infeccioso y como consecuencia mejora del cuadro clínico. **Conclusión:** La efectividad de un antibiótico ira en relación a la condición fisiológica expresada por un antibiograma.

Palabras clave: Antibiograma; procesos infecciosos; procedimientos Odontológicos.

ABSTRACT

Objective: Surgical post assure the efficiency of the antibiotic in infectious processes and odontologic procedures to anticipate complications. **Methods:** Use of the antibiogram in patients resistant to antibiotics in therapies protocol. **Result:** ideal Decrease of the infectious process and as consequence it improves of the clinical picture. **Conclusion:** The efficiency of an antibiotic ire in relation to the physiological condition expressed by an antibiogram

Key words: Antibiogram; infectious processes; Odontologic procedures.

INTRODUCCIÓN

Los protocolos de atención y prescripción medicamentosa son aplicados con mucha frecuencia en nuestro medio en los servicios odontológicos, en la mayoría de centros públicos son utilizados de forma mecánica debido a la gran demanda de paciente lo que podría significar la aparición de algunos grupos resistentes al tratamiento protocolar.

Las infecciones odontogénicas son una de las principales causas de consulta en la práctica odontológica. Estas afectan a individuos de todas las edades y son responsables de la mayoría de las prescripciones de antibióticos en el campo de la odontología.(1)

El establecimiento de una correcta y exitosa terapia antibacteriana depende no sólo de conocer la amplia gama de antibacterianos existentes, su mecanismo de acción, espectro de acción, farmacodinámica y farmacocinética; sino también del uso de herramientas fundamentales como resultan ser las pruebas de evaluación de la susceptibilidad bacteriana a dichos agentes quimioterápicos. (2)

La infección odontógena es una infección polimicrobiana y mixta (aerobios/anaerobios). Comprende diversos cuadros clínicos, cuya importancia deriva de su frecuencia y gravedad potencial. Es el tipo de infección más frecuente en la cavidad oral y su tratamiento supone hasta el 10% del total de prescripciones de antibióticos en la comunidad. En la mayoría de los casos su tratamiento requiere la combinación de procedimientos odontológico/quirúrgicos y farmacológicos, éste último no siempre es necesario. La

elección del antibiótico es empírica basándose en criterios epidemiológicos en función del cuadro clínico, las bacterias implicadas en el mismo y su sensibilidad al antibiótico, además del perfil farmacológico/farmacodinámico del mismo y las características individuales y clínicas del paciente. Por ello es importante realizar un diagnóstico lo más preciso posible y conocer la indicación de terapéutica antibiótica de los distintos cuadros. Los antibióticos de elección son los betalactámicos: Amoxicilina, Amoxicilina - clavulánico y como alternativa Clindamicina(3)

La infección odontogénica es la tercera causa de consumo de antibiótico debido a patología infecciosa en España generando aproximadamente el 10-12% del total de las prescripciones de estos fármacos en la comunidad(4)(5)

Existen personas con intolerancia : Sensibilidad químicas múltiples I/SQM

Muchos enfermos con I/SQM presentan hipersensibilidad a algunos fármacos. Sin embargo la I/SQM no es lo mismo que la alergia, no existen contraindicaciones absolutas a los fármacos pero si deben tomarse con precaución (6)

La Fisiología del ser humano es muy variable considerando factores, genéticos, emocionales raciales, etc.

El genoma humano es muy grande; está compuesto por unos tres mil millones de subunidades o bases, lo que significa que incluso un porcentaje minúsculo de variación de un individuo a otro supone un importante número de diferencias genéticas. La cuestión es en qué parte del genoma se encuentra esa variación, y cómo se distribuye entre las diferentes poblaciones.(7)

Existe una gran gama de medicamentos utilizados en diversas infecciones Odontogénicas pero en su gran mayoría muchos muestran un grado de resistencia o cesibilidad como efectos secundarios (3)

Dosis orales y efectos secundarios de los antibióticos utilizados habitualmente en infecciones odontogénicas*

ANTIBIÓTICO	DOSIS ADULTO**	DOSIS NIÑOS**	EFFECTOS SECUNDARIOS
Penicilina V	500 mg / 6 h		Alteraciones gástricas (diarrea, náuseas, etc.), reacciones de hipersensibilidad
Amoxicilina	500 mg / 8 h 1000 mg / 8-12 h	50 mg/kg/día (en 3 dosis)	Alteraciones gástricas, reacciones de hipersensibilidad, candidiasis
Amoxicilina-Clavulánico	500+125 mg / 8h 875+125 mg / 8h 2000 mg / 12 h	40-80 mg/kg/día (en 3 dosis)	Alteraciones gástricas, reacciones de hipersensibilidad, candidiasis
Doxiciclina	100 mg / 12 h	No recomendada	Decoloración dentaria en niños
Clindamicina	300 mg / 8 h	10- 25 mg/kg/día (en 3 dosis)	Colitis pseudomembranosa
Metronidazol	500-750 mg / 8h	30- 45 mg/kg/día (en 3 dosis)	Desórdenes gastrointestinales xerostomía, disgeusia, alteraciones SNC, anestesia/parestesia, incompatible con ingesta de alcohol
Clarithromicina	250-500 mg / 12 h	7,5-15 mg/kg/día (en 3 dosis)*	Desórdenes gastrointestinales
Azitromicina	500 mg / 24 h	10 mg/kg/día	Desórdenes gastrointestinales
Moxifloxacino	400 mg / 24 h	No recomendado	

* Elaborada a partir de las de Bascones A. 2004⁶; Maestre JR. 2004⁶;

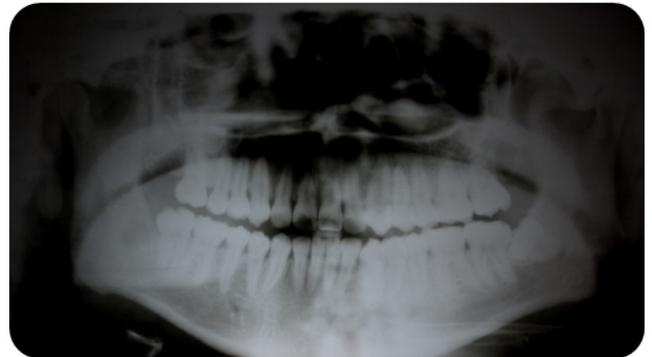
Tabla I(3)

REPORTE DE CASO.

Paciente de sexo femenino , de 21 años de edad acude a consulta refiriendo dolor post quirúrgico de la pieza 4.8 después de 7 días de intervención al examen clínico se observa supuración mal olor y ligera edematización en zona intervenida,



al examen radiográfico se observa imagen radio lucida correspondiente a remoción de tercera molar sin alteración notoria fig 1.



Paciente refiere haber recibido medicación durante los 7 días consistente en:

Antibiótico: Clindamicina IM/Amp de 900mg/6ml cada día por 3 días y posteriormente clindamicina de 300 mg tabletas cada 8 horas por 4 días mas.

Analgésico: Diclofenaco 3ml/75mg mas dexametazona 4mg/ml IM por 3 días.

Paciente refiere haber tenido un intento de cirugía un día antes en otro consultorio el que no se concreto.

Se procedió a la anestesia y limpieza de la herida encontrando una alveolitis húmeda supurante con coágulos necróticos.

Se le realizo el curetaje y lavado respectivo para eliminar posibles restos de esquirlas Oseas y una vez producido el coagulo se procedió a la colocación de apósito con Yodoformo.

Se le medico con amoxilina de 500mg con acido clavulánico125mg cada 6 horas por 7 días por la caracterización de la supuración amarillenta que se encontró.

Durante los controles la paciente mantuvo buen proceso evolutivo hasta la cicatrización completa externa e interna.

Meses después paciente acudió por a consulta por cuadro similar por cirugía de tercer molar inferior 3.8 y presencia de alveolitis húmeda medicada con clindamicina de 300mg c/8h por 7 días y tomando en cuenta los registros en su historia clínica de medicación anterior se procedió al tratamiento protocolar de limpieza y curetaje alveolar con medicación de amoxicilina de 500mg c/8horas el cual disminuyo el proceso progresivamente hasta su cicatrización.

A considerar en este caso la necesidad de realizar un antibiograma y debido a la intervención reincidente de clindamicina no se pudo recoger la muestra para el estudio de sensibilidad antibiótica.

CONCLUSIONES

La efectividad de un Antibiótico sobre un proceso infeccioso en la prevención o disminución de los agentes contaminantes se medirá de acuerdo al grado de resistencia que presente el paciente con relación al fármaco existiendo la necesidad de considerar la condición fisiológica del paciente mediante un antibiograma dado que en el actuar protocolar existirá siempre el riesgo de que un ser humano pueda presentar algún tipo de susceptibilidad (sensibilidad o resistencia) de una bacteria a un grupo de antibióticos.

Fecha de recepción: 15 / 06 / 2015
Fecha de aceptación: 29 / 06 / 2015

Malpartida Caviedes Annushka
940 485966
annushka_mc@hotmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Velasco M Ignacio, Soto N Reinaldo. Principios para el tratamiento de infecciones odontogénicas con distintos niveles de complejidad. Rev Chil Cir [Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Ene 04]; 64(6): 586-598. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000600016&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262012000600016>.
- 2.- Urdaneta L. Antibiograma, Universidad de Los Andes Facultad de Odontología Departamento de Biopatología Cátedra de Microbiología ; Solicitud e interpretación de análisis de laboratorio: Venezuela;2011
- 3.- Rodriguez E, Rodriguez M. Tratamiento antibiótico de la infección odontogénica: Rev Ter Sist Nac Salud 2009; 33:67-79
- 4.- Matesanz P, Figuero E, Giménez MJ, Aguilar L, Llor C, Prieto J Bascones A. Del conocimiento de la etiología bacteriana al tratamiento y la prevención de las infecciones más prevalentes en la comunidad: las infecciones odontogénicas. Rev Esp Quimioterapia 2005;18(2):136-145.
- 5.- Granizo JJ, Jiménez MJ, Bascones A y Aguilar L. Impacto ecológico del tratamiento antibiótico de las infecciones odontológicas. Rev Esp Quimioterap 2006;19(1):14-20.
- 6.- Institut Ferran de Reumatologia, *Recomendaciones Para Las Personas Con Intolerancia Sensibilidad Químicas Múltiples I/SQM: 30 de enero de 2011* Centro Internacional De Medicina Avanzada. http://www.institutferran.org/documentos/recomendaciones_isqm.pdf (ultimo acceso 03 de enero de 2016)
- 7.- Torrazza J. *La Genética Descalifica El Concepto De Raza 30 de octubre 2001*. EL PAIS DIGITAL. <http://www.ub.edu/penal/docs/geneticayraza.html> (ultimo acceso 31 de diciembre de 2015)

EL ROSTRO DE NUESTROS ANTEPASADOS

* Escobar L.

*Mgt. Salud Publica, Docente en la Universidad Alas Peruanas

RESUMEN

OBJETIVOS: Valorar el interés y la utilidad de la técnica de reconstrucción facial forense en la identificación humana individual. **MATERIAL:** Cráneos en contexto arqueológico de cronología situada entre los siglos XIX y XX . Técnica aplicada sobre restos humanos sin identificación. **MÉTODOS:** Elaboración del croquis antropológico mediante fotografía métrica, método Gerasimov (1955) de reconstrucción del perfil nasal, técnica de Stephan de posicionamiento de los ojos y boca y estimación de las profundidades de partes blandas a partir de la base de datos de De Greef (2006). Trabajo artístico en arcilla y yeso con aplicaciones de aditamentos plásticos como pestañas y cabellos. Las primeras fases de la técnica se han aplicado al caso de la aparición de un cráneo. Se realizó su análisis antropométrico para determinar la edad y sexualización. **RESULTADOS:** La técnica de reconstrucción facial nos ha permitido acercarnos a conocer el rostro de algunas personas que habitaron el cusco desde la época incaica. Su aplicación con fines forenses nos ha permitido conocer los beneficios de la técnica y descubrir paradigmas sobre el tipo de rostro de nuestros antepasados. **CONCLUSIONES:** Creemos que la técnica de reconstrucción facial artística manual ha demostrado ser una herramienta útil para la identificación humana individual en casos seleccionados.

RASGOS FACIALES DESDE EL PUNTO DE VISTA FORENSE

Los patrones faciales dan una característica racial, sexual y etaria, durante muchos años las referencias de patrones faciales en el mundo fueron en función a las conocidos Razas como son el Mongoloide, caucasoide y Negroide. En nuestra cultura definir una raza en particular ha sido imposible puesto que la diversidad y divergencias raciales son amplias.

La mezcla de razas da un maravillosa combinación de rasgos raciales sin embargo la observación de ciertos caracteres en la reconstrucción facial de cráneos de nuestro antiguo Cusco puede hoy ayudarnos a tener una visión de rasgos de nuestros antepasados.

Aun contamos con restos óseos craneales que datan una antigüedad de más de 50 años de antigüedad dicha información es valiosa puesto que en función a los avances en tecnología y la innovación en técnicas fruto de los cambios que sufrimos como humanidad podemos apreciar cambios y adaptaciones biológicas a la era y clima de nuestro habitat.

El método de reconstrucción facial nos ha aportado muchos datos que hoy podemos aprovechar y de algún modo verificar los patrones raciales y las modificaciones biológicas que estamos experimentando de un tiempo a esta parte.

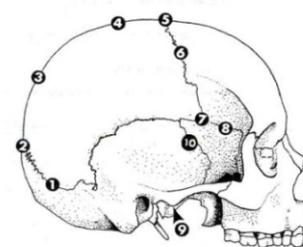
En la cátedra de estomatología forense ocupamos un ítem de capacidades en el desarrollo de métodos de reconstrucción facial, con la finalidad de entender los patrones antropométricos poniendo en práctica los conocimientos anatómicos y fisiológicos de cabeza y cuello, en beneficio de

la identificación humana.

Durante tres años se desarrolló esta actividad, con el objetivo de encontrar el potencial profesional con capacidad de trabajar y colaborar en ciencias forenses, puesto que dichas reconstrucciones se realizan con datos que se hallan en los rasgos fisiológicos apreciados en hueso los mismos que nos permiten determinar la edad y sexualización además de algunos patrones de vida apreciados en dentición presente y ausente de dichos cráneos.

El procedimiento consta en identificar los restos a través de test para valorar:

- Edad a través de técnica de Análisis de procesos de osificación de Suturas la misma que permite determinar intervalos aproximados de edad lo cual nos da un rango aproximado de edad con certeza el dato ineludible nos lo da el análisis de la sutura palatina.



Puntos ectocraneales para la observación de la obliteración (por Meindl & Lovejoy 1985)

Sutura	Inicio	Cierre
Esfeno occipital o sutura basilar	15	20 años
Esfeno frontal	22 años	65 "
Coronal; segmento superior y medio	24 "	38 "
Coronal; segmento pté-rico	26 "	41 "
Sagital	22 "	35 "
Lamboidea; segmento superior y medio	26 "	42 "
Lamboidea; segmento Astérico	26 "	47 "
Ocipito masotidea; segmento superior y media	30 "	81 "
Esfeno parietal	29 "	65 "
Esfeno temporal	30 "	67 "
Parieto mastoidea	37 "	81 "
Escamosa	37 "	81 "

Sexo (sexualización) a través de la técnica modificada de Herrmann serva

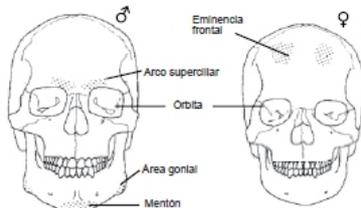


Fig. 4 Características para el sexamiento de cráneos en norma frontal (modificado, según Herrmann et al. 1990)

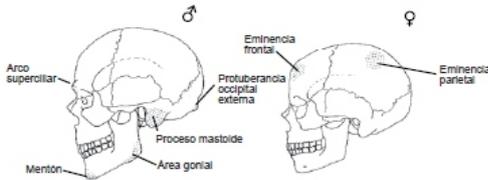


Fig. 5 Características para el sexamiento de cráneos en norma lateral (modificado, según Herrmann et al. 1990)

La determinación del sexo se realizara sumando la puntuación dada por observación de los puntos craneales de referencia si la puntuación total excede los 15 puntos entonces se concluye que la sexualización es masculina.

Reconstrucción Facial propiamente dicha: Se determina los puntos anatómicos de referencia para el relleno de tejido muscular, los patrones de referencia son de raza caucásica y la reconstrucción de los reparos anatómicos como ojos, nariz, orejas y labios son el aporte de conocimientos anatómicos y estéticos de odontología.

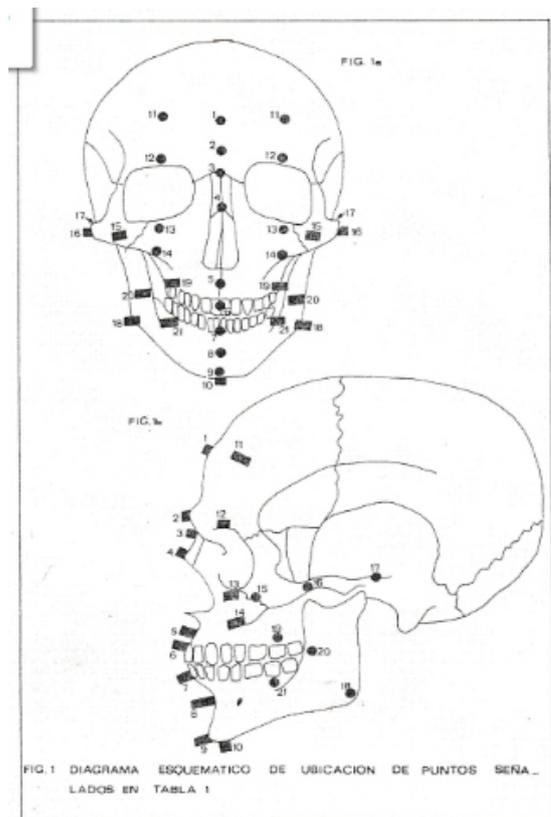
El grosor de los tejidos blandos

Una vez diagnosticados el sexo, edad y características morfométricas conducentes a su filiación racial, se procede a ubicar el grosor del tejido blando en los distintos puntos cefalométricos, ya sea en gráficas o en los vaciados en yeso del cráneo original, de acuerdo al sexo, somatotipo (delgado, atlético, obeso) y filiación racial. Infortunadamente no existen investigaciones relacionadas con la variación de los tegumentos en distintos grupos morfológicos tan heterogéneos e hibridizados como son las poblaciones latinoamericanas. Por tal razón, se supone

que el individuo encaja en alguno de los conglomerados raciales (cauca-soide, negroide, mongoloide) de los que disponemos información.

Mediciones	Grosos del tejido facial			
	Caucasoide Americano		Negroide Americano	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
1. Supraglabela	4.25	3.50	4.75	4.50
2. Glabella	5.25	4.75	6.25	6.25
3. Nasion	6.50	5.50	6.00	5.75
4. Extremo de nasales	3.00	2.75	3.75	3.75
5. Filtrum medio	10.00	8.50	12.25	11.25
6. Margen labial superior	9.75	8.50	14.00	13.00
7. Margen labial inferior	11.00	10.00	15.00	15.50
8. Surco mentolabial	10.75	9.50	12.00	12.00
9. Eminencia mentoniana	11.25	10.00	12.25	12.25
10. Borde mentoniano	7.25	5.75	8.00	7.75
11. Eminencia frontal	4.25	3.50	8.50	8.00
12. Supraorbitario	8.25	6.75	4.75	4.50
13. Suborbitario	5.75	5.75	7.75	8.50
14. Malar inferior	13.50	12.50	16.75	17.50
15. Orbita lateral	9.50	10.50	13.25	13.50
16. Punto medio de arco zigomático	7.00	7.00	8.75	9.25
17. Supraglenoideo	8.25	7.75	11.75	12.25
18. Gonion	11.00	9.75	14.50	14.25
19. Supra M ¹	18.50	17.75	22.00	21.00
20. Línea oclusal	17.75	17.00	19.25	18.75
21. Sub M ₂	15.25	15.25	16.25	17.00

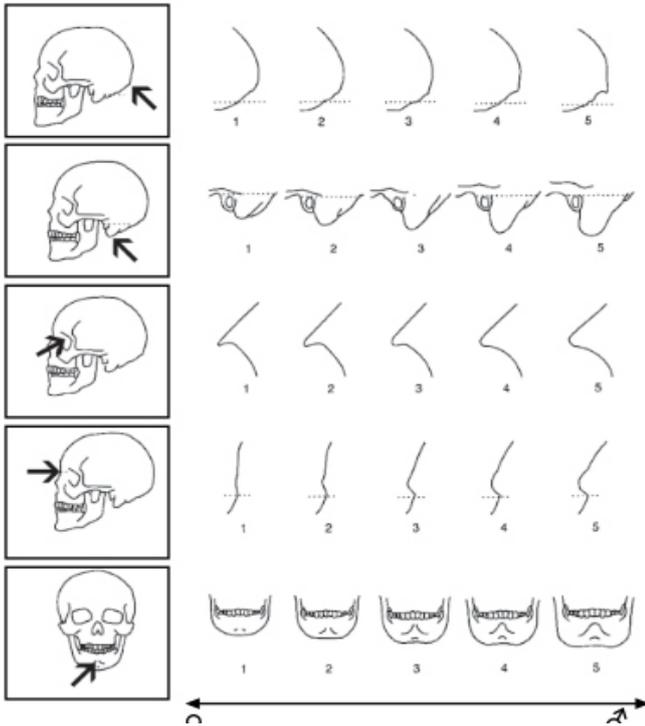
Luego de posicionar las referencias de grosor muscular de acuerdo a la investigación de Rhine y Susuki en 1980 y 1982



Posteriormente se realiza el relleno muscular con las medidas aproximadas. Y luego se restituye los reparos anatómicos que dan una fisonomía adecuada, sin embargo la restitución de ojos, nariz y límite de comisuras labiales y grosor de labios dependerán de conocimientos odontológicos. Los mismos que son motivo de investigación actual.

El reporte de una caso particular es de una NN cuyo rostro fue grato para nosotros reconstruir, en función a los datos que mencionamos anteriormente determinamos primero La sexualización: Mediante el test Buikstra & Ubelaker (1994)

	Punto craneal de referencia	Puntuación
1	Cresta occipital	2
2	Proceso mastoideo	2
3	Borde supraorbital	1
4	Arco supraorbital	3
5	Menton	2



La sexualización determinada fue: femenina

La determinación de la edad se realizó mediante el test de Meindl & Lovejoy el análisis de suturas exocraneales





A la evaluación concluimos que tiene una edad promedio de >35 años < 40 años

Posteriormente se procede a realizar el marcado de los puntos de referencia de tejido muscular con topes silicona enumerados de acuerdo al esquema Japones, de acuerdo a la sexualización.



Los rasgos como Forma de Ojos y tamaño de la nariz, son datos que por anatomía se reconstruyen durante el proceso de relleno muscular, el referente odontológico sobre diseño de sonrisa nos permite guiar muchos de estos detalles como por ejemplo el ancho de los labios y grosor lo determinamos después de reconstruir los dientes y de acuerdo a la simetría y orden dado por los maxilares estos en función a los parámetros de rehabilitación y prótesis nos brindan un buen

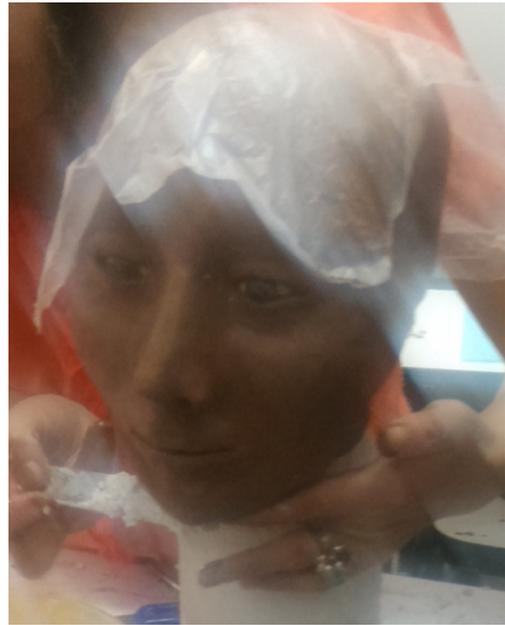
referente anatómico, cuando se concluye con el relleno facial se determina ciertas particularidades como los que tiene la piel, la misma que incluye el color.

En referencia de algunos autores e investigaciones toamos los siguientes datos para la reconstrucción de:

Posicionamiento de los ojos: Muchos estudios afirman que el centro del iris se halla muy próximo al centro de la órbita. Stephan (2008) y otros autores han demostrado por estudios anatómicos que esto no es del todo cierto. Al parecer el centro del iris se halla en un gran número de casos discretamente en posición supero-externa. Determinando geoméricamente el centro de la órbita posicionamos el centro del iris a 1,2 mm por arriba y a 1,7 mm en posición externa de aquel centro. Los mismos fundamentos bibliográficos hemos seguido en el caso de la posición del ojo en el perfil derecho.

Reconstrucción de la nariz: Un interesante y reciente trabajo de Rynn C y Wilkinson C (2006) (Universidad de Manchester) ha comparado 6 métodos de reconstrucción del perfil de la nariz de diferentes autores: Krogman-Iscan (1986), Gerasimov (1955), Prokopec-Ubelaker (2002), Macho (1986), George (1987) y Stephan (2003). Rynn y Wilkinson concluyen que el mejor método de reconstrucción del perfil nasal es el denominado 'De las dos tangentes' ideado hace más de 50 años por Gerasimov. Este método se basa en la idea de Gerasimov de considerar las partes blandas de la nariz como una continuación natural de sus partes óseas. Según Gerasimov para obtener la punta de la nariz es necesario trazar dos líneas: una que seguiría la última inclinación de los huesos propios y otra que formaría la proyección de la espina nasal. Nosotros hemos seguido este criterio en nuestro trabajo de aproximación facial.

Posicionamiento de la boca: Sobre el particular se han publicado varios trabajos. Nosotros hemos seguido el criterio que han planteado Stephan CN y Henneberg M (2003). Para estos autores la creencia de que los extremos de la boca coinciden con la perpendicular del centro de ambos iris o de la tangente interna de ambos iris no es del todo correcta. Stephan y Henneberg acuerdan que la anchura de la boca debe estimarse considerando que la distancia intercanina es el 75% del total de ésta anchura. Con este criterio hemos trabajado en nuestros casos.





Rostro reconstruido: Mujer de aproximadamente 36 años, de raza mestiza .

CONCLUSIÓN

La reconstrucción facial es una técnica que no solo permite determinar la identidad de una persona mediante la devolución del rostro, sino que además permite identificarnos como raza humana en el aspecto personal trae mucha satisfacción al ver que el proceso devuelve el rostro de una persona un ancestro nuestro.

Muchas de estas características aun no están determinadas científicamente pero la practica de esta técnica para identificación de persona se esta difundiendo cada vez mas y es un indicativo del interés que debemos de darle.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valencia C. L. Metodología para elaborar reconstrucciones faciales empleando gráficos computerizados tridimensionales. Universidad de Granada. 2007.

2. Ubelaker, D. H. "Facial reconstruction." Journal of Forensic Sciences 37: 1442-1444.
3. . www.CRANIOFACIALidentification.com
4. Stephan, C. N; Davidson P. L. "The Placement of the Human Eyeball and Canthi in Craniofacial Identification." Journal of Forensic Sciences 53: 612-619.
5. Stephan, C. N. "Position of superciliare in relation to the lateral iris: Testing a suggested facial approximation guideline." Forensic Science International 130: 29-33.
6. Stephan, C. N. and M. Henneberg (2003). "Predicting mouth width from inter-canine width - A 75% rule." Journal of Forensic Sciences 48(4): 725-727.
7. Krenzer U. Compendio de métodos antropológicos forenses para la reconstrucción osteo-biologico-métodos para la determinación de sexo
8. Krenzer U. Compendio de métodos antropológicos forenses para la reconstrucción osteo-biologico-métodos para la determinación de edad

Fecha de recepción: 15 / 06 / 2015
Fecha de aceptación: 29 / 06 / 2015

Escobar Lucy
984 274864
lucytaescobar@hotmail.com



UAC

Universidad Andina del Cusco