



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE BIENESTAR Y SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES PORTADORES DE
PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE**

REVISIÓN DE LA LITERATURA

**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR PREVIO A
LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

AUTOR: CARLOS EDUARDO NARVÁEZ CUESTA

DIRECTOR: OD.ESP. MÓNICA PRISCILLA TELLO LARRIVA

CUENCA – ECUADOR

2021

*Yo me gradúe en
los 50 años de La Cato!
... y sostuve la Universidad*



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**“ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS PARCIAL
REMOVIBLE” REVISIÓN DE LA LITERATURA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR PREVIO A
LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

AUTOR: CARLOS EDUARDO NARVÁEZ CUESTA

DIRECTOR: MÓNICA PRISCILLA TELLO LARRIVA

CUENCA- ECUADOR

2021

*Yo me gradúe en
los 50 años de La Cato!
... y sostuve la Universidad*

DECLARACIÓN:

Yo, **Carlos Narváez**, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

.....

Autor/a: Carlos Narváez.

C.I.: 0105531768

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Od. Esp. PhD Priscilla Medina Sotomayor

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGICA

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS REMOVIBLES. REVISIÓN DE LA LITERATURA”**, realizado por **Carlos Eduardo Narváez Cuesta** ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Fecha: 18 de mayo 2021

.....

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Od. Esp. Priscilla Tello.

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA AZOGUES

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS REMOVIBLES. REVISIÓN DE LA LITERATURA “, realizado por Carlos Eduardo Narváez Cuesta, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Azogues, 18 de mayo del 2021

.....

Tutor/a: Tello Priscilla.

DEDICATORIA.

A Dios por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, a mis padres: Silvia Cuesta e Iván Narváez por darme su cariño incondicional, apoyarme de toda forma posible, a mi esposa Mayra González y mis hijos Cristofer Narváez e Nicolás Narváez por apoyarme siempre y estar a mi lado en buenos y malos momentos.

EPÍGRAFE.

Libres son quienes crean, no quienes copian, y libres son quienes piensan, no quienes obedecen. Enseñar, es enseñar a dudar.

Eduardo Galeano.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por haberme dado fuerza para culminar esta etapa de mi vida, a mis padres por siempre apoyarme, a mi hermana, esposa e hijos porque nunca dejaron de creer en mí y siempre comprenderme.

Agradezco al Od. Esp. Priscilla Tello y Od. Esp. Damián Tello que fueron mis bases para poder culminar este trabajo, por todo el tiempo invertido para poder guiarme y asesorarme.

Agradezco a la Universidad Católica de Cuenca por haberme abierto las puertas para mi profesionalización, autoridades, catedráticos y a todos quienes forman parte de la Unidad Académica de Salud y Bienestar – Carrera de Odontología.

ÍNDICE

Contenido	
DECLARACIÓN:	3
CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN	4
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	5
DEDICATORIA.	6
EPÍGRAFE.....	7
AGRADECIMIENTOS:.....	8
RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	12
INTRODUCCIÓN	13
METODOLOGÍA:	14
ESTADO DEL ARTE:.....	15
1.1 PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.....	15
1.1 CLASIFICACIÓN DE KENNEDY:	16
REGLAS DE APPLAGATE.....	¡Error! Marcador no definido.
CONSIDERACIONES PERIODONTALES EN PACIENTES PARCIALMENTE EDENTULOS	¡Error! Marcador no definido.
Evaluación del periodonto	¡Error! Marcador no definido.
COMPONENTES DE UNA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.....	18
2.21.1 Conector mayor:.....	18
2.21.2 Conector de menor:	18
2.21.3 Retenedor directo:.....	18
2.21.4 Retenedor indirecto	18
2.21.5 Base.....	18
2.21.6 Objetivos de las prótesis	19
Funcionalidad	¡Error! Marcador no definido.
Funcionalidad de la PPR:.....	¡Error! Marcador no definido.
Retención	20
Soporte.....	20
Estabilidad.....	20
Fijación.....	19
Salud.....	19
Estética	19

Ventajas y desventajas de las prótesis parciales removibles	21
ENFERMEDAD PERIODONTAL:.....	21
CAUSAS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL	21
PATOGENIA Y ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL	22
SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL	22
PARÁMETROS CLÍNICOS PERIODONTALES.....	23
NIVEL DE INSERCCIÓN CLÍNICA (NIC)	¡Error! Marcador no definido.
RECESIÓN GINGIVAL.....	24
SANGRADO AL SONDAJE (SS).....	25
MOVILIDAD DENTAL.....	25
DIAGNOSTICO PERIODONTAL	26
GINGIVITIS	26
PERIODONTITIS	26
PERIODONTITIS CRÓNICA	26
CLASIFICACIÓN DE LA PERIODONTITIS CRÓNICA.....	27
PERIODONTITIS AGRESIVA	28
INDICE DE PLACA DE O´LEARY	¡Error! Marcador no definido.
HIGIENE BUCAL.....	28
EDENTULISMO	¡Error! Marcador no definido.
ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	30
Antecedentes internacionales:.....	30
Antecedentes nacionales:.....	31
Antecedentes locales:	33
RESULTADOS:.....	34
DISCUSIÓN.....	36
CONCLUSIÓN	40
BIBLIOGRAFÍA.....	40

RESUMEN

ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS REMOVIBLES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

OBJETIVO: El objetivo principal de esta investigación fue recopilar evidencia científica sobre los posibles efectos que pueden ocasionar la presencia de una PPR (prótesis parcial removible) sobre la salud periodontal. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó una búsqueda sistemática computarizada en las bases de datos PubMed, Scielo, Cochrane y Redalyc. Para identificar las publicaciones, se utilizó palabras clave y operadores booleanos en diferentes idiomas y tienen que ser actuales desde el 2015 en adelante. Se identificaron 54 artículos como relevantes para el tema. De estos, 40 fueron sobre tratamiento, diagnóstico de la enfermedad periodontal, 14 sobre la prevalencia de enfermedades periodontales presentes en pacientes portadores de PPR. **RESULTADOS:** la enfermedad periodontal tiene una alta prevalencia en los pacientes portadores de prótesis parcial removible, el sexo femenino con el 68% es más prevalente que el masculino, de igual manera la periodontitis moderada y el maxilar inferior manifiestan un alto porcentaje de presentar enfermedad periodontal. **CONCLUSIONES:** Las alteraciones generadas en los órganos dentales y los tejidos orales, se atribuyen a una higiene oral deficiente, a un incremento de la placa bacteriana y a una acumulación de cálculos. Por lo que es posible reducir los efectos negativos de la PPR si se realizan medidas adecuadas de higiene bucal, se ha comprobado que en los pacientes que son atendidos regularmente con profilaxis periódicas e instauración de técnicas de higiene, los efectos adversos se reducen considerablemente en comparación a pacientes con hábitos de higiene negativos.

Palabras clave: Periodontitis, prótesis parcial removible, dientes pilares, enfermedad periodontal, diseños de prótesis.

ABSTRACT

PERIODONTAL DISEASE IN PATIENTS WITH REMOVABLE PROSTHESES.

LITERATURE REVIEW

OBJECTIVE: The main objective of this research was to collect scientific evidence on the possible effects that the presence of a PPR (removable partial denture) may cause on periodontal health.

MATERIALS AND METHODS: A systematic computerized search was carried out in the PubMed, Scielo, Cochrane and Redalyc databases. Keywords and Boolean operators were used to identify relevant publications, with no language or date limit. Of which 54 articles were identified as relevant to the topic. Of these, 40 were on the prevalence of periodontal disease, 14 on the treatment of periodontal diseases present in patients with PPR and 4 original articles referring to considerations on PPR.

RESULTS: When a fixed prosthesis is not indicated, the removable partial prosthesis (PPR) may be the treatment of choice for the restoration of partially edentulous ridges. However, although PPR is an alternative to replace missing teeth, it can become a threat to the remaining teeth because it can increase the incidence of cavities, affect the periodontal tissues and increase the amount of forces on the abutment teeth.

CONCLUSIONS: The alterations generated in the remaining teeth and oral tissues are attributed to poor oral hygiene, an increase in bacterial plaque and an accumulation of stones. Therefore, it is possible to reduce the negative effects of PPR if adequate oral hygiene measures are carried out, since it has been proven that in patients who are treated regularly with periodic prophylaxis and the introduction of hygiene techniques, the adverse effects are considerably reduced. compared to patients with negative hygiene habits.

Key words: Periodontitis, removable partial denture, abutment teeth, periodontal disease.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad hay muchos tratamientos de rehabilitación oral como es la prótesis parcial removible que por su bajo costo es muy usada por los pacientes.¹

La prótesis parcial removible es una de las formas de devolver las funciones masticatorias y la estética etc. Pero pueden causar daños a los órganos dentales y tejidos periodontales, al estar mal diseñadas, con desajuste van a aumentar la incidencia de caries dental, de enfermedades periodontales e incluso la pérdida de órganos dentales. Es viable que una prótesis parcial removible sea diseñada por especialista en rehabilitación oral para reducir los daños que llegarían a causar igual el paciente debe mejorar su higiene bucal.^{1,3}

Varios investigadores que realizaron estudios sobre las prótesis parciales removibles y analizaron que el uso de (PPR) mal diseñada o con un mal higiene bucal del paciente permite la mayor acumulación de la placa dental y así causar enfermedades periodontales, algunos autores concluyeron cuando hay un buen diseño de la prótesis y la coloración de los pacientes se puede disminuir la acumulación de placa.

La enfermedad periodontal es una patología que afecta los tejidos de sostén de un órgano dental, en etapas avanzadas puede llegar a causar la pérdida de estas piezas dentales, la misma se clasifica en leve, moderada y severa de acuerdo a la intensidad de la destrucción de los tejidos.⁵

Prótesis parciales removibles son dispositivos que mejoran la calidad de vida de los individuos que han perdido piezas dentales, pero al no ser diseñadas y usadas correctamente van a provocar acumulación de placa dental alrededor de los dientes que son usados como pilares y a su vez provocar diversas patologías entre ellas la enfermedad periodontal. Motivo por el cual se realizó esta revisión bibliográfica con el objetivo de presentar los posibles efectos adversos que puede ocasionar la presencia de una PPR sobre la salud periodontal, siendo esta una guía de apoyo para estudiantes, odontólogos y especialistas en rehabilitación oral en el cumplimiento de protocolos, formas y usos de prótesis parcial removible.

METODOLOGÍA:

Se realizó una búsqueda sistemática computarizada, de estudios publicados hasta diciembre del año 2020, en diferentes idiomas, en las siguientes bases de datos: Cochrane, Medline (a través de PubMed), Scielo, Redalyc, google académico. Por lo que se escogieron de acuerdo a los criterios:

criterios inclusión

- Basados en el año de la publicación.
- Admitiendo artículos desde el año 2015 en adelante.
- Estudios con estrategias para diagnóstico y tratamiento de enfermedad periodontal.
- El uso de prótesis removibles.

Criterios de exclusión

- Reportes de casos.
- Resúmenes de artículos.
- Publicaciones que no estaban dentro de los años de la búsqueda bibliográfica.

Estrategia de búsqueda

Se realizó la búsqueda con las palabras claves: removable, enfermedad periodontal, periodontitis, prótesis, periodonto, con la respectiva traducción en inglés de acuerdo al buscador. En el cual se usó la combinación de las palabras necesarias para encontrar la información, se usó conectores como OR y AND. Se encontró un total de 615 artículos mediante búsqueda general, se examinaron las listas de referencias de los artículos elegidos, y se analizaron las referencias relacionadas.

De los 615 artículos encontrados con las palabras claves, se eliminaron los artículos que no presentaban buena evidencia científica, también aquellos que no cumplían los criterios de inclusión fueron eliminados, 54 artículos se usaron para la estructuración de la tesis los cuales fueron analizados según los criterios de exclusión e inclusión.

14 artículos están relacionados a la prevalencia de enfermedad periodontal 20 artículos relacionados a periodontopatías presentes en pacientes portadores de PPR y 20 artículos referentes a prótesis parciales removibles.

ESTADO DEL ARTE:

1. Prótesis parcial removible

Es un dispositivo que va a sustituir uno o más órganos dentales perdidos, las prótesis deben ser diseñadas de forma correcta para evitar problemas a futuro, por lo cual tienen que presentar ciertas características como una correcta adaptación y retención.

La prótesis parcial removible debe ser diseñada para devolver a los pacientes la estética, las funciones masticatorias, el confort oclusal, la fonación y darle mayor tiempo de vida a los órganos dentales.^{2,3,4}

1.1 Indicaciones de PPR

- Está indicada para jóvenes y adultos mayores en quienes no se puede usar o colocar prótesis fija.
- Cuando hay una gran pérdida de órganos dentales y ha fracasado una prótesis fija.
- Cuando el paciente presente gran pérdida ósea en primer lugar en las zonas anterosuperiores, y en donde la prótesis fijas o implantes no van a brindar una mejor estética.
- En pacientes que se han realizado extracciones de órganos dentales resientes y que tengan zonas grandes desdentadas.
- Cuando no se pueda colocar implantes en extremos libres uní o bilaterales
- En pacientes que presentan movilidad generalizada de tipo I de los órganos dentales.
- Debido a que su costo es más económico que una prótesis fija o implantes.^{3,4}

1.2 Contraindicaciones de PPR

- Cuando no hay el espacio necesario para colocar una prótesis parcial y lo más conveniente es usar prótesis fija
- En pacientes que presentan gran cantidad de caries, debido a que los retenedores de las prótesis removibles agravarían esta patología.
- En pacientes que no tienen una buena higiene bucal, el uso de prótesis removibles en estos pacientes podría llevar a una enfermedad periodontal.
- En personas que presenten enfermedades como locura, síndrome de Down y epilepsia.^{5,6}

2. Clasificación de Kennedy:

Clase I: Áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes naturales.

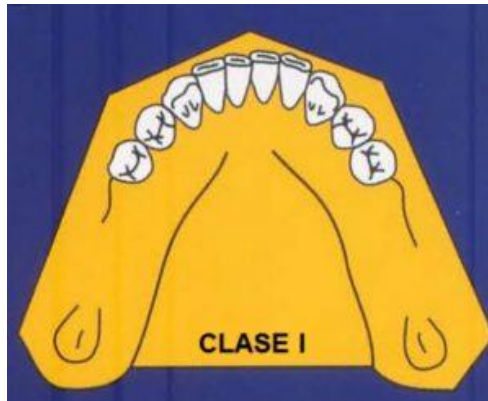


Figura 3: Clase I de Kennedy

Obtenida de: Petridis H, Hempton T. Periodontal considerations in removable partial denture treatment: A review of the literature. *Int J Prosthodont* 2001; 14:164-72.

Clase II: Área edéntula unilateral posterior a los dientes naturales remanentes.

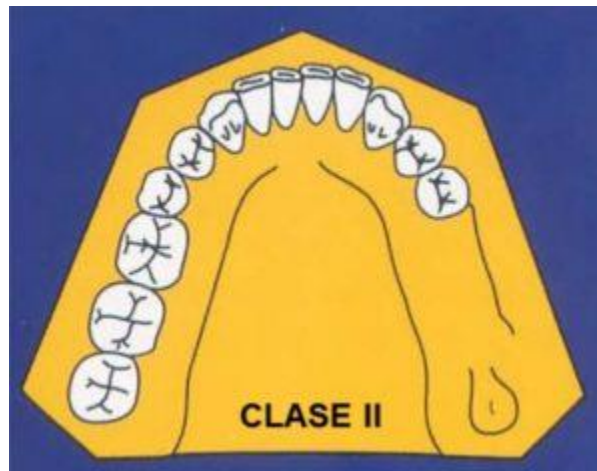


Figura 4: Clase II de Kennedy

Obtenida de: Petridis H, Hempton T. Periodontal considerations in removable partial denture treatment: A review of the literature. *Int J Prosthodont* 2001; 14:164-72.

Clase III: Área edéntula unilateral con dientes naturales remanentes delante o detrás del área edéntula.

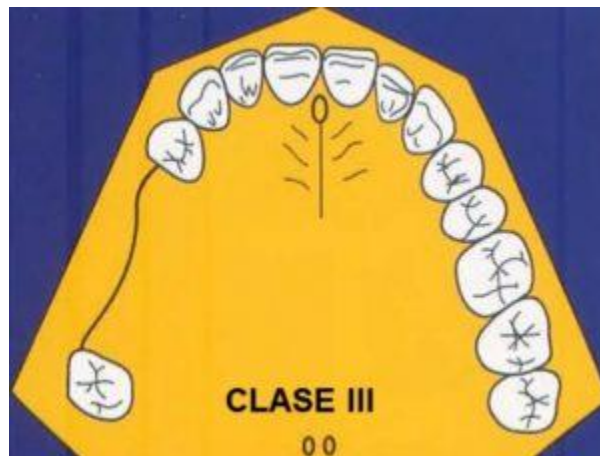


Figura 4: Clase III de Kennedy

Obtenida de: Petridis H, Hempton T. Periodontal considerations in removable partial denture treatment: A review of the literature. *Int J Prosthodont* 2001; 14:164-72.

Clase IV: Área edéntula única bilateral (que atraviesa la línea media), anterior a los dientes naturales remanentes.

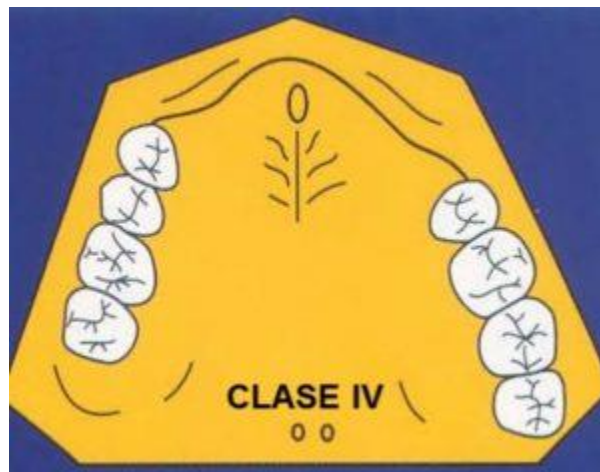


Figura 5: Clase IV de Kennedy

Obtenida de: Petridis H, Hempton T. Periodontal considerations in removable partial denture treatment: A review of the literature. *Int J Prosthodont* 2001; 14:164-72.

4. Componentes de una prótesis parcial removible

- Conector mayor:

El conector mayor es aquel que va a conectar las partes de las prótesis de una arcada hacia la otra arcada, cumpliendo una función importante que es brindar unificación y rigidez a la prótesis parcial removible.¹⁰

- Conector menor:

Los conectores menores están en íntima relación con los conectores mayores, estos van a conectar los retenedores tanto directos como indirectos a el conector mayor para así permitir que la prótesis este estable y rígida.¹⁰

- Retenedor directo:

Es un componente de la prótesis parcial removible que brinda la retención de la prótesis ante el desprendimiento dental, al retenedor directo también se le conoce como ganchos el mismo que se encuentra compuesto por 4 elementos los cuales son:

- Brazo retentivo
- Descanso
- Brazo reciproco
- Conector menor.^{10,11}

- Retenedor indirecto

Es un elemento muy importante, el cual ayuda a que la prótesis no tenga movimiento o rotación, el cual se compone de un solo elemento como es un resto.¹¹

- Base

Es un elemento que va a cubrir los rebordes residuales y es donde se colocará los órganos dentales perdidos, debe ser bien diseñado correctamente para que no lastime los tejidos blandos del paciente.¹¹

5. OBJETIVOS DE LAS PRÓTESIS

Anclaje

Este objetivo se trata de la zona de soporte mediante la cual se va a dar una buena fijación de la prótesis, se debe tener en cuenta varias unidades como son la estabilidad, soporte y retención. La prótesis parcial removible la fijación se consigue mediante los dientes pilares y se realiza directo en la corona clínica de los órganos dentales.^{10,11}

Salud

La salud bucal se consigue al colocarse una prótesis parcial removible bien diseñada con todos los estudios realizados, con la colaboración de los pacientes, mejorando la higiene oral y asistiendo a los controles recetados por su odontólogo y así evitar posibles daños a los órganos dentales e tejidos periodontales que puedan causar problemas para el paciente como son caries, enfermedad periodontal y hasta la pérdida de órganos dentales.^{12,13}

Estabilidad

Uno de los objetivos principales de las prótesis dentales es devolver las funciones masticatorias, brindando confort y proporcionando una masticación normal, es decir, permite que el paciente realice la trituración de alimentos de forma eficiente. Asimismo, el dispositivo protésico devuelve la función de fonación, ya que al perder ciertos órganos dentales el individuo no va a poder pronunciar adecuadamente ciertas letras y la colocación correcta de una prótesis parcial removible le va a devolver la fonación.^{12,13}

Estética

Cuando se habla de estética en el campo protésico, lo estético se va a conseguir mediante un correcto diseño de la prótesis, para conseguir la estética del paciente debemos considerar ciertos factores como es el análisis facial del paciente, edad, sexo etc., y en cuanto a los órganos dentales se les debe colocar lo más similar a los órganos dentales naturales en cuanto a su color y forma.^{12, 13}

PRINCIPIOS BIOMECÁNICOS DE LAS PRÓTESIS

- Estabilidad

La estabilidad es fundamental, debido a que una prótesis inestable, se balanceará durante la masticación. Se analizará la estabilidad para encontrar el soporte y la retención de las prótesis parciales removibles para así poder brindar los principios fundamentales de las prótesis

- Retención

Las prótesis deben tener el mejor tipo de retención que se pueda dar esto quiere decir que la prótesis parcial removible se conserve en la cavidad oral y no se esté moviendo de su posición, si por algún motivo esta no tiene una buena retención no habrá una correcta fonética, estética y lo más importante la función de la masticación, para obtener una buena retención en una prótesis parcial removible, esta debe ser adecuada con sus retenedores y sus apoyos en los órganos de forma correcta. ¹⁴

- Soporte

Los dientes y el periodonto serán los tejidos que soportarán las prótesis dentales, estos deben ser escogidos cuidadosamente, para poder brindar un soporte bueno y de calidad en la prótesis a partir del soporte se va a conseguir la retención y la estabilidad de la misma, y esto se logra mediante los conectores mayores. ¹⁴

Las prótesis pueden ser:

- **Dentosoportadas:** son las que van en órganos dentales que son pilares o remanentes. Los dientes pueden conservar íntegramente su estructura, o pueden ser previamente tallados por el odontólogo y son las que tienen mayor soporte que las dentomucosoportadas.
- **Mucosoportadas:** son conocidas como dentaduras postizas, estas prótesis son las que van soportadas en el proceso alveolar.
- **Dentomucosoportadas:** este tipo de prótesis es aquel que se va a conseguir unir los tipos de prótesis antes mencionadas en el cual el soporte se consigue tanto en los órganos dentales como en el proceso alveolar. ¹⁵

6. Ventajas y desventajas de las prótesis parciales removibles

6.1 Ventajas

- Rellena los espacios edéntulos, evitando que los dientes vecinos se muevan. Debido a que, si los dientes faltantes no son reemplazados, se puede originar una cadena de problemas como caries o enfermedad periodontal.
- Mantiene el balance de la oclusión permitiendo al paciente masticar correctamente.
- Brinda soporte a sus mejillas y labios, lo que ayudará a mejorar la fonación.
- Es un tratamiento odontológico económico.^{15,16}

6.2 Desventajas

- El principal inconveniente de la prótesis parcial es su movilidad y la necesidad de utilizar dientes adyacentes que se puedan emplear como apoyo para el uso de ganchos.
- Llagas o la sensación de náusea
- Las aletas tienen una base de acrílico frágil y tienden a romperse con frecuencia.¹⁶

7. Enfermedad periodontal:

Es causada por la acumulación de placa alrededor de los órganos dentales afectando directamente a los tejidos de soporte del órgano dental con diferentes grados de daños a los tejidos como puede ser una gingivitis y terminar en una pérdida de un órgano o varios órganos dentales, se recomienda realizar una prevención de esta enfermedad periodontal asistiendo al odontólogo para realizarse profilaxis, el tratamiento es controlar la infección bacteriana y para que el tratamiento sea un éxito se debe empezar con un correcto diagnóstico y pronóstico de que enfermedad periodontal tiene el paciente.¹⁹

7.1 Causas de la enfermedad periodontal

El principal factor que va a producir enfermedad periodontal es la acumulación e interacción de los microorganismos que se encuentran formando la placa bacteriana, la misma que se forma y se acumula todos los días en los órganos dentales, las bacterias que se encuentran en la placa dental son muy peligrosas para los tejidos que rodean los dientes debido a que estas bacterias producen toxinas que dañan la encía produciendo un nivel de inflamación de los tejidos que rodean al diente, en especial la encía, estos microorganismos y sus toxinas van a producir daño a los tejidos separando la encía del órgano dental, la placa dental debe ser controlada de forma

rápida, si esta no es controlada y removida de los órganos dentales, puede tomar una forma sólida, fija y fuerte que es conocido como cálculo.^{9,20,21}

Una vez que se formó el cálculo o sarro su eliminación es dificultosa ya que esto lo debe realizar un especialista en este caso el periodonsista ya que el cálculo se adhiere en las raíces dentro de la encía y por debajo de la línea gingival, al pasar los días se va agravando la enfermedad al no ser está controlada y eliminada, y a más de eso hay diversos factores que contribuyen con esta enfermedad elevando el grado de severidad periodontal.²²

Dentro de los parámetros que favorecen la aparición de la enfermedad periodontal tenemos:

- Pacientes que consumen tabaco.
- Pacientes que no tienen una buena higiene dental.
- Pacientes portadores de prótesis dental mal ajustados.
- Órganos dentales con restauraciones incorrectas.
- Alimentos introducidos en los espacios interproximales de los dientes.²³

7.2 Patogenia y etiología de la enfermedad periodontal

Las enfermedades periodontales se producen por diferentes factores, en cuanto al factor etiológico principal la placa bacteriana que se encuentran en los órganos dentales la misma forma por microorganismos patógenos y a más del biofilm hay otros factores que favorecen a la enfermedad periodontal como son:

- Genéticos
- Sistémicos
- Sociales^{23,24}

7.3 Síntomas de la enfermedad periodontal

Los signos de la enfermedad periodontal serán determinados por el odontólogo en la consulta dental, pero existen síntomas que el paciente referirá en la durante la misma; como el cambio de color en las encías, movilidad, halitosis, extrusión dental, pérdida de la papila interdental y alteraciones en los dientes pilares.^{24,25,26}

7.4 Parámetros clínicos periodontales

Para poder determinar un diagnóstico periodontal el profesional debe tener conocimientos claros sobre ciertos conceptos como:

Profundidad de sondaje (PS)

La enfermedad periodontal puede ser determinada por la profundidad de sondaje, podemos saber cuál es la medida con ayuda una sonda periodontal para determinar si hay o no presencia de bolsas periodontales, el sondaje corresponde al espacio que hay entre la superficie radicular y la encía. ²⁶

El diagnóstico correcto del sondaje se realiza el sondaje en todas las caras del órgano dental sin dejar ninguna de revisar, en donde si la sonda ingresa de 1 a 3 mm se considera un tejido sin inflamación clínica, si en el sondaje hay más de 4 mm esto quiere decir que hay presencia de bolsas dentales y así enfermedad periodontal.^{26,27}

El nivel de inserción

Otra de las formas para diagnosticar enfermedad periodontal es revisando el nivel de inserción, la pérdida de este nivel nos indica el daño de los tejidos periodontales, la inserción va desde el límite amelocementario a la base del surco gingival. ²⁸

Para obtener esta medida se usa la sonda en donde vamos a medir cuantos mm tiene entre el límite amelocementario y el fondo del surco y así conocer el grado de daño que está causando al tejido periodontal.²⁹

La pérdida de inserción clínica es la que va a determinar el diagnóstico y el grado en el que se encuentra la enfermedad periodontal.^{29,30,31}

Dentro de los signos clínicos de enfermedad periodontal se menciona el sangrado al sondaje, el mismo que también es determinante para valorar la severidad de la enfermedad periodontal como es el caso de la gingivitis.

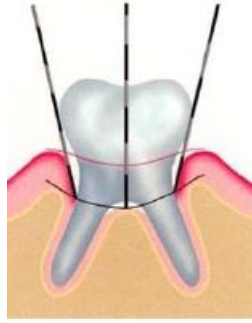


Figura 1: Identificación de la profundidad al sondaje.

Obtenida de: Ardila C. Efectos de la prótesis parcial removible sobre la salud periodontal. *Avances en Periodoncia* [revista en la Internet].2010 Ago; 22(2): 77-83.

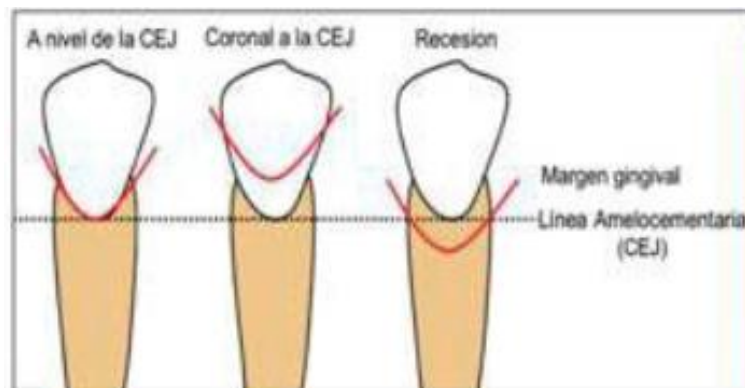


Figura 2: Identificación del nivel de inserción clínica

Obtenida de: Ardila C. Efectos de la prótesis parcial removible sobre la salud periodontal. *Avances en Periodoncia* [revista en la Internet].2010 Ago; 22(2): 77-83

Recesión gingival

Es la pérdida de tejido gingival es decir que la encía se contrae y se reduce en cada uno de los órganos dentales, como puede suceder en varios órganos dentales, la recesión gingival se dirige hacia apical del diente dejando en exposición a la raíz o raíces de los órganos dentales.^{31,32}

La recesión en la actualidad afecta al 67% de la población entre los 19 y 62 años, por varios estudios realizado se pudo conocer que los órganos dentales inferiores fueron los más afectados causando problemas en estos pacientes como es la estética.³³

La recesión gingival está acompañada de la periodontitis crónica en varios casos, causando la pérdida de los tejidos peridontales.³⁴

Hay varios motivos por lo que se puede producir recesión gingival clínica esto es debido a un trauma que se puede dar durante el cepillado dental, iatrogenias, también pueden suceder por

ciertos hábitos orales y puede ser causada por aparatos removibles usados para rehabilitación oral como es las prótesis parciales removibles.^{33,34}

Miller en 1985 determinó la siguiente categorización de las recesiones gingivales:

- **Clase I:** no hay pérdida de tejido blando tampoco hay pérdida de hueso, y corresponde a la recesión del tejido gingival que no llega hasta la unión mucogingival.
- **Clase II:** no hay pérdida de hueso ni de tejido interproximal, esta recesión va desde el tejido marginal hacia apical de la línea mucogingival.
- **Clase III:** hay pérdida de altura del periodonto próximo, la recesión del tejido marginal se extiende apical a la unión mucogingival.
- **Clase IV:** existe pérdida de tejido blando a nivel interdental y pérdida grave ósea, la recesión de tejido marginal se extiende apical a la línea mucogingival.^{35,36}

- Sangrado al sondaje (SS)

Es un signo de enfermedad periodontal y por lo tanto hay una inflamación del periodonto, el sangrado puede darse por diferentes factores como es un cepillado incorrecto, por un traumatismo de las encías, el sangrado puede ser un signo claro que puede ocasionar problemas como pérdida de inserción gingival.³⁵

- Movilidad dental

Es un considerado un signo muy claro de enfermedad periodontal, no en todos los casos se considera que la movilidad es signo de enfermedad periodontal puede suceder por otros factores.³⁷

La movilidad dental es diagnosticada de manera directa por un odontólogo, donde se usan dos magos de espejos que estos van a ser apoyados en los órganos dentales y vamos a hacer movimientos suaves hacia vestibular, palatino o lingual el odontólogo va a determinar el grado de movilidad de cada órgano dental.^{36,37}

La movilidad dentaria se clasifica según Miller:

- Grado 0: corresponde un tipo de movilidad fisiológica, 0.1 – 0.2mm.
- Grado 1: el órgano dental presenta 1mm de movimiento.
- Grado 2: el órgano dental tiene más de 1mm de movimiento.
- Grado 3: es el más grave ya que el órgano dental presenta movimiento agudo.³⁷

7.5 Diagnóstico periodontal

En cuanto al diagnóstico periodontal en la actualidad hay nuevas clasificaciones de las enfermedades periodontales, anteriormente se le conocía como periodontitis del adulto la cual en la actualidad se la conoce como enfermedad periodontal crónica, esta se le ha clasificado según su severidad y su localización, también se realizó cambios en el nombre de la periodontitis de inicio precoz que en la actualidad se le conoce como enfermedad periodontal agresiva, esta enfermedad no se clasifica sino al contrario pertenece a dos grupos como es la enfermedades periodontales y enfermedades gingivales.^{38,39}

7.5.1 Gingivitis

Es la inflamación de las encías que puede tener grados diferentes de afección, pero la gingivitis no va a causar daños a los tejidos de inserción. Las gingivitis tienen signos claros como es el sangrado durante el cepillado dental, irritación o cambio de coloración de la encía, edema. La gingivitis se da por dos causas como es por traumatismos o por mala higiene oral y así la acumulación de placa.³⁹

La gingivitis es una enfermedad que en la actualidad es muy prevalente y muy común en la población, las gingivitis pueden estar también asociadas a factores como alteraciones sistémicas, pueden darse por genética, y uno de los factores más frecuentes son los traumatismos.⁴⁰

La gingivitis se puede clasificar como generalizada la cual afecta a más del 30% de los órganos dentales en general y la localizada que va a afectar menos del 30% de los órganos dentales de la cavidad oral.^{39,40}

7.5.2 Periodontitis

la periodontitis también conocida como enfermedad periodontal, es aquella que causa la inflamación de la encía y causa daños a los tejidos periodontales llegando a dañar el cemento, el hueso y el ligamento periodontal.⁴¹

Periodontitis crónica

La periodontitis crónica se produce por la acumulación de placa dental, está por lo general suele afectar a las personas adultas mayores a 65 años, pero también hay casos en los cuales afecta a jóvenes, el progreso de esta periodontitis es lento y largo causando daño a las encías y al hueso alveolar.⁴¹

La periodontitis crónica puede presentar diferentes signos y síntomas los cuales se pueden presentar todos en un solo paciente o solo pueden estar presentes uno o dos los siguientes signos:

- Puede presentar Edema.
- Todos presentan Sangrado al sondaje.
- Al sondaje presentan presenta bolsas periodontales.
- Hay una pérdida del nivel de inserción clínica.
- Pueden presentar placa dental en los órganos dentales y calculo
- Otro de los signos puede o no presentar movilidad de uno o de varios órganos dentales.
- Daños en el hueso alveolar
- Algunos pacientes suelen presentar mal olor de la boca. ^{29,30,40,41}

Además del diagnóstico clínico también podemos realizar un diagnóstico radiográfico a través de radiografías periapicales y ortopantomografía en la que se puede evidenciar presencia de cálculo supra y subgingival

Para poder determinar si es enfermedad periodontal crónica debe haber una cierta combinación de signos como es la inflamación gingival, tiene que presentar perdida de la inserción clínica, presentan un sondaje mayor a 4 (bolsas periodontales) las cuales pueden ser diagnosticadas mediante la exploración clínica y mediante radiografías como una periapical.³⁷

Clasificación de la periodontitis crónica

De acuerdo a su severidad:

- **Leve:** La pérdida de inserción es de 1 a 2mm.
- **Moderada:** La pérdida de inserción es de 3 a 4mm.
- **Severa o avanzada:** La pérdida de inserción es superior a 5mm.^{38,39}

De acuerdo a su extensión:

- **Localizada:** afecta un porcentaje menor al 30% de los órganos dentales que se encuentran en la cavidad oral.
- **Generalizada:** afectan a más del 30% de todos los órganos dentales que se encuentran en la cavidad oral. ⁴²

Dentro del diagnóstico periodontal también se realiza un control de placa, porcentaje que se obtiene a partir del índice de placa de O'Leary, en general el control de placa nos ayuda a determinar el grado de higiene bucal que exhibe el paciente. ^{15,28,33,38}

Periodontitis agresiva

Es una de las formas más agresivas de la enfermedad periodontal, esta enfermedad se caracteriza por la destrucción rápida de los tejidos de soporte de los órganos dentales de la misma forma la enfermedad agresiva esta avanza de forma rápida, por lo general la periodontitis agresiva está asociada a enfermedades sistémicas y genéticas y otros factores que determinan su aparición.^{11,27} La característica clínica principal es su rápida progresión y destrucción de los tejidos de soporte de los órganos dentales. La enfermedad periodontal agresiva además de la destrucción de los tejidos de soporte causa una pérdida ósea. ³⁸

Se clasifica en generalizada y localizada. La localizada afecta a individuos jóvenes y esta se presenta solamente en los incisivos o en el primer molar, mientras que la generalizada afecta a más de 2 órganos dentales a más del primer molar y los incisivos, afecta a personas menores de 30 años. ³⁸

La enfermedad periodontal agresiva se puede diagnosticar a través de radiografías periapicales o panorámica en donde se debe observar si hay o no destrucción vertical del hueso alveolar en los primeros molares y uno o más incisivos, también esta enfermedad puede atacar las raíces de los órganos dentales la cual se puede constatar en la radiografía. Se observa en la enfermedad periodontal agresiva localizada en la cual se observa en los 4 primeros molares de cada arco se observa una pérdida ósea hacia mesial, y en la enfermedad periodontal agresiva generalizada se le ve que todos los órganos dentales están afectados y presentan pérdida ósea la mayoría de los órganos dentales.³⁹

8. Higiene bucal

Es de suma importancia para evitar muchas enfermedades en especial la acumulación de placa y de bacterias que podemos evitar con una buena higiene bucal, en especial las personas que usan prótesis tanto removibles como fijas deben tener un excelente cepillado dental y cuidado de sus órganos dentales para así evitar daños de los tejidos que rodea a los órganos dentales.

Por lo que los odontólogos deben empezar con una motivación e indicaciones de la forma concreta de cepillarse la boca, que pasta usar qué tipo de cepillo, indicación de el huso de hilo dental como realizar una limpieza de la prótesis correcta todo esto le sirve al paciente para evitar

enfermedades periodontales y hasta la pérdida de órganos dentales por lo que se debe recomendar estar en controles regulares con sus odontólogos mínimo 2 veces por año.^{39,40}

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Como antecedentes de la presente revisión bibliográfica citaremos de origen internacional nacional y local:

Antecedentes internacionales:

Linhares M y colaboradores en el año 2020, en Brasil, publicaron un artículo que lleva como tema Evaluation of periodontal parameters on Removable Partial Denture abutment teeth with direct and indirect retainers: A 48-month follow-up. Se trató y se evaluó a catorce pacientes con enfermedad periodontal con los siguientes parámetros: índice de placa (PI), sangrado al sondaje (BOP), profundidad de sondaje (PD), recesión gingival (GR), pérdida de inserción clínica (CAL) y mucosa queratinizada (KM). Se compararon los parámetros entre dientes pilares con retenedores directos e indirectos en todos los puntos de tiempo. El mantenimiento periodontal se registró a los 6, 18 y 48 meses. La mayoría de los pacientes (n = 11; 78,6%) incluidos eran mujeres y tenían una edad media de 66 años. Después de 48 meses, solo se observó una reducción significativa en IP para ambos dientes pilares; por el contrario, PD, GR, CAL y KM aumentaron al final del estudio. BOP aumentó a los 48 meses para los pilares con retenedores directos. El sitio distal de los pilares con retenedores directos presentaron valores más altos para GR y CAL. ⁴⁵

Turgut Z y colaboradores en el año 2020, en Turquía publicaron el siguiente artículo The association between denture care and oral hygiene habits, oral hygiene knowledge and periodontal status of geriatric patients wearing removable partial dentures. Donde analizaron 553 Se encontró una relación significativa entre la frecuencia de tabaquismo, la edad de la dentadura postiza, el uso nocturno de la dentadura postiza, la estomatitis de la dentadura postiza y la limpieza de la dentadura postiza ($p < 0.05$). El 54,10% de los participantes que informaron que no tenían información sobre el cuidado de las prótesis. Entre los pacientes que se cepillaban una vez al día, el 26,34% tenía un buen nivel de limpieza de la dentadura; mientras que el 39,40% cepillaban la prótesis tres veces al día. Los autores concluyeron que el éxito del mantenimiento de las dentaduras postizas puede depender del conocimiento de los pacientes sobre el cuidado y los hábitos de higiene de las dentaduras postizas y de la motivación de los pacientes geriátricos. ⁵³

Vianny M y Yelsin Reyes, en el año 2019 realizaron un estudio descriptivo observacional con el título "prevalencia de recesión gingival en pacientes con PPR en el área de periodoncia de la

clínica odontológica Dr. Rene Puig de la nacional Pedro Henríquez Ureña” se evaluó 31 pacientes que eran portadores de prótesis removible que fueron ingresados al área de periodoncia para ser evaluados en la nacional Pedro Henríquez Ureña. Se evaluaron a los pacientes que de los 31 hubo 45 órganos dentales que sirvieron de pilares los que fueron evaluados y todos presentaron recesión gingival debido al diseño de la prótesis según la clasificación de Rebossio, donde observaron que el 57% de los pacientes presentaron resección gingival de grado III que portaban prótesis dentomucosoportadas y el 43% de los pacientes portadores de prótesis parcial removible presentan recesión gingival grado II. Debido a estos resultados presentados los autores informan que al usar prótesis dentomucosoportadas va haber mayor probabilidad de que dañen el periodonto del órgano dental pilar y así causen recesión gingival.⁴⁴

Vega P y colaboradores en República Dominicana, en el año 2017, realizaron un estudio analítico descriptivo con el título “Evaluación del estado periodontal del diente pilar en pacientes portadores de prótesis parciales removibles que acudieron a la facultad de odontología de la Universidad de las Américas”; este grupo de pacientes portaban prótesis parcial removible por más de 12 meses. En donde se evaluó 80 dientes pilares, se les midió el índice de placa, movilidad, sangrado y profundidad de sondaje con relación al tiempo de uso de la prótesis, mediante la prueba de chi-cuadrado ($p=0,0099$). Tomando como referencia de tiempo los rangos de uno a dos años y tres a 25 años, donde el índice mayor lo obtuvo el nivel de inserción con mayor tiempo de uso. Esto demuestra que el estado periodontal de los pilares que soportan la prótesis removible se altera en relación al tiempo de uso de la misma.⁴⁶

Bonilla y cols en el año 2014, en El Salvador, estudiaron la condición periodontal asociada al estado de las PPR, donde evaluaron los dientes pilares a través de exámenes clínicos y radiográficos. Obteniendo como resultado que la condición periodontal de los dientes pilares está afectada levemente en un 60,34% de los pacientes; respecto a la movilidad el 50,4% de ellos no mostro movilidad patológica. Al evaluar el estado de las PPR, el 68,75% se encontraron en buen estado y el 13,37% en mal estado. Este estudio concluyo que el estado de la PPR influye en la condición periodontal de dientes pilares, y que la condición en la que se encuentre el retenedor directo no influye en la condición periodontal.⁵⁰

Antecedentes nacionales:

Zambrano M en el año 2019, en la ciudad de Guayaquil desarrollo un estudio acerca de la frecuencia de los efectos periodontales en dientes pilares de PPR. Donde obtuvieron como resultado que, de los 43 pacientes analizados, el 67,44% de las mujeres y el 32,56% de los

hombres presentaron de alteraciones en los tejidos periodontales. En el análisis se encontró mayor frecuencia de acúmulo de placa (45.45%), inflamación gingival leve (45.45%), ausencia de bolsas periodontales (56.25%), ausencia de movilidad dental (52.84%) y recesiones gingivales (58.52%). Llegando a la conclusión que el uso de las PPR afecta al tejido periodontal de los dientes pilares a largo plazo, por lo que se importante mantener una correcta higiene y realizar mantenimientos protésicos periódicos.²⁷

Torres G y colaboradores en el año 2017, en la ciudad de Quito, analizaron el estado periodontal de dientes pilares posterior a la utilización de prótesis parcial removible. Constatando que el 68% de los pacientes presentan una profundidad de sondaje de 4-6mm, el 22,5 % una profundidad de 1-3mm, el 8,6 % una profundidad de 7-9mm y el 0,8 % una profundidad de sondaje de 10 -12 mm. Asimismo, se evidenció que el 61,5% de los pacientes presentaron recesión gingival clase I, el 32,4 % presentaron una recesión gingival clase II y el 6,1% presentaron recesión gingival clase III. Concluyendo que las prótesis removibles están asociadas con la pérdida de inserción periodontal y de hueso alveolar adyacente al pilar. ⁴³

Moran D y colaboradores en el año 2016, en la ciudad de Guayaquil, estudiaron la prevalencia de la periodontitis en pacientes portadores de PPR, donde obtuvieron como resultados que el 43% de los individuos presentaron una buena higiene bucal, 27% media y el 30% mala; además se encontró que el 60% presentó periodontitis, el 63% de ellos en un nivel leve, el 23% en moderado y el 10% en leve. Estableciendo que existe un mayor índice de periodontitis en hombres, identificándose que las posibles causas pueden ser la falta de instrucción de higiene oral y limpiezas protésicas, tomando en cuenta factores sistémicos y hormonales.⁴⁸

Patiño B y colaboradores en el año 2016, en Ecuador realizaron un estudio acerca de la prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes con PPR; del total de la muestra (80), se identificó que 50 pacientes presentaron enfermedad periodontal vinculada al uso de PPR, siendo más prevalente en hombres que en mujeres y en grupos etario de 41 a 70 años. Llegando a la conclusión que la gran mayoría de casos de enfermedad periodontal en pacientes que usan PPR se da por muchas causas como una mala higiene bucal y en especial el material de la prótesis que puede provocar desde una gingivitis hasta una periodontitis grave.⁵¹

Reyes L y colaboradores en el año 2016 en Ecuador efectuaron un estudio sobre la prevalencia de gingivitis en pacientes con PPR. Donde se encontró que el sexo femenino presenta menor grado de prevalencia de gingivitis (52%) en comparación con el género masculino (78%). Los autores llegaron a la conclusión que los pacientes portadores de PPR son más propensos a

desarrollar gingivitis, esto se puede deber al mal diseño y adaptación de los retenedores en la cavidad bucal, ya que esto provocara la acumulación de placa bacteriana e inflamación gingival.

Antecedentes locales:

Arcentales y colaboradores en el año 2015 en Cuenca; ejecutaron una investigación acerca del estado periodontal en pacientes portadores de PPR. Donde encontraron que el 37,5% de los pacientes analizados presentaron gingivitis en los dientes relacionados con los ganchos protésicos, de estos el 50% exhibieron gingivitis localizada y el 50% generalizada. De igual forma el 55% de la muestra presento periodontitis y solo un 7,5% de los pilares analizados se encontraban sanos. Por otra parte, 78 pilares presentaron recesiones en los órganos dentales, Presentaron bolsas periodontales 37 pacientes, 89 pacientes presentaron sangrado al sondaje y solo uno presento movilidad de los órganos dentales. En cuanto al higiene oral se observó que el 87.5% de os pacientes revisados presentaron un mal higiene bucal por lo que se determinó que es el primer factor de enfermedad periodontal. ⁴⁷

RESULTADOS

De los 14 artículos analizados, el 83.6% de ellos concluyó que las prótesis parciales removibles afectan en cierto grado a los tejidos periodontales. Dentro de los tipos de afección se evidenció que la periodontitis es la más frecuente, seguido de la gingivitis por la acumulación de placa, de igual forma se constató que un gran número de artículos menciona que las recesiones gingivales afectan en gran manera a los dientes pilares donde se colocan los retenedores.

Uno de los aspectos fundamentales analizados durante esta revisión bibliográfica es la relación entre los hábitos de higiene oral y la afección periodontal en pacientes portadores de prótesis parciales, el 80% de los artículos menciona que es primordial realizar controles periódicos de salud bucal y la instauración de técnicas de higiene para de esta manera prevenir el desarrollo de patologías periodontales.

SELECCIÓN DE ESTUDIOS

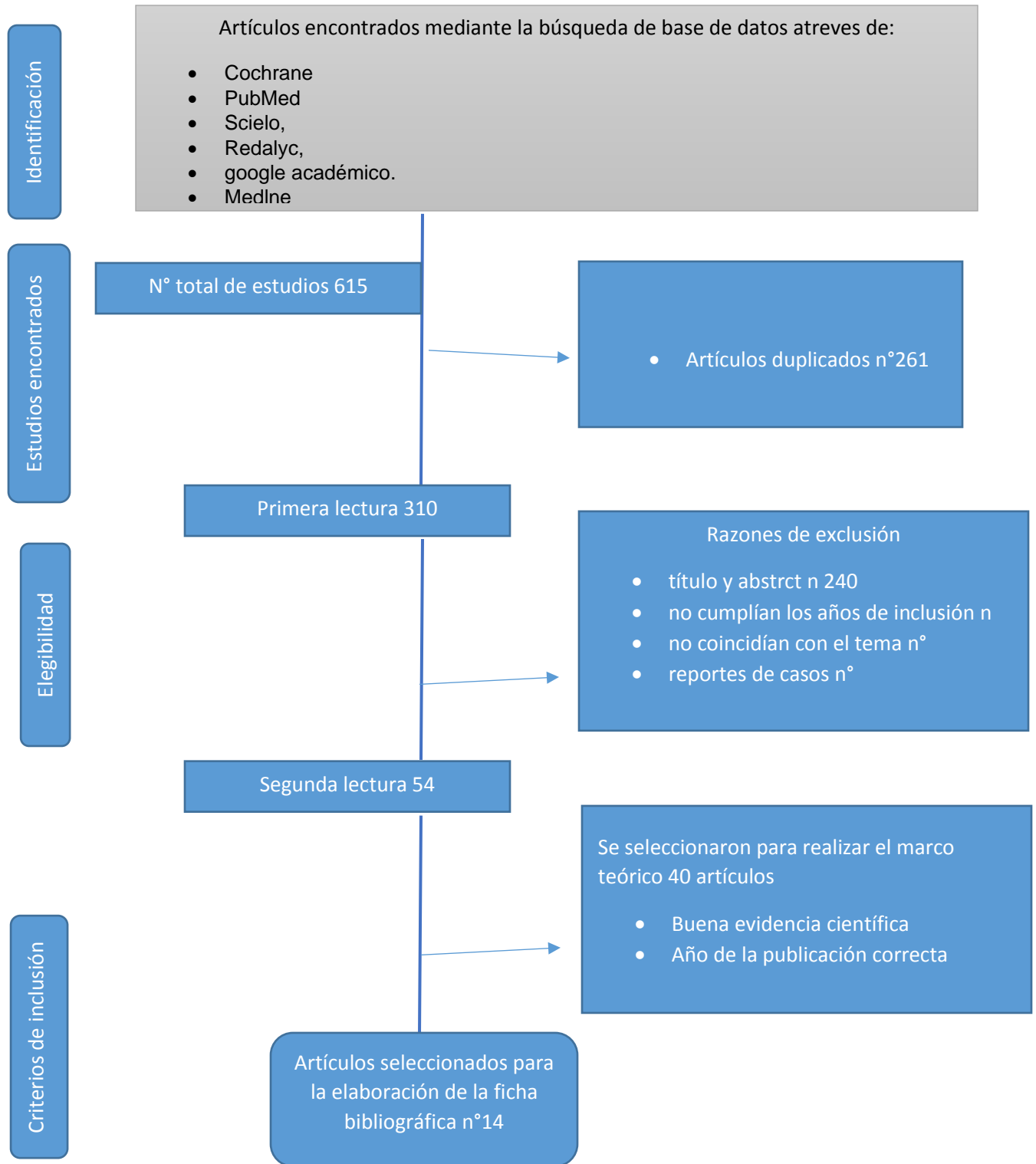


Figura 1: elaboración propia del esquema en general de la búsqueda bibliográfica

RESULTADOS

Tabla 1: prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes portadores de prótesis parcial removible

Autor	año	Prevalencia	Tipo de edentulismo	Sexo	Maxilar superior o inferior	Edad	Tipo de enfermedad periodontal
Juan Oliveira	2017	86%	Parcial	F=66% M= 44%	Inferior	50-55	Periodontitis moderada
Daniel moran	2016	83%	Parcial	F=65% M=35%	Inferior	51-70	Gingivitis
Patiño blanca	2018	84%	Parcial	F=70% M=30%	Inferior	31-40	Gingivitis
Moisés Mamani	2019	82%	Parcial	F=62.5% M=37.5%	Inferior	55-65	Periodontitis moderada
Carolina Arcentales	2015	87.5%	Parcial	F=56,6% M=36.4%	No especifica	40-59	Gingivitis
Rene Puig	2019	82%	No especifica	F=62% M=48%	Inferior	40-45	Periodontitis moderada
Elizabeth Vanegas	2016	75%	Parcial	F=56% M=44%	No especifica	50-68	Periodontitis moderada
Andrea Romero	2018	81%	Parcial	F=67% M=33%	Inferior	No especifica	Periodontitis moderada
Marco González	2015	96%	Parcial	F=69% M=31%	Inferior	50-59	Periodontitis moderada
Elio Catuto	2020	94%	No especifica	F=70% M=30%	Inferior	43-57	Periodontitis moderada
Andrés Sánchez	2015	82%	Parcial	No especifica	Inferior	41- 62	Gingivitis
Valeria Rossis	2018	78%	Parcial	No especifica	No especifica	No especifica	Gingivitis
Karla Shala	2016	82%	No especifica	No especifica	No especifica	No especifica	Periodontitis moderada

Salvador Dula	2015	79%	Parcial	No específica	No específica	No específica	Gingivitis
---------------	------	-----	---------	---------------	---------------	---------------	------------

Interpretación tabla 1:

Al analizar cada estudio realizado por los diferentes autores y diferentes años se observa que en todos los 14 artículos hay presencia de enfermedad periodontal en pacientes portadores de prótesis parciales removibles, 83.6% de prevalencia, según estos estudios el sexo femenino es más susceptible a tener enfermedad periodontal, de igual manera que el maxilar inferior, la periodontitis moderada es la más prevalente seguida de la gingivitis.

DISCUSIÓN:

En relación al sexo Moran D y colaboradores revelaron que no existe altas tasas de prevalencia en el sexo masculino, pero hay una prevalencia alta en el sexo femenino de presentar enfermedad periodontal.⁵³ Igualmente, Mamani en su estudio manifiesta que el sexo femenino es el más prevalente, estos autores y sus colaboradores manifiestan que hay una alta prevalencia de enfermedad periodontal en los pacientes que son portadores de prótesis parciales removibles.

En la investigación elaborada por Mamani y colaboradores se corroboró que todos los pacientes portadores de PPR mostraron periodontitis crónica la mayoría de los pacientes estudiados por tiene una alta prevalencia, según Arcentales y cols observaron que el uso de prótesis parciales removibles es un factor clave para afectar la salud periodontal de los pacientes que la usan debido a un mal higiene oral de los pacientes portadores.⁴⁸

La prótesis parcial removible, a pesar que este realizada por especialistas y tenga un buen diseño, este bien construida y bien planeada puede ser una de las causas para afectar el periodonto y así llegar a perder hasta los órganos dentales. ya que serán piezas dentales más susceptibles a la aparición de caries y enfermedad periodontal si no se tiene una higiene bucal eficiente, permitiendo una acumulación de placa dental. En zonas de difícil acceso el éxito dependerá de varios factores entre ellos la colaboración de los pacientes con una adecuada higiene oral y que puedan mantener la prótesis con los cuidados necesarios y asistiendo a 2 controles mínimos en el año con su odontólogo. Por lo que, Gonzales y colaboradores establecen que la afectación principal de las prótesis parciales a los tejidos de la cavidad bucal es la enfermedad periodontal, seguida de la caries dental.¹⁰

Según Sayajka y col indican que el uso de PPR resultó generar valores superiores de acumulación de Bofill, y luego de esto ocasiona la pérdida de inserción clínica y así mismo la inflamación de los tejidos periodontales en los órganos dentales que sirven como pilares.²⁷ Del mismo modo, en un estudio realizado por Mamani en el año 2019 se constató que hubo sangrado cuando se sondeó, inflamación de las encías y presencia de bolsas mayores a 4mm en la mayoría de los órganos dentales que van colocados los ganchos protésicos.⁴⁷

El uso de la PPR favorece la acumulación de placa dental en los órganos dentales, por lo que hace que los pacientes que la usan sean más susceptibles a enfermedades periodontales como

es la gingivitis, periodontitis además puede ser susceptibles a caries e incluso a la pérdida de los órganos dentales. Por lo que recomienda que los pacientes portadores de prótesis parciales removibles deben tener cuidado antes y durante del uso de la prótesis.^{23,25}

Por otra parte, en el estudio de Sánchez y colaboradores, se demostró una alta prevalencia de gingivitis asociada a placa bacteria.¹¹ De igual forma Arcentales y colaboradores mostraron que el 37,5% de los pacientes estudiados presentaron gingivitis en los órganos dentales en donde van colocados los ganchos protésicos, de estos el 50% es localizada y el 50% generalizada.⁴⁷ Es importante realizar refuerzos regulares de higiene oral, detartraje y profilaxis en esta población.

CONCLUSIÓN

- Existe relación entre el uso de la PPR con el estado periodontal de los órganos dentales que sirven como pilares que van a ser colocados los retenedores protésicos, siendo la enfermedad periodontal crónica la más frecuente.
- Asimismo, los hábitos de higiene juegan un papel fundamental en la relación entre la PPR y el estado periodontal, puesto que en aquellos pacientes que usan PPR y tienen una mala higiene bucal, el estado de salud periodontal se verá altamente perjudicado. Se debe tener en cuenta que las PPR conducen a problemas como es la acumulación de la placa dental, por ello, la ejecución de medidas adecuadas de higiene es fundamental para evitar el desarrollo de afecciones en los tejidos periodontales.
- La mayoría de estudios demuestran que el uso de PPR conduce al desarrollo de enfermedad periodontal en especial la recesión gingival debido a los retenedores protésicos mal diseñados por lo que se considera que la recesión gingival es la que más prevalencia tiene en los órganos dentales que sirven para colocar dichos retenedores así mismo se determinó que la movilidad dentaria no es común en los pacientes que portan prótesis parcial removible.
- Los factores que afectan la distribución de las fuerzas de la PPR a los dientes pilares y reborde edéntulo abarcan el diseño protésico, la adaptación de la base protésica y la inclinación del reborde residual. Siendo fundamental un diseño protésico adecuado que evite efectos dañinos sobre las estructuras periodontales remanentes.
- Finalmente se evidencio mediante el análisis de la literatura que el tiempo de uso de PPR no está relacionado con la severidad de la enfermedad periodontal. Es de mucha importancia que los pacientes portadores de PPR asistan a controles con su odontólogo para analizar el estado periodontal antes, durante y después de cualquier tratamiento realizado en la cavidad oral y así poder garantizar su éxito, funcionalidad, longevidad y por ende bienestar al paciente.

Referencias bibliográficas

1. Vega P. Evaluación del estado periodontal del diente pilaren pacientes portadores de prótesis parcial removible que acuden a la facultad de odontología de la Universidad las Américas [Tesis de pregrado]. Quito: Universidad de las Américas; 2017.
2. Barbato P, Peres K. Contextual Socioeconomic Determinants Of tooth loss in adults and elderly: a systematic review. *Rev bras epidemiol.* 2015;18(2):357-371.
3. Mehr K, Olszanecka M, Chudek J, Szybalska A, Mossakowska M, Zejda J. Dental status in the polish senior population and its correlates. Results of the national survey polsenior. *Gerodontology.* 2018; 35(4): 398-406.
4. Reinoso M. Efectos psicológicos del edentulismo total y parcial y su nivel de satisfacción ante la rehabilitación protésica en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad de las Américas durante septiembre 2015 febrero 2016 [Tesis de pregrado]. Quito: Universidad de las Americas; 2016.
5. Rodríguez M, Arpajón Y, Herrera I, Díaz J, Jiménez Z. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis parcial removible acrílica. *Rev cubana estomatol.* 2020; 53(4):210-221.
6. Dávila L, Lugo G, Arteaga S, Gutiérrez R, Infante J. Repercusion periodontal de las deformidades y condiciones mucogingival. *Rev odontol los andes.* 2019;14(2):312-323.
7. Falcón-Guerrero B. Rehabilitación mediante prótesis telescópica en un paciente periodontalmente comprometido. *Rev méd Trujillo.* 2020; 15(2):73-78.
8. Vanegas E, Villavicencio E, Jiménez O, Ordóñez P. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la clínica universitaria Cuenca Ecuador. *Rev estomatol herediana.* 2016; 26(4):215-221.
9. Romero C, García B, Genicio S. Estado prostodóncico y salud bucal en pacientes que solicitaron reparaciones protésicas. *Rev cuba estomatol.* 2015;19(1):38-50.
10. Gonzales M. Prevalencia del estado periodontal de pacientes portadores de protesis parciales removibles tratados en una clínica privada. *Rev. estomatol herediana.* 2015; (3): 65-69.
11. Sanchez A, Fernanda P. Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes en adultos parciales. *RECIMNDO.*2018; 2(2): 356-367.
12. Hongqiang Y, Jing N, Man L, Li N, Jian Y, Yuchun S, et al. Preliminary clinical application of removable partial denture frameworks fabricated using computer-aided design and

- rapid prototyping techniques. *International journal of prosthodontics*. 2017; 30(4): 348-353.
13. Zorrilla C, Vallecillo M. Importancia de los índices periodontales en la evaluación de los implantes osteointegrados. *Avances en periodoncia*. 2002; 14(2):75-79.
 14. Urbina F. Componentes de la prótesis dental parcial fija y removible. 2019; 1 (6): 45-49.
 15. Shaghaghian S, Taghva M, Abduo J, Bagheri R. Oral health-related quality of life of removable partial denture wearers and related factors. *Journal of oral rehabilitation*. 2015 ; 42(1):40-48.
 16. Echeverría J y Niklaus P. Diagnóstico y tratamiento periodontal. *Rev. española periodoncia*. 2018 ;4(11):45-89.
 17. Dula L, Shala K, Pustina–Krasniqi T, Bicaj T, Ahmedi E. The influence of removable partial dentures on the periodontal health of abutment and non-abutment teeth. *Eur dent*. 2015; 9(3):382–386.
 18. Tada S, Allen PF, Ikebe K, Matsuda K, Maeda Y. Impact of periodontal maintenance on tooth survival in patients with removable partial dentures. *J Clin periodontol*. 2015;42(1):46-53.
 19. Roza Rodríguez y col. Gingival clinical characteristics of patients with fixed prosthesis treated in a teaching dental clinic, original article. *Rev Estomatol Herediana*. 2015;25(1):12-17.
 20. Tiwari T, Scarbro S, Bryant L, Puma J. Factors asociated with tooth loss in older adults in rural colorado. *Community health*. 2016; 41(3):476-481.
 21. García-Rubio A, Bujaldón-Daza AL, Rodríguez-Archilla A. Recesión gingival. Diagnóstico y tratamiento. *Av periodon implanto*. 2015; 27(1):19-24.
 22. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions and diagnostic considerations. *Journal of clinical periodontology*. 2018; 89(1):204-213.
 23. Rodríguez M, Arpajón Y, Herrera I, Díaz J, Jiménez Z. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis parcial removible acrílica. *Rev cubana estomatol*. 2016; 53(4):210-221.
 24. Seerig L, Nascimento G, Peres M, Horta B, Demarco F. Tooth loss in adults and income: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*. 2015; 43(9):1051–1059.
 25. Cocco F, Campus G, Strohmenger L, Cortesi V, Cagetti M. The burden of tooth loss in Italian elderly population living in nursing homes. *BMC Geriatrics*. 2018; 18(5):76-87.

26. Gómez M, Silva M, Páez M, Gómez J, Zea F, Agudelo A. Salud bucal y factores relacionados en pacientes portadores de prótesis bimaxilar en una institución docencia-servicio. *Rev nac odontol.* 2017; 13(24): 2357-4607.
27. Newman M, Takei H, Klokkevold P, Carranza F. *Periodontología clínica de carranza*, Librería servicio médico. Libro dental; 2017.
28. Geurs N, Iacono V, Krayner J, Mealey B, Paquette D, Pearson B, et al. American academy of periodontology task force report on the update to the 1999 classification of periodontal diseases and conditions. *Periodontol.* 2015; 86(7): 835-338.
29. Ramseier C, Anerud A, Dulac M, Lulic M, Cullinan M, Seymour G. Natural history of periodontitis: Disease progression and tooth loss over 40 years. *Journal of clinical periodontology.* 2017; 44(12):1182-1191.
30. Imam H, Özhayat E, Benetti A, Pedersen A, Gotfredsen K. Calidad de vida relacionada con la salud bucal y complicación después del tratamiento con prótesis dental extraíble. *J Oral Rehabil.* 2016; 43(1):23-30.
31. Nazer F, Sabbah W. Do Socioeconomic Conditions Explain Ethnic Inequalities in Tooth Loss among US Adults?. *Ethnicity & Disease.* 2018; 28(3):201-206.
32. Romero Y, Sierra E, Jiménez J, Pérez M, Gutiérrez L, Díaz L. Estado periodontal de pacientes portadores de prótesis parciales en secretaria adulto mayor girón – Santander. [Tesis de pregrado] Universidad Santo Tomás, Bucaramanga. 2018.
33. González R, Hechavarría G, Mercedes N, Cueto A. Los determinantes sociales y su relación con la salud general y bucal de los adultos mayores. *Rev cubana estomatol.* 2018; 54(1):60-71.
34. Fernandez-Barrera M, Medina-Solís C, Márquez-Corona M, Vera-Guzmán S, Ascencio-Villagrán A, Minaya-Sánchez M, et al. Edentulismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos. *Rev. clín. periodoncia implantol. rehabil. Oral.* 2016; 9(1):59-65.
35. Garcia, A. Recesión gingival. Diagnóstico y tratamiento. *Revista Avances en Periodoncia e Implantología Oral.* 2020;2(1): 19-24.
36. Damaskinos P, Koletsi-Kounari H, Mamai-Homata E, Margaritis V, Papaioannou W. Tooth Loss, Cognitive Ability and Socio-Economic Indicators in Older Adults Visiting Day Centers, in Athens and Piraeus, Greece. *EC Dental Science.* 2017; 17(6):921-931.
37. Rojas P, Mazzini M, Romero K. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. *Dom. cien.* 2017; 3(2):702-718.

38. Barboza C, Fantin R. The Role Of Socioeconomic Position In Determining Tooth Loss In Elderly Costa Rican: Findings from the creles cohort.-*odovtos-int Dental Sc.* 2017; 19(3):79-94.
39. Huivín-Rodríguez R, Gonzáles-Pinedo G, Chávez-Reátegui B, Manrique-Chávez J. Características clínicas gingivales de pacientes portadores de prótesis fija tratados en una clínica dental docente. *Rev estomatol herediana.* 2015; 25(1):12-17
40. Ali Z, Baker S, Shahrbaq S, Martin N, Vettore M. Oral health-related quality of life after prosthodontic treatment for patients with partial edentulism: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of prosthetic dentistry.* 2019; 121(1): 59-68.
41. Vinay S, Sneha M, Suryakant D, Sumathi K, Pragya P, Ankit G, et al. Denture hygiene knowledge, attitudes, and practices toward patient education in denture care among dental practitioners of Jabalpur city, Madhya Pradesh, India. *J Indian Prosthodont Soc.* 2016; 16(1):30–35.
42. Samuelson D, Divaris K, De Kok I. Benefits of case-based versus traditional lecture-based instruction in a preclinical removable prosthodontics course. *Journal of dental education.* 2017; 81(4): 387-394.
43. Del Rio J, Sandoval S, Andrade F. Prevalencia del estado periodontal en paciente portadores de prótesis parcial. *Polcon.* 2017; 2(8): 423-435.
44. Shala K, Dula L, Pustina-Krasniqi T, Bicaj T, Ahmedi E, Lila-Krasniqi Z, et al. Patient's satisfaction with removable partial dentures: A retrospective case series. *Open Dent J.* 2016;10(4): 656–663.
45. Patiño B, Romero R, Conto F, Pincay J. Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes que usen prótesis dentales parciales. *RECIMUNDO.* 2015; 2(2):356-567.
46. Rossis V, Reyes Y. Prevalencia de recesión gingival en pacientes con prótesis parcial removible en el área de periodoncia de la Clínica Odontológica [Tesis de pregrado]. República Dominicana: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2019.
47. Arcentales Y, Cuenca M. Estado periodontal en pacientes portadores de prótesis removible que acuden a la Facultad de Odontología [Tesis de pregrado]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2015.
48. Mamani B. Estado periodontal en pacientes portadores de prótesis parcial removible de la clínica odontológica. [Tesis de pregrado]. Puno: Perú; 2019.
49. Swelem A, Gurevich K, Fabrikant E, Hassan M, Aqou S. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en pacientes parcialmente edéntulos tratados con prótesis removibles, fijas, fija-removibles y soportadas por implantes. *J Prosthodont.* 2015; 27(4):338-347.

50. Porto A, de Carvalho K, Correia A, Bastos C, de Aquino A. Periodontal conditions of abutments and non-abutments in removable partial dentures over 7 years of use. *J Prosthodont.* 2017; 26(8): 644-649.
51. Bastías C. Estado periodontal de dientes pilares en pacientes portadores de prótesis parciales removible y su relación con las vías de carga protésica, Universidad Andrés Bello, año 2016. [Tesis de pregrado]. Concepción: Universidad Andrés Bello; 2016.
52. Bonilla D, Chávez I, Melgar D. Condición Periodontal, asociada al estado de Prótesis Parcial Removible en pacientes de la Facultad de Odontología, Universidad de El Salvador 2010- 2014. [Tesis de pregrado]. El Salvador: Universidad de El Salvador; 2016.
53. Moran V. Prevalencia de la periodontitis en pacientes con prótesis parcial removible. [Tesis de pregrado]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. 2016.
54. Le Bars P, Ayepa A, Koffi J, Badran Z, Soueidan A. Relationship between removable prosthesis and some systemics disorders. *J Indian Prosthodont Soc.* 2015; 15(4):292–299.

Control similitud Carlos Narvaez

INFORME DE ORIGINALIDAD

4%

INDICE DE SIMILITUD

4%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

creativecommons.org

Fuente de Internet

4%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 2%

Excluir bibliografía

Apagado

PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, NARVAEZ CUESTA CARLOS EDUARDO portador (a) de la cédula de ciudadanía Nro. 0105531768, en calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES PORTADORES DE PRÒTESIS REMOVIBLES, REVISIÒN DE LA LITERATURA” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de Los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos, Así mismo; autorizo a la Universidad para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, 9 de junio del 2021

F:

EL BIBLIOTECARIO DE LA SEDE AZOGUES

CERTIFICA:

Que, **NARVAEZ CUESTA CARLOS EDUARDO**. Con cédula de ciudadanía **Nro.**

0105531768 de la carrera de **ODONTOLOGIA**.

No adeuda libros, a esta fecha.

Azogues, 14 de abril del 2021.



SR. BYRON ALONSO TORRES ROMO

BIBLIOTECARIO

Biblioteca Universitaria
#ONS: "FROILAN POZO QUEVEDO"