Facultad De Odontología

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

Profesor(a) Guía

Dra. Emma Samaniego

Autora

Daniela Amancha

Año

2017

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

Dra. Emma Samaniego

CI: 1715493894

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro(amos) haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Dr. Fabián Rosero

CI: 1713202917

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro(amos) que este trabajo es original, de mi (nuestra) autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

Daniela Amancha

CI: 1803848991

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por las noches que se convirtieron en mañanas, A mis padres Juan Amancha y Mónica Morales por permitir que mis sueños se hicieran realidad y siempre ayudarme y apoyarme, A mi hija Valentina que es el motor de mi vida, mi hermano y mi familia por siempre estar para mi. A Marlon Soria por estar en los momentos más difíciles y nunca haberme dejado sola, A mis amigos que en momentos arduos me tendieron su mano; a mis Docentes, mi tutora Dra. Emma Samaniego y mi corrector Dr. Fabián Rosero por haberme sabido guiar, impartiéndome siempre sus conocimientos y poder lograr así un excelente trabajo de titulación

Resumen

La Recesión Gingival es el retroceso de la encía marginal, está dada por diversos factores como: mala técnica de cepillado, mala oclusión, edad avanzada, ortodoncia, piercings, entre otros. Los pacientes acuden al odontólogo cuando presentan sensibilidad, dolor o caries, sin saber que esto puede ser una de las causas de recesiones gingivales, confundiendo esta patología con periodontitis por lo que temen la pérdida de sus dientes. Una vez que se ha atendido al paciente hay que determinar el factor que está provocando la recesión y concientizarlo para que mejore sus hábitos. Objetivo: conocer la prevalencia de recesiones gingivales y cuáles son las piezas más afectadas a edades tempranas. Método de estudio: en este estudio se tomó como muestra a estudiantes de odontología de primero y segundo semestre entre los 18 y 26 años al azar, se les evaluó clínicamente para conocer si presentaban recesiones y de qué clase, según Miller, se le explicó las posibles causas de su desarrollo y se observó en que piezas se encontraban con más frecuencia. Resultados: se pudo comprobar que las piezas más afectadas fueron los caninos seguido de incisivos y premolares, en el maxilar inferior existió mayor prevalencia de recesiones que en el superior, siendo el sexo masculino el más afectado. Conclusiones: Se pudo observar que a edades tempranas las piezas más afectadas fueron los caninos inferiores por la cara vestibular seguidos del primer premolar inferior.

Abstract

Gingival Recession is the decline of the marginal gingiva, by various factors such as: poor brushing technique, malocclusion, elderly, orthodontics, piercings, among others. Patients come to the dentist when they have tenderness, pain or tooth decay, not knowing that this may be one of the causes of gingival recession, periodontitis mistaking this pathology so fear the loss of their teeth. Once the patient has attended must determine the factor that is causing the recession and sensitize them to improve their habits. Objective: To determine the prevalence of gingival recession and what are the parts most affected are at an early age. Method of study: This study was sampled dental students of first and second semester between 18 and 26 years at random, were evaluated clinically to know if they had recessions and what kind, according to Miller, she explained the possible causes of development and found that pieces were more frequently. Results: it was found that the parts most affected were the canines and incisors followed by premolars in the lower jaw there was a higher prevalence of recessions on the top, being the most affected male. Conclusions: It was observed that at an early age most affected parts were the lower canines followed by the vestibular face of the first lower premolar.

Índice

1Introducción.....1
1.1. Planteamiento del Problema 1
1.2. Justificación 2
2. Marco Teórico.....3
2.1. Recesiones Gingivales 3
2.1.1. Concepto y Etiología 3
2.1.2. Etiología 3
2.1.3. Histología del Periodonto 5
2.1.4 Biotipos Periodontales 5
Biotipo periodontal I o fino: 6
Biotipo periodontal II o grueso: 6
2.1.5. Diagnóstico de las Recesiones Gingivales 6
Clasificación cóndilo morfológica 7
1. Condiciones morfológicas primarias: 7
1.1 Factores funcionales 7
1.1.1 Endógeno 7
1.1.2 Exógeno..... 7
1.2 Factores de inflamación 7
1.3 Factores secundarios como la edad y el sexo..... 8
1.4 Problemas generales 8
Clasificación de Recesiones Gingivales según Miller 8
Clase I..... 9
Clase II..... 9
Clase III..... 10
Clase IV 10
Clasificación según Jahnke y cols. 1993 11
Mediciones verticales..... 11
Mediciones Horizontales..... 11
Clasificación de defectos cervicales sobre la superficie dental asociada a la recesión gingival. 11
Clase A 12
Clase B 12

La presencia positiva (+) o ausencia negativa (-) de una discrepancia en la superficie dental. 12
2.1.6. Indicaciones para el tratamiento 12
2.1.7. Consecuencias de las Recesiones Gingivales 13
2.1.8. Tratamiento para Recesiones Gingivales 14
Injerto epitelial libre 15
Injerto libre de Tejido conectivo 15
2.1.9. Recomendaciones para el recubrimiento de Recesiones Gingivales 16
3. Objetivos 17
3.1. Objetivo General 17
3.2. Objetivos Específicos 17
4. Hipótesis 18
4.1. Hipótesis Alternativa 18
4.2. Hipótesis Nula 18
5. Material y métodos 19
5.1. Tipo de Estudio: 19
5.2. Universo y Muestra 19
Universo: 19
Muestra: 19
5.3. Criterios de inclusión 19
5.4. Criterios de exclusión 19
6. Descripción del méto 20
6.1. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 20
6.2. Procedimientos para recolección 20
7. Análisis estadístico 20
8. Resultados 21
Figura 1. Total Pacientes. 21
Figura 2. Recesiones según la edad. 22
Figura 3. Rango de edad con mayor afectación. 23
Figura 4.- Semestre con mayor afectación. 24
Tabla 1. Total de Recesiones. 25
Figura 5. Total de Recesiones. 26

Tabla 2. Total de Recesiones en Maxilares. 27
Figura 6. Total de Recesiones en Maxilares. 28
Figura 7. Total de Recesiones en Maxilar Superior 29
Figura 8.- Total de Recesiones en Maxilar Inferior 30
Tabla 3. Pieza con mayor afectación 31
Tabla 4. Recesiones por Cara dental..... 37
Figura 9. Recesiones por Cara dental..... 38
Figura 10. Recesiones por Cara dental..... 38
Figura 11. Recesiones por Cara dental..... 39
Figura 12. Recesiones por Cara dental..... 40
Figura 13. Prueba de Hipótesis – Recesiones Grado 1 41
Figura 14. Prueba de Hipótesis – Recesiones Grado 1 42
Figura 15. Prueba de Hipótesis – Recesiones Grado 1 43
Figura 16. Prueba de hipótesis – Recesiones Grado 2..... 44
Figura 17. Prueba de hipótesis – Recesiones Grado 2..... 45
Tabla 5.- Relación de Variables 46
9. Discusión.....48
10. Conclusiones.....51
11. Recomendaciones.....52
12. Referencias.....53
ANEXOS.....55

1. Introducción

1.1. Planteamiento del Problema

La recesión gingival está dada por el desplazamiento del margen gingival apical a la unión cemento-esmalte exponiendo de tal manera la superficie radicular al ambiente oral, representa pérdida de inserción epitelial, se produce en las formas distróficas de la enfermedad periodontal. La recesión gingival inflamatoria progresa lentamente e implica tanto el margen gingival y la papila interdental, las diversas formas de la enfermedad periodontal puede conducir a la exposición radicular de los dientes. (DUNCEA, 2013) (Medina, 2009)
Las personas en la actualidad están presentando más recesiones gingivales que en la antigüedad, las causas son diversas, por ejemplo malas técnicas de cepillado, ortodoncia, bruxismo, oclusión, edad, género, malos hábitos, pacientes inmunodeprimidos, las cuales la mayoría de veces actúan en conjunto. (Mythri, 2015). (B. V. V. Srinivas, 2015) (Bhusari, 2014).

Las más comunes son: malas técnicas de cepillado, alteraciones en la oclusión. Cuando el cepillado dental es muy fuerte puede deteriorar a la encía y en el caso de que el cepillado sea dificiente existe una acumulación excesiva de placa, personas jóvenes, adultos o adultos mayores, son los más propensos a desarrollar recesiones, ya que no conocen la correcta forma de cepillarse sus dientes, por causas como el tiempo, ya sea por trabajo, estudios u otros. En la ortodoncia con fuerzas mal controladas, las fuerzas que se realizan en las piezas dentarias pueden ser las causantes de las recesiones (Mythri, 2015). (Balaji, 2016) (Manchala, 2012). (B. V. V. Srinivas, 2015) (Bhusari, 2014).

El síntoma de la recesión gingival es la sensibilidad, debido a la exposición de túbulos dentinarios lo que causa una mayor receptibilidad a los estímulos externos como: el frío, calor. (Manchala, 2012)

1.2. Justificación

Este tema se escogió para poder establecer cuáles son los factores influyentes en la aparición de las recesiones gingivales y así poder ayudar a los pacientes portadores de éstas.

Unos de los principales signos y síntomas de las recesiones es la sensibilidad, caries, pérdida de estética. La mejor manera para tratar este problema es eliminar la causa que la está produciendo, corrigiendo la mala oclusión, enseñando a los pacientes técnicas correctas de cepillado para disminuir el nivel de placa bacteriana, realizando profilaxis para eliminar placa y cálculo dental, sellar o cubrir las recesiones para evitar la sensibilidad, estimular al paciente para que acuda a chequeos regulares al odontólogo y así poder mejorar su autoestima y crear en los pacientes un estilo de vida.

Corregir los malos hábitos depende principalmente del paciente, pero está en las manos del médico tratante impulsar a éste que cambie y mejore su estilo de vida, se puede concientizar al paciente de que posee un problema y que este seguirá avanzando, e incentivarlo para que acuda a chequeos y pueda solucionarlo, haciendo enfoque en las consecuencias que pueden causar los malos hábitos, y las ventajas que tendrán sus nuevas costumbres.

2. Marco Teórico

2.1. Recesiones Gingivales

2.1.1. Concepto y Etiología

Las recesiones gingivales están dadas por la combinación de varios factores etiológicos, y el desplazamiento de los tejidos periodontales apical a la unión cemento – esmalte, lo que muestra los cambios de la encía marginal de su posición normal.

Estos factores etiológicos actúan en el desarrollo de las recesiones ya que pueden dar cambios en el complejo mucogingival. (Dominiak, 2014)
Las recesiones gingivales se encuentran en superficies dentarias afectadas de pacientes comprometidos periodontalmente y pueden asociarse a factores mecánicos y iatrogénicos. (Rodríguez, 2015)
Las recesiones gingivales no causan pérdidas dentarias, pero si pueden inducir inflamaciones secundarias acompañadas de la formación de bolsas. (Wolf, 2005)

2.1.2. Etiología

El hueso alveolar suele ser más fino en su cara vestibular y por lo general se presentan defectos óseos como dehiscencias y fenestraciones con más frecuencia en dientes anteriores. Se pueden presentar por las siguientes causas: técnica de cepillado dental incorrecta y traumatizante, inflamaciones ligeras poco apreciables, por inserciones fibrosas como los frenillos, movimientos ortodónticos traumatizantes, raspados periodontales demasiado frecuentes, trastornos funcionales como el bruxismo y traumas oclusales. (Wolf, 2005)

Los cuadros clínicos de las recesiones son variados, suelen comenzar de forma imperceptible situándose sobre las caras vestibulares y linguales de las piezas dentales, en algunas situaciones se forman en la encía las denominadas grietas de Stillman que son entradas o grietas propiamente dichas que se encuentran en el margen gingival con una profundidad de 5 a 6 mm o más, que al momento de extenderse se convierten en recesiones, a partir de allí se empieza a producir un engrosamiento de la encía sin signos de inflamación. En el caso que la recesión avance hasta la unión mucogingival, puede producir una inflamación secundaria del margen gingival, provocando problemas estéticos si se sitúan en la parte anterior del maxilar y en ciertos casos sensibilidad dentaria porque se expone la superficie radicular. (Wolf, 2005)

Rodríguez en el 2015 amplió el estudio de la etiología de las recesiones basándose en la clasificación que había realizado Medina (2009), lo clasificó en cuatro grupos:

1. Factores predisponentes

a) Presencia de irritantes locales: Placa bacteriana, Cálculo dental.
b) Maloclusiones: Apiñamiento, Mordida cruzada anterior, protusiones o retrusiones dentarias.

2. Factores anatómicos

a) Inserción corta del frenillo.
b) Tabla vestibular delgada.

3. Factores traumáticos

a) Contacto oclusal inapropiado.
b) Cepillo dental inadecuado.
c) Hábitos.
d) Piercings.

4. Factores Iatrogénicos

a) Restauraciones defectuosas.
b) Aditamentos ortodónticos mal adaptados. (Medina, 2009) (Rodríguez, 2015)

2.1.3. Histología del Periodonto

La encía va a estar compuesta por un epitelio escamoso estratificado, y fibras colágenas, las principales células que se encuentran actuando son los queratinocitos los cuales estimulan el crecimiento de células epiteliales. (Rodríguez, 2015)

Rodríguez (2015), determinó que el acopio de placa bacteriana es uno de los factores causantes de la inflamación de los tejidos, una vez que este infiltrado inflamatorio se esparce en el tejido conjuntivo puede llegar afectar a todas las caras del diente, especialmente en zonas donde el biotipo dental es muy fino. Cuando esto ocurre sucede una anastomosis (conexión quirúrgica entre dos estructuras) que se da entre el epitelio del surco y el epitelio gingival, lo que provoca que ocurra un cambio, volviéndose susceptible a una degeneración a nivel de los tejidos.

2.1.4 Biotipos Periodontales

Aunque el tema ocasionado por el cepillado y las lesiones gingivales asociados a placa bacteriana, son las que deben considerarse como factores causales principales de recesión gingival, es importante destacar el biotipo periodontal, ya que este también será influyente para la cicatrización resultante en los procedimientos quirúrgicos.

Algunos autores han clasificado a la población con dos biotipos periodontales: Uno fino y otro grueso.

Biotipo periodontal I o fino: caracterizado por tejidos blandos delicados, con hueso alveolar festoneado y fino, presentando fenestraciones y dehiscencias, contiene poca cantidad de encía queratinizada, papilas interdentales altas, con coronas de dientes alargadas y cónicas con puntos de contacto finos y raíces más prominentes, presenta un surco poco profundo gingivodentario, las áreas de contacto están localizadas en el tercio incisal u oclusal y siendo estrechas en sentido vestíbulo-lingual, siendo así más susceptible a sufrir agresiones por placa bacteriana, y presentar recesiones gingivales, pudiendo llegar a comprometer la irrigación sanguínea del hueso por su espesor.

Biotipo periodontal II o grueso: sus tejidos son más densos y fibróticos, el hueso alveolar y su margen gingival es más plano, ancho, grueso y poco festoneado, las coronas de los dientes se presentan más cortas y cuadradas, su surco gingivodentario es profundo, sus puntos de contacto anchos y raíces con contornos aplanados. El periodonto reacciona a agresiones por placa bacteriana aumentando la profundidad de sondaje, pudiendo en la enfermedad periodontal formar sacos periodontales. (Rodríguez, 2015)

2.1.5. Diagnóstico de las Recesiones Gingivales

Las recesiones pueden reconocerse visualmente, pero es necesario realizar una recolección de datos precisa aplicando métodos de medición exactos para lograr identificar el tipo de recesión y si presenta inflamación o formación de bolsas, la anchura de la encía insertada es de suma importancia ya que si está totalmente ausente, la mucosa móvil se extiende causando una progresión incontrolable del retroceso gingival. Los métodos clínicos para determinar complicaciones asociadas a recesiones gingivales es la prueba de sondaje y coloración de la mucosa. (Wolf, 2005)

Dominiak en el 2014 para realizar el correcto diagnóstico de las recesiones gingivales se basó en varias clasificaciones como: Clasificación cóndilo morfológica y la de Miller. (Dominiak, 2014)

Clasificación cóndilo morfológica

1. Condiciones morfológicas primarias:

a) Determinante de hueso.
En ésta se determina el estado del hueso alveolar (cortical y esponjoso), la estructura anatómica de la sínfisis mandibular, la densidad ósea, el tamaño y la forma del hueso.

b) Espesor de la mucosa
Se determina la encía queratinizada, la anatomía y posición del frenillo labial, lengua y profundidad del vestíbulo de la cavidad oral.
c) Determinaciones dentarias
Forma, dimensiones y topografía de los dientes.
d) Determinantes de los músculos
Se ve la fuerza y longitud de los músculos de los pacientes en especial del mentoniano, ya que es el que más influirá en la aparición de recesiones gingivales en el sector inferior.

1.1 Factores funcionales

1.1.1 Endógeno
Tienen que ver mucho con discinesia oro- muscular, deglución infantil, hábitos de los hombres relacionados al ejercicio que realicen, problemas oclusales y no oclusales, parafunciones, y trastornos de la postura.

1.1.2 Exógeno

Se refiere a la fase traumática, por ejemplo: cepillado dental (trauma mecánico), trastornos de oclusión céntricas y excéntricas (Trauma mecánico), acciones iatrogénicas durante el tratamiento dental (Mecánica o química), perforaciones (mecánica), hábitos como fumar (química).

1.2 Factores de inflamación

Tienen relación con la deficiencia del cepillado dental o la falta de éste, y enfermedades periodontales.

1.3 Factores secundarios como la edad y el sexo.

El sexo masculino es más predisponente a tener recesiones por las actividades físicas y trabajos que realizan.

1.4 Problemas generales

El ancho de la encía disminuye con la recesión, una correlación positiva significativa se ha observado entre ancho de la encía y biotipo gingival, es decir, los pacientes con un biotipo fino con frecuencia presentan una cantidad limitada de encía adherida. Teniendo en cuenta que el grosor de la encía queratinizada tiene influencia directa con las enfermedades periodontales se da a conocer sus características que son: impedir movimientos de los tejidos blandos a nivel del surco periimplantario, prevenir la aparición de recesiones gingivales, resistir mejor el trauma producido por el cepillado. Si ésta disminuye tiende a producir recesiones, por lo que las personas con biotipo delgado son más propensas a perder la encía queratinizada. (Shah, 2015)

Complementando la investigación de Dominiak, Bhusari en el 2014 recomienda otro diagnóstico en el cual se observa que la presencia de una discrepancia de dientes es de importancia primordial para la medición de profundidad de la recesión y la evaluación de los resultados después del tratamiento (cobertura de la raíz parcial o completa). Un diagnóstico completo de un defecto no sólo requiere la evaluación del tejido periodontal, sino también la evaluación de las condiciones de los tejidos dentales duros. (Bhusari, 2014)

Clasificación de Recesiones Gingivales según Miller

Para el estudio de las enfermedades de una manera organizada, se han establecido las diferentes clasificaciones. Un sistema de clasificación ayuda en

la comunicación médicos - pacientes. Una clasificación ineficiente puede conducir a un diagnóstico y plan de tratamiento incorrecto. (Kumar, 2015)

Existen dos clasificaciones:
Sullivan y Atkins que clasificaron a las recesiones en cuatro categorías morfológicas: superficial-estrecho, superficial-amplio, profundo- estrecho y profundo-amplio, y la de Miller.

Miller las clasificó en:

Clase I
Es la recesión de tejido marginal, ya que no se desarrolla hasta la unión mucogingival, no existe pérdida de hueso ni de tejido blando en el área interdentaria. Fig.1.
Tratamiento: Se puede lograr un recubrimiento total mediante injertos de tejido conjuntivo libre. (Medina, 2009) (Dani, 2014) (Wolf, 2005)

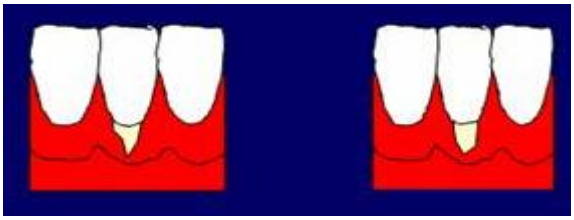


Figura 1. Recesiones Clase 1.

Tomado de (Pérez, 2008)

Clase II
Esta recesión va hasta la línea mucogingival, sin que exista pérdida de tejido interproximal. Fig.2.
Tratamiento: Es posible lograr un recubrimiento total con injertos, pero es mejor optar por la regeneración tisular guiada con membranas. (Medina, 2009) (Dani, 2014) (Wolf, 2005)

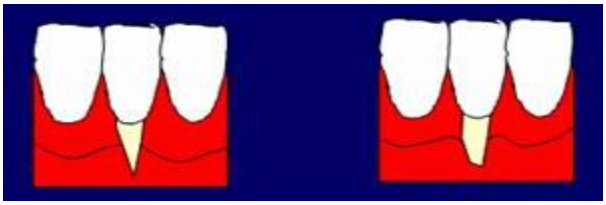


Figura 2. Recesiones Clase 2.

Tomado de (Pérez, 2008)

Clase III

Esta retracción del tejido marginal gingival va a pasar por la unión mucogingival existiendo pérdida en la altura del periodonto proximal. Fig.3.

Tratamiento: El recubrimiento total no es posible, se puede lograr cubrir la superficie vestibular de la raíz expuesta, pero no será posible la reconstrucción de las pailas. (Medina, 2009) (Dani, 2014) (Wolf, 2005)

Figura 3. Recesiones Clase 3.

Tomado de (Pérez, 2008)

Clase IV

Esta recesión se va encontrar ya pasando la línea mucogingival con pérdida ósea grave afectando también a nivel interdental al tejido blando. Fig.4.

Tratamiento: La reconstrucción de los tejidos mediante intervenciones quirúrgicas resulta prácticamente imposible. (Medina, 2009) (Dani, 2014) (Wolf, 2005)

Figura 4. Recesiones Clase 4.

Tomado de (Pérez, 2008)

Clasificación según Jahnke y cols. 1993

Mide la recesión en dirección vertical en milímetros, no solo desde el límite amelo-cementario sino también la profundidad de sondaje, así se obtienen medidas de la pérdida de inserción, nivel de inserción, anchura de la encía queratinizada. (Wolf, 2005)

Mediciones verticales

1. Recesión vertical
2. Nivel de inserción al sondaje
3. Anchura de la encía queratinizada
4. Profundidad de sondaje

Mediciones Horizontales

5. Recesión horizontal en el límite amelo-cementario
6. Anchura de la papila en el límite amelo-cementario

Clasificación de defectos cervicales sobre la superficie dental asociada a la recesión gingival.

Esta clasificación evalúa dos condiciones morfológicas que se observa en los tejidos duros asociados con la presencia de recesión gingival. (Vargas, 2016)

Clase A

Presencia identificable de unión cemento-esmalte

Clase B

Ausencia identificable de unión cemento-esmalte

La presencia positiva (+) o ausencia negativa (-) de una discrepancia en la superficie dental.

(Vargas, 2016)

2.1.6. Indicaciones para el tratamiento

Incluye preocupaciones estéticas, hipersensibilidad y necesidad de mejorar la higiene bucal.

Es de vital importancia el control óptimo de la placa para conseguir estética con la cobertura completa de la raíz. (Ama Johal, 2013)

El biotipo de la encía tiene el potencial de alterar nuestras consideraciones de tratamiento, ya que los tejidos responderán al tratamiento dependiendo su grosor, por esta razón esto debe ser considerado siempre antes de iniciar una restauración o una terapia periodontal. (Shah, 2015)

En el caso de una clase III Miller se podrá realizar la técnica de túnel de avance coronal modificado con injerto de tejido conjuntivo.

Un injerto gingival libre o una frenectomía tanto en las recesiones gingivales simples y múltiples, está asociado con una alta morbilidad debido a la eliminación de injerto del paladar y, a veces necrosis del injerto.

Pero sobretodo es de alta importancia la re - educación del paciente en relación con su técnica de cepillado, junto a la consideración de productos de limpieza adyuvantes, cepillo de dientes dependiendo su caso, hilo dental, y una dieta saludable, ya que si se realiza los tratamientos para las recesiones gingivales y el paciente continua con sus antiguos hábitos el tratamiento fracasará y con ello la reaparición de nuevas recesiones. (Ama Johal, 2013)

2.1.7. Consecuencias de las Recesiones Gingivales

Dominiak y Kina muestran las siguientes: hipersensibilidad dental, dolor, caries, angustia estética, sangrado gingival y retención de placa.
El aumento de la edad conduce a un aumento en el número de dientes afectados. (Dominiak, 2014) (Kina, 2016)

La hipersensibilidad dentinaria es una condición dental muy común. Se ha definido como un dolor breve y agudo que surge de la respuesta de la dentina expuesta a factores térmicos, químicos, o táctiles, que no se puede relacionar con cualquier otro defecto o patología dental.
Jagjit Singh Dhaliwal, ha observado que la hipersensibilidad de la dentina es más frecuente en las mujeres y en los dientes con recesión gingival. Los resultados muestran la pérdida de inserción periodontal y la recesión gingival como factores responsables de la hipersensibilidad de la dentina, la pérdida de inserción ocurre antes de la recesión gingival que expone el cemento y la dentina que es propenso a la hipersensibilidad. (Dhaliwal, 2012)

Realizar el cepillado de los dientes es de vital importancia para la salud de la encía, pero si no es realizado correctamente puede causar daños a la encía provocando recesiones gingivales. Cifcibasi y Chrysanthakopoulos han demostrado que la aparición de recesiones gingivales tienden a ser más frecuentes y graves en pacientes que realizan una técnica de cepillado incorrecta ya que si el paciente utiliza demasiada fuerza en su cepillado dental estará causando la aparición de estas.

Cuando existen superficies radiculares expuestas estas se encuentran más susceptibles a la aparición de caries, ya que existe un desgaste del cemento expuesto por la recesión dejando así una superficie dentinaria profunda muy sensible, especialmente al tacto. La hiperemia pulpar y los síntomas acompañantes pueden aparecer de igual manera por la exposición de la superficie radicular, esto sucede porque la recesión empieza a crear espacios

donde se van a empezar a alojar la placa, los alimentos, por lo tanto existirá la acumulación de bacterias. (Cifcibasi, 2014) (Chrysanthakopoulos N. , 2011)

El cálculo mantiene y acentúa la enfermedad periodontal, manteniendo la placa dental en estrecho contacto con el tejido gingival y la creación de zonas en las que la eliminación de placa es imposible, pero según nuevos estudios observan al cálculo dental como un factor no patogénico en enfermedades periodontales, pero si incrementa la inflamación gingival mediante la promoción y retención nueva placa. (Medina, 2009) (Boke, 2014) (Chrysanthakopoulos N. A., 2014)

Tras varias investigaciones en ortodoncia de Zawawi, se ha llegado a la conclusión que el efecto de inclinación hacia delante de piezas dentales especialmente incisivos y con un biotipo dental fino puede conducir a la recesión gingival ya que se produce una remodelación del hueso del proceso alveolar, que soporta los dientes y su resorción ósea lo que conduce a la reducción en el volumen de hueso alveolar. La recesión gingival puede ser generalizada o localizada, afectando a una superficie del diente o más, lo que podría dar lugar a un deterioro estético, aunque el papel del movimiento ortodóntico de los dientes en el desarrollo de la recesión gingival sigue siendo un tema discutible. (Zawawi, 2014)

2.1.8. Tratamiento para Recesiones Gingivales

Las recesiones gingivales pueden detenerse con una adecuada higiene oral (método vertical rotatorio), en la mayoría de casos se utiliza el tratamiento quirúrgico. (Wolf, 2005)

Dependiendo el tipo de recesión que el paciente presente se determinará la técnica quirúrgica a realizar y de esta dependerá su éxito. Será necesario realizar un procedimiento de recubrimiento de recesión, cuando ella esté ocasionando problemas estéticos, de sensibilidad o la pieza se encuentre vulnerable a presentar caries radicular.

Para ayudar a corregir defectos en cuanto a morfología, posición y dimensiones de la encía se realizan procedimientos como la cirugía mucogingival, siendo esta técnica la más apropiada debido a que estos procedimientos como el recubrimiento radicular tienen un perspectiva estética. (Medina, 2009) (Dani, 2014) (Balaji, 2016)

Rodríguez en su investigación utiliza algunas técnicas para el tratamiento de las recesiones gingivales:

Injerto epitelial libre

La técnica descrita por Sullivan y Atkins menciona que hay que realizar una preparación del lugar donde vaya a ser nuestro receptor usando la disección supraperióstica para de esta manera lograr sustraer todo epitelio y tejido conectivo. Se realiza un colgajo el cual debe tener un espesor parcial, dejando descubierto el tejido conectivo, y mediante una cureta afilada se elimina del diente los restos de encía libre, se realiza el curetaje de la raíz expuesta y se pasa una fresa para terminar de pulirla, se coloca una gasa empapada de suero estéril, una vez terminado esto se procede a preparar la zona donante, esto va a depender de la forma del injerto que se necesite; el injerto se toma del paladar, al tener suturados los tejidos se procederá a comprobar que ningún movimiento puede afectar la zona manipulada mediante la realización de movimientos del labio.

Injerto libre de Tejido conectivo

Se busca que cicatrice la región que será la donante, esta técnica brindará un resultado más óptimo por la estética que se requiere en estos casos, será debido al color de los tejidos adyacentes al área receptora. Se levantará un colgajo de espesor parcial para preparar la zona receptora del injerto levantado, se planificará el tamaño midiendo las dimensiones de la recesión y cantidad de tejido conectivo necesario con una sonda periodontal, la región del paladar será la zona donante, se deberá tener cuidado con la arteria palatina

ya que se encuentra por la zona del segundo molar. Una vez recolectado el tejido conectivo se lo vuelve a medir comprobando que sus dimensiones sean las correctas, se coloca el injerto y se sutura por debajo de la encía.

Varios autores como: Minkle Gulati, Saurav Panda y Ajay Mahajan explican que el tratamiento de la recesión gingival es esencial para rectificar la estética y deficiencias funcionales del paciente, para combatir una mayor destrucción periodontal, varios procedimientos tales como injerto libre gingival, injerto de tejido conectivo, y la técnica del túnel se han desarrollado para el tratamiento de múltiples defectos de recesiones gingivales. Los resultados obtenidos dependen profundamente en la calidad y la cantidad de injerto cosechado de la zona donante. (Gulati, 2016) (Panda, 2016) (Mahajan, 2016)

2.1.9. Recomendaciones para el recubrimiento de Recesiones Gingivales

Antes de empezar cualquier tratamiento se debe conocer los factores de riesgo. Un factor de riesgo importante es la pérdida de hueso interproximal, por lo cual en la clase III y IV de Miller tienen un pronóstico malo por lo que no pueden ser tratadas.

Otro factor de riesgo y que puede terminar en fracaso cualquier procedimiento que se le realice para el tratamiento de la recesiones gingivales, es si un paciente es fumador y no le es posible dejar su hábito, ya que las toxinas del tabaco interfieren en la cicatrización periodontal.

Rodríguez muestra que en el estudio de O´Leary y cols., los pacientes que presentaron mayor cantidad de recesiones gingivales fueron los que presentaban bajos índices de placa bacteriana dado por no conocer una técnica de cepillado correcta ejerciendo demasiada presión y fuerza al momento de realizarla. (Rodríguez, 2015)

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de Recesiones Gingivales en estudiantes de Odontología de primero a segundo semestre de la Universidad de las Américas del periodo 2016 – 2017.

3.2. Objetivos Específicos

1. Evaluar el grado de recesión gingival de los alumnos a tratar.
2. Determinar los dientes más propensos a sufrir recesiones.
3. Establecer la prevalencia de recesiones en hombre y mujeres.

4. Hipótesis

4.1. Hipótesis Alternativa

La prevalencia de Recesiones Gingivales en estudiantes de Odontología de primero a segundo semestre de la Universidad de las Américas del periodo 2016 – 2017 es más de un 50%.

4.2. Hipótesis Nula

No habrá Prevalencia de Recesiones Gingivales en estudiantes de Odontología de primero a segundo semestre de la Universidad de las Américas del periodo 2016 – 2017.

5. Material y métodos

5.1. Tipo de Estudio:

Observacional Descriptivo de corte transversal.

5.2. Universo y Muestra

Universo:

El estudio serán todos los alumnos de primer y segundo semestre de la facultad de Odontología de la Universidad de las Américas.

Muestra:

Es seleccionada a partir de los criterios de inclusión y exclusión, por lo que la muestra es de 100 estudiantes.

5.3. Criterios de inclusión

- Alumnos de primero y segundo semestres de la Facultad de Odontología UDLA.
- Alumnos entre 18 y 26 años de ambos sexos.
- Alumnos que hayan firmado el consentimiento informado.

5.4. Criterios de exclusión

- Alumnos mayores a 26 años y menores a 18
- Alumnos que presentan aparatología ortodóntica.
- Alumnos que no hayan firmado el consentimiento informado.
- Alumnos que presenten agrandamientos gingivales.

6. Descripción del método

6.1. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se realiza la recolección de datos en la clínica Odontológica de la Universidad de las Américas de los alumnos de primero y segundo semestre de la facultad de odontología de la UDLA. Se le entrega al estudiante el consentimiento informado (ANEXO 1) para constatar que desea formar parte del estudio y explicando en que consiste el mismo. Se documenta el tipo de recesión que el paciente posee mediante la utilización de una sonda periodontal WHO, en un formulario establecido (ANEXO 2).Para que el estudio sea real se concientiza a los alumnos evaluados que presentaron recesiones para poder corregir sus malos hábitos.

6.2. Procedimientos para recolección

Se realiza la recolección de datos en la facultad de Odontológica de la Universidad de las Américas, en los laboratorios de prácticas clínicas, se selecciona un grupo de alumnos de primero y segundo semestre de la facultad de Odontología de la UDLA al azar, de edades entre 18 y 26 años, de ambos sexos, para evaluar su nivel de recesión mediante la utilización de una sonda periodontal (WHO), se toma de referencia la clasificación de Miller para determinar el nivel de recesión que presentan los alumnos para así comprobar la prevalencia.

7. Análisis estadístico

Los datos obtenidos serán expresados en porcentaje.

8. Resultados

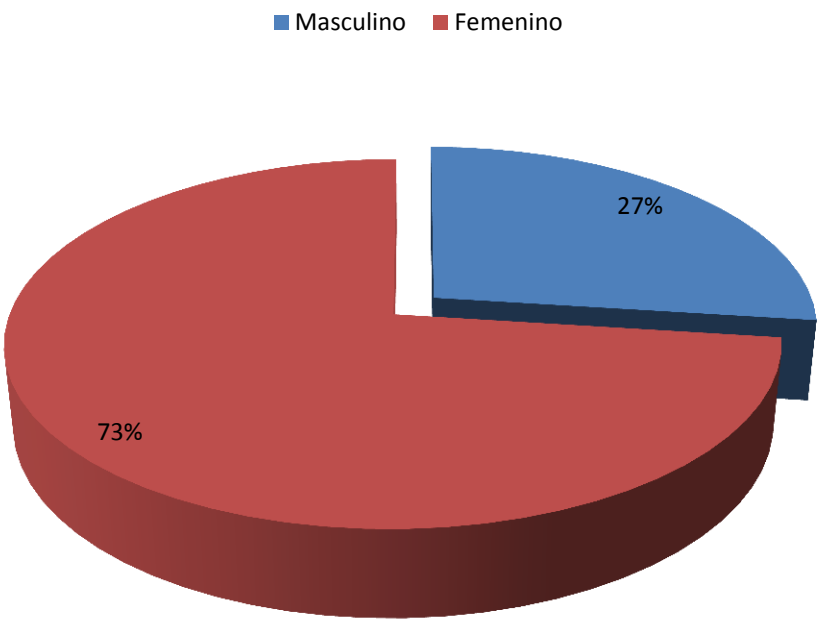


Figura 1. Total Pacientes.

En este estudio los estudiantes examinados fueron en mayor cantidad mujeres existiendo un porcentaje de 73% y hombres con un porcentaje de 27%.

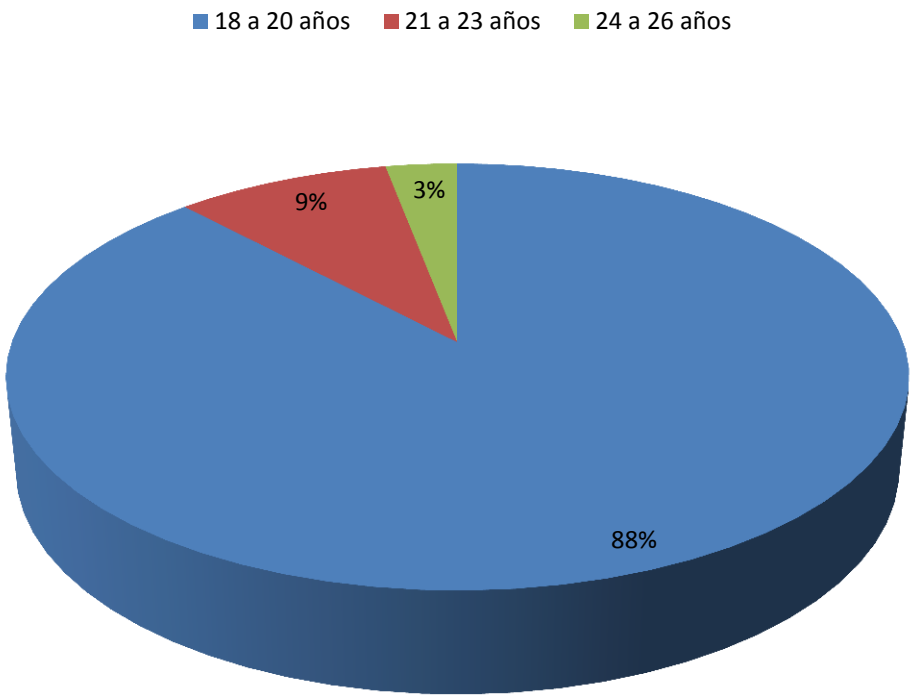


Figura 2. Recesiones según la edad.

Cómo se puede observar en el gráfico hubo una mayor cantidad de estudiantes examinados en el rango de edades de 18 a 20 años con el 88%.

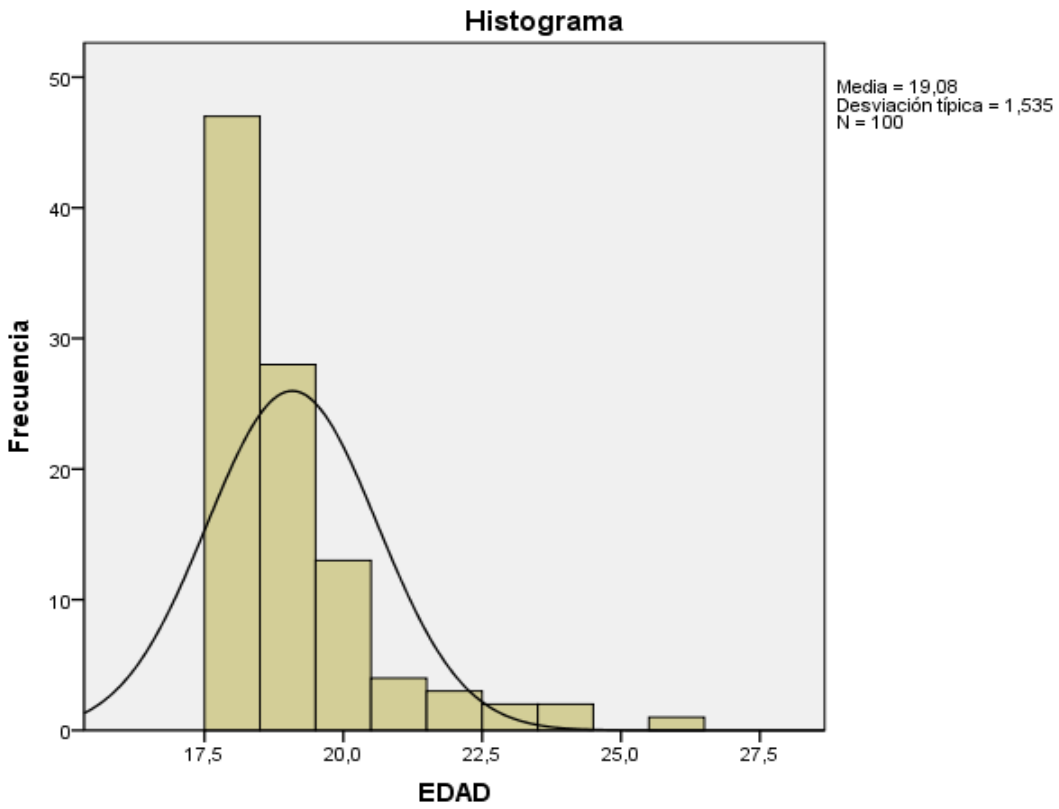


Figura 3. Rango de edad con mayor afectación.

El Histograma muestra que la edad con mayor incidencia de presentar recesiones gingivales son los pacientes que tenían 18 años.

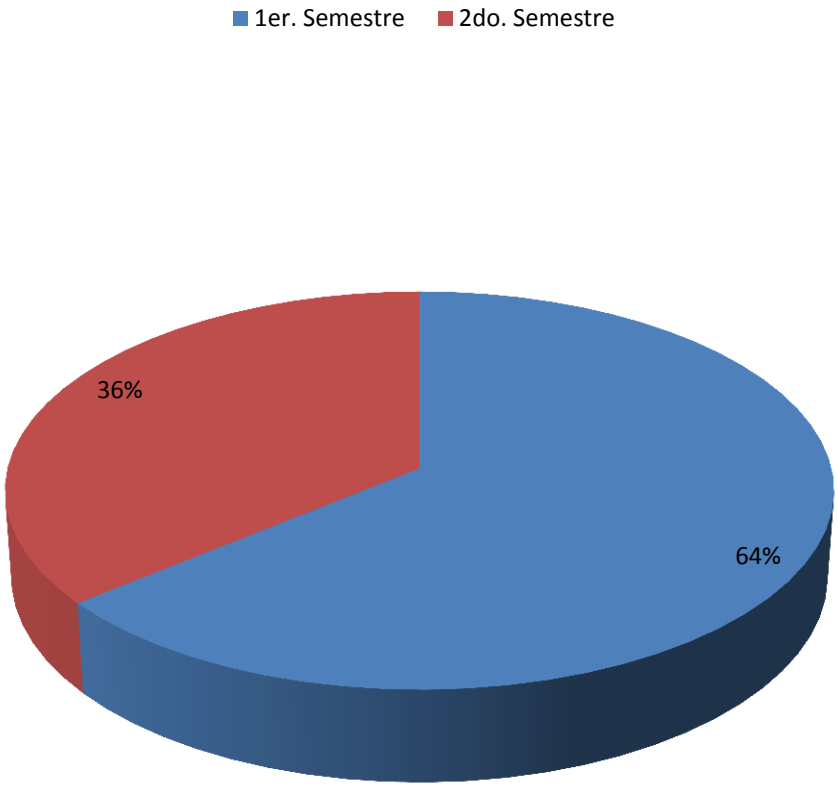


Figura 4.- Semestre con mayor afectación.

Como se puede observar en el gráfico, el semestre que presentó más recesiones fue el primer semestre de la facultad de odontología de la UDLA con el 64%.

Tabla 1. Total de Recesiones.

		Recuento	% de respuestas de la columna
TOTAL RECISIONES	Sin Recesión	100	60,61%
	Recesión Tipo I	62	37,58%
	Recesión Tipo II	3	1,82%
TOTAL RECISIONES		165	100,0%

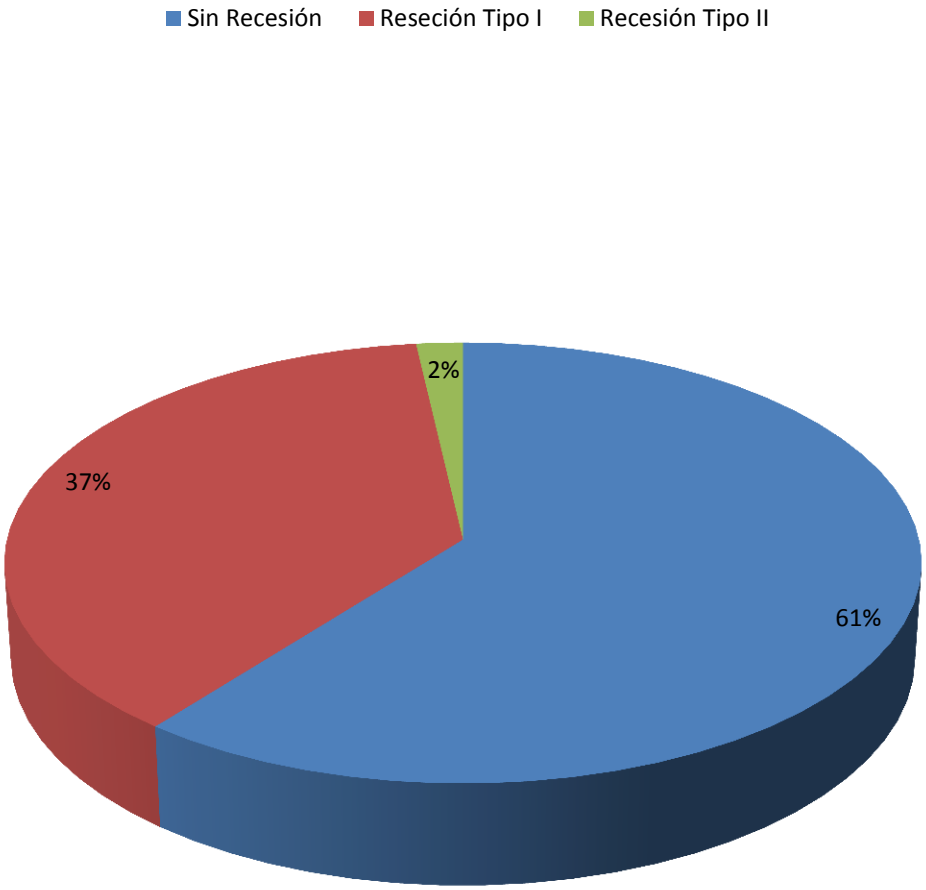


Figura 5. Total de Recesiones.

Como se observa en el gráfico el 61% de los estudiantes examinados no presentó recesiones gingivales, el 37% presentó recesiones Grado 1, y el 2% presentó recesiones Grado 2.

Tabla 2. Total de Recesiones en Maxilares.

		Recuento	% de respuestas de la columna
MAXILAR SUPERIOR	Sin Recesión	100	69%
	Recesión Tipo I	42	29%
	Recesión Tipo II	2	1%
MAXILAR INFERIOR	Sin Recesión	100	67%
	Recesión Tipo I	48	32%
	Recesión Tipo II	1	1%

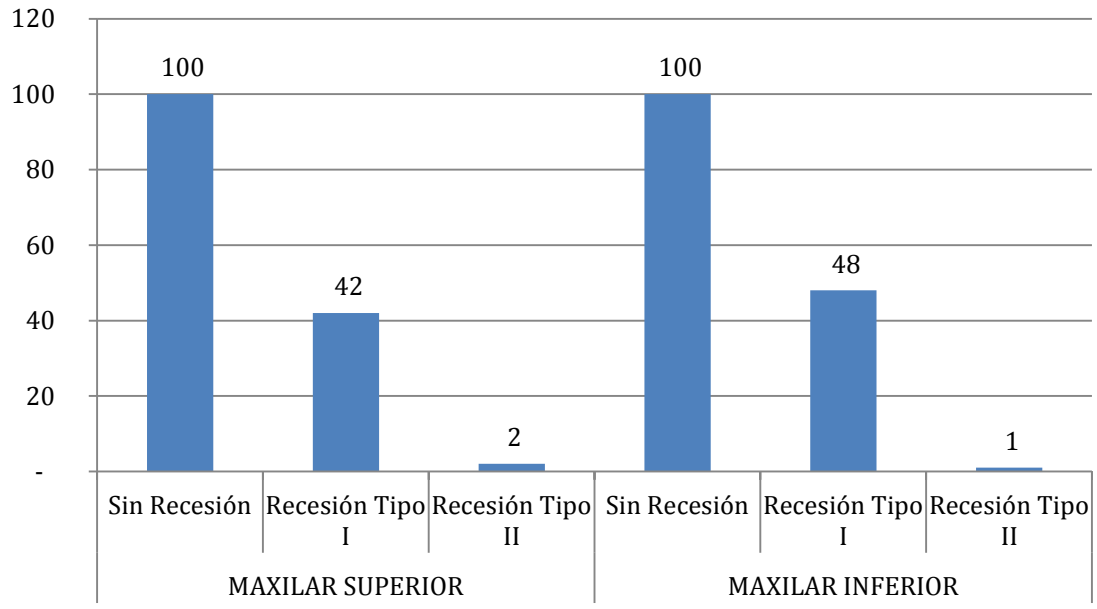


Figura 6. Total de Recesiones en Maxilares.

Como se puede observar el maxilar inferior tuvo mayor prevalencia de recesiones gingivales Grado 1 con un 48%, y el maxilar superior un 42% de recesiones Grado 1, mientras que el maxilar superior presento el 2% de recesiones Grado 2, y el maxilar inferior presentó el 1% de recesiones Grado 2.

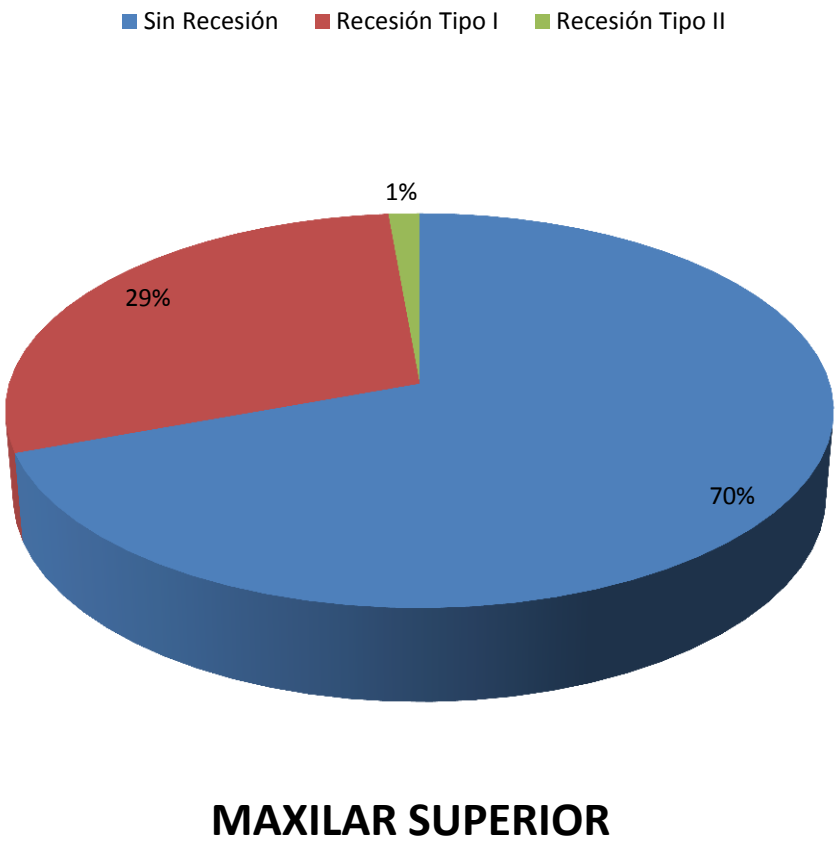


Figura 7. Total de Recesiones en Maxilar Superior

Como se puede observar en el maxilar superior un 70% de los estudiantes no presentó recesiones gingivales, mientras que un 29% de los estudiantes presentó recesiones Grado 1, y el 1% presentó recesiones Grado 2.

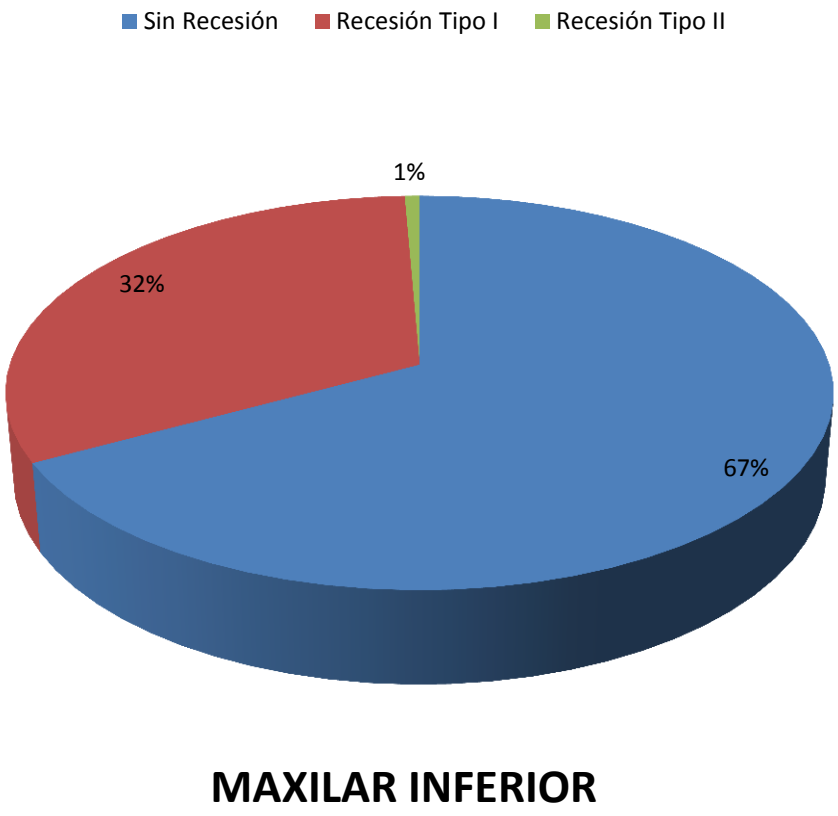


Figura 8.- Total de Recesiones en Maxilar Inferior

En el maxilar inferior el 67% de los estudiantes examinados no presentó recesiones, mientras que el 32% presentó recesiones grado 1, y solo el 1% presentó recesiones grado 2, en este maxilar existió mayor prevalencia de recesiones gingivales.

Tabla 3. Pieza con mayor afectación

PIEZA	Tipo de Recesión	Recuento	% de respuestas de la columna
PIEZA 11	Sin Recesión	100	98,04%
	Recesión Tipo I	2	1,96%
	Recesión Tipo II	-	0,00%
PIEZA 12	Sin Recesión	100	97,09%
	Recesión Tipo I	3	2,91%
	Recesión Tipo II	-	0,00%
PIEZA 13	Sin Recesión	100	86,21%
	Recesión Tipo I	15	12,93%
	Recesión Tipo II	1	0,86%
PIEZA 14	Sin Recesión	100	92,59%
	Recesión Tipo I	7	6,48%
	Recesión Tipo II	1	0,93%
PIEZA 15	Sin	100	97,09%

	Recesión		
	Recesión	3	2,91%
	Tipo I		
	Recesión	-	0,00%
	Tipo II		
PIEZA 16	Sin	100	96,15%
	Recesión		
	Recesión	4	3,85%
	Tipo I		
	Recesión	-	0,00%
	Tipo II		
PIEZA 17	Sin	100	100,00%
	Recesión		
	Recesión	-	0,00%
	Tipo I		
	Recesión	-	0,00%
	Tipo II		
PIEZA 21	Sin	100	97,09%
	Recesión		
	Recesión	3	2,91%
	Tipo I		
	Recesión	-	0,00%
	Tipo II		
PIEZA 22	Sin	100	97,09%
	Recesión		
	Recesión	3	2,91%
	Tipo I		
	Recesión	-	0,00%
	Tipo II		
PIEZA 23	Sin	100	84,03%
	Recesión		
	Recesión	17	14,29%

	Tipo I Recesión	2	1,68%
PIEZA 24	Tipo II Sin Recesión	100	93,46%
	Recesión	6	5,61%
	Tipo I Recesión	1	0,93%
PIEZA 25	Tipo II Sin Recesión	100	98,04%
	Recesión	2	1,96%
	Tipo I Recesión	-	0,00%
PIEZA 26	Tipo II Sin Recesión	100	96,15%
	Recesión	4	3,85%
	Tipo I Recesión	-	0,00%
PIEZA 27	Tipo II Sin Recesión	100	98,04%
	Recesión	2	1,96%
	Tipo I Recesión	-	0,00%
PIEZA 31	Tipo II Sin Recesión	100	93,46%
	Recesión	7	6,54%
	Tipo I Recesión	-	0,00%

	Tipo II		
PIEZA 32	Sin	100	94,34%
	Recesión		
	Recesión	6	5,66%
	Tipo I		
	Recesión	-	0,00%
	Tipo II		
PIEZA 33	Sin	99	84,62%
	Recesión		
	Recesión	18	15,38%
	Tipo I		
	Recesión	-	0,00%
	Tipo II		
PIEZA 34	Sin	100	92,59%
	Recesión		
	Recesión	7	6,48%
	Tipo I		
	Recesión	1	0,93%
	Tipo II		
PIEZA 35	Sin	100	96,15%
	Recesión		
	Recesión	4	3,85%
	Tipo I		
	Recesión	-	0,00%
	Tipo II		
PIEZA 36	Sin	100	98,04%
	Recesión		
	Recesión	2	1,96%
	Tipo I		
	Recesión	-	0,00%
	Tipo II		
PIEZA 37	Sin	100	100,00%

	Recesión		
	Recesión Tipo I	-	0,00%
	Recesión Tipo II	-	0,00%
PIEZA 41	Sin Recesión	100	94,34%
	Recesión Tipo I	6	5,66%
	Recesión Tipo II	-	0,00%
PIEZA 42	Sin Recesión	100	96,15%
	Recesión Tipo I	4	3,85%
	Recesión Tipo II	-	0,00%
PIEZA 43	Sin Recesión	100	84,75%
	Recesión Tipo I	18	15,25%
	Recesión Tipo II	-	0,00%
PIEZA 44	Sin Recesión	100	91,74%
	Recesión Tipo I	9	8,26%
	Recesión Tipo II	-	0,00%
PIEZA 45	Sin Recesión	100	97,09%
	Recesión	3	2,91%

	Tipo I		
	Recesión	-	0,00%
	Tipo II		
PIEZA 46	Sin	100	96,15%
	Recesión		
	Recesión	4	3,85%
	Tipo I		
	Recesión	-	0,00%
	Tipo II		
PIEZA 47	Sin	100	100,00%
	Recesión		
	Recesión	-	0,00%
	Tipo I		
	Recesión	-	0,00%
	Tipo II		

PIEZA CON MAYOR RECESIÓN TIPO I

PIEZA 33

PIEZA 43

PIEZA CON MAYOR RECESIÓN TIPO II

PIEZA 23

Tabla 4. Recesiones por Cara dental

		Recuento	% de respuestas de la columna
CARA (L)	Sin Recesión	100	97,09%
	Recesión Tipo I	3	2,91%
	Recesión Tipo II	-	0,00%
CARA (P)	Sin Recesión	100	99,01%
	Recesión Tipo I	1	0,99%
	Recesión Tipo II	-	0,00%
CARA (V)	Sin Recesión	100	60,98%
	Recesión Tipo I	61	37,20%
	Recesión Tipo II	3	1,83%

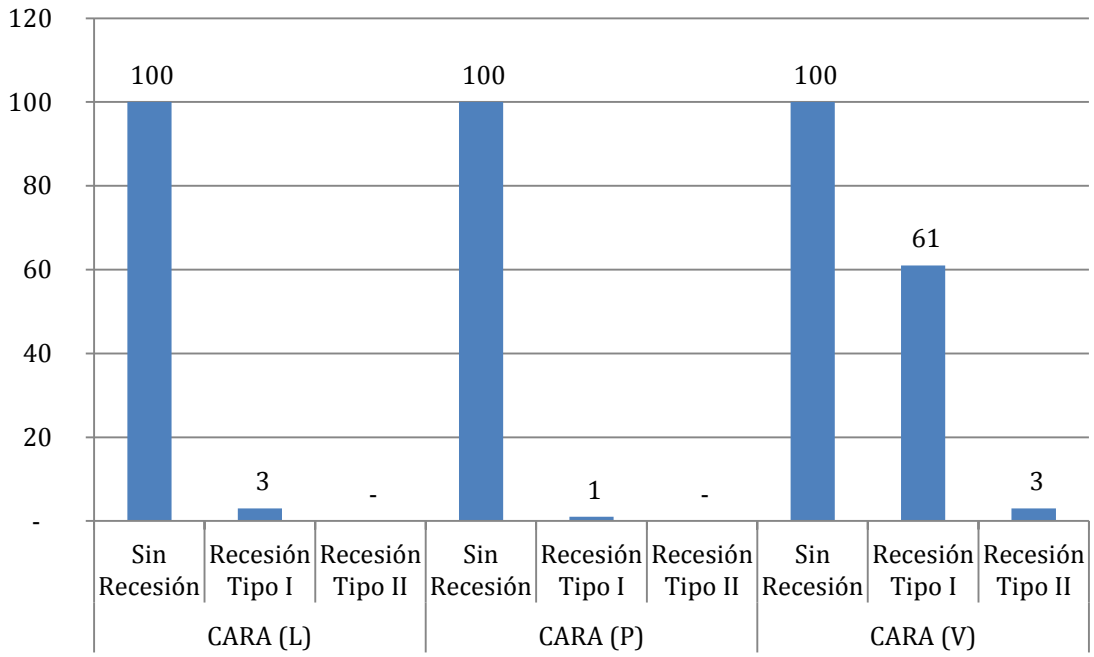


Figura 9. Recesiones por Cara dental

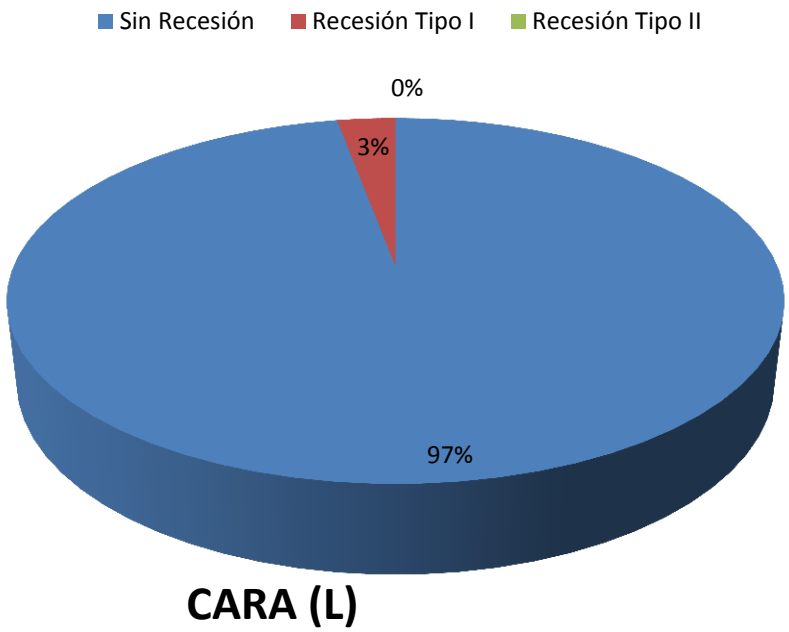


Figura 10. Recesiones por Cara dental

Como se puede mostrar en el gráfico en la cara lingual existió solo el 3% de recesiones Grado 1 y ninguna recesión Grado 2.

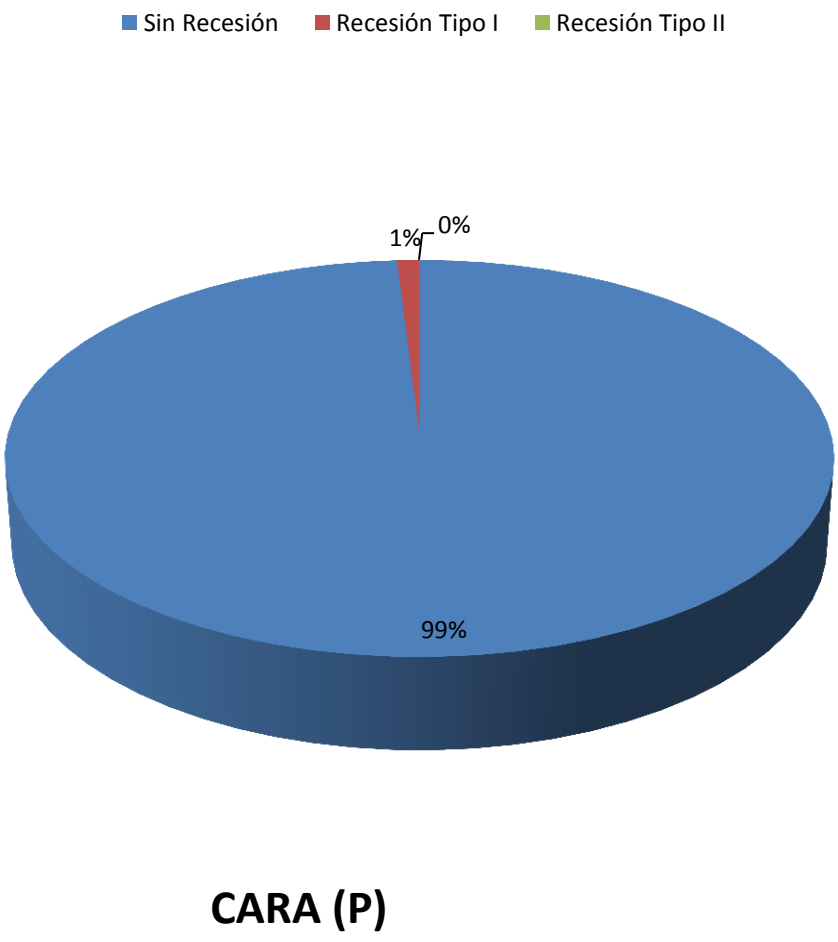


Figura 11. Recesiones por Cara dental

En la cara palatina se encontró solo el 1% de recesiones Grado 1, y ninguna recesión Grado2.

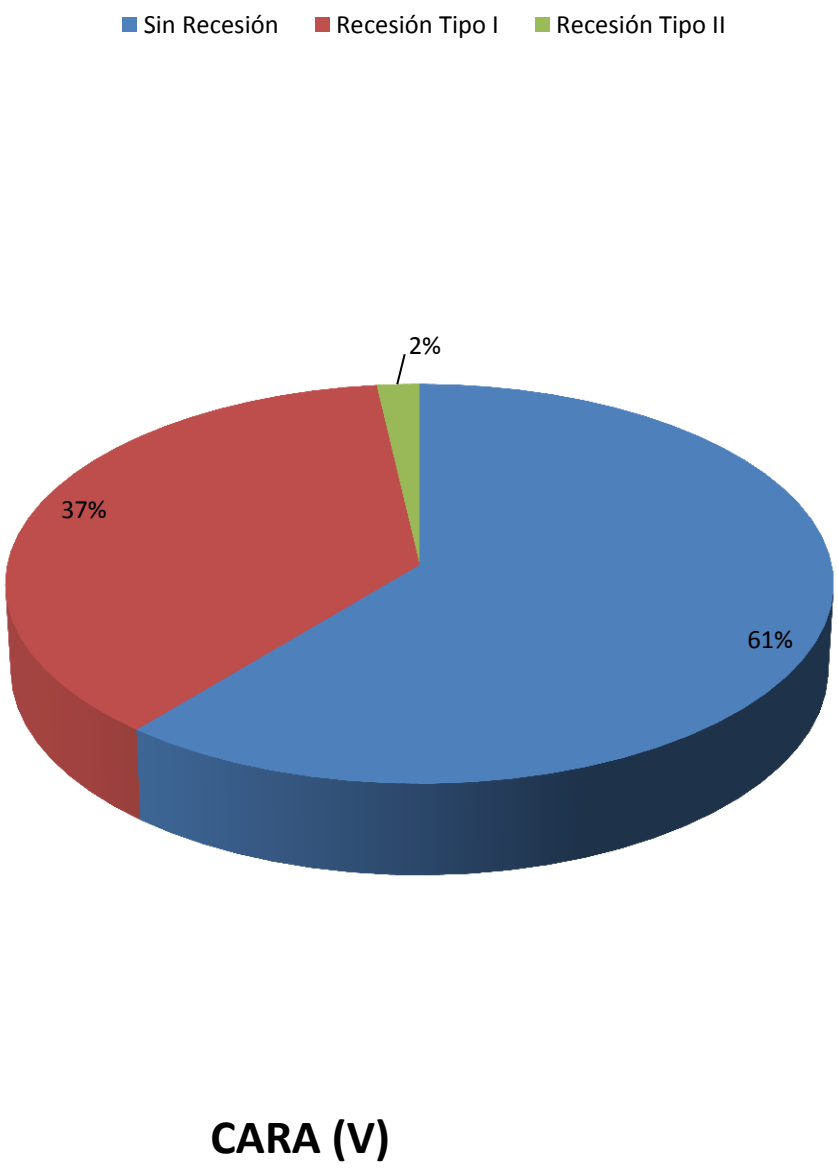


Figura 12. Recesiones por Cara dental

La cara vestibular fue la más afetada presentando el 37% de recesiones Grado 1, y el 2% de recesiones Grado 2

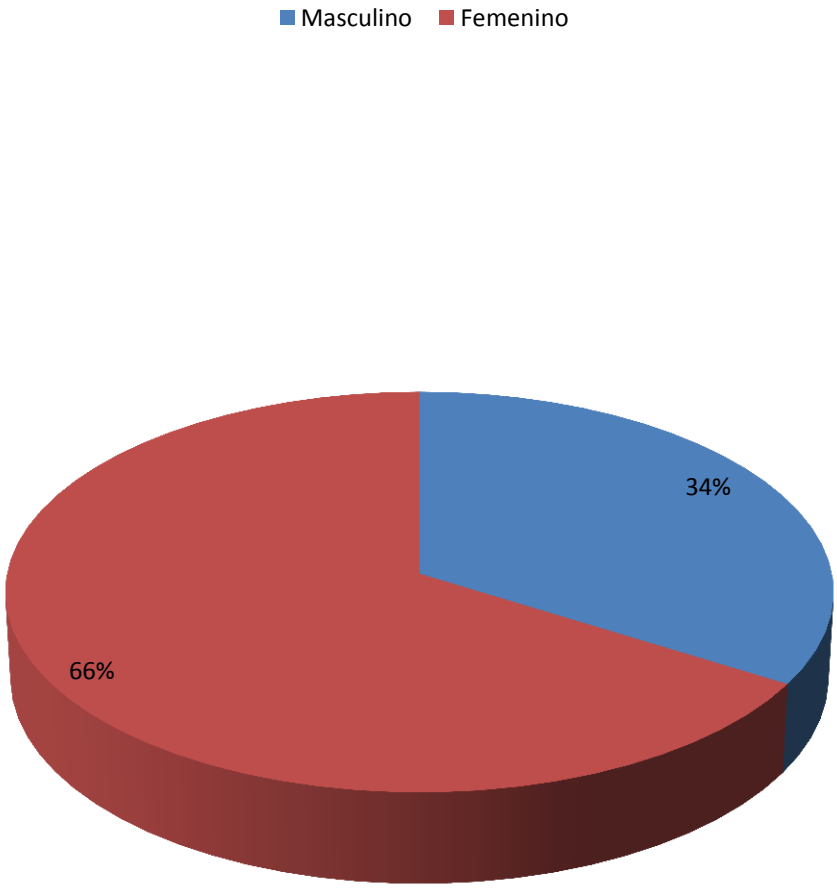


Figura 13. Prueba de Hipótesis – Recesiones Grado 1

Como se puede observar en el gráfico las pacientes mujeres presentaron mayor poncentaje 68% de recesiones gingivales grado 1 que los hombres que presentaron el 34%.

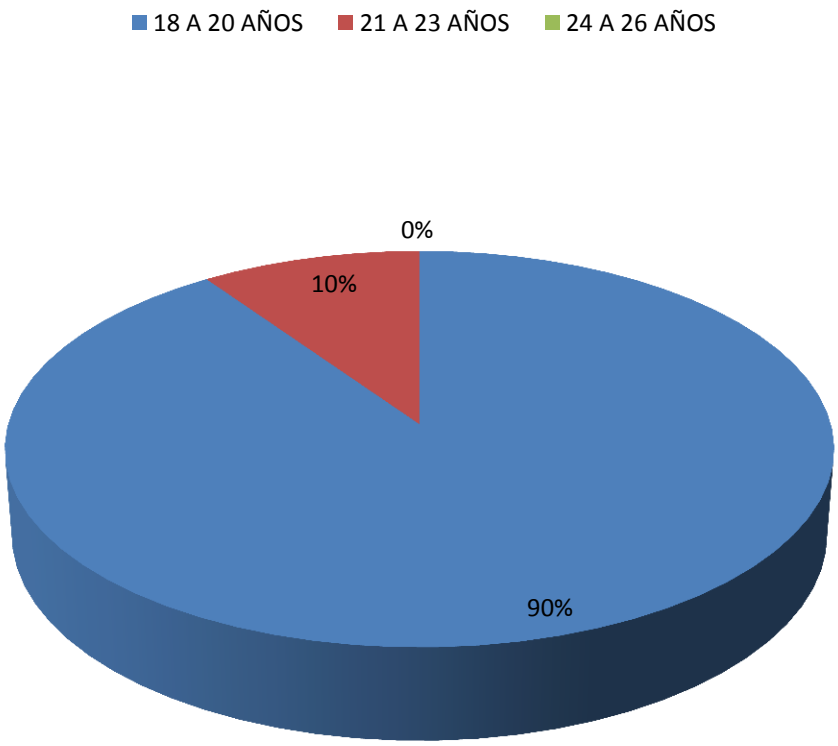


Figura 14. Prueba de Hipótesis – Recesiones Grado 1

Los estudiantes en el rango de 18 a 20 años presentaron el 90% de recesiones gingivales, el rango de 21 a 23 años presentaron el 10%, y el rango de 24 a 26 años no presentaron recesiones gingivales.

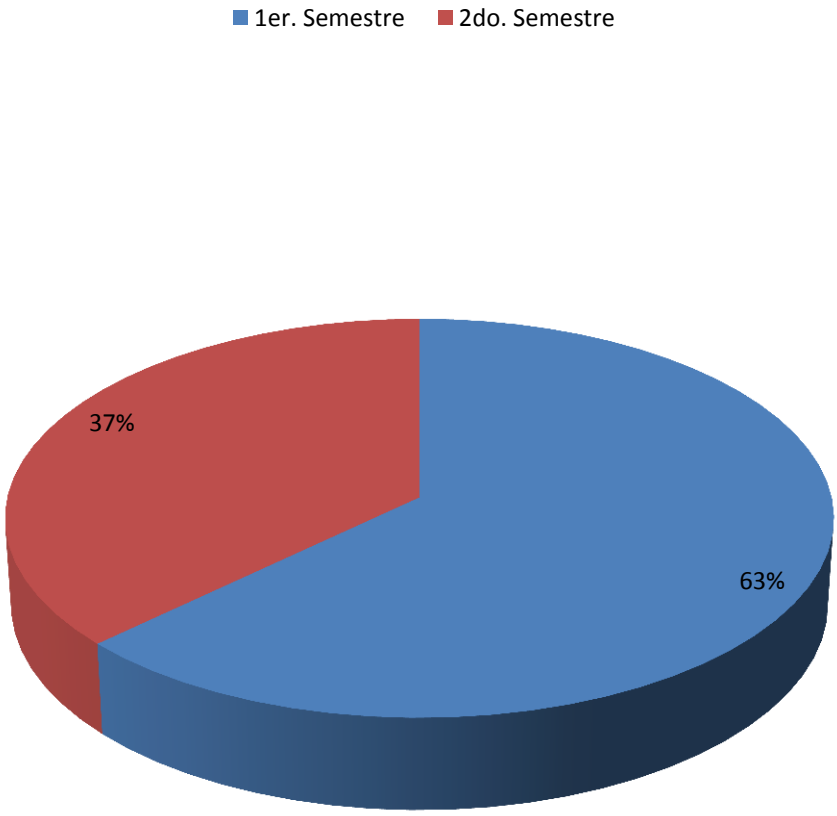


Figura 15. Prueba de Hipótesis – Recesiones Grado 1

Los estudiantes de primer semestre presentaron el 63% de recesiones gingivales comparando con segundo semestre que presentaron el 37%.

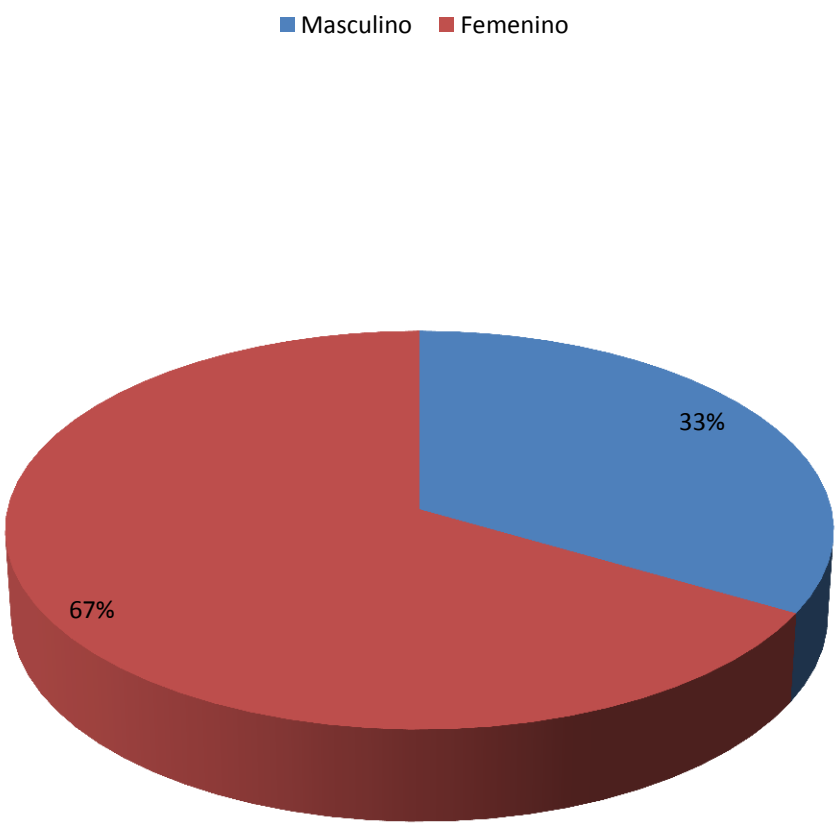


Figura 16. Prueba de hipótesis – Recesiones Grado 2

Las mujeres presentaron el 67% de recesiones Grado 2, comparado con los hombres que presentaron el 33%.

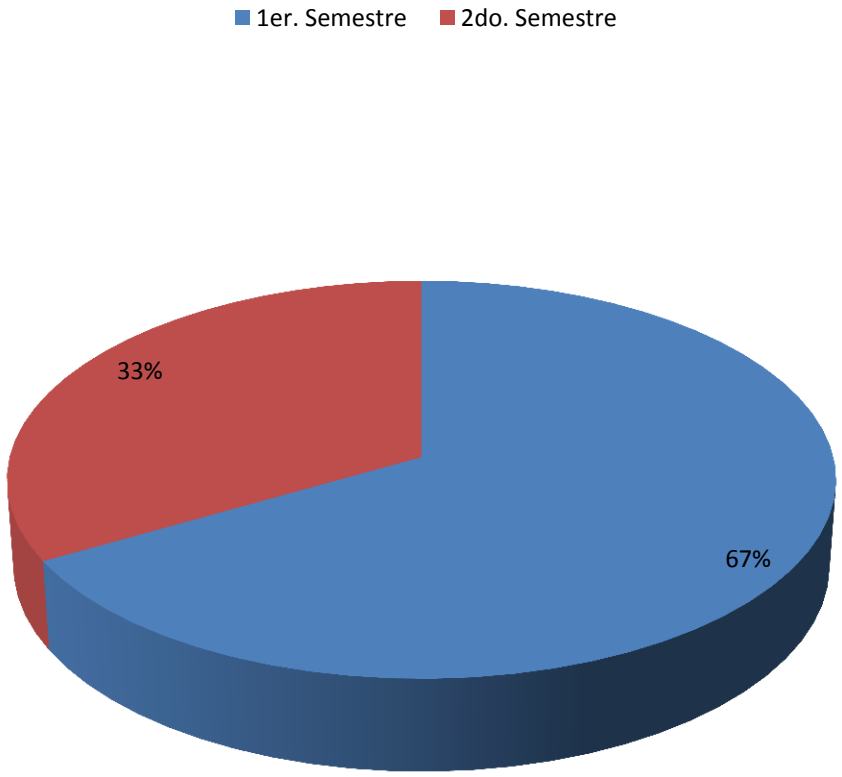


Figura 17. Prueba de hipótesis – Recesiones Grado 2

El 67% de los estudiantes de primer semestre presentaron recesiones Grado 2, y el 33% de los estudiantes de segundo semestre presentaron recesiones Grado 2.

Tabla 5.- Relación de Variables

RELACIÓN DE LAS VARIABLES

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		TOTAL RECISIONES
GÉNERO	Chi cuadrado	3,971
	Gl	3
	Sig.	,265
RANGO EDAD	Chi cuadrado	5,500
	Gl	6
	Sig.	,481
SEMESTRE	Chi cuadrado	,095
	Gl	3
	Sig.	,992

→	Ho:	No existe influencia del género en las recisiones.	**> 0.05**
	Ha:	Existe influencia del género en las recisiones.	**<= 0.05**

→	Ho:	No existe influencia de la edad en las recisiones.	**> 0.05**
	Ha:	Existe influencia de la edad en las recisiones.	**<= 0.05**

→	Ho:	No existe influencia del semestre en las recisiones.	**> 0.05**
	Ha:	Existe influencia del semestre en las recisiones.	**<= 0.05**

9. Discusión

Autores como Shah y Medina, tienen presente que las recesiones gingivales se dan por factores exógenos y endógenos, y es más frecuente en personas con edad avanzada, en cambio, en este estudio, se pudo observar que los estudiantes entre 24 y 26 años que fueron del rango máximo de edad no presentaron recesiones gingivales, por lo que se puede deducir que la aparición de éstas, no es una causa directa con la edad que presente el paciente, sino, más bien su estilo de vida. Estos autores también mencionan que el sexo masculino es más propenso a presentar recesiones y esto pudo ser comprobado de igual manera en este estudio. (Shah, 2015) (Medina, 2009)

Otro factor que se comprobó es que el paciente no acude al odontólogo a menos que presente molestias por lo que una recesión de grado I podrá seguir progresando hasta llegar a afectar con mayor severidad la cavidad oral. (Wolf, 2005).

Dominiak nos dice que el diagnóstico precoz es fundamental para prevenir cualquier tipo de patología en la cavidad bucal, incluyendo las recesiones gingivales, todo profesional debería realizar a sus pacientes un periodontograma para tener el conocimiento de cómo se encuentra la unión mucogingival, el margen gingival, índice de sangrado, si existe recesión o inflamación. (Dominiak, 2014)

Un punto muy importante es enviar a realizar exámenes radiográficos precisos para determinar el grado de afectación de las recesiones, esto será mediante tomografías y micro tomografías computarizadas, ya que son exámenes adecuados para la identificación de defectos según la clasificación de Miller. (Medina, 2009), lamentablemente en nuestro medio no es muy factible, ya que vivimos en una sociedad donde no les es de mayor importancia la realización de esta clase de exámenes, y profesionales de la salud prefieren realizar diagnósticos clínicos porque saben que los pacientes no accederían a esta clase de radiografías por su alto costo.

Hay que tener en cuenta que el desgaste cervical de la recesión gingival puede ocurrir por causas patológicas, tales como abrasión y erosión, la interacción entre factores químicos, biológicos es fundamental para poder determinar y ayudar a explicar por qué algunos individuos exhiben más de un tipo de mecanismo de desgaste cervical que otros. (Nascimento, 2016)

Nascimento nos dice que es necesario que el profesional conozca todo sobre el tema si va a tratar a un paciente con ésta patología, ya que han existido casos en las que el odontólogo tratante no está apto para ofrecer un correcto diagnóstico, estando de acuerdo con esto ya que la mayoría de estudiantes había acudido al odontólogo y no se les había informado el problema que tenían en boca, también indica que la mayoría de pacientes que presenta recesiones grado 2, lo primero que busca es poder aliviar la hipersensibilidad de los dientes gravemente comprometidos y restaurarlos por razones estéticas. En su estudio muestra que la prevalencia de recesiones es mayor en incisivos y premolares que en caninos y molares. Los premolares mandibulares son afectados más frecuentemente y con mayor severidad que los premolares superiores, pero en el caso de este estudio se mostró que las piezas más afectadas fueron caninos y premolares, en lo que si se concuerda es respecto al sector inferior, que se demostró que fue el más afectado. (Nascimento, 2016)

En el caso de Ardila muestra en su estudio que la presencia de piercings en la cavidad oral (lengua y labio) es el factor causante principal de recesiones en adolescentes y adultos jóvenes, ya que el frecuente contacto de un cuerpo extraño con la mucosa puede llegar a causar grandes daño y en su caso dio lugar a la aparición de recesiones gingivales, en este estudio ningún paciente portaba piercings, por lo que esta teoría no pudo ser comprobada. (Ardila, 2009)

Marini estudió a pacientes de 20 años en adelante y determinó que mientras más avanzada era la edad llegaban a tener recesiones clase III y clase IV

según Miller, observó que en edades entre 20 a 29 años no existió gran cantidad de recesiones, en cambio en el grupo de 50 a 60 años existió mayor prevalencia y mayor cantidad de piezas afectadas, determinó que las piezas dentales con mayores problemas eran las piezas anteriores, en este estudio existió mayor prevalencia en estudiantes menores a 24 años, con recesiones gingivales hasta grado 2 según Miller, no existió gran cantidad de piezas afectadas pero si un número representativo, y de igual manera las piezas más afectadas fueron las anteriores. (Marini, 2009)

10. Conclusiones

- Las piezas más afectadas con recesiones gingivales fueron los caninos, tanto superiores como inferiores.

- Los primeros premolares e incisivos inferiores fueron las segundas piezas con mayor afectación.

- La cara dental con mayor prevalencia fue la vestibular.

- En edades de 18 a 20 años no existió presencia de recesiones en molares, en cambio en edades de 21 a 23 años ya se encontró la aparición de recesiones en el primer molar inferior.

- Existió mayor prevalencia de recesiones grado 1 que recesiones grado 2 en los rangos de edades estudiados.

- La mayoría de estudiantes presentaron recesiones grado 1 sin saber que las portaban ya que no tenían sintomatología, en cambio, los estudiantes que presentaron recesiones grado 2 estaban conscientes de su problema porque ya presentaban sintomatología como sensibilidad, pero no conocían como solucionarlo.

- El género del paciente no es influyente en la aparición de las recesiones gingivales.

- El maxilar con mayor afectación fue el inferior.

- Las edades con más prevalencia de recesiones gingivales fueron de 18 a 20 años, y las que no presentaron ningún tipo de recesión fueron las edades entre 24 a 26 años.

11. Recomendaciones

Es importante poder educar al paciente sobre el problema que está presentando, para que así éste tome conciencia y pueda solucionarlo de la mejor manera, lo ideal sería prevenir enseñando al paciente correctas técnicas de cepillado ya que ésta es considerada como la principal causa para la aparición de recesiones gingivales, al igual que una mala oclusión.

Se deberá motivar al paciente para que acuda al odontólogo a chequeos cada 3 o 6 meses dependiendo su caso, para así poder prevenir, tratar sus patologías.

Dar charlas en escuelas y colegios para así poder brindar mayor información sobre los que son las recesiones gingivales, las causas y consecuencias de las mismas.

Concientizar a los jóvenes el daño que puede llegar a causar el uso de piercings en la cavidad bucal.

12. Referencias

Ama Johal. (2013). State of the science on controversial topics: orthodontic therapy and gingival recession (a report of the Angle Society of Europe 2013 meeting). *Progress in Orthodontics , 10*, 14-16.

Ardila, C. (2009). ASOCIACION ENTRE PIERCING LINGUAL Y RECESION GINGIVAL. *Revista Habanera de Ciencias Médicas , 8* (4).

B. V. V. Srinivas. (2015). Treatment of gingival recession using free gingival graft with fibrin fibronectin sealing system: A novel approach. *PMC* , 734 - 739.

Balaji. (2016). Management of gingival recession with acellular dermal matrix graft: A clinical study. *Journal of Pharmacy & BioAllied Sciences , 1*, S59–S64.

Bhusari, P. (2014). Classification & Prevalence of Dental Surface Defects in Areas of Gingival Recession- A Clinical Study. *Journal of Clinical & Diagnostic Research , 8* (7), ZF01–ZF04.

Boke, F. (2014). Relationship between orthodontic treatment and gingival health: A retrospective study. *European Journal of Dentistry , 8* (3), 373–380.

Chrysanthakopoulos, N. (2011). Aetiology and Severity of Gingival Recession in an Adult Population Sample in Greece. *Dental Research Journal , 8* (2), 64-70.

Chrysanthakopoulos, N. A. (2014). Gingival recession: prevalence and risk indicators among young greek adults. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry , 6* (3), e243–e249.

Cifcibasi, E. (2014). Comparison of manual toothbrushes with different bristle designs in terms of cleaning efficacy and potential role on gingival recession. *European Journal of Dentistry , 8* (3), 395–401.

DUNCEA, I. (febrero de 2013). Gingival recession in postmenopausal women with and without osteoporosis. 69-73.

Dani, S. (2014). The pouch and tunnel technique for management of multiple gingival recession defects. *Orthopedic Implants : GPC , 18* (6), 776-780.

Dhaliwal, J. S. (2012). Prevalence of dentine hypersensitivity: A cross-sectional study in rural Punjabi Indians. *Indian Society of Periodontology , 16* (3), 426–429.

Dominiak. (2014). New perspectives in the diagnostic of gingival recession. *US National Library of Medicine , 23* (6), 857 - 863.

Gulati, M. (2016). Esthetic dentistry for multiple gingival recession cases: Coronally advanced flap with bracket application. *Indian Society of Periodontology , 20* (2), 207–210.

Kina, J. (2016). Non-Inflammatory Destructive Periodontal Disease. *Bentham Open , 10*, 50–57.

Kumar, A. (2015). Comparison of the clinical applicability of Miller's classification system to Kumar and Masamatti's classification system of gingival recession. *Indian Society Periodontology , 19* (5), 563 - 568.

Mahajan, A. (2016). Periosteal pedicle graft for the treatment of gingival recession defects current status and future prospects: What the evidence suggests? *Indian Society of Periodontology , 20* (2), 220–221.

Manchala, R. (2012). Epidemiology of gingival recession and risk indicators in dental hospital population of Bhimavaram. *JISPCD* , 69-74.

Marini, M. (2009). Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. *Journal of Applied Oral Science , 12* (3).

Maroso, F. (2015). Correlation between gingival thickness and gingival recession in humans. *Acta Odontológica Latinoamericana , 8*, 13-17.

Medina, A. (2009). Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. *Avances en Periodoncia Implantología Oral , 21* (2), 35 - 43.

Mythri, S. (2015). Etiology and occurrence of gingival recession - An epidemiological study. *PMC US National Library of Medicine National Institutes of Health* , 671 - 675.

Nascimento, M. M. (2016). Abfraction lesions: etiology, diagnosis, and treatment options. *DovePress , 8*, 79-87.

Panda, S. (2016). Pedicled buccal fat pad graft for root coverage in severe gingival recession defect. *Indian Society of Periodontology , 20* (2), 216–219.

Pérez, J. L. (11 de marzo de 2008). *Open Course Ware, Universidad de Sevilla*. From http://ocwus.us.es/estomatologia/cirugia-bucal/cirugia_bucal/tema-35/page_03.htm

Rodríguez, M. (2015). MANEJO ODONTOLÓGICO DE LA RECESIÓN GINGIVAL. *REDOE , 11*.

Shah, R. (2015). Prevalence of gingival biotype and its relationship to clinical parameters. *Contemporary Clinical Dentistry , 6* (1), 167 - 171.

Vargas, A. (2016). *Periodontología e Implantología.* México D.F., México: Panamericana .

Wolf, H. (2005). *Periodoncia* (3˚ ed.). Barcelona, España: Masson.

Zawawi, K. (2014). Gingival biotype in relation to incisors' inclination and position. *Saudi Medical Journal , 35* (11), 1378–1383.

ANEXOS

Anexo 1. Cronograma

	Mes			
	1	2	3	4
Inscripción del tema (inicio de TIT)	X			
Planificación (revisión de texto con tutor)	X			
Prueba Piloto		X	X	
Recolección definitiva de la muestra		X	x	
Análisis de resultados		X	x	
Redacción de la discusión			x	
Redacción del texto final			x	X
Presentación del borrador a los correctores			x	X
Entrega del empastado			x	
Segunda entrega a los profesores correctores			x	X

Anexo 2. Presupuesto

RUBROS	VALOR
Equipos	$45
Materiales y Suministros	$30
Viajes Técnicos	$0
Subcontratos y servicios (Ej. Estadístico)	$15
Recursos Bibliográficos y Software	$10
Entrega final de la tesis (borradores y empastado)	$35
Transferencia de resultados (Publicaciones o eventos)	$0
Total	$135

Anexo 3.- Consentimiento informado

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Recesiones Gingivales

Responsables: Dra. Emma Samaniego **Estudiante:** Daniela Amancha

Institución: Universidad de las Américas **Facultad:** Odontología

Teléfono:+593 (2) 398 1000 ext. 7587 0984659916

Email:em.samaniego@udlanet.ecdamancha@udlanet.ec

Título del Proyecto :"Prevalencia de Recesiones Gingivales en estudiantes de Odontología de primero a segundo semestre de la Universidad de las Américas del periodo septiembre 2016 – marzo 2017"

Invitación a participar:

Está usted invitado a participar como paciente voluntario en un ejercicio supervisado por un especialista y un estudiante, como parte de un curso en el que están inscritos, para poder aumentar el conocimiento en cuanto a las recesiones gingivales.

PROPÓSITO

Se determinará la prevalencia de Recesiones Gingivales (nivel de encía retraída) en los estudiantes de Odontología de primero y segundo semestre de la Universidad de las Américas del periodo 2016 – 2017

PROCEDIMIENTOS

Para participar como paciente voluntario en el curso, usted debe ser mayor de 18 años, estar cursando el primer o segundo semestre de la Facultadesde Odontología. Se realizarán dos tipos de procedimientos:

1) Medición del nivel de recesión

- Se encontrará el paciente sentado en el sillón odontológico
- Se evaluará su nivel de recesión, utilizando la sonda periodontal WHO
- Empleando la clasificación de Miller se procederá a verificar el tipo de recesión que presenta

Iniciales del nombre del voluntario

2) Evaluación de facto gingivales

- Se procederá a evaluar la técnica de cepillado del paciente.
- Se observará la oclusión del paciente
- Se concluirá cuál de los dos factores mencionados anteriormente es el que influye en la aparición de las recesiones gingivales.

RIESGOS

Usted debe entender que los riesgos que corre con su participación en este curso, son nulos. Usted debe entender que todos los procedimientos serán realizados por profesionales calificados y con experiencia, utilizando procedimientos universales de seguridad, aceptados para la práctica clínica odontológica.

BENEFICIOS Y COMPENSACIONES

Usted debe saber que su participación como paciente voluntario en la investigación, no le proporcionará ningún beneficio inmediato ni directo, no

recibirá ninguna compensación monetaria por su participación. Sin embargo, tampoco incurrirá en ningún gasto.

CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE INFORMACIÓN

Usted debe entender que todos sus datos generales y médicos, serán resguardados por la Facultad de Odontología de la UDLA, en dónde se mantendrán en estricta confidencialidad y nunca serán compartidos con terceros. Su información, se utilizará únicamente para realizar evaluaciones, usted no será jamás identificado por nombre. Los datos no serán utilizados para ningún otro propósito.

RENUNCIA

Usted debe saber que su participación en el curso es totalmente voluntaria y que puede decidir no participar si así lo desea, sin que ello represente perjuicio alguno para su atención odontológica presente o futura en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas. También debe saber que los responsables del curso tienen la libertad de excluirlo como paciente voluntario del curso si es que lo consideran necesario.

DERECHOS

Usted tiene el derecho de hacer preguntas y de que sus preguntas le sean contestadas a su plena satisfacción. Puede hacer sus preguntas en este momento antes de firmar el presente documento o en cualquier momento en el futuro. Si desea mayores informes sobre su participación en el curso, puede contactar a cualquiera de los responsables, escribiendo a las direcciones de correo electrónico o llamando a los números telefónicos que se encuentran en la primera página de este documento.

ACUERDO

Al firmar en los espacios provistos a continuación, y poner sus iniciales en la parte inferior de las páginas anteriores, usted constata que ha leído y entendido la información proporcionada en este documento y que está de

acuerdo en participar como paciente voluntario en el curso. Al terminar su participación, recibirá una copia firmada de este documento.

Nombre del Paciente	Firma del Paciente	Fecha
Nombre del Clínico Responsible	Firma del Clínico Responsable	Fecha

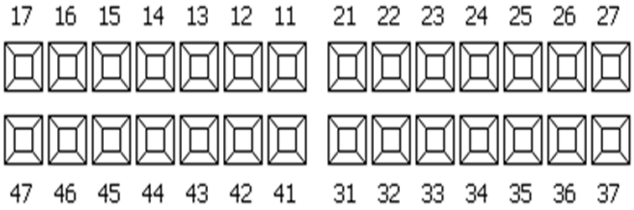
Anexo 4. Formulario de Recolección de Muestra

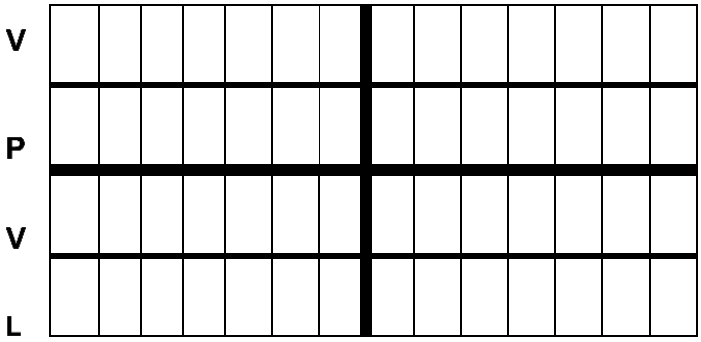
Nombre:

Edad:

Curso:

Sexo:





Anexo 5.- Fotos

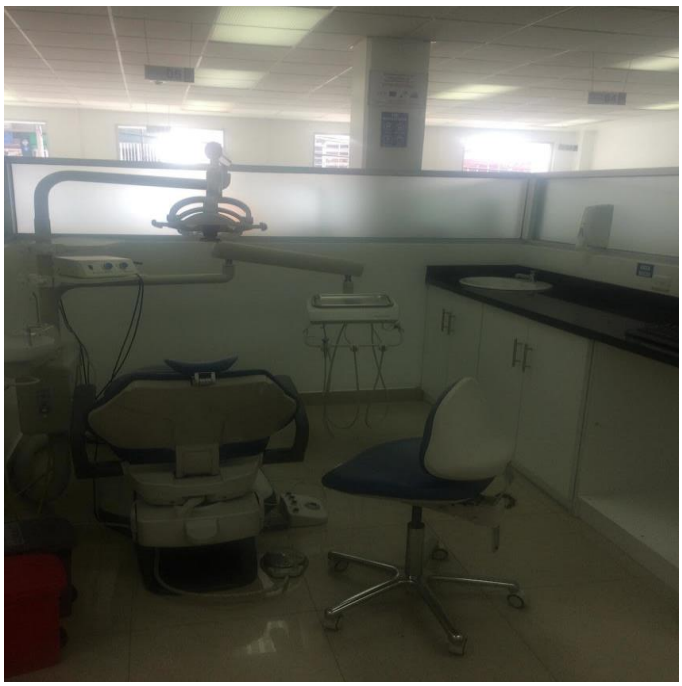


Figura 1. Lugar de toma de muestra

Figura 2. Toma de muestra

Figura 3.- Presencia de recesiones, medición con sonda periodontal WHO

Figura 4.- Medición de recesiones en piezas dentales restantes