

Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

Maestría en Odontoestomatología



ASPECTO CLÍNICO DE LA ENCÍA EN DIENTES ADYACENTES A ZONAS EDÉNTULAS TRATADAS Y NO PROTÉSICAMENTE EN PACIENTES DE LA CONSULTA PRIVADA, AREQUIPA. 2019

Tesis presentada por la Bachiller:

Nina Lopez, Myriam Janet

Para optar el Grado Académico de

Maestro en Odontoestomatología

Asesor:

Dr. Rosado Linares, Martín Larry

**Arequipa-Perú
2019**

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dr. José VILLANUEVA SALAS
Director de la Escuela de Postgrado de la UCSM
DE : Dr. Julio ALCOCER NÚÑEZ

PROYECTO DE TESIS: "ASPECTO CLINICO DE LA ENCIA EN DIENTES ADYACENTES A ZONAS
EDENTULAS TRATADAS Y NO PROTESICAMENTE EN PACIENTES DE LA CONSULTA PRIVADA.
AREQUIPA. 2019"

MAESTRISTA : NINA LOPEZ, Myriam Janet

FECHA : 24 de Mayo de 2019

Revisado el Borrador de Tesis y habiendo sido subsanadas las observaciones el documento
antes mencionado, se encuentra listo para sustentación.

Atentamente,



Dr. Julio ALCOCER NUÑEZ



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> 📞 Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

Arequipa, 23 de mayo de 2019

Señor
Dr. José Villanueva Salas
Director de la Escuela de Postgrado
Presente.-

Ref.: Expediente No 20190000018298
Recurrente: Nina López, Myriam Janet
Asto.: Solicita Dictamen, Borrador de Tesis

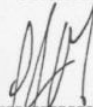
De mi consideración:

Es grato dirigirme a Ud. para saludarlo atentamente, asimismo en atención al documento de la referencia, hago de su conocimiento que habiendo revisado el Borrador de Tesis titulado "ASPECTO CLINICO DE LA ENCIA EN DIENTES ADYACENTES A ZONAS EDENTULAS TRATADAS Y NO PROTESICAMENTE EN PACIENTES DE LA CONSULTA PRIVADA, AREQUIPA, 2019", presentado por la recurrente Bachiller: NINA LOPEZ, Myriam Janet, una vez realizados los cambios indicados se opina favorablemente

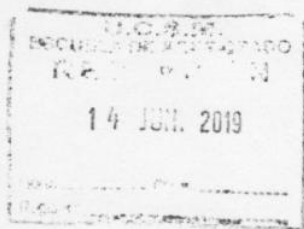
En tal sentido la recurrente puede pasar a desarrollar el borrador de tesis, para su sustentación, con el fin de optar el Grado Académico de "MAESTRO EN ODONTOESTOMATOLOGIA".

Sin otro particular, quedo de Ud.

Atentamente,



Dr. Alberto Alvarado Aco
Jurado Dictaminador



DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

Arequipa, 23 de mayo del 2019.

Señor

Dr. JOSÉ ANTONIO VILLANUEVA SALAS

Director de la Escuela de Postgrado de la UCSM

Presente.-

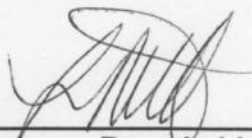
Asunto: Dictamen del Borrador de Tesis titulado: **ASPECTO CLÍNICO DE LA ENCÍA EN DIENTES ADYACENTES A ZONAS EDÉNTULAS TRATADAS Y NO PROTÉSICAMENTE EN PACIENTES DE LA CONSULTA PRIVADA, AREQUIPA. 2019**

Maestriza: Nina López Myriam Janet

Previo atento saludo me dirijo a usted para informarle que habiendo revisado el presente Borrador de Tesis y la suscrita subsanado las observaciones, dicho documento cuenta con mi **OPINIÓN FAVORABLE**, pudiendo pasar a la fase de sustentación.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para expresarle mis sentimientos de especial estima.

Atentamente.



Dr. Martín Larry Rosado Linares
Jurado Dictaminador



DEDICATORIA

A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón y mi mente y por haber puesto en mi camino a buenos maestros y buenas personas que colaboraron en este proyecto.

ÍNDICE GENERAL

Resumen

Abstract

Introducción	1
Hipótesis	5
Objetivos	6
 CAPÍTULO I: Marco Teórico	7
1. ENCÍA.....	7
a. Definición	7
b. Características macroscópicas.....	7
c. Características clínicas normales	7
2. EDENTULISMO PARCIAL.....	8
a. Concepto	8
b. Clasificación de Kennedy	9
3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	10
 CAPÍTULO II: Metodología	13
1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	13
1.1. Técnicas	13
1.2. Instrumentos	14
1.3. Materiales.....	16
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	16
2.1. Ubicación Espacial	16
2.2. Ubicación Temporal	16
2.3. Unidades de Estudio	16
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	19
3.1. Organización	19
3.2. Recursos.....	19
3.3. Prueba piloto.....	20
3.4. Criterios para el manejo de resultados	20

CAPÍTULO III: Resultados y Discusión.....	22
1. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	22
2. DISCUSIÓN	40
Conclusiones.....	42
Recomendaciones	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	46
ANEXO N° 1 Matriz de sistematización	
ANEXO N° 2 Cálculos estadísticos	
ANEXO N° 3 Formato de consentimiento informado	
ANEXO N° 4 Criterios de valoración del aspecto clínico de la encía	
ANEXO N° 5 Secuencia fotográfica	

Índice de tablas

TABLA N° 1 Dientes adyacentes a zonas edéntulas con y sin tratamiento protésico removible	22
TABLA N° 2 Zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible según clase de Kennedy	24
TABLA N° 3 Color de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible.....	26
TABLA N° 4 Consistencia de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible.....	28
TABLA N° 5 Contorno de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible.....	30
TABLA N° 6 Tamaño de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible.....	32
TABLA N° 7 Posición gingival aparente de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible	34
TABLA N° 8 Posición gingival real de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible.....	36
TABLA N° 9 Test de sangrado en la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible.....	38

Índice de figuras

FIGURA N° 1 Dientes adyacentes a zonas edéntulas con y sin tratamiento protésico removible.....	23
FIGURA N° 2 Zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible según clase de Kennedy	25
FIGURA N° 3 Color de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible.....	27
FIGURA N° 4 Consistencia de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible	29
FIGURA N° 5 Contorno de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible	31
FIGURA N° 6 Tamaño de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible	33
FIGURA N° 7 Posición gingival aparente de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible.....	35
FIGURA N° 8 Posición gingival real de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible	37
FIGURA N° 9 Test de sangrado en la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible	39

Resumen

La presente investigación tiene por objeto comparar el aspecto clínico de la encía adyacente a zonas edéntulas con y sin tratamiento protésico removible.

Corresponde a una investigación observacional, prospectiva, transversal, comparativa y de campo. La unidad de análisis constituye la papila interpuesta entre el segmento gingivodentario y la mucosa alveolar residual de la zona edéntula, misma que ha sido estudiada mediante la técnica de observación clínica intraoral en 31 papilas vecinas a las diferentes clases de Kennedy. Con tal objeto se ha evaluado el color, la consistencia, el contorno, el tamaño, la posición gingival aparente, la posición gingival real y el test de sangrado gingival al sondaje crevicular. Todos los indicadores mencionados por su carácter esencialmente categórico, han requerido frecuencias absolutas y porcentuales como estadística descriptiva; y el X^2 como contraste de hipótesis, excepto, la posición gingival real que, al ser un indicador numérico, precisó de medidas de centralización y dispersión, así como la prueba T para dos muestras independientes.

Los resultados indican que las papilas adyacentes a zonas edéntulas tratadas protésicamente se caracterizan por el predominio de la alteración de las características clínicas de la encía. En cambio, las papilas adyacentes a zonas edéntulas no tratadas protésicamente mostraron predominio de la normalidad de la mayoría de parámetros clínicos de la encía, excepto por la disminución de tamaño y la recesión gingival. Las pruebas utilizadas mostraron diferencia estadística significativa de todas las características clínicas de la papila adyacente a zonas edéntulas tratadas y no protésicamente ($p: 0.000 < 0.05$) con lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Palabras claves: Papila – Zona edéntula – Tratamiento protésico.

Abstract

The present research has the aim to compare the clinic aspect of the adjacent gum to edentulous zones with and without removable prosthodontics treatment.

It is an observational, prospective, sectional, comparative and field research. The analysis unit is the papillary gum interlocalized between gingivodental part and alveolar residual mucous of edentulous zone, that has been studied through clinic intraoral observation technique in 31 papillae, next to different types of Kennedy.

So colour, consistence, contour, size, gingival apparent position, gingival real position and bleeding test to the crevicular exploration. Due to their essentially categorical index, all the mentioned indicators have required absolute and percentage frequencies as descriptive statistics; and χ^2 as hypothesis test, except the gingival real position that for being a numeric indicator needed measurements of centralization and variability, and also T test for two independent samples.

The findings indicate that the papillae next to the edentulous zones with prosthodontics treatment showed mostly alteration of the clinic characteristics of the gum. However, the papillae next to the edentulous zones without it, showed predominance of normality of the majority of clinic parameters of the gum, except the reduction of gingival size and gingival recession. The tests used indicated that there is a significant statistical difference of all the clinic characteristics of papillae with and without prosthodontics treatment ($p:0.000 < 0.05$), that is because null hypothesis is refused; an alternative hypothesis is accepted.

Key words: Papillae – Edentulous zone – Prosthodontics treatment.

Introducción

La papila mesial o distal adyacente a una zona edéntula constituye a todas luces un área crítica por los posibles cambios que pueden suscitarse por la multiplicidad de factores que tienen ingerencia en ella, en presencia o no de prótesis parcial removible, considerando además que la papila interdental es todavía parte de la encía, misma que está en inmediata continuidad con la mucosa alveolar del reborde residual que tienen características estructurales disímiles.

Por las razones morfológicas, etiológicas y patogénicas que tienen expuestas la papila adyacente a una zona edéntula es una estructura naturalmente lábil considerando que es poseedora del “col o agadón” que es una depresión en silla de montar de la encía interproximal comprendida entre las papilas vestibular y lingual o palatina, que esta tapizada por un epitelio muy delgado y permeable a las endotoxinas de la placa bacteriana, el cual prácticamente estaría expuesto por la ausencia del diente vecino.

Otra razón de la labilidad de esta papila es que constituye la demarcación morfo-funcional de transición entre el área gíngivodentaria y la mucosa del reborde alveolar residual de la zona edéntula, sensiblemente más delgada, menos queratinizada e inmediatamente adherida al hueso alveolar subyacente.

Consideraciones suficientes para cimentar el problema en cuestión orientado a comparar precisamente el aspecto clínico de la papila adyacente a una zona edéntula en presencia y ausencia de una prótesis parcial removible.

Se espera que los resultados de la presente investigación constituyan un aporte sustancial y diferenciado a la línea investigativa y al proceso científico de la Escuela de Postgrado.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Enunciado del Problema

ASPECTO CLÍNICO DE LA ENCÍA EN DIENTES ADYACENTES A ZONAS EDÉNTULAS TRATADAS Y NO PROTÉSICAMENTE EN PACIENTES DE LA CONSULTA PRIVADA, AREQUIPA. 2019.

1.2 Interrogantes del Problema

- a. ¿Cómo es el aspecto clínico de la encía en dientes adyacentes a zonas edéntulas tratadas protésicamente en pacientes de la consulta privada?
- b. ¿Cómo es el aspecto clínico de la encía en dientes adyacentes a zonas edéntulas no tratadas protésicamente en pacientes de la consulta privada?
- c. ¿Qué diferencia existe en el aspecto clínico de la encía en dientes adyacentes a zonas edéntulas tratadas y no protésicamente en pacientes de la consulta privada?

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 y Rehabilitación Oral |
| a.4 Línea Temática | : Relación prosto-periodontal |

b) Operacionalización de Variables:

VARIABLE ÚNICA	INDICADORES	SUB INDICADORES
ASPECTO CLÍNICO DE LA ENCÍA	• Color	Rosado Rojizo Rojo azulado
	• Consistencia	Firme y resilente Blanda Dura
	• Contorno	Regular Irregular
	• Tamaño	Conservado Reducido Agrandado
	• Posición gingival aparente	Conservada Recedida Migrada hacia coronal
	• Posición gingival real	Expresión milimétrica de la profundidad de sondaje
	• Sangrado gingival	Si No

Fuente: Carranza, Fermín. Periodontología clínica.

c) Tipo y nivel de investigación

c.1. Tipo de Investigación

Observacional, prospectivo, transversal y de campo.

c.2. Nivel de Investigación

Comparativo.

1.4 Justificación

La investigación justifica por siguientes argumentos:

a. Relevancia

La investigación tiene relevancia científica, porque está orientada a incrementar el conjunto de nuevos conocimientos respecto al comportamiento clínico de la encía de dientes adyacentes a zonas edéntulas. Asimismo, posee relevancia

contemporánea representada por la importancia del problema en el diagnóstico clínico periodontal.

b. Viabilidad

El estudio es viable porque se cuenta con las unidades de estudio, esto es los pacientes en número y proporción estadística necesaria, con el presupuesto, tiempo, recursos y la metodología.

c. Novedad

El problema tiene novedad específica porque si bien reconoce algunos antecedentes investigativos, conserva un enfoque específico, dado que los antecedentes investigativos están referidos al estudio del aspecto clínico de la encía de dientes antagonistas y agonistas a la zona edéntula, y no adyacentes a la misma.

Hipótesis

Dado que, la presencia de la prótesis en una zona edéntula preserva el espacio y las relaciones interproximales de los dientes adyacentes:

Es probable que, exista diferencia en el aspecto clínico de la encía en dientes adyacentes a zonas edéntulas tratadas y no protésicamente.

Objetivos

Objetivo general

Comparar el aspecto clínico de la encía en dientes adyacentes a zonas edéntulas tratadas y no protésicamente.

Objetivos específicos

- Describir el aspecto clínico de la encía adyacentes a zonas edéntulas tratadas protésicamente.
- Describir el aspecto clínico de la encía adyacentes a zonas edéntulas no tratadas protésicamente.

CAPÍTULO I: Marco Teórico

1. ENCÍA

a. Definición

La encía es una cobertura epitelio-conectiva que recubre los procesos alveolares de los maxilares (1), se fija al diente a través de la unión dento-gingival, rodeando los cuellos dentarios a modo de un collar (2).

b. Características macroscópicas

- **Encía marginal:** tiene una apariencia lisa y es movable. Se extiende desde el margen gingival, llamado también posición gingival aparente hasta el surco marginal (3,4).
- **Encía insertada:** Se llama también encía fija o adherida. Es una encía densa firme y normalmente puntillada (3). Tiene dos anchos: un ancho teórico y otro real. El primero se extiende desde el surco marginal hasta la unión mucogingival. El segundo está comprendido entre la exteriorización sobre la superficie gingival del fondo de surco hasta la unión mucogingival (5). Esta última medición tiene especial importancia para juzgar con mayor fiabilidad el nivel de destrucción periodontal (3).
- **Encía interdental:** Llamada también encía papilar, ocupa el nicho gingival. Desde una vista libre la encía papilar tiene una forma triangular, sin embargo a nivel de piezas posteriores en sentido vestíbulo-lingual la encía papilar se parece a una silla de montar con una depresión central denominada col, valle o agadón, depresión que se atenúa a nivel de premolares y se hace piramidal en dientes anteriores (3,6).

c. Características clínicas normales

- **Color:** En términos de normalidad el color de la encía se describe como rosa coral o simplemente rosado. Esta condición se debe microscópicamente a la

irrigación sanguínea, a la presencia de células pigmentarias y al grosor del epitelio (4).

- **Consistencia:** Normalmente la encía tiene una consistencia firme y resiliente, determinada por sus componentes celulares e intercelulares (4).
- **Contorno:** Una encía saludable tiene un contorno festoneado desde una vista vestibular, lingual o palatina. Sin embargo desde una perspectiva proximal el margen gingival se afila a nivel de la línea cervical (5).
- **Tamaño:** El **volumen clínico** de la encía se puede identificar macroscópicamente, que en términos microscópicos resulta de la conjunción volumétrica de los elementos celulares, intercelulares y vasculares. El tamaño de la encía guarda relación directa con el contorno y posición gingivales (7,8).
- **Posición Gingival Aparente:** Esta macroscópicamente corresponde al margen o cresta gingival que en condiciones de normalidad se encuentra un milímetro coronal al límite amelocementario; y, microscópicamente al punto de transición entre el epitelio gingival externo y la porción más coronal del epitelio crevicular (7,8).
- **Posición Gingival Real:** Corresponde macroscópicamente al fondo del surco gingival; y, a la porción más coronaria del epitelio de unión de forma microscópicamente (7,8).

2. EDENTULISMO PARCIAL

a. Concepto

El edentulismo es la ausencia o pérdida parcial de los dientes, puede ser congénita o adquirida. El edentulismo adquirido, es decir la pérdida de dientes durante nuestra vida es un hecho más común que el edentulismo congénito y suele ser secundario a procesos como caries, patología periodontal o traumatismos. Las principales consecuencias del edentulismo parcial son la reabsorción del hueso alveolar y el desplazamiento de los dientes vecinos hacia el nuevo espacio creado. El movimiento de los dientes genera alteraciones en la oclusión (9).

b. Clasificación de Kennedy

Edward Kennedy en 1925, propuso esta técnica de clasificación de Bailyn y también la de Skinner, intenta especificar el arco parcialmente desdentado en una forma tal, que diera ciertos principios de diseño para una situación determinada. Kennedy dividió todos los arcos parcialmente desdentados en 4 tipos principales. Las zonas desdentadas que no sean las que determinan los tipos principales, fueron designadas como espacios modificadores (10).

La clasificación de Kennedy es la siguiente:

- **Clase I:** Área edéntula, brecha edéntula bilateral, distal al último diente residual sin molares terminales.
- **Clase II:** Área edéntula unilateral, distal a los dientes anteriores sin pilares terminales.
- **Clase III:** Área edéntula unilateral posterior a los dientes anteriores con pilar terminal.
- **Clase IV:** Área edéntula anterior que cruza la línea media de los maxilares (10).

Una de las principales ventajas del método de Kennedy es que se puede visualizar de forma inmediata el arco parcialmente desdentado. Aquellos que están familiarizados con su uso y con los principios del diseño de prótesis parcial pueden centralizar inmediatamente su pensamiento con respecto al tipo de diseño básico de la prótesis parcial que será empleado. Permite un enfoque lógico a los problemas de diseño y posibilita la aplicación de sanos principios en el diseño de la prótesis parcial resultando, por lo tanto, un método lógico de clasificación (10).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

- a. Título:** Magnitud de la recesión gingival visible, oculta y total en dientes antagonistas a zonas edéntulas tratadas y no protésicamente en pacientes de la Clínica Odontológica de la UCSM. Arequipa, 2018

Autores: Zambrano Fuentes José Junior Kevin

Resumen: Esta investigación tiene por objeto comparar la magnitud de la recesión gingival visible, oculta y total en dientes antagonistas a zonas edéntulas tratadas o no protésicamente. Es un estudio observacional, prospectivo, transversal y comparativo, donde la recesión gingival visible oculta y total fue estudiada mediante observación clínica intraoral, específicamente por medición. Así la recesión gingival visible (RGV) fue medida desde el límite amelocementario al margen gingival residual. La recesión gingival oculta (RGO), desde el margen gingival al fondo del crevículo. La recesión gingival total resultó de la medición desde el límite amelocementario al fondo surcal. Las tres recesiones fueron medidas empleando la sonda periodontal Michigan con un tope de goma movable e inserto en su parte activa y una reglamilimitrada. Las tres variables, requirieron medias, desviación estándar, valores máximo y mínimo y rango, y la prueba T, en consideración a su carácter cuantitativo. Los resultados mostraron que los promedios de recesión gingival visible, oculta y total, en dientes antagonistas a zonas edéntulas tratadas protésicamente fueron respectivamente 2.74 mm, 3.17 mm y 5.21 mm. Los promedios análogos en dientes antagonistas a zonas edéntulas no tratadas fueron 3.72 mm, 4.60 mm y 7.17 mm. Según la prueba “T” existe diferencia estadística significativa de la recesión gingival visible, oculta y total entre ambas situaciones clínicas con lo que se rechazó la hipótesis nula, y se aceptó la hipótesis investigativa, con un nivel de significación de 0.05 (11).

- b. Título:** Influencia del edentulismo parcial no tratado y tratado mediante prótesis parcial removible en el periodonto de los dientes antagonistas en pacientes de la Consulta Privada, Cercado – Arequipa. 2014

Autora: Erika Paola Gaona Condorchoa

Fuente: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/4519/64.2478.O.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Resumen: La presente investigación tiene por objeto determinar la influencia del edentulismo parcial no tratado y su homólogo tratado mediante prótesis parcial removible en el periodonto de los dientes antagonistas a la zona edéntula. Se trata de un estudio observacional, prospectivo, transversal y comparativo, asimismo, relacional. Se utilizaron la observación clínica para estudiar ambos tipos de edentulismo y la encía; así como la observación radiográfica panorámica para estudiar el periodonto de los dientes antagonistas, y del modo específico, el espacio del ligamento periodontal y el hueso alveolar. Con tal objeto se conformaron dos grupos, cada uno constituido por 27 pacientes. Asimismo, en consideración al carácter cualitativo predominante de los indicadores de la variable dependiente, se utilizaron frecuencias absolutas y porcentuales, y la prueba X² de homogeneidad, exceptuando el nivel de inserción, que por ser un indicador cuantitativo, se utilizaron medias, desviación estándar, valor máximo y mínimo, y rango; y la prueba T. Los resultados indican que las pruebas X² y T, según el caso, el edentulismo parcial no tratado influye de modo diferente que su análogo tratado en todas las características clínicas de la encía, en el espacio del ligamento periodontal y en el hueso alveolar de los dientes antagonistas a la zona edéntula. Consecuentemente, se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna, con un nivel de significación del 0.05 (12).

- c. **Título:** Relación entre el edentulismo parcial, clasificado según Kennedy, con el estado periodontal de los dientes remanentes. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Odontología E.A.P. de Odontología. Lima. 2017

Autora: Shirley Katerine Fabián Espinoza

Fuente: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6061/Fabian_es.pdf?sequence=1

Resumen: El presente trabajo de investigación tuvo como propósito identificar la relación que existe entre el edentulismo parcial, clasificado según Kennedy, con el estado periodontal de los dientes remanentes. Se realizó un estudio observacional y descriptivo con una muestra de 112 historias clínicas (HC), de un total de 560, de

pacientes entre los 20 a 80 años que fueron atendidos en la Clínica de Pregrado de la FO de la UNMSM durante el periodo académico 2015. Se tomaron datos del Odontograma para realizar la clasificación de Kennedy y el Periodontograma de donde se recopilaron datos clínicos para evaluar el estado periodontal usando el Índice Periodontal Comunitario (IPC). Los resultados obtenidos determinaron que el mayor grupo edéntulo fue el de 51-70 años con 67 (59.8%) pacientes y según el género 69 (61.6%) femenino y 43 (38.4%) masculino. En cuanto a la clasificación de Kennedy en el maxilar superior 41 (36.6%) Clase II y 39 (34.8%) Clase III y en el maxilar inferior 50 (44.6%) Clase I y 37 (33%) Clase II. Respecto al estado periodontal el mayor grupo se encontró en el grado 2 con 61 pacientes (54.5%) seguido del grado 3 con 34 (30.4%). En cuanto a las relaciones entre las variables estado periodontal, género y edad no se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$); lo mismo para la relación entre clasificación de Kennedy del maxilar superior y género ($p > 0.05$) Pero sí se encontró diferencias estadísticamente significativas entre la clase de Kennedy del maxilar inferior y el género ($p < 0.05$) (13).

CAPÍTULO II: Metodología

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

a. Especificación de las técnicas

Se utilizó la **OBSERVACIÓN CLÍNICA INTRAORAL** para recoger información de la variable: aspecto clínico de la encía.

b. Cuadro de coherencias

VARIABLES	TÉCNICA	PROCEDIMIENTO
Aspecto clínico de la encía	Observación clínica intraoral	Inspección Palpación Sondaje

c. Descripción de la técnica

La observación clínica intraoral, basada en la inspección, se recogió información de la variable: aspecto clínico de la encía, a partir de sus indicadores:

- El color, el contorno y la posición gingival aparente serán estudiadas por inspección.
- La consistencia gingival, mediante palpación.
- La posición gingival real y el sangrado gingival, mediante la exploración crevicular.

1.2. Instrumentos

a. Instrumentos Documentales:

a.1. Especificación de los instrumentos

Se utilizó un instrumento de tipo estructurado, denominado FICHA DE REGISTRO, que permitió recoger la información de la variable y sus indicadores.

a.2. Estructura del instrumento

VARIABLE ÚNICA	INDICADORES	EJES	SUB INDICADORES	SUB EJES
ASPECTO CLÍNICO DE LA ENCÍA	• Color	1	Rosado Rojizo Rojo azulado	1.1 1.2 1.3
	• Consistencia	2	Firme y resilente Blanda Dura	2.1 2.2 2.3
	• Contorno	3	Regular Irregular	3.1 3.2
	• Tamaño	4	Conservado Reducido Agrandado	4.1 4.2 4.3
	• Posición gingival aparente	5	Conservada Recedida Migrada hacia coronal	5.1 5.2 5.3
	• Posición gingival real	6	Expresión mm	6.1
	• Sangrado gingival	7	Si No	7.1 7.2

a.3. Modelos del instrumento:

FICHA DE REGISTRO

Ficha N°

Edad: **Género (M) (F)** **Diente adyacente a zona edéntula**

Grupo: Tratado protésicamente () No tratado protésicamente ()

1. Color gingival

1.1. Rosado ()

1.2. Rojizo ()

1.3. Rojo azulado ()

2. Consistencia

2.1. Firme y resilente ()

2.2. Blanda ()

2.3. Dura ()

3. Contorno

3.1. Regular ()

3.2. Irregular ()

4. Tamaño

4.1. Conservado ()

4.2. Reducido ()

4.3. Agrandado ()

5. Posición gingival aparente

5.1. Conservada ()

5.2. Recedida ()

5.3. Migrada hacia coronal ()

6. Posición gingival real

6.1. Expresión milimétrica de la profundidad de sondaje crevicular:

7. Sangrado gingival

7.1. SI ()

7.2. NO ()

b. Instrumentos mecánicos

- Unidad dental
- Esterilizadora
- Espejos bucales
- Computadora y accesorios
- Cámara digital
- Sonda periodontal de Michigan

1.3. Materiales

- Útiles de escritorio
- Campos descartables
- Guantes descartables

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

- a. Ámbito general:** Arequipa, Cercado.
- b. Ámbito Específico:** Consulta privada odontológica.

2.2. Ubicación Temporal

- a. Cronología:** La investigación fue realizada los meses de marzo y abril del 2019.
- b. Visión temporal:** Prospectiva
- c. Corte temporal:** Transversal.

2.3. Unidades de Estudio

a. Unidad de análisis:

Encía papilar adyacente a zonas edéntulas tratadas y no protésicamente.

b. Alternativa: Grupos.

c. Identificación de los grupos

GRUPO A: Papilas adyacentes a zonas edéntulas con tratamiento protésico.

GRUPO B: Papilas adyacentes a zonas edéntulas sin tratamiento protésico.

d. Control de los grupos

d.1. Criterios de inclusión

- Pacientes de 40 a 60 años.
- De ambos géneros.
- Pacientes parcialmente edéntulos tratados o no protésicamente mediante una prótesis parcial removible.

d.2. Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 40 a mayores de 60 años.
- Pacientes totalmente dentados.
- Pacientes edéntulos totales, uni o bimaxilares.

d.3. Criterios de eliminación

- Deseo de no participar en el estudio.
- Deserción.
- Condición incapacitante.

e. Tamaño de los grupos

e.1. Datos

- **P2** proporción esperada para no tratados protésicamente: 0.35 (sugeridos por expertos)
- **P1:** proporción esperada para los tratados protésicamente: 0.70
- **P1-P2:** diferencia esperada: 0.35
- **a bilateral** = 0.05
- **b:** 0.20

TABLA BIPROPORCIONAL

Tamaño de la muestra por grupo para comparar dos proporciones (14)

Cifra superior : $\alpha = 0.05$ (unilateral) o $\alpha = 0.10$ (bilateral); $\beta = 0.20$ Cifra intermedia: $\alpha = 0.025$ (unilateral) o $\alpha = 0.05$ (bilateral); $\beta = 0.20$ Cifra inferior : $\alpha = 0.025$ (unilateral) o $\alpha = 0.05$ (bilateral); $\beta = 0.10$										
P1 o P2 (el menor de los dos)*	Diferencia esperada entre P1 y P2									
	0.05	0.10	0.15	0.20	0.25	0.30	0.35	0.40	0.45	0.50
0.05	342	110	59	38	27	21	17	13	11	9
	434	140	75	49	35	27	21	17	14	12
	581	187	100	65	46	35	28	22	19	15
0.10	530	156	78	48	33	25	19	15	12	10
	685	199	99	62	43	31	24	19	16	13
	913	266	133	82	56	42	32	25	21	17
0.15	712	197	95	57	38	28	21	16	13	11
	904	250	120	72	49	35	27	21	17	14
	1210	334	161	96	65	47	35	28	22	18
0.20	860	231	108	64	42	30	23	17	14	11
	1093	293	138	81	54	38	29	22	18	14
	1462	392	184	108	72	51	38	29	23	19
0.25	984	258	119	69	45	32	24	18	14	11
	1249	328	152	88	58	41	30	23	18	14
	1672	439	203	117	77	54	40	30	24	19
0.30	1083	280	128	73	47	33	24	15	14	11
	1375	356	162	93	60	42	31	23	18	14
	1840	476	217	124	80	56	41	31	24	19
0.35	1157	295	133	75	48	33	24	18	14	11
	1469	375	169	96	61	42	31	23	18	14
	1966	502	226	128	82	56	41	30	23	18
0.40	1206	305	136	76	48	33	24	17	13	10
	1532	387	173	97	61	42	30	22	17	13
	2050	518	231	129	82	55	40	29	22	17
0.45	1231	308	136	75	47	32	23	16	12	9
	1563	387	173	96	60	41	29	21	16	11
	2092	518	231	128	80	54	38	28	21	15
0.50	1231	305	133	73	45	30	21	12	11	-
	1563	387	160	93	58	35	27	19	14	-
	2092	518	226	124	77	51	35	25	19	-
0.55	1206	295	128	69	42	28	19	13	--	--
	1532	375	162	88	54	35	24	17	--	--
	2050	502	217	117	72	47	32	22	--	--

N = 31 papilas por grupo

f. Formalización de los grupos

Grupo	Nº
A	31
B	31

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Autorización del odontólogo.
- Preparación de los pacientes para lograr su consentimiento expreso.
- Formalización de los grupos.
- Prueba piloto.

3.2. Recursos

a) Recursos Humanos

a.1. Investigador : Myriam Janet Nina López

a.2. Asesor : Dr. Martín Larry Rosado Linares

b) Recursos Físicos

Infraestructura y equipos de la Consulta Privada.

c) Recursos Económicos

El presupuesto para la recolección fue ofertado por la investigadora.

d) Recurso Institucional

Universidad Católica de Santa María de Arequipa.

3.3. Prueba piloto

- a. **Tipo:** Prueba incluyente.
- b. **Muestra piloto:** 5% del total de cada grupo.
- c. **Recolección:** Administración preliminar del instrumento a la muestra piloto.

3.4. Criterios para el manejo de resultados

a. Tipo de procesamiento

Manual y computarizado. Se utilizó el Paquete Informático SPSS, Versión N° 22.

b. Operaciones

b.1. Clasificación:

Obtenida la información, ésta fue ordenada en una matriz de sistematización que figura en los anexos de la tesis.

b.2. Codificación:

Dígita y romana.

b.3. Conteo:

Matrices de recuento.

b.4. Tabulación:

Tablas de doble entrada.

b.5. Graficación

Gráficas de barras dobles.

c. Plan de Análisis de Datos

c.1. Tipo de análisis:

Cuantitativo, univariado, categórico.

c.2. Tratamiento Estadístico

VARIABLE INVESTIGATIVA	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	PRUEBA
Aspecto clínico de la encía	Categórico	Ordinal Nominal	Frecuencias absolutas y porcentuales	Chi2

Nota: PGR requerirá de medidas de tendencia central y variabilidad, como estadísticas descriptivas; y la Prueba T para dos muestras independientes, como estadística inferencial.

CAPÍTULO III: Resultados y Discusión

1. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

TABLA N° 1

Dientes adyacentes a zonas edéntulas con y sin tratamiento protésico removable

TRATAMIENTO PROTÉSICO	DIENTES																TOTAL	
	13		17		23		27		33		37		43		47			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	4	12.90	1	3.23	4	12.90	1	3.23	7	22.58	5	16.13	6	19.35	3	9.67	31	100.00
NO	2	6.45	2	6.45	2	6.45	2	6.45	3	9.68	2	6.45	11	35.48	7	22.58	31	100.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

72402520

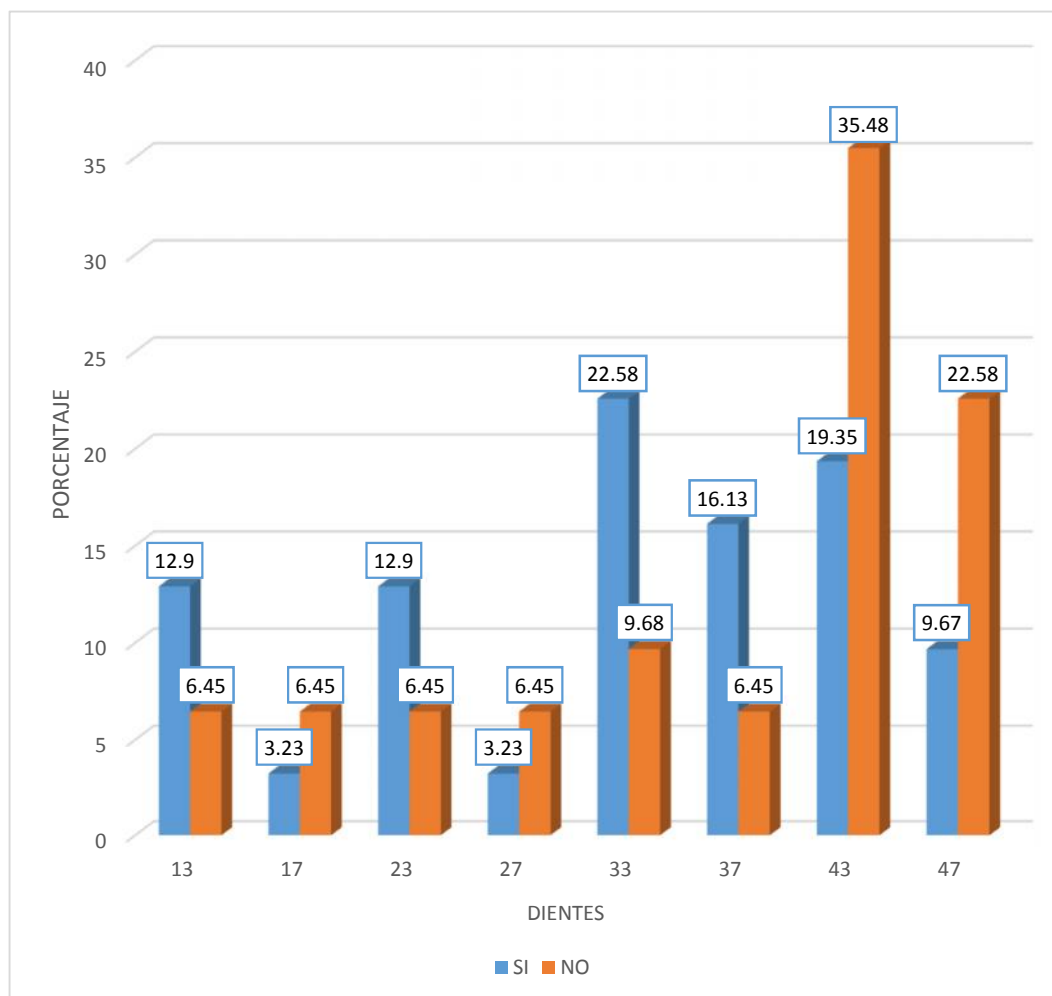
2015222312

Tuvieron tratamiento protésico las zonas edéntulas adyacentes mayormente a la pieza dentaria 33 con el 22.58%, y con menor frecuencia aquellas adyacentes a las piezas 17, y 27, con el 3.23%, en cada caso.

No tuvieron tratamiento protésico aquellas áreas edentadas adyacentes mayormente a la pieza 43, con el 35.48%, y con menor frecuencia aquellas adyacentes a las piezas 13, 17, 23, 27 y 37, con el 6.45%.

FIGURA N° 1

Dientes adyacentes a zonas edéntulas con y sin tratamiento protésico removible



Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

TABLA N° 2

Zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible según clase de Kennedy

TRATAMIENTO PROTÉSICO	CLASE DE KENNEDY								TOTAL	
	I		II		III		IV			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	2	6.45	5	16.13	22	70.97	2	6.45	31	100.00
NO	1	3.23	4	12.90	26	83.87	0	0	31	100.00

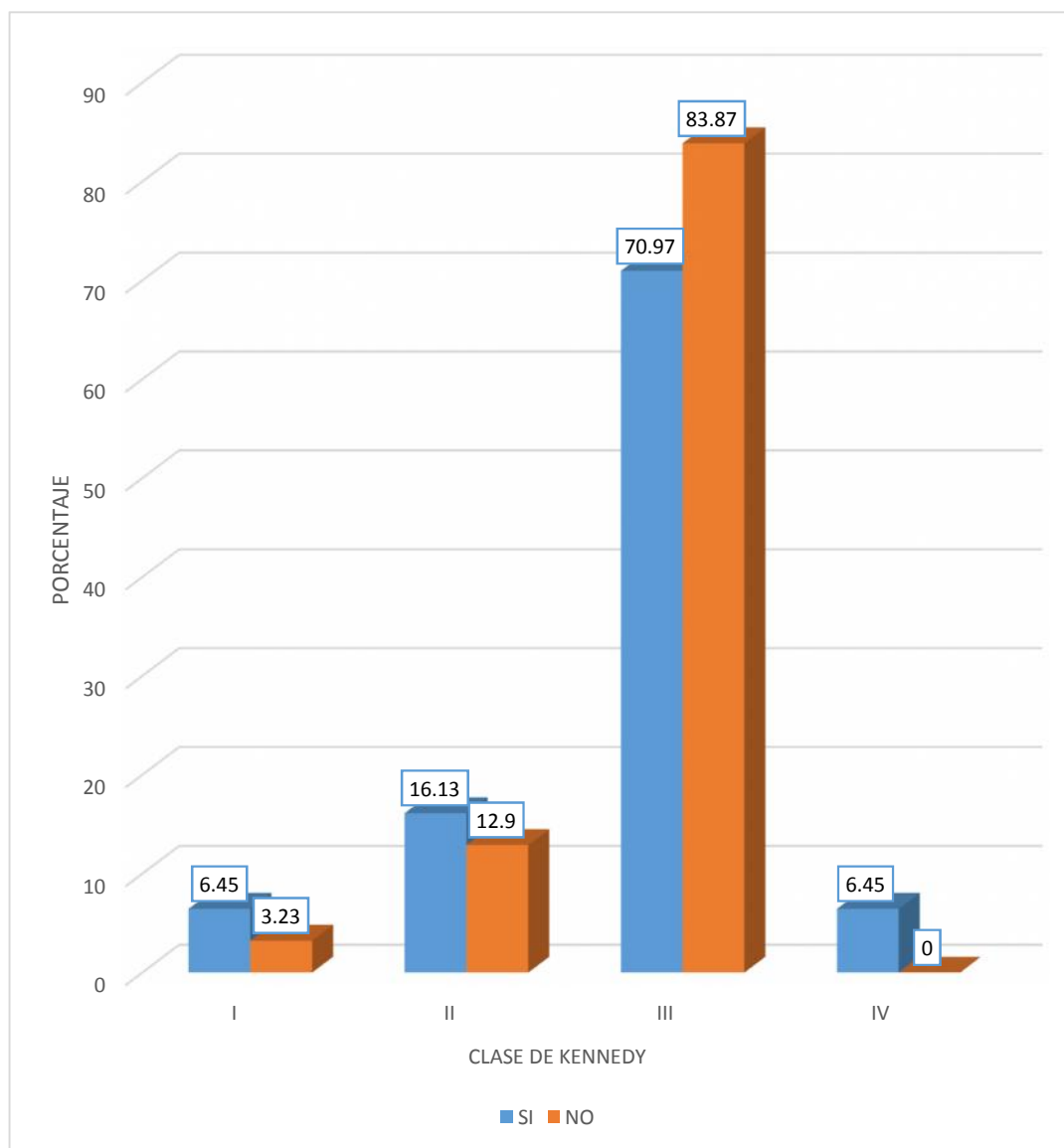
Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

El tratamiento protésico se realizó mayormente en zonas edéntulas clase III de Kennedy, con el 70.97%, y menormente, en clase I, con el 6.45%.

No se hizo tratamiento protésico mayormente en clases III, con el 83.87%, y con menor frecuencia en la clase I, con el 3.23%.

FIGURA N° 2

Zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible según clase de Kennedy



Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

TABLA N° 3

Color de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible

TRATAMIENTO PROTÉSICO	COLOR GINGIVAL				TOTAL	
	Rosado		Rojizo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	2	6.45	29	83.87	31	100.00
NO	28	90.32	3	9.67	31	100.00

p: 0.000 < 0.05

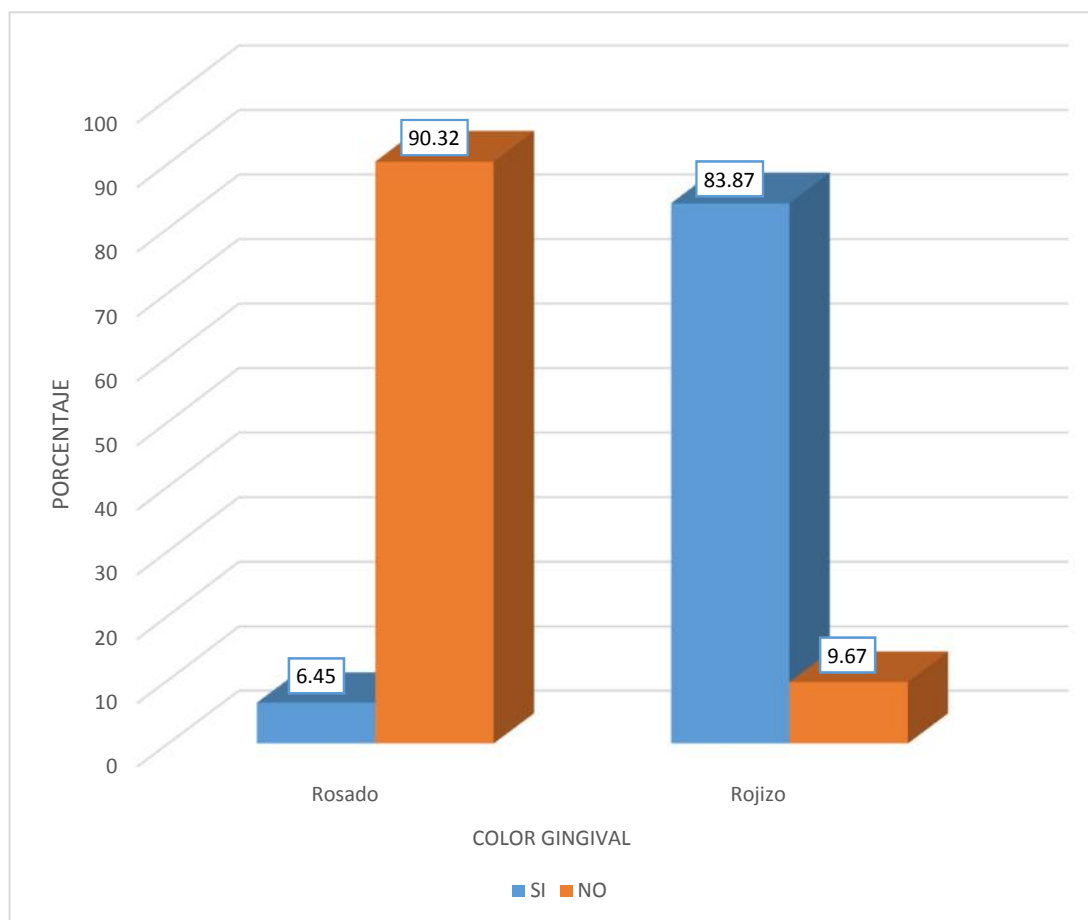
Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

La encía adyacente a zonas edéntulas tratadas protésicamente evidenció mayormente una tonalidad rojiza con el 83.87%; en tanto que la encía vecina a zonas edéntulas sin tratamiento protésico, mostró mayormente un color rosado, con el 90.32%.

Según la prueba X^2 , existe diferencia estadística significativa en el color de la papila adyacente a zonas edéntulas tratadas y no protésicamente.

FIGURA N° 3

**Color de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial
removible**



Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

TABLA N° 4

**Consistencia de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis
parcial removible**

TRATAMIENTO PROTÉSICO	CONSISTENCIA GINGIVAL				TOTAL	
	Firme y resilente		Blanda			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	3	9.67	28	90.32	31	100.00
NO	26	83.87	5	16.13	31	100.00

p: 0.000 < 0.05

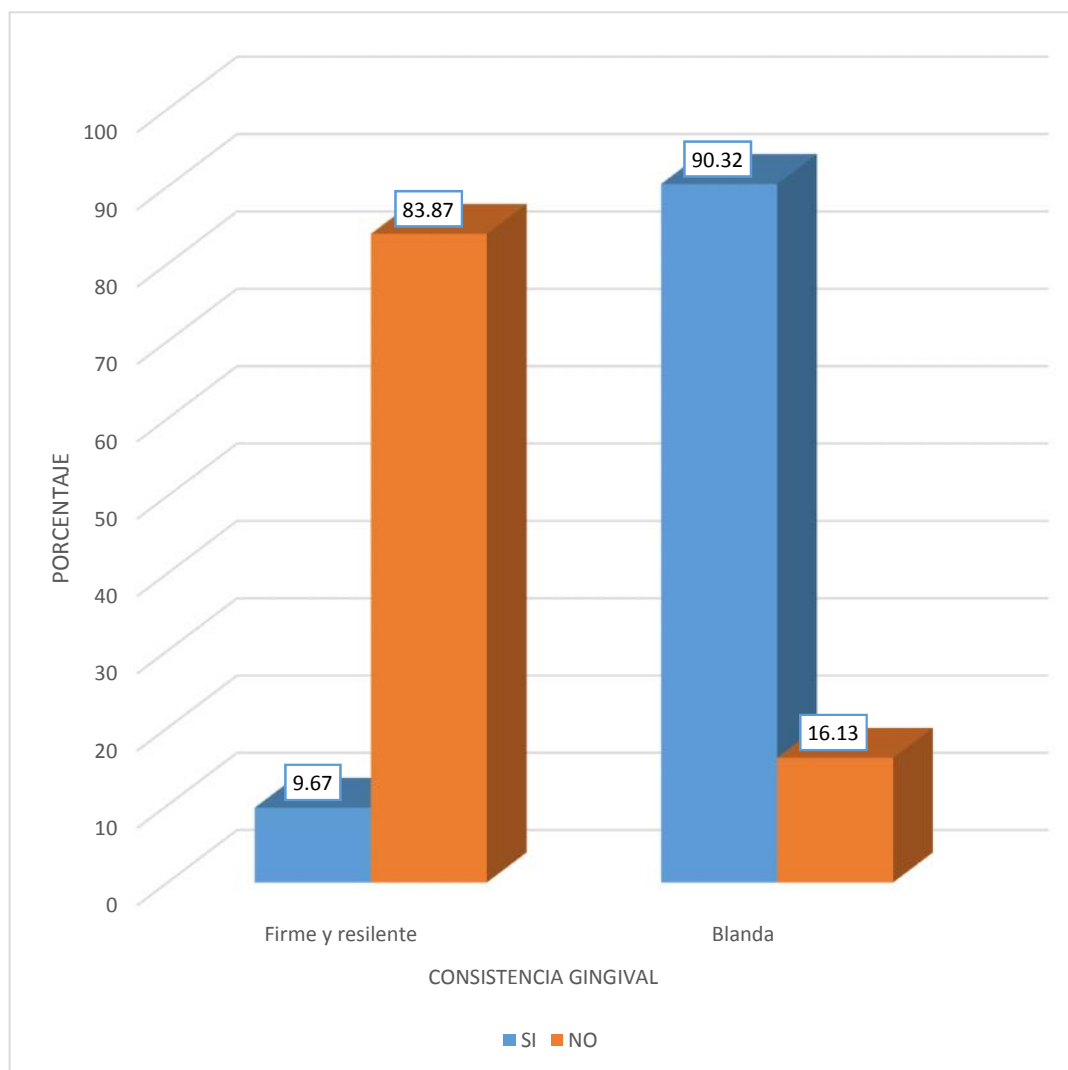
Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

La encía adyacente a zonas edéntulas tratadas protésicamente mostraron mayormente una consistencia blanda, con el 90.32%; en tanto que aquella adyacente a zonas edéntulas no tratadas protésicamente, evidenció mayormente una consistencia firme y resilente, con el 83.87%.

De acuerdo a la prueba X^2 , existe diferencia estadística significativa en la consistencia de la papila adyacente a zonas edéntulas tratadas y no protésicamente.

FIGURA N° 4

Consistencia de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis
parcial removible



Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

TABLA N° 5

**Contorno de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis
parcial removible**

TRATAMIENTO PROTÉSICO	CONTORNO GINGIVAL				TOTAL	
	Regular		Irregular			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	3	9.67	28	90.32	31	100.00
NO	19	61.29	12	38.71	31	100.00

p: 0.000 < 0.05

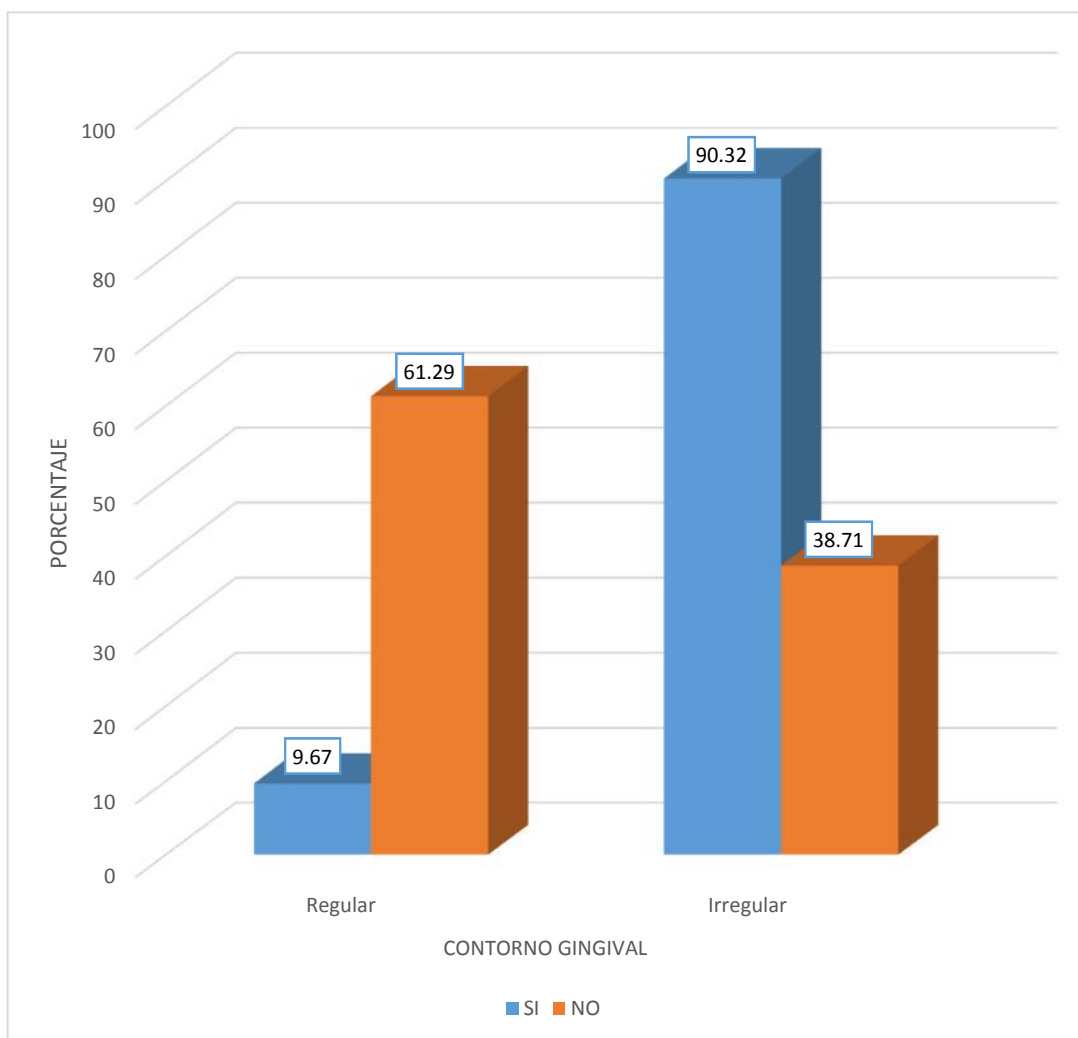
Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

La encía adyacente a zonas edéntulas tratadas protésicamente mostraron mayormente un contorno irregular, con el 90.32%, mientras que aquella vecina a zonas edéntulas no tratadas protésicamente, exhibieron mayormente un contorno regular, con el 61.29%.

Según la prueba X^2 , existe diferencia estadística significativa en el contorno de la papila adyacente a zonas edéntulas tratadas y no protésicamente.

FIGURA N° 5

Contorno de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis
parcial removible



Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

TABLA N° 6

Tamaño de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible

TRATAMIENTO PROTÉSICO	TAMAÑO GINGIVAL						TOTAL	
	Conservado		Reducido		Agrandado			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	4	12.90	0	0	27	87.09	31	100.00
NO	7	22.58	24	77.42	0	0	31	100.00

p: 0.000 < 0.05

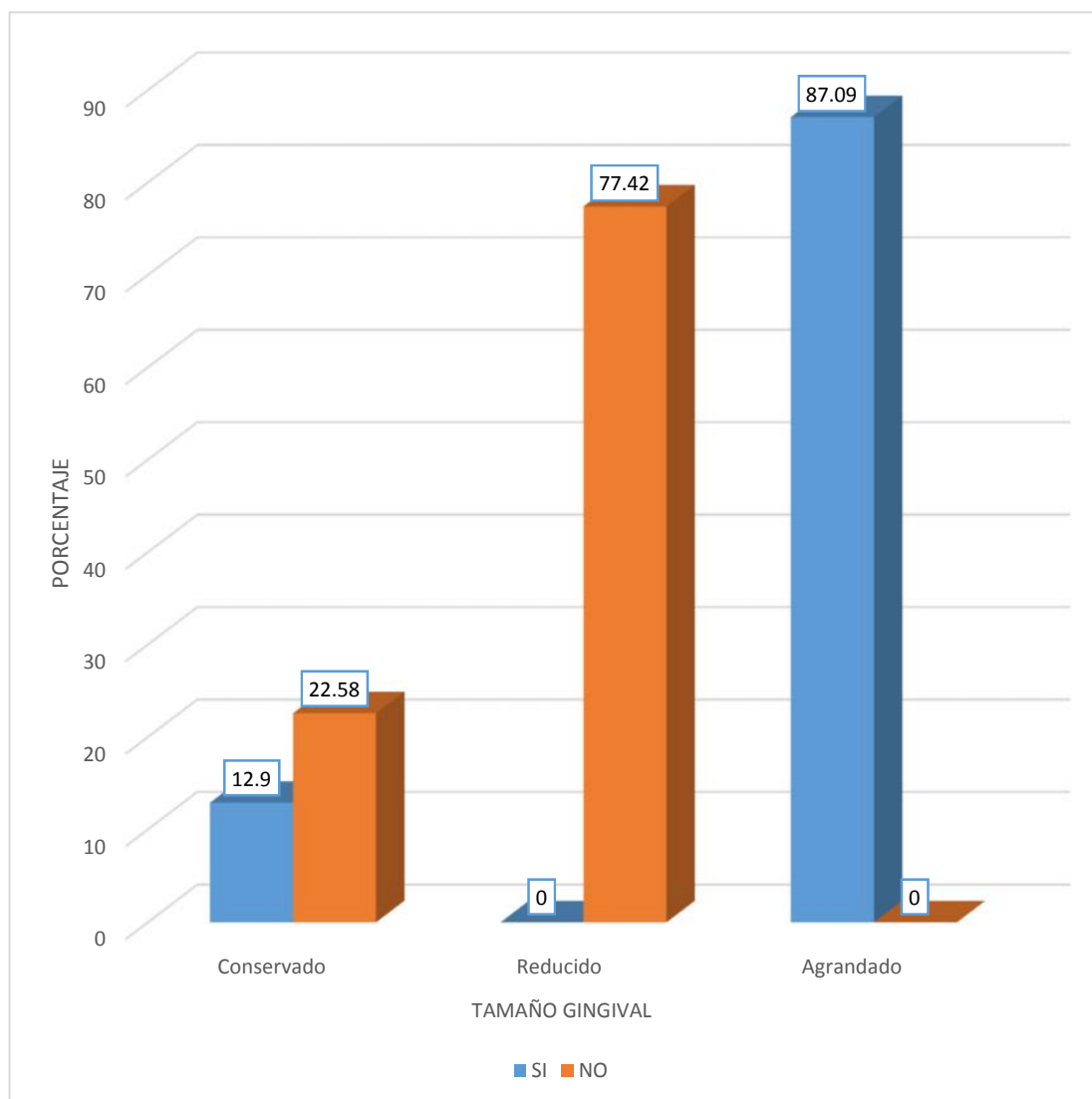
Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

La encía adyacente a zonas edéntulas tratadas protésicamente mostró mayormente agrandamiento, con el 87.09%, en tanto que, la encía adyacente a zonas edéntulas no tratadas protésicamente evidenció mayormente una reducción de tamaño, con el 77.42%.

De acuerdo a la prueba X^2 , existe diferencia estadística significativa en el tamaño de la papila adyacente a zonas edéntulas tratadas y no protésicamente.

FIGURA N° 6

**Tamaño de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis
parcial removible**



Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

TABLA N° 7

Posición gingival aparente de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible

TRATAMIENTO PROTÉSICO	POSICIÓN GINGIVAL APARENTE						TOTAL	
	Conservada		Recedida		Migrada a coronal			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	4	12.90	0	0	27	87.09	31	100.00
NO	7	22.58	22	70.97	2	6.45	31	100.00

p: 0.000 < 0.05

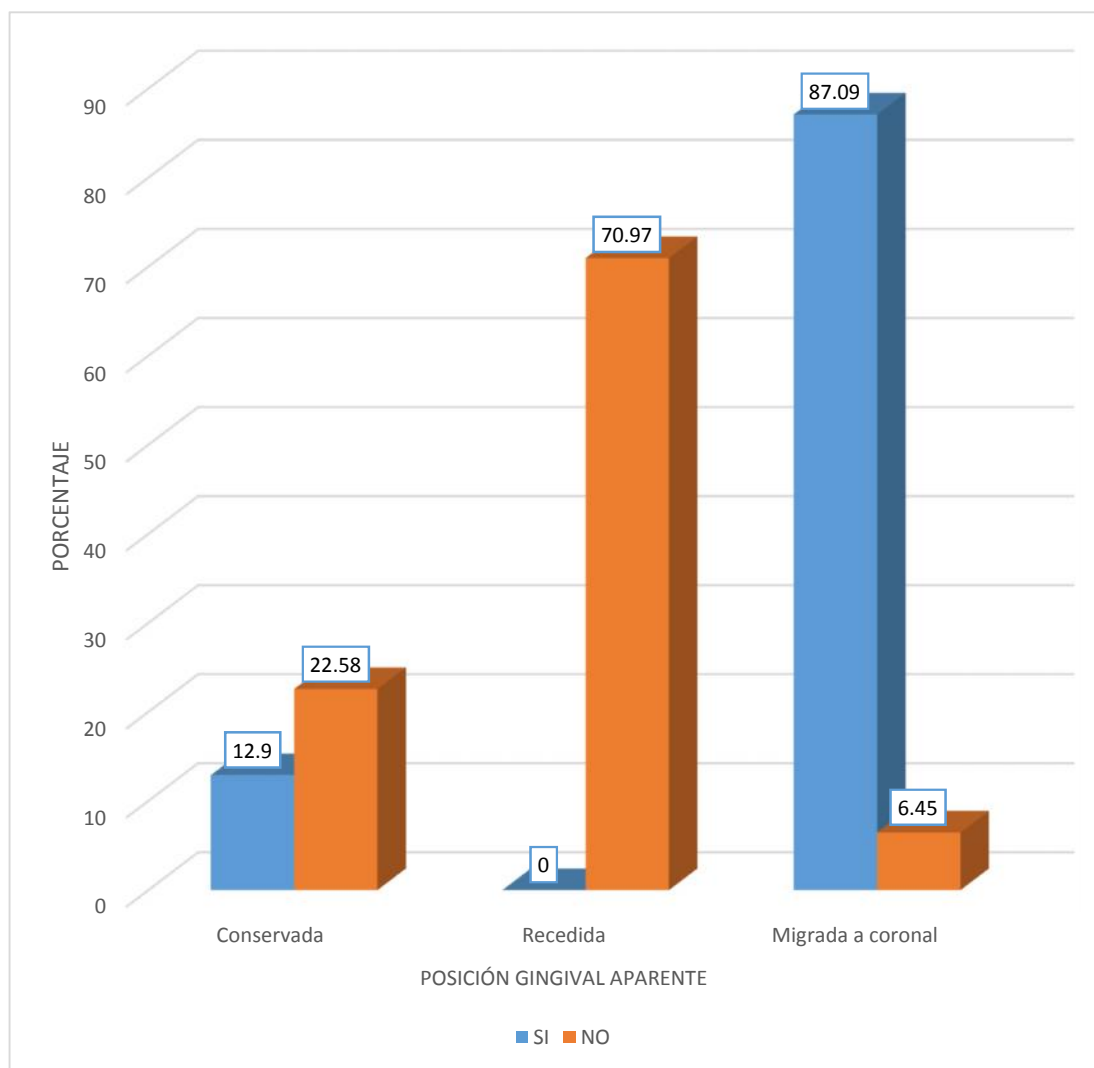
Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

La encía adyacente a zonas edéntulas tratadas protésicamente presentaron mayormente migración coronal, con el 87.09%, mientras que, aquella vecina a zonas edéntulas no tratadas protésicamente mostraron mayormente recesión gingival, con el 70.97%.

Según la prueba X^2 , existe diferencia estadística significativa en la posición gingival aparente de la papila adyacente a zonas edéntulas tratadas y no protésicamente.

FIGURA N° 7

Posición gingival aparente de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible



Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

TABLA N° 8

Posición gingival real de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible

TRATAMIENTO PROTÉSICO	N°	POSICIÓN GINGIVAL REAL			
		$\bar{x}$	S	$X_{\text{máx}} - X_{\text{mín}}$	R
SI	31	5.35	1.3	6.00 – 3.00	3.00
NO	31	3.03	0.88	4.00 – 2.00	2.00
$\bar{x} - \bar{x}$		2.33	p: 0.000 < 0.05		

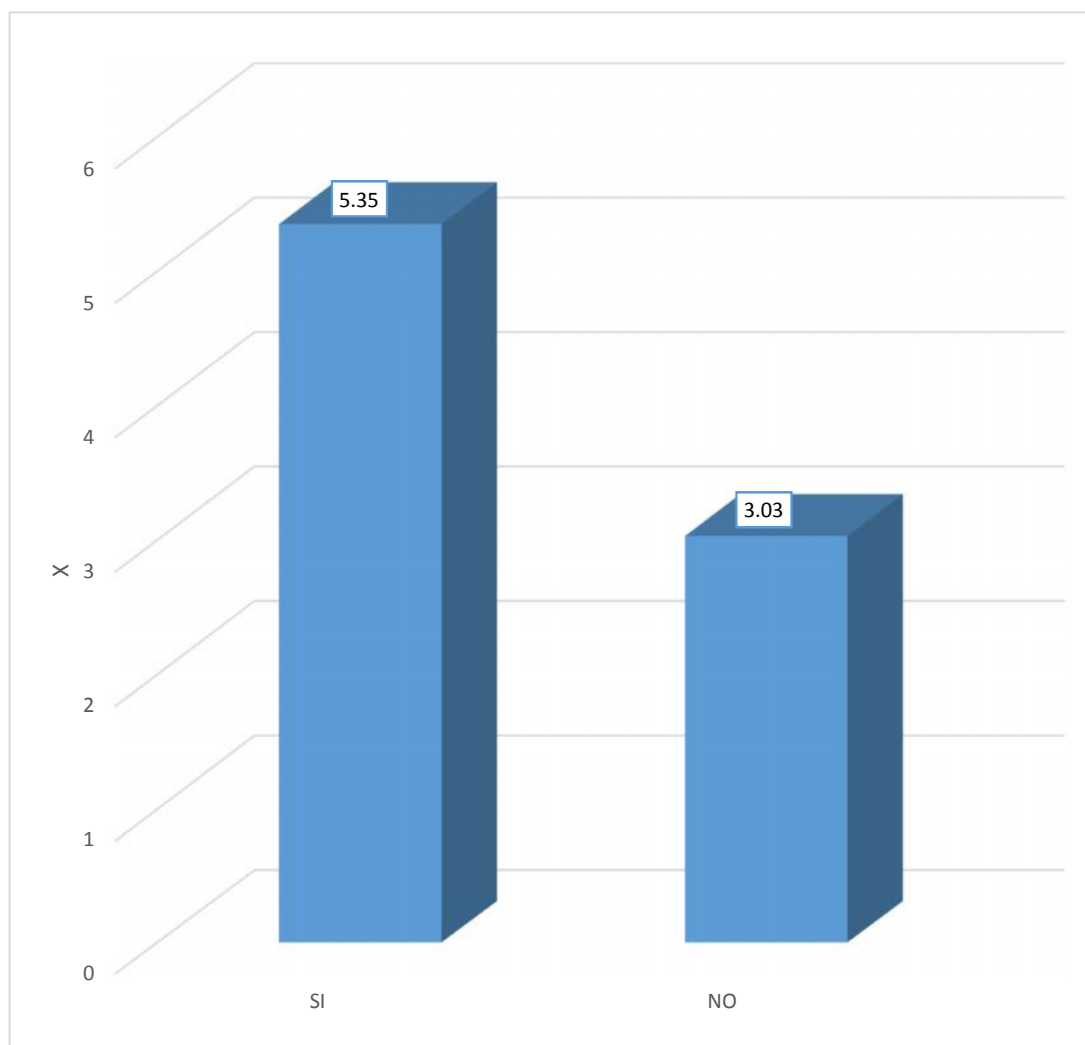
Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

La profundidad crevicular en una encía adyacente a zonas edéntulas tratadas protésicamente fue de 5.35 mm; en cambio, la profundidad análoga en una encía adyacente a zonas edéntulas no tratada protésicamente, fue de 3.03 mm, observándose una diferencia matemática de 2.33 mm, lo cual sugiere la presencia de bolsa periodontal o de bolsa gingival concomitante al tratamiento protésico.

De acuerdo a la prueba T para dos muestras independientes existe diferencia estadística significativa en la posición gingival real de la papila adyacente a zonas edéntulas tratadas y no protésicamente.

FIGURA N° 8

**Posición gingival real de la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante
prótesis parcial removible**



Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

TABLA N° 9

Test de sangrado en la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible

TRATAMIENTO PROTÉSICO	SANGRADO GINGIVAL				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	27	87.09	4	12.90	31	100.00
NO	11	35.48	20	64.52	31	100.00

p: 0.000 < 0.05

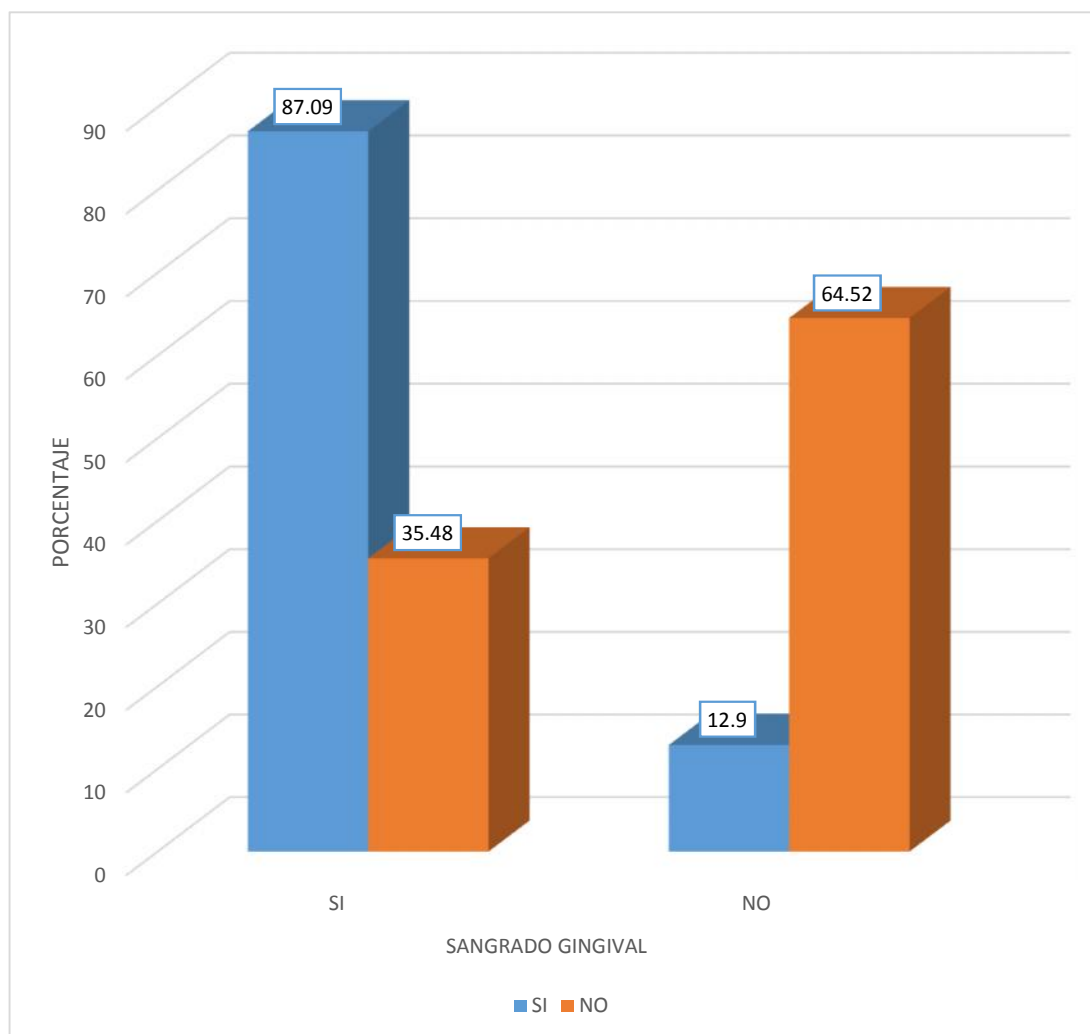
Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

La encía adyacente a zona edéntula tratada protésicamente mostró mayormente presencia de sangrado al sondaje crevicular, con el 87.09%; en tanto que, la encía adyacente a zona edéntula no tratada protésicamente, no acusó mayormente sangrado a dicho test, con el 64.52%, lo cual permite colegir presencia de inflamación en la papila relacionada al tratamiento protésico.

Según la prueba X^2 , existe diferencia estadística significativa en el test de sangrado de la papila adyacente a zonas edéntulas tratadas y no protésicamente.

FIGURA N° 9

Test de sangrado en la encía adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante
prótesis parcial removible



Fuente: Elaboración personal (Matriz de sistematización)

2. DISCUSIÓN

Las papilas adyacentes a zonas edéntulas tratadas protésicamente, se caracterizaron por el franco predominio matemático de las alteraciones del color, consistencia, contorno, tamaño, PGA, PGR y sangrado gingival sobre la normalidad de estos indicadores, debido probablemente a la ingerencia de factores irritativos locales y a la presencia misma de la prótesis.

Las papilas adyacentes a zonas edéntulas no tratadas protésicamente, se caracterizaron por el predominio de la normalidad de los parámetros gingivales clínicos mencionados, sobre la alteración de los mismos, excepto el tamaño y la posición gingival aparente que mostraron disminución volumétrica y recesión gingival, respectivamente (77.42% y 70.97%).

El hecho de que en edéntulos parciales no tratados protésicamente haya predominado la normalidad en la mayoría de indicadores clínicos gingivales podría deberse a que, no estando la prótesis, no haya mucha posibilidad de ingerencia de restos alimenticios, y permita un área accesible para la eliminación de placa, detritos, etc., mediante el cepillado.

Sin embargo, la recesión gingival identificada en esta zona podría deberse fundamentalmente al proceso de resorción ósea vinculado a la remodelación del reborde residual y al nivel de trauma quirúrgico que se haya asumido durante la exodoncia.

La prueba X^2 utilizada para color, consistencia, contorno, tamaño, posición gingival y test de sangrado crevicular; y la T para dos muestras independientes empleada e la posición gingival real, mostraron diferencia estadística significativa en estos indicadores clínicos de la papila adyacente a zonas edéntulas tratadas y no mediante prótesis parcial removible.

Comparando los resultados de la presente investigación con los antecedentes investigativos, Zambrano (2018) reportó que según la prueba “T” presenta discrepancia estadística significativa de la recesión gingival visible, oculta y total entre las condiciones clínicas con lo que se rechazó la hipótesis nula, y se aceptó la hipótesis investigativa, con un nivel de significación de 0.05 (11).

Gaona (2014) menciona que en las pruebas X^2 y T, que el edentulismo parcial no tratado interviene de modo diferente que su análogo tratado en todas las peculiaridades clínicas de la encía, en el espacio del ligamento periodontal y en el hueso alveolar de los dientes antagonistas a la zona edéntula. Por lo que se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna, con un nivel de significación del 0.05 (12).

Fabián (2017) informó que el mayor grupo edéntulo se dio en grupo etareo de 51-70 años con 67 (59.8%) pacientes y según el género 69 (61.6%) femenino y 43 (38.4%) masculino. En lo que refiere a la categorización de Kennedy en el maxilar superior 41 (36.6%) Clase II y 39 (34.8%) Clase III y en el maxilar inferior 50 (44.6%) Clase I y 37 (33%) Clase II. Encontrándose en el estado periodontal un mayor grupo en el grado 2 con 61 pacientes (54.5%) seguido del grado 3 con 34 (30.4%). En relación entre las variables estado periodontal, género y edad no se reportó diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$); de igual forma en relación a la clasificación de Kennedy del maxilar superior y género ($p > 0.05$), pero se encontró diferencias estadísticamente significativas entre la clase de Kennedy del maxilar inferior y el género ($p < 0.05$) (13).

Conclusiones

PRIMERA

El aspecto clínico de las papilas adyacentes a zonas edéntulas tratadas mediante prótesis parcial removible se caracterizó mayormente por un color rojizo con el 83.87%, por una consistencia blanda con el 90.32%, por un contorno irregular con igual porcentaje, por agrandamiento y una posición gingival aparente migrada a coronal con el 87.09%, con una profundidad crevicular promedio de 5.35 mm, y presencia de sangrado gingival al sondaje, con el 87.09%.

SEGUNDA

El aspecto clínico de las papilas adyacentes a zonas edéntulas no tratadas protésicamente, se caracterizó fundamentalmente por un color rosado con el 90.32%, por una consistencia firme y resilente con el 83.87%, un contorno regular con el 61.29%, un tamaño reducido, con el 77.42%, recesión gingival con el 70.97%, una profundidad crevicular promedio de 3.03 mm., y ausencia de sangrado gingival con el 64.52%.

TERCERA

Las pruebas X^2 indica diferencia estadística significativa en el color, consistencia, contorno, tamaño, posición gingival aparente y sangrado crevicular. La prueba T muestra diferencia estadística significativa en la posición gingival real ($p < 0.05$).

CUARTA

Consecuentemente, se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alternativa o de la investigación con un nivel de significación de 0.05.

Recomendaciones

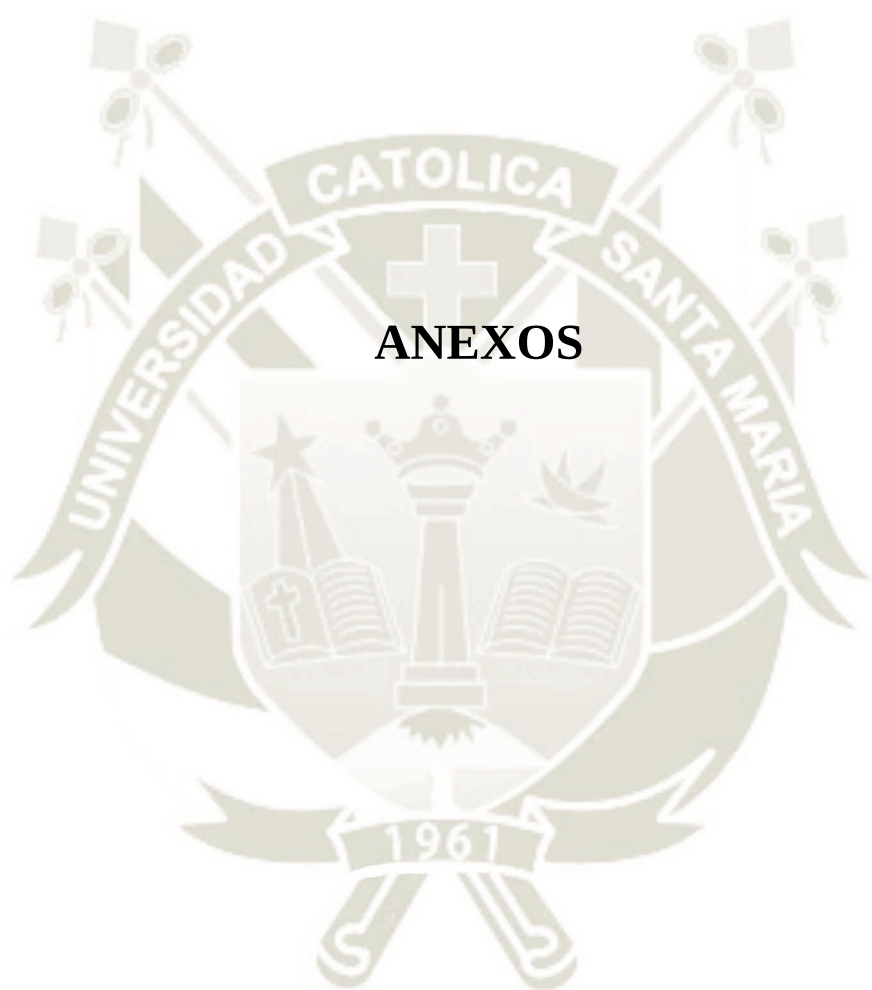
Se sugiere a nuevos tesisistas de la Escuela de Postgrado de la UCSM vinculados a la Maestría en Odontoestomatología:

1. Investigar los factores locales de riesgo más ingerentes en la modificación de la papila adyacente a zonas edéntulas, a efecto de establecer relaciones de regularidad y constancia probables entre ambas variables.
2. Investigar el estado del periodonto de soporte subyacente a la papila vecina a zonas desdentadas, en cuanto a los componentes del tabique óseo, el espacio periodontal y los cambios cementarios del diente adyacente.
3. Investigar las posibles modificaciones del periodonto de revestimiento y soporte de todos los dientes remanentes en arcos parcialmente edéntulos en presencia y ausencia de prótesis removible.
4. Investigar los probables cambios del periodonto de revestimiento y soporte en todos los dientes remanentes del arco parcialmente desdentado en presencia de prótesis fija y removible.
5. Investigar el estado periodontal de los dientes antagonistas a zonas edéntulas tratadas y no protésicamente, a efecto de establecer constantes de ocurrencia en encía, cemento radicular, espacio periodontal y hueso alveolar.

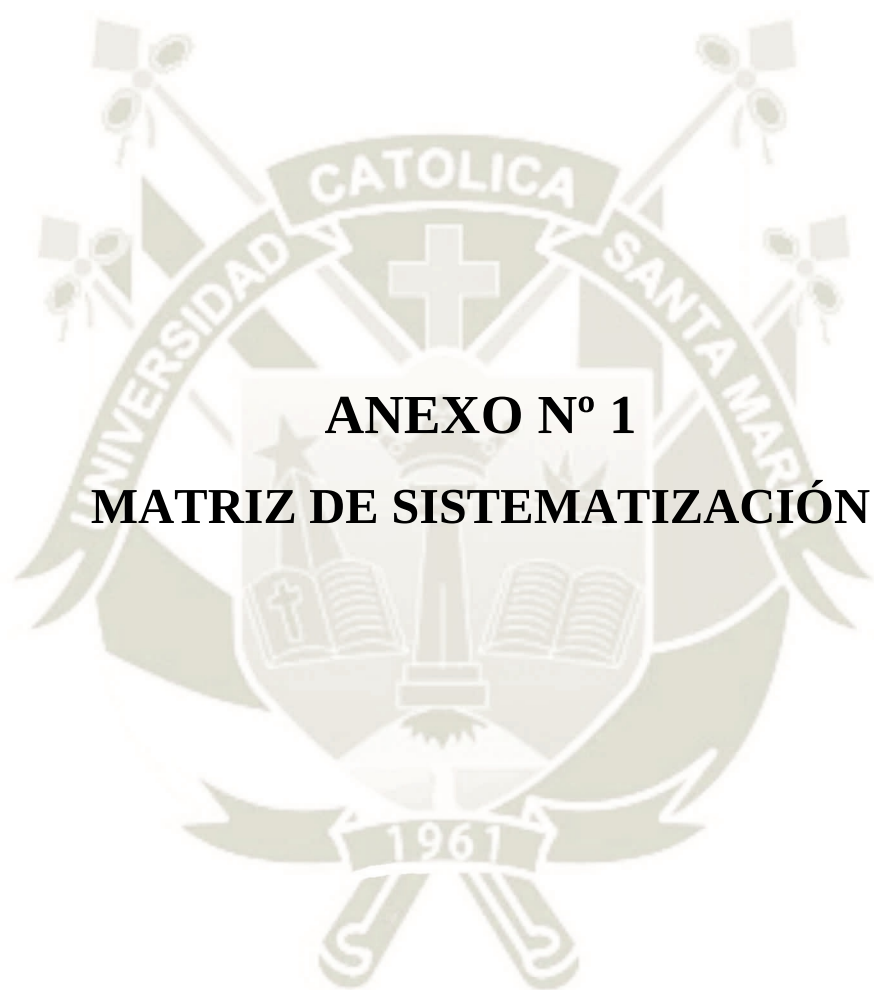
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lindhe J, Lang N, Karring T. Periodontología clínica e implantología odontológica: Volumen 1. 5° ed. Buenos Aires-Argentina. Quinta ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009.
2. Bascones A. Periodoncia clínica e implantología oral. Segunda ed. Madrid-España: Avances Médico-Dentales; 2002.
3. Newman M, Carranza. Periodontología clínica. Octava ed. México DF: McGraw Hill; 2009.
4. Carranza F, Sznajdar N. Compendio de Periodoncia. Quinta ed. Madrid-España: Panamericana; 1996.
5. Schoen D, Dean M. Instrumentación periodontal. Primera ed. Barcelona-España: Masson; 1999.
6. Carranza F. Periodontología Clínica de Glickman. setima ed. México DF: Interamericana; 2008.
7. Barrios G. Odontología su Fundamento Biológico. Editorial IATROS. Tomo I. Bogota. 2008. Primera. Tomo I ed. Bogota: IATROS; 2010.
8. Lindhe J. Periodontología clínica y odontología implantológica. 10ª edición. Editorial Interamericana. Médico D.F. 2008. décima ed. México: Interamericana; 2009.
9. Vidal Ramón X. Canales Mapfre. [Online]; 2016. Acceso 1 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/salud-dental/enfermedades-bucodentales/edentulismo-que-pasa-cuando-perdemos-dientes/>.
10. Carr A, Glen P, Givney M, David B. McCracken prótesis parcial removible. decima ed. Madrid: Panamericana; 2004.

11. Zambrano Fuentes JJK. Magnitud de la recesión gingival visible, oculta y total en dientes antagonistas a zonas edéntulas tratadas y no protésicamente en pacientes de la Clínica Odontológica de la UCSM. Arequipa, 2018. Tesis para título profesional. Arequipa: Universidad Católica de Santa María.
12. Gaona Condorchoa EP. Influencia del edentulismo parcial no tratado y tratado mediante prótesis parcial removible en el periodonto de los dientes antagonistas en pacientes de la Consulta Privada, Cercado – Arequipa. 2014. Tesis para título profesional. Arequipa.
13. Fabián Espinoza SK. Relación entre el edentulismo parcial, clasificado según Kennedy, con el estado periodontal de los dientes remanentes. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Odontología E.A.P. de Odontología. Lima. 2017. Tesis para título profesional. Lima.
14. Torrel JM. Métodos de investigación Odontológica: bases científicas y aplicaciones del diseño de la investigación clínica en las enfermedades dentales. primera ed. Madrid: Masson; 2010.



ANEXOS



ANEXO N° 1
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

UA	EDAD		GÉNERO		DIENTE		C. KENNEDY		COLOR		CONSISTENCIA		CONTORNO		TAMAÑO		PGA		PGR		SANGRADO	
	TP	NTP	TP	NTP	TP	NTP	TP	NTP	TP	NTP	TP	NTP	TP	NTP	TP	NTP	TP	NTP	TP	NTP	TP	NTP
1.	41	44	M	M	33	43	III	III	Rzo	Rdo	B	FR	IR	RG	A	C	MC	C	4	3	SI	NO
2.	44	42	F	M	37	47	III	III	Rzo	Rdo	FR	FR	IR	RG	A	C	MC	C	5	3	SI	NO
3.	46	45	F	F	33	43	III	III	Rzo	Rdo	B	FR	IR	RG	A	C	MC	C	5	3	SI	NO
4.	42	47	M	M	37	47	III	III	Rzo	Rdo	B	FR	IR	RG	A	Red	MC	REC	5	2	SI	NO
5.	45	44	F	F	43	43	III	III	Rzo	Rdo	B	FR	IR	RG	A	Red	MC	REC	5	3	SI	NO
6.	47	48	F	M	47	47	III	III	Rzo	Rdo	B	FR	IR	IR	A	Red	MC	REC	4	3	SI	NO
7.	44	46	M	F	33	43	III	III	Rzo	Rdo	B	FR	IR	RG	C	Red		REC	3	4	NO	NO
8.	48	44	F	M	37	47	III	III	Rdo	Rzo	Fr	B	RG	IR	A	Red	C	MC	3	3	NO	SI
9.	46	48	F	M	23	33	III	III	Rzo	Rdo	B	B	IR	IR	A	Red	MC	C	5	3	SI	NO
10.	50	46	M	F	27	37	III	III	Rzo	Rdo	B	B	IR	IR	A	C	MC	C	5	3	SI	NO
11.	54	48	F	M	35	33	III	III	Rzo	Rdo	B	FR	IR	RG	A	C	MC	REC	4	3	SI	NO
12.	52	50	M	F	37	37	III	III	Rzo	Rdo	B	FR	IR	RG	A	Red	MC	REC	4	3	SI	NO
13.	56	54	F	M	43	23	III	III	Rzo	Rdo	B	FR	IR	RG	A	Red	MC	REC	4	3	SI	NO
14.	58	56	F	F	47	27	III	III	Rzo	Rdo	B	FR	IR	RG	A	Red	MC	REC	4	3	SI	NO
15.	53	53	M	M	43	13	III	III	Rzo	Rdo	B	FR	IR	RG	A	Red	MC	REC	5	3	SI	NO
16.	57	57	F	M	43	17	II	III	Rzo	Rdo	B	FR	IR	RG	A	Red	MC	REC	5	3	SI	SI
17.	55	52	M	F	13	13	III	III	Rzo	Rdo	B	FR	IR	RG	A	Red	MC	REC	5	3	SI	SI
18.	57	55	F	M	17	17	III	III	Rzo	Rdo	B	FR	IR	RG	A	Red	MC	REC	5	3	SI	SI
19.	58	57	M	F	13	23	III	III	Rzo	Rdo	B	FR	IR	RG	A	Red	MC	REC	5	3	SI	NO
20.	56	55	F	M	13	27	IV	III	Rzo	Rdo	B	FR	RG	RG	A	Red	MC	REC	5	3	SI	NO
21.	58	58	F	F	23	43	IV	III	Rzo	Rdo	B	FR	IR	RG	C	Red	C	REC	5	3	SI	NO
22.	55	54	M	M	23	47	II	III	Rdo	Rdo	FR	FR	RG	RG	C	Red	MC	REC	3	3	NO	SI
23.	57	58	F	M	33	43	III	III	Rzo	Rdo	B	FR	IR	RG	A	Red	MC	REC	3	3	MO	SI
24.	54	56	M	F	37	47	III	III	Rzo	Rdo	B	FR	IR	IR	A	C	MC	C	6	3	SI	NO
25.	58	55	F	M	33	43	II	II	Rzo	Rzo	B	B	IR	IR	A	Red	MC	MC	6	4	SI	SI
26.	56	58	M	F	33	43	II	II	Rzo	Rdo	B	FR	IR	IR	A	C	MC	C	6	3	SI	NO
27.	55	56	F	M	43	43	III	II	Rzo	Rzo	B	B	IR	IR	A	Red	MC	REC	5	3	SI	SI
28.	58	55	F	M	47	43	III	III	Rzo	Rdo	B	FR	IR	IR	A	C	MC	REC	6	3	SI	SI
29.	56	56	M	F	43	47	I	III	Rzo	Rdo	B	FR	IR	IR	A	Red	MC	REC	5	3	SI	SI
30.	58	60	F	M	13	33	II	I	Rzo	Rdo	B	FR	IR	IR	A	Red	MC	REC	6	3	SI	SI
31.	60	58	F	F	23	43	I	II	Rzo	Rdo	B	FR	IR	IR	A	Red	MC	REC	5	3	SI	SI

LEYENDA:

UA: Unidades de análisis

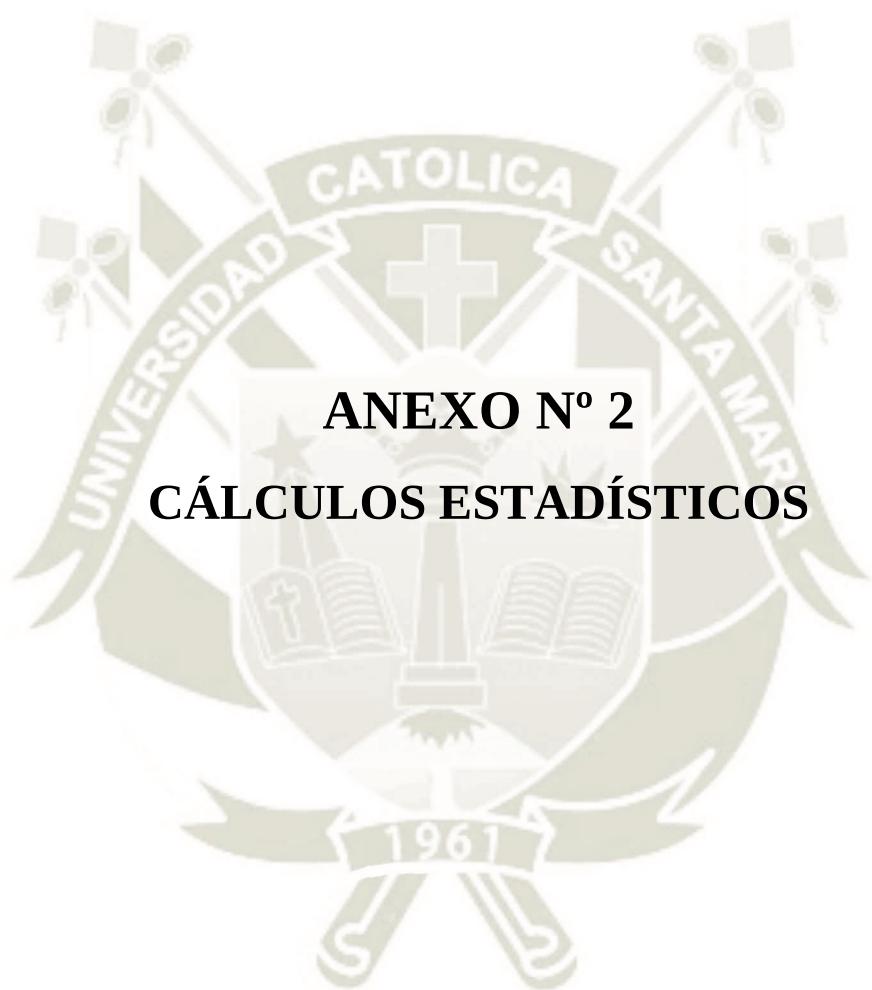
PGA: Posición gingival aparente

PGR: Posición gingival real

TP: Tratadas protésicamente

NTP: No tratadas protésicamente

Σ	166	94
EC	5.35	3.03



ANEXO N° 2

CÁLCULOS ESTADÍSTICOS

CÁLCULOS ESTADÍSTICOS

TABLA N° 3

	Valor	gl	Significación asintótica bilateral	Significación exacta bilateral	Significación recta unilateral
Chi cuadrado de Pearson	43.658	1	0.000		
Corrección de continuidad	40.365	1	0.000		
Razón de verosimilitud	51.342	1	0.000		
Prueba exacta de Fisher				0.000	0.000
Asociación lineal por lineal	42.454	1	0.000		
N° de casos válidos	62				

TABLA N° 4

	Valor	gl	Significación asintótica bilateral	Significación exacta bilateral	Significación recta unilateral
Chi cuadrado de Pearson	34.272	1	0.000		
Corrección de continuidad	31.356	1	0.000		
Razón de verosimilitud	38.588	1	0.000		
Prueba exacta de Fisher				0.000	0.000
Asociación lineal por lineal	33.719	1	0.000		
N° de casos válidos	62				

TABLA N° 5

	Valor	gl	Significación asintótica bilateral	Significación exacta bilateral	Significación recta unilateral
Chi cuadrado de Pearson	18.036	1	0.000		
Corrección de continuidad	15.852	1	0.000		
Razón de verosimilitud	19.556	1	0.000		
Prueba exacta de Fisher				0.000	0.000
Asociación lineal por lineal	17.745	1	0.000		
N° de casos válidos	62				

TABLA N° 6

	Valor	gl	Significación asintótica bilateral
Chi cuadrado de Pearson	51.818	2	0.000
Razón de verosimilitud	71.530	2	0.000
Asociación lineal por lineal	26.143	1	0.000
N° de casos válidos	62		

TABLA N° 7

	Valor	gl	Significación asintótica bilateral
Chi cuadrado de Pearson	94.370	2	0.000
Razón de verosimilitud	56.974	2	0.000
Asociación lineal por lineal	22.182	1	0.000
N° de casos válidos	62		

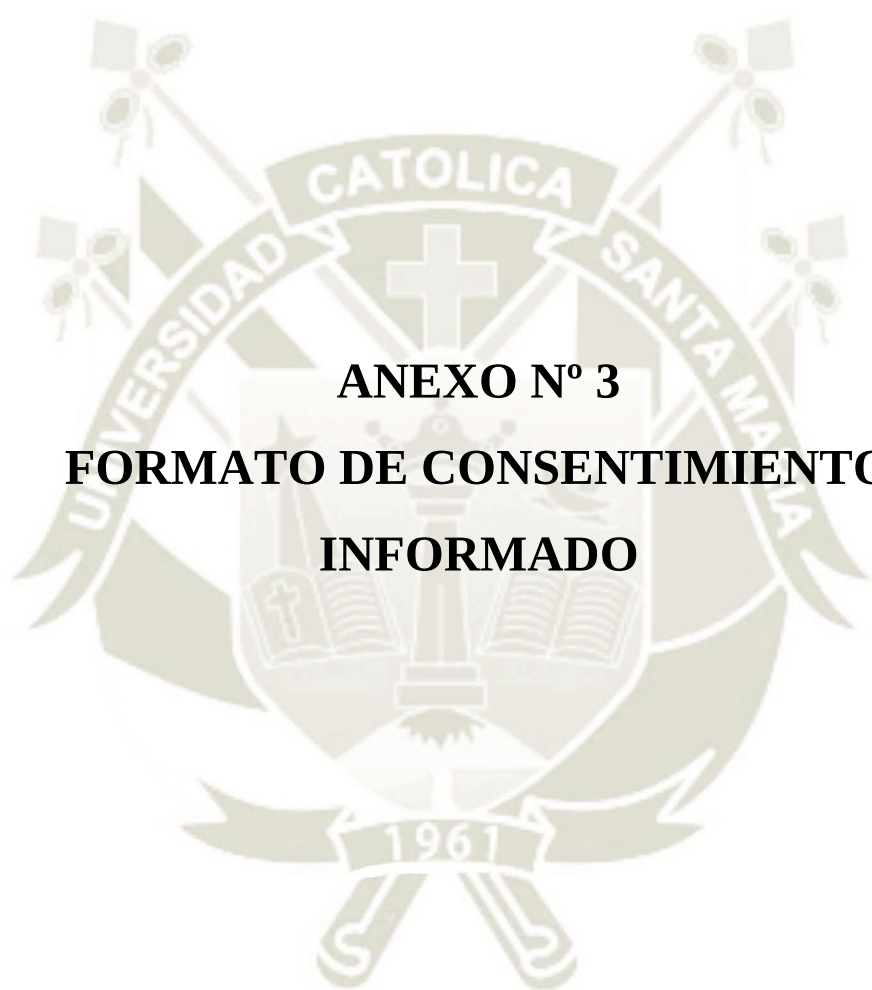
TABLA N° 9

	Valor	gl	Significación asintótica bilateral	Significación exacta bilateral	Significación recta unilateral
Chi cuadrado de Pearson	17.404	1	0.000		
Corrección de continuidad	15.296	1	0.000		
Razón de verosimilitud	18.596	1	0.000		
Prueba exacta de Fisher				0.000	0.000
Asociación lineal por lineal	17.123	1	0.000		
N° de casos válidos	62				

PRUEBA T

TABLA N° 8

		Prueba de Levene de igualdad de varianza		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig	t	gl	Sig. Unilateral	Diferencias de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Medidas	Se asumen varianzas iguales	29.582	0.000	9.781	60	0.000	1.677	0.172	1.334	2.020
	No se asumen varianzas iguales			9.781	37.195	0.000	1.677	0.172	1.330	2.025



ANEXO N° 3
FORMATO DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El(la) que suscribe _____ hace constar que da su consentimiento expreso para ser unidad de estudio en la investigación que presenta la Srta. **Bach. Nina López Myriam Janet**, la tesis titulada **ASPECTO CLÍNICO DE LA ENCÍA EN DIENTES ADYACENTES A ZONAS EDÉNTULAS TRATADAS Y NO PROTÉSICAMENTE EN PACIENTES DE LA DE LA CONSULTA PRIVADA, AREQUIPA. 2019**, con fines de optar el Grado Académico de **Maestra en Odontoestomatología**.

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:

Investigadora

Investigado(a)

Arequipa,

ANEXO N° 4
CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL ASPECTO
CLÍNICO DE LA ENCÍA

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL ASPECTO CLÍNICO DE LA ENCÍA

1. COLOR GINGIVAL (Co)

1.1. Rosado

Se califica como tal cuando la encía evidencia un color encarnado tenue concorde con la tonalidad normal relativa de esta estructura. Suele identificársele con el rosado o rosa salmón.

1.2. Rojizo

Tonalidad que tira a rojo, sin llegar a serlo. Se califica así, la encía que exhibe esta gradación cromática compatible con un incremento relativo de la vasculatura, en casos de inflamación gingival leve a moderada.

1.3. Rojo Azulado

Especie cromática compuesta que recuerda al violáceo, propia de una gingivitis crónica. El tinte azulado de la encía se debe al éxtasis venoso por obstrucción vascular y a la hipoxia gingival localizada.

2. CONSISTENCIA GINGIVAL

2.1. Firme y Resilente

Consistencia normal de la encía, que ofrece relativa resistencia a la presión y oposición a su desplazamiento y movilización, sin embargo, es susceptible a la depresibilidad mínima con recuperación instantánea de su tono, una vez cesado el estímulo compresivo.

2.2. Blanda

Consistencia gingival depresible compatible con una gingivitis edematosa.

2.3. Dura

Consistencia gingival fibrótica característico de las hiperplasias.

3. CONTORNO O FORMA GINGIVAL (Cn)

3.1. Regular

Corresponde al contorno normal de la encía, caracterizado por un acusado y uniforme ondulamiento del borde margino papilar de la encía, a su vez muy adelgazado hacia los cuellos dentarios. Esta calificación admite un sistema papilar del mismo tamaño y forma que los nichos gingivales, y arcos marginales acordes a la forma y amplitud mesiodistal de las coronas de los dientes.

3.2. Irregular

Contorno gingival no concordante con el festoneado habitual del margen gingival.

4. TAMAÑO GINGIVAL

4.1. Conservado

Condición del tamaño gingival compatible con la normalidad volumétrica de la encía

4.2. Reducido

Disminución del tamaño gingival que corresponde a recesión gingival.

4.3. Agrandado

Aumento de volumen clínico de la encía por inflamación con hiperplasia.

5. POSICIÓN GINGIVAL APARENTE (PGA)

5.1. Conservada

Se califica como tal, cuando el margen gingival coincide con el cuello anatómico de los dientes, esto es, con el límite amelocementario.

5.2. Recedida (RGV)

Condición que implica la migración hacia apical de la posición gingival aparente, mostrando o exponiendo en variables grados la superficie radicular.

5.3. Migrada hacia coronal

Desplazamiento de la posición gingival aparente hacia incisal u oclusal, acortando la corona clínica en grados disímiles. Esta condición es equivalente a una pseudobolsa, bolsa gingival o bolsa relativa.

6. POSICIÓN GINGIVAL REAL

Expresión en milimétrica de la profundidad del sondaje, es decir del fondo de surco hasta el margen gingival.

7. SANGRADO GINGIVAL AL SONDAJE CREVICULAR

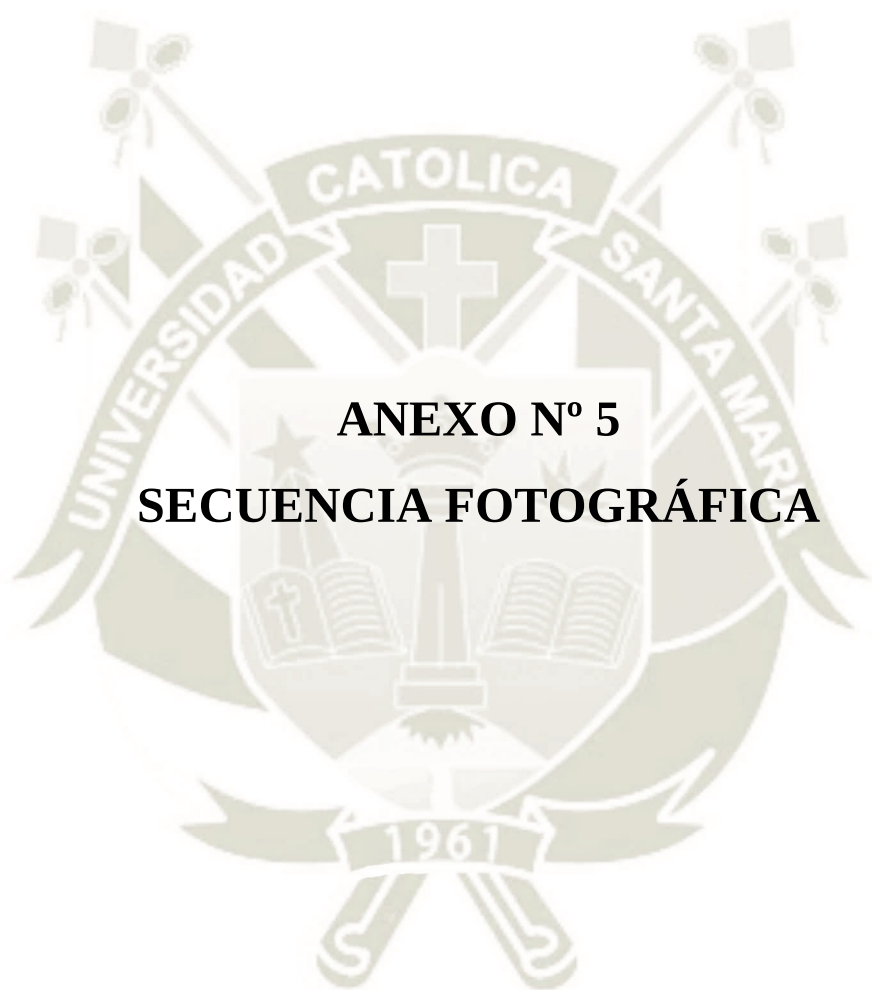
7.1. Presente

Evidencia de hemorragia gingival al sondaje crevicular.

7.2. Ausente

Inexistencia de hemorragia gingival al sondaje crevicular.

(FUENTE: Rosado Linares, Martín Larry. Tesis Doctoral)



ANEXO N° 5
SECUENCIA FOTOGRÁFICA

SECUENCIA FOTOGRÁFICA



Foto 1: Papila distal con recesión gingival adyacente a una clase II de Kennedy, modificación I.



Foto 2: Aspecto clínico de la papila mesial a la pieza 17 adyacente a una zona edéntula, clase II de Kennedy, modificación II



Foto 3: Edentulismo clase II, modificación II con papilas recedidas adyacentes a zonas edéntulas.