

Florit, Martina

**Impacto del tabaquismo en
la progresión de la
enfermedad periodontal:
análisis de un caso clínico
según la nueva clasificación
de periodontitis**

**Trabajo final para la obtención del
título de grado de Odontologo/a**

Directora: Bonnin, Claudia

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)

Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera de Odontología

Práctica Profesional Supervisada

“Impacto del tabaquismo en la progresión de la
enfermedad periodontal: Análisis de un caso clínico
según la nueva clasificación de periodontitis”

- Trabajo Integrador -

Año 2025

AUTOR/A: Martina Florit

TITULAR DE CÁTEDRA: Prof. Dra. Claudia Bonnin

TUTOR/A: Prof. Od. Claudia Lucca

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	4
➤ CLASIFICACIÓN POR ESTADIOS Y GRADOS.....	4
➤ ÁRBOL CLÍNICO DE TOMA DE DECISIONES PARA LA CLASIFICACIÓN POR ESTADIOS Y GRADOS.....	5
OBJETIVOS.....	9
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
CASO CLÍNICO.....	9
DIAGNÓSTICO SEGÚN LA NUEVA CLASIFICACIÓN.....	13
TRATAMIENTO.....	17
EFFECTOS DEL TABACO SOBRE EL PERIODONTO.....	21
DISCUSIÓN.....	23
CONCLUSIÓN.....	24
BIBLIOGRAFÍA.....	25
ANEXO I.....	26
ANEXO II.....	27
ANEXO III.....	28

RESUMEN

El presente trabajo integrador analiza la repercusión del tabaquismo en la progresión de la enfermedad periodontal, a través del estudio de un caso clínico de una paciente de 65 años, fumadora crónica, con diagnóstico de periodontitis estadio IV grado C, según la nueva clasificación de enfermedades periodontales y periimplantarias (2017).

La paciente presenta higiene oral deficiente y movilidad dentaria en el sector anteroinferior. Se realizó una evaluación periodontal completa, clínica y radiográfica incluyendo periodontograma y radiografías seriadas. El tratamiento se desarrolló por etapas: instrucción de higiene bucodental, motivación, raspaje y alisado radicular por cuadrantes, exodoncias de piezas no conservables, ferulización de incisivos inferiores y posterior rehabilitación protética.

Este caso demuestra la influencia del tabaquismo como factor agravante de la periodontitis y la importancia de un abordaje completo, preventivo y personalizado para alcanzar la estabilidad periodontal y funcional a largo plazo.

Asimismo, destaca la importancia de la educación y la motivación del paciente como pilares fundamentales en el éxito terapéutico.

Palabras clave: Periodontitis, tabaquismo, enfermedad periodontal, pérdida ósea, nueva clasificación, tratamiento periodontal.

ABSTRACT

This integrative study analyzes the impact of smoking on the progression of periodontal disease through the study of a clinical case of a 65-year-old female patient, a chronic smoker, diagnosed with stage IV grade C periodontitis, as classified under the 2017 updated framework for periodontal and peri-implant conditions.

The patient has poor oral hygiene and tooth mobility in the anterior-inferior region. A complete clinical and radiographic periodontal evaluation was performed, including a periodontogram and serial radiographs. Treatment was carried out in stages: oral hygiene instruction, motivation, quadrant scaling and root planing, extraction of non-salvageable teeth, splinting of lower incisors, and subsequent prosthetic rehabilitation.

This case demonstrates the influence of smoking as an aggravating factor in periodontitis and the importance of a comprehensive, preventive, and personalized approach to achieve long-term periodontal and functional stability. It also highlights the

importance of patient education and motivation as fundamental pillars in the success of periodontal treatment.

Keywords: Periodontitis, smoking, periodontal disease, bone loss, new classification, periodontal treatment.

INTRODUCCIÓN ¹⁻⁸⁻⁹

La enfermedad periodontal es una patología inflamatoria crónica, que afecta a los tejidos de soporte: encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar. Inicia generalmente como una gingivitis, y si no se trata a tiempo, puede desarrollar una periodontitis. Su evolución puede ser silenciosa pero progresiva, llevando a la destrucción de la estructura de sostén de los dientes y, en los casos más severos, a la pérdida dental. Se trata de una enfermedad multifactorial, en la que factores locales como la acumulación de placa bacteriana y sistémicos como la predisposición genética, enfermedades metabólicas y hábitos como el tabaquismo, interactúan para desencadenar su aparición y progresión.

En los últimos años, la clasificación de las enfermedades periodontales ha sido actualizada por un consenso internacional, estableciendo en el año 2017 un nuevo sistema diagnóstico que permite clasificar la periodontitis según estadios basados en la severidad, complejidad, extensión y grados según la tasa de progresión y presencia de factores modificadores como el tabaquismo. Esta clasificación, no solo mejora la precisión diagnóstica, sino que también permite un enfoque terapéutico individualizado. La elección del tema del presente trabajo se justifica por la alta prevalencia de la enfermedad en la población adulta, y la necesidad de integrar a la práctica clínica los avances diagnósticos actuales en periodoncia.

La misma se desarrolla a continuación:

➤ CLASIFICACIÓN POR ESTADIOS Y GRADOS



Figura 1: Cuadro de clasificación de estadio



Figura 2: Cuadro de clasificación de grado

➤ **ÁRBOL CLÍNICO DE TOMA DE DECISIONES PARA LA CLASIFICACIÓN POR ESTADIOS Y GRADOS**

- **PASO N°1:** Paciente nuevo

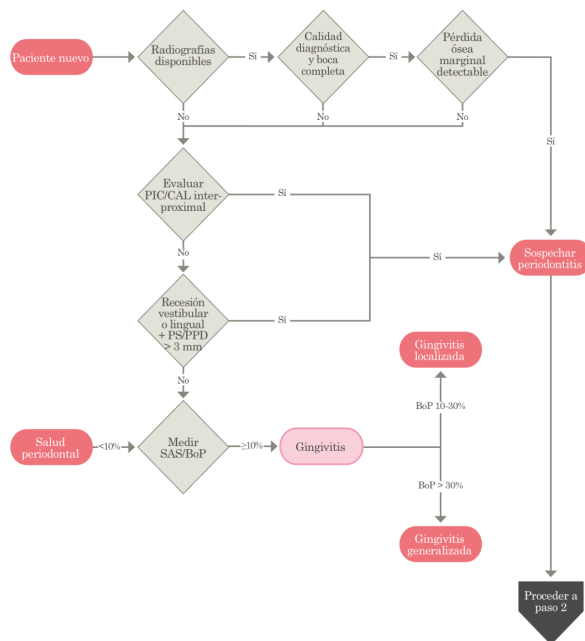


Figura 3: Cuadro de toma de decisiones (SEPA 2019)

- **PASO N°2:** Paciente con sospecha de periodontitis

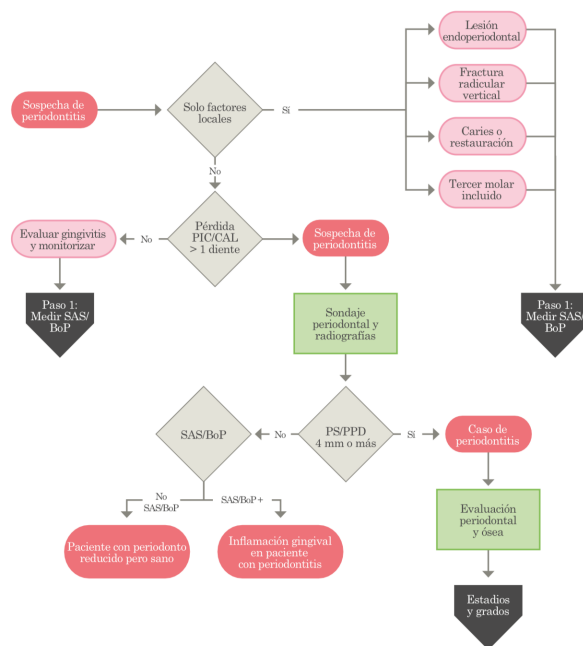


Figura 4: Cuadro de toma de decisiones (SEPA, 2019)

- **PASO N°3A:** El paciente es un caso de periodontitis cuyo estadio tiene que ser definido

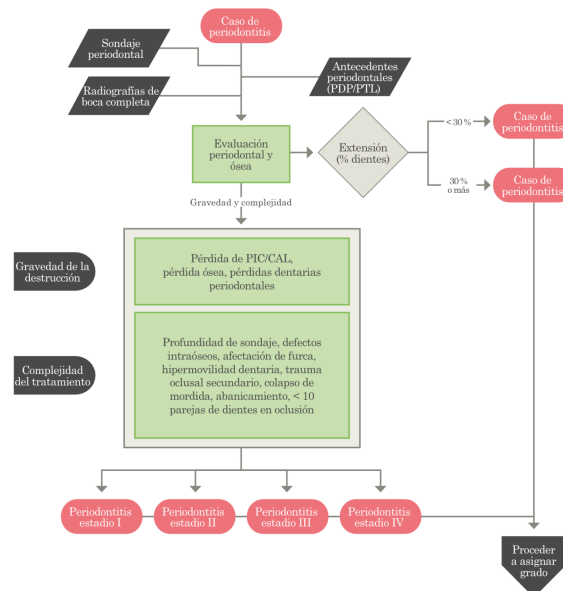


Figura 5: Cuadro de toma de decisiones (SEPA, 2019)

- **PASO N°3B: Estadios III y IV vs. I y II**

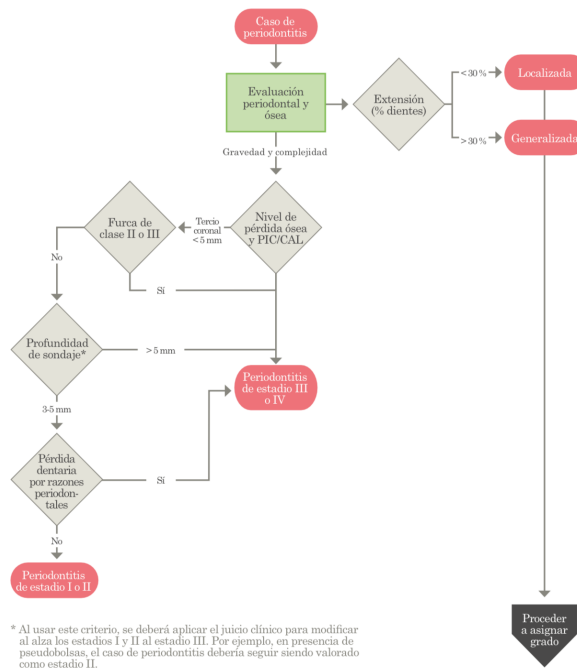


Figura 6: Cuadro de toma de decisiones (SEPA, 2019)

- **PASO N°3C: Estadios I, II, III y IV**

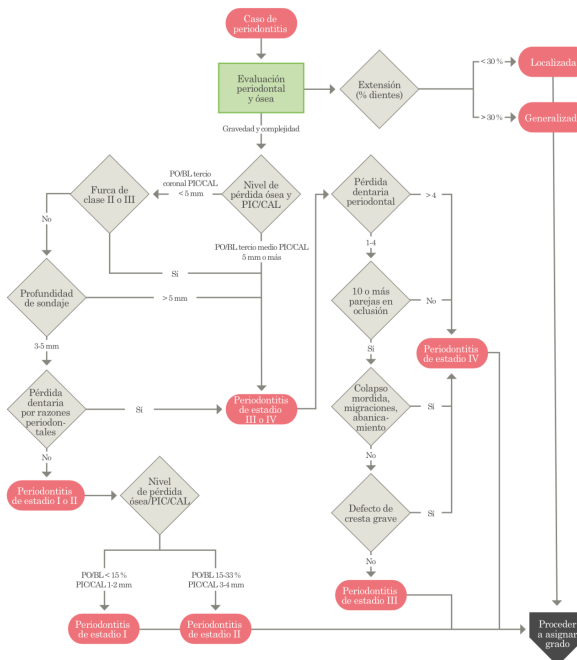


Figura 7: Cuadro de toma de decisiones (SEPA, 2019)

- **PASO N°4A:** Asignar grado cuando no existen registros previos

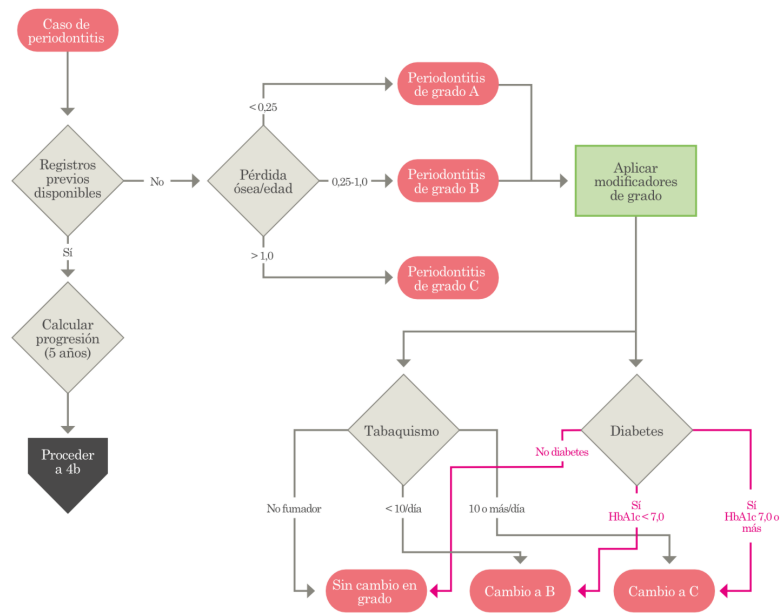


Figura 8: Cuadro de toma de decisiones (SEPA, 2019)

- **PASO N°4B:** Asignar grados cuando existen registros previos

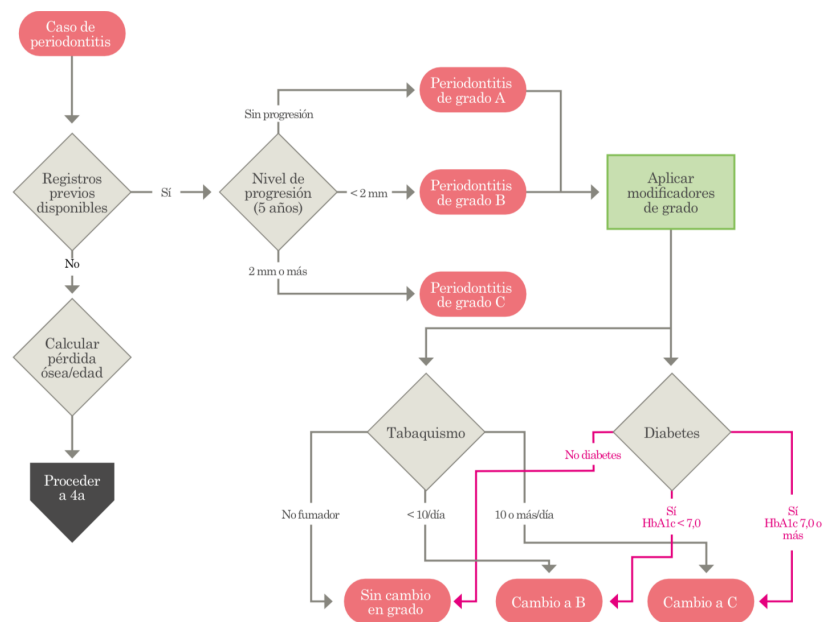


Figura 9: Cuadro de toma de decisiones (SEPA, 2019)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar el impacto del tabaquismo en la progresión de la enfermedad periodontal y el tratamiento a realizar a través del análisis de un caso clínico, aplicando los criterios diagnósticos de la nueva clasificación de periodontitis.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las manifestaciones clínicas y radiográficas de la periodontitis en una paciente con hábito tabáquico severo.
2. Aplicar la nueva clasificación de enfermedades periodontales para determinar el estadio y grado del caso clínico presentado.
3. Exponer las vías por las cuales el uso de tabaco contribuye al daño y empeoramiento de la condición periodontal.
4. Registrar y analizar el seguimiento clínico del paciente, desde su ingreso hasta la finalización del tratamiento, considerando los cambios clínicos y radiográficos obtenidos.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 65 años de edad acude a la consulta refiriendo “preocupación por la salud de su boca, manifestando sensación de deterioro avanzado y temor a la pérdida de piezas dentarias”. Como antecedentes personales, menciona que presenta hipotiroidismo tratado con levotiroxina y hábito tabáquico de larga data (una etiqueta de cigarrillos cada día y medio, desde los 18 años, dando un total de aproximadamente 228.700 cigarrillos fumados en 47 años). A la exploración intraoral se observa: higiene oral deficiente, con abundante biofilm supragingival e infra gingival predominantemente en elementos anteroinferiores. La encía presenta signos de inflamación, sin sangrado espontáneo. Se evidencia movilidad grado 3 en incisivos inferiores, recesiones gingivales múltiples y en consecuencia triángulos negros, se observan restauraciones y pérdida de elementos dentarios.

Se realiza odontograma, ortopantomografía, radiografías seriadas, ficha periodontal completa, con profundidad de sondaje, nivel de inserción clínica, índice de placa y hemorragia.



Figura 10: Fotografía inicial de frente



Figura 11: Fotografía lateral derecha



Figura 12: Fotografía lateral izquierda



Figura 13 y 14: Fotografías oclusales iniciales superior e inferior



Figura 15: Ortopantomografía

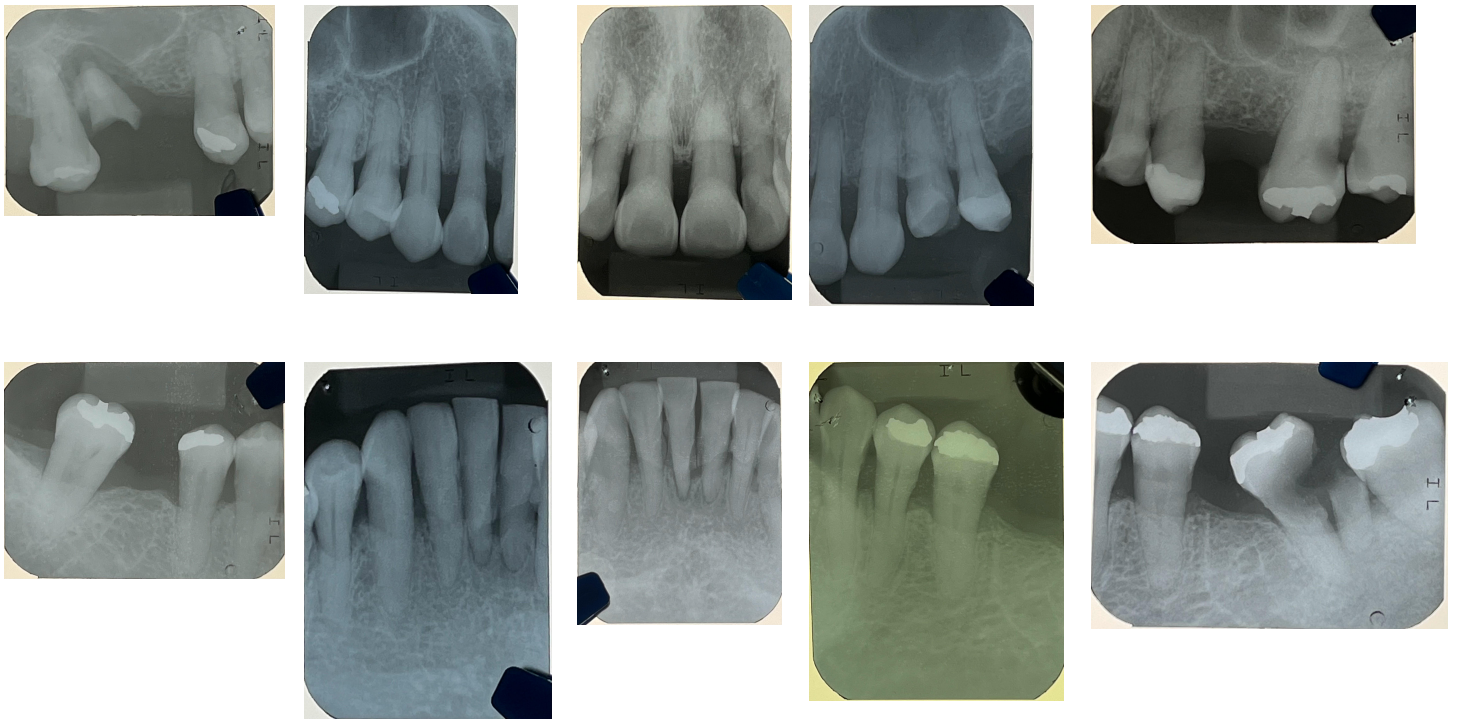


Figura 16: Radiografías seriadas del estado inicial.

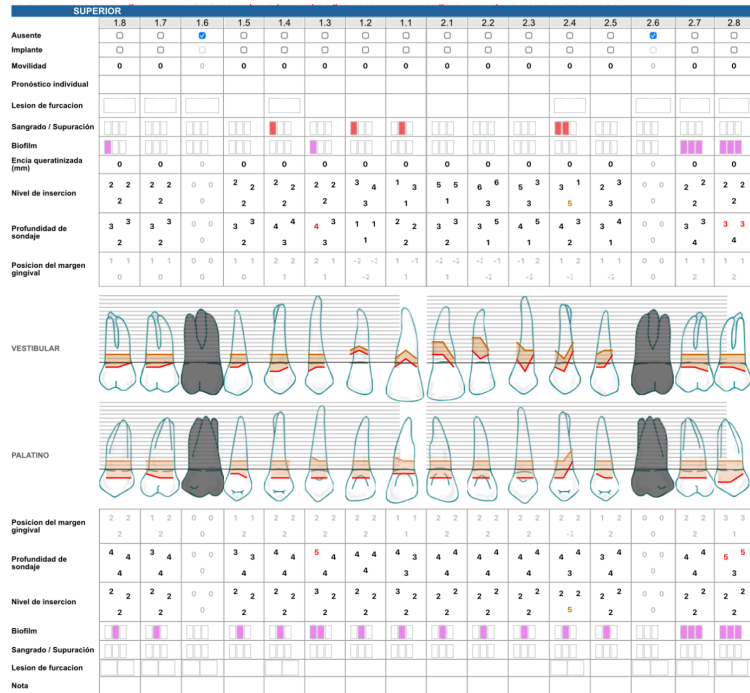


Figura 17: Periodontograma

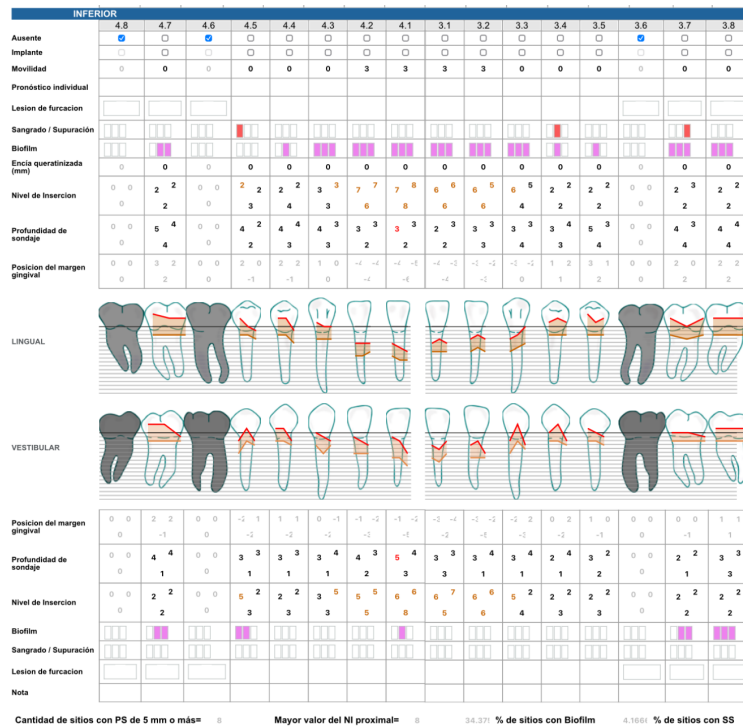


Figura 18: Periodontograma

DIAGNÓSTICO SEGÚN LA NUEVA CLASIFICACIÓN ⁸⁻⁹

- PASO 1: La paciente no posee registros radiográficos previos, y en la primera consulta se observa una pérdida de inserción clínica, se sospecha periodontitis y se procede al paso 2.

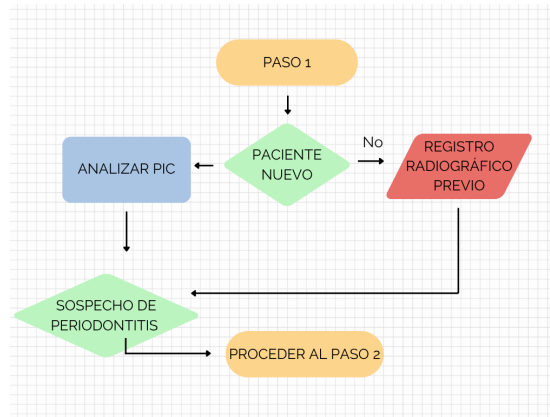


Figura 19: Árbol clínico de toma de decisiones paciente nuevo

- PASO 2: Ante la sospecha de periodontitis, el paso inicial consiste en comprobar que la pérdida de inserción clínica (PIC) no esté explicada únicamente por factores locales, como fracturas radiculares, caries profundas, lesiones endo-periodontales, restauraciones defectuosas o terceros molares retenidos. Si ninguna de estas situaciones explica la pérdida, el siguiente paso es verificar si existe PIC interproximal en más de un diente que no sea adyacente. Si esto se confirma, entonces el paciente cumple con el criterio diagnóstico de periodontitis y corresponde realizar una evaluación periodontal completa, que incluya sondaje de todos los dientes y radiografías de toda la cavidad bucal. Cuando se registran profundidades de sondaje iguales o superiores a 4 mm, se considera el caso compatible con periodontitis y corresponde determinar su estadio y grado.

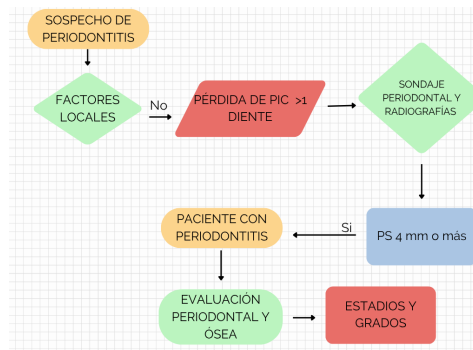


Figura 20: *Árbol clínico de toma de decisiones paciente con sospecha de periodontitis*

- PASO 3A: Una vez establecido el diagnóstico de periodontitis, el paso siguiente consiste en determinar el estadio de la patología. Para ello, se requiere efectuar un sondaje periodontal detallado, obtener una serie radiográfica de boca completa y evaluar de manera integral las condiciones periodontales y el estado óseo. Primero, se determina la extensión de la enfermedad, observando si la PIC o pérdida ósea (PO) afecta a menos del 30% de los dientes (lo que se considera una periodontitis localizada) o si afecta al 30% o más (lo que se clasifica como generalizada). Luego, se analiza la gravedad y complejidad del caso. Para la gravedad, se toma en cuenta el nivel de inserción clínica, la PO y la pérdida de soporte periodontal. Respecto al nivel de complejidad, deben considerarse distintos factores clínicos, como la profundidad de sondaje, la presencia de compromiso de furcas, defectos óseos, incremento de la movilidad dentaria, signos de trauma oclusal secundario, pérdida de soporte que colapse la mordida, desplazamientos dentarios, y la existencia de menos de diez pares de dientes en oclusión funcional.

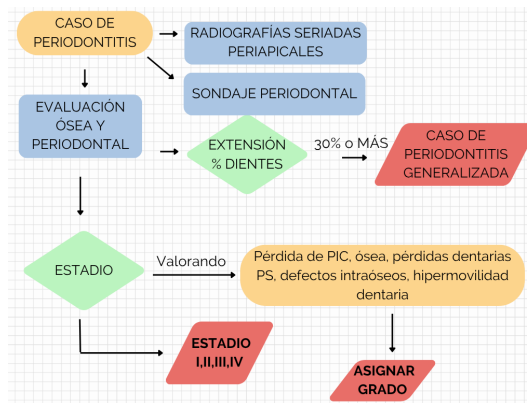


Figura 21: Árbol clínico de toma de decisiones paciente con caso de periodontitis donde el estadio debe ser definido

- **PASO 3B:** Si la PIC es mayor de 5 mm o si la PO llega al tercio medio de la raíz o más allá en más de dos dientes adyacentes, entonces el caso debe clasificarse como periodontitis en estadio III o IV.

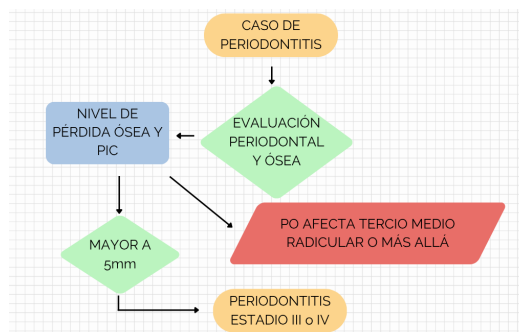


Figura 22: Árbol clínico de toma de decisiones estadio III vs IV

- **PASO 3C:** El diagnóstico es estadio IV si se cumple al menos una de las siguientes condiciones: la PO llega al tercio medio de la raíz o más, la PIC es de 5mm o más, hay más de 4 dientes con pérdida de soporte periodontal severa, se observa colapso de la mordida, desplazamientos dentarios o existe un defecto grave en la cresta ósea.

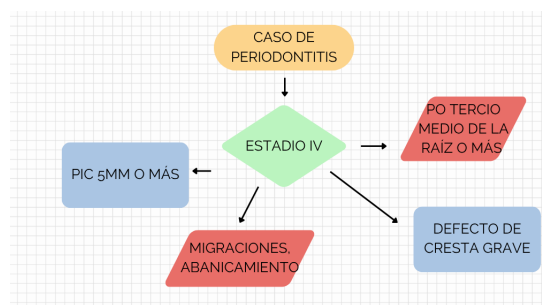


Figura 23: Árbol clínico de toma de decisiones, estadio IV

- **PASO 4A:** Cuando no se cuenta con registros periodontales anteriores del paciente, el grado de periodontitis debe estimarse utilizando las radiografías de boca completa.

En ese caso, se calcula la relación entre la PO y la edad del paciente. Si el resultado de esa relación está entre 0,25 y 1,0 se clasifica inicialmente como una periodontitis grado B. Sin embargo, este grado puede modificarse si el paciente tiene factores de riesgo sistémicos. Por ejemplo, si fuma 10 o más cigarrillos por día, el diagnóstico debe ajustarse a grado C, ya que el tabaquismo acelera la progresión de la enfermedad.

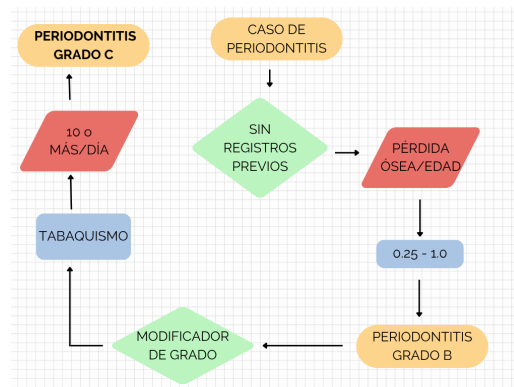


Figura 24: *Árbol clínico de toma de decisiones, asignar el grado cuando no existen registros previos*

La paciente presenta periodontitis estadio IV, grado C.

TRATAMIENTO

El plan de tratamiento fue organizado por etapas, siguiendo un enfoque integral y progresivo acorde a las necesidades de la paciente. La primera es la etapa preventiva, brindando instrucciones de técnica de cepillado, higiene interdental, motivación para el cambio de comportamiento y adquisición de hábitos de higiene bucal efectivos e independientes. Se le comunicaron a la paciente los riesgos que el tabaquismo puede tener sobre su salud general y periodontal, ella mostró una actitud poco receptiva hacia dicha información.

Luego, la etapa curativa donde se procedió con las exodoncias de piezas no conservables de los restos radiculares del elemento 17, así como de los elementos 18, 27, 28, 37, 38 y 47. Se realiza debido a la presencia de caries extensas, pérdida de soporte óseo, extrusión con invasión del plano oclusal, que además son factores retentivos de biofilm. Estas extracciones permitirán preparar el terreno para una posterior rehabilitación mediante una prótesis parcial removible. Dado el compromiso periodontal severo en los incisivos inferiores, se planificó la ferulización del elemento 31, 32, 33, 41, 42, 43, posteriormente se realizó desbridamiento con cavitador neumático, raspaje y alisado radicular por cuadrantes, con el objetivo de eliminar cálculo supragingival y reducir la profundidad de sondaje.



Figura 25: Colocación de férula



Figura 26: Luego de la primera sesión de remoción mecánica de cálculo supragingival

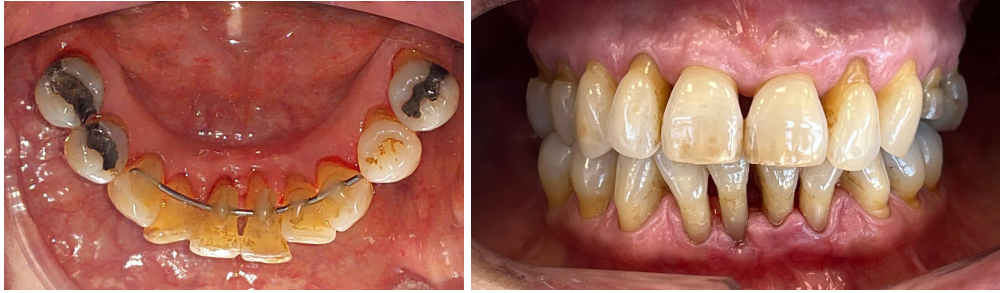


Figura 27: Segunda sesión de remoción mecánica de cálculo supragingival.



Figura 28: Cuarta sesión, raspaje y alisado.



Figura 28: Fotografía final y radiografía periapical posterior.

Se continúa con operatorias de resina compuesta en reemplazo de amalgamas por razones estéticas.



Figura 29: Operatorias con resina compuesta.



Figura 30: Fotografías laterales posteriores al tratamiento.



Figura 31: Fotografía posterior de frente.

Finalmente, se rehabilita con prótesis parcial removible para restaurar la función masticatoria.



Figura 32: Prótesis vista superior e inferior.



Figura 33: Prótesis vista lateral.

EFFECTOS DEL TABACO SOBRE EL PERIODONTO ²⁻⁴⁻⁶

El tabaquismo constituye uno de los factores de riesgo modificables más relevantes en la aparición y el avance de la periodontitis. Las personas que fuman muestran una mayor susceptibilidad a desarrollar enfermedad periodontal, presentando con mayor frecuencia una PIC marcada, bolsas periodontales profundas, retracción de encías, un incremento en la pérdida ósea alveolar y de elementos dentarios. No obstante, de manera paradójica, suelen evidenciar menos sangrado al sondaje, ya que el tabaquismo atenúa los signos inflamatorios visibles y produce un aspecto gingival fibroso, con escaso edema.

Los fumadores también presentan una microflora subgingival más patogénica, con mayor presencia de bacterias como *Porphyromonas gingivalis*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Prevotella*, *Fusobacterium* y *Staphylococcus aureus*, entre otras. Estos microorganismos se detectan con mayor frecuencia en la cara palatina de los incisivos superiores y en el sector anteroinferior. Si bien los componentes del tabaco no modifican directamente el crecimiento de estos microorganismos, las condiciones de baja disponibilidad de oxígeno que caracterizan a las bolsas periodontales de los fumadores favorecen el desarrollo de la flora anaerobia asociada a la progresión de la periodontitis.

El tabaco ejerce efectos negativos sobre el periodonto a través de múltiples mecanismos: la vasoconstricción, constituye un proceso en el que el contacto constante con los componentes del tabaco modifica de manera significativa el flujo microvascular de la mucosa oral; por otro lado, la nicotina, al actuar sobre los receptores alfa-adrenérgicos del músculo liso a nivel de los vasos, provoca una constricción vascular persistente que reduce la irrigación local, esta respuesta limita el flujo sanguíneo, disminuye el aporte de oxígeno y dificulta la eliminación de productos de desecho metabólico. Con el tiempo, estos efectos contribuyen a una menor capacidad del tejido gingival para responder a los procesos inflamatorios y repararse.

Además, el tabaco reduce la síntesis de óxido nítrico (ON), un potente vasodilatador, debido tanto a la inhibición de la enzima óxido-nítrico-sintasa endotelial como al aumento del estrés oxidativo, el cual, es generado por especies reactivas de oxígeno presentes en el humo del cigarrillo, produce degradación del ON y empeora la función endotelial. Como resultado, el tono vascular se incrementa, lo que perpetúa la vasoconstricción.

También, se ha demostrado que en personas con hábito tabáquico existe una disminución de mediadores, como la prostaciclina y la histamina, lo que empeora la

perfusión gingival y genera una alteración sostenida en la microcirculación, incluso ante estímulos inflamatorios o vasodilatadores. Esto explica el por qué en estos pacientes, los indicadores clínicos de inflamación como el sangrado y el aumento del exudado gingival pueden estar ausentes, favoreciendo una evolución silenciosa y destructiva de la enfermedad periodontal.

En cuanto a la inmunidad: “Los neutrófilos son los leucocitos primarios, que son críticos para la defensa contra la invasión bacteriana por fagocitosis en el cuerpo humano. Sin embargo, estudios in vitro e in vivo han demostrado que fumar puede deteriorar la quimiotaxis y la fagocitosis de los neutrófilos en el periodonto, lo que lleva a una eliminación defectuosa de bacterias y, por lo tanto, aumenta la colonización” (Jiang et al., 2020, p. 9).

A esto, se le suma una reducción en los niveles de anticuerpos IgG dirigidos contra bacterias periodontales, lo cual debilita la capacidad defensiva del huésped y facilita la permanencia de los microorganismos patógenos. Además, el hábito de fumar puede alterar la generación de especies reactivas de oxígeno, moléculas esenciales para la eliminación bacteriana y el funcionamiento de la inmunidad innata, lo que provoca un descenso en la eficacia de estos mecanismos de defensa en el organismo humano.

Desde otro enfoque, la *P. Gingivalis* también es capaz de interferir con la inmunidad innata del huésped, afectando la secreción de interleucina-8 (IL-8), la activación del receptor tipo toll 4 (TLR4) y la función del sistema del complemento, lo que contribuye a una defensa deteriorada. Así, “parece que se forma un círculo vicioso entre la microflora subgingival enriquecida con patógenos y la respuesta inmune del huésped debido al tabaquismo, lo que podría empeorar aún más la situación en términos de salud”. (Jiang et al., 2020, p. 9).

Finalmente es importante recordar que: “El humo generado al quemar tabaco es una mezcla compleja, dinámica y reactiva de más de 5000 sustancias químicas, con propiedades citotóxicas, mutagénicas, carcinógenas o antigénicas. La nicotina, un potente alcaloide parasimpaticomimético, es el componente más conocido con una naturaleza altamente adictiva. Se considera que contribuye en gran medida al desarrollo de la dependencia y es responsable del uso generalizado y la dificultad para dejar de fumar”. (Jiang et al., 2020, p. 2).

DISCUSIÓN ¹⁰

En el presente caso clínico, la paciente muestra un estadio avanzado de periodontitis, con movilidad dentaria severa en el sector anteroinferior y antecedentes de tabaquismo crónico. Dada esta situación, se decidió planificar una rehabilitación a través de una prótesis parcial removible, ya que la PO y el pronóstico periodontal limitaban la opción de utilizar prótesis fijas convencionales. Sin embargo, la literatura científica actual plantea que los pacientes con periodontitis crónica también pueden ser rehabilitados con éxito mediante implantes, siempre que la enfermedad esté previamente controlada y se implemente un programa de mantenimiento riguroso. En este sentido, Zhang et al. (2024) analizaron los factores de riesgo de fracaso implantario en pacientes con antecedentes periodontales y observaron que, aunque presentan una mayor prevalencia de mucositis, periimplantitis y pérdida ósea marginal, la tasa de supervivencia de los implantes continúa siendo elevada cuando se controla la inflamación y se selecciona adecuadamente el diseño implantario.

La diferencia principal con respecto a los pacientes sin enfermedad periodontal radica en la necesidad de un seguimiento estricto y de medidas preventivas reforzadas, dado que la historia periodontal se asocia a un mayor riesgo de complicaciones biológicas alrededor de los implantes (Zhang et al., 2024).

Por lo tanto, en el caso clínico presentado, la rehabilitación mediante implantes podría haberse considerado como alternativa a la prótesis parcial removible, ya que aportaría beneficios en términos de función masticatoria, estética y confort. Sin embargo, factores de riesgo individuales, como el tabaquismo crónico, la higiene oral deficiente y la escasa receptividad frente a las recomendaciones, justifican que la elección más predecible y segura ha sido la prótesis parcial removible.

CONCLUSIÓN⁷

Se registró una mejora notable en el estado periodontal, con una disminución evidente de la inflamación gingival y una reducción de las profundidades de sondaje, en especial en las piezas 31 y 41, que al inicio del tratamiento mostraron un pronóstico desfavorable.

Las bolsas periodontales disminuyeron de 5 mm a 3 mm, aunque el nivel de inserción clínica continuó siendo significativo debido a la gran PO preexistente.

La paciente mostró mejoría en el control del biofilm, aunque no logró reducir el hábito tabáquico, lo cual continúa siendo determinante para el avance de la enfermedad.

Dada la movilidad persistente de los incisivos inferiores, se decidió mantener la férula para estabilizar el sector anteroinferior, brindar mayor confort y preservar las condiciones locales en caso de que, en el futuro, se planifique una terapia quirúrgica complementaria.

Una vez terminada la etapa activa del abordaje periodontal, se puede clasificar este caso dentro del grupo de pacientes con periodontitis tratada con éxito, que presentan un periodonto reducido pero clínicamente sano, aunque con un riesgo elevado de recidiva o progresión de la enfermedad (Caton et al., 2018; Chapple et al., 2018; SEPA, 2022). Deberá continuar con la fase de mantenimiento periodontal, el cual incluye: controles periódicos orientados a revisar tanto el estado general de la paciente como la condición de los tejidos periodontales, reforzar las medidas de higiene oral, controlar los factores de riesgo (principalmente el hábito tabáquico), y la eliminación mecánica profesional de biofilm junto a la instrumentación subgingival localizada en las bolsas residuales.

De acuerdo con la Sociedad Argentina de Periodoncia (SAP, 2023), la periodontitis muestra una prevalencia muy elevada en la población, afectando a una gran proporción de adultos y configurándose como un importante problema de salud pública. Este predominio se relaciona con déficits en la educación en higiene bucodental, limitada conciencia preventiva y trabas en el acceso a la atención odontológica especializada. Por ello, la SAP, subraya la importancia de reforzar las acciones de prevención y educación, impulsando una adecuada instrucción en cuidados de salud oral, identificación precoz de la enfermedad y abordaje interdisciplinario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cárdenas Valenzuela, P., Guzmán Gastelum, D. A., Valera González, E., Cuevas González, J. C., Zambrano Galván, G., & García Calderón, A. G. (2021). *Principales criterios de diagnóstico de la nueva clasificación de enfermedades y condiciones periodontales*. *International Journal of Odontostomatology*, 15(1), 175–180.
2. Jiang, Y., Zhou, X., Cheng, L., & Li, M. (2020). The impact of smoking on subgingival microflora: From periodontal health to disease. *Frontiers in Microbiology*, 11, 66.
3. Lindhe, J., Karring, T., & Lang, N. P. (2008). *Periodoncia clínica e implantología odontológica* (4.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
4. Lordelo, M. J. (2005). El tabaco y su influencia **sobre** el periodonto. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*, 17(1), 17–24.
5. Sanz Martin I, Laurence A, Lopez A, Mareque S, Valles C, Guerrero A, Graziani F. (2020). "Periodoncia Clínica. Enfoque clínico de la clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias". Revista científica de la Sociedad Española de Periodoncia. (PDF)
6. Silva, H. (2021). Consumo de tabaco y enfermedad periodontal: el papel de la disfunción microvascular. *Biology*, 10 (5), 441.
7. Sociedad Argentina de Periodoncia (SAP). (2023). *Adopción/Adaptación mediante comentario para Argentina de la Guía de Práctica Clínica (GPC) de nivel S3: Tratamiento de la periodontitis en los estadios I–III, de la Federación Europea de Periodoncia (EFP), traducida por la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA)*. Federación Iberoamericana de Periodoncia (FIPP)
8. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA). (2022). *Guía de práctica clínica en periodontitis: basadas en la nueva clasificación de enfermedades periodontales y periimplantarias*. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración.
9. Zabalegui, I., Serrano, J., Pascual, A., Laurence, A., & Sinz Martin, I. (2019). Periodoncia clínica: Nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias. *Revista Científica de la Sociedad Española de Periodoncia*.
10. Zhang, Y., Guo, C., Huang, H., Zhang, L., Xu, Y., & Xu, Y. (2024). *Analysis of risk indicators for implant failure in patients with chronic periodontitis*. **BMC Oral Health**, 24, 806.

ANEXO I
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

TRABAJO INTEGRADOR: *“IMPACTO DEL TABAQUISMO EN LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL: ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO SEGÚN LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE PERIODONTITIS”*

AUTOR: FLORIT MARTINA

REALIZADO BAJO LA TUTELA DEL PROFESOR/A: PROF. OD. CLAUDIA LUCCA DE VISSIO.



FIRMA DEL TUTOR:

FECHA: 26 DE NOVIEMBRE DE 2025

ANEXO II

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

Yo, *Florit Martina*, estudiante y autora del trabajo integrador titulado: *“Impacto del tabaquismo en la progresión de la enfermedad periodontal: Análisis de un caso clínico según la nueva clasificación de periodontitis”* declaro que el trabajo presentado es original y elaborado por mí.



Firma

Córdoba, Noviembre de 2025

ANEXO III

Universidad Católica de Córdoba
Facultad de Medicina
Carrera de Odontología



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA
Universidad Juvenal

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de Córdoba a los 22 días del mes de Abril del año 2025 siendo las 15:00 hs.
Autorizo el siguiente tratamiento odontológico realizado por el
estudiante/practicante Florencia Martino DNI N° 43.828.350 que habiendo
aprobado las materias básicas de su carrera, realicen actividades de aprendizaje en instituciones asistenciales,
oficiales o privadas, que sólo podrán actuar bajo la dirección, control personal directo y responsabilidad de los
profesionales designados para su enseñanza y dentro de los límites autorizados.

Apellido y Nombre del paciente

DNI: /

Declaro que mi odontólogo ha examinado mi boca debidamente. Que se me ha explicado otras alternativas a este tratamiento, que se han estudiado y considerado estos métodos que se me informaron, siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento. Consiento la ejecución de operaciones y procedimientos además de los ahora previstos o diferente de ellos, tanto si se debieran a afecciones imprevistas, actualmente o no. Que el estudiante mencionado anteriormente o sus jefes de trabajos práctico puedan considerar necesarios o convenientes en el curso del tratamiento a realizar. Me ha sido explicado también que pueden haber riesgos para la salud asociado con la anestesia y dichos riesgos me han sido claramente explicados. Consiento en que se fotografíen las operaciones o procedimientos que se han de ejecutar, incluyendo partes apropiadas de mi cuerpo para fines médicos, científicos o educacionales, siempre que mi identidad no sea revelada por las imágenes o textos que la acompañen. Consiento con el objeto de contribuir a la educación odontológica en la admisión de observadores en el lugar destinado para mi atención. Dejo constancia de que se le ha explicado en forma verbal y ha dado su consentimiento con respecto a: los riesgos molestias y efectos adversos previsibles, riesgos personalizados, indicaciones, medicación indicada, consecuencias de la no realización del procedimiento propuesto, y la decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, podría ser revocada si él quisiera.

Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento. Si al momento de la intervención surgiera una situación anatómo patológica distinta y más grave a la prevista, doy mi consentimiento para que se actúe del modo más conocido, según la ciencia y conciencia respecto a lo programado, por el exclusivo interés de mi salud. Asimismo, doy consentimiento para la administración de anestesia local que se aplicará para la realización de dicho tratamiento delegando al odontólogo el tipo de anestesia y me comprometo a regresar a la próxima consulta el día...../...../.....Hora.....

El/la que suscribe

DNI N° /

con domicilio en calle.....

otorgo mi consentimiento para que se me realice el tratamiento odontológico propuesto por el Sr./Srta. Florencia Martino

Firma del paciente:

Firma del Profesional a cargo:

Firma del representante si el paciente es menor de edad:

CLAUDIA E. LUCCA
ODONTÓLOGA
M. P. 5078