
Estudio retrospectivo de una población de pacientes sometidos a exodoncias en la Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucocomaxilofacial I de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires en el periodo enero 2012- mayo 2014

Manterola ER, Agasi R, Barthe D, Corrarello A, Filandino G, Heredia G, González L, Ramirez L, Markiewicz J, Ochotorena A, Oliveto V, Racioppi M, Rocha C.

Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucocomaxilofacial I, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.

Recibido 13/05/2015

Aceptado 29/06/2015

RESUMEN

La extracción dentaria es una de las prácticas odontológicas realizadas con mayor frecuencia, pero a corto plazo los pacientes necesitan rehabilitaciones orales para optimizar el funcionamiento del sistema estomatognático. Dado que conocer las características de la población que demanda exodoncias puede contribuir a elaborar estrategias para limitar la pérdida de piezas dentarias, nos propusimos 1) registrar las características de la población que demanda exodoncias; 2) identificar las piezas dentarias extraídas; 3) registrar las causas de exodoncia; 4) identificar patologías bucales durante la consulta para una exodoncia. Para llevarlo a cabo se seleccionaron aleatoriamente 2000 historias clínicas de pacientes que concurrieron a la Cátedra de Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial I de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires (FOUBA) y se realizaron exodoncias con anestesia local entre enero de 2012 y mayo de 2014. Se obtuvo como resultado que en 2000 pacientes (1197 de sexo femenino y 803 de sexo masculino) se realizaron un total de 2685 exodoncias de dientes permanentes. El promedio de la edad de los pacientes fue de 40,3 años. De las 2685 exodoncias, 329 fueron de incisivos, 196 de caninos, 747 de premolares y 1413 de molares. Las causas de la exodoncia fueron: caries penetrante (53,10%), resto radicular (34,35%); enfermedad periodontal (7,10%), ortodoncia (4,75%), razones protéticas (0,70%). En cuanto a las patologías bucales reconocidas durante las consultas para exodoncia, se hallaron: líquen, herpes, épulis, úlceras, queilitis, hiperplasias, papilomas, tumor de parótida, aftas, sialolitiasis, queratoquiste, lesiones por piercing. Se concluye que la edad avanzada no es un factor determinante en la pérdida de piezas dentarias, pues el promedio de edad de los pacientes, fue 40,3 años, y con causas mayormente asociadas a caries penetrantes. Se sugiere que un tratamiento de prevención de caries en la edad activa podría ser efectivo para disminuir la cantidad de extracciones que se realizan. Asimismo, dado que las causas de la exodoncia pueden estar influidas por factores de educación o culturales, se concluye que medidas de salud pública tendientes a la prevención podrían disminuir los costos de rehabilitación en la prestación de la ayuda médica/odontológica.

Palabras clave: extracción dentaria, exodoncia, causa de exodoncia, epidemiología dental.

SUMMARY

Dental extraction is one of the most frequent practices in dentistry, causing necessary oral rehabilitation to ensure normal stomatognathic system function. The purpose of this study was to get to know the characteristics of the population in need of dental extraction so as to develop strategies tending to limit teeth loss. We set to 1) record the characteristics of the population on demand for dental extraction; 2) Identify teeth extracted; 3) Record cause of dental extraction; 4) Identify oral pathologies during examination for dental extraction. We selected 2000 Records of patients who attended "Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucocomaxilofacial I de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, FOUBA" for dental extraction with local anesthetics in the period between January 2002 and May 2014. The results were: 2000 patients (1197 female and 803 male) with a total of 2685 dental extraction of permanent teeth; average age was 40,3. Out of 2685 dental extraction, 329 were incisive, 196 canine, 747 premolar y 1413 molar. Dental extraction causes were: penetrating cavities (53,10%), remaining roots (34,35%); periodontal disease (7,10%), orthodontics (4,75%), prosthetic causes (0,70%). Oral pathologies found: lichen, herpes, epulis, ulcers, cheilitis, hyperplasia, papillomas, parotid tumor, thrush, sialolitiasis, keratocyst, injuries caused by piercing. We concluded that age is not a decisive factor regarding dental extraction considering that average age was 40,3 and that the most extended cause was penetrating cavities; therefore preventive treatment for dental caries during active age should be effective to reduce dental extraction. Also, considering that dental extraction causes could be influenced by education and cultural background, we conclude that public health education could contribute to prevention of pathology and reduction of rehabilitation costs.

Keywords: Dental extraction, causes of dental extraction, oral epidemiology.

INTRODUCCIÓN

A pesar de las medidas de prevención y de los tratamientos modernos de rehabilitación bucal, la extracción dentaria sigue siendo una de las prácticas odontológicas realizadas con mayor frecuencia. Si bien puede ser el tratamiento indicado, ya que alivia el dolor, elimina la causa de una infección y la propagación de bacterias hacia otros tejidos y órganos, el paciente debe dar su autorización para este tipo de intervención.

La exodoncia es un acto quirúrgico, y por lo tanto es necesario que haya una historia clínica completa y respetar las normas de bioseguridad. El examen clínico debe incluir no sólo el diente a extraer sino toda la cavidad bucal, y el examen radiográfico es indispensable por razones de diagnóstico, quirúrgicas y legales. Asimismo, se debe realizar una adecuada técnica quirúrgica. El uso de técnicas quirúrgicas lo menos traumáticas posible favorece la posterior rehabilitación de la zona edéntula.

Teniendo en cuenta que esa rehabilitación es necesaria para optimizar el funcionamiento del sistema estomatognático es que hemos buscado indagar sobre las características de la población que demanda exodoncias. Esto podría contribuir a elaborar estrategias para limitar la pérdida de piezas dentarias.

A pesar de los posibles sesgos presentes en las investigaciones —como la filosofía del trabajo y las diferencias socio-económicas y culturales del lugar donde se llevan a cabo los estudios—, la mayoría de los autores de diferentes países coinciden en que las caries en molares continúan siendo la causa más frecuente de exodoncias. En este sentido, en Nigeria, Eigbobo et al. (2014) registraron el 73,8% de exodoncias en molares, 61,7% por caries y 2,6% por enfermedad periodontal en pacientes de hasta 16 años de edad. Alesia et al. (2013), en Arabia Saudita, registraron 50,2% de exodoncias de molares por caries con un mayor porcentaje en el sexo femenino. Tzimpoulas et al. (2012) indicaron que en Grecia los dientes más extraídos por caries fueron los molares superiores en un 36,2%, seguidos de los molares inferiores en un 32,9%. Resultados similares fueron reportados por Montandon et al. (2012) en Brasil, Gómez-Delgado et al. (2011) en Costa Rica, Zadik et al. (2008) en Israel, Leco Berrocal et al. (2008) en España, Aida et al. (2006) en Japón, Richards et al. (2005) en Gales, Manterola et al. (2005) en Buenos Aires, McCaul (2001) en Escocia, y Caldas et al. (2000) también en Brasil.

El trabajo en prevención de la salud bucal es multifactorial y es más eficiente si se cuenta con la colaboración del paciente, lo cual depende de sus características físicas, psíquicas, emocionales, de sus

hábitos de alimentación e higiene y de factores culturales, sociales, económicos y geográficos.

Con relación a la dieta, Hung et al. (2003) y luego Joshipura et al. (2003) encontraron evidencias epidemiológicas en cuanto a una relación entre las piezas dentales perdidas y la disminución en el consumo de algunos nutrientes, y observaron que esos cambios en la dieta contribuyen además al aumento de enfermedades crónicas como la diabetes y las cardiovasculares. Wakai et al. (2010), en Japón, realizaron un estudio de cohorte en todo el país para analizar la pérdida de piezas dentarias en dentistas, quienes se supone que tienen buena higiene dental, y registraron que los que tenían una dieta rica en hidratos de carbono (arroz y productos de confitería) con un mayor aporte de grasas saturadas, habían perdido más piezas dentarias que los que consumían vegetales verdes, amarillos, carotenos, vitaminas A y C.

Es de interés general identificar, en diferentes períodos y lugares, los factores de riesgo que pueden ser causa de exodoncias, con el fin de elaborar nuevas estrategias para enfrentar el edentulismo. En tal sentido, se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal para caracterizar a la población que demandó exodoncias, identificando las piezas dentarias extraídas, registrando las causas de exodoncia e identificando patologías bucales durante la consulta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionaron al azar 2000 historias clínicas de pacientes de ambos sexos, que concurren a la Cátedra de Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial I de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires (FOUBA) para realizar exodoncias entre enero de 2012 y mayo de 2014.

El criterio de inclusión fue que se tratara de historias clínicas de pacientes con exodoncias de dientes permanentes, con datos completos y firma del paciente. El criterio de exclusión fue que las historias clínicas implicaran pacientes con exodoncias de dientes temporarios o retenidos. El criterio de eliminación desechó los casos de historias clínicas incompletas.

En todos los casos, las historias clínicas, radiografías periapicales y exodoncias fueron realizadas por alumnos de la Cátedra, con anestesia local, bajo la supervisión de docentes calificados.

De las historias clínicas, se registraron los siguientes datos de los pacientes: edad, sexo, nacionalidad, ocupación, y si tenían el hábito social de fumar, la vacuna antitetánica, alergia a la penicilina, hipertensión, diabetes, hepatitis. También se

registraron las piezas dentarias extraídas por paciente, el tipo de diente extraído según la nomenclatura de la Federación Dental Internacional, Keiser-Neilsen (1971), las causas de exodoncia y patologías diagnosticadas en la consulta.

Los criterios para la clasificación de las causas de exodoncia fueron:

- Caries penetrantes sin posibilidad de otro tratamiento alternativo o por decisión expresa del paciente;
- Resto radicular: con o sin endodoncia, sin posibilidad de rehabilitación o remanente de exodoncia anterior;
- Enfermedad periodontal avanzada: piezas dentarias con gran movilidad, pérdida de inserción ósea, lesiones de furcación envolventes;
- Ortodoncia, con indicación escrita de un odontólogo;
- Protéticas, por indicación escrita de un odontólogo o expreso pedido del paciente;
- Fracturas radiculares o corono-radiculares desfavorables: por pérdida de estructura dental no asociada a caries, con historia clínica de un trauma.

Los autores manifiestan no tener conflictos de interés.

Para el análisis estadístico, los datos clínicos fueron registrados en una hoja del programa Microsoft Excel®. Se utilizaron herramientas de estadística descriptiva para reportar promedios, desviaciones estándar y distribuciones de frecuencia.

RESULTADOS

De un total de 2000 pacientes se realizaron 2689 exodoncias de dientes permanentes con anestesia local. La edad estuvo comprendida entre 9 y 91 años, con un promedio etario total de 40,3 y un desvío estándar de 16,7. La mayor cantidad de pacientes se encontró en el rango etario 20-29 años (503) seguida del de 30-39 (392), (Tabla 1). El promedio de edad de las mujeres fue de $40,9 \pm 16,7$ y el de los varones de $39,6 \pm 16,7$.

En cuanto al sexo, el 59, 85% correspondió a mujeres (1197), mientras que el 40,15% a varones (803). Con respecto a la nacionalidad, el 82,45% se trató de argentinos, y el 17,55%, de extranjeros (Tabla 2).

Del registro de la ocupación de los pacientes resulta que la mayoría trabaja (53,90%) (Tabla 3).

Del análisis de otras características de los pacientes se desprenden las siguientes cifras: el 80,60% corresponde a fumadores, el 56,10% tiene la vacuna antitetánica, el 2,90% padece diabetes, el 5,40% sufre de hipertensión, el 1,50% ha tenido hepatitis y el 1,20% de los pacientes son alérgicos a la penicilina.

Tabla 1: Distribución de pacientes según rango etáreo

Rango etario (años)	Cantidad	Porcentaje (%)
0 a 9	2	0.10
10 a 19	157	7.85
20 a 29	503	25.15
30 a 39	392	19.60
40 a 49	321	16.05
50 a 59	307	15.35
60 a 69	220	11.00
70 a 79	74	3.70
80 a 89	21	1.05
90 a 99	3	0.15
Total	2000	100.00

Tabla 2: Distribución de pacientes según nacionalidad

Nacionalidad	Cantidad	Porcentaje (%)
Argentina	1649	82.45
Bolivia	53	2.65
Brasil	3	0.15
Colombia	11	0.55
Chile	13	0.65
Ecuador	4	0.20
España	3	0.15
Italia	6	0.30
México	2	0.10
Paraguay	117	5.85
Perú	113	5.65
Rusia	1	0.05
Uruguay	17	0.85
Venezuela	2	0.10
Francia	2	0.10
Croacia	1	0.05
EE.UU.	1	0.05
Senegal	2	0.10
Total	2000	100.00

De las historias clínicas de los 2000 pacientes surge que se realizó un total de 2685 exodoncias, y que la pieza dentaria más extraída fue la 36. (Tablas 4 y 5).

Con respecto a las causas de las exodoncias, estas fueron en su mayoría por caries penetrante (53,10%), y luego por resto radicular (34,35%); enfermedad periodontal (7,10%), ortodoncia (4,75%), razones protéticas (0,70%) (Tablas 6 y 7).

En cuanto a las patologías bucales diagnosticadas en las consultas, se hallaron: aftas y enfermedad periodontal, como las de mayor frecuencia, seguidas de úlceras, torus mandibular y herpes. También se encontraron, aunque en menor frecuencia, liquen, épulis, queilitis, hiperplasias, papilomas, tumor de parótida, sialolitiasis, queratoquiste, y lesiones por piercing, entre otras (Tabla 8).

DISCUSIÓN

El relevamiento de datos de las 2000 historias clínicas permitió destacar su valor clínico, epidemiológico, legal, de docencia, investigación, gestión y administración.

Durante la realización de este trabajo se consideró:

- 1) El trato del alumno con el paciente y sus docentes y viceversa, para crear una relación empática y cordial que favorezca la alianza terapéutica. Se apreció un trato respetuoso, donde el alumno escuchaba al paciente, estaba atento a sus características psíquicas y emocionales: si se trataba de un paciente colaborador, tenso, ansioso, con belenofobia o miedo al dolor, a la hemorragia, etc (Manterola et al., 2014). Ser tolerante ante las diferencias evita desacuerdos que pueden causar litigios.
- 2) Informar al paciente la necesidad de: a) realizar controles médicos y odontológicos periódicos; b) evitar exodoncias por urgencias que a su vez impiden la preparación previa de la cavidad bucal y llevan con frecuencia a relacionar los realizar tratamientos odontológicos con el dolor y c) realizar la rehabilitación oral por la pérdida de las piezas dentarias.

Se registró que los molares en primer lugar, y luego los premolares, fueron las piezas dentarias más extraídas por caries penetrantes. Sobre este estudio cabe reflexionar que la mayoría de los pacientes eran desdentados posteriores y desconocían que los primeros molares permanentes erupcionan alrededor de los seis años de edad y por detrás de los molares temporarios (Fig. 1).

Tabla 3: Distribución de pacientes según ocupación

Ocupación	Cantidad	Porcentaje (%)
Trabaja	1078	53.90
Jubilados-Pens.	125	6.25
Ama de casa	314	15.70
Estudiante	280	14.00
Desocupado	203	10.15
Total	2000	100.00

Tabla 4: Registro de exodoncias por diente

Diente Nro.	exodoncias	Porcentaje (%)
11	55	2,048
12	52	1,937
13	52	1,937
14	127	4,730
15	83	3,091
16	134	4,991
17	120	4,469
18	129	4,804
21	38	1,415
22	58	2,160
23	53	1,974
24	141	5,251
25	90	3,352
26	111	4,134
27	98	3,650
28	102	3,799
31	33	1,229
32	36	1,341
33	49	1,825
34	67	2,495
35	78	2,905
36	144	5,363
37	113	4,208
38	114	4,246
41	24	0,894
42	33	1,229
43	42	1,564
44	90	3,352
45	71	2,644
46	137	5,102
47	118	4,395
48	93	3,464
Total	2685	100

Tabla 5: Registro total de exodoncias según grupo dentario		
Grupo dentario	Exodoncias por grupo y maxilar	Exodoncias por grupo
Incisivos superiores	203	329
Incisivos inferiores	126	
Caninos superiores	105	196
Caninos inferiores	91	
Premolares superiores	441	747
Premolares inferiores	306	
Molares superiores	694	1413
Molares inferiores	719	
Total	2685	2685

Tabla 6: Causas de exodoncia por paciente			
Cruce	Femenino	Masculino	Total
Caries penetrante	626 - 31.30 %	436 - 21.80 %	1062 - 53.10 %
Resto radicular	421 - 21.05 %	266 - 13.30 %	687 - 34.35 %
Enfermedad periodontal	79 - 3.95 %	63 - 3.15 %	142 - 7.10 %
Ortodoncia	62 - 3.10 %	33 - 1.65 %	95 - 4.75 %
Prótesis	9 - 0.45 %	5 - 0.25 %	14 - 0.70 %
Total	1197 - 59.85 %	803 - 40.15 %	2000 - 100%

Tabla 7: Relación entre causas de la exodoncia y piezas dentarias extraídas						
Piezas/causa	Caries penetrante	Resto radicular	Enfermedad periodontal	Ortodoncia	Prótesis	Total
xxxM	756 - 37.80 %	288 - 14.40 %	49 - 2.45 %	15 - 0.75 %	4 - 0.20 %	1112 - 55.60 %
xxPx	152 - 7.60 %	194 - 9.70 %	34 - 1.70 %	72 - 3.60 %	6 - 0.30 %	458 - 22.90 %
xxPM	38 - 1.90 %	36 - 1.80 %	1 - 0.05 %	2 - 0.10 %	1 - 0.05 %	78 - 3.90 %
xCxx	29 - 1.45 %	37 - 1.85 %	12 - 0.60 %	3 - 0.15 %	1 - 0.05 %	82 - 4.10 %
xCxM	2 - 0.10 %	3 - 0.15 %	1 - 0.05 %	0 - 0.00 %	0 - 0.00 %	6 - 0.30 %
xCPx	12 - 0.60 %	8 - 0.40 %	8 - 0.40 %	1 - 0.05 %	1 - 0.05 %	30 - 1.50 %
xCPM	4 - 0.20 %	4 - 0.20 %	0 - 0.00 %	0 - 0.00 %	0 - 0.00 %	8 - 0.40 %
lxxx	43 - 2.15 %	69 - 3.45 %	26 - 1.30 %	2 - 0.10 %	1 - 0.05 %	141 - 7.05 %
lxxM	8 - 0.40 %	4 - 0.20 %	1 - 0.05 %	0 - 0.00 %	0 - 0.00 %	13 - 0.65 %
lXPx	4 - 0.20 %	8 - 0.40 %	4 - 0.20 %	0 - 0.00 %	0 - 0.00 %	16 - 0.80 %
lXPM	1 - 0.05 %	5 - 0.25 %	0 - 0.00 %	0 - 0.00 %	0 - 0.00 %	6 - 0.30 %
lCxx	9 - 0.45 %	17 - 0.85 %	4 - 0.20 %	0 - 0.00 %	0 - 0.00 %	30 - 1.50 %
lCxM	1 - 0.05 %	3 - 0.15 %	1 - 0.05 %	0 - 0.00 %	0 - 0.00 %	5 - 0.25 %
lCPx	1 - 0.05 %	5 - 0.25 %	1 - 0.05 %	0 - 0.00 %	0 - 0.00 %	7 - 0.35 %
lCPM	2 - 0.10 %	6 - 0.30 %	0 - 0.00 %	0 - 0.00 %	0 - 0.00 %	8 - 0.40 %
Total	1062 - 53.10 %	687 - 34.35 %	142 - 7.10 %	95 - 4.75 %	14 - 0.70 %	2000 / 100%

Tabla 7. Relación entre causas de la exodoncia y piezas dentarias extraídas. Las letras I=incisivo, C= canino, P=premolar, M=molar, corresponden a las piezas extraídas en los pacientes y x=cualquier pieza genérica no extraída. Nótese que el orden de aparición se corresponde con su posición en la boca de mesial a distal (ICPM).

Aftas	172	Tumor de parótida	1	Enfermedad periodontal	172
Liquen plano	1	Tumor de piso de boca	1	Lengua geográfica/saburral	4
Papiloma	16	Queratoquiste	1	Queilitis comisural	5
Herpes simples	24	Osteoma	1	Anquiloglosia	3
Herpes zoster	1	Displasia fibrosa	2	Varicosidades	13
Hiperplasia protética	8	Torus palatino	2	Lesión por piercing	16
Hiperplasia gingival	12	Torus mandibular	31	Úlcera por prótesis	4
Fístula cutánea	3	Quiste inflamatorio	8	Lesión en carrillo	11
Queilitis	12	Comunicación bucosinusal	4	Enfermedad de Sögren	5
Mucocele	6	Resto radicular en seno maxilar	2	Palatitis nicotínica	3
Leucoplasia	1	Úlcera traumática dentaria	38	Sialolitiasis	2

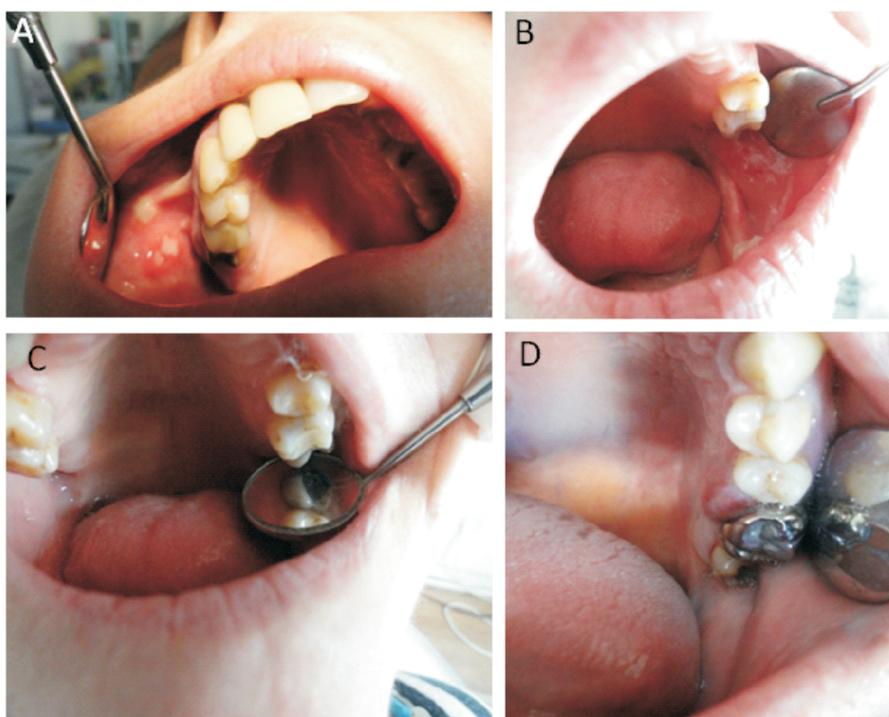


Figura 1. A. Paciente de sexo femenino, 23 años. Úlcera traumática en carrillo por resto radicular 1.6. No se atendía por miedo. B y C. Paciente de sexo femenino, 67 años, úlcera traumática en carrillo por caries penetrante en 1.6. D. Paciente de sexo masculino, 52 años, con dolor y absceso 2.6-2.7.

En estudios previos, realizados sobre 1000 pacientes observamos resultados similares: las piezas dentarias más extraídas fueron los molares y luego los premolares, por caries penetrante (Manterola et al. 2005). Resultados similares fueron reportados por otros autores (Eigbobo et al., 2014; Alesia et al., 2013; Tzimpoulas et al., 2012; Montandon et al., 2012; Gómez-Delgado et al., 2011; Leco Berrocal 2008; Zadik et al., 2008; Aida et al., 2006; Richards et al., 2005; McCaul 2001 y Caldas 2000).

En nuestro estudio, los molares inferiores 36 fueron los más extraídos. Esto coincide con Zadik et al. (2008) y difiere de Tzimpoulas et al. (2012), quienes registraron un mayor porcentaje de extracción de molares superiores.

La segunda causa de exodoncia en nuestro estudio fue por resto radicular. Cabe señalar que el examen radiográfico evidenció numerosos restos

radiculares con endodoncia; esto podría indicar que los pacientes intentaron previamente recuperar sus dientes cariados. Travassos et al. (2002) y Tzimpoulas et al. (2012) estudiaron la relación de las piezas dentarias con endodoncia y las respectivas exodoncias.

El 7,10 % de las exodoncias se practicó por enfermedad periodontal, en pacientes entre los 40 y los 91 años de edad (Fig. 2). Los resultados coinciden con Manterola et al. (2005) y difieren de Richards et al. (2005), Aida et al. (2006), Pullen et al. (2013) y Loë (2000), quienes señalan a la enfermedad periodontal como la segunda causa de exodoncia.

Si bien en nuestro estudio no se observó una gran diferencia en la relación entre las distintas causas de exodoncia y el sexo de los pacientes, sí se aprecia una tendencia general en la exodoncia en las mujeres asociada a todas las causas consideradas. Este registro,

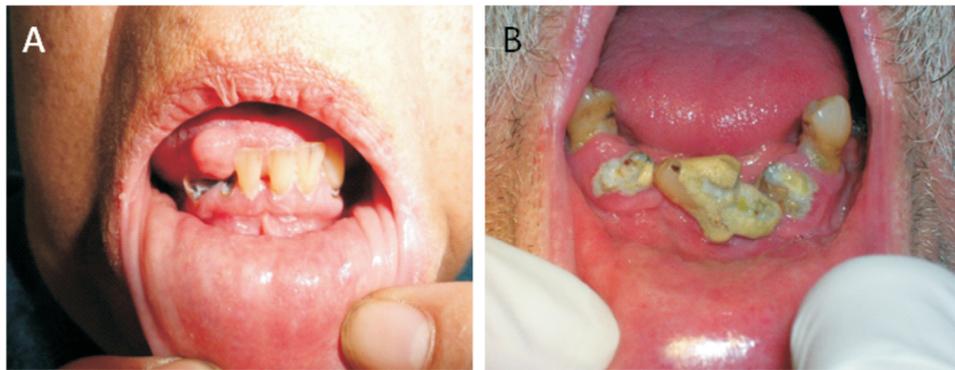


Figura 2. A. Paciente sexo femenino; 78 años, restos radiculares 4.2-4.3 y papiloma en lengua. B. Paciente sexo masculino; 64 años, exodoncias múltiples

que coincide con Alesia et al. (2013) y Zadik et al. (2008), podría reflejar que las mujeres estén prestando una mayor atención a su salud bucal que los hombres, y, por lo tanto, resulta sugerente acerca de la influencia que ellas pueden tener en el cuidado de la salud de sus hijos.

Las exodoncias por ortodoncia representan el 4,75 %. El 3,10% corresponde a estudiantes, en su mayoría mujeres, de entre 12 y 30 años de edad; estas extracciones se practicaron mayormente en premolares. Reportes similares fueron publicados por Alesia et al. (2013) en Arabia Saudita. En la actualidad, el número de exodoncias por razones de ortodoncia parece estar aumentando. En Jordania, particularmente, la ortodoncia es la segunda causa de las extracciones. Estos resultados podrían estar relacionados con el creciente interés estético de la población.

Los alumnos de la cátedra de Cirugía I inician un valioso trabajo en prevención y promoción de la salud al realizar un detallado examen de la cavidad bucal y al informar a los pacientes sobre el control de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión arterial, lesiones bucales, tratamientos prolongados con fármacos, hábitos alimenticios y sociales como fumar o el consumo de alcohol, sobre el uso de piercing linguales como factores de riesgo en exodoncias, y al sugerirle al paciente su rehabilitación bucal no sólo por razones estéticas sino también para mejorar la masticación, la fonación y prevenir alteraciones en la articulación temporomandibular.

El 82,70% de los pacientes manifestó no fumar; sin embargo, varios pacientes de los comprendidos dentro de este porcentaje informaron el consumo de otras sustancias.

El reconocimiento de lesiones bucales diagnosticadas en la consulta para exodoncia guió a los alumnos a detectar lesiones que constituyen factores de riesgo para la salud del paciente y por lo tanto para su calidad de vida (Aguas de Galli et al., 2004). Las

lesiones según su patología fueron tratadas, controladas o derivadas. En tal sentido, un sistema de registro de datos puede ser útil no sólo con fines epidemiológicos sino también para trasladar la información a la comunidad e implementar medidas comunitarias de prevención. Sería conveniente reflexionar que además del esfuerzo que se realiza para lograr la adherencia del paciente al tratamiento odontológico cuando él mismo consideró valioso cuidar su salud, es necesario saber del paciente qué información recibió, cuánta información pudo recordar o procesar, cuánto colaboró y cuáles eran sus recursos para conservar las piezas dentarias. Para elaborar estrategias de promoción de la salud bucal, se necesitan políticas educativas y sanitarias nacionales efectivas.

A la luz de los datos relevados se puede afirmar que las decisiones económicas, organizativas y administrativas que promuevan la prevención podrían disminuir los costos de rehabilitación en la prestación de la ayuda médica/odontológica.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que la edad avanzada no es un factor determinante en la pérdida de piezas dentarias; pues el promedio de edad de los pacientes, fue 40,3 años, y las causas mayormente asociadas a caries penetrantes, sugiere que un tratamiento de prevención de caries en la edad activa podría ser efectivo para disminuir el índice de extracciones que se realizan.

Asimismo, de este estudio surge que las cifras en la exodoncia pueden estar influidas por factores educativos y culturales. En este sentido, se concluye que medidas de salud pública tendientes a la prevención podrían disminuir los costos de rehabilitación en la prestación de la ayuda médica/odontológica. Habida cuenta que la prevención de la salud bucal comienza desde el embarazo, sería conveniente realizar un trabajo

interdisciplinario desde los servicios de obstetricia y pediatría tanto en el ámbito público como privado.

BIBLIOGRAFÍA

Aguas de Galli SC, Lanfranchi Tizeira HE. Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. *Rev Fac de Odon UBA* 2004;19(47):21-30.

Aida J, Ando Y, Aoyama H, Masui M, Morita M. Reasons for permanent tooth extractions in Japan *J Epidemiology*. 2006 Sep; 16(5):214-219.

Alesia K, Kalil HL. Reasons for the patterns relating to the extraction permanent teeth in a subset of the Saudi population. *Clin Cosmet Investig Dent* 2013; 30(5):51-56.

Caldas AF, Maceres W, Sheiham A. Reasons for tooth extraction in Brazilian population. *Int Dent J* 2000; 50(5):267-273.

Eigbobo JO, Gbujie DC, Onyeano CO. Causes and pattern of tooth extractions in children treated at the University of Port Harcourt Teaching Hospital. *Odontostomatol Trop* 2014; 37(146):35-41.

Gómez-Delgado A, Montero-Aguilar M. Razones para la extracción de piezas dentales en la Facultad de Odontología Rev. UCR. 2011;13:36-41

Hung H, Willet W, Ascherio A, Rosner B, Bimm E, Joshipura K. Tooth loss and dietary intake. *JADA*, 2003;134(9):1185-1192.

Joshipura K, Hung H, Rimm W, Ascherio A. Periodontal disease, tooth loss and incidence of ischemic stroke. *Stroke* 2003;34:47-52.

Keiser-Nielsen S. Two-Digit System of Designating Teeth. *Dent Pract (Ewell)* 1971; 3(4):6

Leco Berrocal MI, Martínez González JM, Donado Rodríguez M. Social demand in ambulatory oral surgery. Experience in the Master of Oral Surgery of Madrid Complutense University (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008;13(1):E39-42.

Löe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *International Dental Journal*. 2000;50(3):129-139.

MacCaul LK. The reasons for teeth extraction of various tooth types in Scotland: a 15 follow up. *J Dent* 2001;29(6):401-407.

Manterola ER, Agasi R, Barthre D, Marckiewicz J, Corrao A, Finlandino G, Herrera G, Rocha C, Morales Manterola

M. Belenofobia en Odontología. *Rev Fac de Odon UBA* 2014;29:43-49.

Manterola ER, Smerilli C, Smerilli A. Estudio epidemiológico de exodoncias. *Anuario de la 1ª Reunión de la Federación Latinoamericana. International Association for Dental Research. XXXVIII Reunión Anual de la Sociedad Argentina de Investigación Odontológica*, 2005.

Montandon A, Zuzza E, Toledo BE. Prevalence and reasons for tooth loss in a sample from a dental clinic in Brazil. *Int J Dent* 2012;2012:719750.

Püllen F, Folberth R, Rubmann C, Eickholz P. Tooth extractions in general and due to periodontal reasons. *Quintessence Int* 2013;44(4):327-338.

Richards W, Ameen J, Coll AM, Higgs G. Reasons for tooth extraction in four general dental practices in South Wales. *Br Dent J* 2005;198(5):275-278.

Travassos RMC, Caldas Jr AF, Albuquerque DS. Relationship between dental caries and the success of endodontic treatment. *J Dent Res* 2002;81:182.

Tzimpoulas NE, Alisafis MG, Tzanetakis GN, Kontakiotis EG. A prospective study of the extraction and retention incidence of endodontically treated teeth with uncertain prognosis after endodontic. *J Endod* 2012;38(10):1326-1329.

Wakai K, Naito T. Tooth loss and intakes of nutrients and foods: a nationwide survey of Japanese dentists. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010;38(1):43-9

Zadik Y, Sandler V, Bechor R, Salebrabi R. Analysis of factors related to extraction of endodontically treated teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 106(5):e31-35.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Prof. Dr. Ricardo Macchi.

Dirección para correspondencia
Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial I
Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires
Marcelo T de Alvear 2142, piso 8 A C1122AAH)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
odima.manterola@gmail.com