

**REPÚBLICA DOMINICANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**FRECUENCIA DE RECESIONES GINGIVALES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA UNIBE, DURANTE EL PERIODO DE MAYO-JULIO 2023.**

TRABAJO FINAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE DOCTOR EN ODONTOLOGÍA

Sustentante

Nicole Marie Olivo Mancebo.
20-0155.

Claritza Janeifry Acosta Castro.
21-0510.

Docente Especializado

Dra. Alina Santiago.

Docente Titular

Dra. Helen Rivera.

SANTO DOMINGO, DN.

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios, quien ha sido el motor en mi día a día, quien ha estado siempre presente, quien me ha dado fuerzas, aún así en momentos cuando no me encontraba a su disposición, siempre él estuvo a la mía.

A mis padres Tréveris Mancebo y Wilson Olivo, quienes siempre me han apoyado, me han inculcado valores únicos e irremplazables, siempre han tratado de que saque lo mejor de mí y me han brindado confianza en mí misma al nunca dudar de lo que era capaz de realizar.

A mi hermano Kelvin Olivo, quien a su manera me ha apoyado siempre, ha demostrado su confianza en mí y siempre me ha motivado a ponerme a prueba. Fue un ejemplo a seguir y siempre lo será.

A mis mejores amigos y confidentes : Camille, María Alejandra, Jeanny, Hilary, Sarah, Brisa, Ihara, Gloria y Nicolás, ya que sin su apoyo no hubiese llegado hasta el final. Siempre me motivaban y animaban cuando me encontraba desanimada, y me recordaban de lo que era capaz, nunca dudaron de mí.

A todos los docentes quienes me brindaron su conocimiento, aportaron en mi crecimiento como futura profesional y sobre todo brindaban confianza en cada procedimiento que realizaba y creían siempre en mí, aún cuando yo misma mostraba dudas.

Finalmente a todos mis compañeros, quienes estuvieron conmigo en este largo y arduo proceso, quienes me acompañaron en sentimiento y extendían su mano cuando la necesitaba.

Nicole M. Olivo Mancebo.

DEDICATORIAS

Deseo dedicar este trabajo a mi Dios que siempre ha sido, es y será fiel independientemente de mí. Él es mi constante, mi fuente de sabiduría y mi fortaleza. Sin Él, nada de esto hubiera sido posible.

En segundo lugar, quiero dedicar este logro a mis padres y a mi esposo. Mi madre Clara Castro y mi padre José Acosta, por sus incansables oraciones por mí y por siempre creer en mí. A mi esposo Anthony Montero por ser un gran compañero de vida y por motivarme a dar este salto de fe.

También quiero dedicar este trabajo a mis hermanos Hiderkel, Eva, Eliezer, Emmanuel y Jasmin; porque son mi inspiración para ser mejor cada día.

Finalmente, dedico este trabajo a todos mis compañeros de carrera; porque solo el que cruza este camino sabe la perseverancia que se necesita para triunfar.

“Todo lo podemos en Cristo, que nos fortalece.” Filipenses 4:13

Claritza J Acosta

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a Dios quien me ha brindado fuerza para superar todos los momentos de dificultad que se me presentaban y así poder seguir adelante.

A mi madre Treveris Mancebo, por ser la primera en apoyarme, darme fuerzas, brindarme seguridad, mostrarme de lo que soy capaz y alentarme siempre. Gracias por ser un ejemplo a seguir y ser mi pilar principal. A mi padre Wilson Olivo, por siempre apoyarme, preocuparse por mi educación, alentarme y recordarme siempre que sí puedo lograr lo que me proponga. Gracias por enseñarme cómo mejorar cada día. A mi hermano Kelvin Olivo, por guiarme durante este camino, ser un apoyo en momentos de crisis, brindarme conocimiento y aclarar mis dudas.

A mis amigas/os más cercanos, por siempre estar ahí para mí, escuchar mis angustias y tranquilizarme en todo momento.

A nuestra asesora especializada, Dra. Alina Santiago, por siempre guiarnos durante este proceso, por aconsejarnos y motivarnos a explotar más nuestros conocimientos. A la Dra. Helen Rivera por igual, por orientarnos en todo momento, brindarnos sus conocimientos y siempre estar disponible ante nuestras dudas.

A mi compañera de tesis Claritza Acosta, quien estuvo conmigo de la mano para poder llevar a cabo este proceso, y siempre estuvo con una mente positiva. Por último, quiero agradecer a mis compañeros/as, los doctores/as quienes siempre brindaban palabra de aliento y me recordaban que el único límite lo ponía yo, nadie más. A aquellas amistades que surgieron dentro de la carrera, las cuales siempre tendré presente y siempre les estaré agradecida.

Nicole M. Olivo Mancebo.

AGRADECIMIENTOS

Mi mayor agradecimiento es para mi Dios, quién en su amor permitió que dentro de sus planes me encontrara yo. Le agradezco que me permitiera tener tan noble propósito de vida al facilitarme esta formación académica como odontóloga. Le agradezco por brindarme salud, su sabiduría y su compañía en este camino.

También deseo agradecer a mis padres por inyectarme de ánimo en cada llamada, por cada oración que hacen a mi favor y por siempre direccionarme hacia Dios. Agradezco a mi esposo Anthony Montero por mostrarme su amor inagotable durante este proceso y siempre levantar mi cabeza cuando perdía la meta de vista. Agradezco a mis hermanos que nunca cesan de velar por mi bienestar psicológico, emocional y físico. Agradezco a mis suegros, Iris y Osvaldo Montero en conjunto a todos mis familiares Montero, Acosta, Castro y Acosta-Marichal por siempre estar al pendiente de este proceso, brindarme su amor y celebrar cada paso de este trayecto. Agradezco a todos mis compañeros, en especial a Jadiye, Keisy, Caleb, German, Yordano, Jabes, Rachel, Kevin y mi amiga Christy Carrasquillo, su apoyo y compañerismo fue combustible suficiente para perseverar estos años. A mi compañera de tesis, Nicole Olivo, por embarcar esta misión conmigo y complementarme en todo este proceso.

Finalmente, deseo agradecer a todos mis docentes porque son parte crucial de mi formación profesional. En especial quiero agradecer a aquellos que reflejaron fe en mí con una mirada, comentario o acción. Un agradecimiento único a nuestra asesora la Dra. Santiago y la Dra. Rivera por su tiempo, confianza y orientación.

¡Infinitas gracias!

Claritza J Acosta

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	10.
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12.
3. OBJETIVOS.	14.
3.1 GENERAL.	14.
3.2 ESPECÍFICOS	14.
4. MARCO TEÓRICO	14.
4.1 MARCO CONCEPTUAL.	14.
4.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.	17.
4.3 MARCO REFERENCIAL.	20.
4.4 REVISIÓN DE LA LITERATURA.	21.
4.4.1 Definición de recesiones gingivales.	21.
4.4.2 Características clínicas e histológicas.	21.
4.4.3 Epidemiología de las recesiones gingivales.	23.
4.4.4 Clasificación de las recesiones gingivales según Cairo.	24.
4.4.5 Etiologías de las recesiones gingivales.	26.
4.4.6 Factores predisponentes.	26.
4.4.7 Factores desencadenantes.	28.
4.4.8 Consecuencias de las recesiones gingivales.	30.
4.4.9 Tratamientos y técnicas empleadas para las recesiones gingivales.	31.
5. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.	33.
6. MARCO METODOLÓGICO.	33.
6.1 TIPO DE ESTUDIO.	33.

6.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.	34.
6.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	34.
6.4 METODOLOGÍA.	36.
6.4.1 Aspectos Éticos.	36.
6.4.2 Población y muestra.	36.
6.4.3 Instrumento de recolección de datos.	37.
6.4.4 Procedimiento.	37.
6.4.5 Plan de Análisis	38.
7. ANÁLISIS DE RESULTADOS.	40.
8. DISCUSIÓN.	50.
9. CONCLUSIONES.	55.
10. RECOMENDACIONES.	56.
11. PROSPECTIVA.	57.
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58.
13. ANEXOS	70.
13.1 Certificado y Aprobación del Comité de Ética.	70.
13.2 Consentimiento Informado.	73.
13.3 Instrumento de recolección de datos.	76.
13.4 Base de datos.	79.

RESUMEN

La presente investigación tiene el objetivo de determinar la frecuencia de recesiones gingivales (RG) en pacientes que acuden a la clínica odontológica de UNIBE durante el periodo de Mayo a Julio 2023. En la misma se seleccionó una muestra aleatoria de 40 pacientes de nuevo ingreso, quienes fueron examinados clínicamente para la detección y clasificación de RG por hemiarcada y tipo de diente. Estos debían responder un cuestionario estructurado para la identificación de factores de riesgo. El sistema de clasificación de RG utilizado es según Cairo, donde se identifican las recesiones como RT1, RT2 y RT3. Los factores de riesgos considerados en esta investigación son; el cepillado traumático, historial ortodóntico, portador de prótesis, trauma oclusal, uso de piercing oral, presencia de cálculo dental y consumo de tabaco. La muestra fue examinada bajo tres categorías; fenotipo gingival, grupo de edad y género. Los resultados demostraron una frecuencia de RG de 87,5%, de la cual 65,7% eran del género femenino y 34,3% masculinos. El grupo de edad mayor de 45 años (60,0%), el fenotipo gingival grueso (54,3%), el tipo de recesión RT1 (47,3%) y los factores de riesgo trauma oclusal (77%), cepillado traumático (48%) y presencia de cálculo dental (48%) y el sitio anatómico; hemiarcada inferior derecha (30,2%) y los molares (38,5%) fueron los resultados de mayor frecuencia en pacientes con RG. Finalmente, los hallazgos señalan que las RG es una condición periodontal de alta prevalencia en la población y tiende a incrementar con la edad.

Palabras clave: Recesión gingival, frecuencia, factores de riesgo, clasificación Cairo

ABSTRACT

The present investigation has the objective of determining the frequency of gingival recessions (GR) in patients who attend the UNIBE dental clinic during the period from May to July 2023. A random sample of 40 newly admitted patients was selected, who were clinically examined for the detection and classification of GR by hemiarch and type of tooth. Subjects had to answer a structured questionnaire to identify risk factors. The GR classification system used is according to Cairo, where recessions are identified as RT1, RT2 and RT3. The risk factors considered in this investigation are; traumatic brushing, orthodontic history, prosthetic history, occlusal trauma, use of oral piercing, presence of dental calculus, and tobacco use. The sample was examined under three categories; gingival phenotype, age group and gender. The results showed a GR frequency of 87.5%, of which 65.7% were female and 34.3% male. The age group older than 45 years old (60.0%), the thick gingival phenotype (54.3%), the type of recession RT1 (47.3%), the risk factors occlusal trauma (77%), traumatic brushing (48%) and presence of dental calculus (48%) and the anatomical site; right lower hemiarch (30.2%) and molars (38.5%) were the results with the highest frequencies in patients with GR. Finally, the findings indicate that GR is a highly prevalent periodontal condition in the population and tends to increase with age.

Key words: Gingival recession, frequency, traumatic brushing, Cairo classification

1. INTRODUCCIÓN

La recesión gingival es una condición periodontal, donde se desplaza el margen gingival en orientación apical de los dientes, que afecta a la mayoría de la población, especialmente a los jóvenes adultos y envejecientes. Esta posee un impacto significativo en la salud oral del paciente, ya que afecta su funcionalidad y estética. Se conoce que la recesión gingival es multifactorial, por ende, no existe una causa en específico que avale la aparición de esta.³ Esta condición mucogingival, junto con las demás enfermedades bucodentales, es una de la más prevalente en el ser humano, y sin una atención adecuada puede causar una destrucción progresiva de los tejidos que se encargan de brindarles sostén a los dientes y terminar en la pérdida de estos.⁵

Ante tales consecuencias, las instituciones de Periodoncia le han brindado mayor enfoque a la identificación precoz de esta condición. En la actualidad existen varios estudios internacionales desde la India, Chile, Brasil, España entre otras naciones. Estos registran una prevalencia alarmante de hasta más del 80%.¹² Sin embargo, los estudios de prevalencia de recesiones gingivales en República Dominicana a nivel nacional no existen. La población dominicana exhibe diferencias socioeconómicas y niveles de educación académica significativos, lo cual se refleja también en la atención y educación que existe acerca de la salud bucal. En la República Dominicana no se ha profundizado lo suficiente sobre este tema y la importancia que este amerita.

Es por esto que, el presente estudio aspira determinar la frecuencia de recesiones gingivales en pacientes que acuden a la clínica odontológica de UNIBE para reflejar una pincelada de cuán común es esta condición en nuestro medio. La hipótesis

de la investigación estipula que su frecuencia aumenta en conjunto con la edad. Este es un estudio de tipo descriptivo-analítico, observacional y cualitativo, que utiliza como instrumento de investigación un cuestionario digital y un examen clínico para identificar las recesiones gingivales presentes según el sistema de clasificación de Cairo. La información recolectada se realiza en una base de datos y esta es analizada por un bioestadístico a través de diversas pruebas estadísticas.

Finalmente, la deficiencia de conocimiento nacional sobre la condición periodontal en cuestión debe ser una alerta para los profesionales de la salud bucal ya que el descuido del periodonto contribuye a la pérdida total de los dientes.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La recesión gingival es una condición periodontal en la que el margen gingival se desplaza hacia apical exponiendo la superficie de la raíz del órgano dentario. En su efecto, podría comprometer la estética del paciente, al mismo tiempo la funcionalidad de este, trayendo consecuencias como: sensibilidad, lesiones radiculares y zonas de retención de biopelícula dental.³

Esta condición periodontal tiene gran prevalencia a nivel mundial, y los afectados van del 30% al 100%, así mismo, su prevalencia y gravedad aumenta con la edad. Merijohn¹² reporta que, solo en los EE. UU., la prevalencia de la recesión de ≥ 1 mm en personas ≥ 30 años de edad ha sido un 58% y tiene un promedio de 22,3% de dientes afectados por persona. Por esta razón surge la importancia de su identificación de forma precoz, para así proveer un tratamiento interceptivo y preventivo en la población a estudiar.

Su etiología está determinada por un número de factores predisponentes y desencadenantes como expresa. Estos factores predisponentes pueden ser anatómicos y/o asociados a trauma oclusal, la intensidad y duración de este. Por otro lado, los factores desencadenantes abarcan inflamación, cepillado traumático, laceración gingival, iatrogenia, márgenes subgingivales, diseño inadecuado de aparatología removible y movimientos ortodónticos no controlados.¹⁴

Es por ello que la presente investigación posee el objetivo de aportar información sobre la frecuencia de recesiones gingivales en pacientes de la Clínica Odontológica de UNIBE durante el periodo Mayo-Julio 2023 utilizando el sistema de clasificación de Cairo¹. Dicha clasificación, propuesta en el 2011, considera la pérdida

de inserción interproximal y el nivel del margen gingival. Cairo¹ identifica las recesiones gingivales en tres tipos: Recesión Tipo 1 (RT1), Recesión Tipo 2 (RT2), Recesión Tipo 3 (RT3).

Esta propuesta de investigación aspira cumplir con diversos aportes, como, cuantificar el porcentaje de pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de UNIBE con recesiones gingivales y sus respectivas clasificaciones, de este modo logramos ver la gravedad de este problema actual en nuestro medio; asimismo determinar la etiología más común que amenaza la estética periodontal de nuestros pacientes, causando la condición en cuestión. Por otro lado, proveer datos de estudios que se abordan en la literatura sobre las asociaciones que existen entre las recesiones gingivales y el fenotipo, género y grupo de edad del paciente, por igual, deducir qué sitio anatómico es el más afectado por las mismas.

A partir de esos aportes, que se pretenden conseguir en la investigación, se podrá preparar al cuerpo estudiantil a clasificar estas recesiones gingivales, y proveer acción preventiva al paciente y considerar posibles tratamientos de regeneración periodontal en sus casos más severos. Para ello surgen las diversas cuestionantes:

1. ¿Cuál es el factor de riesgo más común asociado a las recesiones gingivales?
2. ¿Qué tipo de recesión gingival es más frecuente en pacientes de la Clínica Odontológica de UNIBE?
3. ¿Cuál fenotipo gingival, género y grupo de edad es más propenso a desarrollar recesiones gingivales?
4. ¿Qué sitio anatómico es más afectado por la recesión gingival?

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL.

Determinar la frecuencia de recesiones gingivales en pacientes que acuden a la clínica odontológica de UNIBE durante el periodo de Mayo a Julio 2023.

3.2 ESPECÍFICOS.

- Analizar el factor de riesgo más común asociado a la presencia de recesiones gingivales.
- Indicar el tipo de recesión gingival más frecuente en pacientes de la Clínica Odontológica de UNIBE.
- Identificar el fenotipo gingival, género y grupo de edad con mayor presencia de recesiones gingivales.
- Distinguir el sitio anatómico más afectado por la recesión gingival.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO CONCEPTUAL.

4.1.1 **Cresta alveolar:** parte más coronal del proceso alveolar.²⁴

4.1.2 **Cortical externa:** hueso compacto en la superficie de cualquier hueso dado.²⁴

4.1.3 **Cepillado traumático:** daños de los dientes o tejidos blandos que los rodean como resultado de un cepillado incorrecto y con fuerza excesiva.²⁴

4.1.4 **Colgajo pediculado:** colgajo que permanece unido a su aporte vascular original.⁵⁷

- 4.1.5 **Colgajo de reposición coronal:** colgajo que son coronalmente avanzadas.²⁴
- 4.1.6 **Encía insertada o adherida:** encía que se inserta desde la encía marginal a la unión muco-gingival, donde se une con la mucosa alveolar.⁶³
- 4.1.7 **Encía interdental:** porción de la encía que ocupa la parte interdental.²⁴
- 4.1.8 **Factores predisponentes:** factor que incita o influye en la aparición.
- 4.1.9 **Factores desencadenantes:** factor que pone en marcha o causa un suceso en particular.⁵⁴
- 4.1.10 **Fenotipo gingival:** espesor de los tejidos blandos periodontales, este puede ser grueso o fino.⁶⁵
- 4.1.11 **Fenestración:** una apertura como una ventana tal como se puede encontrar en el hueso alveolar sobre la raíz del diente.²⁴
- 4.1.12 **Fisuras:** término general para una grieta o surco.²⁴
- 4.1.13 **Frenillo:** pequeño pliegue de membrana que controla o limita los movimientos de un órgano.²⁴
- 4.1.14 **Injerto gingival libre:** injerto autógeno de mucosa masticatoria o tejido colágeno el cual puede estar separado de forma parcial o completa.²⁴
- 4.1.15 **Injerto de tejido conectivo subepitelial:** injerto autógeno de tejido conjuntivo.²⁴
- 4.1.16 **Margen gingival:** porción más coronal de la gingiva, por igual, hace referencia a la encía libre que forma la pared del surco gingival en salud.²⁴

4.1.17 **Periodonto:** tejidos que ofrecen soporte a los dientes, en estos se incluyen la encía, cemento, ligamento periodontal, hueso alveolar y hueso de soporte.²⁴

4.1.18 **Placa dental:** masa compuesta principalmente de microorganismos, matriz orgánica de polisacáridos y proteínas, restos de alimentos, etc, los cuales se adhieren o fijan a los dientes, prótesis, etc.²⁴

4.1.19 **Prevalencia:** medida de número total de personas en un grupo específico que tienen o tuvieron cierta enfermedad o factor de riesgo en un periodo específico o determinado.⁵⁴

4.1.20 **Recesiones gingivales:** localización de lo que es el margen gingival apical a la unión cemento-esmalte.²⁴

4.1.21 **Reabsorción:** pérdida de tejido calcificado, puede ser la dentina, cemento de los dientes o proceso alveolar. Esto puede ser una respuesta patológica o fisiológica.²⁴

4.1.22 **Reborde alveolar:** parte del maxilar donde se aloja la raíz del diente.⁶¹

4.1.23 **Surco gingival:** espacio natural que se encuentra entre la superficie del diente y la encía.⁶⁰

4.1.24 **Tejido cicatricial:** formación de tejido sano después de una lesión o cirugía.⁵³

4.1.25 **Trauma oclusal:** carga funcional de las piezas dentales que está fuera del eje, con una fuerza suficiente para inducir cambios en los dientes o estructuras de apoyo. Estos pueden ser permanentes o temporales.²⁴

4.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Las recesiones gingivales (RG) son un concepto que ha tomado atención por más de cinco décadas. La literatura registra su primera clasificación en el 1968 por Sullivan y Atkins, la cual proyectaba un enfoque morfológico y carecía de evidencia científica, exhaustividad y objetividad. Esta clasificación era subjetiva al clínico que identificaba los defectos de RG como superficial-estrecho, superficial-amplio, profundo-estrecho y profundo-amplio. Años después se reportan otras propuestas de clasificaciones por Mlinek y col, Liu y Solt, los cuales trabajaron en base a la clasificación antes descrita. Posteriormente, Benque y col mostraron una orientación en el pronóstico del defecto gingival.¹⁵

De igual forma, otras colaboraciones fueron consideradas hasta llegar a la clasificación que se considera la más aceptada y completa por Miller¹⁶ en el año 1985. En esta década la percepción de las RG era más patológica que estética. La aportación de Miller se reconoce como precursor de la condición periodontal en cuestión y marcó un horizonte para los periodoncistas, a pesar de las limitaciones que presentaba la clasificación, que posteriormente fue revisada por Cairo en 2011, considerada la clasificación más actualizada.

Un estudio que tuvo lugar en el 2006 pretendía determinar la prevalencia, extensión y severidad de la RGI en la población de pacientes del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, para ello se evaluó a 133 pacientes y tomaron en cuenta a los pacientes que poseían RG mayor o igual a 1mm, tomando en cuenta por igual, la clasificación de Miller. Como resultados lograron mostrar una prevalencia de 72,9% de pacientes afectados por RG, siendo mayor en aquellos de 60-69 años y mayores de 70

años; por igual determinó que existe mayor porcentaje en los pacientes masculinos que femeninos. Por igual, se estimó que existe mayor porcentaje de RG en aquellos pacientes fumadores. Se determinó que las piezas más afectadas fueron los premolares, después le seguían los caninos, ambos de la arcada inferior.⁷³

En el año 2016 García y col, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de delimitar la influencia de diversos parámetros clínicos y periodontales sobre la severidad de la RG evaluada al momento inicial del estudio y a los 6,12 y 18 meses. Dicho estudio tuvo una muestra de 40 pacientes los cuales poseían RG, siendo 30 mujeres y 10 hombres con edad que oscilaba de los 16-73 años; cabe destacar que se excluyeron los pacientes con RG generalizadas a consecuencia de enfermedades periodontales y portadores de piercings orales. En la primera visita se les presentó un cuestionario el cual incluyó datos de sus historias clínicas, luego se evaluaron todos los demás parámetros de forma clínica. Finalizado esto, se llevó a cabo una estadística descriptiva y una analítica para la comparación de variables.¹⁸

Como resultado final obtuvieron que la RG se manifestaban con mayor frecuencia en el incisivo central inferior izquierdo, el primer premolar inferior izquierdo y los incisivos y laterales inferiores derechos; asimismo, se demostró que la cantidad de dientes con RG no se observaron influenciadas por las siguientes variables: edad, género, hábito de fumar, frecuencia de cepillado dental y técnica de esta, dureza de las cerdas del cepillo dental, uso de colutorios, tratamiento de ortodoncia, entre otros. Por otro lado, en cuanto a la severidad de la RG en las diferentes fases del estudio estos permanecieron invariables, sin ningún tipo de modificación.

Otro estudio realizado recientemente el 2018 en la ciudad de Valdivia , tuvo el objetivo de establecer la prevalencia de RG e identificar indicadores de riesgo en estudiantes de cuarto medio de esa ciudad. Para ello realizaron un estudio descriptivo, en conjunto a un examen clínico con un cuestionario empleado. Como resultado se obtuvo que el 68,4% de los participantes presentaron RG, no se observó diferencia estadísticamente significativa entre géneros, la clase I de Miller fue el más frecuente, seguida por la clase II y luego la clase III; y los dientes más afectados fueron los premolares inferiores, seguidos por los caninos inferiores. En cuanto a los resultados de la encuesta, se identificó que hubo una diferencia no tan significativa en aquellos que se cepillaban más de dos veces al día, y los que lo realizaban 1 vez al día, siendo más frecuente la RG en aquellos que lo hacían 1 vez al día en ambos establecimientos. ¹⁷

En fin, a lo largo de la historia se ha logrado realizar diversos estudios los cuales han arrojado múltiples resultados con ciertas similitudes, en cuanto a las generalidades y características de las RG que muestran factores etiológicos de gran interés para las investigaciones de esta área. Esta alteración periodontal conocida como RG no solo ha evolucionado en sus clasificaciones clínicas, hallazgos epidemiológicos y etiológicos, sino también conceptuales. En la actualidad se propone que esta alteración del margen gingival sea categorizada e identificada con el concepto de recesión periodontal, ya que este término engloba el conjunto de afecciones que experimentan los tejidos de soporte del diente ante una “RG”, donde implícitamente está ocurriendo no solo una pérdida de incisión de tejido blando, dígame exclusivamente la gingiva, si no también otros tejidos como el ligamento periodontal, tejido óseo y fibras de inserción gingivales y periodontales.

4.3 MARCO REFERENCIAL.

Múltiples estudios se han visto inclinados a realizar investigaciones acerca de la frecuencia y prevalencia de las RG. Un estudio realizado por Rivera y col¹⁷, fue llevado a cabo en Valdivia en el año 2018 con el propósito de observar la prevalencia de las RG con el fin de identificar sus indicadores de riesgos en los estudiantes de 4to de media en esa ciudad. Estos para su estudio, combinaron tanto el examen clínico como la implementación de un cuestionario con el propósito de conseguir su objetivo. Previo a la implementación de este se realizó una prueba piloto en 48 estudiantes. Este se llevó a cabo en todos los estudiantes de 4to de media de escuelas públicas, privadas y subvencionadas, para la selección de la muestra utilizaron un muestreo aleatorio y estratificado. Dentro de sus resultados se encontraron las siguientes características: el 68,4% de los participantes presentaron RG, no hubo diferencia estadísticamente significativa en cuanto el género siendo la prevalencia en hombres de un 70,5% y en mujeres 66,7%, no obstante, sí hubo diferencia significativa en cuanto el establecimiento, siendo una prevalencia de 75,3% en colegios públicos, y un 52,2% en los subvencionados. Cabe destacar que la Clase I de Miller fue la más frecuente dentro del estudio. De igual forma, se observó que su aparición era más frecuente en aquellos estudiantes que no se cepillaban con constancia.

Otro estudio realizado por Bracho y col² en Wayúu, buscaba evaluar la prevalencia en los adolescentes de esa población. Su muestra constó del 10% de la población del estudio, el cual estuvo conformada por un 78% de mujeres y un 22% de hombres. Se evaluó clínicamente a los participantes, midiendo con una sonda las RG presentes. Tras ello se lanzaron los siguientes resultados: se encontró una prevalencia de RG en

el 86.9% de la muestra, no hubo diferencia significativa entre los géneros, siendo 87% en mujeres y 85% en hombres. En cuanto a la edad, se demostró que en aquellos jóvenes de 13 años existía una prevalencia de 24.9%, mientras que disminuyó en aquellos que poseían 17 años, para luego incrementar a un 32.6% en aquellos de 18 años. Por igual, se demostró que hubo mayor prevalencia en la hemiarcada inferior derecha, con un porcentaje de 86.5%.

4.4 REVISIÓN DE LA LITERATURA.

4.4.1 Definición de recesión gingival.

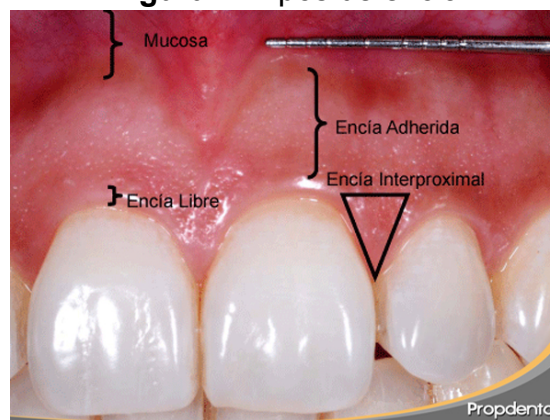
De acuerdo con el glosario de la Academia Americana de Periodoncia la RG se define como la migración de la gingiva a un punto apical de la unión cemento-esmalte.²⁴ Otros autores expresan que es un déficit gingival donde el margen de la encía se desplaza apical de la línea amelocementaria (LAC).²⁰ Newman y Carranza mencionan que es la exposición de la superficie radicular del diente a través de la migración apical de la gingiva.²² La RG puede ser identificada como localizada o generalizada en dependencia de la frecuencia de esta en dientes de una misma cavidad bucal y de igual forma pueden ser encontradas en varias superficies de un mismo diente.¹⁸

4.4.2 Características clínicas e histomorfológicas.

En la evaluación clínica de la encía se pueden identificar sus tres variantes; encía libre o marginal (móvil), encía adherida o insertada y encía interdental o también conocida como papila interdental (Fig1). Cada variante de este tejido de revestimiento tiene su componente histológico y funcional particular. Ante una encía libre en salud esta se

sitúa bordando el cuello del diente y sus características de color, consistencia, presencia de puntilleo y festoneo son adecuados. La terminación de la encía libre en la parte interna, próxima a la estructura dental se identifica como el fondo del surco gingival, creando un área denominada espacio biológico. El espacio biológico en salud no debe exceder los 3mm y en casos de historial periodontal previo y estado actual estable, no debe exceder los 4 mm.⁵⁹

Figura 1. Tipos de encía

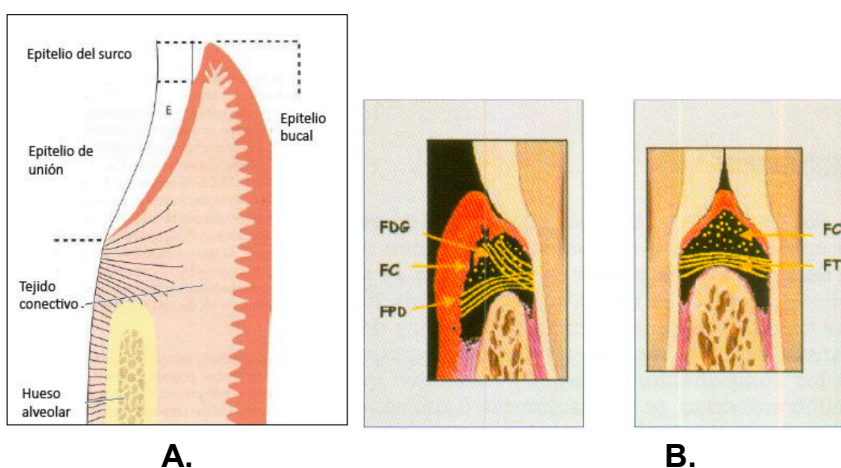


(Fuente: Sánchez, Julio & Garcia de Carvalho, Gabriel & Spin, José. (2018). Nueva Clasificación sobre las Enfermedades y Condiciones Periodontales y Peri-implantares: Una Breve Reseña. Odontología. 20. 68-89.)

Cuando la gingiva presencia una recesión revelando superficie radicular, usualmente es consecuencia de la degradación del hueso subyacente, ya que el epitelio de unión se localiza en la superficie del tejido conectivo supracrestal (Fig 2. A). Es decir, los componentes de la encía que presentan riesgos ante una recesión son: la encía libre, el epitelio de unión y el tejido conectivo supracrestal. El tejido conectivo supracrestal se compone de varios elementos con alrededor de 5% en fibroblastos y 35 % en células de los vasos sanguíneos, linfáticos, terminaciones nerviosas y matriz. Además, este posee un 60% en fibras colágenas tipo 1, que se estructuran formando las fibras gingivales y periodontales: grupo gingivodental (FDG), periostio-dental (FDP), circular (FC), alveolo-gingival y transeptal (FT), proveyendo gran soporte al diente (Fig

2.B). El peligro de exponer las fibras del epitelio de unión a movimientos traumáticos o la invasión de algún agente exógeno, se encuentra en su característica de permeabilidad ya que los desmosomas no son abundantes en esta área y consecuentemente ante la amenaza se puede iniciar el deterioro de la gingiva y todo el periodonto.⁵⁸

Figura 2. A. Esquema de los tejidos gingivales supracrestales
B. Fibras Gingivales y Periodontales



Fuente A: Díaz T, Díaz González A-D. MEDICIÓN CLÍNICA DE LOS TEJIDOS GINGIVALES SUPRACRESTALES DE LOS DIENTES 13, 12, 11, 21, 22 Y 23 EN PACIENTES ADULTOS JÓVENES CON PERIODONTO SANO. Uchile.cl.;

Fuente B: Delgado Pichel A., Inarejos Montesinos P., Herrero Climent M.. Espacio biológico: Parte I: La inserción diente-encía. Avances en Periodoncia. 2001 ; 13(2): 101-108.)

4.4.3 Epidemiología de las recesiones gingivales

Las RG han mostrado ser de los hallazgos clínicos más comunes en la examinación intraoral. Los datos de epidemiología global sobre las RG, donde 37,460 participantes fueron estudiados, revelan una prevalencia mayor al 75% de la muestra con RG menores de 1mm y 84.92% en RG ≥ 1 mm.³⁷ En latino américa los estudios epidemiológicos reportan que la tasa de prevalencia de RG afecta más del 60% de los casos estudiados. En el 2018, un estudio de prevalencia en Chile examinó 310

estudiantes entre los 16 y 21 años de edad, reveló una prevalencia de 68.4%. La clasificación equivalente a Clase I de Miller se presentó en un 97.7% de los casos arrojando que la mayor prevalencia de RG fue en la arcada mandibular con un 64.8% y los dientes con mayor afectación fueron los premolares inferiores con un 47.7%.¹⁷ En el 2019, un estudio en Brasil revela una prevalencia de RG de un 62.5% en 80 estudiantes entre 18 y 35 años de edad.³⁸

Por otro lado, en China un estudio de prevalencia de RG después del uso de aparatología ortodóntica demostró una presencia de estas mayor al 75%.³⁹ En Grecia, el estudio de prevalencia expone valores similares a Chile publicando un 53.8% de prevalencia de RG en su muestra de estudio, concluyendo que los dientes más afectados fueron los caninos y premolares inferiores izquierdos.⁴²

En Estados Unidos los estudios de incidencia y prevalencia muestran una relación significativa entre la prevalencia de RG y la edad. Kassab y Cohen⁵² en la revisión epidemiológica estadounidense reportan que las RG prevalecen en un 88% en la población mayor de 65 años y en un 50% entre 18 y 64 años de edad. Estos datos no muestran relación específica de la presencia de RG y la práctica de buena o deficiente higiene bucal.

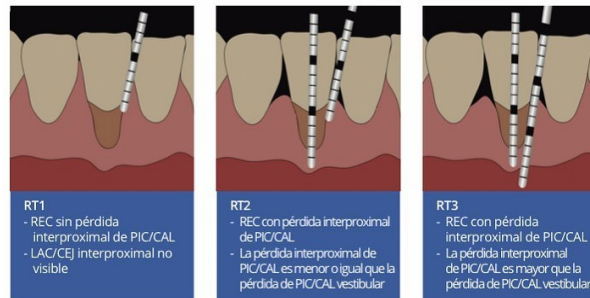
4.4.4 Clasificación de las recesiones gingivales según Cairo.

La clasificación de Cairo (Fig.3) fue propuesta en el 2011 por Cairo y sus colaboradores considerando la pérdida de inserción interproximal y el nivel del margen gingival. Cairo¹ identifica las RG en tres tipos: Recesión Tipo 1 (RT1) (Fig.4 A): Recesión gingival sin pérdida de inserción interproximal. La unión cemento esmalte (UCE) interproximal no es detectable clínicamente. Equivalencia a la clasificación de Miller Clase I y II.

Recesión Tipo 2 (RT2) (Fig. 4 B): La cantidad de pérdida de inserción interproximal es menor o igual a la pérdida de inserción vestibular. Equivalente a Miller Clase III.

Recesión Tipo 3 (RT3) (Fig 4 C): La cantidad de pérdida de inserción interproximal es mayor que la pérdida de inserción vestibular. Equivalente a Miller Clase IV.

Figura 3: Clasificación de Recesiones gingivales según Cairo.



Fuente: Jepsen, S. European Federation of Periodontology. Guidance notes.2019

Figura 4. A. RT1, B.RT2, C.RT3.



A.

B.

C.

Fuente A. B. C.: Propia de la investigación.

4.4.5 Etiologías de las recesiones gingivales.

En la actualidad sigue sin estar completamente clara la etiología de las RG, sin embargo, existen factores predisponentes y desencadenantes los cuales contribuyen con su aparición. Por lo que, se podría concluir que su aparición es gracias a la interacción de esos diversos factores existentes. Dentro de los factores predisponentes se visualizan: edad, género, fenotipo periodontal, factores anatómicos, inserción aberrante del frenillo, mal posición dentaria, entre otras. Mientras que, dentro de los factores desencadenantes se observan: los movimientos ortodónticos, cepillado dental, trauma oclusal, uso de prótesis parciales, consumo de tabaco, uso de piercing oral y presencia de placa y cálculo dental. ¹⁹

4.2.6 Factores predisponentes.

4.4.6.1 Edad y Género

Diversos estudios afirman que la RG va en aumento junto con la edad, aumentando tanto la aparición como la severidad de esta. Se establece que esta es mayor en los hombres que en las mujeres de la misma edad. ¹⁸

4.4.6.2 Fenotipo periodontal

Según Zerón, se delimita por el término “fenotipo periodontal” el tipo de grosor gingival, ancho del tejido queratinizado y el morfotipo óseo, es decir, el grosor de la tabla ósea vestibular del paciente. Se ha demostrado que un fenotipo delgado incrementa el riesgo de RG, no obstante, esto no afirma que el fenotipo grueso sea más resistente a la inflamación de origen microbiano. Para efectuar su comprobación se utiliza una sonda

periodontal y esta se introduce en el surco gingival y si esta es visible el fenotipo es delgado, si no lo es, sería fenotipo grueso.²¹

4.4.6.3 Factores anatómicos

Dentro de los factores anatómicos que logran influir en la RG, se encuentran la fenestración y dehiscencia del hueso alveolar, una malposición dentaria dentro del arco, el desplazamiento del diente al erupcionar y la forma de este. Cada uno de estos factores se encuentran relacionados y pueden aumentar la susceptibilidad a la reabsorción del hueso.²³

4.4.6.4 Inserción aberrante del frenillo

A través del tiempo, se ha evidenciado que una inserción del frenillo labial cercana a la región cervical de la encía podría contribuir en la formación de la RG en esa región, sobre todo si estas se encuentran sujetas a un cepillado incorrecto y asociadas con la enfermedad periodontal crónica.²⁵

Se debe destacar que, la inserción del frenillo no suele ocasionar patologías bucales en sí, sin embargo, su cercanía a ciertas estructuras anatómicas, como lo son: el periodonto de protección y los rebordes alveolares puede provocar alteraciones periodontales y funcionales.²⁶

4.4.6.5 Malposición dentaria.

Estas se pueden manifestar en cualquier persona y a cualquier edad por diversas causas, puede mostrarse en una o varias piezas dentarias afectando la oclusión y ocasionando daños funcionales y estéticos de la cavidad oral del paciente.²⁷

4.4.7 Factores desencadenantes.

4.4.7.1 Movimiento ortodóntico.

Según Cacciola y Gómez, los movimientos que se ejercen durante los tratamientos ortodónticos logran producir cambios celulares y vasculares en el periodonto, de igual forma, se debe destacar que, este tratamiento tiende a promover el acúmulo de placa dental, la cual es el primer factor de riesgo para la aparición de las enfermedades periodontales, y por ende facilita las alteraciones en la encía en conjunto a los movimientos ortodónticos. De igual forma, se ha evidenciado que si no se realizan los movimientos ortodónticos de forma correcta y equilibrada podría llegar a desarrollarse la RG. Esto se debe a que, cuando ocurre un movimiento inadecuado de las piezas dentarias y estas se desplazan fuera de la cortical externa se obtiene un riesgo alto de dehiscencia en la cresta ósea.³⁰

Por otro lado, dentro de un estudio sobre un caso se comprobó que estos movimientos ortodónticos ejecutados de la forma incorrecta, suele afectar más a aquellos pacientes que poseen un biotipo fino.³¹

4.4.7.2 Cepillado dental traumático

El cepillado traumático a través de los años ha sido otro factor el cual contribuye a la aparición de RG. Tanto la técnica del cepillado, como la frecuencia con la que lo hace el paciente, al igual que la dureza de la cerda del cepillo, y la frecuencia con la que cambian el cepillo, influyen en la aparición de esta.³²

Estudios han demostrado que las lesiones que se producen por un cepillado traumático, suelen presentarse con mayor frecuencia en las caras vestibulares, pared lateral de la rama ascendente de la mandíbula, junto a la mejilla del paciente.³³

4.4.7.3 Trauma oclusal

A través de la historia se ha insinuado que una fuerza oclusal excesiva puede ser un factor para la manifestación de RG, al igual que la pérdida de encía³⁴. Por otro lado, debemos resaltar que existe una RG estrecha y de forma triangular, la cual suele presentarse por fuerza oclusales excesivas y reciben el nombre de “Hendidura de Stillman”.³⁴

4.4.7.4 Uso de piercing oral

El piercing oral ha demostrado que puede pertenecer dentro de los factores de riesgos asociados a las RG ya que, estudios han presentado casos en los que se han reportado en la zona de los incisivos inferiores, siendo los centrales los más afectados, por la cara lingual. Por igual, se ha comprobado que estos, RG incrementan la aparición de fisuras. Esto ocurre con frecuencia por los movimientos masticatorios y por la acción de hablar.³⁵

4.4.7.5 Placa y cálculo dental.

El acúmulo de la placa bacteriana permite que se manifiesten las diferentes enfermedades periodontales y con ellas las RG, junto otras características clínicas. Es por ello que cobra importancia retirar la placa o cálculo presente y mantener una buena higiene oral, así evitamos que se desarrollen estos.³⁰

4.4.7.6 Consumo de tabaco.

El riesgo que conlleva el uso de tabaco con la RG es considerado significativo al contribuir en el fracaso de los procedimientos quirúrgicos mucogingivales. Las toxinas que contiene el tabaco interfieren con la cicatrización periodontal.¹⁴ La asociación

directa del consumo de tabaco y esta ha mostrado ser inconsistente en la literatura. Sin embargo, Susin y col⁶² reportan que el fumar cigarrillos se asoció directamente con la incidencia de RG localizada y generalizada en individuos jóvenes. En edades mayores, fumar se asoció exclusivamente con la RG generalizada.

4.4.8 Consecuencias de las recesiones gingivales.

Esta patología periodontal está clasificada de forma localizada o generalizada y pueden presentarse en una o más superficies del diente. En su efecto se promueve la exposición radicular comprometiendo la estética y facilitando la formación de caries dental cervical y radicular, problemas de sensibilidad y en su versión más severa puede indicar la extracción dental.³⁶

El fenómeno de la sensibilidad se deriva ante la exhibición de superficies radiculares que favorecen el desgaste del cemento descubierto por la RG. Ante la ausencia de la protección del cemento se presenta una porción dentinaria subyacente muy sensible al tacto. Esta actividad de degradación estructural comienza a desencadenar múltiples efectos que no se limitan a la estética, si no también a la funcionalidad del mismo pudiendo promover la hiperemia pulpar. Aún más, cuando la RG se presenta interproximal encierra el riesgo de ocultar una acción microbacteriana destructiva y progresiva, al crearse espacios donde la placa, los alimentos y las bacterias pueden acumularse.¹⁴

4.4.9 Tratamientos y técnicas empleadas para las recesiones gingivales.

Existen múltiples procedimientos con los cuales se pueden manejar las RG. Estas pueden ser mediante un manejo no quirúrgico, o un manejo quirúrgico. Se utiliza el manejo no quirúrgico en aquellos pacientes que no necesitan un tratamiento invasivo para conseguir un resultado óptimo post-operatorio.

Dentro del manejo no quirúrgico se centran en la instrucción de higiene oral, al igual que la motivación; de igual forma, se recomienda el uso de un cepillo suave o ultra suave⁴¹. Asimismo, se pulen las superficies que fueron restauradas previamente, y se procura que las restauraciones no queden subgingivales ya que pueden conducir a inflamación, y como resultado RG.^{43 44}

Por otro lado, el manejo quirúrgico abarca múltiples técnicas las cuales ayudan a tratar los defectos de RG. Dentro de la más utilizada está la CCR (colgajo de reposición coronal), no obstante, este no siempre obtiene resultados óptimos. Según Imber & Kasaj⁴⁵, las técnicas más empleadas para tratar los defectos de RG son las de colgajo pedicular, las cuales pueden ser coronalmente avanzadas o rotacionales. Quien estableció esta técnica de colgajo coronalmente avanzada (CAF) fue Norberg.

Hoy en día suelen diseñarlo con forma de trapecoide y más para aquellos que poseen una RG única⁴⁶. Esta técnica se basa en un colgajo de dos incisiones de liberación vertical, así existe suministración de sangre y puede formarse el tejido cicatricial. Cabe destacar que, con el paso del tiempo, esta técnica ha estado bajo modificaciones, y ya existe una modificación para aquellos casos con múltiples defectos de RG, en la que no se necesitan las incisiones verticales de liberación.⁴⁷

Es importante aludir que, el CAF se ha propuesto con la combinación de un injerto de tejido conectivo subepitelial (CTG). Existen factores anatómicos los cuales influyen en su indicación para mayor efectividad, no se recomienda utilizar un CAF sin un CTG si se identifica pérdida de apego clínico interdental, por igual, si existe una inserción de frenillo alta en el margen de tejido blando o un vestíbulo poco profundo, entre otros.

Otra técnica que se emplea es la de técnica modificada de túnel coronalmente avanzado (MCAT), esta puede ser de espesor completo o fraccionado, dependiendo de la extensión del tejido blando⁴⁸. Mayormente los tejidos suelen ser delgados, y por ende, se diseña aquel de espesor completo para evitar posibles perforaciones y rupturas. Esta técnica puede utilizarse para defectos de RG única y múltiple, además, esta fue recientemente modificada cerrando el túnel lateralmente usando suturas de doble eslinga o eslingas simples para aquellos que poseen una recesión profunda y estrecha⁴⁹. Cabe destacar que la técnica de túnel se logra combinar con el CTG y esto nos suministra buenos resultados clínicos en términos de CCR y cobertura media de la raíz. En fin, se puede concluir que el uso de un CTG proporciona mayor estabilidad gingival a largo plazo y mejores resultados de cobertura radicular.⁵⁰

Asimismo, está la técnica de injerto gingival libre (IGL), la cual, según en el estudio de Goyal y col es un procedimiento que tiene mucho éxito tanto en la parte estética como la de cobertura de la raíz. Este es un procedimiento que puede ayudar a cubrir las raíces y aumentar, al mismo tiempo, el ancho de la encía adjunta; puede llevarse a cabo por medio de un paso o dos pasos.⁴⁰

Por otro lado, está la técnica de regeneración tisular guiada, la cual consiste en regenerar estructuras perdidas a través de respuestas del tejido diferencial,

generalmente se refiere a la regeneración de fijación periodontal²⁴. En un estudio realizado por Singh & Singh, se reportó un caso que tuvo éxito empleando la técnica de colgajo coronalmente avanzado con membrana amniótica como método RGT para tratar la RG. En este caso se utilizó una membrana de amnión bioactiva como RTG, ya que tiene alta capacidad de transdiferenciación a otros elementos celulares de periodonto.⁶⁴

5. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.

Existe una prevalencia relevante en el aumento de las recesiones en la población mundial, incrementándose significativamente después de los 50 años de edad. Esto propone que investigadores tengan la posible teoría que las RG pueden ser un proceso fisiológico vinculado con el envejecimiento.¹⁴

En su efecto, la hipótesis de investigación es la siguiente:

La frecuencia de recesiones gingivales aumenta con la edad.

6. MARCO METODOLÓGICO.

6.1 TIPO DE ESTUDIO.

Este estudio es descriptivo-analítico, observacional y cualitativo con un corte transversal que busca determinar la frecuencia de las RG utilizando el sistema de clasificación de Cairo y su relación con la edad, género, factores de riesgos y fenotipo periodontal en pacientes que acuden a la clínica odontológica de UNIBE durante mayo 2023.

Es un estudio **descriptivo** porque define características generales de una patología periodontal en la muestra a estudiar. Este permite conocer una problemática en

relación con personas, lugar y tiempo y genera una hipótesis. Es un estudio de aspecto **analítico** porque aspira identificar asociaciones entre las variables y comprobar hipótesis. Es **observacional** porque estudia la relación causa-efecto, donde las causas son los factores de riesgo como la edad, cepillado traumático, movimientos ortodónticos, prótesis parciales mal ajustadas, traumas oclusales y consumo de tabaco; mientras que el efecto son las RG. Todas estas variables a estudiar hacen de este estudio una investigación **cualitativa** como lo indican los objetivos específicos (asociaciones de variables)⁶⁰

6.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

6.2.1 Criterios de inclusión

- Pacientes de nuevo ingreso en la clínica odontológica de UNIBE durante mayo 2023.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con un mínimo de 18 dientes.

6.2.2 Criterios de exclusión

- Pacientes ingresados fuera del intervalo del estudio (Mayo 2023).
- Pacientes pediátricos.
- Pacientes edéntulos.

6.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición teórica	Definición operativa	Dimensión de variables	Indicador	Tipo de Variable	Escala
Género	Característica	Observación	Femenino	Género	cualitativo	Femenino

	intrínseca y fenotípica del sujeto.	del fenotipo y comprobación con la cédula de identidad.	Masculino			Masculino
Grupo de Edad	Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento del sujeto hasta el momento de recolección de datos.	Información provista por el paciente mediante anamnesis y comprobada con la cédula de identidad.	Tiempo	Años	cualitativo	Años
Recesión Gingival	Desplazamiento del tejido gingival marginal hacia orientación apical de la unión amelocementaria.	Migración del margen gingival exponiendo la superficie radicular.	Cairo	Sin recesión RT1 RT2 RT3	cuantitativo	Ordinal
Factores de riesgo	característica o circunstancia detectable que se asocia con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o a una enfermedad	Información provista por el paciente mediante un cuestionario y comprobada con observación	Factores de Riesgo predisponentes y desencadenantes	Cepillado traumático Historial ortodóntico Portador de prótesis Trauma oclusal Uso de piercing oral Presencia de cálculo	cualitativo	Si No

				dental Consumo de tabaco		
Fenotipo Gingival	Conformación del tejido gingival	Método de transparencia de la sonda periodontal.	Fino Grueso	Fenotipo Gingival	cualitativo	Fino Grueso

Fuente: Propia de la investigación.

6.4 METODOLOGÍA.

6.4.1 Aspectos Éticos.

Para la realización de este estudio se debe cumplir con el protocolo de aprobación del comité de ética de la Universidad Iberoamericana (UNIBE) en Santo Domingo, República Dominicana (Anexo 1). De forma previa a la exploración, a cada paciente se le proporcionará la información necesaria acerca de los propósitos del trabajo con el fin de obtener su consentimiento voluntario que cumple con la declaración de Helsinki y observando las normas básicas de bioseguridad que incluyen el uso de instrumental estéril y de barreras protectoras.(Anexo 2)

6.4.2 Población y muestra.

Este estudio examina los pacientes de nuevo ingreso en la clínica odontológica de UNIBE durante el mes de Mayo y Junio del año 2023. El tamaño de la muestra consiste en 40 pacientes escogidos aleatoriamente.

6.4.3 Instrumento de recolección de datos.

El instrumento de recolección debe cumplir con dos requisitos esenciales: Confiabilidad y validez. La confiabilidad está referida al grado en que la aplicación repetida de un instrumento de medición al mismo sujeto produce resultados iguales. Esta será obtenida a través de 5 pacientes pilotos antes de ser empleada en nuestra muestra de estudio. La validez se refiere al grado en el que un instrumento de medición mide realmente la(s) variable(s) que pretende medir.⁶⁰ Las variables de nuestro estudio son: género, edad, sitio anatómica (pieza dental) y factores de riesgos codificados como: cepillado traumático, historial de ortodontica, portador de prótesis, trauma oclusal, uso de piercing oral, presencia de cálculo dental, consumo de tabaco, fenotipo (fino o grueso). A través de la aplicación de excel, podemos cuantificar todas estas variables presentes en nuestra muestra de estudio. (Anexo 3)

6.4.4 Procedimiento.

La técnica de recolección de datos se realizó mediante la observación directa, en el departamento de diagnóstico de la Escuela de Odontología de la Universidad Iberoamericana, Santo Domingo. Para dicho procedimiento, se cumplió con las normas básicas de bioseguridad que incluyen el uso de instrumental estéril y de barreras protectoras como: lentes, bata, guantes de examinación, mascarillas y gorros desechables. El acercamiento y contacto con el paciente consistió en tres fases. La primera fase tiene el objetivo de una presentación oral y escrita del consentimiento informado (Anexo 2), donde también se educa al paciente con la descripción visual de RG. Esta fase se cumple al recibir el consentimiento autorizado con la firma del

paciente para proceder a la siguiente fase. En nuestro estudio se registraron todos los consentimientos informados de forma digital. La fase dos se refiere a la realización del cuestionario digital (Anexo 3), donde el investigador proporciona una orientación pregunta por pregunta a el paciente para asegurar una recopilación de datos consciente y correcta. Por último, la tercera fase es la exploración clínica de RG utilizando la clasificación de Cairo. En esta fase se le requiere al paciente que realice oclusión máxima y con el espejo bucal designado para su diagnóstico se examina en orden progresivo los cuadrantes de las arcadas dentales considerando el margen gingival en las caras vestibulares e interproximales. Donde se observa la línea amelocementaria de alguna pieza dental se emplea el uso de la sonda periodontal para medir los milímetros de RGI en vestibular en comparación a los milímetros de recesión en interproximal. De acuerdo al sistema de clasificación de Cairo se identifica el tipo de RG para cada diente que lo requiere y se registra en nuestra base de datos electrónica (Anexo 4). Durante esta fase se cuenta la cantidad de dientes presentes en boca y se confirma con un análisis radiográfico para asegurar los criterios de inclusión y exclusión de la muestra. En casos particulares, esta fase puede extenderse a una sesión de fotos para documentar los diferentes tipos de RG según Cairo.

6.4.5 Plan de Análisis

Los datos observados y analizados en la presente investigación, son el resultado de medir las distintas variables en estudio, en una muestra de 40 pacientes que acuden a la clínica odontológica de UNIBE, a los cuales se les realizó una evaluación

odontológica, para conocer la frecuencia de las RG, en qué grupo de edad y género es más frecuente, y conocer los principales factores de riesgos de las mismas.

Los datos recopilados fueron registrados en una hoja de cálculo diseñada en el programa Microsoft Excel para almacenar la información asociada a las variables en estudio.

Los análisis estadísticos se realizaron con los programas Office Excel 2016 para Windows®, el software estadístico SPSS IBM ® en español en versión número 24.0 para Windows 10 ®.

Se realizaron tablas bidimensionales de frecuencia, para conocer el comportamiento conjunto de las variables de interés, las cuales nos permiten cuantificar los objetivos de la investigación, además, se presentan gráficamente dichos valores para conocer de forma sencilla el comportamiento de las variables de interés.

En la presente investigación las principales variables de interés son cualitativas y para poder analizar la prueba de independencia de variables con la prueba Chi Cuadrado, deben verificarse los supuestos de dicha prueba de hipótesis (frecuencia observada de cada clase mayor o igual a 5), lo cual no se cumplió con los datos recogidos, motivo por el cual no se pudo realizar pruebas de hipótesis para conocer si las variables de interés eran dependiente o independientes

7. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

A continuación, se indica el análisis de los resultados más relevantes de la investigación, la cual tiene el objetivo de determinar la frecuencia de recesiones gingivales en pacientes que acuden a la clínica odontológica de UNIBE durante el periodo de Mayo a Julio 2023.

Tabla 1. Frecuencia de recesiones gingivales en relación a pacientes y dientes examinados.

Frecuencia de recesiones gingivales en relación a pacientes y dientes examinados.		
Total de pacientes examinados	40	87,5%
Total de pacientes con recesión gingival	35	
Total de dientes examinados	1,039	16,3%
Número de dientes con recesiones gingivales	169	

Fuente: Propia de la investigación.

En la Tabla 1 se observa una frecuencia de un 87,5% de RG de los 40 pacientes examinados que acudieron a la clínica odontológica de UNIBE durante Mayo - Julio 2023. Del mismo modo, esta presenta que en el tamaño de la muestra se examinaron 1,039 dientes dónde 169 de ellos presentan la RG.

En secuencia de los resultados, esta investigación analiza el factor de riesgo más común asociado a la frecuencia de RG.

Tabla 2. Frecuencia de recesión gingival según factores de riesgo analizados.

Cepillado Traumático	Presencia de recesión gingival				Total
	No	%	Si	%	
No	4	10,0%	18	45,0%	22
Si	1	2,5%	17	42,5%	18
Total	5	12,5%	35	87,5%	40

Historial de Ortodoncia	Presencia de recesión gingival				Total
	No	%	Si	%	
No	3	7,5%	31	77,5%	34
Si	2	5,0%	4	10,0%	6
Total	5	12,5%	35	87,5%	40

Portador de Prótesis	Presencia de recesión gingival				Total
	No	%	Si	%	
No	5	12,5%	25	62,5%	30
Si	0	0,0%	10	25,0%	10
Total	5	12,5%	35	87,5%	40

Trauma Oclusal	Presencia de recesión gingival				Total
	No	%	Si	%	
No	4	10,0%	8	20,0%	12
Si	1	2,5%	27	67,5%	28
Total	5	12,5%	35	87,5%	40

Uso de Piercing Oral	Presencia de recesión gingival				Total
	No	%	Si	%	
No	5	12,5%	32	80,0%	37
Si	0	0,0%	3	7,5%	3
Total	5	12,5%	35	87,5%	40

Presencia de cálculo dental	Presencia de recesión gingival				Total
	No	%	Si	%	
No	2	5,0%	18	45,0%	20
Si	3	7,5%	17	42,5%	20
Total	5	12,5%	35	87,5%	40

Consumo de tabaco	Presencia de recesión gingival				Total
	No	%	Si	%	
No	5	12,5%	28	70,0%	33
Si	0	0,0%	7	17,5%	7
Total	5	12,5%	35	87,5%	40

Fuente: Propia de la investigación.

En la Tabla 2 se presenta el comportamiento de cada uno de los factores de riesgo evaluados con relación a la presencia de RG. Los hallazgos demuestran que el trauma oclusal fue el factor de riesgo con mayor frecuencia en los pacientes con RG, ya que, se observó en 27 pacientes haciendo un 77% de estos 35 pacientes totales con RG. En orden de frecuencia, el cepillado traumático y la presencia de cálculo dental, observándose en 17 de estos pacientes (48%), asimismo se aprecia que los factores menos frecuentes en estos pacientes fueron: el uso de piercing oral y el historial de ortodoncia con 3 pacientes y 4 pacientes respectivamente.

En relación al análisis de la frecuencia del tipo de RG observada y el tipo de diente asociado se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 3. Recesión gingival según su tipo y el diente asociado.

Número de dientes según tipo de recesiones gingivales	Resesión gingival por tipo de diente								Total
	Incisivos	%	Caninos	%	Premolares	%	Molares	%	
RT1	12	42,9%	8	53,3%	31	50,8%	29	44,6%	80
RT2	10	35,7%	3	20,0%	17	27,9%	28	43,1%	58
RT3	6	21,4%	4	26,7%	13	21,3%	8	12,3%	31
Total	28	100,0%	15	100,0%	61	100,0%	65	100,0%	169

Fuente: Propia de la investigación.

En la Tabla 3 se demuestra que 169 dientes fueron documentados con RG. De estos, la mayor frecuencia se le atribuye a 65 molares (38,5%), seguido de 61 dientes premolares (36,1%), 28 incisivos (16,6%) y 15 caninos (8,8%). En los incisivos, premolares y molares la recesión más frecuente fue RT1, seguido de RT2 y la menos observada fue RT3. Asimismo, los valores más altos se asocian a RT1 con 39 dientes

premolares y 29 molares, RT2 se presentó en 28 molares y 17 premolares, mientras que los valores más bajos son 3 caninos con RT2, y RT3 con 4 caninos y 6 incisivos.

Seguidamente se muestra el comportamiento conjunto de la presencia de RG y su asociación entre el grupo de edad y género distribuido por el fenotipo gingival de los pacientes.

Tabla 4. Frecuencia de recesión gingival según fenotipo gingival asociado con género y edad.

Fenotipo gingival Fino:

Grupos de Edad	Género				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
18-28 años	2	12,5%	0	0,0%	2	12.5%
29-45 años	2	12,5%	2	12.5%	4	25,0%
Mayor de 45 años	2	12,5%	8	50%	10	62,5%
Total	6	37.5%	10	62.5%	16	100,0%

Fuente: Propia de la investigación.

Fenotipo gingival grueso:

Grupos de Edad	Género de pacientes con RG				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
18-28 años	0	0,0%	1	5,26%	1	5,26%
29-45 años	3	15,8%	4	21,05%	7	36,84 %
Mayor de 45 años	3	15,8%	8	42,10%	11	57,89%
Total	6	31,6%	13	68,41%	19	100,0%

Fuente: Propia de la investigación.

En la tabla 4 se presenta la asociación de las variables; fenotipo gingival, género, y grupo de edad. El total de pacientes con recesión gingival son 35 de los cuales su distribución en cuanto a fenotipo gingival fino y grueso es de 16 y 19 pacientes respectivamente. En el fenotipo gingival fino y grupo de edad de 18-28 años se observaron 2 hombres y 0 mujeres con RG. Mientras que bajo esta misma clasificación de fenotipo gingival en el grupo de edad 29-45 años fueron 2 hombres y 2 mujeres con RG. Finalmente, en el tercer grupo de edad, mayor de 45 años, se presentó la mayor frecuencia de RG en féminas siendo estas 8 (5,0%). Su comportamiento en conjunto revela que el fenotipo gingival fino manifestó 6 masculinos y 10 féminas, haciendo un total de 16 pacientes con RG.

En los hallazgos clasificados bajo fenotipo gingival grueso se obtuvieron 19 pacientes con RG, de los cuales 6 son masculinos y 13 son femeninas. Descriptivamente en cuanto a sus diversos grupos de edad se mostró que las edades de 18-28 años manifiesta la menor frecuencia con 0 hombres y 1 mujer haciendo un total de 5,26%. Mientras que el grupo de edad 29-45 años mostró 3 masculinos y 4 femeninas con un total de 36,84%. Finalmente, el grupo de edad con mayor frecuencia de RG fue el de mayor de 45 años con 3 masculinos y 8 femeninas haciendo un total de 57, 89% de los pacientes con fenotipo gingival grueso.

Aquí a continuación, el comportamiento conjunto de la presencia de RG con el género y la edad de los pacientes evaluados:

Tabla 5. Distribución de la recesión gingival de acuerdo al género y grupo de edad de los pacientes.

Grupos de Edad	Géneros con RG				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
18-28 años	2	57,1%	1	28,6%	3	8,57%
29-45 años	5	14,3%	6	17,1%	11	31,42%
Mayor de 45 años	5	14,3%	16	45,7%	21	60%
Total	12	34,3%	23	65,7	35	100,0%

Fuente: Propia de la investigación.

En la Tabla 5 se observa que 23 de los 40 pacientes eran mujeres con RG (65,7%) y los restantes 12 pacientes eran hombres (85,7%), es decir que, un total de 35 poseían esta. Por otro lado, se aprecia que 21 pacientes tenían más de 45 años (60%), seguido de 11 pacientes que tenían de 29 a 45 años (31,42%) y los 3 restantes tenían de 18 a 28 años (8,57%), mostrando entonces que esta se inclina a los resultados obtenidos dentro del grupo de edad mayor de 45 años.

Al evaluar el comportamiento en conjunto se observa que, 16 pacientes eran femeninas (45,7%) y 5 pacientes eran masculino (14,3%) teniendo más de 45 años, seguido de 6 pacientes femenina (17,1%) y 5 pacientes masculinos (14,3%) cuya edad se encontraba entre los 29 y 45 años. Mientras que la menor frecuencia observada fue de 3 pacientes, siendo 2 hombres (57,1%) y 1 mujer (28,6%) que tenían de 18 a 28 años. Al analizar estas variables se aprecia que la mayoría de los pacientes tenían más de 45 años y el género que predominó fue el femenino.

A continuación, se observa el número de dientes con RG según el sitio anatómico.

Tabla 6. Distribución del número de dientes con recesión gingival según el sitio anatómico bucal.

Número de dientes con recesiones gingivales	Sitio anatómico con recesión gingival							
	Hemiarcada superior derecha		Hemiarcada superior izquierda		Hemiarcada inferior derecha		Hemiarcada inferior izquierda	
		%		%		%		%
0	22	55,0%	19	47,5%	15	37,5%	17	42,5%
1	7	17,5%	10	25,0%	11	27,5%	14	35,0%
2	4	10,0%	7	17,5%	7	17,5%	4	10,0%
3	5	12,5%	2	5,0%	4	10,0%	2	5,0%
4	1	2,5%	2	5,0%	1	2,5%	2	5,0%
5	1	2,5%	0	0,0%	2	5,0%	1	2,5%
Total	40	100,0%	40	100,0%	40	100,0%	40	100,0%

Fuente: Propia de la investigación.

En la Tabla 6 se aprecia que 22 pacientes no poseían dientes con RG en el sitio anatómico de la hemiarcada superior derecha (55,0%) y 19 no tenían dientes con RG en la hemiarcada superior izquierda (47,5%), mientras que, sólo 15 pacientes no tenían dientes con RG en la hemiarcada inferior derecha (37,5%) y 17 no tenían dientes con RG en la hemiarcada inferior izquierda (42,5%). De este resultado se aprecia que se presentó mayor número de pacientes que tenían RG en el sitio anatómico de la hemiarcada inferior izquierda y derecha y menor porcentaje en la hemiarcada superior derecha e izquierda.

En la arcada superior de la boca de los pacientes, se observa que:

El comportamiento de la arcada superior refleja que los 18 pacientes con RG (45,0%) en la hemiarcada superior derecha poseían la siguiente cantidad de dientes con

recesión: 7 pacientes tenían 1 diente (17,5%), 5 pacientes tenían 3 dientes (12,5%), 4 pacientes tenían 2 dientes (10,0%) y 1 paciente tenía 4 dientes con RG (2,5%) y otro tenía 5 dientes (2,5%), lo que se traduce en 39 dientes con recesión en este sitio.

Los 21 pacientes con RG (52,5%) en la hemiarcada superior izquierda tenían el siguiente número de dientes con recesión: 10 pacientes tenían 1 diente (25,0%), 7 pacientes tenían 2 dientes (17,5%), 2 pacientes tenían 3 dientes (5,0%) y otros dos pacientes tenían 4 dientes con RG (5,0%), lo que se traduce en 38 dientes con recesión en este sitio.

Mientras que el comportamiento de la arcada inferior manifiesta que los 25 pacientes con RG en la hemiarcada inferior derecha (62,5%) tenían el siguiente número de dientes con recesión: 11 pacientes tenían 1 diente (27,5%), 7 pacientes tenían 2 dientes (17,5%), 4 pacientes tenían 3 dientes (10,0%), 2 pacientes tenían 5 dientes (5,0%) y 1 paciente tenía 4 dientes con RG (2,5%), lo que se traduce en 51 dientes con recesión en esta sitio.

Para finalizar se observa que los 23 pacientes con RG en la hemiarcada superior izquierda (57,5%) tenían la siguiente cantidad de dientes con recesión: 14 pacientes tenían 1 diente (35,0%), 4 pacientes tenían 2 dientes (10,0%), 2 pacientes tenían 3 dientes (5,0%) y otros 2 tenían 4 dientes (5,0%) y 1 paciente tenía 5 dientes con RG (2,5%), lo que se traduce en 41 dientes con recesión en esta sitio.

De este análisis se aprecia que en la hemiarcada inferior derecha e izquierda los pacientes poseían mayor presencia de RG.

Tabla 7. Distribución del número de dientes con recesión gingival según el sitio anatómico bucal y el tipo de recesión.

Número de dientes según tipo de recesiones gingivales	Sitio anatómico con recesión gingival								Total
	Hemiarcada superior derecha	%	Hemiarcada superior izquierda	%	Hemiarcada inferior derecha	%	Hemiarcada inferior izquierda	%	
RT1	15	38,5%	19	50,0%	22	43,2%	24	58,5%	80
RT2	11	28,2%	14	36,8%	20	39,2%	13	31,7%	58
RT3	13	33,3%	5	13,2%	9	17,6%	4	9,8%	31
Total	39	100,0%	38	100,0%	51	100,0%	41	100,0%	169

Fuente: Propia de la investigación.

En la Tabla 7 se aprecia que del total de dientes examinados, 169 dientes presentaban RG de los cuales: 80 presentan RT1 (47,3%) siendo esta la más frecuente, seguido de 58 dientes que presentaron RT2 (34,3%) y 31 que tuvieron RT3 (18,4%) siendo esta la menos frecuente. Este comportamiento se mantiene en el sitio anatómico Superior izquierda, Inferior derecha e Inferior izquierda.

De este análisis se aprecia que en los 169 dientes con RG se observó mayor presencia de dientes con RT1, seguidos de RT2 y luego la RT3 y el sitio anatómico con el mayor número de dientes con recesión fue el inferior derecho.

Se aprecia, asimismo, el siguiente comportamiento en las hemiarcadas superiores derecha e izquierda en los pacientes:

De los 39 dientes con RG en la hemiarcada superior derecha: 15 tenían RT1 (38,5%), seguido de 13 que tenían RT3 (33,3%) y 11 con RT2 (28,2%).

De los 38 dientes con RG en la hemiarcada izquierda: 19 tenían RT1 (50,0%), seguido de 14 que tenían RT2 (36,8%) y 5 con RT3 (13,2%).

Mientras que, el comportamiento en la las hemiarcadas inferiores derecha e izquierda en los pacientes, se observa que:

De los 51 dientes con RG en la hemiarcada derecha: 22 tenían RT1 (43,2%), seguido de 20 que tenían RT2 (39,2%) y 9 con RT3 (17,6%). De los 41 dientes con RG en la hemiarcada izquierda: 24 tenían RT1 (58,5%), seguido de 13 que tenían RT2 (31,7%) y 4 con RT3 (9,8%).

8. DISCUSIÓN.

La RG es un comportamiento periodontal con gran prevalencia mundial que compromete la estética y la función dentaria al exponer superficie radicular por la migración apical de la encía.³ El presente estudio demuestra que las RG son más frecuentes a medida que se avanza con la edad, y que esta se ve afectada por múltiples factores de riesgo como el cepillado traumático, trauma oclusal, consumo de tabaco, historial de ortodoncia, historial protésico, presencia de cálculo dental, la edad, el fenotipo gingival y el género.

A partir de los hallazgos encontrados en este estudio, no se logró realizar pruebas de hipótesis para concluir si las variables en cuestión son o no son independientes o dependientes. Dado a que el tamaño de la muestra fue escasa para lograr que se cumplan los supuestos de esta prueba de hipótesis (frecuencia observada mayor o igual a 5 valores), esto motivó a que el análisis realizado sólo haga referencia a la muestra analizada.

En el presente trabajo, el factor de riesgo más frecuente en los pacientes con RG fue el trauma oclusal, seguido por el cepillado traumático y la presencia de biopelícula dental. Los traumas oclusales considerados para este estudio incluyen maloclusión, apiñamiento, atrición, y bruxismo. Regalado y col⁷⁰ coinciden con los resultados obtenidos al concluir que la presencia de algún trauma oclusal puede comprometer la estructura y consecuentemente la función de los tejidos periodontales; de este modo una de las degradaciones periodontales más visibles es la retracción de la encía en el área de mayor impacto posterior a la reabsorción alveolar. Asimismo, Gorman²⁵ enuncia en su estudio epidemiológico en la Universidad Estatal de Ohio en la escuela de

odontología, donde 164 individuos fueron examinados, que dentro de las etiologías más frecuentes para la prevalencia de RG un 90% se le atribuyó a la mal posición dentaria, cepillado traumático un 43% y otros traumas oclusales un 20%. En adición, Miranda y col⁶⁹ encontraron una asociación directa entre RG y el trauma oclusal, informando que el ajuste oclusal mejora la progresión de estas lesiones.

No obstante, existen opiniones divididas sobre el efecto etiológico significativo del trauma oclusal sobre la encía marginal. Mythri y col⁶⁹ en su estudio epidemiológico indican que los factores etiológicos que mostraron mayor relación a la aparición de recesiones gingivales en 710 sujetos examinados fue la acumulación de biopelícula dental (44,1%) seguido por cepillado inadecuado (42,7%) y maloclusión con una de las menores frecuencias (4.6%). Merijohn¹² no le atribuye tanto valor etiológico al trauma oclusal, en su lugar declara que la etiología básica de una RG es la inflamación gingival por el cúmulo de la biopelícula dental o mecánicamente (cepillado traumático). Aún más, Merijohn coincide con Castro y Gastro⁶⁸ en su estudio de frecuencia de RG en Perú, que la asociación entre la RG se ve manifestado cuando el cepillado causa una inflamación en las encías, por lo tanto la atención recae en la frecuencia y severidad del cepillado del individuo. Sin embargo, Amaro y col¹⁷ concluyen en su estudio de 310 sujetos en Valdivia, Chile que existe una relación significativa entre mayor prevalencia de RG y menor frecuencia de cepillado.

Por otro lado, los resultados obtenidos del presente estudio señalaron que el tipo de RG más frecuentes según la clasificación de Cairo fueron RT1, seguido de RT2 y la menos frecuente fue RT3. A diferencia del estudio base de Cairo¹, en la propuesta de esta clasificación, se examinaron 25 pacientes donde se identificó un 28% de RT1,

49% de RT2 y 29% de RT3, atribuyendo que la RT1 puede ser asociada a algún trauma local como el cepillado traumático ya que este tipo de recesión no involucra pérdida de inserción clínica interproximal. Sin embargo, es de resaltar que los resultados de Cairo se ven inclinados a recesiones más severas porque provienen de una muestra con historial periodontal y todos mayores de 30 años; mientras que nuestra muestra aleatoria incluyó diversos grupos de edades y se compone de pacientes de nuevo ingreso sin tratamiento periodontal previo. Aún más, existe una escasez de estudios científicos que especifique y diferencie las frecuencias del tipo de RG utilizando el sistema de clasificación de Cairo. Por ejemplo, Hegab y Alnawawy⁷¹ en su estudio de prevalencia de RG en la población Egipcia, hacen mención de utilizar la clasificación de Cairo; sin embargo, carecen de delimitar la prevalencia de cada tipo de recesión. No obstante, algunos estudios de tesis en latino america arrojan resultados similares a los nuestros en cuanto a una mayor frecuencia de RT1 en la muestra de 305 estudiantes evaluada por Jara⁶⁶ en Cuenca, Ecuador. Del mismo modo, Cornejo⁷² presenta resultados donde RT2 y RT3 fueron insignificantes debido al alto nivel de escolaridad que refleja la muestra estudiada, delineando una relación a investigar entre niveles socioeconómico, niveles de escolaridad y el cuidado bucal.

Klein y col⁵ en su estudio, donde examinaron un total de 332 individuos, mostraron cómo hubo mayor predominancia en las mujeres del fenotipo gingival fino (26%) en comparación con el grueso (23%), mientras que en los hombres predominó el fenotipo gingival grueso (26%), que el fino (24%). Los resultados señalaron diferencias, no obstante no fueron estadísticamente significativas. Por otro lado, Cosyn y col⁶⁶ aluden en su estudio que se muestran RG con mayor frecuencia en pacientes con un fenotipo

gingival fino, presentándose en un 85%, en comparación del grueso el cual se presentó en un 38%. Se puede concluir en que el fenotipo gingival tiene cierta influencia en la aparición de RG, sin embargo, no es una característica tan significativa.

Estos resultados no guardan relación con lo que se encontró en este estudio de investigación, donde se mostró que el fenotipo gingival que más se frecuentó con RG fue el grueso siendo 19 pacientes quienes lo presentaban, de estos, 13 fueron femeninas y 6 masculinas, mientras que el fino solo lo presentaron 16 pacientes, siendo 10 femeninas y 6 masculinos quienes presentaron. Sin embargo, estos resultados no fueron significativos para demostrar si existe dependencia o no.

Por otro lado, Yuri y col⁸⁸, demuestran que la edad sí contribuye con el aumento de recesiones gingivales, al este obtener como resultado que la prevalencia de RG entre 1-2mm fueron encontradas mayormente en los adultos envejecientes que rondaban entre los 50-59 años de edad. Asimismo, se observó cómo la severidad de estas progresaba con el aumento de la edad. Por igual, este estudio manifestó cómo esta se ve más propenso en las mujeres (52,8%), que los hombres (47,2%). Este posee relación con los hallazgos presentados en la investigación ya que la mayoría de los pacientes poseían más de 45 años y su género predominante era el femenino. No obstante, el resultado de género no fue significativo ya que se presentaron más mujeres que hombres dentro de la muestra, siendo 23 femeninas y 12 masculinos los que presentaron RG, de un total de 40 pacientes.

Cabe destacar que, en el estudio realizado en Wayúu², mostraron cómo la hemiarcada inferior derecha suele poseer mayor prevalencia de RG, con un 86,5%. Este estudio

posee relación con los hallazgos encontrados en la investigación, los cuales afirman que la hemiarcada inferior derecha fue donde más se mostraron RG. No obstante, en otro estudio realizado por Fragkioudakis y col⁴², se contradicen los resultados encontrados, ya que estos afirman que suelen ser más frecuentes en la hemiarcada inferior izquierda.

En relación a las piezas dentales que suelen observarse más afectadas por RG, en un estudio realizado por Yanina y cols ¹⁷, se demostró que estos suelen ser los premolares inferiores, con una frecuencia del 47,4%, seguido por los caninos inferiores con un 64,8%. Por igual, otro estudio demostró cómo las RG suelen ser más frecuentes en los primeros premolares inferiores de la hemiarcada izquierda (11,2%), siguiendo los caninos (10,4%) y por último los primeros premolares superiores (8,8%).⁴² Ambos estudios guardan relación con los resultados arrojados, ya que se demostró cómo los dientes más afectados por recesión fueron los molares y los premolares. Coincidiendo entonces los premolares siendo los más afectados, y teniendo discrepancia con los molares.

9. CONCLUSIONES

- Existen diversos factores de riesgo relacionados con la formación de RG. Dentro de estos, el trauma oclusal, cepillado traumático y el acúmulo de biopelícula demuestran ser factores etiológicos de mayor frecuencia.
- El tipo de RG más frecuente en los pacientes de la Clínica Odontológica de Unibe es el RT1, siguiéndole el RT2 y por último el de menor frecuencia es el RT3. Esto sugiere que un alto porcentaje del pronóstico periodontal de estos pacientes es considerablemente satisfactorio, ya que RT1 no muestra pérdida de inserción clínica interproximal.
- El fenotipo gingival no muestra una asociación significativa de acuerdo a los datos obtenidos en la muestra, no obstante, la literatura menciona que existe un relación en donde hay mayor aparición de RG en el fenotipo gingival fino. Por otro lado, el género femenino muestra mayor tendencia a la formación de RG. Sin embargo, este hallazgo no es estadísticamente significativo debido a la inclinación dominante al género femenino que posee la muestra de estudio. Asimismo, se demostró cómo la presencia de RG aumenta con la edad, ya que los hallazgos muestran que el grupo de edad de mayores de 45 años predominó en la aparición de RG y la frecuencia de la misma fue disminuyendo con el grupo de edad.
- El sitio anatómico más afectado por la RG es la hemiarcada inferior derecha, teniendo en cuenta que los dientes más afectados suelen ser los premolares y los molares.

10. RECOMENDACIONES

- Implementar un aumento en el tamaño de la muestra, donde la población tenga una representación significativa. De esta manera, se podrán realizar las pruebas de independencia de las variables analizadas.
- Estructurar una muestra de estudio equitativa en cuanto al género y los grupos de edad para poder delinear asociaciones concretas a estas variables.
- Realizar el estudio de manera retrospectiva para establecer si existe un aumento de la condición en cuestión en el tiempo; ya que su prevalencia es alta a nivel mundial.
- Realizar un estudio longitudinal para demostrar si las RG son progresivas.

11. PROSPECTIVAS

Esta investigación aspira tener un aporte prospectivo que incluya la implementación de las siguientes ideas y/o actividades:

- Designar un renglón dentro del periodontograma de la ficha de periodoncia de la Clínica Odontológica de UNIBE, para la clasificación de recesiones gingivales Implementar en ésta el sistema de clasificación más actual, el sistema de Cairo. De esta forma, el/la estudiante posee conocimiento de este y puede instruir el cuidado oral del paciente de una manera más adecuada en esta área.
- Debido a su prevalencia mundial, diseñar un panfleto educativo para entregar a los paciente integrados en el área de periodoncia donde se describe la RG y provee tratamientos alternativos.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. J Clin Periodontol. 2011 ;38(7):661-6.
2. Bracho R, Hernández N, , Montoya C. Recesión gingival visible: su prevalencia en adolescentes wayúu. Ciencia Odontológica . 2008;5(2):112-118.
3. Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. J Am Dent Assoc. 2003;134(2):220-5.
4. Baker P. Gingival Recession - Causes and Management. Prim Dent J. 2020;8(4):40-47.
5. Klein C, Carvajal P. Biotipo Periodontal y Recesiones Gingivales: prevalencia e indicadores de riesgo en adolescentes entre 15 y 19 años de la ciudad de Santiago. Facultad de Odontología Departamento de Odontología Conservadora. Área de Periodoncia.2014 Uchile, Santiago.
6. Kumar A, Masamatti SS. A new classification system for gingival and palatal recession. J Indian Soc Periodontol. 2013;17(2):175-81.

7. Litonjua LA, Andreana S, Bush PJ, Cohen RE. Toothbrushing and gingival recession. *Int Dent J.* 2003;53(2):67-72.
8. Saltz, A. Decision-Making In Modern Mucogingival Therapy. *Decisions in Dentistry.* 2021;7(5)18,21-23.
9. Javaid MA, Sohail A, Ahmed R. Complete root coverage in severe gingival recession with unfavorable prognosis using the tunneling technique. *J Adv Periodontal Implant Dent.* 2019;12(2):90-94.
10. Jati AS, Furquim LZ, Consolaro A. Gingival recession: its causes and types, and the importance of orthodontic treatment. *Dental Press J Orthod.* 2016;21(3):18-29.
11. Chaushu S, Stabholz A. Orthodontic-associated localized gingival recession of lower incisors: who should treat it? *Compend Contin Educ Dent.* 2013 Jul;34 Spec No:6-12; quiz 13.
12. Merijohn, G. K. (2016). Management and prevention of gingival recession. *Periodontology* 2000, 71(1), 228–242.
13. Jain S, Kaur H, Aggarwal R. Classification systems of gingival recession: An update. *Indian J Dent Sci* 2017;9:52-9.

14. Ardila Medina C.M.. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. *Avances en Periodoncia* . 2009 ; 21(1): 35-43.
15. Mahajan A, Asi KS, Rayast D, Negi M. Decision-making in classifying gingival recession defects - A systematic review. *Natl J Maxillofac Surg*. 2019;10(2):206-211.
16. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985;5:8-13
17. Amaro-Rivera Y, Alvarado-Negrón G, Manqui-Jara N. Prevalencia e indicadores de riesgo de recesiones gingivales en adolescentes de Valdivia en el año 2018. *Int. j interdiscip. dent*. 2020. 13(1): 21-25.
18. García Rubio A, Bujaldón Daza AL, Rodríguez Archilla A. Parámetros clínicos y periodontales predictores de la severidad de la recesión gingival (RG) [Clinical and periodontal predictive factors of severity in gingival recession (GR)]. *Gac Med Mex*. 2016;152(1):51-8.
19. Sánchez, N. M., Jiménez Méndez, C., & Sánchez Mendieta, K. P. . Recesión gingival y su efecto en la hipersensibilidad dentinaria. *Revista ADM* 2018, 75(6), 326–333.

20. Barrancos Mooney: operatoria dental : avances clínicos, restauraciones y estética / Patricio J. Barrancos; ilustrado por Walter García. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.: Médica Panamericana, 2015. E-Book.
21. Zerón A. Fenotipo periodontal y recesiones gingivales. Nueva clasificación. Rev ADM. 2018;75(6):304-305.
22. Newman y Carranza. Periodontología clínica esencial. 1ra Ed. 2023
23. Watson PJC. Gingival recession. J Dent 1984;12(1):29–35.
24. The American Academy of Periodontology. Glossary of Periodontal Terms, 4th ed. Chicago: The American Academy of Periodontology; 2001.
25. Gorman, W. J. Prevalence and Etiology of Gingival Recession. Journal of Periodontology, 1967; 38(4), 316–322.
26. Castro Rodríguez Y. Tratamiento del frenillo aberrante, frenectomía y frenotomía. . Rev. nac. odontol. 2017;14(26).
27. Vallares Baldeon, L. A. (2017). Prevalencia de malposiciones dentarias en los estudiantes de las escuelas profesionales de enfermería, obstetricia y odontología de la universidad nacional Hermilio Valdizán, 9–10.

28. Teixeira, D. N. R., Zeola, L. F., Machado, A. C., Gomes, R. R., Souza, P. G., Mendes, D. C., & Soares, P. V. Relationship between noncarious cervical lesions, cervical dentin hypersensitivity, gingival recession, and associated risk factors: A cross-sectional study. *Journal of Dentistry* 2018; 76, 93–97.
29. Rios FS, Costa RSA, Wagner TP, Christofoli BR, Goergen J, Izquierdo C, Jardim JJ, Maltz M, Haas AN. Incidence and progression of gingival recession over 4 years: A population-based longitudinal study. *J Clin Periodontol.* 2021;48(1):114-125.
30. Cacciola, D., & Gómez, G. M. Relación entre periodoncia y ortodoncia: Complicaciones gingivales y efectos del tratamiento ortodóncico en el periodonto. *Biociencias*,2018; 13(2), 7.
31. García-De-la-Fuente, A.-M., Aguirre-Zorzano, L., Estefanía-Fresco, R., Roig-Ódena, L., & Aguirre-Urizar, J.-M. Histologic and Clinical Study of Gingival Recession Treated with Subepithelial Connective Tissue Graft: A Case Report. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry* 2017; 37(1), 89–97.
32. Heasman PA, Holliday R, Bryant A, Preshaw PM. Evidence for the occurrence of gingival recession and non-carious cervical lesions as a consequence of traumatic toothbrushing. *J Clin Periodontol.* 2015;42 Suppl 16:S237-55.

33. Noyola, I. R., Martínez, F., Pozos, R., & Garrocho, G. Lesión severa causada por la penetración traumática de un cepillo dental: Reporte de un caso. *Odovtos - International Journal of Dental Sciences*, 2016; 18(2), 1–5.
34. Fan J, Caton JG. Occlusal trauma and excessive occlusal forces: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Periodontol*. 2018; 89 Suppl 1:S214-S222.
35. Montero, A. V., Ulloa, M. B., & Pacheco, M. B. Repercusiones en la cavidad oral por la utilización de piercing. Reporte de un caso. *Odontología Sanmarquina*, 2018; 21(1 SE-Casos Clínicos), 57–59.
36. García-Rubio A, Bujaldón-Daza AL, Rodríguez-Archilla A. Recesión gingival. Diagnóstico y tratamiento. *Av Periodon Implantol*. 2015; 27, 1: 19-24
37. Yadav VS, Gumber B, Makker K, Gupta V, Tewari N, Khanduja P, Yadav R. Global prevalence of gingival recession: A systematic review and meta-analysis. *Oral Dis*. 2022
38. Machado de Souza, J., Falabella, M.. Prevalence of Gingival Recession in Dental Students from the Federal University of Juiz de Fora - Brazil. *Int. J. Odontostomat*. 2019; 13(3): 299-304.

39. Ji JJ, Li XD, et. al., Prevalence of gingival recession after orthodontic treatment of infraversion and open bite. *J Orofac Orthop.* 2019; 80(1):1-8.
40. Goyal L, Gupta ND, Gupta N, Chawla K. Free Gingival Graft as a Single Step Procedure for Treatment of Mandibular Miller Class I and II Recession Defects. *World J Plast Surg.* 2019; 8(1):12-17.
41. V Vijaya, V Sanjay, RK Varghese, y coll. Association of dentine hypersensitivity with different risk factors - a cross sectional study *J Int Oral Health*, 5, 2013; pp. 88-92
42. Fragkioudakis I, Tassou D, y col., Prevalence and clinical characteristics of gingival recession in Greek young adults: A cross-sectional study. *Clin Exp Dent Res.* 2021;7(5):672-678.
43. M. Nevins Attached gingiva–mucogingival therapy and restorative dentistry *Int J Periodontics Restorative Dent*, 6, 1986, pp. 9-27
44. RT Weitman, WB. Eames Plaque accumulation on composite surfaces after various finishing procedures *J Am Dent Assoc*, 91, 1975,, pp. 101-106
45. Imber J-C, Kasaj A. Treatment of gingival recession: When and how? *Int Dent J* 2021;71(3):178–87.

46. M de Sanctis, G. Zucchelli Coronally advanced flap: a modified surgical approach for isolated recession-type defects: three-year results J Clin Periodontol, 34 (2007), pp. 262-268

47. G Zucchelli, M. De Sanctis Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands J Periodontol, 71 (2000), pp. 1506-1514

48. Recouvrement radiculaire et reconstruction papillaire par greffon conjonctif enfoui sous un lambeau vestibulaire tunnélisé et tracté coronairement J Parodontol d'Implantol Oral, 17 (1998), pp. 71-77

49. A Sculean, R Cosgarea, A Stahli, y col. The modified coronally advanced tunnel combined with an enamel matrix derivative and subepithelial connective tissue graft for the treatment of isolated mandibular Miller Class I and II gingival recessions: a report of 16 cases Quintessence Int, 45 (2014), pp. 829-835

50. A Dai, JP Huang, PH Ding, y col Long-term stability of root coverage procedures for single gingival recessions: a systematic review and meta-analysis J Clin Periodontol, 46 (2019), pp. 572-585

51. Kim, D. M., Bassir, S. H., & Nguyen, T. T. Effect of gingival phenotype on the maintenance of periodontal health: an american academy of periodontology best evidence review. *Journal of Periodontology*. 2019
52. KASSAB, M. M., & COHEN, R. E. The etiology and prevalence of gingival recession. *The Journal of the American Dental Association*, 2003; 134(2), 220–225.
53. Herrera D, Sanz M, Herrera Pombo JL, Gómez Doblaz JJ, Guerrero A. La salud bucodental también importa. *Semergen*. 2016;42(4):213–5
54. Diccionario de cáncer del NCI. Instituto Nacional del Cáncer. 2011
55. Seemakurthy SS, Nuvvula S, Mallineni SK, Nuvvula S. Prevalence of gingival recession and associated etiological factors among the school children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* . 2022;40(3):311–6.
56. Sisalima Jara JP. Prevalencia de recesiones gingivales mediante la clasificación de Cairo y Miller en estudiantes de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca en el año 2018. Cuenca; 2018
57. Davis Sears, E. Colgajo, *Manual Michigan de cirugía plástica*. 4;31-46. Berri.es.

58. Delgado Pichel A., Inarejos Montesinos P., Herrero Climent M.. Espacio biológico: Parte I: La inserción diente-encía. Avances en Periodoncia. 2001 ; 13(2): 101-108.
59. Sánchez, Julio & Garcia de Carvalho, Gabriel & Spin, José. (2018). Nueva Clasificación sobre las Enfermedades y Condiciones Periodontales y Peri-implantares: Una Breve Reseña. Odontología. 20. 68-89.
60. Rivera, H. Investigación en Salud. Tipos de Estudios UNIBE 2022.
61. Periodontium. Preservación del reborde alveolar. ¿En qué consiste el tratamiento?. Periodontium. 2019
62. Susin, C., Haas, A. N., Oppermann, R. V., Haugejorden, O., & Albandar, J. M. Gingival Recession: Epidemiology and Risk Indicators in a Representative Urban Brazilian Population. Journal of Periodontology,2004; 75(10), 1377–1386.
63. Mozas CD. ANATOMIA MUCOSA Y BOCA . Clínica dental Mozas. 2021
64. Singh H, Singh H. Bioactive amnion as a guided tissue regeneration (GTR) membrane for treatment of isolated gingival recession. A case report. Indian J Dent 2013;4(2):110–3.

65. Poliang M, David G, Ortiz R, Rodríguez-Ciodaro A, Profesora Asociada M, y col. Concordancia de tres métodos para la definición del fenotipo periodontal . Edu.co.
66. Cosyn J, Hooghe N, De Bruyn H. (2012) “A systematic review on the frequency of advanced recession following single immediate implant treatment” J Clin Periodontol. 39(6):582-9.
67. Mythri S, Arunkumar SM, Hegde S, Rajesh SK, Munaz M, Ashwin D. Etiology and occurrence of gingival recession - An epidemiological study. J Indian Soc Periodontol. 2015 Nov-Dec;19(6):671-5
68. Castro-Rodríguez, Y., Grados-Pomarino, S. Frecuencias e indicadores de riesgo de las recesiones gingivales en una muestra peruana. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2017 Dic; 10(3): 135-140.
69. Miranda Anchundia AK, Castillo González JI, Camaño Carballo L. Influencia del trauma oclusal primario en el desarrollo de recesión gingival. Revisión de la literatura. Universidad y Sociedad.sep.2021,13(S2):26-0.
70. Regalado Camacho, A. V., Freire Pérez, D. E., García Reyna, J. P., & Chillo Proaño, C. C. (2022). Periodoncia – trauma oclusal. RECIMUNDO, 6(2), 275-282. .abr.2022.275-282

71. Hegab M, Alnawawy M. The Prevalence of Gingival Recession in the Egyptian Poulation. Perio J . 2020Feb.11;4(1):1-10.

72.Cornejo, E J. Hábitos de higiene oral y recesión gingival en pacientes atendidos en clínicas odontológicas privadas de la ciudad de Arequipa, 2022. Universidad Norbert Wiener; 2023.

73.Rubio M, Miguel D. Prevalencia, extensión y severidad de recesiones gingivales en pacientes del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.

13. ANEXOS

13.1 Certificado y Aprobación del Comité de Ética.

		CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN	
Nombre Completo		Nicole Marie Olivo Mancebo	
Matrícula o código institucional		200155	
Correo Electrónico		nolivo1@est.unibe.edu.do	
Carrera/Posición		Odontología	
Estado del examen		Aprobado	
Número de Certificación:		DIAIRB2023-0049	
Fecha:		Wednesday, March 1, 2023	
			
		Michael A. Alcántara-Minaya, MD Coordinador Comité de Ética Vicerrectoría de Investigación e Innovación Universidad Iberoamericana (UNIBE)	



CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Nombre Completo Claritza J Acosta
Matrícula o código institucional 210510
Correo Electrónico cacosta12@est.unibe.edu.do
Carrera/Posición Odontología
Estado del examen Aprobado
Número de Certificación: **DIAIRB2023-0048**
Fecha: Wednesday, March 1, 2023

Michael A. Alcántara-Minaya, MD
Coordinador Comité de Ética
Vicerrectoría de Investigación e Innovación
Universidad Iberoamericana (UNIBE)





Jotform <noreply@jotform.com>

To: NICOLE MARIE OLIVO MANCEBO



Wed 3/29/2023 5:06 AM

Hola ,

Ha sido **Aprobada** la Aplicación al Comité de Ética de Investigación del proyecto *Frecuencia de Recesiones Gingivales en pacientes de la Clínica Odontológica UNIBE, durante Mayo 2023.*:

Autor/es:

Nicole Marie Olivo Mancebo 200155

Claritza Janeifry Acosta Castro 210510

Pueden proceder a la recolección de datos.

Saludos,

Comité de Ética de Investigación UNIBE

comitedeetica@unibe.edu.do

13.2 Consentimiento informado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El siguiente documento tiene el propósito de proveer una explicación clara de la investigación] **“Frecuencia de Recesiones Gingivales en pacientes de la Clínica Odontológica UNIBE, durante el periodo Mayo-Julio 2023”** y su participación en la misma.

Este estudio observacional tiene el objetivo de obtener una recopilación de datos que reflejen la presencia de recesiones gingivales y sus diversas asociaciones con el género, edad, biotipo, etiología y sitio anatómico más propensos a desarrollarlos, en los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de UNIBE durante Mayo 2023.

Los riesgos potenciales que presenta este estudio son mínimos y pueden incluir: 1.Manipulación inadecuada de instrumentos clínicos causando una lesión leve en el tejido blando del paciente, como: laceración o desgarre de la encía, 2.Experimentar sensibilidad o molestia tras el sondaje de los dientes con presencia de recesiones gingivales.

Ante los riesgos potenciales se emplea el siguiente plan de acción: poseer supervisión de un docente especializado durante la manipulación de los instrumentos para la prueba. Asimismo, las pruebas serán realizadas por los investigadores del estudio en cuestión. En caso de que ocurran eventos adversos,

se le aplicaría al paciente gel de Clorhexidina Lacer® para aliviar la zona afectada de forma inmediata.

Los beneficios potenciales que presenta este estudio pueden incluir: 1. Aporte educativo para los pacientes sobre este tema, dándoles a conocer qué son las recesiones gingivales, identificarlas en su boca y reconocer los hábitos que promuevan las mismas, 2. Aporte para manejos y tratamientos ante estos casos, ya que los pacientes tendrán conocimiento sobre las posibles soluciones para estas recesiones y podrán considerarlas para sus consultas futuras, 3. Aporte cuantitativo de datos que reflejan la frecuencia de recesiones gingivales en pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de UNIBE durante un periodo determinado (Mayo 2023), para analizar el porcentaje de amenaza que es para la salud periodontal de los pacientes y de tal forma orientar el departamento de periodoncia para abordarlo en sus tratamientos con intención.

Durante este procedimiento nos comprometemos a asegurar la privacidad de los datos de los pacientes participantes sin revelar ni recopilar la identidad del paciente, ya que nos limitamos a documentar solo su género, edad, y fotos intraorales enfocadas en las piezas afectadas por las recesiones gingivales.

El uso de los datos recopilados (género, edad y las fotos intraorales) serán utilizados para análisis cuantitativo de esta tesis y las fotos pueden ser documentadas en el trabajo escrito de la misma. El mecanismo de divulgación de los resultados serán presentados en tablas y documentación de imágenes sin vincular o asociar la identidad del participante.

El/la participante no obtendrá ningún tipo de compensación al participar de forma voluntaria en esta investigación.

El/la participante posee una participación totalmente voluntaria, y este puede negarse a ser parte de la recopilación de datos del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

Los investigadores principales de esta investigación son Nicole Marie Olivo Mancebo, Claritza Janeifry Acosta Castro y la asesora Alina Santiago Caobi. Si usted tiene alguna pregunta o comentario o surgen dudas sobre la investigación puede contactarles por medio de los correos electrónicos a continuación: nolivo1@est.unibe.edu.do, cacosta12@est.unibe.edu.do. Por igual, puede contactar al número: 849-642-4061.

En caso de que el/la participante no tenga la capacidad leer ni escribir, los investigadores principales llevarán a cabo una descripción verbal del consentimiento informado y el paciente podrá firmar si accede a participar.

Aquellos participantes que sean menores de edad se le extenderá una copia del consentimiento informado a su tutor o representante legal para que estos firmen por ellos , y por igual se le explicará de forma verbal al participante de menor edad para obtener su consentimiento de forma verbal.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ declaro haber obtenido información escrita y/o verbal sobre el estudio investigativo a realizar. Autorizo y apruebo mi participación voluntaria en la investigación "Frecuencia de recesiones gingivales en pacientes de la Clínica Odontológica UNIBE, durante el periodo Mayo-Julio 2023" y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento de esta si así lo decido, sin obtener algún tipo de repercusión. Acepto la recopilación de datos de género, edad y fotos intraorales de las zonas con recesiones gingivales en la clínica odontológica de UNIBE para el uso de este estudio.

Firma

Fecha

13.3 Cuestionario para recolección de datos.

CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO PARA LA TESIS: FRECUENCIA DE RECESIONES GINGIVALES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA UNIBE, DURANTE MAYO 2023.

Cordialmente le invitamos a participar en el cuestionario que es parte de la investigación para optar por el título de grado en Odontología.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este estudio tiene el objetivo de obtener una recopilación de datos que reflejen la presencia de recesiones gingivales y sus diversas asociaciones con el género, edad, biotipo, etiología y sitio anatómico más propensos a desarrollarlos, en los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de UNIBE durante Mayo 2023.

Descripción de su participación: consta en contestar una serie de preguntas de selección múltiple, donde elegirá una sola respuesta.

Beneficios: Los pacientes conocerán sobre las recesiones gingivales, identificarlas en su boca y reconocer los hábitos que promuevan las mismas. Y revela datos que reflejan la frecuencia de recesiones gingivales en pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de UNIBE durante un periodo determinado (Mayo 2023), para analizar el porcentaje de amenaza que es para la salud periodontal de los pacientes y de tal forma orientar el departamento de periodoncia para abordarlo en sus tratamientos con intención.

Nos comprometemos con su confidencialidad. Ya que sus respuestas no serán vinculadas con su identidad en el momento de la discusión de datos. Solamente se estará trabajando en base a su género y su rango de edad.

Su participación es totalmente voluntaria, y este puede negarse a ser parte de la recopilación de datos del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

Tras haber leído y comprendido la información propuesta, autorizo y apruebo mi consentimiento para participar de forma voluntaria en la investigación "FRECUENCIA DE RECESIONES GINGIVALES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA, DURANTE MAYO 2023" *

Sí.

No.

Número de ficha *

Texto de respuesta corta

Género *

Femenino

Masculino

Edad *

18-28 años.

29-45 años.

Mayor de 45 años.

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes al día? *

1 vez al día.

2 veces al día.

3 veces al día.

Ninguna.

¿Qué artículos utiliza además del cepillo de dientes para higienizar su boca? *

Hilo dental.

Enjuague bucal.

Cepillo interproximal.

Pasta dental

¿Qué tipo de cepillo utiliza? *

- Convencional.
- Eléctrico.

¿Qué tipo de cerdas tiene su cepillo? *

- Cerdas suaves.
- Cerdas Duras.
- No sé.

¿Considera que realiza el cepillado con una presión excesiva? *

- Sí.
- No.
- No sé.

¿Ha recibido o está recibiendo tratamiento de ortodoncia? *

- Sí.
- No.

¿Usted utiliza o es portador de prótesis removible o fija? *

- Sí.
- No.

¿Usted cruje o rechina los dientes? *

- Sí.
- No.

¿Usted posee o ha poseído algún piercing oral? *

- Sí.
- No.

¿Usted fuma cigarrillo o tabaco? *

- Sí.
- No.

