

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Odontología

Segunda Especialidad en Periodoncia e Implantología



RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA PAPILA INTERINCISIVA MEDIA SUPERIOR Y EL CONTACTO INTERPROXIMAL EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UCSM. AREQUIPA, 2018

Tesis presentada por el Cirujano Dentista

Caracela Zeballos Jesús Rodrigo

Para optar el Título Profesional de **Segunda**

Especialidad en Periodoncia e Implantología

Asesora:

Dra. Pacheco Chirinos Bethzabet Marina

**Arequipa-Perú
2018**

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

DR LARRY ROSADO LINARES

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 63

Vista la solicitud que presenta don (ña CARACELA ZEBALLOS JESUS RODRIGO sobre el dictamen de la Tesis titulada "RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA PAPILA INTERINCISIVA MEDIA SUPERIOR Y EL CONTACTO INTERPROXIMAL EN PACIENTES DE LA CLINICA ODONTOLOGICA DE LA UCSM AREQUIPA, 2018" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR HERBERT GALLEGOS VARGAS
DR LARRY ROSADO LINARES
DRA SEREY PORTILLA MIRANDA

Arequipa, 25 de JUNIO del 2018

Universidad Católica de Santa María

Dr. Herbert Gallegos Vargas
Cuzano
Facultad de Odontología

INFORME

Sr. Decano:

*Habiendo revisado el presente Borrador de Tesis, sugiero:
Corregir las siguientes páginas: Abstract, 2, 4, 16, 18,
19, 20, 21, 22, 24, 31, 32, 35, 46, 52 y 54*

Herbert Gallegos Vargas - 04-07-2018

*Habiendo el interesado subscrito las observaciones,
el presente Borrador de Tesis cuenta con mi
OPINION FAVORABLE*

Herbert Gallegos Vargas

Arequipa, 2018 *Julio 05*

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

DR HERBERT GALLEGOS VARGAS

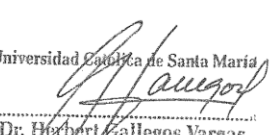
BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 63

Vista la solicitud que presenta don (ña CARACELA ZEBALLOS JESUS RODRIGO sobre el dictamen de la Tesis titulada "RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA PAPILA INTERINCISIVA MEDIA SUPERIOR Y EL CONTACTO INTERPROXIMAL EN PACIENTES DE LA CLINICA ODONTOLOGICA DE LA UCSM AREQUIPA, 2018" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR HERBERT GALLEGOS VARGAS
DR LARRY ROSADO LINARES
DRA SEREY PORTILLA MIRANDA

Arequipa, 25 de JUNIO del 2018

Universidad Católica de Santa María


Dr. Herbert Gallegos Vargas
Ducano
Facultad de Odontología

INFORME

*Revisado el fte Borrador de tesis es necesario
realizar las ptes correcciones:*

- Resumen (Capítulo) Abstract - Ampliar la Bibliografía
- Relucnar las Intervoyantes con los titulos de los cuadros

17-9-18

*Habiendose realizado las correcciones indi-
cadas, el presente trabajo de Investigación se
encuentra en condiciones de ser sustentado*

Arequipa, 2018. *Noviembre 21*

(5154) 382038

(5154) 252542

ucsm@ucsm.edu.pe

http://www.ucsm.edu.pe

0021576

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

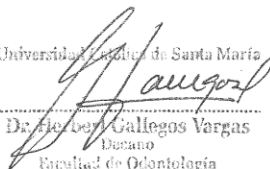
DRA SEREY PORTILLA MIRANDA

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 63

Vista la solicitud que presenta don (ña CARACELA ZEBALLOS JESUS RODRIGO sobre el dictamen de la Tesis titulada "RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA PAPILA INTERINCISIVA MEDIA SUPERIOR Y EL CONTACTO INTERPROXIMAL EN PACIENTES DE LA CLINICA ODONTOLOGICA DE LA UCSM AREQUIPA, 2018" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR HERBERT GALLEGOS VARGAS
DR LARRY ROSADO LINARES
DRA SEREY PORTILLA MIRANDA

Arequipa, 25 de JUNIO del 2018

Universidad Católica de Santa María

Dr. Herbert Gallegos Vargas
Decano
Facultad de Odontología

INFORME

Sr. Decano de la Facultad de Odontología, por medio del presente, tengo a bien informar las observaciones realizadas al presente Borrador de Tesis: Operacionalización de Variables, Hipótesis, Unidades de estudio,

Habiendo realizado las correcciones a las observaciones antes indicadas, se da pase para que continúe con el trámite respectivo.

Arequipa, 2018 *14 septiembre*

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres.

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

A mi esposa e hijo.

Por ser mi motor, mi motivación y mi apoyo en mis proyectos, metas y dificultades de la vida.

A mis hermanos.

Por ser mis amigos incondicionales de toda la vida que siempre están ahí cuando uno más los necesita.

A mis maestros.

Por la maravillosa formación que me dieron, me enseñaron a amar esta linda profesión y gracias a todos ellos que contribuyeron con esta tesis.

EPIGRAFE



-El futuro tiene muchos nombres. Para los débiles es lo inalcanzable. Para los temerosos, lo desconocido. Para los valientes es la oportunidad.

-Víctor Hugo.

INTRODUCCIÓN

La papila interincisiva media superior es una proyección estructural de la encía marginal hacia el nicho gingival o espacio interdentario entre ambos incisivos centrales, en el cual queda contenida entre el punto de contacto interproximal y la cresta ósea.

La papila interincisiva tiene en condiciones de normalidad forma de pirámide cuadrangular, cuyas caras vestibular, mesial, distal y palatino son normalmente triángulos cuyos vértices confluyen hacia la cresta o cima papilar, y sus bases se confunden con la parte más coronal de la encía adherida.

La papila, al estar confinada en el espacio interdentario, limita apicalmente con la encía adherida y la cresta ósea; lateralmente con las superficies mesiales de las coronas de los incisivos centrales; e incisalmente con el contacto interproximal, de ahí la importancia de estudiar la papila interincisiva en relación con este reparo.

El contacto interproximal, como se indicó, marca el límite inferior de la papila interincisiva superior. Este contacto normalmente está ubicado más cerca de incisal desde una vista vestibular; y, más próximo a vestibular de una perspectiva mesial.

Tanto papila interincisiva como contacto interproximal experimentan cambios morfológicos y dimensionales con la edad. Así la papila tiende a retraerse y a disminuir su tamaño. Por su parte el contacto interproximal, inicialmente puntiforme, se va transformando en una faceta de desgaste alargada verticalmente (cervico incisalmente), a la par que va migrando de incisal a cervical.

Razones suficientes para estudiar la relación entre las características clínicas de la papila interincisiva media superior y el contacto interproximal, cuyos aportes eminentemente cognitivos, se espera, sirvan para enriquecer la línea investigativa respectiva.

RESUMEN

Esta investigación tiene como propósito fundamental relacionar las características clínicas de la papila interincisiva media superior y con el contacto interproximal en pacientes de la Clínica Odontológica de la UCSM.

Se trata de un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, de campo y nivel relacional. Las variables mencionadas, papila interincisiva y contacto interproximal, fueron estudiadas por observación clínica intraoral, a través de la inspección y la medición correspondiente.

Las variables requirieron en términos generales frecuencias absolutas y porcentuales, y el X^2 , como tratamiento estadístico, excepto los indicadores diámetro mesiodistal, longitud inciso-cervical y posición gingival real de la papila, en que fueron necesarias la media, la desviación estándar, los valores máximo y mínimo, y el rango, por su carácter métrico.

En cuanto a los resultados, la papila interincisiva media superior mostró mayormente una tonalidad rojiza, una consistencia blanda, con el 70.73%; una forma predominantemente ovoide, con el 4.46%; un diámetro mesiodistal promedio de 2.30 mm; una longitud cervico incisal media de 2.04 mm; una posición gingival mayormente recedida con el 82.93%; una posición gingival real promedio de 4.72mm; y, presencia de sangrado al sondaje crevicular en el 70.03%. El contacto interproximal se ubicó mayormente en el tercio medio de las caras mesiales con el 53.66%, seguido por el tercio cervical, con el 29.27%; y finalmente por el tercio incisal, con el 17.03%.

Existe relación estadística significativa de la forma y posición gingival aparente de la papila interincisiva con la localización del contacto interproximal; más no del color, consistencia y sangrado gingival, pudiendo evidenciar una relativa relación matemática del diámetro mesiodistal, longitud cervico incisal y nivel inserción de la papila con la ubicación del contacto interproximal.

Palabras claves:

- Papila interincisiva
- Contacto interproximal

ABSTRACT

This research has the fundamental aim to relation the clinic characteristics of interincisive meddle higher papilla and interproximal contact in patients of Dentistry Clinic of UCSM.

It is an observational, prospective, sectional, descriptive, field study and relational level. The variables, interincisive papilla and interproximal contact, were studied by clinic intraoral observation, through inspection and respective measurement.

The variables generally required absolute and porcentual frequencies, and X^2 test, as statistic treatment, except the indicators mediodistal, and inciso-cervical diameters, and gingival real position of papilla, in which mean, standard desviation, maximum and minimum values, and rank, due to their metric indol.

Respect to findings, the interincisive meddle higher papilla usually showed a red tonality, a soft consistence, with 70.73%, an ovoidal form, with 4.46%; a mediodistal meam diameter of 2.30 mm; a cervico incisal length of 2.04mm, a gingival retracted position of 82.93%; a mean real gingival position of 4.72mm and bleeding presence to crevicular sondage in the 70.03%. Interproximal contact seated mostly in middle tercium of medial surfaces with 53.66%, followed by cervical tercium, with 29.27%; and finally incisal tercium, with 17.03%.

There is a significative statistic relationship of the form and gingival apparent position of papilla with the localization of interproximal contact, but not of color, consistence and gingival bleeding, with a relative mathematic relationship of mediodistal diameter, cervico incisal length and attachment level of papilla, and ubicacion of interproximal contact.

Key words:

- Interincisive papilla.
- Interproximal contact.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1 Determinación del problema	2
1.2 Enunciado	2
1.3 Descripción del problema.....	2
1.4 Justificación.....	4
2. OBJETIVOS.....	5
3. MARCO TEÓRICO	6
3.1. Conceptos básicos.....	6
3.1.1. Papila interincisal	6
a. Concepto	6
b. Constitución anatómica.....	6
c. Constitución histológica	7
d. Fisiología de la papila interincisiva media superior	7
e. Características clínicas normales de la papila interincisiva media superior.....	8
e.1. Color	8
e.2. Textura superficial.....	8
e.3. Contorno o forma	9
e.4. Consistencia, tono o turgor	9
e.5. Tamaño.....	9
e.6. Posición Gingival Aparente.....	9
e.7. Posición Gingival Real	9
3.2. Revisión de antecedentes investigativos.....	12
4. HIPÓTESIS.....	16

CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	17
1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	18
1.1. Técnicas	18
1.2. Instrumentos	18
1.3. Materiales de verificación	19
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	20
2.1. Ubicación Espacial	20
2.2. Ubicación Temporal	20
2.3. Unidades de Estudio	20
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	21
3.1. Organización	21
3.2. Recursos	21
3.3. Prueba piloto	22
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	22
4.1. Plan de Procesamiento de los Datos	22
4.2. Plan de Análisis de Datos	23
CAPÍTULO III RESULTADOS	24
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	25
DISCUSIÓN	41
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	45
HEMEROGRAFÍA	46
INFORMATOGRAFIA	47
ANEXOS	48
ANEXO Nº 1 MODELO DE LA FICHA DE REGISTRO	49
ANEXO Nº 2 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN	51
ANEXO Nº 3 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	53
ANEXO Nº 4 SECUENCIA FOTOGRÁFICA	55

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	Relación entre el color de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal	25
TABLA N° 2	Relación entre la consistencia de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal	27
TABLA N° 3	Relación entre la forma de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal	29
TABLA N° 4	Relación entre el diámetro mesio distal de la papila interincisiva media superior	31
TABLA N° 5	Relación entre la longitud cérvico incisal de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal	33
TABLA N° 6	Relación entre la posición gingival aparente de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal	35
TABLA N° 7	Relación entre la posición gingival real de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal...	37
TABLA N° 8	Relación entre el sangrado gingival y la localización del contacto interproximal	39

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nº 1	Relación entre el color de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal.....	26
GRÁFICO Nº 2	Relación entre la consistencia de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal.....	28
GRÁFICO Nº 3	Relación entre la forma de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal.....	30
GRÁFICO Nº 4	Relación entre el diámetro mesio distal de la papila interincisiva media superior	32
GRÁFICO Nº 5	Relación entre la longitud cérvico incisal de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal	34
GRÁFICO Nº 6	Relación entre la posición gingival aparente de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal	36
GRÁFICO Nº 7	Relación entre la posición gingival real de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal	38
GRÁFICO Nº 8	Relación entre el sangrado gingival y la localización del contacto interproximal	40



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Determinación del problema

Podría implicar cierto grado de predecibilidad la relación entre las características macroscópicas de la papila interincisiva y la localización del punto de contacto interproximal, dicho de otro modo, que la forma y tamaño del nicho gingival o espacio interdentario sea similar a las particularidades análogas de la papila; sin embargo, esta potencial relación no siempre es posible de esta manera, ya que puede haber niveles variables de recesión papilar. Razón por la cual se plantea el siguiente estudio en sentido de relacionar las características clínicas de las papilas interincisivas con el punto de contacto interproximal. De modo que no siempre podría haber un correlato estricto entre dichas variables.

El problema ha sido determinado mediante revisión analítica de antecedentes investigativos, a defecto de no insistir ya en lo investigado, sino en áreas de especial requerimiento investigativo.

1.2 Enunciado

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA PAPILA INTERINCISIVA MEDIA SUPERIOR Y EL CONTACTO INTERPROXIMAL EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UCSM, AREQUIPA 2018.

1.3 Descripción del problema

a) Área del Conocimiento

- a.1 Área General : Ciencias de la Salud
- a.2 Área Específica : Odontología
- a.3 Especialidad : Periodoncia
- a.4 Línea o Tópico : Relación gíngivo dentaria

b) Operacionalización de Variables:

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Características clínicas de la papila interincisiva media superior	• Color	<ul style="list-style-type: none"> • Rosado • Rojizo
	• Consistencia	<ul style="list-style-type: none"> • Firme • Blanda
	• Forma	<ul style="list-style-type: none"> • Piramidal • Ovoide • Plana • Otras formas
	• Diámetro mesiodistal	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión en mm
	• Longitud cérvico-incisal	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión en mm
	• Posición gingival aparente (PGA)	<ul style="list-style-type: none"> • Conservada • Migrada a coronal • Recedida
	• Posición gingival real (PGR)	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión en mm del fondo de surco gingival al límite amelocementario
	• Sangrado gingival	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Contacto interproximal	• Localización	<ul style="list-style-type: none"> • Tercio cervical • Tercio medio • Tercio incisal

c) Interrogantes Básicas:

- c.1.** ¿Cuáles son las características clínicas de la papila interincisiva media superior en pacientes de la Clínica Odontológica UCSM?
- c.2.** ¿Cómo es el contacto interproximal en estos pacientes?
- c.3.** ¿Cómo se relacionan las características clínicas de la papila interincisiva media superior con el contacto interproximal?

d) Taxonomía de la Investigación:

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	Por el nº de mediciones de la variable	Por el nº de grupos	Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Observacional	Prospectivo	Transversal	Descriptivo	De Campo	No experimental	Relacional

1.4 Justificación

La presente investigación justifica por las siguientes razones:

a. Novedad:

Se considera que el estudio es particularmente novedoso, porque aborda una relación no asumida en los antecedentes investigativos. Podría haber algún nivel de similitud, pero el enfoque específico de la investigación es inédito.

b. Relevancia:

El estudio posee relevancia científica Y contemporánea, demostrada respectivamente por el conjunto de nuevos conocimientos que podrían derivarse de la relación entre las características clínicas de la papila y el contacto interproximal, así como la importancia actual de dichas variables para el campo de la estética gingival.

c. Factibilidad:

El estudio es factible porque se cuenta con los pacientes en número y proporción estadística adecuada, presupuesto, tiempo, metodología y literatura especializada.

d. Otras razones:

Necesidad de obtener el Título Profesional de Segunda Especialidad en Periodoncia e Implantología, contribución con la especialidad y exigencia de ser congruente con las líneas de investigación de la segunda especialidad.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Evaluar las características clínicas de la papila interincisiva media superior en pacientes de la Clínica Odontológica de la UCSM.
- 2.2. Evaluar el punto de contacto interproximal en estos pacientes.
- 2.3. Relacionar las características clínicas de la papila interincisiva media superior y el contacto interproximal en estos pacientes.



3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos básicos

3.1.1. Papila interincisal

a. Concepto

La papila interincisiva media superior constituye una entidad morfofuncional de naturaleza epitelio conectiva, alojada en el espacio interdentario entre los incisivos centrales superiores, entre el punto de contacto y la cresta ósea.¹

b. Constitución anatómica

La papila interincisiva es en realidad una pirámide cuadrangular constituida por **dos caras libres**: la vestibular y la palatina, ambas visibles; **dos caras interproximales** no visibles, en inmediata contigüidad con las caras mesiales de los incisivos centrales superiores; una **base** y una **cima**. La cara vestibular de la papila interincisiva media superior tiene forma triangular de base cervical y vértice hacia el contacto interproximal. Es habitualmente lisa excepto en su base, en que algunas veces muestra algún nivel de graneado o texturización superficial. La cara vestibular de la papila debe su nombre al vestíbulo de la cavidad oral. Se llama también labial por su proximidad con la mucosa del labio superior. La cara palatina de la papila interincisiva, comparte la forma triangular de la cara vestibular; también es lisa y nunca está graneada, aun en condiciones de máxima salud gingival. Hacia atrás se continúa con las rugas palatinas. Subyacentemente contrae relación con el periostio y el agujero incisivo, por lo que se la denomina también PAPILA INCISIVA, y protege los vasos y nervios naso palatinos que emergen por este orificio. Las caras interproximales o internas de la papila interincisiva media superior constituyen la cara externa del surco gingival, en contacto con la superficie dentaria, con la que forma la hendidura gingival, crevículo o sulcus, cuya profundidad en condición de salud, no debe exceder los 3 mm. La base de la papila interincisiva media superior, llamada también SIMA PAPILAR es un rectángulo imaginario que cubre el periostio de la cresta del hueso interdentario; cuyos lados libres son mayores

¹ Jan Lindhe. *Periodoncia*. Pág. 110.

que los proximales. La cima o cresta de la papila es el vértice de la pirámide, al cual confluyen las caras libres, las caras interproximales y sus aristas muy redondeadas, y terminan en un área crítica inmediatamente suprayacente al punto de contacto interdentario.²

c. Constitución histológica

La papila interincisiva consta de un núcleo central de tejido conectivo denso constituido por fibras colágenas, vasos, nervios y linfáticos, aglutinados en una matriz glucoproteica. Este núcleo puede llamarse ESTROMA PAPILAR y está cubierto por el epitelio gingival externo a nivel de las caras libres, y por el epitelio crevicular a nivel de las caras internas o interproximales de la papila. El epitelio gingival externo de la papila interincisiva media superior está constituido por un epitelio plano, poliestratificado queratinizado, que consta a su vez de 4 estratos: el basal o germinativo muy interdigitado con el conectivo subyacente; el estrato espinoso con abundantes tonos filamentosos que le dan un aspecto radiotípico; el estrato granuloso, rico en gránulos de queratohialina; y, el estrato córneo, constituido por células muy aplanadas, sin núcleo ni organelos viables, los cuales están completamente reemplazados por queratina. El epitelio crevicular de la papila interincisiva media superior, tiene dos porciones: una coronal, constituida por epitelio, plano, escasamente estratificado paraqueratinizado, discretamente interdigitado con el conectivo; y, una apical no queratinizado que se relaciona con la lámina propia mediante una interfase, lisa, sin retepegs, y se continúa apicalmente con la porción más coronaria del epitelio de unión.³

d. Fisiología de la papila interincisiva media superior

La papila interincisiva cumple diferentes roles como el morfológico, el funcional y el estético.

- Por el rol morfológico, la papila interincisiva, forma parte del contorno gingival, junto con los arcos marginales de las superficies libres de las coronas dentarias, constituyendo el borde márgino papilar, cuya arquitectura

²Jan Lindhe. Ob. Cit. Pág. 111.

³Ibid. Pág. 112.

ondulada o festoneada y debidamente biselada hacia los cuellos dentarios, constituye un rasgo importante de la salud gingival.

- Asimismo, la papila interincisiva cumple un rol funcional importante al proteger el área interproximal tan proclive al empaquetamiento alimenticio y al ataque de las endotoxinas de la placa bacteriana. La papila evita la retención de placa, y salvaguarda el epitelio de unión y su adherencia.
- Estéticamente, la papila interincisiva cumple un rol gravitante en el delineado de la sonrisa, al considerar la simetría debe haber entre los hemisectores gingivodentarios derechos e izquierdos en lo concerniente a ciertos componentes críticamente necesarios en este propósito como: cenits, arcos marginales y papilas del sector anterosuperior.⁴

e. Características clínicas normales de la papila interincisiva media superior

Clínicamente la papila interincisiva debe ser evaluada a través de los siguientes parámetros.

e.1. Color

El color normal de la papila interincisiva media superior, se describe como rosado, el cual se debe al aporte sanguíneo, a nivel de queratinización epitelial, al grado de colagenización y a la actividad de células pigmentarios.⁵

e.2. Textura superficial

Las superficies libres de la papila son habitualmente lisas. El graneado cuando se presenta sólo interesa la base de la superficie vestibular de la papila, como consecuencia de su inmediata continuidad con la encía adherida que si es puntillada en condición de salud.⁶

⁴ Fermin Carranza. Ob. Cit. Pág. 125.

⁵ Ibid. Pág. 126.

⁶ Ibid. Pág. 126.

e.3. Contorno o forma

La papila interincisiva, integralmente, tiene forma de pirámide cuadrangular, de base hacia la encía adherida y vértice hacia el punto de contacto interdentario. Desde una vista libre, la papila, como consecuencia de la expresado, es triangular.⁷

e.4. Consistencia, tono o turgor

La papila es relativamente movable. No es blanda esencialmente, pero tampoco tiene la firmeza de la encía adherida, toda vez que esta tiene mayor colagenización y soporte óseo. Asimismo, la papila tiene algún grado de resiliencia al ser comprimida.⁸

e.5. Tamaño

El tamaño papilar constituye la suma de los elementos volumétricos que la constituyen: fibroblásticos, vasculares y celulares. La papila se adelgaza y elonga en nichos gingivales estrechos, coexistentes con coronas rectangulares y contactos cercanos o incisal.⁹

e.6. Posición Gingival Aparente

La posición gingival aparente de la papila interincisiva media superior está determinada por su vértice, inmediatamente superpuesto al punto de contacto, no necesariamente a nivel del límite amelocementario de la cara proximal, al que con seguridad lo cubre.¹⁰

e.7. Posición Gingival Real

La posición gingival real de la papila interincisiva media superior, macroscópicamente corresponde al fondo de surco gingival; y, microscópicamente a la porción más coronaria del epitelio de unión, en todo caso, al tope apical de la medida del nivel de inserción y de la profundidad de

⁷ Fermin Carranza. Ob. Cit. Pág. 126.

⁸ Ibid. Pág. 126.

⁹ Ibid. Pág. 127.

¹⁰ Ibid. Pág. 127.

sondaje. El espacio biológico de la papila se extiende desde la cresta papilar a la cresta ósea (espacio intercrestal) que involucra: surco gingival, unión dentogingival (epitelio de unión, adherencia epitelial, fibras gingivales y conectivo supracrestal).¹¹

3.1.2. Contacto interproximal

a. Concepto

Es la relación que se establece entre las coronas de dos piezas dentales contiguas a través de sus caras proximales. El contacto alude al punto o a la faceta.¹²

b. Ubicación

Está ubicado hacia vestibular e incisal u oclusal de las caras proximales de las coronas de los dientes anteriores y posteriores, respectivamente.¹³

c. Punto de Contacto Interproximal

Es la relación que se da entre dos piezas adyacentes del mismo arco dentario por medio de la máxima convexidad de sus caras proximales, cuando se encuentran correctamente alineadas en el arco dentario. Dicha relación se establece entre la cara distal del diente anterior y la cara mesial de la pieza posterior, excepto en los incisivos centrales superiores e inferiores ya que por estar adyacentes a la línea media, la relación se establece entre las caras mesiales Y en los terceros molares ya que su cara distal no entra en relación con ninguna otra superficie.¹⁴

- **Anatómicamente:** Es el área en que una pieza dental entra en contacto con la pieza adyacente.
- **Morfológicamente:** Es la parte de máxima convexidad de una cara proximal de la pieza dental.

¹¹ ROSADO, Martín. Ob. Cit. Pág. 123.

¹² Puntos De Contacto. ClubEnsayos.com. Recuperado 30-05-2018, de <https://vwww.clubensayos.com/Temas-Varlados/Puntos-De-Contacto/405175.html>

¹³ Ibid.

¹⁴ Ibid.

- **Fisiológicamente:** Es el conjunto de estructuras que mantienen el equilibrio en la integridad de los tejidos de soporte, de la pieza misma y del arco dentario.¹⁵

d. Localización del Punto de Contacto Interproximal

- El punto de contacto interproximal se localiza en el tercio incisal, cervical o en el tercio medio de las caras mesiales y distales de las coronas de los dientes que participan en su conformación.¹⁶

e. Componentes del punto de contacto interproximal

- **Surco interdental:** Depresión vertical lineal, situada sobre la superficie de las papilas interdentales; funciona como compuerta para la salida de las partículas alimenticias desde las áreas interproximales.
- **Espacio interdentario:** Espacio que se localiza entre el punto de contacto y la cresta alveolar, se encarga de alojar a la encía papilar. Tiene forma de pirámide cuadrangular con 2 caras reales (mesial y distal)
- **Tronera:** espacio adyacente a la encía y situado entre dientes o entre coronas¹⁷

f. Funciones del punto de contacto

Conserva la integridad del diente, del periodonto e impide el empaque de comida, distribuye las fuerzas masticatorias, protege y estimula la papila interdientaria.¹⁸

¹⁵ Puntos De Contacto. ClubEnsayos.com. Recuperado 30-05-2018, de <https://vwww.clubensayos.com/Temas-Varlados/Puntos-De-Contacto/405175.html>

¹⁶ Idem

¹⁷ Idem

¹⁸ Idem

3.2. Revisión de antecedentes investigativos

- a. **Título:** Relación de las características clínicas de la papila interincisiva media superior con la forma y amplitud de los diastemas de la línea media en pacientes de la Clínica Odontológica. UCSM. Arequipa, 2017

Autor: Yndira Haydee Mayta Ticlla

Resumen:

La presente investigación tiene por objeto relacionar las características clínicas de la papila interincisiva media superior con la forma y amplitud de los diastemas, análogos en pacientes de la Clínica Odontológica de la UCSM.

Corresponde a un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo y de campo; y de nivel relacional, cuyas variables de interés han sido estudiadas mediante observación clínica intraoral. La papila interincisiva ha sido evaluada a través de sus indicadores: color, textura, consistencia, contorno, tamaño, altura, posición gingival aparente, posición gingival real y sangrado gingival al sondaje crevicular. La forma de los diastemas ha sido estudiada a través de las categorías triangular, trapezoidal de base superior e inferior. La amplitud de los diastemas ha sido medida en cervical, intermedio e incisal.

Todos los indicadores de las características clínicas de la papila, así como la forma de los diastemas, han sido descritos estadísticamente mediante frecuencias absolutas y porcentuales, excepto altura de la papila y posición gingival real, que requirieron, como la amplitud de los diastemas, medidas de centralización y dispersión. En el primer caso se precisó del X^2 de independencia; en el segundo, de la correlación de Pearson, como estadística analítica.

Según la prueba estadística no existe relación significativa entre las características clínicas de la papila interincisiva media superior, y la forma y amplitud del diastema de la línea media ($p > 0.05$).

Por ende, se acepta la hipótesis nula de independencia entre las características clínicas de la papila interincisiva media superior, con la forma y amplitud del diastema correspondiente, con un nivel de significación de 0.05, excepto entre altura y posición gingival real papilar con amplitud del diastema, en que se acepta la hipótesis alterna.

- b. Título:** Variaciones posicionales y dimensionales de la papila interincisiva media superior en pacientes con incisivos centrales en vestíbulo y mesioversión de la Clínica Odontológica de la UCSM, Arequipa, 2017

Autor: Claudia Kelly Cárdenas Torres

Resumen:

Esta investigación tiene por objeto determinar las variaciones posicionales y dimensionales de la papila interincisiva media superior en pacientes con incisivos centrales en vestíbulo y mesioversión en la Clínica Odontológica de la UCSM.

Se trata de una investigación observacional, prospectiva, transversal comparativa y de campo, como tal se utilizó la observación clínica intraoral para recoger información de ambas variables de interés. Las variaciones posicionales de la papila interincisiva fueron estudiadas por inspección, y en base a los indicadores. Las variaciones medicionales fueron investigadas a través de la altura de la papila y el ancho basal de la misma. Con tal objeto, se conformaron dos grupos, constituidos cada uno por 40 papilas interincisivas, coexistentes con incisivos centrales superiores en vestíbulo y mesioversión. La primera variable fue tratada estadísticamente mediante frecuencias y el X^2 ; en

tanto que la segunda, a través de promedios, desviación estándar, valores máximo y mínimo, el rango y la T de Student.

En cuanto a los resultados, entre incisivos centrales en vestibuloversión predominó el agrandamiento papilar con el 62.50%, con una altura media de 6.20 mm y un ancho basal de 7.30 mm. Entre incisivos centrales en mesioversión predominó el acortamiento papilar, con el 82.50%, con una altura media de 4.23 mm y un ancho basal de 4.98 mm.

La prueba X^2 indica haber diferencia estadística significativa de las variaciones posicionales de la papila media interincisiva superior entre incisivos centrales en vestíbulo y mesioversión. La prueba T indica no haber diferencia estadística en la altura de la papila, pero si en el ancho basal de la misma. En consecuencia, se acepta la hipótesis alterna o de la investigación en lo que respecta a las variaciones posicionales de la papila y a su ancho basal; pero en cambio, se acepta la hipótesis nula en altura de la misma, con un nivel de significación de 0.05.

- c. Título:** Relación de las características clínicas de la recesión papilar y los cambios radiográficos del Septum en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM Arequipa, 2017

Autor: Mariela Elizabeth Cáceres Molina

Resumen:

La presente investigación tiene por objeto evaluar, en caso de haberla, la relación entre las características de la recesión papilar y los cambios radiográficos septales subyacentes en pacientes de la Clínica Odontológica de la UCSM. Corresponde a un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, de campo y de nivel relacional. La recesión papilar fue estudiada mediante observación clínica intraoral, a través de sus indicadores clase y magnitud. Los cambios septales, en cambio, fueron evaluados mediante examen radiográfico

periapical a partir de sus indicadores: pérdida ósea, patrón óseo destructivo, cortical interna y trabeculado, en 60 áreas interproximales. Los resultados indican que la recesión papilar más frecuente fue la de clase II, con el 58.33%, y con una magnitud promedio de 4.02 mm. Los cambios septales predominantes fueron: pérdida ósea moderada, con el 58.33%, patrón óseo destructivo horizontal con el 48.33%, cortical interna discontinua con el 51.67%, y trabeculado irregular, con el 91.67%. La prueba X^2 indica haber una relación estadística significativa entre la clase de recesión papilar y los cambios septales, en cuanto agradece pérdida ósea, patrón óseo destructivo, estado de la cortical interna y trabeculado alveolar. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, con un nivel de significación de 0.05.

- d. Título:** Influencia del empaquetamiento alimenticio vertical con y sin cúspide embolo en el aspecto clínico de la papila interdental en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM Arequipa, 2015

Autor: Eneida Sumaya Vera Monrroy

Resumen:

El objetivo fundamental de la presente investigación fue determinar la influencia del empaquetamiento alimenticio vertical con y sin cúspide émbolo en el aspecto clínico de la papila interdental en pacientes de la Clínica Odontológica de la UCSM. Se trata de un estudio observacional, prospectivo, transversal, comparativo, de campo y de nivel relacional. Con tal objeto se conformaron dos grupos con empaquetamiento alimenticio con y sin la ingerencia de cúspide embolo de 21 papilas interdentarias cada uno, en los que se evaluaron los cambios clínicos. En consideración al carácter categórico de la mayoría de los indicadores es que se aplicaron frecuencias absolutas y porcentuales, y el X^2 comparativo, como estadísticas descriptivas e inferencial, respectivamente, excepto PGR, que, por su índole cuantitativa, requirió de promedios, desviación estándar, valores

máximo y mínimo, el rango, la prueba T. Los resultados se concretizan según la prueba X^2 , que ambos tipos de empaquetamiento influyen de modo diferente en el color, contorno, tamaño, PGA y sangrado gingival, y de modo similar en la textura y consistencia de la papila interdientaria. Asimismo, la prueba T indica que los dos tipos de empaquetamiento influyeron de modo diferente en PGR. Consecuentemente, la hipótesis alterna o de la investigación es aceptada en la mayoría de las características clínicas de la papila interdientaria, excepto en textura y consistencia, en que la hipótesis nula es confirmada.

4. HIPÓTESIS

Dado que la ubicación del nicho gingival y la localización del punto de contacto interproximal determinan las características de la papila interdientaria:

Es probable que, exista relación directa entre las características clínicas de la papila interincisiva media superior y el contacto interproximal.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

a. Especificación:

Se utilizó la técnica de observación clínica intraoral para recoger información de las variables, “características clínicas de la papila interincisiva media superior” y “contacto interproximal”.

b. Esquematización de la variable investigativa y técnica:

VARIABLE INVESTIGATIVA	TÉCNICA
Características clínicas de la papila interincisiva media superior	Observación clínica intraoral
Contacto interproximal	

c. Descripción de la técnica:

La observación clínica intraoral consistió en la inspección analítica y sistemática de las dos variables antes mencionadas a partir de sus indicadores y subindicadores.

1.2. Instrumentos

a. Instrumento Documental:

a.1. Especificación del instrumento:

Se utilizó un instrumento estructurado denominado Ficha de Registro, para recoger información de las variables y sus indicadores.

a.2. Estructura:

VARIABLES	EJES	INDICADORES	SUB EJES
Características clínicas de la papila interproximal media superior	1	<ul style="list-style-type: none"> • Color • Consistencia • Forma • Diámetro mesiodistal • Longitud cérvico-incisal • Posición gingival aparente (PGA) • Posición gingival real (PGR) • Sangrado gingival 	<p>1.1</p> <p>1.2</p> <p>1.3</p> <p>1.4</p> <p>1.5</p> <p>1.6</p> <p>1.7</p> <p>1.8</p>
Contacto interproximal	2	<ul style="list-style-type: none"> • Localización 	2.1

a.3. Modelo del instrumento: Véase en anexos.

b. Instrumentos mecánicos:

- Unidad dental
- Esterilizadora
- Espejos bucales
- Computadora y accesorios
- Cámara digital

1.3. Materiales de verificación

- Útiles de escritorio
- Campos descartables
- Barbijos
- Guantes descartables.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

a. **Ámbito general**

Facultad de Odontología de la UCSM

b. **Ámbito Específico**

Clínica Odontológica Pregrado de la UCSM

2.2. Ubicación Temporal

La investigación fue realizada en los meses de junio y Julio del año 2018.

2.3. Unidades de Estudio

a. **Alternativa**

Casos

b. **Caracterización de los casos**

b.1. **Criterios de inclusión**

- Pacientes de 60 y 70 años
- Pacientes de ambos géneros
- Pacientes con incisivos centrales superiores presentes y con buen estado estructural

b.2. **Criterios de exclusión**

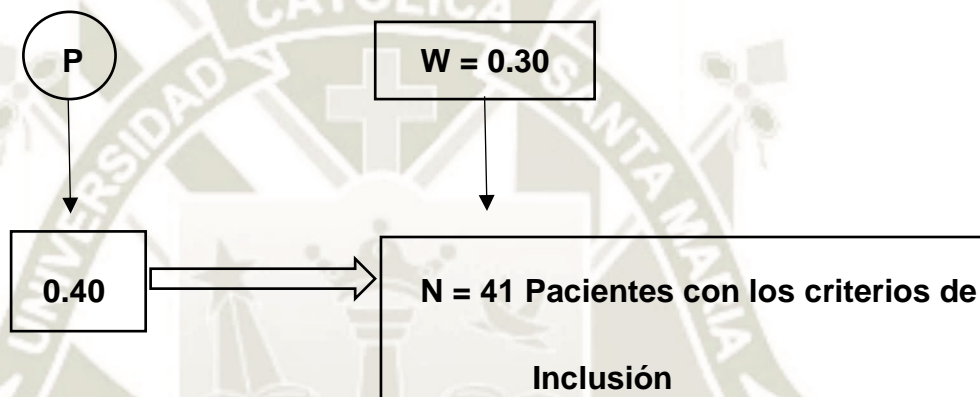
- Pacientes mayores de 70 años
- Pacientes edentulos totales
- Pacientes edentulos parciales clase IV superior de Kennedy
- Deseo de no participar en el estudio
- Condición de incapacidad.

c. Cuantificación de los casos

Datos:

- P (Proporción esperada) = 0.40 (Valor sugerido por experto)
- W (Amplitud estandarizada del intervalo de confianza) = 0.3
- NC (Nivel de confianza) : 95%

Cruce de valores en la tabla



3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Autorización del Decano y Director de Clínica.
- Coordinación con los alumnos.
- Preparación de los pacientes para lograr su consentimiento expreso.
- Prueba piloto.

3.2. Recursos

a) Recursos Humanos

- Investigador** : C.D. Jesús Rodrigo Caracela Zeballos
- Asesor(a)** : Dra. Bethzabet Pacheco Chirinos

b) Recursos Físicos

Representado por las disponibilidades ambientales e infraestructurales de la Clínica Odontológica de Pregrado.

c) Recursos Económicos

El presupuesto para la recolección será auto ofertado.

d) Recurso Institucional

UCSM.

3.3. Prueba piloto

- a. Tipo:** Prueba incluyente.
- b. Muestra piloto:** 5% de los casos.
- c. Recolección:** Aplicación del instrumento a la muestra piloto.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. Plan de Procesamiento de los Datos

a. Tipo de procesamiento:

Manual

Operaciones:

- b.1. Clasificación:** Obtenida la información esta será ordenada en una matriz de sistematización.
- b.2. Codificación:** Dígita
- b.3. Recuento:** Se usarán matrices de conteo.
- b.4. Tabulación:** Se confeccionaron tablas de doble entrada.
- b.5. Graficacion:** Se construyeron gráficos de barras y bastones.

4.2. Plan de Análisis de Datos

a. **Tipo:** Cuantitativo bivariado.

b. **Tratamiento Estadístico**

Variables	Indicadores	Tipo	Escala de medición	Estadística descriptiva	Transformación de escala	Prueba
Características clínicas de la papila interincisiva media superior	Color	Cualitativo	Nominal	Frecuencias		X ² de independencia
	Consistencia	Cualitativo	Nominal	Frecuencias		
	Forma	Cualitativo	Nominal	Frecuencias		
	Diámetro mesiodistal	Cuantitativo	De razón	Tendencia central Variabilidad	A nominal	
	Longitud cérvico-incisal	Cuantitativo	De razón	Tendencia central Variabilidad	A nominal	
	Posición gingival aparente (PGA)	Cualitativo	Nominal	Frecuencias		
	Posición gingival real (PGR)	Cuantitativo	De razón	Tendencia central Variabilidad	A nominal	
	Sangrado gingival	Cualitativo	Nominal	Frecuencias		
Contacto interproximal	Localización	Cualitativo	Nominal	Frecuencias		



CAPÍTULO III RESULTADOS

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

TABLA Nº 1

Relación entre el color de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal

COLOR	CONTACTO INTERPROXIMAL						TOTAL	
	Tercio incisal		Tercio medio		Tercio cervical			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rosado	7	17.03	5	12.20			12	29.27
Rojizo			17	41.46	12	29.27	29	70.73
TOTAL	7	17.03	22	53.66	12	29.27	41	100.00

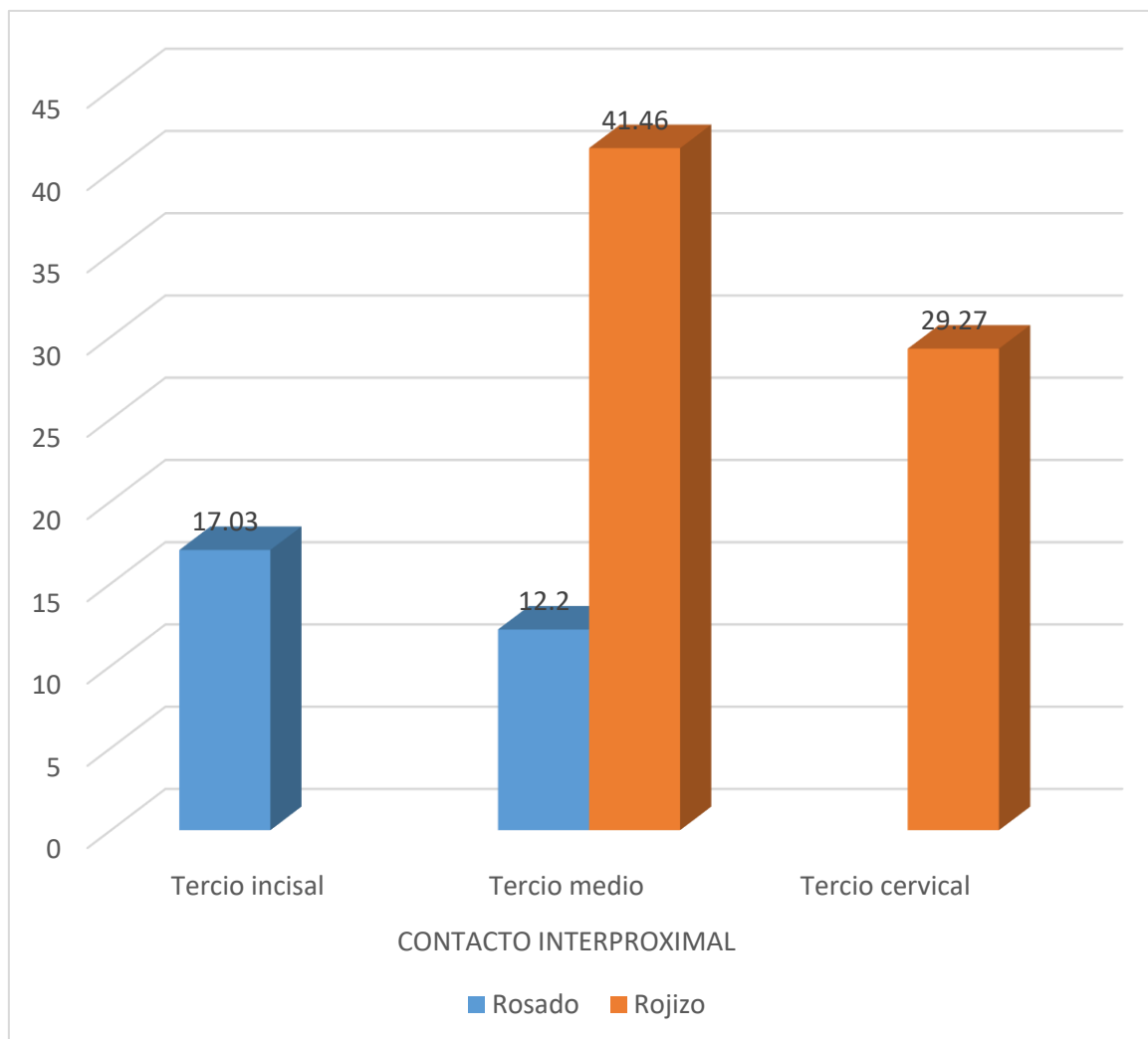
$$X^2: 4.75 < VC: 5.99; (p > 0.05)$$

Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

A pesar que el color rosado de la papila, desde una óptica descriptiva, podría coexistir mayormente con un contacto interproximal ubicado hacia incisal; y, un color rojizo, con un contacto interproximal hacia el tercio medio, la prueba X^2 indica no haber relación estadística significativa entre el color de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal, dado que la tonalidad rojiza predominante de la papila se debe a factor inflamatorios locales.

GRÁFICO Nº 1

Relación entre el color de la papila interincisiva media superior y la
localización del contacto interproximal



Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

TABLA Nº 2

Relación entre la consistencia de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal

CONSISTENCIA	CONTACTO INTERPROXIMAL						TOTAL	
	Tercio incisal		Tercio medio		Tercio cervical			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Firme	7	17.03	5	12.20			12	29.27
Blanda			17	41.46	12	29.27	29	70.73
TOTAL	7	17.03	22	53.66	12	29.27	41	100.00

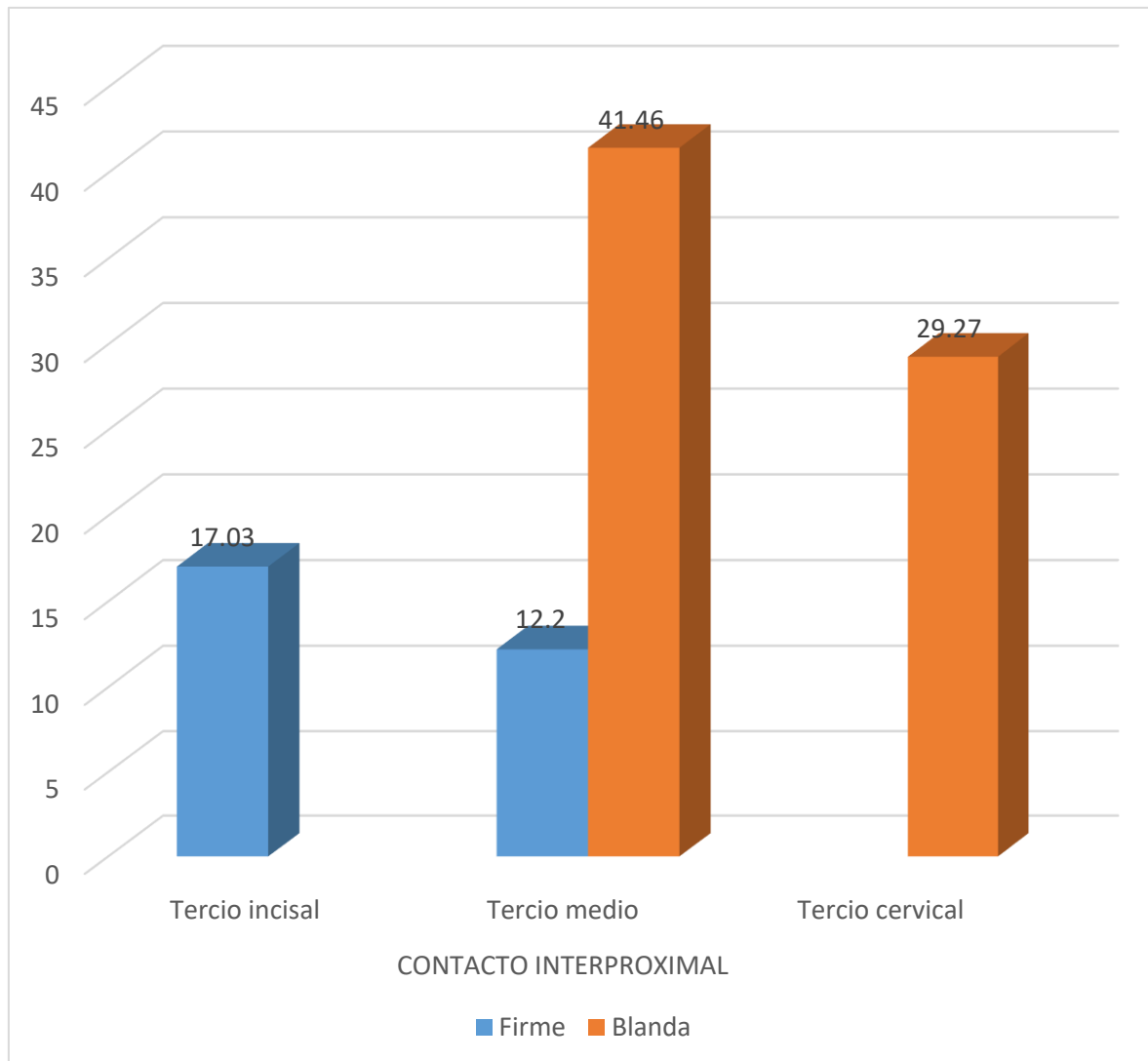
$X^2: 4.75 < VC: 5.99; (p > 0.05)$

Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

Matemáticamente, una papila interincisiva de consistencia mayormente firme se asocia a un contacto interproximal ubicado hacia incisal; y, una papila predominantemente blanda, a un contacto localizado hacia el tercio medio. Sin embargo, la prueba X^2 indica no haber asociación estadística del contacto interproximal, naturalmente porque la consistencia blanda gingival está asociada a factores inflamatorios.

GRÁFICO Nº 2

Relación entre la consistencia de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal



Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

TABLA Nº 3

Relación entre la forma de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal

FORMA	CONTACTO INTERPROXIMAL						TOTAL	
	Tercio incisal		Tercio medio		Tercio cervical			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Triangular	7	17.03	5	12.20			12	29.27
Casi plana					12	29.27	12	29.27
Ovoide			17	41.46			17	41.46
TOTAL	7	17.03	22	53.66	12	29.27	41	100.00

$X^2: 18.72 > VC: 9.49; (p < 0.05)$

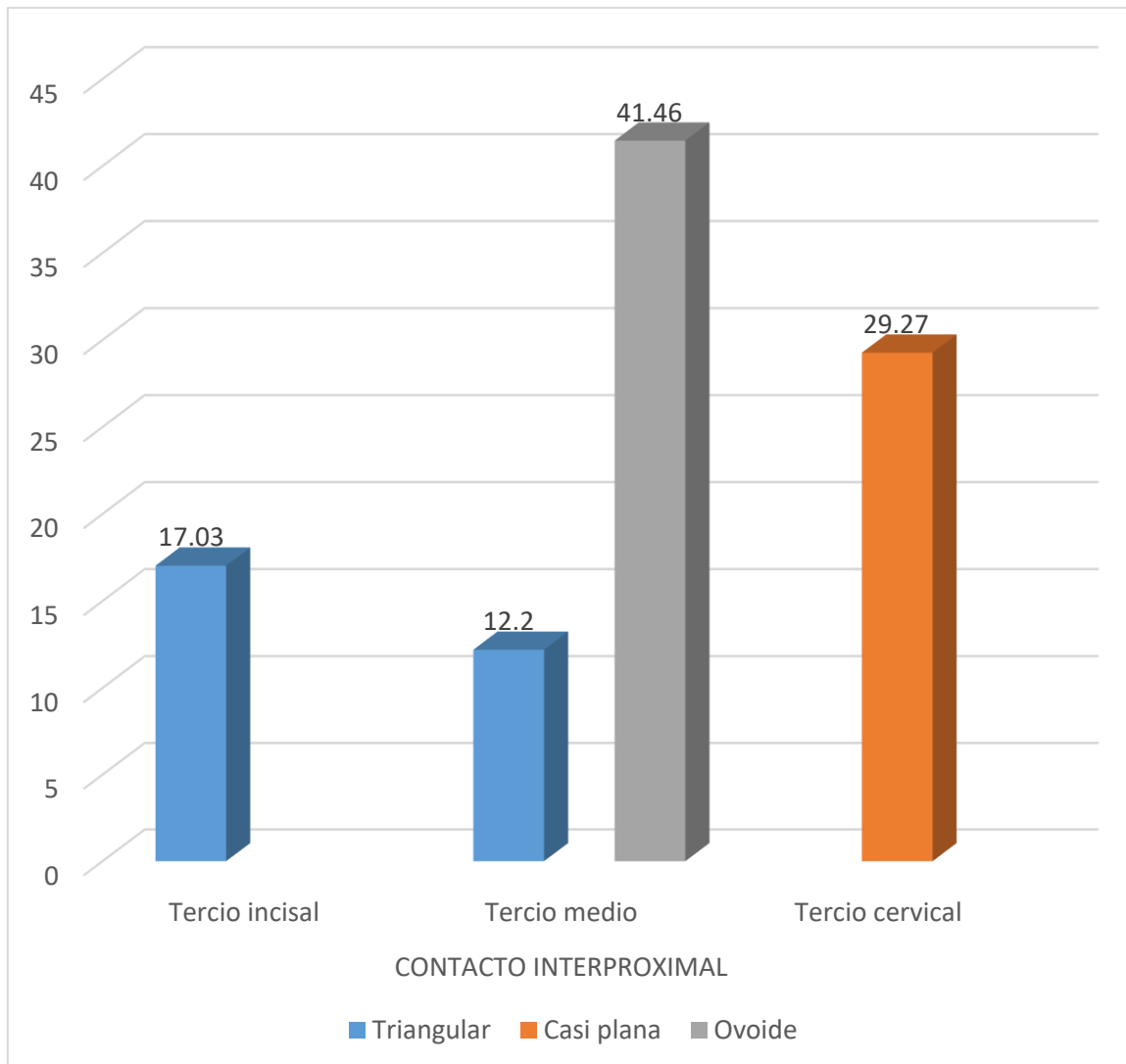
Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

La papila triangular coexiste mayormente con un contacto interproximal incisal; la papila casi plana se asocia a un contacto exclusivamente cervical; en tanto que, la papila ovoide está relacionada a un contacto interproximal medio.

La prueba X^2 corrobora lo manifestado, al expresar una relación estadística significativa entre la forma de la papila interincisiva y la localización del contacto interproximal.

GRÁFICO Nº 3

Relación entre la forma de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal



Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

TABLA Nº 4

Relación entre el diámetro mesio distal de la papila interincisiva media Superior y la ubicación del contacto interproximal

CONTACTO INTERPROXIMAL	Nº	DIÁMETRO MESIO DISTAL				
		\bar{X}/mm	S	Xmáx	Xmín	R
Tercio incisal	7	2.86	0.86	3.00	2.00	1.00
Tercio medio	22	2.05	1.04	3.00	1.00	2.00
Tercio cervical	12	2.00	0.00	2.00	2.00	0.00
$\bar{X}_{\bar{X}}$		2.30				

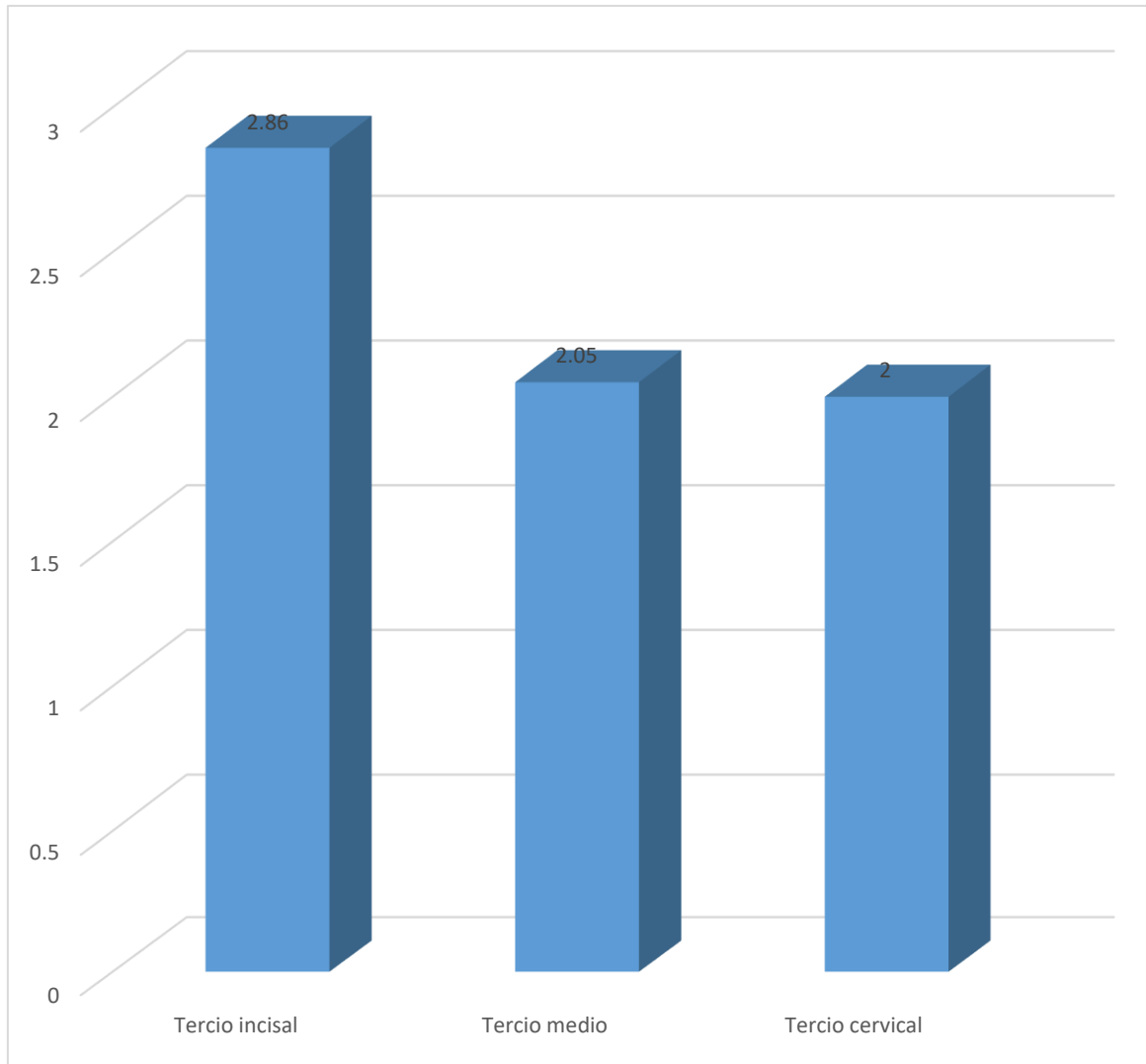
Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

Cuando el contacto interproximal fue incisal el diámetro mesiodistal promedio de la papila interincisiva midió 2.86mm; si acaso se ubicó hacia el tercio medio, dicho diámetro disminuyó a 2.05mm; y si el contacto interproximal fue de ubicación cervical, disminuyó ligeramente a 2mm. Lo cual sugiere, que cuando el contacto interproximal migra hacia cervical, la papila se va estrechando muy ligeramente. Sin embargo, a juzgar por las mínimas diferencias del diámetro mesiodistal de la papila en relación a la ubicación del contacto interproximal por tercios, la mínima asociación matemática encontrada, entre ambas variables, no configuraría una relación significativa.

No obstante, no base en la apreciación numérica, se puede colegir que a medida que la papila interincisiva migra de incisal a cervical, el diámetro mesiodistal de esta estructura va disminuyendo.

GRÁFICO Nº 4

Relación entre el diámetro mesio distal de la papila interincisiva media Superior y la ubicación del contacto interproximal



Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

Relación entre la longitud cérvico incisal de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal

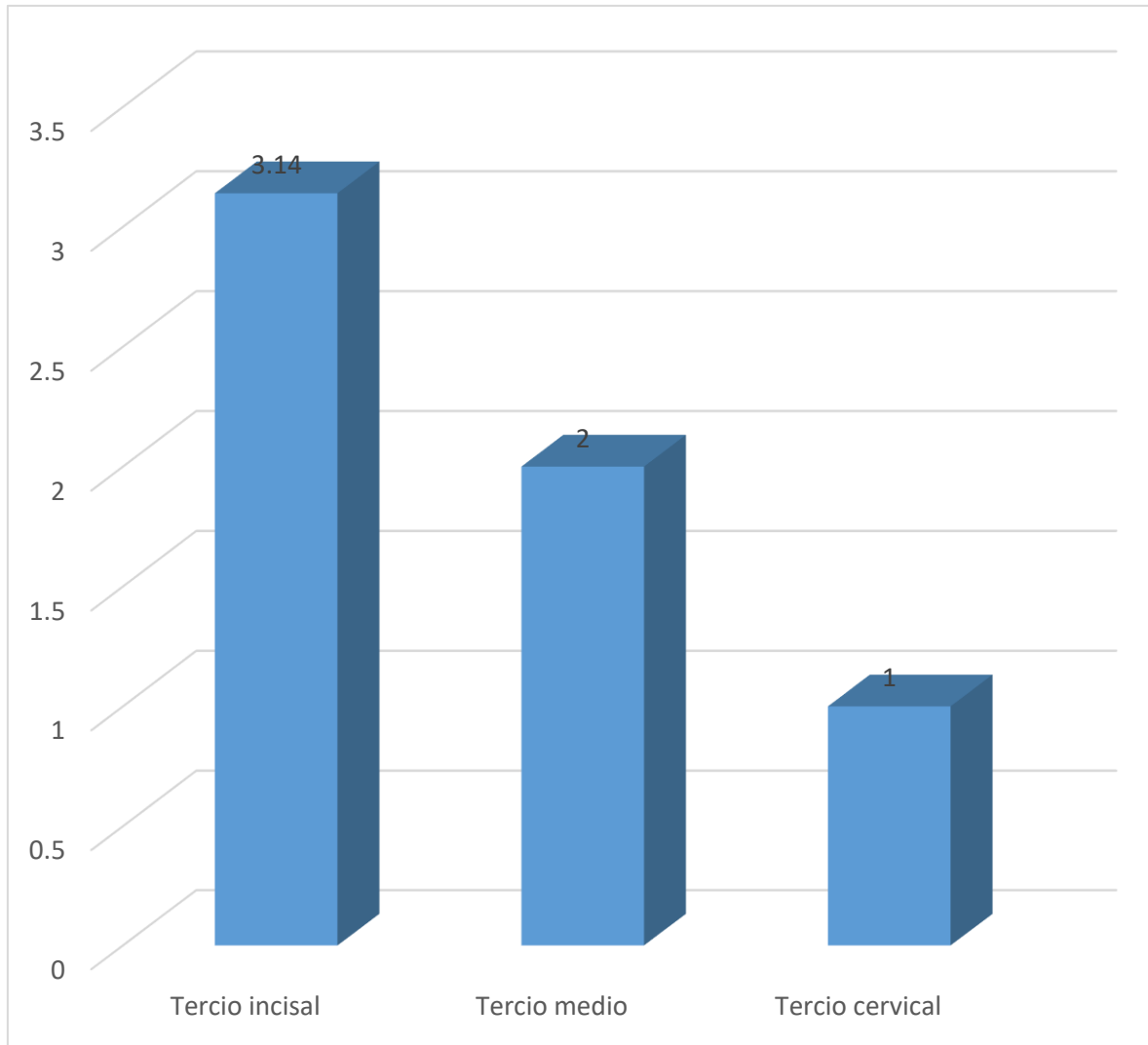
CONTACTO INTERPROXIMAL	Nº	LONGITUD CÉRVICO INCISAL				
		\bar{X}/mm	S	Xmáx	Xmín	R
Tercio incisal	7	3.14	0.98	3.00	4.00	1.00
Tercio medio	22	2.00	0.00	2.00	2.00	2.00
Tercio cervical	12	1.00	0.00	1.00	1.00	0.00
$\bar{X}_{\bar{x}}$		2.04				

Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

A medida que el contacto interproximal migra hacia cervical, la papila interincisiva se va acortando, pues así parece demostrarlo las longitudes cérvico incisales papilares que van decreciendo de incisal a cervical.

GRÁFICO Nº 5

Relación entre la longitud cérvico incisal de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal



Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

TABLA Nº 5

Relación entre la posición gingival aparente de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal

PGA	CONTACTO INTERPROXIMAL						TOTAL	
	Tercio incisal		Tercio medio		Tercio cervical			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conservada	7	17.03					7	17.03
Recedida			22	53.66	12	29.27	34	82.93
TOTAL	7	17.03	22	53.66	12	29.27	41	100.00

$X^2: 17.64 > VC: 5.99; (p < 0.05)$

Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

Leyenda:

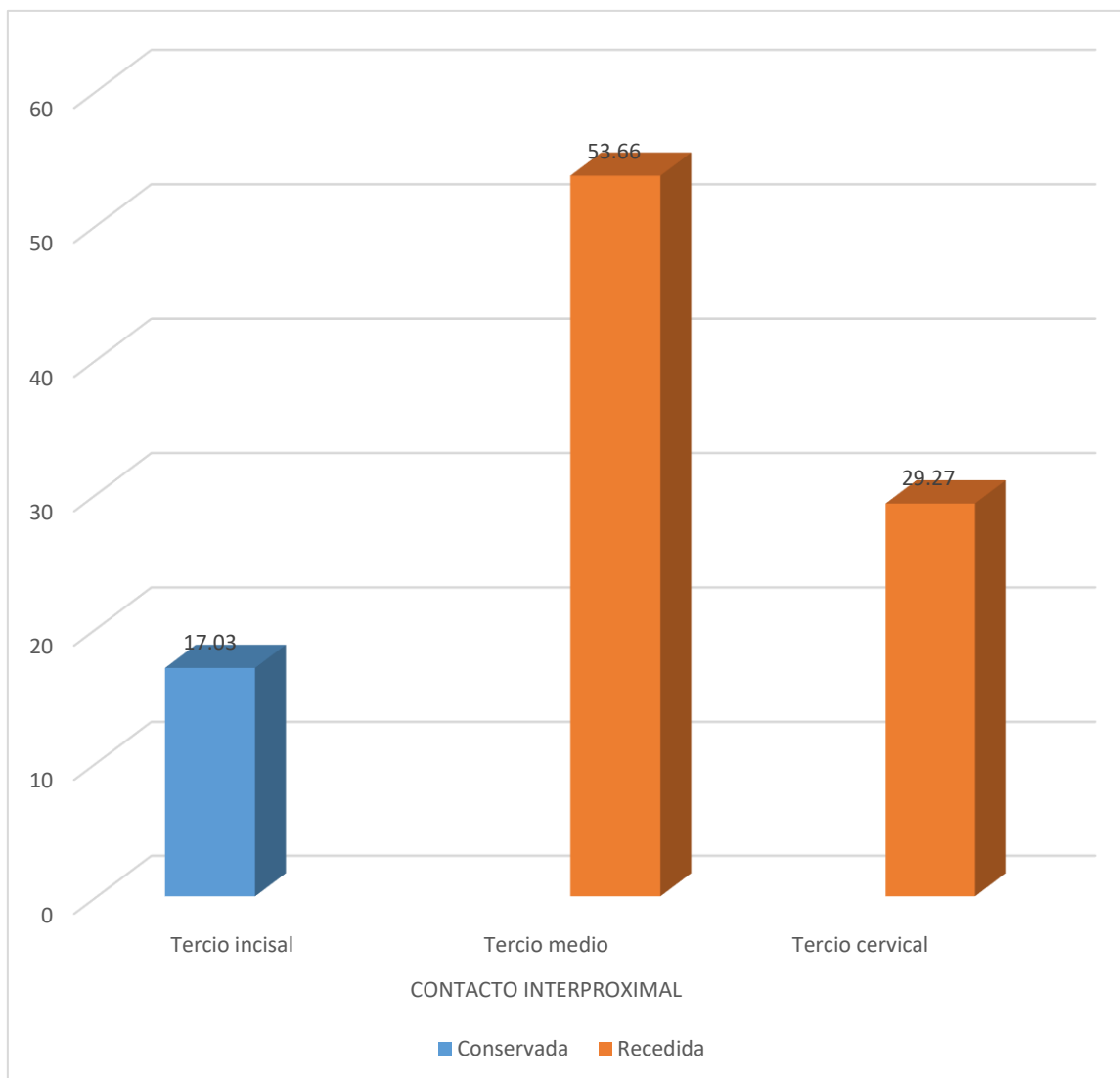
PGA: Porción gingival aparente

La papila interincisiva conservada posicionalmente coexiste exclusivamente con un contacto interproximal incisal. La papila recedida, en cambio, esta asociación a un contacto mayormente medio.

La prueba X^2 indica haber asociación estadística significativa en la posición gingival aparente de la papila interincisiva y la localización del contacto interproximal.

GRÁFICO Nº 6

Relación entre la posición gingival aparente de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal



Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

TABLA Nº 6

Relación entre la posición gingival real de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal

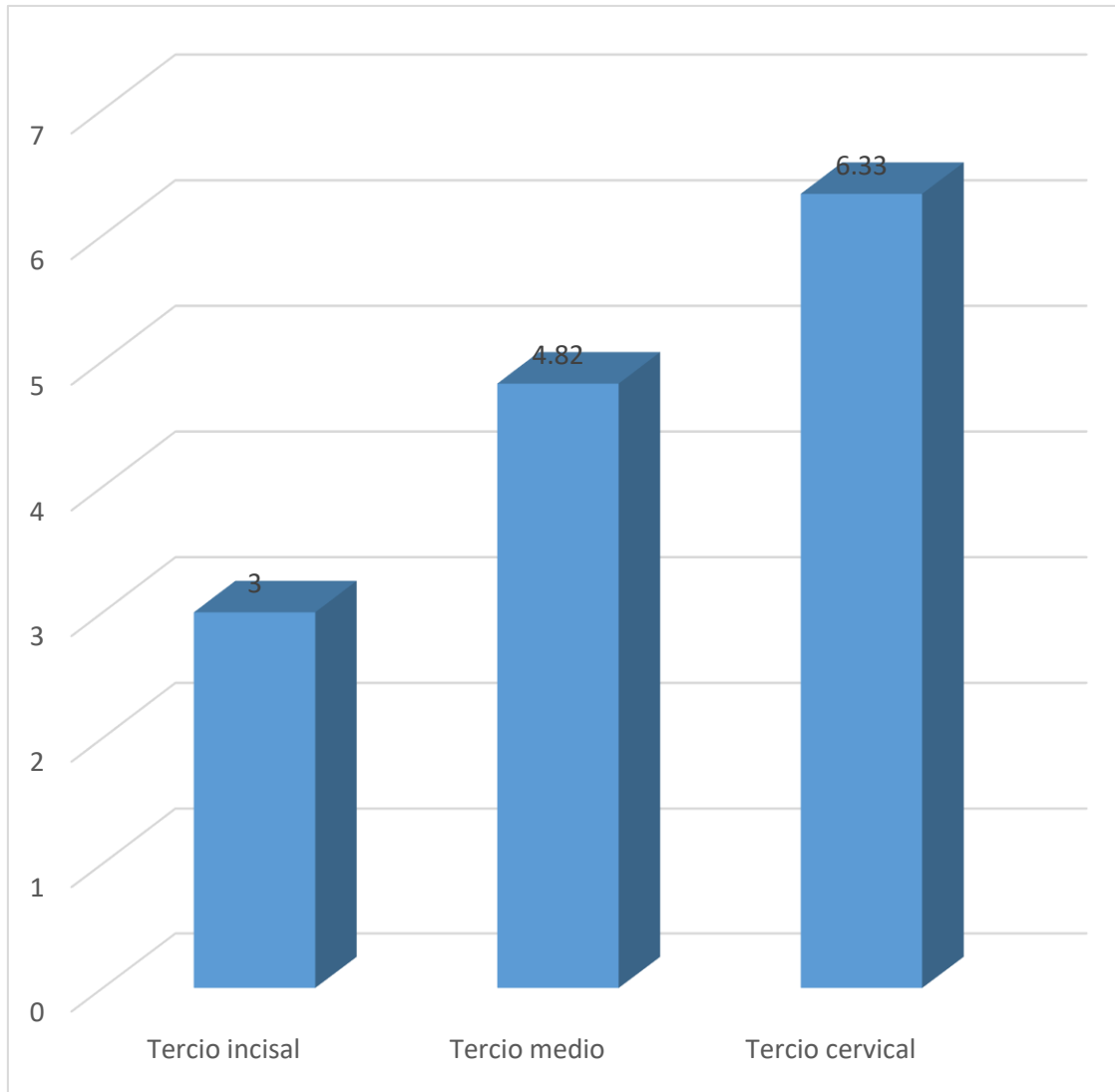
CONTACTO INTERPROXIMAL	Nº	POSICIÓN GINGIVAL REAL				
		\bar{X}/mm	S	Xmáx	Xmín	R
Tercio incisal	7	3.00	0.00	3.00	3.00	0.00
Tercio medio	22	4.82	2.34	7.00	3.00	4.00
Tercio cervical	12	6.33	0.88	7.00	6.00	1.00
$\bar{X}_{\bar{x}s}$		4.72				

Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

Los datos sugieren que conforme el contacto interproximal migra de incisal a cervical, la pérdida de inserción papilar es mayor, es decir, la posibilidad de evidenciar bolsa periodontal es igualmente mayor.

GRÁFICO Nº 7

Relación entre la posición gingival real de la papila interincisiva media superior y la localización del contacto interproximal



Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

TABLA N° 7
Relación entre el sangrado gingival y la localización del contacto
interproximal

SANGRADO GINGIVAL	CONTACTO INTERPROXIMAL						TOTAL	
	Tercio incisal		Tercio medio		Tercio cervical			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI			17	41.46	12	29.27	29	70.03
NO	7	17.03	5	12.20			12	29.27
TOTAL	7	17.03	22	53.66	12	29.27	41	100.00

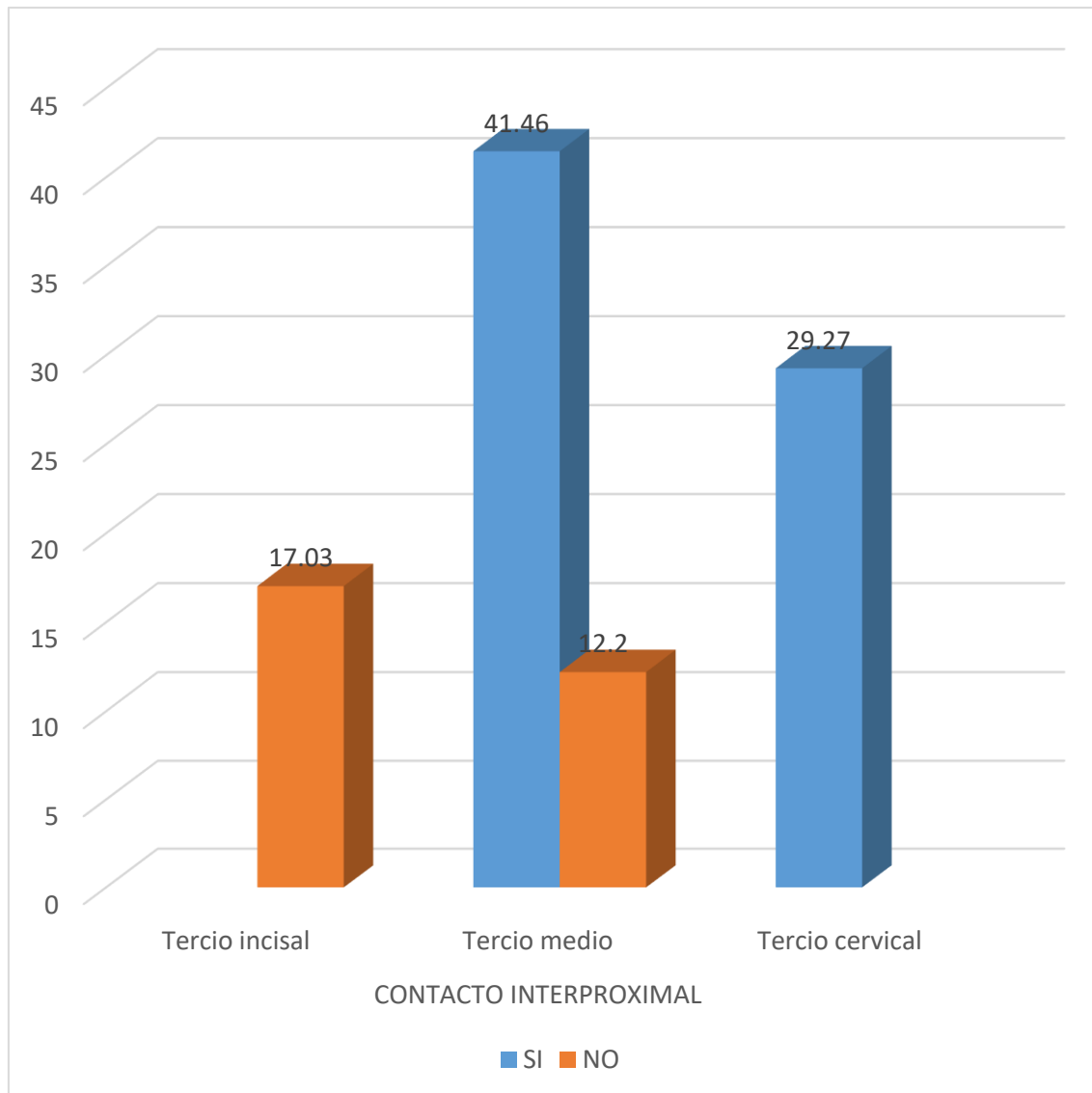
$$X^2: 4.75 < VC: 5.99; (p > 0.05)$$

Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

El test positivo de sangrado crevicular al sondaje se vincula con un contacto interproximal ubicado mayormente hacia el tercio medio. La ausencia de sangrado crevicular está asociada a un contacto interproximal mayormente ubicado hacia incisal.

Según la prueba X^2 , el test de sangrado crevicular de la papila interincisiva no admite relación estadística significativa con la localización del contacto interproximal.

GRÁFICO Nº 8
Relación entre el sangrado gingival y la localización del contacto interproximal



Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

DISCUSIÓN

En atención a la prueba X^2 , existe relación estadística significativa entre forma de la papila y la localización del contacto interproximal; entre la posición gingival aparente de la papila y la segunda variable; más no con color, consistencia y sangrado papilar al sondaje crevicular, en que la relación no es significativa.

Con base en la apreciación matemática; conforme el contacto interproximal amplía su condición de faceta y migra de incisal a cervical, la papila se adelgaza y acorta, y la pérdida de inserción se incrementa.

MAYTA (2017) reportó que todos los indicadores de las características clínicas de la papila, así como la forma de los diastemas, han sido descritos estadísticamente mediante frecuencias absolutas y porcentuales, excepto altura de la papila y posición gingival real, que requirieron, como la amplitud de los diastemas, medidas de centralización y dispersión. En el primer caso se precisó del X^2 de independencia; en el segundo, de la correlación de Pearson, como estadística analítica. Según la prueba estadística no existe relación significativa entre las características clínicas de la papila interincisiva media superior, y la forma y amplitud del diastema de la línea media ($p > 0.05$). Por ende, se acepta la hipótesis nula de independencia entre las características clínicas de la papila interincisiva media superior, con la forma y amplitud del diastema correspondiente, con un nivel de significación de 0.05, excepto entre altura y posición gingival real papilar con amplitud del diastema, en que se acepta la hipótesis alterna.

CÁRDENAS (2017) en cuanto a los resultados, entre incisivos centrales en vestibuloversión predominó el agrandamiento papilar con el 62.50%, con una altura media de 6.20 mm y un ancho basal de 7.30 mm. Entre incisivos centrales en mesioversión predominó el acortamiento papilar, con el 82.50%, con una altura media de 4.23 mm y un ancho basal de 4.98 mm. La prueba X^2 indica haber diferencia estadística significativa de las variaciones posicionales de la papila media interincisiva superior entre incisivos centrales en vestibulo y mesioversión. La prueba T indica no haber diferencia estadística en la altura de la papila, pero si en el ancho basal de la misma. En consecuencia, se acepta la hipótesis alterna o

de la investigación en lo que respecta a las variaciones posicionales de la papila y a su ancho basal; pero en cambio, se acepta la hipótesis nula en altura de la misma, con un nivel de significación de 0.05.

CÁCERES (2017) informó que la recesión papilar más frecuente fue la de clase II, con el 58.33%, y con una magnitud promedio de 4.02 mm. Los cambios septales predominantes fueron: pérdida ósea moderada, con el 58.33%, patrón óseo destructivo horizontal con el 48.33%, cortical interna discontinua con el 51.67%, y trabeculado irregular, con el 91.67%. La prueba X^2 indica haber una relación estadística significativa entre la clase de recesión papilar y los cambios septales, en cuanto agradece pérdida ósea, patrón óseo destructivo, estado de la cortical interna y trabeculado alveolar. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, con un nivel de significación de 0.05.

VERA (2015) en consideración al carácter categórico de la mayoría de los indicadores es que se aplicaron frecuencias absolutas y porcentuales, y el X^2 comparativo, como estadísticas descriptivas e inferencial, respectivamente, excepto PGR, que, por su índole cuantitativa, requirió de promedios, desviación estándar, valores máximo y mínimo, el rango, la prueba T. Los resultados se concretizan según la prueba X^2 , que ambos tipos de empaquetamiento influyen de modo diferente en el color, contorno, tamaño, PGA y sangrado gingival, y de modo similar en la textura y consistencia de la papila interdientaria. Asimismo, la prueba T indica que los dos tipos de empaquetamiento influyeron de modo diferente en PGR. Consecuentemente, la hipótesis alterna o de la investigación es aceptada en la mayoría de las características clínicas de la papila interdientaria, excepto en textura y consistencia, en que la hipótesis nula es confirmada.

CONCLUSIONES

PRIMERA

La papila interincisiva media superior mostró mayormente una tonalidad rojiza, una consistencia blanda, con el 70.73%; una forma predominantemente ovoide, con el 4.46%; un diámetro mesiodistal promedio de 2.30 mm; una longitud cervico incisal media de 2.04mm; una posición gingival real promedio de 4.72mm; y, presencia de sangrado crevicular en el 70.03%.

SEGUNDA

El contacto interproximal se ubicó mayormente en el tercio medio de las caras mesiales con el 53.66%, seguido por el tercio cervical, con el 29.27%; y finalmente por el tercio incisal, con el 17.03%.

TERCERA

Existe relación estadística significativa de la forma y posición gingival aparente de la papila interincisiva con la localización del contacto interproximal; más no del color, consistencia y sangrado gingival, pudiéndose evidenciar una relativa relación matemática del diámetro mesiodistal, longitud cervico incisal y nivel inserción de la papila con la ubicación del contacto interproximal.

CUARTA

En consecuencia, la hipótesis de la investigación es aceptada parcialmente, con un nivel de significación de 0.05.

RECOMENDACIONES

A nuevos tesisistas:

1. Se sugiere investigar la relación posible entre las características morfodimensionales de la papila interincisiva media superior y la forma de la cara vestibular de los incisivos centrales, a efecto de establecer algún tipo de asociación.
2. También corresponde investigar la relación entre las características clínicas de la papila interincisiva y las características macroscópicas del diastema análogo, a fin de establecer niveles de correspondencia no sólo en la forma, sino también en el tamaño.
3. Se recomienda también investigar los factores de riesgo de la recesión y el agrandamiento papilar a fin de preservar la integridad estructural de la papila interincisiva, su fisiologismo y rol estético.
4. Conviene asimismo investigar la relación entre la hipertrofia del frenillo labial media, la recesión papilar y el diastema interincisivo, a fin de establecer relaciones dimensionales y morfológicas.
5. Se sugiere también investigar la relación entre las variaciones posicionales de la papila interincisiva media superior y los cambios estructurales y morfológicos del septum en pacientes adultos, a efecto de instaurar asociaciones de tipo y magnitud entre ambos componentes periodontales.

BIBLIOGRAFÍA

- BARRIOS, Gustavo. *Odontología su Fundamento Biológico*. Segunda edición. Editorial IATROS. Bogotá. 2012.
- BARTOLD, P.M. *Histología del periodonto*. 4ta edición. Editorial Interamericana. México D.F. 2010.
- BEERTSEN, W. *Aspectos histológicos del periodonto*. 8va edición. Editorial Panamericana. 2013.
- CABALLERO RIVASPLATA Andrea Ximena *Técnicas de gingivoplastia/gingivectomía, aplicaciones investigación bibliográfica del proceso de suficiencia profesional para obtener el título de cirujano dentista*. Lima. Perú. 2015.
- CAMBRA. *Cirugía Periodontal e Implantológica*. 2da edición. Editorial Médica Panamericana; 2014.
- CARRANZA, Fermín. *Periodontología Clínica de Glickman*. Séptima edición. Editorial Interamericana. México. D.F. 2015.
- LINDHE, Jan. *Periodontología clínica y odontología implantológica*. 4ta edición. Edit. Interamericana. México. 2015.
- NEWMAN, TAKEY y CARRANZA. *Periodontología clínica*. 8va edición. Editorial Interamericana. México. D.F. 2014.

HEMEROGRAFÍA

- CÁCERES MOLINA Mariela Elizabeth. *Relación de las características clínicas de la recesión papilar y los cambios radiográficos del Septum en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM Arequipa 2017*
- CARDENAS TORRES Claudia Kelly. Variaciones Posicionales y dimensionales de la papila interincisiva media superior en pacientes con incisivos centrales en vestíbulo y mesioversión de la Clínica Odontológica de la UCSM, Arequipa, 2017
- MAYTA TICLLA Yndira Haydee. Relación de las características clínicas de la papila interincisiva media superior con la forma y amplitud de los diastemas de la línea media en pacientes de la Clínica Odontológica. UCSM. Arequipa, 2017
- VERA MONRROY Eneida Sumaya. *Influencia del empaquetamiento alimenticio vertical con y sin cúspide embolo en el aspecto clínico de la papila interdental en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM Arequipa 2015*

INFORMATOGRAFIA

- Puntos De Contacto. ClubEnsayos.com. Recuperado 30-05-2018, de <https://www.clubensayos.com/Temas-Varlados/Puntos-De-Contacto/405175.html>





ANEXOS



FICHA DE REGISTRO

FICHA N.....

Edad:

Género (M) (F)

1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA PAPILA INTERINCISIVA MEDIA SUPERIOR

1.1. Color

- Rosado ()
- Rojizo ()

1.2. Consistencia

- Firme ()
- Blanda ()

1.3. Forma

- Piramidal ()
- Ovoide ()
- Plana ()
- Otras formas: _____

1.4. Diámetro mesiodistalmm

1.5. Longitud cérvico-incisal mm

1.6. Posición gingival aparente (PGA)

- Conservada ()
- Migrada a coronal ()
- Recedida ()

1.7. Posición gingival real (PGR)mm

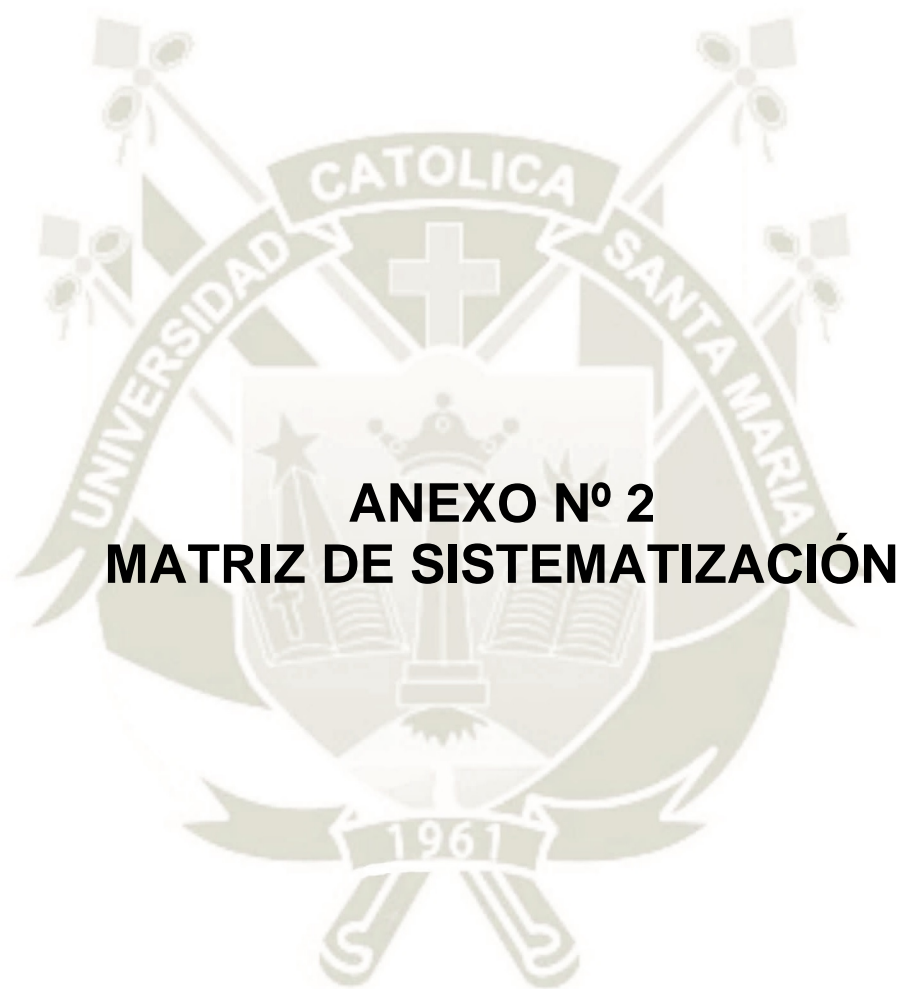
1.8. Sangrado gingival

- Si ()
- No ()

2. CONTACTO INTERPROXIMAL

2.1. Localización

- Tercio cervical ()
- Tercio Medio ()
- Tercio incisal ()



MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

ENUNCIADO: Relación entre las características clínicas de la papila interincisiva media superior y el contacto interproximal en pacientes de la clínica odontológica de la UCSM, Arequipa. 2018.

UE	Edad	Género	PAPILA INTERINCISIVA							
			Color	Consistencia	Forma	DMD.	L.CI	PGA	PGR	SG
1.	61	M	Rosado	Firme	Triang.	3	3	Conserv.	3	No
2.	64	F	Rosado	Firme	Triang.	3	3	Conserv.	3	No
3.	62	M	Rosado	Firme	Triang.	3	3	Conserv.	3	No
4.	65	F	Rosado	Firme	Triang.	3	3	Conserv.	3	No
5.	61	M	Rosado	Firme	Triang.	3	3	Conserv.	3	No
6.	64	F	Rosado	Firme	Triang.	3	3	Conserv.	3	No
7.	65	M	Rosado	Firme	Triang.	2	4	Conserv.	3	No
8.	62	F	Rojizo	Blanda	Ovoide	2	2	Reced.	5	Si
9.	24	M	Rojizo	Blanda	Ovoide	2	2	Reced.	5	Si
10.	62	F	Rojizo	Blanda	Ovoide	2	2	Reced.	5	Si
11.	64	M	Rojizo	Blanda	Ovoide	2	2	Reced.	5	Si
12.	61	F	Rojizo	Blanda	Ovoide	2	2	Reced.	6	Si
13.	64	M	Rojizo	Blanda	Ovoide	2	2	Reced.	5	Si
14.	62	F	Rojizo	Blanda	Ovoide	2	2	Reced.	6	Si
15.	64	F	Rojizo	Blanda	Ovoide	2	2	Reced.	5	Si
16.	65	M	Rojizo	Blanda	Ovoide	2	2	Reced.	5	Si
17.	66	F	Rosado	Firme	Triang.	3	2	Reced.	3	No
18.	68	M	Rosado	Firme	Triang.	3	2	Reced.	3	No
19.	66	F	Rosado	Firme	Triang.	3	2	Reced.	3	No
20.	68	M	Rosado	Firme	Triang.	2	2	Reced.	3	No
21.	66	M	Rosado	Firme	Triang.	2	2	Reced.	3	No
22.	69	M	Rojizo	Blanda	CP	2	1	Reced.	6	Si
23.	67	F	Rojizo	Blanda	Ovoide	2	2	Reced.	6	Si
24.	68	M	Rojizo	Blanda	Ovoide	2	2	Reced.	6	Si
25.	70	F	Rojizo	Blanda	Ovoide	2	2	Reced.	6	Si
26.	68	M	Rojizo	Blanda	CP	2	1	Reced.	6	Si
27.	66	F	Rojizo	Blanda	Ovoide	2	2	Reced.	7	Si
28.	68	F	Rojizo	Blanda	Ovoide	2	2	Reced.	6	Si
29.	66	F	Rojizo	Blanda	Ovoide	1	2	Reced.	6	Si
30.	69	F	Rojizo	Blanda	Ovoide	1	2	Reced.	7	Si
31.	66	F	Rojizo	Blanda	CP	2	1	Reced.	7	Si
32.	68	M	Rojizo	Blanda	CP	2	1	Reced.	6	Si
33.	66	F	Rojizo	Blanda	CP	2	1	Reced.	6	Si
34.	69	M	Rojizo	Blanda	Ovoide	2	2	Reced.	6	Si
35.	67	F	Rojizo	Blanda	CP	2	1	Reced.	7	Si
36.	69	M	Rojizo	Blanda	CP	2	1	Reced.	6	Si
37.	66	F	Rojizo	Blanda	CP	2	1	Reced.	6	Si
38.	69	F	Rojizo	Blanda	CP	2	1	Reced.	7	Si
39.	67	M	Rojizo	Blanda	CP	2	1	Reced.	6	Si
40.	66	F	Rojizo	Blanda	CP	2	1	Reced.	6	Si
41.	70	M	Rojizo	Blanda	CP	2	1	Reced.	7	Si

Leyenda:

- M: masculino
- F: Femenino
- D.MD: Diámetro mesiodistal
- L.CI: Longitud cervico incisal
- CP: Casi plana
- PGR: Posición gingival real
- PGA: Posición gingival aparente
- SG: Sangrado gingival
- I: Incisal
- M: Medio
- C: Cervical



ANEXO Nº 3
FORMATO DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El que suscribe _____ hace constar que da su consentimiento expreso para ser unidad de estudio en la investigación que presenta el **C.D. CARACELA ZEVALLOS JESÚS RODRIGO** egresado de la Segunda Especialidad titulada: **RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA PAPILA INTERINCISIVA MEDIA SUPERIOR Y EL CONTACTO INTERPROXIMAL EN PACIENTES DE LA CLINICA ODONTOLOGICA DE LA UCSM AREQUIPA 2018** con fines de obtención del Título Profesional de Segunda Especialidad en Periodoncia e Implantología.

Declaro que como sujeto de investigación, he sido informado exhaustiva y objetivamente sobre la naturaleza, los objetivos, los alcances, fines y resultados de dicho estudio.

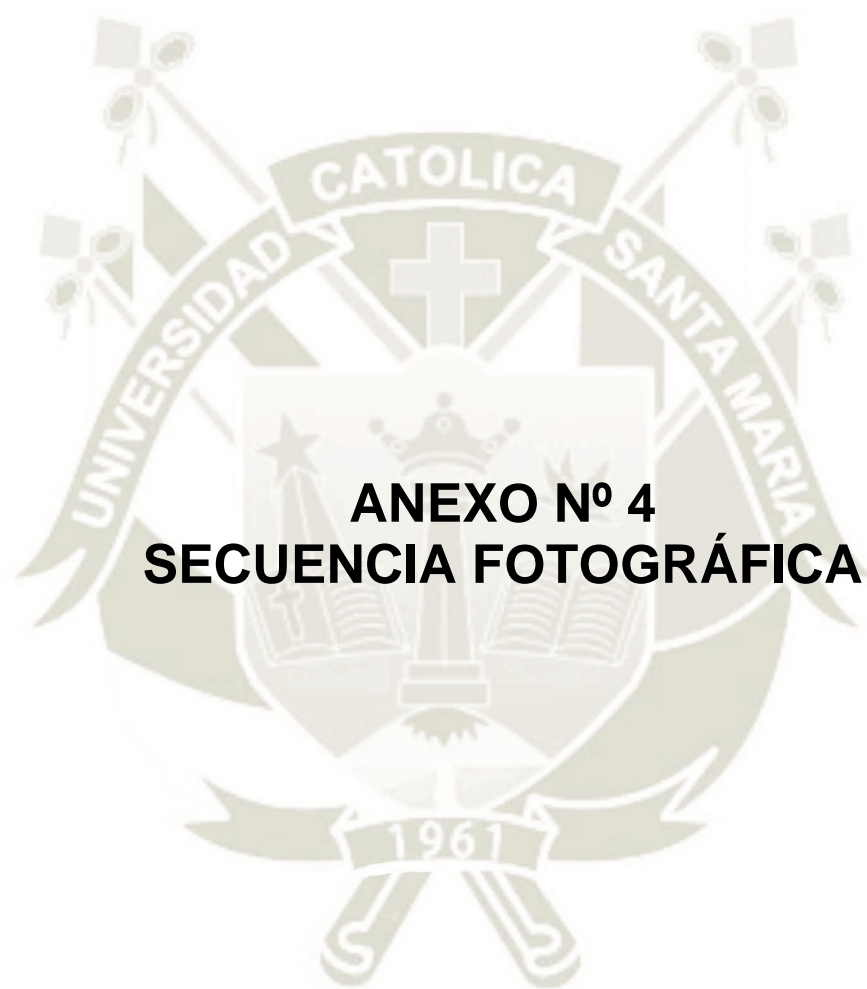
Asimismo, he sido informado convenientemente sobre los derechos que como unidad de estudio me asisten, en lo que respecta a los principios de beneficencia, libre determinación, privacidad, anonimato y confidencialidad de la información brindada, trato justo y digno, antes, durante y posterior a la investigación.

En fe de lo expresado anteriormente y como prueba de la aceptación consciente y voluntaria de las premisas establecidas en este documento, firmamos:

Investigador

Investigado (a)

Arequipa,



ANEXO Nº 4
SECUENCIA FOTOGRÁFICA

SECUENCIA FOTOGRÁFICA



FOTO N° 1: Relación entre la papila interincisiva media superior y el contacto interproximal



FOTO N° 2: Relación entre la papila interincisiva media superior y el contacto interproximal