



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DE 18 A 50 AÑOS
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UDLA.

Autora

María Gracia Márquez Ríos

Año
2018



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Prevalencia de recesión gingival en pacientes de 18 a 50 años atendidos en la clínica odontológica de la UDLA.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos para optar por el título de Odontólogo

Profesor Guía
Pablo Alfredo Quintana Ramírez

Autor
María Gracia Márquez Ríos

Año
2018

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo, Prevalencia de recesión gingival en pacientes de 18 a 50 años atendidos en la clínica odontológica de la UDLA. a través de reuniones periódicas con el estudiante, María Gracia Márquez Ríos En el semestre 2018-2, 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”

Dr. Pablo Alfredo Quintana Ramírez

C.I: 1708586605

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

"Declaro haber revisado este trabajo, Prevalencia de recesión gingival en pacientes de 18 a 50 años atendidos en la clínica odontológica de la UDLA, del estudiante María Gracia Márquez Ríos en el semestre 2018-2 , dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

Dr. Fabián Alberto Jaramillo Ocampo

C.I: 1707502272

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi 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.”

María Gracia Márquez Ríos

C.I.:070340632-2

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a Dios. A mis padres y hermanas por ser mi motor y sustento para haber llegado hasta aquí, a mi esposo por su compañía, apoyo y amor y al Dr. Pablo Quintana por ser mi guía y por su gran ayuda en este proyecto.

DEDICATORIA

A Dios por ser el pilar principal de mi vida. A mis padres y hermanas por siempre estar a mi lado en todos los buenos y malos momentos, siendo mi soporte absoluto. Por su paciencia, amor y dedicación. A mi esposo Esteban, por su apoyo incondicional, su infinito amor y compañía. A mis abuelos que ahora están en el cielo por sus ganas de verme realizada profesionalmente.

RESUMEN

Se logró identificar la prevalencia de recesión gingival (según clasificación de Miller y Pini-Prato) en los pacientes de 18 a 50 años atendidos en la Clínica Odontológica de la UDLA.

La población estudiada estuvo constituida por los pacientes con recesión gingival en el periodo de mayo a junio del 2016. Este estudio evaluó 66 pacientes escogidos aleatoriamente. Se observaron solamente las piezas posteroinferiores y se identificó el biotipo periodontal, clasificación de Miller y de Pini Prato, cantidad de encía queratinizada y porcentaje de biofilm, entre otros. Por otro lado se realizó un sondaje de las piezas y se observó la recesión existente.

De los hombres encuestados alrededor del 60% tuvieron biotipo periodontal delgado y 40% biotipo periodontal grueso. El 90 % de las mujeres tuvieron un biotipo periodontal delgado y solamente el 10% tienen un biotipo periodontal grueso. Los hombres tuvieron mayor frecuencia de encía queratinizada con un valor de 3 y 4 mm de altura para todas sus piezas. Mientras que las mujeres tuvieron una menor frecuencia en varias piezas. El porcentaje de biofilm de los hombres tuvieron un rango desde 88.8% y las mujeres tuvieron un rango desde 82.90%.

Tanto en hombres como mujeres la recesión de Miller por pieza más común fue la clase I. En todas las piezas se tiene una incidencia de alrededor del 80% de esta clase. Los hombres encuestados tuvieron una mayor hegemonía de la clasificación de Pini Prato A- y B- para todas sus piezas. Las mujeres encuestadas tuvieron mayor incidencia de la clasificación de Pini Prato B-, seguida por la clasificación A-.

Se observó que la recesión gingival es una patología multifactorial, por lo que depende de más de un factor para manifestarse.

ABSTRACT

It was possible to identify the prevalence of gingival recession (according to the classification of Miller and Pini-Prato) in patients 18 to 50 years treated at the Dental Clinic of the UDLA.

The study population consisted of patients with gingival recession in the period from May to June 2016. This study evaluated 66 patients randomly chosen. They were only observed the posterior inferior parts and periodontal biotype, Miller classification and Pini Prato, amount of keratinized gingiva and percentage of biofilm was identified, among others. Furthermore catheterisation was performed parts and existing recession was observed.

Of those surveyed men about 60% had thin periodontal biotype and 40% periodontal biotype thick. 90% of women had a thin periodontal biotype and only 10% have a thick periodontal biotype. Men had higher frequency of keratinized gingiva with a value of 3 and 4 mm in height for all its parts. While women had a lower frequency in several pieces. The percentage of biofilm men ranged from 88.8% and women ranged from 82.90%.

Both men and women recession for most common piece Miller was the class I. In all parts have an incidence of about 80% of this class. Men surveyed had a higher ranking hegemony Pini Prato A- and B- for all its parts. Women surveyed had higher incidence of Pini Prato rated B-, followed by the A- rating.

It was noted that the gingival recession is a multifactorial disease, which depends on more than one factor to manifest.

INDICE

1. CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	1
2. CAPÍTULO II -DESARROLLO DEL TEMA	3
2.1 Justificación	3
2.2 Marco teórico.....	4
2.2.1 Recesión gingival.....	4
2.3 Encía queratinizada.	6
2.4 Clasificación de las recesiones gingivales	6
2.4.1 Clasificación según Miller.	6
2.4.2 Clasificación pini prato & cols.	7
2.5 Factores etiológicos de recesión gingival.....	10
2.6 Opciones de tratamiento.-	16
2.6.1 Contraindicaciones para cubrir recesiones gingivales	17
3. CAPÍTULO III. OBJETIVOS.....	18
3.1 Objetivo general.	18
3.3 Hipótesis.....	19
4. CAPÍTULO IV. MATERIALES Y MÉTODOS.....	19
4.1 Materiales.....	19
4.2 Tipo de estudio	19
4.3 Universo.....	19
4.4 Muestra	20
4.4.1 Criterios de inclusión:.....	20
4.4.2 Criterios de exclusión:.....	20
4.5 Descripción del método.	20
4.6 Operacionalización de variables	21
5. CAPÍTULO V ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	23
5.1 Analisis de resultados	23
5.1.1 Cuadros estadísticos	23

5.2 Discusión	30
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	34
6.1. Conclusiones.....	34
6.2. Recomendaciones	35
REFERENCIAS	36
ANEXOS	40

1. CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

La recesión gingival, que se denomina como migración apical del margen gingival, está presente cuando la posición del borde coronal de la encía es apical a la unión cementoadamantina lo que produce desplazamiento apical de la inserción supracrestal del tejido conectivo.

Se relacionan factores con el proceso de la recesión de la encía entre estos se incluyen: Traumatismo mecánico por: Cepillado dental y hábitos bucales. Presencia de placa bacteriana, movimiento dental e inflamación.

El aislamiento vascular del tejido conectivo gingival inflamado se va a deber a la inflamación producida por el biofilm que va a ocasionar la proliferación de las prolongaciones epiteliales del epitelio del surco y de la adherencia epitelial. (Gartreli R James, et al. 1995).

El cepillado dental traumático puede producir heridas continuas, abrasiones gingivales y laceraciones. (Carranza A Fermín (1993) y con mayor frecuencia sobre la superficie dental vestibular (Sangnes G, Gjermo P 1976). (Murtomaa H, et al 1987).

Algunos de estos factores al actuar en una encía no apropiada conducen a que la encía pueda originar sensibilidad dentaria de la raíz, aumentar caries radicular y todavía no se ha comprobado el hecho de sugerir que la hiperemia pulpar puede ser la consecuencia de la recesión de la encía.

La recesión gingival es un patología que afecta a la mayor parte de la población adulta (Carranza A Fermín, 1993) con enfermedad periodontal inicial o avanzada, de igual forma se ha identificado esto en individuos periodontalmente sanos. (Sangnes G, Gjermo P, 1976). (Murtomaa H, et al.1987).

Varios factores han sido considerados como la principal causa de aparición y evolución: Se considera como más importantes el trauma que va a estar producido por fuerzas excesivas que van a estar aplicadas al cepillarse los dientes y

ciertas lesiones gingivales que se asociarán a la placa dental. (Gorman WJ, 1967). (Woofter C, 1969). (Baker DL, et all, 1988).

En un estudio realizado en Estados Unidos, encontraron que el 50 al 88% de la población entre los 18 y 64 años y mayor a los 65 años tenían por lo menos un sitio con recesión gingival en toda su cavidad oral. (Miller y col 1987)

Dieron como resultado de una investigación en un total de 182 personas de edades entre 18 y 65 años, un 63% de recesión gingival para todos los grupos de edad y sin mayor diferencia entre ambos géneros. (Khocht y col, 1993)

En una investigación hecha en grupos de ambos géneros y edades entre 15 y 50 años; Dan a conocer en los resultados que la recesión gingival es una alteración que se observa de igual forma en pacientes que han asistido a consultas regulares con el profesional que en individuos que realizaron diariamente la higiene oral en sus hogares. (Löe y col, 1992)

Sangnes (1976), Seichter (1987) y Vehkalanti (1989), demostraron una relación existente entre el desgaste de la superficie de la raíz del diente y la fuerza que es ejercida durante el cepillado dental. Se presentan correlaciones de carácter positivo en el grado de desgaste, la extensión y el desempeño en la higiene oral. Lo que relaciona estrechamente la conexión entre la fuerza aplicada al cepillado dental y la relación con el desgaste. (Sangnes, 1976), (Seichter, 1987) (Vehkalanti, 1989).

La exposición radicular de los dientes genera molestias y preocupaciones en el paciente. La recesión gingival puede ocasionar sensibilidad dentaria, sensibilidad gingival y puede existir un aumento de la corona clínica con lo que el individuo esté conforme. Con relación a la salud oral, la recesión gingival es un estado no apropiado por lo que va a aumentar el área radicular expuesta y posiblemente las posibilidades de caries radiculares y en muchos casos la intervención de lesiones endodónticas, sugiriéndose que la hiperemia pulpar sea consecuencia de la recesión de la encía.

2. CAPÍTULO II -DESARROLLO DEL TEMA

2.1 Justificación

El odontólogo muchas veces puede identificar diferentes parámetros al momento de observar y valorar la cavidad oral de un paciente, de esta forma se podrían encontrar distintos tipos de alteraciones, complicaciones y expresiones patológicas para lograr calcular condiciones normales y patológicas de los tejidos dentro de la boca. El profesional casi siempre no posee un conocimiento certero para poder diagnosticar e identificar las enfermedades en la cavidad bucal, en estas situaciones logramos darnos cuenta si el odontólogo tiene conocimiento, formación académica y experiencia que requieren los casos que presentan las personas.

Ciertas expresiones en la cavidad oral, tejidos blandos, lengua y todas las estructuras que rodean a las piezas dentales pueden presentar distintas apariencias en su color, forma, y estructura. Esto muchas veces lleva a los pacientes a preocuparse y no sentirse cómodos sintiendo la necesidad de buscar ayuda asistiendo a la consulta dental para que el profesional le ayude a resolver sus problemas y dudas, y así poder descartar cualquier anomalía que en muchos casos pueda ser tratada a tiempo y prevenir enfermedades más complicadas a futuro.

Muchas veces la presencia de recesión gingival puede llevar a una persona a sentir ciertas complicaciones en sus dientes, es por esto que necesitamos descartar factores desencadenantes de esta patología y así requerir un tratamiento dental adecuado que pueda mejorar la condición funcional y estética.

Por lo tanto, la presente investigación busca contribuir en el área de la salud un estudio en el cual los estudiantes, las personas y los profesionales sepan y conozcan con mayor profundidad el por qué de la recesión gingival o raíces expuestas y los motivos por los que esto se manifiesta, donde también se busca-

rá contribuir con conocimiento teórico que ayudará a inducir con determinados tratamientos para este problema.

Es necesario que se realice un correcto diagnóstico diferencial para disminuir la posibilidad de otro tipo de lesiones, ya que en la mayoría de los casos pueden influir variaciones locales y sistémicas que también pueden manifestarse en la cavidad oral.

Al conocer un poco más acerca del tema se puede mejorar la calidad de vida de los pacientes. El mayor problema de éstos se basa en que necesitan una atención bucal más minuciosa y una evaluación más profesional por parte del odontólogo general.

2.2 Marco teórico

2.2.1 Recesión gingival

La recesión gingival se la va a identificar como el deslizamiento del margen gingival a la unión del cemento con el esmalte al mostrarse externamente la superficie del espacio de la raíz.

Según (Carranza 2011) la recesión gingival consiste en la exposición de la superficie de la raíz por una desviación apical en la posición de la encía.

La apariencia real va a corresponder al nivel que tiene la inserción epitelial presente en el diente, por otro lado la apariencia aparente se va a referir a la altura de la cresta del margen la posición real va a determinar la gravedad que presenta la recesión. (Carranza 2011).

Su etiología se determina por muchos factores desencadenantes y predisponentes. (Ferro MB, Gómez M.). Los factores predisponentes pueden ser anatómicos y asociados a trauma oclusal. Los anatómicos no presentan mucha encía adherida, apiñamiento y mal posición dentaria, dehiscencias óseas, prominencia de la raíz e inserción alta que causa tracción del margen gingival. Los asociados a trauma oclusal abarcan anatomía del tejido óseo alveolar circundante a la raíz del diente e intensidad y duración del trauma. El cepillado dental

es esencial para la salud de los dientes, pero el realizarlo de mala manera puede causar recesión gingival y puede ser más frecuente y con mayor gravedad en pacientes con encía sana, poco índice de placa bacteriana y una buena higiene oral. (Gorman,NJ. 1968).

La angulación entre la raíz y el hueso, la posición de los dientes en el arco y la curva mesiodistal de la superficie de los dientes pueden afectar a la recesión, las superficies de la raíz que estén expuestas son más susceptibles a la caries. (Gorman NJ. 1968)

El desgaste del cemento exhibido por la recesión deja una superficie dentinaria muy sensible. (Merritt AA, 1933).

La encía queratinizada es necesaria para la conservación de la salud gingival, para prevenir la recesión y mantener los niveles de inserción. Se ha cuestionado la necesidad de aumentar la cantidad de encía queratinizada para poder demostrar que mínimas cantidades son compatibles con periodontos sanos pero con un apropiado control de placa bacteriana. (Merritt AA, 1933).

La recesión interproximal va a crear espacios donde los alimentos, la placa y las bacterias pueden acumularse.

La encía que pueda presentar recesión a menudo puede estar enferma, presentar inflamación pero esto puede ser normal a excepción de su posición. La recesión a veces puede ubicarse en un solo diente o en una sola superficie, en varios dientes o en grupos de dientes que va a generalizarse a través de la cavidad oral (Woofter C. 1969).

La recesión gingival va a aumentar con la edad del paciente, algunos estudios afirman que la incidencia de ésta aumenta significativamente después de los 50 años de edad. Algunos autores hablan de que la recesión es un proceso fisiológico que puede estar relacionado con el envejecimiento (Woofter C.1969).

El desplazamiento gingival gradual hacia apical puede ser el resultado de la acumulación de una infección patológica no tan pronunciada, traumatismos menores directos que van a estar repetidos en la encía. En pacientes que pre-

sentan mejores hábitos de higiene bucal las recesiones marginales son más frecuentes en superficies bucales y en algunos casos suelen ser más comunes en piezas unirradiculares que en multirradiculares (Serino G, et al,1994) (Loe, H., et a, 1992l).

Las recesiones gingivales van a encontrarse en la mayoría de las superficies dentales de los individuos enfermos periodontalmente. Se ha prestado atención en muchos aspectos etiológicos, en donde se implican muchos factores en la recesión gingival. Existen algunos tipos de recesión gingival como: recesión gingival asociada a factores mecánicos, técnicas de cepillado, frenillos traccionantes y factores iatrogénicos (Loe, H., et al, 1992).

Muchas de las recesiones también pueden asociarse a lesiones inflamatorias inducidas por placa bacteriana, dientes con mal posición y recesiones asociadas a formas generalizadas de enfermedad periodontal. Los factores desencadenantes abarcan inflamación, cepillado traumático, laceración gingival, iatrogenia, márgenes subgingivales, diseño inadecuado de aparatología removible y movimientos ortodónticos no controlados.

2.3 Encía queratinizada.

La encía queratinizada, es la parte que queda por encima de la línea mucogingival, que comprende la adherida y la libre.

Se necesita al menos 2 mm de encía queratinizada para que la salud periodontal sea adecuada, siendo 1mm de la encía insertada. (Lang y Løe en 1972).

Por otro lado se dice que puede lograrse mantener una adecuada salud periodontal a pesar de que no exista la cantidad necesaria de encía queratinizada pero con adecuada higiene oral. (Kennedy y cols. en 1985).

2.4 Clasificación de las recesiones gingivales

2.4.1 Clasificación según Miller.

(Miller PD Jr. 1985) determinó la siguiente categorización de las recesiones gingivales:

Clase I, recesión no alcanza la línea mucogingival, sin destrucción de tejido periodontal, hueso o tejidos blandos.

Clase II, recesión se extiende hasta o más allá de la línea mucogingival sin destrucción periodontal en la zona interdental. Existe cubrimiento del 100%.

Clase III, recesión que alcanza la línea mucogingival con una destrucción del tejido periodontal, hueso y tejidos blandos. Existe un recubrimiento parcial.

Clase IV, es una recesión que se extiende hasta o más allá de la línea mucogingival, con destrucción grave periodontal en la zona interdental. En esta no es posible esperar recubrimiento radicular. (Miller PD Jr. 1985).

2.4.2 Clasificación pini prato & cols.

Pini Prato y cols. (2010) en su estudio que se denomina “Classification of Dental Surface Defects in Areas of Gingival Recession” aparte de evaluar la ubicación del margen gingival y la disposición del tejido interproximal, detalla los siguientes parámetros con una nomenclatura particular:

A: Presencia de UCE

B: Ausencia de UCE

+: Presencia de abrasión-abfracción

-: Ausencia de abrasión-abfracción

Con lo que en esta clasificación se puede identificar cuatro tipos de variables o parámetros: (A+, A-, B+, B-).

Se debe tener en cuenta que se justifica realizar un procedimiento de cobertura de una recesión marginal, cuando ella ocasione problemas estéticos, de sensibilidad o de susceptibilidad a caries radicular.

La cirugía mucogingival contiene varios procedimientos que ayudan a corregir defectos en cuanto a posición, dimensiones de la encía y morfología. (Pini Prato. 2010).

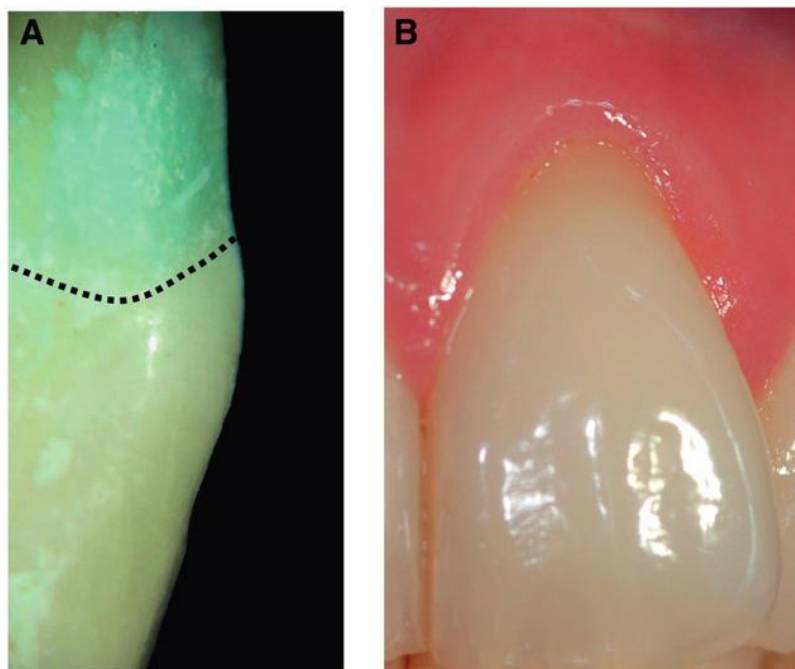


Figura 1. recession (Class A-)

Tomado de: Giovanpaolo Pini-Prato et al, (June,2010).

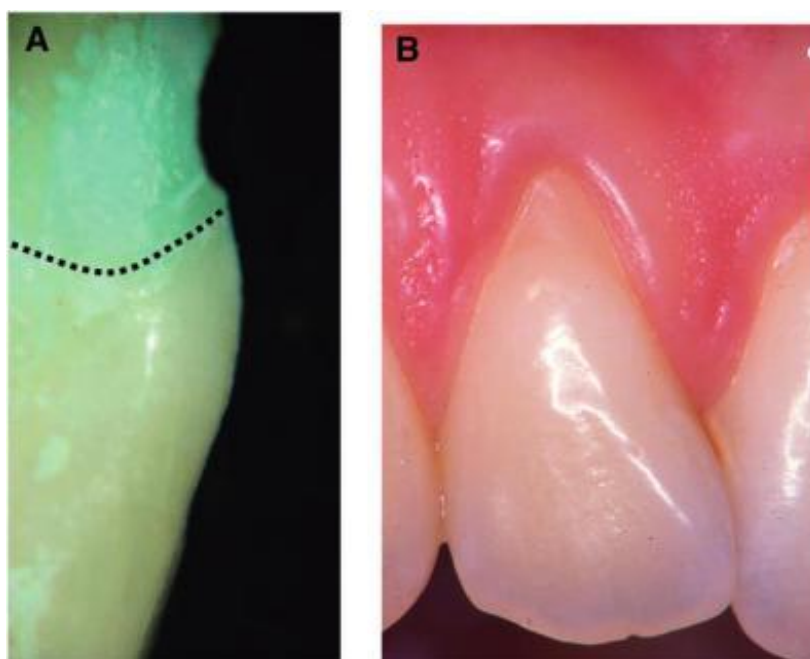


Figura 2. recession (Class A+)

Tomado de: Giovanpaolo Pini-Prato et al, (June,2010).

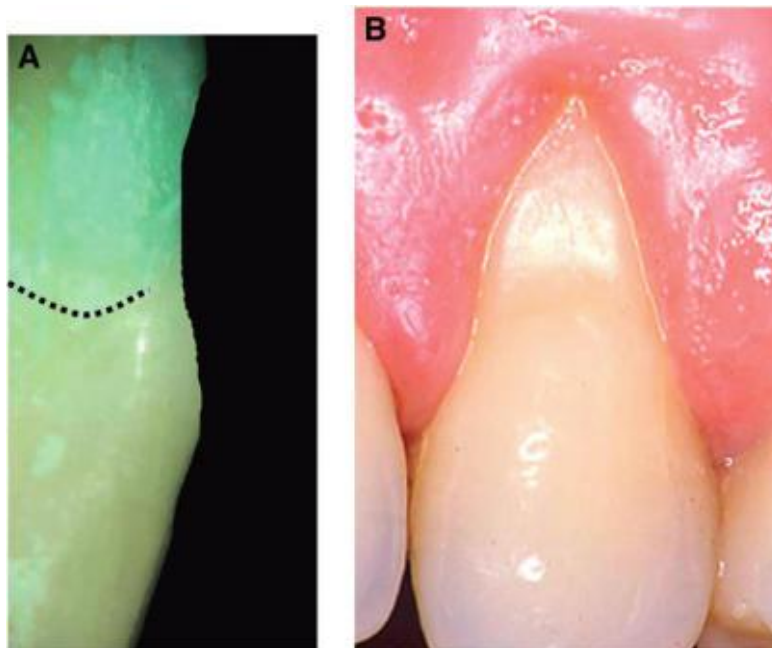


Figura 3. recession (Class B-)

Tomado de: Giovanpaolo Pini-Prato et al, (June,2010).

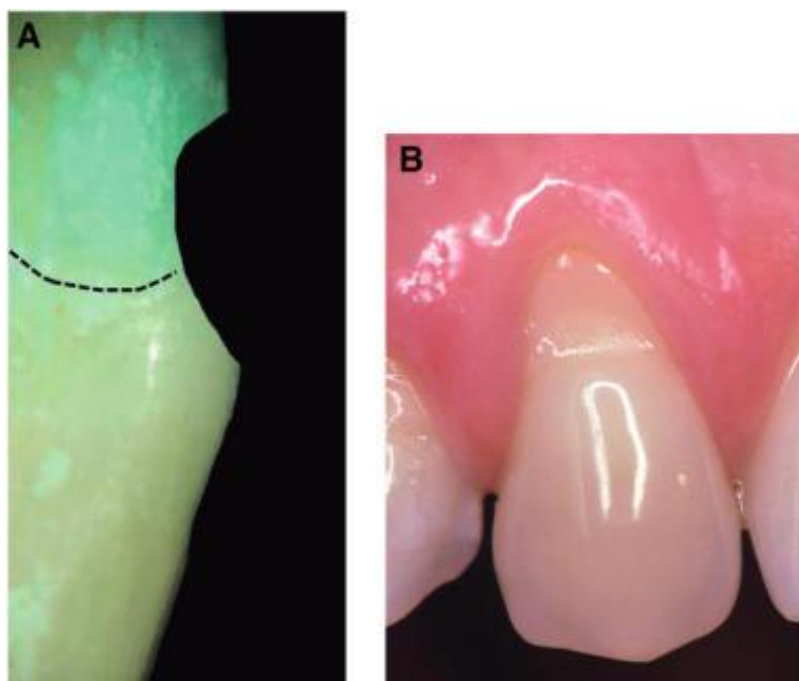


Figura.4 recession (Class B +)

Tomado de: Giovanpaolo Pini-Prato et al, (June,2010).

2.5 Factores etiológicos de recesión gingival

Trauma oclusal

El trauma oclusal es el daño que puede llegar a producir cambios en los tejidos del aparato de inserción por el impulso de las fuerzas oclusales.

Para lograr diagnosticar el trauma oclusal podemos analizar signos como la movilidad dental, valoración radiográfica, registro de los datos oclusales,

Trauma oclusal primario

Es una lesión producida en uno o varios dientes que se encuentran con soporte periodontal normal debido a las fuerzas oclusales excesivas. Una pieza dental que no ha sufrido pérdida de hueso y que tiene un soporte periodontal normal habiendo sido sometido a a fuerzas oclusales anormales se lo describe como trauma oclusal primario.

Las piezas con trauma oclusal primario logran un estado estable en el que no existen cambios radiográficos, histológicos ni de la movilidad. Ciertos hábitos como el bruxismo, el rechinar de las piezas o el morder objetos pueden causar esta patología.

Los cambios producidos durante el trauma son reversibles si se logra eliminar la causa, antes de empezar un tratamiento se debe valorar si la pieza está sufriendo algún trauma.

Trauma oclusal secundario

Lesión producida por fuerzas oclusales normales o excesivas con soporte periodontal reducido en uno o varios dientes.

El trauma oclusal secundario puede darse en piezas con periodontitis activa o después de un proceso inflamatorio. (Ardila, 2009).

Traumatismo al cepillado

La pérdida de la estructura dental de origen traumático que afecta a la cervical del diente se conoce como abrasión cervical. La abrasión dental cervical es muy común y puede estar producida principalmente por un incorrecto cepillado de dientes, además de otros factores como cepillos de cerdas duras, fuerzas excesivas al momento de cepillar los dientes, empleo de pastas dentales demasiado abrasivas con componentes que dañen el esmalte dental.

En personas diestras la abrasión cervical va a ser más excesiva en el lado izquierdo de la arcada ya que ejercen más fuerza de ese lado.

La abrasión es mayor en la unión cemento-esmalte, porque hay una recesión gingival. En muchas ocasiones el cepillado dental genera una recesión gingival, dejando el cemento radicular expuesto. La intensidad de la abrasión depende de la resistencia de los tejidos duros del diente. (Ardila, 2009).

Frenillos

La formación en banda de tejido conectivo fibroso, muscular o fibromuscular que está recubierto de mucosa se denomina frenillo bucal, van desde el reborde alveolar hasta la mucosa del labio, mejilla o lengua.

Frenillo labial superior

Es una banda de tejido que va desde el vestíbulo bucal y porción media del labio superior hasta la línea media del maxilar.

Éste generalmente es el causante de la separación de los incisivos centrales superiores o diastemas, casi siempre en niños que necesiten tratamiento de ortodoncia.

En adultos que utilizan prótesis puede provocar interferencia en la retención o la estabilidad de la misma provocando también irritabilidad de la zona. Regu-

laramente los frenillos largos y con inserción anormal se tratan mediante cirugía y ortodoncia, para lograr cerrar el espacio.

Frenillo labial inferior

Se trata de una estructura anatómica que cuando se inserta en la papila interdental entre los incisivos inferiores suele ocasionar problemas periodontales que luego requerirán de un injerto de tejido conectivo, ya que puede ocasionar ausencia de encía queratinizada.

Esto nos lleva a provocar una mayor inflamación y tendencia a recesión gingival. (Ardila, 2009).

Movimientos de ortodoncia

El movimiento ortodóntico puede ser directamente proporcional al número de horas que la fuerza es aplicada.

En algunos casos donde la motivación y la colaboración son buenas, la garantía de los tratamientos de ortodoncia entre diferentes pacientes es muy diferente.

Existen variables agregadas que están involucradas en un tratamiento de ortodoncia, la respuesta de cada individuo al movimiento ortodóntico va a responder de acuerdo a su organismo. (Ardila, 2009).

Restauraciones sobrecontorneadas (invasión espacio biológico)

Unión dentogingival, va a estar compuesta por tejido conectivo de inserción del epitelio de unión y de la encía.

Las consecuencias de su invasión pueden ser: retracción gingival, pérdida ósea, hiperplasia gingival, entre otros.

Presencia de cálculo

El cálculo dental complica mucho la prevención de las enfermedades periodontales. Cada día que pasa sin cepillarse los dientes se va acumulando más placa bacteriana encima del sarro formado y esto provoca que la enfermedad avance. (Ardila, 2009).

Formación del cálculo dental o sarro

El cálculo dental es placa dental calcificada. El cálculo dental es la causa principal de la inflamación de las encías y de la iniciación de la infección periodontal.

El biofilm es una película, que casi no se observa y va a estar formada por las bacterias que habitan en la cavidad oral. Se extenderá alrededor de los dientes y de las prótesis dentales existentes en la boca.

Conforme la infección de las encías continúa, también lo hace la destrucción del hueso, normalmente sin ningún síntoma, especialmente en las fases tempranas de la enfermedad. Cuando se llega a perder mucho hueso, el diente comienza a moverse y puede terminar cayendo o debe ser extraído.

La placa supragingival, que es la que está por encima del margen gingival y la placa subgingival que está por debajo del mismo.

Cuando la placa bacteriana es subgingival se deposita dentro del surco entre la encía y el diente. Lo que va a desencadenar una pérdida de hueso subyacente de forma progresiva pero al no suceder esto el surco se vuelve más profundo y se forma una bolsa periodontal donde habitan las bacterias.

Al no cepillar diariamente la placa bacteriana con el cepillado dental y el uso de seda dental, se forma cálculo dental o sarro, unas masas calcificadas que se constituyen sobre la superficie del diente.

Mediante un proceso de mineralización la placa bacteriana va a pasar a convertirse en cálculo.

El cálculo aumenta su volumen al formarse capas encima y al final creando un puente por encima de la papila, el cálculo supragingival muchas veces empieza a ubicarse en espacios entre los dientes. (Ardila, 2009).

Bruxismo

Una persona aprieta los dientes (sujeta fuertemente los dientes superiores e inferiores) o los hace rechinar (deslizar o frotar los dientes de atrás hacia adelante uno sobre el otro).

Causas

Los individuos suelen apretar o hacer rechinar los dientes por inconciencia esto suele suceder durante el día o durante la noche, aunque el bruxismo relacionado con el sueño suele ser el más común y el de mayor problema.

El estrés diario puede ser el factor principal de bruxismo en las personas. Algunas probablemente aprietan sus dientes y nunca sienten síntomas.

Los factores que influyen sea o no que el bruxismo cause dolor y otros problemas varían de una persona a otra y pueden abarcar:

- Cantidad de estrés.
- Duración y fuerza.
- Desalineación de los dientes.
- Postura.
- Relajación.
- Dieta alimenticia.
- Hábitos de dormir.

Síntomas

Lo que el rechinamiento ocasiona es el desgaste de los dientes y puede ser muy ruidoso en las noches, el apretar los dientes puede ejercer presión sobre los músculos, los tejidos y otras estructuras adyacentes.

Los síntomas del bruxismo abarcan:

- Ansiedad, estrés y tensión
- Depresión
- El dolor de oído (debido en parte a que las estructuras de la articulación temporomandibular están muy cerca del conducto auditivo externo y a que se puede reconocer dolor en un lugar diferente de su fuente, lo cual se denomina dolor referido)
-
- Trastornos alimentarios
- Dolor de cabeza
- Sensibilidad muscular, especialmente en la mañana
- Sensibilidad a las cosas calientes, frías o dulces en los dientes
- Insomnio
- Dolor o inflamación de la mandíbula (Ardila, 2009).

Biotipo periodontal

La encía va a ser distinta en cada paciente, ya está determinada genéticamente y otras están influenciadas por el tamaño, forma, posición de los dientes y por los fenómenos biológicos como el crecimiento o el envejecimiento, Se denomina biotipo periodontal por la densidad y cantidad de epitelio queratinizado.

Este término introducido por Lindhe en 1989 fue determinado como inapropiado por Muller y Eger, quienes lo llamaron fenotipo periodontal después de observar que existía una relación entre la forma del diente y el grosor de la encía. (Zerón, 2011) (Pascual, 2012).

Muller y Eger, 1997. Asocian al fenotipo periodontal con el grosor gingival, encía queratinizada y tamaño y forma de la corona, definiéndolas en 3 tipos:

- Fenotipo fino, festoneado: Coronas triangulares, papilas cortas, encía queratinizada fina así como el hueso alveolar.
- Fenotipo grueso, plano: Coronas cuadradas, papilas largas, encía queratinizada gruesa así como el hueso alveolar.
- Fenotipo grueso, festoneado: Coronas delgadas, encía gruesa y fibrosa, encía queratinizada fina y margen gingival bien marcado.
 - (Mulle, Eger, 1997).

2.6 Opciones de tratamiento.-

TÉCNICAS PARA CUBRIR RECESIONES GINGIVALES

Injerto epitelizado libre.- Sullivan y Atkins, 1968. Abarca la preparación de una cama receptora usando disección supraperióstica para remover epitelio y tejido conectivo. Algunas de las áreas más comunes encierran rebordes edéntulos, zonas retromolares y tejido gingival palatino. (Sullivan y Atkins, 1968).

Dorfman y cols 1982. Hicieron un estudio para comparar algunos sitios donde se ubicaron injertos epitelizados con otros sitios en los que no se ubicó ningún injerto. Reportaron que los niveles bajos de placa bacteriana eran más importantes que la extensión de la encía queratinizada para evitar la aparición de una recesión. El injerto epitelizado se refiere a una técnica imaginable para aumentar la cantidad de encía queratinizada. (Dorfman y cols 1982).

Holbrook y Ochsenbein, 1983. Concluyeron en un reporte utilizando injertos epitelizados, que el cubrimiento de las recesiones marginales eran del 95,5 % si su dimensión correspondía a menos de 3 mm, del 80,6% si las retracciones se encontraban entre 3 y 5 mm y del 76,6% si eran mayores a 5 mm. (Holbrook y Ochsenbein, 1983).

Injerto libre de tejido conectivo.- El injerto libre de tejido conjuntivo tiene ventajas en relación al injerto epitelizado pues el postoperatorio es menos in-

cómodo por el hecho de permitir una buena cicatrización en la región donante y el resultado es más estético debido a una mayor uniformidad en cuanto al color con relación a los tejidos adyacentes al área receptora.

Colgajo desplazado lateralmente.- Grupe y Warren, describen la técnica menos dolorosa y relativamente fácil de realizar. El colgajo desplazado lateralmente presenta una ventaja debido a que el área donante es próxima y adyacente al área receptora, evitando la necesidad de dos áreas quirúrgicas, pero requiere como área donante un área edéntula significativa adyacente a aquella que presenta el problema mucogingival.

Cohen y Ross, 1968. Propusieron un colgajo reposicionado de doble papila para cubrir defectos en los cuales está presente una insuficiente cantidad de encía. Las papilas de cada lado del diente son levantadas y rotadas sobre el aspecto medial facial del diente receptor y son suturadas. La única ventaja de esta técnica es el doble suministro sanguíneo y que se denuda únicamente el hueso interproximal. Las desventajas incluyen tracción exagerada de la sutura y desgarramiento de la papila gingival. (Cohen y Ross, 1968).

Colgajo desplazado coronalmente.- Colocar injerto gingival libre, esperar un período de cicatrización de 6 semanas y elevar un colgajo para desplazarlo coronalmente. Méndes y cols, 1997. A través de esto demostraron una cobertura media de 72,17%.

Colgajo semilunar desplazado coronalmente.- Tarnow, 1986. Es necesaria la presencia de una buena banda de encía queratinizada, siendo ideal en casos de retracciones poco extensas. (Tarnow, 1986).

2.6.1 Contraindicaciones para cubrir recesiones gingivales

Antes de tratar cualquier condición periodontal, incluyendo recesiones, se deben identificar los factores de riesgo responsables de ella.

Existen factores que pueden ser modificados o corregidos y otros que no.

La pérdida de hueso interproximal va a ser un factor que no puede ser modificado, los factores que no pueden ser modificados serán considerados como una contraindicación para técnicas de cubrimiento de recesiones. (Gray J. 2000).

(Miller PD Jr. 1985) Determina que la clase III y IV no pueden ser cubiertas y su pronóstico es malo. Se han reportado casos en los cuales sitios con pérdida ósea interproximal han sido tratados exitosamente. (Miller PD Jr. 1985).

La higiene oral es otro factor de riesgo que puede ser modificado.

(O'Leary y cols. 1971) enseñan que los pacientes con bajo índice de placa bacteriana presentaron mayor cantidad de recesiones.

Las técnicas inadecuadas de higiene oral causan más recesiones que requieren correcciones quirúrgicas. Solo se evitará una cirugía si los individuos son colaboradores.

Malos hábitos como el uso inapropiado de elementos en la encía, palillos o posicionamiento de las uñas, deben ser corregidos para evitar las recesiones y su posible corrección quirúrgica. Las características anatómicas pueden contribuir a la recesión gingival, especialmente si el periodonto es delgado. Esto ocurre con frecuencia en dientes en mal posición. (O'Leary. 1971).

3. CAPÍTULO III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general.

Identificar la prevalencia de recesión gingival (según clasificación de Miller y Pini-Prato) en los pacientes de 18 a 50 años atendidos en la Clínica Odontológica de la UDLA.

3.2 Objetivos específicos.

- Determinar los agentes causales de la recesión gingival en la población de estudio.
- Identificar el tipo de recesión gingival según el género.

- Examinar la cantidad de encía queratinizada en molares y premolares evaluados.
- Recopilar los porcentajes de índice de placa bacteriana en los pacientes.
- Analizar el biotipo periodontal presente en los pacientes estudiados.

3.3 Hipótesis

La prevalencia de la recesión gingival de Miller grado 1 en la población estudiada será elevada, superando el 70% de los individuos evaluados.

4. CAPÍTULO IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Materiales

- Encuestas
- Formularios
- Instrumental de diagnóstico
- Computador

4.2 Tipo de estudio

Es un estudio observacional, descriptivo y transversal. Es observacional porque hace una observación directa en la cavidad oral de cada paciente a estudiar en la Clínica Odontológica Integral de la Universidad de las Américas para determinar la recesión gingival en boca.

Es descriptivo al detallar los factores y manifestaciones presentes y es transversal porque se va a realizar en un período corto de tiempo.

4.3 Universo

La población estudiada estará constituida por los pacientes con recesión gingival que serán atendidos en la clínica odontológica integral de la Universidad de las Américas en el periodo de mayo a junio del 2016.

4.4 Muestra

De esta población se seleccionó una muestra no probabilística de 66 individuos, mayores de 18 años. Se excluyeron del estudio las personas con: cirugía periodontal reciente, edéntulos parciales, alteraciones sistémicas que implicarán la administración de medicamentos que afectan la condición gingival o paciente con trastornos mentales.

4.4.1 Criterios de inclusión:

Hombres y mujeres mayores a 18 años

Toda etnia o raza

Pacientes con tratamiento de ortodoncia

Pacientes con dentición completa.

Pacientes con prótesis fija

Pacientes sistémicamente controlados

Pacientes con enfermedad periodontal.

4.4.2 Criterios de exclusión:

Pacientes tratados por cirugía periodontal en los últimos 6 meses.

Pacientes con alteraciones sistémicas que implicarán la administración de medicamentos que afecten la condición gingival.

Pacientes con trastornos mentales.

4.5 Descripción del método.

Después de la obtención del consentimiento informado de los pacientes (Anexo 1) se procederá a recolectar los datos.

La recolección de información se realizará en forma directa por un operador calibrado, para esto se elaborará un formulario utilizando la técnica de la entrevista y examen clínico de los pacientes en las instalaciones de la clínica.

En la evaluación clínica de las personas seleccionadas, dentro del formulario constará número de ficha, nombre, género y para el estudio se considerará: presencia y porcentaje de placa bacteriana, biotipo periodontal, cantidad de encía queratinizada y recesión gingival según la clasificación de Miller y de Pini y Prato.

4.6 Operacionalización de variables .

Tabla 1.

Operacionalización de variables .

Variable	Tipo	Escala/indicador	Descripción
Edad.	Cuantitativa.	Años.	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento. Años cumplidos al momento de la encuesta.
Género.	Cualitativa.	Femenino. Masculino.	Género de nacimiento
Raza	Cualitativa	Blanco Mestizo Indígena Afroecuatoriano	Raza de nacimiento
Recesión gingival	Cualitativa.	Tipo de recesión	Se consideró el tipo de recesión

			en el paciente.
Biotipo Periodontal. Sumatoria de características específicas que presenta la encía de todo ser humano	Cualitativa.	Tipo de recesión Sonda periodontal	Biotipo grueso o delgado
Índice de placa. Promedio de placa bacteriana presente en los dientes.	Cualitativa	Índice de higiene oral simplificado	Porcentaje
Recesión de Miller. Alejamiento apical del margen gingival tomando en cuenta la unión esmalte-cemento.	Cualitativa	Clase de Miller	Clase I, II, III, IV
Ubicación del margen gingival y la disposición del teji-	Cualitativa	Clasificación Pini-Prato	(A+, A-, B+, B-)

do interproximal,			
La encía queratinizada, es la parte que queda por encima de la línea mucogingival, que comprende la adherida y la libre.	Cualitativa	Cantidad de encía queratinizada	2 mm

5. CAPÍTULO V ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 Análisis de resultados

Para la Recolección de la muestra se aplicaron encuestas, y se presentó el Blog y las encuestas a los pacientes con recesión gingival, que acudieron a la clínica odontológica de la UDLA. En la población estudiada de 66 pacientes.

5.1.1 Cuadros estadísticos

ANÁLISIS ENCUESTAS:

- Distribución de personas encuestadas:

RAZA PERSONAS ENCUESTADAS

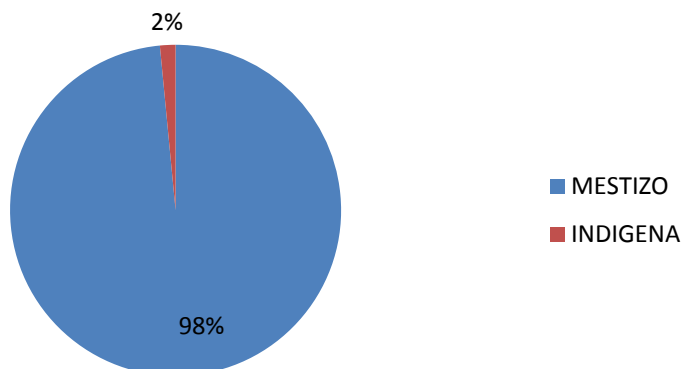


Figura 5. Raza personas encuestadas

Las encuestas se realizaron a la misma cantidad de hombres que de mujeres, para tener una muestra más significativa. De las 66 personas encuestadas, solo una fue de raza indígena.

- Biotipo Periodontal:

BIOTIPO PERIODONTAL PERSONAS ENCUESTADAS

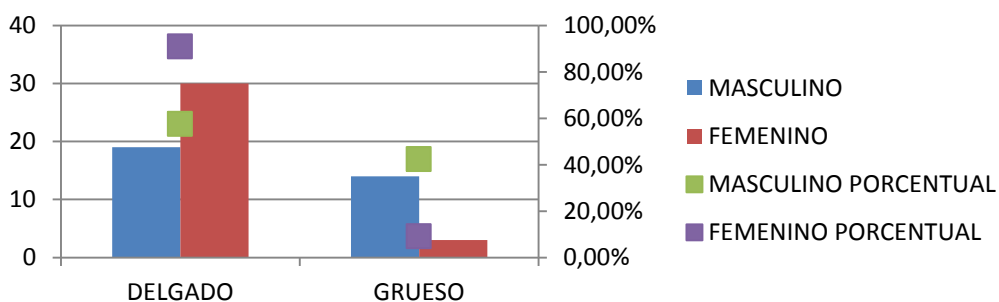


Figura 6. Biotipo Periodontal personas encuestadas

De los hombres encuestados, alrededor del 60% tienen un biotipo periodontal delgado y un 40% tienen un biotipo periodontal grueso. Por otro lado, 90 % de las mujeres encuestadas tienen un biotipo periodontal delgado y solamente el 10% tienen un biotipo periodontal grueso.

FRECUENCIA PORCENTUAL FACTORES ETIOLÓGICOS

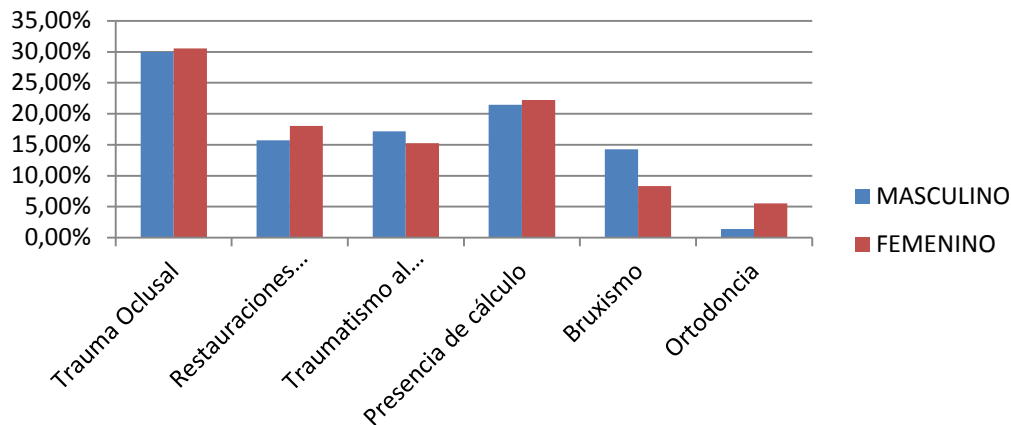


Figura 7. Frecuencia porcentual factores Etiológicos.

Los factores etiológicos encontrados fueron:

- Trauma oclusal
- Restauraciones defectuosas
- Traumatismo al cepillado
- Presencia de cálculo
- Bruxismo
- Ortodoncia

En los encuestados masculinos, el factor etiológico más común fue trauma oclusal, con un 30% de incidencia. El menos común fue ortodoncia, con apenas un 1.5%. El resto de factores tuvieron una incidencia similar, del 15 al 20%.

En los encuestados femeninos, el factor etiológico más común también fue trauma oclusal, a su vez con un 30% de incidencia. Los menos comunes fueron bruxismo y ortodoncia, con un 8 y 5% de incidencia respectivamente. Los tres factores sobrantes tuvieron una incidencia del 15 al 22%.

FRECUENCIA PORCENTUAL HÁBITOS

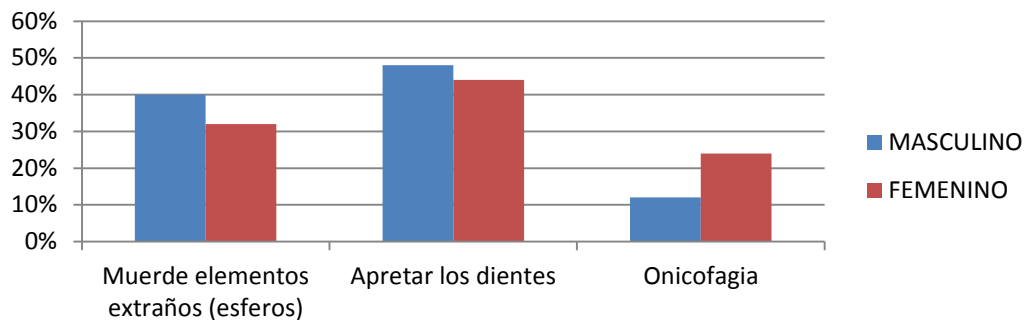


Figura 8. Frecuencia porcentual hábito

Los hábitos encontrados fueron los siguientes:

- Muerde elementos extraños (esferos)
- Apretar los dientes
- Onicofagia

Tanto en los encuestados masculinos como femeninos apretar los dientes fue el hábito más común, con un 48% y 44% de incidencia respectivamente. El menos común fue onicofagia, con un 12% para los hombres y un 24% para las mujeres. El morder elementos extraños tuvo una incidencia del 40% para los hombres y del 32% para las mujeres.

DISTRIBUCION PORCENTAJE BIOFILM HOMBRES

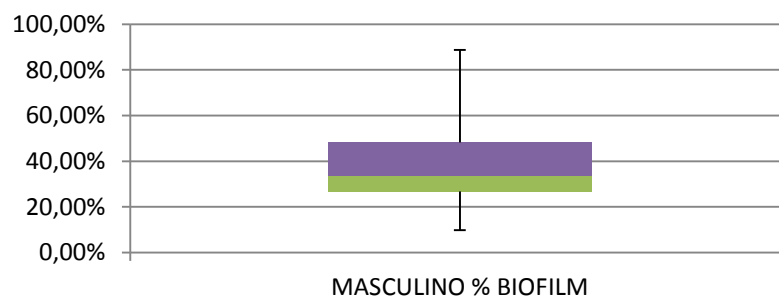


Figura 9. Distribución porcentaje biofilm hombres

El porcentaje de biofilm de los hombres tuvo un rango desde 88.8% hasta 9.82%, con una mayor concentración entre 26.78% y 48.14% y un valor medio de 33.40%.

DISTRIBUCION PORCENTAJE DE BIOFILM MUJERES

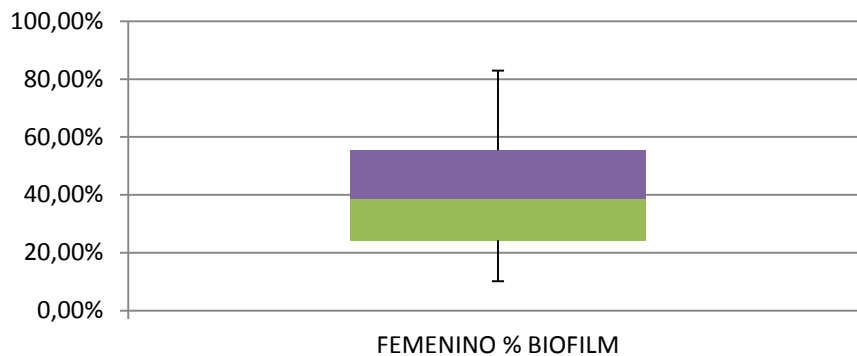


Figura 10. Distribución porcentaje de biofilm mujeres

El porcentaje de biofilm de las mujeres tuvo un rango desde 82.90% hasta 10.20%, con una mayor concentración entre 24.30% y 55.35% y un valor medio de 38.60%.

RECESION DE MILLER POR PIEZA - MASCULINO

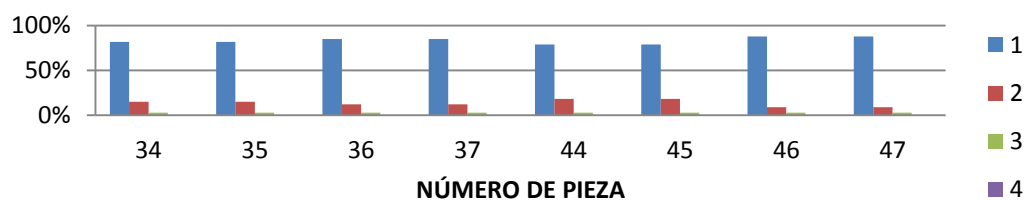


Figura 11. Recesión de Miller por pieza masculino.

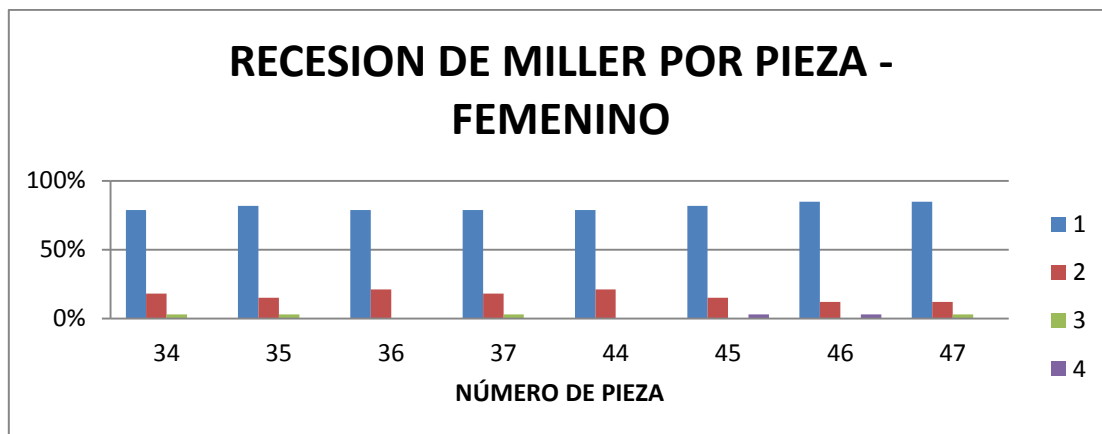


Figura 12. Recesión de Miller por pieza femenino

Tanto en hombres como mujeres la recesión de Miller por pieza más común fue la clase I. En todas las piezas se tiene una incidencia de alrededor del 80% de esta clase. En los hombres se puede observar que las piezas 44 y 45 son las que tienen mayor incidencia de la clase 2 de este tipo de recesión. Mientras que en las mujeres las piezas 36 y 44 son las que tienen mayor incidencia de la clase 2. Los hombres tienen una incidencia similar de clase 3 para todas las piezas, y ninguna incidencia de la clase 4. En las mujeres, la recesión clase 3 está presente únicamente en las piezas 34, 35, 37 y 47 mientras que la clase 4 está presente en las piezas 45 y 46.

CLASIFICACIÓN DE PINI PRATO POR PIEZA - MASCULINO

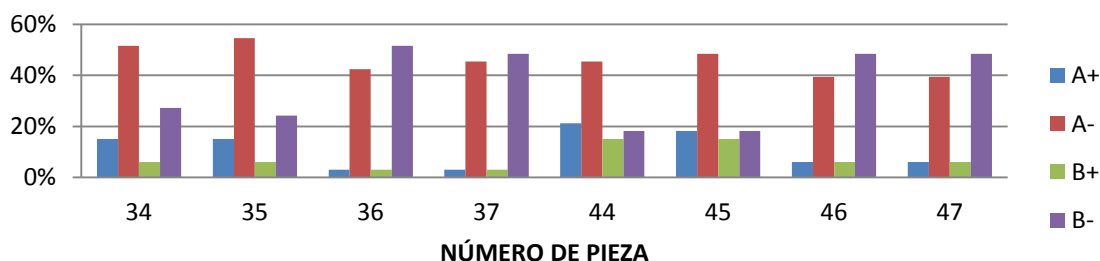


Figura 13. Clasificación de pini prato por pieza - masculino

CLASIFICACIÓN DE PINI PRATO POR PIEZA - FEMENINO

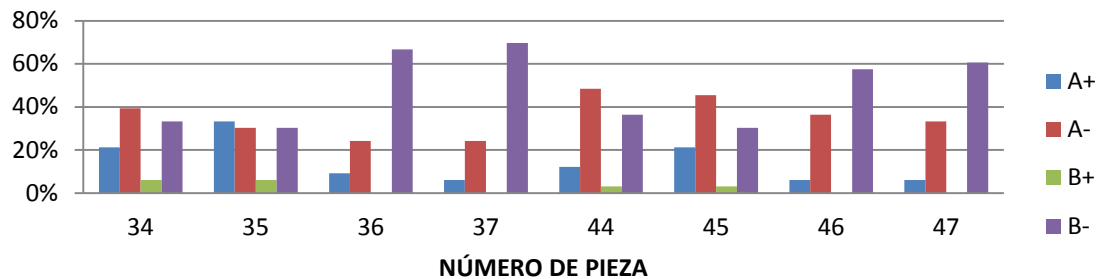


Figura 14. Figura 13. Clasificación de pini prato por pieza – femenino

Los hombres encuestados tuvieron una mayor hegemonía de la clasificación de Pini Prato A- y B- para todas sus piezas. Las clasificaciones A+ y B+ no tuvieron mucha incidencia.

Las mujeres encuestadas tuvieron mayor incidencia de la clasificación de Pini Prato B-, seguida por la clasificación A-. Las piezas 34, 36, 44 y 45 tuvieron una distribución menos marcada que el resto de piezas.

ENCIA QUERATINIZADA POR PIEZA - MASCULINO

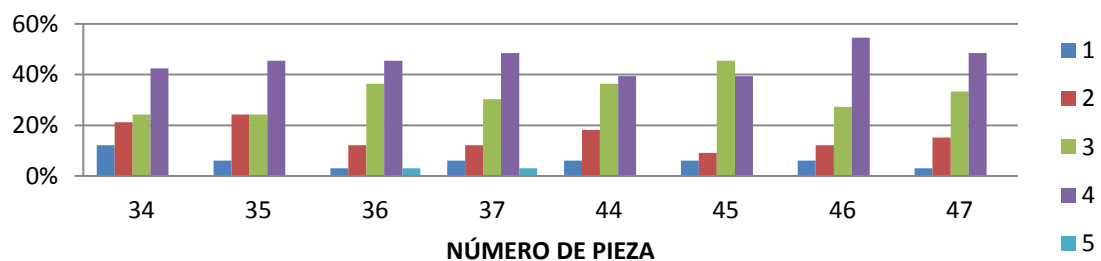


Figura 15. Encia queratinizada por pieza - masculino

ENCIA QUERATINIZADA POR PIEZA - FEMENINO

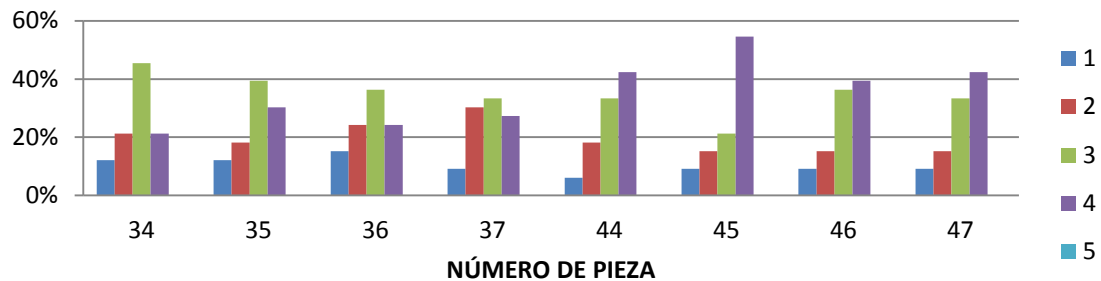


Figura 16. Encía queratinizada por pieza - masculino

Los hombres tuvieron mayor frecuencia de encías queratinizada con un valor de 3 y 4 mm de altura para todas sus piezas. Mientras que las mujeres tuvieron una mayor frecuencia de encías queratinizadas tipo 3 para sus piezas 34, 35, 36 y 37 y tipo 4 para sus piezas 44, 45, 46 y 47.

5.2 Discusión

Los resultados de este estudio demostraron relaciones como diferencias entre biotipo periodontal, recesiones gingivales, tipos de recesión, cantidad de encía queratinizada, porcentaje de biofilm, entre otras.

La recesión del tejido marginal gingival es definida como el desplazamiento del margen gingival apical a la unión cemento-esmalte con exposición de la raíz del diente al medio oral.

Carranza afirma que la recesión consiste en la exposición de la superficie radicular por una desviación apical en la posición de la encía, la encía que presenta recesión se encuentra a menudo inflamada.

La recesión se localiza en ocasiones en dientes, en grupos de dientes o puede generalizarse a través de la de toda la cavidad oral.

Existe una prevalencia significativa en el aumento de las recesiones en la población mundial. Ciertos investigadores expresan que la recesión es un proceso fisiológico vinculado con el envejecimiento. (Ardila Medina, 2009)

La migración apical gradual es el efecto acumulativo de una afección patológica menor, los traumatismos menores directos y repetidos a la encía, o en ambos.

Las recesiones se encuentran cerca de todas las superficies dentarias en los pacientes comprometidos periodontalmente. (Wennstrom, 1994).

Existen recesiones asociadas a factores mecánicos, predominantemente técnicas de cepillado inadecuadas, frenillos traccionantes. Recesiones asociadas a lesiones inflamatorias inducidas por placa bacteriana, en casos de dehiscencias asociadas a periodonto delgado y en casos de dientes en malposición, y recesiones asociadas a formas generalizadas de enfermedad periodontal destructiva (Ardila Medina 2009).

El desgaste del cemento exhibido por la recesión deja una superficie dentinaria subyacente muy sensible, en especial al tacto. La recesión interproximal crea espacios donde la placa, los alimentos y las bacterias pueden acumularse.

Se pensaba que la encía queratinizada era necesaria para conservar la salud gingival, prevenir la recesión marginal gingival y mantener los niveles de inserción. Incrementar la cantidad de encía queratinizada aún se cuestiona ya que se cree que en mínimas cantidades es compatible con condiciones periodontales sanas. (Wennstrom 1987), al demostrar que las zonas desprovistas de encía queratinizada respondían en igual forma a la agresión de la placa bacteriana que aquellas provistas con adecuadas bandas queratinizadas. Con esto se desvirtuó el argumento de la necesidad de la encía queratinizada para el mantenimiento de la salud gingival. (Wennstron 1987) demostró cómo dientes desprovistos de encía queratinizada en presencia de buena higiene oral, mantenían los niveles de inserción clínica sin presentar signos de retracción gingival durante largos períodos de tiempo, cuando se comparaban con dientes control con encía queratinizada (Wennstrom J, 1987).

Boke y cols, en una investigación de 251 pacientes antes y después del tratamiento ortodóntico, demostraron que el biotipo periodontal no influencia en la presencia de recesión pero refiere un aumento de recesión después del tratamiento en aquellos pacientes con placa bacteriana y mala higiene oral. Van Palenstein Hhiennam, WH. Cols, demuestran la importancia entre la cantidad de cálculo y la presencia de recesiones gingivales. Se necesita aclarar que cálculo y placa bacteriana no es lo mismo, pues dependen del tiempo que se encuentren en la superficie del diente. (Van Palenstein Helderman, 1998). (Boke et all, 2014).

En el presente estudio, al igual que Olsson y Lindhe, se demostró que un biotipo delgado tiene 4,46 veces mayor probabilidad de presentar recesión que un biotipo grueso, influenciando la cantidad de encía queratinizada observada a través de la línea mucogingival del paciente y que la presencia de placa, al contrario del estudio hecho por Wennstrom, no es revelante, ya que las piezas con 0 y 1 de índice de placa, mostraron el mismo porcentaje (42,11%) en relación a la aparición de recesión gingival. Datos similares a los de Kassab y Cohen quienes concluyeron que las recesiones están presentes tanto en pacientes con buena como con mala higiene oral y que existen otros factores que influyen en su aparición. (Kassab y Cohen, 2003).

(Naranjo y cols. 2016) demostraron que las piezas vestibularizadas presentan mayor porcentaje de recesión gingival que las piezas que se encontraban en posición normal o lingualizadas, así también las piezas 31 y 41 fueron las que en mayor porcentaje se encontraron hacia vestibular y que por estar fuera del arco y generar un trauma oclusal presentaron mayor recesión.

Por otro lado en nuestro estudio se habla de que el trauma oclusal tanto en hombres como en mujeres es el factor etiológico altamente causal de la recesión gingival siendo el menos común la ortodoncia y el bruxismo.

En el anterior estudio se recalca que las piezas vestibularizadas son las que sufren de mayor recesión, con un 48%, por lo que cabe recalcar para ambos estudios es que los profesionales ortodoncistas deberán tener mayor cuidado.

En las próximas investigaciones relacionadas al tema de las recesiones gingivales se deberá tomar en cuenta algunos factores incluidos en el estudio los cuales serán parámetros importantes para identificar a tiempo un problema de recesión, al indagar más en el tema el profesional y el paciente podrán actuar a tiempo evitando posibles pérdidas mayores de la gingiva y saber solucionar el problema a tiempo con diferentes tratamientos existentes. Por otro lado al hondar más en el tema se podrá conocer nuevas técnicas para tratar esta patología y otras opciones de prevenirla.

Se pueden realizar estudios longitudinales para evaluar el desarrollo de recesiones en pacientes con tratamiento de ortodoncia. Explorar a otras etnias como al afroecuatoriano, indígena, etc. Para conocer más sobre el biotipo de estos individuos y analizar la forma de los maxilares (estructura craneofacial) y su influencia en cuanto a las recesiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

De las 66 personas encuestadas, solo una fue de raza indígena.

El biotipo periodontal grueso fue más frecuente en hombres con un 90% y apenas un 10% en mujeres. Las mujeres presentaron biotipo delgado en un 60% mientras que en los hombres en un 40%. Sin embargo esto no se puede generalizar.

Dentro de los encuestados tanto en hombres como en mujeres el factor etiológico más común fue el trauma oclusal y el menos común la ortodoncia, mientras que en las mujeres el menos común fue el bruxismo.

Apretar los dientes fue el hábito más común entre todos los encuestados y después de este el de morder elementos extraños.

El índice de placa influyó en menor proporción en la presencia de recesiones gingivales, dando a conocer que esta patología es de origen multifactorial y va a requerir de distintos factores para poder presentarse.

En la recesión de Miller se pudo considerar que en los hombres las piezas 44 y 45 son las que tienen mayor incidencia de la clase 2 de este tipo de recesión. Mientras que en las mujeres las piezas 36 y 44 son las que tienen mayor incidencia de la clase 2. Los hombres tienen una incidencia similar de clase 3 para todas las piezas, y ninguna incidencia de la clase 4. La recesión clase 3 está presente únicamente en las piezas 34, 35, 37 y 47 mientras que la clase 4 está presente en las piezas 45 y 46.

Dentro de la clasificación de Pini y Prato los hombres tienen una mayor hegemonía de la clasificación de Pini Prato A- y B- para todas sus piezas. Las clasificaciones A+ y B+ no tuvieron mucha incidencia. Las mujeres encuestadas tuvieron mayor incidencia de la clasificación de Pini Prato B-, seguida por la clasificación A-. Las piezas 34, 36, 44 y 45 tuvieron una distribución menos marcada que el resto de piezas.

La encía queratinizada en hombres presentó un valor de 3 y 4 mm promedio de altura para todas sus piezas. En mujeres existió mayor frecuencia de encías queratinizadas de 3 mm para las piezas 34, 35, 36 y 37 de 4 mm para sus piezas 44, 45, 46 y 47.

La recesión gingival es una patología multifactorial que va a requerir de algunos factores para lograr presentarse.

6.2. Recomendaciones

Efectuar estudios longitudinales para evaluar el desarrollo de recesiones en pacientes con tratamiento de ortodoncia.

Explorar a otras etnias como al afroecuatoriano, indígena, etc.

Analizar la forma de los maxilares (estructura craneofacial) y su influencia en cuanto a las recesiones.

Se recomienda implementar durante la carrera universitaria talleres de capacitación para pacientes, profesionales y estudiantes acerca de las instrucciones de cuidado, entrenamiento y mantenimiento gingival.

La extensión de la información para la prevención de la enfermedad periodontal se debe entregar a través de distintas maneras: gráficos, virtuales y escritos, para motivar al paciente al cuidado en casa.

REFERENCIAS

- Ardila Medina CM. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. *Av Periodon Implantol.* 2009; 21, 2: 35-43. Recuperado en línea en: (<http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v21n1/original4.pdf>).
- Baker DL, Seymour GJ (1988). Periodontal diseases in adult Kenyans. *J. Clin. Periodontology.* 15: 445-452.
- Boke, F., Gazioglu, C., Akkaya, S., & Akkaya, M. (2014). Relationship between orthodontic treatment and gingiva health: A retrospective study. *European Journal of Dentistry*, 373-380.
- Carranza F, Newman M. *Clinical Periodontology.* 9 ed. 2001.
- Caffesse RG, Guinard EA. Treatment of localized gingival recession part IV: results after 3 years. *J Periodontol* 1978;49:457-61.
- Carranza A Fermín (1993). *Periodontología clínica de Glickman.* México 7a ed. Interamericana McGraw Hill. 130-134.
- Cohen DW, Ross SE. The double papillae repositioned flap in periodontal therapy. *J Periodontol* 1968;39:65- 70.
- Dorfman HS, Kennedy JE, Bird WC. Longitudinal evaluation of free autogenous gingival grafts. A four year report. *J Periodontol* 1982; 53:349-52.
- Gorman NJ. Prevalence and etiology of gingival recession. *J Periodontol* 1967;38;316-20. Sullivan HC, Atkins JC. Free autogenous gingival grafts 3. Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. *Periodontics* 1968: 6;152-60.
- Gartreli R James, Mathews P David (1995). *Retracción gingival. Estado estable y proceso evolutivo.* Washington. University of Washington. School of Dentistry. .

- Gray J. When not to perform root coverage procedures. *J Periodontol* 2000; 71: 1048-50.
- Holbrook T, Ochsenbein, C. Complete coverage of the derived root surface with a one stage gingival graft. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1983;3:9-27.
- Joshi KJ, Kent RL, DePaola PF (1994). Gingival recession: Intra-oral distribution and associated factors. *J. Periodontol.* 65:854-871.
- Kassab, M., & Cohen, R. (2003). The etiology and prevalence of gingival recession. *Journal Am Dent Assoc.*, 134-220.
- Kennedy JE, Bird WC, Palcanis KG, Dorfman HS. A longitudinal evaluation of varying widths of attached gingival. *J Clin Periodontol* 1985 Sep;12(8):667-675.
- Khojasteh Ahmed, Simon Gary, Person Philip, Denepitiya Joseph (1993). Gingival recession in relation to history of hard toothbrush use. *J. Periodontol.* 64:900-905.
- Lang NP, Löe H. The relationship between the width of keratinized gingival and gingival health. *J Periodontol* 1972 Oct;43(10):623-627.
- Lindhe J, Nyman S (1980). Alterations of the position of the marginal soft tissue following periodontal surgery. *J. Clin. Periodontology.* 7: 525-530.
- Löe H, Anerud A, Boysen H, Smith M (1978). The natural history of periodontal disease in man. The rate of periodontal destruction before 40 year of age. *J. Clin. Periodontology.* 49: 607-620.
- Löe H, Anerud, A, Boysen H (1992). The natural history of periodontal disease in man: prevalence, severity extent of gingival recession. *J. Periodontol.* 63: 489-495.

- Mendes DNRM, Novaes Jr AB, Novaes AB. Root coverage of large localized gingival recession: A biometric study. *Braz Dent J* 1997;8:113-20.
- Merritt AA. Hyperemia of the dental pulp caused by gingival recession. *J Periodontol* 1933: 4:30.
- Miller AJ, Brunelle JA, Carlos JP, Brown LJ, Loe H (1987). Oral health of United States adults. Maryland. National Institute of Dental Research, Bethesda, Publication No. 87-2868.
- Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 5:8-13.
- Muller, H., & Eger, T. (1997). Gingival phenotypes in young male adults. *Journal of Clinical Periodontology*, 65_71.
- Murtomaa H, Meurman JH, Ritömaa I, Turtola L (1987). Periodontal status in university students. *J. Clin. Periodontology*. 14: 462-465.
- O'Leary TJ, Drake RB, Crump PP, Allen MF. The incidence of recession in young males: A further study. *J Periodontol* 1971;42:264-67. 17. Langer S, Langer L. Subepithelial
- Olsson, m., & Lindhe, J. (1991). Periodontal characteristics in individuals with varying form of the upper central incisors. *Periodontal Journal*, 778-82.
- Pascual, A. (Junio de 2012). Universitat Internacional de Catalunya. Recuperado el 4 de abril del 2016 de file:///C:/User/User/Downloads/Tesi_Andres%20Matteo_Pascual_LaRocca.pdf
- Pini-Prato et al, (June,2010). Classification of Dental Surface Defects in Areas of Gingival Recession. Department of Periodontology, Florence, Italy.
- Rina E. Segovia Carreño. Recesión gingival: Factores precipitantes en el desarrollo de recesión gingival. *Acta odontol. ve-*

nez v.40 n.2 Caracas jun. 2002. Recuperado en línea en:
(http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652002000200006&script=sci_arttext).

Tarnow, DP. Semilunar coronally repositioned flap. *J Clin Periodontol* 1986;13:182-85.

Serino G, Wennstrom JL, Undhe J, Eneroth L. The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with a high standard of oral hygiene. *J Clin Periodontol* 1994;2:57-63.

Sullivan HC, Atkins JC. Free autogenous gingival grafts 3. Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. *Periodontics* 1968: 6;152-60.

Tarnow, DP. Semilunar coronally repositioned flap. *J Clin Periodontol* 1986;13:182-85.

Trombelli L, Scabbia A. Healing response of gingival recession defects following guided tissue regeneration procedures in smokers and non-smokers. *J Clin Periodontol* 1997; 24: 529-33.

Vehkalanti M (1989). Occurrence of gingival recession in adults. *J. Periodontol.* 60: 599-603.

Van Palenstein Helderman, W. (1998). Gingival recession and its association with calculus in subjects deprived of prophylactic dental care. *J Clin Periodontol.*, 558-563.

Wennstrom J. Lack of association between width of attached gingival and development of soft tissue recession a 5 years longitudinal study. *J Clin Periodontol* 1987;14; 181-4.

Woolf C. The prevalence and etiology of gingival recession. *Periodontal Abstr* 1969;17:45-50.

ANEXOS

Ficha #

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre:

Género:

Edad:

Raza:

Biotipo periodontal:

Grueso

Delgado

Recesión gingival, clasificación de Pini y Prato, encía queratinizada y porcentaje de biofilm.

PIEZA	CLASE DE RECESIÓN				CLASIFICACIÓN DE PINI PRATO		ENCÍA QUERATINIZADA
	I	II	III	IV	A- A+	B- B+	
34							
35							
36							
37							

44							
45							
46							
47							

% DE BIOFILM

Ficha #

Hoja de información

Prevalencia de recesión gingival en pacientes de 18 a 50 años atendidos en la clínica odontológica de la UDLA.

Investigador: María Gracia Márquez R.

Tutor: Dr. Pablo Quintana.

Nombre del paciente:

Número de cédula:

Información general

El estudio no tiene ningún costo para el paciente, se requiere de máximo 10 minutos para la toma de la muestra, no existe ningún riesgo para el paciente y la identidad del mismo será estrictamente confidencial.

Porqué se hace este estudio?

El propósito de este estudio es evaluar la prevalencia de recesiones gingivales según factores etiológicos, hábitos, género, edad y raza en dientes posteroinferiores para así poder prevenir las mismas.

Cómo se realizará la evaluación?

1. Se identificarán los diversos factores desencadenantes de la recesión en las piezas a estudiar.
2. Se realizará valoración de cantidad de encía queratinizada presente en la boca del paciente con la ayuda de una sonda periodontal.
3. Se valorará el porcentaje de biofilm presente en las piezas a examinar.
4. Se identificará las zonas con recesiones así como la clase de recesión a la que corresponda

Ficha #

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se ha solicitado dar mi consentimiento para que yo _____ con cédula _____ participe en el estudio de investigación intitulado "Prevalencia de recesión gingival en pacientes de 18 a 50 años atendidos en la clínica odontológica de la UDLA". El estudio de investigación incluirá: (recolección de datos, muestras y fotografías).

Yo he leído la información anterior previamente, de la cual tengo una copia. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información y cada pregunta que yo he hecho ha sido respondida para mi satisfacción. He tenido tiempo suficiente para leer y comprender riesgos y beneficios de mi participación. Yo consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante

Nombre del investigador que obtiene el consentimiento: María Gracia Márquez Ríos

Firma del investigador



