



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA ORAL

**PREVALENCIA DE RECESIONES GINGIVALES EN
PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE
PERIODONCIA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES,
DURANTE EL PERIODO 2009 AL 2018.**

www.bdigital.ula.ve

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

Autores:

Br. Isis Paola Rojas Grimaldos

Br. Karly Vanessa Semidey Avendaño

Tutor: Od. Rodolfo Gutiérrez

Cotutor: Od. María Fernanda Palacios

Mérida – Venezuela, octubre 2019

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE GRÁFICOS	iv
ÍNDICE DE TABLAS	v
RESUMEN	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Definición y contextualización del problema	4
1.2 Objetivos de la investigación	8
1.2.1 Objetivo general.....	8
1.2.2 Objetivos específicos	8
1.3 Justificación.....	9
CAPÍTULO II	10
MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 Antecedentes	10
2.2 Bases conceptuales.....	22
CAPÍTULO III.....	29
MARCO METODOLÓGICO.....	29
3.1 Alcance y diseño de la investigación	29
3.2 Población y muestra	29
3.2.1 Población	29
3.2.2 Muestra	29
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30
3.3.1 Validación del instrumento.....	32
3.4 Procedimientos:.....	32
3.5 Aspectos bioéticos.....	33
3.6 Análisis de resultados.....	33

CAPÍTULO IV.....	34
RESULTADOS.....	34
4.1 Presentación de los resultados.....	34
CAPÍTULO V	79
DISCUSIÓN	79
CAPÍTULO VI.....	85
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	85
6.1 Conclusiones	85
6.2 Recomendaciones.....	88
REFERENCIAS.....	90
APÉNDICE A	96
ANEXO A.....	102
ANEXO B	103
ANEXO C.....	105

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de las recesiones gingivales en la población según la clasificación de Miller.....	35
Gráfico 2. Distribución del tipo de recesión gingival asociado al sexo de la población estudiada.....	37

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la población según la presencia de recesiones gingivales	34
Tabla 2. Distribución de la población según el sexo.....	34
Tabla 3. Distribución de las recesiones gingivales en la población según la clasificación de Miller.....	35
Tabla 4. Distribución del tipo de recesión gingival asociado al sexo de la población estudiada.....	36
Tabla 5. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> : Asociación de las recesiones gingivales y el sexo.....	37
Tabla 6. Distribución de la población según grupos etarios	38
Tabla 7. Distribución de las recesiones gingivales tipo I en relación a los grupos etarios de la población.....	39
Tabla 8. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> : Asociación de la recesión gingival tipo I con la edad.....	40
Tabla 9. Distribución de las recesiones gingivales tipo II en relación a los grupos etarios de la población.....	41
Tabla 10. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> . Asociación de la recesión gingival tipo II con la edad.....	42
Tabla 11. Distribución de las recesiones gingivales tipo III en relación a los grupos etarios.....	43
Tabla 12. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> : Asociación de la recesión gingival tipo III con la edad.....	44
Tabla 13. Distribución de las recesiones gingivales tipo IV en relación a los grupos etarios.....	45
Tabla 14. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> . Asociación de la recesión gingival tipo IV con la edad.....	46
Tabla 15. Distribución general de las etiologías de las recesiones gingivales en la población estudiada.....	47

Tabla 16. Distribución de la etiología traumática asociada a las recesiones gingivales tipo I de la población estudiada.	47
Tabla 17. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> . Asociación de la etiología traumática y la recesión gingival tipo I.	48
Tabla 18. Distribución de la etiología traumática asociada a las recesiones gingivales tipo II de la población estudiada.	49
Tabla 19. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> . Asociación de la etiología traumática y la recesión gingival tipo II.	50
Tabla 20. Distribución de la etiología traumática asociada a las recesiones gingivales tipo III de la población estudiada.	51
Tabla 21. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> . Asociación de la etiología traumática y la recesión gingival tipo III.	52
Tabla 22. Distribución de la etiología traumática asociada a las recesiones gingivales tipo IV según la clasificación de Miller.	53
Tabla 23. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> . Asociación de la etiología traumática y la recesión gingival tipo IV.	54
Tabla 24. Distribución de la etiología de desarrollo asociada a las recesiones gingivales tipo I de la población.	55
Tabla 25. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> . Asociación de la etiología de desarrollo y la recesión gingival tipo I.	56
Tabla 26. Distribución de la etiología de desarrollo asociada a las recesiones gingivales tipo II en la población estudiada.	57
Tabla 27. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> . Asociación de la etiología de desarrollo y la recesión gingival tipo II.	58
Tabla 28. Distribución de la etiología de desarrollo asociada a las recesiones gingivales tipo III en la población estudiada.	59
Tabla 29. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> . Asociación de la etiología de desarrollo y la recesión gingival tipo III.	60
Tabla 30. Distribución de la etiología de desarrollo asociada a las recesiones gingivales tipo IV en la población estudiada.	61

Tabla 31. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> . Asociación de la etiología de desarrollo y la recesión gingival tipo IV.	62
Tabla 32. Distribución de la etiología patológica asociada a las recesiones gingivales tipo I en la población estudiada.	63
Tabla 33. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> . Asociación de la etiología patológica y la recesión gingival tipo I.	64
Tabla 34. Distribución de la etiología patológica asociada a las recesiones gingivales tipo II en la población estudiada.	65
Tabla 35. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> . Asociación de la etiología patológica y la recesión gingival tipo II.	66
Tabla 36. Distribución de la etiología patológica asociada a las recesiones gingivales tipo III en la población estudiada.	67
Tabla 37. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> . Asociación de la etiología patológica y la recesión gingival tipo II.	68
Tabla 38. Distribución de la etiología patológica asociada a las recesiones gingivales tipo IV en la población estudiada.	69
Tabla 39. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> . Asociación de la etiología patológica y la recesión gingival tipo IV.	70
Tabla 40. Distribución de la etiología iatrogénica asociada a las recesiones gingivales tipo I en la población estudiada.	71
Tabla 41. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> . Asociación de la etiología iatrogénica y la recesión gingival tipo I.	72
Tabla 42. Distribución de la etiología iatrogénica asociada a las recesiones gingivales tipo II en la población estudiada.	73
Tabla 43. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> . Asociación de la etiología iatrogénica y la recesión gingival tipo II.	74
Tabla 44. Distribución de la etiología iatrogénica asociada a las recesiones gingivales tipo III en la población estudiada.	75
Tabla 45. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> . Asociación de la etiología iatrogénica y la recesión gingival tipo III.	76

Tabla 46. Distribución de la etiología iatrogénica asociada a las recesiones gingivales tipo IV en la población estudiada.	77
Tabla 47. Test estadístico <i>chi-cuadrado</i> . Asociación de la etiología iatrogénica y la recesión gingival tipo IV.	78

www.bdigital.ula.ve



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA ORAL

**PREVALENCIA DE RECESIONES GINGIVALES EN PACIENTES
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE PERIODONCIA DE LA UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES, DURANTE EL PERIODO 2009 AL 2018.**

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

Autores: Isis Paola Rojas Grimaldos
Karly Vanessa Semidey Avendaño
Tutor: Od. Rodolfo Gutiérrez
Mérida – Venezuela, enero 2019

RESUMEN

Introducción: La recesión gingival (RG) es una condición clínica caracterizada por la migración hacia apical del margen gingival, provocando la exposición de parte del cemento radicular. Su incidencia varía desde 8% en los niños hasta 100% luego de los 50 años de edad. La literatura reporta pocos estudios sobre la prevalencia de RG en Venezuela destacando un vacío en el estado Mérida. Por lo cual, el objetivo de esta investigación fue estudiar la prevalencia de RG en pacientes atendidos en la clínica de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes durante el año 2009 al 2018. **Metodología:** Esta investigación fue de alcance correlacional, no experimental, transversal y con enfoque cuantitativo. Se analizaron 1620 historias clínicas de pacientes que acudieron a la clínica de periodoncia desde 2009 al 2018. Los datos obtenidos fueron vaciados en una planilla formato Excel, para posteriormente analizarlos bajo un método estadístico descriptivo con el programa SPSS® 20. **Resultados:** Se observó una prevalencia de RG de un 74,9% predominando la tipo I según Miller (81,9%), los factores traumáticos representaron la etiología más prevalente (53,3%). El sexo femenino presentó mayor incidencia de casos (56,2%), al igual que el grupo etario de 21 a 30 años (33,22%). **Conclusiones:** La prevalencia de RG fue de 74,9%, donde la etiología traumática fue la más

observada. Según la clasificación de Miller, se observó mayor prevalencia en la tipo I, seguida de la tipo II, III y IV respectivamente, así mismo el sexo femenino predominó sobre el masculino.

Palabras Clave: enfermedad periodontal, recesión gingival, prevalencia, clasificación de Miller y etiología.

www.bdigital.ula.ve

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades periodontales son un conjunto de alteraciones que afectan la fisiología de los tejidos que rodean y soportan los dientes, son consideradas como una de las más comunes entre las patologías bucales, afectando la calidad de vida de la población, ocasionando dolor, limitaciones y discapacidad funcional. Estas enfermedades están asociadas a condiciones sociales, económicas, educacionales y conductuales, donde además existen interacciones biológicas entre el hospedero, la biopelícula y la microbiota.

Para el año 1999 la última clasificación de las enfermedades y condiciones periodontales llevada a cabo por la Academia Americana de Periodontología, clasificó las recesiones gingivales dentro de la categoría de deformidades y condiciones desarrolladas o adquiridas. Definiéndose como una condición clínica que se caracteriza por la migración en sentido apical del margen gingival desde la unión cemento-esmalte ocasionando alteraciones en la posición de la encía marginal y de la encía adherida siempre y cuando esta última se encuentre involucrada, provocando la exposición de una parte del cemento radicular pudiendo producir hipersensibilidad dental, acumulación de placa (favoreciendo la formación de caries radicular), alteraciones estéticas, hiperemia pulpar (como consecuencia de la exposición radicular), entre otros problemas.

La RG es considerada una de las patologías periodontales más comunes tratada por el odontólogo en su consulta diaria. Epidemiológicamente se estima que gran parte de la población presenta algún grado de recesión gingival, así mismo, la Asociación Dental Americana reportó que del 50 al 80% de la población de los Estados Unidos presentaba una o más piezas dentales con algún tipo de recesión gingival en edades entre 18 y 65 años¹. Actualmente, se considera que existe un aumento en el número de casos reportados con RG en la población mundial, los cuales podrían estar asociados directamente con la edad debido a que se cree que su incidencia varía en un menor porcentaje en niños, aumentando progresivamente con los años (principalmente luego de los 50).

En el año 2012 Burgos y cols en el estado Carabobo, Venezuela estudiaron a 120 pacientes y se determinó que la prevalencia de RG fue del 61%, se observaron un total de 178 piezas dentarias afectadas. De igual forma, se reportó mayor prevalencia en el sexo femenino con edades entre los 18 y 39 años². Así mismo, para el año 2018 Navarrete y Torres realizaron un estudio en Ecuador donde analizaron 61 pacientes y encontrando que el 98,4% presentaron algún tipo de RG en al menos una superficie dental³.

El desarrollo de las RG puede ser considerado multifactorial y poco predecible, sin embargo, se han descrito factores asociados predisponentes y potencializadores que podrían acelerar la formación de esta patología tales como: edad, características anatómicas y morfológicas del diente, fenotipo periodontal, mal posición dentaria, movimientos ortodónticos, presencia de placa bacteriana, cepillado dental traumático, tabaquismo, maloclusión dentaria, entre otros. Convirtiéndose en un problema de salud pública que pudiera afectar de forma directa a niños, adolescentes y adultos.

Por esta razón, a lo largo de los años se han diseñado y propuesto distintas clasificaciones como la de Miller descrita en 1985, siendo una de las más utilizadas en la actualidad. Ayudando de esta forma al odontólogo a identificar y determinar un pronóstico, para así lograr desarrollar un plan de tratamiento adecuado a cada caso y como consecuencia mejorar la salud periodontal del individuo.

A pesar que la literatura reporta información sobre la prevalencia de las RG en Venezuela, es poca la encontrada. Destacando que específicamente en el estado Mérida no se encontraron investigaciones referentes a este tema. Por lo tanto, no existe una evidencia científica que pueda estimar la magnitud de esta condición en el estado Mérida y que además identifique la frecuencia según el sexo, la edad y etiología; por esta razón surgió la necesidad de realizar una investigación que estudie la prevalencia de RG en pacientes atendidos en la clínica de Periodoncia de la

Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes durante el periodo 2009 al 2018.

La investigación está constituida por seis capítulos, el primer capítulo se plantea el problema, objetivo general, objetivos específicos y justificación; en el segundo capítulo se describen los antecedentes y bases conceptuales; en el tercero se presenta la metodología de la investigación, tipo, diseño y enfoque, corpus de la investigación, técnica e instrumento para la recolección de los datos y análisis de los mismos; en el cuarto se identifican los resultados obtenidos; en el quinto capítulo se presenta la discusión y finalmente el sexto capítulo expone las conclusiones y recomendaciones que resultaron de la investigación.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Definición y contextualización del problema

Las enfermedades periodontales son muy frecuentes en la población, consideradas un problema de salud pública de alcance mundial⁴ afectando los tejidos de soporte y protección del diente como lo son la encía insertada, la encía libre y el hueso alveolar⁵. El origen y desarrollo de las patologías periodontales están dadas por diversos factores locales y sistémicos, donde el factor etiológico primario son las bacterias presentes en la biopelícula⁶⁻⁹. Así mismo, esta enfermedad se puede asociar a otros factores como la respuesta inmunológica del individuo, hábitos, condición sistémica, edad, sexo, raza y condición socioeconómica².

El complejo mucogingival se define como un componente esencial, el más superficial y fácilmente visible de los tejidos del periodonto. Este complejo es considerado normal cuando sus tejidos mantienen integridad biomorfológica, conservando una adecuada unión al diente y a los tejidos subyacentes. Cuando se producen alteraciones en estas estructuras se generan respuestas en el periodonto, pudiendo originar dos tipos de afecciones: una cerrada denominan sacos periodontales⁵ y otra abierta que recibe el nombre de recesión gingival^{2,5,10,11}.

La RG es definida como una condición que se caracteriza por una migración apical de la encía marginal dejando expuesta al medio bucal las superficies radiculares¹¹⁻¹⁵, la cual puede encontrarse de manera localizada o generalizada^{16,17}.

Esta afección mucogingival ocasiona generalmente hipersensibilidad dentinaria, caries¹⁶, alteraciones estética, erosión, abrasiones y lesiones cervicales requiriendo protocolos de atención acordes con la severidad y la etiología^{11,18}. Sin embargo, a pesar de todas las condiciones clínicas asociadas a esta patología, la consecuencia más relevante resulta en la pérdida de inserción periodontal; una condición

importante para el diagnóstico y plan de tratamiento¹⁹. Con relación a los tratamientos para la RG, se pueden realizar procedimientos no invasivos como: eliminación de factores extrínsecos (refiriéndose a la biopelícula y cálculo dental), técnica correcta de la remoción mecánica de placa dental, uso correcto de hilo dental, colutorios²⁰, corrección de maloclusión y chequeos regulares con el odontólogo²¹. Así mismo, se presentan situaciones donde el tratamiento invasivo o quirúrgico es la opción más conveniente para un plan de tratamiento, cuya finalidad es recubrir las áreas con pérdida de encía²² a través de procedimientos como injertos libres de tejido conectivo o cirugía plástica periodontal y regenerativa; llevadas a cabo por parte de especialistas en periodoncia^{11,23}.

La RG es un problema que afecta a la población tanto joven como adulta, con presencia o no de enfermedad periodontal. Esta patología pueden estar presente en un tejido con signos de inflamación, así como también en dientes periodontalmente sanos; afectando las piezas dentales de manera localizada o generalizada, radicando ahí la importancia de la prevención, el diagnóstico correcto y el tratamiento de las mismas^{18,19,24}.

Se considera que el desarrollo de las RG puede pasar desapercibido debido a que su progresión es lenta, alcanzando así diferentes grados de severidad pudiendo conducir al individuo a la destrucción periodontal¹². Se estima que las recesiones gingivales se desarrollan con más frecuencia en superficies vestibulares o bucales y a su vez se observan mayor cantidad de casos en dientes monoradiculares¹⁹.

La etiología de las RG es considerada multifactorial, la cuales pueden estar asociadas a varios factores, entre ellos los traumáticos: producidos por técnicas de cepillado inadecuadas, mal oclusión, oclusión traumática, entre otros². Factores de desarrollo como frenillos labiales traccionantes, los cuales se caracterizan por poseer una inserción corta y gruesa que ocasiona movimientos traccionantes en la encía, estimulando de esta manera el desarrollo de RG²⁵. Existen factores iatrogénicos como las restauraciones a nivel cervical de los dientes llevadas a cabo sin las consideraciones necesarias, las cuales pudieran producir un mayor cúmulo de placa bacteriana en la zona e invasión del espacio supracrestal de los tejidos; ocasionando

en ambos casos inflamación gingival, y a su vez desarrollando pérdida ósea y recesiones gingivales^{14,24}. Los movimientos ortodónticos inadecuados²⁶ y la elaboración de diseños protésicos sin consideraciones periodontales, pudieran comprometer la salud del periodonto y como resultado originar la formación de RG. Por otra parte, se presentan factores patológicos donde algunos autores reportan un gran número de RG asociadas a procesos inflamatorios inducidos por biopelícula y cálculo dental, dando origen a una pérdida de tejido que pudiera estar en relación a formas generalizadas de enfermedad periodontal destructiva^{22,27}. Así mismo, se deben considerar las características cualitativas de los tejidos duros y blandos que están en relación al diente los cuales podrían predisponer al individuo a la formación de recesión gingival, pudiéndose mencionar un fenotipo periodontal delgado^{24,28}.

La enfermedad periodontal es conocida como el principal causante o factor de riesgo para la formación de RG; se caracteriza por presentar destrucción del tejido óseo de soporte, de los tejidos gingivales a nivel epitelial y del tejido conectivo. Esta patología produce una separación entre el diente y la encía ocasionando una migración de la misma en sentido apical, desarrollando de esta manera exposición radicular. Por lo tanto, se pudiera considerar que la recesión gingival es una secuela que acompaña a la enfermedad periodontal^{11,19}. En ocasiones, la periodontitis genera reabsorción ósea, provocando que la RG sea más compleja, debido a que las piezas dentales involucradas pudiesen experimentar extrusión, inclinación y movilidad¹¹.

A lo largo del tiempo, investigadores han intentado describir y clasificar las RG para facilitar el diagnóstico y tratamiento de las mismas, entre los autores podemos mencionar: Miller que en 1985 clasificó la RG tomando en cuenta la naturaleza, calidad de la recesión y la relación con la altura del tejido interproximal adyacente. Por otra parte, Atkins y Sullivan en 1968 clasificaron las RG en base a la profundidad y la anchura del defecto; Mahajan en 2010 basa su clasificación en mejoras hechas al sistema de clasificación actual de Miller añadiendo que deben usarse otros parámetros como la extensión de la gravedad en la pérdida de hueso y tejido blando a nivel interproximal y el grosor de la encía; por último Pini y Prato en el 2010 realizaron otra clasificación usando la misma clasificación del Miller pero incluyendo a su vez

otros parámetros como utilidad, exhaustividad, disyunción, simplicidad, diagnóstico y pronóstico²⁷.

La más usada desde el punto de vista clínico es la clasificación de Miller según la Asociación Americana de Periodontología en 1999^{14,29,30}, en la cual se establecen cuatro categorías denominadas: clase I, clase II, clase III y clase IV; donde en cada una se evalúa el tejido marginal afectado y su extensión (si sobrepasa o no la línea mucogingival), así mismo, se observa la presencia o no de pérdida de tejido en la cresta ósea y en la papila interdental. En cuanto al nivel de severidad de cada una de las clasificaciones según Miller, se considera a la clase I como la recesión con mejor pronóstico, y por lo tanto las recesiones diagnosticadas como clase IV indican un pronóstico reservado^{22,27,31-34}.

Para el año 2011 Cairo y cols desarrollaron una propuesta sobre un sistema de clasificación mediante un método simplificado y rápido para categorizar la RG, y para el año 2017 este método fue aceptado en la nueva clasificación de condiciones gingivales de la Academia Americana de Periodontología (AAP) y la Federación Europea de Periodoncia. La clasificación de Cairo se caracteriza por el uso del nivel de inserción interdental para clasificar las RG; se considera que esta nueva clasificación supone mejoras ante las que se cree posee la ampliamente utilizada clasificación según Miller, como lo es, la posible dificultad de identificar entre una recesión clase I y una clase II. Así mismo, la falta de diagnóstico en esta clasificación de recesiones gingivales en la superficie palatino/lingual es considerada como una limitación¹⁸. Sin embargo, esta investigación se elaboró bajo lo expuesto por la AAP en el año 1999 puesto que la clasificación de Miller continua siendo utilizada como referencia para el diagnóstico de las RG de los pacientes atendidos en la clínica de Periodoncia de la Universidad de Los Andes.

De acuerdo a la literatura revisada se observó una gran cantidad de estudios que muestran distintos resultados en cuanto a la prevalencia de la RG, variando según la raza, el género, la edad, y la región geográfica^{13,17,18,21,24,35-37}. Se encontró que aproximadamente un 85% de la población en las diferentes etapas de la vida presentan recesiones gingivales en al menos una pieza dental¹²; por esta razón,

se toma esta condición como un problema de salud pública ya que existe aumento sustancial en la prevalencia de personas con RG a nivel mundial³⁸.

En poblaciones numerosas como los Estados Unidos y Brasil se reportó alta prevalencia de casos; Estados Unidos presentó de un 78 a 100% de personas con algún tipo de recesión gingival¹⁰, de igual forma en Brasil se demostró que el 89% de los pacientes examinados presentaron RG con un promedio de 9 dientes afectados³⁹. Por otra parte, a nivel nacional en el estado Zulia una investigación realizada indicó que un 86,9% de la población analizada presentó algún tipo de recesión⁴⁰.

A nivel mundial los estudios epidemiológicos sobre recesión gingival reflejan altas cifras de casos registrados, con distintos grados de severidad^{12,38}. Por lo tanto, resulta importante que la identificación de la recesión gingival sea rápida, eficaz y se provea toda la información necesaria para que el clínico pueda determinar el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento adecuado.

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

Evaluar la prevalencia de las recesiones gingivales en los pacientes atendidos en la clínica de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes durante el periodo 2009 al 2018.

1.2.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia del tipo de recesión gingival según la clasificación de Miller de la población en estudio.
- Describir la prevalencia de las recesiones gingivales con respecto a la edad de la población en estudio.
- Definir la prevalencia de las recesiones gingivales con respecto al sexo de la población en estudio.
- Determinar la prevalencia de las etiologías formadoras de recesiones gingivales en la población en estudio.

1.3 Justificación

La enfermedad periodontal resulta ser una patología que afecta numerosos elementos de la cavidad bucal, comprometiendo la estética, ocasionando dolor, disminución de la función, pérdida de piezas dentarias y al mismo tiempo la aparición de recesiones gingivales.

Las RG son consideradas como una patología que refiere una alta prevalencia a nivel mundial, afectando cualquier edad, género y raza, siendo además uno de los problemas más comunes que se presentan en la consulta odontológica.

Así mismo, al realizar la búsqueda de literatura acerca de prevalencia de RG nos encontramos con muy pocos estudios realizados en Venezuela y con un vacío de información en el estado Mérida, específicamente en la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes; siendo esta institución una sede importante que brinda servicios a numerosas personas anualmente. Por esta razón, este trabajo pretende determinar en qué frecuencia se ven afectados por esta condición los pacientes que acuden a la clínica de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, de igual forma, determinar el tipo de recesión gingival predominante, la etiología y los factores asociados como la edad y el sexo.

En consecuencia resulta de gran importancia desarrollar estudios que determinen la prevalencia de RG y demostrar con evidencia científica la presencia de esta patología; consiguiendo así identificar las causas desencadenantes, factores predisponentes y alertar a la comunidad odontológica para que de esta manera, se desarrollen programas y parámetros preventivos y evitar a largo plazo tratamientos costosos por falta de atención y diagnósticos erróneos. Y así, finalmente garantizar manejos terapéuticos adecuados a cada caso.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

En este capítulo se muestran a continuación investigaciones previas con la finalidad de reflejar datos que sustenten nuestra investigación. Representadas bajo un orden geográfico y de tiempo.

En Israel para el año 2005, Slutzkey y cols realizaron una investigación cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia, extensión y gravedad de la recesión gingival en adultos jóvenes. Y determinar factores de riesgo como el tratamiento ortodóntico previo, higiene bucal deficiente, sexo y hábito de fumar. Se evaluaron 303 pacientes que se sometieron a exámenes dentales de rutina, donde se evaluaron los factores de riesgo previamente descritos. Se encontró recesión gingival en el 14,6% de los casos, así mismo se concluyó que la RG es frecuente en adultos jóvenes y está relacionada directamente al tratamiento de ortodoncia y malos hábitos de higiene bucal⁴¹.

Para el año 2018 Seong y cols realizaron un estudio transversal en Reino Unido en una población de 350 adultos jóvenes en edades comprendidas entre 18 a 35 años de edad. El objetivo principal de esta investigación fue determinar la prevalencia de recesiones gingivales y sus factores predisponentes, así como también la relación que pudiese haber entre las RG y la hipersensibilidad dentinaria, desgastes erosivos, alteraciones gingivales y sondajes periodontales profundos. Los datos fueron recolectados por medio de un examen clínico y llenado de un cuestionario. Los resultados determinaron que cada paciente presentó al menos un diente con recesión, observando que el diente más afectado del arco maxilar del grupo de estudio fueron los molares superiores y del arco mandibular los premolares. Se observó predominio en recesiones de 1 a 3mm con el 58,4%, el 41,6% entre 4 mm y 8 mm. Se determinó que la sensibilidad dentinaria se vio reflejada en mayor proporción en la cara bucal de

los dientes que presentaban RG. Así como también se estableció una relación significativa entre recesiones gingivales y edad, siendo las edades más altas portadoras en mayor proporción de RG⁴².

Entre el año 2016 y 2017, Díaz y cols evaluaron las recesiones gingivales en pacientes del municipio Rodas. Cienfuegos Cuba. La investigación se realizó gracias al análisis de 22 pacientes que abarcaron edades entre 18 y 60 años durante el mes de octubre de 2016 y abril de 2017. Los 22 pacientes fueron separados según grupos de edades, sexo, nivel educacional y factores de riesgo predisponentes. Los datos fueron recolectados mediante un examen clínico y llenado de historia clínica para cada paciente. Los resultados arrojados en tablas de frecuencias relativas y absolutas demostraron que el grupo que presentó mayor presencia de recesiones gingivales correspondió a los clasificados en edades entre 35 – 59 años (90,9%), diagnosticados en su mayoría clase II según la clasificación de Miller (86,4%), siendo el factor predominante de riesgo en esta población la presencia de cálculo y placa dentobacteriana (100%), y la enfermedad periodontal crónica (90%). Se consiguió mayor prevalencia en el sexo femenino (63,6%) en comparación del masculino (36,4%). Se concluyó entonces que la enfermedad se incrementa con la edad, los irritantes locales como placa y cálculo dental juegan un papel significativo en el desarrollo de recesiones y salud gingival en general, así como también su aparición puede considerarse una secuela de la periodontitis crónica. Por último se determinó que el nivel educacional forma un papel importante al momento de planificar estrategias preventivas o de intervención, ya que estas deben adaptarse a sus destinatarios y así garantizar su eficacia⁴³.

En Chile para el año 2013, Beltrán y cols determinaron la prevalencia de patrones morfológicos de recesión gingival, pérdida de inserción y tipo de papila interdental en 105 pacientes con edades comprendidas entre 18 a 64 años de edad de ambos sexos, donde se identificó una prevalencia de recesiones del 92.38%, afectando a 530 dientes, así mismo, se registró que el patrón morfológico más común fue la clase II de Miller con un 34.94%, seguido del tipo III, I y IV. Por otra parte se estableció que las mujeres tuvieron una leve prevalencia sobre los hombres, que el

rango de edad más afectado fue el de 35 años. Concluyeron que los hallazgos representan una contribución para la evaluación de la recesión gingival en la población chilena, especialmente en la zona anterior debido a que es una zona estética donde se pueden usar diferentes tipos de tratamientos y ser comparados en un futuro⁴⁴.

Para el 2014, Rallén decidió reportar en un estudio descriptivo la prevalencia, distribución, extensión y severidad de las recesiones gingivales vestibulares en adultos chilenos entre 35 y 44 años, seleccionando para ello 703 periodontodiagramas con al menos 20 dientes obtenidos de la base de datos del Proyecto “Prevalencia de enfermedades bucales e indicadores de riesgo en la población 35-44 y 65-74 años de Chile”. Por otra parte la prevalencia fue definida por el porcentaje de pacientes que tuvieran al menos un sitio con recesión. La extensión se midió por el porcentaje de sitios comprometidos, en localizada (RGL)($<30\%$) y generalizada(RGG) ($\geq 30\%$). La distribución se evaluó según la ubicación por arcada, diente y sitio y la severidad en leve (1-2mm), moderada (2-3mm) y severa ($\geq 5\text{mm}$) de acuerdo a la longitud coronapical de superficie radicular no cubierta por encía. Como resultado se obtuvo que la prevalencia de la recesión vestibular fue de 93.5%, encontrándose en 12.4 – 8.2 dientes afectados en promedio. Se destacó también que los primeros molares maxilares fueron los más afectados, específicamente, los sitios mediales. En cuanto a los géneros no se encontró diferencia significativa a excepción de la severidad donde los hombres presentaron recesiones más severas¹¹.

En el 2017, Castro desarrollo una investigación donde el objetivo fue determinar la presencia y grado de recesiones gingivales en dientes anteroinferiores asociados la edad, sexo, biotipo gingival y uso previo de ortodoncia en 53 pacientes de 18 a 40 años de la clínica odontológica de la Universidad Andrés Bello en Santiago de Chile. La obtención de la información se realizó mediante un examen clínico de toda la cavidad bucal, con especial atención al grupo dentario anteroinferior donde se observó la presencia o no de recesiones gingivales y biotipo periodontal. Los resultados obtenidos demostraron que solo un tercio de la muestra presentó recesiones gingivales en el sector anteroinferior, los pacientes femeninos mostraron mayor

prevalencia según el género en un 36,7% en comparación del masculino (21,7%). De acuerdo a la edad el grupo de mayor rango etario presentó mayor proporción de recesiones 33,3%. Se determinó a su vez una mayor cantidad de recesiones periodontales en aquellos pacientes que en algún momento portaron aparatología ortodóntica (50%)⁴⁵.

Maetaharaen el 2005 realizó un estudio descriptivo, trasversal y clínico donde se describió la prevalencia, extensión y severidad de la recesión gingival en 133 pacientes del hospital central de la Fuerza Aérea del Perú, se obtuvo que el 72.9% de la muestra estudiada presentaba algún grado de recesión en boca, en cuanto al grupo etario se encontró que los pacientes mayores de 60 años presentaban mayor cantidad de recesiones, de igual forma se obtuvo con un 84.5% que los hombres eran los más afectados. En cuanto a la severidad se obtuvo que las recesiones clase I según Miller o de severidad leve fueron las más predominantes, así mismo se encontró que la pieza dental más afectada fueron los primeros molares superiores. Por otra parte no se encontraron diferencias en la prevalencia, extensión y severidad de la recesión gingival según el nivel de higiene oral de las personas¹⁰.

García y cols realizaron un estudio en el 2008 donde evaluaron el grado de recesión gingival según Miller en 120 pacientes que asistieron a la facultad de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) en Perú. Se evaluó además los métodos de higiene y la presencia de frenillos aberrantes. Además se realizó la historia clínica para descartar la presencia de enfermedades sistémicas, cepillado excesivo, uso de bebidas gaseosas en exceso y bruxismo, todos los pacientes fueron examinados con una sonda periodontal milimetrada y también fueron fotografiados. Como resultado se obtuvo que el 85% de los pacientes presentaron recesiones gingivales siendo la más encontrada la clase I de Miller con un 69.6%. Por último se evaluó la presencia de frenillos aberrantes los cuales no tuvieron importancia significativa con respecto al aumento de las recesiones⁴⁶.

En 2011 Cava y cols, desarrollaron un estudio en Perú con el propósito de determinar la prevalencia de la hipersensibilidad dentinaria en pacientes con recesión gingival que fueron atendidos en la Clínica Especializada de la Facultad de

odontología de San Martín de Porres (USMP). Los pacientes incluidos en esta investigación debían ser mayores de 18 años, con un mínimo de 20 piezas dentales en boca y ausencia de enfermedad periodontal. En el estudio participaron 300 personas, de los cuales 57 de ellos presentaron recesión gingival en al menos una pieza dentaria lo cual equivalió a un 17%. Se observó también un aumento en la proporción de recesión gingival en pacientes con edades comprendidas entre los 35 y 50 años, además se logró identificar que 58 de las piezas dentales estudiadas presentaron algún tipo de sensibilidad dentaria (al aire o al tacto)⁴⁷.

En Perú para el año 2013 Jiménez estudió la prevalencia de recesiones gingivales en un estudio transversal y descriptivo donde se evaluaron a 84 pacientes que fueron atendidos en la clínica de estomatología de Moche –UNT, entre hombres y mujeres con edades comprendidas entre 20 y 70 años. Se observó prevalencia de recesión en un 76.2%, predominando en hombres con un 85%. En cuanto a las edades se encontró que los pacientes entre 56 y 70 años presentaron más recesiones con un 93.8% y por último se destacó que la enfermedad periodontal es el factor etiológico más registrado en dichos pacientes³⁸.

Rivera y cols realizaron un estudio en Perú para el año 2014 en el cual determinaron la prevalencia de la recesión gingival y factores asociados a la higiene bucal en 77 estudiantes de postgrado de la UCSUR. Fue un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal donde los datos se obtuvieron a través de un cuestionario en el cual se tomaron 3 fotografías intraorales (una anterior y dos laterales), así mismo se evaluaron los cepillos dentales con uso de no menos a un mes los cuales fueron también fotografías y clasificados. Como resultado se obtuvo primero que el 85.71% de los estudiantes presentaron recesión gingival siendo los mayores a 30 años con 41.56% los más afectados, así mismo los premolares fueron las piezas dentarias con más recesiones encontradas, el grupo femenino tuvo mayor prevalencia que el grupo masculino y en cuanto a la frecuencia de cepillado se obtuvo que habían más recesiones en estudiantes que se cepillaban más de 2 veces al día usando cepillos con cerdas medianas y duras⁴⁸.

En Perú para el año 2016 Castro y cols evaluaron en la prevalencia, extensión, severidad e indicadores de riesgo de RG en una muestra de 318 adultos entre 25-75 años, a los cuales se les formuló un cuestionario y se les realizó un examen clínico en la zona vestibular de todas las piezas dentarias. Por otra parte los factores de riesgo que evaluaron fueron: nivel de educación, género, estado socioeconómico, movimiento del cepillado, frecuencia del cepillado y del uso de hilo dental y tratamientos periodontales y ortodónticos previos. Como resultado se encontró que la prevalencia de recesiones gingivales en esta muestra fue de 94.3%, además se identificó que la zona más común de aparición fue en la región mandibular con un 44.8%, también se observó que el género masculino estaba asociado a recesiones más severas que el género femenino. Concluyeron que las RG son de gran prevalencia en la comunidad peruana, siendo los factores de riesgo encontrados: el género, el movimiento del cepillado y el tratamiento ortodóntico previo⁴⁹.

Velásquez en el 2017, realizó un estudio con el fin de determinar la prevalencia de recesiones gingivales en estudiantes de 13 a 17 años de la institución educativa Manuel Gonzales Prada en Pimentel, Perú. La población de estudio se conformó por 120 pacientes. Los datos fueron recolectados por medio de la observación clínica y posterior vaciado de los datos. Se determinó que el 18% de los estudiantes presentaron recesiones gingivales en al menos una pieza dental, mientras que el 82% no demostraron poseer alguna alteración periodontal. El sexo masculino obtuvo mayor prevalencia de RG que el femenino (55 % y 45 % respectivamente). Los estudiantes de 14 años presentaron la mayor prevalencia de recesión gingival (32%)³⁷.

Para el 2018 en Perú, Álvarez realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de recesiones gingivales en pacientes adultos del Servicio de Odontología de los hospitales Víctor Lazarte Echegaray y Regional Docente de Trujillo. Se evaluaron 200 pacientes en total. La prevalencia de Recesión Gingival en el Servicio de Odontología del hospital Regional Docente de Trujillo fue de 62.79%, y en el hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo de 59.65%. Se observó mayor predominio en las recesiones clase I según la clasificación de Miller (66,1%). A su

vez se determinó mayor prevalencia en el sexo masculino (68,85%) en comparación del femenino (57,55%). De acuerdo a la edad, se consiguió un mayor predominio de recesiones gingivales en pacientes mayores de 50 años (87,5%). Se observó también que las piezas dentales con mayor prevalencia de RG fueron los premolares inferiores (43%)⁵⁰.

En Ecuador, Amancha en el 2017 determinó la prevalencia de RG y las piezas dentales más afectadas en edades tempranas. La muestra de este estudio fueron 100 estudiantes de primero y segundo semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas; los pacientes presentaron edades comprendidas entre 18 y 26 años, se les realizó un examen clínico utilizando una sonda periodontal. Como resultado obtuvieron que el 61% de los pacientes no presentaron recesiones gingivales, el 37% presentaron recesiones tipo I y el 2% presentaron recesiones tipo II. Por otra parte, en cuanto al género las mujeres presentaron más recesiones tipo I con un 68% en comparación de los hombres. En cuanto a los grupos etarios las edades entre 18 y 20 presentaron mayor cantidad de recesiones con un 90%. Como conclusión identificaron que las piezas dentales más afectadas fueron los caninos superiores e inferiores, además, que la cara vestibular fue la que tuvo mayor prevalencia de aparición de recesiones; por otra parte se determinó que el género no es influyente en la aparición de recesiones gingivales²¹.

En Quito Ecuador para el año 2014 Jijón desarrollo un estudio con el propósito de identificar la incidencia de las RG en las piezas dentarias bajo la clasificación de Miller, se analizaron 300 personas pertenecientes a los batallones militares de la Escuela Militar Eloy Alfaro y el Fuerte Militar Atahualpa, en edades comprendidas entre 18 – 28 años, de ambos sexos pero con predominancia masculina y un mínimo de 20 piezas dentales en boca. La recolección de datos se llevó a cabo por medio de consultas diagnósticas y aplicación de formularios para cada participante. Como resultado se observó de las 300 personas estudiadas, que 84 de ellos presentaron recesiones gingivales, donde según la clasificación de Miller la clase I predominó sobre la II y III en un 97,6%, observándose ausencia de clases V en la población. De las 84 personas se observaron un total de 177 recesiones. En relación con la edad la

mayor cantidad de RG se encontraron entre los 18 y 19 años, al mismo tiempo se observó que los dientes más afectados resultaron ser los primeros premolares superiores. Así mismo se determinó que el 76,2% de las personas con placa bacteriana presentaban recesiones gingivales, estableciendo una notoria relación entre estos⁵¹.

Durante el periodo 2015-2016, Brito y cols en Ecuador determinaron la prevalencia de RG y factores asociados (biotipo periodontal, índice gingival modificado, restauraciones subgingivales, higiene bucal, ortodoncia previa y características de cepillado dental) en 131 estudiantes de 18 a 25 años de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca seleccionados por aleatorización simple, a los cuales se les realizó examen clínico y se les aplicó un cuestionario. Los resultados obtenidos indicaron que la prevalencia de recesión fue de un 64,1% sin diferencia significativa en cuanto al sexo, por otra parte se encontró una relación estadísticamente significativa entre recesiones vestibulares, pacientes con un valor de índice gingival modificado de 0 y el uso de cerdas medias para el cepillado, obteniendo igualmente que los demás factores evaluados no presentaron relación significativa. Como conclusión determinaron que las piezas dentales más afectadas fueron los premolares inferiores, además encontraron que de todas las recesiones un 98% correspondían a la clase I de Miller, igualmente acorde a los milímetros encontrados se presentó mayormente 1mm con 83,2% y para finalizar se identificó que la cara vestibular de la pieza dentaria fue la más afectada²⁴.

Chávez en el 2016 realizó una investigación en Ecuador evaluando la prevalencia de recesión gingival en los pacientes que acudieron a la clínica integral de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. Se evaluaron mediante un examen clínico 100 pacientes mayores de 18 años. Se determinó que un 46% de los pacientes diagnosticados con al menos una recesión gingival son mayores de 46 años. También logró identificar que el género con mayor prevalencia a RG fue el masculino. El 62% y 43% de los pacientes masculinos y femeninos respectivamente que fueron examinados y que presentaban recesión gingival padecían a su vez de

periodontitis. Se concluyó que existe un mayor porcentaje de recesiones tipo III en el género masculino, y un mayor porcentaje grado I en el género femenino⁵².

En el 2016, Naranjo estableció la prevalencia de recesiones gingivales en dientes anteroinferiores según el biotipo periodontal en pacientes con apiñamiento dental que acudieron a la Universidad de las Américas en Ecuador. Para este estudio se escogieron aleatoriamente 80 pacientes entre 16 a 40 años en los cuales se observaron solo las piezas dentarias anteroinferiores, se identificó el biotipo periodontal según la traslucidez de la sonda y el tipo y grado de apiñamiento mediante el uso de un pie de rey. Del total de la población estudiada se presentó recesión gingival en el 41.25%, además aquellos pacientes que tenían un biotipo delgado mostraron 4.46 veces más probabilidad de presentar recesiones, en el mismo orden de ideas el 48% de las piezas dentales vestibularizadas presentaron recesión¹.

En 2018 Márquez, realizó una investigación cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de RG en pacientes de 18 a 50 años de edad atendidos en la clínica Odontológica de la Universidad De Las Américas, Quito – Ecuador. Este estudio evaluó a 66 pacientes seleccionados aleatoriamente. Las piezas dentales examinadas fueron los dientes posteroinferiores, identificándose en ellos: el biotipo periodontal, las recesiones gingivales según la clasificación de Miller y de Pini Prato, cantidad de encía queratinizada, entre otros factores. Los resultados arrojaron que tanto en hombres como en mujeres predominó el biotipo periodontal delgado, teniendo mayor porcentaje el sexo femenino (90%). De igual manera ambos sexos presentaron como etiología más común de las recesiones gingivales el trauma oclusal (30% para cada uno). La Recesión Clase I de Miller tuvo mayor prevalencia (alrededor de un 80%)³⁶.

Para el 2016 en Loja, Ecuador. Romero realizó un trabajo cuyo objetivo fue analizar la prevalencia de los factores desencadenante de RG, así como también establecer la relación de la recesión gingival según la edad y género; el estudio se llevó a cabo con 62 usuarios que acudieron a la clínica de Odontológica de la Universidad Nacional de Loja. Se observó que la RG estuvo generalizada en la muestra poblacional, afectando en mayor proporción al sexo femenino. Se obtuvo además una mayor prevalencia (60%) en personas con clase I según la clasificación

de Miller, en menor magnitud se observó la presencia de clase III (11%). De acuerdo a la cantidad de placa bacteriana estimada según el índice de O'Leary se estableció que el 58% de las personas con presencia de recesiones gingivales presentaron un alto nivel de placa bacteriana. A su vez, el 94% de las personas estudiadas demostraron tener una incorrecta técnica de cepillado¹³.

En Ecuador Salvatierra y cols en el 2017 realizaron un estudio de tipo trasversal y descriptivo donde determinaron la prevalencia de recesiones gingivales asociadas a traumas mecánicos en 81 pacientes de la UCSG mediante una inspección clínica. Se consiguió que el género masculino tuvo mayor prevalencia con un 58.03%, según la edad el grupo con más recesiones fue el de 46 a 55 años. La clase I de Miller fue la de mayor prevalencia, el biotipo fino presentó mayor cantidad de casos con RG con un 72.84%. La forma de recesión más común fue en V con 51,85% y el trauma más común asociado a recesiones fue la mal oclusión dental con 55,55%. Como conclusión se encontró que a medida que la edad avanza el porcentaje de RG aumenta considerablemente⁵³.

En el año 2018, Sisalima en la Universidad de Cuenca en Ecuador determinó la prevalencia de la recesión gingival mediante la clasificación de Cairo y Miller en 388 estudiantes de pregrado y la relación con variables demográficas y el fenotipo periodontal. El estudio fue de tipo descriptivo-analítico y la relación entre recesiones y variables fue evaluada mediante la prueba de chi-cuadrado y Odds ratio (OR). Obtuvo como resultado que la prevalencia de recesiones fue del 47.21% con el método diagnóstico de Miller y 50.16% con el método de Cairo, además hubo relación significativa entre la recesión y el grupo de edad de 25 a 34 años, con el sexo masculino y fenotipo periodontal delgado. Como conclusión se encontró que el método diagnóstico más eficaz es el de Cairo comparándolo con el de Miller ya que puede ser usado en superficies vestibulares y en palato-linguales¹⁸.

Tanqueño en el año 2018 decidió determinar la prevalencia de recesiones gingivales en las 12 piezas dentarias anteriores según la clasificación de Miller en pacientes mayores a 25 años que acudieron a la Universidad Central de Ecuador. Este estudio fue de tipo descriptivo, observacional de corte trasversal; la población fue de

267 pacientes y la muestra de 88 pacientes de ambos sexos a los que se les realizó examen clínico intraoral para determinar la presencia de recesiones mediante observación directa y medición de la recesión con una sonda periodontal milimetrada. Se encontró como resultado que el 63% de las piezas dentarias presentaban recesión y por el contrario el 37% de las piezas dentarias se encontraban sanas. Por otra parte se determinó que la clase I de Miller fue la más frecuente con un 74.3%, seguida de la clase II con un 13.60%, la clase III con 12.10% y por último la clase IV no se presentó clínicamente. En conclusión se obtuvo que la presencia de recesión clase I tuvo mayor porcentaje e incremento con la edad, la recesión clase III se observó en pacientes mayores a 50 años y además no se encontró diferencia significativa entre el sexo y la aparición de las recesiones¹⁹.

En la Universidad de Guayaquil en Ecuador para el año 2018 Navarrete y Torres realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo de la recesión gingival en adultos y a su vez determinar la prevalencia de las mismas en la población estudiada, la cual estuvo conformada por 61 pacientes que fueron atendidos en la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil. Los datos fueron proporcionados mediante una evaluación clínica que a su vez permitió el llenado de una hoja de registro. Se demostró que la RG tiene un origen multifactorial producto de la combinación de agentes externos y características propias del individuo, aún así, pudo concluirse que la enfermedad periodontal, la oclusión y el cepillado traumático así como el biotipo periodontal delgado fueron los principales indicadores de riesgo del estudio. Se observó también que las RG son altamente prevalentes, un 98,4% de la muestra estudiada demostró tener presente algún tipo de RG, aunque sea en una superficie dental. Bajo la clasificación según Miller se logró determinar que en el grupo de estudio la RG más común fue la Clase I, seguida de la Clase II y III, encontrándose ausente la Clase IV³.

En el 2014, Castañeda realizó un trabajo en la facultad de Odontología de la Universidad de Colombia, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de RG en una población estudiantil joven, y determinar la presencia de factores asociados a la formación y progresión de las mismas. La población correspondió a 389 estudiantes

que ingresaron al primer semestre de la Universidad Nacional de Colombia en el 2014, en edades comprendidas entre 16 y 25 años. El examen clínico realizado por un docente experto previamente calibrado permitió la recolección de los datos. Se observó que el 28% de los participantes presentaron RG, el 28,02% presentaron recesión gingival clase I y solo 0,25% clase III. Las mujeres demostraron menor afectación que el sexo masculino, se observó también en la población de estudio que las RG aumentan progresivamente con la edad observándose mayor grado de recesión entre los 20 y 25 años. Los pacientes con gingivitis inducida por irritantes locales manifestaron tener mayor probabilidad de sufrir recesiones debido al cúmulo de placa e inflamación gingival¹⁷.

Bracho y cols en el 2007 determinaron la prevalencia de la recesión gingival visible en adolescentes Wayú del estado Zulia. Fue un estudio descriptivo, transeccional, no experimental en el cual se evaluaron 222 individuos con edades entre 13 y 18 años de ambos géneros, sin historia de tratamiento periodontal, ortodóntico o de operatoria en los cuellos dentales. Para este estudio se usó el índice para recesión gingival de Roger Smith donde se obtuvo una prevalencia de recesiones en el 86.9% de los individuos siendo el grupo de adolescentes de 18 años el más afectado con 32.6%, además se identificó que la prevalencia en mujeres fue de 87% mientras que en hombres fue de 85% revelando que las recesiones se encontraron de manera muy similar en ambos sexos y que existe una alta prevalencia de recesiones gingivales en los adolescentes Wayú siendo la edad con valores más altos los 18 años⁴⁰.

En el 2012 Burgos y cols en la ciudad de Carabobo, Venezuela determinaron la prevalencia de las recesiones gingivales según Miller en una población de 400 pacientes, tomando una muestra de 120 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión (adultos de entre 18 y 60 años, de ambos sexos, fumadores y no fumadores, con o sin enfermedad periodontal, tratamiento de ortodoncia, dehiscencia ósea e inserción alta de frenillo). Este estudio fue de tipo descriptivo con un diseño no experimental transversal, además se usó la técnica de observación directa y como instrumento se usó una guía de observación. Como resultado se obtuvo una

prevalencia de recesión gingival del 61%, donde hubo un total de 178 piezas dentarias afectadas, de las cuales un 48% presentó recesión clase I de Miller, 39% clase II, 13% clase III y 1% IV. De igual forma la pieza dentaria más afectada fueron los premolares con un 36%, molares 31%, incisivos 19% y caninos en un 14%. Por otro lado como conclusión se identificó mayor prevalencia de recesiones en el sexo femenino, entre los 18 y 39 años y sobre la etiología de la recesión se obtuvo que la inflamación gingival estuvo asociada en un 67% y la malposición dentaria con 40%².

2.2 Bases conceptuales

1. Periodoncia

La periodoncia puede definirse como el estudio de las estructuras de soporte del diente. Donde no solamente se incluye la fisiología normal de esas estructuras, sino también las desviaciones de lo normal denominadas patología⁴⁹.

2. Biología del Periodonto.

Se refiere al conjunto de tejidos o estructuras que rodean y soportan al diente y se encuentran constituidos por encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar. Pueden clasificarse a estas estructuras en dos tipos, una de protección representada por la encía, y otra de inserción que comprende el ligamento, cemento y hueso. Entre las funciones principales está mantener unido el diente al hueso de los maxilares y lograr la integridad en la región de la mucosa masticatoria de la cavidad^{12,37}.

3. Periodonto de protección.

3.1 Encía.

La encía es un tejido que se encuentra cubierto por epitelio queratinizado, recubre a la apófisis alveolar y contornea a los dientes en su parte cervical, hacia la parte coronal la encía presenta un color rosado coralino terminando a nivel del margen gingival libre en forma festoneada, en la zona apical la encía continúa con la mucosa alveolar, de la cual está separada por la línea mucogingival. Este tejido se

divide principalmente en dos tipos: libre o marginal, adherida o insertada e interdental¹².

3.1.1 Encía libre o marginal.

Es el borde de la encía que rodea al diente en forma de collar. Posee un contorno festoneado siguiendo la línea amelocementaria de los dientes, su tamaño presenta una anchura que oscila entre 0.5 y 1 mm²⁵.

3.1.2 Encía Interdentaria.

Se define como el tejido que ocupa el nicho interdentario entre la porción más coronal del hueso alveolar y el punto de contacto del diente. Esta encía está formada por dos papilas: una vestibular y otra lingual/palatina que se encuentran unidas entre sí por una depresión llamada col interdentario^{54,55}.

3.1.3 Encía Adherida o insertada.

Se reconoce como la encía que se encuentra fuertemente adherida al periostio del hueso alveolar subyacente, se extiende desde el surco gingival, hasta la unión mucogingival y presenta una anchura que varía de 1.9 a 4.5 mm dependiendo del área bucal que se encuentre²⁵.

4. Periodonto de Inserción.

4.1 Cemento Radicular.

Estructura periodontal el cual cubre la superficie radicular y donde en él se insertan las fibras del ligamento periodontal. El ligamento periodontal no se observa radiográficamente⁵⁶.

4.2 Ligamento Periodontal.

Se define como un tejido conectivo blando que se une al cemento radicular, se ubica en un lugar llamado Espacio del Ligamento Periodontal el cual mide de 0.1 a 0.25 mm⁵⁶.

4.3 Hueso Alveolar.

Estructura que forma parte del hueso de soporte de los maxilares, se desarrolla junto a la formación y erupción de los dientes. Su integridad depende de las raíces de los dientes. Esta estructura se encuentra en constante remodelado^{25,55}.

5. Biotipo Periodontal.

Características que reflejan el grosor gingival y óseo del periodonto y su relación morfológica con la corona y raíz de los dientes⁵⁷.

5.1 Biotipo I.

Posee una anchura vestíbulo-lingual normal o ideal del proceso alveolar. Esta anchura de la encía insertada es de 3 a 5 mm. Así mismo posee un grosor representado por el tejido blando y hueso alveolar subyacente de 2mm²⁵.

5.2 Biotipo II.

Es un tejido más delgado que el tipo I, posee una anchura vestíbulo-lingual normal. La anchura de la encía insertada es de 2mm y el grosor de 2mm²⁵.

5.3 Biotipo III (delgado).

Posee una anchura vestíbulo-lingual delgada. La anchura de encía insertada es menor de 3 a 5 mm. Tiene un grosor de 1mm. A la palpación se pueden percibir las prominencias radiculares²⁵.

5.4 Biotipo IV (delgado).

Posee una anchura vestíbulo-lingual delgada, la anchura de la encía insertada es menor de 2mm y presenta un grosor de 1mm. Este biotipo presenta alto potencial de riesgo mucogingival por el posible desarrollo de recesiones gingivales²⁵.

6. Enfermedades Periodontales.

Conjunto de patologías que afectan tanto al periodonto de protección (enfermedades gingivales) como al periodonto de inserción (enfermedades periodontales)²⁵.

6.1 Gingivitis.

Se define como una patología que afecta los tejidos gingivales de las piezas dentales; se desencadena principalmente por biofilm (compuesto de numerosas bacterias) acumulado en el margen gingival, lo cual produce inflamación de esta zona y de las papilas interdentarias. Una encía con gingivitis puede presentar coloración roja o azulada, apariencia brillante y lisa, sangrado espontáneo y un reborde gingival alargado por la presencia de fibrosis o edema⁴.

6.2 Periodontitis.

Es considerada una enfermedad inflamatoria, cuya etiología es principalmente infecciosa (placa bacteriana) generada por falta de higiene oral, que de acuerdo al grado de compromiso puede llevar a la pérdida total de los tejidos de soporte del diente³⁹.

6.3 Recesión gingival.

La recesión gingival se describe como la exposición de la superficie radicular del diente debido a la migración apical del margen gingival en relación a la unión amelocementaria²⁹.

7. Prevalencia

Es la proporción de personas afectadas por una enfermedad en un punto específico en el tiempo, como el que determina un estudio transversal⁴.

7.2 Prevalencia de recesión gingival.

Es definida como el porcentaje de individuos que tienen al menos un sitio con recesión gingival¹¹.

8. Factores desencadenantes de recesión gingival:

8.1 Cepillado dental.

Mecanismo por el cual se lleva a cabo de manera manual el proceso de limpieza de las piezas dentales. Los efectos del cepillado han sido estudiados y el uso incorrecto o vigoroso del cepillo dental puede producir recesión²⁹.

8.2 Mal oclusión.

Se define como una alteración entre la longitud del arco y el tamaño de los dientes, presentándose una incorrecta posición de los dientes, provocando alteraciones en su alineación junto con malas relaciones de contacto entre ellos¹⁷.

8.3 Oclusión traumática

Se presenta en mordidas profundas y un overjet reducido con retroinclinación de los incisivos superiores. En algunos casos esto puede resultar en hendiduras o destrucción de la encía y formación de recesión gingival debido a que el periodonto se encuentra en relación a fuerzas perjudiciales, afectando de esta manera la tolerancia periodontal^{17,51}.

8.4 Cálculo y placa dental.

La placa se produce como resultado del cúmulo de restos de alimentos y bacterias, como resultado de la calcificación de esta se forma el cálculo, que se acumula en la superficie del diente, creando una superficie rugosa y en la cual se puede producir inflamación gingival, destrucción del tejido gingival marginal y pérdida ósea³⁷.

8.5 Saco Periodontal.

Se define como la profundización patológica del surco gingival con presencia de infección, sufriendo una migración apical del epitelio de unión⁴.

8.6 Movimientos ortodónticos.

Al producirse movimientos dentales fuera de las corticales puede conllevar a dehiscencias óseas que pueden aumentar el riesgo de presentar recesión gingival durante o después del tratamiento ortodóntico¹⁷.

8.7 Frenillo Traccionante.

Es un repliegue de la mucosa bucal, situado en la línea media que conecta el labio inferior o superior con la encía adherida y la papila interincisal. Cuando el frenillo labial se inserta sobre la papila interincisiva vestibular produce tracción sobre ella con el movimiento labial. Provocando recesión gingival debido al desplazamiento de los tejidos⁵¹.

9. Clasificación de las recesiones gingivales.

9.1 Clasificación de Miller

9.1.1 Clase I: recesión de tejido marginal que no se extiende hasta la línea mucogingival, no presentar pérdida ósea ni de tejido blando entre dientes^{22,27,31-34}.

9.1.2 Clase II: recesión de tejido marginal que sí se extienden o sobrepasa la línea mucogingival, y en la que no existe pérdida ósea ni de tejido gingival interdental^{22,27,31-34}.

9.1.3 Clase III: recesión que puede sobrepasar o no la línea mucogingival, afectando la cresta ósea y la papila interdental^{22,27,31-34}.

9.1.4 Clase IV: recesión que alcanza o sobrepasa la línea mucogingival, afectando el hueso interproximal y la papila interdental^{22,27,31-34}.

9.2 Clasificación de Cairo

Se clasifican las recesiones en 3 tipos, de acuerdo a la evaluación de la pérdida de inserción en sitios bucales e interproximales.

9.2.1 Tipo 1 (RT1): recesión gingival sin pérdida de inserción interproximal. La línea amelocementaria interproximal no es clínicamente detectable en los aspectos mesial y distal del diente.

9.2.2 Tipo 2 (RT2): recesión gingival asociada con la pérdida de inserción interproximal. La cantidad de pérdida de inserción interproximal (medida desde la línea amelocementaria interproximal hasta la profundidad del surco) es menor o igual a la pérdida de inserción bucal (medida desde la línea amelocementaria bucal hasta la profundidad del surco bucal).

9.2.3 *Tipo 3 (RT3)*: recesión gingival asociada a la pérdida de inserción interproximal. La cantidad de pérdida de inserción interproximal (medida desde la línea amelocementaria interproximal a la profundidad del surco) es mayor que la pérdida de inserción bucal (medida de la línea amelocementaria bucal a la profundidad del surco bucal)¹⁸.

10. Consecuencias de la recesión gingival

10.1 *Alteraciones estéticas.*

La retracción de la encía origina un aumento de la corona clínica que podría ir contra las exigencias estéticas del individuo. Se observa en pacientes con recesiones gingivales en dientes anteriores una mayor probabilidad de tener un impacto negativo en la calidad de vida a causa de los problemas estéticos¹⁹.

10.2 *Retención de placa.*

El diente con recesión gingival presenta dentina cervical que se encuentra expuesta al medio bucal, la cual es sensible especialmente al momento del cepillado dental por lo que el paciente suele evitar esta acción, provocando de esta manera retención de placa exacerbando el progreso de la recesión gingival en ese lugar¹⁷.

10.3 *Sensibilidad dental.*

Se considera una condición dental muy común, que se define como un dolor breve y agudo que surge de la respuesta de la dentina expuesta a factores térmicos, químicos o táctiles¹⁷.

10.4 *Caries radicular*

Se presenta como una enfermedad infecciosa de origen bacteriano que se produce por la desmineralización de los tejidos duros del diente, que en este caso serían el cemento y la dentina. Las caries radicular se presenta con frecuencia en las superficies vestibulares y proximales de los dientes con recesión gingival¹⁹.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Alcance y diseño de la investigación

Esta investigación fue de alcance correlacional, la cual tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular, además, presentó un diseño no experimental debido a que no se manipularon variables y además es transversal ya que se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único siendo su propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado⁵⁸.

Por otra parte, este trabajo contó con un enfoque cuantitativo donde las características cuantificables obtenidas fueron analizadas bajo un modelo estadístico que permitió determinar la prevalencia de lo antes mencionado⁵⁸.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

La población de esta investigación estuvo determinada por 2130 historias clínicas de todos los pacientes que acudieron a la Clínica de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes durante el periodo 2009 al 2018.

3.2.2 Muestra

La muestra seleccionada estuvo conformada por 1620 historias clínicas de los pacientes que acudieron a la Clínica de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes durante el periodo 2009 al 2018 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.2.2.1 *Criterios de inclusión*

Para esta investigación se seleccionaron historias clínicas que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión:

- Historias clínicas completas.
- Historias clínicas firmadas y corregidas por el profesor encargado.
- Historias clínicas de pacientes con cualquier edad.
- Historias clínicas con pacientes de ambos sexos.
- Historias clínicas de pacientes con o sin pérdida dental.
- Historias clínicas de pacientes con o sin rehabilitación bucal presente.
- Historias clínicas de pacientes fumadores y no fumadores.
- Historias clínicas de pacientes con o sin enfermedad periodontal.
- Historias clínicas de pacientes con o sin tratamiento ortodóntico.
- Historias clínicas donde se refleje la presencia de recesiones gingivales.
- Historias clínicas donde se especifique el tipo de recesión según la clasificación de Miller y la etiología relacionada.

3.2.2.2 *Criterios de exclusión*

- Historias clínicas que no cumplieron con los criterios de inclusión anteriormente mencionados.

3.3 **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La recolección de datos se llevó a cabo por medio de la observación, obteniendo la información a través de 1620 historias clínicas previamente diseñadas, corregidas y archivadas en la clínica de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la ULA (APÉNDICE A).

Todos los datos recolectados de las historias clínicas fueron vaciados posteriormente en una planilla de registro en formato Excel ®, la cual estuvo conformada por diez (10) columnas, donde cada una contó con una (1) fila para cada historia clínica y de esta manera vaciar y registrar la información necesaria para

cumplir con los objetivos de la investigación. El documento se encuentra organizado de la siguiente manera:

- La primera columna llevó el nombre de “sexo” donde cada fila se respondió con la letra “F” para el sexo femenino y “M” para el masculino según haya sido el caso.
- Contó con una segunda columna llamada “rango de edad”, contando con seis (6) opciones de respuesta: “<20”, “21 - 30”, “31 - 40”, “41 - 50”, “51 - 60”, “>61”, que dependiendo de la edad del paciente se ubicaba en alguno de estas opciones, con el fin de organizar a la población en grupos etarios.
- La tercera columna llevó el nombre de “recesión gingival tipo I”, donde se plasmó con la letra “X” la presencia de esta patología en cada paciente, en caso de estar ausente la fila permaneció vacía.
- La cuarta columna llevó el nombre de “recesión gingival tipo II”, en la cual se indicó con la letra “X” la presencia de esta patología en cada paciente, en caso de estar ausente la fila permaneció vacía.
- La quinta columna se nombró “recesión gingival tipo III”, donde se indicó con la letra “X” si esta patología estaba presente en cada paciente, en caso de no estarlo, la fila permaneció vacía.
- La sexta columna llevó el nombre de “recesión gingival tipo IV”, donde se plasmó con la letra “X” la presencia de esta patología en cada paciente, en caso de estar ausente la fila permaneció vacía.
- Contó con una séptima columna de nombre “etiología traumática”, que fue marcada con la letra “X” la fila, si alguna de las recesiones registradas tuvo como origen algún factor traumático, en caso de no ser así la fila permaneció vacía.
- Una octava columna llevó el nombre de “etiología de desarrollo”, donde cada fila fue marcada con una letra “X” si alguna de las recesiones previamente indicadas contaba con algún origen de este tipo; si este no fue el caso la casilla permaneció en blanco.

- Contó con una novena columna llamada “etiología patológica”, donde cada fila fue marcada con una letra “X” si alguna de las recesiones previamente indicadas indicó un origen de tipo patológico. Si este no fue el caso la casilla permaneció vacía.
- La décima columna se denominó “etiología iatrogénica”, donde si alguna de las recesiones previamente descritas indicó un origen iatrogénico la fila correspondiente fue marcada con una letra “X” en caso de presentar alguna otra etiología la fila permaneció en blanco (ANEXO A).

3.3.1 Validación del instrumento

El instrumento de recolección de datos fue diseñado bajo la presentación de planilla a través del programa Excel ®, el cual fue previamente validado por tres expertos y profesionales en periodoncia de la Universidad de Los Andes, los cuales hicieron la revisión necesaria de este documento (ANEXO B).

3.4 Procedimientos:

La investigación fue llevada a cabo bajo el siguiente procedimiento:

- Se realizó la validación del instrumento para la recolección de los datos por expertos en el tema.
- Fueron seleccionadas las historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.
- Se identificó en cada historia clínica las características e ítems de estudio necesarios para llevar a cabo la investigación (edad, sexo, etiología y tipo de recesión).
- Se procedió a vaciar los datos de las historias clínicas seleccionadas en el instrumento de recolección de datos, realizado bajo el formato de planilla en Excel ®.
- Por último se analizaron los datos a través del software estadístico SPSS ® 20.

3.5 Aspectos bioéticos

Para llevar a cabo el proceso de recolección de las historias clínicas, se redactó una carta dirigida al jefe de la cátedra de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, en donde se solicitó una autorización para el manejo de las historias y su respectivo uso dentro de esta investigación (ANEXO C), según lo contemplado en el art. 62 y en el art. 63 del Código de Deontología Odontológica⁵⁹. Así mismo es importante mencionar que la recolección de los datos de dichas historias se realizó con fines exclusivamente académicos, respetando el anonimato de los pacientes y todo lo contemplado en el art. 68 de la ley Orgánica de salud⁶⁰.

3.6 Análisis de resultados

Se realizó a través de estadística descriptiva, mediante el programa Excel ® y el software estadístico SPSS 20 ®. Para el análisis estadístico se realizó la prueba de *chi-cuadrado*, teniendo en consideración que la asociación es significativa si la probabilidad de equivocarse es menor al 5% $P < 0.05$; los resultados fueron reflejados en tablas o gráficos según el caso.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Presentación de los resultados

Los resultados obtenidos en la *tabla 1*, indicaron que: de 1620 pacientes, 1213 presentaron recesión gingival, representando estadísticamente esta cifra un 74,9%. Así mismo, 407 pacientes no fueron diagnosticados con RG (25,1%).

Tabla 1. Distribución de la población según la presencia de recesiones gingivales

Recesiones Gingivales					
Total		Presente		Ausente	
Recuento	Prevalencia	Recuento	Prevalencia	Recuento	Prevalencia
1620	100%	1213	74,9%	407	25,1%

Con respecto al sexo de la población estudiada, los resultados observados en la *tabla 2* indicaron que: de 1213 pacientes que fueron diagnosticados con RG, 682 pertenecieron al sexo femenino, representando el 56,2%, mientras que el sexo masculino contó con 531 pacientes, figurando un 43,8%.

Tabla 2. Distribución de la población según el sexo.

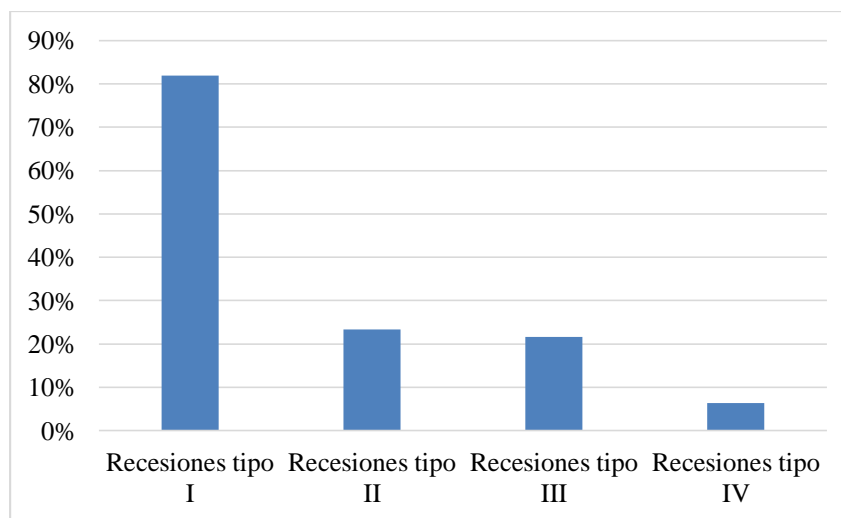
	Recuento	Prevalencia
Femenino	682	56,2%
Masculino	531	43,8%
Total	1213	100,0%

Con relación a las recesiones según la clasificación de Miller, el análisis de la población como lo indica la tabla 3 y el gráfico 1, indicaron mayor prevalencia de casos en la RG tipo I con un total de 994 pacientes, que estadísticamente representaron un 81,9%. Por otro lado, 78 casos fueron reportados con RG tipo IV (6,4%), siendo este el menor porcentaje en la población descrito para un tipo de recesión.

Tabla 3. Distribución de las recesiones gingivales en la población según la clasificación de Miller

	Total		Presente		Ausente	
	Recuento	Prevalencia	Recuento	Prevalencia	Recuento	Prevalencia
Recesiones tipo I	1213	100%	994	81,9%	219	18,1%
Recesiones tipo II	1213	100%	283	23,3%	930	76,7%
Recesiones tipo III	1213	100%	262	21,6%	951	78,4%
Recesiones tipo IV	1213	100%	78	6,4%	1135	93,6%

Gráfico 1. Distribución de las recesiones gingivales en la población según la clasificación de Miller.

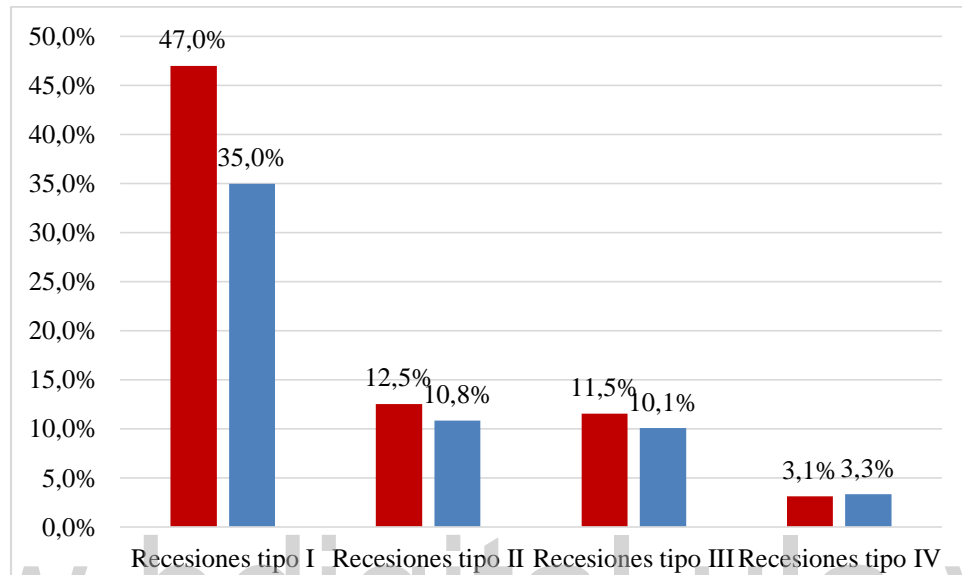


Los resultados expuestos en la *tabla 4* y *gráfico 2* demuestran que en la RG tipo I, II y III se observaron mayor cantidad de casos para el sexo femenino, siendo representados de la siguiente manera: para la tipo I 570 (47%), la tipo II 152 (12,5%) y tipo III 140 (11,5%). Sin embargo, la RG tipo IV estuvo representada por una mayor cantidad de casos en pacientes del sexo masculino, con un total de 40 siendo esto un 3.3%.

Tabla 4. Distribución del tipo de recesión gingival asociado al sexo de la población estudiada

		Total		Presente		Ausente	
		Recuento	Prevalencia	Recuento	Prevalencia	Recuento	Prevalencia
F	Recesiones tipo I	682	56,2%	570	47,0%	112	9,2%
	Recesiones tipo II	682	56,2%	152	12,5%	530	43,7%
	Recesiones tipo III	682	56,2%	140	11,5%	542	44,7%
	Recesiones tipo IV	682	56,2%	38	3,1%	644	53,1%
M	Recesiones tipo I	531	43,8%	424	35,0%	107	8,8%
	Recesiones tipo II	531	43,8%	131	10,8%	400	33,0%
	Recesiones tipo III	531	43,8%	122	10,1%	409	33,7%
	Recesiones tipo IV	531	43,8%	40	3,3%	491	40,5%
Total	Recesiones tipo I	1213	100,0%	994	81,9%	219	18,1%
	Recesiones tipo II	1213	100,0%	283	23,3%	930	76,7%
	Recesiones tipo III	1213	100,0%	262	21,6%	951	78,4%
	Recesiones tipo IV	1213	100,0%	78	6,4%	1135	93,6%

Gráfico 2. Distribución del tipo de recesión gingival asociado al sexo de la población estudiada



En la *tabla 5* luego de realizar el test estadístico chi-cuadrado, se observaron valores mayores a $p=0.05$, indicando que los resultados no fueron estadísticamente significativos; considerando de esta manera que no existe una relación relevante entre las recesiones gingivales (tipo I, II, III y IV) y el sexo de la población.

Tabla 5. Test estadístico *chi-cuadrado*: Asociación de las recesiones gingivales y el sexo.

		Prueba de Chi Cuadrado		
		Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
	Chi-cuadrado de Pearson	2,805	1	,094
Recesión tipo I	Corrección por continuidad ^b	2,559	1	,110
	Razón de verosimilitudes	2,791	1	,095
Recesión tipo II	Chi-cuadrado de Pearson	,948	1	,330
	Corrección por continuidad ^b	,819	1	,365

	Razón de verosimilitudes	,945	1	,331
	Chi-cuadrado de Pearson	1,056	1	,304
Recesión tipo III	Corrección por continuidadb	,917	1	,338
	Razón de verosimilitudes	1,053	1	,305
	Chi-cuadrado de Pearson	1,908	1	,167
Recesión tipo IV	Corrección por continuidadb	1,596	1	,206
	Razón de verosimilitudes	1,893	1	,169

En la *tabla 6*, la población estudiada se dividió en seis grupos etarios que fueron organizados de la siguiente manera: de <20, de 21 a 30, de 31 a 40, de 41 a 50, de 51 a 60 y de >61. Se observó mayor concentración de pacientes en las edades comprendidas entre 21 – 30 años de edad con un total de 403, representando el 33,22% de la población total. La menor participación se reflejó en el grupo etario de 61 años en adelante con un conteo de 89 pacientes siendo esta cantidad el 7,34%.

Tabla 6. Distribución de la población según grupos etarios

Grupo Etario	Total	Prevalencia
<20	160	13,19%
21 – 30	403	33,22%
31 – 40	156	12,86%
41 – 50	189	15,58%
51 – 60	216	17,81%
>61	89	7,34%
Total general	1213	100%

En la *tabla 7* luego de asociar la recesión gingival tipo I según Miller con los grupos etarios, se observó una mayor prevalencia en los rangos de edad entre 21 a 30 años, con 366 casos que representaron el 30,2% del total de RG tipo I. El grupo etario con menos casos registrados con este tipo de recesión perteneció al grupo >61 años, con un conteo de 42 pacientes (3,5%). Mostrando entonces mayor prevalencia de esta patología en edades jóvenes.

Tabla 7. Distribución de las recesiones gingivales tipo I en relación a los grupos etarios de la población

Grupo etario y recesión gingival tipo I			
	Ausente	Presente	Total
	8	152	160
<20	0,7%	12,5%	13,2%
21 a 30	37	366	403
	3,1%	30,2%	33,2%
31 a 40	26	130	156
	2,1%	10,7%	12,9%
41 a 50	47	142	189
	3,9%	11,7%	15,6%
51 a 60	54	162	216
	4,5%	13,4%	17,8%
>61	47	42	89
	3,9%	3,5%	7,3%
Total	219	994	1213
	18,1%	81,9%	100,0%

La prueba estadística expuesta en la *tabla 8*, arrojó resultados estadísticamente significativos, indicando que existe relación entre la edad y la RG tipo I.

Tabla 8. Test estadístico *chi-cuadrado*: Asociación de la recesión gingival tipo I con la edad.

Prueba de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	125,715	5	,000
Razón de verosimilitudes	116,253	5	,000
Asociación lineal por lineal	106,802	1	,000
N de casos válidos	1213		

En la *tabla 9* se analizaron las RG tipo II en la población y se encontró que: la mayor prevalencia de casos se presentó en 91 pacientes con edades entre 51 a 60 años, siendo esto un 7,5%. Se determinó a su vez, que la menor cantidad de casos para este tipo se obtuvo en 15 pacientes <20 años que representaron un 1,2%. Demostrando una posible tendencia de esta patología de presentarse en edades avanzadas.

Tabla 9. Distribución de las recesiones gingivales tipo II en relación a los grupos etarios de la población.

Grupo etario y recesión gingival tipo II			
	Ausente	Presente	Total
<20	145 12,0%	15 1,2%	160 13,2%
21 a 30	357 29,4%	46 3,8%	403 33,2%
31 a 40	126 10,4%	30 2,5%	156 12,9%
41 a 50	121 10,0%	68 5,6%	189 15,6%
51 a 60	125 10,3%	91 7,5%	216 17,8%
>61	56 4,6%	33 2,7%	89 7,3%
Total	930 76,7%	283 23,3%	1213 100,0%

Los resultados obtenidos en la *tabla 10* indicaron resultados estadísticamente significativos, demostrando que existe relación entre la recesión gingival tipo II según Miller y la edad de la población.

Tabla 10. Test estadístico *chi-cuadrado*. Asociación de la recesión gingival tipo II con la edad.

Prueba de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	119,861	5	,000
Razón de verosimilitudes	121,015	5	,000
Asociación lineal por lineal	106,863	1	,000
N de casos válidos	1213		

A continuación en la *tabla 11* se observa que: para el análisis de las RG tipo III, la mayor concentración de casos fue de 6,7%, representada por 81 pacientes en edades comprendidas entre 51 y 60 años. Así mismo, se determinó que únicamente 4 casos fueron registrados en pacientes <20 años de edad, indicando estadísticamente un 0,3%; Mostrando una posible asociación entre este tipo de recesión y las edades avanzadas.

Tabla 11. Distribución de las recesiones gingivales tipo III en relación a los grupos etarios.

Grupo etario y recesión gingival tipo III			
	Ausente	Presente	Total
	156	4	160
<20	12,9%	0,3%	13,2%
	381	22	403
21 a 30	31,4%	1,8%	33,2%
	125	31	156
31 a 40	10,3%	2,6%	12,9%
Grupo Etario	123	66	189
41 a 50	10,1%	5,4%	15,6%
	135	81	216
51 a 60	11,1%	6,7%	17,8%
	31	58	89
>61	2,6%	4,8%	7,3%
Total	951	262	1213
	78,4%	21,6%	100,0%

Los valores obtenidos en la *tabla 12* indicaron resultados estadísticamente significativos, indicando relación entre la recesión gingival tipo III y la edad de la población.

Tabla 12. Test estadístico *chi-cuadrado*: Asociación de la recesión gingival tipo III con la edad.

Prueba de <i>chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	248,561	5	,000
Razón de verosimilitudes	256,756	5	,000
Asociación lineal por lineal	232,232	1	,000
N de casos válidos	1213		

En el análisis de la población con respecto a las RG tipo IV realizado en la *tabla 13*, se determinó que: la mayor cantidad de casos para esta clasificación, estuvo representada por 22 pacientes en edades comprendidas entre 51 a 60 años de edad, indicando estadísticamente un 1,8%. De igual manera se observó que la menor cantidad de casos con esta patología se encontró en el grupo etario más joven (<20) con un conteo de 2 casos, siendo esto un 0,2%. Pudiéndose establecer cierta relación entre la recesión gingival tipo IV y las edades avanzadas.

Tabla 13. Distribución de las recesiones gingivales tipo IV en relación a los grupos etarios.

Grupo etario y recesión gingival tipo IV				
	Ausente	Presente	Total	
Grupo Etario	<20	158 13,0%	2 0,2%	160 13,2%
	21 a 30	398 32,8%	5 0,4%	403 33,2%
	31 a 40	143 11,8%	13 1,1%	156 12,9%
	41 a 50	174 14,3%	15 1,2%	189 15,6%
	51 a 60	194 16,0%	22 1,8%	216 17,8%
	>61	68 5,6%	21 1,7%	89 7,3%
	Total	1135 93,6%	78 6,4%	1213 100,0%

Los resultados obtenidos en la *tabla 14*, indicaron niveles estadísticamente significativos, demostrando de esta manera la relación que existente entre la RG tipo IV y la edad de la población.

Tabla 14. Test estadístico *chi-cuadrado*. Asociación de la recesión gingival tipo IV con la edad.

Prueba de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	75,471	5	,000
Razón de verosimilitudes	69,904	5	,000
Asociación lineal por lineal	60,564	1	,000
N de casos válidos	1213		

En la *tabla 15* se determinó de manera general que las etiologías más frecuentes en la formación de RG de la población estudiada fueron: de tipo traumático y patológica; con un total de 646 casos para la traumática (representando un 53,3%) y 601 casos para la patológica, siendo esto un 49,5%.

Tabla 15. Distribución general de las etiologías de las recesiones gingivales en la población estudiada.

	Presente		Ausente		Total	
	Recuento	Prevalencia	Recuento	Prevalencia	Recuento	Prevalencia
Traumática	646	53,3%	567	46,7%	1213	100,0%
Desarrollo	21	1,7%	1192	98,3%	1213	100,0%
Patológica	601	49,5%	612	50,5%	1213	100,0%
Iatrogénica	30	2,5%	1183	97,5%	1213	100,0%

La *tabla 16* reflejó el análisis de la etiología traumática en relación a las RG tipo I de la población, se determinó que: de 994 recesiones gingivales clasificadas como tipo I, se reportaron 596 casos asociados a etiologías traumáticas, representando estadísticamente esto un 49,1%.

Tabla 16. Distribución de la etiología traumática asociada a las recesiones gingivales tipo I de la población estudiada.

		Etiología Traumática		Total
		Recesiones tipo I		
		Ausente	Presente	
Traumática	Ausente	169	398	567
			32,8%	46,7%
	Presente	50	596	646
			49,1%	53,3%
Total		219	994	1213
		18,1%	81,9%	100%

En la *tabla 17* se observa la prueba *chi-cuadrado*, la cual indicó resultados estadísticamente significativos, demostrando relación entre la RG tipo I y la etiología traumática.

Tabla 17. Test estadístico *chi-cuadrado*. Asociación de la etiología traumática y la recesión gingival tipo I.

Prueba de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	99,379	1	,000
Corrección por continuidad	97,893	1	,000
Razón de verosimilitudes	102,850	1	,000
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	99,297	1	,000
N de casos válidos	1213		

Los resultados obtenidos en la *tabla 18* hacen referencia al análisis de la etiología traumática en relación a la RG tipo II, donde se obtuvo que: de 283 pacientes con este tipo de recesión, se reportaron 100 casos asociados a etiología traumática que representando estadísticamente el 8,2%; mientras que los 183 casos restantes presentaron etiologías diferentes a la traumática (15,1%).

Tabla 18. Distribución de la etiología traumática asociada a las recesiones gingivales tipo II de la población estudiada.

		Etiología Traumática		Total
		Recesiones tipo II		
		Ausente	Presente	
Traumática	Ausente	384	183	567
	Presente	546	100	646
Total		930	283	1213
		76,7%	23,3%	100%

Los resultados obtenidos en la *tabla 19* demostraron valores estadísticamente significativos, indicando relación entre la etiología traumática y la RG tipo II en la población.

Tabla 19. Test estadístico *chi-cuadrado*. Asociación de la etiología traumática y la recesión gingival tipo II.

Prueba de <i>chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47,619	1	,000
Corrección por continuidad ^b	46,685	1	,000
Razón de verosimilitudes	47,919	1	,000
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	47,580	1	,000
N de casos válidos	1213		

El análisis realizado en la *tabla 20* sobre la etiología traumática y las RG tipo III en la población indicó que: de 262 pacientes diagnosticados con esta clasificación, se reportaron 73 casos asociados a etiologías traumáticas, representando esto estadísticamente un 6,0%; de igual forma se determinó que los 189 casos restantes indicaron presentar etiologías diferentes a la traumática (15,6%).

Tabla 20. Distribución de la etiología traumática asociada a las recesiones gingivales tipo III de la población estudiada.

		Etiología Traumática		Total
		Recesiones tipo III		
		Ausente	Presente	
Traumática	Ausente	378	189	567
	Presente	573	73	646
Total		951	262	1213
		78,4%	21,6%	100,0%

En la *tabla 21* se observaron resultados estadísticamente significativos a través de la prueba *chi-cuadrado*, indicando que existe relación entre la etiología traumática y la formación de RG tipo III en la población.

Tabla 21. Test estadístico *chi-cuadrado*. Asociación de la etiología traumática y la recesión gingival tipo III.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	86,565	1	,000
Corrección por continuidad ^b	85,269	1	,000
Razón de verosimilitudes	88,305	1	,000
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	86,494	1	,000
N de casos válidos	1213		

En la *tabla 22* se analizó la RG tipo IV y la etiología traumática y se observó que: de 78 pacientes con este tipo de RG, se reportaron 17 casos asociados a etiologías traumáticas, los cuales representaron un 1,4%; mientras que los 61 casos restantes indicaron presentar etiologías diferentes a la traumática (5%).

Tabla 22. Distribución de la etiología traumática asociada a las recesiones gingivales tipo IV según la clasificación de Miller.

		Etiología traumática		Total
		Recesiones tipo IV		
		Ausente	Presente	
Traumática	Ausente	506	61	567
			5,0%	46,7%
	Presente	629	17	646
			1,4%	53,3%
Total		1135	78	1213
		93,6%	6,4%	100,0%

En la *tabla 23* se observaron resultados estadísticamente significativos mediante la aplicación de la prueba *chi-cuadrado*, lo cual indicó que existe relación entre la etiología traumática y los casos de RG tipo IV en la población.

Tabla 23. Test estadístico *chi-cuadrado*. Asociación de la etiología traumática y la recesión gingival tipo IV.

Prueba de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,146	1	,000
Corrección por continuidad ^b	31,809	1	,000
Razón de verosimilitudes	34,547	1	,000
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	33,118	1	,000
N de casos válidos	1213		

En la *tabla 24* se analizó la relación entre la etiología de desarrollo y las RG tipo I, indicando que: de 994 casos 9 de ellos presentaron etiologías de desarrollo, representando estadísticamente un 0,7%; mientras que las 985 recesiones restantes presentaron etiologías diferentes (81,2%).

Tabla 24. Distribución de la etiología de desarrollo asociada a las recesiones gingivales tipo I de la población.

		Etiología de Desarrollo		
		Recesiones tipo I		Total
		Ausente	Presente	
Desarrollo	Ausente	207	985	1192
	Presente	12	9	21
Total		219	994	1213
		18,1%	81,9%	100,0%

Los resultados obtenidos en la *tabla 25* indicaron valores estadísticamente significativos, demostrando que existe relación entre la etiología de desarrollo y la recesión gingival tipo I en la población estudiada.

Tabla 25. Test estadístico *chi-cuadrado*. Asociación de la etiología de desarrollo y la recesión gingival tipo I.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,069	1	,000
Corrección por continuidad ^b	19,463	1	,000
Razón de verosimilitudes	16,371	1	,000
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	22,051	1	,000
N de casos válidos	1213		

Los resultados observados en la *tabla 26* indicaron que de 283 casos clasificados como Recesiones gingivales tipo II, se reportaron 8 de estos con etiologías de desarrollo los cuales representaron estadísticamente un 0,7%; mientras que los 275 casos restantes presentaron etiologías diferentes a esta (22,7%).

Tabla 26. Distribución de la etiología de desarrollo asociada a las recesiones gingivales tipo II en la población estudiada.

		Etiología de Desarrollo		Total
		Recesiones tipo II		
		Ausente	Presente	
Desarrollo	Ausente	917	275	1192
			22,7%	98,3%
	Presente	13	8	21
			0,7%	1,7%
Total		930	283	1213
		76,7%	23,3%	100%

En la *tabla 27* se observaron valores mayores a $p0.05$, lo cual indicó que los resultados no fueron estadísticamente significativos, expresando que no hay relación entre la etiología de desarrollo y la RG tipo II en la población de estudio.

Tabla 27. Test estadístico *chi-cuadrado*. Asociación de la etiología de desarrollo y la recesión gingival tipo II.

Prueba de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,604	1	,107
Corrección por continuidad ^b	1,832	1	,176
Razón de verosimilitudes	2,329	1	,127
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	2,602	1	,107
N de casos válidos	1213		

Los resultados obtenidos en la *tabla 28* indicaron que: de 262 pacientes con RG tipo III, se encontraron 2 casos con etiología de desarrollo, representando estadísticamente un 0,2%; a su vez se observó que los 260 casos restantes presentaron etiologías diferentes a esta (21,4%).

Tabla 28. Distribución de la etiología de desarrollo asociada a las recesiones gingivales tipo III en la población estudiada.

		Etiología de Desarrollo		Total
		Recesiones tipo III		
		Ausente	Presente	
Desarrollo	Ausente	932	260	1192
			21,4%	98,3%
	Presente	19	2	21
			0,2%	1,7%
	Total	951	262	1213
		78,4%	21,6%	100,0%

En la *tabla 29* se observaron valores mayores a $p0.05$, lo cual indicó que los resultados no fueron estadísticamente significativos, expresando que no hay relación entre la etiología de desarrollo y la RG tipo III en la población.

Tabla 29. Test estadístico *chi-cuadrado*. Asociación de la etiología de desarrollo y la recesión gingival tipo III.

Prueba de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,840	1	,175
Corrección por continuidad ^b	1,186	1	,276
Razón de verosimilitudes	2,200	1	,138
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	1,839	1	,175
N de casos válidos	1213		

Los resultados obtenidos en la *tabla 30* indicaron que: de 78 casos registrados con RG tipo IV en la población, 3 de ellos presentaron etiologías de desarrollo, representando esto un 0,2%; Así mismo los 75 pacientes restantes mostraron etiologías diferentes a esta (6,2%).

Tabla 30. Distribución de la etiología de desarrollo asociada a las recesiones gingivales tipo IV en la población estudiada.

		Etiología de Desarrollo		Total
		Recesiones tipo IV		
		Ausente	Presente	
Desarrollo	Ausente	1117	75	1192
			6,2%	98,3%
	Presente	18	3	21
			0,2%	1,7%
	Total	1135	78	1213
		93,6%	6,4%	100,0%

En la *tabla 31* se observaron valores mayores a $p0.05$, lo cual indicó que los resultados no fueron estadísticamente significativos, demostrando que no hay relación entre la etiología de desarrollo y la RG tipo IV en la población.

Tabla 31. Test estadístico *chi-cuadrado*. Asociación de la etiología de desarrollo y la recesión gingival tipo IV.

Prueba de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,192	1	,139
Corrección por continuidad ^b	1,064	1	,302
Razón de verosimilitudes	1,671	1	,196
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	2,190	1	,139
N de casos válidos	1213		

Los resultados obtenidos luego de la asociación entre la etiología patológica y la RG tipo I reflejados en la *tabla 32*, indicaron que: de 994 casos con esta clasificación de RG 339 presentaron etiologías patológicas, las cuales representaron estadísticamente un 37%.

Tabla 32. Distribución de la etiología patológica asociada a las recesiones gingivales tipo I en la población estudiada.

		Etiología Patológica		Total
		Recesiones tipo I		
		Ausente	Presente	
Patológica	Ausente	67	545 44,9%	612 50,5%
	Presente	152	449 37,0%	601 49,5%
Total		219 18,1%	994 81,9%	1213 100,0%

Los resultados obtenidos en la *tabla 33* indicaron valores estadísticamente significativos, expresando que existe relación entre la etiología patológica y la RG tipo I en la población.

Tabla 33. Test estadístico *chi-cuadrado*. Asociación de la etiología patológica y la recesión gingival tipo I.

Prueba de <i>chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,166	1	,000
Corrección por continuidad ^b	41,202	1	,000
Razón de verosimilitudes	43,060	1	,000
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	42,131	1	,000
N de casos válidos	1213		

Los resultados obtenidos en la *tabla 34* a través del análisis de la etiología patológica y la RG tipo II, indicaron que: de las 283 pacientes con este tipo de recesión, 203 casos presentaron etiología patológica, representando estadísticamente un 16,7%; así mismo, los 80 casos restantes presentaron etiologías diferentes a la patológica (6,6%).

Tabla 34. Distribución de la etiología patológica asociada a las recesiones gingivales tipo II en la población estudiada.

		Etiología Patológica		Total
		Recesiones tipo II		
		Ausente	Presente	
Patológica	Ausente	532	80	612
	Presente	398	203	601
Total		930	283	1213
		76,7%	23,3%	100,0%

En la *tabla 35* se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, indicando que existe relación entre la etiología patológica y la RG tipo II en la población estudiada.

Tabla 35. Test estadístico *chi-cuadrado*. Asociación de la etiología patológica y la recesión gingival tipo II.

Prueba de <i>chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	72,673	1	,000
Corrección por continuidad ^b	71,520	1	,000
Razón de verosimilitudes	74,559	1	,000
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	72,613	1	,000
N de casos válidos	1213		

Los resultados obtenidos en la *tabla 36* indicaron que: de 262 casos de recesiones gingivales tipo III, 213 presentaron etiología patológica, representando un 17,6% del total de casos registrados para este tipo de recesión; de esta manera 49 casos restantes presentaron etiologías diferentes a esta (4%).

Tabla 36. Distribución de la etiología patológica asociada a las recesiones gingivales tipo III en la población estudiada.

		Etiología Patológica		Total
		Recesiones tipo III		
		Ausente	Presente	
Patológica	Ausente	563	49	612
			4,0%	50,5%
	Presente	388	213	601
			17,6%	49,5%
Total		951	262	1213
		78,4%	21,6%	100,0%

Los resultados obtenidos en la *tabla 37* indicaron resultados estadísticamente significativos, indicando que existe relación entre la etiología patológica y la RG tipo III en la población estudiada.

Tabla 37. Test estadístico *chi-cuadrado*. Asociación de la etiología patológica y la recesión gingival tipo II.

Prueba de <i>chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	134,771	1	,000
Corrección por continuidad ^b	133,156	1	,000
Razón de verosimilitudes	142,993	1	,000
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	134,660	1	,000
N de casos válidos	1213		

En la *tabla 38* se observaron los siguientes resultados: de un total de 78 pacientes diagnosticados con RG tipo IV en la población, se encontraron 69 casos con etiologías patológicas, representando estadísticamente un 5,7%; indicando esta etiología como la principal causa de formación de RG tipo IV en la población.

Tabla 38. Distribución de la etiología patológica asociada a las recesiones gingivales tipo IV en la población estudiada.

		Etiología Patológica		Total
		Recesiones tipo IV		
		Ausente	Presente	
Patológica	Ausente	603	9 0,7%	612 50,5%
	Presente	532	69 5,7%	601 49,5%
Total		1135 93,6%	78 6,4%	1213 100,0%

En la *tabla 39* se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, indicando que existe relación entre la etiología patológica y la RG tipo IV en la población estudiada.

Tabla 39. Test estadístico *chi-cuadrado*. Asociación de la etiología patológica y la recesión gingival tipo IV.

Prueba de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	50,500	1	,000
Corrección por continuidad ^b	48,850	1	,000
Razón de verosimilitudes	56,686	1	,000
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	50,458	1	,000
N de casos válidos	1213		

La *tabla 40* indicó que: de 994 pacientes diagnosticados con RG tipo I, se encontraron 21 casos con etiología iatrogénica, representando un 1,7%; así mismo se observaron 973 casos con etiologías diferentes a la Iatrogénica (80,2%).

Tabla 40. Distribución de la etiología iatrogénica asociada a las recesiones gingivales tipo I en la población estudiada.

		Etiología Iatrogénica		Total
		Recesiones tipo I		
		Ausente	Presente	
Iatrogénica	Ausente	210	973	1183
			80,2%	97,5%
	Presente	9	21	30
			1,7%	2,5%
	Total	219	994	1213
		18,1%	81,9%	100,0%

En la *tabla 41* se obtuvieron valores mayores a $p0.05$, indicando que los resultados no fueron estadísticamente significativos, expresando de esta manera que no existe relación entre la etiología iatrogénica y la RG tipo I en la población estudiada.

Tabla 41. Test estadístico *chi-cuadrado*. Asociación de la etiología iatrogénica y la recesión gingival tipo I.

Prueba de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,967	1	,085
Corrección por continuidad ^b	2,197	1	,138
Razón de verosimilitudes	2,597	1	,107
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	2,964	1	,085
N de casos válidos	1213		

Los resultados obtenidos en la *tabla 42* indicaron que: de un total de 283 casos reportados como RG tipo II en la población, 5 de ellos se encontraron diagnosticados con etiología iatrogénica, representando esto un 0,4%; por lo tanto se concluyó que 278 casos (22,9%) presentaban etiologías diferentes a esta.

Tabla 42. Distribución de la etiología iatrogénica asociada a las recesiones gingivales tipo II en la población estudiada.

		Etiología Iatrogénica		Total
		Recesiones tipo II		
		Ausente	Presente	
Iatrogénica	Ausente	905	278	1183
			22,9%	97,5%
	Presente	25	5	30
			0,4%	2,5%
Total		930	283	1213
		76,7%	23,3%	100,0%

En la *tabla 43* se obtuvieron valores mayores a $p0.05$, indicando que los resultados no fueron estadísticamente significativos, expresando de esta manera que no existe relación entre la etiología iatrogénica y la RG tipo II en la población estudiada.

Tabla 43. Test estadístico *chi-cuadrado*. Asociación de la etiología iatrogénica y la recesión gingival tipo II.

Prueba de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,764	1	,382
Corrección por continuidad ^b	,429	1	,512
Razón de verosimilitudes	,823	1	,364
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,763	1	,382
N de casos válidos	1213		

En los resultados obtenidos en la *tabla 44* se observó que: de 262 casos registrados con Recesión gingival tipo III se encontraron 5 con etiología iatrogénica, representando esto un 0,4%; así mismo, se observaron 257 casos con etiologías diferentes a la Iatrogénica (21,2%).

Tabla 44. Distribución de la etiología iatrogénica asociada a las recesiones gingivales tipo III en la población estudiada.

		Etiología Iatrogénica		Total
		Recesiones tipo III		
		Ausente	Presente	
Iatrogénica	Ausente	926	257	1183
			21,2%	97,5%
	Presente	25	5	30
			0,4%	2,5%
Total		951	262	1213
		78,4%	21,6%	100,0%

En la *tabla 45* se obtuvieron valores mayores a $p0.05$, indicando que los resultados no fueron estadísticamente significativos, expresando de esta manera que no existe relación entre la etiología iatrogénica y la RG tipo III en la población estudiada.

Tabla 45. Test estadístico *chi-cuadrado*. Asociación de la etiología iatrogénica y la recesión gingival tipo III.

Prueba de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,442	1	,506
Corrección por continuidad ^b	,194	1	,660
Razón de verosimilitudes	,469	1	,493
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,442	1	,506
N de casos válidos	1213		

En la *tabla 46* los resultados indicaron que: de un total de 78 casos reportados con RG tipo IV en la población, únicamente 2 de ellos fueron diagnosticados con alguna etiología Iatrogénica, representando esto estadísticamente un 0,2%; por lo tanto se concluyó que los 76 casos restantes (6,3%) presentaron etiologías diferentes a la iatrogénica.

Tabla 46. Distribución de la etiología iatrogénica asociada a las recesiones gingivales tipo IV en la población estudiada.

		Etiología Iatrogénica		Total
		Recesiones tipo IV		
		Ausente	Presente	
Iatrogénica	Ausente	1107	76	1183
	Presente	28	2	30
Total		1135	78	1213
		93,6%	6,4%	100,0%

Los resultados obtenidos en la *tabla 47* expresaron valores mayores a $p0.05$, demostrando que los resultados no fueron estadísticamente significativos, indicando de esta manera que no existe relación entre la etiología iatrogénica y la RG tipo IV en la población estudiada.

Tabla 47. Test estadístico *chi-cuadrado*. Asociación de la etiología iatrogénica y la recesión gingival tipo IV.

Prueba de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,003	1	,957
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000
Razón de verosimilitudes	,003	1	,958
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,003	1	,957
N de casos válidos	1213		

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El análisis de la población que formó parte de esta investigación, indicó que de un total de 1620 pacientes, 1213 presentaron RG lo cual estadísticamente estuvo representado por un 74,9%, demostrando una alta prevalencia de casos en la muestra de estudio; estos resultados se asemejan a los descritos por Castro y Cols quienes en el 2016 realizaron una investigación donde observaron que el 94,3% de la población estudiada presentaba al menos una superficie dental con RG⁴⁹. De igual manera, un estudio llevado a cabo en Perú por Rivera y cols, contó con la participación de 77 pacientes de los cuales el 85,71% indicaron tener RG presentes⁴⁸. Así mismo, Rallen para el año 2014 realizó una investigación en Chile en la cual contó con una población de 703 individuos, donde observó una alta prevalencia de casos de RG de un 93,43%¹¹. Coincidiendo de igual manera con Tanqueño, que en el año 2018 determinó la prevalencia de RG en pacientes que acudieron a la Universidad Central de Ecuador, donde contó con una población de 267 personas de las cuales un 63% presentaba RG¹⁹.

Con respecto a la distribución de las RG según el sexo se demostró que en la población estudiada el sexo femenino contó con una prevalencia del 56,2% de casos, mientras que un 43,8% fue representado por el sexo masculino; demostrando mayor prevalencia de RG en las mujeres. Sin embargo, a través de los resultados estadísticos obtenidos por medio del test *chi-cuadrado*, no se estableció relación directa entre el sexo y la presencia de RG. Resultados similares observaron Castro y cols quienes en el año 2017 realizaron una investigación en la Universidad Andrés Bello de Chile, donde observaron una mayor prevalencia de recesiones por género en el sexo femenino con un 36,7% en comparación a los pacientes del sexo masculino que contaron con un 21,7% de casos. Sin embargo, a través de la prueba *chi-cuadrado*

esta diferencia no fue estadísticamente significativa $p = 0,24$, indicando que no hubo relación directa entre el sexo y la presencia de RG en la población⁴⁵.

De igual forma, resultados similares se observan en una investigación realizada por Amancha En Ecuador para el año 2017, en la cual se obtuvo mayor prevalencia de casos con RG en pacientes femeninos que representaron estadísticamente un 73%, mientras que el sexo masculino contó con un 27% de casos. Así mismo, tras realizar el test *chi-cuadrado* y presentar un valor de $p=0,265$, los resultados indicaron no ser estadísticamente significativos; concluyendo que no existió influencia entre el género y la recesión gingival²¹.

En el mismo orden de ideas y coincidiendo con los resultados obtenidos en cuanto a la prevalencia de RG según el género de la población estudiada, para el año 2017 Cuesta realizó una investigación en Ecuador donde observó una prevalencia de casos mayor en el género femenino de un 68%, en comparación del sexo masculino que presentó una prevalencia de 32%. Sin embargo tras realizar el análisis estadístico *chi-cuadrado* concluyó por medio de niveles de significancia que no existió relación entre la RG y el género de los participantes¹². De igual manera, un estudio realizado por Bracho en Venezuela el cual contó con una población de 222 pacientes pertenecientes a la parroquia Idelfonso Vásquez del estado Zulia, indicó que el sexo femenino contó con una prevalencia del 78,8%, mientras que el masculino con un 21.2%; concluyendo mayor prevalencia de casos en mujeres⁴⁰. Otro estudio realizado por Romero en Ecuador llevado a cabo en la Universidad Nacional de Loja para el año 2016, presentó una prevalencia del 66% de casos en el sexo femenino, un resultado mayor al reflejado en el sexo masculino el cual contó con una participación del 34%¹³, así mismo, en Ecuador Tanqueño realizó un estudio en el cual su población estuvo distribuida estadísticamente por un 62,5% de pacientes femeninos con presencia de RG, y a su vez un 37,5% de individuos del sexo masculino presentaron esta patología¹⁹. Para el año 2016 Cava realizó un estudio en Perú, en el

cual contó con 300 pacientes diagnosticados con RG; la mayor prevalencia de casos se vio reflejada en el sexo femenino con un 67%⁴⁷.

Sin embargo, autores difieren a los resultados obtenidos en cuanto a describir al sexo femenino como el género con mayor prevalencia de RG; como lo es en el año 2016 cuando Chávez realizó una investigación en Ecuador donde su población de estudio estuvo constituida por un 58% de pacientes masculinos y un 42% de pacientes femeninos⁵². De igual forma en Bogotá para el año 2014, Castañeda realizó en una población universitaria una investigación en la cual su muestra de estudio se constituyó por 389 personas de los cuales 252 fueron del sexo masculino, representando el 65% de la población estudiada¹⁷.

Por otra parte es importante resaltar que en la presente investigación se evaluó la distribución del sexo asociado a los tipos de recesión, los cuales arrojaron para el sexo femenino que la tipo I fue la más prevalente con 47% y el valor más bajo para este sexo fue la recesión tipo IV con 3,1%, así mismo para el sexo masculino la recesión con mayor prevalencia fue la tipo I con 35% y la menor fue la tipo IV con 3,3%. Para contrastar con estos resultados podemos mencionar un estudio realizado en el 2006 en Perú por Maetahara, en el cual se reporta de igual manera para el sexo femenino que la recesión con mayor prevalencia es la tipo I con 64,5% y la menor fue la tipo IV con 7% coincidiendo con nuestra investigación, de igual forma para el sexo masculino los resultados coinciden debido a que la recesión con mayor prevalencia fue la tipo I con 65,1%, existiendo además una discrepancia para la recesión con menor prevalencia para este sexo siendo en este caso la tipo II con 8,6%¹⁰.

Con respecto a la distribución de las RG según la clasificación de Miller se demostró que en la muestra estudiada, la RG tipo I presentó la mayor cantidad de casos con un total de 994, indicando a su vez una prevalencia de 81,9%; por otro lado, la RG tipo IV presentó 78 casos, siendo esta cifra el menor recuento para un tipo de RG, indicando estadísticamente un 6,4%. En Venezuela se observan resultados

similares descritos por Burgos y Cols para el año 2012, quienes realizaron una investigación con el fin de evaluar la prevalencia de RG en una población, en la cual obtuvieron una mayor prevalencia de recesiones gingivales tipo I según Miller con un total de 85 casos que representaron un 48%; así mismo, se coincidió que la RG con menor prevalencia de casos fue la tipo IV 1%². Así mismo, en Ecuador para el año 2014, Jijón realizó una investigación donde examinó 300 pacientes en la cual se registraron un total de 177 recesiones gingivales, además se logró determinar que la recesión gingival tipo I según Miller arrojó mayor prevalencia de casos con un total de 97,6%⁵¹. De igual manera, los resultados coinciden con Álvarez, quien realizó una investigación en Perú para el año 2018 donde logró concluir mediante el análisis de una población que la RG con mayor prevalencia fue la tipo I, representando un 87,70% con un total de 389 casos; a su vez determino que la RG tipo IV contó con 5 casos (2,05%), siendo esta la recesión con menor incidencia en la población⁵⁰. Otro estudio realizado por Cuesta en el 2017, en el cual se analizó una población escolar de Ecuador se observó una prevalencia del 99,2% de casos para la RG tipo I¹². Por otra parte en el 2008 García y cols realizaron un estudio con una población de 120 pacientes, en la cual obtuvieron la mayor prevalencia de casos para la recesión tipo I según Miller con un 69.6%⁴⁶.

Sin embargo, autores difieren de los resultados obtenidos en cuanto a la alta prevalencia de RG tipo I en la población, como en el caso de Beltrán y cols, quienes en Chile para el año 2013 realizaron una investigación donde luego de analizar su población de estudio, reportaron que la mayor prevalencia de casos de RG estuvo representada por la tipo II con un 34,94%⁴⁴.

En relación a la distribución de las RG según la edad se obtuvo que la mayor cantidad de casos se observó en el grupo etario descrito en edades entre 21 a 30 años donde clasificaron 403 pacientes que estadísticamente representaron un 33,22% del total de la muestra Se observa semejanza en los resultados obtenidos por Burgos y

cols, en Venezuela (2012), en el cual analizaron a 400 pacientes y concluyeron que el grupo etario con más casos diagnosticados con RG fue de los 18 a los 39 años, representando estadísticamente un 66%²; coincidiendo que la población joven demostró ser la más susceptible ante esta patología. Así mismo, se presentan similitud con respecto a los resultados obtenidos por Sisalima luego de realizar un estudio en Ecuador (2018), cuya finalidad era determinar la prevalencia de recesiones gingivales en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, en la cual su grupo de estudio estuvo conformado por 305 personas que fueron divididas en tres grupos etarios; el autor observó que el grupo menor de 25 años registró la mayor cantidad de casos con RG, con un total de 267 pacientes que representaron un 87,5% del total de la muestra¹⁸. Otro estudio realizado por Romero en la Universidad Nacional de Loja ubicada en Ecuador, contó con la participación de 62 personas, donde 25 de ellas las cuales representaron un 42%, clasificaron dentro de un grupo etario con rango de edades entre 36 y 49 años, representando este grupo la mayor concentración de pacientes con RG¹³.

Por otro lado, una investigación realizada por Castañeda en Colombia, presentó resultados diferentes en relación a la alta prevalencia de RG en edades tempranas; en la cual analizó una población de 389 estudiantes en edades entre 16 y 25 años, donde observó únicamente una prevalencia del 28,28% de presencia de RG¹⁷. De igual manera, se difiere con los resultados expuestos por Jiménez, quien para el año 2013 realizó un estudio en Perú que estuvo constituido por 84 pacientes en edades entre 20 y 70 años, donde encontró alta prevalencia de RG en el grupo etario de edades entre 56 y 70 años, indicando que la RG presentó mayor incidencia de casos en edades avanzadas³⁸.

Además, se logró establecer relación entre los grupos etarios y los tipos de RG en la muestra, y pudo observarse que en la RG tipo I la mayor prevalencia se registró en pacientes entre 21 y 30 años con 366 casos que representaron un 30,2%; la RG tipo II

predominó en el grupo etario entre 51 a 60 años con 91 pacientes que indicaron un 7,5%, al igual que la RG tipo III y IV las cuales presentaron mayor prevalencia de casos en este mismo grupo etario, con 81 casos representados estadísticamente por un 6,7% para la RG tipo III y 22 casos para la RG tipo IV que representaron un 1,8%; así mismo, los resultados obtenidos mediante la prueba estadística *chi-cuadrado* indicaron ser estadísticamente significativos, demostrando que existe una relación entre la edad y los diferentes tipos de RG según Miller. Esta misma relación podemos señalarla en la investigación realizada por Maetahara en el 2006, donde expuso luego de analizar su población, que la RG tipo I tuvo más prevalencia en el grupo de 14 a 19 años con 80%, seguido de la tipo II ubicada dentro del rango de 20 a 29 años con 17,2%, la recesión tipo III tuvo una prevalencia de 20,7% dentro del rango de 50 a 59 años y por último la tipo IV con 36,4% situada en el grupo etario mayor a 70 años¹⁰.

En cuanto a la prevalencia de las etiologías formadoras de RG, se presentó mayor cantidad de casos en las asociadas a factores traumáticos, con un total de 646 RG que representaron un 53,3%; así mismo, 601 casos de RG fueron diagnosticadas con etiologías de tipo patológicas, que representaron estadísticamente un 49,5%. Estos resultados se asemejan a algunas investigaciones, como en el caso del estudio realizado por Márquez en Ecuador para el año 2018, el cual observó que el 30% de las RG registradas tanto en pacientes femeninos como en masculinos, indicaron tener un origen de tipo traumático³⁶. De manera similar un estudio realizado en el 2016 por Romero, el cual contó con una muestra de 62 pacientes que presentaron RG, observó que el 94% de ellos realizaban un incorrecto cepillado dental, concluyendo que un 93.5% del origen de estas RG estaban relacionadas a este factor traumático¹³.

Así mismo, se coincide con Jiménez quien en el 2013 realizó una investigación en Perú en la cual indicó que la mayor prevalencia de etiologías formadoras de RG fueron de origen patológico con un total de 58 casos, representando un 90,6%; se consideró que las secuelas de la enfermedad periodontal fueron las principales causas

en la formación de RG. Además, se concluyó que la segunda etiología más frecuente en la población fue de tipo traumática, siendo el cepillado dental la más relevante la cual presentó un total de 21 casos 32,8%³⁸. De igual forma, Navarrete para el año 2018 realizó una investigación en Ecuador en la cual se determinó que un 29,5% de las recesiones gingivales estudiadas fueron producto de enfermedad periodontal, indicando que la etiología patológica demostró ser la principal causa en el desarrollo de las RG en esa población³.

Por otra parte, la investigación determinó un bajo porcentaje de casos de RG con etiologías de desarrollo, la cual representó un 1.8% del total de la población. Este resultado presenta similitud con el obtenido por Burgos y cols en el 2012 donde lograron definir la inserción alta del frenillo como la causa con menos prevalencia en la aparición de recesiones 11%², de igual forma, otro estudio realizado en el 2018 por Salvatierra en Ecuador, registró que la inserción alta del frenillo era la etiología menos frecuente en la población estudiada, la cual representó estadísticamente un 2,43%⁵³.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- Se determinó que de 1620 pacientes que acudieron a la clínica de periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes desde el 2009 al 2018, 1213 presentaron algún tipo de recesión gingival, representando estadísticamente el 74,9%. Observándose alta incidencia de casos durante este periodo.
- En la muestra estudiada se observó que el sexo femenino presentó mayor cantidad de casos con RG, cuya prevalencia fue de 56,2%, predominando de esta manera sobre el sexo masculino.

- Se concluyó que el sexo femenino presentó mayor prevalencia de casos de RG en las clasificadas como tipos I con un 47%, seguido de la tipo II con (12,5%) y III (11,5%). Mientras que en el sexo masculino, se observó mayor conteo de casos en la RG tipo IV (3,3%). Sin embargo, estadísticamente los resultados no fueron lo suficientemente significativos para establecer una relación entre el sexo y la recesión gingival, demostrando que en la muestra ninguno de los géneros se consideró predisponente o presentó algún tipo de susceptibilidad de padecer esta patología en cualquiera de sus clasificaciones.
- Se observó de manera general mayor prevalencia de recesiones gingivales tipo I según Miller, con un total de 994 casos, lo cual representa un 81,9% de la población estudiada.
- En relación a las recesiones gingivales y los grupos etarios, se concluyó que para la recesión gingival tipo I las edades entre 21 y 30 años reportaron mayor cantidad de casos (366), representando un 30,2% de la población.
- En la Recesión gingival tipo II las edades con más casos registrados fueron de 51 a 60 con un total de 91 casos, equivalente al 7,5% de la población.
- Para la Recesión gingival tipo III se encontraron 81 casos en pacientes con edades entre 51 y 60, equivalente a un 6,7%. Siendo esta cifra la mayor cantidad de casos en un grupo etario registrados para esta clasificación en la población.
- Para el análisis de la Recesión gingival tipo IV se presentó en la población una mayor concentración de casos entre los 51 y 60 años con un total de 22, representando un 1,8%.
- De manera general, entre los 21 a 30 años de edad, la población de estudio presentó mayor cantidad de pacientes diagnosticados con RG en cualquiera de sus clasificaciones según Miller, observando un conteo de

403 pacientes en este grupo etario, representando el 33,2% de la población analizada.

- Desde un análisis general, de acuerdo a las etiologías formadoras de Recesiones Gingivales, se observó con mayor frecuencia a la de tipo traumática contando con 646 casos, representando el 53,3% de la población. De igual manera la etiología de tipo patológica contó con 601 casos que indican estadísticamente un 50%. Siendo estas dos etiologías las principales precursoras en la formación de esta patología en la población estudiada.
- La etiología traumática, específicamente se manifestó en mayor proporción para las recesiones gingivales tipo I y II, donde estadísticamente se pudo comprobar la alta significancia entre la RG (tipo I y II) y la etiología traumática; indicando que los factores traumáticos guardan relación en cuanto a la formación de RG en la población estudiada.
- En el caso de las recesiones gingivales tipo III y IV de la población analizada, la etiología patológica predominó como causa principal en el desarrollo de estas recesiones. En este caso, factores patológicos promovieron la formación de estos tipos de RG, donde la salud periodontal se encuentra más comprometida. Esta relación que se establece entre las RG (tipo III y IV) y la etiología patológica pudo comprobarse mediante un test estadístico.
- De manera general, las etiologías con más prevalencia en la población fueron las de tipo traumática (53,3%) y patológica (49,5%). Donde se demostró estadísticamente la relación existente entre las etiologías traumáticas y patológicas con la formación de recesiones gingivales.
- Se concluyó que para la etiología Iatrogénica y de desarrollo los resultados estadísticos no fueron lo suficientemente significativos para establecer únicamente a estas causas como precursores directos en la formación de RG de la población estudiada, pudiendo considerarse la

necesidad de verse relacionadas con otros factores etiológicos para promover la formación de recesiones gingivales.

6.2 Recomendaciones

- Como consecuencia a la alta prevalencia de recesiones gingivales halladas en los pacientes que acudieron a la clínica de Periodoncia de la Facultad de Odontología del estado Mérida, se recomienda a partir de este estudio realizar investigaciones similares a nivel estatal, donde se incluyan más centros de atención odontológica como hospitales y ambulatorios, y así de esta manera obtener mayor cantidad de resultados estadísticos para en un futuro reflejar epidemiológicamente la situación real de la población del estado Mérida con respecto a la RG.
- Debido a que la mayor concentración de casos se reflejó en una población joven, se considera necesario realizar investigaciones a profundidad para esta población específicamente, y así investigar con más precisión las variables etiológicas y el impacto que esta patología influye en la calidad de vida de las personas.
- Para el análisis de las recesiones gingivales en la población estudiada, se trabajó bajo la clasificación según Miller, la cual ha sido utilizada para el diagnóstico y tratamiento de esta patología periodontal en los últimos años, sin embargo, debido a las posibles limitaciones que se presentan en la clasificación de Miller, para el año 2017 fue aceptada una nueva

clasificación para las recesiones gingivales bajo el nombre de Cairo, la cual clasifica las recesiones en 3 tipos (RT1, RT2 Y RT3), logrando transmitir con mayor precisión el estado de la recesión y la gravedad de la afección, donde una de sus características principales es el uso del nivel de inserción interdental para clasificar las recesiones¹⁸. En tal sentido es recomendable la inclusión de esta nueva clasificación tanto en el área clínica como a nivel académico para futuras investigaciones.

- Es necesaria la creación de campañas y métodos de concientización en la población acerca de las recesiones gingivales, en relación a su prevención, diagnóstico precoz (por medio de consultas regulares al odontólogo) y tratamiento.

www.bdigital.ula.ve

REFERENCIAS

1. Naranjo M. Prevalencia de recesiones gingivales en dientes anteroinferiores según el biotipo periodontal en pacientes con apiñamiento dental en la universidad de las americas [Internet]. 2016. Available from: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/5081/1/UDLA-EC-TOD-2016-27.pdf>
2. 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 Venez* [Internet]. 2016;52(4):1–9. Available from: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/4/art-15/>
3. Navarrete D, Torres A. Factores de riesgo de la recesión gingival en adultos y su tratamiento [Internet]. 2018. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/33783/1/2678NAVARRETEdayanna.pdf>
4. Quesada I. Prevalencia de la enfermedad periodontal en pacientes atendidos en la universidad Peruana de los Andes 2016. [Internet]. 2018. Available from: <http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/327/QUESADA I.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Bascones A, Ibero I, Castro J LCP. Revisión de los estudios comparativos entre regeneración tisular guiada V cirugía mucogingival en el tratamiento de recesiones gingivales. *Av Periodoncia* [Internet]. 2000;12(1):9–27. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v12n1/original1.pdf>
6. Genco R. Host Responses in Periodontal Diseases: Current Concepts. *J Periodontol* [Internet]. 1992;63:338–55. Available from: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1902/jop.1992.63.4s.338>
7. Castro S. Estudio de la influencia de los factores genéticos y microbiológicos en la progresión de la periodontitis [Internet]. 2016. Available from: <https://eprints.ucm.es/37269/>
8. Genco RJ, Borgnakke WS. Risk factors for periodontal disease. *Periodontol* 2000 [Internet]. 2013;62(1):59–94. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0757.2012.00457.x?sid=nlm%3Apubmed>
9. Farias F. Enfermedad periodontal y microorganismos periodontopatógenos. *ODOUS Científica* [Internet]. 2010;1–22. Available from: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/v4n1/4-1-2.pdf>
10. Maetahara D. Prevalencia, extensión y severidad de recesiones gingivales en pacientes del hospital central de la fuerza aérea del Perú [Internet]. 2006. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2816>
11. Rállen J. Prevalencia y distribución de la recesión gingival vestibular en adultos chilenos de 35 – 44 años [Internet]. 2014. Available from: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/137706/Prevalencia-y-distribución-de-la-recesión-gingival-vestibular-en-adultos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

12. Cuesta J. Prevalencia de recesión gingival y su asociación con el biotipo periodontal en adolescentes de la unidad educativa “Cardenal Carlos María De La Torre” del Quinche año 2017. [Internet]. 2017. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13750/1/T-UCE-015-830-2017.pdf>
13. Romero D. Prevalencia de facotres desencadenantes al desarrollo de la recesión gingival en los usuarios de la clínica odontológica de la Universidad Nacional de Loja. [Internet]. 2016. Available from: [http://192.188.49.17/jspui/bitstream/123456789/16278/1/TESIS Xavier Romero E.- Biblioteca.pdf](http://192.188.49.17/jspui/bitstream/123456789/16278/1/TESIS_Xavier_Romero_E.-Biblioteca.pdf)
14. Rossy L, Ferrari R, Shibli J. Treatment of recession and mucogingival defects using connective tissue grafts on teeth and implants Methodology of the Literature Review Definition , etiology , gingival and peri-implant recession classification. *Odontoestomatologia* [Internet]. 2015;17(26):35–46. Available from: http://www.scielo.edu.uy/pdf/ode/v17n26/en_v17n26a05.pdf
15. Zucchelli G, Amore C, Sforza NM, Montebugnoli L, de Sanctis M. Bilaminar techniques for the treatment of recession-type defects. A comparative clinical study. *J Clin Periodontol* [Internet]. 2003;30:862–70. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/c802/382d48434444e672f072f407e5a35d7a15bd.pdf>
16. Gonzales JR, Klimek J, Meyle J. Aesthetic Periodontal Plastic Surgery – a Case Report. *Perio-Periodontal Pract Today* [Internet]. 2004;1(3):263–76. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Aesthetic-Periodontal-Plastic-Surgery---a-Case-Gonzales-Klimek/1185b0fe68c69b490bad40b5b1e6fe1c2d4cb0b5>
17. Castañeda A. Recesiones gingivales en una población universitaria joven colombiana. Prevalencia y factores asociados. [Internet]. 2014. Available from: <http://bdigital.unal.edu.co/46971/1/281829.2014.pdf>
18. Sisalima J. 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 [Internet]. 2018. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/31579/1/Tesis.pdf>
19. Tanqueño M. 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 [Internet]. 2018. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16157/1/T-UCE-0015-ODO-016.pdf>
20. Díaz Caballero A, Hernández Ligardo R, Silva Barajas L. Técnica quirúrgica de Edland Mejchar para corrección de recesión gingival. *AV* [Internet]. 2016;28(1):35–9. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v28n1/original4.pdf>
21. Amancha D. Prevalencia de recesiones gingivales en estudiantes de odontología de primero a segundo semestre de la universidad de las Américas del periodo de septiembre 2016 – enero 2017 [Internet]. 2017. Available from:

- <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/6562>
22. Ardila Medina C. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. *Av Periodon Implant* [Internet]. 2009;21(2):35–43. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v21n1/original4.pdf>
 23. Díaz Caballero A, Arcila Aristizabal T, Arrieta González L. Injerto de tejido conectivo subpediculado y colgajo de avance coronal para el tratamiento de una recesión gingival en paciente con tratamiento de ortodoncia: Presentación de un caso. *Av en Periodoncia e Implantol Oral* [Internet]. 2009;21(2):71–4. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v21n2/original1.pdf>
 24. Brito C, Pesántez 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 [Internet]. 2016. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/25630/1/TESIS.pdf>
 25. Dávila L, Giménez X, Arteaga S SE. Fundamentos básicos para el diagnóstico clínico periodontal. 1era reimp. Universidad de los Andes. Consejo de publicaciones, editor. Mérida; 2014. 439 p.
 26. Juan J, Xu Dong L, Fan Q, Xiao Jun L, Shuang Y, Zhou Z, Shuang Y, Yong S. Prevalence of gingival recession after orthodontic treatment of infraversion and open bite. *J Orofac Orthop* [Internet]. 2018;80(1):1–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC30242441/>
 27. Velíz G. Recubrimiento de recesiones gingivales mediante cirugía periodontal. Caso clínico. [Internet]. 2016. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/19385/1/VELIZgrace.pdf>
 28. Löe H, Ånerud Å, Boysen H. The Natural History of Periodontal Disease in Man: Prevalence, Severity, and Extent of Gingival Recession. *J Periodontol* [Internet]. 1992;63(6):489–95. Available from: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1902/jop.1992.63.6.489>
 29. García-Rubio A, Bujaldón-Daza AL, Rodríguez-Archilla A. Influencia de parámetros clínicos sobre la severidad de la recesión gingival localizada. *Av Periodon Implant* [Internet]. 2015;27(2):67–73. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v27n2/original2.pdf>
 30. Jain S, Kaur H, Aggarwal R. Classification systems of gingival recession: An update. *Indian J Dent Sci* [Internet]. 2017;9(1):52–9. Available from: http://www.ijds.in/temp/IndianJDentSci9152-4122472_112704.pdf
 31. Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes. An explorative and reliability study. *J Clin Periodontol* [Internet]. 2011;38(7):661. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2011.01732.x>
 32. Mani A, James R. Classifications for Gingival Recession : A Mini Review. *J Heal Sci Res* [Internet]. 2018;3(1):33–8. Available from: http://www.gijhsr.com/GIJHSR_Vol.3_Issue.1_Jan2018/7.pdf
 33. García-Rubio A, Bujaldón-Daza AL, Rodríguez-Archilla A. Recesión gingival: diagnóstico y tratamiento. *Av Periodon Implant* [Internet]. 2015;27(1):19–24. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v27n1/original2.pdf>

34. De la Rosa A. Prevalencia de recesiones gingivales, papilas interdientarias, encía queratinizada, biotipo, frenillos y malposición de piezas dentales en el estado de Nuevo León, México. 2011.
35. Sierra C, Abril LY. Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2008;45(2):1–11. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072008000200003
36. Márquez M. Prevalencia de la recesión gingival en pacientes de 18 a 50 años atendidos en la clínica odontológica de la UDLA [Internet]. 2018. Available from: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/10164/1/UDLA-EC-TOD-2018-127.pdf>
37. Velásquez S. Prevalencia de recesión gingival en los estudiantes de 13 a 17 años de la institución educativa Manuel Gonzales Prada Pimentel - PERU, 2017 [Internet]. 2017. Available from: <http://servicios.uss.edu.pe/handle/uss/4737>
38. Jiménez D. Prevalencia de recesión gingival en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de Moche- UNT, año 2013 [Internet]. 2013. Available from: http://www.dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/593/JimenezFlores_D.pdf?sequence=1&isAllowed=y
39. Guerreiro M, Sebastião L, Passanezi E CA. Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. *J Appl Oral Sci*. 2004;12(3):250–5.
40. Bracho R. Prevalencia de la recesión gingival visible en adolescentes Wayúu [Internet]. 2007. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/2052/205216675003.pdf>
41. Slutzkey S LL. Gingival recession in young adults: Occurrence, severity, and relationship to past orthodontic treatment and oral piercing. *Am J Orthod Dentofac Orthop* [Internet]. 2008;134(5):652–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889540608007683>
42. Seong J, Bartlett D, Newcombe R, Claydon N, Hellin N, West N. Prevalence of gingival recession and study of associated related factors in young UK adults. *J Dent* [Internet]. 2018;76:58–67. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300571218301635>
43. Fabregat B, Brito A, Gountán N. Recesión periodontal en pacientes del municipio Rodas. Cienfuegos, 2016-2017. *Medisur* [Internet]. 2018;16(3):392–298. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2018/msu183g.pdf>
44. Beltrán V, Silva M, Padilla M, Aillapan E, Sanhueza A, Cantín M, Fuentes R. Morphological Patterns of Gingival Recession in Adult Chilean Population. *Int J Morphol* [Internet]. 2013;31(4):1365–70. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Sanhueza/publication/260836990_Morphological_Patterns_of_Gingival_Recession_in_Adult_Chilean_Population/links/584e084508ae4bc899331732/Morphological-Patterns-of-Gingival-Recession-in-Adult-Chilean-Population.pdf

45. Castro M, Conejeros de la Cruz M. Prevalencia y severidad de recesiones gingivales en dientes anteroinferiores en pacientes de 18 a 40 años de la clínica odontológica de la universidad Andres Bello, año 2017 [Internet]. 2017. Available from: http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/6156/a121883_Castro_M_Prevalencia_y_severidad_de_recesiones_2017_Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
46. García S, Morales E, Bravo F. Incidencia de recesiones gingivales en la clínica odontológica de la UNMSM en el año 2008. Actual odontológica y salud [Internet]. 2008;153–64. Available from: <https://docplayer.es/12578560-Incidencia-de-recesiones-gingivales-en-la-clinica-odontologica-de-la-unmsm-en-el-ano-2008.html>
47. Cava C, Robello J, Olivares C, Rodriguez L, Reyes J SG. Prevalencia de la hipersensibilidad dentaria en pacientes con recesion gingival. Rev Kiru [Internet]. 2016;13(2):113–9. Available from: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/view/995/799>
48. Rivera V, De los Ríos A. Prevalencia de recesión gingival y factores asociados a la higiene bucal en estudiantes del postgrado de la universidad Científica del Sur. Rev Cient Odontol [Internet]. 2015;3(1):288–96. Available from: <https://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/odontologica/article/view/170>
49. Castro Y, Grados S. Tasas e indicadores de riesgo de las recesiones gingivales en una muestra peruana. Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehabil Oral [Internet]. 2016;1–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539116300477>
50. Alvarez D. Prevalencia de recesión gingival en pacientes adultos del servicio de odontología de los hospitales Víctor Lazarte Echegaray y regional docente de Trujillo, 2018 [Internet]. 2018. Available from: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/4367/1/RE_ESTO_DIANA.ALVAREZ_RECESIÓN.GINGIVAL_DATOS.PDF
51. Jijón Y. Recesión gingival en personas militares de entre 18 a 28 años de la Escuela Militar Eloy Alfaro en Quito y el Fuerte Militar Atahualpa en Machachi [Internet]. 2014. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/9d31/51bb3a16dc595a7ed3cee97d4aba28bc2671.pdf>
52. Chávez E. Prevalencia de recesión gingival en los pacientes que acuden a la clínica integral de la facultad de odontología de la Universidad Central del Ecuador período Octubre 2015. [Internet]. 2016. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5803/1/T-UCCE-0015-287.pdf>
53. Salvatierra K. Prevalencia de recesiones gingivales asociadas a traumas mecánicos en pacientes UCSG semestre B-2017 [Internet]. 2018. Available from: <http://192.188.52.94:8080/bitstream/3317/10082/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-373.pdf>
54. Bascones A. Periodoncia Clínica e Implantología Oral. 2da ed. Avances Medico-Dentales, editor. España; 2001.
55. Lindhe J. Periodontología Clínica e implantología. 3era ed. Medica

- Panamericana, editor. España; 2000.
56. Wilson T, Magnusson I. Fundamentals of Periodontics. In: Quintessence Publishing Co, editor. Examination of Patients for detecting periodontal diseases. Singapore; 1996. p. 195–218.
 57. Rossi G, Cuniberti N. Cirugía periodontal con finalidad protésica. In: Panamericana, editor. Atlas de Odontología restauradora y periodoncia. Argentina; 2004. p. 261–310.
 58. Hernandez R, Fernandez C BM. Metodología de la Investigación. Quinta edición. [Internet]. México; 2010. 1-658 p. Available from: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38911499/Sampieri.pdf?response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DSampieri.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20190925%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Da
 59. Código de odontología odontologica [Internet]. 2016. Available from: <https://www.cop.org.pe/wp-content/uploads/2016/08/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOGIA-2016-1.pdf>
 60. Venezuela. C de la R De. Ley Orgánica de Salud [Internet]. Gaceta Oficial N° 36.579 1998 p. 20. Available from: http://www.derechos.org.ve/pw/wp-content/uploads/ley_organica_salud.pdf

www.bdigital.ula.ve

APÉNDICE A

HISTORIA CLÍNICA DE PERIODONCIA



Universidad de Los Andes
Facultad de Odontología
Clínica Integral del Adulto II
Cátedra de Periodoncia

FICHA CLÍNICA

PACIENTE:

APELLIDOS _____ NOMBRES _____

Edad _____ Sexo _____ Ocupación _____

Dirección _____

Teléfono _____

ESTUDIANTE:

APELLIDOS _____

NOMBRES _____

I.- MOTIVO DE LA CONSULTA:

II.- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: (En relación al motivo de la consulta)

III.- ANTECEDENTES FAMILIARES: (Marque con una "X" donde corresponda)

- | | | | |
|--|---------------|--------------------------------|---------------|
| 1.- ENF. CARDIOVASCULARES | SI ___ NO ___ | 7.- FIEBRE REUMÁTICA | SI ___ NO ___ |
| ESPECIFIQUE: _____ | | 8.- ARTRITIS REUMATOIDEA | SI ___ NO ___ |
| 2.- ENF. RENALES | SI ___ NO ___ | 9.- CÁNCER | SI ___ NO ___ |
| 3.- NEUROPSICOPATÍAS | SI ___ NO ___ | 10.- ENF. INFECCIOSAS | SI ___ NO ___ |
| 4.- ENF. METABÓLICAS Y ENDOCRINAS (DIABETES, HIPER O HIPOTIROIDISMO) | SI ___ NO ___ | 11.- ENF DE TRANSMISIÓN SEXUAL | SI ___ NO ___ |
| 5.- DISCRASIAS SANGUÍNEAS | SI ___ NO ___ | 12.- OTRO SI ___ NO ___ | |
| 6.- ENF. ALÉRGICAS | SI ___ NO ___ | ESPECIFIQUE: _____ | |

IV.- ANTECEDENTES PERSONALES: (Marque con una "X" donde corresponda)

- 1.- ENF. CARDIOVASCULARES SI ___ NO ___

ESPECIFIQUE: _____

- 2.- ENF. RENALES SI ___ NO ___

- 3.- NEUROPSICOPATÍAS
- 4.- ENF. METABÓLICAS Y ENDOCRINAS SI __ NO __
(DIABETES, HIPER O HIPOTIROIDISMO)
- 5.- DISCRASIAS SANGUÍNEAS SI __ NO __
- 6.- ENF. ALÉRGICAS SI __ NO __
- 7.- FIEBRE REUMÁTICA SI __ NO __
- 8.- ARTRITIS REUMATOIDEA SI __ NO __
- 9.- CÁNCER SI __ NO __
- 10.- ENF. INFECCIOSAS SI __ NO __
- 11.- ENF DE TRANSMISIÓN SEXUAL SI __ NO __
- 12.- OTRO SI __ NO __

ESPECIFIQUE: _____

- 13.- CEFALÉAS SI __ NO __
- 14.- CONVULSIONES SI __ NO __
- 15.- PARESTESIAS SI __ NO __
- 16.- EDEMA DE MIEMBROS INF. SI __ NO __
- 17.- ERUPCIONES EN LA PIEL SI __ NO __
- 18.- ICTERICIA SI __ NO __
- 19.- TRANSTORNOS DE AUDICIÓN SI __ NO __
- 20.- INTERVENC. QUIRÚRGICAS SI __ NO __

ESPECIFIQUE _____

- 21.- TRAUMAS POR ACCIDENTES SI __ NO __

ESPECIFIQUE _____

- 22.- FRACTURAS SI __ NO __

ESPECIFIQUE _____

- 23.- ACCIDENTES DE TRÁNSITO SI __ NO __

ESPECIFIQUE _____

- 24.- OTRO SI __ NO __

ESPECIFIQUE _____

V.- CONCLUSIONES: (Respuestas positivas sobre los antecedentes personales y familiares)



Universidad de Los Andes
Facultad de Odontología
Clínica Integral del Adulto II
Cátedra de Periodoncia

CARTA DE COMPROMISO

Yo, _____, portador(a) de la Cédula de
Identidad N° _____, mayor de edad, de profesión
_____, domiciliado en _____
_____, mediante el presente documento, declaro:

Primero: Soy paciente de la *Clínica Integral del Adulto II* de la Facultad de Odontología de la
Universidad de Los Andes.

Segundo: En la mencionada clínica he sido atendido(a) por el
bachiller _____
_____.

Tercero: Me comprometo a asistir a las sesiones de trabajo práctico, en el horario en que los
Profesores y el estudiante de la citada clínica me indiquen.

Cuarto: En caso de no poder asistir a las sesiones de trabajo práctico, el Estudiante o los Profesores
no estarán obligados a atenderme en horas y/o fechas no establecidas previamente. Estas ausencias
serán de mi propia y exclusiva responsabilidad, por tanto, quedan excluidos de cualquier compromiso
los profesores y el Estudiante.

Quinto: Si mi ausencia a las sesiones de trabajo práctico acarrea retardo en la terminación de los
tratamientos a efectuar, no estaré facultado para realizar algún tipo de reclamo.

En la ciudad de Mérida a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma del Paciente.

C.I. _____

VI. EVALUACION GINGIVAL

▪ **COLOR:**

▪ **CONSISTENCIA:**

▪ **CONTORNO:**

▪ **TEXTURA:**

▪ **GROSOR:**

▪ **ANCHO DE LA ENCÍA INSERTADA:**

▪ **POSICIÓN:**

1. SANGRAMIENTO CEPILLADO ESPONTANEO **OTROS**

2.- HALITOSIS:

3.- SENSIBILIDAD:

VII.- PERIODONTOGRAMA

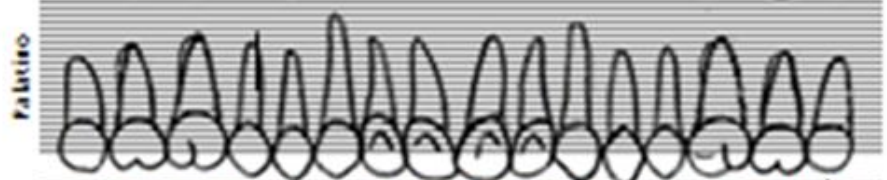
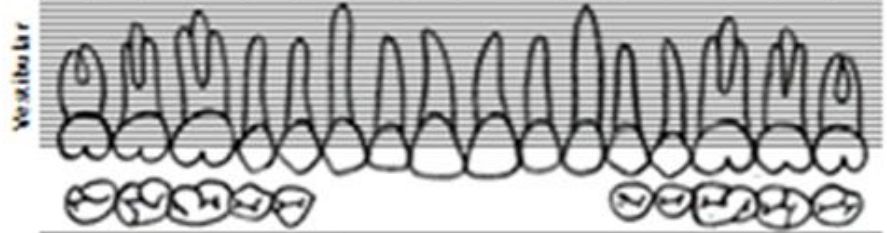
CLAVES PARA EL EXAMEN

1. Dibujar en rojo el contorno gingival, acentuando las alteraciones: Inflamación, Hipertrofia, Resección, etc.
2. Marcar con puntos la profundidad de los sacos patológicos, unirlos con una línea negra continua.
3. Caries presente: en rojo
4. Cavidades abiertas con obturaciones provisionales: en negro y rojo.
5. Restauraciones y Obturaciones presente en azul.
6. Restauraciones y Obturaciones defectuosa o con reactiva: azul con borde rojo.
7. Pieza dentaria ausentes: raya vertical azul.
8. Diente para tratamiento endodóntico: dibujar conducto en rojo, tratamiento realizado en azul.
9. Bifurcación, Trifurcación, acentuar en azul la zona afectada.
10. Movilidad Horizontal I, II, III, y Vertical IV
11. Indicar Exfoliado, con la fiscal Plus y Sangrado
12. Absceso Periodontal. ○
13. Fístula Periodontal. ○
14. Intrusión, Extrusión, Inclinación y Rotación, indicando con una flecha en el recuadro correspondiente según la dirección del diente.
15. Cúspide, Embolo, indicar en azul la cúspide correspondiente.
16. Rebordes Marginales Desiguales:
17. Contactos Prematuros evidentes. Acentuar en Azul la cúspide correspondiente.
18. Abrasión: (AF) Abrasión: A Erosión: (E), Abstracción (ABS)
19. Diastema II
20. Contacto sobre las coronas afectadas:
21. Empaquetamiento de los alimentos: E
22. Diente ausente: I (en azul).
23. Diente por extraer: X (en rojo).
24. Sobrestimación Gingival. ▲ ▼
25. Puente Fijo: ○—○
26. Removible:) (
27. Prótesis Defectuosa: PD
28. Espacio Cerrado: Δ

OBSERVACIONES: Indicar las alteraciones en la zona del diente afectado: Bucal, Oclusal o Lingual. Los letreros o signos explicativos deben ir en el cuadro correspondiente a cada diente.

DIENTES SUPERIORES

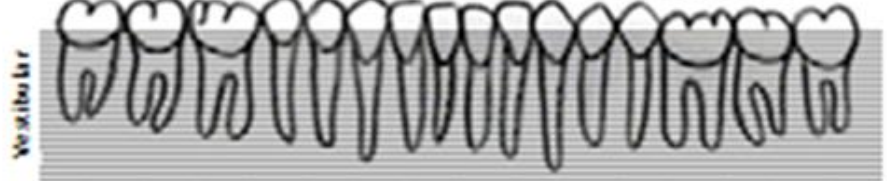
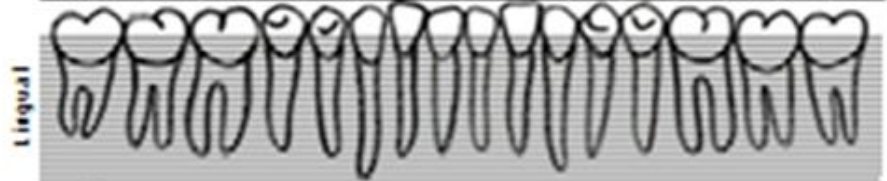
(AE)																
(AE)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
(AE)																



(AE)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

DIENTES INFERIORES

(AE)	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----



(AE)																
(AE)	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
(AE)																

(R) - SONDAJE PERIODONTAL
 (AE) - ANCHO DE ENCLAVETADA
 (AT) - ANCHO TOTAL DE ENCLAVETADA

4.- **DIANOSTICO:**

5.- **PRONOSTICO (general e individual):**

6.- **PLAN DE TRATAMIENTO (fases):**

AUTORIZADO POR: _____ **FECHA:**

FECHA	TRATAMIENTO REALIZADO	FIRMA DEL PROFESOR

ANEXO A

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA ORAL

PREVALENCIA DE RECESIONES GINGIVALES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE PERIODONCIA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, DURANTE EL PERIODO 2009 AL 2018.

Autores: Br. Isis Paola Rojas Grimaldos y Br. Karly Vanessa Semidey Avendaño

Tutor: Prof. Rodolfo Gutiérrez (Cátedra de Periodoncia)

Cotutor: Prof. María Fernanda Palacios

Instrumento de recolección de datos

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Tipo de recesión						Etiología de la recesión			
Sexo	Rango de edad	I	II	III	IV	Traumática	Desarrollo	Patológica	Iatrogénica

ANEXO B

VALIDACION DE INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA ORAL

PREVALENCIA DE RECESIONES GINGIVALES EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE PERIODONCIA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, DURANTE EL PERIODO 2009 AL 2018.

Autores: Br. Isis Paola Rojas Grimaldos y Br. Karly Vanessa Semidey Avendaño

Tutor: Prof. Rodolfo Gutiérrez (Cátedra de Periodoncia)

Cotutor: Prof. María Fernanda Palacios

Fecha: 18 de septiembre del 2019

Estimado profesor (a) con base a su experiencia ha sido seleccionado para solicitarle realizar la revisión del instrumento de recolección de datos para el trabajo especial de grado mencionado anteriormente, con la finalidad de que pueda evaluar, corregir y sugerir modificaciones de cualquier ítem de dicho instrumento. Estas correcciones son de vital importancia para dar la configuración y calidad definitiva al mismo antes de su aplicación. Sin más que mencionar y dando las gracias de antemano, nos despedimos con la seguridad de que sus observaciones serán de gran utilidad.

Datos del profesor (a):

Nombres y apellidos: _____

Cedula de identidad: _____

Título de pregrado: _____

Título de postgrado (si lo posee): _____

Cátedra a la cual pertenece: _____

OBSERVACIONES:

Yo, _____ portador de la cedula de identidad numero _____, odontólogo especialista en _____ luego de haber realizado la revisión correspondiente, apruebo el contenido del instrumento a emplearse para la recolección de datos, presentado en el tabajo especial de grado para optar por el titulo de odontólogo que lleva por nombre **prevalencia de recesiones gingivales en pacientes atendidos en la clínica de periodoncia de la universidad de los andes, durante el periodo 2009 al 2018**, realizado por Isis Rojas y Karly Semidey, bajo la tutoría del profesor Rodolfo Gutiérrez.

ANEXO C
SOLICITUD PARA LA REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PERIODONCIA

Profesor:
Rodolfo Gutiérrez

Nos dirigimos ante usted, respetuosamente con la finalidad de solicitar su autorización para acceder a la revisión de las historias clínicas de los pacientes atendidos en la cátedra cuya jefatura ejerce, en el periodo comprendido entre 2009 al 2018, con el objeto de realizar el trabajo especial de grado, titulado: **prevalencia de recesiones gingivales en pacientes atendidos en la clínica de periodoncia de la universidad de los andes, durante el periodo 2009 al 2018**, cuya fuente de recolección de datos son dichas historias clínicas.

Sin más a que hacer referencia, agradecida por su atención:

Br. Isis Rojas

Br. Karly Semidey