



“Clínica Estomatológica Aguada de Pasajeros”

**RECESIÓN PERIODONTAL, CARACTERIZACIÓN
EN PACIENTES. CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE
AGUADA DE PASAJEROS. 2020-2022**

**Tesis en opción al título de Especialista de Primer
Grado en Estomatología General Integral.**

AUTORA:

Dra. Beatriz Mejías Baró

**Residente de segundo año en Estomatología General
Integral**

TUTORA:

Dra. Marietta Ibañez Viñet

**Especialista de primer grado en Periodoncia, Msc en
urgencias estomatológicas**

Cienfuegos, 2022

AGRADECIMIENTO

A mis padres por apoyarme en todo momento y haberme dado la oportunidad de tener una educación. Sobre todo por ser un ejemplo de vida a seguir.

A mi familia, en especial a mi hija y mi esposo que de una u otra manera son la principal fuente de inspiración para la realización de este trabajo, ya que sin el optimismo y motivación que me brindaron durante la realización del mismo no hubiera sido posible su culminación.

Quiero extender un sincero agradecimiento a la Dra. Marietta Ibañez Viñet por su paciencia, disponibilidad y generosidad para compartir su experiencia y amplio conocimiento sobre la elaboración del material estudiado en este proyecto. De la misma manera a aquellos profesores que me brindaron durante 2 años sus sabios conocimientos, que han sido una fuente enriquecedora para mi formación profesional.

Les agradezco a mis amigos que estuvieron conmigo siempre ayudándome y apoyándome en todo momento.

RESUMEN

Las recesiones gingivales representan uno de los problemas estéticos y funcionales más comunes del periodonto. **Objetivo:** Caracterizar la recesión periodontal en pacientes menores de 60 años pertenecientes a la Clínica Estomatológica de Aguada de Pasajeros en el período de 2020-2022. **Fundamento Metodológico:** Se realizó un estudio tipo descriptivo, transversal, prospectivo en 37 pacientes menores de 60 años con diagnóstico de recesión periodontal de la Clínica Estomatológica de Aguada de Pasajeros durante el periodo del 1ro de enero de 2020 al 1ro de enero de 2022. Se estudiaron variables como: grupos de edad, sexo, nivel educacional, factores etiológicos, grupos de dientes afectados, grado de recesión, caries radicular e hiperestesia dentinal. **Resultados:** predominó el grupo etario de 35-59 años (67,6%), el sexo femenino (56,8%) y los pacientes con nivel escolar secundaria básica (40,5%). Entre los factores de riesgo frecuentaron la presencia de sarro y placa dentobacteriana (78,4%). Los dientes más afectados por RP fueron los caninos superiores (56,8%). El grado de RP preponderante fue la Clase I (40,5%). No se observó caries radicular en el 67,6% de los pacientes, pero si existió hiperestesia dentinal en el 54,1%. **Conclusiones:** Al caracterizar el grupo de estudio se apreció mayor afección en el grupo etario de 35-59 años y en el sexo femenino. Se identificaron como factores de riesgo frecuentes, la presencia de sarro y placa dentobacteriana. Se determinó que el tipo de recesión periodontal según la clasificación de Miller que más frecuentó en los pacientes fue la clase I en casi la mitad de la población.

Palabras clave: recesión gingival, factores de riesgo, enfermedades periodontales.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	6
FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS.....	16
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN	31
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Las recesiones gingivales representan uno de los problemas estéticos y funcionales más comunes del periodonto, pero también uno de los más complejos en cuanto a etiología y modalidades de tratamiento. Se definen como una exposición de la superficie radicular de los dientes como resultado de la migración apical del margen gingival más allá de la unión cemento-esmalte.

Las terminologías recesión gingival, periodontal o retracción gingival, son usadas indistintamente en la literatura para referirse a la migración apical de la encía, incluyendo su aparato de inserción. Por su parte, la última clasificación cubana, plasmada en las Guías Prácticas de Estomatología, la ubica dentro de los procesos atrófico-distróficos, denominándola recesión periodontal.^{1,2}

Gottlieb, en 1921, planteó que la misma podía ser fisiológica, después se asoció a inserciones de frenillos en la encía marginal, presencia de una lámina ósea externa delgada, una altura inadecuada de encía insertada, cepillado dental horizontal traumático, mal posición dentaria y fuerzas oclusales lesivas con una acción lenta y prolongada sobre la lámina externa vestibular. La prevalencia de recesiones periodontales fue estudiada por Albandar y Kingma entre los años treinta y noventa, quienes observaron que su presencia, de 1 mm o más, en personas de 17 y 30 años de edad era de un 58% y aumentaba con la edad. Los hombres afroamericanos tenían significativamente más recesiones periodontales que las mujeres y que otros grupos étnicos.^{3,4}

La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias establecida en el Taller Mundial del 2017, en Chicago, por las dos principales asociaciones científicas mundiales de Periodoncia, la Academia Americana de Periodoncia (AAP) y la Federación Europea de Periodontología (FEP)^{5,6} la denominan recesión gingival y la incluyen dentro del apartado de deformidades mucogingivales y alteraciones alrededor de los dientes.

Es muy común: el 50% de los sujetos en las poblaciones estudiadas tienen al menos uno o más sitios de 1 mm de exposición radicular o más. Afecta a pacientes con buena y mala higiene bucal pero con una mayor prevalencia en hombres y en edades más avanzadas. Puede ser localizada o generalizada y puede afectar a una o más superficies dentales, siendo las bucales las más frecuentemente afectadas. ⁷

Su incidencia varía desde 8% en los niños hasta un 50 y un 80% a personas de 65 años y más, y sobre un 50% en sujetos de edades comprendidas entre 18 y 64 años. Informes recientes indican que hay una prevalencia substancial en el aumento de las recesiones en la población mundial, incrementándose significativamente después de la quinta década. Esto motiva a que ciertos investigadores supongan que la recesión es un proceso fisiológico vinculado con el envejecimiento. Sin embargo, aún no se presentan pruebas convincentes sobre un cambio fisiológico de la inserción gingival. La migración apical gradual es, con mucha probabilidad, el resultado del efecto acumulativo de una afección patológica menor, los traumatismos menores directos y repetidos a la encía, o ambos. ^{8,9}

La recesión periodontal tiene una prevalencia en Latinoamérica de 81.4% en las edades de 20-49 ¹⁰. En Finlandia el 68% de la población presentan estas alteraciones, alcanzando a afectar hasta el 11% de sus dientes. En el caso Estados Unidos de Norteamérica, entre un 78 y 100% de la población, afectando del 22 al 58% de los dientes. El caso de Brasil se demostró que el 89% de los habitantes presentan recesión gingival, con un promedio de 9 dientes con esta afectación. ¹¹

En México se presentan en su mayoría por menores de 30 años con un 31% y en los mayores de 60 representan solo un 9% siendo el sexo masculino el que predominó con un 59%. En Cuba se observa en pacientes de 65 años y más con un 50-80% y de 18-64 años para un 50%. ^{12,13}

Se considera que la principal causa de las recesiones gingivales son la placa bacteriana y el traumatismo mecánico; sin embargo, se considera que la etiología es multifactorial y siempre resulta de la interacción de varios de ellos: anatómicos (dehiscencia del hueso

alveolar, inserción elevada de músculos, traumatismo oclusal, tensión del frenillo, biotipo gingival), inflamatorios (enfermedad periodontal destructiva, presencia de placa dental y cálculo supra/infragingival, inadecuado cepillado dentario), factores traumáticos (vigorosos hábitos de higiene oral, piercing oral) y factores iatrogénicos. El fumar es considerado como uno de los factores de riesgo⁶; otros indicadores de riesgo incluyen la edad, el género masculino, la raza y la condición de fumador. Existe poca información sobre la asociación entre RG y otros factores como la historia periodontal, el tratamiento ortodóncico, la inflamación gingival y las prácticas de higiene oral. ¹⁴

En pacientes tratados con ortodoncia, se ha informado que la prevalencia, gravedad y extensión de la recesión son más altas que en los controles no tratados, y la prevalencia aumentó durante el período posterior al tratamiento. Se ha indicado que el tratamiento de ortodoncia combinado con retenedores linguales fijos promueve la recesión gingival.¹⁵

Varios aspectos de la recesión gingival la hacen relevante en términos clínicos. Las superficies radiculares expuestas son susceptibles a la caries. El desgaste del cemento exhibido por la recesión deja una superficie dentinaria subyacente muy sensible, en especial al tacto. La hiperemia pulpar y los síntomas concomitantes pueden aparecer también por la exposición de la superficie radicular. La recesión interproximal crea espacios donde la placa, los alimentos y las bacterias pueden acumularse. ^{7,16}

Con base en observaciones clínicas sin ningún soporte metodológico, se consideraba que la encía queratinizada era necesaria para conservar la salud gingival, prevenir la recesión marginal gingival y mantener los niveles de inserción, ha sido cuestionada la necesidad para incrementar la cantidad de encía queratinizada, ya que se ha demostrado que mínimas cantidades son compatibles con condiciones periodontales saludables, siempre y cuando exista un adecuado control de placa bacteriana. ¹⁷

Fundamentación del problema

La recesión gingival es una condición periodontal que se presenta muy frecuentemente en los pacientes. Esta puede ser considerada como una manifestación clínica de pérdida de inserción periodontal. De acuerdo con Maetahara la prevalencia de recesiones es del

72,9% en una población peruana. Susin acota una prevalencia de 83,4% en una población brasileña. También se ha reportado una prevalencia del 27% en pacientes entre 18-25 años, del 62% en pacientes entre 16-25 años y del 100% en pacientes entre 46-86 años. Uno de los estudios de mayor consideración es el de Albandar y Kingman, quienes en 23,8 millones de personas norteamericanas encuentran una prevalencia del 58%, con un promedio de 3mm de profundidad de la RG, acotan además que existe una correlación positiva entre la extensión y severidad de la RG con el aumento de la edad, siendo más comunes en la superficie vestibular y en el género masculino. ¹⁸

En pacientes del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú se realizó un estudio cuyos resultados mostraron una prevalencia de 72,9% de pacientes afectados por algún grado de recesión gingival y se encontró un promedio de 5.79 ± 0.555 dientes afectados por persona. En Perú en 2017 se encontró que el 18% de los estudiantes de 13 a 17 años presentaron recesión gingival. ¹⁹

Se expone un aumento de la incidencia y prevalencia de la recesión periodontal a nivel mundial. En Cuba, algunos estudios también lo constatan, dos estudios han sido realizado para determinar el comportamiento de los trastornos mucogingivales, uno en población infantil ²⁰ y otro que incluía, además de los niños, adultos ²¹. El segundo de esos estudios fue realizado por el servicio de Periodoncia de la Clínica Estomatológica Docente III Congreso del PCC de Matanzas entre los años 2008 y 2010. Luego de analizados los datos se evidenció que los trastornos mucogingivales se presentaron en un 34,1 % de los casos estudiados y de ellos la recesión periodontal fue la más frecuente (28,6 %). Ese mismo estudio identificó el sexo femenino y los grupos de edades de 15 a 34 y de 35 a 59 años como los más afectados por recesión periodontal.

Un estudio realizado en Güines, observó un aumento de la recesión periodontal en pacientes de 45-54 años y respecto a la clasificación de Miller, predominó la clase III. Encontraron como factor de riesgo predominante en la recesión periodontal localizada el cepillado dental incorrecto y en la recesión periodontal generalizada el estrés. ³

En la provincia de Cienfuegos se realizó un estudio que tiene como título Recesión periodontal en pacientes del municipio Rodas. Cienfuegos, 2016-2017 el cual también demuestra la presencia de recesión periodontal en esta población y expone muchas de sus características.²²

En Aguada de Pasajeros no existen datos publicados acerca del tema, contando solo como referentes los análisis de la situación de salud del territorio, que en el caso de este municipio informan de un incremento de la recesión periodontal. De esto se deriva la necesidad de emprender acciones para disminuir su incidencia, para lo cual es fundamental un análisis más detallado del comportamiento de la entidad. Por lo que nos motivó la realización de este estudio, teniendo como problema la siguiente interrogante:

Problema científico

¿Cuáles fueron las características de la recesión periodontal en los pacientes pertenecientes a la Clínica Estomatológica de Aguada de Pasajeros durante el período 2020-2022?

Objetivos

Objetivo General:

- Caracterizar la recesión periodontal en pacientes menores de 60 años pertenecientes a la Clínica Estomatológica de Aguada de Pasajeros en el período de 2020-2022.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar el grupo de estudio según variables socio-demográficas.
- Identificar factores etiológicos de la recesión periodontal.
- Identificar grupo de diente más afectado.
- Determinar el tipo de recesión periodontal según la clasificación de Miller y su relación con la presencia de caries radicular e hiperestesia dentinaria.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Recesión Periodontal:

Las recesiones periodontales para poder aclarar su terminología se deben conocer las condiciones normales de la posición de la encía, la cual se encuentra de forma festoneada siguiendo el contorno de la unión cemento esmalte (LAC) de 1 hasta 3mm sobre este, un diente sano además las papilas llenan los espacios interproximales no hay pérdida ósea, estas características se comprueban mediante el sondaje, y radiografías. Sabiendo esto se define a la recesión gingival como el desplazamiento del margen gingival en sentido apical, esta alteración mucogingival se caracteriza por un desplazamiento lento hasta pasar el LAC cuya consecuencia máxima deriva en la exposición total de la raíz hacia la cavidad bucal y pérdida del órgano dental. ^{4,14,23}

En el glosario de términos de la Asociación Americana de Periodoncia (AAP) del 2001, define a la recesión periodontal como “la migración del margen gingival hacia apical de la unión cemento esmalte, dando lugar a la exposición de la superficie radicular. La encía retraída se puede encontrar con una inflamación marginal leve, dando un aspecto de normalidad excepto por su posición, puede abarcar uno más dientes contiguos. ²⁴

Según Amaro et al ²⁵ la recesión gingival es definida como el desplazamiento del margen gingival apical a la unión cemento-esmalte, con la exposición de la superficie radicular al ambiente oral. Es una condición antiestética, con posibles consecuencias como hipersensibilidad dental, caries y lesiones no cariosas, sangrado gingival y retención de placa bacteriana. Al migrar la encía libre se genera una pérdida de encía adherida la cual si es severa puede causar dolor en función de masticación o durante el cepillado, provocando malestar al sujeto y favoreciendo la acumulación de placa bacteriana.

Diagnóstico Periodontal

Para entregar un diagnóstico preciso se deberá realizar una evaluación completa de la condición periodontal del paciente, que abarque las necesidades del paciente, se empezara con una anamnesis completa que incluya antecedentes médicos y dentales

completos junto a un examen clínico y radiográfico y cualquier otro examen puntual adecuado a la circunstancia.

El método que se utiliza para el diagnóstico de la recesión gingival es la profundidad de sondaje tomando como referencia el margen gingival que en condiciones normales coincide con el límite amelocementario o coronal a este. Se diagnostica una recesión gingival cuando el margen gingival se encuentra apical al límite amelocementario.

Una recesión gingival en etapa avanzada presenta pérdida interproximal por lo que para complementar el diagnóstico será necesaria la utilización de radiografías. Los cambios radiográficos que se observan son pérdida de la continuidad de corticales óseas que se muestran como zonas radiopacas, ensanchamiento del ligamento periodontal. La pérdida ósea puede ser vertical u horizontal.²⁶

Clasificación:

Los sistemas de clasificación son necesarios para proporcionar un marco para estudiar científicamente la etiología, patogénesis y tratamiento de enfermedades de manera ordenada. Además, estos sistemas brindan a los médicos una forma de organizar las necesidades de atención médica de sus pacientes. Desde entonces, se han propuesto varias clasificaciones en la literatura para facilitar el diagnóstico de las recesiones gingivales.

Puede ser localizada o generalizada. Estas a su vez se subdividen en totales y parciales.

La recesión periodontal local puede tener forma de V o U.

- La retracción local en forma de V se asocia a dientes sometidos a traumatismo oclusal, especialmente en pacientes con bruxismo y hábitos de apretar. En casos de migración apical severa, la recesión en forma de V se conoce como "hendidura de Stillman". En el esmalte correspondiente, es común encontrar abfracción; mientras que, en la superficie oclusal, las facetas de desgaste causadas por el

desgaste se encuentran comúnmente, como parte de una lesión causada por un traumatismo oclusal.

- La recesión local en forma de U generalmente se asocia con enfermedad periodontal inflamatoria crónica, cepillado inadecuado de los dientes o inserción inadecuada del frenillo. La recesión gingival en forma de U asociada con un cepillado traumático inadecuado está rodeada de encía sana y generalmente se asocia con abrasión, con una superficie lisa y pulida. Hay casos de retracción en forma de U en los que el área de exposición de la raíz está rodeada por un festón periférico formado por tejido gingival hinchado e inflamado resultante de la acumulación de placa dental local.

Retracción Generalizada U Horizontal

En su forma generalizada u horizontal, la retracción gingival se asocia con enfermedad periodontal destructiva inflamatoria crónica. La pérdida de soporte periodontal en áreas proximales da como resultado una remodelación compensatoria en las superficies vestibular y lingual, lo que lleva a un desplazamiento apical de la encía marginal, incluidas las papilas interdentes.²⁷

Es parcial cuando solo está afectada una cara del diente y total cuando lo circunscribe.²⁸

Miller²⁹ en 1985 propuso cuatro clases de recesiones de tejido marginal que se basan en el nivel del margen gingival con respecto a la unión mucogingival y el hueso alveolar subyacente.

Clase I: Retracción de los tejidos marginales que no se extiende hasta la unión mucogingival. No hay destrucción periodontal (ni en hueso ni en tejidos blandos) en la zona interdental y se puede prever un 100% de recubrimiento radicular post tratamiento.

Clase II: Retracción de los tejidos marginales que se extiende hasta o más allá de la unión mucogingival. No hay destrucción periodontal (ni en hueso ni en tejidos blandos) en la zona interdental y se puede prever un 100% de recubrimiento radicular post tratamiento.

Clase III: Retracción de los tejidos marginales que se extiende hasta o más allá de la unión mucogingival. Hay destrucción periodontal (en hueso y en tejidos blandos) en la zona interdental o hay maloclusión dentaria que impide lograr un 100% de recubrimiento radicular post tratamiento. Solo se puede esperar un recubrimiento parcial de la raíz.

Clase IV: Retracción de los tejidos marginales que se extiende hasta o más allá de la unión mucogingival. La destrucción periodontal (en hueso y en tejidos blandos) en la zona interdental o la maloclusión dentaria son demasiado graves para esperar un recubrimiento radicular. ³⁰

Las recesiones gingivales clase I y II, tienen un buen pronóstico para lograr la cobertura radicular, ya que se encuentran intactos los tejidos interproximales. En las recesiones gingivales clase III y IV de Miller la tasa de éxito es impredecible ya que existe pérdida de tejidos interproximales limitando el aporte sanguíneo al injerto reduciendo así la posibilidad de un recubrimiento radicular total. ³¹

Smith ³² en 1997 propuso una clasificación para evaluar la extensión vertical y horizontal del defecto. El grado de componente horizontal se expresó como un valor que varía de 0 a 5 dependiendo de la gravedad de la exposición de la unión amelocementaria, mientras que la extensión vertical de la recesión se midió en milímetros utilizando una sonda periodontal en un rango de 0 a 9.

En 2010, Mahajan ³³ propuso una modificación de la clasificación de Miller en cuatro clases Clase I: defectos de recesión gingival que no se extienden a MGJ. Clase II: defectos de recesión gingival que se extienden hasta la unión mucogingiva o más allá. Clase III: Defectos de recesión gingival con pérdida de hueso o tejido blando en el área interdental hasta un tercio cervical de las superficies radiculares y / o mal posicionamiento de los dientes. Clase IV: Defectos de recesión gingival con pérdida severa de hueso o tejido blando en el área interdental mayor que un tercio cervical de la superficie de la raíz y / o malposición severa de los dientes.

El Dr. Francesco Cairo propone una nueva clasificación en el año 2011:

R1- recesión gingival sin pérdida de unión interproximal, el límite amelocementario proximal no es visible. Son recesiones que pueden aparecer en salud periodontal y estar asociadas a un cepillado traumático.

R2- recesión gingival con pérdida de unión interproximal. La pérdida proximal es menor o igual que la vestibular, medida del límite amelocementario (proximal y vestibular) hasta el fondo de la bolsa.

R3- La pérdida proximal es mayor que la vestibular, medidas del límite amelocementario al fondo de bolsa. Esta clasificación utiliza como parámetro fundamental el nivel de inserción proximal.

R1 se asocia a pacientes sanos; R2 y R3 se asocian a patología periodontal. No toma en cuenta la cantidad de tejido queratinizado. ^{34,35}

Entre todos los sistemas de clasificación, la clasificación de Miller sigue siendo la más utilizada.

Características clínicas y radiográficas de las Recesiones Periodontales:

Su característica principal como hemos planteado es la retracción apical de los tejidos periodontales con diversos grados de exposición radicular que puede ser o no visible, siendo más común en las caras labiales de los dientes, principalmente en aquellos situados en una posición prominente o vestibularizados.

La exposición de cemento puede provocar hiperestesia dentinaria, hiperemia pulpar y aparición de caries radiculares.

El grosor de la encía es fino, delgado, de textura lisa, pálido, con papilas interdentes alargadas y puntiagudas, en ocasiones pueden aparecer hendiduras debido a la distrofia desigual del margen gingival.

Cuando aparecen como proceso único, sin presencia de inflamación, no existen bolsas, ni sangramiento o exudado.

Si están comprometidas las caras proximales de los dientes se crean espacios propicios para la acumulación de placa dentobacteriana y residuos de alimentos.

Radiográficamente se observa una reducción de la altura ósea pero sin pérdida de las corticales o disminución de la radiopacidad como se observa en las pérdidas óseas causadas por procesos de tipo inflamatorio. ³⁶

Etiología:

Son múltiples los factores de riesgo que pueden influir en la aparición de la recesión periodontal siendo algunos de carácter local y otros de carácter general. Entre ellos tenemos:

Locales:

- Cepillado incorrecto (abrasión) (por hacerlo de forma horizontal o de una forma excesivamente fuerte)

Las alteraciones producidas por el cepillado traumático pueden dividirse en crónico y agudo. En el traumatismo agudo se pueden producir modificaciones como vesículas, hendiduras, festones entre otras debido al uso de un cepillo dental en buenas condiciones. El traumatismo crónico está relacionado a las recesiones gingivales provocando exposición de la raíz en la zona de la encía. ^{27,37,38}

- Malposición dentaria (atendiendo a su posición en el arco, la angulación de la raíz en el hueso y la curvatura mesiodistal de las superficies dentales)
- Fricción de los tejidos blandos (ablasión)
- Presencia de inserción patológica de frenillos que producen cierto grado de isquemia comprometiendo la nutrición del tejido.

Acompañada con un 100% de pérdida papilar este resultado de tensión sobre el hueso marginal vestibular puede apresurar la recesión gingival. Los frenillos largos logran retraer el margen gingival y a su vez el aumento de problemas en el periodonto;

consecuentemente, no hay evidencia acertada que asegure la íntima relación que hay entre la inserción del frenillo y la retracción de las encías.

- Traumatismos gingivales.
- Disfunciones gingivales
- Uso inadecuado de aparatología ortodóncica (incluyendo la fuerza aplicada) y protética. (Dentaduras parciales sin descansos oclusales y apoyos, las que se instruyen sobre la gingiva produciendo atrofia por presión.)

El tratamiento de ortodoncia logra favorecer a la aparición de recesiones o al aumento de las mismas. La incidencia es baja al finalizar el tratamiento, por lo tanto, puede llegar a incrementar a medida que pasan los años. Existe una relación con la edad. En los pacientes que empezaron su tratamiento ortodóncico a mayor edad las recesiones se logran presentar con gran frecuencia.³⁹

- Uso indiscriminado de retractores gingivales físicos o químicos.
- Hábitos deletéreos (presión de objetos, onicofagia, tabaquismo etc)
- Irritación local por presencia de cálculo dental, restauraciones incorrectas, presencia de palca, etc.

Una restauración directa con márgenes subgingivales se puede relacionar con gingivitis localizada y un incremento en la profundidad de sondaje. Las restauraciones directa o indirecta con márgenes sobrecontorneados pueden relacionarse con gingivitis localizada, incremento de la profundidad de sondaje y pérdida ósea interproximal, sobre todo en los sobrecontornos más extensos.⁴⁰

- Secuelas de la enfermedad periodontal destructiva crónica o su tratamiento.(principalmente cuando es quirúrgico)
- Falta de función de los dientes implicados por ausencia de antagonistas, patrones de masticación unilateral o deglución atípica.
- Anomalías anatómicas óseas. (como tablas óseas delgadas)

GENERALES:

- Predisposición genética.
- Envejecimiento (fisiológicas)

Marini et al ¹⁰ evaluaron 380 personas adultas de más de 20 años en donde se analizaron y observaron una recesión gingival en al menos una superficie dental en aproximadamente el 89% y su extensión, prevalencia y su gravedad lograba crecer con la edad hasta en un 99%

- Enfermedades generales debilitantes, nutricionales.
- Tabaquismo

Diversos autores concuerdan que las primeras alteraciones periodontales debido al tabaquismo son la recesión gingival y la hiperplasia epitelial. Entre el 25 y el 30 % de los fumadores muestran recesiones gingivales, las cuales se asocian al proceso de vasoconstricción. Sin embargo, en fumadores se han detectado niveles elevados de mediadores inflamatorios como interleucina 1 y prostaglandina E2 que tienen la posibilidad de inducir hiperplasia gingival. ⁴¹

- Estrés. ⁴²

Pronóstico:

Muchas recesiones gingivales pueden ser detenidas, otras progresan lentamente con el tiempo y se pueden tomar medidas para su detención.

No todas las RP tienen igual pronóstico, aunque de forma general podemos plantear que cuando se asocian a procesos inflamatorios la evolución es peor.

Algunas se desarrollan rápidamente y otras lentamente, incluso por años, dependiendo de los factores o causas que están implicados.

Generalmente no son causa de pérdidas dentarias pero atendiendo a su importancia clínica deben ser detectadas, tratadas y controladas oportunamente. ⁴³

Tratamiento:

La detección y control de los factores predisponentes y de riesgo, así como el tratamiento de las complicaciones de la recesión tales como hiperestesia, hiperemia, caries, higiene deficiente etc, constituyen aspectos de gran importancia.

Algunas medidas terapéuticas sencillas pudieran ser:

- Correcto método de cepillado.
- Uso de cepillo blando con cerdas de extremo redondeado.
- Uso de dentríficos no abrasivos.
- Apoyo psicológico al paciente con estas patologías. Las recesiones gingivales pueden provocar alteraciones en la psiquis del paciente, ya que estas reflejan un mal aspecto estético y pueden desencadenar complejos en los pacientes, lo cual puede verse reflejado en su actividad social y familiar. ⁴⁴

En sentido general el tratamiento va dirigido a los factores que le dieron origen y a la valoración del posible recubrimiento radicular el cual se logra por diversas técnicas de cirugía mucogingival. Es necesario tener claro que la recesión puede aparecer concomitando con un proceso inflamatorio y la existencia de bolsas periodontales, en estos últimos casos las técnicas propuestas tienen el doble objetivo de eliminar las bolsas y cubrir las recesiones, agregándose la posibilidad de crear una banda suficiente de tejido queratinizado.

Por un problema didáctico serán aquí descritas las técnicas mucogingivales, pero debe comprenderse que su realización puede ser la elección adecuada en casos en los que se combinen ambos procesos: el inflamatorio y el distrófico.

Entre ellas tenemos:

Frenectomía

Frenotomía

Injerto libre de encía

Injertos pediculados como:

- Colgajo de doble papila
- Colgajo pediculado de zona edente vecina
- Colgajo deslizante coronario

Técnicas de regeneración tisular guiada. ^{31,45-48}

FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

Clasificación de la investigación: Investigación Desarrollo

Diseño y tipo de estudio: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, prospectivo.

Escenario: Clínica Estomatológica de Aguada de Pasajeros.

Período que abarca el estudio: Desde el 1ro de enero del 2020 al 1ro de enero del 2022.

Universo: conformado por 37 pacientes menores de 60 años con diagnóstico de recesión periodontal.

Criterios de inclusión:

- Pacientes examinados en la clínica estomatológica de Aguada de Pasajeros menores de 60 años que presenten recesión periodontal de cualquier grado según la clasificación de Miller.
- Voluntariedad de participación.

Criterios de exclusión:

- Todos los pacientes que incumplan con los criterios anteriores.

Consideraciones éticas.

Para llevar a efecto la investigación se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas relacionadas con las personas objeto de estudio.

- Aval del Comité de ética de la Investigaciones (Anexo I).
- Se solicitó por escrito la aprobación de las personas, así como su apoyo en la investigación en la que fueron objeto (Anexo II).

Dicho consentimiento se recogió en un documento confeccionado para tal efecto, donde se les explicó a las personas que pueden o no participar en la realización de la investigación, se expresaron en líneas generales en qué consistía su participación los objetivos y la importancia del estudio; el lenguaje utilizado fue de fácil comprensión sin el empleo de términos técnicos, teniendo la oportunidad de esclarecer sus interrogantes y se les expresó además que se les garantizaría la discreción en el manejo de la información para de esta manera obtener de ellos su consentimiento informado.

Operacionalización de variables

Variables	Clasificación	Escala	Descripción	Indicador
Grupos de edad	Cuantitativa continua	≤ 18 años 19-34 años 35-59 años	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el último año cumplido.	Número y por ciento
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenino	Totalidad de las características de las estructuras reproductivas y sus funciones, fenotipo y genotipo, que diferencian al organismo.	Número y por ciento
Nivel educacional	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Básica	Referido a la educación	Número y por ciento

		Técnico medio Preuniversitario Universitario	escolar que el paciente ha completado.	
Factores etiológicos	Cualitativa nominal politómica	Cepillado incorrecto Inserciones frénicas patológicas Inserciones musculares patológicas Malposición dentaria Uso inadecuado de aparatosología protésica Uso inadecuado de aparatosología ortodóncica Onicofagia Deglución atípica Tabaquismo Presencia de sarro y placa dentobacteriana Restauraciones incorrectas Secuela de enfermedad periodontal destruccion crónica Falta de función de los dientes	Según examen bucal, índices epidemiológicos	Número y porciento

		implicados por ausencia de antagonista y bruxismo		
Grupo de dientes afectados	Cualitativa Nominal Politómica	Incisivos superiores Incisivos inferiores Caninos y bicúspides superiores Caninos y bicúspides inferiores Molares superiores Molares inferiores	Se dividió la boca en sextantes y fue incluido aquel donde estuvo presente al menos un diente en la recesión	Número y porciento
Grado de recesión.	Cualitativa Ordinal	Clase I: recesión de los tejidos marginales que no alcanza la línea mucogingival, Clase II: recesión de los tejidos marginales que se extiende o va más allá de la unión mucogingival sin pérdida de la inserción periodontal (hueso o tejidos blandos) en el área interdental	Según clasificación de Miller cuatro clases que expresan las diferentes etapas de evolución del padecimiento en caso de no ser detectado precozmente	Número y porciento

		Clase III: recesión de los tejidos marginales que se extiende o va más allá de la unión mucogingival con pérdida de la inserción periodontal en el área interdental o malposición dentaria Clase IV: recesión de los tejidos marginales que se extiende o va más allá de la unión mucogingival con pérdida severa de hueso o tejido blando en el área interdental y/o severa malposición dental		
Caries radicular	Cualitativa Nominal	Si No	Lesión cavitaria que afecta los diferentes tejidos del diente a nivel de la raíz.	Número y porcentaje

Hiperestesia dentinaria	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No		Número y por ciento
------------------------------------	--------------------------------------	--------------	--	------------------------

Procedimiento para la recolección de datos.

Para el procesamiento de la información se empleó el paquete estadístico SPSS versión 21.0. Los datos recopilados fueron ubicados en tablas estadísticas para su mejor comprensión, luego de hallarles porcentajes. Para la edición y procesamiento de los datos se utilizó una computadora Intel Core i3, los textos se procesaron con Microsoft Word 2013 y las tablas se realizaron con Microsoft Excel 2013.

Se utilizó como medida resumen el porcentaje tanto para las variables cualitativas como para las cuantitativas.

Los resultados se presentaron en tablas de frecuencias absolutas y relativas y gráficos estadísticos.

ÍNDICE DE HIGIENE BUCAL SIMPLIFICADO (IHB-S):

Este índice recurre a los mismos criterios que se utilizan para el Índice de higiene bucal. La metodología difiere fundamentalmente en lo que respecta al número y tipo de superficies que se evalúan. En esta versión simplificada solo se adjudican puntajes a seis y no a doce dientes, un diente de cada uno de los seis segmentos; además, únicamente se evalúa una superficie de cada diente. En cada uno de los cuatro segmentos posteriores se examina el primer diente erupcionado por completo hacia distal del segundo premolar, que generalmente, aunque no siempre, es el primer molar. Se adjudican puntajes a las superficies vestibulares de los molares superiores y a las superficies linguales de los inferiores. En los segmentos anteriores se consideran las superficies vestibulares de los incisivos centrales superior derecho e inferior izquierdo. Se puede utilizar el incisivo central del lado opuesto si está ausente el diente por evaluar. Este índice evalúa dos de los principales factores de riesgo: placa dentobacteriana y

cálculo supragingival en seis superficies de los dientes: 11, 31, 16, 26, 46, 36. Evalúa la Higiene Oral de una comunidad y sólo se requiere espejo y explorador.

Como el Índice de Detritus Simplificado (ID-S) y el Índice de Tártaro Simplificado (IT-S) se confeccionan ahora a base de la suma de 6 y no de 12 puntos, cada uno con rango de 0-3, y pese a ello se los sigue dividiendo por el número de segmentos, el puntaje máximo de los seis segmentos es $18/6=3$. El IHB-S es la suma de los ID-S e IT-S y su rango es 0-6.

DIENTE	SUPERFICIE
16	vestibular
26	vestibular
46	lingual
36	lingual
11	vestibular
31	vestibular

Índice Colectivo = Suma de Índices individuales / No. De Personas evaluadas

Métodos que se emplearon.

Se emplearon métodos científicos del nivel teóricos y empíricos.

Métodos empíricos: se utilizó la guía de observación para organizar los datos y recolectar información de acuerdo a los objetivos establecidos.

Cuestionario: como instrumento de las técnicas encuesta y de la entrevista para la recolección de la información confeccionado por la tutora (Anexo III) .El cuestionario, fue sometido a validación por criterio de expertos, mediante la técnica de Discusión de Gabinete (Anexo IV). Se consideró por la investigadora como expertos a nivel municipal 2 especialistas de primer grado en Estomatología General Integral, 1 especialista de segundo grado en Estomatología General Integral, 3 especialistas en primer grado de MGI, 2 especialistas en Epidemiología, 1 Psicóloga, 1 Licenciada en enfermería, que

valoraron conjuntamente la propuesta, con lo cual quedó perfeccionada y lista para su puesta en práctica.

Métodos teóricos: se aplicaron los métodos

- Inductivo-deductivo para combinar el movimiento de lo particular a lo general y permitir establecer generalizaciones y razonamientos lógicos acerca del objetivo de estudio, con el movimiento de lo general a lo particular y llegar a conclusiones parciales y generales.
- Analítico -sintético: facilitó fundamentar toda la información recopilada sobre el tema objeto de estudio, durante la revisión bibliográfica, así como el procesamiento e interpretación de los datos obtenidos como resultado de la aplicación de los instrumentos
- Histórico-lógico para a partir de determinados principios, teorías o leyes derivar respuestas que explican fenómenos y que pueden ser confirmadas con la práctica. Con vistas a conocer la esencia del problema, su evolución histórica, la tendencia y su estado actual.

RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de pacientes con recesión periodontal según grupos de edad y sexo. Clínica Estomatológica de Aguada de Pasajeros. 2020-2022.

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
≤ 18	0	0,0	0	0,0	0	0,0
19-34	5	13,5	7	18,9	12	32,4
35-59	11	29,7	14	37,8	25	67,6
Total	16	43,2	21	56,8	37	100,0

La tabla 1 muestra la distribución de pacientes con recesión periodontal según grupos de edad y sexo, donde se pudo apreciar que predominó el grupo etario de 35-59 años de edad en el 67,6% de los pacientes y el sexo femenino en el 56,8%. Cabe destacar que no se encontraron pacientes menores de 18 años.

Tabla 2: Distribución de pacientes con recesión periodontal según nivel de escolaridad. Clínica Estomatológica de Aguada de Pasajeros. 2020-2022.

Nivel educacional	No.	%
Primaria	0	0,0
Secundaria Básica	15	40,5
Técnico medio	7	18,9
Preuniversitario	10	27,0
Universitario	5	13,5
Total	37	100,0

La distribución de pacientes con recesión periodontal según nivel de escolaridad, presentada en la tabla 2, dio a conocer que predominaron los pacientes con nivel escolar Secundaria Básica en el 40,5% y solo el 13,5% de los pacientes tenían grado Universitario.

Tabla 3: Distribución de pacientes con recesión periodontal según grupos de edad y factores etiológicos. Clínica Estomatológica de Aguada de Pasajeros. 2020-2022.

Factores etiológicos	Grupos de edad				Total (N=37)	
	19-34 (n=12)		35-59 (n=25)			
	No.	%	No.	%	No.	%
Cepillado incorrecto	8	66,7	19	76,0	27	73,0
Inserciones frénicas patológicas	1	8,3	1	4,0	2	5,4
Inserciones musculares patológicas	0	0,0	1	4,0	1	2,7
Malposición dentaria	5	41,7	7	28,0	12	32,4
Uso inadecuado de aparatología protésica	0	0,0	3	12,0	3	8,1
Uso inadecuado de aparatología ortodóncica	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Onicofagia	3	25,0	5	20,0	8	21,6
Deglución atípica	5	41,7	6	24,0	11	29,7
Tabaquismo	9	75,0	17	68,0	26	70,3
Presencia de sarro y placa dentobacteriana	9	75,0	20	80,0	29	78,4
Restauraciones incorrectas	2	16,7	4	16,0	6	16,2
Secuela de enfermedad periodontal destructiva crónica	3	25,0	13	52,0	16	43,2
Falta de función de los dientes implicados por ausencia de antagonista	4	33,3	14	56,0	18	48,6
Bruxismo	2	16,7	7	28,0	9	24,3

La tabla 3 muestra la distribución de pacientes con recesión periodontal según grupos de edad y factores etiológicos. En la misma se pudo apreciar que predominaron los pacientes con presencia de sarro y placa dentobacteriana en el 78,4% de los pacientes, seguido por los que presentaban cepillado incorrecto en el 73,0%. Cabe destacar que en el 80,0% de los pacientes del grupo etario de 35-59 años el factor de riesgo preponderante fue la presencia de sarro y placa dentobacteriana.

Tabla 4: Distribución de pacientes con recesión periodontal según grupos de edad y grupos de dientes afectados. Clínica Estomatológica de Aguada de Pasajeros. 2020-2022.

Grupo de dientes afectados	Grupos de edad				Total (N=37)	
	19-34 (n=12)		35-59 (n=25)			
	No.	%	No.	%	No.	%
Incisivos superiores	2	16,7	9	36,0	11	29,7
Incisivos inferiores	3	25,0	14	56,0	17	45,9
Caninos superiores	6	50,0	15	60,0	21	56,8
Caninos inferiores	5	41,7	12	48,0	17	45,9
Premolares superiores	4	33,3	11	44,0	15	40,5
Premolares inferiores	4	33,3	10	40,0	14	37,8
Molares superiores	3	25,0	12	48,0	15	40,5
Molares inferiores	2	16,7	10	40,0	12	32,4

Los grupos dentarios más afectados fueron los caninos superiores en el 56,8% de los pacientes estudiados. En el 60,0% de los pacientes entre 35-59 años los grupos dentarios más afectados fueron los caninos y los incisivos inferiores en el 56,0%. (Tabla 4)

Tabla 5: Distribución de pacientes con recesión periodontal según grupos de edad y grados de recesión periodontal. Clínica Estomatológica de Aguada de Pasajeros. 2020-2022.

Grado de recesión	Grupos de- edad				Total (N=37)	
	19-34 (n=12)		35-59 (n=25)			
	No.	%	No.	%	No.	%
Clase I	8	66,7	7	28,0	15	40,5
Clase II	4	33,3	10	40,0	14	37,8
Clase III	0	0,0	5	20,0	5	13,5
Clase IV	0	0,0	3	12,0	3	8,1

La tabla 5 muestra la distribución de pacientes con recesión periodontal según grupos de edad y grados de recesión periodontal. En la misma se pudo apreciar que preponderaron los pacientes con Clase I en el 40,5%. Cabe destacar que preponderó la clase I en el grupo de 19-34 años en el 66,7% y la clase II en el grupo de 35-59 años para un 40,0%.

Tabla 6: Distribución de pacientes con recesión periodontal según grados de recesión periodontal y presencia de caries radicular e hiperestesia dentinal. Clínica Estomatológica de Aguada de Pasajeros. 2020-2022.

		Grados de RP								Total (N=37)	
		Clase I (n=15)		Clase II (n=14)		Clase III (n=5)		Clase IV (n=3)			
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Caries radicular	Si	4	26,7	5	35,7	2	40,0	1	33,3	12	32,4
	No	11	73,3	9	64,3	3	60,0	2	66,7	25	67,6
Hiperestesia dentinal	Si	9	60,0	8	57,1	2	40,0	1	33,3	20	54,1
	No	6	40,0	6	42,9	3	60,0	2	66,7	17	45,9

En los pacientes con clase I frecuentaron los pacientes sin caries radicular en el 67,6% y con hiperestesia dentinal en el 54,1%. En los pacientes que presentaron clase II preponderaron los que no presentaron caries radicular en el 64,3% y los que si mostraron hiperestesia en el 57,1%.

DISCUSIÓN

La caracterización sociodemográfica de la población con presencia de recesión periodontal, perteneciente a la Clínica Estomatológica de Aguada de Pasajeros, informó un predominio de pacientes entre 35-59 años, resultados que coinciden con los expuestos por Jach Ravelo et al ³, Díaz Fabregat et al ²², Quispe ⁴⁹ y Tanqueño Gualpa ⁵⁰. Por otro lado, los datos de Callo Huarachi ⁵¹ evidenciaron un mayor porcentaje de pacientes en el grupo de 51 años a más, y Palma Romero ¹¹ encontró mayor prevalencia de pacientes de 18 a 39 años edad, resultados que discrepan con los obtenidos en el trabajo.

Informes recientes indican que hay una prevalencia substancial en el aumento de las recesiones en la población mundial, incrementándose significativamente después de la quinta década. ⁵²

Casi siempre la edad es una causa directa de la recesión. En la actualidad se debate la posible relación entre el envejecimiento fisiológico del aparato fibroso periodontal y el desarrollo de recesiones gingivales; aunque esta relación no se encuentra demostrada con pruebas convincentes.²²

El incremento de la RP con la edad, se debe fundamentalmente a que la migración apical gradual del periodonto es con mucha probabilidad, el resultado del efecto acumulativo de una afección patológica menor, los traumatismos menores directos y repetidos en la encía que ocurren a lo largo de la vida, o ambos.

En cuanto al sexo, en el estudio existió un ligero predominio de las féminas en el 56,8%, respecto al sexo masculino. Resultados similares fueron exhibidos por Jach Ravelo et al ³, Díaz Fabregat et al ²², Callo Huarachi ⁵¹, Quispe ⁴⁹ y Tanqueño Gualpa ⁵⁰. Resultados superiores fueron expuestos por Juan Ji et al ⁵³ donde el 70,7% de la población estudiada fueron mujeres.

Resultados que difieren de los obtenidos, fueron dados a conocer por Guerrero Quezada ⁵⁴ y Palma Romero ¹¹, donde el mayor porcentaje de la población fueron hombres.

Según Chiriboga ⁵⁵ La recesión gingival no afectará con mayor prevalencia a un género en específico, todo dependerá de las citas estomatológicas que realice el paciente, comenzado siempre con una profilaxis antes de cualquier tratamiento.

El mayor predominio de pacientes de sexo femenino pudiera atribuirse a que tradicionalmente las féminas han mostrado mayor preocupación por sentirse armónicas con los estándares de belleza de su época, entonces, teniendo en cuenta las afectaciones estéticas que acompañan a la recesión periodontal, estas acuden más frecuentemente en busca de ayuda profesional a las consultas de Periodoncia que los hombres.

Al distribuir a los pacientes con recesión periodontal según nivel de escolaridad, se encontró una mayor preponderancia de pacientes con nivel escolar Secundaria Básica, resultados que coinciden con los de Díaz Fabregat et al ²².

El nivel educacional de la población es un elemento a considerar al trazar estrategias preventivas o de intervención, ya que estas deben adaptarse a sus destinatarios para ser realmente efectivas. En el presente estudio, los niveles educacionales considerados bajos, como la secundaria, representaron casi la mitad de la población, mientras que los niveles educacionales considerados altos, como técnico medio, preuniversitario y universitario, representaron poco más de la otra mitad; es decir, que no hubo una representatividad marcada de pacientes con bajo nivel educacional, como no la hubo de los de alto nivel educacional. Esta variable, sin embargo, sí puede relacionarse con una mayor percepción del riesgo, lo que conlleva al desarrollo individual de acciones de autocuidado, con la correspondiente influencia positiva en aquellos factores de riesgo modificables, como lo es la presencia de cálculo o sarro y placa dentobacteriana, que fue precisamente el factor de riesgo que más se observó en estos pacientes.

Al estudiar los factores de riesgo de RP, se identificaron como predominantes la presencia de sarro y placa dentobacteriana, seguidos por el cepillado incorrecto. Resultados similares fueron expuestos por Díaz Fabregat et al ²² donde la presencia de cálculo o sarro y placa dentobacteriana predominaron en el 100% de los pacientes.

Según Caicedo ⁵⁶ la poca higiene oral provocará con el tiempo secuelas dentales, afectando en una edad mayor , por no prevenirla en su juventud.

Por otro lado, Mata et al ⁵⁷ agregaron que la falta de higiene oral no es considerado como el factor principal de recesiones gingivales, añadiendo que esto dependerá de otros factores como la edad, movimientos ortodóncicos, trauma oclusal , el mal cepillado, etc.

Los resultados de Jach Ravelo et al ³ dieron a conocer que en el inicio y progresión de la recesión periodontal, influyó mayoritariamente la técnica de cepillado incorrecto para un 28,43%, datos inferiores a los obtenidos en el presente estudio.

El hábito de cepillado incorrecto puede ocasionar una inflamación donde algunas células no alcanzan un estado de equilibrio con el riego sanguíneo y linfático disponible, lo que causa un aumento de la actividad intracelular de enzimas proteolíticas o un aumento de la actividad metabólica en general, acumulando dióxido de carbono y ácidos orgánicos en las células; al aumentar la acidez se incrementa la actividad catabólica y disminuye el volumen celular. En la medida que avanza este proceso, se reduce el espesor de tejido conectivo que se encuentra entre la lámina basal del epitelio gingival y del epitelio del surco, se reduce el flujo sanguíneo lo cual limita la reparación de la lesión inicial y lentamente va desapareciendo el tejido conectivo, se fusiona el epitelio oral con los epitelios surcal y de unión, que pronto va retrayéndose por ausencia de la vascularización. ⁴³

Por otro lado, Gutiérrez et al ⁴¹ encontraron que el tabaquismo fue el factor de riesgo de mayor predominio en sus pacientes. Agregó que entre el 25 y el 30 % de los fumadores muestran recesiones gingivales, las cuales se asocian al proceso de vasoconstricción. Sin embargo, en fumadores se han detectado niveles elevados de mediadores inflamatorios como interleucina-1 y prostaglandina E2 que tienen la posibilidad de inducir hiperplasia gingival. Con respecto al grado de inserción clínica (NIC), los pacientes fumadores ligeros (≤ 10 cigarrillos/día) poseen 2,05 más peligro de reducir el NIC, en lo que los fumadores pesados (≥ 10 cigarrillos/ día) muestran 4,75 veces más peligro que las personas no fumadoras. En esa investigación se logró definir la relación del

tabaquismo con la aparición de recesión gingival como un elemento peligroso que compromete la salud oral provocando la destrucción de los tejidos de soporte del diente, el bienestar general del paciente y complicaciones a futuro. La nicotina y el monóxido de carbono que se liberan mediante el humo del tabaco puede llegar a intervenir en la curación de las heridas.

En cuanto a la recesión periodontal causada por malposición dental, se puede agregar que en investigaciones se ha resaltado que los dientes con malposición y trauma por el cepillado eran los factores etiológicos más frecuentes asociados con las recesiones gingivales. Estas observaciones fueron corroboradas por otros autores, que, al examinar a una gran cantidad de pacientes, encontraron que la incidencia de las recesiones gingivales aumentaba con la edad, y se podría decir que esto era consecuencia del continuo trauma resultante de las fuerzas oclusales excesivas del paciente.⁴²

Las fuerzas oclusales se absorben y distribuyen al cemento, el ligamento periodontal y el hueso alveolar. Cuando las fuerzas aplicadas a un diente o grupo de dientes exceden la capacidad adaptativa del periodonto de inserción, una lesión no infecciosa llamada trauma oclusal se instala en estos tejidos.⁴²

Es bien sabido que la fuerza externa puede provocar la remodelación del tejido periodontal. El traumatismo oclusal frecuente aumenta la fuerza de la fuerza oclusal y, a menudo, conduce a la reabsorción del hueso alveolar. Cuando se elimina el traumatismo oclusal, se restablece la fuerza de mordida normal y se reconstruye el hueso alveolar con un mayor volumen óseo. Sin embargo, además del aumento de la fuerza oclusal, la fuerza oclusal anormal también incluye una fuerza oclusal reducida, conocida como función oclusal baja. Debido a la pérdida de la estimulación adecuada de la fuerza oclusal, el tejido periodontal reacciona de forma recesiva a través de la reabsorción radicular y la absorción del hueso alveolar.⁵³

Sin embargo, en la actualidad existen desacuerdos en los hallazgos sobre el papel de la oclusión traumática en el desarrollo de la recesión gingival. Reyes et al⁵⁸ reportan que debido a que los contactos prematuros en la relación céntrica y el equilibrio de los

contactos oclusales durante los movimientos laterales son causas dudosas de los cambios destructivos en el periodonto sano. Por lo que concluyen que, si ocurren contactos oclusales anormales en el periodonto sano, el ajuste sigue siendo discutible.

Respecto a los grupos dentario con RP, los caninos superiores, seguido de los incisivos y caninos inferiores resultaron ser los más afectados. Resultados similares fueron hallados por Guerrero Quezada ⁵⁴ y Chen ⁵⁹.

Al respecto, Jach Ravelo et al ³ observaron que la arcada dentaria inferior estuvo más afectada que la superior, agregando que el grupo dentario de mayores cifras resultaron ser los incisivos con un 28,46%, resultados que difieren de los obtenidos en el trabajo.

Díaz Fabregat et al ²² observaron mayor afectación de los incisivos inferiores en el grupo de 19 a 34 años, mientras que en el de 35 a 59 años lo fueron los molares superiores. En general, los de mayor frecuencia de recesión fueron los molares, caninos y bicúspides superiores, datos que también difieren de los expuestos anteriormente.

Herrera ⁶ hallaron mayor frecuencia de recesión gingival en maxilar superior que en el inferior, resultados que coinciden con la investigación, no ocurrió de la misma manera en el estudio de Callo Huarachi ⁵¹ y Sisalima Jara ¹⁰ donde la mayoría de las piezas dentarias afectadas eran del maxilar inferior

La prevalencia de esta enfermedad en el grupo de los caninos e incisivos pudiera atribuirse a la prevalencia de pacientes mayores de 45 años en la población examinada, edades en las que es común la pérdida de premolares y molares, y generalmente se conservan los incisivos, además se debe tener en cuenta el efecto primario del cálculo dental en contacto con el tejido gingival y la placa bacteriana adherida a la superficie del cálculo, por ser los incisivos inferiores una de las zonas de mayor predisposición a la formación del mismo, debido a su cercanía con la desembocadura de los conductos de las glándulas salivales sublinguales y submandibulares; además por la presencia de inserciones frénicas que en muchos de los casos son patológicas y por la malposición dentaria que también es frecuente en esta región.

En cuanto a los grados de recesión periodontal, en la investigación se empleó la clasificación de Miller, la cual dio a conocer un mayor predominio de pacientes con Clase I, fundamentalmente en el grupo etario de 19-34 años y la clase II en el grupo de 35-59 años. Al respecto, Chen ⁵⁹, Callo Huarachi ⁵¹, Juan Ji et al ⁵³ y Florett J ⁶⁰ reportaron resultados similares.

En el grupo etario de 35 a 59 años, Díaz Fabregat et al ²² encontró mayor porcentaje de pacientes con clase II en el 86,4%, cifras superiores a las expuestas anteriormente.

Sisalima Jara ¹⁰ reportaron clase I de Miller en el 88,55% de su muestra y Tanqueño Gualpa ⁵⁰ en el 74,30%, cifras que superan a las del estudio.

Por otro lado, Jach Ravelo et al ³ encontraron predominio de pacientes con Clase III según los criterios de Miller, para un 48,48 %, fundamentalmente en pacientes mayores de 35 años, resultados que discrepan de los de la autora.

En cuanto al predominio de pacientes con recesión periodontal clase II de Miller, estudios epidemiológicos demuestran que la enfermedad periodontal inmunoinflamatoria crónica se incrementa con la edad, y la pérdida de hueso alveolar es comúnmente una consecuencia de la misma. En las periodontitis hay pérdida ósea, pérdida del tejido conectivo y migración apical del epitelio de unión. Esto se expresa primariamente con el aumento en la profundidad de sondaje o por recesión periodontal, estos argumentos justifican el hecho de que en la Clase II estén incluidos mayoritariamente los pacientes con más de 35 años. ⁶¹

Al distribuir los pacientes con recesión periodontal según grados de RP y presencia de caries radicular e hiperestesia dentinal, se observó un mayor predominio de pacientes sin caries radicular y con hiperestesia dentinal en los que presentaron clase I de Miller y los que no presentaron caries radicular ni hiperestesia dentinal en los que tenían clase III.

Quispe ⁴⁹ expuso que el 36.4% de los pacientes que presentan recesión periodontal clase I, tenían hiperestesia dentinal, datos que coinciden con los reportados anteriormente.

Resultados similares fueron expuestos por Callo Huarachi ⁵¹ donde la gran mayoría de las piezas dentarias no presentaron sensibilidad, agregó que las piezas dentarias que tuvieron una recesión gingival tipo 1, en su gran mayoría (88.2%), no presentaron sensibilidad; para el caso de las piezas con recesión del tipo 2, la mayoría de ellas (62.7%) tampoco mostraron sensibilidad al estímulo táctil, discrepando este último dato con los encontrados en el estudio.

Al respecto, Mata Sánchez et al ⁵⁷ agregaron que la superficie radicular expuesta es una alteración asociada a la recesión gingival que puede ocasionar hipersensibilidad. Las recesiones gingivales, independientemente de cuál sea su causa o tipo, son consideradas como el principal factor predisponente para el desarrollo de la hipersensibilidad dentinaria.

CONCLUSIONES

- Al caracterizar el grupo de estudio según variables socio-demográficas se pudo apreciar que predominaron los pacientes con recesión periodontal en el grupo etario de 35-59 años, con un ligero predominio del sexo femenino sobre el masculino. Casi la mitad de los pacientes presentaron nivel escolar de Secundaria Básica.
- Se identificaron como factores de riesgo frecuentes, la presencia de sarro y placa dentobacteriana en más de las tres cuartas partes de la población examinada, seguido por el cepillado incorrecto.
- Se identificó además que el grupo dentario más afectado fueron los caninos superiores en poco más de la mitad de la población, seguido por los incisivos y caninos inferiores.
- Se determinó que el tipo de recesión periodontal según la clasificación de Miller que más frecuentó en los pacientes estudiados, fue la clase I en casi la mitad de la población. En el grupo etario de 19-34 años preponderaron los que presentaron Clase I de Miller y en el grupo de 35-59 años los que presentaron clase II. Cabe destacar que en los pacientes que presentaron clase I de Miller, más de la mitad de la población no presentaron caries radicular y poco más de la mitad de ellos refirieron hiperestesia dentinal.

RECOMENDACIONES

- Incentivar al paciente para que acuda al odontólogo de forma periódica, para mejorar su técnica de cepillado y revertir probables deficientes higienes dentales, las cuales son causas de recesiones gingivales, con lo cual se evitará futuras complicaciones gingivales.
- Proponer a la dirección de salud municipal que se realicen investigaciones similares en otros consultorios del municipio para lograr un impacto positivo en el estilo de vida de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sosa Rosales MC, Garrigó Andreu MI, Sardiña Alayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, et al. Guías prácticas clínicas de enfermedades gingivales y periodontales. En: Guías Prácticas de Estomatología [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p. 195-260 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros_texto/guias_practicas_de_estomatologia/gpest04.pdf.
2. López Tovar GP. Epidemiología de la enfermedad periodontal [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2021 [citado 15 Sep 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/56127>
3. Jach Ravelo M, Acosta Acosta N, Jach Ravelo M, Hernández Nuñez A. La recesión periodontal en el municipio Güines del año 2015 al 2018. En: I Jornada Científica Virtual CaliMay 2020 [Internet]. 2020 [citado 12 May 2021]. Disponible en: <http://www.calimay2020.sld.cu/index.php/calymay/2020/paper/view/125>
4. Molina Alburquerque JC. Recesión gingival diagnóstico y tratamiento [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2021 [citado 12 Sep 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/56033>
5. Zerón A. Fenotipo periodontal y recesiones gingivales. Nueva clasificación. Revista ADM [Internet]. 2018 [citado 20 May 2021]; 75 (6): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?DARTICULO=84176>.
6. Herrera D, Figuero E, Shapira L, Jin L, Sanz M. La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias. Revista Científica de la Sociedad Española de Periodoncia [Internet]. 2018 [citado 12 Sep 2021]; (11) 6: 94-109. Disponible en: http://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/09/Revista-PeriodonciaCli%CC%81nica-N%C2%BA-11-Definitivo.pdf.
7. Shkreta M, Atanasovska Stojanovska A, Dollaku B, Belazelkoska Z. Exploring the Gingival Recession Surgical Treatment Modalities: A Literature Review. Open Access

Maced J Med Sci [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 12]; 6 (4): 698-708. DOI: 10.3889/oamjms.2018.185

8. Handelman CS, Eltink AP, BeGole E. Quantitative measures of gingival recession and the influence of gender, race, and attrition. Prog Orthod [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 4]; 19 (1): 5. DOI: 10.1186/s40510-017-0199-4

9. Sarduy Bermúdez L. La recesión periodontal. Perspectivas actuales en el diagnóstico y tratamiento. En: X Simposio Visión Salud Bucal y IX Taller sobre el Cáncer Bucal 2021 [Internet]. 2021 [citado 15 Feb 2021]. Disponible en: <https://estomatovision2021.sld.cu/index.php/estomatovision/2021/paper/view/90>

10. Sisalima Jara JP. Prevalencia de recesiones gingivales mediante la clasificación de Cairo y Miller en estudiantes de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca en el año 2018 [Tesis]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2018 [citado 21 Feb 2021]. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31579/1/Tesis.pdf>.

11. Palma Romero RE. Fenotipo gingival asociado a las recesiones gingivales en pacientes atendidos en el Centro de Salud Manuel Bonilla en el Callao 2018 [Tesis]. Callao: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2019 [citado 16 May 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/4206>

12. Sarduy Bermúdez L, González Valdés Y, Barreto Fiu E, Corrales Álvarez M. Tratamiento de recesiones periodontales con injerto libre y colgajo de reposición coronal más tejido conectivo. Medident Electrón [Internet]. 2018 [citado 20 Abr 2021]; 22 (3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v22n3/mdc04318.pdf>.

13. Jahra Madian HL, Laura AD, José Felipe FV. Comparación de la clasificación de recesiones periodontales de Miller y Cairo. Ventajas y limitaciones. En: Estomatologia2020 [Internet]. 2020 [citado 12 Ene 2021]. Disponible en: <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/335>

14. Veloz Sánchez WA. Factores de riesgo de recesión gingival en personas adultas [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; marzo de 2021 [citado 12 May 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/52163>
15. Juloski J, Glisic B, Vandevska-Radunovic V. Long-term influence of fixed lingual retainers on the development of gingival recession: A retrospective, longitudinal cohort study. *Angle Orthod* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 21]; 87 (5): 658-64. DOI: 10.2319/012217-58.1
16. Alexiou A, Vouros I, Menexes G, Konstantinidis A. Comparison of enamel matrix derivative (Emdogain) and subepithelial connective tissue graft for root coverage in patients with multiple gingival recession defects: A randomized controlled clinical study. *Quintessence Int* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 3]; 48 (5): 381-9. Disponible en: <https://www.quintessence-publishing.com/deu/en/article/841029>
17. Serap Karakış A, Berrin U. Gingival recession treatment with concentrated growth factor membrane: a comparative clinical trial. *J Appl Oral Sci* [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 2021]; 28: e20190236. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7105285/>
18. Castro Rodríguez Y, Grados Pomarino S. Tasas e indicadores de riesgo de las recesiones gingivales en una muestra peruana. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral* [Internet]. 21 de octubre de 2016 [citado 15 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539116300477>
19. Velásquez Lucero, Sandy Yarira. Prevalencia de recesion gingival en los estudiantes de 13 a 17 años de la Institucion Educativa Manuel Gonzales Prada- Pimentel- Perú, 2017. *Colecciones Escuela de Estomatología* [Internet]. 2017 May [citado 4 Feb 2021]; 13 (25): 1–17. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/4737>

20. Acosta Acosta N, Iglesias Berlanga I. Comportamiento de los trastornos mucogingivales en la población infantil. Medimay [Internet]. 2013 [citado 22 May 2021]; 19 (1). Disponible en: <http://www.revcmhhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/620>.
21. Cruz Morales R, Brito Pérez K, Caballero López D. Comportamiento de los trastornos mucogingivales y su tratamiento. Matanzas, 2008-2010. Rev Méd Electrón [Internet]. 2013 May-Jun [citado 22 May 2021]; 35 (3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol3%202013/tema05.htm>.
22. Díaz Fabregat B, Brito González AL, Gountán Quintana N. Recesión periodontal en pacientes del municipio Rodas. Cienfuegos, 2016-2017. Medisur [Internet]. 2018 [citado 12 Ene 2021]; 16 (3): 392-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82496>
23. Kaufmann ME, Wiedemeier DB, Zellweger U, Solderer A, Attin T, Schmidlin PR. Gingival recession after scaling and root planing with or without systemic metronidazole and amoxicillin: a re-review. Clin Oral Investig [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 21]; 24 (3): 1091-100. DOI: 10.1007/s00784-020-03198-4
24. Quintanilla Quispe, C. G. Diagnóstico y tratamiento de recesiones gingivales unitarias [Tesis]. Lima: Universidad Científica del Sur; 2017 [citado 9 Ene 2021]. Disponible en: <https://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/20.500.12805/74>
25. Amaro Y, Alvarado G, Manqui N. Prevalencia e indicadores de riesgo de recesiones gingivales en adolescentes de Valdivia en el año 2018. International Journal of Interdisciplinary Dentistry [Internet]. 2020 [citado 20 Ene 2021], 13 (1): 21–25. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S2452-55882020000100021>.
26. Mohammed Alamri A, Mohammed Alshammery H, Mohammed Ali A, Abdulrahman Saleh A, Hamad Almadhi W, Mustafa Alsharif A, et al. Dental Recession Aetiology, Classification and Management. Arch Pharma Pract [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 23]; 10 (2): 28-30. Available from:

<https://archivepp.com/storage/models/article/G2OITsPAUO10OCnIHbcGHXrtGY1m7kfuwh4BhqnnldZGX2blcXj6O2bVPOWh/dental-recession-aetiology-classification-and-management.pdf>

27. Garzón Olivo GJ. Tipos de recesiones gingivales y el tratamiento de tunelización [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2021 [citado 16 Oct 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/56012>

28. Suarez Coello CM. Recesión Gingival por tratamiento ortodóntico y mala higiene oral [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2021 [citado 12 Oct 2021]; Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/56218>

29. Miller PD. Cirugía plástica periodontal de reconstrucción y regeneración. Cirugía mucogingival. Clin Odontol Norteamer 1988; 32(2): 299-319.

30. Guttiganur N, Aspalli S, Sanikop MV, Desai A, Gaddale R, Devanoorkar A. Classification systems for gingival recession and suggestion of a new classification system. Indian J Dent Res [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 20]; 29 (2): 233-7. DOI: https://dx.doi.org/10.4103%2Fijdr.IJDR_207_17

31. Robles Alvarado AP. Tratamiento de recesión gingival utilizando Emdogain [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2019 [citado 12 May 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44212>

32. Smith RG. Recesión gingival. Reevaluación de una condición enigmática y un nuevo índice de seguimiento. J Clin Periodontol. 1997; 24: 201-5.

33. Mahajan A. Mahajan's Modification of the Miller's Classification for Gingival Recession. Dental hypothesis [Internet]. 2010 [cited 21 Ene 2021]; 1 (2). Available from: https://www.researchgate.net/publication/47369084_Mahajan's_Modification_of_the_Miller's_Classification_for_Gingival_Recession

34. Collantes Culqui O. Estudio de prefactibilidad para implementar el proceso de exportación de café orgánico en la provincia Rodríguez de Mendoza-Región Amazonas

[tesis]. Chachapoyas: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2017 [citado 12 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/1254/Tesis-CollantesCulqui.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

35. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple IL, Jepsen S, Kornman KS, Tonetti M, et al. Un nuevo esquema de clasificación para las enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias: Introducción y cambios clave de la clasificación de 1999 [Internet]. 2017 [citado 21 Ene 2021]. Disponible en: <https://misimplants.com.mx/especialistas/wp-content/uploads/2019/07/PDF-Corregido-Un-nuevo-esquema-de-clasificacio%CC%81n-para-las-enfermedades-y-condiciones-periodontales-y-periimplantarias-Introduccio%CC%81n-y-cambios-clave-de-la-clasificacio%CC%81n-de-1999.pdf>

36. Buenaño Proaño ES. Aplicación del injerto de tejido conectivo sub epitelial en la cobertura de recesiones gingivales [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 13 de septiembre de 2019 [citado 12 May 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44122>

37. Yauri Roque AE. Influencia del cepillado horizontal en la recesión gingival y en la abrasión cervical en pacientes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa [Tesis]. Perú: Universidad Católica de Santa María. Facultad de Odontología; 2020 [citado 21 Ene 2021]. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/8629>

38. Hinojosa Añorga M. Recesiones gingivales, etiopatogenia y consideraciones para el tratamiento. JPAPO [Internet]. 2020 [citado 2 Feb 2021]. Disponible en: https://appo.com.pe/wp-content/uploads/2020/09/APPO_ARTICULO-8.pdf.

39. Urzúa LF. Relación del tratamiento ortodóncico con el riesgo a la aparición o agravamiento de recesiones gingivales. RAAO [Internet]. 2019 [citado 9 Feb 2021]; LX (1): 54-60. Disponible en: <https://www.ateneo-odontologia.org.ar/articulos/lx01/articulo8.pdf>

40. Romero I, Rojas T, Dávila B. L, Lugo G, Yibrin C, Giménez X, et al. Repercusión periodontal de las deformidades y condiciones mucogingivales. Revista Odontológica de Los Andes: Artículos [Internet]. 2020 [citado 26 Feb 2021]; 14 (2): 146-155. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/46478>
41. Gutiérrez R, Infante J, Palacios M. El tabaquismo y su relación con la terapia periodontal y periimplantar. Revisión de la literatura. Revista Odontológica de Los Andes [Internet]. 19 de octubre de 2018 [citado 26 Feb 2021]; 13 (2): 54-64. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/45335>
42. Miranda Anchundia AC, González JIC, Carballo LC. Influencia del trauma oclusal primario en el desarrollo de recesión gingival. Revisión de la literatura. Universidad y Sociedad [Internet]. 29 de septiembre de 2021 [citado 12 Oct 2021]; 13 (S2): 26-30. Disponible en: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2279>
43. González Díaz ME, Toledo Pimentel B, Sarduy Bermúdez L, Morales Aguiar DR, de la Rosa Samper H, Veitía Cabarrocas F, et al. Compendio de Periodoncia. 2ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017.
44. Uzun BC, Ercan E, Tunali M. Effectiveness and predictability of titanium-prepared platelet-rich fibrin for the management of multiple gingival recessions. Clin Oral Investig [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 20]; 22 (3): 1345-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28990126>.
45. Eras Martínez JS. Autoinjerto de tejido conectivo libre en pacientes con recesión gingival Clase II [Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; abril de 2019 [citado 12 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/40417>
46. Cruz Morales R, Caballero López D, García Rodríguez I. Técnica bilaminar en el tratamiento de una recesión gingival Presentación de caso. Revista Nacional de Odontología [Internet]. 2018 [citado 21 Mar 2021]; 14 (27): 1–27. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=130856399&lang=es&site=ehost-live>.

47. Rovira Ortiz CJ, Tirado Amador LR, Camargo Moreno CJ. Tratamiento de recesión gingival con injerto conectivo subepitelial y colgajo desplazado coronal. *Revista Nacional de Odontología* [Internet]. 2017 May [citado 21 Mar 2021]; 13 (25): 1–17. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=124120473&lang=es&site=ehost-live>.
48. Vignoletti F, Lorenzo VignauR, Oteo Pérez A, Rodrigo Gómez D, Ortiz Vigón A. TRATAMIENTO DE RECESIONES RADICULARES CLASES (III). Resultados y técnicas quirúrgicas. *Gaceta dental* [Internet]. 2017 [citado 12 May 2021]; XXX: 153-161. Disponible en: <https://periocentrum.com/wp-content/uploads/2018/06/Vignoletti292.pdf>
49. Quispe De la Cruz JD. Frecuencia de sensibilidad dentinaria por recesión gingival en pacientes de 18 – 60 años, atendidos en la clínica del adulto de la Universidad Privada Norbert Wiener en el periodo setiembre-noviembre 2017 [Tesis]. Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 15 de febrero de 2019 [citado 12 May 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2780>
50. Estévez Echanique HE, Tanqueño Gualpa MA. Prevalencia de recesiones gingivales en dientes anteriores según la clasificación de Miller (1985) en pacientes mayores de 25 años que acuden a la clínica integral de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, período 2018. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2018 [citado 16 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/16157>
51. Callo Huarachi BA. Sensibilidad dentinaria y Recesión gingival en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa-Perú 2019 [Tesis]. Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2021 [citado 12 Ag 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/4872>
52. Rocha Abramovich A, Ferrus Cruz J. Tratamiento de recesiones múltiples localizadas: a propósito de un caso. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral* [Internet]. 2017 [citado 2 Ene 2021]; 19 (1). Disponible en: <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?>

53. Ji JJ, Li XD, Fan Q, Liu XJ, Yao S, Zhou Z, et al. Prevalence of gingival recession after orthodontic treatment of infraversion and open bite. *J Orofac Orthop* [Internet]. 2019 [cited 2021 May 23]; 80 (1): 1-8. DOI: 10.1007/s00056-018-0159-8
54. Guerrero Quezada MJ. Prevalencia de recesiones gingivales en el sector anterior del maxilar inferior asociada al fenotipo [Internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2020 [citado 12 Mar 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/48562>
55. Chiriboga Ayala AM. Prevalencia de las recesiones gingivales en pacientes atendidos en la Clínica de Diagnóstico en la Facultad Piloto de Odontología [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2020 [citado 9 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/48456>
56. Caicedo Sandoya MD. Fibrina rica en plaquetas como tratamiento de elección en recesiones gingivales [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2021 [citado 21 Mar 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/52069>
57. Mata Sánchez N, Jiménez Méndez C, Sánchez Mendieta K. Recesión gingival y su efecto en la hipersensibilidad dentinaria. *Revista ADM* [Internet]. 2018 [citado 21 Mar 2021]; 75 (6): 326-333. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/COMPLETOS/adm/2018/od186.pdf#page=30>.
58. Reyes E, Hildebolt C, Langenwalter E, Miley D. Abfractions and attachment loss in teeth with premature contacts in centric relation: clinical observations. *Journal of periodontology* [Internet]. 2009 [cited 2021 Jan 2]; 80 (12): 1955- 1962. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19961379/>
59. Chen ZY, Zhong JS, Ouyang XY, Zhou SY, Xie Y, Lou XZ. Gingival thickness assessment of gingival recession teeth. *Beijing Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 23]; 52 (2): 339-45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32306020>

60. Florett Cisneros JP. Recesión gingival y sensibilidad dentinaria en pacientes atendidos en el centro de salud 9 de octubre en el año 2017 [Tesis]. Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2017 [citado 20 Ene 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/5225>

61. Muy Saludable. Recesión de encías: qué es y algunos trucos para atenuarla [Internet]. 2017 [citado 26 Ene 2021]. Disponible en: <https://muysaludable.sanitas.es/salud/dental/recesion-encias-atenuarla/>

ANEXOS

ANEXO I: AVAL DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIONES

Por este medio, yo Presidente del Consejo Científico de Aguada de Pasajeros informo mi consentimiento para la realización de la investigación:

RECESIÓN PERIODONTAL, CARACTERIZACIÓN EN PACIENTES. CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE AGUADA DE PASAJEROS. 2018-2020 por la Dra. Beatriz Mejías Baró y tutorada por la Dra. Marietta Ibañez Viñet, Especialista de primer grado en Periodoncia, Msc en urgencias estomatológicas; una vez que se me ha explicado los objetivos y beneficios de la misma desde el punto de vista social y humano.

Por tal motivo firmo la presente como constancia de mi aceptación a los _____ días del mes de _____ del año _____.

ANEXO II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado

Por este medio, estamos solicitando a usted; su cooperación voluntaria para incluirlo dentro de la muestra que se seleccionará para la investigación que se desarrollará en la Clínica Estomatológica de Aguada de Pasajeros; cuyo propósito es estudiar los conocimientos sobre la salud bucodental.

Si acepta participar, tiene derecho a abandonar la investigación en el momento que estime conveniente. Si le surge alguna duda puede realizar las preguntas que necesite. Si ha comprobado lo anterior y está de acuerdo en participar, rogamos nos lo indique. Agradecemos su colaboración.

Declaración de Voluntariedad:

He comprendido el propósito de este estudio y acepto voluntariamente a participar como una de las personas del universo.

Firma del paciente

Fecha: _____

Firma del Investigador

Fecha: _____

ANEXO III: HOJA DE OBSERVACIÓN

Edad: -Menor de 18 años _____

-19-34 _____

-35-59 _____

Sexo: M _____

F _____

Color de la piel: Negro _____

Blanco _____

Nivel educacional: Primaria _____

Secundaria Básica _____

Técnico medio _____

Preuniversitario _____

Universitario _____

Factores etiológicos: Cepillado incorrecto _____

Inserciones frénicas patológicas _____

Inserciones musculares patológicas _____

Malposición dentaria _____

Uso inadecuado de aparatología protésica _____

Uso inadecuado de aparatología ortodónica _____

Onicofagia _____

Deglución atípica _____

Tabaquismo _____

Presencia de sarro y placa dentobacteriana _____

Restauraciones incorrectas _____

Secuela de enfermedad periodontal destructiva crónica _____

Falta de función de los dientes implicados por ausencia de antagonista _____

Bruxismo _____

Grupo de diente más afectado: Incisivos superiores _____

Incisivos inferiores _____

Caninos superiores _____

Caninos inferiores _____

Bicúspides superiores _____

Bicúspides inferiores _____

Molares superiores _____

Molares inferiores _____

Grado de recesión: Grado I _____

Grado II _____

Grado III _____

Grado IV _____

Caries radicular: Sí _____

No _____

Hiperestesia dentinaria: Sí _____

No _____

ANEXO IV: DISCUSIÓN DE GABINETE

Técnica participativa para utilizar preferiblemente con grupos de expertos.

Un grupo reducido de miembros capacitados discuten un problema importante hasta llegar a la mejor solución o acuerdo para una decisión.

Se prepara con tiempo (determinar el tema, redactar el informe final, preparar el local). Agotado el debate se redacta el acuerdo del gabinete. Puede realizarse en varias sesiones.

En el caso de la estrategia diseñada por el investigador, éste propuso su diseño, luego cada experto, desde su perspectiva de análisis, proponía o agregaba la sustitución de componentes, De esta forma se realizó una validación por estructura y contenido. De esta manera quedó perfeccionado el cuestionario a aplicar y la estrategia.

Se consideró por la investigadora como expertos a nivel municipal 2 especialistas de primer grado en Estomatología General Integral, 1 especialista de segundo grado en Estomatología General Integral, 3 especialistas en primer grado de MGI, 2 especialistas en Epidemiología, 1 Psicóloga, 1 Licenciada en enfermería, que valoraron conjuntamente la propuesta, con lo cual quedó perfeccionada y lista para su puesta en práctica.

ANEXO V: CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

El que suscribe: _____

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo en que nuestra institución participe en el proyecto de investigación titulado: Recesión periodontal, caracterización en pacientes. Clínica estomatológica de Aguada de Pasajeros. 2020-2022. Previa explicación recibida por parte de la Dra. Beatriz Mejías Baró autora del mismo.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con la autora a los _____ días del mes de ____ del _____

Firma del director de la institución

Firma del jefe del proyecto