

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



TESIS

**“ASOCIACIÓN DEL BIOTIPO GINGIVAL CON EL GRADO DE RECESIÓN
GINGIVAL EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA
VEGA EN EL AÑO 2017”**

PRESENTADO POR:

Bach. Rojas Chavez, Brillith Ghandari

Para optar el título de:

CIRUJANO DENTISTA

LIMA – PERÚ
2018

TÍTULO DE LA TESIS

“ASOCIACIÓN DEL BIOTIPO GINGIVAL CON EL GRADO DE
RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN LA
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DEL ADULTO DE LA UNIVERSIDAD
INCA GARCILASO DE LA VEGA EN EL AÑO 2017”

DEDICATORIA

Quiero agradecerle a Dios por permitirme terminar mi carrera profesional de su mano ante las adversidades.

A mi padre Benildo Rojas por estar siempre presente cuando más lo necesité, dando el mejor de sus esfuerzos pese a sus obligaciones en el trabajo muchas de las ocasiones las detuvo.

A mi madre Miriam Chavez por su apoyo incondicional dándome las palabras adecuadas para seguir adelante dándome el ejemplo digno de perseverancia y superación.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecer a Dios quien me brindo sabiduría, paciencia para poder culminar mi carrera profesional.

A mis padres por darme la oportunidad de estudiar una carrera profesional, ya que por ellos se pude concluir, por su apoyo económico y emocional. Dándome el mejor de los ejemplos, la perseverancia y la constancia cuando realmente se quiere algo sin perder los valores y la humildad.

Agradezco a mis docentes por el apoyo que me brindaron durante la realización de la presente investigación , por su paciencia y la dedicación de cada uno de ellos para las correcciones y la preparación previa a la exposición.

Agradezco a todas mis amigos y amigas que me apoyaron de una forma desinteresada para poder lograr el objetivo de este estudio.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el biotipo gingival en el grado de recesión gingival de en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017.

Materiales y Métodos: El diseño de esta investigación fue Descriptivo de tipo Retrospectiva, Transversal, Observacional de un enfoque Cuantitativo. En esta investigación para cumplir con los objetivos se utilizó una muestra de 100 historias clínicas de pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega del año 2017, donde se cumplió los criterios de exclusión e inclusión planteados en el presente estudio.

Resultados: Se encontró que la mayoría presentaron con un porcentaje de femenino con 55.5% y masculino 44.4%, así mismo predominó un porcentaje de 59.6% un Biotipo gingival tipo I delgado. también en una frecuencia de Clase I con un 40.4% .al llevar a cabo la prueba de Chi-cuadrado de Person (X^2) se determinó que se acepta la hipótesis nula es decir se establece así la independencia de las variables.

Conclusiones

Respecto a determinar el grado de biotipo gingival y el grado de recesión gingival en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017, se concluye que no existe una asociación directamente proporcional

Palabras Claves

Biotipo gingival, Grado de recesión, Adulto, clínica estomatológica

ABSTRACT

Objective: To determine the gingival biotype in the degree of gingival recession in adult patients treated at the Stomatological Clinic of the Inca Garcilaso de la Vega University in 2017.

Materials and Methods: The design of this research was Descriptive of Retrospective, Transversal, Observational type of a Quantitative approach. In this research to meet the objectives we used a sample of 100 clinical histories of patients treated at the Adult Stomatological Clinic of the Inca Garcilaso de la Vega University in 2017, where the exclusion and inclusion criteria stated in the present were met study.

Results: It was found that the majority presented with a percentage of female with 55.5% and male 44.4%, likewise a percentage of 59.6% predominated a thin type I gingival biotype. also in a Class I frequency with 40.4%. When carrying out the Chi-square test of Person (X^2), it was determined that the null hypothesis is accepted, that is, the independence of the variables is established.

Conclusion: With respect to determining the degree of gingival biotype and the degree of gingival recession in adult patients treated at the Stomatological Clinic of the Inca Garcilaso de la Vega University in 2017, it is concluded that there is no directly proportional association

Keywords

Gingival biotype, Degree of recession, Adult, stomatological clinic

INDICE

Título de la tesis.....	I
Dedicatoria	I
Agradecimiento.....	II
Resumen	III
Abstract	IV
Índice.....	V
Índice de tablas... ..	VIII
Índice de gráficos... ..	IV
Introducción	X

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco teòrico	1
1.1.1 Biotipo gingival.....	1
1.1.2 Clasificaciòn	2
1.1.3 Característica.....	3
1.1.2 Enfermedad Periodontal	4
1.1.3 Factores de Riesgo de la Enfermedad Periodontal.....	10
1.1.4 Definición de Recesiòn Gingival.....	11
1.1.4.1 Epidemiología.....	12
1.1.5 Clasificación de las Recesiones Gingivales.....	14
1.1.5.1 Clasificación de Miller.....	15
1.1.6 Características Clínicas de las Enfermedades Gingivales.....	16
1.1.7 Recesiòn Gingival como problema clínico.....	17
1.1.7.1 Etiología de la Recesiòn Gingival.....	18
1.1.7.2 Patogénesis de la Recesiòn Gingival.....	19
1.1.8 Factores asociados a Recesiones Gingivales... ..	27
1.8.1 Factores Predisponentes... ..	27
1.8.2 Factores Determinantes	28
1.8.3 Factores Patológicos.....	31

1.1.9 Otros Factores...	32
1.1.9.1 Factores Etiológicos...	34
1.1.10 Indicaciones...	35
1.1.11 Contraindicaciones...	35
1.1.12 Nueva Clasificación	36
1.2. Investigaciones	43
1.3.Marco	
Conceptual	49

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1.Planeamiento del Problema	52
2.1.1.Descripción de la Realidad Problemàtica	52
2.1.2 Definición del Problema	53
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	54
2.1.2. Finalidad	54
2.2.2. Objetivo general y especificos	55
2.2.3 Delimitación del Estudio.....	56
2.2.4 Justificación e importancia del Estudio	56
2.3 Hipotesis y Variables.....	58
2.3.1 Hipotesis Principal y Específicas.....	58
2.3.2 Variables e Indicadores.....	58

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

3.1.Población y Muestra	59
3.2 Diseño utilizado en el estudio	61
3.3 Técnica e instrumento de recolección de datos.....	62
3.4 Procesamiento de datos.....	65

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1.Presentación de los Resultados	66
4.3.Discusión de los Resultados	84

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones	88
5.2. Recomendaciones	89
5.2.1 Recomendaciones General	89
5.2.2 Recomendaciones Específicas	89

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	Pág.
N°01 Distribución de participantes según edad	66
N°02 Distribución de participantes según sexo	67
N°03 Biotipo Gingival con el Grado de Recesión Gingival de los sextantes anteriores en pacientes adultos	68
N°04 Biotipo Gingival con el Grado de Recesión Gingival de los sextantes anteriores en pacientes adultos	71
N°05 Biotipo Gingival de los sextantes anteriores en pacientes adultos	73
N°06 Grado de Recesión de los sextantes anteriores en pacientes adultos	74
N°07 Biotipo Gingival con el grado de recesión por pieza del sextante II en pacientes adultos	75
N°08 Asociación del Biotipo Gingival con el Grado de Recesión por pieza del sextante V en pacientes adultos	78
N°09 Biotipo Gingival con el Grado de Recesión por pieza del sextante V en pacientes adultos	79
N°10 Asociación del Biotipo Gingival en el Grado de Recesión por pieza del sextante V en pacientes adultos.	81
N°11 Biotipo Gingival con el Grado de Recesión gingival en piezas caninas en pacientes adultos	82
N°12 Asociación entre Biotipo Gingival con el Grado de Recesión Gingival en piezas caninas en pacientes adultos	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura	Pág.
N°01 Distribución de participantes según edad	66
N°02 Distribución de participantes según sexo	67
N°03 Biotipo Gingival con el Grado de Recesión Gingival de los sextantes anteriores en pacientes adultos	71
N°05 Biotipo Gingival de los sextantes anteriores en pacientes adultos	73
N°06 Grado de Recesión de los sextantes anteriores en pacientes adultos	74
N°07 Biotipo Gingival con el grado de recesión por pieza del sextante II en pacientes adultos	77
N°09 Biotipo Gingival con el Grado de Recesión por pieza del sextante V en pacientes adultos	80
N°11 Biotipo Gingival con el Grado de Recesión gingival en piezas caninas en pacientes adultos	83

INTRODUCCIÓN

En la medicina uno de los objetivos principales no es solamente curar, sino es de suma importancia resguardar el estado de la salud general de los pacientes, en la odontología debería centrarse no solo en la mejoría de las diferentes patologías de la cavidad oral sino principalmente en la prevención. La salud de la cavidad oral es muy trascendental para que se pueda cumplir funciones primordiales como es la masticación, el hablar y respirar, si descuidamos nuestra cavidad oral podría ser muy perjudicial para todo el organismo.

En el Perú muchas de las patologías que van afectando los tejidos periodontales tienen su iniciación en etapas muy tempranas, la cual es de suma importancia mantener la salud por medio de hábitos preventivos. El grado de importancia de poder clasificar el biotipo gingival de los pacientes es para que el profesional pueda dar un correcto diagnóstico y tratamiento , al igual que el grado de recesión gingival que es una afección clínica que afecta de manera directa a los tejidos periodontales , la cual es producida por variadas causas , si no es tratada a tiempo se logra la extensión y la severidad afectando y comprometiendo a la estética, produciendo la hipersensibilidad dentaria , aumentando el peligro de caries radicular y llegar a perder la pieza dentaria en el tiempo que progresa.

La manera de diagnosticar en la odontología va cambiando de manera continua con el paso de los años, por ese motivo es importante actualizar los conocimientos obtenidos para dar un diagnóstico acertado.

En esta investigación el propósito principal es determinar la asociación entre el biotipo gingival y el grado de recesión gingival en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017, de forma que nos permita establecer las características de este fenómeno desde el momento en el que se manifiesta, para que se pueda establecer una elaboración de estrategia temprana .

Capítulo I: Fundamentos Teóricos de la Investigación

1.1. Marco Teórico

1.1.1. Biotipo Gingival

Dentro de las diferentes funciones que comprende las características y formas del periodonto y las reacciones que se da frente a cualquier estímulo va a depender de sus componentes genéticos. ⁽¹⁾

En el biotipo periodontal es el resultado de la suma de características que va a representar al ser humano de una manera específica. Clínicamente podemos llegar a determinar el fenotipo al cual pertenecemos, primordialmente observando la relación que se encuentra entre el ancho y largo de la corona clínica tomando de referencia a los incisivos centrales superiores. No podemos dejar de lado otras características clínicas importantes como en la salud y enfermedad periodontal. ⁽¹⁾

Ancho de la encía queratinizada: En diversas investigaciones se da a conocer que las dimensiones de la encía queratinizada se modifican según la posición en el arco, observando que en los incisivos es mayor en el maxilar y en la mandíbula, a nivel de los premolares inferiores se encuentra en un índice menor. ⁽¹⁾

Se observó que en los estudios de Voigth, se encontró que en las molares hay mayor porcentaje. Teniendo como resultado que las molares primera y segunda tienen un promedio de 4,7 mm, el resultado de la tercera molar fue de 3mm. En el caso de la segunda premolar tiene 2,5mm, la primera premolar con 2mm. Los incisivos y los caninos registran 1.4 mm. ⁽¹⁾

Grosor de la encía queratinizada: Durante el tiempo el grosor de la encía queratinizada empezó a tomar protagonismo. Para poder medir

el espesor de la encía queratinizada con el instrumento llamado sonda periodontal en este caso específicamente la punta de la sonda periodontal se hizo la punción, actualmente también se utiliza instrumento ultrasónico que nos va a dar resultados muy específicos con márgenes de errores mínimos. ⁽¹⁾

Dentro de las investigaciones el autor Anderegg y colaboración en el año (1995) habla y da a conocer sobre la importancia sobre el grosor de la encía queratinizada para un posterior recubrimiento de las membranas después de un acto quirúrgico en las furcas de clase 1 y clase 2. Los derivaciones fueron que los pacientes que presentan un ancho de encía queratinizada <1mm tiene como resultado a 2,1mm de recesión y en el otro grupo los que tienen >1mm presentaron una recesión de aproximadamente 0.6mm ⁽¹⁾

Fenotipos periodontales: Después de mencionar las características sabemos que son aquellas que formaron parte de la definición de un inicio de Biotipo periodontal donde tenía una relación directa con el tipo de encía gruesa (plana) y otra que es del tipo delgada (festoneada). Pasado el tiempo lo llaman Fenotipo Periodontal algunos autores por que las características periodontales se encuentran con influencia genética y ambientales. ⁽¹⁾

Muller y Eger en el año 1997 dieron a conocer el conocimiento de fenotipo periodontal, relacionando el tamaño y grosor de tejido queratinizado y superficies de la corona. Se dio a conocer la clasificación de dos biotipos periodontales como es fino y grueso, tomando en cuenta siempre la anatomía dentaria, la forma de la encía y la morfología del hueso. ⁽¹⁾

1.1.1.2. Clasificación

Tenemos dos tipos de clasificación: Biotipo delgado y Biotipo Grueso también llamado en la actualidad Fenotipo delgado y el fenotipo grueso

1.1.1.3. Características

A. Biotipo delgado

Es un espesor gingival con una medida menos de 1 mm presenta tejido queratinizado fino, hueso alveolar y una encía festoneada, presenta contacto interproximal, coronas triangulares, coronas de convexidad cervical sutil. ⁽²⁾

B. Biotipo grueso

Presenta tejido queratinizado grueso, mide mayor a 2 mm ancho gingival de 5 a 6mm presenta una cortical ósea mayor, presentan áreas de contacto apical más largos. Prominencia cervical marcada, tiene una predisposición a crear un saco periodontal y defectos intraóseos en enfermedad. ⁽²⁾

Las investigaciones dan a conocer que hay relación entre biotipo gingival, representación de corona dentaria y la altura de la papila pero el estudio de Fisher KR y cols del 2013 no pudieron comprobar dicha relación. La literatura ha escrito las características del biotipo de manera individual. Al comparar los biotipos gingivales, el biotipo fino presento valores menores en relación con el biotipo grueso. ⁽²⁾

Teniendo ambos biotipos, el biotipo grueso tiene como característica tener un tejido conectivo más denso, es más fibrótico con la presencia de una gran adherencia, y sobre todo muy favorable y aceptable para salud periodontal. El biotipo periodontal delgado tiene como característica ser transparente, delgado con una mínima cantidad de adherencia y es mucho más propenso a trauma y la inflamación ⁽²⁾.

El investigador Wieisgold realizo un estudio sobre si existe mayor predisposición de una recesión gingival en individuos que presenten un biotipo gingival delgado. Tenemos en cuenta que durante mucho tiempo se ha pensado que un biotipo gingival delgado está relacionado con una tabla vestibular delgada ubicado en los dientes

anterosuperiores; pero en el 2011 Cook; realizó la investigación sobre la relación entre el biotipo gingival y el espesor de la tabla vestibular, donde utilizó tomografías computarizadas conebeam y realizó la inspección clínica. ⁽³⁾

El resultado de esta investigación fue que no encontró relación entre la recesión y el biotipo gingivales. Pero si encontró una relación significativa relacionado al grosor de la tabla ósea vestibular. En cuanto al biotipo gingival grueso presenta una tabla ósea vestibular gruesa ⁽³⁾.

1.1.2 Enfermedad Periodontal

Antes de explicar sobre las enfermedades periodontales debemos saber que el periodonto va a estar compuesto por los tejidos de protección y tejidos de soporte del diente conformada por: la encía, el ligamento periodontal, el cemento y el hueso alveolar. La transcendental función del periodoncio es acoplar el diente con el tejido óseo de los maxilares y también tiene como función mantener de manera íntegra el área de la mucosa masticatoria de la cavidad bucal. ⁽⁴⁾

El periodoncio con la edad sufre ciertas modificaciones y que se encuentra sujeta a variaciones y variaciones del medio bucal. Tener el discernimiento de la estructura y morfología periodontal es primordial para poder entender las alteraciones patológicas que puedan presentar. Así como poder tener los objetivos para los tratamientos. ⁽⁴⁾

1. ENCIA:

La encía asimismo citado periodonto o tejido periodontal, posee como función principal resguardar los tejidos, siendo el único tejido gingival en la parte externa y clínicamente visible. Se ubica dentro de la

cavidad bucal revistiéndola por un tejido epitelial, pero este tejido epitelial cuando se humedece se le denomina mucosa. ⁽⁴⁾

Una de las características clínica de la encía, es el color que va a depender mucho de las características étnicas, suelen presentarse manchas melánicas en la raza mestiza, su tamaño pertenece a la adición de los elementos celulares e intercelulares, su contorno se observa una línea prolongada para cubrir espacios interdentes también puede variar considerablemente dependiendo de la forma de los dientes, su posición de la encía depende mucho de la edad del individuo y también de la posición de la pieza dental , su textura superficial se asemeja a la textura de una naranja (cascara) que se le conoce como graneada. Esta textura graneada se observará cuando se seca la encía esto siempre varia en una persona a otra. ⁽⁴⁾

En un adulto las características clínicas de una encía normal son cuando esta envuelve el hueso alveolar y la raíz del diente hasta un nivel coronal de la unión amelo cementaría. ⁽⁴⁾

Su conformación externa gingival de la encía está fraccionada en 3 zonas anatómicas las cuales son:

A. La encía marginal o no insertada o encía libre:

Es el margen terminal de la encía que circunda el diente a manera de un collarín. Este suele tener un 1 mm de ancho, crea la pared de tejido blando del surco gingival puede ser alejado de la superficie dental con una sonda periodontal. ⁽⁴⁾

B. La encía insertada

Es una continuidad de la marginal, siendo esta firme, resistente y está incorporada fijamente al periostio del hueso alveolar, la superficie se extiende hasta la mucosa alveolar laxa, móvil y siendo está determinada por la unión mucogingival. ⁽⁴⁾

C. La encía interdental:

Ocupa el nicho gingival que vendría hacer el espacio interproximal debajo del área donde se ubica el diente, presentando una forma piramidal o con forma de col. Penderá del espacio interdental comenzando en el punto de contacto entre los dientes adyacentes y de la presencia de la recesión gingival. El surco gingival es el surco más profundo conformando la superficie del diente, presentando una forma de v y permitiendo la entrada de una sonda periodontal, la profundidad del surco gingival es de 0mm. ⁽⁴⁾

Estructuras epiteliales de sostén

A. Epitelio de Unión

Una de las características del epitelio de unión es que tiene como medida 2 mm de altura y rodea al diente a nivel del cuello en forma de anillo hacia dirección apical, está comprendida solo en unas cuantas capas celulares y hacia la dirección coronal, quiere decir que se encuentra en la proximidad del sulcus, conformada de 15 a 30 capas de celulares, presentando un ancho en ese lugar de 0.15. ⁽⁴⁾

El epitelio está formado por dos estratos, el basal y el supra basal. Las células basales se encuentran fusionadas al tejido conjuntivo por medio de hemidesmosomas. El epitelio basal saludable no se junta con el tejido conjuntivo vecino. ⁽⁴⁾

A. Adherencia Epitelial

La adherencia epitelial es una de las partes del epitelio de unión la cual está conformada por una lámina basal interna y hemidesmosomas. Esta consiente la unión epitelial entre la encía y la superficie del diente. ⁽⁴⁾

Las células adheridas que se encuentran en la superficie del diente también van hacia dirección coronal del diente. Por la cual sus puntos de fijación hemidesmosomales deben consolidarse de forma continua.

⁽⁴⁾

Entre la superficie del diente y la lámina basal hay una cutícula dental de 0,5 a 1 μm , que puede ser posible que sea un producto de células del epitelio de unión. ⁽⁴⁾

B. El surco gingival

Mide 0.5 mm de profundidad, es un pequeño canal, que está desarrollado por las células del epitelio de unión en la ubicación más hacia coronal, en la cual se van exfoliando de forma seguida las células epiteliales. Las limitaciones del sulcus: Por un lado, limita con el diente y por el otro lado va a limitar con el epitelio sulcular oral (Lange y Schroeder, 1971).⁽⁴⁾

C. El espacio biológico

Está comprendido entre el piso del sulcus y entre el hueso alveolar. El espacio biológico presenta dos zonas:

- 1) Adhesión epitelial
- 2) Inserción conectiva

La cual estas dos zonas van a formar un cierre biológico que se encuentra situado alrededor del cuello del diente teniendo como función actuar como una barrera protectora de microorganismos y sus productos.⁽⁴⁾

La estructura de fijación del tejido conjuntivo

a) Aparato de inserción gingival

Las estructuras de adherencia del tejido conjuntivo van a permitir la alianza entre los alveolos y los dientes, también van a permitir la unión entre los dientes y las encías y también van a permitir la unión entre los propios dientes.⁽⁴⁾

Todas estas estructuras comprenden:

1. Haces fibrosos gingivales.⁽⁴⁾
2. Ligamento periodontal.⁽⁴⁾
3. Cemento radicular.⁽⁴⁾
4. Hueso alveolar.⁽⁴⁾

1. Haces fibrosos gingivales

Las fibras colágenas se encuentran en la región supra alveolar las cuales se entrecruzan diferentes direcciones. La firmeza en la forma de la encía lo va a originar los haces, fijando al diente hacia abajo del epitelio de unión, teniendo también como función fijar la posición de cada uno de los dientes y dándoles una buena alineación. Se puede tener consideración que los haces periostio-gingivales se puede considerar como una parte de las fibras gingivales la cual tienen como ocupación principal la de mantener fijo la encía “insertada” al proceso alveolar. ⁽⁴⁾

Las fibras gingivales tienen funciones como:

1. Dentogingival: Provee soporte gingival. ⁽⁴⁾
2. Alveolo gingival: Inserción de la gingiva al hueso. ⁽⁴⁾
3. Interpapilar: Provee soporte a la gingiva interdental. ⁽⁴⁾
4. Transgingival: Asegura la alineación de los dientes en la arcada. ⁽⁴⁾
5. Circular: Mantiene el contorno y posición del margen gingival libre.
6. Dentoperiostal. ⁽⁴⁾
7. Transeptal: mantiene la relación de los dientes adyacentes, protege el hueso interproximal. ⁽⁴⁾
8. Periosriogingival: inserción de la gingival al hueso. ⁽⁴⁾
9. Intercircular: estabiliza los dientes en la arcada. ⁽⁴⁾
10. Intergingival: provee soporte y contorno de la encía insertada. ⁽⁴⁾

2. LIGAMENTO PERIODONTAL:

Como hemos indicado anteriormente las estructuras de soporte dentario que lo conforman es el ligamento periodontal el cual constituye de un tejido conectivo que va a rodear la raíz del diente, vinculándola con la pared interna del hueso alveolar, esta se comunicara con los espacios medulares a través de los conductos del hueso, su ancho de dicho ligamento periodontal es de casi 0.2 mm , pero esto cambia cuando el espacio se comprime alrededor de los dientes que no trabaja y en caso de que los dientes no han

erupcionado, pero en algunos casos hay dientes que presentan hiperfunción.⁽⁴⁾

Las fibras periodontales son la parte más importante del ligamento periodontal, en las cual las fibras principales contienen colagenasa, están dispuestas en haces, siguiendo una trayectoria longitudinal, estas fibras que se implantan en el cemento y el hueso son denominadas fibras de sharpey, estas se calcificaran en un grado importante, no están asociada con las proteínas no colagenasa que por general se encuentran en el hueso y en el cemento del diente. ⁽⁴⁾

3. CEMENTO:

Los cementos periodontales siempre muestran dos tipos principales de cemento las cuales son acelulares no conteniendo colágenos, ni fibras extrínsecas e extrínsecas presentando un grosor de 1 a 1.5 um, mientras el cemento celular estará conformado por completo de haces densos de fibras de sharpey , escaseado de células ubicándose en el tercio cervical de las raíces ampliándose más hacia de apical presentando un grosor que es entre 30 y 230 um, ambos muestran una matriz calcificada y de fibrillas de colágeno. ⁽⁴⁾

Esto cementos son muy infiltrables y consienten la difusión de colorantes proveniente de la pulpa y la superficie radicular externa. ⁽⁴⁾

4. HUESO ALVEOLAR:

Para concluir de hablar de las distribuciones del soporte del diente el hueso alveolar antes de mineralizarse, los osteoblastos producirán vesículas de la matriz desplegándose alrededor de cada folículo dentario durante la ontogénesis. Las apófisis alveolares mandibular son unas estructuras dependientes de los dientes que se van a desarrollar durante su erupción y su formación de erupción. ⁽⁴⁾

1.1.3. FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

1. Locales

Patógenos Orales:

La gingivitis y la periodontitis tiene la etiología microbiana establecida hace muchas décadas, los estudios que realizados que investigaron el papel del microbiota específica como uno de los factores de riesgo de periodontitis ha sido establecido hace poco tiempo. ⁽⁵⁾

A inicios la presentación de la hipótesis de la Placa no Específica predominó por mucho tiempo. En las enfermedades periodontales desde los años 70 las investigaciones realizadas han indicado a las bacterias específicas como agentes etiológicos. Debemos tener en cuenta que no todos los microorganismos patogénicos del periodonto han sido estudiados e identificados ⁽⁵⁾.

A. Importancia de las Bacterias.

La enfermedad periodontal tiene como agente principal etiológico con la cual se desarrolla la enfermedad periodontal, sus productos almacenados en la encía marginal de las bacterias patológicas acumuladas, es lo que da origen a la inflamación específica. Estos patógenos son primordiales para poder desarrollar periodontitis ⁽⁵⁾.

B. Clasificación de los microorganismos orales:

La clasificación de muestras bacterias sub y supra gingival de más de 500 subespecies han sido aisladas por las nuevas técnicas de laboratorio para ser analizadas ⁽⁵⁾. Se calcula que, en las inoculaciones gingivales, la relación del microbiota con la placa dental tiene una presentación del 50% (anaerobios facultativos), hay un porcentaje de 45% de anaerobios estrictos y una presencia de 5 % por especies de treponemas ⁽⁵⁾.

En la actualidad se clasifican como patógenos periodontales de una docena de microorganismo. En medio de los microorganismos se ubican Gram negativo, incluyendo A. actinomycetemcomitans,

P. gingivalis, *T. foxythia*, *T. denticola* todas estas bacterias muestran una capacidad biomecánica para la patogénesis de enfermedades del periodonto ⁽⁶⁾.

Los microorganismos son la causa de la enfermedad periodontal, pero la extensión y la gravedad depende del huésped y de la manera en cómo reacciona ante la extensión de la carga microbiana. Tenemos en consideración que la respuesta inflamatoria del cuerpo es el acto de protegerse ante los patógenos, pero de manera simultánea la inflamación puede desencadenar la pérdida del tejido conectivo periodontal y también el deterioro óseo cuando el cuerpo trata de rechazar la pieza dentaria con la presencia de infección ⁽⁶⁾.

1.1.4. DEFINICIÓN DE RECESIÓN GINGIVAL

“La recesión gingival es determinada como el desplazamiento del margen gingival apical hacia la unión amelocementaria ocasionando la exposición de la superficie radicular, en el ambiente de diversos estudios y autores lo definen como la migración apical del margen gingival a lo largo de la superficie radicular” ⁽⁷⁾

El autor Carranza lo define como la recesión gingival consiste en la “la exposición de la superficie radicular por una desviación apical en la posición de la encía”. En las diversas investigaciones también es considerado como recesión periodontal porque consideran que existe y presentan un desgaste en las zonas del hueso alveolar y la zona del cemento radicular. ⁽⁷⁾

Los autores wennstrom y Pini Prato nos dan como concepto que la recesión gingival como un estado clínico donde el tejido periodontal marginal se sitúa apical a la unión cemento esmalte con la superficie expuesta a nivel radicular. ⁽⁷⁾

La recesión gingival se clasifica como general y localizada y puede estar presente una o más superficies dentarias ⁽⁷⁾. La exposición es

clínicamente antiestética y perjudicial, de esta manera el paciente desarrolla hipersensibilidad dentinaria e incrementa el riesgo de poder adquirir caries radicular ⁽⁴⁾.

Unas de las teorías con mayor aceptación sobre las formaciones de recesiones gingivales son definida por los autores Santarelli y Cols. ⁽³⁾ Los autores aseveran que la recesión gingival se centra en el tejido conectivo manifestando una inflamación de la encía libre y por ello su destrucción, según afirman se trata del desplazamiento del epitelio oral hacia los márgenes del tejido conectivo destruido. La cual la reducción del espesor del tejido conectivo se da por la lámina basal del epitelio gingival y del epitelio del surco, dando de esta manera la reducción del flujo sanguíneo influyendo de esta manera negativa en la reparación durante la lesión inicial. ⁽³⁾

Durante el desarrollo de la lesión, el tejido conectivo desaparece y se da una vinculación entre el epitelio oral con dos epitelios que son sucular y de unión, que, rápidamente inhiben por la carencia del flujo sanguíneo. La ulceración en su inicio se presenta en el epitelio de unión del surco y el daño del tejido conectivo sucede desde la parte interna hacia afuera. Las lesiones que se da desde la parte externa hacia dentro son producidas por el cepillado traumático. Tenemos como mención de Toker 2009 “La recesión gingival se caracteriza por el desplazamiento del margen gingival apicalmente de la unión cemento esmalte (CEJ). En las personas afectadas, la recesión puede causar dolor y aumento de la sensibilidad de los dientes por poner en peligro la estética y puede conducir a la caries radicular” ⁽¹⁰⁾

1.1.4.1. EPIDEMIOLOGÍA

Las enfermedades periodontales son procesos patológicos de un grupo de carácter infeccioso que afectan a los tejidos de soporte del diente (periodonto) encerrando y sujetando al diente, también son enfermedades de naturaleza inflamatoria de causa infecciosa producidas por bacterias que dependiendo en el grado que se

encuentre se le da la denominación de gingivitis, la evolución que solo afecta al periodonto en el área superficial hablando propiamente de la encía y no están incluidos y afectados los tejidos que sujetan al diente. Cuando hacemos referencia a periodontitis es cuando el proceso inflamatorio afecta de manera directa a los tejidos periodontales profundos dando como resultado la destrucción del hueso y también del ligamento periodontal profundos que son los que dan estabilidad y soporte al diente. ⁽¹⁰⁾

También las enfermedades periodontales pueden ser complicadas, de etiología multifactorial, en el que las bacterias son siempre inevitables para originar por si las patologías. Mientras las interacciones de la microflora, huéspedes y el medio ambiente local van a facilitar el desarrollo de lesiones periodontales destructiva. El comienzo de los microorganismos va a ser un factor significativo en las enfermedades periodontales, su relación suele ser por diversos factores ya sea genético, edad, sexo, tabaquismo, factores socioeconómicos y algunos factores de enfermedades sistémicas. La manera de aumentar la probabilidad de tener una enfermedad periodontal es por el factor del riesgo de como se comporta o cual es el estilo de vida la cual asociamos a un factor importante hereditario epidemiológica. ⁽¹¹⁾

Epidemiológicamente la recesión gingival se ha registrado de distintas formas en las diversas localidades. Se ha registrado que la recesión gingival se halla en un 78% a 100% de la población presente en la población de E.E.U.U y también se encontró que afecta en un promedio de 22 al 58% de los dientes ⁽⁴⁾ En un estudio realizado reciente en el país de Brasil que se asemeja a la realidad de nuestro país, se encontró que los individuos examinados presentaron el 89% de recesión gingival con un aproximado de 9 dientes comprometidos ⁽¹⁰⁾.

El manejo y la prevención adecuada de la recesión gingival nos permiten desaparecer las complicaciones como la hipersensibilidad dentaria, deformidad estética y el apilamiento de placa bacteriana ⁽⁹⁾.

La recesión gingival con la edad incrementa, el registro presentado es de 8% en los niños y después de los 50 años llega hasta los 100 %. Los antecedentes recientes señalan que predomina de manera significativa en el aumento después de la quinta década de edad. Esto dirigió a ciertos investigadores den como hipótesis que la recesión es un desarrollo fisiológico vinculado con la edad de la persona ⁽¹¹⁾.

No obstante se registra pruebas certeras sobre una alteración de la inserción gingival (cambio fisiológico). El desplazamiento apical de manera gradual es con mayor probabilidad, la consecuencia acumulativa de una patología menos, en los estudios realizados las poblaciones que presentan una educación buena en higiene oral las recesiones marginales son mucho más habituales en las superficies bucales ⁽¹⁰⁾

La cual en los dientes unirradiculares parece que presentan de manera frecuente a comparación de las molares ⁽¹¹⁾ en los pacientes que presentan enfermedad periodontal se encuentra asociado a recesiones gingivales. ^(12.)

1.1.5 CLASIFICACIÓN DE LAS RECESIONES GINGIVALES.

Teniendo en cuenta que hay variedades de recesiones gingivales en la población se ha dado un sistema de clasificación para tener un mejor entendimiento. A inicio un estudio sobre recesiones gingivales en incisivos mandibulares utilizó términos que describen como “delgada”, “amplia”, “poco profunda” y “profunda” para poder clasificarlas en cuatro grupos (Sullivan y Atkins citados por Kassab y Cohen) ⁽¹³⁾

En un estudio diferente dio una clasificación a recesiones gingivales en “delgados-poco profundos” a las que tenían las características de medir 3 mm en ambas dimensiones ⁽⁵⁾.

Smith introdujo el índice de recesión gingival en el año 1999 La recesión fue dada por dos dígitos la cual está separado oír un argumento y las letras F o L para dar a conocer si la recesión se

encuentra en la cara vestibular o en la parte lingual del diente. La colocación del asterisco se da si hay presencia del compromiso de la unión mucogingivales. La presencia de los dígitos da una descripción de los componentes vertical y horizontal en una recesión ⁽¹⁴⁾

Para el elemento horizontal se coloca el valor de un número entero de 0 a 5 teniendo en cuenta en qué proporción se encuentra expuesto la unión cemento esmalte. El componente vertical de la recesión se da en un rango de 0 a 9 medida den milímetros. ⁽¹⁴⁾

Miller en el año 1995 propuso una clasificación teniendo en consideración algunos parámetros clínicos para los efectos recesivos de los tejidos blandos. Esta clasificación es una de las más empleadas actualmente a la hora de realizar trabajos clínicos y trabajos de investigación. Porque es entendible y sencilla proporcionando una idea sobre el pronóstico del tratamiento que realizaremos ⁽¹⁴⁾.

1.1.5.1. CLASIFICACIÓN DE MILLER

A. CLASE I

“Recesión del tejido marginal que se desarrolla hasta la unión mucogingivales. No presenta desgaste del tejido periodontal en el área interproximal”. ⁽¹⁴⁾

B. CLASE II

“Recesión del tejido marginal que se desarrolla hasta o más allá de la línea mucogingivales. No presenta desgaste del tejido periodontal en el área interproximal”. ⁽¹⁴⁾

C. CLASE III

“Recesión gingival del tejido marginal que se desarrolla hasta o más lejos de la línea mucogingivales. presencia de una mala posición dentaria o ligera pérdida del tejido periodontal en el área interproximal, el tejido blando interdental hacia apical de cemento

esmalte, pero permanece coronal a la extensión apical de la presencia de recesión de tejido marginal”. (14)

D. CLASE IV

“Recesión del tejido marginal que se desarrolla hasta o más allá de la línea mucogingivales. Hay una mal posición dentaria o también puede registrar una pérdida muy severa de hueso interdental y el tejido blando se debe estar ubicado a nivel de la extensión apical de la recesión del tejido marginal”. (14).

1.1.6 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES

En las enfermedades gingivales existen diversas características que se encuentran presentes en la generalidad de los casos de la enfermedad gingival, y que nos permiten identificarla teniendo presente solo los signos o síntomas que se encuentra presente en la encía mas no del periodonto. Ya que no estaríamos identificando netamente enfermedades gingivales. (15)

Todas ellas se caracterizan por:

- ✓ Presencia de biofilm que empeora la severidad de la lesión.
- ✓ Son reversible si eliminamos los factores que la ocasionaron.
- ✓ Por tener una conexión importante en el desgaste de inserción alrededor de los dientes. (15)

Clínicamente nosotros podemos observar una encía con presencia de inflamación, con el contorno gingival alargado por motivo de la presencia de edema o fibrosis, presentan una coloración rojiza o azulada y sobre todo una temperatura sucular elevada. Otra de las características es que presenta sangrado al sondaje (15).

Todos los signos ya antes mencionados se encuentran aliados a periodontos sin pérdida de inserción o en periodontos estables reducidos. Los signos de inflamación pueden ser inspeccionados

durante la examinación del paciente de manera visual, la cual hace mucho más fácil el diagnóstico. Para la detección de la anomalía es necesario tener la sonda descartando la inexistencia de pérdida de inserción y podemos confirmar la presencia de alteración gingival como diagnóstico. Las peculiaridades que debemos encontrar en la encía para el diagnóstico correcto fueron dadas por Mariotti, en el año 1999 según la ubicación que presenta los signos de la encía, la gingivitis recién puede ser clasificada como gingivitis generalizada o gingivitis localizada., según este afectando a todos los dientes de la boca o este asociado a todas las encías de la boca. ⁽¹⁵⁾

La alteración presentada en la encía puede localizarse a nivel papilar cuando esta exclusivamente solo afecta a las papilas y cuando afecta a nivel marginal se le denominara gingivitis marginal, o puede tratarse de una afectación difusa pudiendo extenderse hasta una encía insertada. Es importante tener en cuenta que en la enfermedad de gingivitis siempre se encuentra la placa presente desde el inicio, la cual siempre va a ser encargada de empezar o empeorar la severidad de la lesión presentada. Los factores sistémicos o los factores locales pueden modificar la respuesta del huésped ante cúmulos pequeños, haciendo una clínica llamativa o puede ser en casos que contengan gran depósito. Lo que se entendería que en los casos de la placa no es cuantitativa ni cualitativa y sin embargo se presencia una inflamación en la encía. ⁽¹⁵⁾

1.1.7. RECESIÓN GINGIVAL COMO PROBLEMA CLÍNICO

Consideramos un problema clínico la recesión gingival al existir un descubrimiento a nivel radicular de la pieza dentaria, sumando a esto un problema para la persona como los riesgos de que padezca dolor, presencia de la sensibilidad y posterior mente la formación de caries a nivel radicular de la pieza, todo esto puede influir en la confianza de la persona que lo padece ya que afecta estética y emocionalmente. ⁽¹⁵⁾

1.1.7.1. ETIOLOGÍA DE LA RECESIÓN GINGIVAL

Según Medina Ardila (2009) las determinaciones de la etiología para las recesiones gingivales tienen una serie de factores desencadenantes entre ellas abarcan, inflamación; cepillado traumático; laceración gingival; iatrogenia; una prótesis removible con un diseño inadecuado; la presencia de márgenes subgingivales; movimientos ortodóntico inadecuados. ⁽¹⁶⁾

Según el autor Salomón Olusegun Nwhator y Cols (2010) da a conocer que la etiología para las recesiones gingivales se encuentra aún incierta, pero que uno de los factores que están directamente implicados y se encuentran incluidos son, trauma al cepillado dental, el uso de moldadientes, la presencia de la inserción alta de frenillo, el inadecuado movimiento ortodóntico, las consecuencias de la abrasión el desalinamiento dental, pacientes que fuman diaria, tabaco, y la presencia de cálculo dental. Uno de los porcentajes más altos se registra en los caucásicos que tienen entre los 69% y el 100%. El porcentaje más bajo se ha registrado entre los nigerianos, dando como resultado que uno de los factores variables es la edad, está relacionado con la presencia de recesión de un individuo, tenemos como otros factores que se involucran a la abrasión y la acumulación de placa bacteriana que son factores que más se acercan al diagnóstico de la presencia de recesión gingival. ⁽¹⁷⁾

Ante estos estudios también toman en cuenta el estrés como uno de los factores de riesgo para que se pueda desarrollar la enfermedad periodontal, teniendo en cuenta que las personas estresadas presentan los peores niveles de higiene oral, asociándolo a una falta de atención adecuada y de manera consecutiva a unos escasos de atención dental. Muchos de los pacientes con diagnóstico de estrés se encuentran relacionados con el consumo de tabaco y una depresión del sistema inmune. ⁽¹⁷⁾

En el simposio mundial de la Academia América de Periodoncia, durante el año 1996, se dio la definición de tejido marginal, además de la encía, se encuentran vinculados también otros elementos como tejido periodontal, como hueso alveolar, ligamento periodontal, el cemento y no solo específicamente la encía. Se inicia la recesión por medio de la presencia de la inflamación que con lleva a invaginación del epitelio hacia dentro del tejido conjuntivo. en el caso del tejido conjuntivo delgado hay mayor probabilidad que la presencia de recesión sea mucho mayor o se vuelva mayor. ⁽¹⁷⁾

Barbieri Petrelli G, Mateos Ramirez L, Bascones Martinez A (2003) Los autores dan a conocer que en la actualidad existen diversas teorías para poder explicar las causas que producen la recesión gingival. Hay una teoría que explica el margen gingival no se desplaza de manera apical, sino que este permanece estático durante el movimiento del diente oclusalmente por erupción. Esta teoría parece no ser correcta ya que en los dientes que presentaron extracción por tratamiento ortodónticos y fueron estudiados la adherencia epitelial mantuvieron la misma posición. De manera adicional algunos dientes con la sobre erupción severamente, no presentaron recesión gingival. ⁽¹⁷⁾

Santarelli y cols Define una de las teorías más aceptadas es la de formación de recesiones gingivales ⁽¹⁷⁾. Estos autores afirman que la presencia de la recesión gingival se debe a la inflamación del tejido conectivo de la encía libre y la posterior pérdida. según los autores dan a conocer que, el epitelio oral se desplaza hacia los bordes del tejido conectivo destruido. es importante mencionar que la presencia de las recesiones gingivales causada por la acumulación de placa y tártaro ⁽¹⁶⁾

1.1.7.2. PATOGÉNESIS DE LA RECESIÓN GINGIVAL

Cavenagui, Caccianiga, Baldoni, & Lamedica, en el año 2000 "Nos dicen que al referirnos al mecanismo patogénico de las recesiones gingivales está directamente relacionado con la interrupción de la integridad del epitelio. Teniendo como consecuencia, el problema

inflamatorio destruye el tejido conectivo subyacente, en tanto que el epitelio migra a lo largo de los márgenes de la lesión en el tejido conectivo. El desarrollo de la lesión va a dar lugar a la interrupción del tejido conectivo y a la consiguiente unión del epitelio oral con el epitelio de surco unión. El aspecto clínico inicial es una ligera ulcera, con márgenes enrojecidos y que duelen al cepillado. Cuanto mayor sea la infiltración microbiana más profundas será la lesión” (19)

A. La placa bacteriana.

Según el autor Medina que la presencia de la inflamación consecuente y que el infiltrado inflamatorio se extiende en el tejido conjuntivo de sentido apical y en todo el sentido, las cuales las proyecciones epiteliales que se forman en el surco se pueden encontrar y se pueden comprometer con aquellas del epitelio oral en las zonas donde las encías marginales son muy delgadas. Mientras que el epitelio conjuntivo se degenera entre los dos epitelios puede ser ocupado por el proliferante y emigrante epitelio del surco. (11)

La encía delgada puede desarrollar una anastomosis entre el epitelio del surco y el epitelio gingival oral como consecuencia de la cercanía de estar entre ambos, por lo tanto una zona que inicialmente se encontraba formada por tejido conjuntivo ahora se encuentra ocupada por tejido epitelial, la cual se encuentra susceptible a la degeneración. (11)

Según el autor nos da a conocer que el principal factor de la recesión gingival es la acumulación de la placa bacteriana, la cual produce la inflamación de la encía y sumándole a todo esto más factores de riesgo , entre ellos el trauma por el cepillado , el contacto con cuerpos extraños en la encía , la anatomía dentaria como la mal posición dentaria, la mala técnica de cepillado dental , la incorrecta posición del frenillo , el consumo excesivo del tabaquismo y iatrogenia , en todos los dientes que se pudieron examinar una de las prevalencias con mayor porcentaje fueron los incisivos inferiores mandibulares. (21)

Señalo que en los resultados que obtuvo en el Hospital de Bhimavaram en personas de menos de 35 años que fueron examinadas se encontró un alto porcentaje de recesión gingival en los incisivos centrales y laterales mandibulares, seguido de las primeras molares superior y segundas molares inferiores. Las cuales estos resultados contrastaron con los resultados que fueron basados en un estudio realizado en Reino Unido, la cual se halló un alto porcentaje de recesiones gingivales en los caninos superiores, primer premolar superior, caninos inferiores, primer premolar e incisivos inferiores entre las edades que comprenden de 25 hasta los 70 años. S. Reddy Manchala en el año 2012 tenemos que entre los resultados obtenidos también tenemos que más de un 80 % de individuos que tienen 35 años de edad tenían más de 40 % de los dientes con presencia de cálculo dental las cuales tenían estaban asociados a recesión gingival. Examinando a los pacientes determino que el hábito de fumar está involucrado con la presencia de recesión gingival tanto local como generalizada, comprendida entre las edades menores de 35 años y mayores de 35 años que fueron estadísticamente significativos ⁽²¹⁾.

Powell y Mclinhry (1982) Nos dice que la inflamación gingival que es inducida por la placa bacteriana es un factor muy importante en la recesión gingival, también toma en cuenta la posición del labio o de los dientes, quienes aceleran el proceso. ⁽¹⁹⁾

Medina Ardila (2009) Nos dice “En poblaciones con buena higiene bucal se ha observado que las recesiones se presentan más en dientes unirradiculares, que en molares” ⁽¹⁶⁾.

C. La edad

Medina Ardila (2009) Según las últimas investigaciones dan a conocer que hay una alta prevalencia en el aumento de las recesiones en las poblaciones del mundo, la cual después de la quinta década aumenta de manera significativa. Estos resultados dan motivación a ciertos investigadores deduzcan que es un proceso fisiológico que está directamente vinculado al envejecimiento ⁽¹⁶⁾.

D. El Tabaco.

El autor considera que el tabaco está estimado como un factor que está relacionado con el desarrollo de las recesiones gingivales , compartiendo de esta manera con otros científicos que los jóvenes adultos fumadores con una mínima destrucción periodontal tiene mayor presencia de recesión gingival , que la de las personas no fumadoras , el autor tomo en cuenta el género , la edad , la etnia y el índice de placa de cada paciente ; pero Muller en su estudio llega a la conclusión que la hipótesis de los fumadores incrementan el riesgo de desarrollar la recesión gingival no es apoyada y no lo apoya , ya que en su estudio obtuvo como resultado que no tuvo una diferencia significativa entre fumadores y no fumadores. (22)

Mileina Guerreiro Marini (2004) El autor muestra que las observaciones realizadas en los estudios tanto en adultos, la extensión, la prevalencia, la severidad de las recesiones gingivales hay una diferencia considerable entre las poblaciones donde se realizaron los estudios. (23)

E. El Cepillado de dientes

Checchi, Daprile, Gatto & Pelliccioni, 1999, mencionan que los pacientes que presentan una higiene dental muy cuidada, con la presencia de una mal posición dentaria y el cepillo con cerdas duras pueden ocasionar una recesión dentaria, la cual la recesión se puede dar en pacientes con una muy buena higiene dental. También hace referencia que autores como (Alexander y col 1997, Breitenmoser y col 1979. Bjo rn y col. 1981, Neimi y col .1984, Khocht y col 1993) Estudiaron las diferentes variables de los cepillos dentales las cuales fueron; tipos de cepillos dental, técnicas de cepillado dental, frecuencia de cepillado dental. (24)

La cual obtuvieron como resultado que la alta frecuencia de cepillado dental y las características de los cepillos dentales de cerdas duras y filudas son las más perjudiciales para la salud gingival. Dando como

alto interés que, en el estudio realizado, la técnica de cepillado fue la segunda causa de las recesiones gingivales y que los movimientos realizados como horizontal, vertical o el movimiento rotatorio puede ser causante de las recesiones gingivales. Como pudieron observarlo clínicamente en los pacientes examinados. ⁽²⁴⁾

Sunethra Rajapakse y Col (2007) Estudiaron la relación del cepillado dental y la recesión gingival, realizando una revisión sistemática, la cual estudiaron el efecto que tiene el cepillo de dientes durante el inicio y la progresión en la presencia de la progresión gingival no inflamatoria, en unos de los estudios realizados obtuvieron como conclusión que los cepillos de dientes reducen significativamente las recesiones gingivales sobre las superficies bucales en más de 18 meses. también otros estudios revisados que hay un resultado positivo entre la frecuencia del cepillado de los dientes y la recesión gingival. ⁽²⁶⁾

En otros estudios revisados dieron como resultado que uno de los factores fue la duración del cepillado dental, teniendo en cuenta la técnica de cepillado dental, la fuerza que el paciente ejerce durante el cepillado dental, el cambio del cepillado dental, la técnica que emplea el paciente para el cepillado dental, la dureza de las cerdas del cepillo dental. ⁽²⁶⁾

En los estudios observacionales ninguno cumplió con los criterios para la evaluación la cual no pudo ser una evaluación valida de calidad. en conclusión, determino que los datos apoyan o también refutan la asociación que hay entre el cepillado de los dientes y la recesión gingival no son concluyentes. ⁽²⁵⁾

F. Trauma Oclusal y Recesiones

La relación entre la oclusión y el periodonto es importante para una salud bucal exitosa, cuando hay mayor presencia entre el maxilar superior y la mandíbula en una posición de máxima intercuspidad, en el momento de la protrusión, la latero protrusión y laterales a una

des oclusión de manera inmediata en forma de una guía anterior, oclusión mutuamente protegida. El periodonto de esta manera se encuentra adecuadamente protegida de las fuerzas perjudiciales céntricas o excéntricas y en el momento que una cúspide soporte las fuerzas al momento del cierre, afecta a la resistencia periodontal.⁽¹¹⁾

El papel de la oclusión patológica y la recesión gingival aún no se han investigado de una manera adecuada. Se pensó adecuado investigar la asociación de trauma oclusal con la recesión gingival que de otra manera se encuentran libres de la presencia de cálculo y de otros factores etiológicos que causan la recesión gingival. El estudio realizado tuvo como conclusión que la recesión gingival se relaciona con la función en grupo en un 60 % en comparación con la guía canina que presento un 40 %. En los pacientes que presentaron guía canina está a la mira la presencia de recesión en las superficies labiales anteriores en un 75%.⁽¹¹⁾

Mientras tanto en la oclusión la función de grupo, la recesión fue de manera igualitaria en las caras anteriores inferiores en un 85 % cuando se presentaba la ausencia de des oclusión anterior en máxima intercuspidad. Las recesiones gingivales fueron relacionadas con las interferencias en movimientos de lateroprotrucivos, mediotrusivos y protrucivos. Todo esto fueron observado en dientes posteriores del maxilar, el resultado fue que entre la oclusión mutuamente protegida y la incidencia de recesiones no hubo significancia, en las personas estudiadas el 80% no presentaron oclusión mutuamente protegida.⁽¹¹⁾

Siempre se pensó que hay una relación muy significativa entre la etiología de la recesión gingival con las diferentes formas de trauma de los tejidos gingivales, entre ellos ya mencionados el cepillo, los frenillos aberrantes, la injuria oclusal, los malos procedimientos de operatoria dental y el consumo de tabaco.⁽¹¹⁾

(Krisha Prasad, Sridhar, Shedhar y Shetty & Salomon) Los diferentes estudios clínicos realizados y los reportes de casos tuvieron como objetivo asociar la recesión gingival con el trauma crónico entre ellos tomando en cuenta los cuerpos extraños en la encía. ⁽²⁶⁾

En uno de los reportes de los casos clínicos el autor, Er y Cols, dieron a conocer un caso muy inusual de recesión gingival causado por el trauma producido por la colocación de un piercing en el labio inferior. ⁽²⁷⁾

El cepillado traumático es uno de los factores considerado por los autores para la recesión gingival. Los efectos ocasionados por el cepillado han sido estudiados por diferentes autores e investigadores dando como resultado que el uso brusco del cepillado y la mala técnica de cepillado pueden producir recesión. ⁽²⁸⁾

Gillerte y Van House En un estudio realizado dan como resultado que la recesión gingival debido al cepillado traumático se encuentra localizado en las superficies vestibulares, y continuamente se encuentra en forma de “v” y muchos de los casos está asociado a abrasión dentaria. ⁽²⁸⁾

Los estudios realizados por Addy y Cols (citado por Kassab y Cohen) reforzaron que el cepillo traumático podría estar directamente asociado con la recesión gingival ; también encontraron como resultado durante su investigación que las recesiones gingivales vestibulares se muestran en mayor porcentaje y con mayor frecuencia en el lado izquierdo de la mandíbula .Estos resultados se ven relacionados con el hecho que la mayoría de los pacientes examinados y personas son diestros y ellos se cepillan con mayor intensidad en el lado izquierdo de la boca. Otro estudio realizado en el año 1987 se investigó a pacientes con presencia de hipersensibilidad dental y se obtuvo como resultado que la presencia de hipersensibilidad dentaria se encontraba en el lado izquierdo de la boca de los pacientes relacionado a un porcentaje mayor de recesiones gingivales en ese lado. ⁽²⁹⁾

Niemi en 1984 nos dio a conocer que los dientes con presencia de recesión gingival y presencia de hipersensibilidad dental tienen un menor porcentaje de placa acumulada. Uno de los tipos de trauma asociados a los desarrollos de las recesiones gingivales ha sido la aplicación del tratamiento de alisado radicular en dientes con presencia de bolsas periodontales de poca profundidad al sondaje. ⁽²⁸⁾

El estudio realizado por: Wenstromm y Baker dan como una sugerencia que, ante la presencia de una cresta ósea inadecuada, la mala técnica de cepillado inducirá a la formación de recesiones gingivales por la acción de generar un trauma inducido y repetido sobre el tejido gingival que en su mayoría o este inflamado o es delgado ⁽²⁹⁾.

G. Higiene Bucal

Cuando hay una buena higiene bucal , la cantidad que podamos tener de encía queratinizado no presta a mayor importancia como lo menciona Medina Ardil (2009) “se consideraba que la encía queratinizado era necesaria para conservar la salud gingival , prevenir la recesión marginal gingival y mantener los niveles de inserción, ha sido cuestionada la necesidad para incrementar la cantidad de encía queratinizado, ya que se ha demostrado que mínimas cantidades son compatibles con condiciones periodontales saludables , siempre y cuando existan un adecuado control de placa bacteriana. Este hallazgo fue corroborado histológicamente por Wennstron aclaró, como dientes desprovistos de encía queratinizado en presencia de buena higiene oral, mantenían los niveles de inserción clínica sin presentar signos de retracción gingival durante largos periodos de tiempos, cuando se comparaban con dientes control con encía queratinizado”. ⁽¹⁸⁾

Se ha encontrado en los estudios que personas con excelente higiene oral al ser examinadas se encuentra la presencia de recesiones gingivales con mayor predominio en superficies vestibulares a diferencia a las superficies interproximal y linguales. ⁽³⁰⁾

1.1.4 FACTORES ASOCIADOS A RECESIONES GINGIVALES

Los factores relacionados son:

1.1.4.1 FACTORES PREDISPONENTES

Son acondicionamientos morfológicos-anatómicos quienes van a determinar la posición del margen de la encía, las cuales son:

- ✓ Edad.
- ✓ Frenillos
- ✓ Mal posición dentaria
- ✓ Fenestraciones y dehiscencia del hueso alveolar

1. EDAD:

La definición del concepto es edad de un ser vivo, hace referencia al tiempo que ha pasado, se utiliza comúnmente para elegir el tiempo que ha vivido una persona ⁽¹⁴⁾

Los autores revisados nos dicen que la edad es uno de los factores que dan como origen la presencia de la recesión gingival. Dentro de los estudios que realizaron para relacionar la edad con la etiología se llama " el estudio longitudinal a 20 años realizado por Loe y cols ⁽²³⁾

En el año 1969, uno de los estudios importantes fue realizado por Albandar y Kingman ⁽¹⁷⁾. Estudios como el de Susin y cols ⁽³¹⁾ y del investigador Marini realizado durante el año 2004 dieron por válido los hallazgos en las poblaciones de Brasil. ⁽³²⁾

2. FRENILLOS

La presencia de frenillo labial que se encuentra insertado en una posición inadecuada que produce hacer la tracción del labio incitando que la encía se desprenda del diente y a su vez se retraiga. ⁽³¹⁾

3. MAL POSICIÓN DENTARIA

La mala colusión dentaria o mal posición dentaria hace referencia de un contacto incorrecto entre las arcadas superior y la arcada inferior o una mala alineación de las piezas dentarias ocasionando la retracción de las encías. ⁽¹⁴⁾

4. FENESTRACIÓN Y DESHICENCIA DEL HUESO ALVEOLAR

Una dehiscencia alveolar tiene como concepto el fallo de la placa ósea alveolar puede ser vestibular o lingual que puede resultar en una superficie radicular despojada ⁽³⁷⁾ En el proceso alveolar las deformidades presentes durante los procedimientos mucogingivales registran procesos quirúrgicos complicados que afectan altamente al éxito del tratamiento. ⁽¹⁴⁾ Un estudio quirúrgico realizado en el año 1997 dio a conocer la relación entre recesiones gingivales con dehiscencia Óseas ⁽²⁹⁾.

Para los autores Olsson y Lindhe las dehiscencias óseas se encontrarían registradas en los dientes en el que registran el grosor mucolingual de una raíz es similar o también puede exceder al grosor del hueso alveolar. Los mismos autores también dieron a conocer que los individuos que presentan un biotipo morfológico con características de dientes delgados y largos es más probable que desarrolle dehiscencias óseas en comparación a las personas que registran dientes cortos y dientes anchos ⁽³³⁾.

Los autores Kassab y Cohen dan a conocer que en los casos que observamos la figura de recesión gingival debemos tener en cuenta que la presencia subyacente de dehiscencias óseas ⁽²⁴⁾

1.1.8.2. FACTORES DETERMINANTES

Son los que inciden de manera directa para la conformación de la recesión gingival, los que destacan:

1. Trauma del cepillado
2. Enfermedad periodontal
3. Tratamiento ortodóntico

La recesión gingival es una enfermedad que se encuentra presente en la mayoría de las personas adultas sobre todo que presentan enfermedad periodontal avanzada o de etapa inicial ^(31,3,4,5) pero también ha sido diagnosticada en personas sanas periodontalmente ^(5,34) Varios de los factores han sido estimados principalmente como una causa principal de aparición y también de su evolución ⁽³³⁾.

Los efectos del tratamiento ortodóntico tienen consecuencias diferentes sobre el periodonto en adolescentes a diferencia de los adultos, ya que en lo adolescente presentan un periodonto más joven y favorece al proceso de cicatrización. Una revisión realizada de manera sistemática concluyo que 17 estudios que son para análisis: se realizaron 6 estudios experimentales en animales y 11 estudios clínicos retrospectivos. los dientes inducidos ortodonticamente la mayoría, tuvieron mayor incidencia y severidad de recesión gingival. ⁽³³⁾

El trauma del cepillado:

Ejercido sobre la fuerza que se hace al cepillarse y también a las lesiones que están asociadas a la placa bacteriana son uno de los principales antecedentes más importantes ^(10,11)

El cepillo traumático es uno de los factores de la etiología de la recesión gingival, las cuales los efectos de los inadecuados cepillados han sido aprendidos por muchos investigadores la cual dice que hay un uso inadecuado, incorrecto del cepillo dental pudiendo producir y desarrollar algún tipo de recesión gingival. Un estudio que realizó Guillete y Van House descubrió que la recesión gingival debido a cepillado traumático se encontró localizado en las superficies vestibulares como característica clínica. Se ve frecuentemente en una forma específica de "v" y también mayoría de las veces es asociada a la abrasión de sus bocas. En 28 investigaciones entre los años 196 y 2006 sobre la influencia del cepillado que provocan la recesión gingival dieron los sucesivos resultados: Dos investigaciones no se encontraron

ninguna asociación entre la frecuencia de cepillado y el desarrollo de la recesión gingival vestibulares, Vehkalahti y cols. En el año 1989 los autores dieron a conocer un riesgo significativo de desarrollar las recesiones gingivales en aquellos pacientes que tienen como hábito cepillarse una vez al día a diferencia de los pacientes que se cepillan más de una vez al día. El estudio realizado más reciente dio como conclusión que la fuerza aplicada se vincula elocuentemente con el aumento de recesiones gingivales. Esta revisión sistemática discutió el hecho de que todos los estudios analizados fueron de tipo observacionales o de estudios transversales, lo que imposibilita que se establezca la relación la asocia entre el factor de riesgo y el desarrollo de la recesión gingival. ⁽¹⁰⁾

Enfermedad Periodontal:

La enfermedad periodontal tiene una amplia información en la literatura, se describe como una enfermedad inflamatoria – infecciosa la cual su progresión conlleva a su degradación de los tejidos de soporte del diente. Todos estos factores llevan a la formación del saco periodontal, pérdida ósea y de la inserción clínica, da como resultado que: es la formación de las recesiones gingivales. (Botero JE y col.2010) El estudio realizado en Tanzania en pacientes con un rango de edad de 45 a 64 años obtuvieron una porcentaje de 65% a diferencia de estados unidos donde la tasa fue mucho menos , una de las desventajas que presenta algunos países es la mayor cantidad de cálculo supra y sublingual en comparación con los otros países .es de ese resultado dónde podemos asociar entre la tasa de recesiones gingivales y la cantidad acumulada de placa bacteriana y como respuesta la inflamación gingival en el desarrollo de recesiones gingivales. ⁽¹⁰⁾

Tratamiento Ortodóntico:

El tratamiento ortodóntico es el componente fisiológico más importante, trata del movimiento ortodónticos de los dientes a posiciones que se encuentran afuera de la cortical alveolar vestibular o lingual, la cual también llevan a desarrollar las dehiscencias óseas. ⁽¹⁰⁾

1.1.8.3. FACTOR PATOLÓGICO

Incluyen una reabsorción ósea como un derivado de un padecimiento periodontal desarrollada, incitada por los microorganismos. Teniendo en cuenta estos casos el problema de recesión gingival puede presentarse mucho más complejo por motivo de extracción, inclinación o porque puede registrar movilidad dentaria. ⁽¹⁶⁾

El autor Braker realizó un estudio en ratas y demostró el mecanismo para la producción de la recesión gingival. El autor demostró que la pérdida de adherencia se originó por un proceso inflamatorio que se encontraba en el tejido conectivo con el acaparamiento de las células ⁽¹⁶⁾

Demostraron que el proceso inflamatorio podría persistir aun presentando el proceso de inflamación y es por eso por lo que no se podría eliminar como factor de la recesión gingival. Hay estudios realizados con monos que demostraron la relación existente entre las recesiones gingivales y la inflamación del tejido conectivo periodontal ^(34,35,36,37)

Enfermedades Gingivales

Las enfermedades gingivales se encuentran con una variación de patologías que pueden ser complejas y diferentes que se encuentran en la parte de la encía. ⁽¹⁶⁾

Las alteraciones gingivales no solo se basan de manera objetiva en su gravedad, sino que también en la parte de la prevalencia de la enfermedad registrada en la población. Las enfermedades gingivales conforman una gran variedad en el que se puede observar problemas tanto de origen inflamatorio, pero también puede estar relacionado de un origen genético, alteraciones sistémicas o de origen traumático ⁽¹⁶⁾.
Clasificación ⁽³⁰⁾

Enfermedades Gingivales

A. Enfermedades gingivales asociadas a placa

- Gingivitis asociada a placa dental
- Gingivitis modificada por factores sistémicos
- Gingivitis modificada por medicamentos
- Gingivitis modificada por malnutrición. ⁽³⁰⁾

B. Enfermedades gingivales no asociadas a placa dental ⁽³⁰⁾

- Enfermedades gingivales de origen bacteriano
- Enfermedades gingivales de origen viral
- Enfermedades gingivales por hongos
- Enfermedades gingivales de origen genético
- Gingivitis como manifestación de condiciones sistémicas
- Lesiones traumáticas
- Reacciones a cuerpo extraño
- Otro no específicos ⁽³⁰⁾

1.1.9. OTROS FACTORES

Según Romanelli, existen dos clasificaciones grandes de causas de recesión gingival ⁽³⁰⁾

- Las derivadas de la enfermedad periodontal, sus secuelas y su tratamiento.
- Las de origen traumático. ⁽³⁰⁾

En la literatura revisada se hace mención de algunos factores que lo califican en factores predisponentes y precipitantes, de acuerdo con cómo va desarrollando la recesión gingival. Todos los factores deben ser evaluados clínicamente en los pacientes para poder tomar una prevención en el futuro desarrollo de una recesión gingival o poder corregir algún defecto encontrado y existentes en el paciente. Teniendo en cuenta los factores predisponentes tenemos las características anatómicas y fisiológicas de cada paciente que podrían ayudar al desarrollo de las recesiones gingivales, dentro de los factores podemos encontrar ⁽³⁰⁾

- Relacionado con biotipo gingival, corticales delgadas, periodonto delgado y festoneado, forma triangular de las piezas dentarias.
- Dehiscencias y Fenestraciones
- Mal posición dentaria. Especialmente las vestibularizaciones.
- Ubicación de los dientes en los puntos de curvatura del arco dentario (por ejemplo, caninos o primeros premolares)
- Inserción de frenillos.
- Ausencia de encía insertada
- Edad
- Movilidad dentaria
- Trauma Oclusal
- Trauma oclusal. Duración e intensidad

Los factores desencadenantes iniciarían el progreso de una recesión gingival, involucrados o no por los factores predisponentes.

Dentro de los factores tenemos a los siguientes ⁽³⁰⁾

- Inflamación gingival.
- Obturaciones, prótesis fija y prótesis removibles mal diseñadas.
- Laceraciones, traumatismos.
- Cepillado Traumático.
- Hábitos orales lesivos.
- Enfermedad periodontal.
- Tratamiento periodontal.

Índice de higiene oral simplificado de Green y Vermillion.

Aguilar A. Cañamas S. Ibañez.C. Gil L (2003) los autores en el estudio se utilizó el Índice de Higiene Oral Simplificado de Green y Vermillion la cual examina la extensión coronaria de la placa y lo otro es la extensión coronaria de cálculos supra gingival y subgingivales. ⁽³⁰⁾

La forma de calificar para el índice de placa blanda es: Si no hay presencia de placa ni manchas se coloca 0; cuando hay residuos de características blandas que cubren 1/3 de la superficie dentaria se le

coloca 1; cuando hay residuos blandos que cubren más de 1/3 pero menos de 2/3 de la superficie dentaria se le coloca 2; cuando hay residuos blandos que cubren más de 2/3 de una superficie dentaria se le coloca 3 ⁽³⁸⁾

Los criterios de calificar el índice de cálculo es ; cuando no hay presencia de cálculo en el área subgingivales ni tampoco en el área supra gingival se le coloca 0 ; cuando hay presencia de cálculo supra gingival que va a cubrir menos de 1/3 de la superficie dentaria y sin la presencia del cálculo subgingivales se le coloca 1; cuando hay presencia de cálculo de supra gingival que cubre más de 1/3 pero cubre menos de 2/3 de la superficie dentaria y se puede observar depósitos de cálculos subgingival se le coloca 2; cuando hay calculo supragingival cubra más de 2/3 de la superficie dental y también se puede observar una banda continua de cálculo subgingival se califica con 3. El promedio del índice de higiene se obtiene mediante los valores de los subíndices de placa bacteriana y cálculo. Los cuales se van a obtener de esta manera: placa bacteriana: suma de índice de la placa bacteriana / número de superficie examinada en el paciente. El cálculo sería: suma de índice de cálculo / número de superficie examinada. Los valores colocados son 0.0 – 1.2 es buena higiene; 1.3/3.0 es considerada higiene bucal regular; 3.1 – 6.0 es considerada mala higiene ⁽³⁰⁾.

1.1.9.1 FACTORES ETIOLÓGICOS

Los diferentes investigadores señalan que las recesiones gingivales muestran diversos factores etiológicos asociados. Debido a la diversidad de posibles factores contribuyentes, es complicado dar a conocer que personas presentan o no la recesión gingival.

Existen según investigaciones evidencias científicas que las causas que predominan de las recesiones gingivales es el cepillado traumático mayormente presentado en jóvenes, por lo contrario, en adulto según

las diversas investigaciones dan como mayor prevalencia a la enfermedad periodontal como causa principal ⁽³⁹⁾.

1.1.10. INDICACIONES

Las indicaciones para un buen tratamiento de las recesiones gingivales son ⁽³⁹⁾

- La presencia de hipersensibilidad radicular.
- La prevención de caries situadas a nivel cervical de las piezas dentarias.
- Recesiones localizadas con presencia problemas estéticos.
- Recesiones generalizadas con presencia de problemas estéticos. ⁽³⁹⁾

1.1.11. CONTRAINDICACIONES

En las contraindicaciones encontramos:

- Pacientes con enfermedades sistémicas
- Paciente con hábito de tabaco

El fumar en un paciente puede ser un factor muy importante de riesgo para el fracaso del tratamiento. Por lo que los tabacos interfieren en la cicatrización, muchos de los cuales no han sido identificados. No existe mucha controversia de que el hábito de fumar contribuye de manera significativa a la destrucción del periodonto y a la buena cicatrización después de la cirugía ⁽³²⁾.

En el año 2008 los autores Denise y col, hicieron un estudio comparativo para dar a conocer los diversos efectos que produce el humo de cigarro con el éxito de tratamiento de las recesiones gingivales de la clasificación de Miller (clase I y clase II). Se realizó el estudio con 22 casos de caninos y premolares clase I y clase II de la clasificación de Miller, de los cuales 11 pacientes presentaban como no fumadores y 11 pacientes presentaban como fumadores. Los pacientes fueron evaluados realizando un seguimiento observándose que a los 24 meses se observó que en los pacientes no fumadores presentaban una menor profundidad al sondaje tanto en el nivel de adherencia clínica

como en el espesor de la encía. Llegaron a la conclusión que los pacientes fumadores el humo del cigarrillo tiene influencia en el éxito del tratamiento y como consecuencia presentan un menor porcentaje de éxito en sus tratamientos ⁽⁴⁰⁾.

1.2.12. NUEVA CLASIFICACIÓN

El esquema de la clasificación periodontal que fue publicado en el año 1999 se modificó durante el intervalo del tiempo, la cual busco facilitar enfermedades y también incluir otras en lugar que agrupa la principal. Para obtener un acertado diagnóstico y un correcto tratamiento final, Por lo que, la Academia Americana de Periodoncia (AAP) y la Federación Europea de Periodoncia (EFP) realizaron un workshop con el fin de poder organizar una adecuada y nueva clasificación vigente, siendo publicada este año 2018. En esta nueva publicación se da a conocer una clasificación semejante para las enfermedades periodontales del año 1999 y en esta actual suman también las enfermedades peri implantarías. ⁽⁴¹⁾

CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES Y CONDICIONES PERIODONTALES Y PERIIMPLANTES 2017

a) ENFERMEDADES Y CONDICIONES PERIODONTALES:

- Salud periodontal enfermedades y afecciones gingivales:
 - ❖ Salud periodontal y salud gingival: Salud gingival clínica en un periodonto intacto, salud gingival clínica en un periodonto reducido se subdivide en paciente con periodontitis estables y paciente sin periodontitis. ⁽⁴¹⁾
 - ❖ Gingivitis: inducida por Biopelícula dental
Asociado solo con biofilm dental, Mediado por factores de riesgo sistémicos o locales, Agrandamiento gingival influenciado por fármacos. ⁽⁴¹⁾
 - ❖ Enfermedades gingivales: No inducida por Biopelícula dental tenemos

Trastornos genéticos del desarrollo, infecciones específicas, Condiciones inflamatorias e inmunes, procesos reactivos, neoplasmas, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, lesiones traumáticas, pigmentación gingival. ⁽⁴¹⁾

□ Periodontitis

❖ Enfermedad Periodontal Necrotizante: tenemos Gingivitis necrotizante, periodontitis necrotizante, estomatitis necrotizante. ⁽⁴¹⁾

❖ Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas

❖ Periodontitis: según la gravedad y la complejidad de la gestión

□ **Etapa 1:** periodontitis inicial

□ **Etapa 2:** periodontitis moderada

▪ **Etapa 3:** periodontitis severa con potencial para pérdida adicional de dientes. ⁽⁴¹⁾

▪ **Etapa 4:** Periodontitis severa con potencial de pérdida de la dentición⁽⁴¹⁾

○ **Extensión y Distribución:** Distribución incisiva localizada, generalizada, molar ⁽⁴¹⁾

○ **Grados:** Evidencia o riesgo de progresión rápida, respuesta anticipada al tratamiento tenemos al grado A: Lento ritmo de progresión, Grado B tasa de progresión moderada, Grado C, Tasa de progresión rápida ⁽⁴¹⁾

□ Otras condiciones que afectan el periodonto

❖ Enfermedades sistémicas que afectan a los tejidos periodontales, otras condiciones periodontales: Absceso periodontal y Lesiones periodontales endodónticas. ⁽⁴¹⁾

❖ Deformidades y afecciones mucogingivales tenemos: Fenotipo Gingival, recesión Gingival / Tejidos blandos, falta Gingival, disminución de la profundidad vestibular, aberrante frenillo / Posición muscular, exceso gingival, color anormal, condición de la superficie expuesta de las raíces. ⁽⁴¹⁾

❖ Fuerzas oclusales traumáticas tenemos: Trauma oclusal primario, trauma oclusal secundario, fuerzas de ortodoncia ⁽⁴¹⁾

❖ Factores relacionados con dientes y prótesis, tenemos a los factores relacionados con los dientes localizados y factores relacionados con las prótesis dentales localizadas ⁽⁴¹⁾

a) ENFERMEDAD Y AFECIONES PERI IMPLANTARIAS:

Tenemos a salud peri-implante, mucositis periimplantaria, peri implantáis

❖ Peri-implantes deficiencia de los tejidos duros y blandos: En esta nueva clasificación, nos ayuda a comprender mejor los ítems sobre salud periodontal, gingivitis y condiciones gingivales. Debemos considerar de suma importancia la diferencia entre una inflamación gingival en un sitio determinado o observar la presencia de dicha inflamación en otros lugares, siempre teniendo en cuenta que como parámetro principal se debe realizar un sondaje en las piezas, observando clínicamente si hay presencia de hemorragias y presencia de bolsa residual. Entonces la enfermedad periodontal y la inflamación gingival que se encuentran presenten en algunos casos del periodonto reducido en diferentes individuos puede desencadenar una periodontitis por la cual se debe seguir con un tratamiento continuo y estable. Ya que esta enfermedad es para toda una vida así tengamos un tratamiento exitoso y adecuado, a diferencia de una enfermedad gingival que este es reversible (regresando a su estado inicial) ⁽⁴¹⁾.

En el transcurrir de los años la clasificación de la periodontitis se fue modificando, en el año 1989 la clasificación de la periodontitis agrupaba diferentes variables por ejemplo: el inicio, la edad en la que empezó y la progresión. Entonces la clasificación se dio en: Periodontitis prepuberal, periodontitis juvenil que puede ser localizada o generalizada, periodontitis adulta. ⁽⁴¹⁾

En el año 1993 en Europa realizaron una modificación a la clasificación anterior, teniendo la periodontitis adulta, periodontitis de inicio temprano. Pero en el año 1999 se dio la clasificación en periodontitis aguda, crónica dividiéndola en localizada y crónica, periodontitis necrosante y enfermedades sistémicas. En la actualidad la clasificación de la periodontitis también incluye a las enfermedades sistémicas,

lesiones en tejidos de soporte del periodonto, enfermedades neoplásicas, factores relacionados con la prótesis, deformidades y condiciones adquiridas en la enfermedad periodontal, condiciones mucogingivales, traumatismo oclusal, fuerzas oclusales traumáticas, enfermedades y condiciones peri-implantes, salud peri-implantes, mucositis peri-implantes, implantes de tejidos duros y blandos. ⁽⁴²⁾

A continuación, explicaremos los ítems de la nueva clasificación que ha sido publicado este año y cuáles son los requerimientos que debe de tener para que sea diagnosticado. Cuando nos referimos a enfermedades y condiciones periodontales dentro de ella se encuentra salud periodontal y afecciones gingivales ⁽⁴³⁾

- Salud periodontal y salud gingival
- Salud gingival clínica en un periodonto intacto

Al hacer referencia a salud gingival en un periodonto intacto se va a determinar el diagnóstico del individuo teniendo en consideración ciertos parámetros, no presentara pérdida ósea radiográfica (localizada y generalizada), sondaje (localizado y generalizado) y el puntaje de BOP (localizado: $\geq 10\%$, $\leq 30\%$ y generalizado: $> 30\%$). ⁽⁴³⁾

- Salud gingival clínica en un periodonto reducido

Observamos que un periodonto de tiempo reducido va a tener lo siguiente: sí presentaran pérdida de sondeo (localizado, generalizado), posible pérdida del hueso radiográfico (localizado, generalizado), profundidad de sondeo (localizado: $\leq 3\text{mm}$, generalizado: $\geq 3\text{mm}$ y una puntuación de BOP (localizado: $\geq 10\% \leq 30\%$, generalizado: $> 30\%$). ⁽⁴³⁾

- Paciente con periodontitis estables y paciente sin periodontitis ⁽⁴³⁾
- ✓ Gingivitis: inducida por Biopelícula dental

Cuando nos referimos a gingivitis es una inflamación a nivel de las encías, esta inflamación se va a dar en zonas donde presenta un acumulo de placa bacteriana, presentando como características: enrojecimiento gingival, edema, puede presentar sangrados espontáneos. Los índices gingivales nos ayudan a como realizar un sondaje colocando en un ángulo de 45 grados y de 1 a 2 mm del margen gingival lo cual nos arrojará ciertos valores, cuando presenta un valor de 0: ausencia de

inflamación, valor de 1: inflamación leve (cambio de color y cambio de textura) , valor de 2 : inflamación moderada(enrojecimiento, edema e hipertrofia, sangrado a la palpación) valor a 3: inflamación severa (marcado enrojecimiento, hipertrofia, ulceración con presencia a hemorragia).⁽⁴⁴⁾

Periodontitis

La periodontitis dentro de la enfermedad periodontal es una de las afecciones más avanzadas, de proceso bacteriano que va a afectar los tejidos de los dientes. El inicio y la continuidad de dicha enfermedad se da a cambios ecológicos en el microbiota como respuesta a los nutrientes de productos gingivales inflamatorios ubicándose dentro del área del surco gingival. ⁽⁴⁵⁾

✓ Enfermedad Periodontal Necrotizante

○ Gingivitis necrotizante

Tiene como característica principal esta enfermedad periodontal que presenta úlceras, tejido inflamatorio agudo producido por 4 zonas bacterianas, donde se encuentran en la zona superficial, zona rica en neutrófilos, zona necrótica y zona de infiltración bacteriana. ⁽⁴⁶⁾

○ Periodontitis necrotizante

Las siguientes características presenta una periodontitis necrosante la presencia de úlceras a nivel del margen gingival y mal olor. ⁽⁴⁷⁾

○ Estomatitis necrotizante

En la cavidad oral y el periodonto es una lesión muy grave donde los tejidos blandos se van a extender más allá de la encía generando necrosis, donde se puede producir una osteítis y formación de secuestro óseo. ⁽⁴⁶⁾

✓ Periodontitis

Sus etapas: según la gravedad y la complejidad de la gestión ⁽⁴⁵⁾

Etapa 1: periodontitis inicial

Esta ubicada entre el punto medio de la gingivitis y la periodontitis en esta etapa se despliega por una respuesta inflamatoria gingival y la disbiosis de la biopelícula. Llamamos un diagnóstico precoz cuando

presenta un grado de pérdida de inserción clínica en temprana edad, donde se realiza una intervención con un monitoreo constante ⁽⁴⁵⁾

□ Etapa 2: periodontitis moderada

Se va a instituir al realizar un examen periodontal clínico observando lo que ocasionado la periodontitis al soporte dental y el grado del caso con la respuesta al tratamiento generando un manejo intensivo. ⁽⁴⁵⁾

- Etapa 3: periodontitis severa con potencial para pérdida adicional de dientes, en esta etapa ya se observa un daño significativo, la falta de tratamiento da como resultado la pérdida de las piezas dentarias. ⁽⁴⁵⁾
- Etapa 4: Periodontitis severa con potencial de pérdida de la dentición.

Es la más avanzada de todas las etapas de periodontitis ocasionando daños considerables en el soporte periodontal causando pérdida de piezas dentarias y de la función masticatoria. ⁽⁴⁵⁾

- Extensión y Distribución: Distribución incisiva localizada, generalizada, molar ⁽⁴⁵⁾
- Grados: Evidencia o riesgo de progresión rápida, respuesta anticipada al tratamiento ⁽⁴⁵⁾
 - Grado A: Lento ritmo de progresión
 - Grado B: Tasa de progresión moderada
 - Grado C: Tasa de progresión rápida

La longitud radiográfica es de ≥ 2 mm en 5 años exactos con una pérdida ósea de > 10 %, la destrucción supera las expectativas debido que presenta periodos de progresión rápida. ⁽⁴⁵⁻⁴⁶⁾

✓ Otras condiciones periodontales

- Absceso periodontal: Se centra a los factores etiológicos cuando hay un absceso periodontal en paciente que presentan periodontitis tienen una exacerbación aguda puede ser una periodontitis no tratada, periodontitis que no responda al tratamiento y terapia de apoyo periodontal. Después del tratamiento que se realiza post destartaje, post cirugía y post medicación. ⁽⁴¹⁾

Lesiones periodontales endodónticas: Los daños que se generan a nivel radicular van a producir fractura de raíz o agrandamiento de ella,

perforación del canal radicular o cámara pulpar y reabsorción externa de la raíz. ⁽⁴⁶⁾

La clasificación actual del 2018 publicada por la (AAP) determino a las enfermedades y afecciones peri implantarias como parte de los diagnósticos clínicos ⁽⁴⁸⁾ (dentro de ellos tenemos:

□ Salud peri-implante

Reconoceremos a la salud peri implantaria por presentar ausencia de eritema, hemorragia, sangrado al sondaje, hinchazón en la zona y supuración. Este se presenta en los implantes con soporte óseo reducido. Los métodos clínicos para revelar la presencia de inflamación van a ser inspección visual, palpación en la zona de inflamación, el sondaje con la sonda periodontal lo cual nos ayuda a evaluar la presencia de hemorragia y la necesidad de una intervención terapéutica. ⁽⁴⁹⁾

• Mucositis peri-implantaria:

Se muestra como una lesión inflamatoria teniendo como factor etiológico a la placa en los tejidos blandos rodeando el implante endoóseo provocando así la ausencia de pérdida de soporte en el hueso o pérdida del hueso marginal. Para que una mucositis peri-implantaria se muestre debe tener las características y signos clínicos indicadas anteriormente, para la reversión de estos signos clínicos puede pasar más de 3 semanas mejorando los indicadores de riesgo. Los factores de riesgo como fumar, radioterapia, diabetes mellitus pueden agravar más la mucositis. ⁽⁵⁰⁾

Para que se genere la recesión en la mucosa peri-implantaria se debe a una mala colocación de implantes, ausencia de hueso, tejido delgado, déficit de tejido queratinizado y trauma quirúrgico. ⁽⁵⁰⁾

• Peri implantáis

Enfermedad patológica que se encuentra vinculado con la placa dental no presenta bacteria especifica o citoquinas que se encuentre alrededor de los implantes dentales. Una de las características clínicas son la inflamación, sangrado al sondaje, profundidad de sondaje, supuración, perdida ósea radiográfica en comparación de los

exámenes complementarios. Los indicadores para que existe mayor riesgo deben tener como antecedentes periodontitis severa, control de placa, hábito tabáquico y diabetes mellitus. ⁽⁵¹⁾

□ Peri-implantes deficiencia de los tejidos duros y blandos

Se presenta posteriormente de la pérdida de los dientes causando la disminución de las dimensiones del proceso alveolar que hay una falta de tejidos duros y blandos. Los factores que ocasionan este tipo de enfermedad son la pérdida de soporte periodontal, infecciones endodónticas, fracturas radiculares longitudinales, placas óseas bucales delgadas, posición bucal, extracción, por traumas, lesiones, neumatización del seno maxilar y enfermedades sistémicas que ocasionan una reducción del hueso formado. ⁽⁵²⁾

1.2 Investigaciones

García S, Morales E, Bravo F (2008) Realizaron un estudio para determinar la Incidencia de Recesiones Gingivales en la Clínica Odontológica de la UNMSM en el año 2008 en Lima – Perú. Tuvieron como muestra a 120 pacientes que atendieron en la Clínica para evaluar la presencia de recesión gingival según la clasificación de Miller, así como también la presencia de frenillos aberrantes y los métodos de higiene oral. Fueron evaluados con una sonda periodontal 11.5 OMS hallando la presencia de alguna recesión el 85%. De los pacientes que presentaban algún tipo de recesión el 69.6% (n=71) presentaron tipo de recesión Clase I, los pacientes con el tipo de recesión Clase II 17.64% (n=18), los pacientes con el tipo de recesión Clase III 7.84 (n=08) y los pacientes con el tipo de recesión clase IV 5.85 (n=5). El 28% (n=23) dieron como conclusión que se la presencia de frenillos aberrantes no se relacionó con el aumento de recesión gingival. ⁽⁵³⁾

Basauri R. (2013) En la investigación tiene como propósito demostrar, determinar la prevalencia de recesión gingival en los pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de Moche en el año 2013, Trujillo-Perú. Es un estudio transversal y descriptivo que se realizó en una muestra de 84 pacientes (hombres y mujeres) de las edades 20 a 70 años. En los resultados obtenidos de la investigación tenemos que mayor prevalencia de recesión gingival hay un 76.2% siendo del género masculino con un porcentaje de 85% de las edades 56 a 70 años presentaron mayor recesión. Dentro de las piezas con mayor frecuencia de recesión gingival por vestibular son los caninos inferiores con un 11.1% seguidos de los incisivos laterales inferiores con 5.3% después de los primeros premolares, también se encontró que los incisivos laterales inferiores por lingual tienen un 12.5 % seguido de los incisivos centrales inferiores con 11.3% y por último los caninos inferiores con 9.4%. Los autores como Kassab y Cohen encontraron que la superficie con más prevalencia de recesión fueron las caras bucales o vestibulares de dientes anteriores ⁽⁵⁵⁾

KLEIN C. (2014) En esta investigación se hace un estudio sobre el biotipo periodontal y recesiones gingivales siendo sus prevalencias e indicadores de riesgo en adolescentes entre 15 y 19 años de la ciudad de Santiago de Chile. Se trabajó con una muestra formada de 165 mujeres y 167 hombres siendo la edad promedio de 16 a 23 años. el 50.3% presentaba un biotipo fino y el 49.7% presenta un biotipo grueso. En la presente investigación se llega a la conclusión que el biotipo fino fue el más prevalente con un 67% y la prevalencia de recesiones fue de un 22% en la población adolescente, siendo muy semejante a lo que reportan las literaturas. ⁽⁵⁶⁾

Tortella, J (2014) En este estudio se desarrolló de manera descriptiva, analizando la base de los datos del proyecto de la investigación titulada "prevalencia de enfermedades bucales e indicadores de riesgo en la población 35-44 y 65-74 años de Chile". Se hizo una selección de 703

periodontogramas de participantes entre 35-44 años con 20 dientes. La prevalencia de recesión gingival vestibular fue de 93.5% donde se encontró un promedio de 12.4 dientes afectados. El porcentaje de pacientes que presento recesión gingival correspondió al 43.8% y 46.27% presentaron recesiones gingivales vestibulares, las moderadas el 45.05% y la severa 8.68%. la recesión gingival en la población adulta chilena se da entre las edades 35-44 años es de mayor prevalencia, donde existe diferencias según el género ⁽⁵⁷⁾

Navarrete M, Godoy I , Melo P , Nally J (2015) El objetivo de esta investigación periodontal fue utilizado usando las herramientas adecuadas que nos permiten medir de medida adecuada, con distintos métodos de diagnósticos, relacionando con la medición ancho y grosor de encía adherida en la zona anterosuperior del maxilar. en esta investigación se evaluó a 30 pacientes identificando el tipo de biotipo periodontal según los parámetros visuales, medición del ancho, el grosor de la encía adherida y la transparencia de la sonda periodontal. se obtiene como resultado que el biotipo grueso fue la más prevalente con un porcentaje de 53.3% observándose más en hombres con un 62.5% y en el caso de las mujeres con un 37.50%. según las evaluaciones el biotipo delgado fue más prevalente con 56.7% y el biotipo grueso fue 43.3% y al comprar no existe diferencias significativas. ⁽⁵⁹⁾

García S, Cayturo C, Gutiérrez M , Medina K , Orrego G (2015) En el presente artículo “El biotipo periodontal como factor influyente en recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la clínica de posgrado de la UNMSM, Lima Perú” busca mostrar el grado de relación que hay entre recesión gingival y biotipo periodontal. Se trabajó con una muestra de 50 pacientes de la clínica de postgrado, la cual se evaluó la recesión por pieza, luego se evaluó con sonda el biotipo periodontal. Obteniendo como resultado relación estadísticamente significativa entre el grado de recesión con el biotipo fino, en el sector

posterior superior y posterior inferior. Llegaron a la conclusión que el biotipo fino es un sector muy predisponente para cualquiera de los grados de recesión gingival en el sector posterior en la población peruana de acuerdo con la muestra trabajada. ⁽⁶⁰⁾

Brito C, Pesantez D. (2016) Este presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de recesión gingival y factores asociados en los estudiantes de la facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, durante el periodo 2015-2016 en el país de Ecuador, se realizó un estudio transversal en 131 estudiantes de las edades entre 18 a 25 años , mediante una selección aleatoria simple . Se realizó un estudio clínico y se realizó un cuestionario para determinar la prevalencia de la recesión gingival y los factores que se encuentran asociados como el biotipo periodontal, el índice gingival modificado, restauraciones subgingivales, la higiene oral y las características del cepillado. En los resultados obtenidos tenemos que la mayor prevalencia de recesión gingival fue de un 64.1% siendo en varones 64.3% y en mujeres 64%, se encontró una asociación significativamente estadística entre la recesión gingival vestibular con un valor de índice gingival modificado de 0, los demás factores evaluados no presentaron asociación significativa. ⁽⁶¹⁾

Naranjo, M (2016) El objetivo es establecer la prevalencia de las recesiones gingivales en dientes anteroinferiores según el biotipo periodontal en pacientes que presenten apiñamiento dental, en este presente estudio se estudió a 80 pacientes, de las edades de 16 a 40 años que fueron seleccionados aleatoriamente en la clínica Odontológica de la Universidad de las Américas en Quito-Ecuador. En esta investigación solo se observaron piezas anteroinferiores y se identificó el tipo de biotipo periodontal según la traslucidez de la sonda, como también se observó el tipo y el grado de apiñamiento, también se realizó un sondaje en las piezas y se observó el índice de placa. De toda la población el 41.25% presentaron una recesión gingival y los que

mostraron un biotipo gingival delgado mostraron 4.446 veces más posibilidad de mostrar una recesión gingival que un biotipo gingival grueso, el 48% de las piezas vestibularizadas también presentaron recesión gingival. En conclusión la recesión gingival se presenta en biotipos delgados y en piezas vestibularizadas contribuyen en su aparición. ⁽⁶³⁾

ZÚÑIGA, M (2016) En esta investigación se realiza un estudio sobre "Relación del biotipo periodontal con la recesión gingival en alumnos con trauma oclusal primario de la clínica odontológica de la universidad Católica de Santa María, Arequipa 2016. La muestra realizada se dio en 60 piezas dentarias, obteniendo como resultado 50% corresponden a los hombres y el 50% restante a las mujeres entre las edades de 20 a 30 años. Tenemos como valores que el biotipo fino es de 61.7% y el biotipo grueso de 38.3%, el biotipo periodontal según piezas dentarias predominó los premolares con un biotipo fino 36.0%. Centrándonos en la relación del biotipo periodontal y la recesión gingival, un biotipo fino predomina con 2.19 mm y en un biotipo grueso es de 1.04 mm, llegando a la conclusión que hay una relación muy significativa entre las dos variables. ⁽⁶⁴⁾

CUESTA, J (2017) En la presente investigación se hace un estudio sobre "Prevalencia de recesión gingival y su asociación con el biotipo periodontal en adolescentes de la unidad educativa "Cardenal Carlos María de la Torre del Quiche año 2017" en el país de Ecuador. Es un estudio descriptivo observacional de cohorte transversal, la cual la población está constituida por 2243 siendo la muestra 328 estudiantes de ambos géneros femenino y masculino, en este estudio se hizo la inspección clínica buscando solo recesiones gingivales y el biotipo periodontal, el tipo de evaluación utilizada fue mediante la clasificación de Miller.

Los resultados que se obtuvo en el presente estudio fue que el 38% presentó recesión gingival del tipo I según la clasificación de Miller

teniendo como resultado el 99%. En el caso del biotipo fino fue el que más predominó con el grado de recesión presentándose en un 69%. La clase de recesión tipo I de Miller fue de 99% la cual se presentó con mayor frecuencia en el género femenino con un 68%. En la estadística el biotipo fino tuvo mayor significancia con los factores de la edad. ⁽⁶⁵⁾

Álvarez, D (2018) En este estudio la autora pretende determinar la prevalencia de recesión gingival en pacientes adultos del servicio de Odontología del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray y Regional Docente de Trujillo en el año 2018, este estudio es de corte transversal, descriptivo y observacional, donde se evaluó a un total de 200 pacientes adultos. Se realizó un examen clínico para poder determinar la prevalencia del grado de recesión gingival basado en la clasificación de Miller. Obteniendo como resultado la prevalencia de recesión gingival con 66.5% de clase I, el sexo masculino predominó con un 68.85% como el grupo de mayores de 50 años de edad con un 87.5%, en las edades de 30 a 39 años fue con 70.27% en las edades de 30-39 años con 55.56% y en las edades de 20 a 29 años fue de 48.53%. En esta investigación el grupo de dientes que predominó fueron los premolares inferiores. ⁽⁶⁶⁾

Salvatierra, K (2018) Esta investigación tiene como objetivo reconocer las recesiones gingivales en el momento que se da la inspección clínica y determinar un buen diagnóstico, determinando una prevalencia de las recesiones gingivales asociadas a traumas mecánicos en pacientes de la UCGSG semestre B-2017 en Guayaquil Ecuador, que se da mediante la inspección clínica. En este estudio se realizó una investigación de tipo transversal y descriptivo donde se realizó el estudio de 81 pacientes que presentan recesiones gingivales. En los resultados obtenidos tenemos que el 58.03% fueron de género masculino, el 47.97% femenino. Según las edades presentaron más recesiones las edades de 46 a 55 años, según la clasificación de Miller predominó Miller clase I, según el biotipo

periodontal predomino el biotipo fino o delgado con un 72.84% la forma de recesión más frecuente fue con la forma en V con un 51.85% y el trauma más común fue la mal oclusión ⁽⁶⁷⁾.

Tanqueño, M (2018) En el presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de recesiones gingivales en dientes anteriores según la clasificación de Miller en los pacientes que son mayores de 25 años que acuden a la clínica integral de Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador durante el año 2018. Este estudio es descriptivo, observacional de un corte transversal, los pacientes evaluados son 267 donde se obtuvo una muestra de 88 pacientes de ambos sexos donde se realizó un examen clínico integral. Se examinaron 12 piezas dentarias de cada uno de los pacientes donde se obtuvo un total de 1056 piezas dentarias. la prevalencia de recesión gingival fue en dientes anteriores con 63% y en las piezas dentarias sanas es de un 37%, dentro de todas las piezas examinadas predomino la clase de Miller I con 74.3% luego sigue la clase de Miller II con 13.60% y la clase III con 12.10% la clase IV con no registró. En conclusión, la que más predomino fue la clase de Miller I con 63% y la clase de Miller II se dio en los pacientes mayores de 50 años. ⁽⁶⁸⁾

1.3 Marco Conceptual

- ✓ **Bolsa periodontal:** Extensión anormal del surco gingival acompañada de migración apical de la inserción epitelial y reabsorción ósea ⁽⁶⁹⁾

- ✓ **Diente:** Uno de los ocho dientes permanentes, dos a cada lado en cada mandíbula, entre los colmillos (DIENTE CANINO) y las muelas (DIENTE MOLAR), que sirven para triturar y moler los alimentos. El superior tiene dos cúspides (bicúspide) pero el inferior tiene de una a tres. (Jablonski, Dictionary of Dentistry ⁽⁶⁹⁾).

- ✓ **Destrucción:** Acción y efecto de destruir o destruirse ⁽⁶⁹⁾

- ✓ **Enfermedades gingivales:** Exposición de la superficie de la raíz cuando el borde de la ENCÍA apicalmente se mueve fuera de la corona del diente. Es común en la edad avanzada, cepillado vigoroso de los dientes, enfermedades, o pérdida de tejido de la encía, del ligamento periodontal y del hueso de soporte (procesos alveolares) ⁽⁶⁹⁾.
- ✓ **Enfermedad:** Proceso definido, con un conjunto de características y síntomas. Afecta el cuerpo en su totalidad o alguna de sus partes y su etiología, patología y pronóstico pueden ser conocidos o desconocidos. ⁽⁶⁹⁾
- ✓ **Extensión:** Interacciones entre miembros de una comunidad y representantes de las instituciones radicadas en esa comunidad ⁽⁶⁹⁾
- ✓ **Encía:** La encía es la parte de la mucosa masticatoria que recubre la apófisis alveolar y rodea la porción cervical de los dientes ⁽⁶⁹⁾
- ✓ **Frecuencia:** Numero de elementos comprendidos en un intervalo de tiempo, en una distribución determinada. ⁽⁶⁹⁾
- ✓ **Factores de riesgo:** Aspecto del comportamiento personal o estilo de vida, exposición medioambiental, o característica innata o heredada que, basándose en la evidencia epidemiológica, se sabe que está asociada con alguna afectación relacionada con la salud, que interesa prevenir ⁽⁶⁹⁾
- ✓ **Inmunidad:** No susceptibilidad ante los efectos invasivos o patógenos de microorganismos ajenos o a los efectos tóxicos de sustancias antigénicas. ⁽⁶⁹⁾
- ✓ **Gingivitis:** Inflamación del tejido de la ENCÍA sin pérdida del tejido conectivo ⁽⁶⁹⁾.

- ✓ **Materia Alba:** Acumulaciones de la microflora que lleva a la placa patológica y cálculos, causando ENFERMEDADES PERIODONTALES. Puede considerarse un tipo de biofilm (BIOFILMES) Se distingue sutilmente de la PELÍCULA DENTAL protectora ⁽⁶⁹⁾

- ✓ **Patología:** Especialidad que se ocupa de la naturaleza y causa de enfermedad expresada cambios en la estructura y función celular o tisular causados por el proceso de enfermedad ⁽⁶⁹⁾

- ✓ **Periodonto:** Proviene de las palabras per (alrededor) y odontos (dientes), también denominado "Aparato de inserción" o "tejidos para el sostén de los dientes constituye una unidad de desarrollo, biológica y funcional" ⁽⁶⁹⁾

- ✓ **Periodoncia:** Especialidad dental que abarca de histología, fisiología, y patología de tejidos que soportan, unen y rodea al diente , como también al tratamiento y prevención de las enfermedades que alteran estos tejidos. ⁽⁶⁹⁾

- ✓ **Periodontitis:** Inflamación aguda o crónica de los tejidos que rodean la porción apical de un diente, asociado a la acumulación de pus, como resultado de la infección subsiguiente a la infección de la pulpa por una caries, o como resultado de un traumatismo que causa necrosis palpar. ⁽⁶⁹⁾

- ✓ **Prevalencia:** sado con enfermedades humanas y animales para su distribución, factores que la causan y características en poblaciones definidas. Incluye incidencia, frecuencia, prevalencia, brotes endémicos y epidémicos, también incluye encuestas y estimativas de morbilidad en áreas geográficas y en una población específica. Por último, usado con descriptores geográficos para la localización de

aspectos epidemiológicos de una enfermedad. Excluye mortalidad pues existe el calificador específico ⁽⁶⁹⁾.

- ✓ **Recesión Gingival:** Exposición de la superficie de la raíz cuando el borde de la ENCÍA apicalmente se mueve fuera de la corona del diente.
Es común en la edad avanzada, cepillado vigoroso de los dientes, enfermedades, o pérdida de tejido de la encía, del ligamento periodontal y del hueso de soporte (procesos alveolares). ⁽⁶⁹⁾

- ✓ **Sangrado:** GEN o no especificado: prefiera específicos; coord. como primario con enfermedad/órgano (como primario), no órgano /irrig; vea también términos para presencia de sangre en cavidades, como HEMOTORAX, HEMATOCOLPOS, etc. ⁽⁶⁹⁾

- ✓ **Severidad:** Niveles dentro de un grupo de diagnóstico que son establecidos por diferentes criterios de medición aplicados a la gravedad del trastorno de un paciente ⁽⁶⁹⁾.

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planeamiento del Problema

2.1.1. Descripción de la Realidad Problemática.

El hombre está condicionado a estar expuesto a diversos factores tanto predisponentes como determinantes al presentar uno de estos factores ocurre un desequilibrio afectando a la encía no solo fisiológicamente sino también estéticamente. La recesión gingival tiene como característica el desplazamiento del margen gingival apicalmente desde la unión cemento-esmalte como consecuencia la recesión puede ser localizada o generalizada y estar relacionada con una o más superficies. Teniendo en cuenta que produce diversas alteraciones como movilidad dental, sensibilidad dental, mayor predisposición a la abrasión y la presencia de caries radicular. ⁽⁵¹⁾

Según el informe de la OMS la caries y la enfermedad periodontal son las principales causantes de la pérdida de los dientes, la cual las personas comprendidas entre (35 a 44 años) les afecta entre 15% o 20%. En el año 2010 se realizó un estudio obteniendo como resultado que un aproximado de 33% de la población mundial en algún momento de la vida padeció o padece algún tipo de enfermedad periodontal Según el Ministerio de Salud se encontró en el Perú una prevalencia de enfermedad periodontal del 85% y de caries dental el 95%. Siendo la enfermedad periodontal la según más frecuente ⁽⁵¹⁾.

Para los alumnos de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega es importante reforzar el conocimiento sobre asociación del biotipo gingival con el grado de recesión gingival de los sextantes anteriores, para que se pueda aplicar de una manera acertada y correcta el diagnóstico y tener en conocimiento los riesgos que se pueden presentar. Al no reforzar el conocimiento teórico sobre estos temas tanto para los alumnos quienes serán futuros doctores estarán

propensos al fracaso de los diferentes tratamientos que puedan aplicar al desconocer la información.

Dentro de los beneficios que tiene la investigación es que dará a conocer si existe asociación del biotipo gingival con el grado de recesión gingival en los sextantes anteriores , esto ayudará y aportará de una forma muy importante a la Universidad para que conozca la realidad de los pacientes que son atendidos en la Clínica Estomatológica del Adulto , teniendo en conocimiento esta información se podrá tomar las medidas de prevención para los pacientes , brindándoles información de las consecuencias y para el alumno brindar la seguridad para un buen diagnóstico y planificación del tratamiento.

2.1.2. Definición del Problema

2.1.2.1. Problema general

¿Cómo se asocia el biotipo gingival con el grado de recesión gingival en los sextantes anteriores en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega?

2.1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cómo se asocia la frecuencia del biotipo gingival en los sextantes anteriores en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega?
- ¿Cómo se asocia la frecuencia del grado de recesión de los sextantes anteriores en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega?
- ¿Cómo se asocia el biotipo gingival con el grado de recesión gingival por pieza del sextante II en pacientes adultos atendidos

en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega?

- ¿Cómo se asocia el biotipo gingival con el grado de recesión gingival por pieza del sextante V en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega?

- ¿Cómo se asocia el biotipo gingival con el grado de recesión gingival de dientes caninos en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega?

22 Finalidad y Objetivos de la Investigación

22.1. Finalidad

La presente investigación tiene por finalidad determinar la asociación del biotipo gingival con el grado de recesión gingival de forma que nos permita establecer las características de este fenómeno desde el momento en que se manifiesta, lo que sustente la elaboración de estrategias de intervención temprana.

La recesión gingival se presenta en un 72% de una población peruana , por cual se requiere cambios que nos aseguren la calidad de salud de los pacientes de forma general⁽⁹⁾, dentro de los factores vinculados con la enfermedad encontramos distintos factores predisponente y desencadenantes que pueden favorecer el desarrollo de la enfermedad; es en este contexto que el presente trabajo buscara comprobar la asociación del grado del biotipo gingival con el grado de recesión gingival mediante la evaluación de las historias clínicas del área de periodoncia de los pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega durante el año 2017.

Si la presente investigación no fuera realizada, nos encontraríamos frente un desconocimiento sobre un tipo de infección que afecta a los tejidos que dan el soporte a los dientes, la cual provoca su pérdida. La enfermedad periodontal evoluciona sin causar dolor por lo que no es posible darse cuenta hasta que se encuentre en una fase avanzada.

Los beneficios de realizar la presente investigación es poder otorgar el conocimiento tanto al odontólogo como al paciente sobre la importancia de la enfermedad periodontal, la cual es una enfermedad silenciosa que puede dañar no solo de manera estética sino también influyendo de manera emocional en el paciente. Al saber la etiología se puede dar un correcto diagnóstico y tratamiento como también poder prevenir cualquier afección de una enfermedad periodontal.

2.2.2. Objetivo general y específicos

2.2.2.1. Objetivo General

Determinar el biotipo gingival con el grado de recesión gingival de los sextantes anteriores en los pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017.

2.2.2.2. Objetivos Específicos

- Determinar la frecuencia del biotipo gingival de los sextantes anteriores en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017.
- Determinar la frecuencia del grado de recesión gingival de los sextantes anteriores en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017.

- Determinar la asociación del biotipo gingival con el grado de recesión gingival por pieza del sextante II en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017.
- Determinar la asociación del biotipo gingival con el grado de recesión gingival por pieza del sextante V en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017.
- Determinar la asociación del biotipo gingival con el grado de recesión gingival de dientes caninos en pacientes adultos atendidos en la clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017.

223. Delimitación del Estudio

La presente investigación se llevó a cabo en el semestre académico 2017-III, periodo comprendido entre los meses de agosto- diciembre del año en mención, constituyéndose así los límites temporales del estudio. El estudio se llevará a cabo bajo modelo de corte transversal y observacional mediante el análisis de historias clínicas del año 2017, los cuales se someterán a los procesos planificados por el investigador, permitiendo así comprender mejor la asociación existente entre el biotipo gingival y el grado de recesión gingival. La obtención y evaluación de los datos será llevada a cabo en los ambientes de la clínica del adulto especializada de pregrado de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

224. Justificación e Importancia del Estudio

Este presente estudio se realizó debido que en mayoría de las publicaciones coinciden que hay una asociación entre el biotipo gingival y el grado de recesión, influyendo de manera directa para una buena planificación del tratamiento. Tenemos en cuenta que las

enfermedades gingivales tienen diversas patologías y complejidades la cual son resultados de diferentes patologías.

El beneficio que traerá esta presente investigación es reforzar los conocimientos que ya se tiene sobre el tema , investigar el comportamiento de los tejidos blandos en casos en los que el tratamiento ha requerido, nos permite obtener claramente una precisa visión acerca de los efectos negativos que puede producir estéticamente en el paciente, aspecto actualmente de una gran importancia no solo para nuestros pacientes sino también para los profesionales , por la cual los tratamientos no sólo devuelven la estética sino también la funcionalidad, protegiendo estructuras que producen sensibilidad dentaria sino que también se podrá realizar cambios en la sonrisa de los pacientes.

La ausencia de estudios de este tipo en nuestro medio nos posiciona en una desventaja hacia otras colectividades para brindar un buen servicio de manera responsable dirigido a nuestros pacientes.

Por lo tanto, las respuestas obtenidas por esta investigación sean de gran ayuda para incrementar y reforzar conocimientos y actitudes sobre los estudiantes que cursan en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, y de esta forma poner en práctica diferentes métodos de prevención de manera adecuada ante las recesiones gingivales. De igual modo, incentivar a mas investigadores a realizar estudios sobre el tema expuesto.

23. Hipótesis y Variables

23.1. Hipótesis Principal y Específicas

2.3.2.1. Hipótesis Principal

El biotipo gingival se asocia significativamente al grado de recesión de los sextantes anteriores en pacientes adultos que acuden a la Clínica Integral de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017

Hipótesis Específicas

- El tipo de biotipo gingival se asocia significativamente en el grado de recesión gingival del sextante II en pacientes adultos que acuden a la Clínica Integral de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017

- El tipo de biotipo gingival se asocia significativamente en el grado de recesión gingival del sextante V en pacientes adultos que acuden a la Clínica Integral de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017

- El tipo de biotipo gingival se asocia significativamente en el grado de recesión gingival de dientes caninos en pacientes adultos que acuden a la Clínica Integral de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017.

2.3.3. Variables e Indicadores

En la presente investigación participan las siguientes variables con sus respectivos indicadores:

- **Variable Independiente:**
 - Biotipo Gingival
- **Indicadores:**
 - Biotipo delgado o tipo I
 - Biotipo grueso o tipo II

- **Variable Dependiente:**
 - Grado de Recesión Gingival
 - **Indicadores:**
 - Clase de recesión tipo I
 - Clase de recesión tipo II
 - Clase de recesión tipo III
 - Clase de recesión tipo IV

Capítulo III: Método, Técnica e Instrumento

3.1. Población y Muestra

3.3.1. Población

La población del estudio estará constituida por todos los pacientes de Periodoncia atendidos en la Clínica Estomatológica del adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, quienes acudirán en el semestre académico 2017, las cuales se estiman en un total aproximado de 300 pacientes que reciben tratamiento de Periodoncia. El muestreo que se utilizará en el estudio será de tipo no probabilístico.

3.1.2. Muestra

La investigación planificada se llevo a cabo en una muestra representativa de la población, esta muestra estuvo constituida por 100 pacientes que acudieron a la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

3.1.3 . Unidad de Muestreo

La investigación planificada se llevó a cabo de una manera representativa a la población de estudio. La muestra estuvo constituida por 100 pacientes de la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

3..4. Unidad de Análisis

La unidad de análisis empleados en esta investigación estuvo conformada por un cuestionario de recolección de datos correspondida por cada una de las unidades expuestas en el muestreo

3..5. Tipo de Muestreo

El tipo de muestreo que se utilizó en este estudio es de tipo no probabilístico tipo aleatorio simple, ya que se seleccionó las historias clínicas de los pacientes según cumplían los criterios de selección establecidos por la investigadora

3..6. Selección de la Muestra

Los individuos que fueron considerados unidades muestrales en el estudio se evaluaron en base a los siguientes criterios de elegibilidad:

3..6.1. Criterios de Inclusión

Los pacientes, para ser considerados dentro del estudio como unidades de muestreo, debían cumplir con los siguientes criterios:

- Pacientes atendidos en el año 2017 en la Clínica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la vega.
- Pacientes que tengan edades entre 25 años a 45 años.
- Pacientes que no presenten enfermedades sistémicas.
- Pacientes que no presenten Gingivitis.
- Pacientes que no presenten hábito tabáquico.
- Pacientes que no tengan historias Clínicas completas.

3.6.2 Criterios de Exclusión

Los pacientes que presenten alguno de los criterios listados abajo, no podrán ser considerados como unidades muestrales del estudio:

- Pacientes que no fueron atendidos en el año 2017 en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Pacientes que tengan menos de 25 años y más de 45 años.
- Pacientes que presenten enfermedades sistémicas.
- Pacientes que presenten gingivitis.
- Pacientes que presenten hábito tabáquico.
- Pacientes que tengan historias clínicas incompletas.

3.2 Diseño utilizado en el estudio

3.2.1 Propósito

APLICATIVO: Debido a que busca emplear el conocimiento teórico para dar explicación a fenómenos de manera fundamental, entendiendo así la asociación del biotipo gingival con el grado de recesión en sextantes anteriores.

3.2.2 Enfoque

CUANTITATIVO: La investigadora centro su evaluación en aspectos objetivos y puntuales, los cuales serán obtenidos en base a una muestra representativa de la población, lo que permitió llevar a cabo la contratación de las hipótesis del estudio

3.2.3 SECUENCIA TEMPORAL

TRANSVERSAL: La recolección de los datos del estudio se llevará a cabo mediante una única medición, por lo cual la investigadora tendrá contacto con las unidades muestrales en un único momento de tiempo.

3.2.4 TEMPORALIDAD

RETROSPECTIVO. -La información será obtenida de datos secundarios, correspondientes a registros de historias clínicas tomadas previamente al inicio del estudio, asumiendo las limitaciones que esto representa

3.2.5 ASIGNACIÓN DE FACTORES

OBSERVACIONAL. - El factor de estudio que se evaluó, se presenta de manera natural por lo que el investigador no manipulo su exposición, limitándose a reportar las características de los eventos que observó.

3.2.6 FINALIDAD

DESCRIPTIVO: Mediante la presente investigación se pretende identificar la vinculación entre las variables de estudio, considerándose la existencia de asociación entre ellas, no siendo posible establecer causalidad.

3.2.7 DISEÑO ESPECÍFICO

CORTE TRANSVERSAL: Se planificará la realización del estudio, mediante la evaluación transversal, observacional y descriptiva de las variables, obtenidas de una muestra representativa de la población.

3.2.8 NIVEL

CORRELACIONAL: La investigación estuvo orientada a establecer la vinculación entre las variables de estudio, mediante la evaluación planificada de la muestra seleccionada.

3.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

3.3.1 Técnica de Recolección de Datos

La recolección de datos en el presente estudio se llevó a cabo por medio de la técnica de observación estructurada no participante individual del campo; por la cual el investigador realizó la evaluación clínica de las unidades de análisis que conformaron la muestra de estudio.

3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento fue una ficha de recolección de datos sobre el tipo del biotipo gingival y los grados de recesión que presenta cada paciente que se atendió en la Clínica de Estomatología del adulto en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, la cual se respondió de manera sencilla, marcando la alternativa que es correspondiente.

La ficha de recolección de datos fue distribuida en 2 partes que corresponden a cada una de las dimensiones que se proponen en el estudio y son:

- La primera parte estuvo organizada mediante la dimensión de datos personales que son: nombre del paciente, edad, sexo, fecha de nacimiento, número de historia clínica.
- La segunda parte estuvo organizada mediante las dimensiones de recesión gingival que son: Biotipo gingival (biotipo delgado o tipo I) (biotipo grueso o tipo II), sin recesión, clase I, clase II, clase III y clase IV.

La recolección de los datos se realizó por la investigadora en la Clínica de Estomatología del Adulto en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

La recolección de los datos se llevó a cabo de manera secuencial según la disposición de los indicadores, ello se realizó a cabo

evaluando cada unidad muestral de forma individual. Se logró los objetivos planificados se llevándose a cabo los siguientes pasos de manera secuencial.

- Se pidió permiso a la Oficina de Decanato mediante un oficio para que se dé la autorización para la ejecución del proyecto de investigación en los pacientes de la Clínica Estomatológica del Adulto.
- Después, se entregó al encargado de las historias el permiso de autorización de decanato para que nos de acceso a las historias clínicas de los pacientes atendidos en la Clínica del Adulto en el año 2017.
- Se procedió a rellenar los cuestionarios ad-hoc de recolección de datos en los días comprendidos del 22 al 27 de Octubre.

3.3.3 Procesamiento de Datos

Luego de haber realizado la recolección de datos, se ordenó los cuestionarios para que de manera secuencial sean ingresado a la base de datos en Microsoft Excel. El procesado de los datos se llevara a cabo en una Netbook de marca HP, modelo HP pavilion x360 , de 8 GB de memoria RAM con un sistema operativo Windows 10. La información recolectada fue analizada con el paquete estadístico SPSS en su versión de acceso, la cual se llevó a cabo la aplicación de estadística inferencial para la docimasia la realización de la prueba estadística no paramétrica Chi Cuadrado de Person para la comprobación de la hipótesis bivariadas con dos variables cualitativas. Los resultados de las pruebas estadísticas inferenciales son expresados mediante tablas y gráficos.

Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados

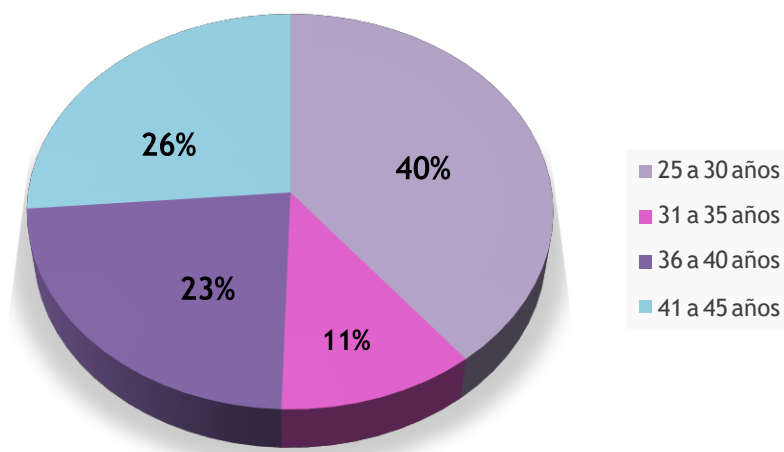
4.1. Presentación de los Resultados

A continuación, se procura a presentar las tablas de frecuencia de cada variable en este estudio de investigación.

Tabla N°01.Distribución de participantes según edad

	Frecuencia	Porcentaje
25 a 30 años	39	40%
31 a 35 años	11	11%
36 a 40 años	23	23%
41 a 45 años	26	26%

Figura N° 1. Distribución de participantes según edad

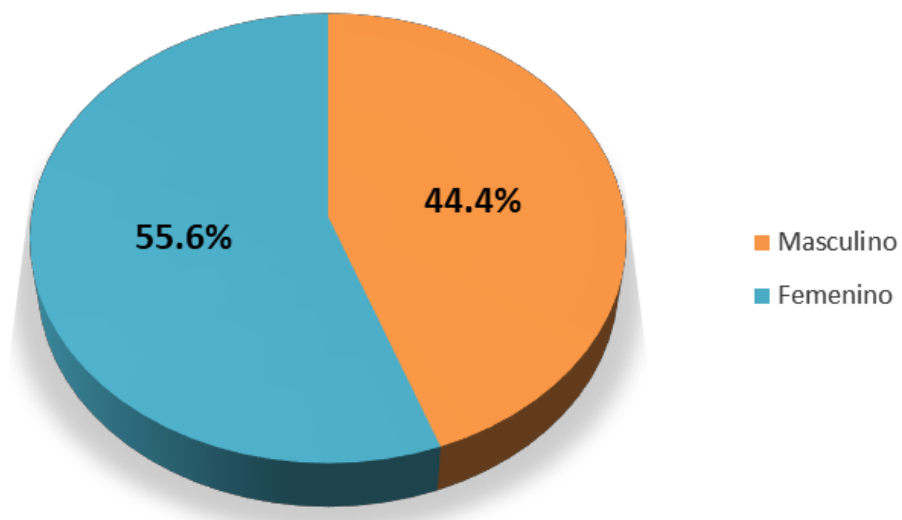


Según la Tabla N°1 y figura N°1 presentados se aprecia que los participantes de 25 a 30 años representan el 40% (N°=39), de 31 a 35 años representan el 11% (N°=11), de 36 a 40 años representan el 23% (N°=23), de 41 a 45 años representan el 26% (N°=26) del total de casos evaluados, con una muestra de 100 pacientes de la Clínica de Estomatología del adulto de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

TABLA N°02.Distribución de participantes según sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	44	44.4%
Femenino	55	55.6%

FIGURA N°2.Gráfico de Sectores de la distribución de participantes según Género Sexual



Según la Tabla N°2 y Figura N°2 presentados se aprecia que los participantes de sexo masculino representan el 44.4% (N°=44), del sexo femenino representan el 55.6% (N°=55) del total de casos evaluados, con una muestra de 100 pacientes de la Clínica de Estomatología del adulto de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Tabla N° 3. Biotipo gingival con el grado de recesión gingival de los sextantes anteriores en pacientes adultos

		Biotipo gingival			
			Delgado tipo I	Gruoso tipo II	
Recesión de la Pza 1.1	Sin recesión	Recuento	1	0	
		%	1%	0%	
	Clase I	Recuento	45	27	
		%	45.5%	27.3%	
	Clase II	Recuento	12	10	
		%	12.1%	10.1%	
	Clase III	Recuento	0	2	
		%	0%	2%	
	Clase IV	Recuento	1	1	
		%	1%	1%	
	Recesión de la Pza 1.2	Sin recesión	Recuento	1	0
			%	1%	0%
Clase I		Recuento	33	23	
		%	33.3%	23.2%	
Clase II		Recuento	23	12	
		%	23.2%	12.1%	
Clase III		Recuento	1	4	
		%	1%	4%	
Clase IV		Recuento	1	1	
		%	1%	1%	
Recesión de la Pza 1.3		Clase I	Recuento	3	1
			%	3%	1%
	Clase II	Recuento	15	9	
		%	15.2%	9.1%	
	Clase III	Recuento	32	18	
		%	32.3%	18.2%	
	Clase IV	Recuento	9	12	
		%	9.1%	12.1%	
	Recesión de la Pza 2.1	Sin recesión	Recuento	1	0
			%	1%	0%
		Clase I	Recuento	29	22
			%	29.3%	22.2%
Clase II		Recuento	24	13	
		%	24.2%	13.1%	
Clase III		Recuento	4	4	
		%	4%	4%	

Recesión de la Pza 2.2	Clase IV	Recuento	1	1	
		%	1%	1%	
	Sin recesión	Recuento	1	0	
		%	1%	0%	
	Clase I	Recuento	24	19	
		%	24.2%	19.2%	
	Clase II	Recuento	31	16	
		%	31.3%	16.2%	
	Clase III	Recuento	3	4	
		%	3%	4%	
Clase IV	Recuento	0	1		
	%	0%	1%		
Recesión de la Pza 2.3	Clase I	Recuento	1	4	
		%	1%	4%	
	Clase II	Recuento	22	12	
		%	22.2%	12.1%	
	Clase III	Recuento	32	14	
		%	32.3%	14.1%	
	Clase IV	Recuento	4	10	
		%	4%	10.10%	
	Sin recesión	Recuento	1	0	
		%	1%	0%	
Recesión de la Pza 3.1	Clase I	Recuento	27	19	
		%	27.3%	19.2%	
	Clase II	Recuento	27	13	
		%	27.3%	13.1%	
	Clase III	Recuento	3	7	
		%	3%	7.10%	
	Clase IV	Recuento	1	1	
		%	1%	1%	
	Recesión de la Pza 3.2	Clase I	Recuento	26	16
			%	26.3%	16.2%
Clase II		Recuento	30	16	
		%	30.3%	16.2%	
Clase III		Recuento	2	7	
		%	2%	7.1%	
Clase IV		Recuento	1	1	
		%	1%	1%	
Recesión de la Pza 3.3		Clase I	Recuento	1	0
			%	1%	0%
	Clase II	Recuento	15	12	
		%	15.2%	12.1%	
	Clase III	Recuento	33	22	
		%	33.3%	22.2%	

	Clase IV	Recuento	10	6
		%	10.1%	6.1%
Recesión de la Pza 4.1	Clase I	Recuento	42	23
		%	42.4%	23.2%
	Clase II	Recuento	16	17
		%	16.2%	17.2%
	Clase III	Recuento	1	0
		%	1%	0%
Recesión de la Pza 4.2	Clase I	Recuento	56	36
		%	56.6%	36.4%
	Clase II	Recuento	3	4
		%	3%	4%
Recesión de la Pza 4.3	Clase I	Recuento	0	1
		%	0%	1%
	Clase II	Recuento	24	15
		%	24.2%	15.2%
	Clase III	Recuento	33	23
		%	33.3%	23.2%
Clase IV	Recuento	2	1	
	%	2%	1%	

En la Tabla N° 3 se aprecia que en mayoría la pieza 1.1 presentó Recesión gingival Clase I y Biotipo gingival delgado tipo I en 45.5% (N°=45), pieza 1.2 Recesión gingival Clase I y Biotipo gingival delgado tipo I en 33.3% (N°=33), pieza 1.3 Recesión gingival Clase III y Biotipo gingival delgado tipo I en 32.3% (N°=32), pieza 2.1 Recesión gingival Clase I y Biotipo gingival delgado tipo I en 29.3% (N°=29), pieza 2.2 Recesión gingival Clase II y Biotipo gingival delgado tipo I en 31.3% (N°=31), pieza 2.3 Recesión gingival Clase III y Biotipo gingival delgado tipo I en 32.3% (N°=32), pieza 3.1 Recesión gingival Clase I y Biotipo gingival delgado tipo I en 27.3% (N°=27), pieza 3.2 Recesión gingival Clase II y Biotipo gingival delgado tipo I en 30.3% (N°=30), pieza 3.3 Recesión gingival Clase I y Biotipo gingival delgado tipo I en 33.3% (N°=33), pieza 4.1

Recesión gingival Clase I y Biotipo gingival delgado tipo I en 42.4% (N°=42), pieza 4.2 Recesión gingival Clase I y Biotipo gingival delgado tipo I en 56.6% (N°=56), pieza 4.3 Recesión gingival Clase III y Biotipo gingival delgado tipo I en 33.3% (N°=33).

Figura N° 3. Biotipo gingival con el grado de recesión gingival de los sextantes anteriores en pacientes adultos

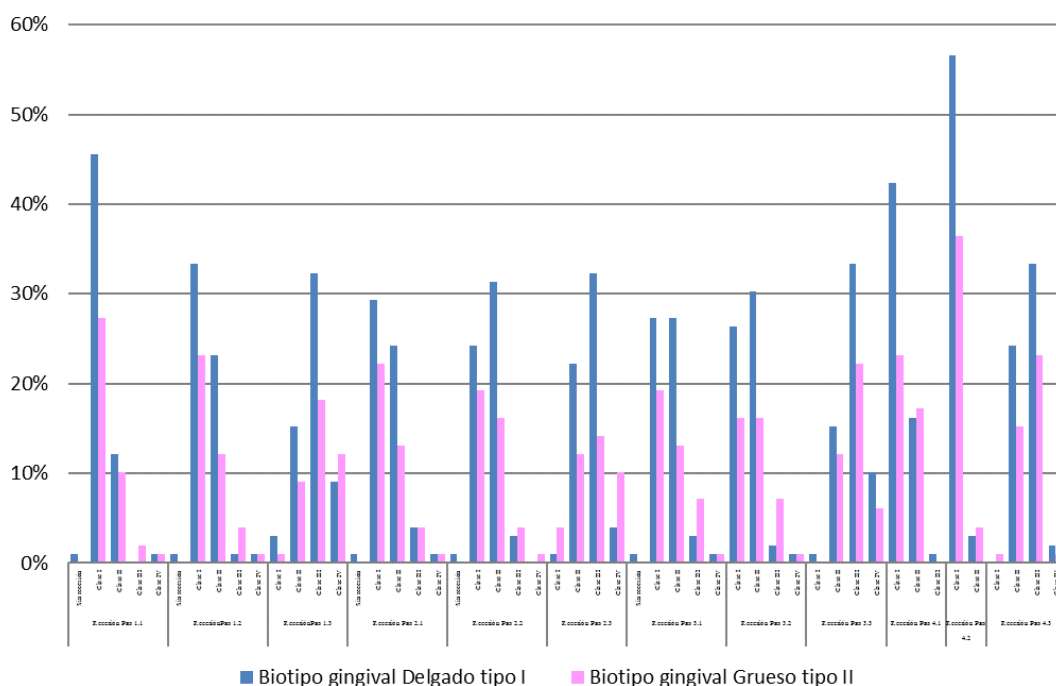


Tabla N° 4. Biotipo gingival con el grado de recesión gingival de los sextantes anteriores en pacientes adultos; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p).

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)	
Recesión –biotipo gingival (Pza 1.1)	4.190	4	0.381	
Recesión –biotipo gingival (Pza 1.2)	4.565	4	0.335	
Recesión –biotipo gingival (Pza 1.3)	3.325	3	0.344	En
Recesión –biotipo gingival (Pza 2.1)	1.645	4	0.801	lo
Recesión –biotipo gingival (Pza 2.2)	4.013	4	0.404	
Recesión –biotipo gingival (Pza 2.3)	11.119	3	0.011	
Recesión –biotipo gingival (Pza 3.1)	5.445	4	0.245	
Recesión –biotipo gingival (Pza 3.2)	5.994	3	0.112	
Recesión –biotipo gingival (Pza 3.3)	0.921	3	0.820	
Recesión –biotipo gingival (Pza 4.1)	3.050	2	0.218	
Recesión –biotipo gingival (Pza 4.2)	0.877	1	0.349	
Recesión –biotipo gingival (Pza 4.3)	1.609	3	0.657	

referente al Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 1.1, se aprecia que el valor de X^2 es de 4.190 y el nivel de significancia es $p>0.05$, el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 1.2, se aprecia que el valor de X^2 es de 4.565 y el nivel de significancia es $p>0.05$, el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 1.3, se aprecia que el valor de X^2 es de 3.325 y el nivel de significancia es $p>0.05$, el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 2.1, se aprecia que el valor de X^2 es de 1.645 y el nivel de significancia es $p>0.05$, el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 2.2, se aprecia que el valor de X^2 es de 4.013 y el nivel de significancia es $p>0.05$, el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 2.3, se aprecia que el valor de X^2 es de 11.119 y el nivel de significancia es $p<0.05$, el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 3.1, se aprecia que el valor de X^2 es de 5.445 y el nivel de significancia es $p>0.05$, el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 3.2, se aprecia que el valor

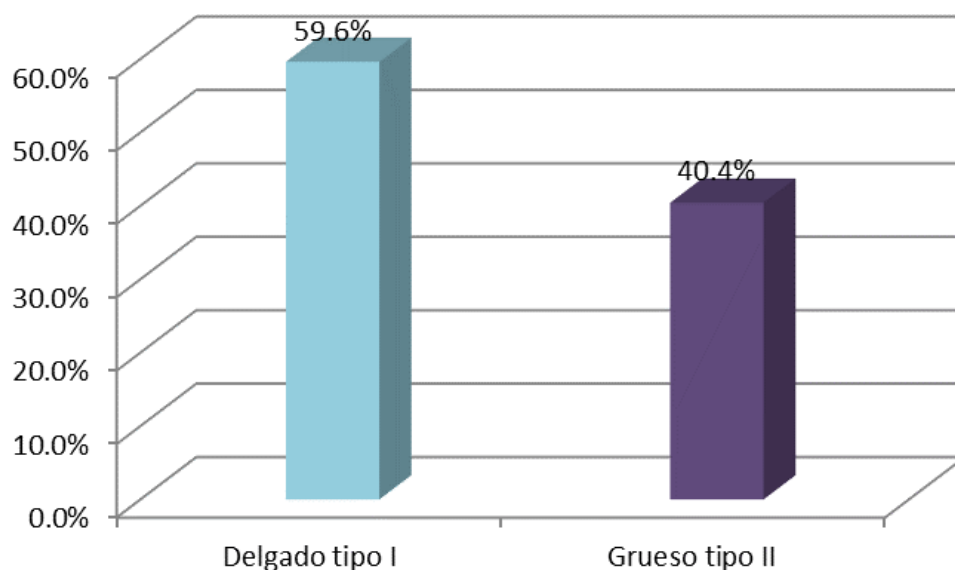
de X^2 es de 5.994 y el nivel de significancia es $p>0.05$, el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 3.3, se aprecia que el valor de X^2 es de 0.921 y el nivel de significancia es $p>0.05$, el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 4.1, se aprecia que el valor de X^2 es de 3.050 y el nivel de significancia es $p>0.05$, el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 4.2, se aprecia que el valor de X^2 es de 0.877 y el nivel de significancia es $p>0.05$ y el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 4.3, se aprecia que el valor de X^2 es de 1.609 y el nivel de significancia es $p>0.05$.

Tabla N° 5. Biotipo gingival de los sextantes anteriores en pacientes adultos

	Frecuencia	Porcentaje
Delgado tipo I	59	59.6%
Grueso tipo II	40	40.4%

En la Tabla N° 5 se observa que en mayoría se presenta el Biotipo gingival delgado tipo I en un 59.6% (N°=59) seguido del Biotipo gingival grueso tipo II en un 40.4% (N°=40).

Figura N° 5. Biotipo gingival de los sextantes anteriores en pacientes adultos



En la Tabla N° 5 y Figura N°5 se observa que en mayoría se presenta el Biotipo gingival delgado tipo I en un 59.6% (N°=59) seguido del Biotipo gingival grueso tipo II en un 40.4% (N°=40).

Tabla N° 6. Grado de recesión de los sextantes anteriores en pacientes adultos.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin recesión	5	0.4%
Clase I	478	40.2%
Clase II	391	32.9%
Clase III	249	21%
Clase IV	65	5.5%

En la Tabla N° 6 se aprecia que en mayoría se presentó Recesión gingival Clase I en un 40.2% (N°=478), seguido de la Clase II en un 32.9% (N°=391), Clase III en un 21% (N°=249), Clase IV en un 5.5% (N°=65) y Sin recesión en un 0.4% (N°=5).

Figura N° 6. Grado de recesión de los sextantes anteriores en pacientes adultos

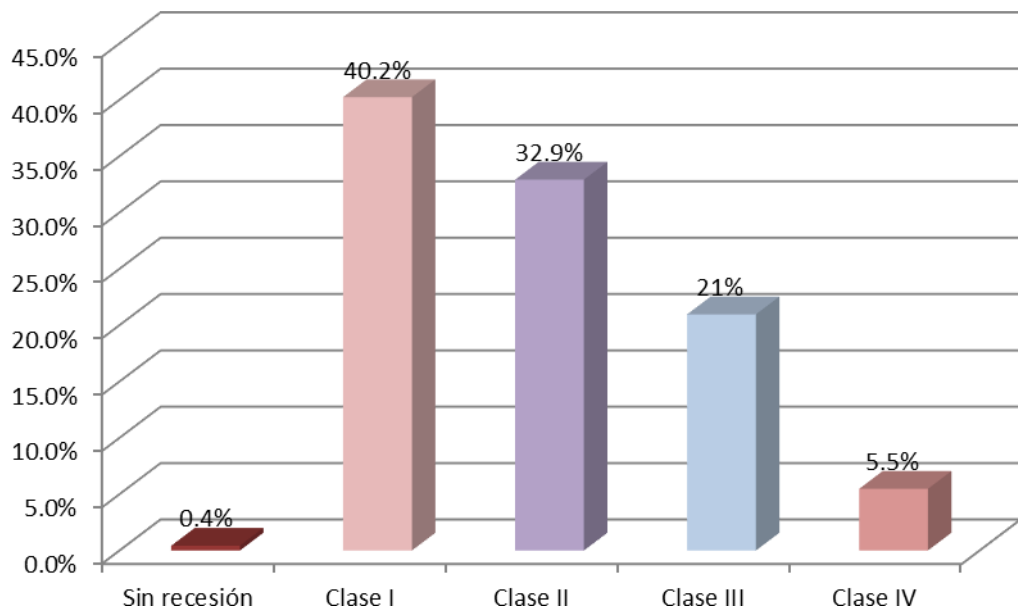


Tabla N° 7. Biotipo gingival con el grado de recesión por pieza del sextante II en pacientes adultos.

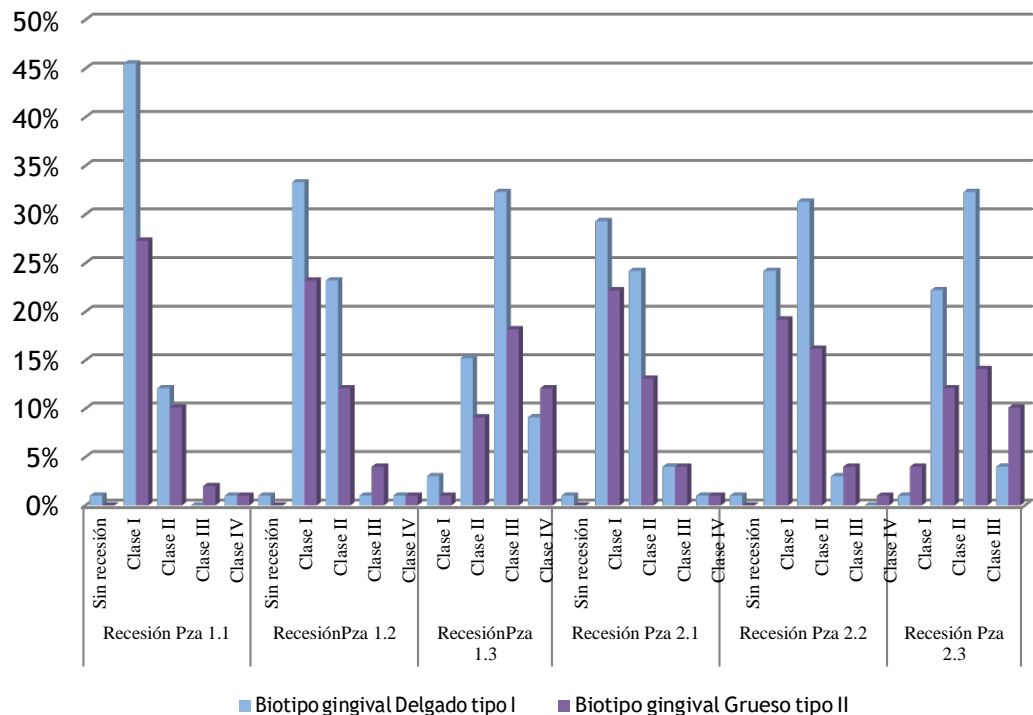
		Biotipo gingival		
		Delgado tipo I	Grueso tipo II	
Recesión de la Pza 1.1	Sin recesión	Recuento	1	0
		%	1%	0%
	Clase I	Recuento	45	27
		%	45.5%	27.3%
	Clase II	Recuento	12	10
		%	12.1%	10.1%
	Clase III	Recuento	0	2
		%	0%	2%
	Clase IV	Recuento	1	1
		%	1%	1%

		Recuento	1	0
	Sin recesión	%	1%	0%
		Recuento	33	23
	Clase I	%	33.3%	23.2%
		Recuento	23	12
Recesión de la Pza 1.2	Clase II	%	23.2%	12.1%
		Recuento	1	4
	Clase III	%	1%	4%
		Recuento	1	1
	Clase IV	%	1%	1%
		Recuento	3	1
	Clase I	%	3%	1%
		Recuento	15	9
Recesión de la Pza 1.3	Clase II	%	15.2%	9.1%
		Recuento	32	18
	Clase III	%	32.3%	18.2%
		Recuento	9	12
	Clase IV	%	9.1%	12.1%
		Recuento	1	0
	Sin recesión	%	1%	0%
		Recuento	29	22
	Clase I	%	29.3%	22.2%
		Recuento	24	13
Recesión de la Pza 2.1	Clase II	%	24.2%	13.1%
		Recuento	4	4
	Clase III	%	4%	4%
		Recuento	1	1
	Clase IV	%	1%	1%
		Recuento	1	0
	Sin recesión	%	1%	0%
		Recuento	24	19
Recesión de la Pza 2.2	Clase I	%	24.2%	19.2%
		Recuento	31	16
	Clase II	%	31.3%	16.2%
		Recuento	3	4
	Clase III	%	3%	4%

Recesión de la Pza 2.3	Clase IV	Recuento	0	1
		%	0%	1%
	Clase I	Recuento	1	4
		%	1%	4%
	Clase II	Recuento	22	12
		%	22.2%	12.1%
	Clase III	Recuento	32	14
		%	32.3%	14.1%
	Clase IV	Recuento	4	10
		%	4%	10.10%

En la tabla N° 7 se observa que en mayoría la pieza 1.1 presenta Recesión gingival Clase I y Biotipo gingival delgado tipo I en 45.5% (N°=45), pieza 1.2 Recesión gingival Clase I y Biotipo gingival delgado tipo I en 33.3% (N°=33), pieza 1.3 Recesión gingival Clase III y Biotipo gingival delgado tipo I en 32.3% (N°=32), pieza 2.1 Recesión gingival Clase I y Biotipo gingival delgado tipo I en 29.3% (N°=29), pieza 2.2 Recesión gingival Clase II y Biotipo gingival delgado tipo I en 31.3% (N°=31), pieza 2.3 Recesión gingival Clase III y Biotipo gingival delgado tipo I en 32.3% (N°=32).

Figura N° 7. Biotipo gingival con el grado de recesión por pieza del sextante II en pacientes adultos



En la Tabla N° 7 se aprecia que en mayoría en la pieza 1.1 presenta recesión Clase I en un 72.7% (N°=72), en la pieza 1.2 presenta recesión Clase I en un 56.6% (N°=56), en la pieza 1.3 presenta recesión Clase III en un 50.5% (N°=50), en la pieza 2.1 presenta recesión Clase I en un 51.5% (N°=51), en la pieza 2.2 presenta recesión Clase II en un 47.5% (N°=47), en la pieza 2.3 presenta recesión Clase III en un 46.5% (N°=46), en la pieza 3.1 presenta recesión Clase I en un 46.5% (N°=46) En la pieza 3.2 presenta recesión Clase II en un 46.5% (N°=46), en la pieza 3.3 presenta recesión Clase III en un 55.6% (N°=55), en la pieza 4.1 presenta recesión Clase I en un 65.7% (N°=65), en la pieza 4.2 presenta recesión Clase I en un 92.9% (N°=92) y en la pieza 4.3 presenta recesión Clase III en un 56.6% (N°=56)

Tabla N° 8. Asociación del biotipo gingival con el grado de recesión por pieza del sextante II en pacientes adultos

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Biotipo gingival - Recesión (Pza 1.1)	4.190	4	0.381
Biotipo gingival - Recesión (Pza 1.2)	4.565	4	0.335

		%	1%	0%
	Clase I	Recuento	27	19
		%	27.3%	19.2%
	Clase II	Recuento	27	13
		%	27.3%	13.1%
	Clase III	Recuento	3	7
		%	3%	7.10%
	Clase IV	Recuento	1	1
		%	1%	1%
	Clase I	Recuento	26	16
		%	26.3%	16.2%
	Clase II	Recuento	30	16
		%	30.3%	16.2%
Recesión de la Pza 3.2	Clase III	Recuento	2	7
		%	2%	7.1%
	Clase IV	Recuento	1	1
		%	1%	1%
	Clase I	Recuento	1	0
		%	1%	0%
	Clase II	Recuento	15	12
		%	15.2%	12.1%
Recesión de la Pza 3.3	Clase III	Recuento	33	22
		%	33.3%	22.2%
	Clase IV	Recuento	10	6
		%	10.1%	6.1%
	Clase I	Recuento	42	23
		%	42.4%	23.2%
Recesión de la Pza 4.1	Clase II	Recuento	16	17
		%	16.2%	17.2%
	Clase III	Recuento	1	0
		%	1%	0%
	Clase I	Recuento	56	36
		%	56.6%	36.4%
Recesión de la Pza 4.2	Clase II	Recuento	3	4
		%	3%	4%
	Clase I	Recuento	0	1
		%	0%	1%
	Clase II	Recuento	24	15
		%	24.2%	15.2%
Recesión de la Pza 4.3	Clase III	Recuento	33	23
		%	33.3%	23.2%
	Clase IV	Recuento	2	1
		%	2%	1%

Nivel de significancia = 0.05

En la Tabla N° 9 se aprecia que en mayoría que la pieza 3.1 Recesión gingival Clase I y Biotipo gingival delgado tipo I en 27.3% (N°=27), pieza 3.2 Recesión gingival Clase II y Biotipo gingival delgado tipo I en 30.3% (N°=30), pieza 3.3 Recesión gingival Clase I y Biotipo gingival delgado tipo I en 33.3% (N°=33), pieza 4.1 Recesión gingival Clase I y Biotipo gingival delgado tipo I en 42.4% (N°=42), pieza 4.2 Recesión gingival Clase I y Biotipo gingival delgado tipo I en 56.6% (N°=56), pieza 4.3 Recesión gingival Clase III y Biotipo gingival delgado tipo I en 33.3% (N°=33).

Figura N° 9. Biotipo gingival con el grado de recesión por pieza del sextante V en pacientes adultos.

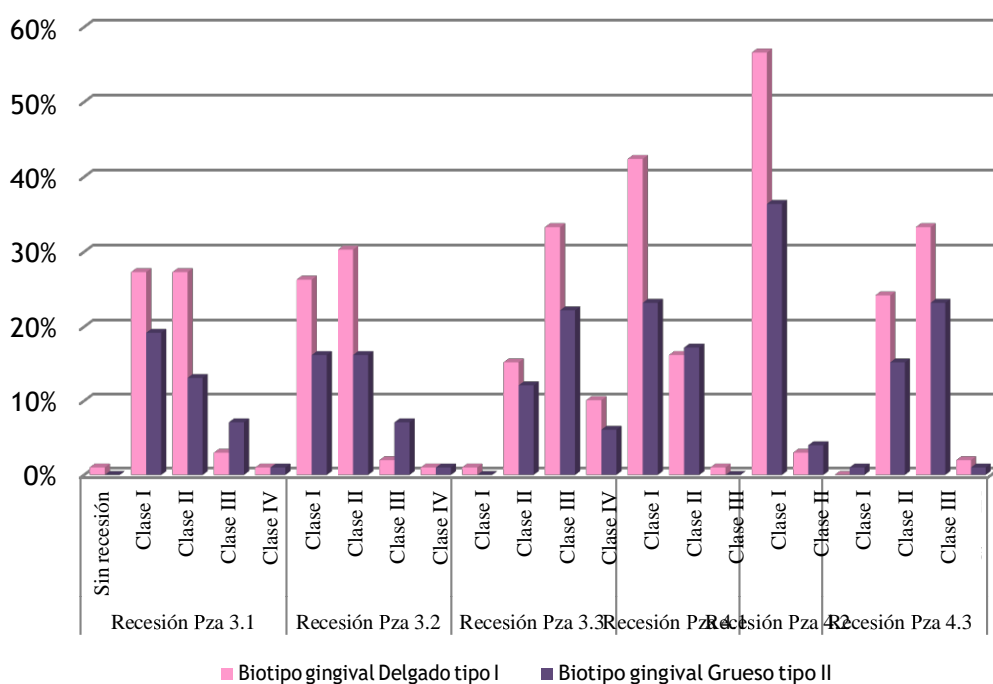


Tabla N° 10. Asociación del biotipo gingival con el grado de recesión por pieza del sextante V en pacientes adultos.

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
-------------------------	-------	----	---------------------

Recesión –biotipo gingival (Pza 3.1)	5.445	4	0.245
Recesión –biotipo gingival (Pza 3.2)	5.994	3	0.112
Recesión –biotipo gingival (Pza 3.3)	0.921	3	0.820
Recesión –biotipo gingival (Pza 4.1)	3.050	2	0.218
Recesión –biotipo gingival (Pza 4.2)	0.877	1	0.349
Recesión –biotipo gingival (Pza 4.3)	1.609	3	0.657

Respecto al Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 3.1, se aprecia que el valor de X^2 es de 5.445 y el nivel de significancia es $p>0.05$, el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 3.2, se aprecia que el valor de X^2 es de 5.994 y el nivel de significancia es $p>0.05$, el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 3.3, se aprecia que el valor de X^2 es de 0.921 y el nivel de significancia es $p>0.05$, el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 4.1, se aprecia que el valor de X^2 es de 3.050 y el nivel de significancia es $p>0.05$, el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 4.2, se aprecia que el valor de X^2 es de 0.877 y el nivel de significancia es $p>0.05$ y el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 4.3, se aprecia que el valor de X^2 es de 1.609 y el nivel de significancia es $p>0.05$.

Tabla N° 11. Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en piezas caninas en pacientes adultos

		Biotipo gingival	
		Delgado tipo I	Grueso tipo II
Recesión de la Pza 1.3	Clase I	Recuento	
		3	1

		%	3%	1%
		Recuento	15	9
	Clase II	%	15.2%	9.1%
		Recuento	32	18
	Clase III	%	32.3%	18.2%
		Recuento	9	12
	Clase IV	%	9.1%	12.1%
		Recuento	1	4
	Clase I	%	1%	4%
		Recuento	22	12
	Clase II	%	22.2%	12.1%
		Recuento	32	14
	Clase III	%	32.3%	14.1%
		Recuento	4	10
	Clase IV	%	4%	10.10%
		Recuento	1	0
	Clase I	%	1%	0%
		Recuento	15	12
	Clase II	%	15.2%	12.1%
		Recuento	33	22
	Clase III	%	33.3%	22.2%
		Recuento	10	6
	Clase IV	%	10.1%	6.1%
		Recuento	0	1
	Clase I	%	0%	1%
		Recuento	24	15
	Clase II	%	24.2%	15.2%
		Recuento	33	23
	Clase III	%	33.3%	23.2%
		Recuento	2	1
	Clase IV	%	2%	1%

En la Tabla N° 11 se observa que en mayoría la pieza 1.3 Recesión gingival Clase III y Biotipo gingival delgado tipo I en 32.3% (N°=32), la pieza 2.3 Recesión gingival Clase III y Biotipo gingival delgado tipo I en 32.3% (N°=32), la pieza 3.3 Recesión gingival Clase I y Biotipo gingival delgado tipo I en

33.3% (N°=33) y la pieza 4.3 Recesión gingival Clase III y Biotipo gingival delgado tipo I en 33.3% (N°=33).

Figura N°11. Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en piezas caninas en pacientes adultos

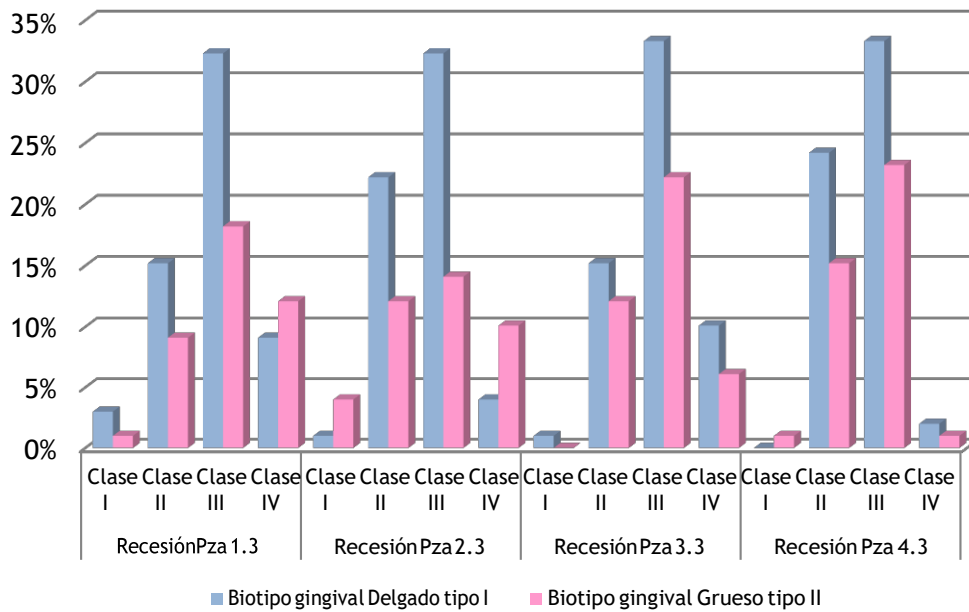


Tabla N° 12. Asociación entre el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en piezas caninas en pacientes adultos.

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	Sig. Asintótica (p)
Recesión –biotipo gingival (Pza 1.3)	3.325	3	0.344

Recesión –biotipo gingival (Pza 2.3)	11.119	3	0.011
Recesión –biotipo gingival (Pza 3.3)	0.921	3	0.820
Recesión –biotipo gingival (Pza 4.3)	1.609	3	0.657

Nivel de significancia = 0.05

En lo referente al Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 1.3, se aprecia que el valor de X^2 es de 3.325 y el nivel de significancia es $p>0.05$, el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 2.3, se aprecia que el valor de X^2 es de 11.119 y el nivel de significancia es $p<0.05$, el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 3.3, se aprecia que el valor de X^2 es de 0.921 y el nivel de significancia es $p>0.05$, y el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en la pieza 4.3, se aprecia que el valor de X^2 es de 1.609 y el nivel de significancia es $p>0.05$.

4.2. Discusión de los Resultados

La investigación tiene como objetivo principal determinar la asociación entre el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival de los sextantes anteriores en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica del adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, el estudio estuvo comprendida por una muestra de población del semestre académico 2017 I y II, siendo un total de 100 historias clínicas realizadas durante el año en mención.

Referente a la asociación entre el biotipo gingival y el grado de recesión gingival de los sextantes anteriores en pacientes adultos , se apreció que la mayoría de 100 pacientes presentaron con un porcentaje de femenino con 55.5% y masculino 44.4%, así mismo presentaron en un porcentaje de 59.6% un Biotipo gingival tipo I delgado y un biotipo gingival grueso tipo II con un 40.4% .también en una frecuencia de grados de recesión en los 100 pacientes presentaron un porcentaje de

Clase I con un 40.4% , Clase II con un 32.9%,Clase III con un 21% , Clase IV con un 5.5% y Sin recesión con un 0.4%. Mediante la prueba de Chi cuadrado(X^2) se determinó la relación entre e el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival de los sextantes anteriores, utilizado para variables cualitativas, en la pieza 1.1 es P-Valor = 0.381 ($p > 0.05$) En la Pieza 1.2 es P-Valor = 0.335 ($p > 0.05$); En la Pieza 1.3 es P-Valor = 0.344 ($p > 0.05$) ; En la Pieza 2.1 es el P-Valor = 0.801 ($p > 0.05$);. En la Pieza 2.2 es el P-Valor = 0.404 ($p > 0.05$); En la Pieza 2.3 es P-Valor = 0.011 ($p < 0.05$); En la Pieza 3.1 es el P-Valor = 0.245 ($p > 0.05$);En la Pieza 3.2 es el P-Valor = 0.112 ($p > 0.05$);En la Pieza 3.3 es P-Valor = 0.820 ($p > 0.05$); En la Pieza 4.1 es P-Valor = 0.218 ($p > 0.05$);En la Pieza 4.2 es P-Valor = 0.349 ($p > 0.05$);. En la Pieza 4.3 es el P-Valor = 0.657 ($p > 0.05$); de acuerdo con estos resultados se infiere que no existe una asociación directamente proporcional.

García S, Cayturo C, Gutiérrez M , Medina K , Orrego G (2015) El estudio tuvo como objetivo determinar "El biotipo periodontal como factor influyente en recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la clínica de posgrado de la UNMSM, Lima Perú", se trabajó con una muestra de 50 pacientes de la clínica de posgrado para encontrar el grado de relación que hay entre la recesion gingival y el biotipo gingival; sin embargo, en este estudio se demostró lo contrario obteniendo como resultado relación estadísticamente significativa entre el grado de recesión con el biotipo fino.

En cuanto a la Asociación entre el biotipo gingival con el grado de recesión gingival por pieza del sextante II, se apreció que en un número de 100 pacientes presentaron en la pieza 1.1 un P-Valor = 0.381 ($p > 0.05$); La pieza 1.2 un P-Valor = 0.335 ($p > 0.05$); La pieza 1.3 un P-Valor = 0.344 ($p > 0.05$); en la pieza1.3 el P-Valor = 0.344 ($p > 0.05$);En la pieza 2.1 un P-Valor = 0.801 ($p > 0.05$);En la pieza 2.2 el P-Valor = 0.404 ($p > 0.05$);En la pieza 2.3 el P-Valor = 0.011 ($p < 0.05$); al ser llevado a la

prueba de chi cuadrado (X^2) estableciendo la independencia de las variables y declarando que no existe asociación directa del biotipo y el grado de recesión gingival del sextante II.

Naranjo, M (2016) Se realizó una investigación donde el objetivo es establecer la prevalencia de las recesiones gingivales en dientes anteroinferiores según el biotipo periodontal en pacientes que presenten apiñamiento dental, en este presente estudio se estudió a 80 pacientes, de las edades de 16 a 40 años que fueron seleccionados aleatoriamente en la clínica Odontológica de la Universidad de las Américas en Quito-Ecuador. De toda la población el 41.25% presentaron una recesión gingival y los que mostraron un biotipo gingival delgado mostraron 4.446 veces más posibilidad de mostrar una recesión gingival que un biotipo gingival grueso, el 48% de las piezas vestibularizadas también presentaron recesión gingival. Por lo que concluyo que la recesión gingival se presenta en biotipos delgados y en piezas vestibularizadas contribuyen en su aparición, en este estudio se demostró lo contrario.

Referente a la Asociación del biotipo gingival con el grado de recesión por pieza del sextante V, al utilizar la prueba de chi cuadrado (X^2) para las variables cualitativas, en la pieza 3.1 tiene un P-Valor = 0.245 ($p > 0.05$); En la pieza 3.2 tiene un P-Valor = 0.112 ($p > 0.05$); En la pieza 3.3 P-Valor = 0.820 ($p > 0.05$); en la pieza 4.1 el P-Valor = 0.218 ($p > 0.05$); En la pieza 4.2 P-Valor = 0.349 ($p > 0.05$); En la pieza 4.3 el P-Valor = 0.657 ($p > 0.05$) de acuerdo a estos resultados se acepta la

hipótesis nula es decir que no existe una asociación directa por la cual se declara independencia de las variables.

Brito C, Pesantez D. (2016) Realizaron un estudio que tiene como objetivo determinar la prevalencia de recesión gingival y factores asociados en los estudiantes de la facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, durante el periodo 2015-2016 en el país de

Ecuador, se realizó un estudio transversal en 131 estudiantes de las edades entre 18 a 25 años, mediante una selección aleatoria simple . Se realizó un estudio clínico y se realizó un cuestionario para determinar la prevalencia de la recesión gingival y los factores que se encuentran asociados como el biotipo periodontal, el índice gingival modificado, restauraciones subgingivales, la higiene oral y las características del cepillado. En los resultados obtenidos tenemos que la mayor prevalencia de recesión gingival fue de un 64.1% siendo en varones 64.3% y en mujeres 64%, Por la cual se concluyó que presenta una asociación significativamente estadística entre la recesión gingival vestibular con un valor de índice gingival modificado de 0, los demás factores evaluados no presentaron asociación significativa, sin embargo, en este estudio se demostró lo contrario.

En cuanto a la Asociación entre el Biotipo gingival con el grado de recesión gingival en piezas caninas, se apreció que en las piezas 1.3 el P-Valor = 0.344 ($p > 0.05$); La pieza 2.3 el P-Valor = 0.011 ($p < 0.05$); La pieza 3.3 P-Valor = 0.820 ($p > 0.05$); La pieza 4.3 P-Valor = 0.657 ($p > 0.05$); Al llevar a cabo la prueba de chi cuadrado (X^2) de acuerdo a estos resultados se infiere que solo en la pieza 2.3 existe una asociación directa entre biotipo gingival y el grado de recesión gingival , en las piezas restantes no existe una relación directamente proporcional .

ZÚÑIGA, M (2016) El estudio tuvo como objetivo determinar “Relación del biotipo periodontal con la recesión gingival en alumnos con trauma oclusal primario de la clínica odontológica de la universidad Católica de Santa María, Arequipa 2016. La muestra realizada se dio en 60 piezas dentarias, obteniendo como resultado 50% corresponden a los hombres y el 50% restante a las mujeres entre las edades de 20 a 30 años. Tenemos como valores que el biotipo fino es de 61.7% y el biotipo grueso de 38.3%, el biotipo periodontal según piezas dentarias predominó los premolares con un biotipo fino 36.0%. Centrándonos en la relación del biotipo periodontal y la recesión gingival, un biotipo fino predomina con 2.19 mm y en un biotipo grueso es de 1.04 mm, llegando a la conclusión

que hay una relación muy significativa entre las dos variables, en este estudio se demostró lo contrario.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

Respecto a determinar el grado de biotipo gingival y el grado de recesión gingival de los sextantes anteriores en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017, se concluye que no existe una asociación directamente proporcional.

5.1.2 Conclusiones específicas

1. Respecto a determinar la asociación entre biotipo gingival y el grado de recesión gingival del sextante II de los pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017, se concluye que no existe una asociación directa.
2. En cuanto a determinar la asociación entre el Biotipo gingival y el grado de recesión gingival del sextante V de los pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017, se concluye que no existe una asociación directamente proporcional.
3. Respecto a determinar la asociación entre el Biotipo gingival y el grado de recesión gingival en piezas caninas de los pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017, se concluye que no existe una asociación directamente proporcional

5.2. Recomendaciones

5.2.1 Recomendación general

Respecto a determinar la asociación entre el biotipo gingival y el grado de recesión gingival de sextantes anteriores en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica, se recomienda realizar más estudios de este tema con una población mayor a 100 para determinar su etiología y que de esta manera se pueda dar un correcto diagnóstico evitando las complicaciones en diversos tratamientos.

5.2.2 Recomendaciones específicas

1. Respecto a determinar la asociación entre el biotipo gingival y el grado de recesión gingival del sextante II en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica, se recomienda realizar investigaciones que determinen los diferentes agentes etiológicos que más prevalencia tiene en la población para poder obtener un control y manejo eficaz en esta alteración.

2. Respecto a determinar la asociación entre el biotipo gingival y el grado de recesión gingival del sextante V en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica. Se recomienda, realizar investigaciones sobre la relación de recesiones gingivales y biotipo gingival asociadas al biofilm.

3. Respecto a determinar la asociación entre el biotipo gingival y el grado de recesión gingival de piezas caninas en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica. Se recomienda tomar en cuenta los resultados , para que en el campo de la Periodoncia lo utilicen, lográndose incrementar bases de datos y sean aprovechadas en el diagnóstico y tratamiento.

4. A la universidad se le recomienda realizar programas de charlas educativas tanto en pregrado como en clínica para difundir la importancia de la adecuada identificación del biotipo periodontal, la correcta higiene oral, clases de recesiones gingivales asociadas a diferentes factores, con el objetivo de mejorar el diagnóstico y el correcto tratamiento para un manejo adecuado de pacientes con enfermedades periodontales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lister-Blondet CR, Alarcón-Palacios MA. Fenotipos periodontales. Rev. Estomatol Herediana. 2010; 20(4):227-230.
2. KAO RT, Lee S, Harpenau L (2010). Clinical challenges in diagnosing and monitoring periodontal inflammation. J Calif Dent Assoc 38(4); pp. 263-70
3. Santarelli GA, Ciancaglini R, Campanari F, Dinoi C, Ferraris S. Connective tissue grafting employing the tunnel technique: a case report of complete root coverage in the anterior maxilla. Int J Periodontics Restorative Dent 2001; 21(1):77–83.
4. Newman, Takei, Klokkevold, Carranza. Periodontología clínica. 10.2006;1-1234.
5. Thomas M, Herbert F. Atlas a Color de Periodontología. 1ª Edición. Caracas: Editorial Amolca; 2009.
6. Prichard J. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica odontológica general. 1ª Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1982
7. Wennström J, Piniprato GP. Terapia mucogingival. En: Lindhe, J. Periodontología clínica e implantología odontológica. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana; 2001. p.560
8. Martín Ruiz, A.; Rodríguez Gómez, I.; Rubio, C.; Revert, C.; Hardisson, A. Efectos tóxicos del tabaco. Revista de Toxicología. vol. 21(2-3). 2004; 64-71.
9. Georgia K, Guthmiller J. Impacto del tabaquismo en la enfermedad y el tratamiento periodontales. Periodontology. vol 19. 2016;120-128.
10. Gorman Walter J. Prevalence and etiology of gingival recession. J Periodontal 1967;38:316-322

11. Woofter C. The prevalence and etiology of gingival recession. *Periodontal Abstr* 1969;17:45-50
12. The American Academy of Periodontology. *Glossary of Periodontal Terms*, 4th ed. Chicago: The American Academy of Periodontology; 2001:44
13. Er N, Özkavaf A, Berberoglu A, Yamalik N. An unusual case of gingival recession: oral piercing. *J Periodontol* 2000;71:1767-9.
14. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985;5(2):8-13
15. Powell RN, McEniery TM. Disparities in gingival height in the mandibular central incisor region of children aged 6-12 years. *Community Dent Oral Epidemiol* 1981;9(1):32-6.
16. Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *J Am Dent Assoc.* 2003 Feb;134(2):220-5.
17. Thomson WM, Hashim R, Pack AR. The prevalence and intraoral distribution of periodontal attachment loss in a birth cohort of 26-year-olds. *J Periodontol.* 2000;71(12):1840-5.
18. Cavenaghi, G; Caccianiga, GL; Baldoni, M; Lamedica, M. (2000) Comparación entre técnicas bilaminares y regenerativas para recubrir las raíces. *Avances Periodonologia Implantol.* 12, 127-136
19. Powhell. R. N. AND McEniery T. M. (1982) .A longitudinal study of isolated gingival recession in the mandibular central incisor region of children aged 6-8 years. *Journal of Clinical Periodontology*, 9, 357-364
20. Medina A.(2009) Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogé Olusegun S., , Eyitope Ogunbodede E., Adedigba M., Sagay D.(2010). Prognostic indicators of gingival recession in nigeria: preliminary findings. *Preventive Medicine Bulletin*, 9(3),187-199
21. Reddy Manchala S., Vandana K. L. , Mandalapu N. B., Mannem S., Dwarakanath C. D. (2012) Epidemiology of gingival recession and risk indicators in dental hospital population of Bhimavaram. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 2(2).69-74

22. Müller HP, Stadermann S, Heinecke A.(2002).Gingival recession in smokers and nonsmokers with minimal periodontal disease. *J Clin Periodontol*, 29, 129–136
23. Marini M.G., Greggi S. L. A., Passanezi E., Sant'ana A. C. P. (2004) Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. *Journal of Applied Oral Science*, 12(3), 250-5.
24. Checchi L, Daprile G, Gatto MRA, Pelliccioni GA.(1999) Gingival recession and toothbrushing in an Italian School of Dentistry: a pilot study. *Journal Clinical Periodontology*,26: 276-280
25. Rajapakse PS, McCracken GI, Gwynnett E, Steen ND, Guentsch A, Heasman PA. (2007) Does tooth brushing influence the development and progression of non-inflammatory gingival recession? A systematic review. *J Clin Periodontol*, 34, 1046–1061
26. Krishna Prasad D, Sridhar Shetty N, Solomon EGR. La influencia del trauma oclusal en la recesión gingival y las hendiduras gingivales. *The Journal of the Indian Prosthodontic Society* . 2013; 13 (1): 7-12. doi: 10.1007 / s13191-012-0158-1.
27. Er N, Özkavaf A, Berberoglu A, Yamalik N. An unusual case of gingival recession: oral piercing. *J Periodontol* 2000;71:1767-9.
28. Niemi ML, Sandholm L, Ainamo J. Frequency of gingival lesions after standardized brushing as related to stiffness of toothbrush and abrasiveness of dentifrice. *J Clin Periodontol* 1984;11:254-61
29. Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *J Am Dent Assoc*. 2003 Feb;134(2):220-5
30. Cangini F, Corneli R, Andreana S. Simultaneous treatment of multiple, bilateral, deep bucal recession defects with bioabsorbable barrier membrane: a case report. *Quintessence int* 2003;34:15-8
31. García-Rubio A, Bujaldón-Daza AL, Rodríguez-Archilla A. Recesión gingival. Diagnóstico y tratamiento. *Av Periodon Implantol*. 2015; 27, 1: 19-24.
32. Cangini F, Corneli R, Andreana S. Simultaneous treatment of multiple, bilateral, deep bucal recession defects with bioabsorbable barrier membrane: a case report. *Quintessence int* 2003;34:15-8

33. Olsson M, Lindhe J. Periodontal characteristics in individuals with varying form of the upper central incisors. *J Clin Periodontol* 1991;18(1):78-82.
34. Vehkalahti M. Occurrence of gingival recession in adults. *J Periodontol* 1989;60:599-603
35. Hopps RM, Johnson NW. Relationship between histological degree of inflammation and epithelial proliferation in macaque gingiva. *J Periodontal Res* 1974;9:273-83
36. Powell RN, McEniery TM. Disparities in gingival height in the mandibular central incisor region of children aged 6-12 years. *Community Dent Oral Epidemiol* 1981;9(1):32-6.
37. Stoner JE, Mazdyasna S. Gingival recession in the lower incisor region of 15-year-old subjects. *J Periodontol* 1980;51(2):74-6
38. Aguilar A., Cañamas S., Ibáñez C., Gil L.(2003). Importancia del uso de índices en la práctica periodontal diaria del higienista dental. *Periodoncia para el higienista dental*,3(8), 233-244
39. Camargo P. The use of free gingival graft for aesthetic purposes. *Periodontology* 2001;27:72-96.
40. Hopps RM, Johnson NW. Relationship between histological degree of inflammation and epithelial proliferation in macaque gingiva. *J Periodontal Res* 1974;9:273-83
41. Caton Jack G, Armitage Gary, Berglundh Tord, Chapple Iain L, Jepsen Soren, Kornman Kenneth S, Mealey Brian L, Papapanou Panos N, Sanz Mario, Tonetti Maurizio. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions- Introduction and key changes from the 1999 classification. *Journal of clinical periodontology*.2018;1-8.
42. Fine Daniel H, Patil Amey G, Loos Bruno Classification and diagnosis of aggressive periodontitis. *Journal Periodontal*. 2018;103-119.
43. Iain L.C. Chapple, Brian L. Mealey, Thomas E. Van Dyke, P. Mark Bartold, Henrik Dommisch, Peter Eickholz, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced

periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal Periodontal*.2018;74-84

44. Holmstrup Palle, Plemons Jacqueline, Meyle Joerg. Non-plaque-induced gingival diseases. *Journal Periodontal*.2018;28-45.

45. Tonetti Mauricio S, Greenwell Henry, Kornman Kenneth. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *Journal Periodontal*.2018; 159-172.

46. Panos N. Papapanou, Mariano Sanz, Nurcan Buduneli, Thomas Dietrich, Magda Feres, Daniel H et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 world workshop of the classification of periodontal and Peri- implant diseases and conditions. *Journal Periodontal*. 2018; 173-182.

47. Feres Magda, Alonso Bettina, Retamal-Valdes Belen, Herrera Belen. Acute periodontal lesions (Periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. *Journal Periodontal*.2018;85-102.

48. Hom-lay Wang, Monje Alberto, Derks Jan, Schwarz Frank. Peri-implantitis. *Journal Periodontal*.2018;267-290.

49. Lindhe Jan, Araujo Mauricio. Peri-implant health. *Journal Periodontal*.2018;249-256.

50. Salvi Giovannie E, Mayfield Heitz, Lisa J. Peri-implant mucositis. *Journal Periodontal*.2018;257-266.

51. Tord Berglundh, Gary Armitage, Mauricio G. Araujo, Gustavo Avila-Ortiz, Juan Blanco, Paulo M. Camargo, et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Condition. *Journal Periodontal*.2018; 313-318.

52. Tarnow Dennis, Hammerle Christoph. The etiology of hard- and soft-tissue deficiencies at dental implants: A narrative review. *Journal Periodontal*. 2018;291-303.

53. García S., Morales E., Bravo F. Incidencia de recesiones gingivales en la clínica odontológica de la UNMSM. 2008, obtenible en Actualidad

Odontológica y Salud:
<http://www.actualidadodontologica.com/0908/articulo3.shtml>

54. Lister-Blondet CR, Alarcón-Palacios MA. Fenotipos periodontales. Rev Estomatol Herediana. 2010; 20(4):227-230.

55. Basauri Esteves, Rosa "prevalencia de recesión gingival en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de Moche. UNT año 2013. Trujillo", obtenible en Actualidad Odontologica y salud: http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/593/JimenezFlores_D.pdf?sequence=1&isAllowed=y

56. Klein Riquelme Catherine , "Biotipo Periodontal y Recesiones Gingivales ; presencia e indicadores de riesgo en adolescentes entre 15 y 9 años de la ciudad de Santiago".2014, obtenible en Actualidad Odontologica y salud : <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130466/Biotipo-periodontal-y-recesiones-gingivales.pdf?sequence=1>

57. Tortella Guerrero Jazmin Rallen, "PREVALENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LA RECESIÓN GINGIVAL VESTIBULAR EN ADULTOS CHILENOS DE 35 – 44 AÑOS" 2014 Chile. obtenible en Actualidad Odontologica y salud : <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/137706/Prevalencia-y-distribuci%C3%B3n-de-la-recesi%C3%B3n-gingival-vestibular-en-adultos.pdf?sequence=1>

58. Lizarzaburu Bonilla Michelle Estefanía . "Prevalencia de Biotipos gingivales en dentición anterior permanente de pacientes atendidos en la clínica Odontológica de la Universidad de las Américas" 2015, obtenible en Actualidad Odontologica y salud : <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/3981/1/UDLA-EC-TOD-2015-08%28S%29.pdf>

59. NAVARRETE, Mariely; GODOY, Iván; MELO, Patricia y Javiera. Correlación entre biotipo gingival, ancho y grosor de encía adherida en zona estética del maxilar superior. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [online]. 2015, vol.8, n.3, pp.191-197. ISSN 0719-0107.Obtenible en Actualidad Odontologica y salud: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0719-01072015000300002&lng=es&nrm=iso
60. Sixto G, Cayturo S, Gutierrez L, Medina C, Orrego C, "El biotipo periodontal como factor influyente en recesion gingival en pacientes adultos que acuden a la clínica de Postgrado de la UNMSM, Lima-Perú.2015, Vol2,Nº2,pp 19-25, obtenible en la actualidad Odontológica y Salud: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/Theo/article/view/11959>
61. Christian David Brito Chicaiza, David Patricio Pesantez Chacón- PREVALENCIA DE RECESIÓN GINGIVAL Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES ENTRE 18 Y 25 AÑOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2015-2016, obtenible en la actualidad Odontológica y Salud: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25630/1/TESIS.pdf>
62. Estefanía Alexandra, Chávez Mestanza, "PREVALENCIA DE RECESIÓN GINGIVAL EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA INTEGRAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR PERÍODO OCTUBRE 2015". obtenible en la actualidad Odontológica y Salud: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/5803>
63. Naranjo Cabezas, María José, "Prevalencia de recesiones gingivales en dientes anteriorinferiores según el biotipo periodontal en pacientes con apiñamiento dental en la universidad de las Américas en

el año 2016”, obtenible en la actualidad Odontológica y Salud:
<http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/5081/1/UDLA-EC-TOD-2016-27.pdf>

64. Zúñiga Mando María, “ Relación del biotipo periodontal con la recesión gingival en alumnos con trauma oclusal primario de la clínica estomatológica de la Universidad de Santa María Arequipa 2016”, obtenible en la Actualidad Odontologica y Salud :
<https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/6123/64.2682.O.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

65. Cuesta Benavides Jhoselin Shirley , “Prevalencia de recesion gingival y su asociación con el biotipo periodontal en adolescentes de la unidad educativa “Crdenal Carlos Maria de la torre” del Quinche año 2017, obtenible en la Actulidad Odontologica y Salud :
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13750/1/T-UCE-015-830-2017.pdf>

66. Álvarez Huamán, Diana Carolina, “prevalencia de recesión gingival en pacientes adultos del servicio de Odontología de los hospitales Víctor Lazarte Echegaray y Regional Docente de Trujillo , 20118” lima -Perú ,obtenible en la Actulidad Odontologica y Salud:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/4367/1/RE_ESTO_DIANA.ALVAREZ_RECESI%C3%93N.GINGIVAL_DATOS.PDF

67. Salvatierra Granda , Katherine Lizzette “Prevalencia de recesiones gingivales asociadas a traumas mecánicos en pacientes UCSG semestre B-2017” Guayaquil- Ecuador. obtenible en la Actulidad Odontologica y Salud:
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/10082/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-373.pdf>

68. Tanqueño Gualpa, Maricela Alexandra, “PREVALENCIA DE RECESIONES GINGIVALES EN DIENTES ANTERIORES SEGÚN LA

CLASIFICACIÓN DE MILLER (1985) EN PACIENTES MAYORES DE 25 AÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA INTEGRAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, PERÍODO 2018. obtenible en la Actulidad Odontologica y Salud: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16157/1/T-UC-0015-ODO-016.pdf>

69. Descriptores en ciências de la salud (internet).2016. Available from: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

ANEXO

ANEXO 02. CARTA DE AUTORIZACIÓN



UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

Lima, 22 de Octubre del 2018

Dr. Luis Cervantes Ganoza
Decano de la Facultad de Estomatología.
Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
PRESENTE.-

Me dirijo a usted en esta oportunidad, como Bachiller de la Facultad de Estomatología, a fin de saludarlo muy cordialmente y a la vez solicitarle el permiso para poder ejecutar mi proyecto de tesis la cual esta titulada: **"ASOCIACIÓN DEL BIOTIPO GINGIVAL CON EL GRADO DE RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA EN EL AÑO 2017"**; teniendo como asesor a Dr.Erick Cuba.

Por lo cual solicito permiso para poder ejecutar mi tesis en las instalaciones de la Clínica Estomatológica de los días 22 de Octubre al 27 de octubre, en donde serán evaluados los pacientes que asistieron a la Clínica Estomatológica. Una vez aprobado su permiso, accederé a la clínica con el fin de poder ejecutar mi investigación.

Sin otro particular, me despido de usted, quedo a la espera de su respuesta.

Atentamente.




Dr. Luis Cervantes Ganoza
Decano
Facultad de Estomatología


Bach. Rojas Chávez Brillith Ghandari
Código: a731765820

ANEXO 03.



**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA**

**FICHA DE OBSERVACIÓN AD-HOC DE RECOLECCIÓN DE
DATOS**

“Asociación del biotipo gingival en el grado de recesión gingival de los sextantes anteriores en pacientes adultos atendidos en la Clínica Estomatológica del Adulto de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2017”

INTRODUCCIÓN

La presente encuesta, forma parte del trabajo de investigación titulado: “Asociación del biotipo gingival con el grado de recesión gingival de los sextantes anteriores en pacientes adultos atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad inca Garcilaso de la vega en el año 2017”. La mencionada investigación, busca encontrar a asociación del biotipo gingival con el grado de recesión gingival.

DATOS GENERALES.

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA DE LA EVALUACIÓN:

EDAD:.....

SEXO: Masculino Femenino

1. RECESIÓN GINGIVAL

Biotipo Gingival:

Grueso Tipo II

Delgado Tipo I

PIEZAS DENTARIAS	Sin recesión	CLASE I	CLASE II	CLASE III	CLASE IV
Grado de recesión Pza 1.1					
Grado de recesión Pza 1.2					
Grado de recesión Pza 1.3					
Grado de recesión Pza 2.1					
Grado de recesión Pza 2.2					
Grado de recesión Pza 2.3					
Grado de recesión Pza 3.1					
Grado de recesión Pza 3.2					
Grado de recesión Pza 3.3					
Grado de recesión Pza 4.1					
Grado de recesión Pza 4.2					
Grado de recesión Pza 4.3					

ANEXO 04. FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN (Juicio de Expertos) Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Agnesse Morales Arto Kar
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente Imp.
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: FICHA de OBS. AdHoc.
 1.4 Autor del instrumento: Rafael Hoyer Buitrago

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACION				
		Deficiente	Regular	Buena	Buena	Excelente
		01 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				X	
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.				X	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. Organización	Presentación ordenada					X
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos					X
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.				X	
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					X
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores / medidas.					X
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					X
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					X

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marcar con una espá)

Aprobado	Desaprobado	Observado
X		

Lugar y fecha: 12 octubre 2018


 ANITA K. AGUIRRE MORALES
 FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE
 DNI. No. 03313570 Teléfono:

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
(Juicio de Expertos)
Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: ALEJANDRO ESTRADA, ANDREW
 1.2 Cargo e institución donde labora: DOCENTE VAE - INSTITUTO CIGU
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: FICHA DE OBSERVACIÓN AD-HOC
 1.4 Autor del instrumento: ROJAS CHAVEZ, BRILLITH G.

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACION				
		Deficiente	Regular	Buena	Buena	Excelente
		01 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					/
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					/
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				/	
4. Organización	Presentación ordenada					/
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos					/
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					/
7. Consistencia	Prende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					/
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores / medidas.					/
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					/
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					/

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marcar con una aspa)

Aprobado	Desaprobado	Observado
✓		

Lugar y fecha: Lima, 24 de diciembre 2018

Andrew Estrada



UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA FUENTE
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

Dr. Andrew Alejandro Estrada
Periodoncia e Implantología Ora
COORDINADOR

Firma del experto Informante

DNI. No. 40155330 Teléfono: 998458371

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION
(Juicio de Expertos)
Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante : HUAYLAS PAREDES, BETZABE
 1.2 Cargo e institución donde labora : Docente de PRE-GRADO UICV
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación : FICHA DE OBSERVACIÓN AD-HOC
 1.4 Autor del instrumento : ROJAS CHAVEZ, BRILITH G.

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CLASIFICACION				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				✓	
2. Objetividad	Permite medir hechos observables				✓	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					✓
4. Organización	Presentación ordenada					✓
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos				✓	
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados				✓	
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos				✓	
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables, Indicadores, medidas.					✓
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación				✓	
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse					✓

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marcar con un aspa)

Aprobado	Desaprobado	Observado
✓		

Lugar y Fecha Pueblo Libre 20 de octubre del 2018

Betzabe

Firma del experto Informante
DNI. No. 40649571 Teléfono 98968740

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
(Juicio de Expertos)
Modelo RTP

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: MENACHO ANGELIS GREGORIO LORENZO
 1.2 Cargo e institución donde labora: DOCENTE RES. y POSGRADO USGVI
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: FICHA OBSERVACION AD-HOC
 1.4 Autor del instrumento: ROJAS CHAVEZ, BRILLITH GHANDAR.

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACION				
		Deficiente 01 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					✓
2. Objetividad	Permite medir hechos observables.					✓
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					✓
4. Organización	Presentación ordenada					✓
5. Suficiencia	Comprende aspectos reconocidos					✓
6. Pertinencia	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					✓
7. Consistencia	Pretende conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos.					✓
8. Análisis	Descompone adecuadamente las variables / indicadores / medidas.					✓
9. Estrategia	Los datos por conseguir responden a los objetivos de investigación.					✓
10. Aplicación	Existencia de condiciones para aplicarse.					✓

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: Marcar con una espá)

Aprobado	Desaprobado	Observado
✓		

Lugar y fecha: Pueblo Libre 24 de Mayo 2018



Firma del experto Informante

DNI. No. 06039730 Teléfono: 9955 21132

ANEXO N°5. SOLICITUD PARA EJECUTAR EN CLÍNICA



UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

Lima, 22 de Octubre del 2018

Dr. Luis Cervantes Ganoza
Decano de la Facultad de Estomatología.
Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
PRESENTE.-

Me dirijo a usted en esta oportunidad, como Bachiller de la Facultad de Estomatología, a fin de saludarlo muy cordialmente y a la vez solicitarle el permiso para poder ejecutar mi proyecto de tesis la cual esta titulada: **"ASOCIACIÓN DEL BIOTIPO GINGIVAL CON EL GRADO DE RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA EN EL AÑO 2017"**; teniendo como asesor a Dr.Erick Cuba.

Por lo cual solicito permiso para poder ejecutar mi tesis en las instalaciones de la Clínica Estomatológica de los días 22 de Octubre al 27 de octubre, en donde serán evaluados los pacientes que asistieron a la Clínica Estomatológica. Una vez aprobado su permiso, accederé a la clínica con el fin de poder ejecutar mi investigación.

Sin otro particular, me despido de usted, quedo a la espera de su respuesta.

Atentamente.

Dr. Luis Cervantes Ganoza
Decano
Facultad de Estomatología

Bach.Rojas Chávez Brillith Ghandari
Código: a731765820

ANEXO 06. REGISTRO FOTOGRÁFICO



A

NEXO 07. REGISTRO FOTOGRÁFICO

