



ODONTOLOGÍA



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

UNIVERSIDAD DE CARABOBO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE

INFORME DE INVESTIGACIÓN

**MANIFESTACIONES BUCALES MÁS FRECUENTES EN PACIENTES CON
REFLUJO GASTROESOFÁGICO**

Tutora Metodológica:

Mgs. Milagro García

Tutora de Contenido:

Od. Rudy Jiménez

Integrantes:

Acosta Lugo Adriana

Alvizu Vasquez Eggaly

Valencia, Abril del 2006.



ODONTOLOGIA



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

UNIVERSIDAD DE CARABOBO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE

INFORME DE INVESTIGACIÓN

CARTA DE APROBACIÓN

En carácter de tutor (es) del trabajo final de Investigación titulado: **MANIFESTACIONES BUCALES MÁS FRECUENTES EN PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO** presentado por las bachilleres: Acosta Lugo Adriana y Alvizu Vasquez Eggaly, consideramos que dicho trabajo de investigación reúne los requisitos y meritos suficientes para ser aprobado y sometido a presentación publica y evaluación.

En la ciudad de Valencia, a los ____ días del mes de _____ del año _____.

TUTOR DE CONTENIDO

TUTOR METODOLÓGICO



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DEL HOMBRE
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por medio de la presente hago constar que he leído el **Proyecto de Trabajo Final de Investigación**, presentado por los bachilleres:

_____ cuyo título es:

Y acepto asesorar a los estudiantes, en calidad de Tutor de Contenido, durante la etapa de desarrollo del Trabajo hasta su presentación y evaluación.

En Valencia, a los _____ del mes de _____ de 2005.

Nombre y Apellido

C.I.

DEDICATORIA

A mis padres, por ser mi mejor ejemplo a seguir, y darme su apoyo incondicional a lo largo de mi carrera y de mi vida, por su cariño, sus consejos y paciencia en los momentos difíciles, los Amo!

A mi hermana Laura, por brindarme su cariño y compañía en todo momento, por ser mi ejemplo de tenacidad y constancia, te adoro hermana.

A ti Salvatore, por ser mi apoyo incondicional en los momentos en que más he necesitado, por brindarme tu protección y amor en todo momento. Te Amo!

A mis amigas, quienes día a día forman parte del estímulo para seguir adelante, por haberme acompañado en los momentos más difícil y ayudado a superar los obstáculos, siempre juntas.

A mis tíos, de quienes siempre recibo amor y estímulo necesario para lograr todas mis metas.

A mi compañera de tesis, siempre constante, juntas conseguimos llegar hasta el final.

Adriana Acosta

DEDICATORIA

Principalmente a Dios todopoderoso y a la Virgen por ser la luz que me ilumina cada día, por ser mi fortaleza y guiar mis pasos para culminar una de muchas metas en mi vida.

A mis amados Padres: María Trina Vasquez y Edgar Asdrúbal Alvizu, hermanas, hermano y demás familiares siendo su esfuerzo y apoyo incondicional parte importante en todos mis logros, que también son de ellos.

A mis tías y tíos quienes han servido de ejemplo para seguir adelante.

A mis sobrinos: Kevin, Felix, Isaac, Jesús, Loreanni, Joseph, y el que pronto llegara; igualmente a mis primas y primos para que esto les sirva de estímulo para seguir adelante.

A toda mi familia, de quien he recibido estímulo y apoyo.

A mi gran amor; mi novio Giancarlo fiel compañero en las buenas y en las malas, por estar en esos momentos difíciles dándole alegría y amor a mi vida.

A mis suegros Cristina y Siegfried de quienes he recibido un gran apoyo en momentos difíciles.

Y a mis amigos Vane, Luis, Gabriel, Gilmer, Angeles, Marialuisa, Magdi; y a todos los compañeros de carrera que con su presencia han proporcionado la inspiración necesaria para culminar todo este arduo trabajo de manera Feliz.

A mi compañera de tesis Adriana ya que juntas logramos alcanzar esta importante meta.

Eggaly Alvizu

AGRADECIMIENTOS

A la Profesora Rudy Jiménez, tutora de contenido del presente trabajo por sus conocimientos impartidos durante esta enseñanza quien a lo largo de nuestra labor nos brindó su tiempo para el logro de esta tan importante meta.

A la Profesora Milagro García, tutora de metodología quien con su orientación, dedicación y esmero permitió que lográramos realizar este trabajo.

A los Doctores Daniel De Arthenay y Juan Camaño; médicos Gastroenterólogos quienes colaboraron, con su tiempo y conocimientos para culminar este trabajo.

A las enfermeras que laboran en área de Gastroenterología del Hospital “Dr. Angel Larralde” quienes permitieron lograr en un ambiente agradable y de armonía gran parte de las actividades de la investigación.

A los pacientes que forman parte de la muestra de esta investigación, quienes permitieron llevar a cabo una parte importante del trabajo.

A todas las personas que de una u otra forma contribuyeron en la realización de esta investigación.

A la Universidad de Carabobo, en especial a la “Facultad de Odontología”, por abrirnos su puertas y permitir el desarrollo de muchas de las actividades en sus instalaciones, no solo del trabajo sino también de toda nuestra formación.

¡Gracias!

Adriana

Eggaly

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACIÓN

**MANIFESTACIONES BUCALES MÁS FRECUENTES EN PACIENTES CON
REFLUJO GASTROESOFÁGICO**

Tutora de Contenido: Od. Rudy Jiménez.

Tutora Metodológica: Mgs. Milagro García.

Autoras: Acosta Lugo Adriana.

Alvizu Vasquez Eggaly.

RESUMEN

La presente investigación corresponde a un estudio cuantitativo sustentada en estudios descriptivos, cuyo objetivo general fue: Determinar las manifestaciones bucales más frecuentes en pacientes con Reflujo Gastroesofágico que asisten al área de gastroenterología, del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Año 2005. Los objetivos específicos se fundamentaron en: Establecer por medio de la revisión de historias clínicas el número de pacientes con diagnóstico de Reflujo Gastroesofágico; así mismo identificar las manifestaciones bucales más frecuentes en estos pacientes, determinar si las afecciones bucales son producto de dicha patología; por ultimo pero no menos importante fue determinar el ph salival en los pacientes. La población y muestra del estudio estuvo conformada por 21 pacientes, a las cuales se les aplico el instrumento de recolección de datos, el cual consistió en una historia clínica, la información obtenida se analizó cuantitativamente, y se presentó a través de gráficos, además permitió concluir que la mayoría de los pacientes presentaron como manifestaciones a nivel bucal: caries en un 76,19%, erosiones dentales un 95,24%, halitosis un 66,67%, gingivitis solo un 57,14% y sensibilidad dentaria un 66,67%, a su vez el estudio permitió concluir que estos pacientes presentaron buena higiene oral un 76,19%. Cabe destacar que la mayoría de los pacientes presentó ph salival ácido representado por un 85,71% de la muestra. De todo lo anteriormente expuesto se infiere: Las Manifestaciones Bucales presentes en pacientes con Reflujo Gastroesofágico pueden ser producto de la acidez bucal producida por dicha enfermedad, gran parte de la población la padece, el odontólogo o estudiante de odontología debe buscar la posibles causas y alternativas de tratamiento odontológico; por medio de los datos suministrados por anamnesis; trabajando dentro de un equipo interdisciplinario, en estos casos, con el gastroenterólogo.

Palabras clave: Manifestaciones bucales, Reflujo Gastroesofágico, Pirosis.

ÍNDICE GENERAL

	P-P
CARTA DE APROBACIÓN.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN.....	vi
ÍNDICE GENERAL.....	vii
LISTA DE CUADROS.....	viii
LISTA DE GRÁFICOS.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del Problema.....	3
1.2 Objetivos.....	6
1.3 Justificación.....	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes.....	10
2.2 Bases Teóricas.....	13
2.3 Operacionalización de Variables.....	55
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Tipo de Investigación.....	56
3.2 Diseño de la Investigación.....	57
3.3 Población y Muestra.....	57
3.4 Instrumentos de recolección de datos.....	59
3.5 Validez.....	60
3.6 Confiabilidad.....	60
CAPITULO IV	
Presentación y Análisis de los resultados.....	61
CONCLUSIONES.....	86
RECOMENDACIONES.....	88
BIBLIOGRAFÍA.....	89

LISTA DE CUADROS

	p.p
Cuadro 1: Distribución de Frecuencia del Número de Pacientes con Diagnóstico de Reflujo Gastroesofágico, que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005.....	62
Cuadro 1.1: Distribución de Frecuencia de los Síntomas Diagnósticos para el Reflujo Gastroesofágico, de los Pacientes que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005.....	64
Cuadro 2: Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005.....	66
Cuadro 2.1: Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Caries), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005.....	68
Cuadro 2.2: Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Erosión Dentaria), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005.....	70
Cuadro 2.3: Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Sensibilidad dentaria), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005.....	72
Cuadro 2.4: Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Patología pulpar), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005.....	74
Cuadro 2.5: Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Halitosis), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que	

Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005.....	76
Cuadro 2.6: Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Aftas), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005.....	78
Cuadro 2.7: Distribución de Frecuencia del Tipo de Enfermedad Periodontal que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005.....	80
Cuadro 3: Distribución de Frecuencia de la Higiene Bucal que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005.....	82
Cuadro 4: Distribución de Frecuencia del ph Salival que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005.....	84

LISTA DE GRÁFICOS

	p.p
Gráfico 1: Representación Gráfica de la Distribución de Frecuencia del Número de Pacientes con Diagnóstico de Reflujo Gastroesofágico.....	63
Gráfico 1.1: Representación Gráfica de la Distribución de Frecuencia de los Síntomas Diagnósticos para el Reflujo Gastroesofágico	65
Gráfico 2: Representación Gráfica de la Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico.....	67
Gráfico 2.1: Representación Gráfica de la Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Caries), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico.....	69
Gráfico 2.2: Representación Gráfica de la Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Erosión Dentaria), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico.....	71
Gráfico 2.3: Representación Gráfica de la Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Sensibilidad Dentaria) que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico.....	73
Gráfico 2.4: Representación Gráfica de la Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Patología Pulpar), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico.....	75
Gráfico 2.5: Representación Gráfica de la Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Halitosis), que presentaron los pacientes con Reflujo Gastroesofágico.....	77
Gráfico 2.6: Representación Gráfica de la Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Aftas), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico.....	79
Gráfico 2.7: Representación Gráfica de la Distribución de Frecuencia del Tipo de Enfermedad Periodontal que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico.....	81
Gráfico 3: Representación Gráfica de la Distribución de Frecuencia de la Higiene Bucal que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico.....	83

Gráfico 4: Representación Gráfica de la Distribución de Frecuencia del pH Salival que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico..... 85

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por Reflujo Gastroesofágico afecta gran parte de la población, se asocia a la mala funcionabilidad de ambos esfínteres esofágicos, esta consiste en el reflujo del contenido gástrico y del contenido del duodeno que viajan hacia el esófago y luego llegan hasta la cavidad bucal, este líquido consiste en contenido amargo, ácido, e insípido, así como alimentos no digeridos.

Este Reflujo Gastroesofágico se presenta de dos tipos; uno es ácido, que viene del estomago llega hacia el esófago, y luego a la cavidad oral. Otro menos frecuente es el ácido que viene del intestino, atraviesa el estomago, esófago y pocas veces llega a cavidad oral. El primero de ellos es el que reviste mayor importancia para la presente investigación, ya que este como llega a la boca puede causar daños a nivel de las estructuras dentarias y mucosas. Lo que ha motivado a las autoras a la elaboración de esta investigación, es la poca atención que se les presta a los pacientes que padecen esta enfermedad, pues la mayoría de ellos regresan al poco tiempo a la consulta odontológica manifestando el fracaso de los tratamientos realizados. Lo cual vemos reflejado en la experiencia diaria en las áreas clínicas de la Facultad de Odontología, de la Universidad de Carabobo con dichos pacientes.

Para su desarrollo, este trabajo se ha dividido en cinco capítulos que contemplan los siguientes aspectos: en el primero se plantea el problema, situándolo en un contexto que va de lo general a lo particular, se definen los objetivos de la investigación, se expone la justificación y la importancia del estudio.

En el segundo capítulo, se tienen los antecedentes, marco teórico; que comprende la teoría que le da cuerpo a la investigación y la operacionalización de las variables investigadas.

El tercer capítulo contiene las herramientas metodológicas que se emplearon, el diseño del estudio, la definición de la población y muestra, el instrumento utilizado y su técnica para la recolección de los datos, así como su validez y confiabilidad.

En el capítulo cuarto se desarrolla la interpretación de los datos obtenidos, los cuales se obtuvieron una vez recogida la información, se procedió a la tabulación y procesamiento mediante el método estadístico porcentual simple, luego se graficaron y se presentó un respectivo análisis del mismo.

El quinto capítulo presenta las conclusiones a las cuales se llegó a través de la investigación; y recomendaciones las cuales se consideran importantes a tomar en cuenta, para un buen manejo, abordaje y tratamiento odontológico de las patologías a nivel bucal que presentan los pacientes con Reflujo Gastroesofágico.

En este trabajo de investigación la muestra está constituida por 70 pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que asistieron al área de gastroenterología, del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, año 2005.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

En el siguiente capítulo se plantea la problemática respecto al Reflujo Gastroesofágico, considerando la misma como una enfermedad que posiblemente puede causar manifestaciones a nivel bucal, por otro lado se presenta una descripción del Objetivo General y de los Objetivos Específicos, finalizando con la justificación del desarrollo del estudio.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las Universidades de Venezuela, específicamente en las facultades de Ciencias de la Salud, como son: medicina, bioanálisis, enfermería y odontología se ha trabajado siempre de manera independiente una de la otra, en consecuencia el trabajo a nivel profesional se desarrolla de la misma manera, cada especialista de la salud labora exclusivamente en su área sin interrelacionar patologías que pueden ser resultado de alguna irregularidad en otra parte del organismo que no es de su competencia.

Como es el caso de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, donde en el Pénsum de estudio contemplan pocas materias relacionadas con otras áreas de la salud, que permitan al estudiante establecer cuando una patología en algún otro órgano en el cuerpo está produciendo lesiones a nivel bucal, por esto es que la odontología se ha limitado a resolver los problemas desde el punto de vista bucal, y muchas veces esto trae como consecuencia la reincidencia de la patología en el paciente, a pesar de la correcta realización de los diferentes tratamientos.

Cabe destacar que en el trabajo diario en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo se observa como muchos pacientes regresan al poco tiempo de haberse realizado una obturación dental y manifiestan que la misma ha fracasado. Así también pacientes que practican diariamente las técnicas de una buena higiene bucal y sin embargo no dejan de presentar patologías bucales de forma frecuente. Es en estos casos el cuando el estudiante de odontología u odontólogo debe buscar la posible causa de éstas reincidencias, por medio del interrogatorio de antecedentes al paciente y los datos suministrados en la enfermedad actual de la historia clínica.

Son diversas las enfermedades tienen manifestaciones a nivel bucal, entre algunas, el Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH), el Virus del Herpes, la Diabetes entre otras. Sin embargo se hace mención a una que no ha sido objeto de estudio en nuestra facultad, tal como lo es el Reflujo Gastroesofágico, ésta una de las patologías más frecuentes del aparato digestivo superior. Se trata de un conjunto de manifestaciones clínicas diversas del reflujo del contenido gástrico y duodenal hacia el esófago, de aparición espontánea, el mismo consiste en un líquido mucoso insípido, amargo o ácido, así como alimentos no digeridos y se asocia con incompetencia de ambos esfínteres esofágicos.

El Reflujo Gastroesofágico es de dos tipos: el primero es de contenido gástrico, que es ácido y viene del estomago hacia el esófago; el otro, menos frecuente viene procedente del intestino al estomago y luego llega hasta el esófago y en muchos casos llega hasta la cavidad oral, produciendo daños en la mucosa y el tejido dentario. En el primer tipo de reflujo, los pacientes podrían presentar un ph ácido en la cavidad oral, el cual puede desencadenar consecuencias en el sistema estomatognático.

Bobquim (2004), define el ph como “un valor que se usa para indicar la acidez o alcalinidad de una sustancia. La escala de ph es una escala logarítmica. Oscila entre

valores de 0-6 (más ácido) y 8-14 (más básico), 7 es Neutro”. (p.1)

Harrison (1998), “plantea que el reflujo gastroesofágico presenta diversos signos y síntomas, como manifestaciones bucales y sistémicas entre las primeras están: erosiones dentales, gingivitis, periodontitis, sensibilidad dentaria, halitosis y aumento en la incidencia de caries, todas estas son de gran importancia odontológica, y entre las manifestaciones sistémicas se encuentran la regurgitación, disfagia, acidez, odinofagia, hemorragia, úlceras, anemias, entre otras. Todo esto ocasionado por el ácido gástrico, la pepsina y bacterias que viaja del estómago o del esófago hacia la cavidad bucal, causando múltiples alteraciones”. (p.1808)

Así mismo, en la experiencia diaria en las áreas clínicas de la Facultad de Odontología se observa que el Reflujo Gastroesofágico en los pacientes es una patología frecuente, y realmente han sido muy poco estudiadas sus consecuencias a nivel bucal.

Todo esto no lleva a pensar que el paciente con reflujo gastroesofágico amerita una atención odontológica con características especiales, adecuada a su condición.

Ante la situación planteada surgen las siguientes inquietudes:

¿Cuáles son las manifestaciones bucales más frecuentes en pacientes con Reflujo Gastroesofágico?

¿En los Pacientes que asisten a la consulta del área de Gastroenterología del “Hospital Dr. Angel Larralde”, son sus patologías bucales consecuencia del Reflujo Gastroesofágico?

¿Los pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico presentan un ph salival ácido?

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las manifestaciones bucales más frecuentes en pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que asisten al área de gastroenterología, del Hospital Universitario “Dr. Angel Larralde”. Año 2005.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer por medio de la revisión de historias clínicas el número de pacientes con diagnóstico de Reflujo Gastroesofágico que asisten al área de gastroenterología del Hospital Universitario “Dr. Angel Larralde”. Año 2005.
- Identificar las manifestaciones bucales más frecuentes en pacientes con reflujo gastroesofágico que asisten al área de gastroenterología del Hospital Universitario “Dr. Angel Larralde”. Año 2005.
- Determinar si las afecciones bucales de los pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que asisten al área de gastroenterología del Hospital Universitario “Dr. Angel Larralde”. Año 2005, son consecuencia de dicha patología.
- Determinar el ph salival en los pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que asisten al área de gastroenterología del Hospital Universitario “Dr. Angel Larralde”. Año 2005.

3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En los últimos años se le ha exigido a la odontología una visión del proceso salud/enfermedad más integral, capaz de percibir al paciente como un grupo de sistemas íntimamente unidos, de allí la necesidad de orientar el quehacer odontológico con una perspectiva más amplia. Bajo esta premisa surge la necesidad de establecer parámetros de diagnóstico y tratamientos relacionados con ciertas enfermedades sistémicas que tienen una íntima relación con el componente bucal del organismo y viceversa.

El presente estudio basa su importancia en diagnosticar las manifestaciones más frecuentes que puede producir el Reflujo Gastroesofágico, e informar a los profesionales de la odontología, médicos gastroenterólogos y pacientes que padecen de esta afección, la importancia acerca de las alteraciones que esta enfermedad causa a nivel buco-dental, considerando que el Reflujo Gastroesofágico es un problema de salud que afecta gran parte de la población.

Así mismo, frente a la situación que se observa actualmente; de que son pocos los estudios al respecto que exponen a esta patología como una afección que produce alteraciones a nivel bucal, y a la larga los pacientes que la padecen no se realizan un diagnóstico temprano, lo que tal vez conlleva a sufrir alteraciones bucales tales como: pirosis, erosiones dentales, gingivitis, sensibilidad dental, halitosis y aumento de la incidencia de la caries. Por tal motivo el odontólogo muchas veces aplica la terapéutica indicada para resolver estas alteraciones, como son la colocación de resinas, eliminación de caries, entre otros. Pero observa que el paciente vuelve el poco tiempo después de realizado tratamiento presentando las mismas manifestaciones.

Toda esta investigación se llevara a cabo debido a lo importante que se considera el conocimiento que debe tener el odontólogo a la hora de abordar este tipo de pacientes, ya que a veces el mismo solamente se enfoca a tratar las afecciones bucales, sin percatarse que algunas veces las lesiones observadas en boca son producto de enfermedades sistémicas, por medio de la investigación se realizaran aportes a través de la observación datos importantes respecto a las manifestaciones mas frecuentes que posiblemente el Reflujo Gastroesofágico causa a nivel bucal.

Frente a las escasas investigaciones que se han realizado en el país sobre el tema, se estima cualquier esfuerzo dirigido a ampliar los datos y conocimientos que permitan una mayor contribución para el mejoramiento de la salud tanto bucal como integral del individuo. Sin embargo la utilidad de este estudio es el determinar las manifestaciones bucales mas frecuentes y su terapéutica en pacientes con Reflujo Gastroesofágico, con el fin de disminuir los efectos negativos que puede ocasionar dicha patología sobre la cavidad bucal de los pacientes que la padecen.

A su vez beneficiara a la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo ya que son pocos los estudios realizados respecto al tema, de igual forma beneficiara a los estudiantes de pregrado ya que durante la practica diaria en las clínicas de la facultad y en las asignaturas no se les instruye sobre el tema, de igual forma el tipo de tratamiento que debe prestársele a estos pacientes.

Así mismo como es de utilidad para los médicos gastroenterólogos, debidos a que les permitirá conocer la forma como se presentan las enfermedades a nivel buco dental y así poder referir los pacientes al Odontólogo, con el fin de que juntos como un equipo multidisciplinario, se resuelva el problema que el mismo presente con un diagnostico temprano, ya que los gastroenterólogos son los que mayormente tienen el primer contacto con el paciente, recayendo sobre ellos la responsabilidad

de un diagnóstico precoz de dichas patologías , por lo que deben mantenerse bien informados sobre lo que ocurre con la salud bucal de sus pacientes.

Reviste de importancia en el campo social, ya que a través de esta investigación, se puede diagnosticar un problema y sus resultados pueden ser utilizados para orientar a los pacientes acerca de la importancia de su salud bucal, además de que lograra introducir al mismo a la consulta disminuyendo así el riesgo, que produce un diagnóstico tardío, y un tratamiento errado, y permitirá que el mismo se ha visto de una manera integral.

Por ultimo, el estudio podrá servir de base a otras investigaciones para tener una visión amplia respecto a la salud bucal de estos pacientes, y puede servir para el surgimiento de nuevas ideas para estudios futuros.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

El siguiente capítulo se desarrollan los antecedentes relacionados con la investigación, por otro lado se contemplan de una manera amplia y clara las bases teóricas encontradas por las autoras que de alguna manera se relacionan con el tema, por último una serie de conceptos básicos, los cuales se mencionan a lo largo del desarrollo del trabajo de investigación y la operacionalización de las variables del estudio.

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

La Clínica SANITAS (2004) publicó un artículo sobre los Síntomas más frecuentes de los Pacientes que sufren de Reflujo Gastroesofágico que asisten a la consulta del área de Gastroenterología, en donde se observó que el 15% de los pacientes de cada mes presentaban “Pirosis” (sensación de ardor o quemazón), y una incidencia del 27% de Reflujo Gastroesofágico en pacientes que toman antiácidos más de 2 veces al mes. Otros hallazgos demostraron que entre los síntomas más frecuentes están la disfagia, sequedad en boca e infecciones dentales más frecuentes, tos crónica, asma y sangrado por úlceras en la mucosa gástrica.

El medio diagnóstico a través del cual se determinó que estos pacientes sufrían de Reflujo Gastroesofágico fue el estudio Radiográfico en diversas posiciones, de pie o acostado, para observar grandes movimientos de líquidos entre las cavidades intestinales (sirve para diagnosticar grandes reflujos). Y la Gastroscoopia, mediante la cual se introduce un tubo de luz fría en el esófago y se visualiza en un monitor, se utiliza para observar las lesiones de la mucosa esofágica y el propio reflujo.

Este estudio se demostró que los pacientes con Reflujo Gastroesofágico presentan Pirosis, e infecciones dentales frecuentes, tales afecciones se encuentran plasmada como objetivos primordiales del presente estudio. Las pirosis fué incluida en el instrumento como un síntoma característico presente en los pacientes con dicha patología, así mismo se busco determinar las manifestaciones bucales mas frecuentes en pacientes con Reflujo Gastroesofágico.

Así mismo la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú (1999), publica la Tesis de Jenni Chávez Castillo, que se titula: "Relación Entre Reflujo Gastroesofágico Y Erosión Dentaria De Las Superficies Palatinas Y Linguales en Pacientes Alcohólicos De Los Hospitales Hermilio Valdizan y Victor Larco Herrera" Donde Se estudió se a 48 pacientes diagnosticados clínicamente como alcohólicos con reflujo gastroesofágico de los hospitales psiquiátricos Víctor Larco Herrera y Hermilio Valdizán.

Se registró la ausencia, la presencia (una a tres veces al día durante o después del consumo de alcohol) y la presencia frecuentemente (de tres veces al día durante o después del consumo de alcohol) de episodios de regurgitación. También se realizó un registro de los grados de desgaste dentario de las superficies palatinas y linguales. Se observó que el 79% de pacientes no presentaron regurgitaciones, ni erosión dentaria de las superficies palatinas y linguales. El 20% restante presentó regurgitaciones y erosión dentaria solo de las superficies palatinas, el grado de erosión encontrado fue de tipo III.

Por su parte la anterior tesis publicada menciona que del 100% de los pacientes estudiados, solo en un 20% presento regurgitaciones, una de las manifestaciones sistémicas en pacientes con Reflujo Gastroesofágico, y menciona entre sus resultados que la erosión dentaria estuvo presente en estos pacientes, siendo esta otro indicador de una de las variables importantes sometidas a estudio en el presente trabajo.

De igual manera en Septiembre 2004 la revista Esencias Periodoncia, Publica la Siguiete Investigación: ¿Cuál es el prevalectimiento de afecciones periodontales en pacientes con reflujo gastroesofágico? En donde exponen: Ya se sabe de la erosión dental, pero Muñoz JV, Herreros B, Sanchiz V, Amoros C, Hernandez V, Pascual I, Mora F, Minguez M, Bagan JV y Benages A. (Dig Liver Dis. 2003 Jul;35(7):461) se preguntaron qué más podía ocasionar y siguieron a 253 personas desde abril de 1998 hasta mayo de 2000, de las que 181 tenían el reflujo Gastroesofágico.

Evaluaron la presencia y número de erosiones, su ubicación y gravedad; y el estado periodontal por índice de placa, hemorragia y recesión. Hallaron diferencias con el grupo sin reflujo, pues el porcentaje de erosión era significativamente mayor, igual que la cantidad y severidad de las lesiones; en cambio, los índices periodontales eran similares en ambos grupos. Por lo tanto, no habría relación con el reflujo gastroesofágico.

A su vez el anterior artículo publicado, expone que se sabe de erosión dental en pacientes con Reflujo Gastroesofágico, como ya se dijo anteriormente es una de las manifestaciones bucales sometidas a estudio en el presente proyecto, de igual forma el estudio publicado corrobora que la erosión dentaria se encuentra en un gran número de los pacientes muestra, así mismo menciona que la afección periodontal, no se relaciona con la patología de Reflujo Gastroesofágico, cabe destacar que en la presente investigación uno de los indicadores incluidos en el instrumento fue enfermedad periodontal.

“Encina y Olivares realizaron una tesis de Pre-grado en la escuela de Odontología de la Universidad Concepción de Chile; (2002): ”Halitosis: Mal Aliento: Compuestos Oloríferos, Tratamiento” donde su objetivo general fue: Definir el concepto de halitosis, su etiología, microbiología y tratamiento. Y concluyeron: La causa más frecuente de halitosis se debe a la

presencia de gases derivados del sulfuro, que surgen del metabolismo de gérmenes anaerobios de la [cavidad](#) bucal, presentes, especialmente, en lengua y labios.

Dentro de las causas generales de la halitosis, tenemos las del origen bucal, del aparato respiratorio, del aparato digestivo, entre las cuales se encuentran: *Helicobacter pylori* en las úlceras gástricas, Reflujo Gastroesofágico. Los enjuagues bucales son efectivos en disminuir los determinantes de la halitosis, aunque se debe instruir al paciente en técnicas de cepillado y de remoción lingual.

Respecto a la tesis que se menciona anteriormente, habla respecto a la halitosis, destacando que una de sus causas más frecuentes son afecciones del aparato digestivo, entre las cuales se encuentra enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, la Halitosis se tomo en cuenta en la presente investigación para determinar si los pacientes con dicha patología la presentan.

2.2 BÁSES TEÓRICAS.

2.2.1 CONCEPTO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Según Cecil (2000), se trata de un conjunto de manifestaciones clínicas diversas del reflujo del contenido gástrico y duodenal hacia el esófago, de aparición espontánea y sin esfuerzo, el mismo consiste en un líquido mucoso insípido, amargo o ácido, así como alimentos no digeridos y se asocia con incompetencia de ambos esfínteres esofágicos. (p.724)

También se tiene que el reflujo gastroesofágico es según Harrison (1998), uno de los trastornos digestivos más prevalentes. Los estudios de población muestran que hasta el 15 % de los individuos presenta pirosis al menos una vez a la semana, y que alrededor del 7% tiene pirosis diariamente. Los síntomas están producidos por el reflujo de ácido gástrico y otros contenidos del estomago hacia el esófago a causa de la incompetencia de las barreras de la unión gastroesofágico. (p.1808)

Según Harrison (1998: p.1808):

Fisiopatología. Los mecanismos antirreflujo normales son el esfínter esofágico inferior y la localización anatómica de la unión gastroesofágica por debajo del hiato diafragmático. El reflujo solo se produce cuando se pierde el gradiente de presión entre el esfínter esofágico inferior y el estomago, por una disminución transitoria o mantenida de la presión del esfínter esofágico inferior. La hipotensión mantenida del esfínter esofágico inferior se debe a debilidad muscular, con frecuencia sin causa evidente.

Las causas secundarias de incompetencia del esfínter esofágico inferior son las enfermedades del tipo esclerodermia. la miopatía asociada con la pseudo-obstrucción crónica intestinal, el embarazo, el tabaquismo, los fármacos anticolinérgicos, los relajantes de la fibra muscular lisa, betaadrenergicos, aminofilina, nitratos, antagonistas del calcio, inhibidores de la fosfodiesterasa, la destrucción quirúrgica del esfínter esofágico inferior y la esofagitis. El incremento de la relajación transitoria del esfínter esofágico inferior provocada durante la distensión gástrica se asocia con el reflujo gastroesofágico. Un reflejo similar tiene lugar durante el eructo. Además de por la incompetencia de las barreras, hay más probabilidad de que retroceda el contenido gástrico en las siguientes situaciones:

a) Cuando aumenta el volumen gástrico (después de las comidas, en la obstrucción pilórica o síndrome de estasis gástrica y en los estados de hipersecreción ácida).

b) Cuando el contenido gástrico está situado cerca de la unión gastroesofágica (por el decúbito, la inclinación hacia adelante o la existencia de hernia hiatal).

c) Cuando aumenta la presión gástrica (por obesidad, embarazo, ascitis y cinturones o prendas muy ceñidas).

La exposición total del esófago al ácido refluído se corresponde con el posible

daño sobre la mucosa. La exposición depende de la cantidad de material que refluye por episodio, la frecuencia de los episodios de reflujo y la velocidad de limpieza del esófago por la gravedad y la contracción peristáltica. Cuando las contracciones peristálticas están alteradas, la limpieza del esófago también se altera. El ácido refluido en el esófago es neutralizado por la saliva. De este modo, la alteración de la secreción salival también incrementa el tiempo de exposición de esófago al ácido. Si el material refluido llega hasta el esófago cervical y supera el esfínter superior, puede penetrar en la faringe, la laringe y la traquea, provocando tos crónica, broncoespasmo, faringitis, laringitis o bronquitis.

2.2.2 MANIFESTACIONES SISTÉMICAS

Según Harrison (1998: p.1804): La regurgitación de material agrio en la boca y la pirosis son los síntomas típicos del reflujo gastroesofágico:

Regurgitación es la aparición espontánea y sin esfuerzo del contenido gástrico o esofágico en la boca, consiste en un líquido mucoso insípido o en alimentos no digeridos que llegan a la boca y tienen lugar en el reflujo gastroesofágico como un material amargo o ácido, puede complicarse con aspiración laríngea, brotes de tos y sensación de ahogo que despiertan al paciente dormido.

La pirosis es la manifestación más común de la enfermedad esofágica, puede afectar al 20% de los sujetos normales, aunque suele utilizarse el término “ardor” en lugar de “dolor”, la pirosis puede aumentar a tal intensidad que se percibe dolor. Los pacientes suelen describir el trastorno con un movimiento de la mano abierta que sube y baja por el esternón, suele aliviarse si bien solo temporalmente con antiácidos y empeora al acostarse o levantarse después de comidas abundantes o ingestión excesiva de alcohol. Algunos pacientes presentan un dolor de tipo anginoso, y lo describen con

el puño cerrado, o un dolor torácico atípico, mientras que otros no sufren ni ardor ni dolor.

También según Harrison (1998: p.1804), entre otros de los síntomas del reflujo gastroesofágico se encuentran:

La disfagia que se denomina la sensación de que se ha detenido el bolo alimenticio durante la deglución; aún cuando sea transitoria denota disfunción del esófago. El paciente suele utilizar expresiones peculiares (como de que “se le pega” el alimento cuando comienza a ingerirlo u otras descripciones) y suele señalar con el dedo un sitio subjetivo de la detención. Algunos manifiestan que empeora en momentos de tensión emocional grave, el intento de forzarlo a bajar con agua conlleva a un regreso súbito de líquido lo que conlleva a una mayor probabilidad de trastornos. La disfagia persistente sugiere el desarrollo de una estenosis péptica. La mayoría de los pacientes con estenosis péptica tienen antecedentes de pirosis durante varios años antes de la aparición de la disfagia.

Alrededor del 50 % de los pacientes con dificultad para tragar tienen una obstrucción mecánica; el resto presenta un trastorno motor. La historia clínica cuidadosa con frecuencia sugiere un diagnóstico y lleva a la solicitud de las pruebas diagnósticas adecuadas. Sin embargo, en una tercera parte de los pacientes la disfagia es el síntoma de presentación. Una disfagia rápidamente progresiva con pérdida de peso puede indicar el desarrollo de un adenocarcinoma sobre un esófago de Barrett.

Así mismo estos pacientes presentan **Odinofagia**, que es el dolor durante la deglución que ocurre cuando la detención del bolo alimenticio empeora, a medida que continúa la obstrucción del esófago. Suele desaparecer una vez que el material deglutido ha descendido del esófago. Puede alcanzar tal intensidad que el individuo se niega a deglutir cualquier

sólido o líquido.

El reflujo grave puede alcanzar la faringe y la boca, causando, laringitis, ronquera matutina y aspiración pulmonar. La aspiración pulmonar recurrente produce neumonía por aspiración, fibrosis pulmonar o asma crónica. Por el contrario, muchos pacientes con reflujo gastroesofágico se mantienen asintomáticos o se automedican, por lo que no solicitan asistencia medica hasta que no aparece una complicación.

Entre estas complicaciones se tienen:

El Esófago de Barrett: es la metaplasia del epitelio escamoso a epitelio cilíndrico, es una complicación de la esofagitis por reflujo grave, y constituye un factor de riesgo para la aparición del adenocarcinoma de esófago. El epitelio cilíndrico metaplásico se desarrolla durante el proceso de cicatrización de la esofagitis erosiva con reflujo mantenido de ácido, porque es más resistente a la lesión inducida por el ácido y la pepsina que el epitelio escamoso. El epitelio metaplásico constituye un mosaico de diferentes tipos epiteliales, formado por células en copa y cilíndricas, que presentan propiedades tanto de las células secretoras como de las absorptivas (metaplasia incompleta o de tipo III). El epitelio de Barrett evoluciona a una etapa displásica antes de desarrollar el adenocarcinoma. La tasa de aparición de adenocarcinoma es de 1:200 pacientes/año; los que presentan una metaplasia intestinal de mas de 2 a 3 cm. de longitud tienen un riesgo de 30 a 125 veces más alto de padecer un cáncer de esófago que la población general

Las úlceras: Es una lesión de la mucosa del estómago o duodeno, en cuya patogenia desempeña un papel importante el ácido y la pepsina, del estómago. Las principales formas son: La Úlcera Duodenal (UD) y la Úlcera Gástrica (UG); ambas son enfermedades crónicas frecuentemente causadas por complicaciones de otras enfermedades del estómago, constituye un factor de riesgo, a desarrollar cáncer

gástrico. El desarrollo de una Úlcera depende del equilibrio entre los factores agresivos (principalmente el ácido gástrico y la pepsina) y los factores que participan en la defensa de la mucosa o la resistencia a la ulceración, cuando las defensas de la mucosa gastroduodenal son incapaces de proteger al epitelio de los efectos corrosivos del ácido y la pepsina.

La esofagitis por reflujo: es una complicación del reflujo que aparece cuando las defensas normales de la mucosa son incapaces de contrarrestar el “efecto del Bann” o producido por el ácido, la pepsina o la bilis que refluyen. La *esofagitis leve* se manifiesta como cambios microscópicos de infiltración mucosa por granulocitos o eosinófilos, hiperplasia de la capa basal y alargamiento de las crestas dérmicas. El aspecto endoscópico puede ser normal. La *esofagitis erosiva* presenta lesiones visibles con el endoscopio en forma de intensa congestión, friabilidad, hemorragias, úlceras lineales superficiales y exudados. La esofagitis erosiva puede producir sangrado y cicatrizar mediante metaplasia intestinal (*esófago de Barrett*), lo que constituye un factor de riesgo de adenocarcinoma.

La estenosis péptica, que es consecuencia de la fibrosis y produce constricción de la luz esofágica. Estas estenosis aparecen en alrededor del 10 % de los pacientes con esofagitis por reflujo no tratada. Las pequeñas, debidas a reflujo espontáneo, suelen hallarse en el tercio distal cerca de la unión escamocilíndrica, y miden de 1 a 3 cm. de longitud. Las grandes y tubulares se producen por vómitos persistentes o intubación nasogástrica prolongada. La estenosis esofágica produce normalmente disfagia progresiva, primero para sólidos y luego para líquidos; por el contrario, los trastornos esofágicos motores con frecuencia provocan disfagia intermitente tanto para sólidos como para líquidos.

2.2.2.1 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

El estudio diagnóstico del **Reflujo Gastroesofágico** puede dividirse en tres

etapas, según Harrison (1998: p.1809):

- a. Demostración de la lesión de la mucosa.
- b. Demostración y cuantificación del reflujo.
- c. Definición del mecanismo fisiopatológico.

La esofagitis por reflujo y sus complicaciones se valoran por medio de un estudio radiológico con bario, esofagoscopia y biopsia mucosa.

a. Demostración de la lesión de la mucosa, suele ser normal en la esofagitis no complicada, pero puede revelar una estenosis o formación de úlceras. La existencia de una estenosis péptica alta, una úlcera profunda o un adenocarcinoma indican la existencia de un esófago de Barrett. En ausencia de complicaciones, éste no puede ser diagnosticado de manera noble con los estudios con bario. La esofagoscopia puede mostrar una esofagitis erosiva, una estenosis péptica distal o una zona revestida de epitelio cilíndrico, con o sin estenosis péptica, úlcera o adenocarcinoma de localización proximal.

La esofagoscopia puede ser normal en muchos pacientes con esofagitis, siendo útiles en estos casos la biopsia y la prueba de Bernstein. Las biopsias de la mucosa deben obtenerse al menos 5 cm por encima del esfínter esofágico inferior, ya que en sujetos normales son muy frecuentes los cambios en la mucosa esofágica más distal por esofagitis crónica. Se obtienen resultados falsos positivos y falsos negativos en el 10%, aproximadamente, de todas las biopsias. En pacientes con esofagitis por reflujo, la administración de ácido produce ardor, pero no así la de suero. La administración de ácido en las personas normales no suele causar síntomas. Las manifestaciones supraesofágicas se diagnostican con una exploración otorrinolaringológica cuidadosa.

Un tratamiento de prueba con un inhibidor de la bomba de protones, como el

omeprazol, (40 mg cada 12 horas) durante una semana apoya con claridad el diagnóstico de reflujo gastroesofágico.

b. La demostración y la cuantificación del reflujo, cuando son necesarias, se realizan mediante un registro ambulatorio continuo (24 horas) del pH esofágico. Para valorar el reflujo faringeo puede ser útil emplear un sistema que registre simultáneamente la faringe y el esófago. El registro del pH solo es útil para estudiar el reflujo de ácido. La presencia de bilis o de secreciones alcalinas intestinales viene sugerida por la aparición de síntomas de reflujo en ausencia de ácido gástrico, y demostrando la existencia de bilis en el aspirado del líquido refluído en el esófago. Solo es necesario demostrar la presencia de reflujo cuando su papel en el cuadro sintomático del paciente no está claro, especialmente durante el estudio de síntomas supraesofágicos y de dolor torácico sin indicios endoscopios de esofagitis.

c. La definición del mecanismo fisiopatológico del reflujo gastroesofágico es a veces necesaria para tomar decisiones terapéuticas, como la de realizar una intervención quirúrgica antireflujo. Los estudios de la motilidad esofágica pueden proporcionar información cuantitativa útil sobre la competencia del EEI y la función motora esofágica.

Entre otras de las pruebas aplicadas para el diagnóstico se encuentra:

2.2.2.2 ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

Aunque la endoscopia gastrointestinal se ensayo durante más de 200 años, no fue hasta la introducción de los gastroscopios semi-rígidos hacia la mitad del siglo XX que no empezó la era de la endoscopia moderna. Desde entonces los rápidos avances en la tecnología endoscópica se han traducido en cambios espectaculares en el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades digestivas. Los dispositivos endoscópicos innovadores y las nuevas

modalidades terapéuticas endoscópicas siguen expandiendo la aplicación de la endoscopia en clínica.

Según Harrison (1998), los endoscopios flexibles proporcionan una imagen óptica (transmitida a través de haces de fibras ópticas) o una imagen electrónica de video (generada por un dispositivo con carga acoplada situado en la punta del endoscopio). Los controles del operador permiten doblar la punta del endoscopio; las fibras ópticas llevan la luz hasta la punta de éste y los canales de trabajo permiten lavar, succionar e introducir instrumental. Los cambios progresivos en el diámetro y la rigidez de los endoscopios han mejorado la facilidad de su manejo y la tolerancia de los pacientes a la técnica. (p.1910)

TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS

Endoscopia superior. La endoscopia superior, también denominada esofagogastroduodenoscopia (EGD), se realiza introduciendo un endoscopio flexible a través de la boca hasta el esófago, el estomago, el bulbo y la segunda porción del duodeno. Es la mejor técnica para examinar la mucosa gastrointestinal superior. Así como la radiología gastrointestinal superior tiene una exactitud similar para el diagnóstico de la ulcera duodenal, la esofagogastroduodenoscopia es superior para detectar úlceras gástricas y permite realizar biopsias dirigidas y tratamiento endoscópico si es necesario.

En la misma se utiliza anestesia faríngea tópica, y en los Estados Unidos a la mayoría de los pacientes se les administra también sedación intravenosa continua para disminuir la ansiedad y las molestias de la técnica, aunque en muchos países se efectúa de forma habitual sin sedación. La reciente

introducción de endoscopios ultrafinos de 5 mm de diámetro para endoscopia transnasal sin sedación puede reducir la necesidad de esta en los Estados Unidos para realizar endoscopias, lo que disminuirá también los costos y riesgos de la técnica.

Colonoscopia. La colonoscopia se lleva a cabo pasando un colonoscopio flexible a través del conducto anal por el recto y el cólon. El ciego se alcanza en más del 95 % de los casos, y con frecuencia también es posible examinar el íleon terminal. La colonoscopia es el «método de elección» para el diagnóstico de las enfermedades de la mucosa del cólon. El enema de bario es más exacto para estudiar los divertículos y para medir las estenosis del cólon, mientras que la colonoscopia resulta más sensible para el estudio de pólipos y de cánceres. La colonoscopia es más molesta que la esofagogastroduodenoscopia para la mayoría de los pacientes, y en los Estados Unidos habitualmente se administra sedación consciente antes de ejecutarla, aunque un paciente colaborador y un explorador experto pueden llevar a cabo la técnica sin necesidad de sedación en muchos casos.

Sigmoidoscopia flexible. Es similar al colonoscopio, pero permite visualizar solo el recto y una porción variable del cólon izquierdo, normalmente hasta 60cm del margen anal. La técnica produce retorcijones abdominales, pero es breve y casi siempre se realiza sin sedación. La sigmoidoscopia flexible se utiliza principalmente para estudios de detección en pacientes asintomáticos con riesgo medio de presentar pólipos de cólon y también se puede utilizar para el estudio de la diarrea.

Enteroscopia. La enteroscopia es un campo relativamente nuevo dentro de la endoscopia del intestino delgado. Actualmente se están utilizando dos técnicas. La enteroscopia se realiza con un endoscopio largo de diseño superior al endoscopio superior. El enteroscopio es introducido a través del intestino

delgado con ayuda de una funda rígida que se extiende desde la boca hasta el duodeno. Con frecuencia es posible llegar hasta la porción media del duodeno; esta dotado de un conducto instrumental para revisar biopsias o tratamiento endoscópico.

La enteroscopia por sonda utiliza un endoscopio flexible muy largo y fino, con una punta tarada y no permite realizar biopsias. La enteroscopia por sonda se introduce por la nariz hasta el duodeno mediante un endoscopio convencional, y luego se va avanzando lentamente aprovechando la peristalsis intestinal durante varias horas. Con esta técnica es posible alcanzar en la mayoría de los casos el ciego o el íleon distal. La mucosa del intestino delgado se explora mientras progresa la sonda enteroscópica, aunque pueden quedar sin explorar partes de la mucosa cuando el endoscopio es rechazado hacia atrás en las curvas de las asas.

La principal indicación de estas técnicas es la hemorragia inexplicada del intestino delgado.

Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica (ERCP). Durante la misma se pasa un endoscopio de visión lateral a través de la boca hasta el duodeno, se identifica la ampolla de Vater y se canaliza con un catéter fino de plástico, introduciendo a continuación material de contraste radiológico en el conducto biliar y el pancreático bajo visión fluoroscópica. Cuando esta indicado se puede abrir el esfínter de Oddi utilizando la técnica de la esfinterotomía endoscópica. Es posible retirar cálculos de los conductos, y las estenosis que presentan se pueden biopsiar, dilatar y sondear mediante endoprótesis. La ERCP se realiza con frecuencia con fines terapéuticos, aunque sigue siendo un importante método diagnóstico, especialmente para los cálculos de las vías biliares.

Ecografía endoscópica (EE). La EE utiliza transductores ecográficos de alta frecuencia incorporados en la punta de un endoscopio flexible. Con esta técnica es posible obtener imágenes de la pared intestinal y órganos adyacentes, así como de los vasos y ganglios linfáticos. Sacrificando la profundidad de la penetración endoscópica y acercando el transductor ecográfico al área de interés es posible obtener imágenes de muy alta resolución. La EE proporciona el sistema de estadificación preoperatoria local más exacto en los tumores malignos de esófago, páncreas y recto, aunque no permite detectar la mayoría de las metástasis a distancia. También es una técnica muy sensible para el diagnóstico de cálculos de los conductos o de la vesícula biliar, de lesiones gastrointestinales submucosas y de la pancreatitis crónica. La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de las masas y ganglios linfáticos del mediastino posterior, el abdomen y la pelvis se pueden realizar bajo control ecográfico endoscópico.

RIESGOS DE LA ENDOSCOPIA

Todas las técnicas endoscópicas según Harrison (1998: p.1911): Acarrear un cierto riesgo de hemorragia y perforación gastrointestinal. Estos riesgos son bastante bajos en la endoscopia superior y la colonoscopia diagnosticas (< 1:1000 técnicas), aunque el riesgo Vega a ser tan alto como 1:100 cuando se realizan intervenciones terapéuticas como la polipectomia, el control de una hemorragia o la dilatación de una estenosis. La hemorragia y la perforación son raras con el sigmoidoscopio flexible.

Las complicaciones infecciosas son raras en la mayoría de las técnicas endoscópicas. No obstante, la dilatación de estenosis, la escleroterapia de varices y la colangiopancreatografía retrograda endoscópica por obstrucción biliar suponen una mayor incidencia de bacteriemia posterior a la técnica, por lo que puede estar indicado utilizar antibióticos profilácticos en estas

intervenciones en algunos pacientes.

La colangiopancreatografía retrograda endoscópica supone riesgos adicionales. Se produce pancreatitis en aproximadamente el 5 % de los pacientes sometidos a esta técnica, y hasta en el 25 % de aquellos que presentan una disfunción del esfínter de Oddi. La pancreatitis post-colangiopancreatografía retrograda endoscópica es habitualmente leve y de evolución limitada, aunque ocasionalmente puede motivar una hospitalización prolongada con necesidad o no de intervención quirúrgica, diabetes o incluso la muerte. Se producen hemorragias en el 1 % de las esfinterotomias endoscópicas. Como consecuencia de la ERCP se pueden producir también colangitis ascendente, infecciones de pseudoquistes y perforación retroperitoneal con formación de un absceso.

La sedación consciente administrada durante la endoscopia puede provocar depresión respiratoria o reacciones alérgicas. La colocación de un tubo percutáneo de gastrostomía durante una EGD se asocia con una incidencia de complicaciones del 10 al 15%, la mayoría de ellas en forma de infecciones de la herida. Otras posibles complicaciones de la colocación de un tubo de gastrostomía son la fascitis, la neumonía, las hemorragias y las lesiones del colon.

ENDOSCOPIA DE URGENCIA

Hemorragia Digestiva Aguda. La endoscopia es una importante técnica diagnóstica y terapéutica para los pacientes con hemorragia digestiva aguda. Aunque la mayoría de ellas ceden espontáneamente, una minoría de pacientes presentan hemorragias persistentes o recurrentes que pueden llegar a suponer una amenaza para la vida. Los factores clínicos predictivos del resangrado ayudan a identificar a los pacientes con más probabilidades de beneficiarse de

una endoscopia urgente y de la realización de hemostasia por vía endoscópica, angiográfica o quirúrgica.

Evaluación inicial. La evaluación inicial del paciente sangrante se centra en la magnitud de la hemorragia, que viene reflejada por las constantes vitales posturales, la frecuencia de la hematemesis, en algunos casos, los hallazgos del lavado nasogástrico. Los valores medidos del hematocrito y la hemoglobina tardan en modificarse en la evolución clínica y pueden no resultar fiables para valorar la magnitud de la hemorragia aguda.

Esta evaluación inicial, completada bastante antes de que se haya identificado con exactitud el origen del sangrado, condiciona el tratamiento de sostén inmediato del paciente y ayuda a determinar el momento de realizar la endoscopia. La magnitud de la hemorragia inicial es probablemente el indicador más importante de una endoscopia urgente, ya que una hemorragia inicial abundante incrementa las probabilidades de que sea persistente o recurrente.

Los pacientes con hipotensión en reposo, hematemesis repetidas, aspirados nasogástricos que no se aclaran después de lavados repetidos o que precisan transfusión de sangre son los candidatos para realizar una endoscopia urgente.

Además, los pacientes con cirrosis, coagulopatías o insuficiencia respiratoria o renal, y los de más de 70 años de edad, tienen más probabilidades de presentar un resangrado significativo.

La evaluación clínica inicial también sugiere el origen digestivo superior o inferior de la hemorragia en la mayoría de los pacientes. Alrededor del 90% de los casos con melena se deben a hemorragias proximales al Ligamento de Treitz, mientras que el 90% de los pacientes con hematoquecia sangran por el colon. No

obstante, es importante resaltar que se puede producir melena como consecuencia de una hemorragia en el intestino delgado o el colon derecho, especialmente en pacientes ancianos con un transito intestinal lento, por lo que en enfermos con melenas en los que la endoscopia superior es normal se debe realizar una colonoscopia. De forma similar, una minoría de pacientes con hematoquecia masiva están sangrando por una úlcera duodenal, con un transito intestinal rápido. Por ello, se debe considerar la realización de una endoscopia superior precoz en los pacientes con hematoquecia masiva.

La endoscopia se debe llevar a cabo después de que el paciente este estabilizado y se hayan aportado líquidos intravenosos o transfusiones en función de las necesidades. También se tratan las coagulopatías intensas o la trombocitopenia antes de llevar a cabo la endoscopia, ya que la corrección de estos trastornos puede conseguir la resolución de la hemorragia y Las técnicas disponibles de hemostasia endoscópica son limitadas en este tipo de pacientes. También es necesario prestar atención a las alteraciones metabólicas. Se debe considerar la posibilidad de realizar una intubación traqueal para proteger la vía respiratoria antes de realizar una endoscopia superior en pacientes con hematemesis repetidas y en los que se sospechan varices esofágicas.

En la mayoría de los pacientes con hematoquecias llamativas es posible realizar una colonoscopia después de administrar un purgante rápido del colon con una solución de polietilenglicol; el líquido de preparación muchas veces se administra a través de la sonda nasogástrica. En una minoría de casos una hemorragia persistente y la inestabilidad hemodinámica recurrente impiden visualizar a través del endoscopio la mucosa del colon, y es necesario utilizar otras técnicas (como gammagrafías para detectar hemorragias, angiografías o incluso una colectomía subtotal de urgencia). No obstante, incluso en estos casos se debe visualizar con el endoscopio la mucosa del ano y del recto lo antes posible, ya que las lesiones sangrantes situadas en o cerca del conducto anal son

generalmente accesibles a las técnicas de hemostasia quirúrgica transanal; además, se debe realizar una endoscopia superior para excluir una úlcera duodenal.

Úlcera péptica. El aspecto endoscópico de las úlceras pépticas proporciona información pronóstica útil en los pacientes con hemorragia aguda. Cuando se observa un coágulo plaquetario sobresaliendo de la pared de un vaso en la base de una úlcera (el llamado coágulo centinela o vaso visible) existe un 40% de probabilidades de que se produzca un resangrado importante de la úlcera. Este hallazgo con frecuencia indica un tratamiento endoscópico local para disminuir la tasa de resangrado.

Por el contrario, una úlcera de fondo claro se asocia con un riesgo bajo de resangrado (del 3 al 5%); los pacientes con melenas y una úlcera duodenal de fondo claro son dados de alta desde el departamento de urgencias o la sala de endoscopia si son jóvenes, fiables y por lo demás sanos. Otros hallazgos que suponen un riesgo intermedio de resangrado son los siguientes: los cuadros o los planos rojos o púrpura en la base de las úlceras tienen un 10% de riesgo, mientras que los cuajo las grandes adherentes que cubren la base de las úlceras tienen un riesgo del 20%. Ocasionalmente, es posible observar sangrado a chorro activo de una úlcera arde (con más de un 90% de riesgo de hemorragia persistente).

El paciente con un vaso visible o una hemorragia activa se trata habitualmente por vía endoscópica, disminuyendo así el riesgo de resangrado a la mitad. Las técnicas que hemostáticas son la coagulación coactiva del vaso en la base de la úlcera utilizando una asa térmica que se comprime contra el lugar del sangrado, o inyectando adrenalina o una sustancia esclerosante en y alrededor del vaso.

La ulcera péptica causa clásicamente dolor persistente epigástrico o quemazón, con frecuencia de aparición nocturna, y que se alivia rápidamente con la ingestión de alimento o antiácidos. Aunque la endoscopia es la prueba diagnóstica más sensible para la ulcera péptica, su realización inmediata es una estrategia cara en pacientes jóvenes con síntomas dispépticos de tipo ulceroso, a menos que se pueda disponer de la endoscopia a bajo coste.

En los pacientes en los que se sospecha una ulcera péptica se debe evaluar la presencia de una infección con *Helicobacter pylori*. La serología (que documenta una infección presente o pasada) y la prueba de urea en el aliento (que demuestra la presencia de una infección actual) son pruebas menos invasoras y caras que la endoscopia con biopsia. En los pacientes en los que persisten los síntomas de tipo ulceroso a pesar del tratamiento esta indicado realizar una endoscopia para excluir un tumor maligno gástrico, y lo mismo sucede con los que presentan «síntomas de alarma» (saciedad precoz o anorexia, recurrencia precoz de los síntomas o anemia).

ENDOSCOPIA PROGRAMADA

Cuando están presentes los síntomas clásicos de reflujo gastroesofágico, como la pirosis y el ardor subesternal, en general son suficientes el diagnóstico de presunción y el tratamiento empírico. Aunque la endoscopia es sensible para diagnosticar la esofagitis, pasa por alto algunos casos de reflujo, ya que algunos pacientes presentan reflujo sintomático sin esofagitis.

La prueba más sensible para diagnosticar la enfermedad por reflujo gastroesofágico es la vigilancia ambulatoria del pH durante 24 horas. En todo caso, la endoscopia está indicada en los pacientes con síntomas de reflujo resistentes y en los que después del tratamiento reaparece la dispepsia, sin que esta esté claramente relacionada con el reflujo sobre la base de los datos

clínicos, para valorar el esófago y excluir otras enfermedades.

La endoscopia también se aconseja en un paciente con reflujo y disfagia para descartar la presencia de una estenosis o una enfermedad maligna. Probablemente también esta indicada en pacientes con pirosis frecuente de larga duración (> 10 años), que presentan un riesgo 6 veces mayor de sufrir un esófago de Barrett en comparación con un paciente cuyos síntomas de reflujo tengan una duración menor de un año. Los pacientes con esófago de Barrett habitualmente son incluidos en un programa de endoscopias periódicas con biopsia para detectar la aparición de displasias o de un carcinoma precoz.

Dispepsia no ulcerosa. Se puede asociar con regurgitaciones y, a diferencia de la ulcera péptica, no tiende a presentar una evolución de remisiones y recaídas. La mayoría de los pacientes no responden al tratamiento con antiácidos, procinéticos o antibióticos contra *Helicobacter*, y se remiten para endoscopia con el fin de excluir una ulcera rebelde. Aunque la endoscopia es útil para excluir otros diagnósticos, en general aporta poco al tratamiento de los pacientes con dispepsia no ulcerosa.

2.2.2.3 ESTUDIOS RADIOLÓGICOS

Según Harrison (1998), la radioscopia y el esofagograma con papilla de bario es la prueba diagnóstica más utilizada para las enfermedades esofágicas y puede emplearse para valorar las alteraciones tanto motoras como anatómicas. Puesto que la fase faríngea de la deglución no dura más de un segundo, la videofluoroscopia suele ser obligada para identificar y analizar las anomalías de la función de la boca y la farínge. Se estudia la farínge para identificar estasis de bario en las valléculas y senos piriformes y la regurgitación del material hacia la nariz y el árbol traqueobronquial. Es preciso buscar el paso espontáneo de bario desde el estómago hacia el esófago en

todos los pacientes en que se sospeche esofagitis por reflujo.

El peristaltismo esofágico se estudia mejor con el sujeto en decúbito, puesto que en bipedestación el paso de la mayor parte de la papilla se produce sólo por la fuerza de la gravedad. La esofagografía de doble contraste obtenida revistiendo la mucosa esofágica con bario y distendiendo la luz con aire mediante gránulos efervescentes resulta especialmente útil en la demostración de las úlceras y cánceres precoces de la mucosa. En ocasiones, para demostrar una lesión obstructiva, se utiliza un trozo de pan impregnado en bario o un comprimido de bario de 13 mm. (p.1804)

2.2.2.4 ESOFAGOSCOPIA

Según Harrison (1998), la esofagoscopia es el método más directo para establecer la causa de una disfagia mecánica y para identificar las lesiones de la mucosa, como las úlceras superficiales y la esofagitis, que pueden no verse con el estudio baritado normal. Si existe una importante estenosis de la luz, la exploración puede llevarse a cabo mediante un endoscopio de pequeño calibre, aunque a veces es imprescindible dilatar la zona antes de poder realizar el examen endoscópico completo. Las biopsias transendoscópicas son de gran utilidad para diagnosticar carcinomas, esofagitis por reflujo u otras enfermedades de la mucosa. La obtención de células mediante raspado de la mucosa con un cepillo de teflón durante la endoscopia permite a veces el diagnóstico citológico de carcinomas. (p.1804)

2.2.2.5 MOTILIDAD ESOFAGICA

Según Harrison (1998), el estudio de la motilidad esofágica requiere el registro simultáneo de las presiones de distintas zonas de la luz esofágica. Ello se consigue habitualmente mediante un tren de sondas de presión situadas con intervalos de 5 cm. Los esfínteres esofágicos superior e inferior aparecen como zonas de alta presión que se relajan al tragar. La faringe y el cuerpo del esófago muestran

ondas peristálticas con cada deglución.

Los estudios de la motilidad esofágica son muy útiles para el diagnóstico de acalasia, espasmo esofágico difuso y sus variantes, esclerodermia y otros trastornos motores del esófago, pero inútiles para el diagnóstico de la disfagia mecánica. En los pacientes con esofagitis por reflujo la uranometría esofágica permite cuantificar la competencia del esfínter inferior y proporciona información sobre la actividad motora del cuerpo del esófago. La información así obtenida es cuantitativa y no puede lograrse mediante papilla de bario o endoscopia. (p.1804)

2.2.3 TRATAMIENTO DE REFLUJO GASTROEOFÁGICO

Según Harrison (1998: p.1809):

Los objetivos del tratamiento consisten en reducir el reflujo gastroesofágico, neutralizar el material que refluye, mejorar el vaciamiento esofágico y proteger la mucosa esofágica. Todo ello puede lograrse con ciertas medidas generales y varios medicamentos específicos.

El tratamiento de los casos no complicados suele comprender adelgazar, dormir con el cabecero de la cama elevado 4 a 6 cm con tacos y eliminar los factores que aumentan la presión abdominal. Los pacientes deben evitar el tabaco, las comidas ricas en grasas, el café, el chocolate, el alcohol, la menta, el zumo de naranja, la ingestión de abundante líquido con las comidas y determinados medicamentos (como los anticolinérgicos, los antagonistas del calcio y otros relajantes del músculo liso). Deben evitar también ingerir grandes cantidades de líquido en las comidas. En los casos leves. Los bloqueadores del receptor H₂ (cimetidina 300 mg; ranitidina, 150 mg; o famotidina, 20 mg) administrados a demanda pueden ser suficientes.

En los casos moderados o graves, es preciso reforzar las medidas antes citadas. Se usan en dosis más altas (cimetidina, 300 mg cuatro veces al día, ranitidina

150 mg dos veces al día, famotidina 20 mg dos veces al día). Si el paciente no responde por completo. Se prescribe un procinético, como por ejemplo la metoclopramida (10 mg) o la cisaprida (10 a 20 mg) 30 minutos antes de las comidas y al acostarse, con el fin de elevar la presión del esfínter, acelerar el vaciamiento gástrico y mejorar el vaciamiento esofágico. La metoclopramida puede causar efectos secundarios extrapiramidales. La inhibición de la bomba de la célula parietal que es responsable de la secreción ácida, con omeprazol (20 a 40 mg, diariamente) es una forma de tratamiento extremadamente eficaz con la cual se ha demostrado que cicatriza la esofagitis erosiva.

La esofagitis por reflujo exige un tratamiento prolongado de 3 a 6 meses, o más si la enfermedad recidiva con rapidez. Los pacientes que presentan complicaciones como el esófago de Barrett (con o sin úlcera pro-funda) deben ser tratados enérgicamente.

Los que presentan una estenosis péptica asociada se tratan con dilatadores para aliviar la disfagia, así como con un tratamiento enérgico del reflujo. Los pacientes con metaplasia intestinal especializada deben ser vigilados para detectar la aparición de displasia de alto grado y adenocarcinoma precoz, que han de tratarse si aparecen.

La vigilancia consiste en seguirlos de cerca con biopsias endoscópicas periódicas. En los pacientes sin displasia está indicada la revisión endoscópica cada 1-6-2 años; los pacientes con displasia precisan una vigilancia más frecuente. Pacientes candidatos a cirugía con displasia de alto grado y carcinoma precoz se tratan con esofagectomía y anastomosis esofagogástrica.

La cirugía antireflujo, que consiste en rodear el esófago con el fundus gástrico (funduplicatura), incrementa la presión del esfínter inferior y debe considerarse en los casos resistentes y complicados que no responden por completo

al tratamiento médico o en pacientes en los que no es deseable un tratamiento médico a largo plazo. Se emplea cada vez más la funduplicatura laparoscópica. En los candidatos ideales para la funduplicatura, los estudios de motilidad deben mostrar de forma persistente una presión del esfínter esofágico inferior inadecuada, aunque con contracciones peristálticas normales en el cuerpo del esófago.

El tratamiento de los pacientes con esofagitis alcalina consiste en medidas generales antireflujo y neutralización de las sales biliares con colestiramina, hidróxido de aluminio o sucralfato. Este último resulta particularmente útil en estos casos porque también actúa como protector de la mucosa.

2.2.4. MANIFESTACIONES BUCALES

HALITOSIS.

Según Carranza (2002: p.461):

La halitosis también llamada feter exore o feter oris, es un olor desagradable u ofensivo que emite la cavidad bucal. Los olores de la boca pueden tener relevancia diagnóstica, y su origen puede ser bucal o extrabucal.

La causa principal de la halitosis son compuestos sulfúricos volátiles, en especial ácido sulfhídrico y metilmercaptano. Productos de la putrefacción bacteriana de proteínas que contienen aminoácidos sulfúricos. Estos productos intervienen en la transición de salud a gingivitis y luego a periodontitis.

Las fuentes locales de los olores bucales son la lengua y el surco gingival, y abarcan la retención de partículas alimentarias odoríferas sobre los dientes y entre ellos, lengua saburral, gingivitis ulcerativa necrosante (GUN), estados de deshidratación, caries, prótesis, aliento de fumador, y heridas quirúrgicas o de extracción en vías de cicatrización. Es fácil identificar el olor fétido característico de la gingivitis ulcerativa

necrosante. La periodontitis crónica con formación de bolsas también origina olor bucal desagradable por la acumulación de desechos y la mayor velocidad de la putrefacción salival.

Entre las fuentes extrabucales de los olores de la boca están las infecciones o trastornos de las vías respiratorias, (bronquitis, neumonía, bronquiectasia u otras) y olores excretados por medio de los pulmones por sustancias aromáticas presentes en la circulación, como metabolitos de alimentos ingeridos o productos de excreción en el metabolismo celular. El aliento alcohólico, el olor a acetona de los diabéticos y el hálito urémico que acompaña a la disfunción renal son ejemplos de este último grupo.

GINGIVITIS (INFLAMACIÓN GINGIVAL)

Según Carranza (2002: p.281):

Los cambios patológicos en la gingivitis se relacionan con la presencia de microorganismos en el surco gingival. Esos gérmenes tienen capacidad de sintetizar productos (p. ej., colagenasa, hialuronidasa, proteasa, sulfatasa de condroitina o endotoxinas) que dañan las células de los tejidos conectivo y epitelial, así como los componentes intercelulares, como la colágena, la sustancia fundamental y el glucocáliz (cubierta celular). El ensanchamiento resultante de los espacios intercelulares del epitelio de unión durante la gingivitis temprana puede permitir que agentes lesivos derivados de las bacterias o ellas mismas pasen al tejido conectivo.

Los productos microbianos activan monocitos y macrófagos para que produzcan sustancias vasoactivas como prostaglandina, interferón, factor de necrosis tumoral o interleucina.

La secuencia de fenómenos en el desarrollo de la gingivitis se produce en tres fases diferentes. Es obvio que una etapa evoluciona a la siguiente sin líneas divisorias definidas.

a) Gingivitis de la Fase I: Lesión Inicial.

Las primeras manifestaciones de la inflamación gingival son cambios vasculares que en esencia consisten en dilatación de capilares y aumento de la circulación sanguínea. Estos cambios inflamatorios iniciales ocurren en respuesta a la activación microbiana de leucocitos residentes y la consiguiente estimulación de las células endoteliales. Esta reacción de la encía a la placa bacteriana (**gingivitis subclínica**) no es perceptible desde el punto de vista clínico en esta fase temprana también es posible reconocer cambios sutiles en el epitelio de unión y el tejido conectivo perivascular. Los linfocitos pronto comienzan a acumularse. El incremento en la migración de los leucocitos y su acumulación en el surco gingival pueden correlacionarse con un incremento del flujo del líquido gingival en el surco.

El carácter y la intensidad de la respuesta del huésped determinan si la lesión inicial se resuelve con rapidez, con restitución del tejido a su estado normal, o si se convierte en una lesión inflamatoria crónica. Si esto último ocurre, al cabo de unos días aparece un infiltrado de macrófagos y células linfoides.

b) Gingivitis de la Fase II: Lesión Temprana.

Conforme el tiempo transcurre pueden aparecer signos clínicos de eritema, en especial proliferación de capilares y mayor formación de asas capilares entre las proyecciones interpapilares. También puede observarse hemorragia al sondeo. Se observa un incremento en el grado de destrucción de la colágena.

Los principales grupos de fibras que se afectan son las circulares y las dentogingivales. Asimismo se describen alteraciones en los rasgos morfológicos de los vasos sanguíneos y los patrones del lecho vascular. Los polimorfonucleares que abandonan los vasos sanguíneos en respuesta a la estimulación quimiotáctica de los componentes de la placa viajan hacia el epitelio, cruzan la lámina basal, aparecen en el epitelio y emergen en la zona de la bolsa. Los PMN son atraídos hacia las bacterias y las engloban mediante la fagocitosis. También liberan sus lisosomas en relación con la ingestión de bacterias. Los fibroblastos presentan alteraciones citotóxicas con menor capacidad para producir colágena.

c) Gingivitis de la Fase III: Lesión Establecida.

En la gingivitis crónica (etapa III) los vasos sanguíneos se dilatan y congestionan, el retorno venoso se altera y la circulación sanguínea se estanca. El resultado es anoxemia gingival localizada, que superpone a la encía enrojecida un tono algo azulado. La extravasación de los eritrocitos hacia el tejido conectivo y la descomposición de la hemoglobina en sus pigmentos elementales oscurecen aún más el color de la encía con inflamación crónica. La lesión establecida puede describirse como inflamación gingival de moderada a intensa.

Aunque el predominio de células plasmáticas es una característica primaria de la lesión establecida, varios estudios de gingivitis en seres humanos no hallaron predominio de plasmocitos en los tejidos conectivos afectados, incluso un estudio de seis meses de duración. El aumento en la proporción de células plasmáticas se observó en la gingivitis de larga data, pero el tiempo para la formación de la "lesión establecida" clásica puede exceder los seis meses.

Al parecer se establece una relación inversa entre la cantidad de haces de colágena intactos y el número de células inflamatorias. La actividad colagenolítica se incrementa en el tejido gingival inflamado. En condiciones normales la colagenasa está presente en los tejidos gingivales y es producida por ciertas bacterias bucales y polimorfonucleares. Estudios histoquímicos enzimáticos indican que la encía con inflamación crónica tiene valores altos de fosfatasa ácida y alcalina, glucuronidasa beta, glucosidasa beta, galactosidasa beta, esterasas, aminopeptidasa y oxidasa de citocromo. Los valores de mucopolisacáridos neutros decrecen, tal vez como resultado de la degradación de la sustancia fundamental.

d) Gingivitis de la Fase IV: Lesión Avanzada.

La extensión de la lesión hacia el hueso alveolar caracteriza una cuarta fase denominada *lesión avanzada o etapa de destrucción periodontal*.

Características Clínicas de la Gingivitis.

Según Carranza (2002: p.287):

a. Curso y duración:

La **gingivitis aguda** es de inicio súbito y duración breve, y puede ser dolorosa.

Una fase menos intensa de la lesión aguda se denomina subaguda. La **gingivitis recurrente** reaparece luego de su eliminación, mediante tratamiento o desaparición espontánea.

La **gingivitis crónica** es de inicio lento, persiste por mucho tiempo y no causa dolor a menos que la compliquen exacerbaciones agudas o subagudas. La gingivitis crónica es el tipo más frecuente, es una enfermedad fluctuante en la que la inflamación persiste o se resuelve y zonas normales se inflaman.

b. Distribución.

La *gingivitis localizada* se confina a la encía de un solo diente o un grupo de dientes. La *gingivitis generalizada* afecta toda la boca. La *gingivitis marginal* comprende el margen gingival pero puede incluir una porción de la encía insertada contigua. La *gingivitis papilar* abarca las papilas interdentes y a menudo se extiende hacia la porción vecina del margen gingival. Las papilas se afectan con más frecuencia que el margen gingival. Los primeros signos de la gingivitis suelen aparecer en las papilas. La *gingivitis difusa* afecta el margen gingival, la encía insertada y las papilas interdentes.

En casos individuales la distribución de la enfermedad gingival se describe mediante la combinación de los términos precedentes de la siguiente manera:

La *gingivitis marginal localizada* se limita a una o más zonas de la encía marginal.

La *gingivitis difusa localizada* se extiende desde el margen hasta el pliegue mucovestibular, pero se limita a una zona.

La *gingivitis papilar localizada* se confina a uno o más espacios interdentes en una región limitada.

La *gingivitis marginal generalizada* abarca los márgenes gingivales de todos los dientes. Por lo general las papilas interdentes también se afectan.

La *gingivitis difusa generalizada* abarca toda la encía. La mucosa alveolar y la encía insertada también se afectan, por lo que a veces la unión mucogingival desaparece.

En la etiología de la gingivitis difusa generalizada interviene en estados sistémicos y es difícil valorarlos si se sospecha que pueden ser un cofactor causal.

c. Hallazgos Clínicos

Según Carranza (2002: p.287):

Al valorar las características clínicas de la gingivitis, el odontólogo ha de ser sistemático. Es preciso prestar atención a las alteraciones sutiles del tejido porque a veces poseen importancia diagnóstica. Un abordaje clínico ordenado exige realizar el examen metódico de la encía respecto al color, contorno, consistencia, posición, facilidad e intensidad de la hemorragia, y dolor.

c.1 Hemorragia Gingival al Sondeo.

Los dos síntomas más tempranos de la inflamación gingival que preceden a la gingivitis establecida son:

- a. Formación más rápida de líquido del surco gingival.
- b. Hemorragia del surco gingival al sondeo delicado.

La hemorragia de la encía varía en intensidad, duración y facilidad con que surge. La hemorragia al sondeo es fácil de identificar en la clínica y por tanto es muy valiosa para el diagnóstico y la prevención temprana de la gingivitis más avanzada. Se sabe que la hemorragia al sondeo aparece antes que el cambio de color u otros signos visuales de inflamación. Además recurrir a la hemorragia en vez de los cambios cromáticos para diagnosticar la inflamación gingival temprana posee la ventaja de que la salida de sangre es un signo más objetivo que exige una estimación menos subjetiva de parte del examinador.

c.2 Hemorragia gingival causada por factores locales.

Hemorragia crónica y recurrente.

La inflamación crónica es la causa más frecuente de hemorragia gingival anormal al sondeo. La hemorragia es crónica o recurrente y la ocasiona el trauma mecánico (p. ej., el cepillado dental, los palillos de dientes o la impactación de alimentos) o el morder alimentos sólidos como manzanas.

Los sitios con hemorragia al sondeo presentan un área mayor de tejido conectivo inflamado (esto es, con abundantes células y tejido deficiente en colágena) que las zonas sin hemorragia. En la mayor parte de los casos el infiltrado celular de los lugares con hemorragia al sondeo contiene sobre todo linfocitos (una característica de la gingivitis de fase II, o temprana).

La intensidad de la hemorragia y la facilidad con que se produce dependen de la gravedad de la inflamación. Una vez que los vasos se dañan y rompen, un complejo de mecanismos produce la hemostasia. Las paredes vasculares se contraen y la circulación sanguínea disminuye. Las plaquetas se adhieren a los márgenes del tejido y se forma un coágulo fibroso, que se contrae y acerca los bordes de la zona lesionada. Sin embargo, la hemorragia reaparece cuando la zona se irrita. En los casos de periodontitis moderada o avanzada la presencia de hemorragia al sondeo se cataloga como un signo de destrucción activa del tejido.

Hemorragia aguda.

Los episodios agudos de hemorragia gingival son el resultado de una lesión ocurren de manera espontánea en la enfermedad gingival aguda. La laceración de la encía con las cerdas del cepillo dental durante el cepillado agresivo o con trozos agudos de alimentos duros causa hemorragia gingival aun en ausencia de enfermedad gingival. Las quemaduras gingivales por alimentos calientes o sustancias químicas incrementan la facilidad de producción de hemorragia gingival. En la gingivitis ulcerativa necrosante aguda puede ocurrir hemorragia espontánea o a la provocación leve. En esta alteración la ulceración del epitelio superficial necrótico expone los vasos sanguíneos dilatados del tejido conectivo inflamado.

Hemorragia gingival relacionada con alteraciones sistémicas.

En algunos trastornos sistémicos la hemorragia ocurre de manera espontánea o

después de la irritación y es excesiva y difícil de controlar. Estas enfermedades hemorrágicas representan una amplia gama afecciones que tienen diferentes factores causales y manifestaciones clínicas. Poseen en común una falla del mecanismo hemostático que genera hemorragia anormal en la piel, los órganos internos y otros tejidos, incluso la mucosa bucal.

La hemorragia puede deberse a insuficiencia de uno o más de los mecanismos hemostáticos. Los trastornos hemorrágicos en los que se observa hemorragia gingival anormal incluyen anomalías vasculares, deficiencia de vitamina C o alergia, trastornos plaquetarios (púrpura trombocitopénica), hipoprotrombinemia (deficiencia de vitamina K, otros defectos de la coagulación hemofilia, leucemia), deficiencia de factor tromboplástico plaquetario debido a uremia, mieloma múltiple y púrpura postrubeola. La hemorragia puede presentarse luego de administrar cantidades exageradas de medicamentos como salicilatos y de la administración de anticoagulantes como dicumarol y heparina.

c.3 Cambios de color en la encía

Cambios de color en la gingivitis crónica.

El cambio de color es un signo clínico importante en la enfermedad gingival. El color normal de la encía es rosa coral, se debe a la vascularidad del tejido y lo modifican los estratos epiteliales que lo cubren. Por tal motivo la encía se enrojece cuando la irrigación aumenta o el grado de queratinización epitelial disminuye o desaparece. El color palidece cuando la irrigación se reduce (en relación con fibrosis del corion) o la queratinización epitelial se incrementa.

Por tanto la inflamación crónica intensifica el color rojo o rojo azulado a causa de la proliferación vascular y la menor queratinización generada por la

compresión que el tejido inflamado ejerce sobre el epitelio. La estasis venosa agrega un matiz azulado. El color gingival cambia conforme la cronicidad de la inflamación aumenta. Los cambios comienzan en las papilas interdetales y el margen gingival, y se extienden hacia la encía insertada. El diagnóstico y el tratamiento adecuados que sin comprender los cambios titulares que alteran el color de la encía en el nivel clínico.

Cambios de color en la gingivitis aguda.

La naturaleza y la distribución de los cambios de color de la inflamación gingival aguda difieren de las que se observan en la gingivitis crónica. Los cambios de color pueden ser marginales, difusos o por zonas, según la alteración aguda subyacente. La fracción es marginal en la gingivitis ulcerativa necrosante aguda, en la gingivoestomatitis herpética es difusa y en las reacciones agudas ante la irritación química, difusa o por zonas.

Los cambios de color varían con la intensidad de la inflamación. Al principio se observa un eritema rojo creciente. Si el estado no empeora, ese es el único cambio de color hasta que la encía recupera la normalidad. En la inflamación aguda intensa, el color rojo cambia a un tono gris blanquecino apagado. La pigmentación gris producida por la necrosis tisular se separa de la encía adyacente por la zona eritematosa delgada definida con precisión.

c.4 Cambios en la consistencia gingival

Las inflamaciones crónica y aguda producen cambios en la consistencia normal, firme y resiliente de la encía. En la gingivitis crónica coexisten cambios destructivos y reparadores. Su predominio relativo determina la consistencia de la encía.

c.5 Cambios en la textura superficial de la encía

La pérdida del graneado superficial es un signo temprano de gingivitis. En la inflamación crónica la superficie lisa y brillante o firme y nodular, según cambios dominantes sean exudativos o fibróticos. La textura superficial lisa también se presenta por atrofia epitelial en la gingivitis atrófica, y la gingivitis descamativa crónica se caracteriza por la exfoliación superficial. La hiperqueratosis causó una textura correosa, y el agrandamiento gingival de origen medicamentoso produce una superficie nodular.

c.6 Cambios de posición en la encía

Posiciones reales y aparente de la encía.

a. Recesión. Es una exposición de la superficie radicular por el desplazamiento apical en posición de la encía. Para comprender que se entiende por recesión es preciso distinguir entre las posiciones real y aparente de la encía. La **posición real** es el nivel de inserción sobre el diente, en tanto que la **posición aparente** es la lectura a la que se halla la cresta del margen gingival. La magnitud de la recesión está determinada por la posición real de la encía, no por la aparente.

Los dos tipos de recesión son: visible, que se observa desde el punto de vista clínico, y oculta, que está cubierta por la encía y sólo puede medirse si se introduce una sonda hasta que se haya la inserción epitelial. Por ejemplo, en la enfermedad perdió la pared inflamada de la bolsa que cubre parte de la raíz desnudada; así, parte de la recesión está oculta y parte puede estar visible. La cantidad total de recesión es la suma de las dos.

Recesión se refiere a la localización de la encía, no a su estado. Es posible que el encía retraída esté inflamada, pero puede ser normal excepto por su posición. La recesión se localiza en un diente, un grupo de dientes o se generaliza a toda la boca.

a.1 Importancia clínica

Varios aspectos de la recesión gingival le confieren importancia clínica. Las superficies radicular es expuesta son susceptibles a la caries. La abrasión o erosión del cemento expuesto por la recesión deja una superficie dentinaria subyacente muy sensible. La recesión interproximal crear dificultades para la higiene bucal y la consiguiente acumulación de placa.

c.7 Cambios en el contorno de la encía

Casi siempre se relacionan con agrandamientos gingivales, aunque también pueden presentarse en otras afecciones.

CARIES

Según Seif (1997), la define como una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en el hombre, es considerada como uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. Es la destrucción localizada de los tejidos duros del diente, por la acción bacteriana. (p.44)

Sucede en aquellas áreas que no están protegidas por auto limpieza, tales como fosas, fisuras y puntos de contacto, son más susceptibles a la caries dental que aquellas expuestas al auto limpieza, tales como superficies bucales y linguales.

La caries comienza como pequeñas áreas de desmineralización en el esmalte, pudiendo progresar a través de la dentina y llegar hasta la pulpa dental.

Según Seif (1997), asegura que la desmineralización es provocada por ácidos, particular ácido láctico, producido por la fermentación de los carbohidratos de la dieta, por los microorganismos bucales. La formación de la lesión involucra la

disolución del esmalte y la remoción de los iones de calcio y fosfatos, así como el transporte hasta el medio ambiente circundante. Esta etapa inicial es reversible y la remineralización puede ocurrir, particularmente con la presencia de fluoruros. (p.44)

Clasificación de la Caries Dental.

Según Barranco (1998: p.254):

Clase I: Abarca la cara oclusal de dientes posteriores.

Clase II: Abarca la cara oclusal y una distal o mesial de dientes posteriores.

Clase III: Son las caries que involucran las caras mesiales o distales de dientes anteriores sin comprometer el ángulo incisal.

Clase IV: Afectan la cara mesial o distal de dientes anteriores y afectan el ángulo incisal.

Clase V: Afectan los tercios cervicales de las caras vestibulares y linguales de los dientes de todos de los dientes.

EROSIONES

Según Carranza (2002), la erosión (defecto cuneiforme) es una depresión agudamente definida, en forma de cuña, en la región cervical de la superficie vestibular del diente. El eje longitudinal del área erosionada es perpendicular al eje vertical del diente. Las superficies son lisas, duras y pulidas.

Por lo general, la erosión afecta un grupo de dientes. En las primeras etapas se confina a veces al esmalte, pero a menudo se extiende hasta abarcar la dentina subyacente y el cemento. Se desconoce el origen de la erosión. Las causas posibles son la descalcificación por bebidas ácidas o cítricos y el efecto combinado de la fricción y la secreción salival ácida. (p.461)

Según Barrancos (1988), es la desintegración química o químico mecánica de los tejidos duros. Generalmente se presenta como una zona lisa, caracterizada por depresiones altamente pulidas en el esmalte y en la dentina de las caras de los dientes no expuestas a la masticación, cuando esta progresa rápidamente el esmalte desaparece y la dentina es con frecuencia mucho más sensible, puede aparecer en forma de cuña debilitando los dientes y es causa de posibles fracturas. Se dice que es causada por factores mecánicos; como la acción de los músculos, labios y carrillos, factores químicos en donde las enfermedades producen suboxidación o metabolismo deficiente y dan por resultado formación de fosfato ácido de sodio o calcio que se elimina por las glándulas salivales. (p.326)

Así mismo puede ser causada por excesivo ácido láctico en la saliva, y exceso de sales con bajo ph, excretadas por la sangre a través de la saliva o las glándulas, como consecuencia de la fermentación por regurgitación. Exceso de sales alcalinas por la saliva, uso de ácidos presentes en jugo de limón, vinagre, uvas, y otros cítricos. Vapores eliminados por ácido sulfúrico y nítrico que actúan en la boca de operarios en fábricas donde se utilizan.

2.2.5 TRATAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES BUCALES

Tratamiento de la gingivitis.

Según Carranza (2002: p.367):

El objetivo es la conservación de la salud bucal. El plan de tratamiento tiene la finalidad de una terapéutica total, es decir coordinación de todos los procedimientos terapéuticos para lograr una dentición que funcione en un medio sano.

La finalidad primaria es eliminar la inflamación gingival y corregir los estados que la causan.

El propósito del tratamiento de la gingivitis es eliminar la placa bacteriana; el cálculo dental en caso de estar presente, este procedimiento consiste en motivar, instruir y educar al paciente, enseñarle la técnica de cepillado adecuada. Realizarle profilaxis, limpieza, raspado y alisado supragingival.

Eliminar los factores que estén contribuyendo a la presencia de gingivitis, esto incluye caries, prótesis mal adaptadas, restauraciones defectuosas, trauma oclusal, alguna enfermedad sistémica, hábitos entre otras. Erradicar estos factores o disminuirlos, al máximo contribuirá a un resultado efectivo del tratamiento de la gingivitis.

Es importante motivar al paciente a realizar visitas periódicas al odontólogo, cepillarse después de cada comida, acompañado del uso del hilo dental, enjuague bucal ORAL B, ya que el mismo posee menos alcohol que los demás, y disminuye así la resequedad de las encías, lo que favorece a disminuir la enfermedad de las encías.

El pronóstico de los pacientes con gingivitis va a depender de su disposición ante el tratamiento, su colaboración, y su interés.

Tratamiento de la caries dental.

Según Seif (1997), en pacientes susceptibles a las caries a manera de prevención se recomiendan topificaciones de fluor, las formas tópicas de flúor son aquellas que ejercen su acción en contacto directo con el diente erupcionado, en niños y adolescentes el contacto es con el esmalte a igual que en el adulto. El fluor posee la capacidad de modificar al huésped, en ciertas concentraciones a los microorganismos y por consiguiente ser un modificador de la caries dental. Existen diversas formas farmacéuticas fluoradas como: geles, enjuagues, barnices o pastas profilácticas. (p.243)

Mecanismo de acción del fluor: Según Seif (1997). Ejerce acción cariostática dependiendo de las condiciones en las que se le suministra (tópica o sistémica), la edad del diente y la concentración del mismo. Interfieren en la producción de ácidos o en el proceso de la remineralización, haciendo la estructura dentaria más resistente a la acción de los microorganismos. (p.249)

Restauraciones clase I. Según Barrancos (1998: p.257):

Deben considerarse los siguientes factores: el tamaño de la cavidad, limpieza de la superficie del diente, anestesia, aislamiento con dique de goma si es necesario. El procedimiento consiste mayormente en la apertura, eliminación de toda la caries, con fresas de diamante o carbunco, conformación de toda la cavidad lo más conservadora posible; al realizar la conformación debemos considerar el contorno, la resistencia y profundidad de la cavidad. Luego de extirpados el tejido cariado, se realiza una protección dentinopulpar, puede ser: con hidróxido de calcio fraguable (el cual es un Cemento).

Al igual para la protección dentinopulpar puede utilizarse cemento de policarboxilato o cemento vidrio ionomérico tipo I. Constantemente se limpia, se lava y se secan las paredes y las terminaciones de las cavidades.

Finalmente se coloca el material restaurador, que puede ser resina, o amalgama. En caso de resina se graba la zona, para esto se utiliza ácido fosfórico en concentraciones entre 37 y 50%, este debe actuar no más de uno a dos minutos, luego se lava durante 20 segundos con agua, es necesario lavar muy bien para tener mayor seguridad de la total eliminación del ácido.

El siguiente paso consiste en el secado de la zona durante 20 segundos hasta que aparezca el aspecto típico de tiza sobre el esmalte (color blanco opaco).

Comienza así a colocarse el material restaurador en este caso resina y se fotocura (con lámpara de fotocurado) por 40 segundos, colocando la resina por capas, dándole un acabado funcional, armonioso y estético para luego chequear la oclusión.

En caso de que el material restaurador sea amalgama, se realizaran cavidades retentivas, y se coloca la amalgama, la cual se condensa (con un instrumento llamado condensador) y se talla, para darle a igual un acabado funcional, armonioso y estético. Luego chequeamos la oclusión.

Restauraciones clase II. Según Barrancos (1998: p.284):

Las maniobras previas son las ya mencionadas en la clase I, el procedimiento consiste en la apertura, con posterior eliminación de la caries, con fresas de diamante o carbunco, conformación de toda la cavidad lo mas conservadora posible; debemos tener las mismas consideraciones que para la clase I, con la diferencia de que al realizar estas cavidades debe hacerse la pared distal o mesial, dependiendo hacia donde se dirige la caries. Al llevar a cabo este cajón proximal, no se debe tocar la encía, al culminar de conformar la cavidad, se realiza la protección dentinopulpar de ser necesario, hidróxido de calcio fraguable, cemento de policarboxilato, fosfato de o cemento vidrio ionomerico tipo I, entre otros. Constantemente se limpia, se lava y se secan las paredes y las terminaciones de las cavidades.

Se coloca el material restaurador, en caso de resina, se graba la zona, para esto se utiliza ácido fosfórico en concentraciones entre 37 y 50%, este debe actuar no mas de uno a dos minutos, luego se lava durante 20 segundos con agua, es necesario lavar muy bien para tener mayor seguridad de la total eliminación del ácido. El siguiente paso consiste en el secado de la zona durante 20 segundos hasta que aparezca el aspecto típico de tiza sobre el esmalte (color blanco opaco). Se coloca el primer (adhesivo entre la resina y el tejido dentario) este se fotocura por 30 segundos, con la lámpara de fotocurado.

Comienza así a colocarse la resina y se fotocura (con lámpara de fotocurado) por 40 segundos, colocando la resina por capas, dándole un acabado funcional, armonioso y estético para luego chequear la oclusión. En caso de que el material restaurador sea amalgama, se realizaran cavidades retentivas, se usa una banda matriz con el porta matriz y se coloca la amalgama, la cual se condensa (con un instrumento llamado condensador) y se talla, para darle a igual un acabado funcional, armonioso y estético. Luego chequeamos la oclusión.

Restauraciones clase III y IV. Según Barrancos (1998: p.317):

Por lo general el paso para la elaboración de las cavidades clase III y IV, es parecido ya que la única diferencia es que para las clase IV se abarca el ángulo incisal de los dientes, en cuanto a los pasos consisten en apertura de la cavidad, eliminación de la caries con fresas de diamante o carbunco, conformación de la cavidad, protección del complejo dentinopulpar, terminación de las paredes con un bisel, pues esta maniobra ayudara a la acción del garbado ácido, del esmalte con ácido fosfórico en concentraciones entre 37 y 50%, este debe actuar no mas de 20 segundos, luego se lava durante 20 segundos con agua, es necesario lavar muy bien para tener mayor seguridad de la total eliminación del ácido.

El siguiente paso consiste en el secado de la zona durante 20 segundos hasta que aparezca el aspecto típico de tiza sobre el esmalte (color blanco opaco). Se coloca el primer (adhesivo entre la resina y el tejido dentario), va ha permitir adhesión entre ambos, este se fotocura por 30 segundos, con la lámpara de fotocurado y comenzamos a colocar la resina, por capas de ser necesario, se fotocura cada capa, por 40 segundos, se le da su acabado al final, se pule con discos para pulido, dándole estética y funcionalidad.

Así mismo Barrancos (1998), describe que para las **lesiones clase V**, “puede realizarse una restauración sin preparación cavitaria, cuando se esta en presencia de una erosión o una abrasión, o cual consiste en profilaxis de la zona con pasta profiláctica”. (p.327)

Se recomienda aislar el campo donde se trabaja, posterior un biselado de la zona con el fin de mejorar la retención, posterior grabado ácido de la zona por 15 segundos, se lava, se seca hasta que aparezca el aspecto de tiza. Luego se aplica el adhesivo, se fotocura por 30 segundos, con lámpara de fotocurado, y se procede a colocar la resina, la cual debe tener un acabado estético, y debe ser funcional.

Existen casos donde se debe preparar la cavidad para colocar la restauración, esto ocurre cuando hay caries, para lo cual es necesario anestesiarse, se aísla el diente con dique de goma, comenzando por apertura, para eliminar por completo la caries, se conforma la cavidad, tomando en cuenta que esta debe ser conservadora.

Es importante proteger el complejo dentinopulpar, en caso de ser necesario, con cementos fraguables hidróxido de calcio y sobre esta ionómero vítreo; entre otros. Debe proporcionársele a la preparación una retención, se bisela luego, lavar, limpiar; y colocamos el material restaurador siguiendo el procedimiento explicado anteriormente para las resinas; en restauraciones sin preparación.

Así mismo el autor explica que en algunas ocasiones cuando se amerite de una restauración más resistente y menos estética, puede utilizarse como material restaurador amalgama, esto ocurre en dientes posteriores, molares generalmente; aquí debe elaborarse una cavidad retentiva, colocarse la amalgama y que la misma sea funcional.

2.2.6 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS BÁSICOS.

Anginoso: Perteneciente o relativo a la angina o acompañada de ella.

Aspiración: Inhalación, extracción de líquidos o gases de una cavidad por aplicación de succión.

Banda matriz: Material odontológico utilizado para restaurar las cavidades clase II, para poder hacer la pared distal o mesial.

Biselado: Tallado oblicuo de una superficie respecto de la horizontal o la vertical.

Cajón proximal: Tallado de la cavidad hacia la cara distal o mesial del diente.

Cara distal: Superficie distal del diente mas alejado de la línea media.

Cara mesial: Superficie mesial del diente mas cerca de la línea media.

Cariostática: Sustancias que impiden el avance de la caries.

Coagulo Sanguíneo: Formación sólida resultante del proceso de coagulación de la sangre. Puede producirse en respuesta a una injuria física (traumatismo, quemadura,), infecciosa, inflamatoria, tumoral, asociada a diversas enfermedades hematológicas, etc.

Contracción: Tracción opuesta a otra.

Deglución: Proceso de deglutir o tragar.

Dentina: Porción dura del diente que rodea a la pulpa y está cubierta por el esmalte en la corona y el cemento en la raíz.

Descalcificación: Pérdida de sales de calcio del diente.

Desmineralización: Pérdida de sales minerales de los tejidos duros.

Dique de goma: Material dental de goma que se utiliza para aislar el diente de toda la cavidad bucal.

Dispepsia: Nombre genérico aplicado a distintos síntomas derivados del aparato digestivo, como acidez, ardo, dolor, etc. Suelen traducir un trastorno funcional, gastritis, úlcera péptica, etc.

Duodeno: Primera porción del intestino delgado que arranca del píloro del estomago y se extiende hacia el intestino delgado.

Ecografía: Método de exploración que consiste en el registro de ondas sonoras de alta frecuencia, después de atravesar distintos órganos.

Endocarditis: Inflamación producida en general por una infección bacteriana del tejido que recubre las válvulas y cavidades cardiacas, pudiendo producirse a consecuencia de la misma, la rotura de cuerdas y elementos valvulares. Es una enfermedad grave, que requiere tratamiento antibiótico prologado.

Endoscopia: Examen interior mediante el endoscopio de las cavidades estrechas o conductos del organismo.

Enfermedad sistémica: Alteración o enfermedad perteneciente a todo el cuerpo o que lo afecta; general o generalizado.

Eosinofilo: Célula que se tiñe con eosina.

Epitelio: Cobertura de las superficies externas e internas del cuerpo, incluyendo el tapizado de los vasos y otras cavidades pequeñas.

Esclerodermia: Enfermedad crónica de la piel, la cual después de endurecerse contrae adherencias intimas con los tejidos subyacentes y termina por atrofiarse.

Esfínter Esofágico: Músculo es forma de anillo que se abre y se cierra en el esófago.

Esmalte: La capa más externa y dura de los dientes, protege a la dentina de la corona del diente. Es la sustancia más dura del organismo y esta compuesta casi en su totalidad por sales de calcio, proteína y agua.

Esofagitis: Inflamación del esófago.

Estasis: Cese o disminución del flujo sanguíneo o de otro líquido en cualquier parte del cuerpo.

Fermentación: Descomposición enzimático de hidratos de carbono que produce alcohol.

Granulocito: Leucocito producido por la medula ósea, que contiene gránulos en su citoplasma.

Hematocrito: Examen de laboratorio que expresa la concentración de glóbulos rojos en sangre.

Hemoglobina: Proteína encargada de transportar el oxígeno desde el pulmón hasta los tejidos. Se encuentra en altas concentraciones en el glóbulo rojo.

Hemostasia: Estancación de sangre.

Hiato: Termino anatómico general que designa una abertura, hendidura o agujero.

Hipotensión: Disminución de la tensión o presión arterial.

Histoquímica: Estudia la aplicación química de sustancias en los tejidos.

Inhibidores: que inhibe, cualquier sustancia que interfiere en una reacción química, proceso de crecimiento u otra actividad biológica.

Laparoscopia: Exploración instrumental de la cavidad abdominal.

Melena: Eliminación de heces color negro, alquitranado. Se relaciona con la presencia de sangre proveniente de la porción superior del tubo digestivo (esófago, estómago y duodeno). Requiere una evaluación urgente pues representa un cuadro grave.

Motilidad: Facultad de moverse.

Oclusal: Superficie de contacto de los dientes con sus antagonista. Superficies masticatorias de los dientes premolares y molares.

Oclusión: Podemos entenderlo como la forma de cerrar la boca y el contacto de las piezas de arriba con las de abajo.

Placa bacteriana: Película blanda y delgada de restos de alimentos, mucina y células epiteliales muertas que se depositan sobre los dientes constituyendo un medio de crecimiento de diversos microorganismos causantes de la caries.

Pólipo: Pequeña masa tumoral sobreelevada sobre una superficie mucosa (ver) de un órgano hueco. Pueden corresponder a lesiones benignas o a cáncer según el tipo de célula que lo forma.

Profilaxis: Prevención de la enfermedad tratamiento preventivo; limpieza de los dientes en el consultorio dental, que incluye remoción de la placa.

Pulpa Dental: Tejido blando de la porción central del diente, cubierta por la dentina.

Tercio cervical: Porción del diente, cercana a la encía, se encuentra en las caras vestibulares, linguales y palatinas.

Tratamiento: Plan para manejar un caso clínico que incluye todo procedimiento para conservar la salud, ya sea general o bucal.

Trauma oclusal: Lesión sufrida por cualquier alteración del sistema masticatorio.

Raspado: Tratamiento encaminado a remover y eliminar los cálculos.

Supragingival: Sobre la encía.

Urea: Producto del metabolismo de las proteínas. Indica en forma indirecta la eficiencia del funcionamiento renal. Cuando existe insuficiencia renal, los valores de urea se elevan produciendo trastornos variados (pericarditis urémica, encefalopatía urémica, etc.)

Válvula Cardíaca: Estructura normal que separa las cavidades y grandes vasos cardíacos, asegurando que el flujo de sangre se produzca en un solo sentido.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

El siguiente capítulo esta constituido por diferentes aspectos, iniciando por el tipo de investigación a llevar acabo, a su vez menciona el diseño de la misma; seguidamente se describe la población y muestra que conforman el estudio, finalmente se habla del instrumento de recolección de datos que se utilizara, así mismo como será su validez y confiabilidad.

3.1 Tipo de Investigación

Según Campos (2002) citado por Sierra en (2004) “Es el esquema general o marco estratégico que le da unidad, coherencia, secuencia y sentido práctico a todas las actividades que se emprenden para buscar respuesta al problema y objetivos planteados” (p.55)

Por otra parte según: Canales (1996), citado por Sierra (2004): “Define la investigación Descriptiva como la base y punto inicial de otros tipos y esta dirigida a determinar “como es” o “Como esta” la situación de las variables que deberán estudiarse en una población, la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (Prevalencia o incidencia) y en quienes, donde y cuando se esta presentando ese fenómeno”. (p.57).

En esta investigación se sometieron a análisis los pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que asistieron al área de Gastroenterología del Hospital Universitario “Dr. Angel Larralde”, año 2005, buscando así especificar las

manifestaciones bucales más frecuentes producidas por mencionada patología. Así mismo se determinó como esta la situación de las variables sometidas a estudio, en dicha población.

Se fundamenta: En una investigación de Campo: Según Sierra. (2004); el dice que “se caracteriza porque los problemas que estudia surgen de la realidad y la información requerida debe obtenerse directamente de ella” (p.59). En este caso se observaron los efectos causados por el Reflujo Gastroesofágico, a través de un instrumento tipo Historia Clínica, así mismo se reforzó con una revisión bibliográfica pertinente.

3.2 Diseño de la Investigación:

Según Sierra (2004) la define “como las estrategias y procedimientos empleados por el investigador para llevar a cabo su estudio. Es la descripción de cómo se va a realizar la investigación”. (p.61)

En este procedimiento se va a comprobar o analizar a través de la observación, los diferentes efectos que causa el Reflujo Gastroesofágico, presentes en las personas que forman parte del estrato poblacional.

3.3 Población y Muestra:

Población: Según Hernández S y otros (1991) la define “Como una unidad de análisis y procede a delimitar la cantidad de personas, casos a ser estudiada” (pag. 210). En este estudio la población está constituida de 70 pacientes con Reflujo Gastroesofágico que asistieron a la consulta en el área de gastroenterología del Hospital Universitario “Dr. Angel Larralde”. Año 2005.

Para la selección de los pacientes se tomaron en cuenta ciertos criterios de selección, todo esto considerando que los pacientes que sufren otras afecciones sistémicas tales como Epilepsia, Cáncer, Hipertensión, pacientes inmunocomprometidos; entre otros pueden presentar también manifestaciones a nivel bucodental, producto de dichas patologías es por esto que se han enmarcado una serie de criterios tanto de inclusión, como exclusión para que los pacientes que formen parte de la muestra, permitan obtener resultados fidedignos.

Entre los criterios de selección para la presente investigación tenemos:

Criterios de exclusión:

1. Paciente Adolescente en un intervalo de edad entre (14 – 18 años), pacientes próximos a realizarse un transplante.
2. Pacientes portadores de:
 - Epilepsia.
 - SIDA.
 - Cáncer en cualquier parte del cuerpo.
3. Mujeres embarazadas.

Criterios de inclusión

1. Diagnostico de Reflujo Gastroesofágico por el especialista.
2. Respetar los criterios de exclusión.

Muestra: Según Moret y otros (2002), la muestra suele ser definida “como un subconjunto de la población, son los sujetos involucrados en el estudio.” (p.84), en este caso la muestra estuvo conformada por 21 pacientes.

La misma fue tomada de la población de pacientes que asistieron a la consulta en el área de gastroenterología del Hospital Universitario “Dr. Angel Larralde”, que presentaron como diagnóstico la enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, y que

cumplieron con los criterios de inclusión. De igual manera se consultaron las historias médicas para confirmar que los pacientes padecen de esta afección; por medio de los exámenes pertinentes que se la hayan realizados, los cuales se encuentran anexos a la misma.

3.4 Instrumentos de Recolección de Datos:

Según Hernández (1991), citado por Sierra (2004) define “que un instrumento de recolección de datos consiste en un formulario diseñado para registrar la información que se obtiene durante el proceso de recolección”. (p.72)

Técnica de instrumento de recolección de datos: Según el autor anteriormente citado, “la etapa de recolección de datos implica 3 actividades estrechamente vinculadas entre si”. (p.241)

En primer lugar seleccionar un instrumento para la recolección de datos el cual debe ser valido y confiable; segundo aplicar dicho instrumento de medición; es decir obtener las observaciones y mediciones de las variables que son de interés para el estudio, por ultimo pero no menos importante preparar esas mediciones obtenidas para que puedan analizarse correctamente. Para este caso se seleccionan registros por medio de un instrumento tipo Historia Clínica.

La Historia Clínica es definida por Jiménez, D. (2000) “es el documento médico-legal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico-sanitarias realizados con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte, y que puede ser utilizada por todos los centros sanitarios donde el paciente acuda” (p.1).

En el presente estudio, la misma consiste en una examinación bucodental y observación para así determinar los efectos del Reflujo Gastroesofágico, se procedió

a medición del ph salival, por medio de cintas destinadas a la medición del mismo, se cuenta con la ayuda de la consulta de historias clínicas de los pacientes y de los Especialistas Gastroenterólogos; para confirmar el diagnóstico de dicha enfermedad.

3.5 Validez de los Instrumentos de Recolección de Datos:

Según Sierra (2004), menciona respecto a la validez “tradicionalmente se dice que un instrumento es valido si mide lo que en realidad pretende medir”. (p.81)

La validez se va a determinar por Juicio de expertos, para lo cual se solicita la colaboración de 1 experto en metodología y 2 especialistas gastroenterólogos, a los cuales se les presentará una encuesta que consta de preguntas abiertas y cerradas, para convalidar dicho instrumento y el estudio, así mismo cabe destacar que dicho instrumento aplicado es de uso en las áreas clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, al cual se le realizaron modificaciones para obtener las observaciones y mediciones de las variables que son de interés para el estudio.

3.6 Confiabilidad de los Instrumentos de Recolección de Datos:

Según Sierra (2004), “la confiabilidad es la capacidad que tiene el instrumento de registrar los mismos resultados en repetidas ocasiones, con una misma muestra y bajo unas mismas condiciones”. (p.82), en este caso la historia clínica, que fue el instrumento usado; es confiable, ya que se utiliza en las áreas clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Este capítulo refleja la manera como una vez aplicado el instrumento de recolección de datos; los resultados de una manera organizada, tabulada y codificada, para tal caso se incluyen cuadros y gráficos.

Cabe destacar que para este caso los resultados fueron presentados en cuadros, con sus respectivas numeraciones, elaborados en Windows XP; en un programa llamado Excel, utilizando el método estadístico porcentual simple, luego fueron trasladados a Microsoft Word.

En el mismo programa se elaboró la representación gráfica tipo barra, con su respectiva leyenda; así mismo al final de estos se encuentra un análisis, que se refiere a los resultados obtenidos.

Tales resultados permitieron llegar a las conclusiones del presente trabajo de investigación.

Cuadro 1

Distribución de Frecuencia del Número de Pacientes con Diagnóstico de Reflujo Gastroesofágico que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005.

Total de Pacientes	Diagnóstico: Reflujo Gastroesofágico	Cantidad	Porcentaje
90	SI	70	77,78%
	NO	20	22,22%
Total		90	100%

Fuente: Acosta, Alvizu 2006.

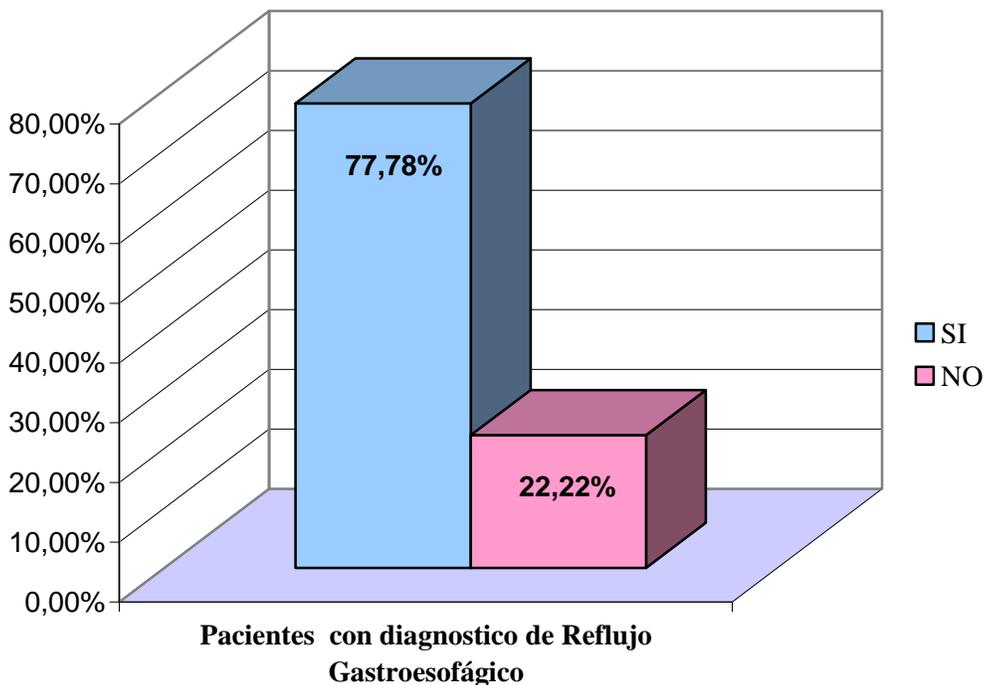


Gráfico 1: Representación Gráfica de Distribución de Frecuencia del Número de Pacientes con Diagnóstico de Reflujo Gastroesofágico.

Análisis Gráfico 1: En el gráfico anterior de distribución de frecuencia del número de pacientes con diagnóstico de Reflujo Gastroesofágico, se observa que del 100% del total de pacientes que asistieron a la consulta en área de gastroenterología, el 77,78% presentaron la enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, diagnosticada a través de la endoscopia gastrointestinal, el 22,22% restante no presentó dicha enfermedad.

Cuadro 1.1

Distribución de Frecuencia de los Síntomas Diagnósticos para el Reflujo Gastroesofágico de los Pacientes que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005

Diagnóstico	Total muestra	Cantidad	Porcentaje
Acidez	21	20	95,24%
Pirosis		15	71,43%
Dolor Retroesternal		5	23,81%
Total		40	

Fuente: Acosta, Alvizu 2006.

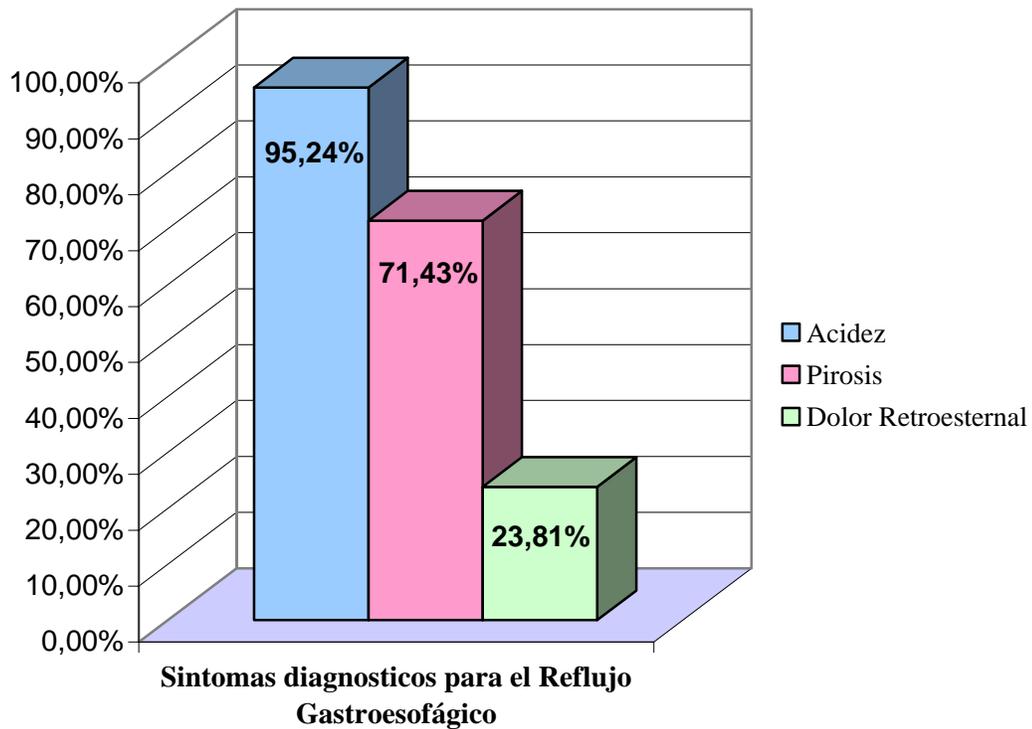


Gráfico 1.1: Representación Gráfica de Distribución de Frecuencia de los Síntomas Diagnósticos para el Reflujo Gastroesofágico.

Análisis Gráfico 1.1: En el gráfico anterior se observa los síntomas diagnósticos de Reflujo Gastroesofágico tomados en cuenta para el estudio, el síntoma mas predominante en la muestra fue la acidez estomacal con un 95,24%, seguida por la pirosis con un 71,43% y en menor porcentaje de 23,81% presentaron el dolor retroesternal. Es importante mencionar que Harrison (1998), en su libro titulado Principios de Medicina Interna menciona que la pirosis, y la acidez estomacal son unos de los síntomas típicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Cuadro 2

Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005

Manifestaciones Bucales	Cantidad	Porcentaje
Caries	16	76,19%
Erosión	20	95,24%
Sensibilidad Dentaria	14	66,67%
Patología Pulpar	4	19,05%
Halitosis	14	66,67%
Afta	8	38,10%
Gingivitis	12	57,14%
Periodontitis	5	23,81%

Fuente: Acosta, Alvizu 2006.

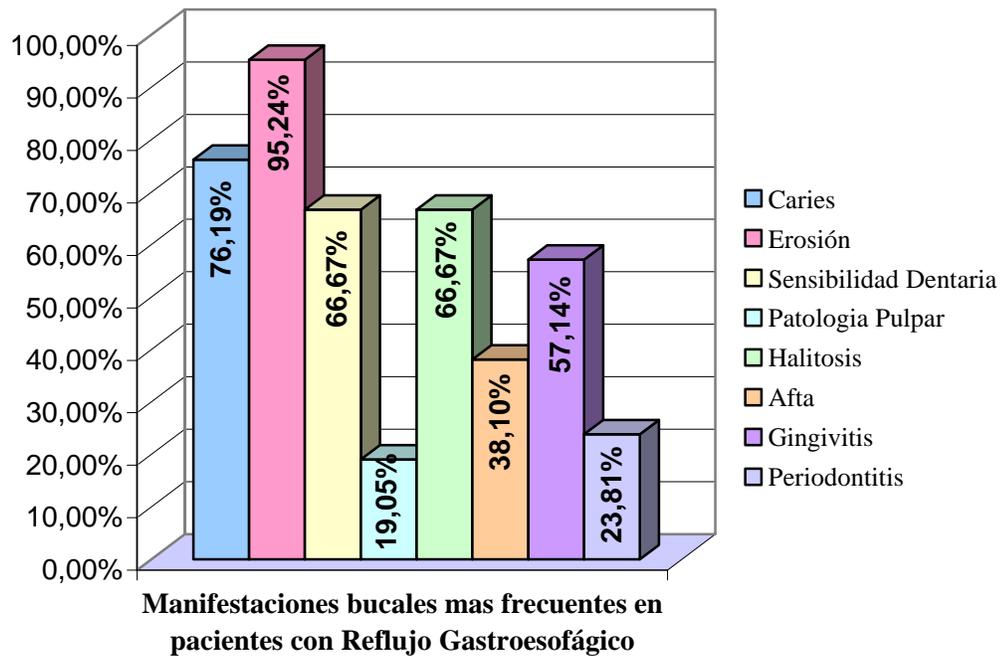


Gráfico 2: Representación Gráfica de la Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico.

Análisis Gráfico 2: Respecto a la gráfica anterior de las manifestaciones bucales sometidas a estudio se observa como la erosión dentaria representó el mayor porcentaje de la muestra estudiada con un 95,24%, luego le sigue la caries dental con un 76,19%, con iguales porcentajes esta la sensibilidad dentaria y la halitosis con un 66,67%, continuando la gingivitis con un 57,14%; por su parte las aftas, con un 38,10%, y por ultimo la periodontitis con 23,81% y la patología pulpar con un 19,05%. Cabe destacar que Harrison (1998), en su libro de Medicina Interna plantea que el reflujo gastroesofágico presenta diversos signos y síntomas, como manifestaciones bucales entre las cuales se encuentran: erosiones dentales, gingivitis, sensibilidad dentaria, halitosis y aumento en la incidencia de caries. Los resultados obtenidos en la presente investigación, reflejan que dichas patologías

bucales son las que se encontraron en un significativo porcentaje de la muestra estudiada.

Cuadro 2.1

Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Caries), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005

Caries	Cantidad	Porcentaje
Si	16	76,19%
No	5	23,81%
Total de la muestra	21	100%

Fuente: Acosta, Alvizu 2006.

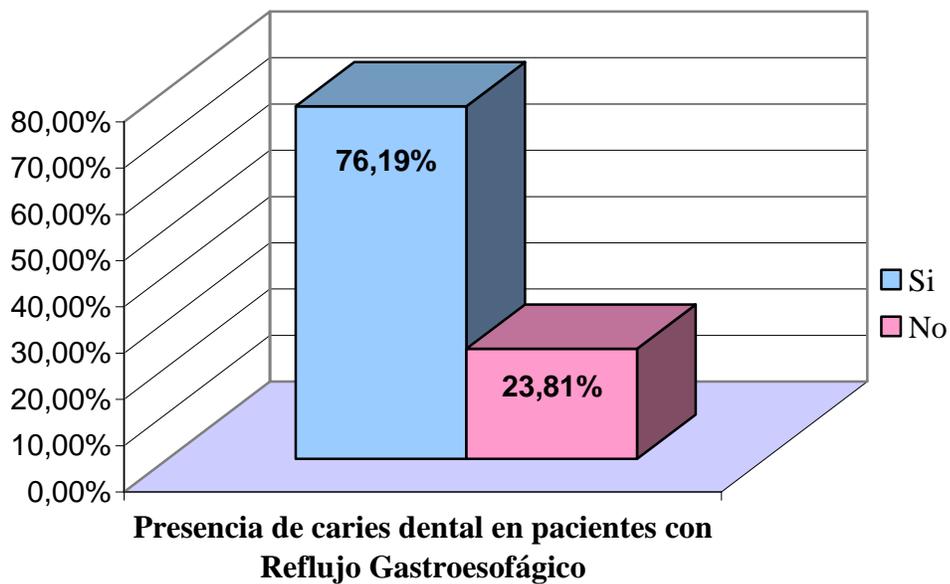


Gráfico 2.1: Representación Gráfica de Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Caries), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico.

Análisis Gráfico 2.1: En la gráfica anterior de distribución de frecuencia de las manifestaciones bucales relacionada con la caries dental, que presentaron los pacientes con Reflujo Gastroesofágico, se distingue que esta estuvo presente en la mayoría de los pacientes estudiados con un 76,19%, así mismo se observa que el 23,81% no presento caries. Tal como lo menciona Harrison (1998), en su libro de Medicina Interna: los pacientes con Reflujo Gastroesofágico, presentan diversos signos y síntomas bucales, entre estos un aumento en la incidencia de caries dental.

Cuadro 2.2

Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Erosión Dentaria), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005

Erosión Dentaria	Cantidad	Porcentaje
Si	20	95,24%
No	1	4,76%
Total de la muestra	21	100%

Fuente: Acosta, Alvizu 2006.

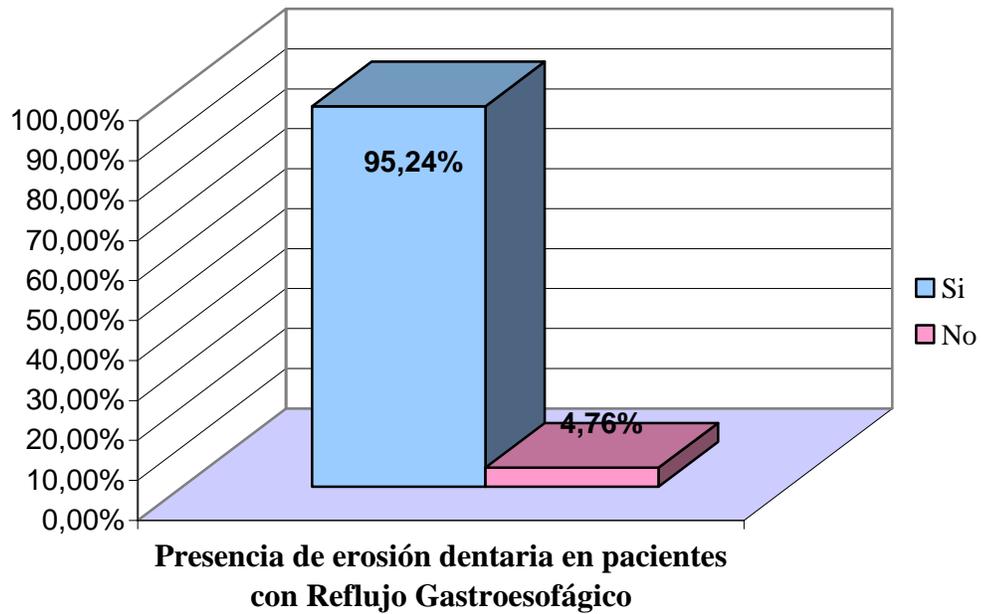


Gráfico 2.2: Representación Gráfica de Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Erosión Dentaria), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico.

Análisis Gráfico 2.2: En el gráfico de distribución de frecuencia de las manifestaciones bucales que presentaron los pacientes con Reflujo Gastroesofágico, es notable el resultado de que la Erosión dentaria se encontró en el 95,24% del total de la muestra, un 4,76% de los pacientes no la presentó. El autor anteriormente citado dice que entre las manifestaciones bucales de dichos pacientes, también se ubican erosiones dentales.

Cuadro 2.3

Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Sensibilidad Dentaria), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005

Sensibilidad Dentaria	Cantidad	Porcentaje
Si	14	66,67%
No	7	33,33%
Total	21	100%

Fuente: Acosta, Alvizu 2006.

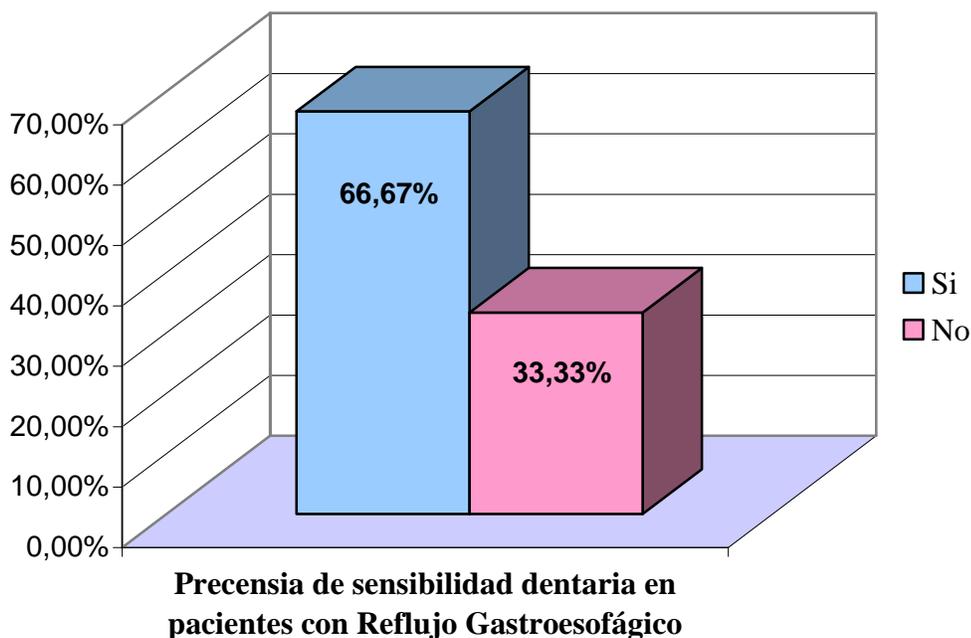


Gráfico 2.3: Representación gráfica de Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Sensibilidad Dentaria), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico.

Análisis Gráfico 2.3: En este gráfico de distribución de frecuencia de las manifestaciones bucales (Sensibilidad Dentaria), que presentaron los pacientes con Reflujo Gastroesofágico se observa como el 66,67% de la población manifestó sensibilidad en las unidades dentarias, el 33,33% restante no manifestó dicha afección. Es importante hacer mención a lo que plantea Harrison (1998), en su libro de Medicina Interna: los pacientes con Reflujo Gastroesofágico, presentan entre uno de los síntomas bucales, sensibilidad a nivel dentario.

Cuadro 2.4

Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucles (Patología Pulpar), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005

Patología Pulpar	Cantidad	Porcentaje
Si	4	19,05%
No	17	80,95%
Total de la muestra	21	100%

Fuente: Acosta, Alvizu 2006.

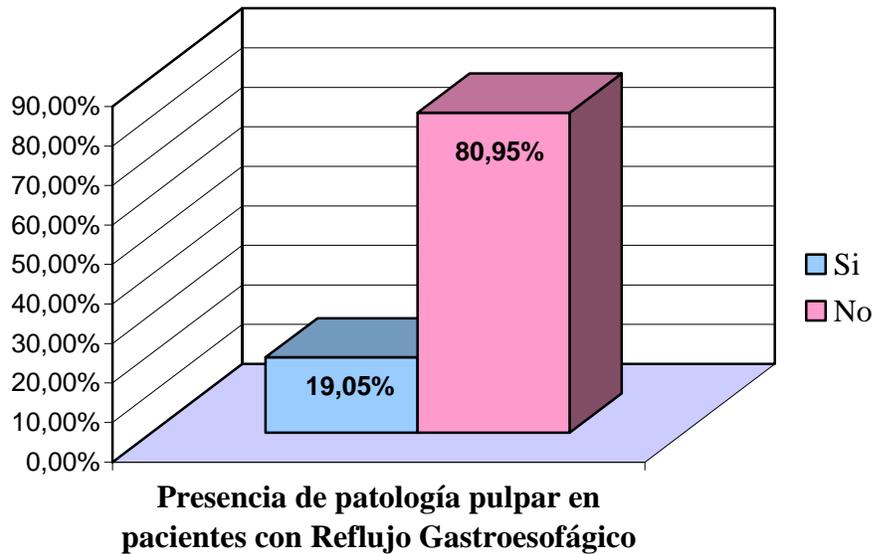


Gráfico 2.4: Representación Gráfica de Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Patología Pulpar), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico.

Análisis Gráfico 2.4: Respecto al gráfico de distribución de frecuencia de las manifestaciones bucales (Patología Pulpar), que presentaron los pacientes con Reflujo Gastroesofágico refleja un 80,95% no la presentó, y el 19,05% restante si presentó dicha afección.

Cuadro 2.5

Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Halitosis), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005

Halitosis	Cantidad	Porcentaje
Si	14	66,67%
No	7	33,33%
Total	21	100%

Fuente: Acosta, Alvizu 2006.

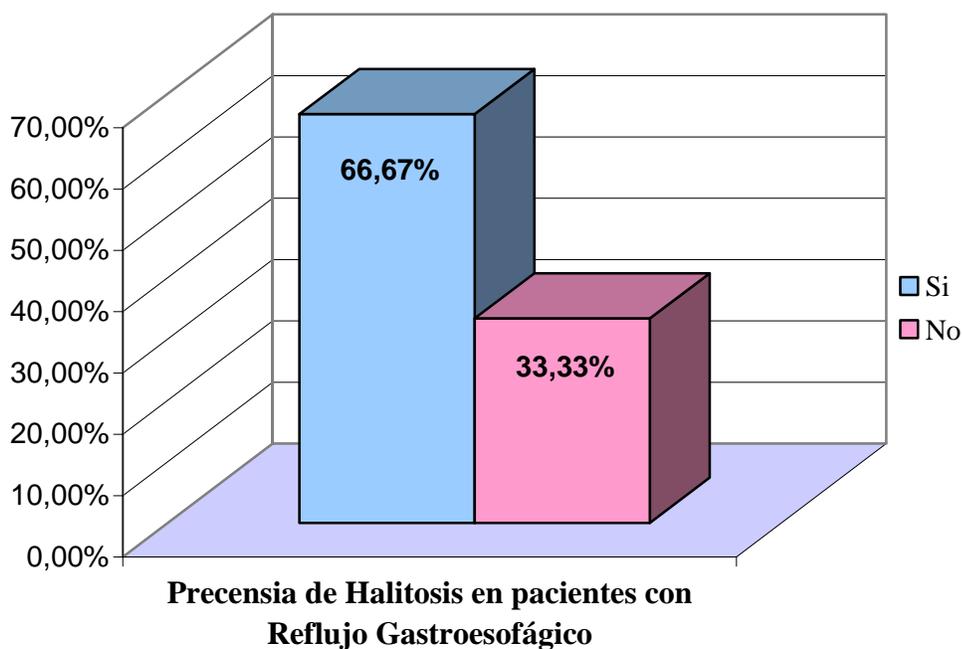


Gráfico 2.5: Representación Gráfica de Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Halitosis), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico.

Análisis Gráfico No.2.5: El gráfico de distribución de frecuencia de las manifestaciones bucales que presentaron los pacientes con Reflujo Gastroesofágico, permite distinguir que el 66,67% de la muestra presentó halitosis, como una manifestación bucal; el 33,33% restante no presentó tal manifestación. Los resultados arrojados concuerdan con los de una tesis de pre- grado llevada a cabo, por “Encina y Olivares en la escuela de Odontología de la Universidad Concepción de Chile; en año (2002): la cual trata sobre “Halitosis: Mal Aliento: Compuestos Odoríferos, Tratamiento”, los autores antes mencionados llegaron a la conclusión; de que el Reflujo Gastroesofágico; es una de las causas generales de Halitosis. Así mismo Carranza, (2002), en su libro de Periodontología Clínica, menciona que una de las fuentes extrabucales causante de la halitosis o de los olores de la boca son los metabolitos de alimentos ingeridos.

Cuadro 2.6

Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucles (Aftas), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005

Aftas	Cantidad	Porcentaje
Si	8	38,10%
No	13	61,90%
Total	21	100%

Fuente: Acosta, Alvizu 2006.

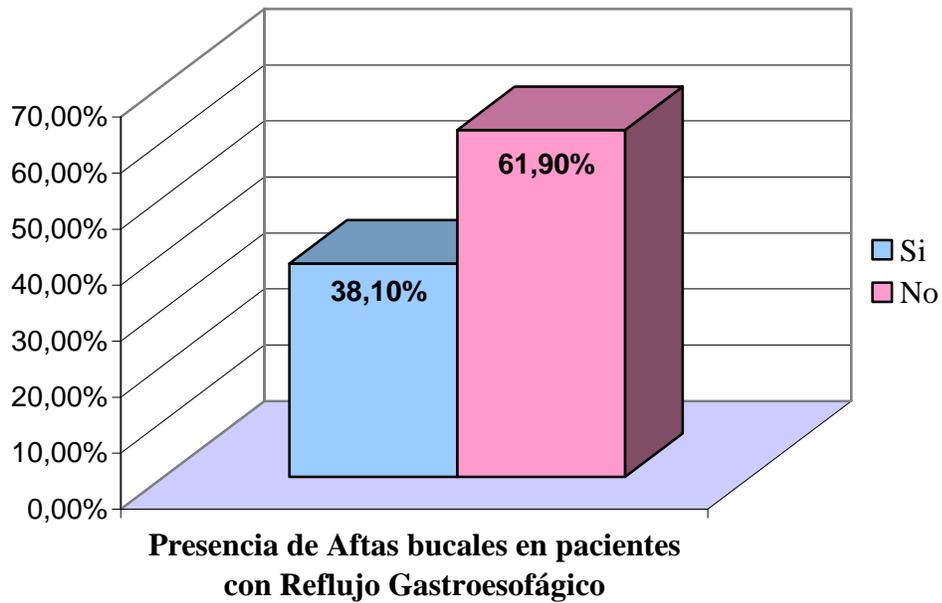


Gráfico 2.6: Representación Gráfica de Distribución de Frecuencia de las Manifestaciones Bucales (Aftas), que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico.

Análisis Gráfico 2.6: El gráfico de distribución de frecuencia de las manifestaciones bucales (Aftas), que presentaron los pacientes con Reflujo Gastroesofágico ilustra como el 61,90% de la muestra no las presentó, así mismo muestra que el 38,10% si presentó aftas bucales.

Cuadro 2.7

Distribución de Frecuencia del Tipo de Enfermedad Periodontal, que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005

Enfermedad Periodontal	Cantidad	Porcentaje
Gingivitis	12	57,14%
Periodontitis	5	23,81%
Sanos	4	19,05%
Total	21	100%

Fuente: Acosta, Alvizu 2006

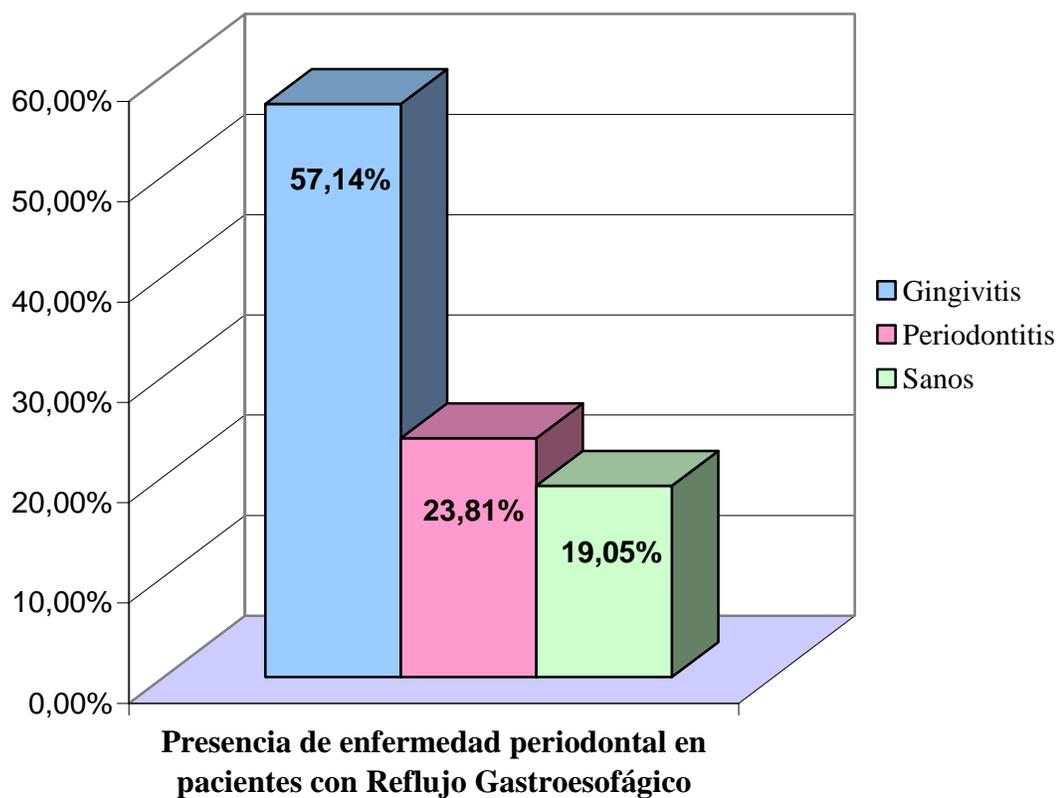


Gráfico 2.7: Representación Gráfica de Distribución de Frecuencia del Tipo de Enfermedad Periodontal que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico.

Análisis Gráfico 2.7: Respecto al gráfico de distribución de frecuencia del tipo de enfermedad periodontal, muestra como el 57,14% de los pacientes presentó gingivitis, por otra parte el 23,81% presentó periodontitis y el 19,05% restante se encontró sano a nivel periodontal. A su vez Harrison (1998), en su libro de Medicina Interna, destaca que entre los signos bucales de pacientes con dicha patología se encuentran la gingivitis y la periodontitis.

Cuadro 3

Distribución de Frecuencia de la Higiene Bucal que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005

Higiene Bucal	Cantidad	Porcentaje
Buena	16	76,19%
Mala	5	23,81%
Total	21	100%

Fuente: Acosta, Alvizu 2006.

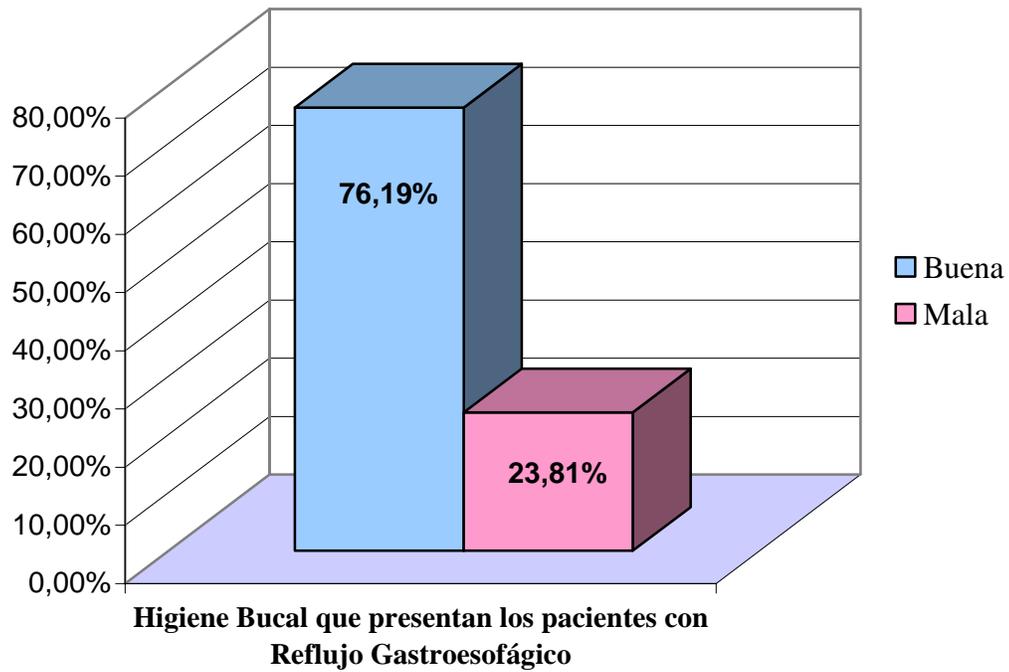


Gráfico 3: Representación Gráfica de Distribución de Frecuencia de la Higiene Bucal que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico.

Análisis Gráfico No. 3: El gráfico anterior respecto a la distribución de frecuencia de la Higiene Bucal que presentaron los pacientes con Reflujo Gastroesofágico, demuestra como el 76,19% presentó buena higiene bucal, en el 23,81% restante se evidencio mala higiene bucal.

Cuadro 4

Distribución de Frecuencia del ph Salival que Presentaron los Pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que Asistieron al Área de Gastroenterología, del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde. Valencia-Estado Carabobo. Año 2005

ph	Cantidad	Porcentaje
Ácido	18	85,71%
Básico	3	14,29%
Total	21	100%

Fuente: Acosta, Alvizu 2006.

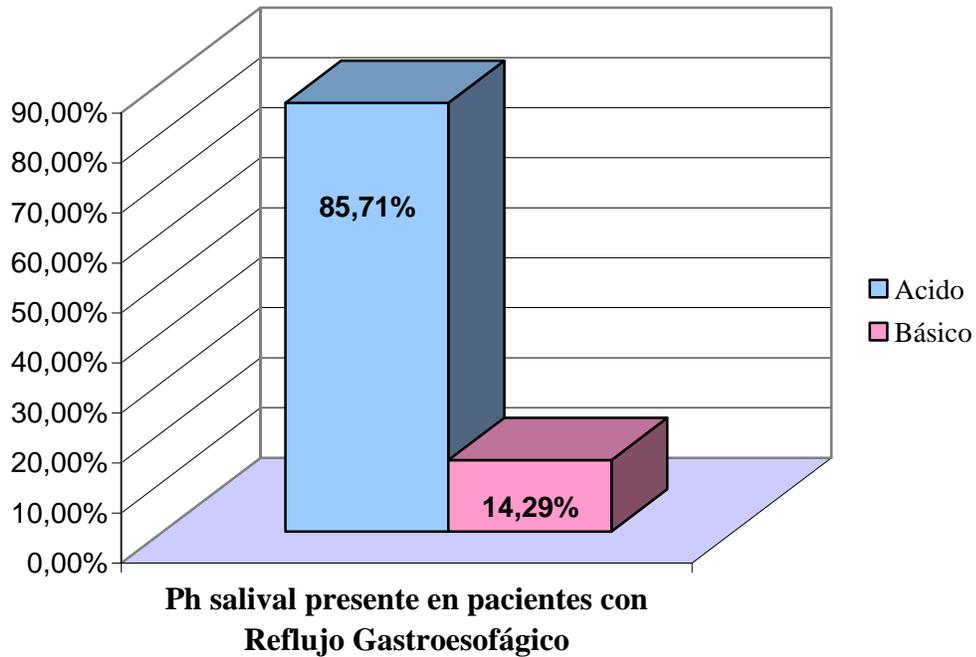


Gráfico 4: Representación Gráfica de Distribución de Frecuencia del ph Salival que Presentaron los Pacientes que con Reflujo Gastroesofágico.

Análisis Gráfico 4: Respecto al gráfico de distribución de frecuencia del ph Salival que presentaron los pacientes con Reflujo Gastroesofágico, es notable como el 85,71% de la muestra presentó ph ácido, en cuanto al 14,29% de los casos estudiados tenían ph básico.

CONCLUSIONES

El desarrollo de la presente investigación permitió concluir:

- ✓ Al llevar a cabo la revisión de historias clínicas se pudo establecer que del 100% de los pacientes que asistieron al área de gastroenterología del Hospital Dr. Ángel Larralde. Año 2005, el 77,78% presentó diagnóstico de Reflujo Gastroesofágico.
- ✓ La aplicación del instrumento permitió identificar que las manifestaciones bucales mas frecuentes en pacientes con Reflujo Gastroesofágico son: Erosiones un 95,24%, Caries en un 76,19%, Sensibilidad Dentaria y Halitosis en un 66,67%, Gingivitis en un 57,14%, por su parte las Aftas en un 38,10%, Periodontitis en un 23,81% y por último Patología Pulpar en un 19,05%.
- ✓ A través de la aplicación del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), se pudo determinar que un 76,19% de los pacientes presentó buena higiene bucal, se infiere entonces que las patologías buco-dentales presentes pueden ser consecuencia de los ácidos provenientes del estómago causados por este tipo de Reflujo; cabe destacar que a pesar de esta buena higiene, los pacientes presentaron diversas manifestaciones a nivel buco-dental; las mencionadas anteriormente, así mismo expresaron fracasos de tratamientos odontológicos realizados, entre los cuales se puede mencionar restauraciones defectuosas y desprendidas, las cuales fueron expresadas por ellos como una sensibilidad dentaria.

- ✓ Se determinó que el ph Salival de los pacientes con dicha patología es mayormente ácido, representado por un 86% del total de la muestra.

RECOMENDACIONES

- ✓ Realizar un modelo de atención odontológica a los pacientes que presentan el Reflujo Gastroesofágico para ser aplicado en las áreas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.
- ✓ Incluir en el programa de estudio de alguna de las asignaturas pertinentes, de la carrera odontología, el tema de las consecuencias a nivel bucal del Reflujo Gastroesofágico, para el manejo adecuado en la atención de dichos pacientes.
- ✓ Incentivar al estudiante de odontología a realizar íterconsulta con los médicos especialistas, en este caso con gastroenterólogos, al tratar pacientes portadores de Reflujo Gastroesofágico, para así garantizar un tratamiento adecuado y efectivo a los mismos.
- ✓ Educar al estudiante de odontología para que de la información al paciente, de la relación estrecha que existe entre su enfermedad de Reflujo Gastroesofágico, con las patologías Bucales que presenta.
- ✓ Así como informar al paciente de las afecciones bucales que genera el Reflujo Gastroesofágico en la cavidad bucal, siendo necesario incentivarlo a un control periódico Odontológico, para evitar la incidencia de estas.
- ✓ Confirmar estudios sobre la influencia del ph Salival, de los pacientes con Reflujo Gastroesofágico y su influencia sobre tejidos Bucodentales.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrancos, M. (2000). *Operatoria Dental tercera edición*. Editorial Médica Panamericana. S. A.
- Cecil. (2000). *Tratado de Medicina Interna; Volumen I*. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana de España, S. A.
- Chávez C, J. (1999) “*Relación Entre Reflujo Gastroesofágico Y Erosión Dentaria De Las Superficies Palatinas Y Linguales En Pacientes Alcohólicos De Los Hospitales Hermilio Valdizan Y Victor Larco Herrera*”. Tesis de Pregrado Publicado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. . [Documento en Línea]. Disponible: www.periodonciaperu.org/periodoabstracts.htm [consulta: 2005, febrero]
- Clínica SANITAS (2004). *Síntomas más frecuentes de los Pacientes que sufren de Reflujo Gastroesofágico que asisten a la consulta del área de Gastroenterología*. [Documento en Línea]. Disponible: www.colsanitas.com [consulta: 2005, febrero]
- Encina, Olivares (2002). “*Halitosis: Mal Aliento: Compuestos Odoríferos, Tratamiento*”. Tesis de Pregrado Publicada. Universidad Concepción de Chile. [Documento en Línea]. Disponible: <http://rie.cl/?a=11323> [consulta: 2005, febrero]

Hablonski, S. (1992). *Diccionario Ilustrado de Odontología*. Editorial Médica Panamericana. S. A.

Harrison (1998), "*Principios de medicina Interna*"; volumen I y II. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana de España, S. A

Hernández, S. Fernández, C. Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación*. Editorial Mc. Graw Hill. Interamericana de México.

Muñoz, JV. Herreros, B. Sanchiz, V. Amoros, C. Hernández, V. Pascual, I. Mora, F. Mínguez, M. Bagan, JV. y Benages A. (2004). *¿Cuál es el prevaecimiento de afecciones periodontales en pacientes con reflujo gastroesofágico?* [Revista en Línea], Jul;35(7). Disponible: www.550m.com/usuarios/universodontologico/esencias/sept2004.htm. [consulta: 2005, febrero]

Orozco, M. Labrador, M. Palencia de Montañés, A. (2002). *Manual Teórico Práctico de Metodología para Tesistas, Asesores, Tutores y Jurados de Trabajos de Investigación y Ascenso*. Editorial Ofimax de Venezuela, C.A. Primera Edición.

Seif, T. (1997). *Cariología. Prevención Diagnostico y Tratamiento Contemporáneo de la Caries Dental*. Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, C. A. Primera Edición 1997.

Sierra, C. (2004). *Estrategias para la Elaboración de un Proyecto de Investigación*. Insertos Médicos de Venezuela C. A.

ANEXOS

ANEXOS A

INSTRUMENTO APLICADO A LOS PACIENTES



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

UNIVERSIDAD DE CARABOBO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE

INFORME DE INVESTIGACIÓN



Valencia, año 2005.

Estimado paciente:

El presente estudio tiene como finalidad recaudar información sobre **MANIFESTACIONES BUCALES MÁS FRECUENTES EN PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO** su participación es muy importante por lo cual se requiere de su colaboración, para ser examinado a nivel bucal.

Sin otro particular,

Adriana Acosta Lugo

C.I. 17.069.132

Eggaly Alvizu Vasquez

C.I. 16.372.505

Instrumento de recolección
Historia Clínica

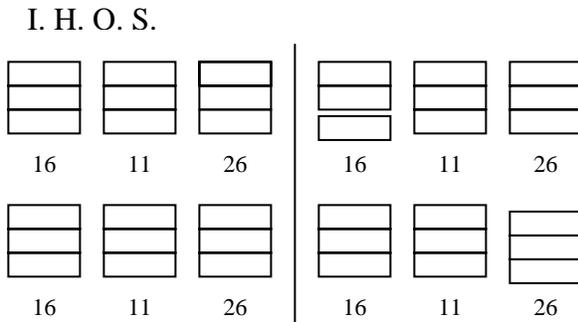
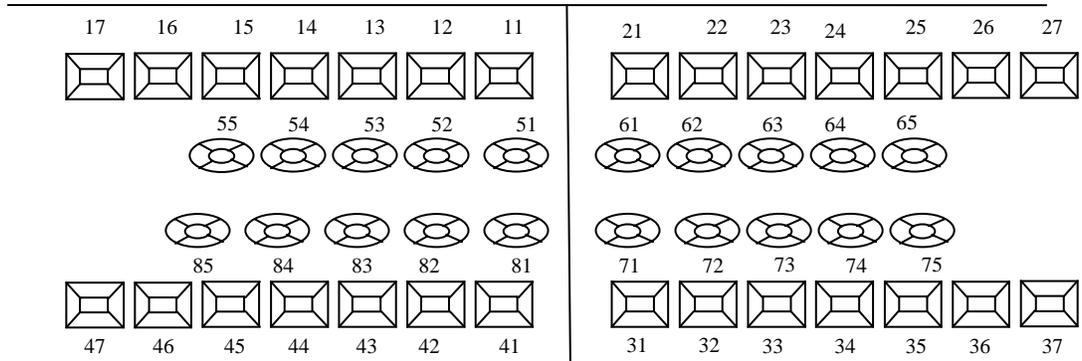
Nombre y Apellido: _____ No. de historia: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ C.I.: _____
 Identificación diagnóstica de Reflujo Gastroesofágico:

Acidez: _____
 Pirosis: _____
 Dolor retroesternal: _____
 Investigador: _____
 Centro Asistencial: _____
 Medico tratante: _____

MANIFESTACIONES BUCALES

Ph:
 Ácido _____ Básico _____
Caries:

ODONTODIAGRAMA



- Oclusal
- Proximal
- Cervical en Dentina
- Cervical en Esmalte
- Vestibular
- Palatino/ Lingual

I. M. A. _____ I. C. _____

I. H. O. S. _____

Evaluación Periodontal:

INDICE PERIODONTAL MODIFICADO DE RUSSEL	
ENCIA NORMAL:	_____ (0)
GINGIVITIS LEVE:	
• Inflamación en Encía Libre que no rodea al Diente.	_____ (1)
GINGIVITIS:	
• Inflamación que rodea al Diente sin pérdida de la Inserción.	_____ (1)
GINGIVITIS CON BOLSA:	
• Pérdida de la Inserción Epitelial.	_____
• Presencia de Bolsa.	_____
• Función Masticatoria Normal.	_____ (6)
• No hay Movilidad.	_____
• No hay Migración Dentaria.	_____
DESTRUCCIÓN AVANZADA CON PÉRDIDA DE LA FUNCIÓN MASTICATORIA:	
• Presencia de Movilidad.	_____
• Migración Dentaria.	_____ (8)
• Instrucción en el alveolo.	_____

OTRAS MANIFESTACIONES BUCALES

MANIFESTACIONES	SI	NO	OBSERVACIONES
Erosión			
Sensibilidad Dentaria			
Patología Pulpar			
Halitosis			
Aftas			

ANEXO B
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACIÓN



FORMATO PARA VALIDAR INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIOS DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítems que conforman este instrumento, en cuanto a crítico, pertinencia, coherencia y claridad. Para ello, se presenta una escala de cuatro alternativas para que usted seleccione la que considere correcta.

Experto: _____

Especialidad: _____

Escala: A (muy bueno) B (bueno) C (regular) D (deficiente)

ÍTEMS	CRITERIO	PERTINENCIA	COHERENCIA	CLARIDAD
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

JUICIO DEL EXPERTO

❖ El instrumento es pertinente según los objetivos
planteados: _____

❖ Los ítems están claramente definidos según las variables descritas en el
estudio: _____

❖ Observaciones generales: _____

❖ Según su criterio el instrumento se considera: _____



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
 UNIVERSIDAD DE CARABOBO
 FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
 DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DEL HOMBRE
 PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

FICHA DE CONTROL DE TUTORÍA - ASESORÍA

Estudiantes: _____ y _____

Tutor: _____

Título del trabajo: _____

Encuentro Estudiante – Tutor:

Fechas		Firmas	
Día	Hora	Estudiante	Tutor

PARAMETROS PARA LA SELECCIÓN DE PACIENTES

Criterios de exclusión

4. Paciente Adolescente en un intervalo de edad entre (14 – 18 años).
5. Pacientes próximos a realizarse un transplante.
6. Pacientes portadores de:
 - Epilepsia.
 - SIDA.
 - Cáncer en cualquier parte del cuerpo.
7. Mujeres embarazadas.

Criterios de inclusión

3. Diagnostico de Reflujo Gastroesofágico por el especialista.
4. Respetar los criterios de exclusión.

2.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

OBJETIVO GENERAL				
Determinar las manifestaciones bucales más frecuentes en pacientes con Reflujo Gastroesofágico, que asisten al área de gastroenterología, del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Año 2005.				
OBJETIVO	VARIABLE	Def. CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES
Establecer por medio de la revisión de historias clínicas el número de pacientes con diagnóstico de Reflujo Gastroesofágico	Historias Clínicas de Pacientes que presentan diagnóstico de Reflujo Gastroesofágico	Documento el cual permite establecer cuales pacientes presentan diagnóstico de Reflujo Gastroesofágico.	Instrumento de Diagnostico	Historias clínicas generales del Área de Gastroenterología del Hospital.
Identificar las manifestaciones bucales más frecuentes en pacientes con Reflujo Gastroesofágico	Manifestaciones bucales.	Lesiones o manifestaciones a nivel de la cavidad bucal	Cavidad oral	Erosiones. Caries. Gingivitis – Periodontitis. Halitosis. Sensibilidad dentaria. Pirosis Patología Pulpar Aftas
Determinar si las afecciones bucales de los pacientes con Reflujo Gastroesofágico son consecuencia de dicha patología.	Hábitos de higiene bucal.	Hábitos de higiene bucal que los pacientes utilizan para mantener su higiene buco-dental	Cavidad oral.	Técnica de cepillado. Regularidad del cepillado. Uso del hilo dental. Uso de enjuague bucal. I.H.O.S
Determinar el ph salival en los pacientes con Reflujo Gastroesofágico	ph salival	Valor usado para determinar la acidez o alcalinidad de la saliva.	Saliva.	Acidez. Alcalinidad.

Fuente: Acosta A. y Alvizu E. Año 2006.

Instrumento de recolección
Historia Clínica

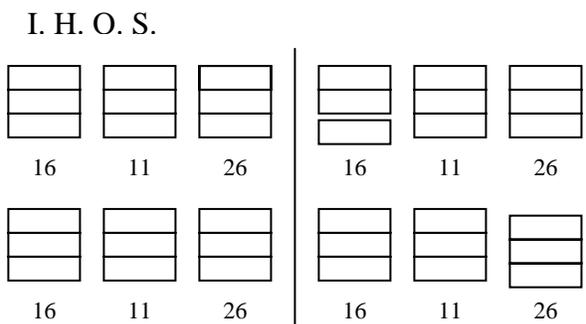
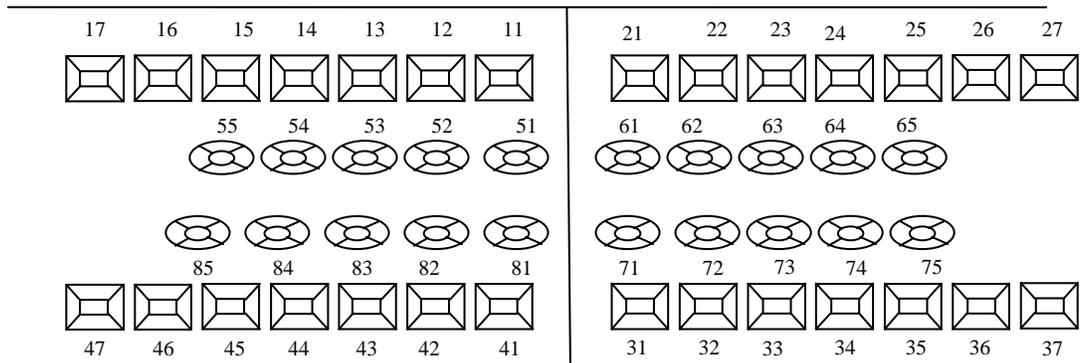
Nombre y Apellido: _____ No. de historia: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ C.I.: _____
 Identificación diagnóstica de Reflujo Gastroesofágico:

Acidez: _____
 Pirosis: _____
 Dolor retroesternal: _____
 Investigador: _____
 Centro Asistencial: _____
 Medico tratante: _____

MANIFESTACIONES BUCALES

Ph:
 Ácido _____ Básico _____
Caries:

ODONTODIAGRAMA



- Oclusal
- Proximal
- Cervical en Dentina
- Cervical en Esmalte
- Vestibular
- Palatino/ Lingual

I. M. A. _____ I. C. _____
 I. H. O. S. _____

Evaluación Periodontal:

INDICE PERIODONTAL MODIFICADO DE RUSSEL			
	ENCIA NORMAL:	_____	(0)
	GINGIVITIS LEVE:		
	• Inflamación en Encía Libre que no rodea al Diente.	_____	(1)
	GINGIVITIS:		
	• Inflamación que rodea al Diente sin pérdida de la Inserción.	_____	(1)
	GINGIVITIS CON BOLSA:		
	• Pérdida de la Inserción Epitelial.	_____	
	• Presencia de Bolsa.	_____	
	• Función Masticatoria Normal.	_____	(6)
	• No hay Movilidad.	_____	
	• No hay Migración Dentaria.	_____	
	DESTRUCCIÓN AVANZADA CON PÉRDIDA DE LA FUNCIÓN MASTICATORIA:		
	• Presencia de Movilidad.	_____	
	• Migración Dentaria.	_____	(8)
	• Instrucción en el alveolo.	_____	
9	Wilmer Carly		M
10	Consuelo Silv <u>OTRAS MANIFESTACIONES BUCALES</u>		F
11	Gladis Guerra		F
	MANIFESTACIONES	SI	NO
	Erosión		
	Sensibilidad Dentaria		
	Patología Pulpar		
	Halitosis		
	Aftas		
19	Doneira Juia		F

20	Noris Márquez	F
21	Lupe Valles	F

SABANAS DE DATOS

No.	SEXO	EDAD (años)	CARIES		EROSIÓN	SENSIBILIDAD DENTARIA	PATOLOGÍA PULPAR	HALITOSIS	AFTAS
			Mas de 60%	Menos de 60%					
1.	F	57		X	X	X	X	X	X
2.	F	33		X	X	X	X	X	X
3.	F	60		X	X	X	X	X	X
4.	F	21		X	X	X	X	X	X
5.	F	34		X	X	X	X	X	X
6.	F	49		X	X	X	X	X	X
7.	F	46		X	X	X	X	X	X
8.	M	23		X	X	X	X	X	X
9.	M	19		X	X	X	X	X	X
10.	F	33		X	X	X	X	X	X
11.	F	56		X	X	X	X	X	X
12.	M	57		X	X	X	X	X	X
13.	M	30		X	X	X	X	X	X
14.	M	44		X	X	X	X	X	X
15.	M	28		-	X	X	X	X	X
16.	M	22		-	X	X	X	X	X
17.	M	27		-	X	X	X	X	X
18.	F	28		X	X	X	X	X	X
19.	F	45		X	X	X	X	X	X
20.	F	37		-	X	X	X	X	X
21.	F	50		-	X	X	X	X	X
TOTAL				16	20	14	4	14	8

DIAGNOSTICO Y SINTOMAS DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO

No.	PRUEBA DIAGNOSTICA	ACIDEZ	PIROSIS	DOLOR RETROESTERNAL
1	Endoscopia	X	X	X
2	Endoscopia	X	X	X
3	Endoscopia	X	X	X
4	Endoscopia	X	X	X
5	Endoscopia	X	X	X
6	Endoscopia	X	X	X
7	Endoscopia	X	X	X
8	Endoscopia	X	X	X
9	Endoscopia	X	X	X
10	Endoscopia	X	X	X
11	Endoscopia	X	X	X
12	Endoscopia	X	X	X
13	Endoscopia	X	X	X
14	Endoscopia	X	X	X
15	Endoscopia	X	X	X
16	Endoscopia	X	X	X
17	Endoscopia	X	X	X
18	Endoscopia	X	X	X
19	Endoscopia	X	X	X
20	Endoscopia	X	X	X
21	Endoscopia	X	X	X
	TOTAL	20	15	5

No.	HIGIENE BUCAL					ENFERMEDAD PERIODONTAL	
	I.M.A	I.C	I.H.O.S	Buena	Mala	GINGIVITIS	PERIODONTITIS
1.	0.66	0.33	0.99	X		X	-
2.	0.66	1	1.66		X	X	-
3.	1	1	2	X		X	-
4.	0.83	0.33	1.16	X		-	-
5.	0.5	0.5	1	X		X	-
6.	0.5	0	0.5	X		-	-
7.	1	0.33	1.33		X	-	X
8.	0.83	0	0.85	X		X	-
9.	1	0	1	X		X	-
10	0.33	0	0.33	X		X	-
11	0.33	0	0.33	X		-	X
12	0	0	0	X		-	X
13	1.33	0	1.33	X		X	-
14	1.66	1.33	2.99		X	-	X
15	0	0	0	X		X	-
16	0	0	0	X		X	-
17	2	0.5	2.5	X		X	-
18	0.5	1	1.5	X		X	-
19	1.66	0.66	2.32		X	-	X
20	0.33	0	0.33	X		-	-
21	0.66	0	0.66	X		-	-
TOTAL				16	5	12	5

PH SALIVAL

No.	Ph	
	ACIDO	BASICO
1.	X	
2.	X	
3.	X	
4.	X	
5.	X	

6.		X
7.	X	
8.	X	
9.	X	
10.	X	
11.	X	
12.	X	
13.	X	
14.	X	
15.	X	
16.	X	
17.	X	
18.		X
19.		X
20.	X	
21.	X	
TOTAL	18	3