



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Prevalencia de recesión gingival según la clasificación de Miller en pacientes con enfermedad periodontal de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca, Septiembre del 2016 a Mayo del 2018

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO
A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTOR: Avilés Beltrán, Daniel Fabián.

TUTOR: Naula Vicuña, Carlos Roberto, Od. Esp

Cuenca 2018

DECLARACIÓN

Yo, **Avilés Beltrán Daniel Fabián** declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

.....

Autor/a: Avilés Beltrán, Daniel Fabián.

C.I.: 0104230016

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “Prevalencia de recesión gingival según la clasificación de Miller en pacientes con enfermedad periodontal de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca, Septiembre del 2016 a Mayo del 2018”, realizado por **Avilés Beltrán Daniel Fabián** , ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, Julio 2018

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGICA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo

CORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN-CARRERA DE ODONTOLOGÍA

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado " **Prevalencia de recesión gingival según la clasificación de Miller en pacientes con enfermedad periodontal de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca, Septiembre del 2016 a Mayo del 2018** " realizado por **Avilés Beltrán Daniel Fabián**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de la investigación, sujetos para la aprobación de tesis.

Cuenca, Julio 2018

.....

Naula Vicuña, Carlos Roberto, Od. Esp

DEDICATORIA

A mis padres Fabián Avilés y Mirian Beltrán, a mis hermanos Eduardo, Paola y Andrea Avilés Beltrán, a mi enamorada María José Tapia, a mis amigos Daniel Galindo y Juan Amaya por siempre darme correctos y acertados consejos, por ser mi apoyo y parte fundamental de este difícil camino durante mi preparación pre profesional.

EPÍGRAFE

Dime y lo olvido, enséñame y lo recuerdo, involúcrame y lo aprendo.

Benjamin Franklin.

AGRADECIMIENTO

Primero a Dios por darme sabiduría y salud durante estos 5 años de preparación. A mi tutor de este proyecto de investigación el Od. Esp Carlos Naula por la paciencia, confianza, amistad y sobre todo sus conocimientos para realizar y culminar con éxito mi investigación.

A mi catedrático el Od. Esp. Ebingen Villavicencio por ser una guía importante en la correcta realización de mi tesis.

A mis catedráticos por ser los pilares del conocimiento en mi formación como profesional.

A las autoridades y coordinadores que hicieron posible la revisión y obtención de los datos necesarios para realizar esta importante investigación.

LISTA DE ABREVIATURAS

RG: Recesión gingival.

EP: Enfermedad periodontal.

UCACUE: Universidad Católica de Cuenca.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I	15
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	15
1.Planteamiento de la investigación.....	16
2.Justificación de la investigación.	16
3.OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo general	18
3.2. Objetivos específicos.....	18
4. MARCO TEÓRICO:.....	19
4.1 Bases teóricas	19
4.1.1 Concepto:	19
4.1.2 Clasificación:	19
4.1.2. a. Smith	19
4.1.2. b. Sullivan y Atkins.....	20
4.1.2. c. Miller.....	20
4.1.3 Epidemiología:	20
4.1.4 Mecanismos de defensa de la encía.....	21
4.1.4. a Líquido en el surco.....	21
4.1.5 Factores asociados a la recesión gingival.....	21
4.1.5. a Factores predisponentes	21
4.1.5. a.1 Anatómicos	21
4.1.5. a.2 Edad	23
4.1.5. b Factores desencadenantes	23
4.1.5. b.1 Inflamación por placa dentobacteriana y cálculo dental	23
4.1.5. b.2 Cepillado traumático	24
4.1.5. b.3 Movimientos ortodónticos no controlados.....	24
4.1.5. b.4 Piercings	24
4.1.5. b.5 Hábitos	24
4.1.6 Consecuencias	25
4.1.7 Tratamientos	25
4.1.7 .a Tratamiento no quirúrgico	25
4.1.7. b Tratamiento quirúrgico	26
4.1.7. b.1 Técnicas sin uso de injertos	26
4.1.7. b.2 Técnicas con uso de injertos.....	26
4.1.8 Pronóstico.....	27
4.2Antecedentes de la investigación.....	28
5. HIPÓTESIS.....	31
CAPÍTULO II	32
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	32
1. Marco metodológico.....	33

2. Población y muestra:.....	33
3. Operacionalización de variables.....	34
4. Instrumentos, materiales y recursos para la toma de datos.....	35
4.1 Instrumentos documentales:.....	35
4.3 Materiales:	35
5. Procedimientos para la toma de datos.....	35
5.1 Ubicación espacial	35
5.2 Ubicación temporal	35
5.3 Procedimiento para la toma de datos	35
6. Plan de análisis de datos.	35
7. Aspectos bioéticos.....	36
CAPÍTULO III	37
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	37
1. RESULTADOS	38
2. DISCUSIÓN.....	44
3. CONCLUSIONES:.....	47
BIBLIOGRAFÍA:.....	48
ANEXOS	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Gráfico No1.- Prevalencia de recesión gingival en pacientes con E.P.....	38
Tabla No 1.- Relación del sexo con la prevalencia de RG.....	39
Tabla No 2.- Relación del rango de edad con la prevalencia de RG.....	40
Gráfico No 2.- Prevalencia de RG de acuerdo a la arcada superior e inferior.....	41
Gráfico No 3.- Frecuencia de RG de acuerdo a la hemiarcada.....	42
Gráfico No 4.- Porcentajes de piezas dentales que presenta y no RG.....	43

RESUMEN

OBJETIVO: El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de recesión gingival en pacientes con enfermedad periodontal que asistieron a consulta en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca en el periodo Septiembre del 2016 a Mayo del 2018. La población estuvo constituida con la evaluación de 384 periodontogramas considerando pacientes con enfermedad periodontal de ambos sexos con edad entre 18 y 78 años. **MATERIALES Y METODOS:** la metodología aplicada en la presente investigación fue con un enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo y con un tipo de investigación de corte transversal, retrospectivo, de campo y observacional. **RESULTADOS:** Los resultados obtenidos fueron una prevalencia con mayor porcentaje de pacientes que presentan recesión en relación a los que no presentan. En cuanto al sexo se obtuvo que no tiene diferencia significativa de afección. Dentro del rango de edad se obtuvo que las personas con enfermedad periodontal entre la edad de 18 a 45 años presentan mucho más riesgo a desarrollar recesión gingival. En 2894 piezas dentales que presentaron recesión gingival el mayor porcentaje se encuentra en la arcada inferior, dentro de la cual la hemiarcada inferior izquierda es la más afectada. La pieza más afectada a presentar esta alteración se determinó que es el incisivo lateral inferior izquierdo. **CONCLUSIONES:** Se obtuvo una prevalencia de un 71% de pacientes con enfermedad periodontal que presentan recesión gingival. En cuanto al sexo no existe una predilección significativa de recesión gingival entre el masculino o femenino. El rango de edad con mayor cantidad de casos de recesión gingival es el de adultos jóvenes de 18-45 años. La arcada con mayor predisposición a presentar recesión gingival es la arcada inferior con el 61% de los casos presentes en la investigación. La hemiarcada con mayor riesgo a presentar recesión gingival se determinó que es la hemiarcada inferior izquierda representada por el cuadrante 3. La pieza dental más afectada es el incisivo lateral inferior izquierdo representada por la numeración 3.2.

PALABRAS CLAVE: Recesión gingival, prevalencia, factores asociado.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The purpose of this study was to determine the prevalence of recession in patients with periodontal disease who attended consultation at the Dental Clinic of the Catholic University of Cuenca from September 2016 to May 2018. The population was constituted with the evaluation of 384 periodontograms considering patients with periodontal disease of both sexes with age between 18 and 78 years. **MATERIALS AND METHODS:** the methodology applied in the present investigation was with a quantitative approach, with a descriptive design and with a cross-sectional, retrospective, field and observational type of research. **RESULTS:** The results obtained were a prevalence with a higher percentage of patients presenting recession in relation to those who do not. Regarding sex, it was obtained that there is no significant difference in the condition. Within the age range it was obtained that people with periodontal disease between the age of 18 to 45 years have much more risk to develop gingival recession. In 2894 teeth that presented gingival recession, the highest percentage is found in the lower arch, within which the lower left hemiarcade is the most affected. The most affected piece to present this alteration was determined to be the left lower lateral incisor. **CONCLUSIONS:** A prevalence of 71% of patients with periodontal disease presenting gingival recession was obtained. Regarding sex, there is no significant predilection for gingival recession between the male or female. The age range with the highest number of cases of gingival recession is that of young adults aged 18-45 years. The arch with the greatest predisposition to present gingival recession is the lower arch with 61% of the cases present in the investigation. The hemiarcade with greater risk of presenting gingival recession was determined to be the lower left hemiarcade represented by quadrant 3. The most affected tooth is the lower left lateral incisor represented by the numbering 3.2.

KEY WORDS: Gingival recession, prevalence, associated factors.

INTRODUCCIÓN

La recesión gingival se define como un hallazgo clínico, el cual consta la migración de la encía marginal en sentido apical, en relación al límite amelocementario dejando expuesto el cemento radicular, al medio bucal, destruyendo los tejidos gingivales y la unión conectiva epitelial de uno o más miembros marginales. Su etiología no tiene causa específica por lo que se determina que es multifactorial y está sometida a una serie de factores para su desarrollo. El avance de esta problemática causa sensibilidad, así como también el desarrollo rápido de caries radicular. Las causas más relevantes que se asocian son: placa bacteriana, cepillado traumático, mal uso de aparatos ortodónticos, aretes o piercings ^(1, 2, 3, 4, 5).

Existen varias alternativas de tratamientos pero para determinar el más adecuado es fundamental descubrir su etiología ⁽¹⁴⁾.

La bibliografía nos permite conocer varias clasificaciones entre las que se encuentra la de Sullivan y Atkins, Smith y siendo la más aceptada y utilizada la de Miller el cual la va a clasificar en cuatro tipos dependiendo de su avance y configuración periodontal destructiva ⁽¹⁾.

En diferentes estudios sobre su prevalencia se marca su importancia, ya que afecta a la estética del paciente, y presentan síntoma marcado de hipersensibilidad y por consiguiente el malestar de la persona influyendo en su calidad de vida y en el bienestar del mismo ⁽¹⁷⁾.

El presente estudio tiene como fin, realizar un correcto diagnóstico para poder determinar la prevalencia de recesión gingival en pacientes que presentan enfermedad periodontal, que asisten a consulta odontológica en la clínica de la Universidad Católica de Cuenca en el periodo Septiembre del 2016 a Mayo del 2018.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Planteamiento de la investigación.

La recesión gingival en pacientes con enfermedad periodontal que asistieron a consulta odontológica en la Universidad Católica de Cuenca, en la actualidad se presentó como un problema tanto estético y funcional por esto se debe considerar su importancia ya que su desarrollo puede llevar a la pérdida de piezas dentales. Y de manera especial en aquellos pacientes con enfermedad periodontal que no tienen una buena orientación y desconocen de su salud bucal debido a diferentes variables que pueden influir en su excesiva o pobre higiene bucal.

Con esta investigación se intentó determinar la prevalencia de recesión gingival en pacientes con enfermedad periodontal en el período Septiembre 2016 y Mayo del 2018 para evaluar su riesgo.

La pregunta más importante de esta investigación fue ¿Cuánto es el porcentaje de pacientes que presenta recesión gingival según la clasificación de Miller en pacientes que presentan enfermedad periodontal, que asisten a consulta odontológica en la clínica de la Universidad Católica de Cuenca en el período Septiembre 2016 y Mayo del 2018?

2. Justificación de la investigación.

El enfoque de esta investigación, considerando la **relevancia humana** está dirigido principalmente a pacientes con enfermedad periodontal, que presentan recesión gingival de nivel socioeconómico medio y bajo que son de alguna manera los pacientes que más asisten a consulta odontológica en Clínica de la Universidad Católica de Cuenca. Para posteriormente realizar campañas sobre salud dental las cuales ayudarán a los pacientes a mejorar sus hábitos de higiene bucal y evitar la enfermedad periodontal o la pérdida prematura de piezas dentales.

La **relevancia científica** de este proyecto permitirá conocer la prevalencia de recesión gingival, mediante el conocimiento de un sondaje adecuado y la correcta realización del periodontograma en la ficha clínica, para luego realizar cuadros estadísticos comparativos los cuales también servirán para realizar futuras investigaciones a nivel local y nacional.

La **relevancia social** es amplia ya que en nuestro medio, la mayor parte de pacientes desconocen sobre la enfermedad periodontal, más aún sobre la recesión gingival y por ende su salud bucal es deficiente, lo que conlleva a una serie de patologías orales

siendo el principal síntoma el dolor o sensibilidad afectando directamente la calidad de vida.

Para poder realizar esta investigación, se coordinó con los especialistas del área de periodoncia de la Universidad Católica de Cuenca, guiando al estudiante para el adecuado llenado de la ficha periodontal que será la base para nuestra investigación.

El presente estudio es original a nivel local centrado en la Universidad Católica de Cuenca la cual carece de investigación sobre recesión gingival en los últimos años en donde es oportuno examinar a los pacientes con enfermedad periodontal y determinar su prevalencia.

Para garantizar la viabilidad del estudio se coordinó con las autoridades institucionales de la Unidad Académica de Salud y Bienestar, con la dirección y departamento de investigación de la Facultad de odontología de la UCACUE.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de recesión gingival en pacientes con enfermedad periodontal que asistieron a consulta en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca en el periodo Septiembre del 2016 a Mayo del 2018.

3.2. Objetivos específicos

Analizar la prevalencia de recesión gingival de acuerdo al sexo en pacientes con enfermedad periodontal que acudieron a consulta en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca.

Evaluar el rango de edad con mayor predisposición a presentar recesión gingival en pacientes con enfermedad periodontal que acudieron a consulta en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca.

Conocer la arcada más predisponente a presentar recesión gingival en pacientes con enfermedad periodontal que acudieron a consulta en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca.

Determinar la hemiarcada con mayor prevalencia a presentar recesión gingival en pacientes con enfermedad periodontal que acudieron a consulta en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca.

Identificar la pieza dental que presenta recesión gingival con mayor frecuencia en pacientes con enfermedad periodontal que acudieron a consulta en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca.

4. MARCO TEÓRICO:

4.1 Bases teóricas

4.1.1 Concepto:

La recesión gingival no es una enfermedad, sino una alteración o consecuencia debido a causas multifactoriales, en el cual consta de un desplazamiento del margen gingival en sentido apical desde la unión amelocementaria, provocando la exposición de la superficie radicular al medio bucal. También se la denomina retracción del tejido marginal o retracción gingival. Esta alteración puede ser localizada o generalizada y puede estar asociada con una o más superficies. Quien padece esto puede presentar molestias tanto estéticas como también de hipersensibilidad dentinaria, dificultando la remoción de placa bacteriana favoreciendo la formación de cálculo y comprometiendo la permanencia de la pieza dentaria ^(1, 2, 3, 4,17).

Los factores más relevantes a considerarse para el desarrollo de esta alteración, es el cepillado realizado en forma traumática, la periodontitis la cual causa pérdida de inserción en sus estados más avanzados y la edad que se determina como un factor fisiológico en relación a la recesión de los tejidos marginales. El cepillado realizado en forma traumática tiene responsabilidad en las retracciones de las caras vestibulares produciendo un aspecto antiestético, y la inflamación por placa se lo asocia a retracciones de las diferentes caras de la pieza dental desarrollando caries en la zona afectada ^(2, 3, 4, 10).

También se lo relaciona a otros factores como: posicionamiento dental inadecuado, inserción alta de frenillos labiales, dehiscencia del hueso alveolar, tejido gingival con poco espesor y factores iatrogénicos relacionados con procedimientos protésicos, piercings restauradores o asociados a aditamentos de uso ortodóntico ^(2, 3, 10).

4.1.2 Clasificación:

Existen varios tipos de clasificaciones como:

4.1.2. a. Smith: En el cual es codificada por 2 dígitos separados por un guión y prefijada la letra F o L determinando su lugar ya sea facial o lingual y si existe implicación de la unión mucogingival se coloca un asterisco. El primer dígito será el componente horizontal y va de 0 a 5, el segundo dígito será el componente vertical y va de 0 a 9 ⁽¹⁾.

4.1.2. b. Sullivan y Atkins: En la cual determinó 4 categorías que son: superficiales-estrechas, superficiales-anchas, profundas-estrechas y profundas-anchas ⁽¹⁾.

4.1.2. c. Miller: Es la clasificación más utilizada y reconocida, se propuso en 1985, y describe 4 tipos distintos tomando en cuenta la altura del tejido blando y duro en las zonas interproximales de los dientes afectados dividiéndolos en: ⁽¹⁾.

Tipo I: Desplazamiento apical de los tejidos marginales que no alcanza la línea mucogingival, sin pérdida de inserción en la zona interproximal ^(1, 3, 10, 13).

Tipo II: Recesión de los tejidos marginales que puede o no alcanzar la línea mucogingival, sin pérdida de inserción en la zona interproximal ^(1, 3, 10, 13).

Tipo III: Recesión gingival que se extiende o sobrepasa la línea mucogingival con pérdida de soporte interproximal apical a la línea amelocementaria pero coronal a la extensión más apical a la recesión o con mal posición dentaria ^(1, 3, 10, 13).

Tipo IV: Recesión gingival que se extiende o sobrepasa la línea mucogingival con pérdida de soporte interproximal que se extiende hasta el nivel más apical de la recesión ^(1, 3, 10, 13).

4.1.3 Epidemiología:

La retracción gingival es un problema que afecta a diferentes poblaciones, y sobre todo a individuos que no tienen un buen patrón de higiene oral, ya sea por desconocimiento o despreocupación en cuanto a sus revisiones periódicas con un especialista y se los asocian a retracciones en todas las caras de las piezas dentales ya sean libres o interproximales. Sin embargo individuos que si tengan un buen patrón de higiene y visitas periódicas con un especialista también están propensos a presentar esta problemática, afectando a una sola cara de la pieza dental ^(3, 14).

Independientemente de las diferentes poblaciones afectadas la incidencia de recesión parece aumentar con la edad que de acuerdo con Serino la retracción gingival afecta en un 44% a personas de 19-44 años, 78% en individuos de edad entre 30-41 años, un 93% de los individuos de 42-53 años y 98% en individuos de 55-65 años, definiendo que las personas de 55 años en adelante tienen al menos una recesión gingival. Esta incidencia corroboraron Susin en el 2004 y Medina et.al en el 2009 ^(3, 10, 13).

En cuanto a las piezas dentales más afectadas se indicó que los premolares y molares son las más afectadas. En cuanto al sexo se determinó que los hombres presentan retracción gingival más frecuentemente que las mujeres ^(3, 10).

4.1.4 Mecanismos de defensa de la encía:

4.1.4. a Líquido en el surco: También denominado líquido gingival-crevicular, el cual es un exudado que está presente en la inflamación gingival. Su cantidad va aumentar según la severidad de la inflamación. Cabe destacar que este líquido también puede aumentar por diferentes variantes como: la masticación de alimentos grandes, cepillado, masaje gingival, ovulación, anticonceptivos, tabaquismo, periodicidad circadiana y terapia periodontal ⁽¹⁰⁾.

La alteración de este importante componente va a ser un factor de riesgo, que combinados con otros van a ser determinantes para el desarrollo de una recesión gingival ⁽¹⁰⁾.

4.1.5 Factores asociados a la recesión gingival.

4.1.5. a Factores predisponentes:

Estos factores son de naturaleza endógena, haciendo referencia a la idiosincrasia del individuo, determinado por el aspecto biológico y psicológico del mismo ⁽³⁾.

4.1.5. a.1 Anatómicos:

4.1.5. a.1.1 Biotipo periodontal:

Se pretende evaluar el grosor de la encía en relación a la cortical ósea en el cual Cook en 2011 realizó un estudio en el cual comparo el biotipo periodontal con la cortical, siendo la tendencia que el biotipo grueso tenía cortical grueso y cresta alveolar más cerca de la unión amelocementaria ^(7, 12).

La determinación del biotipo es fundamental para predecir su comportamiento ante tratamientos protésicos, quirúrgicos y ortodónticos. Siendo el biotipo fino o festoneado el más predisponente a presentar recesión en cualquier de los tratamientos de los ya mencionados ^(7, 12).

Los defectos gingivales, producen una alteración de anatomía normal de la zona lo que suele estar acompañado de la función y de la posibilidad del paciente de mantener

su salud a largo plazo por lo que es fundamental determinar el biotipo que el individuo posee para la aplicación de un tratamiento guiado y adecuado ^(7, 12).

4.1.5. a.1.1.1 Biotipo fino o festoneado:

Diente con forma de tendencia triangular.

Festoneado gingival pronunciado, marcado hacia apical.

Papilas alargadas.

Encía fina, permite muchas veces de los contornos dentarios.

Punto de contacto alto ⁽¹²⁾.

4.1.5. a.1.1.2 Biotipo grueso o plano:

Dientes con forma de tendencia cuadrangular.

Festoneado gingival con tendencia a la línea recta.

Papilas cortas encía gruesa ⁽¹²⁾.

4.1.5. a.1.2 Mal posición dentaria (apiñamiento):

La alineación irregular de las piezas dentarias puede dificultar el control de placa, contribuyendo su acumulación siendo el factor más relevante en el desarrollo de recesión ^(3, 10).

4.1.5. a.1.3 Dehiscencias Óseas:

Se la puede definir como una falta de lámina osea tanto en la superficie vestibular como palatina o lingual. Kassab y Cohen (2003) demostraron la relación que tiene las dehiscencias con la recesión gingival presentando menos resistencia al desplazamiento apical del margen gingival ^(3, 10).

4.1.5 a.1.4 Inserción alta de frenillos:

Se lo asocia a factores anatómicos, ya que se debe tener en consideración si la inserción del frenillo está demasiado cerca del margen gingival, lo que puede favorecer la acumulación de placa bacteriana, que es un signo patognomónico para que pueda

causar recesión, pero no hay estudios considerables que demuestren lo ya enunciado⁽³⁾.

4.1.5. a.2 Edad:

Junto con la placa dentobacteriana y cálculo dental se asocia a la edad como otro factor de los más relevantes a considerar, para que cause una recesión gingival, conforme la edad del individuo avanza y acompañado de otros factores como: traumas oclusales, fuerzas directas aplicadas a la pieza dental, así como también abrasiones causadas por objetos extraños o mal cepillado dental⁽¹⁰⁾.

En conclusión la acumulación de varios factores a largo tiempo traerá la ocurrencia de esta alteración⁽¹⁰⁾.

Este enunciado se apoya en estudios como los que realizó Serino al mencionar que la retracción gingival afecta en un 44% a personas de 19-44 años, 78% en individuos de edad entre 30-41 años, un 93% de los individuos de 42-53 años y 98% en individuos de 55-65 años, definiendo que las personas de 55 años en adelante tienen al menos una recesión gingival. Esta incidencia corroboraron Susin en el 2004 y Medina et.al en el 2009^(3, 10).

4.1.5. b Factores desencadenantes:

Estos factores son aquellos que van a precipitar los hechos, van a ser aquellos que van a causantes de algo⁽³⁾.

4.1.5. b.1 Inflamación por placa dentobacteriana y cálculo dental:

La placa bacteriana es definida como la principal causa de inflamación gingival. La mineralización de esta placa bacteriana se la define como cálculo, que se puede formar en las superficies de dientes naturales y prótesis dentales. Esta puede ser supra o subgingival así como también localizada o generalizada, se presenta con mayor frecuencia en las superficies linguales de los incisivos inferiores y en la superficie vestibular de los molares superiores. Su color puede estar determinado por el contacto de con sustancias como el tabaco y pigmentos alimenticios⁽¹⁰⁾.

La acumulación tanto de la placa como cálculo es un factor que favorece la producción de recesiones en personas con deficiente higiene oral, como lo demuestran estudios

como Baelum y cols (1986, 1987), Anerud y cols (1991). Además remarcan que esto se da con mayor frecuencia en adultos mayores ^(4, 10).

Su acumulación se asocia restauraciones desbordantes o prótesis removibles mal adaptadas, entre otras ⁽¹⁰⁾.

4.1.5. b.2 Cepillado traumático:

Se los determina como movimientos manuales mal realizados de forma agresiva, asociados a la consistencia de las cerdas del cepillo dental, tipo de dentífrico o a la fuerza que se aplica al realizar el mismo produciendo laceraciones, heridas o abrasiones gingivales ⁽³⁾.

Este cepillado traumático puede ser agudo o crónico, que va desde rayones en la superficie epitelial hasta la pérdida de tejido conectivo con formación de una úlcera gingival dolorosa ⁽³⁾.

4.1.5. b.3 Movimientos ortodónticos no controlados:

Estos movimientos pueden afectar el periodonto al favorecer la retención de placa, por una lesión directa a la encía como resultado de la creación de fuerzas excesivas y no controladas sobre la pieza dental y las estructuras de soporte ⁽⁸⁾.

Los movimientos ortodónticos mal controlados producen necrosis del ligamento periodontal y del hueso alveolar adyacente ⁽⁸⁾.

4.1.5. b.4 Piercings:

La colocación de estos se ha vuelto más frecuente en la actualidad en los adolescentes y adultos jóvenes presentando una edad media de 22 años. Los cuales presentan recesión lingual con formación de bolsas en más del 50% de pacientes examinados. Otro estudio que comprueba lo antes mencionado es el de Monteverde y Pérez (2008) demostraron que el 79.2% de personas que tienen piercing presenta recesión gingival. Una vez que se ha demostrado su relación se determina su importancia de informar los riesgos de usar estos objetos en la cavidad oral ⁽⁹⁾.

4.1.5. b.5 Hábitos:

Son hábitos dañinos, autoinflingidas producidos por el individuo por el uso inapropiado de cepillo de dientes, palillos, presión contra la encía con la uña,

quemaduras con alimentos y otros generan formas de traumas mecánicos produciendo recesión ⁽¹⁰⁾.

4.1.6 Consecuencias:

Perdida del soporte periodontal principalmente en las clase III y IV llevando a un mal pronóstico de la pieza dental ^(11, 14).

Exposición de la superficie radicular a la cavidad oral, por lo que va a ser una área con alta susceptibilidad a caries ya que su estructura desprovista de esmalte no presenta resistencia al desarrollo de esta patología produciendo un desgaste radicular ^(11, 14).

Molestia en el paciente por la hipersensibilidad dental, por la exposición de los túbulos dentinarios estando sujeta a diferentes variaciones térmicas ^(11, 14).

Dificultad de higienización la cual va a estar relacionada con la hipersensibilidad, llevando al individuo a descuidar su higiene en el área afectada y por consiguiente aumentar el acumulo de placa bacteriana desencadenando una inflamación gingival, posterior a esto enfermedad periodontal ^(11, 14).

Estética comprometida sobre todo en el sector anterior, alterando una sonrisa agradable ^(11, 14).

Atrición, abrasión, erosión y abfracciones ^(11, 14).

4.1.7 Tratamientos:

El enfoque del tratamiento se basa en el estado que se encuentra el paciente, las piezas dentales comprometidas y la evaluación sobre los factores que incidieron en el desarrollo de la recesión determinando su etiología o causa mediante los cuales se escogerá el tratamiento más adecuado ⁽¹⁵⁾.

4.1.7 .a Tratamiento no quirúrgico:

Una vez identificados los factores etiológicos y eliminados se procede a proporcionar al paciente nuevos aditamentos de higiene oral así como una correcta técnica de cepillado dental, dependiendo la evaluación clínica de cada paciente. Se requiere que se brinde una motivación adecuada al mismo para obtener su compromiso y cambiar los hábitos diarios y visitas regulares al especialista ^(15, 16).

En caso de pérdida de estructura dentaria a nivel cervical se recomienda utilizar ionómero de vidrio de restauración, como en la bibliografía nos aconseja algunas marcas comerciales como: vitremer, ketac y advance ⁽¹⁵⁾.

4.1.7. b Tratamiento quirúrgico:

4.1.7. b.1 Técnicas sin uso de injertos:

Consiste en el uso de tejido adyacente, para lograr la cobertura de la superficie expuesta ^(15, 16, 17).

4.1.7. b.1.1 Con desplazamiento lateral: Se cubre el área radicular con un colgajo pediculado de espesor total. Las áreas adyacentes debes estar edéntulas, y se debe presentar una ancha encía insertada en los mismos ^(15, 16, 17).

4.1.7. b.1.2 Con desplazamiento coronal- colgajo semilunar: Consta de desplazar coronariamente una franja de tejido queratinizado que se encuentra apical a la pieza afectada. Está indicada en la clase I de Miller ^(15, 16, 17).

4.1.7. b.1.3 Con desplazamiento coronal- colgajo coronal: Recoloca tejido blando coronalmente, y es necesario un biotipo periodontal grueso ^(15, 16, 17).

4.1.7. b.2 Técnicas con uso de injertos: Se ha descrito su uso con éxito, describiendo con el mejor resultado el de injerto de tejido conectivo o conjuntivo ^(15, 16, 17).

4.1.7. b.2.1 Injerto de tejido conectivo: Esta técnica fue descrita por Langer y Langer en 1985, obteniendo muy buenos resultados como el color va a ser idéntico al del epitelio adyacente y se va a poder cubrir varias piezas afectadas a la vez. El injerto se lo obtiene mayormente de una incisión en el paladar (mesial del primer molar y el inicio de las rugas palatinas), zonas edéntulas o retromolares ^(15, 16, 17).

4.1.7. b.2.2 Injertos alodermas: Estos son materiales que pueden ayudar al clínico a la corrección de esta alteración por medio de aloinjertos, obtenidos de donantes de la misma especie. Además de estos existe un sustituto de origen no cadavérico de origen porcino ^(15, 16, 17).

4.1.8 Pronóstico.

Un factor determinante para valorar el pronóstico de una técnica de cobertura radicular es la posición en el que se encuentra el tejido interproximal, de forma que, si se observa pérdida de altura de las papilas interdientarias en el diente a tratar, nunca se podrá conseguir una cobertura radicular completa ⁽¹⁷⁾.

El pronóstico es favorable en las recesiones tipo I y II realizando un recubrimiento completo caso contrario en las recesiones tipo III y IV teniendo un pronóstico dudoso ⁽¹⁷⁾.

4.2 Antecedentes de la investigación.

En el artículo de revista científica denominado Recesión gingival. Diagnóstico y tratamiento con sus autores García-Rubio A, Bujaldon-Daza A, Rodriguez-Archilla A. mencionan un estudio realizado por Albandar y Kingman, que realizaron un estudio sobre prevalencia de recesión gingival. Con una muestra de 9.689 individuos demostrando que la prevalencia de la recesión de un milímetro o más era del 58% en los individuos de treinta años o más y aumentaba con la edad. Así como también que este problema se presentaba con mayor frecuencia en los hombres afroamericanos que en mujeres y otros grupos étnicos ⁽¹⁾.

En el artículo de revista científica denominado Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. Con su autor Ardilla-Medina C. Describió diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento de las recesiones gingivales obteniendo un resultado del 95,5 % si su dimensión correspondía a menos de 3 mm, del 80,6% si las retracciones se encontraban entre 3 y 5 mm y del 76,6% si eran mayores a 5 mm. En otro estudio Miller comprobó el éxito pero en combinación con ácido cítrico encontró 100% de cubrimiento radicular en recesiones Clase I y 88% en defectos clase II ⁽³⁾.

En el artículo de revista científica denominado Factores precipitantes en el desarrollo de recesión gingival. Con sus autores Segovia-Carreño R, Salazar-V C, Paz-Gudiño M. analizaron la relevancia de diferentes factores que causen recesión gingival como la acción de la placa bacteriana, cálculo dental, consistencia de las cerdas del cepillo dental, movimientos manuales rutinarios al cepillarse, edad y sexo en el desarrollo de recesión gingival. Se realizó este estudio con una muestra no probabilística de 150 pacientes atendidos en el Servicio Médico Odontológico de la Universidad del Zulia, ambos sexos y edades entre 18 y 67 años; diagnosticándose recesión gingival en el 83.37% de los integrantes de la muestra. La recesión gingival ocurrió, fundamentalmente, en la cara vestibular de los premolares y caninos inferiores y segundo premolar inferior derecho. El segundo premolar inferior izquierdo y el primer premolar inferior izquierdo, fueron los dientes más afectados esta problemática. El incremento de la edad significó aumento del número de casos con recesión generalizada y disminución de los casos de recesión localizada y también se detectó que son las personas mayores de 27 años las más propensas al uso de cepillos

dentales con cerdas duras lo que podría estar asociado a la aparición de recesión gingival y su desarrollo ⁽⁴⁾.

En el artículo de revista científica llamado Recesión gingival y tratamiento de ortodoncia. Con sus autores Injante-Ormeño P, Tuesta-Da Cruz O, Estrada M, Liñan-Duran M. Describió un caso a una paciente de sexo femenino de 13 años de edad que al examen clínico presenta recesión gingival a nivel de las piezas 31 y 41, y apiñamiento dentario. El tratamiento quirúrgico consistió en un injerto de encía libre para aumentar la encía queratinizada y aumento de fondo de surco vestibular antes de iniciar el tratamiento de ortodoncia. De esta manera se aseguró su prevención y control de recesiones gingivales para así brindar un pronóstico positivo en un tratamiento de ortodoncia y marcando la importancia de un tratamiento interdisciplinario entre periodoncia y ortodoncia ⁽⁵⁾.

En el artículo de revista científica con el nombre de Recesión gingival de incisivos inferiores en adolescentes, su asociación con factores de riesgo. Con sus autores Bracho-De Peña R, Hernández-Vicuña N, Ejalde L, Zambrano-De Ceballos O, Paz-De Gudiño M, Contreras-Torrealba J. Realizaron un estudio que estuvo conformada por 398 estudiantes de ambos sexos, matriculados en las unidades educativas públicas de la zona nor-oeste de Maracaibo, Venezuela, seleccionados mediante procedimientos de muestreo aleatorio, sistemático. Mediante una correcta anamnesis se pudo determinar los factores de riesgo asociados. Se aplicó Índice de Recesión Gingival de Roger Smith (1997). La prevalencia fue de 3.0% y la distribución por sexo fue de 1 mujer por cada 2 hombres. La severidad de la Recesión Gingival Vestibular se presentó en fase de inicio en la mayoría de los casos positivos con una exposición horizontal entre 10-25%, mientras que la exposición vertical se registró en los dígitos 2-8 ⁽⁶⁾.

En el artículo de revista científica llamado El biotipo periodontal como factor influyente en recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la Clínica de Posgrado de la UNMSM, Lima-Perú. Con sus autores García-Linares S, Cayturo-Soto C, Gutiérrez-Llave M, Medina-Calderón K, Orrego-Carrillo G. obtuvieron resultados los cuales los individuos de 45 años a más, tienen un mayor riesgo a presentar recesión gingival, siendo más frecuente el sector posterior. La prevalencia que se obtuvo en el estudio fue: 46% en sector antero inferior, 18% en el sector anterosuperior, 30% en el sector posterosuperior y 46% en el sector posteroinferior. En la totalidad de los casos excepto dos pacientes la recesión presente fue Clase I de Miller. Como se demostró el lugar con mayor predisposición a presentar recesión gingival corresponde al lugar

posteroinferior, y siendo el género masculino el más prevalente. Al evaluar la relación de la recesión gingival con el biotipo periodontal se comprobó su relación con el biotipo fino ⁽⁷⁾.

En el artículo de revista científica denominado Prevención y manejo de las recesiones gingivales en el paciente sometido a tratamiento de ortodoncia. En el que sus autores Arias-Romero J, Fernández-Gonzales L, Simoneau-Errando mencionan que la aparición de recesiones gingivales durante el tratamiento de ortodoncia es reducida siempre y cuando la inflamación esté controlada, la presencia de esta complicación puede ser interpretada por el paciente como un fracaso del tratamiento. En cada paciente, se debe evaluar los factores predisponentes y desencadenantes de las recesiones gingivales a los que se asocia y en lo posible mantenerlos controlados en la medida de lo posible, durante el tratamiento de ortodoncia. Se observaron buenos resultados a los injertos de tejidos blandos ante la presencia de esta alteración ya sea o no por el tratamiento ortodóntico ⁽⁸⁾.

En el artículo de revista científica denominado Piercing y Condición de Higiene Bucal como Factores de Riesgo de Recesión Gingival. Con sus autores, Monteverde C, Zuled-Perez M. realizaron una investigación constituida por 1600 alumnos y la muestra 94 estudiantes, de ambos sexos. Se usó la observación directa y se diseñó una ficha de recolección de datos. Para la medición de recesión gingival se utilizó sonda periodontal. La evaluación de la condición de higiene bucal a través del índice de higiene oral (O' Leary). La prevalencia de recesión gingival de la muestra fue 49%, 25% de los adolescentes usaba piercing bucal y 79,16% de éstos, presentaron recesión gingival. Según el índice que se aplicó para el control de placa se demostró que los adolescentes estaban frente a un máximo de presencia de placa dental. Se determinó que el uso de piercing o arete bucal asociado a una higiene bucal inadecuada, aumenta la prevalencia de recesión gingival ⁽⁹⁾.

En el libro de Periodontología clínica de Carranza. Con sus autores, Newman M, Takei H, Klokkevold P, Carranza F. Serino menciona que la retracción gingival afecta en un 44% a personas de 19-44 años, 78% en individuos de edad entre 30-41 años, un 93% de los individuos de 42-53 años y 98% en individuos de 55-65 años, definiendo que las personas de 55 años en adelante tienen al menos una recesión gingival. Esta incidencia corroboraron Susin en el 2004 y Medina et.al en el 2009 ⁽¹⁰⁾.

En el libro de Periodontología clínica e implantología odontológica. Los autores como Lang N y Lindhe. Nombran a Susin que en el 2004 y Medina et.al en el 2009

comprobaron una incidencia de recesión gingival en un 98% en individuos de 55-65 años ⁽¹³⁾.

En la tesis de grado denominada "Prevalencia de recesión gingival y factores asociados en estudiantes entre 18 y 25 años de la facultad de odontología de la universidad de cuenca, 2015-2016". Con sus autores, Brito-Chicaiza C, Pesantez-Chacón D. evaluaron una muestra de 131 estudiantes de 18-25 años de edad, seleccionados aleatoriamente. En el que se pudo determinar una prevalencia de recesión gingival de un 64.1%, y en cuanto al sexo una proporción de 1-1. Y siendo el tipo I de la clasificación de Miller la más frecuente ⁽¹⁸⁾.

En la tesis de grado denominada "Prevalencia y distribución de la recesión gingival vestibular en adultos chilenos de 35 – 44 años". Con sus autores, Fernández-Lorca M, López-Valenzuela C. llevaron a cabo un estudio que consto de una muestra de 703 periodontogramas evaluados. Se obtuvo una prevalencia de recesión gingival del 93.5%, siendo los primeros molares superiores las piezas dentales más afectadas y sin presentar diferencias estadísticas en cuanto a género ⁽¹⁹⁾.

En el artículo de revista llamado "Prevalencia de las Recesiones Gingivales según Miller en los pacientes que asisten a la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el segundo trimestre del año 2012". Con sus autores, Burgos A, Urdaneta F, Velásquez F. obtuvieron una prevalencia de recesión gingival del total de la muestra fue de 61%, con un total de 178 unidades dentarias afectadas, de ellas un 48% presentó recesión gingival clase I de Miller, 39% clase II, 13% clase III y 1% IV. El tipo de unidad dentaria más afectada fueron los premolares con un 36%, molares 31%, incisivos 19% y caninos en un 14%. Se concluyó que existió una prevalencia significativa de recesión gingival en las personas de sexo femenino, en el grupo etario de 18-39 años, y en cuanto a factores etiológicos, la inflamación gingival estuvo asociada con el aumento en la frecuencia de la recesión gingival en un 67% y la malposición dentaria en 40% ⁽²¹⁾.

5 HIPÓTESIS

El presente estudio no preciso hipótesis por ser un estudio descriptivo.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Marco metodológico.

Enfoque: Cuantitativo ⁽²²⁾.

Diseño de investigación: Descriptivo ⁽²³⁾.

Tipo de investigación:

- **Temporalidad:** retrospectivo-transversal.
- **Técnica:** observacional.
- **Ámbito:** de campo ⁽²³⁾.

2. Población y muestra:

Los pacientes que asistieron con enfermedad periodontal a consulta odontológica en la Universidad Católica de Cuenca, no tiene un número de población exacta por lo tanto su muestra se determinó por medio de la siguiente fórmula ⁽²⁴⁾:

$$\frac{Z^2 \cdot P \cdot Q}{E^2}$$

Z: Constante 1,96.

P: 0,5 (probabilidad negativa)

Q: 0,5 (probabilidad positiva)

E: $(0,05)^2$: 5% de margen de error.

El resultado de esta fórmula, se pudo obtener una muestra de 384 pacientes.

2.1 Criterios de selección:

Para la formalización de la población se consideró los siguientes aspectos de selección:

2.1. a. Criterios de inclusión:

Se incluye en el estudio a pacientes mayores de 18 años, con enfermedad periodontal que asistieron a consulta odontológica en la Universidad Católica de Cuenca.

2.1. b. Criterios de exclusión:

Se excluye a los pacientes sin enfermedad periodontal, menores de 18 años y edéntulos totales, que asistieron a consulta en la Universidad Católica de Cuenca.

3. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	DATOS
Recesión gingival.	Es el desplazamiento del margen gingival apicalmente.	Presencia de recesiones, que se encuentran en el periodontograma.	Cualitativo.	Nominal.	Superior-inferior. Superior derecha o izquierda. Inferior derecha e izquierda. Incisivos, caninos, premolares o molares.
Sexo.	Particularidad fenotípica del sujeto.	Dato que se encuentra en la ficha periodontal.	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Está especificado en la ficha periodontal y comprobada con la cédula de identidad.	Cuantitativa.	Discreta.	De 18-78 años

4. Instrumentos, materiales y recursos para la toma de datos.

4.1 Instrumentos documentales:

Fichas de periodoncia.

4.2 Instrumentos mecánicos:

Computadora portátil.

4.3 Materiales:

Materiales de escritorio.

4.4 Recursos:

Para llevar a cabo el presente estudio se necesitaron recursos institucionales (UCACUE), recursos humanos (estudiante y tutor) y recursos financieros (autofinanciado).

5. Procedimientos para la toma de datos.

5.1 Ubicación espacial

Se tomó los datos en la Universidad Católica de Cuenca facultad odontología ubicada en la Av. de las Américas y Tarqui junto a la Basílica de la Santísima Trinidad.

5.2 Ubicación temporal

La investigación se realizó en los meses Abril-Mayo del 2018, recolectando datos de las fichas periodontales, para determinar la prevalencia de recesión gingival.

5.3 Procedimiento para la toma de datos

Acudir a la clínica odontológica en los horarios de atención: 7h00-9h00-11h00-13h00, así como también a estadística de la universidad para el registro de las fichas con previa autorización de los coordinadores encargados.

6. Plan de análisis de datos.

Los datos se ingresaran en el programa Epi info 7.0 y se tabulara mediante tablas estadísticas y gráficos indicando la prevalencia de recesión de acuerdo al sexo, rango de edad, arcada, hemiarcada, pieza dental con mayor riesgo de presentar recesión gingival.

Para el análisis de datos se calculara la prevalencia de la enfermedad utilizando la siguiente formula:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Número de enfermos}}{\text{Número de examinados}} \times 100$$

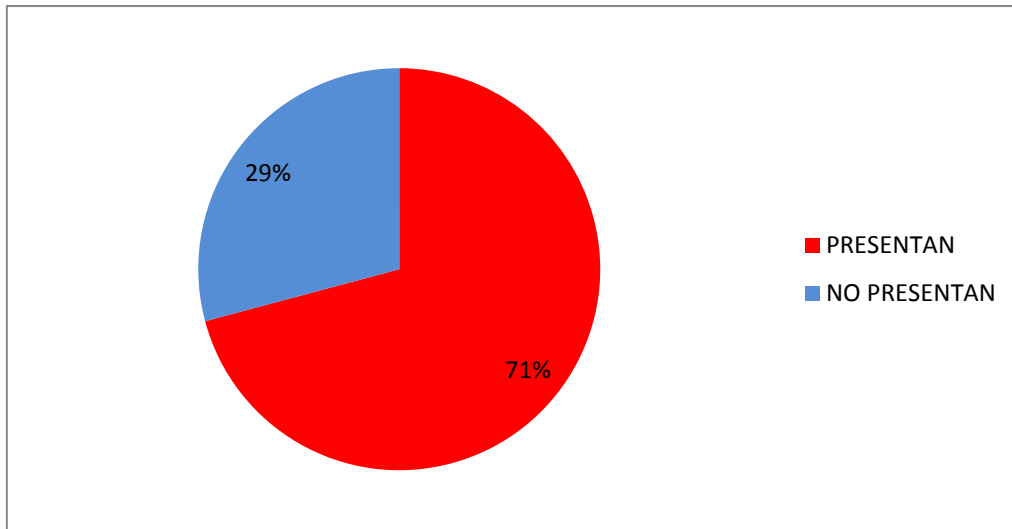
7. Aspectos bioéticos.

El presente estudio si presenta conflictos bioéticos, ya que a la revisión de la ficha periodontal de años pasados no se le pudo indicar con exactitud el fin del uso de sus datos clínicos a pesar de tener el consentimiento firmado al momento de abrir la ficha periodontal.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

Gráfico No 1.- Prevalencia de recesión gingival en pacientes con EP.



Interpretación del gráfico 1:

De la muestra total de 384 pacientes evaluados con enfermedad periodontal, se determinó que existe un mayor porcentaje de pacientes que presentan recesión gingival en relación a los pacientes que no presentan.

Tabla No 1.- Relación del sexo con la prevalencia de RG.

SEXO/PREVALENCIA	PRESENTAN		NO PRESENTAN		TOTAL GENERAL	
	n	%	n	%	N	%
FEMENINO	144	69%	64	31%	208	54%
MASCULINO	128	73%	48	27%	176	46%
MASCULINO	272	71%	112	29%	384	100%

Chi Cuadrado: 0.45

Interpretación de la tabla 1:

En la tabla 1 según el análisis estadístico del Chi cuadrado, se obtuvo que la recesión gingival no tiene diferencia significativa a presentar recesión gingival en cuanto al sexo.

Tabla No 2.- Relación del rango de edad con la prevalencia de RG en pacientes con EP.

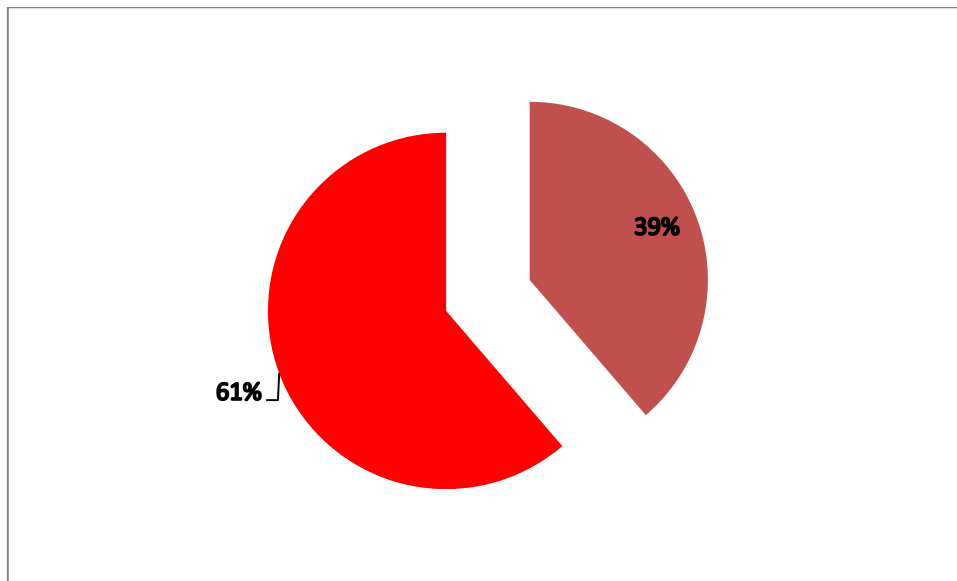
RANGO DE EDAD/PREVALENCIA	PRESENTAN		NO PRESENTAN		Total general	
	n	%	n	%	N	%
ADULTOS JOVENES (18 A 45)	146	68%	70	32%	216	56%
ADULTOS (46 A 55)	70	77%	21	23%	91	24%
ADULTOS MAYORES (56 A 65)	50	75%	17	25%	67	17%
TERCERA EDAD (66 A 78)	6	60%	4	40%	10	3%
TOTAL GENERAL	272	71%	112	29%	384	100%

Chi Cuadrado: 0.28

Interpretación tabla 2:

En la tabla 2 se pudo determinar mediante el análisis estadístico de chi cuadrado que no existe asociación entre el rango de edad y el desarrollo de recesión gingival. En los cuales no estuvieron equiparadas las muestras para cada rango de edad considerado.

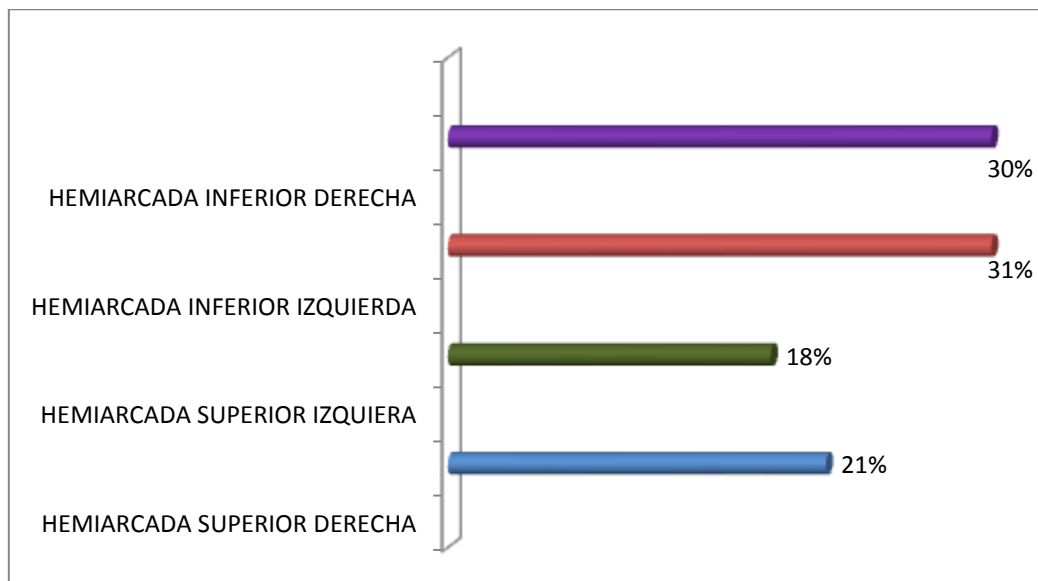
Gráfico No 2.- Prevalencia de RG de acuerdo a la arcada superior e inferior.



Interpretación del gráfico 2:

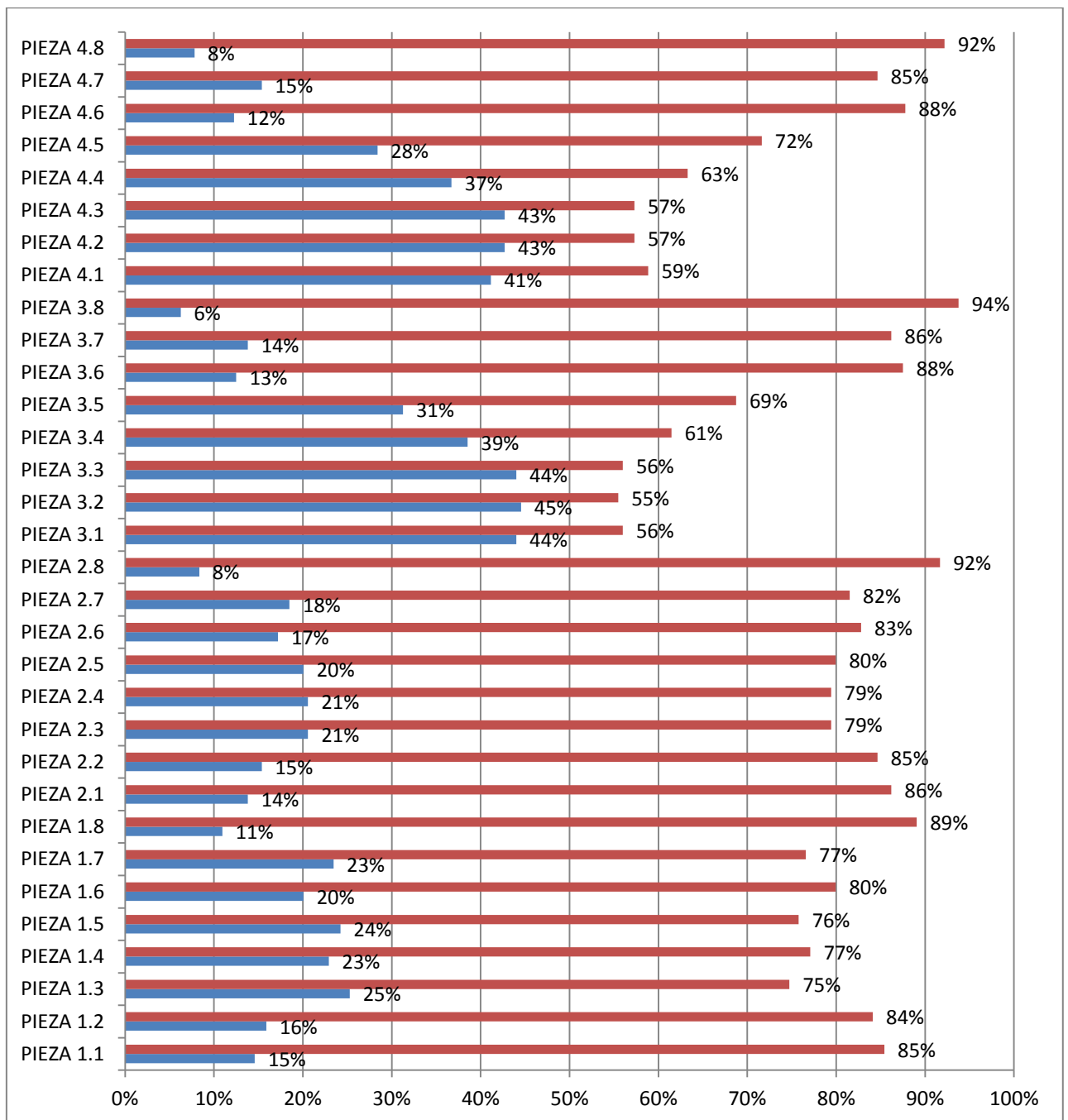
Se obtuvo 2894 piezas dentales que presentaron recesión gingival, las cuales se registraron en mayor porcentaje en la arcada inferior en relación a la arcada superior.

Gráfico No 3.- Frecuencia de RG de acuerdo a la hemiarcada.



Interpretación del gráfico 3:

En el gráfico anterior, se determinó que existe mayor cantidad de recesiones gingivales en la hemiarcada inferior izquierda que representa el cuadrante 3, correspondiendo 902 piezas de las 2894 afectadas.

Gráfico No 4.-Porcentajes de piezas dentales que presenta y no RG.**Interpretación del gráfico 4:**

En el gráfico anterior se determinó, que la pieza con mayor porcentaje que presenta recesión gingival es el incisivo lateral inferior izquierdo representado por la numeración 3.2. Siendo la de menor grado de afección y con menor porcentaje el tercer molar inferior izquierdo representado por la pieza 3.8.

2. DISCUSIÓN

La recesión gingival es una alteración multifactorial, que representa una problemática global el cual estamos expuestos a desarrollar, en el presente estudio de tipo descriptivo, y corte trasversal se evaluó 384 periodontogramas de pacientes diagnosticados con enfermedad periodontal en sus distintos tipos, de ambos sexos y con edades entre 18 a 78 años, en el cual se determinó una prevalencia del 71% como se indica en el gráfico 1. Este porcentaje no coincide con el estudio de Rina Segovia, Carmen Salazar y Mercedes Paz en 2002 con una muestra no probabilística de 150 pacientes atendidos en el Servicio Médico Odontológico de la Universidad del Zulia, de ambos sexos y edades entre 18 y 67 años; indicando una prevalencia de recesión gingival del 83.37% que se consideró pacientes con un mal cepillado dental y tipo de cepillo de cerdas duras ⁽⁴⁾. Otro estudio que difiere del presente realizado es de Cristian Brito y David Pesantez en el 2016 en la Universidad de Cuenca con una muestra de 131 estudiantes de 18-25 años en el cual obtuvieron un resultado de 64.1% de pacientes con retracción gingival, este porcentaje es menor al obtenido debido a que la literatura nos menciona que la prevalencia de recesión gingival aumenta con la edad ⁽¹⁸⁾. El estudio de Miguel Fernández y Cristian López tampoco coincide ya que en la universidad de Chile, evaluaron 703 periodontogramas en 2014 y encontraron un prevalencia del 93.5%, considerando solo la superficie vestibular de los dientes examinados lo que puede estar asociado a un cepillado traumático ⁽¹⁹⁾. Otro estudio como el de Burgos, Urdaneta y Velásquez que evaluaros 400 pacientes en la Universidad de Carabobo en el año 2014 demostraron una prevalencia del 61%, un porcentaje menor al obtenido debido a que dentro de este estudio no se excluyó a pacientes sin enfermedad periodontal, considerando que la placa dental dentro de un enfermo periodontal es un factor que puede influenciar en el desarrollo de esta alteración ⁽²¹⁾.

En cuanto a la relación de la prevalencia de recesión gingival con el sexo se determinó mediante el análisis estadístico de chi cuadrado que no existe ningún predominio significativo entre el sexo masculino y femenino como se demuestra en la tabla 1, dicho resultado coincide con el estudio de Miguel Fernández y Cristian López en 2014 ⁽¹⁹⁾ y con el de Rosiris Bracho, Nelson Hernández, Luis Ejalde, Olga Zambrano, Mercedes Paz y José Contreras en 2003 ⁽⁶⁾, así como también con el estudio de Cristian Brito y David Chicaiza en 2016 ⁽¹⁸⁾. Al contrario del estudio de Sixto García, Cynthia Cayturo, Margot Gutiérrez, Katia Medina y Gissel Orrego en la Lima-Perú en el año 2015 quien determino una predisposición del sexo masculino a presentar mayor

cantidad de casos de recesión gingival asociando la indiferencia del sexo masculino a la buena salud buco dental ⁽⁷⁾.

Dentro de la prevalencia de recesión gingival en relación con el rango de edad, en la presente investigación se obtuvo que los adultos jóvenes de 18-45 años presentan la mayor cantidad de recesiones gingivales como se demuestra en la tabla 2. El resultado de la presente investigación coincide con el estudio de Sixto García, Cynthia Cayturo, Margot Gutiérrez, Katia Medina y Gissel Orrego en la Lima-Perú en el año 2015 ⁽⁷⁾. Al contrario de esto Newman, Takei y Carranza en el libro de Periodontología clínica de Carranza onceava edición del 2014 indica que dicha alteración afecta en un 44% a personas de 19-44 años, 78% en individuos de edad entre 30-41 años, un 93% de los individuos de 42-53 años y 98% en individuos de 55-65 años, definiendo que las personas de 55 años en adelante tienen mayor predisposición a presentar recesión gingival ⁽¹⁰⁾. Esta incidencia corroboró Susin en el 2004 y Medina en el 2009 ⁽¹³⁾. Esta contradicción se ha vuelto algo relativa ya que la alteración que se estudia en la presente investigación depende de muchos factores para su desarrollo y puede afectar a diferentes edades.

Dentro de la arcada con mayor riesgo a presentar esta problemática se obtuvo que la arcada inferior tiene mayor cantidad de recesiones como se indica en el gráfico 2. Lo que coincide con el estudio de Sixto García, Cynthia Cayturo, Margot Gutiérrez, Katia Medina y Gissel Orrego en la Lima-Perú en el año 2015 ⁽⁷⁾. Esto se puede ver asociado al tipo de hueso ya que como lo menciona Francisco Rabago y Carlos Manrique en su artículo, indicando que la arcada inferior presenta un tipo de hueso compacto y menos vascularizado al contrario de la arcada superior que tiene un tipo de hueso esponjoso y con mayor vascularización lo que ayudará a la regeneración osea, retrasando el desarrollo de una recesión gingival en la arcada superior en relación a la inferior ⁽²⁰⁾.

En cuanto a la hemiarcada más afectada esta investigación determinó que la hemiarcada inferior izquierda que se representa como el cuadrante 3 es aquella que presenta mayor cantidad de recesiones gingivales como se observa en el gráfico 3. Asociándolo al cepillado de los diestros ya que su tendencia es para el lado izquierdo esta determinación es presuntiva ya que no existen estudios previos.

Se pudo determinar que la pieza dental con mayor cantidad de casos de recesión gingival es el incisivo lateral inferior izquierdo como se expone en el gráfico 4. Lo cual contradice el estudio de Rina Segovia, Carmen Salazar y Mercedes Paz en 2002 con

una muestra no probabilística de 150 pacientes en la Universidad del Zulia, la cual indica que caninos y premolares inferiores son las piezas dentales más afectadas ⁽⁴⁾. A esto también contradice el estudio de Miguel Fernández y Cristian López en el año 2016 quienes demostraron que los primeros molares superiores son las piezas más afectadas ⁽¹⁹⁾. Esto puede estar asociado a diferentes factores como: cepillado traumático, tipo de cepillo, placa dental, cálculo, aparatos ortodónticos y coronas mal adaptadas, piercings, frenillos aberrantes y apiñamiento. A esto se le agrega el tipo de hueso como lo menciona Francisco Rabago y Carlos Manrique en su artículo referencias y consideraciones anatómicas en implantología, ya que la zona antero inferior presenta una cortical mucho más fina de hueso compacto lo que favorecerá el desarrollo de esta alteración en los tejidos marginales ⁽²⁰⁾.

La recesión gingival es un problema estético y funcional por lo que el presente estudio intenta demostrar su importancia para que su tratamiento se base en la prevención brindando charlas educativas a toda la población ya sean personas que padezcan enfermedad periodontal o no, estas charlas indicaran sobre buenos hábitos de higiene oral que incluirán técnicas de cepillado correctas, así como también un tipo de cepillo adecuado con el fin de mejorar la salud bucodental mediante el control de placa. También se debe involucrar los diferentes hábitos que pueden ayudar a que esta alteración se desarrolle. Una vez que el enfoque de prevención se realice a la población en general, se debe también involucrar a los profesionales concientizándolos de la importancia de realizar trabajos de calidad para que esta problemática no se desarrolle y se logre prevenir con el fin de disminuir la mayor cantidad de factores predisponentes y desencadenantes para el desarrollo de esta alteración.

3. CONCLUSIONES:

- **Primera:** Se obtuvo una prevalencia de un 71% de pacientes con enfermedad periodontal que presentan recesión gingival.
- **Segunda:** En cuanto al sexo no existe una predilección significativa de recesión gingival entre el sexo masculino y femenino.
- **Tercera:** El rango de edad con mayor cantidad de casos de recesión gingival es el de adultos jóvenes de 18-45 años.
- **Cuarta:** La arcada con mayor predisposición a presentar recesión gingival es la arcada inferior con el 61% de los casos presentes en la investigación.
- **Quinta:** La hemiarcada con mayor riesgo a presentar recesión gingival es la hemiarcada inferior izquierda.
- **Sexta:** La pieza dental más afectada es el incisivo lateral inferior izquierdo representada por la pieza 3.2.

BIBLIOGRAFÍA:

1. García A, Bujaldon A, Rodríguez A. Recesión gingival. Diagnóstico y tratamiento. Scielo. 2015; Vol 27. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852015000100003
2. Marchena L, Fernández C. Manejo odontológico de la recesión gingival. Redoe. 2015. Disponible en:
<http://www.redoe.com/ver.php?id=201>
3. Medina A. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. 2009; Vol 21. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852009000100005
4. Segovia R, Salazar C, Paz M. Factores precipitantes en el desarrollo de recesión gingival. Scielo. 2002; Vol 40. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652002000200006
5. Injante P, Tuesta O, Estrada M, Liñan M. Recesión gingival y tratamiento de ortodoncia. Reporte de caso interdisciplinario. Revista Estomatol Herediana. 2012; Vol 22. Disponible en:
[file:///C:/Users/Daniel/Downloads/156-545-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Daniel/Downloads/156-545-1-PB%20(1).pdf)
6. Bracho R, Hernández N, Ejalde L, Zambrano O, Paz M, Contreras J. Recesión gingival de incisivos inferiores en adolescentes, su asociación con factores de riesgo. Acta odontológica venezolana. 2003; vol 41. Disponible en:
https://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/3/recesion_gingival_in_cisivos_inferiores.asp
7. García S, Cayturo C, Gutiérrez M, Medina K, Orrego G. El biotipo periodontal como factor influyente en recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la Clínica de Posgrado de la UNMSM, Lima-Perú. Artículos originales. 2015; Vol 2. Disponible en:
[file:///C:/Users/Daniel/Downloads/11959-41704-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Daniel/Downloads/11959-41704-1-PB%20(2).pdf)

8. Arias J, Fernández L, Simoneau E. Prevención y manejo de las recesiones gingivales en el paciente sometido a tratamiento de ortodoncia.2004. Disponible en:
<http://www.coem.org.es/sites/default/files/revista/cientifica/vol1-n1/tema.pdf>
9. Monteverde C, Zuled M. Piercing y Condición de Higiene Bucal como Factores de Riesgo de Recesión Gingival. Odous científica. 2009. Vol 9. Disponible en:
<https://biblat.unam.mx/es/revista/odous-cientifica/articulo/piercing-y-condicion-de-higiene-bucal-como-factores-de-riesgo-de-recesion-gingival>
10. Newman M, Takei H, Klokkevold P, Carranza F. Periodontología clínica de Carranza.11va edicion: Amolca; 2014.
11. Ottoni J, Fardin M. Cirugía plástica periodontal y periimplantar. Sao Paulo: Artes médicas; 2007.
12. Furman C, Bolli E, Cudmani C, Cheuan G, Nardo R, Chiappe V, Fischman G, Forte R, Sarmiento M, Gómez M, Semino E, Harfin Nora, Sosa M, Mancini E, Verdeja S. 1001 Tips en Periodoncia. Caracas: Amolca; 2012.
13. Lang N, Lindhe. Periodontología clínica e implantología odontológica. Vol 2. Sexta edición. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana S.A. 2017.
14. Sallum A, Cicareli A, Querido M, Bastos f. Periodoncia e Implantología. Venezuela: Amolca; 2014.
15. Bueno L, Ferrari R, Shibli J. Tratamiento de recesiones y defectos mucogingivales mediante injertos de tejido conjuntivo en piezas dentarias e implantes. 2015; Vol 17. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392015000200005
16. Wolf H, Edith M, Klaus. Periodoncia. Tercera edición. Barcelona: Masson; 2005.
17. Saba E. Cirugías plásticas periodontales y periimplantarias. Sao Paulo: Livraria Santos Editora Ltda; 2009.
18. Brito C, Pesantez D. Prevalencia de recesión gingival y factores asociados en estudiantes entre 18 y 25 años de la facultad de odontología de la universidad de cuenca, 2015-2016. 2016. Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25630>

19. Fernández M, López C. Prevalencia y distribución de la recesión gingival vestibular en adultos chilenos de 35 – 44 años. 2014. Disponible en:

<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/137706/Prevalencia-y-distribuci%C3%B3n-de-la-recesi%C3%B3n-gingival-vestibular-en-adultos.pdf?sequence=1>

20. Rabago F, Manrique C. Referencias y consideraciones anatómicas en implantología. 2005; Vol 2. Disponible en:

<http://www.coem.org.es/sites/default/files/revista/cientifica/vol2-n2/Rabago.pdf>

21. Burgos A, Urdaneta F, Velásquez M. Prevalencia de las Recesiones Gingivales según Miller en los pacientes que asisten a la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el segundo trimestre del año 2012. Acta odontológica venezolana. 2014; Vol 52. Disponible en:

http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aov/article/view/10154/9954

22. Villavicencio E, Cuenca K, Vélez E, Sayago J, Cabrera A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. Odontología activa.2016; Vol 1. Disponible en:

https://www.researchgate.net/profile/Ebingen_Villavicencio/publication/323951791_PASOS_PARA_LA_PLANIFICACION_DE_UNA_INVESTIGACION_CLINICA/links/5b08323d4585157f87163346/PASOS-PARA-LA-PLANIFICACION-DE-UNA-INVESTIGACION-CLINICA.pdf?origin=publication_detail

23. Villavicencio E, Alvear M, Cuenca K, y cols. Diseños de estudios clínicos en odontología. Odontología activa.2016; Vol 1. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/315678526_DISENOS_DE_ESTUDIOS_CLINICOS_EN_ODONTOLOGIA

24. Villavicencio E, Alvear M, Cuenca K, Calderón M, Palacios D, Alvarado A. El tamaño muestral para la tesis. ¿Cuántas personas debo encuestar? Odontología activa.2017; Vol 2. Disponible en:

<http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/175>

