

# FRECUENCIA DE PATOLOGIAS ORALES EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA A UNIVERSIDAD PUBLICA



MARTHA CARMONA LORDUY 1  
STELLA PUPO MARRUGO 2  
ALVARO GUTIERREZ MONTES 3  
CRISTIAN SUAREZ RUIDIAZ 4  
OSCAR LENTINO VILLALBA 5

1. Especialista en Estomatología y Cirugía Oral, Universidad de Buenos Aires. Magister de Educación, Universidad de Cartagena. Docente titular, Universidad de Cartagena.

2. Especialista en Endodoncia, Universidad de Cartagena. Docente titular, Universidad de Cartagena.

3, 4,5. Estudiantes de Odontología X semestre Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
CARTAGENA - BOLIVAR

2018

## NOTA DE ACEPTACION

**Director de Grupo de Investigación (GITOUC)** \_\_\_\_\_

Antonio Díaz Caballero

**Investigador Principal** \_\_\_\_\_

Martha Carmona Lorduy

**Investigador Principal** \_\_\_\_\_

Stella Pupo Marrugo

**Coinvestigadores** \_\_\_\_\_

Álvaro Gutiérrez Montes

\_\_\_\_\_  
Cristian Suarez Ruidiaz

\_\_\_\_\_  
Oscar Lentino Villalba

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos inicialmente a Dios por estar presentes con nosotros en todo momento, brindándonos la calma, paciencia y fuerza necesaria para persistir a pesar de los inconvenientes que a lo largo de nuestro proceso académico se nos han presentado; a nuestras familias. Padres, hermanos y demás, los cuales, con mucho esmero, dedicación y sacrificio a través de nuestras vidas nos han mostrado su apoyo incondicional y nos han preparado cada día para que seamos mejores personas. A las doctoras Martha Carmona Lorduy, Stella Pupo Marrugo y al doctor José María Bustillo por guiarnos en el transcurso del desarrollo de esta investigación, brindándonos experiencia, conocimiento, amplia sabiduría y su ayuda en cada momento.

## CONTENIDO

1. [AGRADECIMIENTOS](#)
2. [LISTA DE TABLAS](#)
3. [LISTA DE ANEXOS](#)
4. [RESUMEN](#)
5. [INTRODUCCIÓN](#)
6. [PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA](#)
7. [JUSTIFICACIÓN](#)
8. [OBJETIVOS](#)
  - 8.1. OBJETIVO GENERAL
  - 8.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS
9. [MARCO TEÓRICO](#)
10. [METODOLOGÍA.](#)
  - 10.1. TIPO DE ESTUDIO
  - 10.2. POBLACION Y MUESTRA
  - 10.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN
  - 10.4. INSTRUMENTO
  - 10.5. VARIABLES DE ESTUDIO
  - 10.6. RECOLECCION DE LA INFORMACION
  - 10.7. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION
  - 10.8. CONSIDERACIONES ESTICAS
- 11.6. [RESULTADOS](#)
- 12.7. [DISCUSIÓN](#)
- 13.8. [CONCLUSIÓN](#)
- 14.9. [RECOMENDACIONES](#)
- 15.10. [BIBLIOGRAFÍA](#)
16. [ANEXOS](#)

## LISTA DE TABLAS

- **Tabla 1.** Distribución de la población de estudio según la edad y sexo.
- **Tabla 2.** Frecuencia de motivos de consultas reportados en las historias clínicas.
- **Tabla 3.** Frecuencia de diagnósticos principales reportados en las historias clínicas.
- **Tabla 4.** Frecuencia de tratamientos óptimos reportados en las historias clínicas.

## LISTA DE ANEXOS

- **Anexo A.** Carta para solicitar permiso para acceder a las historias clínicas de archivo.
- **Anexo B.** Instrumento para la recolección de datos.

## RESUMEN

**ANTECEDENTES:** Las patologías en cavidad oral se presentan con demasiada frecuencia en gran parte de la población, bien sea por practicar una mala higiene oral, factores genéticos y hereditarios, factores sociodemográficos, factores psicosociales; los cuales inciden en la aparición de diversas patologías y la población colombiana, específicamente la que habita en Cartagena, Bolívar no es ajena a este fenómeno. Diariamente en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena se le da atención a una gran cantidad de usuarios que acuden a nuestro servicio, hallando en ellos una serie de patologías que son muy recurrentes, pero que en nuestra entidad no se tiene un reporte oficial que indique con exactitud la frecuencia con la que se presentan estas patologías, ni tampoco se maneja con claridad cuál es la patología más frecuente en estos pacientes.

**OBJETIVO:** Identificar la frecuencia y epidemiología de las patologías presentes en pacientes que acuden a consulta en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena.

**METODOS:** Estudio observacional, descriptivo de corte retrospectivo., donde se tomaron las historias clínicas de semiología consignadas en las oficinas de archivos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, comprendidas en el periodo de enero a diciembre de 2017 y diligenciadas por los estudiantes de VII a X Semestre, haciendo un análisis de frecuencia y porcentaje de estas.

**RESULTADOS:** Los pacientes menores de 44 fueron los que más acudieron a consulta con un 45%; con una prevalencia mayor del sexo femenino con un 72%. El motivo de consulta que más se reporto fue Inconformidad Estética y Funcional con un 37%. Además, como diagnóstico más frecuente se encontró a la Falsa Anodoncia Incompleta, dando como último resultado a la Prótesis Parcial Fija como tratamiento optimo más utilizado.

**CONCLUSION:** En la actualidad, gran parte de los tratamientos que se realizan en la clínica son debidos a la pérdida temprana de órganos dentarios, por lo que resulta de gran importancia para el odontólogo conocer la distribución y prevalencia de dichas patologías.

**PALABRAS CLAVE:** Anodoncia, Prótesis, Inconformidad, Removible, Fija.

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Oral cavity pathologies occur with great frequency in a large part of the population, either due to poor oral hygiene, genetic and hereditary factors, sociodemographic factors, psychosocial factors; which affect the emergence of various pathologies and the Colombian population, specifically the one that inhabits Cartagena, Bolívar is no stranger to this phenomenon. Daily at the School of Dentistry of the University of Cartagena is given attention to a large number of users who come to our service, finding in them a series of pathologies that are very recurrent, but that in our entity does not have an official report that accurately indicates the frequency with which these pathologies are presented, nor is it clearly managed which is the most frequent pathology in these patients.

**OBJECTIVE:** To identify the prevalence and epidemiology of the pathologies present in patients who come to consult in the Faculty of Dentistry of the University of Cartagena.

**METHODS:** Observational, descriptive, retrospective study. The clinical histories of semiology consigned in the archives offices of the Faculty of Dentistry of the University of Cartagena, included in the period from January to December 2017 and completed by the students of VII to X Semester, making an analysis of frequency and percentage of these.

**RESULTS:** Patients younger than 44 were the ones who attended the consultation with 45%; with a higher prevalence of female sex with 72%. The reason for the consultation that was most reported was Esthetic and Functional Inconformity with 37%. In addition, False Andoncia Incompleta was found as the most frequent diagnosis, with the Fixed Partial Prosthesis as the most used optimal treatment.

**CONCLUSION:** Currently, most of the treatments performed in the clinic are due to the early loss of dental organs, so it is of great importance for the dentist to know the distribution and prevalence of these pathologies.

**KEY WORDS:** Anodontics, Prosthesis, Nonconformity, Removable, Fixed.



## INTRODUCCIÓN

Actualmente, el estilo de vida social ha hecho que el ser humano asista al odontólogo no solo en caso de una urgencia (dolor, hemorragia) sino también para mantener una buena salud oral y tratar de preservar en su totalidad todas sus piezas dentales en boca o buscar una efectiva solución para los órganos dentarios perdidos por diversas circunstancias.

Existen estudios como el realizado en el programa de postgrado en Odontología, Facultad de Odontología, Universidad Federal de Pelotas, RS, Brasil Clínica Infantil, Departamento de Odontología Social y Preventiva en el año 2012 el cual tuvo como objetivo evaluar el perfil de los niños que asisten a una clínica de emergencia de una escuela de odontología, las razones para buscar atención dental y el tratamiento proporcionado. Se analizaron los registros de 270 pacientes que asistieron a una clínica de emergencia durante 2010, y se seleccionaron 253. Se recolectó información demográfica, diagnóstica y de procedimiento. El cual se asemeja por nuestro estudio realizado.

En los estudios realizados en Colombia se encontró que el estudio Nacional de Salud bucal ENSAB IV establece que la caries es la enfermedad dental más prevalente en los colombianos. Es importante tener presente que las personas que actualmente se encuentran en las edades entre 40-50 años, es la cohorte que ha sido más analizada en los cuatro estudios realizados en el país desde 1995, debido a la gran incidencia de caries. En esta cohorte de personas, se esperaría que de haber podido controlar la progresión del proceso carioso, mediante acciones preventivas y de control de riesgo, se hubiera logrado no solo tener menor frecuencia de presentar caries dental, si no de evitar la progresión de esta y así controlar las enfermedades orales.

Cabe mencionar que no existen estadísticas en Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena; es por esto que el objetivo de la presente investigación es establecer la frecuencia de las patologías por la cual consultan los pacientes a la Facultad de Odontología en la Universidad de Cartagena y relacionarla con otras variables como lo son el sexo, la edad, motivo de consulta, diagnóstico y tratamiento óptimo. Lo cual favorecerá y/o contribuirá con el conocimiento científico, social y educativo, así como al levantamiento a la vigilancia epidemiológica de acuerdo a los resultados obtenidos.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud define la epidemiología como el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud.

Es de gran importancia realizar un correcto diagnóstico, para brindar así, la terapéutica adecuada. De este modo, el profesional deberá buscar la correlación de la sintomatología, etología y aspectos clínicos, lo que permitirá entender con claridad el motivo de consulta del paciente. Con lo cual se contribuirá a un perfecto diagnóstico y así mismo señalar la terapéutica ideal.

A la consulta acuden pacientes que requieren diversos tipos de tratamientos, por tal motivo es de suma importancia saber la epidemiología y prevalencia de dichas patologías. Por tanto, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la epidemiología y prevalencia de patologías presentadas en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena? ¿Y cuál tiene una mayor prevalencia?<sup>1</sup>

Cabe destacar que desde el siglo pasado, en el país, se han realizado tres estudios nacionales de morbilidad oral y/o salud bucal, que de manera progresiva y diferente han abordado la valoración de las condiciones que están afectadas con el objetivo de describir el perfil de la salud bucal de los colombianos, buscando cada vez abordarlo de manera amplia e integral. El primer estudio, ejecutado en los años 1965-66 (Mejía, Agualimpia, Torres, Galán, & Rodríguez, 1971) en el marco de la Investigación Nacional de Morbilidad, dio cuenta de las condiciones prevalentes en materia de caries dental, enfermedad periodontal, anomalía dentofaciales, así como el estado protésico, partiendo de la idea de los factores ecológicos que las afectan (Mejía, Agualimpia, Torres, Galán, Rodríguez, 1971).

Posteriormente, el estudio realizado en 1977-80 (Moncada & Erazo, 1984) de Morbilidad Oral, inmerso en el Estudio Nacional de Salud, avanzó al reportar los hallazgos en higiene bucal, periodontopatías, caries dental y otras condiciones como anomalías dentofaciales, patologías de tejidos blandos bucales, presencia de prótesis; manteniendo la mirada positivista de la salud-enfermedad y reportando lo

---

ENSAB IV: Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal. ENSAB IV: Para saber cómo estamos y saber qué hacemos. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social 2013-2014.

que era considerado para la fecha el principal factor de riesgo para las enfermedades bucales: la deficiente higiene bucal.

Ya en 1998, con el reconocimiento de diversos aspectos que inciden en el proceso salud enfermedad bucal, el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB III (República de Colombia - Ministerio de Salud. Centro Nacional de Consultoría, 1998) abordó tanto las representaciones, conocimientos y prácticas que reportan las personas en relación con la salud bucal, como el comportamiento de la caries dental, la enfermedad periodontal, la fluorosis dental, las disfunciones articulares, las anomalías oclusales, dentofaciales y de los tejidos blandos, que en su conjunto permitieron reconocer un panorama más allá de los datos mórbidos, acercándose a otros aspectos que ampliaron el reconocimiento de los comportamientos relacionados con el estado de salud bucal de los colombianos.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

La importancia de este estudio epidemiológico radica en generar información útil a los programas de odontología y odontólogos acerca de cuál es la patología oral que más afecta en mayor porcentaje a la comunidad Cartagenera y de Bolívar de forma frecuente, así mismo poder brindar conocimientos acerca de la aparición y distribución de dichas patologías, identificando las causas de estas y tratando de establecer una relación con las variables sociodemográficas, tales como el sexo y la edad.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL:**

Reportar una evaluación sociodemográfica en el cual se identifique y se describa la patología más frecuente presente en los pacientes que consultan en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes incluidos en el estudio.
2. Identificar el motivo de consulta más frecuente en los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena
3. Determinar la patología más prevalente en los pacientes que acuden a consulta en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena.
4. Identificar el tratamiento o la conducta terapéutica a realizar para cada patología de los sujetos participantes.

## 4. MARCO TEORICO

3

### 4.1 ANTECEDENTES:

No es posible separar en sus orígenes la historia de la odontología de la historia de la medicina, que en realidad podemos llamar la lucha contra el dolor, y quizás también contra la infección y la hemorragia: los tres flagelos causantes de malestar, incapacidad y muerte.<sup>9</sup> Así las cosas, en la época más remota de la humanidad, las personas buscaron como aliviar sus dolores. En la sociedad primitiva, la aparición de enfermedades se asoció a un concepto mágico-religioso, y por tanto, eran prevenidas y combatidas con rituales y amuletos, pero también se buscaba aliviar sus síntomas con el uso de hierbas, los dientes no sólo eran intervenidos por dolor, los hombres primitivos se sometían a fresados y limados, para lucir unos dientes puntiagudos y triangulares.<sup>9</sup> Con el paso del tiempo en el año 2700 a.C, en China se utilizaba la acupuntura para tratar el dolor asociado a la caries dental. En el papiro de Ebers se detalla la receta de un medicamento para curar “la corrosión de la sangre en los dientes” hecha a base del fruto de la planta gebu, cebolla, bischocho, pasta, planta de anís y agua. Esto se aplicaba al diente y luego era masticado, durante cuatro días. Así mismo, tenía indicaciones terapéuticas para la caries y la necrosis pulpar. Con el paso del tiempo fueron apareciendo medicamentos y nuevas alternativas para el control del dolor.

En 1761 Pierre Fauchard publicó el libro *Le Chirurgiendentiste*, en este explica el tratamiento de la caries eliminándola del diente y luego rellenado la cavidad con plomo y zinc. Alrededor de 1771 John Hunter publicó un libro llamado *Treatise on the Natural History of the Human Teeth*, que incluye la descripción anatómica de la mandíbula y de los dientes. Además, recomienda la extirpación total de la pulpa dental y comenta acerca del trasplante dental.

Avanzando en el tiempo en 1815 se empezó a emplear fluoruros como elemento preventivo de caries y en 1844 se comenzó a usar la fluorización de agua potable como método para reducir la caries. Aproximadamente en el año 1840, Horace Wells demuestra el óxido nitroso para la sedación. Llegando hasta 1895 cuando el físico alemán, Wilhelm Roentgen descubre los rayos X. Luego Walkhof realizó la primera radiografía dental de la historia.

Las enfermedades del complejo bucal han existido a lo largo de toda la historia en todos los lugares y son especialmente frecuentes en la actualidad. Es por eso que el conocimiento del estado de salud bucal de la población resulta una premisa

---

[PROPIDENTAL.es/enfermedadntal](http://PROPIDENTAL.es/enfermedadntal); <sup>3</sup>

[DENTAID.caries](http://DENTAID.caries); [myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/3,89764](http://myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/3,89764); [federacion odontologica colombiana./que-cause-las-caries-dentales](http://federacion odontologica colombiana./que-cause-las-caries-dentales); [kidshealth.orges/kids/cavities](http://kidshealth.orges/kids/cavities)

indispensable para el desarrollo de una correcta planificación, organización, dirección y control de la atención estomatológica.

4

#### **4.2 GENERALIDADES:**

Las enfermedades bucales devienen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad, en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población.<sup>1</sup> La enfermedad bucal es la resultante de condiciones específicas de la salud, respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros, malos hábitos higiénicos bucales, acceso a la atención estomatológica, adquisición de conocimientos sobre problemas bucodentales, responsabilidad individual con su propia salud, asistencia sistemática a los servicios y otras.

Durante mucho tiempo las personas consideraban que la pérdida de sus dientes era algo natural y que era una característica más del avance de la edad. Con el desarrollo de la sociedad y el incremento del nivel educacional, las poblaciones se sensibilizaron con la necesidad de mantener sus dientes e incluso mantenerlos sanos, pero esta filosofía no ha llegado a todos por igual, pues se ha convertido en un reto de la Estomatología su extensión y logro.

En Cuba la promoción de salud y la prevención de enfermedades, ha sido una tarea permanente desde el triunfo de la Revolución. En el plano estomatológico desde 1969 se inició la aplicación de laca flúor en los niños de 2 a 5 años de edad en círculos infantiles y en sus hogares. De la misma forma se comenzaron a realizar actividades educativas en la población con el objetivo de crear hábitos correctos de higiene bucal e incrementar sus conocimientos.

La formación de los órganos dentales constituye un hecho trascendental para el ser humano, en este proceso intervienen factores de crecimiento, factores de transcripción y proteínas que determinan las posiciones, número y forma de los diferentes dientes aproximadamente entre el quinto mes de vida intrauterina y el nacimiento. Este proceso de organogénesis dental, puede sufrir alteraciones que impiden la configuración y consolidación de los dientes temporales o permanentes

---

PROPONTAL.es/enfermedadntal; <sup>4</sup>

DENTAID.caries; myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/3,89764; federacion odontologica colombiana./que-cause-las-caries-dentales; kidshealth.orges/kids/cavities

La falsa anodoncia es una de las consecuencias del bajo nivel educacional que todavía existe en nuestra comunidad por lo que es uno de los motivos de consulta más frecuente hoy en día.

### 4.3 CARIES:

La caries es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana. Las bacterias fabrican ese ácido a partir de los restos de alimentos de la dieta que se les quedan expuestos. La destrucción química dental se asocia a la ingesta de azúcares y ácidos contenidos en bebidas y alimentos. La caries dental se asocia también a errores en las técnicas de higiene, falta de cepillado dental, o no saber usar bien los movimientos del lavado bucal, ausencia de hilo dental, así como también, y en mucho menor medida, con una etiología genética. Se ha comprobado así mismo la influencia del pH de la saliva en relación a la caries. Tras la destrucción del esmalte ataca a la dentina y alcanza la pulpa dentaria produciendo su inflamación, pulpitis, y posterior necrosis (muerte pulpar). Si el diente no es tratado puede llevar posteriormente a la inflamación del área que rodea el ápice (extremo de la raíz) produciéndose una periodontitis apical, y pudiendo llegar a ocasionar un absceso dental, una celulitis o incluso una angina de Ludwig.

- Clasificación:
  - El esmalte dental. Es un tejido duro, acelular (por lo tanto no es capaz de sentir estímulos), que cubre la superficie de la corona del diente. Está compuesto por un 96% de materia inorgánica (cristales de hidroxiapatita), un 2% de materia orgánica y un 2% de agua.
  - La dentina. Es un tejido duro y con cierta elasticidad, de color blanco<sup>5</sup> amarillento, no vascularizado, que está situado inmediatamente por debajo del esmalte. Está compuesta por un 70 % de tejido inorgánico (cristales de hidroxiapatita), un 18% de materia orgánica (proteínas colágenas, responsables de la elasticidad) y un 12% de agua.
  - El cemento radicular. Es un tejido duro, parecido al hueso, que rodea la superficie externa de la raíz. Está en íntimo contacto con unas fibras llamadas ligamento periodontal, que unen este tejido al hueso. En el adulto está compuesto por un 45-50% de sustancias inorgánicas (fosfatos de calcio), un 50-55% de material orgánico (colágeno y mucopolisacáridos) y agua.

---

<sup>5</sup>DENTAID.caries; myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/3,89764; federacion odontologica colombiana./que-cause-las-caries-dentales; kidshealth.orges/kids/cavities



- La pulpa dentaria. Es un tejido suave que contiene vasos sanguíneos (arteria y vena) que conducen la sangre hacia el diente y fibras nerviosas que le otorgan sensibilidad.
- El periodonto. Son las estructuras que dan soporte y sustentabilidad al diente.

### Caries coronal

La caries es un proceso infeccioso en el que varios microorganismos de la placa dentobacteriana como *Streptococcus mutans* y *Lactobacillus acidophilus* producen ácidos que atacan principalmente el componente inorgánico del esmalte dental y provocan su desmineralización. De no ser revertido este fenómeno a través de la remineralización, propicia la pérdida de sustancia dentaria, que trae consigo formación de cavidades en los dientes.

Regularmente el proceso de la caries se inicia en el esmalte de la corona de los dientes y cuando existe migración gingival el proceso carioso puede establecerse también en la porción radicular e invadir el cemento dentario y, posteriormente, la dentina radicular. La caries se define como un padecimiento multifactorial, en el que para iniciar el proceso de la enfermedad se establece la intervención simultánea de tres grupos de factores: microbianos, del sustrato y elementos propios del sujeto afectado.

### Caries radicular

La caries es una enfermedad dentaria primaria, sin embargo, la radicular es secundaria a la exposición bucal del cemento por retracción gingival fisiológica, senil o por enfermedad periodontal. La caries radicular es la más frecuente en los ancianos y será un reto muy grande en el futuro tanto para los pacientes como para los odontólogos. Hay grandes evidencias de que la caries impacta la salud endocrina, cardiovascular y pulmonar, particularmente en personas frágiles.

- Etiología:

Las caries comienzan en el esmalte exterior y se extienden por la dentina y la pulpa interior.

Los defectos de mineralización aumentan el riesgo de desarrollo de caries dentales. En la imagen, hipoplasias irreversibles del esmalte dental causadas por la enfermedad celíaca no tratada.<sup>2</sup>

La caries dental es una enfermedad multifactorial, lo que significa que deben concurrir varios factores para que se desarrolle. Hasta el momento las investigaciones han logrado determinar cuatro factores fundamentales:

Anatomía dental: la composición de su superficie y su localización hace que los dientes retengan más o menos placa dental. Por ejemplo, los dientes posteriores (molares y premolares), son más susceptibles a la caries ya que su morfología es más anfractuosa y además presentan una cara oclusal donde abundan los surcos, fosas, puntos y fisuras, y la lengua no limpia tan fácilmente su superficie; las zonas que pueden ser limpiadas por las mucosas y por la lengua se denomina zona de autoclisis. Además es necesario nombrar el rol del hospedero a una mayor o menor incidencia, debido a una susceptibilidad genética heredada o bien por problemas socioeconómicos, culturales y relacionados al estilo de vida (estos últimos condicionarán sus hábitos dietéticos y de higiene oral). Las piezas dentales con defectos de mineralización son muy susceptibles a desarrollar caries.<sup>3</sup> Entre las principales causas de defectos en la mineralización se incluyen la exposición a altas dosis de dioxinas o PCB en la leche materna (en lactancias de duración superior a los 9 meses),<sup>4</sup> toma prolongada de ciertos antibióticos,<sup>5</sup> enfermedades infecciosas durante los tres primeros años de vida (tales como la escarlatina, las paperas, el sarampión o la difteria),<sup>4</sup> una enfermedad celíaca no diagnosticada o tardíamente detectada (que frecuentemente cursa sin síntomas digestivos),<sup>4</sup>2678 deficiencia de vitamina D, hipoparatiroidismo, desnutrición, malabsorción,<sup>4</sup> nacimiento prematuro,<sup>7</sup> bajo peso al nacer, privación de oxígeno durante el parto y problemas respiratorios crónicos que provocan baja oxigenación.<sup>4</sup>5

Tiempo: la placa dental es capaz de producir caries debido a la capacidad acidogénica y acidurica que poseen los microorganismos que la colonizan, de tal forma que los carbohidratos fermentables en la dieta no son suficientes, sino que además estos deben actuar durante un tiempo prolongado para mantener un pH ácido constante a nivel de la interfase placa - esmalte. De esta forma el elemento tiempo forma parte primordial en la etiología de la caries. Un órgano dental es capaz de resistir 2 h por día de desmineralización sin sufrir lesión en su esmalte, la saliva tiene un componente buffer o amortiguador en este fenómeno pero el cepillado dental proporciona esta protección, es decir, 20 min posterior a la ingesta de

---

PROP DENTAL.es/enfermedadntal; <sup>7</sup>

DENTAID.caries; myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/3,89764; federacion odontologica colombiana./que-causa-las-caries-dentales; kidshealth.orges/kids/cavities

alimentos el órgano dental tiene aún desmineralización (según la curva de Stephan), la presencia de azúcar en la dieta produce 18 h de desmineralización posterior al cepillado dental asociado como destrucción química dental independientemente de la presencia de un cepillado de calidad en el paciente.

**Dieta:** la presencia de carbohidratos fermentables en la dieta condiciona la aparición de caries, sin embargo, los almidones no la producen. Pero es necesario aclarar que el metabolismo de los hidratos de carbono se produce por una enzima presente en la saliva denominada alfa amilasa salival o ptialina, esta es capaz de degradar el <sup>8</sup>almidón hasta <sup>9</sup>maltosa y de acuerdo al tiempo que permanezca el bolo en la boca podría escindirla hasta glucosa, esto produce una disminución en el pH salival que favorece la desmineralización del esmalte. Un proceso similar sucede a nivel de la placa dental, donde los microorganismos que la colonizan empiezan a consumir dichos carbohidratos y el resultado de esta metabolización produce ácidos que disminuyen el pH a nivel de la interfase placa - esmalte. La persistencia de un pH inferior a 7 eventualmente produce la desmineralización del esmalte. Además, la presencia de hidratos de carbono no es tan importante cuando la frecuencia con la que el individuo consume se limita a cuatro momentos de azúcar como máximo, de esta manera la disminución brusca del pH puede restablecerse por la acción de los sistemas amortiguadores salivales que son principalmente el ácido carbónico/bicarbonato y el sistema del fosfato.

**Bacterias:** aquellas capaces de adherirse a la película adquirida (formada por proteínas que precipitaron sobre la superficie del esmalte) y congregarse formando un "biofilm" (comunidad cooperativa) de esta manera evaden los sistemas de defensa del huésped que consisten principalmente en la remoción de bacterias saprófitas y/o patógenas no adheridas por la saliva siendo estas posteriormente deglutidas. Inicialmente en el biofilm se encuentra una gran cantidad de bacterias gram positivas con poca capacidad de formar ácidos orgánicos y polisacáridos extracelulares, pero estas posteriormente, debido a las condiciones de anaerobiosis de las capas más profundas son reemplazadas por un predominio de bacterias gram negativas y es en este momento cuando se denominada a la placa "cariogénica" es decir capaz de producir caries dental. Las bacterias se adhieren entre sí pero es necesario una colonización primaria a cargo del *Streptococcus sanguis* perteneciente a la familia de los mutans.

#### 4.4 ENFERMEDAD PERIODONTAL:

Las enfermedades periodontales comprenden un conjunto de circunstancias que afectan a cualquier órgano del periodonto, es decir, es un proceso inflamatorio de las encías que ocasiona daños en los tejidos de los dientes. El tratamiento consiste sobre todo en el control de los factores de riesgo, y en casos severos una cirugía periodontal, cuyo objetivo primordial no es la curación, sino la exéresis de las lesiones, por la cual se garantizará un buen mantenimiento posterior del periodonto ante los factores etiológicos.

Enfermedad periodontal es la forma simple para referirse a cualquier tipo de periodontitis. Las periodontitis son la causa más frecuente de pérdida de dientes o extracción de piezas dentarias en sujetos mayores de treinta y cinco años. Hasta el 80% de las exodoncias en estos pacientes se relacionan con este problema. La enfermedad periodontal está constituida por un grupo de cuadros clínicos de etiología infecciosa que producen lesiones inflamatorias con una elevada capacidad destructiva local y potencial daño sistémico.

Existen diversos factores de riesgo que inducen y favorecen enfermedades periodontales, como son: los agentes irritantes locales -bien sean químicos o mecánicos-, el biofilm microbiano o la placa dental, el sarro o cálculo dental, restauraciones desajustadas o materiales porosos de restauración, desechos alimenticios y la respiración bucal. Estos factores influyen de forma distinta en cada individuo, dependiendo de factores generales y disfuncionales, como por ejemplo el bruxismo, los traumatismos oclusales, las malposiciones, la ausencia de piezas y la masticación unilateral. La encía responde a estos irritantes mediante una inflamación, provocando una hiperemia que aporta sustancias nutritivas, leucocitos y oxígeno, y que provoca cambios de color, forma y textura del tejido gingival.<sup>10</sup>

Las enfermedades periodontales es en gran medida una respuesta inmune a las bacterias del biofilm microbiano por lo que la vitamina D estimula la producción de antibióticos naturales. Los suplementos de vitamina D puede desempeñar un papel positivo en el apoyo y la mejora de la salud periodontal en adultos mayores y mujeres embarazadas. Ante la presencia de signos de algún tipo de enfermedad periodontal, se debe acudir con un periodontólogo o periodoncista, quién es el especialista en Periodontología, ciencia médica para prevenir, tratar y controlar las enfermedades periodontales.

---

PROPONTAL.es/enfermedadntal; <sup>10</sup>

DENTAID.caries; myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/3,89764; federacion odontologica colombiana./que-cause-las-caries-dentales; kidshealth.orges/kids/cavities

- Gingivitis:

La gingivitis es la inflamación de las encías. La causa más frecuente es la presencia continua de un exceso de placa bacteriana sobre la misma. Los signos más comunes de su presencia son: enrojecimiento, hinchazón y sangrado de las encías. La gingivitis es una enfermedad reversible y evitable si se aplica una correcta higiene bucal.

El cambio cualitativo y cuantitativo de la concentración bacteriana se produce en poco tiempo, es progresivo y afecta significativamente a los componentes del compartimiento superior. El tejido conectivo de la encía se destruye progresivamente y su lugar es ocupado por un infiltrado inflamatorio formado por leucocitos polimorfonucleares y células plasmáticas. El epitelio de inserción sufre cambios morfológicos importantes, pero se mantiene unido a la superficie del esmalte. Las fibras supracrestales están parcialmente destruidas pero el límite apical se conserva íntegro. Todos estos cambios se manifiestan clínicamente como una gingivitis.

La gingivitis no tratada provocará que la inflamación se extienda hacia la profundidad del periodonto dañando la inserción epitelial, el ligamento periodontal y el hueso alveolar. La periodontitis es la forma más grave y destructiva de esta enfermedad. A medida que la reacción tisular se hace más profunda, se produce un surco gingival, más acusado por migración apical de la inserción epitelial, aumentando el tamaño de la encía y convirtiéndose en un auténtico saco, la bolsa gingival. Una vez formada la bolsa periodontal, al paciente le resulta muy difícil eliminar el cúmulo de agentes irritantes. Conforme avanza el estado inflamatorio, al llegar al hueso alveolar se estimulan los osteoclastos y comienzan a realizar su función, iniciándose la pérdida de la altura ósea. El trauma oclusal y la inflamación aceleran la reabsorción ósea hasta que supera de manera clara a la formación del hueso por parte de los osteoblastos. Las piezas dentales pierden su inserción en el hueso comportando una hipermovilidad de las mismas y su pérdida posterior.

- Periodontitis:

La periodontitis es una patología inflamatoria de origen infeccioso que destruye el periodonto de inserción (hueso alveolar, cemento radicular y ligamento periodontal), lo que puede finalizar con la pérdida de los dientes afectados. Todas las periodontitis provienen de una gingivitis, pero no todas las gingivitis terminan en periodontitis. Dicho de otro modo una vez establecida la gingivitis puede mantenerse como tal durante días, meses o años. Si se trata, la sintomatología desaparece y se restablecen perfectamente a las condiciones que existían antes de la enfermedad sin dejar secuelas. Si no se da el adecuado tratamiento puede transformarse en periodontitis, ya que la gingivitis no se cura espontáneamente.

#### **4.5 EDENTULISMO:**

El edentulismo se define como la pérdida parcial o total de las piezas dentales. Y no es un problema exclusivo de las personas de edad avanzada, en contra de lo que se pueda pensar. Cuando se trata de sólo algún diente puede ser de origen congénito, ya que aquellas enfermedades hereditarias que pueden ocasionar la ausencia total de dientes no son compatibles con la vida. Por lo general, el edentulismo se produce de forma progresiva a causa de traumatismos, enfermedades periodontales, caries, una deficiente higiene oral y especialmente por no visitar al odontólogo regularmente para mantener la salud bucodental y restaurar o reponer las piezas perdidas.

Además de suponer un problema estético (especialmente cuando afecta a los dientes anteriores) que puede llevar a quien lo sufre a una falta de autoestima y a alterar el habla y la función masticatoria, el edentulismo también tiene consecuencias importantes en la estructura de la cavidad oral. Por un lado, cuando es parcial, se produce la reabsorción del hueso alveolar y se favorece el desplazamiento de los dientes adyacentes para ocupar en hueco, causando problemas oclusivos y alterando claramente la mordida y la función de la articulación temporomandibular.

- Riesgos del edentulismo

Cuando se pierden o dañan varias piezas dentales del maxilar superior y no se acude a la consulta del odontólogo para su reposición o restauración, puede producirse lo que se conoce como síndrome de Kelly, en el que se produce la reabsorción del maxilar superior causando una rotación de la mandíbula que siempre intenta mantener la posición en relación al maxilar superior. Y esta situación, en la medida en que progresa, hace que cada vez sea más difícil poder reponer los dientes ausentes.

Finalmente, todo ello lleva a un ensanchamiento de la boca, el hundimiento hacia el interior de la boca del labio superior y la protrusión de la mandíbula hacia el exterior, disminuyendo las dimensiones del tercio inferior de la cara.

#### **4.6 TRAUMAS DENTALES:**

Los traumatismos dentales son lesiones que pueden afectar los dientes e incluso los tejidos de soporte como la encía. Estas lesiones son causadas por una acción violenta en situaciones de:

- Caídas,
  - accidentes automovilísticos,
  - peleas,
  - práctica de algún deporte de alto impacto (boxeo, fútbol americano, entre otros).
- Tipos de traumatismos

Dentro de la odontología existe la clasificación de Andreasen, utilizada por la <sup>13</sup>Asociación Internacional de Traumatología Dental, la cual divide en grupos los traumatismos que afectan la cavidad oral, ayudando al dentista a una fácil y rápida identificación.

---

PROPIDENTAL.es/enfermedadntal; <sup>13</sup>  
DENTAID.caries; myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/3,89764; federacion odontologica colombiana./que-causa-las-caries-dentales; kidshealth.orges/kids/cavities

- Traumatismos dentales

Los traumatismos dentales son las lesiones que afectan las estructuras del diente como el esmalte y la pulpa dental (nervio).

- Fractura incompleta. Esta lesión es fácil de diagnosticar incluso por el paciente ya que se observa una fisura en la parte blanca del diente.
- Fractura coronaria sin afectación de la pulpa dental. Esta lesión afecta estructuras externas del diente como el esmalte sin afectar la pulpa dental.
- Fractura coronaria con afectación de la pulpa dental. Esta lesión afecta tanto en esmalte (parte externa del diente) y pulpa dental (parte interna del diente). Al verse afectado el nervio se pueden generar molestias a los cambios de temperatura.
- Fractura de raíz. Este tipo de traumatismo dental su afectación llega a ser más profunda, ya que se lesiona la raíz del diente, dificultando la posibilidad<sup>14</sup> de mantener el diente afectado en boca.

- Traumatismos dentales y tejidos:

- Concusión. En esta lesión leve se afectan los tejidos que rodean al diente como la encía, caracterizada por una inflamación que únicamente se observa mediante una radiografía dental.
- Subluxación. Esta lesión afecta la encía y provoca un ligero sangrado en la parte de arriba del diente que sufrió el impacto. En ocasiones el diente puede llegar a presentar una movilidad leve.

---

[PROPIDENTAL.es/enfermedadntal](http://PROPIDENTAL.es/enfermedadntal); <sup>14</sup>

[DENTAID.caries](http://DENTAID.caries); [myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/3,89764](http://myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/3,89764); [federacion odontologica colombiana./que-cause-las-caries-dentales](http://federacion odontologica colombiana./que-cause-las-caries-dentales); [kidshealth.orges/kids/cavities](http://kidshealth.orges/kids/cavities)



- Luxación extrusiva. Esta lesión afecta la encía, y el diente que recibió el golpe sufre un desplazamiento parcial, es decir cuando se sale de su espacio habitual (alvéolo).
- Luxación intrusiva. Esta lesión afecta la encía, ocasionando que el diente que recibió el golpe se desplace hacia arriba de la encía. El diente observa como hundido en la encía.
- Avulsión. Esta lesión se caracteriza por el desalojo del diente completo fuera del alvéolo; es decir el diente se cae.

#### Consecuencias al no tratarse un golpe dental

Es importante que en cuanto se sufra un traumatismo dental se acuda al consultorio para que el especialista diagnostique y trate a tiempo el diente o dientes afectados para evitar complicaciones, tales como:

- Cambio de coloración dental.
- Absceso periodontal.
- Detención del desarrollo de la raíz.
- Caída del diente.
- Sensibilidad.
- Afectaciones en los conductos de la raíz.

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte retrospectivo.

### 5.2 POBLACION Y MUESTRA

La población del estudio estuvo conformada por todas las historias clínicas de los pacientes que acudieron a consulta de las clínicas de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena por presentar cualquier patología en el periodo correspondido entre enero hasta diciembre de 2017.

### 5.3 CRITERIOS DE SELECCION

Se tuvo en cuenta un gran porcentaje de las historias clínicas de semiología que hayan sido archivadas en el periodo comprendido entre enero hasta diciembre del año 2017. Así como se excluyeron aquellas historias clínicas no archivadas e historias clínicas mal diligenciadas; Se entiende como historia clínica mal diligenciada a aquella historia que no incluyera por lo menos alguna de las variables de estudio como lo son: la edad, el sexo, el motivo de consulta y el diagnóstico principal. Además de que tuviera tachones o enmendaduras. También se tuvo en cuenta el número de la historia clínica para evitar que se repitieran los datos entre sí. Y si no estaban aprobadas o firmadas por el paciente y el docente.

### 5.4 INSTRUMENTO

Se realizó una ficha clínica a partir de las historias clínicas de semiología de pregrado, se reportaron los datos de (Motivo de Consulta, Diagnóstico Principal, Tratamiento Principal) en una tabla matriz.

### 5.5 VARIABLES DE ESTUDIO:

#### **Variables sociodemográficas:**

Se midió a través de las historias clínicas diligenciadas por los estudiantes de odontología de la Universidad de Cartagena, las siguientes variables: Edad en años cumplidos y sexo (F-M).

#### **Otras variables:**

**Motivo de Consulta** (Inconformidad Estética; Inconformidad Estética y Funcional; Zona Edentula; Ausencia de Órganos Dentarios; Fractura Coronal; Prótesis Desadaptada; Destrucción Coronal; Odontalgia; Gingivorragia; Restauración Desadaptada; Resto Radicular). **Diagnóstico** ( Falsa Anodoncia Incompleta; Falsa Anodoncia Completa; Manchas Extrínsecas; Fractura Coronal Complicada; Fractura Coronal No Complicada; Pulpitis Irreversible Sintomática; Hipoplasia del Esmalte; Gingivitis Marginal; Caries Código 6; Fluorosis Generalizada; Dientes Incluidos;

Apiñamiento; Periodontitis Aguda Congestiva; Gingivitis Crónica Moderada Generalizada; Periodontitis Crónica Moderada Localizada; Anodoncia Verdadera Incompleta). **Tratamiento Optimo** (Prótesis Parcial Fija; Prótesis Parcial Removible; Prótesis Total; Corona MC Individual; Restauración en Resina; Endodoncia Convencional; Exodoncia; Raspado y Alisado Radicular – Profilaxis; Operculectomia; Remisión a Ortodoncia; Observación y Control)

## **5.6 RECOLECCION DE LA INFORMACION**

Se hizo a partir de las historias clínicas archivadas en las oficinas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena en el periodo comprendido entre enero hasta diciembre del 2017, por lo que el estudio se hizo de una fuente secundaria de información, para evitar sesgos se escogió a la población total de 100 sujetos que acudieron a consulta por presentar algún tipo de patología.

## **5.7 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION**

En cuanto al análisis e interpretación de la información, los datos fueron incluidos y organizados en el programa Excel versión para Windows 2010, y posteriormente analizados en el programa Stata versión 13.0 (StataCorp, EEUU). Se realizaron las tablas de frecuencia y porcentaje para cada variable.

## **5.8 CONSIDERACIONES ETICAS**

De acuerdo a la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Protección Social de Colombia, este estudio se considera sin riesgo por lo que no se realizó intervención o modificación de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de las historias clínicas de estudio y la información recolectada es de carácter confidencial por lo que no se dará a conocer la identidad de los pacientes y poder así, proteger sus derechos.

## 6. RESULTADOS

Se identificó que, en cuanto al género, el sexo que más predominó fue el femenino con un 72%; mientras que el masculino oporto un total de 28% (Tabla 1) En una población total de 100 historias clínicas reportados. El rango de edad con mayor representación fue de aquellos pacientes menores de 44 años con un 45%; seguidos de la población equivalente a las edades comprendidas entre 45 - 59 años con un 30% y por último la población con una edad mayor o igual a 60 años con un 25%, En una población total de 100 historias clínicas reportadas.

**Tabla 1. Distribución de la población de estudio según la edad y sexo.**

Variable	Frecuencia (N=100)	Porcentaje (%)
<b>Edad(años)</b>		
<44	45	45.00
45-59	30	30.00
>60	25	25.00
<b>Sexo</b>		
Femenino	72	72.00
Masculino	28	28.00

El motivo de consulta que más predominó fue Inconformidad Estética y Funcional con un 37%; seguido de Inconformidad Estética con un 13%; Anodoncia con un 12%; Gingivorragia con un 12%; Prótesis Desadaptada con un 9%; Odontalgia con un 5%; Resto Radicular con un 5%; Zona Edentula con un 2%; Restauración Desadaptada con un 2%; Fractura Coronal con un 2%; Destrucción Coronal con un 1% (Tabla 2).

**Tabla 2. Frecuencia de motivos de consultas reportados en las historias clínicas.**

Motivo consulta	Frecuencia (N=100)	Porcentaje (%)
1. Inconformidad Estética	13	13.00
2. Inconformidad Estética y Funcional	37	37.00
3. Zona Edentula	2	2.00
4. Ausencia de Órganos Dentarios	12	12.00
5. Fractura Coronal	2	2.00
6. Prótesis Desadaptada	9	9.00
7. Destrucción Coronal	1	1.00
8. Odontalgia	5	5.00
9. Gingivorragia	12	12.00
10. Restauración Desadaptada	2	2.00
11. Resto Radicular	5	5.00

Como patología predominó Falsa Anodoncia Incompleta con un 42%; posteriormente se encuentran Falsa Anodoncia Completa con un 15%; Fractura Coronal Complicada con un 9%; Gingivitis Marginal Asociada a Placa Bacteriana con 8%; Manchas Extrínsecas 5%; Gingivitis Crónica Moderada Generalizada 4%; Fractura Coronal No Complicada y Caries Código 6, ambas con 3% respectivamente; Pulpitis Irreversible Asintomática, Periodontitis Aguda Congestiva y Periodontitis Crónica Moderada Localizada, cada una con 2% respectivamente y Dientes Incluidos, Hipoplasia del Esmalte, Apiñamiento y Anodoncia Verdadera Incompleta, cada una con 1% respectivamente (Tabla 3).

**Tabla 3. Frecuencia de diagnósticos principales reportados en las historias clínicas.**

<b>Diagnostico</b>	<b>Frecuencia (N=100)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
1. Falsa Anodoncia Incompleta	42	42.00
2. Falsa Anodoncia Completa	15	15.00
3. Manchas Extrínsecas	5	5.00
4. Fractura Coronal Complicada	9	9.00
5. Fractura Coronal No Complicada	3	3.00
6. Pulpitis Irreversible Sintomática	2	2.00
7. Hipoplasia del Esmalte	1	1.00
8. Gingivitis Marginal	8	8.00
9. Caries Código 6	3	3.00
10. Fluorosis Generalizada	1	1.00
11. Dientes Incluidos	1	1.00
12. Apiñamiento	1	1.00
13. Pericoronitis Aguda Congestiva	2	2.00
14. Gingivitis Crónica Moderada Generalizada	4	4.00
15. Periodontitis Crónica Severa	2	2.00
16. Anodoncia Verdadera Incompleta	1	1.00

Como tratamiento óptimo a realizar para cada una de las patologías mencionadas anteriormente se evidencio que en primer lugar se encuentra Prótesis Parcial Fija con un 34%; seguido por Raspado y Alisado Radicular – Profilaxis con 14%; Prótesis Total y Restauraciones en Resina, ambas con 13% respectivamente; Exodoncia con 10%; Prótesis Parcial Removible con 9%; Endodoncia Convencional y Operculectomia, ambas con 2% respectivamente; Corona MC Individual, Remisión a Ortodoncia, Observación y Control, todos con 1% respectivamente (Tabla 4).

**Tabla 4. Frecuencia de tratamientos óptimos reportados en las historias clínicas.**

<b>Tratamiento</b>	<b>Frecuencia (N=100)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
1. <b>Prótesis Parcial Fija</b>	34	34.00
2. <b>Prótesis Parcial Removible</b>	9	9.00
3. <b>Prótesis Total</b>	13	13.00
4. <b>Exodoncia</b>	10	10.00
5. <b>Corona MC Individual</b>	1	1.00
6. <b>Endodoncia Convencional</b>	2	2.00
7. <b>Restauración en Resina</b>	13	13.00
8. <b>Raspado y Alisado – Profilaxis</b>	14	14.00
9. <b>Operculectomia</b>	2	2.00
10. <b>Remisión a Ortodoncia</b>	1	1.00
11. <b>Observación y Control</b>	1	1.00

## 7. DISCUSIÓN

En la ciudad de Cartagena, Colombia, de acuerdo al programa de vigilancia en salud pública del Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS), la morbilidad por patología bucales alcanza sus valores más altos para caries dental, seguida por gingivitis, manteniéndose estas como las más prevalentes durante los años<sup>16</sup>. La Facultad de Odontología posee una población estimada de 1.800 pacientes, que incluyen 1.000 pacientes adultos, por lo que existe la necesidad de determinar a través de estudios epidemiológicos, la prevalencia y distribución de las enfermedades bucales en esta población, con el objetivo de obtener mejores protocolos para el diagnóstico y tratamiento de las mismas.

Los diagnósticos de mayor frecuencia observados en el presente estudio fueron falsa anodoncia incompleta (42,0%) y completa (15,0%). El IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB)<sup>17</sup>, realizado durante los años 2013 al 2014 en Colombia, mostró que el 70,43% de las personas evaluadas, había perdido al menos uno o más dientes. Este cuadro es descrito por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una situación de “minusvalía”<sup>18</sup>, la cual consiste en una condición de desventaja para el individuo como consecuencia de una deficiencia que limita el desempeño normal de acuerdo a la edad o factores sociales y culturales. Esta ausencia dental puede generar una serie de alteraciones en la posición de los dientes remanentes, dando inicio a mayores distorsiones que, de no intervenir oportunamente pueden conllevar a mayores pérdidas dentarias y a la alteración de la estructura y función de los componentes del sistema estomatognático (dientes, tejidos de soporte, articulación temporo-mandibular)<sup>19,20</sup>.

Esta alta frecuencia de falsa anodoncia (completa e incompleta) en los pacientes puede deberse a caries dental, problemas periodontales, traumas dentales e

---

<sup>16</sup> DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DADIS. Perfil epidemiológico de Cartagena 2012 - Programa de vigilancia en salud pública, 2013.

<sup>17</sup> SALUD, Ministerio de. IV Estudio Nacional de Salud Bucal. ENSAB IV. Situación en Salud Bucal. Para Saber cómo estamos y saber qué hacemos. Ministerio de Salud, República de Colombia Bogotá (2014).

<sup>18</sup> GARCÍA, Carlos Egea y Alicia Sarabia SÁNCHEZ. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. En: Boletín del RPD. 2001. vol. 50

<sup>19</sup> ŞAKAR, Olcay. The Effects of Partial Edentulism on the Stomatognathic System and General Health. En: Removable Partial Dentures. Springer 2016, p. 9-15.

<sup>20</sup> EMAMI, Elham, et al. The impact of edentulism on oral and general health. En: International journal of dentistry. 2013. vol. 2013



impactos, dientes supernumerarios o lesiones quísticas o neoplásicas<sup>21, 22</sup>. Estudios de Prabhu y cols.<sup>23</sup>, Reddy y cols.<sup>24</sup>, y Akinboboye y cols.<sup>25</sup>, reportaron que la caries es la principal causa de la pérdida dental, así como la enfermedad periodontal, además de correlacionar de manera positiva la edad y el edentulismo parcial.

Marcenes W. y cols. (2013)<sup>26</sup> llevaron a cabo un estudio sobre la prevalencia mundial de condiciones orales entre 1990 y 2010 sobre caries no tratadas, periodontitis severa, y pérdida severa de dientes, reportando que la caries dental fue la patología más frecuente en 35% de la población, 11% y 2% de la población afectada por periodontitis y pérdida severa de dientes (falsa anodoncia), respectivamente, siendo similar a lo obtenido en el presente estudio, donde figuraban como patologías prevalentes en los pacientes atendidos en la facultad de odontología de la universidad de Cartagena, caries dental con 3%, 2% para periodontitis y 57% en relación a falsas anodoncias.

En el presente estudio la patología endodóntica más frecuente fue pulpitis irreversible sintomática con una prevalencia de 2%, en comparación con lo reportado con Gaviria AS y cols. (2012)<sup>27</sup>, quienes seleccionaron 302 historias clínicas para revisión en la facultad de odontología de la Universidad del Valle - Colombia, reportando que la patología endodóntica más frecuente fue periodontitis apical crónica no supurativa con una prevalencia de 38,1%, mientras que la pulpitis irreversible sintomática tuvo una frecuencia de 11,6%.

---

<sup>21</sup> MUNEEB, Anum, et al. Causes and pattern of partial edentulism/exodontia and its association with age and gender: semi rural population, Baqai Dental college, Karachi, Pakistan. En: International Dental Journal of Students Research. 2013. vol. 1

<sup>22</sup> ABDEL-RAHMAN, Hoshang Khalid, et al. Incidence of partial edentulism and its relation with age and gender. En: Zanco J Med Sci. 2013. vol. 17, no. 2

<sup>23</sup> PRABHU, Nayana, et al. Partial edentulousness in a rural population based on Kennedy's classification: an epidemiological study. En: The Journal of Indian Prosthodontic Society. 2009. vol. 9, no. 1

<sup>24</sup> REDDY, N Simhachalam, et al. Epidemiological survey on edentulousness. En: J contemp dent pract. 2012. vol. 13, no. 4

<sup>25</sup> AKINBOBOYE<sup>1</sup>, B, et al. Partial edentulism and unmet prosthetic needs amongst young adult Nigeria. En: Odonto-Stomatologie Tropicale. 2014

<sup>26</sup> MARCENES, Wagner, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. En: Journal of dental research. 2013. vol. 92, no. 7

<sup>27</sup> GAVIRIA, Angela Sofía, et al. Prevalencia de lesiones pulpares en pacientes tratados con endodoncia Escuela de Odontología Universidad del Valle. En: Revista colombiana de investigación en odontología. 2012. vol. 3, no. 7

Al comparar la prevalencia de patologías en tejidos duros (hipoplasia del esmalte, caries dental y fluorosis) y tejidos blandos (gingivitis, periodontitis), se observó una mayor prevalencia de caries dental código 6 según ICDAS (Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries) y gingivitis marginal, respectivamente. Robello y cols.<sup>28</sup> describieron en un estudio realizado en Lima, Perú, una mayor prevalencia para gingivitis localizada y generalizada leve, en relación a los tejidos blandos, y una alta frecuencia de caries superficial y profunda para tejidos duros, lo cual coincide con los hallazgos observados en el presente estudio; sin embargo, existe una marcada diferencia en comparación a la prevalencia del edentulismo parcial y total, siendo mucho menor en el estudio en mención. Esta diferencia puede deberse al criterio que se tuvo de incluir sólo el diagnóstico principal para determinar la frecuencia de las patologías en la presente investigación, en comparación al estudio de Robello y cols.

En relación a patologías de tejidos blandos, en este estudio la pericoronaritis tuvo una prevalencia de 2%, siendo menor a lo reportado por otros estudios, Yuli M y cols (2007)<sup>29</sup> estudiaron 7000 historias de pacientes que fueron atendidos en la facultad de odontología de la universidad central de Venezuela, reportando una prevalencia mayor en comparación al presente estudio de 3,15% para pericoronaritis.

Se ha reportado un incremento de 20,8% en la prevalencia de patologías orales en 20 años, desde el año 1990 hasta 2010<sup>30</sup>, La Organización Mundial de la Salud (2012) reportó que casi el 100% de la población adulta tenía caries dental en todo el mundo, las enfermedades periodontales afectaban entre un 15% a 20% en adultos de edad media (35 - 44 años) y alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre 65 y 74 años presentaban falsas anodoncias<sup>31</sup>. En el presente estudio las patologías más frecuentes fueron falsas anodoncias, enfermedades periodontales, caries dental y fracturas coronales, difiriendo esta última patología de lo reportado por la OMS quien mencionó que la población

---

<sup>28</sup> ROBELLO-MALATTO, José. Frecuencia de enfermedades bucales en pacientes atendidos en una clínica especializada en odontología en Lima, Perú. En: KIRU Revista de la Facultad de Odontología-Universidad de San Martín de Porres. 2015. vol. 11, no. 1

<sup>29</sup> MORET, Yuli, et al. Prevalencia de lesiones en la mucosa bucal de pacientes diagnosticados en el Laboratorio Central de Histopatología bucal Dr. Pedro Tinoco de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela durante el período 1968-1987. Resultados preliminares. En: Acta Odontológica Venezolana. 2007. vol. 45, no. 2

<sup>30</sup> MARCENES, et al. Op. cit.

<sup>31</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). "Salud bucodental, Nota informativa N°318". {En línea}. {} disponible en: (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>).

generalmente afectada por traumatismos bucodentales son los niños en una prevalencia de 16% a 40%<sup>32</sup>. Por lo anterior, es relevante conocer la prevalencia de patologías o condiciones orales debido que permite conocer la distribución de ellas en la población, contribuyendo al conocimiento de la comunidad científica, lo cual permitirá desarrollar estrategias enfocadas al diagnóstico y tratamiento preventivo/correctivo de las patologías con el fin de mitigar la frecuencia y el impacto de ellas en la población.

Sin embargo, los hallazgos de la presente investigación difieren de otros estudios, tales como, Al-Mobeeriek (2009) quien estudió 2552 pacientes en una facultad de odontología de Arabia Saudita, reportando que la patología más prevalente fue gránulos de fordyce 3,84%<sup>33</sup>. Saraswathi TR y cols. (2008) realizó un estudio en 1190 individuos en una facultad de odontología en India, el diagnóstico más frecuente fue queratosis friccional con una prevalencia de 5,4%<sup>34</sup>. Estas diferencias pueden ser atribuidas a las distintas localizaciones geográficas donde se realizaron los estudios, debido que varía el nivel de acceso a los servicios de salud, hábitos alimenticios, costumbres, ingresos económicos, como también a las condiciones generales de salud de los individuos, incluyendo sus condiciones genéticas hereditarias.

Este estudio debe ser interpretado a la luz de algunas limitaciones, incluyendo el hecho que sólo se consideraron los diagnósticos principales de las historias clínicas para determinar la frecuencia de las patologías orales en los pacientes, esto impide realizar comparaciones con otros estudios que incluyeron otros hallazgos clínicos, diagnósticos de sus pacientes y otros factores como la discriminación por variables sociodemográficas. Por esta razón, los resultados de la presente investigación no pueden ser generalizados. No obstante, algunas fortalezas deben ser destacadas, incluyendo el hecho que los motivos de consulta y tratamientos fueron tenidos en cuenta como variables de estudio, lo cual pocos artículos de la literatura reportan y permite darle al estudiante de odontología un mayor entendimiento sobre el diagnóstico y planificación del tratamiento durante su desarrollo profesional.

---

<sup>32</sup> Ibíd.

<sup>33</sup> AL-MOBEERIEK, Azizah y Abdullah M ALDOSARI. Prevalence of oral lesions among Saudi dental patients. En: Annals of Saudi medicine. 2009. vol. 29, no. 5

<sup>34</sup> SARASWATHI, TR, et al. Prevalence of oral lesions in relation to habits: Cross-sectional study in South India. En: Indian Journal of Dental Research. 2006. vol. 17, no. 3

## **8. CONCLUSIÓN**

A pesar de las diversas dificultades presentadas al realizar este proyecto, se pudo concluir que la patología oral con mayor frecuencia fue la falsa anodoncia incompleta, en el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2017. La inconformidad estética y funcional es el principal motivo de consulta por el cual acuden los pacientes a consulta. Actualmente gran parte de los tratamientos que se realizan en la clínica son debidos a la ausencia de órganos dentarios por lo que resulta de gran importancia para el estudiante y/o profesional en el área conocer la etiología, sintomatología y prevalencia, para así tomar la mejor decisión respecto a cada caso.

A partir de este estudio pueden surgir ideas nuevas tales como, la progresión de pacientes que acuden a consulta por esta patología en diferentes periodos del tiempo, evaluar si existe concordancia entre el tratamiento ofertado con el diagnóstico realizado.

## **9. RECOMENDACIONES**

Es necesario que la población estudiantil y los profesionales en el área de la odontología, tengan conceptos claros acerca de los motivos de consultas y los diagnósticos de las patologías que abordamos diariamente para poder garantizar un tratamiento más eficaz y certero.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- SHQAIR aq, GOMES GB, OLIVIERIA A, GOETTEMS ML, Romano AR, BONOW MLM, TORRANI DD. Dental emergencies in a university pediatric dentistry clinic: a retrospective study. Braz Oral Res. 2012 Jan-Feb; 26:50-6.
- ENSAB IV: Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal. ENSAB IV: Para saber cómo estamos y saber qué hacemos. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social 2013-2014.
- PUPO S, CARMONA M, GOMEZ L, HERNANDEZ K. Epidemiología y Prevalencia de las Patologías Endodónticas Presentadas en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena en el año 2015. Biblioteca digital 2016, Universidad de Cartagena.
- ABDEL-RAHMAN, Hoshang Khalid, TAHIR, Chiman Dhahir y SALEH, Mahabad Mahmud. Incidence of partial edentulism and its relation with age and gender. En: Zanco J Med Sci. 2013. vol. 17, no. 2, p. 463-470
- AKINBOBOYE<sup>1</sup>, B, AZODO, C y SOROYE, M. Partial edentulism and unmet prosthetic needs amongst young adult Nigeria. En: Odonto-Stomatologie Tropicale. 2014
- AL-MOBEERIEK, Azizah y ALDOSARI, Abdullah M. Prevalence of oral lesions among Saudi dental patients. En: Annals of Saudi medicine. 2009. vol. 29, no. 5, p. 365
- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DADIS. Perfil epidemiológico de Cartagena 2012 - Programa de vigilancia en salud pública, 2013.
- EMAMI, Elham, DE SOUZA, Raphael Freitas, KABAWAT, Marla y FEINE, Jocelyne S. The impact of edentulism on oral and general health. En: International journal of dentistry. 2013. vol. 2013

- GARCÍA, Carlos Egea y SÁNCHEZ, Alicia Sarabia. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. En: Boletín del RPD. 2001. vol. 50, p. 15-30
- GAVIRIA, Angela Sofía, QUINTERO, Marín, ZÚÑIGA, Angela Patricia, RODRÍGUEZ, Patricia y JARAMILLO, Adriana. Prevalencia de lesiones pulpares en pacientes tratados con endodoncia Escuela de Odontología Universidad del Valle. En: Revista colombiana de investigación en odontología. 2012. vol. 3, no. 7, p. 48-54
- MARCENES, Wagner, KASSEBAUM, Nicholas J, BERNABÉ, Eduardo, FLAXMAN, Abraham, NAGHAVI, Mohsen, LOPEZ, Alan y MURRAY, Christopher JL. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. En: Journal of dental research. 2013. vol. 92, no. 7, p. 592-597
- MORET, Yuli, RIVERA, Helen y CARTAYA, Melissa. Prevalencia de lesiones en la mucosa bucal de pacientes diagnosticados en el Laboratorio Central de Histopatología bucal Dr. Pedro Tinoco de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela durante el período 1968-1987. Resultados preliminares. En: Acta Odontológica Venezolana. 2007. vol. 45, no. 2, p. 240-243
- MUNEEB, Anum, KHAN, Batool Mohsin y JAMIL, Beenish. Causes and pattern of partial edentulism/exodontia and its association with age and gender: semi rural population, Baqai Dental college, Karachi, Pakistan. En: International Dental Journal of Students Research. 2013. vol. 1
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). "Salud bucodental, Nota informativa N°318".
- PRABHU, Nayana, KUMAR, Sandeep, D'SOUZA, Marriete y HEGDE, Veena. Partial edentulousness in a rural population based on Kennedy's classification: an epidemiological study. En: The Journal of Indian Prosthodontic Society. 2009. vol. 9, no. 1, p. 18

- REDDY, N Simhachalam, REDDY, Nallala Amarendra, NARENDRA, R y REDDY, Sashi Deepth. Epidemiological survey on edentulousness. En: J contemp dent pract. 2012. vol. 13, no. 4, p. 562-70
- ROBELLO-MALATTO, José. Frecuencia de enfermedades bucales en pacientes atendidos en una clínica especializada en odontología en Lima, Perú. En: KIRU Revista de la Facultad de Odontología-Universidad de San Martín de Porres. 2015. vol. 11, no. 1
- ŞAKAR, Olcay. The Effects of Partial Edentulism on the Stomatognathic System and General Health. En: Removable Partial Dentures. Springer 2016, p. 9-15.
- SALUD, Ministerio de. IV Estudio Nacional de Salud Bucal. ENSAB IV. Situación en Salud Bucal. Para Saber cómo estamos y saber qué hacemos. Ministerio de Salud, República de Colombia Bogotá 2014).
- SARASWATHI, TR, RANGANATHAN, K, SHANMUGAM, S, SOWMYA, R, NARASIMHAN, Prem Deepa y GUNASEELAN, R. Prevalence of oral lesions in relation to habits: Cross-sectional study in South India. En: Indian Journal of Dental Research. 2006. vol. 17, no. 3, p. 121



## ANEXOS

**ANEXO A.** Carta para solicitar permiso para acceder a las historias clínicas de las oficinas de archivo.



Cartagena de Indias, Bolívar.  
23 de mayo de 2017

Oficinas de Archivos Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena.

Cordial Saludo.

De la manera más cordial los estudiantes **Álvaro Gutiérrez Montes** identificado con C.C 1. 044.928.737 y Carnet estudiantil 0521210043; **Oscar Lentino Villalba** identificado con C.C 1.143.367.759 y Carnet estudiantil 0521210043; **Cristian Suárez Ruidiaz** identificado con C.C 1.143.320.48 y Carnet estudiantil 05211229. Pertenecientes a Octavo (VIII) semestre, se dirigen a las oficinas de archivos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena con el fin de que se nos sea facilitado las historias clínicas que allí se encuentran archivadas, debido a que son necesarias para llevar a cabo nuestra investigación, la cual consiste en identificar la lesión por la cual asisten con mayor frecuencia los pacientes a la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, perteneciente al grupo de investigación GITOUIC.

---

Investigador Principal  
Martha Carmona Lorduy

## ANEXO B. Instrumento para la recolección de datos.

	Nombre	Numero de HC	Sexo	SEXOCOD	Edad	EDADCOD	Motivo de Consulta	MCCOD	Diagnostico	DIACOD	Tratamiento	TRATCOD
1	Agueda Ospino		Femenino	1	21	1	Inconformidad Estetica	1	Manchas Extrinsecas Generalizadas	3	Restauracion en Resina	7
2	Nancy Ahumado		Femenino	1	56	2	Ausencia de Organos Dentarios	4	Falsa Anodoncia Incompleta	1	Protesis Parcial Fija	1
3	Candelaria Lopez		Femenino	1	34	1	Zona Edentula	3	Falsa Anodoncia Incompleta	1	Protesis Parcial Removible	2
4	Ines Olivares		Femenino	1	59	2	Inconformidad Estetica y Funcional	2	Falsa Anodoncia Incompleta	1	Protesis Parcial Fija	1
5	Mercedes Mendez		Femenino	1	57	2	Inconformidad Estetica	1	Falsa Anodoncia Incompleta	1	Protesis Parcial Fija	1
6	Petrona Valero		Femenino	1	49	2	Ausencia de Organos Dentarios	4	Falsa Anodoncia Incompleta	1	Protesis Parcial Removible	2
7	Marta Cuesta		Femenino	1	46	2	Fractura Coronal	5	Fractura Coronal Complicada	4	Exodoncia	4
8	Josefa Chacon		Femenino	1	59	2	Ausencia de Organos Dentarios	4	Falsa Anodoncia Incompleta	1	Protesis Parcial Removible	2
9	Nuris Botrus		Femenino	1	52	2	Ausencia de Organos Dentarios	4	Falsa Anodoncia Incompleta	1	Protesis Parcial Removible	2
10	Delfira Meza		Femenino	1	61	3	Ausencia de Organos Dentarios	4	Falsa Anodoncia Incompleta	1	Protesis Parcial Removible	2
11	Elvira Martinez		Femenino	1	84	3	Inconformidad Estetica y Funcional	1	Falsa Anodoncia Completa	2	Protesis Total	3
12	Marlene Calderon		Femenino	1	56	2	Zona Edentula	3	Falsa Anodoncia Incompleta	1	Protesis Parcial Removible	2
13	Juana Meza		Femenino	1	50	2	Inconformidad Estetica y Funcional	2	Falsa Anodoncia Incompleta	1	Protesis Parcial Fija	1
14	Edith Miranda		Femenino	1	65	3	Inconformidad Estetica y Funcional	2	Falsa Anodoncia Incompleta	1	Protesis Parcial Fija	1
15	Sonia Uruvia		Femenino	1	71	3	Protesis Desadaptada	6	Falsa Anodoncia Incompleta	1	Protesis Total	3
16	Rafael Prietas		Masculino	0	43	1	Inconformidad Estetica	1	Fractura Coronal Complicada	4	Corona MC Individual	5
17	Salvador Rodriguez		Masculino	0	55	2	Inconformidad Estetica y Funcional	2	Falsa Anodoncia Incompleta	1	Protesis Parcial Fija	1
18	Ana Gomez		Femenino	1	47	2	Destruccion Coronal	7	Fractura Coronal Complicada	4	Exodoncia	4
19	Josefina Perez		Femenino	1	80	3	Inconformidad Estetica y Funcional	2	Falsa Anodoncia Completa	2	Protesis Total	3
20	Daniela Acevedo		Femenino	1	47	2	Inconformidad Estetica y Funcional	2	Falsa Anodoncia Completa	2	Protesis Total	3
21	Manuela Roman		Femenino	1	53	2	Inconformidad Estetica y Funcional	2	Falsa Anodoncia Incompleta	1	Protesis Parcial Fija	1
22	Lidia Hernandez		Femenino	1	64	3	Protesis Desadaptada	6	Falsa Anodoncia Incompleta	1	Protesis Total	3
23	Aida Gonzalez		Femenino	1	65	3	Inconformidad Estetica y Funcional	2	Falsa Anodoncia Incompleta	1	Protesis Parcial Fija	1
24	Neyla Salas		Femenino	1	50	2	Inconformidad Estetica y Funcional	2	Falsa Anodoncia Incompleta	1	Protesis Parcial Fija	1
25	Felipe Ruiz		Masculino	0	67	3	Odontalgia	8	Pulpitis Irreversible Sintomatica	6	Endodoncia Convencional	6
26	Yolanda Gomez		Femenino	1	61	3	Inconformidad Estetica y Funcional	2	Falsa Anodoncia Incompleta	1	Protesis Parcial Fija	1
27	Norly Burgos		Femenino	1	57	2	Inconformidad Estetica y Funcional	2	Falsa Anodoncia Incompleta	1	Protesis Parcial Fija	1
28	Carlos Sierra		Masculino	0	70	3	Inconformidad Estetica y Funcional	2	Falsa Anodoncia Incompleta	1	Protesis Parcial Fija	1
29	Gladys Acevedo		Femenino	1	77	3	Inconformidad Estetica y Funcional	2	Falsa Anodoncia Incompleta	1	protesis Parcial Fija	1
30	Judith Patiño		Femenino	1	73	3	Protesis Desadaptada	6	Falsa Anodoncia Completa	2	Protesis Total	3
31	Adriana Rossi		Femenino	1	33	1	Inconformidad Estetica	1	Hipoplasia del Esmalte	7	Restauracion en Resina	7
32	Claudia Rossi		Femenino	1	27	1	Gingivorragia	9	gingivitis Marginal asociada a Placa Bacteriar	8	Raspado y Alisado Radicular - Profilaxi	8
33	Elijana Diaz		Femenino	1	21	1	Inconformidad Estetica	1	Caries Codiao 6	9	Restauracion en Resina	7