



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGO

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

“Influencia De La Enfermedad Periodontal Asociada Al Tabaquismo Sobre El
Rendimiento Masticatorio”

AUTOR/A:

Carrillo Cuzco Diego Andrés

TUTOR/A:

Dra. Patricia Witt Rodríguez MSc.

Guayaquil, junio del 2017

CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN

Los abajo firmantes certifican que el trabajo de Grado previo a la obtención del Título de Odontólogo /a, es original y cumple con las exigencias académicas de la Facultad de Odontología, por consiguiente, se aprueba.

.....

Dr. Miguel Alvares Avilés, Msc

Decano

.....

Dr. Julio Rosero Mendoza Esp.

Gestor de Titulación

APROBACIÓN DEL TUTOR

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es “Influencia De La Enfermedad Periodontal Asociada Al Tabaquismo Sobre El Rendimiento Masticatorio”, presentado por el Sr Diego Andrés Carrillo del cual he sido su tutora, para su evaluación y sustentación, como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo/a.

Guayaquil, junio del 2017.

.....
Dra. Patricia Witt Rodríguez Msc.

CC: 0906677968

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, Diego Andrés Carrillo Cuzco, con cédula de identidad N° 0105165617, declaro ante el Consejo Directivo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, que el trabajo realizado es de mi autoría y no contiene material que haya sido tomado de otros autores sin que este se encuentre referenciado.

Guayaquil, junio del 2017.

.....

Diego Andrés Carrillo Cuzco

C.I. 0105165617

“Tarda en Llegar y al final hay

recompensa”

DEDICATORIA

A Dios, dado que gracias a el nada de esto fuera posible.

A mi madre Celia, que es un pilar fundamental y pieza clave en este largo recorrer, este y muchos logros más son gracias a ella, a su sacrificio, su amor incondicional y ese apoyo para que no nos falte nada día a día, a pesar de nuestras diferencias en las opiniones.

A mis hermanas Cristina y Leticia, que son parte principal y complemento que me han servido para salir adelante

A mi padre Diego, quien fue el primero en confiar en mi capacidad como futuro odontólogo.

A Sheyla, que a pesar de las diferencias siempre estuvo ahí, empujándome a cumplir mis metas.

Esta tesis está dedicada también a mis amigos: Jonathan, Franklin y Nilo, para que tomen esa fortaleza necesaria para cumplir los logros trazados tiempo atrás.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Facultad Piloto de Odontología por haberme abierto las puertas al conocimiento, por dejarme emprender nuevos proyectos y por presentarme a maravillosas personas.

A mi tutora la Dra. Patricia Witt Rodríguez, que me encamino en esta investigación y fue de gran ayuda su tiempo y dedicación.

Fue un largo camino recorrido tiempo durante el cual conocí a varias personas que fueron de enorme ayuda en varios pasajes de la carrera, a todos, gracias.

Quiero agradecer a mi madre por ser esa fuerza que me motiva a salir adelante, ese sacrificio y esa entrega son ejemplo para mí y mis hermanas, gracias por no dejar que nunca nos falte nada, este logro es más suyo que mío.

Agradecer a mi padre, que fue el primero en confiar en mis capacidades, fue mi primer paciente en la Universidad, eso nunca lo olvidare.

A mis hermanas que a pesar de las diferencias fueron pilar principal en casa, fueron ese motivo por el cual busque ser un ejemplo, quizás falle algunas veces, pero este logro también es de los 3.

A mis amigos, que, aunque no nos graduemos juntos, espero que tomen mi ejemplo y salgan adelante, gracias por la ayuda.

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Dr.

Miguel Álvarez Avilés, MSc.

DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Presente.

A través de este medio indico a Ud. que procedo a realizar la entrega de la Cesión de Derechos de autor en forma libre y voluntaria del trabajo “INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ASOCIADA AL TABAQUISMO SOBRE EL RENDIMIENTO MASTICATORIO” realizado como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil, junio del 2017.

.....

Diego Andrés Carrillo Cuzco

CC. 0105165617

.....

Dr. Julio Rosero Mendoza Esp.

GESTOR DEL DEPARTAMENTO TITULACIÓN

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

ÍNDICE GENERAL

Portada.....	i
CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN	ii
APROBACIÓN DEL TUTOR	iii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	iv
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR.....	viii
ÍNDICE GENERAL	ix
ÍNDICE DE CUADROS	xiii
RESUMEN	xv
ABSTRACT.....	xvi
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	3
EL PROBLEMA	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.2 OBJETIVOS	5
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5

1.3. JUSTIFICACIÓN	6
CAPITULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2. Anatomía Del Periodonto.....	8
2.1 Periodonto de Protección.....	8
2.1.1 Encía	8
2.1.1.1 Características Clínicas.....	9
2.1.1.2. Coloración.....	9
2.1.1.3 Tamaño.....	10
2.1.1.4. Forma y Contorno.....	10
2.1.1.5 Textura Superficial	10
2.1.2 Encía Marginal o Libre	10
2.1.4 Encía Insertada.....	11
2.1.5 Mucosa Alveolar	11
2.1.6 Encía Interdental	12
2.2. Periodonto de Inserción.	12
2.2.1 Ligamento Periodontal	12
2.2.1.1 Fibras Periodontales	12
2.2.1.2 Elementos Celulares	13
2.2.1.3. Sustancia Fundamental.....	14
2.2.1.4 Funciones del Ligamento Periodontal.....	14
2.2.2. Cemento Radicular	14
2.2.3. Proceso Alveolar	15
2.3. Enfermedad Periodontal	15
2.3.1. Gingivitis.....	16

2.3.1.1 Gingivitis Inducida por Placa	16
2.3.1.2 Gingivitis No Inducida por placa	17
2.3.1.3 Índice Gingival.....	17
2.3.2. Periodontitis Crónica	18
2.3.2.1. Características Clínicas.....	19
2.3.3 Periodontitis Agresiva	20
2.3.3.1 Características Clínicas.....	20
2.4 Factores Etiológicos de la Enfermedad Periodontal	21
2.4.1 Placa Bacteriana	21
2.4.1.1 Estructura y Composición de la Placa Bacteriana	21
2.4.1.2. Calculo Supragingival	22
2.4.1.3 Calculo Subgingival	22
2.5 Factores de Riesgo	22
2.6. Tabaco.....	23
2.6.1. La Planta del Tabaco	23
2.6.2. Constituyentes del Humo del Tabaco	23
2.7. Tabaquismo Y Enfermedad Periodontal	24
2.8 Efectos del tabaco sobre los Tejidos Periodontales.....	25
2.8.1. Efectos del Tabaco sobre la Microbiología de la placa.....	26
2.8.2 Efectos del Tabaco sobre la Inmunología del Hospedador	26
2.8.3. Efectos del Tabaquismo en la Respuesta al Tratamiento Periodontal	27
2.9. Función Masticatoria	28
2.9.1. Rendimiento Masticatorio	28
2.9.2. Métodos de Medición del Rendimiento Masticatorio	29
2.10. Variables.....	29
2.10.1 Declaración de Variables	29

2.10.2 Operacionalizacion de las Variables	30
CAPITULO III	35
MARCO METODOLÓGICO.....	35
3.1 Diseño y Tipo de Investigación.....	35
DISCUSIÓN.....	36
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES.....	39
Bibliografía	42

ÍNDICE DE CUADROS

Tabla 1 - Clasificación de las Enfermedades Periodontales.....	16
Tabla 2 - Puntajes y Criterios para el Índice Gingival.....	18
Tabla 3 - Operacionalizacion de las variables Dependientes	30
Tabla 4 - Operacionalizacion de las Variables Independientes	32

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 2 - Esquema que Muestra los puntos anatómicos de referencia en la Encía	40
Grafico 1 – a Encía Clínicamente Normal un Adulto Joven. b Encía fuertemente pigmentada de un adulto de mediana edad.	40
Grafico 3 - Corte Transversal de una mandíbula in situ.....	41

RESUMEN

Las afectaciones por el uso del tabaco suelen ser muchas, por lo general degeneran tejidos pulmonares los cuales son causas principales de muerte, pero, dentro de aquellas afectaciones se encuentran las ligadas a los tejidos periodontales, causando enfermedades graves que acarrearán problemas a futuro, como pérdida de tejido de inserción, pérdida de encía adherida, reabsorción ósea, y por último pérdida de piezas dentales. Las ausencias de dientes por lo general acarrearán dificultades para el habla y para la calidad de vida de las personas, es aquí cuando surge el estudio del denominado rendimiento masticatorio, el cual es objetivo de esta revisión, el encontrar la relación entre el tabaquismo, la enfermedad periodontal y la capacidad de las personas para realizar una masticación óptima.

PALABRAS CLAVE: TABAQUISMO, ENFERMEDAD PERIODONTAL, RENDIMIENTO MASTICATORIO, MASTICACIÓN, CALIDAD DE VIDA.

ABSTRACT

The affections due to the use of the tobacco are usually many, usually degenerate lung tissues which are main causes of death, but, within those affections they are the ones linked to the periodontal tissues, causing serious diseases that bring problems in the future, like Loss of insertion tissue, loss of adherent gingiva, bone resorption, and finally loss of dental pieces. Absence of teeth usually causes difficulties for speech and for the quality of life of people, it is here when the study of so-called masticatory performance arises, which is the objective of this review, to find the relationship between smoking, Periodontal disease and the ability of people to perform an optimal mastication.

KEYWORDS: TOBACCO, PERIODONTAL DISEASE, MASTICATORY PERFORMANCE, MASTICATION, QUALITY OF LIFE

INTRODUCCIÓN

En la actualidad a nivel mundial existen normas que invocan a los países a ser más rigurosos con sus medidas anti tabaco, existen restricciones para su consumo en ciertos lugares públicos además que se ha eliminado de manera gradual la publicidad de los mismos para evitarlo, el tabaco dejó de ser un hábito para convertirse en una enfermedad a escala global. (OMS, 2016)

A nivel nacional el consumo de cigarrillos de manera mensual es de 68.4, lo cual provoca una dependencia grave a la nicotina el cual es el principal ingrediente de fabricación, debido a que este ayuda a mejorar las ventas de los mismos, por lo general un Adulto Ecuatoriano en promedio gasta \$288 dólares al año en cigarrillos, como lo notamos es un problema grave que está enraizado en la costumbre nacional. (Arana, 2013)

El cigarrillo es altamente adictivo debido a su gran concentración de nicotina, además el humo del cigarrillo posee más de 4000 componentes citotóxicos entre los que se encuentran el alquitrán y componentes radioactivos. (Rojas, Rojas, & Hidalgo, 2014)

Según (Carranza, 2010) dependiendo de las medidas que se tomen para valorar, los fumadores tienen de 2.6 a 6 veces más probabilidades de desarrollar una enfermedad periodontal.

(Macfarlane, et al. 1992) se reportó que la mayoría de los pacientes fumadores tenían más probabilidad de perder dientes en un periodo de 5 años, en comparación con los pacientes que no fumaban.

Estas variaciones en las pérdidas de dientes suelen por lo general disminuir la capacidad de una persona para obtener un rendimiento masticatorio óptimo, la cual afecta su calidad de vida y la forma en la que se alimenta, provocando problemas de sistema digestivo.

Según (Lindhe, Karring, & Lang, 2013), no existe diferencia en la acumulación de placa bacteriana entre las personas que son habituales fumadores y lo que no fuman, lo que si existe es una disminución en la capacidad de respuesta inflamatoria y sangrado en la bolsa periodontal.

(Reyes, 2015) “La pérdida de Piezas dentales crea un sin fin de alteraciones tanto anatómicas, estéticas y funcionales”, las cuales afectarán en un futuro al desenvolvimiento natural de la alimentación diaria.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Ecuador la edad promedio en la que las personas empiezan a fumar es a los 11 años y 5 meses, cada día en el país mueren 11 personas debido a problemas con el tabaco, según el Instituto de Estadísticas y Censos del Ecuador, el 5% de la población adulta fuma 11 cigarrillos diarios, muchas de estas estadísticas se asemejan con los problemas de cáncer oral y de tráquea en el Ecuador. (Alianza Anti-Tabaco, 2016)

(Rojas, Rojas, & Hidalgo, 2014). Señala que el humo del cigarrillo es tan dañino como tal que afecta a las células epiteliales de la mucosa oral, provocando por lo general un diverso proceso que culmina con la liberación de mediadores de la inflamación.

(Carranza, 2010) “Los Fumadores presentan un menor número de linfocitos T”, en este caso la respuesta del huésped hacia afectaciones bacteriales serán reducidas o nulas, lo cual provocara una susceptibilidad hacia la formación de una enfermedad periodontal, debido a que las bacterias son los principales factores etiológicos.

(Carranza, 2010) La periodontitis a pesar de ser una enfermedad del tejido gingival suele avanzar de manera crónica hacia el periostio y empieza una infinidad de alteraciones del sistema normal de formación y resorción de hueso, que debido a la poca respuesta del huésped debido a su habitual consumo del tabaco provoca una reducción de la altura y densidad del hueso alveolar, que tiende a provocar una reducción de la cortical que mantiene en su posición al diente, haciendo que este no tenga soporte.

(Reyes, 2015), Manly en sus estudios detalla que los pacientes con dentadura natural tienen un rendimiento masticatorio del 88%, los que perdieron los 4 terceros molares tienen un rendimiento del 77%, y los que poseen prótesis dentales tienen un rendimiento masticatorio alrededor del 30%.

El uso continuo del tabaco durante un tiempo prolongado, iniciará procesos patológicos tanto en sistema digestivo como en mucosa oral, tinción oscura en lengua y en dientes, a su vez esta iniciará un proceso gingival llamado Enfermedad Periodontal el cual avanzará de manera crónica producto de la poca respuesta inmune del huésped provocada por la eliminación de los factores de inflamación que concluirá con la reducción de la cortical ósea y pérdida del diente.

El motivo de este estudio es la relación que existe entre la pérdida de dientes provocada por la enfermedad periodontal relacionada al tabaquismo sobre el rendimiento masticatorio, es decir los efectos negativos del uso continuo del

tabaco sobre las estructuras dentales, gingivales y óseas y sus problemas a un futuro en la alimentación y calidad de vida del paciente.

1.1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Línea de Investigación: Salud humana, animal y del ambiente

Sublínea de la Investigación: Biomedicina y Epidemiología

1.1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las Causas del Uso Continuo del Cigarrillo, en los Factores de Inflamación, Cicatrización y el Rendimiento Masticatorio?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la afectación del Rendimiento Masticatorio en Pacientes con Enfermedad Periodontal provocada por el continuo Uso del Cigarrillo

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la Interacción de los componentes del Cigarrillo con la Mucosa Oral.

- Determinar por que el uso del cigarrillo afecta los procesos de cicatrización.
- Comprender el porqué de la disminución del rendimiento masticatorio producido enfermedad periodontal.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Según la encuesta de ingresos y gastos ENIGHUR, 2011- 2012, el 4,6% de las personas de 12 años y más, fuman en el Ecuador, de este total, el 91,5% son hombres y el 8,5% son mujeres (Arana, 2013).

(Koushyar Partida & Hernandes Ayala, 2010) El tabaquismo suele ocasionar problemas en la vasoconstricción, lo cual a su vez provocara disminución del enrojecimiento sangrado e inflamación gingival, la encía suele ser fibrosa y engrosada en los márgenes.

(Lee, Taneja, & Vassallo, 2015) El humo del tabaco crea alteraciones en la inmunidad Innata de la mucosa oral, nasal provocando a su vez daños directos en la inducción a la carcinogénesis.

(Shereef, Sanara, Karuppanan, Noorudeen, & Joseph, 2015) La disminución del sangrado y la inflamación provocan que se agrave la prevalencia y la gravedad de la destrucción ósea lo cual implicara la perdida de dientes, se produce un incremento de la colonización bacteriana en las bolsas periodontales lo cual lo vuelve susceptible al huésped a ataques hacia el periodonto.

Se conoce que la relación entre la perdida de dientes provocada por la enfermedad periodontal tiene un amplio efecto sobre el rendimiento masticatorio y

por ende la calidad de alimentación y vida, también se sabe que la pérdida de dientes causa problemas sociales debido al problema estético que el mismo causa.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2. Anatomía Del Periodonto

(Carranza, 2010) señala que el periodonto está formado por tejidos de soporte y protección del diente: la encía, el ligamento periodontal, el cemento y el hueso alveolar.

(Lindhe, Karring, & Lang, 2013) la función principal del periodonto consiste en unir al diente con los tejidos óseos que reviste el alveolo dental. (Basconez, 2001) detalla que este complejo sistema por lo general lleva un proceso natural continuo de recambio el cual se atenúa con el envejecimiento.

2.1 Periodonto de Protección

2.1.1 Encía

Según (Carranza, 2010), La mucosa Oral se encuentra formado por 3 zonas Encía o Revestimiento del paladar duro, llamado mucosa masticatoria.

Dorso de la lengua, cubierto de una mucosa especializada.

La membrana mucosa bucal la cual recubre el resto de la cavidad oral

2.1.1.1 Características Clínicas

(Carranza, 2010) La encía normal cubre el hueso alveolar y la parte radicular del diente hasta la unión amelo cementaria. (Lindhe, Karring, & Lang, 2013) La encía adquiere su forma gracias a la erupción de las piezas dentales, posee una coloración rosa coralina que se extiende hasta la denominada línea mucogingival la cual es muy fácil de reconocer debido a su color rojo laxo.

(Basconez, 2001) Describe que posee una textura variablemente puntuada (Aspecto de piel de Naranja), debido a las fibras colágenas que se insertan en la membrana basal.

2.1.1.2. Coloración

Según (Carranza, 2010) la coloración de la encía insertada y marginal es rosa coral, pero dependerá íntegramente de la coloración cutánea, a su vez la mucosa alveolar es roja, uniforme y brillante.

(Basconez, 2001) sugiere que el color dependerá del aporte sanguíneo y el nivel de queratinización.

(Carranza, 2010) también dependerá de la cantidad de melanina que es normal en todos los individuos, la melanina es la pigmentación de color café que no se deriva de la hemoglobina, que da el color a la piel, la encía y la mucosa bucal.

2.1.1.3 Tamaño

(Carranza, 2010) el tamaño de la encía depende de la suma de todos los elementos celulares e intercelulares y a su suministro vascular. Cuando existe alteración de la misma es provocada por enfermedades de carácter gingival.

2.1.1.4. Forma y Contorno

(Carranza, 2010) La forma de la encía es la de un collar que envuelve al diente y sigue un contorno festoneado, forma una línea recta a lo largo de los dientes, son superficies literalmente planas. La forma de la encía interdental se determina con el contorno de las superficies dentales proximales y la ubicación y forma de los espacios interdenciales.

2.1.1.5 Textura Superficial

(Basconez, 2001) la superficie de la encía insertada presenta una textura similar a la casara de una naranja la cual es granulosa, la cual se observa mejor secando la encía. Por el contrario, la encía marginal es lisa.

(Carranza, 2010) el graneado es menos prominente en la superficie lingual que en la vestibular.

2.1.2 Encía Marginal o Libre

(Lindhe, Karring, & Lang, 2013) en la encía que se encuentra en las caras vestibulares y linguales de los dientes. (Carranza, 2010) en casi el 50% de los casos, está delimitada desde la encía insertada adyacente por una depresión lineal superficial.

2.1.3 Surco o Hendidura Gingival

(Carranza, 2010) El surco gingival es un surco poco profundo, que tiene forma de V y apenas permite la entrada de la sonda periodontal. La profundidad del surco gingival es de 1.8mm. con variación de 0 a 6 mm.

2.1.4 Encía Insertada

(Lindhe, Karring, & Lang, 2013) está delimitada en sentido apical por la conexión mucogingival, por lo general esta encía es la que se ve afectada al existir problemas de carácter gingival, la pérdida de inspección suele ser indicio de la formación de una bolsa periodontal la cual es la invaginación artificial de la encía.

(Carranza, 2010) la encía insertada es la continuación de la marginal y está esta fijamente unida al periostio la cual la vuelve más resistente. El ancho de la encía insertada aumenta con la edad.

2.1.5 Mucosa Alveolar

Según (Basconez, 2001) es de color más oscuro está unida laxamente al hueso subyacente, por tal motivo esta móvil y posee un epitelio no queratinizado que deja traslucir los vasos sanguíneos.

(Lindhe, Karring, & Lang, 2013) la encía vestibular suele ser más ancha en el área de los incisivos y más angosta en adyacencias de los premolares, en el maxilar inferior, la encía de la cara lingual es particularmente más angosta. La gama de variación va desde 1 mm a los 9 mm.

2.1.6 Encía Interdental

(Carranza, 2010) Esta encía ocupa el nicho gingival, el cuál es el espacio interdental debajo del área en contacto del diente. Presenta forma de col y generalmente queratinizada. La forma de la encía depende del punto de contacto entre los dos dientes contiguos y de la presencia o ausencia de cierto grado de recesión. (Basconez, 2001) señala que esta zona por lo general es más susceptible ante influencias patógenas como la placa.

2.2. Periodonto de Inserción.

2.2.1 Ligamento Periodontal

(Basconez, 2001) Considero que el ligamento periodontal está formado por un complejo vascular y tejido conjuntivo altamente celular, que rodea la raíz del diente y la une al hueso. Se continua con el tejido conjuntivo de la encía y se comunica con los espacios medulares mediante canales vasculares del hueso.

(Carranza, 2010) Aunque el ancho promedio del ligamento periodontal es de casi 0.2 mm, hay una variación considerable, ya que se reduce alrededor de los dientes que ya no tienen vitalidad o no están erupcionados.

2.2.1.1 Fibras Periodontales

Según (Carranza, 2010), las denominadas fibras principales, poseen fibras colágenas, dispuestas en haces y siguen una trayectoria sinuosa que en su parte terminal se denominan fibras de Sharpey ya que se insertan en el cemento y en el hueso.

(Lindhe, Karring, & Lang, 2013) el diente está conectado al hueso mediante haces de fibras colágenas que pueden ser clasificadas en los siguientes grupos:

- 1 Fibras Crestoalveolares
- 2 Fibras Horizontales
- 3 Fibras Oblicuas
- 4 Fibras Apicales
- 5 Fibras Transeptales

2.2.1.2 Elementos Celulares

- Las de tejido conectivo: Fibroblastos, Cementoblastos, Osteoblastos, Osteoclastos y cementoclastos.

(Carranza, 2010) Los fibroblastos están encargados de sintetizar colágeno y fagocitar fibras viejas y degradadas de colágeno.

(Basconez, 2001) asegura que los cementoblastos forman cemento, osteoblastos forman hueso, osteoclastos reabsorben hueso y los cementoclastos son los encargados de la reabsorción radicular.

- Los restos epiteliales de Malassez, los cuales son restos de la vaina radicular de Hertwig. (Carranza, 2010)
- Las del sistema inmunitario, las cuales incluyen Linfocitos, neutrófilos, macrófagos, mastocitos y eosinófilos.

- Y las relacionadas con los elementos neurovasculares que son similares a los de otros tejidos conectivos.

2.2.1.3. Sustancia Fundamental

Según (Carranza, 2010) el ligamento periodontal se encuentra formado por dos sustancias principales:

- Glucosaminoglicanos, como el ácido hialurónico y proteoglicanos.
- Glicoproteínas, como la fibronectina y la laminina.

También posee un gran contenido de agua.

2.2.1.4 Funciones del Ligamento Periodontal

(Carranza, 2010)

- Provisión de un estuche de tejido blando para proteger los vasos y nervios.
- Transmisión de fuerzas oclusivas al hueso
- Unión del diente con el hueso
- Resistencia al impacto de fuerzas oclusivas.

2.2.2. Cemento Radicular

Según (Carranza, 2010), el cemento es el tejido mesenquimatoso calcificado a vascular que forma la cubierta exterior de la raíz anatómica, existen dos tipos son el acelular (primario) y el celular (secundario).

Las principales fuentes de fibras de colágeno en el cemento son (1) fibras de Sharpey (extrínsecas) formadas por fibroblastos y (2) fibras que pertenecen a la matriz del cemento (intrínseca) y son producidas por cementoblastos.

2.2.3. Proceso Alveolar

(Basconez, 2001) Estableció que es la porción ósea del maxilar y la mandíbula que forma y apoya a los alveolos dentarios, está constituido por la pared interna del alveolo, la lámina cribiforme, formada por hueso compacto; el hueso de sostén, formado por hueso esponjoso trabecular; y por las tablas vestibular y palatina.

(Carranza, 2010) Puesto que los procesos alveolares se desarrollan y someten a la remodelación con la formación y erupción del diente.

2.3. Enfermedad Periodontal

(Basconez, 2001), Ha definido la periodontitis como una enfermedad caracterizada por la inflamación de la encía a causa de la colonización de bacterias que provienen de la superficie dental.

(Carranza, 2010), Existe una relación completa entre la respuesta del huésped y la inflamación estimulada por la placa bacteriana debe facilitar la capacidad de distinguir con más claridad las enfermedades periodontales. La periodontitis se ha subdividido en tres categorías: crónicas, agresivas y como manifestación de enfermedades sistémicas. Y la gingivitis se divide en enfermedad inducida por placa y no inducida por placa

Tabla 1 - Clasificación de las Enfermedades Periodontales
(Carranza, 2010)

RECUADRO 1
CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES Y LESIONES PERIODONTALES
<p><i>Enfermedades Gingivales</i> Enfermedades inducidas por placa Lesiones gingivales no inducidas por placa</p> <p><i>Periodontitis Crónica</i> Localizada Generalizada</p> <p><i>Periodontitis Agresiva</i> Localizada Generalizada</p> <p><i>Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas</i></p> <p><i>Enfermedades periodontales necrosantes</i> Gingivitis ulcerativa necrosante (NUG) Periodontitis Ulcerativa Necrosante (NUP)</p>

2.3.1. Gingivitis

2.3.1.1 Gingivitis Inducida por Placa

(Carranza, 2010), Es el resultado de la una iteración entre los microorganismos que se encuentran en la biopelícula de la placa dental y los tejidos y células inflamatorias del huésped, la gingivitis se caracteriza por los signos clínicos de inflamación que se confinan a la encía y se relacionaban con la falta de pérdida de inserción en los dientes.

2.3.1.2 Gingivitis No Inducida por placa

(Carranza, 2010) son raras las manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas que producen lesiones en los tejidos del periodoncio, estas afectaciones se ven en pacientes con deficiencias inmunes. La cual se puede clasificar en:

- Origen Bacteriano Especifico
- Origen Viral
- Origen Micotico
- Origen Genético
- Trastornos Sistémicos
- Lesiones Traumáticas
- Cuerpos Extraños

2.3.1.3 Índice Gingival

(Carranza, 2010) Es utilizado como un método para valorar la gravedad y cuantificar la inflamación gingival en pacientes, a cada una de las cuatro áreas gingivales del diente (vestibular, mesial, distal y lingual) al cual se le asigna un valor del 0 al 3.

Tabla 2 - Puntajes y Criterios para el Índice Gingival

RECUADRO 2
PUNTAJES Y CRITERIOS PARA EL ÍNDICE GINGIVAL
0 = Encía Normal
1 = Inflamación Leve: cambio leve de color y edema ligero; sin hemorragia al sondeo.
2 = Inflamación Moderada: enrojecimiento, edema y brillo; hemorragia al sondeo
3 = Inflamación Grave: enrojecimiento y edema intensos; ulceración; tendencia a la hemorragia espontánea.

2.3.2. Periodontitis Crónica

(Lindhe, Karring, & Lang, 2013), Menciona que la destrucción tisular no afecta a todos los dientes por igual, es decir en un paciente algunos dientes pueden estar afectados intensamente por la destrucción del tejido periodontal mientras que otros no presentan signos de pérdida de inserción ni de hueso.

(Carranza, 2010) La periodontitis es la inflamación del periodoncio que rebasa la encía y destruye la inserción conectiva del diente. Existen varias formas de avance y respuestas de terapia, aunque la velocidad media es entre 0.05 y 0.03 mm de pérdida de inserción por año.

En el 2000, fue publicada una nueva clasificación dada por The International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions. Para esta

nueva agrupación de enfermedades periodontales se descartó lo relacionado con la edad y la progresión de la enfermedad, tal es el caso de la periodontitis de adulto dado que este tipo también se puede encontrar en adolescentes. De tal manera que aquellos casos donde no existe una destrucción agresiva de los tejidos periodontales, independientemente de la edad del paciente actualmente se conoce como periodontitis crónica (Basconez, 2001)

Según (Lindhe, Karring, & Lang, 2013), la periodontitis crónica la podemos clasificar como localizada, cuando < 30% de los sitios están lesionados y como generalizada cuando >30 % de los sitios están afectados.

2.3.2.1. Características Clínicas

(Castaño, García, & Martínez, 2008) Al tener mayor prevalencia en adultos, aunque también aparece en individuos de cualquier edad, este tipo periodontitis se puede presentar tanto en la 1era como en la 2da dentición. Entre los signos y síntomas podemos reconocer:

- Edema
- Eritema
- Aumento o Recesión de la Encía
- Placa o Calculo Supra y Subgingival
- Factores locales que aumentan el sangrado al sondaje (cúmulos de Placa)
- Apiñamiento o Exfoliación dental

Según (Basconez, 2001) el signo más precoz de la enfermedad periodontal es el sangrado al sondaje, sin embargo, no sirve para diferenciar una gingivitis de una periodontitis, dado ese limitante es necesario complementarlo con otros signos y síntomas.

2.3.3 Periodontitis Agresiva

(Perez Luzardo, 2008) Este tipo de periodontitis puede afectar la dentición primaria o permanente como resultado de una rápida y severa destrucción del tejido periodontal. Esta se define como la forma agresiva de la enfermedad, caracterizada por avanzada pérdida de tejido periodontal y rápida progresión de la enfermedad, asociada a factores sistémicos e inmunológicos que favorecen la predisposición a su aparición

(Perez Luzardo, 2008) esta se puede presentar de manera localizada cuando empieza en la edad circumpuberal, la destrucción periodontal interproximal es localizada en el primer molar – Incisivos y no más de dos dientes adicionales afectados. A su vez la forma generalizada se caracteriza por la cantidad de dientes permanentes involucrados, pérdida de inserción interproximal generalizada, afectando al menos tres dientes adicionales además de los molares e incisivos

2.3.3.1 Características Clínicas

Según (Perez Luzardo, 2008) la principal diferencia de la periodontitis crónica es su evidente y rápida progresión de pérdida de inserción y destrucción ósea. Los

pacientes están sistémicamente sanos, a su vez la cantidad de irritantes locales no se corresponden con la severidad de la destrucción periodontal.

2.4 Factores Etiológicos de la Enfermedad Periodontal

2.4.1 Placa Bacteriana

(Carranza, 2010) La placa dental se define clínicamente como una sustancia estructurada, resistente, de color amarillo – grisáceo, que se adhiere de manera vigorosa a las superficies duras bucales.

Según (Lindhe, Karring, & Lang, 2013) la placa dental es un biofilm que contiene una asociación de diferentes especies de bacterias.

2.4.1.1 Estructura y Composición de la Placa Bacteriana

Según (Carranza, 2010) esta integrada principalmente por bacterias en una matriz de glucoproteínas salivales y polisacáridos extracelulares.

(Basconez, 2001) señala que existe una placa supragingival que se encuentra en contacto directo con el margen o sobre el margen gingival, y la placa subgingival que se encuentra bajo el margen gingival entre el diente y el epitelio del surco

(Carranza, 2010) La placa se puede diferenciar de otros depósitos que se encuentran en la superficie dental como la materia alba y los cálculos:

- **Materia Alba:** acumulaciones blandas de células y bacterias que carecen de estructura organizada.
- **Calculo:** Es la mineralización de un depósito duro que en ocasiones está revestido por una superficie de placa no mineralizada.

2.4.1.2. Calculo Supragingival

(Carranza, 2010) Se localiza coronal al margen gingival, y por tanto es visible en la cavidad bucal, suele ser de color blanco o amarillo blancuzco, duro y con consistencia tipo arcilla.

Según (Basconez, 2001) el cálculo supra gingival se deposita en los dientes que se encuentran frente a la salida de los conductos salivales como los incisivos inferiores cercanos al conducto de Wharton y en los molares superiores cercanos al conducto de Stenon.

2.4.1.3 Calculo Subgingival

(Carranza, 2010) El Cálculo se localiza por debajo de la cresta de la encía marginal y, por lo tanto, no es visible en el examen clínico rutina. Cuando se retraen los tejidos gingivales el cálculo subgingival queda expuesto.

(Basconez, 2001) señala que su presencia la podemos ver como un oscurecimiento de la capa subgingival fina de la encía, aunque por su ubicación son difíciles de observar, clínicamente al aplicar aire caliente la encía se separa del diente.

2.5 Factores de Riesgo

Según (Lindhe, Karring, & Lang, 2013) al hablar de “Factor de Riesgo” se hace referencia al estilo de vida de una persona, a una característica heredada que

también puede ser una innata o una exposición ambiental que se relaciona con una enfermedad.

2.6. Tabaco

2.6.1. La Planta del Tabaco

(Jimenez - Ruiz & Fagerström, 2011) El cultivo del tabaco está muy extendido por todo el mundo, siendo China, Brasil, India y Estados Unidos, los países en mayor producción. La hoja de la planta de tabaco es sometida a un proceso de fermentación, curación y desecación. Los cigarrillos constituyen casi el 90% del tabaco que es consumido en los países desarrollados. El consumo de tabaco en cualquier forma es perjudicial para la salud.

2.6.2. Constituyentes del Humo del Tabaco

Según (Carranza, 2010) el humo del cigarrillo contiene más de 400 productos químicos nocivos para el organismo, el humo comprende una fase gaseosa y una fase sólida (partículas). En su fase gaseosa encontramos monóxido de carbono, formaldehído, amoníaco, cianuro de hidrógeno. En la fase de partículas encontramos el alquitrán que es una sustancia café y pegajosa responsable de provocar la coloración amarillenta en los dientes de los fumadores.

(Jimenez - Ruiz & Fagerström, 2011) De todas estas sustancias el Monóxido de Carbono, la nicotina, las nitrosaminas, los alquitranes y las sustancias oxidantes son las que, con mayor frecuencia, producen enfermedad, tanto en el fumador activo como en el pasivo.

2.7. Tabaquismo Y Enfermedad Periodontal

Según (Carranza, 2010) Existe evidencia adicional que apunta a que el tabaquismo como uno de los principales factores de riesgo para la periodontitis, lo que afecta a la prevalencia, la extensión y la gravedad de la enfermedad. Además, fumar puede influir en el resultado clínico de los tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos.

(Lindhe, Karring, & Lang, 2013) Los primeros estudios mostraron que los fumadores tenían niveles más elevados de periodontitis, pero también peor higiene bucal y niveles más altos de cálculo y sarro. Estudios ulteriores en los que se tomó en cuenta el estado de la higiene bucal y en los que se usaron análisis estadísticos más sofisticados, demostraron que los fumadores tienen más enfermedad independiente de la higiene bucal.

Según (Lindhe, Karring, & Lang, 2013) los fumadores tienen:

1. Mayor profundidad de sondeo y mayor cantidad de bolsas profundas
2. Mayor pérdida de inserción, incluida más retracción gingival.
3. Mayor pérdida de hueso alveolar
4. Mayor pérdida de dientes
5. Menos gingivitis y menos sangrado durante el sondeo
6. Mayor cantidad de dientes con furca afectada.

(Koushyar Partida & Hernandez Ayala, 2010) Grossi demostró en un estudio realizado a 1261 pacientes, que los fumadores tenían tendencia a desarrollar mayor pérdida de inserción comparados con los no fumadores; los fumadores

empedernidos presentaban mayor pérdida de inserción que los fumadores moderados. La pérdida de inserción fue de 0.05% al fumar un cigarrillo al día, mientras que por fumar entre 10 y 20 cigarrillos por día incremento la pérdida de inserción un 5% a un 10% respectivamente.

2.8 Efectos del tabaco sobre los Tejidos Periodontales

(Carranza, 2010) la mayor prevalencia y gravedad de la destrucción periodontal relacionada con el tabaquismo sugiere que las interacciones normales entre el huésped y las bacterias que se observan en la periodontitis crónica están alteradas, lo que produce una destrucción periodontal más agresiva.

(Basconez, 2001) sugiere que la administración de nicotina produce una elevación de la presión arterial, de frecuencia respiratoria y de la frecuencia cardiaca, la temperatura cutánea se reduce debido a una vasoconstricción periférica, hecho que también explicaría la disminución del sangrado.

Según (Lee, Taneja, & Vassallo, 2015) la respuesta inflamatoria de los tejidos mucosas se ven alterados debido a la proliferación de células T y la secreción de citoquinas que median en importantes funciones biológicas. Los contenidos elevados de quimiocinas provocan un comprometimiento de las respuestas inmunes innatas del organismo hacia patógenos.

(Lee, Taneja, & Vassallo, 2015) el Humo del cigarrillo modula la inflamación y promueve la inflamación crónica en las mucosas de las vías aéreas

2.8.1. Efectos del Tabaco sobre la Microbiología de la placa

(Carranza, 2010) Los estudios no han demostrado una diferencia en el índice de acumulación de placa entre los fumadores y los no fumadores, en comparación con los no fumadores, lo que sugiere es que si hay una alteración en la agresión microbiana en fumadores.

Hanioka et al. Citado por (Rojas, Rojas, & Hidalgo, 2014) Declara que la microflora subgingival podría alterarse debido a que el tabaco produce una menor tensión de oxígeno en el saco periodontal favoreciendo de esta manera en el desarrollo de especies anaerobias.

2.8.2 Efectos del Tabaco sobre la Inmunología del Hospedador

Según (Carranza, 2010) el tabaquismo ejerce un mayor efecto sobre los elementos de protección de la respuesta inmune lo que produce un aumento en la extensión y la gravedad de la destrucción periodontal.

(Rojas, Rojas, & Hidalgo, 2014) Describen que Ying et al. Realizaron un estudio utilizando cultivos con fibroblastos del ligamento periodontal en el cual las células que se utilizaron como control cubrieron en un 19% la herida a las primeras 48h mientras que los fibroblastos que fueron tratados con nicotina cubrieron solo un 10%.

(Lindhe, Karring, & Lang, 2013) Estudios realizados in vitro mostraron que había inhibición directa de la función defensiva de los neutrófilos y los monocitos – macrófagos por una alta concentración de nicotina, la cual puede ser alcanzada

por usuarios de tabaco para mascar. Además, se encontró que existían fagocitosis anormal en pacientes a pacientes asociados con un alto consumo de cigarrillos. Los efectos del tabaquismo sobre la función de los linfocitos y la producción de anticuerpos son muy complejos y los diversos componentes pueden causar inmunodepresión.

2.8.3. Efectos del Tabaquismo en la Respuesta al Tratamiento Periodontal

(Lindhe, Karring, & Lang, 2013) Bain y Moy 1993 mencionan que el tabaquismo es identificado como el causante de deficiencias de la cicatrización en cirugía ortopédica, cirugía para implantes dentales y cirugía periodontal incluidos los tratamientos no quirúrgicos, de cirugía periodontal básica y cirugía periodontal regenerativa.

(Rojas, Rojas, & Hidalgo, 2014) Mencionan que el tabaco en un paciente con tratamiento no quirúrgico determina que la reducción de la profundidad al realizar el sondeo y la ganancia de inserción clínica son menores. Silva et al. En un estudio mencionan que pacientes fumadores que fueron intervenidos con cirugía de injertos gingivales libres, presentaron un retraso en la realización además de menor sangrado en el sitio.

(Carranza, 2010) Señala que no existe un pronóstico favorable en pacientes que son habituales consumidores de tabaco, en pacientes con bolsas de profundidad de 7mm antes del tratamiento, se observaron reducciones de 2.5mm en no fumadores y de 1.9mm en pacientes fumadores, aunque los resultados del índice de placa son menos favorables.

2.9. Función Masticatoria

(Börger, y otros, 2011) La función Masticatoria es un concepto unificador usado para referirse en forma global a términos como habilidad, eficiencia y rendimiento masticatorio y corresponde a la respuesta subjetiva y su capacidad objetiva para masticar.

- Eficiencia Masticatoria: corresponde al número de golpes masticatorios requeridos para lograr un nivel tipo de pulverización de un determinado alimento.
- Rendimiento Masticatorio: corresponde al grado de trituración al que se puede ser sometido un alimento con un número dado de golpes masticatorios.
- Habilidad Masticatoria: se define como la propia valoración de un individuo respecto a su masticación

2.9.1. Rendimiento Masticatorio

El Glosario de Términos Prostodónticos de (Abbe, 2005) señala que el rendimiento masticatorio como el grado de conminución que alcanza el alimento en una prueba estandarizada, significa que tanto se degrada el alimento cuando lo masticas.

(Wada, Kawate, & Mizuma, 2017) Asegura que el rendimiento masticatorio se encuentra perturbado por la pérdida o ausencia de dientes, la cual inhibe la capacidad masticatoria, que perturba la deglución.

(Wada, Kawate, & Mizuma, 2017) En estudios anteriores, el rendimiento de la masticación a menudo ha sido evaluada por la medición de la capacidad de un individuo para moler o pulverizar un alimento de prueba por la masticación. El grado de descomposición de los alimentos se determina mediante el tamizado.

2.9.2. Métodos de Medición del Rendimiento Masticatorio

(Börger, y otros, 2011) Señala que existe varios métodos para la medición del rendimiento masticatorio, el más utilizado es el del tamizado fraccional, el cual separa la comida después de ser masticada, midiendo la cantidad de golpes masticatorios durante un cierto periodo de tiempo. Se determina la masa y el volumen del alimento remanente en el colador y el que pasa a través de él. La tasa de rendimiento masticatorio se define como la masa o volumen del alimento que pasa por el cedazo dividido por la masa o volumen total de comida recuperada, expresado como porcentaje.

2.10. Variables

El tipo de variable de esta investigación es de carácter Cualitativa, en la cual se describen las cualidades y atributos de un fenómeno epidemiológico como lo es la Enfermedad Periodontal Asociada al Tabaquismo.

2.10.1 Declaración de Variables

- Variable Dependiente:
Enfermedad Periodontal

- Variables Independientes:

Variables Dependiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones O Categorías	Indicadores	Fuente
------------------------------	------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	--------------------	---------------

Tabaquismo

Rendimiento Masticatorio

Eficiencia Masticatoria

2.10.2 Operacionalización de las Variables

Tabla 3 - Operacionalización de las variables Dependientes

Fuente: (Borja, 2016)

Enfermedad Periodontal	Enfermedad caracterizada por la inflamación de la encía a causa de la colonización de bacterias que provienen de la superficie dental.	Síntomas y signos clínicamente visibles que afectan a los tejidos que dan soporte al diente. Es Medido Por El Índice De Necesidad De Tratamiento Periodontal Comunitario	Tejido Sano	Tejido Sano	(Borja, 2016)
			Gingivitis	Sangrado Observado durante o después del curejate	
			Gingivitis	Cálculos dentales	
			Enfermedad Periodontal leve	Bolsas Patológicas de 4 a 5mm	
			Enfermedad Periodontal Moderada a severa	Bolsas Patológicas de 6mm o mas	
Variables Independientes	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones o Categorías	Indicadores	Fuente

Tabaquismo	Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo abusivo de tabaco.	Es el uso continuo de cigarrillos o derivados del tabaco los cuales afectan a la salud Es medido según la cantidad de cigarrillos al día que son consumidos	Fumadores Activos	Fuman a Diario 2 a 5 cigarrillos diarios	Autor
			Fumadores Pasivos	Fuman 1 a 5 cigarrillos al año	

Tabla 4 - Operacionalización de las Variables Independientes

Fuente: Autor

Variables Independientes	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones o Categorías	Indicadores	Fuente
Eficiencia Masticatoria	Corresponde al número de golpes oclusales que realiza un individuo para triturar un alimento	Es el número de veces en las que se realiza el acto de masticación como tal para degradar el alimento en boca Es Medido según el número de choques o Golpes entre las caras oclusales que se realizan	-----	Cantidad de veces que se necesitan para realizar el acto masticatorio	Autor
Variables Independientes	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones o Categorías	Indicadores	Fuente

<p>Eficiencia Masticatoria</p>	<p>Corresponde al número de golpes oclusales que realiza un individuo para triturar un alimento</p>	<p>Es el número de veces en las que se realiza el acto de masticación como tal para degradar el alimento en boca</p> <p>Es Medido según el número de choques o Golpes entre las caras oclusales que se realizan</p>	<p>-----</p>	<p>Cantidad de veces que se necesitan para realizar el acto masticatorio</p>	<p>Autor</p>
--------------------------------	---	---	--------------	--	--------------

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño y Tipo de Investigación

El diseño de esta investigación es de carácter cualitativa y de tipo:

- Documental o Bibliográfica: es una revisión bibliográfica para encontrar coincidencias e interacciones entre la enfermedad Periodontal asociada al tabaquismo en relación con el rendimiento masticatorio.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los datos obtenidos en esta revisión bibliográfica podemos afirmar que existe una estrecha relación entre la enfermedad periodontal y el rendimiento masticatorio, debido a la pérdida de inserción inducida lo que provoca la pérdida de los dientes afectados, principal factor tomar en cuenta en la medición del rendimiento masticatorio.

Además, que el uso de Tabaco en el mundo y en este caso en el Ecuador se encuentra muy extendido, y el abuso en su uso provoca daños que han sido investigados por un sinnúmero de autores, los cuales concuerdan en que existe una íntima relación entre el tabaquismo y la enfermedad periodontal, sin contar que los daños son sistémicos ya que afecta a los procesos de inflamación y por ende al proceso de cicatrización.

Autores como (Carranza, 2010), señalan en sus publicaciones que hay evidencia científica que avala la influencia del tabaquismo en la producción enfermedades periodontales, también se señala que el avance de la enfermedad y una recuperación pronta y optima se ven truncadas

En relación con los procesos de inflamación el uso de cigarrillos afecta a la proliferación de linfocitos T y en gran medida a la proliferación de mediadores de la inflamación, aunque muchos de estos resultados también concluyen que existe un vinculo entre una poca higiene oral y la formación de problemas periodontales.

En lo que a cicatrización se trata, el consumo habitual del cigarrillo genera un gran inconveniente, debido a que la vasoconstricción de los vasos sanguíneos que irrigan zonas mucosas, evita que exista edema lo que provoca que la encía sea más fibrosa y que no tenga suficiente riego sanguíneo para una óptima formación de nuevo tejido cicatricial.

La pérdida de dientes por lo general no ayuda a que la masticación o la pulverización de los alimentos sea la adecuada, generando problemas graves en el sistema digestivo, la habilidad masticatoria la cual es una medición personal de cada individuo suele ser negativa, causando un bajo autoestima.

CONCLUSIONES

En la presente investigación podemos concluir que:

1. Las afectaciones en el organismo por el consumo del cigarrillo son muy graves, problemas que con el pasar del tiempo culminan en la degeneración de diversos tejidos y de cáncer.
2. La gravedad de la enfermedad periodontal está relacionada con la higiene oral del paciente, independientemente de que este fume o no.
3. El tabaquismo afecta al epitelio periodontal de manera profunda, afectando los procesos inflamatorios y las respuestas inmunes hacia las infestaciones bacterianas.
4. La reabsorción ósea provocada por la enfermedad periodontal, termina con la pérdida de dientes, producto de un largo proceso de recuperación causado por su adicción al tabaco.
5. El proceso de la enfermedad culmina con la pérdida de inserción del diente, lo cual afecta su posición en la boca, como resultado el rendimiento masticatorio no es óptimo.
6. Por lo general un rendimiento masticatorio no correcto, tiene afectaciones de ámbito estético, alimenticio y de autoestima.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda posteriores estudios de prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes con habito de fumar.
2. Mejorar las campañas para advertir de los riesgos del consumo del cigarrillo
3. Colaborar con las campañas muy bien emprendidas por organismos de salud a nivel mundial y local para crear lugares libres de humo.
4. A los demás colegas, odontólogos, que deben dar al paciente adecuadas normas de higiene para evitar la proliferación de infecciones a nivel periodontal.
5. Incentivar investigaciones nacionales acerca de los peligros del habito de fumar.



Grafico 2 – a Encía Clínicamente Normal un Adulto Joven. **b** Encía fuertemente pigmentada de un adulto de mediana edad.

(Carranza, 2010)

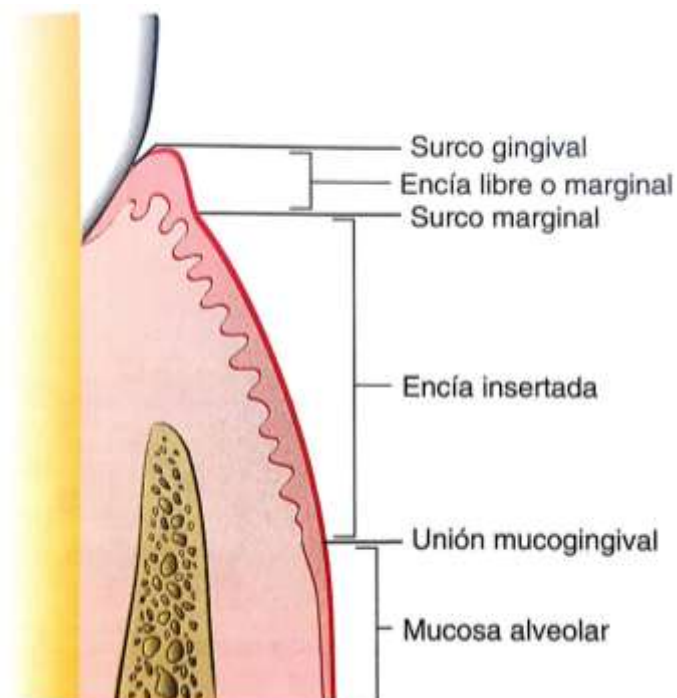


Grafico 1 - Esquema que Muestra los puntos anatómicos de referencia en la Encía

(Carranza, 2010)



Grafico 3 - Corte Transversal de una mandíbula in situ
(Carranza, 2010)

Bibliografía

Borja, C. (2016). *Prevalencia de la Enfermedad Periodontal en Pacientes Fumadores Pasivos de 20 a 40 años de la Policía Nacional del Ecuador* .
Quito: Universidad Central del Ecuador - Facultad de Odontología .

Arana, T. (2013). *Análisis INEC*. QUITO: INEC.

Lee, J., Taneja, V., & Vassallo, R. (2015). FUMAR CIGARRILLOS Y LA INFLAMACION. *PUBMED*, 16.

OMS. (2016). *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de <http://www.who.int/tobacco/es/>

Shereef, Sanara, Karuppanan, Noorudeen, & Joseph. (2015). El Efecto del Tabaquismo sobre la Gravedad de las Enfermedades Periodontales Entre los Adultos de la Ciudad de Kothamangalam. *Revista de Farmacia y Ciencias Bioaliadas*, 14.

Wada, Kawate, & Mizuma. (2017). Que Alimentos pueden los Adultos Mayores pueden Masticar, Evaluacion del Rendimiento de la Masticacion . 12.

Avendaño, O. L. (2017). Evaluacion del Estado Nutricional y el Deterioro Cognitivo en una Cohorte de Ancianos. *Universidad Complutense de Madrid - Facultad de Medicina* , 184.

- Mazariegos, S. S. (2015). Tabaquismo en Estudiantes, Facultad de Ciencias Medicas, Universidad de San Carlos - Guatemala. *Universidad de San Carlos - Guatemala*, 275.
- Basconez, A. (2001). *Periodoncia Clinica e Implantologia Oral*. Madrid: Avances.
- Castaño, E. , García, P. , & Martinez, B. . (2008). Revision de la Periodontitis Cronica: Evolucion y su Aplicacion Clinica. *Avances en Periodoncia* , 20, 15.
- Perez Luzardo, B. (2008). Periodontitis Agresiva: Diagnostico y Tratamiento. *Acta Odontologica Venezolana*, 23.
- Jimenez - Ruiz, C., & Fagerström, K. (2011). *Tratado de Tabaquismo*. Madrid: Aula Medica .
- Koushyar Partida, J., & Hernandez Ayala, A. (2010). Tabaquismo, Factor de Riesgo para Enfermedad Periodontal. *ADM*, 13.
- Abbe, R. (2005). *Glosario de Términos Prostodonticos*. New York.
- Börger, Tapia, Cáceres, López, Ormazábal, Rosales, & Torres-Quintana. (2011). Metodos de Evaluacion del Rendimiento Masticatorio. *Revista Clinica Periodoncia Implantologia Rehabilitacion Oral*, 5.

Alianza Anti-Tabaco, E. (25 de ENERO de 2016). Obtenido de
<http://alianzaantitabaco-ecuador.org>

Carranza, F. A. (2010). *Periodontología Clínica* (Vol. 4). MEXICO: ELSEVIER.

Lindhe, Karring, & Lang. (2013). *Periodontologia Clínica e Implantologia Odontológica* (Vol. 4). (P. C. ODONTOLOGICA, Ed.) MEXICO: PANAMERICANA.

Reyes, M. (2015). *Efecto Del Rendimiento Masticatorio en la Satisfaccion Usuaría de Pacientes Portadores de Protésis Totales y Parciales* . CONCEPCION: UNIVERSIDAD ANDRES BELLO.

Rojas, J. P., Rojas, & Hidalgo. (2014). Tabaquismo y su Efecto sobre los Tejidos Periodontales. *REVISTA CLINICA PERIODONCIA, IMPLANTOLOGIA Y REHABILITACION ORAL VOL 7, 15*.

Jang, A.-Y., Lee, J.-K., Shin, J.-Y., & Lee, H.-Y. (2013). Asociación Entre La Enfermedad Periodontal Y El Hábito De Fumar. Encuesta Nacional De Salud Y Nutrición De Corea. *REVISTA COREANA DE LA FAMILIA, 11*.