

Enfermedad Iatrogénica en Odontología

Manuel Pareja Marlarín & María del Carmen Pareja Vásquez

RESUMEN

El propósito del presente trabajo de investigación es determinar la presencia de la enfermedad producida por una mala práctica clínica odontológica.

El término acuñado para designar a esta enfermedad es Iatrogenia, y puede presentarse durante el ejercicio de cualquiera de las especialidades estomatológicas.

Durante el ejercicio de la docencia universitaria y práctica privada se ha estudiado, diagnosticado y catalogado por especialidades 100 casos de Iatrogenia odontológica. Se confeccionaron historias clínicas con datos sobre sexo, edad, tratamiento recibido y molestias o quejas de los pacientes. También se realizaron retratamientos tendientes a devolver a las pacientes la normalidad anatómica, funcional y estética, mejorando así el aspecto psicológico y autoestima.

SUMMARY

The intention of the present work of investigation is to determine the presence of the disease produced by a bad odontology clinical practice. The coined term to designate to this disease is iatrogenic and can appear during the exercise of anyone of the odontology specialities. During the exercise of deprived university and practical teaching, one has studied, diagnosed and catalogued by specialities, 100 cases of iatrogenic odontology, sex, age, received treatment and annoyances or complaints of the patients were made clinical histories, with data on. Also were made treatments to give back to the patients anatomical, functional and aesthetic normality, thus improving, the psychological aspect and self-esteem.

Key Words: Iatrogenic, Gingivitis, Periodontitis

INTRODUCCIÓN

¿Porque se pierden los dientes en nuestro país?

De acuerdo a estudios epidemiológicos a nivel nacional, las personas pierden parcial o totalmente sus piezas dentarias por:

- Falta de conocimiento de los métodos de tratamiento y prevención de las enfermedades más prevalentes como son la caries dental y las enfermedades periodontales.
- Por factor económico, porque en el Perú el 98% de personas sufre de caries y enfermedades de las encías y solo un 10% ó 20% tiene acceso al tratamiento odontológico. Este problema se agudiza en las zonas altoandinas, donde hay poblados sin postas médicas, ni odontológicas.
- Es innegable que las personas con pobres recursos económicos son atendidas por empíricos o por profesionales mal preparados clínicamente durante el proceso de aprendizaje en los centros superiores de enseñanza, y por no asistir a programas de especialización y educación continuada.

¿Como afecta a la comunidad la falta total o parcial de sus piezas dentales?

La pérdida total o parcial de las piezas dentales afecta a las personas en su aspecto anatómico, fisiológico, estético y psicológico.

El edéntulo parcial o total tiene dificultad para la masticación, deglución y digestión de los alimentos. Al disminuir su aspecto estético pierde su autoestima, lo que repercute en sus relaciones sociales, ya que tiene dificultades en la fonación y por ende en la comunicación hablada.

Caries y enfermedades periodontales en el Perú

De acuerdo a los resultados obtenidos por un grupo de Bachilleres de la Facultad de Odontología de la U.S.M.P., durante la realización de su tesis grupal para titularse, se obtuvieron informes valederos y oficializados por el Ministerio de Salud.

- En la sierra están afectados de caries niños y adultos en un 98%. Así mismo, padecen de enfermedad gingival en un 80%.
- En la selva, el promedio es también alto 95% para ambas enfermedades, con un alto promedio de edentulismo en las personas jóvenes.

- En la costa el promedio de caries y enfermedad periodontal es menor, dependiendo del estatus económico que hace variar este promedio.

También se ha observado que los profesionales odontólogos están distribuidos en la capital del Perú y capitales de Departamentos, en un 70%. En los pueblos andinos y de la selva pocos industrializados no hay odontólogos, para poder tratarse deben recorrer distancias considerables.

También en la sierra y selva los consultorios están pobremente equipados sobre todo en los pueblos pequeños y caseríos.

En la costa tienen acceso a tratamientos odontológicos actualizados las personas de clase A-B.

Las clases C-D, tienen restricciones para acceder a estos tratamientos por factor económico, ya que los costos resultan onerosos para la mayoría de ellos.

Antecedentes temáticos sobre latrogenia en Odontología

Un tratamiento dental o periodontal no efectuado concordante con los parámetros de un buen diagnóstico, plan de tratamiento y con la utilización de un instrumental y materiales ad hoc, puede desencadenar una lesión o enfermedad que el paciente no tenía, llamada enfermedad latrogénica.

También no se debe soslayar en todo tratamiento el aspecto bioético y bioseguridad.

Latrogenia en Endodoncia

Endodoncia es la disciplina odontológica que estudia, diagnóstica y trata las afecciones del filete radicular o nervio que se encuentra dentro de las piezas dentales. Cuando este filete nervioso se inflama o se infecta, actualmente no se recurre a la extracción, sino que se realiza la excéresis del referido filete nervioso y se rellena el canal con material plástico, evitando así su avulsión. Para realizarlo se necesita hacer uso de una técnica muy depurada que garantice el éxito. Cuando no se tiene una preparación clínica y académica o no se actualiza el odontólogo, pueden presentarse casos en los que una mala endodoncia desarrolla una enfermedad periodontal, llegar a la extracción dentaria o condicionar un absceso periodontal, entidades clínicas acompañadas de dolor y edema.

José Pedro Cortz. (Uruguay 2002) citado por Henotrazza Haro (12) recomienda hacer una reconstrucción coronaria antes del tratamiento endodóntico para evitar una Iatrogenia.

Seltzer, L.B. y Bender, S.: (26) señala los factores que hay que tomar en cuenta para realizar una buena endodoncia, para evitar una Iatrogenia en el tejido periodontal.

Iatrogenia en Operatoria Dental

Cuando una obturación para tratar una caries dental no ha sido hecha con una técnica correcta, con material e instrumental ad hoc y como operador un profesional no actualizado, puede desarrollarse una lesión o enfermedad en los tejidos vecinos. En el hueso alveolar se puede presentar reabsorción ósea vertical en las molares y abscesos periapicales por muerte pulpar.

Paulo Petra – (Brasil 2002) citado por Hinostraza Haro (12) señala que en Brasil por ser la odontología reparadora de alto costo, es inaccesible al 90% de la población. Señala también que en países industrializados la población con dientes completos aumenta en un 41%.

El número de dientes sanos en Inglaterra es del 65%. En Dinamarca hubo disminución de caries del 69% en niños de 5 años y en el 75% a en niños de 12 años, debido a los programas de prevención, que comienzan en los meses de gestación, y después del nacimiento. No sucede lo mismo en países subdesarrollados donde el edentulismo es bastante notorio.

Canasa, Alegre, Carlos (Argentina 2000) sentencia que para evitar la pérdida de dientes se debe hacer un diagnóstico teniendo en cuenta la triada: Huésped (diente), Microflora y Dieta (Sustrato), después agregó otro factor: Tiempo.

Iatrogenia en Prótesis Dental

Se ha observado lesiones Iatrogénicas en Prótesis Dental, tanto fija, removible y completa. La prótesis fija reemplaza dientes perdidos con coronas, y puentes fijos de distintos materiales. Cuando las coronas y puentes están mal adaptados por una preparación deficiente de los dientes pilares, se presentan molestias, dolor oclusión traumática, movilidad que alteran el hueso de soporte y se llega muchas veces a una extracción dentaria.

La prótesis removible se sostiene por medio de ganchos metálicos que si no están bien compensadas producen lesiones en el hueso, ligamento

periodontal y atrofia de encía. De igual manera la prótesis completa cuando no está bien adaptada produce reabsorción ósea y consecuentemente mamelones gingivales. Gustavo, Barrios (2004) (1) aborda todas estos considerandos en su obra «Odontología» (4 Tomas).

Iatrogenia en Periodoncia

Periodoncia es la disciplina científica que estudia, diagnostica, realiza el tratamiento y señala las medidas preventivas de las enfermedades que afectan al conjunto de encía, ligamento periodontal y hueso alveolar.

Las enfermedades periodontales son la gingivitis y periodontitis en todas sus variedades clínicas.

Estas enfermedades no tratadas o deficientemente abordadas pueden conducir a la pérdida total de la dentadura. Jan Lindhe (2004) (14) señala que la caries dental y las enfermedades de las encías son prevalentes a nivel mundial desde tiempos remotos. En los papiros egipcios ya se daban recetas para combatir las.

Iatrogenia en Ortodoncia

Esta especialidad se encarga de estudiar, diagnosticar y solucionar problemas de la mal posición de los dientes. Se basa en la presión constante que ejercen los alambres sobre el hueso, para reabsolverlo y permitir el movimiento de las piezas dentarias en mal posición.

Estas presiones mal dirigidas o excesivas producen una reabsorción exagerada del hueso, muchas veces rompiendo la tabla externa y produciendo una lesión periodontal con atrofia de la encía circundante al diente problema.

Iatrogenia por Fármacos y Rayos X

La ingestión prolongada de ciertos fármacos por vía sistémica da origen a un crecimiento hiperplásico de la encía que muchas veces se complica con una inflamación crónica por bacterias y sus productos metabólicos.

Un ejemplo convincente se presenta en los pacientes que ingieren difemil dilantainato sódico (Dilantina) para controlar las convulsiones epilépticas.

También se presenta esta alteración en el caso de los pacientes

transplantados de riñón, que reciben drogas como la ciclosporina para evitar el rechazo al trasplante recibido.

Así mismo, hemos visto que el uso de Rayos X para el diagnóstico por imágenes produce enfermedades graves como neoplasias, cuando el operador y los pacientes no están protegidos del impacto de las radiaciones.

Un caso comprobado es el efecto nocivo de la tetraciclina que pacientes menores de 12 años los ingieren por bastante tiempo. Esta droga produce manchas pardo amarillentas en los dientes, siendo el cuadro clínico irreversible.

Ramfjord (1980) (24) se ocupó ampliamente del problema.

Material y Métodos

En el presente trabajo de investigación se considera una muestra de 100 casos de enfermedad iatrogénica, diagnosticadas y estudiadas en un periodo de 20 años de docencia clínica universitaria, así como en la práctica privada.

El método empleado es el de observación clínica, con ayuda de imágenes de radio diagnóstico e interpretación de análisis clínicos.

En algunos casos tratados y solucionados se contó con interconsulta médica especializada, con todo el equipo profesional ad hoc, se estudió, diagnosticó, se catalogó y se realizaron las acciones necesarias para devolver al paciente la normalidad, anatómica, fisiológica, estética y psicológica.

Planteamiento del Problema

Lo ideal del tratamiento odontológico es aliviar el dolor, hacer el tratamiento restaurativo correcto, devolviendo de esta manera el funcionalismo y la sonrisa de los pacientes. Por diferentes causas, muchas veces atribuidas a la mala enseñanza clínica de los estudiantes, a la contratación de profesores no actualizados, a la deficiencia de local, instrumental o material odontológico, no se hace un tratamiento ideal, por el contrario se desarrollan otras dolencias o situaciones que afectan anatómica y psíquicamente a nuestros pacientes, llamada enfermedad iatrogénica y convirtiéndose en un problema de salud que es nuestra obligación solucionarlo.

Objetivos del presente trabajo de investigación:

El equipo multidisciplinario de profesores de las distintas especialidades se trazó un plan de acción que se sintetizó en los siguientes objetivos:

- Diagnosticar los casos de iatrogenia, señalando los posibles factores causales.
- Catalogar las afecciones por especialidades.
- Con el odontólogo especialista trazar un plan de trabajo para cada caso clínico, individualmente.
- El objetivo principal de este trabajo es devolver la salud al paciente afectado, desde el punto de vista anatómico funcional, estético y psicológico

HIPÓTESIS:

1ra. Hipótesis: Algunos tratamientos odontológicos mal diagnosticados y tratados deficientemente, pueden originar enfermedad iatrogénica.

2da. Hipótesis: Con un plan de acción coherente y multidisciplinario es posible devolver la salud dental al paciente que ha sufrido una iatrogenia.

Casos Clínicos de iatrogenia observados, diagnosticados y tratados por especialidades

Tabla 1

Nº	100 PACIENTES	Nº	%
1	Periodoncia	26	26
2	Operatoria Dental	24	24
3	Cirugía Bucal	4	4
4	Endodoncia	16	16
5	Prótesis Dental	26	26
6	Ortodoncia	2	2
7	Fármacos	2	2

Tabla 2
Casos clínicos catalogados por grupos etáreos

Nº	100 PACIENTES	Nº	%
1	Entre 12 y 20 años	7	7
2	Entre 20 y 30 años	12	12
3	Entre 30 y 40 años	21	21
4	Entre 40 y 50 años	34	34
5	Entre 50 a + años	36	36
	TOTALES	100	100

Tabla 3
Pacientes catalogados por grado de instrucción

Nº	100 PACIENTES	Nº	%
1	Analfabetos	2	2
2	Primaria	35	35
3	Secundaria	45	45
4	Superior	18	18
	TOTALES	100	100

Tabla 4
Pacientes catalogados según sexo

Nº	100 PACIENTES	Nº	%
1	Masculino	35	35
2	Femenino	65	65
	TOTALES	100	100

Procedimientos Clínicos

En esta etapa del trabajo de investigación se confecciona la Historia Clínica de cada paciente, de acuerdo a la especialidad odontológica donde recibió el tratamiento primigenio.

Así mismo, se anota la secuencia del tratamiento a que fue sometido y los resultados clínicos obtenidos. Se ha tomado sólo casos típicos de iatrogenia de cada una de las especialidades odontológicas. Posteriormente se realizaron los tratamientos odontológicos de recuperación clínica.

Iatrogenia en Periodoncia

Caso clínico N° 1

Nombre: N/N, Edad: 40 años, Sexo: F

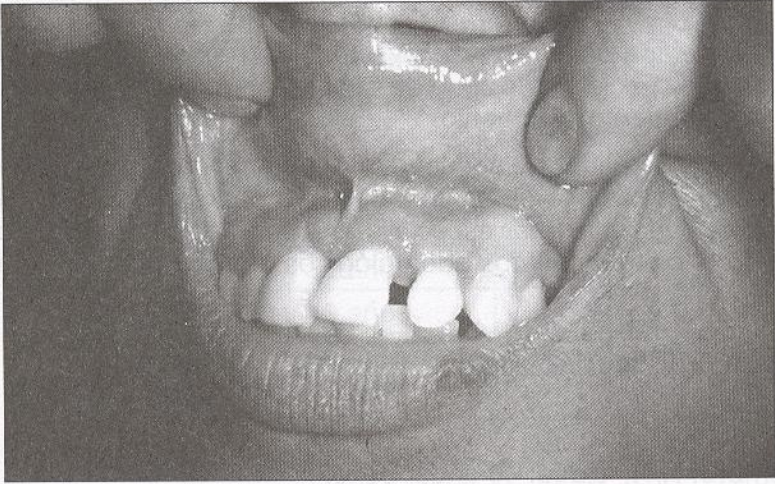
Motivo de la consulta: La paciente vino a consulta porque tenía movilidad acentuada en el Incisivo Central Superior Izquierdo, acompañado de dolor y drenaje de pus por palatino.

Iatrogenia: La paciente estaba recibiendo antibioticoterapia para tratar la infección de la bolsa periodontal por palatino; en vista que no acusó resultados positivos, le ofrecieron una avulsión dentaria, que no aceptó.

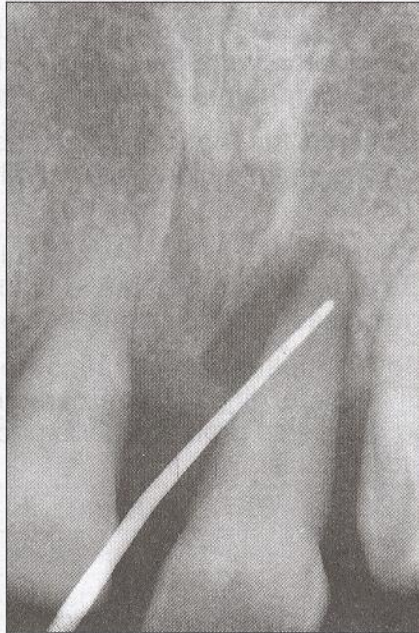
Se diagnosticó oclusión traumática en el diente problema, esta condición trajo por consigo reabsorción ósea envolvente y se produjo muerte pulpar por vía apical.

Tratamiento: Se corrigió la oclusión traumática, se realizó una endodoncia y para reparar el defecto óseo se le practicó un injerto óseo con la técnica de coágulo óseo; luego se ferulizó la pieza móvil.

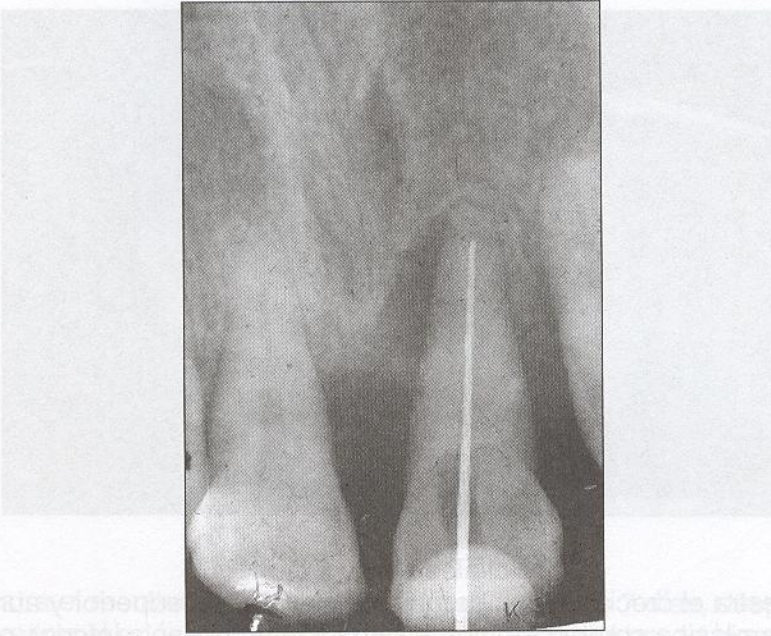
Resultados: A los 6 meses radiográficamente se comprobó regeneración ósea. El estado gingival con características normales. Disminuyó la movilidad del diente problema. A la paciente se le instruyó en la técnica de cepillado sulcular.



Caso clínico Nº 1 – Foto Nº 1
Muestra al Incisivo Central Superior Izquierdo,
elongado e inclinado mesialmente.

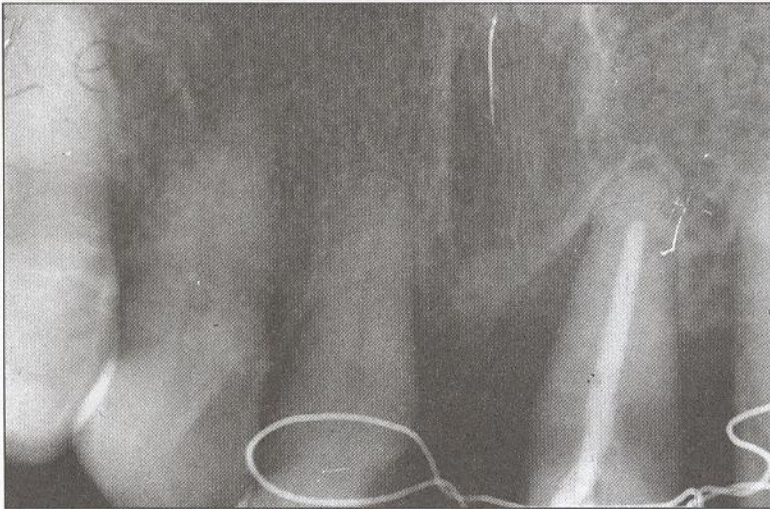


Caso clínico Nº 1 – Foto Nº 2
Radiológicamente se observa reabsorción ósea vertical y
envolvente. Infección periapical. Bolsa periodontal de 12mm.



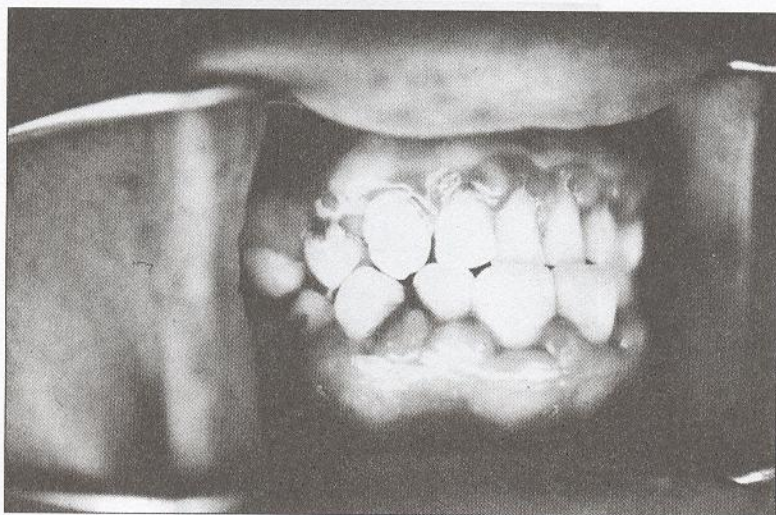
Caso clínico N° 1 – Foto N° 3

Instrumentación endodóntica, la pieza presentaba necrosis pulpar



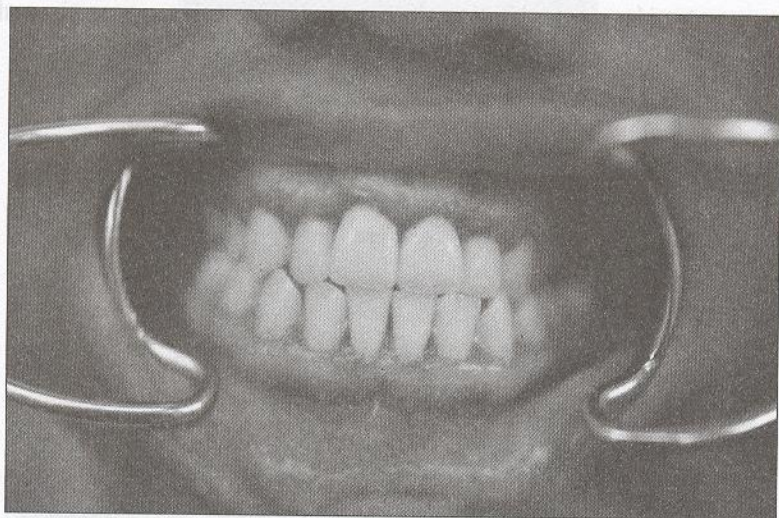
Caso clínico N° 1 – Foto N° 4

La radiografía final muestra regeneración ósea del defecto vertical. No hay reacción periapical. A los 6 meses posteriores al tratamiento, mejora la condición gingival y la movilidad dentaria.



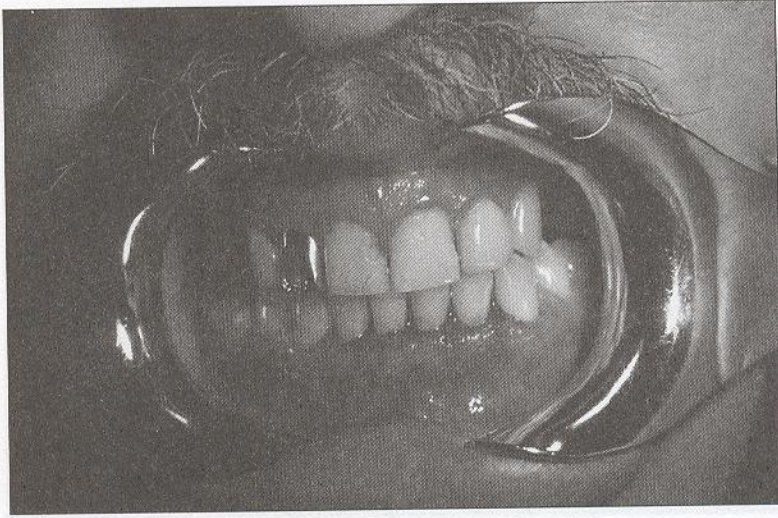
Caso clínico Nº 2 – Foto Nº 5

Se muestra el crecimiento hiperplásico de la encía superior y aumento hiperplásico combinado con inflamación en la encía inferior, por ingestión de dilantina sódica para prevenir convulsiones epilépticas.



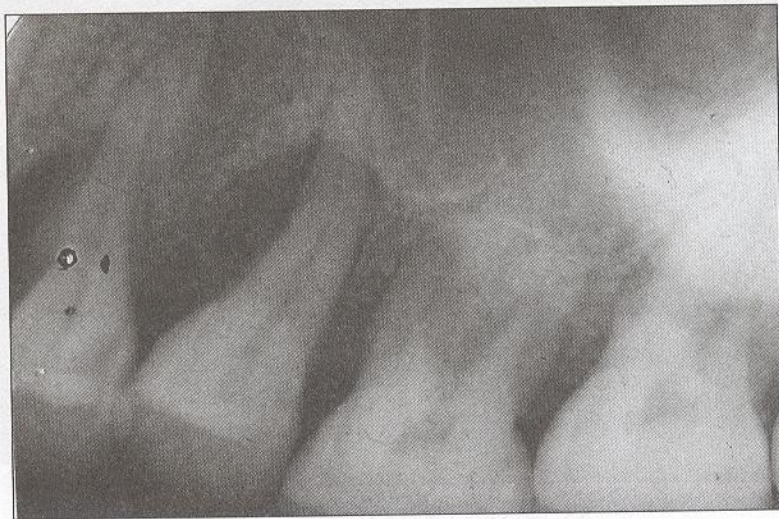
Caso clínico Nº 2 – Foto Nº 6

Muestra el resultado del tratamiento quirúrgico. El contorno gingival tiene un aspecto aceptable al cabo de 8 días del tratamiento. Puede recaer después de 6 meses si es que no se suprime la droga, se cambia la dosis, ó el producto farmacéutico.



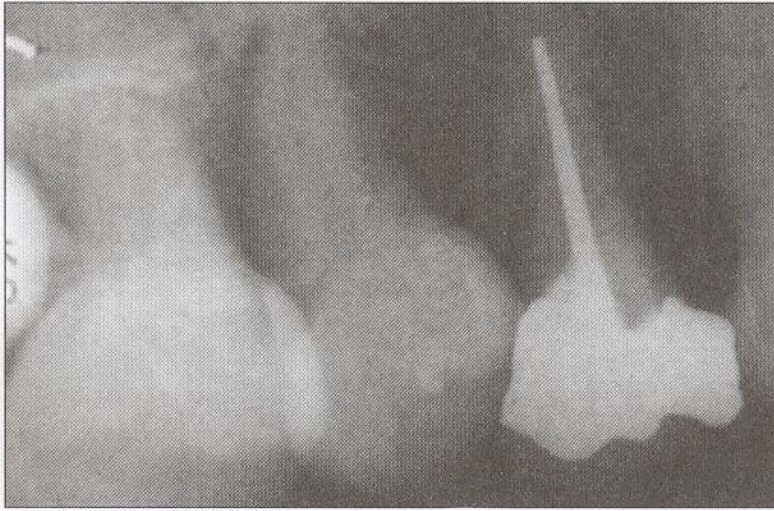
Caso clínico Nº 3 – Foto Nº 7

Muestra el resultado de la cirugía periodontal a los 7 días, después de retirar el apósito quirúrgico. La terminación del borde gingival es traumática al momento de la masticación



Caso clínico Nº 4 – Foto Nº 8

La radiografía muestra reabsorción vertical en la 1ra y 2da premolar superior y caries penetrante en la 1ra premolar



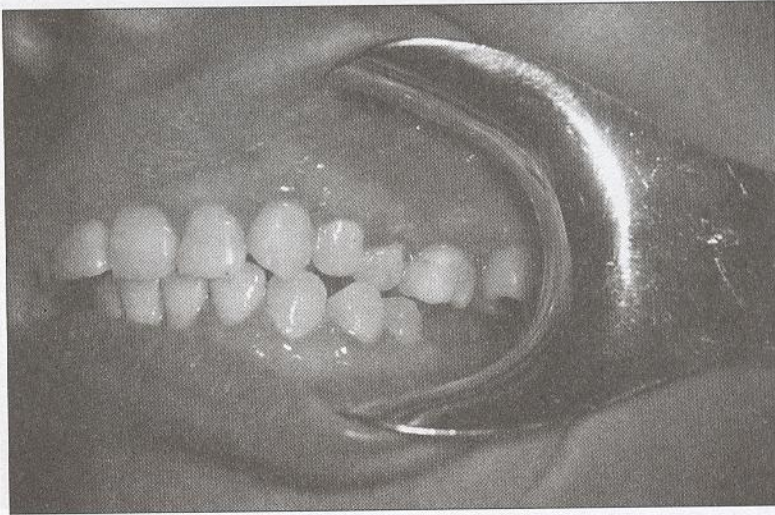
Caso clínico N° 4 – Foto N° 9

La radiografía final a los 6 meses muestra regeneración ósea de los defectos verticales. Normalidad en el periápice y en el tejido periodontal.



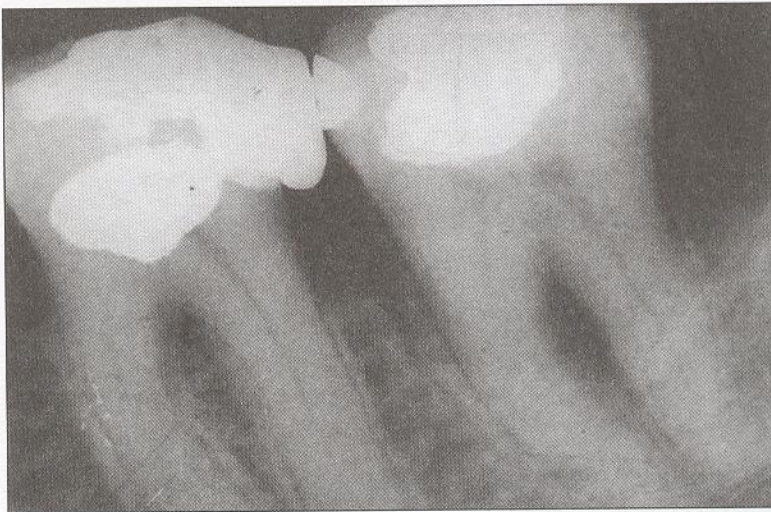
Caso clínico N° 5 – Foto N° 10

Se muestra el estado gingival no aceptable después de retirar el apósito quirúrgico a los 7 días después de la gingivectomía superior posterior izquierda.



Caso clínico N° 5 – Foto N° 11

Se muestra el resultado final, después del retratamiento, apreciándose volumen y terminación del borde gingival anatómica y estéticamente aceptable.



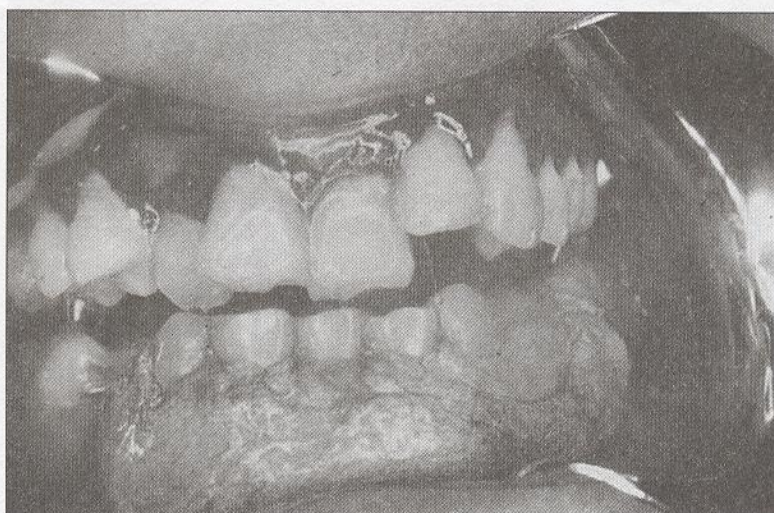
Caso clínico N° 6 – Foto N° 12

La radiografía muestra obturaciones mal terminadas y desbordantes que han producido reabsorción ósea horizontal. Se detectó oclusión traumática como factor causal de las furcaciones.



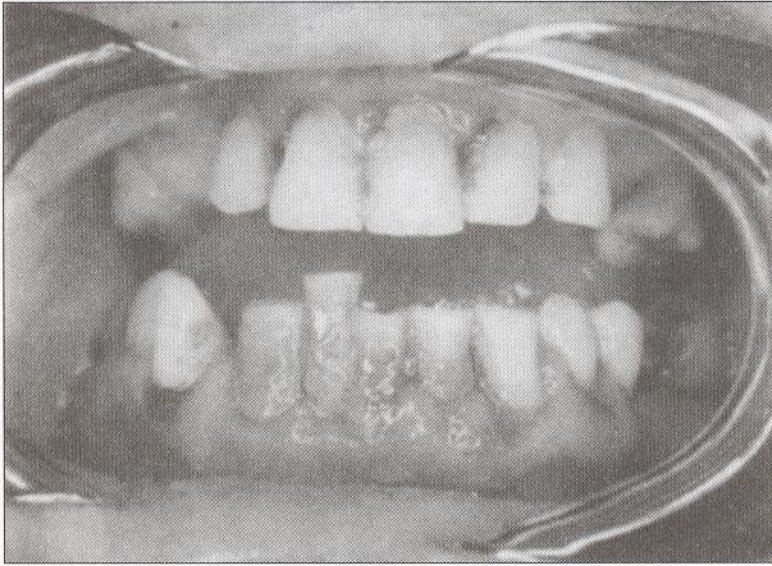
Caso clínico N^o7 – Foto N^o 13

La radiografía muestra obturaciones desbordantes que han producido reabsorción vertical del hueso por acúmulo de placa bacteriana, oclusión traumática y bromatostasis por diastema.



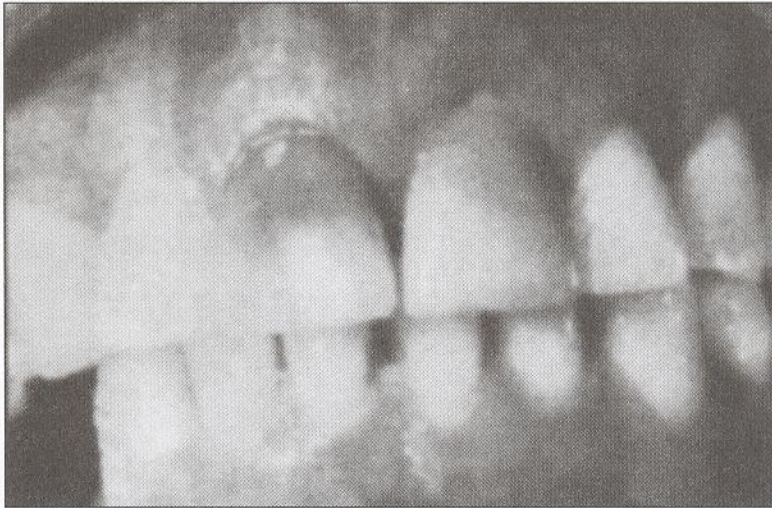
Caso clínico N^o 8 – Foto N^o 14

Muestra la fotografía una cirugía periodontal inferior con apósito quirúrgico realizado erróneamente en un paciente con gingivitis descamativa aguda o gingivosis.



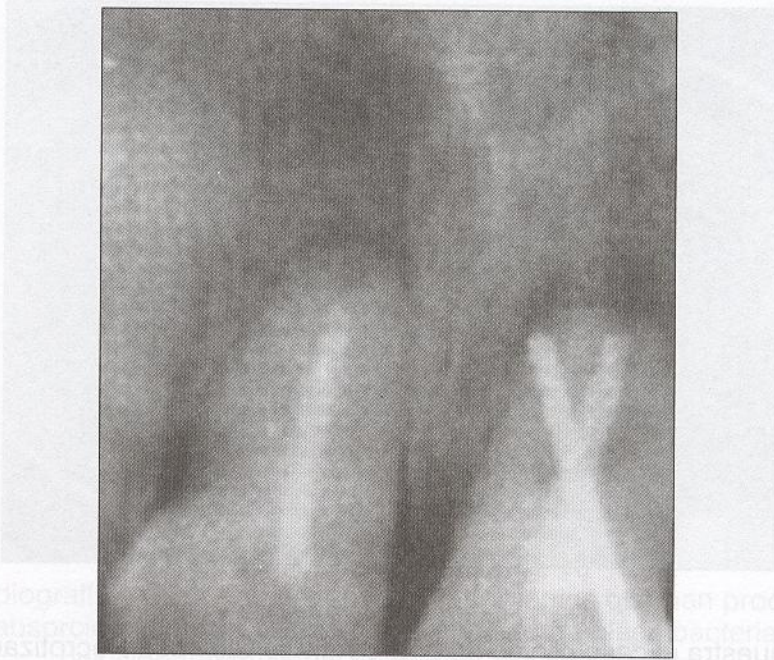
Caso clínico Nº 9 – Foto Nº 15

Se muestra el caso clínico de una Gingivitis Ulcerosa Necrotizante aguda «G.U.N.A.» con pseudo membranas y destrucción del vértice gingival.



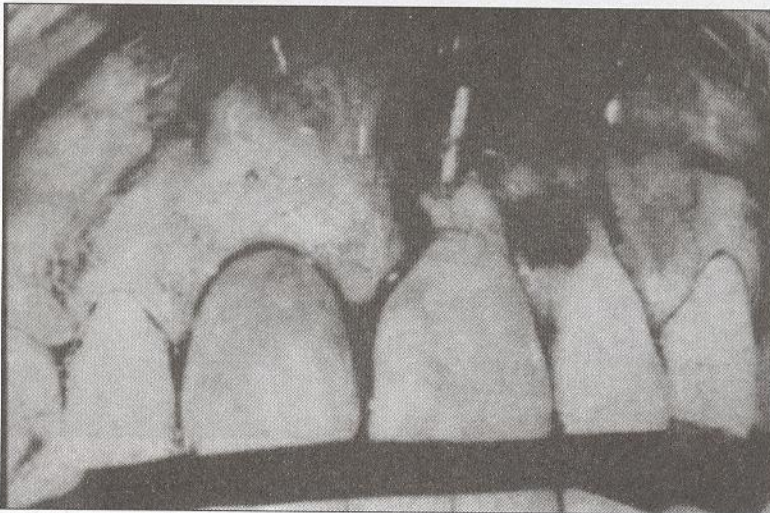
Caso clínico Nº 10 – Foto Nº 16

Se muestra un absceso periapical y drenaje de pus por la bolsa periodontal a nivel del Incisivo Central Superior Izquierdo.



Caso clínico Nº 10 – Foto Nº 17

La radiografía muestra un tratamiento endodóntico incompleto y bolsa periodontal de 12mm por bucal, detectada por radiografía con cono de gutapercha en el incisivo central superior izquierdo.



Caso clínico Nº 10 – Foto Nº 18

Se muestra obturación por falsa vía con destrucción de la tabla externa.



Caso clínico N° 10 – Foto N° 19

La radiografía muestra regeneración ósea en el periapice, después de haber obturado la falsa vía con amalgama bruñida. La paciente no acusa dolor ni malestar a los cuatro meses del último control.



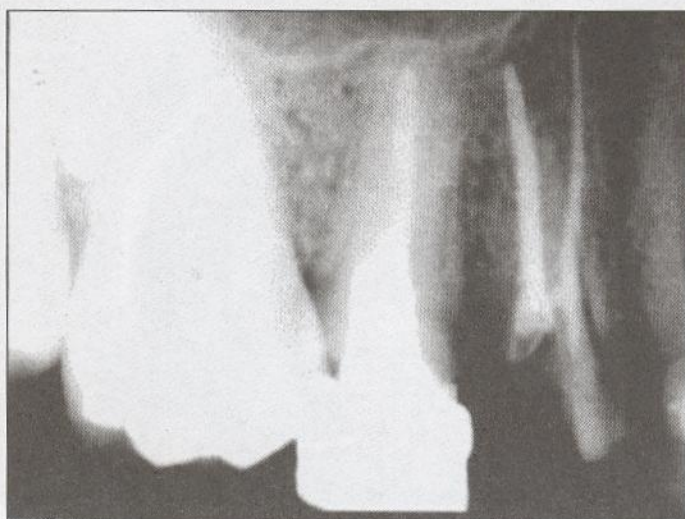
Caso clínico N° 11 – Foto N° 20

Radiografía muestra obturación deficiente, de la 2da premolar superior derecha. Compromiso periodontal



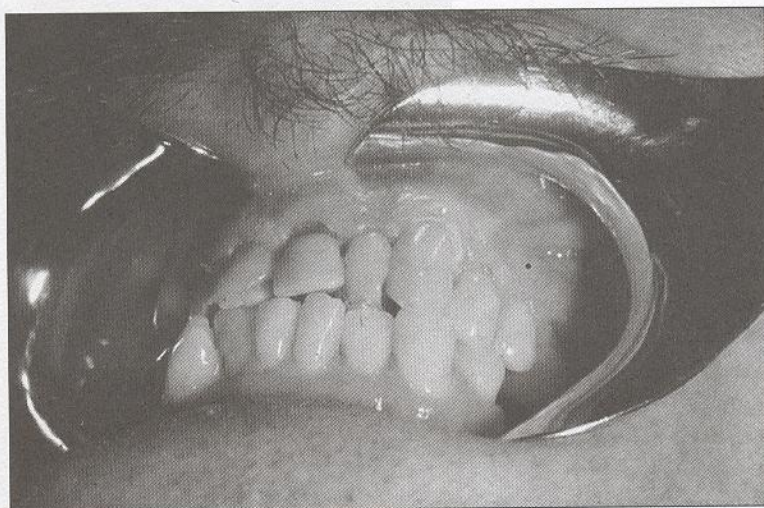
Caso clínico Nº 11 – Foto Nº 21

La radiografía muestra un canal sin obturación, el cual era causante del dolor y compromiso periodontal



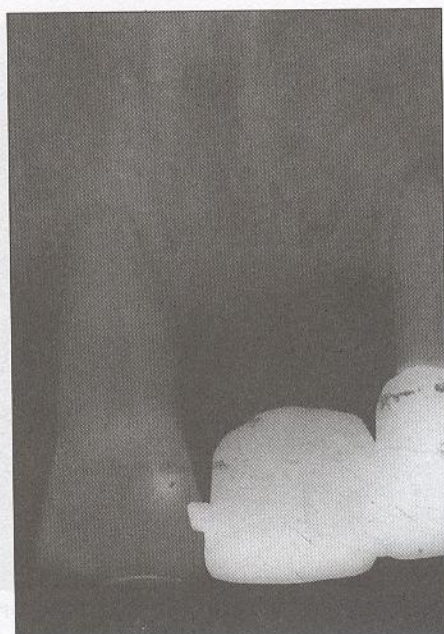
Caso clínico Nº 11 – Foto Nº 22

La radiografía final nos muestra la obturación de los dos conductos radiculares.



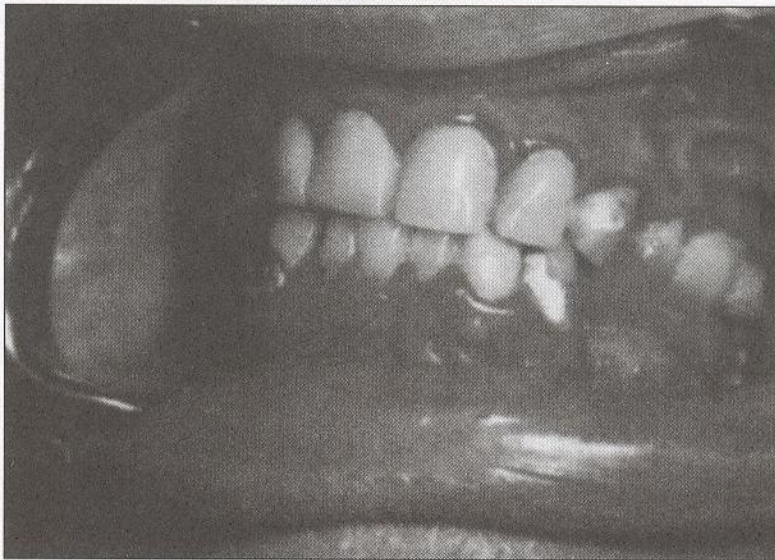
Caso clínico Nº 12 – Foto Nº 23

Se muestra el puente fijo veneer apoyado en una sola pieza pilar, con un apoyo en el incisivo central contiguo. Produciendo reabsorción ósea y oclusión traumática.



Caso clínico Nº 12 – Foto Nº 24

Radiografía que muestra reabsorción ósea en el incisivo central derecho



Caso clínico N° 13 – Foto N° 25

La fotografía muestra una Gingivitis marginal crónica en el maxilar superior, producido por coronas plásticas mal adaptadas.



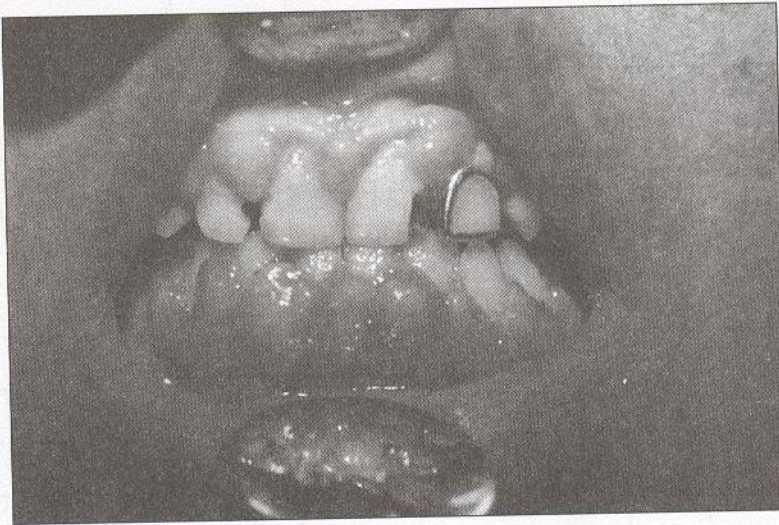
Caso clínico N° 14 – Foto N° 26

La foto muestra atrofia gingival de la molar superior que soporta el gancho metálico activado con mucha presión.



Caso clínico Nº 15 –
Foto Nº 27

La radiografía muestra reabsorción envolvente del incisivo lateral superior izquierdo producida por presión anormal ejercida para movilizar la pieza dental.



Caso clínico Nº 15 – Foto Nº 28

La radiografía muestra un crecimiento hiperplásico antero inferior, debido a la medicación para evitar el rechazo a un transplante renal, el fármaco es la ciclosporina. Otra droga asociada a la hiperplasia gingival es del Dilantina Sódica administrada para evitar convulsiones en pacientes epilépticos.

RESULTADOS

Esta investigación se basa en la observación, estudio, diagnóstico clínico y tratamiento de los pacientes afectados por una enfermedad iatrogénica.

Los resultados del presente trabajo de investigación serán presentados por medio de tablas, figuras y fotografías clínicas antes y después del tratamiento.

De los 100 casos historiado y tratados se han escogido 15 casos clínicos representativos de iatrogenia ocurridos en las clínicas de atención de las diferentes especialidades odontológicas y en la práctica privada.

Tabla 1
Pacientes con enfermedad iatrogénica
catalogadas por especialidades

Nº Orden	Especialidades	Nº	%
1	Periodoncia	26	26
2	Operatoria Dental	24	24
3	Cirugía Bucal	4	4
4	Endodoncia	16	16
5	Prótesis Dental	26	26
6	Ortodoncia	2	2
7	Fármacos	2	2
	TOTALES	100	100

Tabla 2
Pacientes catalogadas por grupos etáreos

Nº Orden	Grupos etáreos	Periodoncia	Operatoria Dental	Cirugía Bucal	Endodoncia	Prótesis Dental	Ortodoncias	Fármacos	Casos Clínicas
1	12-20 años				5	-	2		7
2	20 - 30	4	4		2	2			12
3	30 - 40	4	6		3	6		2	21
4	40 - 50	10	8	4	4	8			34
5	50 - +	8	6	-	2	10			26
	TOTALES	26	24	4	16	26	2	2	100

Tabla 3
Resultados porcentuales del tratamiento realizado en pacientes con enfermedad iatrogénica

Nº Orden	Especialidades	Nº	Resultados Positivos	%	Resultados Negativos	%
1	Periodoncia	26	20	76.9	6	23.07
2	Operatoria Dental	24	16	66.6	8	33.33
3	Cirugía Bucal	4	2	50	2	50
4	Endodoncia	16	12	75	4	25
5	Prótesis Dental	26	20	69.2	6	23.07
6	Ortodoncia	2	1	50	1	50
7	Fármacos	2	1	50	1	50
	TOTALES	100	72		28	

De acuerdo a lo que muestran las tablas y el estudio de los casos clínicos presentadas, estamos en condiciones de afirmar que durante la enseñanza o la práctica profesional de las distintas especialidades odontológicas, se presentan casos de iatrogenia.

Según la tabla N° 1, la especialidad en donde se han presentado el mayor número de iatrogenias es en la especialidad de Periodoncia y Prótesis Dental, seguida de Operatoria Dental, Cirugía Bucal, Ortodoncia y Fármacos recetados.

Así mismo, en el grupo etáreo correspondiente a las edades entre 40 y 50 años, se ha diagnosticado la mayor cantidad de estas enfermedades o lesiones, según la tabla N° 2.

De igual manera, de acuerdo a la tabla N° 3 el mayor porcentaje de éxito en el retratamiento correspondiente a la especialidad de Periodoncia, seguida de cerca por el resultado en las otras especialidades.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados presentados en tablas y fotografías clínicas, de 100 casos de enfermedad iatrogénica, podemos afirmar que se cumple con lo enunciado en la 1ra Hipótesis. Así mismo, con el porcentaje de tratamientos exitosos de la enfermedad iatrogénica en nuestros pacientes historiados, estaríamos afirmando que se cumple con la 2da hipótesis planteada.

El resultado de los tratamientos clínicos realizadas en este tipo de pacientes, graficadas con fotografías y radiografías, nos permite decir que se han cumplido con los objetivos propuestos.

Nuestros resultados concuerdan con lo sugerido por Pedro Cortz (2002) y Paulo Petzy (2002) citados por Hinojosa Haro (12). También, nuestras recomendaciones sobre plan de tratamiento concuerdan con lo propuesto por Carlos Canesa (2002) (12)

En lo referente a la pérdida de hueso alveolar nuestra apreciación es similar a lo expuesto por Gustavo Barrios (1) y coincidimos también con los conceptos sobre el papel de la Oclusión Traumática del mismo autor.

El estudio de los casos clínicos confirma el paso de Gingivitis a Periodontitis y a Edentulismo, postulado por Daniel A Grant (7) y Jan Lindhe (14).

Harrison, et, al:(10) Hace mención de la Hiperplasia gingival producido por la ingestión de fármacos, en el presente estudio presentamos dos casos típicos.

Ramjord (24) se ocupa en su libro «Periodoncia» sobre el papel de la oclusión traumática en la reabsorción ósea y movilidad dentaria. Nosotros hemos presentado varios casos que confirma lo enunciado por el autor.

Seltzer y Bender (26) Enuncian los problemas de difícil diagnóstico que presentan algunos pacientes, nosotros hemos hallado varios casos de enfermedades endoperiodontales y su tratamiento.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados de nuestra investigación podemos llegar a las siguientes conclusiones:

1. Una práctica odontológica no bien ejecutada puede ser un factor causal de la aparición de otras lesiones, enfermedades o padecimientos llamada Enfermedad Iatrogénica.
2. Esta situación se presenta en todas las disciplinas odontológicas, en unas más que en otras.
3. Por el porcentaje de éxito conseguido en el tratamiento establecido para devolver la salud del paciente afectado, en este trabajo de investigación, podemos afirmar que la secuencia clínica de tratamiento es la correcta y recomendada para estos casos.
4. Los pacientes pierden sus piezas dentarias por los siguientes factores causales.
 - a) Manifiestan los pacientes que no tomaron medidas preventivas ni curativas por falta de conocimiento del problema que los afectaba.
 - b) No pueden acceder a un tratamiento oportuno por factor económico, ya que este servicio lo consideran muy oneroso.
 - c) En las zonas alto andinas no hay centros de salud y las que existen están a muchos kilómetros de distancia.
 - d) Algunas pacientes con una cultura odontológica aceptable manifiestan haber asistido a centros de salud, clínicas universitarias y consultorios particulares y sin embargo han desarrollado estas enfermedades que pueden conducir al edentulismo parcial o total.

Miller, Ch. Jay: Inicruataciones Coronas y Puentes. Pág. 87.

Ed. Mundi S.A. Bs. As. Argentina

Negrón, Martha: Microbiología Estomatológica. Ed. Panamericana. 1989.
Bs. As. Argentina.

RECOMENDACIONES

1. Los centros universitarios de enseñanza de la profesión odontológica, deben tener un Plan de Estudios bien actualizado acorde con los avances de la ciencia odontológica.
2. Que la enseñanza teórica debe ser brindada con ayudas audiovisuales modernas y en locales apropiados.
3. Que juntamente con la enseñanza teórica se debe dar una Pre-Clínica realizada en maquetas o simuladores anatómicos.
La práctica clínica debe ser bastante intensa, con instructores bien calificados y en locales apropiadas y con instrumental moderno.
4. Los profesores deben ser altamente calificados con un perfil académico de primera, actualizadas, con valores y humanistas.
5. Se debe incentivar y obligar a los profesores hagan investigación sobre la problemática de salud nacional y no sean simples receptores de cultura odontológica foránea.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Barrios, Gustavo M.: Odontología. Ed. Losada
Pags. 614 – 615. Año 2004. Colombia
- Bendere, L.B. and Seltzer, S.: The effect of Periodontal Disease on the dental pulp. Oral Surgery, 1972.
- Branemark, Larb. Albrektsson: La Oseintegración en la odontología clínica. Berlín, Tokio, 1987.
- Cambra, J.J.: Manual de Cirugía Periodontal, Periapical y colocación de Implantes. Ed. Mosby Doyma. 1996. Barcelona.
- Carranza, A. Fermín. Michael G. Newman "Periodontología Clínica". Editorial Interamericana 1998. México D.F.
- Gastman Jr. And Back Meyer S.
A review of the Prosthetic considerations. Journal of Periodontics Restorative Dent. 1986. USA.
- Grant, Daniel A. et af "Periodoncia de Orfan. Ed. Interamericana Pag. 492 USA.
- Gold, S. T. and Maskow B.S.: Periodontal repair of periapical lesions. The bordetand between pulpal and periodontal disease. Journal Clinic Periodontal USA 1987.
- Genco, Robert J. ET. AL. " Periodoncia" Ed. Interamericana. 198. México.
- Harrison, et. al. "Principios de Medicina Interna Vol I.
Ed. Mc Graw Interamericana
- Herrera, D. Roldan. S.S. Sáenz M.: The periodontal abscess. Dental abstraccs. Vol 46, Nº 6, 2000 – USA.
- Hinostroza, Haro G.: Estética y Operatoria Dental". 2002. Asociación Peruana de Odontología Restauradora y Biomateriales. Lima – Perú.
- Vargenren, M.G. Stohd "Responsible use antimicrobials in periodontics Dental Abstracts. Vol. 45 – Nº 3. Mayo 2000 - USA.
- Lindhe Jan, "Periodoncia Clínica" Ed. Panamericana. 1992 - Suecia.
- Leonardo, M.R. et. al.: Endodoncia. 1983. Ed. Interamericana Bs. As. Argentina.
- Miller, Ch. Jay: Incrustaciones Coronas y Puentes. Pag. 87.
Ed. Mundi S.A. Bs. As. Argentina
- Negroni , Martha: Microbiología Estomatológica. Ed. Panamericana. 1999. Bs. As. Argentina.

- Osawa, T. Tsuchida, M. Yanazakiy. "Using a fiberscope to examine Endodontic – Periodontal Lesions. Dental Abstract. Vol. 45 Nº 1 January. 2000 – USA
- Pareja, Malarín, M.: Barrido Ultrasonico Bactericida en el tratamiento de la enfermedad periodontal. Gaceta Odontológica. Vol. II Nº 4. Agosto 2000 Lima – Perú.
- Pareja Malaria M. "Medicina Tradicional en el tratamiento de la Enfermedad Periodontal". Revista Cultura. USMP. Vol. 16 – 2005.
- Pareja, Malarin M.: "Diagnóstico y tratamiento de los problemas Endoperiodontales" 2002. Editorial USMP. Lima – Perú.
- Paulack, Elizabeth.: "Essential in Periodontics" 2000. Ed. Mosby company. Pag. 42 – USA.
- Rossmann, L.E. Rossmann, S.R. "The Endodontics Periodontics fistula" Oral Surgery. 1987 - USA.
- Ramfjord, and Ash: Periodontology and Periodontics". 1980. Pag. 719-720 Saunders Company – USA.
- Simond, JH. Stick, DH. And Frank, AC. "The Relationhijs of Endonties – Periodonties Lesson Journal of Periodontology. 1972. USA.
- Seltzer L.B. Bender, S.: The effect of periodontal Disease on the dental pulp. Oral Surgery. 1972.
- Sueldo, Efrain: "Manual de Periodoncia 1990. Ed. C.O.P.