



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado previo a la obtención del título de:

Odontóloga.

Tema.

Factores de riesgo en la recesión gingival en la población comprendida entre 20 - 50 años de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre, durante el periodo marzo - julio de 2015.

Autora.

Jocelyn Ivette Llaguno Cedeño.

Director de tesis de grado.

Dr. Jorge Mendoza Robles. Mg. Gs.

Cantón Portoviejo - Provincia de Manabí - República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.

Dr. Jorge Mendoza Robles. Mg. Gs., certifica que la tesis de investigación titulada: Factores de riesgo en la recesión gingival en la población comprendida entre 20 - 50 años de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre, durante el periodo marzo - julio de 2015, es trabajo original de la estudiante Jocelyn Ivette Llaguno Cedeño, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dr. Jorge Mendoza Robles. Mg. Gs.

Director de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema.

Factores de riesgo en la recesión gingival en la población comprendida entre 20 - 50 años de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre, durante el periodo marzo - julio de 2015. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

Tribunal.

Dra. Lucía Galarza Santana. Mg. Gs.

Coordinadora de la carrera.

Dr. Jorge Mendoza Robles. Mg. Gs.

Director de tesis.

Dra. Alexandra Valarezo Chumo. Mg. Ge.

Miembro del tribunal.

Dra. Nelly San Andrés Plúa. Mg. Gs.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo sobre: Factores de riesgo en la recesión gingival en la población comprendida entre 20 - 50 años de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre, durante el periodo marzo - julio de 2015, pertenece exclusivamente a la autora. Además, cedo mi derecho de autora de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Jocelyn Ivette Llaguno Cedeño.

Autora de tesis.

AGRADECIMIENTO.

A Dios, nuestro creador todopoderoso por ser la luz en mi camino, por darme sabiduría, inteligencia y valor para superar los obstáculos que se me presentaron a lo largo de mi vida. A mis padres Ricardo Llaguno Mero y Martha Cedeño Alava, quienes con su esfuerzo, paciencia y gran sacrificio me dieron la oportunidad de estudiar, a ellos porque tuve su apoyo incondicional en todo momento. A mis hermanos Ricardo Llaguno Cedeño y Melanie Llaguno Cedeño porque de una u otra manera me brindaron las fuerzas necesarias para salir adelante y siempre creyeron en mí.

A mi novio Héctor Montilla Muñoz, por su incansable ayuda, sus consejos y su amor en todos estos años que pasamos juntos. A él, le agradezco de manera especial, por haberme acompañado en todos los días de estudio en la universidad, por compartir conmigo momentos de éxito y también de derrotas, por tener para mí siempre las palabras precisas de aliento para que pueda cumplir mis objetivos.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por orientar mi educación profesional. A mi director de tesis y a cada uno de los docentes, quienes me brindaron generosamente sus conocimientos, sus enseñanzas, su cariño y aprecio.

Jocelyn Ivette Llaguno Cedeño.

DEDICATORIA.

Dedico mi tesis principalmente a mis padres Ricardo Llaguno Mero y Martha Cedeño Alava por ser los pilares fundamentales en mi vida, por fomentar mi educación con buenos valores, por formarme como una persona de bien para la sociedad y por estar pendientes en cada momento de mi proceso académico.

A mis hermanos Ricardo Llaguno Cedeño y Melanie Llaguno Cedeño que me ayudaron y fueron parte importante en el proceso de mi carrera. A mi novio Héctor Montilla Muñoz por estar a mi lado siempre, por ser parte de mi formación profesional.

Jocelyn Ivette Llaguno Cedeño.

RESUMEN.

Los factores de riesgo en la recesión gingival son características que precipitan la exposición de la raíz de uno o varios dientes por migración apical del tejido gingival. Estos factores de riesgo se clasifican como predisponentes y desencadenantes.

El objetivo principal de la investigación consistió en caracterizar los factores de riesgo en la recesión gingival. Se realizó un estudio de campo, descriptivo de corte transversal en la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre mediante una ficha de observación y recolección de datos donde intervino una muestra aleatoria de 100 personas en edades comprendidas entre 20 – 50 años de edad.

Se determinó que los factores de riesgo más frecuentes en la recesión gingival son: la malposición dentaria y el cepillado traumático. El rango de edades comprendidas entre 41-50 años y el sexo masculino son los más afectados con recesión gingival y los grupos dentarios con mayor afección de recesión gingival son: los incisivos como grupo dentario anterior y los premolares como grupo dentario posterior.

Palabras claves: factores de riesgo, recesión gingival, atrofia gingival, migración apical.

ABSTRACT.

Risk factors for gingival recession are characteristics that precipitate the exposure of the root of a tooth or teeth for apical migration of the gingival tissue. These risk factors are classified as predisposing and precipitating.

The main objective of this research was to characterize the risk factors in the gingival recession. A field study descriptive cross cut was made in the "San Roque de Charapoto" Community Parish of Sucre through an observation medical record and data collection with a random sample of 100 people aged between 20-50 years old.

It was determined that the most common risk factors in gingival recession are tooth malposition and traumatic brushing. The range of ages 41-50 years and males are the most affected with gingival recession and tooth groups with greater involvement of gingival recession they are incisors and anterior dental group and premolars as subsequent dental group.

Keywords: risk factors, gingival recession, gingival atrophy, apical migration.

ÍNDICE.

Portada.	
Certificación del director de tesis.	II
Certificación del tribunal examinador.	III
Declaración de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstract.	VIII
Índice.	IX
Introducción.	1
Capítulo I.	2
1. Problematización.	2
1.1. Tema.	2
1.2. Formulación del problema.	2
1.3. Planteamiento del problema.	2
1.3.1. Preguntas de investigación.	4
1.4. Delimitación de la investigación.	4
1.5. Justificación.	5
1.6. Objetivos.	6
1.6.1. Objetivo general.	6
1.6.2. Objetivos específicos.	6

Capítulo II.	7
2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.	7
2.1. Anatomía del periodonto.	7
2.1.1. Periodonto de protección.	7
Encía.	7
Fibras gingivales.	9
Función de la encía.	9
Características clínicas de la encía.	9
2.1.2. Periodonto de inserción.	11
Ligamento periodontal.	11
Cemento radicular.	12
Hueso alveolar.	13
2.2. Recesión gingival.	13
2.2.1. Definición.	13
2.2.2. Etiología.	14
2.2.3. Factores de riesgo.	15
Escasa encía adherida.	19
Inserción alta de frenillos.	19
Dehiscencias óseas.	20
Malposición dentaria.	21
Apiñamiento.	21
Trauma oclusal.	21
Inflamación gingival.	22
Cepillado traumático.	22
Laceración gingival.	24

Márgenes subgingivales.	24
Diseño inadecuado de aparatología removible.	25
Movimientos ortodónticos no controlados.	25
2.2.4. Epidemiología.	26
2.2.5. Fisiopatogenia.	27
2.2.6. Clasificación.	28
2.2.7. Síntomas clínicos.	29
2.2.8. Diagnóstico de la recesión.	29
Medida de la recesión gingival.	30
Índice de recesión.	30
2.2.9. Tratamiento.	31
Cepillo dental.	32
Técnicas de cepillado dental.	35
Métodos para el cepillado de los diente.	36
2.3. Unidades de observación y análisis.	37
2.4. Variables.	37
2.4.1. Unidades de observación y análisis.	37
Capítulo III.	38
3. Marco Metodológico.	38
3.1. Modalidad de la investigación.	38
3.2. Tipo de investigación.	38
3.3. Métodos.	38
3.4. Técnicas.	39
3.5. Instrumentos.	39

3.6.	Recursos.	39
3.6.1.	Talento humano.	39
3.6.2.	Recursos tecnológicos.	39
3.6.3.	Recursos materiales.	39
3.6.4.	Recursos económicos.	40
3.7.	Población y muestra.	40
3.8.	Recolección de la información.	40
3.9.	Procesamiento de la información.	40
3.10.	Aspectos éticos.	41
	Capítulo IV.	42
4.	Análisis e Interpretación de Resultados.	42
	Capítulo V.	66
5.	Conclusiones y Recomendaciones.	66
5.1.	Conclusiones.	66
5.2.	Recomendaciones.	67
	Capítulo VI.	68
6.	Propuesta.	68
6.1.	Datos informativos.	68
6.1.1.	Título de la propuesta.	68
6.1.2.	Periodo de ejecución	68
6.1.3.	Descripción de los beneficiarios.	68
6.1.4.	Ubicación sectorial y física.	68

6.2.	Introducción.	68
6.3.	Justificación.	69
6.4.	Objetivos.	70
6.4.1.	Objetivo general.	70
6.4.2.	Objetivos específicos.	70
6.5.	Sostenibilidad.	70
6.6.	Actividades.	71
6.7.	Recursos.	71
6.7.1.	Humanos.	71
6.7.2.	Técnicos.	71
6.7.3.	Materiales.	71
6.7.4.	Financiero.	71
6.8.	Presupuesto.	72
	Anexos.	73

Bibliografía

ÍNDICE DE LOS CUADROS Y GRÁFICOS.

Cuadro y gráfico 1. Factores de riesgo predisponentes.	42
Cuadro y gráfico 2. Factores de riesgo desencadenantes.	44
Cuadro y gráfico 3. Técnica de cepillado dental.	46
Cuadro y gráfico 4. Fuerza aplicada durante el cepillado dental.	49
Cuadro y gráfico 5. Estado del cepillo dental.	51
Cuadro y gráfico 6. Personas que presentan recesión gingival.	54
Cuadro y gráfico 7. Personas examinadas de acuerdo al sexo.	56
Cuadro y gráfico 8. Edad en que predomina la presencia de recesión gingival.	58
Cuadro y gráfico 9. Sexo en que predomina la presencia de recesión gingival.	60
Cuadro y gráfico 10. Grupos dentarios afectados. Piezas anteriores.	62
Cuadro y gráfico 11. Grupos dentarios afectados. Piezas posteriores.	64

INTRODUCCIÓN.

Los factores de riesgo son características que se asocian con el aumento o disminución de la posibilidad de que un individuo manifieste una enfermedad, una lesión o experimente un cambio en el estado de su salud en un tiempo determinado. La recesión gingival se define como la exposición de la raíz de uno o varios dientes por migración apical de la encía.

Los principales factores de riesgo que contribuyen a la formación de recesión gingival son los factores predisponentes como: escasa encía adherida, inserción alta de frenillos, malposición dentaria y apiñamiento. Los factores desencadenantes como: inflamación y laceración gingival, cepillado traumático, movimientos ortodónticos descontrolados, restauraciones defectuosas, aparatología removible, entre otros.

La presente investigación busca caracterizar e identificar los factores de riesgo en la recesión gingival en la población comprendida entre 20 – 50 años de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Así como también, establecer la edad y el sexo en que se presenta con mayor frecuencia la recesión gingival y determinar los grupos dentarios más afectados.

El estudio fue elaborado bajo la modalidad de campo, donde se utilizó la técnica de observación y como instrumento una ficha de observación y recolección de datos. Se ofreció la información de los objetivos, beneficios y confidencialidad de la misma a los usuarios para obtener su consentimiento relevando la ética de la investigación.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Factores de riesgo en la recesión gingival en la población comprendida entre 20 - 50 años de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre, durante el periodo marzo - julio de 2015.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuáles son los factores de riesgo en la formación de recesión gingival en la población comprendida entre 20 - 50 años de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre durante el periodo marzo - julio de 2015?

1.3. Planteamiento del problema.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Avances en Periodoncia e Implantología oral, en un artículo de Ardila¹ (2009) cita que:

La recesión gingival aumenta con la edad. Su incidencia varía desde 8% en los niños hasta 100% luego de los 50 años de edad. Informes recientes indican que hay una prevalencia substancial en el aumento de las recesiones en la población mundial, incrementándose significativamente después de la quinta década. Esto motiva a que ciertos investigadores supongan que la recesión es un proceso fisiológico vinculado con el envejecimiento. (p. 36).

¹Ardila, CM. (2009). Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. [En línea]. Consultado: [14, julio, 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v21n1/original4.pdf>

Explorando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Acta Odontológica Venezolana, en un artículo de Segovia y colaboradores² (2002) transcriben que:

Se realizó un estudio correlacional/causal para determinar la significación de la placa bacteriana, cálculo dental, consistencia de las cerdas del cepillo dental, movimientos manuales rutinarios al cepillarse, edad y sexo en el desarrollo de recesión gingival. La patología se indagó en una muestra no probabilística de 150 pacientes atendidos en el Servicio Médico Odontológico de la Universidad del Zulia, ambos sexos y edades entre 18 y 67 años; diagnosticándose recesión gingival en el 83.37% de los integrantes de la muestra. La recesión gingival (extensión horizontal y vertical) ocurrió, fundamentalmente, en la cara vestibular de los premolares y caninos inferiores y segundo premolar inferior derecho. El segundo premolar inferior izquierdo y el primer premolar inferior izquierdo, fueron los dientes más afectados por la alteración. El incremento de la edad significó aumento del número de casos con recesión generalizada y disminución de los casos de recesión localizada en un diente e igualmente se detectó que son las personas mayores de 27 años las más propensas al uso de cepillos dentales con cerdas duras lo que podría estar asociado a la aparición de la alteración y su intensificación. Los resultados del test de la independencia de las variables y el coeficiente de contingencia indicaron, para probabilidades con elevado nivel de significación, que existe asociación entre: placa bacteriana, cálculo dental, uso de cepillos dentales con cerdas duras, movimientos manuales al cepillarse, edad y desarrollo de recesión gingival. (párr. 1).

Además, examinando informaciones disponibles en la web, se consultó datos de una tesis realizada en Ecuador de Vizcaíno³ expone que:

Se encontró relación entre la Periodontitis Crónica Asociada a Placa Bacteriana y la Recesión Gingival. Un total de 48 pacientes (48%) fueron positivos para periodontitis, ya sea aislada o en conjunción con otros factores de riesgo, tales como el trauma oclusal (trauma oclusal secundario) y la malposición dentaria. (13% presentó una periodontitis pura, 18% periodontitis en combinación a trauma oclusal secundario, un 11% registró periodontitis junto a una malposición dentaria y un 1% periodontitis y presencia de frenillo aberrante. Fue precisamente en este grupo con enfermedad periodontal que se encontró la mayor severidad de recesiones gingivales, con casos de tipo III y IV de Miller, lo cual se vió agravado en presencia de mayor número de factores de riesgo. En cuanto a la paciente con presencia de frenillo aberrante, se demostró muy obvia la recesión gingival localizada, causada por la tracción del mismo. El trauma oclusal primario se probó como un factor predisponente muy importante en

²Segovia, R., Salazar, C., Paz, M. (2002). Factores precipitantes en el desarrollo de recesión gingival. [En línea]. Consultado: [14, julio, 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652002000200006&script=sci_arttext

³Vizcaíno, M. (2010). Incidencia de la recesión gingival en el paciente geriátrico. Tesis de maestría no publicada, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Quito, Ecuador.

este estudio, al presentarse en 17% de pacientes, en forma aislada. Se observó al trauma oclusal primario en conjunción con un cuadro de malposición dentaria en un 8% de los individuos, además del 2% que presentó trauma oclusal junto a una técnica de cepillado agresivo, lo cual marcó severas zonas de recesión gingival. Se examinó un caso con recesión gingival asociada a cepillado traumático, en ausencia de otros factores desencadenantes. La Malposición dentaria por sí sola se manifestó en un 9% de los individuos, con clara relación con la recesión gingival, en especial en presencia de piezas vestibularizadas en el sector anterior. Así mismo se observaron casos de recesión gingival severa en pacientes que presentaron 3 factores de riesgo, como fueron la periodontitis, trauma oclusal secundario y malposición dentaria.

En ausencia de otros factores agravantes, en un 3% de los casos estudiados se observaron prótesis mal ajustadas, contribuyendo claramente a la recesión gingival. Un 12 % restante perteneció a un grupo con ausencia de otros factores de riesgo precipitantes o desencadenantes, con zonas no moderadas de recesión gingival localizada en el biotipo periodontal fino y zonas leves de recesión gingival localizada en el biotipo periodontal grueso. (pp. 89 y 90).

La comunidad San Roque de la parroquia de Charapotó del cantón Sucre en Manabí no cuenta con datos investigativos que revelen la realidad de los factores de riesgo en la formación de recesión gingival, por lo cual precisó ser investigada, para correlacionar este estudio con otros de las demás provincias del Ecuador.

1.3.1. Preguntas de investigación.

¿Cuáles son los factores de riesgo más frecuentes en la recesión gingival?

¿En qué edad y en qué sexo predomina la presencia de recesión gingival?

¿Cuáles son los grupos dentarios que padecen con más frecuencia la recesión gingival?

1.4. **Delimitación de la investigación.**

Campo: Salud.

Área: Odontología.

Aspectos: Recesión gingival.

1.4.1. Delimitación espacial.

El estudio se realizó en habitantes de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre.

1.4.2. Delimitación temporal.

El estudio se efectuó en el periodo marzo - julio de 2015.

1.5. Justificación.

Según lo conocido en esta investigación un factor de riesgo es alguna característica que precipita a que un individuo presente una lesión o enfermedad. Además, se entiende como recesión gingival al desplazamiento apical de la encía con respecto a la unión cemento-esmalte, que deja al descubierto la raíz del o de los dientes y que involucra su posible pérdida, su aspecto estético y su función. La realidad de esta problemática impulsó la realización de esta investigación habiendo tomado en cuenta que no existía ninguna investigación realizada con anterioridad en la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre.

La investigación tuvo un enfoque importante en el campo de la salud oral y tuvo como finalidad caracterizar e identificar los factores de riesgo que influyen en la aparición de retracción de las encías en los habitantes. Así como establecer la edad y el sexo en que se presentó con mayor frecuencia la recesión gingival y permitió determinar los grupos dentarios más afectados. Así mismo, dió una aportación a la prevención y disminución de los factores de riesgo que provocan la recesión gingival.

El estudio ofrece una contribución científica, por demostrar hallazgos clínicos gracias al estudio de campo, los mismos que son fuente importante para el asesoramiento de los profesionales de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y de los habitantes de la comunidad.

La investigación fue factible porque hubo la predisposición y colaboración de los habitantes de la comunidad San Roque. También se obtuvo suficiente información bibliográfica, científica, en artículos, sitios web, que ayudaron en el sustento de esta investigación y a su vez la disposición de los recursos económicos por la investigadora para llevarla a cabo.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo general.

Caracterizar los factores de riesgo en la recesión gingival en la población comprendida entre 20 - 50 años de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre, durante el periodo marzo – julio de 2015.

1.6.2. Objetivos específicos.

Identificar los factores de riesgo más frecuentes en la recesión gingival.

Establecer la edad y el sexo en que se presenta con mayor frecuencia la recesión gingival.

Determinar los grupos dentarios con mayor afección de recesión gingival.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

2.1. Anatomía del periodonto.

Investigando la obra de Ferro y Gómez⁴ (2007) citan que: “El término periodonto significa peri: alrededor y odontos: diente. Éste se encuentra conformado por el periodonto de protección o unidad dentogingival, y por la unidad dentoalveolar o periodonto de inserción”. (p. 16).

2.1.1. Periodonto de protección.

Encía.

Examinando la obra de Bascones⁵ (2009) expone que:

La cavidad bucal se encuentra cubierta por una membrana mucosa que se continúa hacia adelante con la piel del labio y hacia atrás con la mucosa del paladar blando y de la faringe. Así pues, podemos distinguir cuatro tipos de mucosa:

Masticatoria: Recubre hueso alveolar y paladar duro.

Especializada: Recubre el dorso de la lengua.

Revestimiento: Recubre las mejillas, suelo de boca, mucosa alveolar.

Transición: Se encuentra entre la mucosa de revestimiento y la mucosa del labio. Hoy día sería mejor clasificarla como mucosa de revestimiento.

Se denomina encía a la parte de mucosa bucal que recubre el hueso alveolar y la región cervical de los dientes. La encía normal es de color rosa coral, con una textura superficial variablemente punteada (aspecto de piel de naranja), y no presenta exudado ni acumulación de placa. Dicho punteado se debe a la inserción de haces de fibras colágenas desde la membrana basal al periostio.

Su contorno coronario sigue fielmente los cuellos dentarios (margen gingival), terminado en esta zona en forma de filo de cuchillo.

Anatómicamente, distinguimos en la encía las siguientes partes:

Encía marginal o libre. Se extiende desde el margen gingival hasta el fondo del surco gingival. Sigue la línea ondulada de la línea amelocementaria de los dientes, y su anchura varía entre 0.5 y 2 mm. Está íntimamente unida al

⁴Ferro, M., Gómez, M. (2007). Periodoncia Fundamentos de la Odontología. República de Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

⁵Bascones, A. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Reino de España: Ediciones Avances Medico-Dentales, S.L.

esmalte dentario, y forma la pared blanda del surco gingival. En el epitelio que recubre la encía marginal se distinguen tres partes: epitelio oral, que recubre la superficie bucal; epitelio oral del surco o epitelio crevicular, que recubre la superficie orientada hacia el diente; y el epitelio de unión, que proporciona la inserción de la encía al diente.

Encía insertada. Se extiende desde la hendidura gingival hasta la línea mucogingival, aunque en la región palatina no existe una clara delimitación entre encía insertada y mucosa palatina.

La encía insertada se encuentra firmemente unida mediante el periostio al hueso alveolar y, mediante fibras de colágeno, al cemento radicular. Su anchura puede variar desde 9 mm en la cara vestibular de los incisivos hasta 1 mm en la zona de premolares y caninos. Su anchura no varía con la edad en ausencia de patología, aunque en condiciones patológicas puede llegar a desaparecer completamente. (pp. 50 y 51).

Observando nuevamente la obra de Bascones⁶ (2009) transcribe que:

La hendidura gingival es un surco superficial paralelo al margen gingival, a una distancia que varía de 0.5 a 2 mm, y que se presenta aproximadamente en la mitad de las encías normales, dependiendo de la colocación definida de las fibras colágenas supraalveolares que, en forma de abanico, corren desde el cemento a la encía.

Encía interdientaria. La encía, en los espacios interdentarios anteriores, adopta una forma piramidal o cónica, y se denomina papila interdientaria, la cual, generalmente, está queratinizada. Por el contrario, en la región de premolares y molares, el vértice de la papila se aplanan o incluso se hace cóncavo en sentido vestibulolingual. Esta depresión se denomina col y está determinada por la anchura y las relaciones de contacto de los dientes adyacentes. La superficie del área de col no está queratinizada, y es muy susceptible a las influencias patógenas, como la placa.

Mucosa alveolar. Se diferencia claramente de la encía insertada por la unión mucogingival. Es una mucosa de revestimiento deslizante y elástica, y cubierta con un epitelio no queratinizado que deja traslucir los vasos sanguíneos de la profundidad. El corión tiene fibras colágenas y elásticas en disposición laxa, y presenta cambios inflamatorios y degenerativos al someterlo a tensión. (pp. 51 y 52).

⁶Bascones, A. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Reino de España: Ediciones Avances Medico-Dentales, S.L.

Fibras gingivales.

Explorando la obra de Eley y colaboradores⁷ (2012) referencian que:

El tejido conjuntivo de la encía se organiza para mantener el margen gingival unido al diente alrededor del cuello y para mantener la integridad de la inserción dentogingival.

La disposición de estas fibras es complicada, pero se han descrito como divididas en varios grupos de haces de fibras de colágeno:

Fibras dendogingivales o gingivales libres, que se insertan en el cemento y se abren en abanico en la encía y sobre el margen alveolar para fusionarse con el periostio de la encía insertada.

Fibras alveologingivales o de la cresta alveolar de donde nacen y discurren coronalmente hacia la encía.

Fibras circulares, que rodean el diente.

Fibras transeptales, que circulan de diente a diente coronalmente a la cresta alveolar. (p. 3).

Función de la encía.

Indagando informaciones disponibles en la web, de la revista Estomatología Comunitaria⁸ (2012) indica que:

La función básica que cumple la encía es de protección, absorbe fuerzas para que no sean transmitidas al tejido óseo.

Protege al diente de la agresión de bacterias y de la entrada de sustancias extrañas mediante el epitelio de unión.

Ayuda a mantener fijos los dientes a los maxilares.

Facilita el deslizamiento de los alimentos evitando que se depositen sobre los dientes.

Da buena apariencia a los maxilares. (párr. 8).

Características clínicas de la encía.

Examinando la obra de Bascones⁹ (2009) señala que:

Coloración.

Es la primera manifestación que se observa a la hora de explorar la encía. En condiciones normales, ésta debe tener una coloración rosa coral, aunque por

⁷Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). Periodoncia. Reino de España: Elsevier.

⁸Estomatología Comunitaria. (2012). Las encías. [En línea]. Consultado: [12, junio, 2015]. Disponible en: <http://michellesandra.blogspot.com/2012/09/las-encias-es-una-fibromucosa-formada.html>

⁹Bascones, A. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Reino de España: Ediciones Avances Medico-Dentales, S.L.

supuesto siempre variando en relación con el aporte sanguíneo y la queratinización.

Existen una serie de variaciones fisiológicas de tipo racial y una estrecha relación con la pigmentación cutánea. De esta forma es típico ver una pigmentación melánica del tipo normal en ciertas razas, como en los negros, árabes, indios, orientales, portorriqueños, germanos, gitanos y zona mediterránea.

En condiciones normales existen en la encía ciertas cantidades de melanina insuficientes para poder ser vistas a la exploración clínica. En el albinismo, por el contrario, está disminuida o no existe.

La melanina se forma por los melanocitos, donde se sintetiza en unas zonas especiales llamadas promelanosomas o melanosomas, y se deriva del metabolismo de la tirosinasa, que actuando sobre la tirosina, la transforma en dopa (dihidroxifenilalanina) y de ésta a melanina.

Arquitectura gingival.

La forma, el tamaño y el contorno conforman la arquitectura gingival. El tamaño depende del volumen de las células y de elementos intercelulares, así como de su vascularización. La alteración del tamaño es quizás una de las características más importantes que definen la enfermedad gingival. Una encía sana rápidamente cambia su coloración y su tamaño. El contorno depende de la forma y posición de los dientes en la arcada. Es lógico pensar que, en arcadas donde los dientes están en vestibuloversión o linguoversión, la encía no seguirá la ondulación normal de los cuellos dentarios y, en consecuencia, la papila gingival, que en condiciones normales ocupa el espacio interdental, estará alterada en su forma.

La consistencia es otra característica clínica importante que debemos explorar. En condiciones normales es firme y resiliente, aunque, con un instrumento, la encía marginal se puede separar ligeramente del diente. Por el contrario, la encía insertada está más firmemente adherida al hueso y cemento subyacente, debido a la estructura colágena de la lámina propia. (pp. 61 y 62).

Nuevamente estudiando la obra de Bascones¹⁰ (2009) expone que:

Textura.

La superficie normal de la encía insertada tiene un cierto parecido con la cáscara de naranja, pues es punteada; en cambio, la encía marginal es lisa. Existen ciertas variaciones normales en el punteado de la encía, tanto según las regiones como según la edad, pues en la edad adulta es más punteada que en la vejez, donde disminuye ostensiblemente. El punteado es una forma de adaptación al esfuerzo y está producido por ciertas protuberancias y depresiones en la superficie gingival. La pérdida o reducción de este punteado es un signo característico de la enfermedad gingival.

Queratinización.

El epitelio que recubre la encía marginal y la insertada está queratinizado o paraqueratinizado, siendo una adaptación protectora a la función. Al estimular la encía con el cepillado, esta queratinización aumenta. También está en

¹⁰Bascones, A. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Reino de España: Ediciones Avances Medico-Dentales, S.L.

relación con la zona topográfica de la mucosa, y así, el paladar es el más queratinizado (mucosa masticatoria), y la encía, la lengua y los carrillos son los menos queratinizados (mucosa de revestimiento y especializada).

Posición.

La posición de la encía es aquel nivel en que la encía marginal se une al cuello del diente. Esta posición está en estrecha relación con la erupción, pues cuando el diente empieza a erupcionar en la cavidad bucal, la adherencia epitelial se une al borde de la corona, y cuando ésta avanza, aquella que va desplazando en dirección apical.

Sobre el concepto de la erupción continua (Gottlieb) podemos decir que ésta no acaba cuando el diente contacta con el antagonista, sino que la erupción continúa toda la vida. Se podría dividir en una etapa activa y otra pasiva.

La erupción activa es el movimiento de los dientes en dirección al plano oclusal; es decir, aquel movimiento que se realiza hasta que el diente llega a contactar con el antagonista. La erupción pasiva, por el contrario, es la migración de la adherencia epitelial del esmalte hacia el cemento.

Debido a estos conceptos de erupción activa y pasiva, tenemos los conceptos de corona anatómica y corona clínica, raíz anatómica y raíz clínica.

La corona anatómica se puede definir como aquella parte del diente cubierta por el esmalte; y la raíz anatómica, la parte del diente cubierta por el cemento. La corona clínica es la parte del diente que se observa a la exploración bucal; y la raíz clínica, la parte que está rodeada por los tejidos periodontales.

Erupción activa.

La erupción activa está en directa relación con la atrición producida por la masticación. El ritmo de ello está, pues, en relación con el del desgaste dentario, y no tiene otra finalidad que mantener la dimensión vertical. Si no existiera, la dimensión vertical cada vez sería menor.

Para compensar esta pérdida de la corona por la atrición, la raíz se alarga merced a un proceso de cementogénesis que sucede en esta región periapical, con el consiguiente alargamiento del alveólo. (pp. 62 y 63).

2.1.2. Periodonto de inserción.

Ligamento periodontal.

Estudiando la obra de Newman y colaboradores¹¹ (2010) referencian que:

Se continúa del tejido conectivo de la encía, su ancho es aproximadamente de 0.2 mm, contiene una vascularidad compleja y células. Rodea la raíz dental y hace conexión con el hueso alveolar y zonas de la médula. El espacio es mayor en los dientes con hiperfunción y menor en los que no ejercen función. (p. 68).

¹¹Newman, M., Takei, H., Klokkevold, P., Carranza, F. (2010). Periodontología Clínica. República Popular China: McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A. de C. V.

Considerando la obra de Barrancos y Barrancos¹² (2011) citan que:

Las fibras son de naturaleza colágena y se orientan en distintos planos del espacio, para cumplir con su misión de sostener y proteger al diente. Se han estudiado los siguientes grupos de fibras periodontales, a partir de la zona del ápice hacia coronal:

Fibras apicales: ubicadas en el fondo del alvéolo, como una sombrilla en todas direcciones. Evitan la extrusión.

Fibras oblicuas: son la mayor parte y sostienen principalmente al diente en su alvéolo. Están inclinadas hacia apical, desde el hueso al cemento. Evitan la intrusión.

Fibras crestodontales: van del hueso al diente, de manera oblicua hacia oclusal y también casi horizontal. Evitan la extrusión y resisten las fuerzas laterales.

Otras fibras: intercaladas en los grupos principales, hay otros haces de fibras que sirven para reforzar la acción de las ya estudiadas y resistir las fuerzas masticatorias en todas las direcciones. (p. 396).

Cemento radicular.

Indagando la obra de Lindhe¹³ (2005) expone que:

Es un tejido especializado que rodea la raíz y la porción coronal del diente. Es común con el tejido óseo. No posee irrigación sanguínea ni linfática, tampoco de inervación, remodelado, resorción y se forma a lo largo de los años. Tiene colágeno en una matriz orgánica. Posee hidroxiapatita, en un 65%. (p.31).

Analizando la obra de Eley y colaboradores¹⁴ (2012) referencian que:

La principal función del cemento es la inserción de fibras de colágeno del ligamento periodontal. Las fibras de colágeno se disponen de dos formas en el cemento. Las fibras principales son las del ligamento periodontal incrustadas como fibras de Sharpey en la matriz calcificada y que se incorporan en el cemento a medida que se deposita. Se disponen en ángulos rectos respecto a la superficie del cemento. Las otras fibrillas forman una malla densa e irregular en la matriz. En el cemento acelular, las fibras de Sharpey están muy juntas y muy calcificadas; en el cemento celular, están más espaciadas y parcialmente calcificadas.

A diferencia del hueso, no hay signos de remodelación en el cemento, es decir, resorción y aposición interna; sin embargo, hay una aposición lenta y continua del cemento de la superficie al progresar la actividad de los cementoblastos a un ritmo lento durante la vida. Cementoide o precemento es el nombre dado a

¹²Barrancos, J., Barrancos, P. (2011). *Operatoria Dental Integración clínica*. República Argentina: Médica Panamericana.

¹³Lindhe, J. (2005). *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. República Argentina: Médica Panamericana.

¹⁴Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). *Periodoncia*. Reino de España: Elsevier.

la matriz de cemento antes de la calcificación y siempre existe una capa en su superficie. Su resistencia a la resorción es una característica que permite el movimiento ortodóncico del diente. Se desconocen las razones exactas de su resistencia a la resorción, pero podrían estar relacionadas con diferencias entre las propiedades fisicoquímicas o biológicas del hueso y el cemento. (p. 9).

Hueso alveolar.

Observando la obra de Lindhe¹⁵ (2009) indica que:

Es la parte de los maxilares que contiene los alvéolos dentarios. Se compone del folículo o saco dentario. Constituye el aparato de inserción junto con el cemento y las fibras del periodonto. Absorbe y distribuye las fuerzas masticatorias. (p. 34).

2.2. Recesión gingival.

2.2.1. Definición.

Investigando la obra de Bottino¹⁶ (2008) cita que:

La recesión gingival se define como la posición apical del margen gingival en relación con la unión cemento-esmalte y consecuente exposición de la superficie radicular. Esa situación es un hallazgo común tanto en poblaciones con buen nivel de higiene oral como en poblaciones con precarios cuidados con la higiene oral. (p. 133).

Analizando la obra de Cuniberti y Rossi¹⁷ (2009) señalan que:

La recesión gingival puede definirse como la exposición de la superficie radicular del diente debido a un desplazamiento apical de la margen gingival ocasionada por la destrucción de los tejidos periodontales marginales, a la vez que la inserción epitelial debe restablecerse en una posición más apical. (p. 188).

¹⁵Lindhe, J. (2009). Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. República Argentina: Médica Panamericana.

¹⁶Bottino, M. (2008). Periodoncia. República Federativa del Brasil: Artes Médicas.

¹⁷Cuniberti, N., Rossi, G. (2009). Lesiones Cervicales no Cariosas. República Argentina: Médica Panamericana.

Además, investigando la obra de Langlais y colaboradores¹⁸ (2011) citan que: “En el estado de salud, el margen gingival se extiende normalmente cerca de 1 mm por encima de la unión cemento-esmalte. La recesión gingival es la migración del margen gingival libre a una posición apical a la unión cemento-esmalte”. (p. 82).

2.2.2. Etiología.

Explorando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Ustasalud odontología, en un artículo de Díaz y colaboradores¹⁹ (2007) exponen que:

La recesión gingival tiene una etiología multifactorial asociada con factores anatómicos, patológicos, mecánicos e iatrogénicos. Entre los factores anatómicos se encuentran: escasa encía adherida, prominencia radicular, dehiscencias óseas, inserción alta de frenillos y malposiciones dentarias en las que la lámina ósea se adelgaza o su altura decrece. Los factores patológicos incluyen la placa bacteriana y el cálculo dental. Entre los factores mecánicos se encuentra el traumatismo por cepillado dental vigoroso. Los factores iatrogénicos incluyen extensiones subgingivales de prótesis fija, diseño inadecuado de aparatología removible y movimientos ortodónticos. (pp. 53 y 54).

Investigando la obra Wolf y colaboradores²⁰ (2005) citan que:

Se describen las siguientes causas:
Cepillado de dientes incorrecto y traumatizante.
Apenas apreciable ligera inflamación crónica.
Tracción de la mucosa móvil.
Raspajes periodontales demasiado frecuentes.
Ortodoncia.
Bruxismo. (p. 155).

¹⁸Langlais, R., Miller, C., Nield, J. (2011). Atlas a color de enfermedades bucales. Estados Unidos Mexicanos: El Manual Moderno.

¹⁹Díaz, A., Covo, E., Fonseca, M., González, K., Sagbini, A. (2007). Injerto de tejido conectivo subpediculado y colgajo posicionado lateral avanzado para el tratamiento de una recesión gingival en un paciente con tratamiento de ortodoncia: Reporte de un caso. [En línea]. Consultado: [06, noviembre, 2014]. Disponible en: http://200.21.227.151/inicio/publicaciones/div_salud/pdf/ustasalud_v6_1.pdf

²⁰Wolf, H., Rateitschak, E., Rateitschak, K. (2005). Periodoncia. Reino de España: Masson, S. A.

2.2.3. Factores de riesgo.

Considerando informaciones disponibles en el sitio web de la Organización Mundial de la Salud (OMS)²¹ (2015) indica que:

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. (párr. 1).

Además, en investigaciones disponibles en la Revista Médica Electrónica su versión digital, en un artículo de Cruz y colaboradores²² (2013) explican que: “Existen numerosos factores de riesgo implicados en su aparición, por lo que se considera de origen multifactorial. Esta entidad puede asociarse a caries radicular, hiperestesia dentinaria cervical, hipermovilidad, aumento de la corona clínica y pérdida dentaria”. (p. 254).

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Avances en Periodoncia e Implantología oral, en un artículo de Ardila²³ (2009) cita que:

Su etiología está determinada por una serie de factores predisponentes y desencadenantes. Los factores predisponentes pueden ser anatómicos y asociados a trauma oclusal. Los anatómicos incluyen escasa encía adherida, malposición dentaria y apiñamiento, prominencia radicular, dehiscencias óseas e inserción alta de frenillos que causan la tracción del margen gingival. Los asociados a trauma oclusal abarcan anatomía del tejido óseo alveolar circundante a la raíz del diente e intensidad y duración del trauma.

Los factores desencadenantes abarcan inflamación, cepillado traumático, laceración gingival, iatrogenia, márgenes subgingivales, diseño inadecuado de aparatología removible y movimientos ortodónticos no controlados. Si bien el

²¹ Organización Mundial de la Salud. (2015). Factores de riesgo. [En línea]. Consultado: [08, junio, 2015]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

²² Cruz, R., Brito, K., Caballero, D. (2013). Comportamiento de los trastornos mucogingivales y su tratamiento. Matanzas, 2008-2010. [En línea]. Consultado: [18, julio, 2014]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v35n3/tema05.pdf>

²³ Ardila, CM. (2009). Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. [En línea]. Consultado: [14, julio, 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v21n1/original4.pdf>

cepillado de los dientes es importante para la salud de la encía, realizarlo defectuosamente puede causar recesión gingival, con tendencia a ser más frecuente y grave en los pacientes con encía comparativamente sana, poca placa bacteriana e higiene bucal adecuada. La posición de los dientes en el arco, la angulación entre la raíz y el hueso y la curvatura mesiodistal de la superficie dental, también afectan la tendencia a la recesión. (p. 36).

Observando nuevamente informaciones disponibles en el sitio web de la revista Avances en Periodoncia e Implantología oral, en un artículo de Blanco y colaboradores²⁴ (2000) referencian que: “De acuerdo a Hall (1977) podemos diferenciar entre factores predisponentes, que serían aquellos condicionantes anatómicos que influirían sobre la posición y estabilidad del margen gingival; y factores desencadenantes o determinantes, que incidirían directamente en los anteriores provocando la recesión gingival”. (p. 36).

Comparando la obra de Eley y colaboradores²⁵ (2012) transcriben que:

Desgaste físico.

Tanto las encías sanas como la pared gingival de una bolsa periodontal pueden atrofiarse por el estrés que supone el cepillado horizontal demasiado enérgica. La parte de la encía interdental puede escapar a este cepillado, de modo que la recesión se limita a las superficies vestibulares del diente, que además pueden sufrir abrasión. Los caninos maxilares y los primeros premolares, que forman el ángulo de la arcada dentaria, reciben principalmente esta forma de agresión y son los que muestran la mayor recesión. Es posible que la encía interdental no escape al uso demasiado enérgico de diferentes dispositivos de higiene oral interdental; algunos pacientes utilizan mondadientes de madera y ceda como si fueran sierras y, aunque las encías y el hueso subyacente tienen una elasticidad notable, acabarán atrofiando con una agresión determinada.

Los daños físicos pueden ser consecuencia de distintos procedimientos dentales, como la aplicación sin cuidado de una banda de matriz o de una corona transitoria, una condensación incontrolada de una restauración interproximal o cervical o por la presión ejercida por un gancho o una dentadura postiza mal diseñada (desgaste de encías), o por hábitos extraños, como la presión sobre las encías con un lápiz.

²⁴Blanco, J., Villaverde, G., Ramos, I., Bascones, J., Bascones, A. (2000). Tratamiento de las recesiones gingivales mediante injertos de tejido conectivo (Técnica del injerto de tejido conectivo subepitelial). Resultados tras cinco años de evolución. [En línea]. Consultado: [18, julio, 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v12n1/original3.pdf>

²⁵Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). Periodoncia. Reino de España: Elsevier.

Defectos alveolares.

La presencia de un defecto del margen alveolar subyacente, como una dehiscencia, significa que la encía se queda sin soporte y disminuye su capacidad para soportar la irritación.

Posición del diente.

La posición del diente en el arco es un determinante del grosor del hueso que rodea la raíz. Un diente desplazado puede acompañarse de cierto grosor compensador del hueso que lo cubre, pero hay un límite para dicha acomodación y donde los dientes están situados en una posición, digamos labial, el margen alveolar labial está desplazado apicalmente o es deficiente (dehiscencia).

Además los dientes pueden moverse a través del hueso alveolar por fuerzas ortodóncicas incontroladas y un estrés oclusal excesivo, con la perforación ósea y recesión gingival consiguientes. (p. 137).

Considerando nuevamente la obra de Eley y colaboradores²⁶ (2012) exponen que:

Morfología de la raíz.

Donde las raíces se separan, y en especial en los primeros molares superiores, o donde la raíz muestra una convexidad notable, como puede suceder en los caninos superiores e inferiores, el hueso que las recubre puede ser sumamente fino o defectuoso.

Inserción de partes blandas.

La presencia de un frenillo o de una inserción muscular no influye sobre las encías sanas, pero en presencia de inflamación y bolsas periodontales, la tensión ejercida por estas estructuras anatómicas puede retraer las encías y provocar su recesión. Esto puede suceder donde la zona de inserción gingival es estrecha o ausente.

Enfermedad.

La gingivitis ulcerativa necrosante aguda puede destruir tejido gingival que no volverá a formarse una vez que se haya resuelto la enfermedad. Si se destruye suficiente tejido se produce recesión. Además, la pared gingival de una bolsa periodontal puede moverse apicalmente a medida que progresa la enfermedad o a medida que va cediendo la inflamación para dejar expuesta la raíz. La recesión es un fenómeno que también se produce después de una cirugía de reducción de bolsas para el tratamiento de la periodontitis crónica. (p. 137).

²⁶Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). Periodoncia. Reino de España: Elsevier.

Además, en informaciones disponibles en la revista Avances en Periodoncia e Implantología Oral su versión digital, en un artículo de García y colaboradores²⁷ (2015) referencian que:

Muchas personas pueden tener recesión gingival generalizada sin darse cuenta. Sin embargo a otras personas la recesión les produce ansiedad por varias razones como la pérdida dental, hipersensibilidad dentinal o por estética.

La aparición y severidad de la recesión gingival puede verse condicionada por diversos factores. Entre estos destacan:

Edad: Albandar y Kingman estudiaron la prevalencia de la recesión gingival entre individuos de treinta a noventa años de edad. A partir de una muestra de 9.689 individuos calcularon que 23,8 millones de personas tienen una o más superficies dentales con recesión gingival de tres milímetros o más. Además, la prevalencia de la recesión de un milímetro o más era del 58% en los individuos de treinta años o más y aumentaba con la edad. La recesión gingival era mayor en los hombres afroamericanos que en las mujeres y que en otros grupos étnicos. La recesión era más prevalente y severa en las superficies bucales que en las interproximales de los dientes.

Factores anatómicos: Los factores anatómicos que se han relacionado con la recesión son la fenestración y dehiscencia del hueso alveolar, posición anormal del diente en el arco, patrón aberrante de erupción y forma del diente. Todos estos factores anatómicos están interrelacionados y podrían resultar en un hueso alveolar más delgado que el normal y que podría ser más susceptible a la reabsorción.

Factores fisiológicos: Podría incluirse el movimiento de los dientes a posiciones fuera del hueso alveolar labial o lingual produciendo la formación de la dehiscencia.

Factores patológicos: Un estudio con ratas demostró un posible mecanismo de recesión gingival mostrando que la pérdida de inserción era el resultado de procesos inflamatorios localizados en el tejido conectivo con la acumulación de células mononucleares. También se sugirió que la inflamación podría persistir subclínicamente y por tanto no puede ser eliminada como un factor en la recesión.

Trauma: Además de los factores patológicos pueden jugar un papel en la etiología de la recesión varias formas de trauma tales como cepillado dental enérgico, inserción aberrante del frenillo, daño oclusal, procedimientos operatorios y tabaco de mascar. También se ha descrito un caso inusual de recesión gingival secundaria a un trauma inducido por un piercing labial inferior.

Higiene: En un estudio epidemiológico, la recesión gingival fue positivamente correlacionada con la frecuencia del cepillado dental. La recesión sucede más frecuentemente en los pacientes que tienen una buena higiene oral. O'Leary y otros colaboradores encontraron que la recesión se incrementaba dos años después de las instrucciones de higiene oral.

Inserción aberrante del frenillo: También se ha considerado la inserción aberrante del frenillo como una causa de recesión localizada pero la evidencia

²⁷García, A., Bujaldón, AL., Rodríguez, A. (2015). Recesión gingival. Diagnóstico y tratamiento. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v27n1/original2.pdf>

no es considerable. Algunos estudios no encontraron ninguna correlación y otros sí. (p. 20).

Escasa encía adherida.

Explorando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Avances en Periodoncia e Implantología Oral su versión digital, en un artículo de Cavenaghi y colaboradores²⁸ (2000) señalan que:

La encía insertada proporciona un epitelio queratinizado que, conjuntamente con su tejido conectivo subyacente, separa el margen libre gingival de la mucosa alveolar móvil. Sin esta barrera, los músculos de la expresión y la movilidad del labio y de la mejilla pueden causar un movimiento o una eversión del margen gingival libre, con la consiguiente acumulación de placa y mayor infiltración microbiana en el surco crevicular. (p. 128).

Investigando la obra de Harpenau y colaboradores²⁹ (2014) citan que:

¿Cuál es la cantidad de encía insertada que se considera suficiente? Se ha afirmado que una banda de por lo menos 1 mm es necesaria para mantener la salud gingival; Sin embargo, la ausencia de encía insertada no necesariamente significa que exista un problema, Wennström y otros demostraron que pudieran no presentarse recesiones futuras. (p. 204).

Inserción alta de frenillos.

Indagando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Odontológica de Especialidades, en un artículo de Barroso y colaboradores³⁰ (2007) transcriben que:

Los frenillos son bandas de tejido conectivo fibroso, muscular o ambos, que unen el labio y las mejillas a la mucosa alveolar o a la encía y al periostio subyacente. Son estructuras dinámicas y que cambian y esta sometido a variaciones en forma, tamaño y posición durante las diferentes fases de crecimiento y desarrollo.

²⁸Cavenaghi, G., Caccianiga, GL., Baldoni, M., Lamedica, M. (2000). Comparación entre técnicas bilaminares y regenerativas para recubrir las raíces. [En línea]. Consultado: [22, junio, 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v12n3/original2.pdf>

²⁹Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W., Sanz, M. (2014). Periodoncia e Implantología dental de Hall. Estados Unidos Mexicanos: El Manual Moderno.

³⁰Barroso, J., Sáez, S., Bellet, L. (2007). Indicación quirúrgica de los frenillos bucales: a propósito de un caso. [En línea]. Consultado: [22, junio, 2015]. Disponible en: http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=134&Itemid=28

Según su localización, los frenillos se pueden clasificar en: a) mediales: frenillo labial superior, frenillo labial inferior y frenillo lingual; y b) laterales (a la altura de los premolares superior o inferior). (párr. 1).

En investigaciones disponibles en la revista Periodoncia y Osteointegración su versión digital, en un artículo de Remolina y colaboradores³¹ (2006) referencian que:

Las recesiones de los tejidos marginales son un problema muy frecuente en las sociedades civilizadas. Así se presentan en un 70% de la población noruega mayor de 30 años.

En muchas ocasiones se encuentran asociadas a un vestíbulo poco profundo o a un frenillo de inserción alto, pues ambas se consideran factores que predisponen a una recesión. Sobre éstas podrían actuar factores precipitantes: inflamación por placa y trauma de cepillado. Éstas situaciones se presentan frecuentemente en el grupo anteroinferior y plantean retos terapéuticos especiales. Un objetivo terapéutico óptimo debería, una vez eliminados los factores precipitantes, lograr, no sólo cobertura radicular, sino también ganancia de encía insertada, corrección de los factores predisponentes asociados y un buen resultado estético y hacerlo idealmente en un solo acto quirúrgico. (p. 29).

Dehiscencias óseas.

Examinando nuevamente en informaciones disponibles en el sitio web de la revista Avances en Periodoncia e Implantología Oral su versión digital, en un artículo de Cavenaghi y colaboradores³² (2000) explican que:

El término dehiscencia se refiere a un trastorno en el que la superficie bucal, y con menor frecuencia la superficie lingual de la raíz de un diente, carece de la totalidad o de parte de su hueso de recubrimiento. Las dehiscencias pueden producirse inmediatamente después de la erupción como consecuencia de la posición del diente prominente en relación con el área dental, o bien desarrollarse posteriormente en las áreas en las que la superficie vestibular del hueso alveolar es más delgada. (p. 128).

³¹Remolina, A., Aguirre, L., Bayona, J., Ruíz, M. (2006). Técnica de Edlan-Mejchar modificada: un nuevo procedimiento quirúrgico para tratar recesiones asociadas a un frenillo de inserción alta. [En línea]. Consultado: [22, junio, 2015]. Disponible en: http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/articulos.pdf/16-1_03.pdf

³²Cavenaghi, G., Caccianiga, GL., Baldoni, M., Lamedica, M. (2000). Comparación entre técnicas bilaminares y regenerativas para recubrir las raíces. [En línea]. Consultado: [22, junio, 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v12n3/original2.pdf>

Malposición dentaria.

Investigando informaciones disponibles en la web de la revista Estomatología Comunitaria³³ (2011) referencia que:

Cuando uno o varios dientes tienen una anormal posición se denomina malposición dental.

Es la causa de maloclusiones patológicas, donde al cerrarse la boca, no encajan los dientes entre sí.

Se presenta en individuos que no tienen una correcta articulación de los dientes. (párr. 1-3).

Apiñamiento.

Explorando informaciones disponibles en la web de la revista Mundo Actual, en un artículo de Cevallos³⁴ (2010) transcribe que:

Es cuando los dientes están en superposición unos con otros, ocasionado por una alimentación inadecuada, respiración bucal y hábitos de la infancia. Afecta el autoestima, dificultad al hablar y presencia de caries.

Los dientes pueden quedar retenidos dentro del hueso porque están con un gran tamaño y poco espacio en el arco o erupcionan pero, se montan entre sí.

¿Por qué se produce?

Por aspectos durante el desarrollo dental, la genética y con la edad.

Es frecuente en las sociedades desarrolladas. (párr. 1-5).

Trauma oclusal.

En investigaciones disponibles en la revista Dialnet su versión digital, en un artículo de Gélvez y colaboradores³⁵ (2009) citan que:

A este respecto, la mayoría de las referencias históricas que aseguran una relación directa de las fuerzas oclusales traumáticas con la presencia de recesiones gingivales se basa en observaciones clínicas y no ofrece pruebas suficientes que respalde esta relación. Por otra parte, existen otros estudios donde los autores reportan que no hay suficiente evidencia para afirmar que la

³³Estomatología Comunitaria. (2011). Mal posición dentaria. [En línea]. Consultado: [16, junio, 2015]. Disponible en: <http://romina1988arce.blogspot.com/2011/10/mal-posicion-dentaria.html>

³⁴Cevallos Ítalo. (2010). Apiñamiento Dental. [En línea]. Consultado: [16, junio, 2015]. Disponible en: <http://nuevotiempo.org/mundoactual/2010/09/02/apinamiento-dental/>

³⁵Gélvez, M., Martínez, M., Ferro, M., Velosa, J. (2009). Relación de la oclusión traumática con las recesiones gingivales: revisión sistemática de la literatura. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015]. Disponible en: [file:///C:/Users/th/Downloads/Dialnet-RelacionDeLaOclusionTraumaticaConLasRecesionesGing-3986775%20\(11\).pdf](file:///C:/Users/th/Downloads/Dialnet-RelacionDeLaOclusionTraumaticaConLasRecesionesGing-3986775%20(11).pdf)

oclusión traumática debería ser evaluada como un posible factor determinante en la aparición o desarrollo de las recesiones gingivales. A pesar de esto, ciertos autores indican que en algunos casos la oclusión traumática debería ser evaluada como un posible factor determinante en la aparición o desarrollo de las recesiones gingivales. (p.102).

Inflamación gingival.

En informaciones disponibles en la revista *Dentaid Expertise* su versión digital, en un artículo de Gómez y colaboradores³⁶ (2011) indican que: “La gingivitis se define como la inflamación de la encía debida a los efectos de los depósitos de biofilm que la irritan e inflaman”. (p. 4).

Además, indagando en el sitio web de la revista *Acta Odontológica Venezolana*, en un artículo de Segovia y colaboradores³⁷ (2002) expone que:

En la inflamación, la placa bacteriana persistente ocasiona propagación en el epitelio y el surco.

Las abrasiones gingivales se producen por los movimientos y consistencia del cepillo dental.

La recesión gingival es un problema que afecta a la población adulta con enfermedad periodontal incipiente o avanzada y en personas con periodonto sano. (párr. 5-8).

Cepillado traumático.

Estudiando la obra de Garone y Valquiria³⁸ (2010) citan que:

La aludida retracción puede ocurrir en ausencia de placa, en pacientes con cepillado traumático, situación que no es deseable. También puede ocurrir, esta vez en forma deseable, como secuela del tratamiento periodontal en pacientes con pérdida ósea y bolsas profundas.

³⁶Gómez, G., Aguilar, A., Guardia, J., Calvo, J. (2011). Inflamación gingival. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015]. Disponible en: http://www.dentaid.com/uploads/resources/3_01122014100607_Dentaid_Expertise_07.pdf

³⁷Segovia, R., Salazar, C., Paz, M. (2002). Factores precipitantes en el desarrollo de recesión gingival. [En línea]. Consultado: [01, junio, 2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652002000200006&script=sci_arttext

³⁸Garone, W., Valquiria, A. (2010). Lesiones No Cariosas. República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora Ltda.

Como siempre resulta mucho más prudente prevenir la aparición de toda complicación, y, en este caso, analizando los diferentes factores; el único que está siempre presente es el cepillado dental traumático. Aun en regiones donde exista un defecto óseo, es posible que la encía permanezca en su lugar, incluso en condición saludable, gracias a la presencia de un epitelio de unión largo. Sin embargo, este epitelio es más sensible al traumatismo por cepillado, por lo tanto, susceptible a retraerse más fácilmente. (pp. 211 y 214).

Explorando informaciones disponibles en la web, en un artículo de Oliveros y colaboradores³⁹ (2006) señalan que:

Los daños en las encías se provocan por la técnica errónea e inadecuado cepillo de dientes. Por lo cual se han manifestado procedimientos del cepillado para obtener buenos resultados de higiene y preservar el buen estado de las estructuras bucales. (p. 1).

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA)⁴⁰ (2011) referencian que:

En el caso del cepillado realizado de forma inadecuada puede afectar al diente, provocando lesiones como erosión, abrasión, abfracción o hipersensibilidad dentinaria, así como a la encía, produciendo abrasión gingival o recesión. El traumatismo reiterado de las cerdas del cepillo sobre el epitelio va a depender tanto de las características del cepillo como de la técnica de cepillado. (p. 37).

Analizando nuevamente la obra de Garone y Valquiria⁴¹ (2010) transcriben que:

La fuerza que se aplica durante el cepillado puede ser un factor de extrema importancia en la dinámica de los desgastes dentales. Además, el uso de una fuerza exagerada provoca traumatismos en los tejidos gingivales, pudiendo incluso llevar a la retracción gingival. La mayoría de los pacientes emplea fuerzas de 150 a 400gf. Un cepillado con pasta dentífrica, que se aplica con 300 gramos-fuerza causará cerca del 30% más abrasión del esmalte con respecto al que se emplee con 100 gf.

³⁹Oliveros, J., Fernández, E., Latorre, M., López, A. (2006). Estado actual de los traumatismos en encía por el cepillo de dientes (Revisión bibliográfica). [En línea]. Consultado: [16, junio, 2015]. Disponible en: http://biopat.cs.urjc.es/conganat/files/2006-2007_G15.pdf

⁴⁰Fons, C., Puchades, J., Jiménez, Y., Gil, F., Alpiste, F. (2011). Actitud diagnóstica ante una lesión gingival por abrasión. [En línea]. Consultado: [01, junio, 2015]. Disponible en: http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/articulos.pdf/21-1_06.pdf

⁴¹Garone, W., Valquiria, A. (2010). Lesiones No Cariosas. República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora Ltda.

Para que el paciente consiga entender lo que representa 150 gf, le pedimos que, valiéndose de un cepillo con cerdas blandas, haga lo posible por cepillarse sin flexionar las cerdas.

Hemos verificado que es perfectamente posible obtener una limpieza adecuada aplicando tan sólo 150 g de fuerza. (p. 30).

Laceración gingival.

Comparando nuevamente informaciones disponibles en la web, en un artículo de Oliveros y colaboradores⁴² (2006) exponen que:

Por razones de orden, se han clasificado los traumatismos en las encías en tres clases. Sin embargo, no se debe olvidar que en la práctica raramente se encuentran lesiones aisladas, sino múltiples y con manifestaciones abigarradas que complican el tratamiento.

Laceración: herida superficial o profunda que penetra en los tejidos subyacentes de la mucosa. Se produce por desgarramiento causado por un objeto (como podría ser el cepillo dental).

Contusión: esta lesión afecta a la submucosa, produciendo hemorragia y con frecuencia inflamación. La mucosa permanece íntegra pero permite ver la extravasación sanguínea. Generalmente, estas contusiones son producidas por un objeto romo.

Abrasión: rotura de la mucosa a causa de una raspadura o desgarramiento. Son lesiones con más extensión que profundidad, y dejan una superficie áspera con hemorragia superficial. (p. 2).

Márgenes subgingivales.

Investigando la obra de Eley y colaboradores⁴³ (2012) citan que:

Las restauraciones defectuosas probablemente son el factor que con mayor frecuencia favorece la retención de la placa. Las obturaciones dentales desbordantes son muy frecuentes y se deben al uso incorrecto de las matrices y a la falta de pulido de la obturación final. Se creía que el margen rugoso de una obturación cerca del margen gingival inflamaba la encía, pero no hay pruebas de ello. Si no hay acumulación de placa en el margen de la obturación, no se produce inflamación.

Las restauraciones mal adaptadas, especialmente coronas y obturaciones sobrecontorneadas y voluminosas, pueden impedir el cepillado eficaz de los dientes. (p. 38).

⁴²Oliveros, J., Fernández, E., Latorre, M., López, A. (2006). Estado actual de los traumatismos en encía por el cepillo de dientes (Revisión bibliográfica). [En línea]. Consultado: [16, junio, 2015]. Disponible en: http://biopat.cs.urjc.es/conganat/files/2006-2007_G15.pdf

⁴³Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). Periodoncia. Reino de España: Elsevier.

Diseño inadecuado de aparatología removable.

Indagando nuevamente la obra de Eley y colaboradores⁴⁴ (2012) exponen que:

Las prótesis dentales son cuerpos extraños que pueden causar inflamación del tejido de diversas formas. Prótesis mal ajustadas o insuficientemente pulidas tienden a acumular placa. Las prótesis apoyadas en tejidos con frecuencia se hunden en la mucosa y comprimen los márgenes gingivales, causando inflamación y destrucción del tejido. Estos efectos son más pronunciados cuando las prótesis no se limpian adecuadamente y se llevan durante la noche. Otra consecuencia de una prótesis parcial mal diseñada es la tensión oclusal excesiva en los dientes pilares y esto, junto con la inflamación gingival causada por la placa, es una causa muy común de pérdida dental. (p. 39).

Movimientos ortodónticos no controlados.

Explorando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Avances en Periodoncia e Implantología oral, en un artículo de Rocha y Ferrus⁴⁵ (2007) referencian que:

En cuanto al tratamiento ortodóntico, si el diente es movido exclusivamente dentro del hueso alveolar en bloque, la recesión gingival no se produce. Si se va a realizar un movimiento de versión hacia vestibular y se sospecha que parte de la raíz quedará fuera del proceso alveolar se asegurará un mínimo de encía insertada, tanto en altura como en grosor, para evitar la recesión. (p. 20).

Además, estudiando la obra de Flemmig⁴⁶ (1995) indica que:

La retracción gingival depende, claramente, del grosor de la encía queratinizada sobre los dientes sometidos a tratamiento ortodóntico. Existe un riesgo de retracción en los dientes con rebordes alveolares notorios a la palpación (paredes óseas vestibulares y linguales finas o con dehiscencias), los dientes que muestran raíces amarillentas a través de la mucosa (encía queratinizada fina y/o ausente) y los movimientos ortodónticos vestibulares y linguales. (pp. 121 y 122).

⁴⁴Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). Periodoncia. Reino de España: Elsevier.

⁴⁵Rocha, A., Ferrus, J. (2007). Tratamiento de recesiones múltiples localizadas: a propósito de un caso. [En línea]. Consultado: [15, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v19n1/original2.pdf>

⁴⁶Flemmig, T. (1995). Compendio de Periodoncia. Reino de España: Masson, S.A.

2.2.4. Epidemiología.

Analizando nuevamente informaciones disponibles en el sitio web de la revista Avances en Periodoncia e Implantología oral, en un artículo de Ardila⁴⁷ (2009) cita que:

La recesión gingival aumenta con la edad. Su incidencia varía desde 8% en los niños hasta 100% luego de los 50 años de edad. Informes recientes indican que hay una prevalencia substancial en el aumento de las recesiones en la población mundial, incrementándose significativamente después de la quinta década. Esto motiva a que ciertos investigadores supongan que la recesión es un proceso fisiológico vinculado con el envejecimiento. Sin embargo, aún no se presentan pruebas convincentes sobre un cambio fisiológico de la inserción gingival. La migración apical gradual es, con mucha probabilidad, el resultado del efecto acumulativo de una afección patológica menor, los traumatismos menores directos y repetidos a la encía, o ambos. (p. 36).

Además, explorando investigaciones disponibles en la Revista Odous Científica su versión digital, en un artículo de Monteverde y Zuled⁴⁸ (2008) señalan que:

Los más recientes estudios epidemiológicos, confirman la relación existente entre la aparición de recesión gingival y factores de riesgo como la edad, el sexo, la raza, entre otros. Sin embargo, actualmente existen otros elementos dignos de estudio, que dependen de las tendencias socioculturales que día a día van evolucionando.

Tal es el caso de la costumbre de ciertos grupos sociales de ornamentar sus cuerpos con perforaciones y alhajas que penden de sus tejidos.

Esta costumbre no es precisamente nueva, hay hallazgos alrededor del mundo que evidencian que dicha práctica data de varios siglos atrás. No obstante, en la cultura occidental, específicamente la moda del piercing, representa una explosión frenética en las últimas décadas, principalmente, en los adolescentes, los cuales con mayor frecuencia, se ven seducidos por la exótica costumbre, que según muchos es una forma de expresión. (p. 28).

⁴⁷Ardila, CM. (2009). Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. [En línea]. Consultado: [14, julio, 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v21n1/original4.pdf>

⁴⁸Monteverde, C., Zuled, M. (2008). Piercing y Condición de Higiene Bucal como Factores de Riesgo de Recesión Gingival. [En línea]. Consultado: [13, octubre, 2014]. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/v9n2/art2.pdf>

2.2.5. Fisiopatogenia.

Explorando informaciones disponibles en la web, en un artículo de Grados y colaboradores⁴⁹ (2005) exponen que:

Según los autores, el epitelio oral migra a los bordes del tejido conectivo destruido. La lámina basal del epitelio gingival y del epitelio del surco reducen el espesor del tejido conectivo entre ellos, de esta manera reducen el flujo sanguíneo influyendo negativamente en la reparación de la lesión inicial. Como la lesión progresa, el tejido conectivo desaparece y ocurre una fusión del epitelio oral con los epitelios surcular y de unión, que pronto irá retrayéndose por ausencia de flujo sanguíneo. Es importante mencionar que en las recesiones causadas por placa y tártaro, la ulceración inicial aparece en el epitelio de unión del surco, y la destrucción del tejido conectivo ocurre desde adentro hacia afuera. En las recesiones por cepillado traumático, la destrucción ocurre desde afuera hacia adentro. (p. 36).

Además, indagando nuevamente en informaciones disponibles en el sitio web de la revista Avances en Periodoncia e Implantología Oral su versión digital, en un artículo de Cavenaghi y colaboradores⁵⁰ (2000) transcriben que:

El mecanismo patogénico de las recesiones gingivales está relacionado con la interrupción de la integridad del epitelio. 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 posterior desarrollo de la lesión da lugar a la interrupción del tejido conectivo y a la consiguiente unión del epitelio oral con el epitelio del surco de unión. El aspecto clínico inicial es una ligera úlcera, con márgenes enrojecidos y que duelen al cepillado. Cuanto mayor sea la infiltración microbiana, mayor y más profunda será la lesión. (p. 129).

⁴⁹Grados, S., Salas, M., Maetahara, D., Flores, S., Guzmán, Y., Barbarán, J., Díaz, J., Miranda, A. (2005). Recubrimiento de la Superficie Radicular Expuesta. Parte I. [En línea]. Consultado: [01, junio, 2015]. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/viewFile/3134/2616>

⁵⁰Cavenaghi, G., Caccianiga, GL., Baldoni, M., Lamedica, M. (2000). Comparación entre técnicas bilaminares y regenerativas para recubrir las raíces. [En línea]. Consultado: [22, junio, 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v12n3/original2.pdf>

2.2.6. Clasificación.

Investigando informaciones disponibles en la web, en un artículo de Alpiste y Gil⁵¹ (2002) referencian que:

La recesión no es una enfermedad sino un signo clínico que puede deberse a causas distintas. En general, podemos distinguir dos tipos de recesión:

Una que se produce como signo de una periodontitis, por una destrucción generalizada de los tejidos de alrededor del diente que conlleva la migración del margen gingival en todo el contorno del diente.

Otro tipo de recesión es la que aparece en individuos con una excelente salud periodontal general, pero que presentan en algún diente retracción localizada del margen gingival especialmente en la cara vestibular. Este tipo de recesión se debe a una destrucción muy puntual de los tejidos de soporte y ocurre en la zona vestibular porque aquí es donde la encía es más fina. (pp. 56 y 57).

Indagando nuevamente la obra de Harpenau y colaboradores⁵² (2014) citan que:

En 1968, Sullivan y Atkins clasificaron las recesiones gingivales en cuatro categorías morfológicas clásicas: 1) estrecha y poco profunda, 2) ancha y poco profunda, 3) estrecha y profunda, 4) amplia y profunda; más adelante, en 1980, Liu y Solt agregaron otra dimensión a esta clasificación al tomar en cuenta puntos anatómicos y describir como recesión visible (aquella que va de la UCE hacia el margen gingival) y recesión oculta (del margen gingival hacia la profundidad del surco). (p. 88).

Estudiando la obra de Navarro y colaboradores⁵³ (2008) indican que:

El grado de recubrimiento radicular obtenido con las distintas técnicas de injertos y colgajos que se expondrán a continuación dependen, en gran medida, del tipo de recesión a tratar. Miller clasificó las recesiones gingivales en 4 tipos:

Clase I: la recesión está limitada a la encía adherida y no llega a la línea mucogingival. No hay pérdida del hueso interproximal, ni de la papila.

Clase II: la recesión no está limitada a la encía adherida y llega a la línea mucogingival. No hay pérdida del hueso interproximal, ni de la papila.

Clase III: recesión con pérdida de hueso interproximal, con papila apical a la línea amelocementaria interproximal, pero coronal al límite apical de la recesión.

⁵¹Alpiste, F., Gil, F. (2002). Estética gingival para higienistas. [En línea]. Consultado: [14, julio, 2014]. Disponible en: http://www.uv.es/periodoncia/media/EsteticaGingiAlp_1.pdf

⁵²Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W., Sanz, M. (2014). Periodoncia e Implantología dental de Hall. Estados Unidos Mexicanos: El Manual Moderno.

⁵³Navarro, C., García, F., Ochandiano, S. (2008). Cirugía Oral. Reino de España: Arán Ediciones, S. L.

Clase IV: recesión con pérdida de hueso interproximal, con al menos una papila al nivel del límite apical de la recesión.

Los resultados suelen ser buenos en recesiones clase I y II de la clasificación de Miller (es posible alcanzar un 100% de cobertura radicular), y medios en las recesiones de clase III. Los resultados en recesiones de clase IV son poco predecibles. (p. 275).

2.2.7. Síntomas clínicos.

Considerando la obra de Wolf y colaboradores⁵⁴ (2005) referencian que:

Los cuadros clínicos de recesión son muy variados.

El retroceso de la encía suele comenzar de forma imperceptible prácticamente sobre la totalidad de la anchura de la superficie vestibular de los dientes. En casos más raros, en el estadio inicial se forma con relativa rapidez un entrante en la encía, la denominada grieta de Stillman, que puede extenderse y convertirse en una recesión.

A partir de la recesión suelen producirse engrosamientos fibrosos reactivos de la encía insertada ya estrechada (festón de McCall) que no presentan signos clínicos de inflamación.

Si la recesión avanza hasta la línea de la unión mucogingival, se puede producir una inflamación secundaria del margen gingival.

La recesión crea a veces problemas estéticos en la parte anterior del maxilar, y es posible que la superficie radicular que queda descubierta presente sensibilidad. Las recesiones se combinan a menudo con defectos cuneiformes. (p. 157).

2.2.8. Diagnóstico de la recesión.

Comparando nuevamente la obra de Wolf y colaboradores⁵⁵ (2005) exponen que:

Las recesiones pueden reconocerse simplemente tras un diagnóstico visual. A pesar de ello –y entre otras cosas para la planificación del tratamiento–, también en este caso se debe realizar una recogida de datos precisa, aplicando métodos de medición exactos. En la clínica se debe aclarar si se trata de una recesión clásica pura, sin inflamación ni formación de bolsas, o si el retroceso de la encía delata una periodontitis no tratada (contracción) o tratada (procedimiento quirúrgico radical). La anchura de la encía insertada aún presente reviste menor importancia. No obstante, si está totalmente ausente o la mucosa móvil se extiende (como frenillo labial o yugal) directamente sobre la zona de la recesión, puede llegarse a una progresión incontrolable del retroceso gingival. (p. 161).

⁵⁴Wolf, H., Rateitschak, E., Rateitschak, K. (2005). Periodoncia. Reino de España: Masson, S. A.

⁵⁵Wolf, H., Rateitschak, E., Rateitschak, K. (2005). Periodoncia. Reino de España: Masson, S. A.

Medida de la recesión gingival.

Explorando la obra de Schoen y Dean⁵⁶ (1999) transcriben que:

La recesión gingival es el desplazamiento del margen gingival desde su posición original, a nivel de la LAC, hacia el ápice del diente. Al retroceder la encía, la superficie radicular queda expuesta. La distancia desde la LAC hasta la altura del margen gingival (medida en milímetros) determina al alcance de la recesión. (pp. 54 y 55).

Además, estudiando la obra de Sánchez⁵⁷ (2006) señala que: “Las recesiones se deben explorar no solamente a nivel vestibular, sino también a nivel palatino y lingual.

Para el control evolutivo de las recesiones, es aconsejable medirlas con un compás de puntas secas que permite una mayor exactitud”. (p. 44).

Índice de recesión.

En informaciones disponibles en la revista Avances en Periodoncia e Implantología Oral su versión digital, en un artículo de García y colaboradores⁵⁸ (2015) citan que:

El Índice de Recesión fue introducido por Smith. La recesión es codificada con dos dígitos separados por un guión, y la letra prefijada F o L indica que la recesión afecta a la parte facial o lingual del diente. Si aparece un asterisco quiere decir que hay implicación de la unión mucogingival.

Los dígitos describen los componentes horizontal y vertical de una recesión situados en ese orden. El componente horizontal se expresa como un valor numérico completo (rango de 0 a 5) dependiendo de qué proporción de la unión cementoadamantina está expuesta en las partes facial o lingual del diente entre los puntos mesial y distal.

El segundo dígito del Índice de Recesión da la extensión vertical de la recesión medida en milímetros (rango de 0 a 9).

Este índice es usado principalmente en estudios epidemiológicos cruzados y longitudinales para describir la prevalencia, incidencia, severidad y etiología de la recesión gingival. (pp. 19 y 20).

⁵⁶Schoen, D., Dean, M. (1999). Instrumentación periodontal. Reino de España: Masson, S. A.

⁵⁷Sánchez, A. (2006). Manual de prácticas de periodoncia. Reino de España: Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones.

⁵⁸García, A., Bujaldón, AL., Rodríguez, A. (2015). Recesión gingival. Diagnóstico y tratamiento. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v27n1/original2.pdf>

2.2.9. Tratamiento.

Nuevamente en informaciones disponibles en la revista Avances en Periodoncia e Implantología Oral su versión digital, en un artículo de García y colaboradores⁵⁹

(2015) indican que:

El tratamiento de estas lesiones tiene siempre dos fases: el tratamiento etiológico y el tratamiento restaurador.

El tratamiento etiológico busca eliminar o corregir los factores predisponentes, como el cepillado traumático, la inflamación asociada a placa, otros factores iatrogénicos, etc. Tras esta fase etiológica se debe realizar una reevaluación donde se realizará un examen clínico de los tejidos evaluando el estado de salud de estos tejidos, la presencia de síntomas por parte del paciente y la decisión de realizar o no el tratamiento quirúrgico correctivo.

El factor determinante para valorar el pronóstico de una técnica de cobertura radicular es la posición del tejido interproximal, de forma que, si se observa pérdida de altura de las papilas interdentarias en el diente a tratar, nunca se podrá conseguir una cobertura radicular completa.

Las indicaciones de tratamiento de las recesiones gingivales localizadas mediante cirugía plástica periodontal son habitualmente las siguientes:

Indicación estética demandada por el paciente.

Recesión progresiva (se ha constatado su evolución en el tiempo).

Hiperestesia dentinaria o sensibilidad gingival.

Lesión cariosa superficial de la superficie radicular.

Los tratamientos quirúrgicos cuyo objetivo es el tratamiento de las recesiones gingivales localizadas se clasifican en los siguientes:

Injertos de tejido conectivo subepitelial: Esta técnica quirúrgica es considerada en la actualidad como el camino más efectivo para la obtención de una cobertura radicular predecible con un alto nivel cosmético. Esta técnica combina un colgajo que recubre el injerto y un lecho vascular asegurando así la nutrición del injerto.

Esta técnica consigue el recubrimiento radicular con gran predictibilidad. Las molestias y complicaciones postoperatorias de la zona donante disminuyen con respecto al injerto gingival libre. Presenta la ventaja de que a veces se puede obtener el tejido conectivo sobrante de una cirugía de reposición apical convencional.

Injertos de encía libre: Aunque el injerto de encía libre no es rutinariamente utilizado como el tratamiento de elección para los procedimientos de cobertura radicular, alguna regeneración periodontal ha sido descrita con esta técnica.

Colgajos pediculados: Claramente, si los tejidos son adecuados y el incremento de la encía queratinizada no es un logro de la cirugía, los procedimientos de colgajos pediculados sin un injerto son una opción de tratamiento seria.

Regeneración tisular guiada: Técnicamente se demanda la Regeneración Tisular Guiada y cuando se ejecuta correctamente se puede conseguir una regeneración periodontal importante.

⁵⁹García, A., Bujaldón, AL., Rodríguez, A. (2015). Recesión gingival. Diagnóstico y tratamiento. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v27n1/original2.pdf>

Para más resultados respecto al recubrimiento radicular usando una variedad de técnicas quirúrgicas, se puede recurrir al documento publicado por Pagliaro et al. Este artículo presenta, en formato de tabla, los resultados de noventa estudios durante un periodo de treinta años. (p. 20 y 21).

Cepillo dental.

Estudiando la obra de Herazo⁶⁰ (2012) explica que:

Es un elemento constituido por manojos de cerdas sujetas a una cabeza que actúan en forma de barrido o brillo en las superficies dentales y retiran los residuos de alimentos adheridos a ellas.

Día a día han cambiado las formas, los diseños, las cerdas y todos los elementos que conforman el cepillo dental para que cada paciente, dependiendo de sus necesidades, tenga muchas opciones en la elección de este elemento de higiene oral, cumpliendo con los requerimientos específicos para su uso y que no afecten las estructuras duras y blandas de la cavidad oral.

Los cepillos tienen tres secciones: mango, cuello y cabeza. Generalmente se venden de tres tamaños: para lactantes, niños y adultos. Los cepillos dentales pueden estar contruidos con cerdas de nylon, nylon copolímero, poliéster, polipropileno y polietileno de alta densidad, que se pueden teñir con diferentes colores. Según el tipo de cerdas los cepillos pueden ser duros, semiduros o semiblandos y blandos. Las empresas fabricantes de cepillos especifican las medidas de cada tipo de cepillo.

El cepillado dental está indicado para utilizarse después de las tres comidas, después de ingerir alimentos entre las comidas y después de comer dulces. Como mínimo, deben hacerse dos cepillados diarios, de los cuales el que se realiza antes de acostarse debe ser obligatorio.

La principal acción de los cepillos dentales es la limpieza de las superficies del diente, es decir, limpiar las superficies o caras vestibulares, palatolinguales y oclusales o incisales de cada uno de los 28 o 32 dientes que tenga la persona.

La Federación Dental Internacional ha establecido que no hay una técnica mejor que otra para el cepillado dental personal. No hay una técnica ideal para el cepillado dental; la mejor técnica de cepillado es la que cada persona desarrolla para lograr lo más importante, que es el retiro total de la placa bacteriana, o sea un índice de higiene oral cero. En algunos libros de odontología preventiva, odontopediatría y periodoncia se ha pretendido señalar una o unas técnicas como la mejor o las mejores y esto no es así, porque el mejor cepillado lo logra cada persona en una forma diferente a la de las demás personas.

Un excelente cepillado es el que se hace en forma minuciosa y logra un índice de placa bacteriana cero, es decir, ausencia total de residuos alimenticios o de placa bacteriana dental, sin rayar o deteriorar el esmalte dental, sin lesionar los tejidos blandos adyacentes, mucosas o lengua y sin producir problemas locales o sistémicos que pueden ser producidos por sustancias no indicadas o no adecuadas. (pp. 215 y 216).

⁶⁰Herazo, B. (2012). Clínica del sano en odontología. República de Colombia: Ecoe Ediciones.

Analizando la obra de Villafranca y colaboradores⁶¹ (2006) exponen que:

El grado de dureza de un cepillo es directamente proporcional al diámetro de sus filamentos e inversamente a su longitud. Son recomendables las cerdas de dureza media-blanda (aproximadamente 0,23 mm de grosor) por su flexibilidad, eficacia y ausencia de riesgo de provocar lesión en los tejidos blandos. Es aconsejable renovar el cepillo con la periodicidad adecuada, aproximadamente cada 2-3 meses, tras una enfermedad oral o general es conveniente reemplazarlos. En tratamientos periodontales se usarán cepillos blandos (0,17 mm de grosor) y en fases postquirúrgicas extrablandos.

No se recomiendan los cepillos de cerdas naturales pues su extremo no es redondeado, su grosor no es controlable, el grado de higiene es más complicado, tardan más en recuperar su elasticidad tras humedecerse y no garantizan la uniformidad de longitud y grosor de sus fibras. (p. 225).

Considerando la obra de Barrancos y Barrancos⁶² (2011) citan que:

A la hora de seleccionar y recomendar un cepillo dental se deben considerar también los siguientes aspectos:

El tipo de cepillo depende de la necesidad individual. No todos los cepillos son adecuado para todos los pacientes. El cepillo debe ajustarse a la técnica de cepillado recomendada y ser de fácil manipulación.

Un buen cepillo debe docilitar el acceso a todas las regiones de la boca; de ahí la utilidad de los de cabeza pequeña.

Las cerdas de nailon son las más recomendables porque no incuban colonias bacterianas. (p. 405).

Técnicas de cepillado dental.

Investigando la obra de Alés y colaboradores⁶³ (2005) referencian que:

Se entiende como cepillado dental eficaz la eliminación mecánica de la placa dental supragingival y subgingival (sulcular o crevicular), llevada a cabo en el ámbito doméstico por el propio individuo o, si sus capacidades psicomotrices están limitadas, por los cuidadores del mismo. (p. 270).

⁶¹Villafranca, F., Fernández, M., García, A., Hernández, L., López, L., Perillán, C., Díaz, B., Pardo, B., Álvarez, C., Alfonso, N., Mansilla, O., Cobo, M., García, M., Ania, J., Junquera, C., Silva, L., Cobo, J., García, J. (2006). Higienistas Dentales. Reino de España: Mad, S. L.

⁶²Barrancos, J., Barrancos, P. (2011). Operatoria Dental Integración clínica. República Argentina: Médica Panamericana.

⁶³Alés, M., Ania, J., Junquera, C., Martín, P., Millán, F., Caballero, A., García, M., Castillo, L., Muñoz, A., Castellón, L., Puertas, E., Cara, J., Ruibérriz, A., Rodríguez, L., Ochoa, Odette., García, J., López, J., Peña, J., González, P. (2005). Auxiliar de Enfermería. Reino de España: Mad, S. L.

Bass/Sulcular, para eliminar la placa del surco, usada en pacientes periodontales, posicionando el cepillo a 45° en apical y tocará sutilmente el margen gingival con dirección vibratoria mesial y distal y paralelo hacia caras de oclusión anterior y posterior.

Vertical/Rotatoria o Stillman modificada, para el área cervical. En posición igual como la anterior, pero en la oclusión las cerdas en perpendicular con movimiento de barrido de adelante a atrás.

Rotacional/de giro, para la placa ubicada en la corona más no en el surco, hacia el ápice suavemente sin irritar la encía.

Stillman, en la queratinización de la gingiva, provoca cierta retracción.

Charters, no es muy eficaz en el cuello de la gingiva, sino para zonas interproximales.

Smith-Bell, se direcciona el cepillo como si se llevaran los alimentos cuando se mastican (autoclisis alimentaria), barrido desde coronal hasta apical en 90°.

Fones/Circular, para personas no enseñadas. Perpendicular al eje mayor de la pieza girándolo ascendentemente y en descendente con la boca cerrada.

Observando la obra de Lindhe⁶⁴ (2009) explica que:

Bass/Stillman modificada: las técnicas de Bass y Stillman fueron diseñadas para concentrarse sobre la porción cervical del diente y los tejidos gingivales adyacentes. Cada una de estas técnicas puede ser modificada para agregarle un movimiento circular. El cepillo se coloca de una manera similar a la usada en la técnica de Bass/Stillman después de activar el cabezal del cepillo hacia atrás y adelante se lo desplaza con movimiento circular sobre la encía y el diente en dirección oclusal y se introducen algunos filamentos en los espacios interdientales. (p. 709).

Métodos para el cepillado de los dientes.

Comparando en informaciones disponibles en la revista de Periodoncia y Osteointegración su versión digital, en un artículo de Gil y colaboradores⁶⁵ (2005) referencian que:

Son las maniobras del individuo para eliminar la placa bacteriana.
Se combinan diversas técnicas de cepillado y elementos complementarios.
Una persona cuando presenta buena higienización bucal, el odontólogo debe simplemente controlar éste método y no cambiarlo.
No hay evidencia de que un mecanismo sea mejor que otro.
La finalidad del cepillado es erradicar la placa sobre los dientes con cualquier técnica que se use.
El profesional tiene que:
Saber los tipos de cepillos y auxiliares de profilaxis bucal.
Demostrar métodos sencillos.
Explicar las técnicas de cepillado.
Controlar el mecanismo que usa el paciente.
Los pacientes deben:
Poner en práctica la técnica recomendada.
Realizar diariamente la limpieza de la boca, lo cual debe hacerse una costumbre. (p. 51).

⁶⁴Lindhe, J. (2009). Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. República Argentina: Médica Panamericana.

⁶⁵Gil, F., Aguilar, M., Cañamás, M., Ibáñez P. (2005). Sistemática de la higiene bucodental: el cepillado dental manual. [En línea]. Consultado: [17, junio, 2015]. Disponible en: <http://www.uv.es/periodoncia/media/CepilladoQuico.pdf>

Examinando informaciones disponibles en la web, en un artículo de Oliveros y colaboradores⁶⁶ (2006) señalan que:

Características del cepillo idóneo: Debe ser preferiblemente de mango recto, de tamaño adecuado a la edad del individuo y tamaño de la boca (niños, jóvenes, adultos). Las cerdas deben ser plásticas (no usar cepillos con cerdas naturales, ya que ésta conservan la humedad), suaves, firmes y con puntas redondeadas. Debe ser reemplazado cada dos o tres meses de uso; un cepillo "despeinado" sólo irritará las encías y no limpiará adecuadamente. (p. 2).

⁶⁶Oliveros, J., Fernández, E., Latorre, M., López, A. (2006). Estado actual de los traumatismos en encía por el cepillo de dientes (Revisión bibliográfica). [En línea]. Consultado: [16, junio, 2015]. Disponible en: http://biopat.cs.urjc.es/conganat/files/2006-2007_G15.pdf

2.3. Unidades de observación y análisis.

Población comprendida entre 20 - 50 años de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre.

2.4. Variables.

Factores de riesgo predisponentes: escasa encía adherida, inserción alta de frenillos, malposición dentaria, apiñamiento.

Factores de riesgo desencadenantes: inflamación gingival, cepillado traumático, laceración gingival, márgenes subgingivales, diseño inadecuado de aparatología removible.

Edad.

Sexo.

Grupos dentarios.

2.4.1. Matriz de operacionalización de las variables.

Ver anexo 1

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

Estudio de campo. Porque se centró en la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre, ya que estuvo dirigida a los habitantes del sector que participaron voluntariamente en la investigación.

3.2. Tipo de investigación.

Estudio descriptivo de corte transversal.

3.3. Métodos.

Se realizó una ficha de observación y recolección de datos en la cual se describió el sexo y la edad de los pacientes (muestra de estudio). A cada unidad de análisis se le realizó un examen bucal a la luz natural mediante un espejo bucal y explorador para identificar la presencia o no de los factores de riesgo en la recesión gingival, donde se analizó las características de la encía, la inserción de los frenillos, la superficie y posición dentaria, los márgenes de las obturaciones o prótesis fijas y el diseño de la aparatología removible.

Además, se observó la técnica de cepillado, la fuerza aplicada durante el cepillado y el estado del cepillo dental de cada persona examinada. Así como los grupos dentarios afectados por recesión gingival.

3.4. Técnicas.

Observación.

3.5. Instrumentos.

Ficha de observación.

3.6. Recursos.

3.6.1. Talento humano.

Investigadora.

Director de tesis.

3.6.2. Recursos tecnológicos.

Cámara digital.

Computadora.

Pen drive.

Impresora.

Internet.

3.6.3. Recursos materiales.

Espejos bucales.

Exploradores.

Guantes.

Mascarillas.

Campos operatorios.

Materiales de oficina.

Suministros de impresión.

Fotocopias.

Fotografías.

3.6.4. Recursos económicos.

La elaboración de esta investigación tuvo un costo de 350.46 dólares americanos que fueron financiados por la investigadora.

3.7. Población y muestra.

Población. El universo de estudio estuvo constituido por 600 habitantes de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó.

Muestra. Se tomó de manera aleatoria 100 muestras del universo de estudio en edades comprendidas entre 20 – 50 años.

3.8. Recolección de la información.

La información fué recolectada mediante la aplicación de la ficha de observación y recolección de datos realizada por la investigadora.

3.9. Procesamiento de la información.

La información estadística se la procesó con el software de cálculo “Microsoft Excel 2010”. Los resultados fueron representados mediante tablas y gráficos.

3.10. Aspectos éticos.

Se ofreció información a los usuarios de esta investigación indicándoles los objetivos, beneficios y confidencialidad de la misma con la finalidad de contar con el consentimiento escrito por parte de los usuarios que participaron en la investigación.

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de Resultados.

Cuadro 1.

Factores de riesgo predisponentes.

Alternativa.	Frecuencia. Presenta.	Frecuencia. No presenta.	Total.	Porcentaje. Presenta.	Porcentaje. No presenta.	Total.
Escasa encía adherida.	6	94	100	6%	94%	100%
Inserción alta de frenillos.	0	100	100	0%	100%	100%
Malposición dentaria.	28	72	100	28%	72%	100%
Apiñamiento.	4	96	100	4%	96%	100%

Nota. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, p. 77.

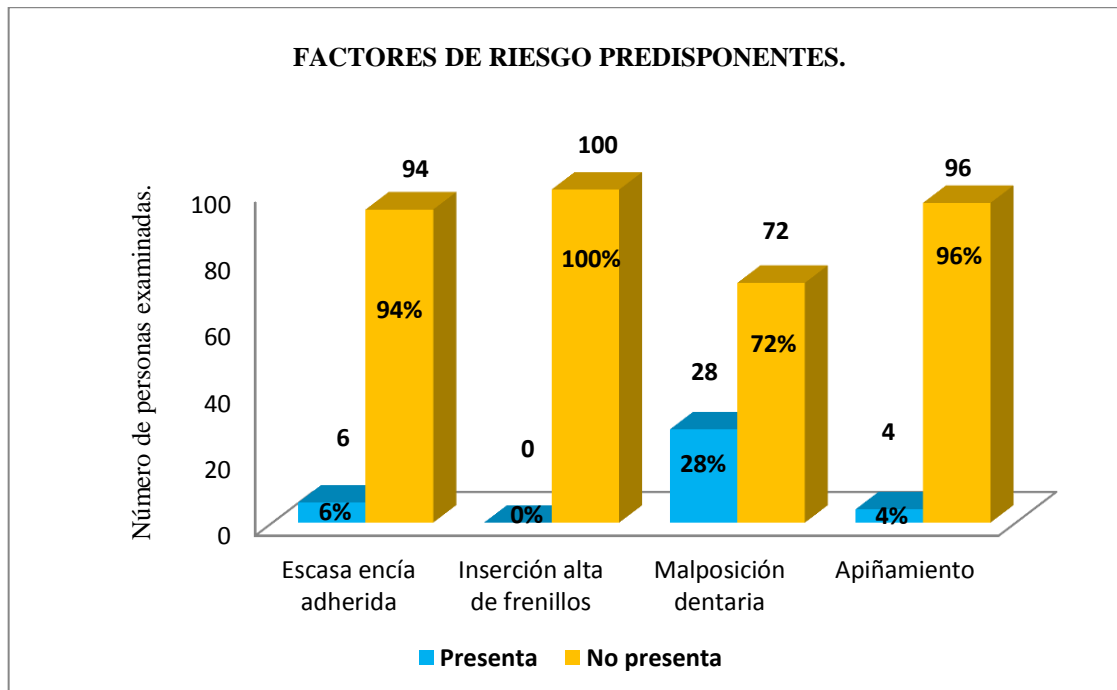


Gráfico No. 1. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 42.

Análisis e interpretación de resultados.

En el gráfico No. 1 de un total de 100 personas examinadas 6 personas que corresponden al 6% presentaron el factor predisponente escasa encía adherida, ninguna persona, lo cual equivale al 0% presentaron el factor predisponente inserción alta de frenillos, 28 personas que representan al 28% presentaron el factor predisponente malposición dentaria y 4 personas que corresponden al 4% presentaron el factor predisponente apiñamiento.

Investigando la obra de Lindhe⁶⁷ (2005) cita que:

El traumatismo tisular causado por un cepillado vigoroso se considera un factor etiológico dominante para el desarrollo de recesiones, sobre todo en personas jóvenes. El cepillado dental traumatizante y la mala posición dentaria son los factores asociados más frecuentemente con la recesión tisular marginal. (p. 605).

Según los resultados obtenidos en la ficha de observación y recolección de datos se concluye que el factor de riesgo predisponente más frecuente fue la malposición dentaria, presentándose en un 28% de la muestra estudiada.

⁶⁷Lindhe, J. (2005). Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. República Argentina: Médica Panamericana.

Cuadro 2.

Factores de riesgo desencadenantes.

Alternativa.	Frecuencia. Presenta.	Frecuencia. No presenta.	Total.	Porcentaje. Presenta.	Porcentaje. No presenta.	Total.
Inflamación gingival.	46	54	100	46%	54%	100%
Cepillado traumático.	60	40	100	60%	40%	100%
Laceración gingival.	1	99	100	1%	99%	100%
Márgenes subgingivales.	0	100	100	0%	100%	100%
Diseño inadecuado de aparatología removable.	13	87	100	13%	87%	100%

Nota. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, p. 77.

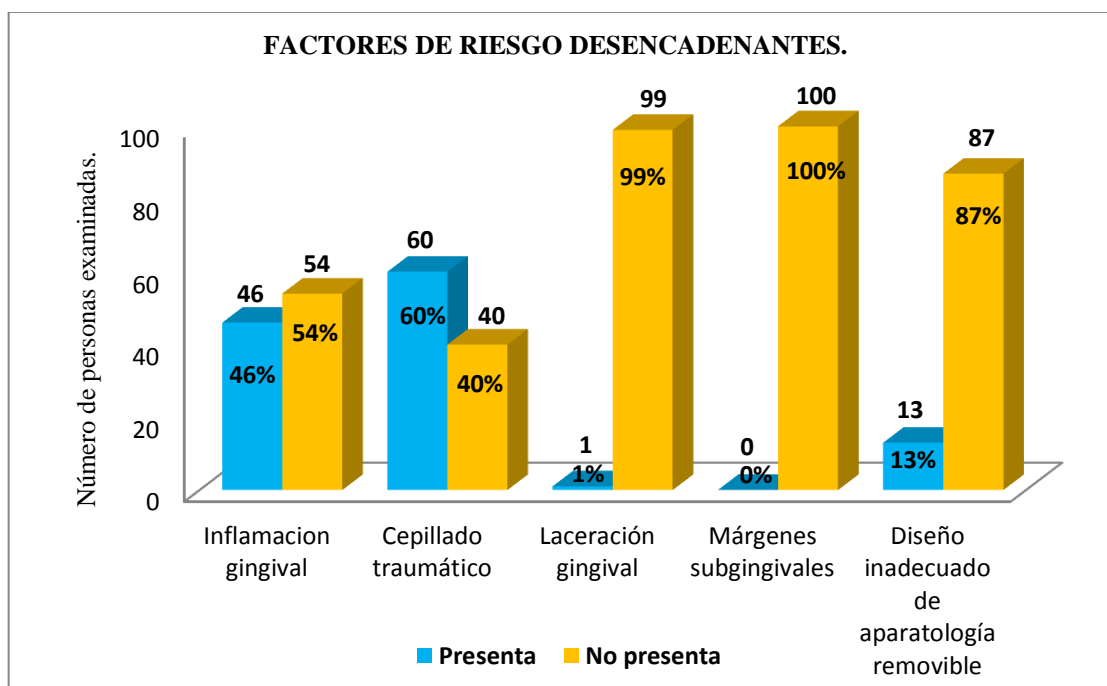


Gráfico No. 2. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 44.

Análisis e interpretación de resultados.

En el gráfico No. 2 de un total de 100 personas examinadas, 46 personas que corresponden al 46% presentaron el factor desencadenante inflamación gingival, 60 personas, lo cual equivale al 60% presentaron el factor desencadenante cepillado traumático, 1 persona que representa al 1% presentó el factor desencadenante laceración gingival, ninguna persona lo cual corresponde al 0% presentaron el factor desencadenante márgenes subgingivales y 13 personas, lo cual equivale al 13% presentaron el factor desencadenante diseño inadecuado de aparatología removible.

Indagando la obra de Bottino⁶⁸ (2008) expone que:

El cepillado dental practicado de forma traumática y la inflamación gingival inducida por la biopelícula dental han sido propuestos como factores etiológicos de las recesiones gingivales. El cepillado practicado de forma traumática parece ser el responsable por el surgimiento de recesiones confinadas sólo a las caras vestibulares de los elementos dentales, mientras las recesiones inducidas por la biopelícula dental abarcan todas las caras de los elementos dentales. (p. 133).

Según los resultados obtenidos en la ficha de observación y recolección de datos se concluye que el factor de riesgo desencadenante más frecuente fue el cepillado traumático, presentándose en un 60% de la muestra investigada.

⁶⁸Bottino, M. (2008). Periodoncia. República Federativa del Brasil: Artes Médicas.

Cuadro 3.

Técnica de cepillado.

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Horizontal.	59	59%
Vertical.	6	6%
Circular.	0	0%
Horizontal-vertical.	25	25%
Vertical-circular.	6	6%
Horizontal-circular.	0	0%
Horizontal-vertical-circular.	4	4%
Total.	100	100%

Nota. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, p. 77.

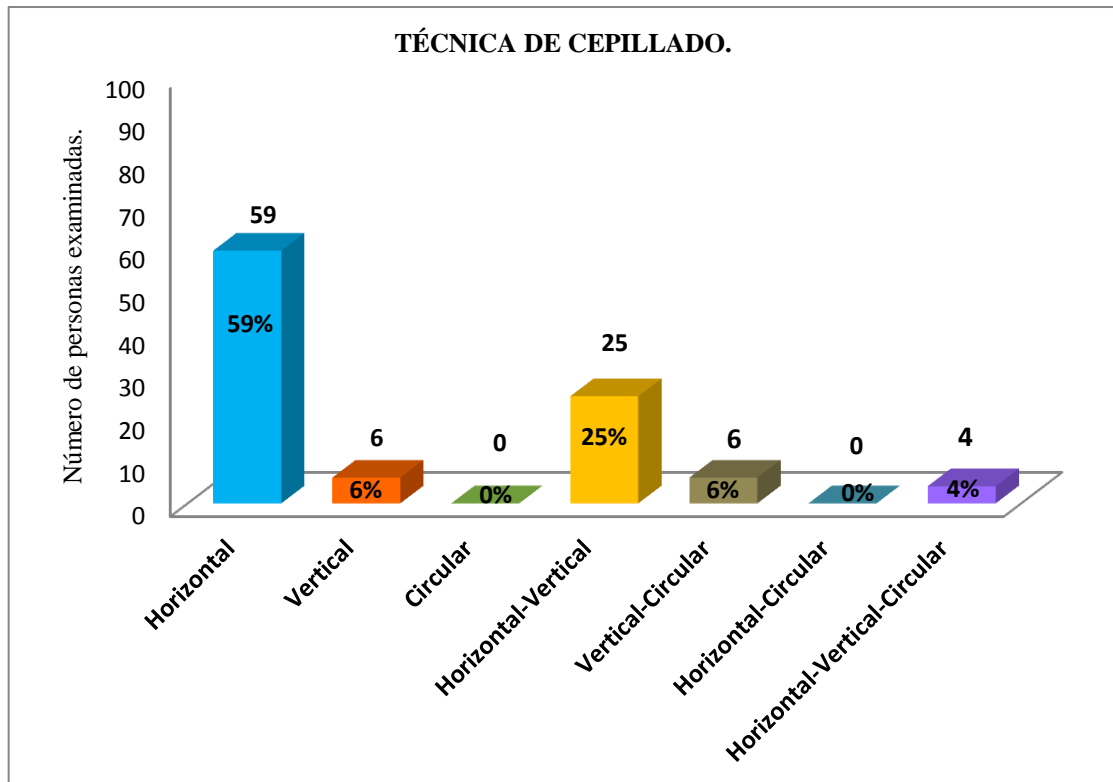


Gráfico No. 3. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 46.

Análisis e interpretación de resultados.

En el gráfico No. 3 de un total de 100 personas examinadas, 59 personas que corresponden al 59% presentaron una técnica de cepillado solo con movimientos horizontales, 6 personas, lo cual equivale al 6% presentaron una técnica de cepillado solo con movimientos verticales, ninguna persona, lo cual representa al 0% presentó una técnica de cepillado solo con movimientos circulares, 25 personas lo cual corresponde al 25% presentaron una técnica de cepillado con movimientos horizontales y verticales, 6 personas, lo cual equivale al 6% presentaron una técnica de cepillado con movimientos verticales y circulares, ninguna persona, lo cual representa al 0% presentó una técnica de cepillado con movimientos horizontales y circulares y 4 personas que corresponden al 4% presentaron una técnica de cepillado con movimientos horizontales, verticales y circulares.

Observando la obra de Barrancos y Barrancos⁶⁹ (2011) señalan que:

Se han desarrollado numerosas técnicas de cepillado fundadas básicamente en el movimiento impreso del cepillo: técnicas horizontal y vertical, rotatoria, vibratoria, circular, fisiológica y de barrido. Es probable que la aceptación de un método se deba a factores relacionados con el paciente, como la simplicidad antes que a una prueba científica de su efectividad. (p. 378).

Examinando la obra de Lindhe⁷⁰ (2009) referencia que:

El cepillado horizontal, probablemente la técnica de cepillado más común, suele ser utilizada por personas que nunca han recibido enseñanza sobre técnicas de higiene bucal. Pese a los esfuerzos que realizan los profesionales para enseñarles a los pacientes a adoptar otras técnicas de cepillado más eficaces, la mayoría de las personas utilizan el cepillado horizontal porque es más sencillo. (p. 708).

⁶⁹Barrancos, J., Barrancos, P. (2011). Operatoria Dental Integración clínica. República Argentina: Médica Panamericana.

⁷⁰Lindhe, J. (2009). Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. República Argentina: Médica Panamericana.

Mediante los resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos el 59% de la muestra estudiada tienen una técnica de cepillado solo con movimientos horizontales, lo cual demuestra el poco conocimiento de los habitantes sobre las técnicas de higiene bucal.

Cuadro 4.

Fuerza aplicada durante el cepillado.

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Poca.	35	35%
Moderada.	4	4%
Excesiva.	61	61%
Total.	100	100%

Nota. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, p. 77.

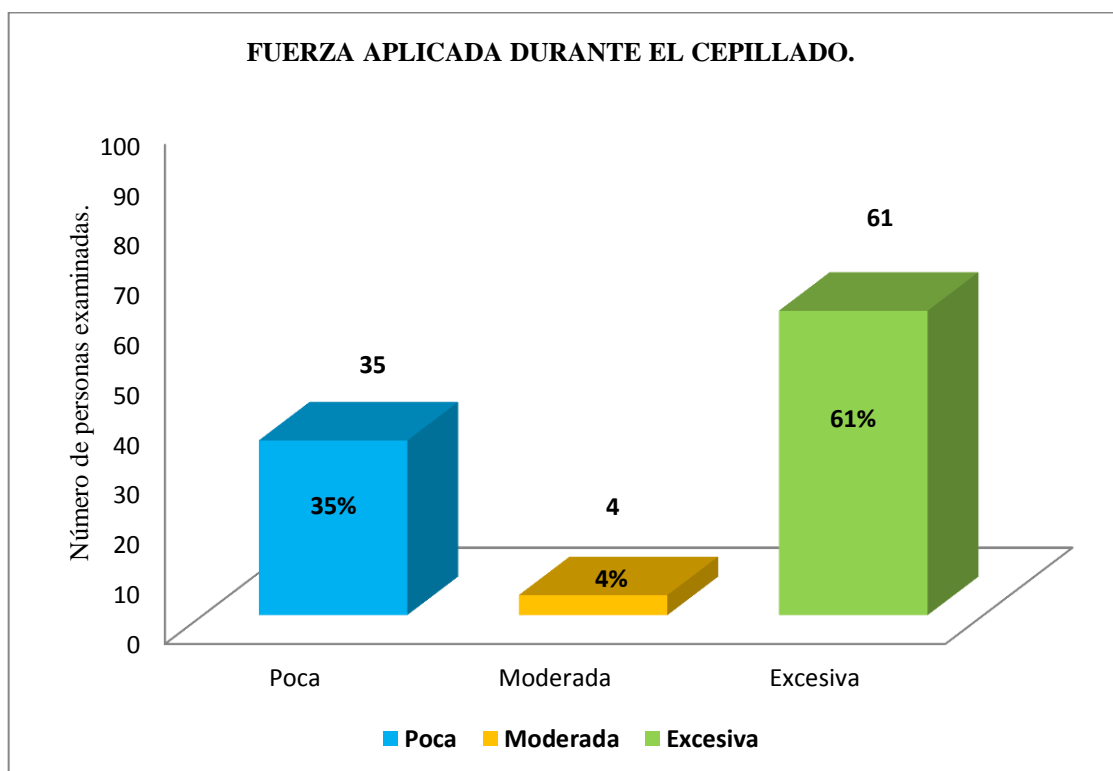


Gráfico No. 4. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 49.

Análisis e interpretación de resultados.

En el gráfico No. 4 de un total de 100 personas examinadas, 35 personas que corresponden al 35% presentaron poca fuerza aplicada durante el cepillado, 4 personas, lo cual equivale al 4% presentaron una fuerza aplicada durante el cepillado moderada y 61 personas que representan al 61% presentaron una fuerza aplicada durante el cepillado excesiva.

Estudiando la obra de Garone y Valquiria⁷¹ (2010) indican que:

La fuerza que se aplica durante el cepillado puede ser un factor de extrema importancia en la dinámica de los desgastes dentales. Además, el uso de una fuerza exagerada provoca traumatismos en los tejidos gingivales, pudiendo incluso llevar a la retracción gingival. (p. 30).

En base a los resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos se pudo concluir que el 61% de la muestra investigada aplica una fuerza excesiva durante el cepillado dental, lo cual se considera traumático.

⁷¹Garone, W., Valquíria, A. (2010). Lesiones No Cariosas. República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora Ltda.

Cuadro 5.

Estado del cepillo dental.

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Cerdas normales- 3 meses.	39	39%
Cerdas normales-6 meses.	0	0%
Cerdas normales- 1 año.	0	0%
Cerdas medianamente abiertas- 3 meses.	9	9%
Cerdas medianamente abiertas- 6 meses.	8	8%
Cerdas medianamente abiertas- 1 año.	0	0%
Cerdas totalmente abiertas- 3 meses.	26	26%
Cerdas totalmente abiertas- 6 meses.	18	18%
Cerdas totalmente abiertas- 1 año.	0	0%
Total.	100	100%

Nota. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, p. 77.

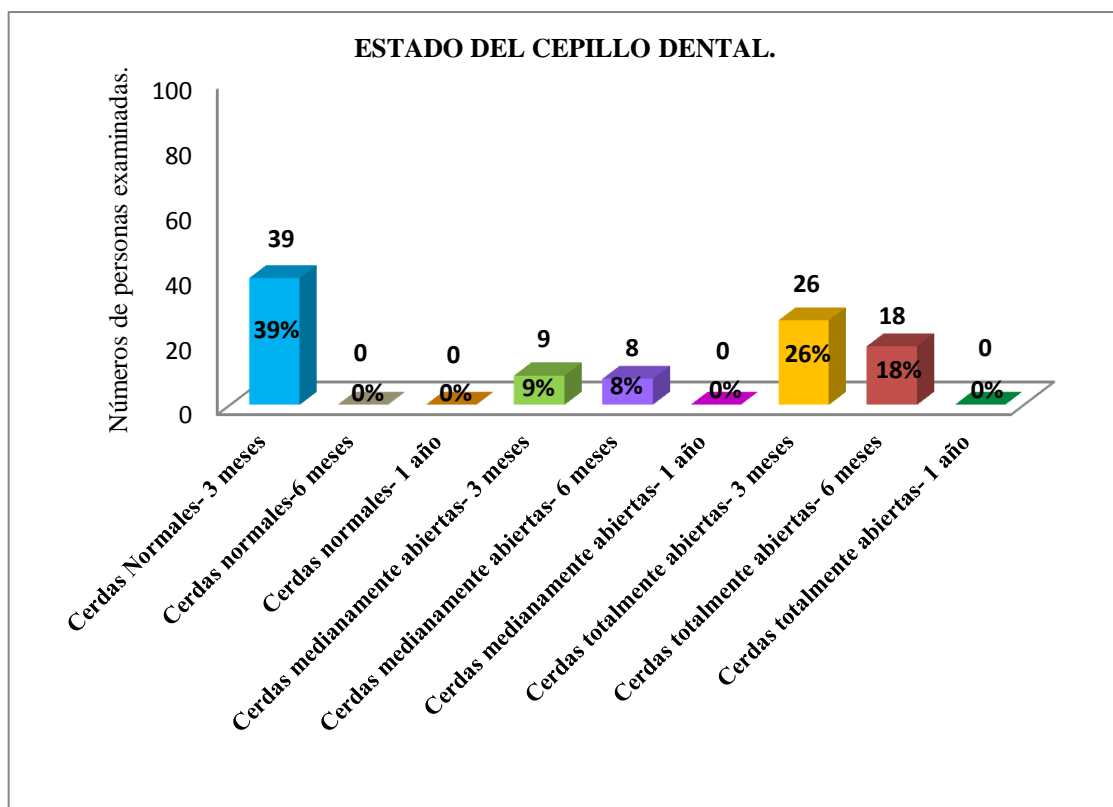


Gráfico No. 5. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 51.

Análisis e interpretación de resultados.

En el gráfico No. 5 de un total de 100 personas examinadas, 39 personas que corresponden al 39% presentaron un cepillo dental con cerdas normales en 3 meses, ninguna persona, lo cual equivale al 0% presentó un cepillo dental con cerdas normales en 6 meses y ninguna persona, lo cual representa al 0% presentó un cepillo dental con cerdas normales en 1 año; 9 personas que corresponden al 9% presentaron un cepillo dental con cerdas medianamente abiertas en 3 meses, 8 personas, lo cual equivale al 8% presentaron un cepillo dental con cerdas medianamente abiertas en 6 meses y ninguna persona, lo cual representa al 0% presentó un cepillo dental con cerdas medianamente abiertas en 1 año; 26 personas que corresponden al 26% presentaron un cepillo dental con cerdas totalmente abiertas en 3 meses, 18 personas, lo cual equivale al 18% presentaron un cepillo dental con cerdas totalmente abiertas en 6 meses, y ninguna persona, lo cual representa al 0% presentó un cepillo dental con cerdas totalmente abiertas en 1 año.

Explorando la obra de Palma y Sánchez⁷² (2013) transcriben que:

Lo aconsejable es realizar el cepillado dental tras cada comida, al menos tres veces al día.

Actualmente se consideran fundamentales el cepillado de por la mañana y especialmente antes de acostarte.

Hacer, al menos una vez al día, una limpieza interdientaria.

El cepillo dental debe lavarse y secarse después de cada uso.

Renovar el cepillo de dientes cada tres meses. (p. 256).

De los resultados obtenidos en la ficha de observación y recolección de datos el 39% de la muestra estudiada presentaron un cepillo dental con cerdas normales en 3

⁷²Palma, A., Sánchez, F. (2013). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. Reino de España: Ediciones Paraninfo.

meses, lo cual se considera ideal, porque renuevan el cepillo dental cada 3 meses. Sin embargo sumando los porcentajes de las cerdas medianamente abiertas en 3 meses y en 6 meses y las cerdas totalmente abiertas en 3 meses y en 6 meses dan como resultado que un 61% de la muestra investigada utilizan el cepillo dental por más de 3 meses, lo cual se considera traumático, y ninguna persona utiliza un cepillo dental por más de 6 meses.

Cuadro 6.

Personas presentan recesión gingival.

Personas examinadas.	Frecuencia.	Porcentaje.
Personas afectadas.	81	81%
Personas sanas.	19	19%
Total.	100	100%

Nota. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, p. 77.

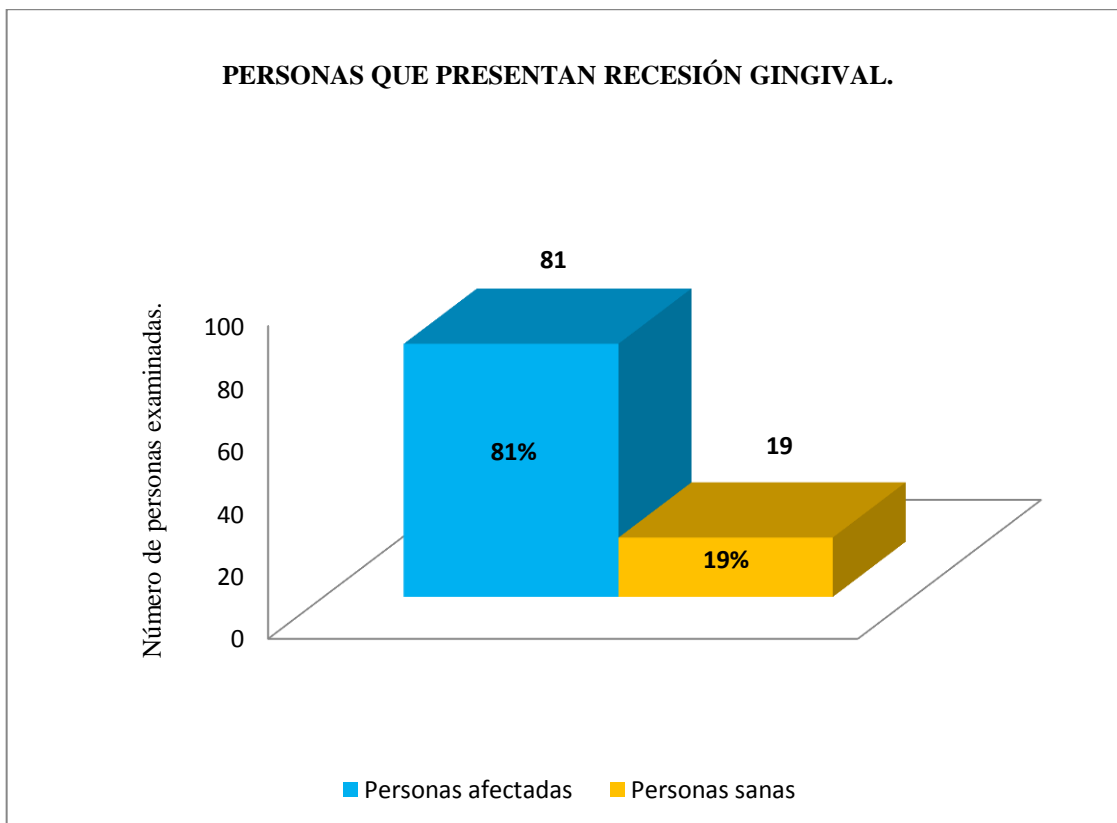


Gráfico No. 6. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 54.

Análisis e interpretación de resultados.

En el gráfico No. 6 de un total de 100 personas examinadas, 81 personas que corresponde al 81% presentaron recesión gingival y 19 personas, lo que equivale al 19% no presentaron recesión gingival.

Analizando la obra de Morales⁷³ (2007) explica que: “Se define como recesión gingival la exposición de la superficie radicular por migración de la encía hacia apical. La recesión puede ser localizada o generalizada”. (p. 96).

Mediante los resultados obtenidos en la ficha de observación y recolección de datos el 81% de la muestra estudiada presentan recesión gingival, considerándose como un porcentaje alto de presencia del problema establecido.

⁷³Morales, F. (2007). Temas prácticos en Geriatria y Gerontología. República de Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia.

Cuadro 7.

Personas examinadas de acuerdo al sexo.

Personas examinadas.	Frecuencia.	Porcentaje.
Hombres.	49	49%
Mujeres.	51	51%
Total.	100	100%

Nota. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, p. 77.

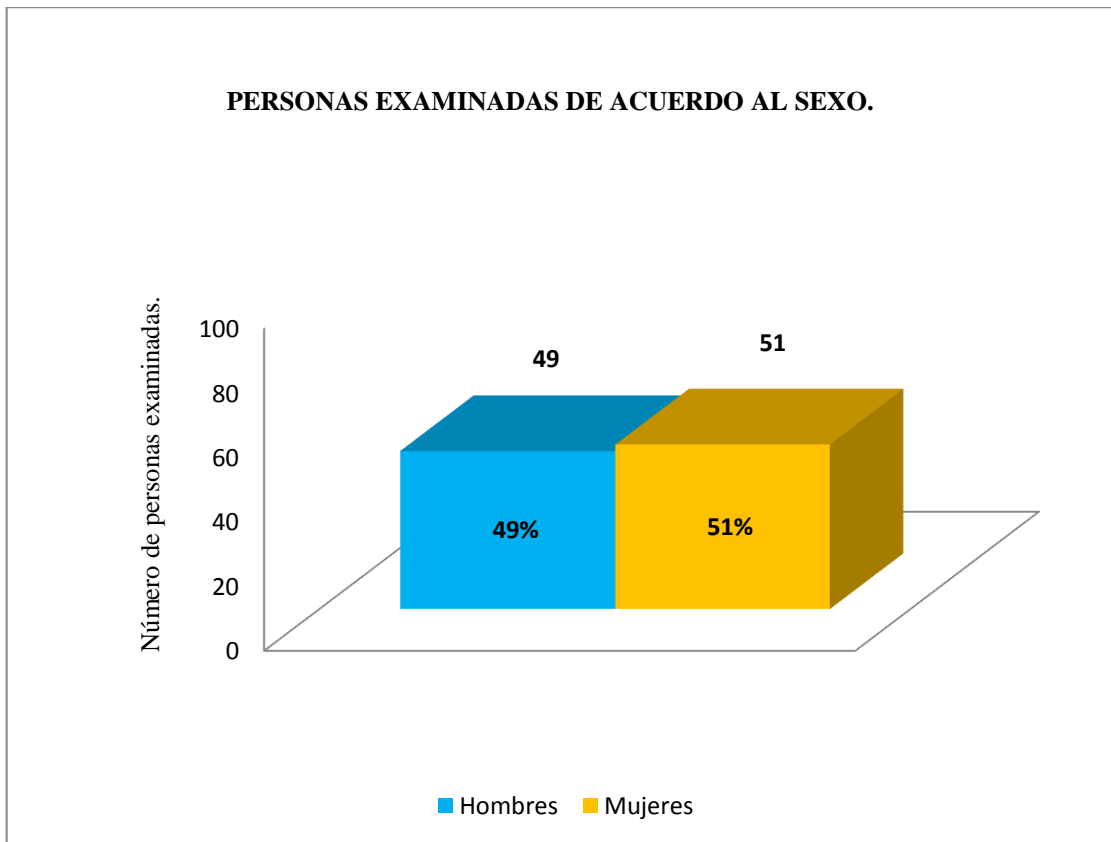


Gráfico No. 7. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 56.

Análisis e interpretación de resultados.

En el gráfico No. 7 de un total de 100 personas examinadas, 49 hombres fueron examinados lo que corresponde al 49% y 51 mujeres fueron examinadas lo que equivale al 51%.

De los resultados obtenidos en la ficha de observación y recolección de datos, se examinaron 49 hombres y 51 mujeres de la muestra de estudio aleatoriamente.

Cuadro 8.

Edad en que predomina la presencia de recesión gingival.

Alternativa.	Frecuencia. Afectados.	Frecuencia. Sanos.	Total. Examinados.	Porcentaje. Afectados.
20-30 años.	16	18	34	16%
31-40 años.	28	0	28	28%
41-50 años.	37	1	38	37%
Total	81	19	100	81%

Nota. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, p. 77.

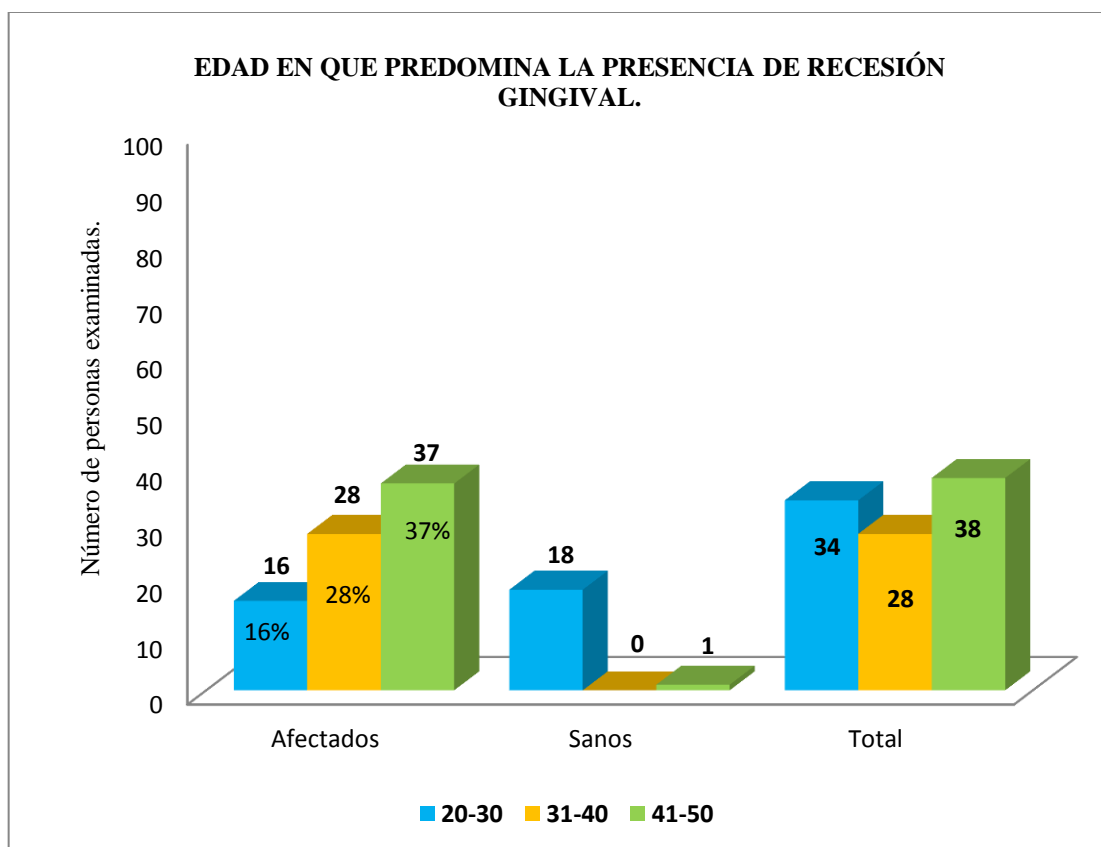


Gráfico No. 8. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 58.

Análisis e interpretación de resultados.

En el gráfico No. 8, de un total de 100 personas examinadas en el rango de edades comprendidas entre 20-30 años fueron revisadas 34 personas, de las cuales 16 de ellas presentaron recesión gingival, lo que corresponde al 16%, en el rango de edades comprendidas entre 31-40 años fueron revisadas 28 personas, de las cuales las 28 presentaron recesión gingival, lo cual representa al 28% y en el rango de edades comprendidas entre 41-50 años fueron revisadas 38 personas, de las cuales 37 de ellas presentaron recesión gingival, lo que equivale al 37%.

En informaciones disponibles en la revista Acta Odontológica Venezolana su versión digital en un artículo de Bracho y colaboradores⁷⁴ (2003) citan que:

La prevalencia de RG aumenta con la edad, estudios realizados en diferentes partes del mundo reportan un amplio rango de valores; en individuos menores de 20 años la prevalencia se encuentra entre 1 y 19% en adultos mayores de 30 años se presenta entre 58 y 75% alcanzando el 100% en adultos mayores de 50 años; sin embargo, gran cantidad de los estudios se refieren a la población adulta. (párr. 2).

Investigando la obra de Ferro y Gómez⁷⁵ (2007) señalan que: “Es importante determinar el pronóstico y manejo de la recesión gingival porque está presente en el 50% de adultos jóvenes y en el 100% de personas mayores de 45 años”. (p.209).

De los resultados obtenidos en la ficha de observación y recolección de datos se concluye que el rango de edades comprendidas entre 41-50 años fue el más afectado con presencia de recesión gingival, presentándose en un 37% de la muestra estudiada.

⁷⁴Bracho, R., Hernández, N., Elejalde, L., Zambrano, O., Paz, M., Contreras, J. (2003). Recesión gingival de incisivos inferiores en adolescentes, su asociación con factores de riesgo. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652003000300005&script=sci_arttext

⁷⁵Ferro, M., Gómez, M. (2007). Periodoncia Fundamentos de la Odontología. República de Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

Cuadro 9.

Sexo en que predomina la presencia de recesión gingival.

Alternativa.	Frecuencia. Afectados.	Frecuencia. Sanos.	Total.	Porcentaje. Afectados.
Masculino.	45	4	49	91%
Femenino.	36	15	51	70%

Nota. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, p. 77.

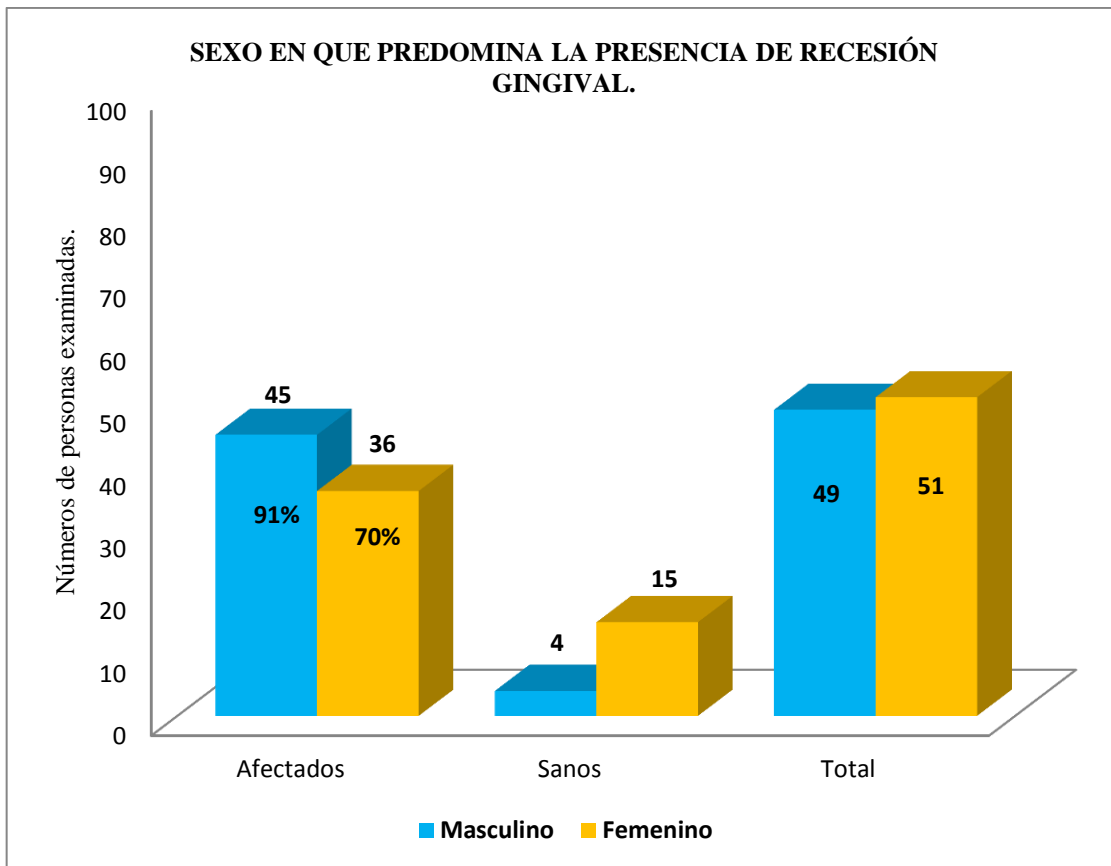


Gráfico No. 9. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 60.

Análisis e interpretación de resultados.

En gráfico No. 9 de un total de 100 personas examinadas, fueron revisados 49 hombres de los cuales 45 de ellos presentaron recesión gingival lo que corresponde al 91% del total de hombres examinados y fueron revisadas 51 mujeres de las cuales 36 de ellas presentaron recesión gingival lo que representa al 70% del total de las mujeres examinadas.

Se pudo concluir mediante los resultados obtenidos en la ficha de observación y recolección de datos que el sexo masculino es el más afectado con presencia de recesión gingival, presentándose en un 91% del total de los hombres examinados.

Cuadro 10.

Grupos dentarios afectados. Piezas anteriores.

Grupo dentario afectado.	Frecuencia Cuadrante 1. (Piezas).	Frecuencia Cuadrante 2. (Piezas).	Frecuencia Cuadrante 3. (Piezas).	Frecuencia Cuadrante 4. (Piezas).	Total. Piezas afectadas.	Porcentaje. Piezas afectadas.
Incisivos.	25	19	118	122	284	53%
Caninos.	58	51	72	70	251	47%
Total de piezas examinadas.					535	100%

Nota. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, p. 77.

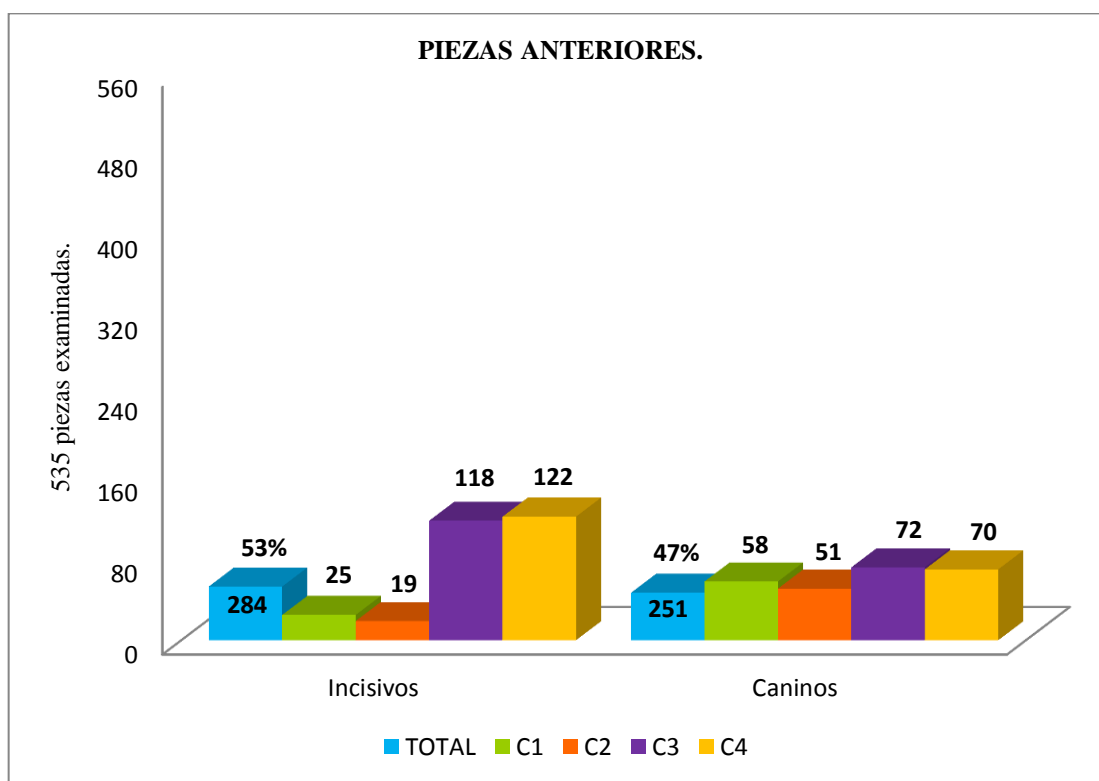


Gráfico No. 8. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 62.

Análisis e interpretación de resultados.

En el gráfico No. 10 de un total de 535 piezas dentarias anteriores examinadas, 284 incisivos fueron afectados con recesión gingival, de los cuales; en el primer cuadrante 25 piezas, en el segundo cuadrante 19 piezas, en el tercer cuadrante 118 piezas y en el cuarto cuadrante 122 se afectaron con recesión, lo que corresponde al 53% del total de las piezas anteriores examinadas.

Mientras que 251 caninos fueron afectados con recesión gingival, de los cuales, en el primer cuadrante 58 piezas, en el segundo cuadrante 51 piezas, en el tercer cuadrante 72 piezas y en el cuarto cuadrante 70 se afectaron con recesión, lo que corresponde al 47% del total de las piezas anteriores examinadas.

Observando en informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Estomatológica Herediana en un artículo de Injante y colaboradores⁷⁶ (2012) referencian que:

La recesión gingival se describe como la exposición de la superficie radicular del diente debido a la migración del margen gingival; el cual se localiza apical a la unión amelocementaria. Su prevalencia y severidad aumenta con la edad y la región de los incisivos inferiores es el área más afectada. (p. 31).

De los resultados obtenidos en la ficha de observación y recolección de datos se pudo concluir que el grupo dentario anterior más afectado con recesión gingival es el grupo de los incisivos, presentándose en un 53% del total de las piezas anteriores examinadas.

⁷⁶Injante, P., Tuesta, O., Estrada, M., Liñán, C. (2012). Recesión gingival y tratamiento de ortodoncia. Reporte de caso interdisciplinario. [En línea]. Consultado: [02. Junio, 2015] Disponible en: [file:///C:/Users/th/Downloads/156-545-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/th/Downloads/156-545-1-PB%20(2).pdf)

Cuadro 11.

Grupos dentarios afectados. Piezas posteriores.

Grupo dentario afectado.	Frecuencia Cuadrante 1. (Piezas).	Frecuencia Cuadrante 2. (Piezas).	Frecuencia Cuadrante 3. (Piezas).	Frecuencia Cuadrante 4. (Piezas).	Total. Piezas afectadas.	Porcentaje. Piezas afectadas.
Premolares.	94	84	120	118	416	76%
Molares.	28	26	42	35	131	24%
Total de piezas examinadas.					547	100%

Nota. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Anexo 3, p. 77.

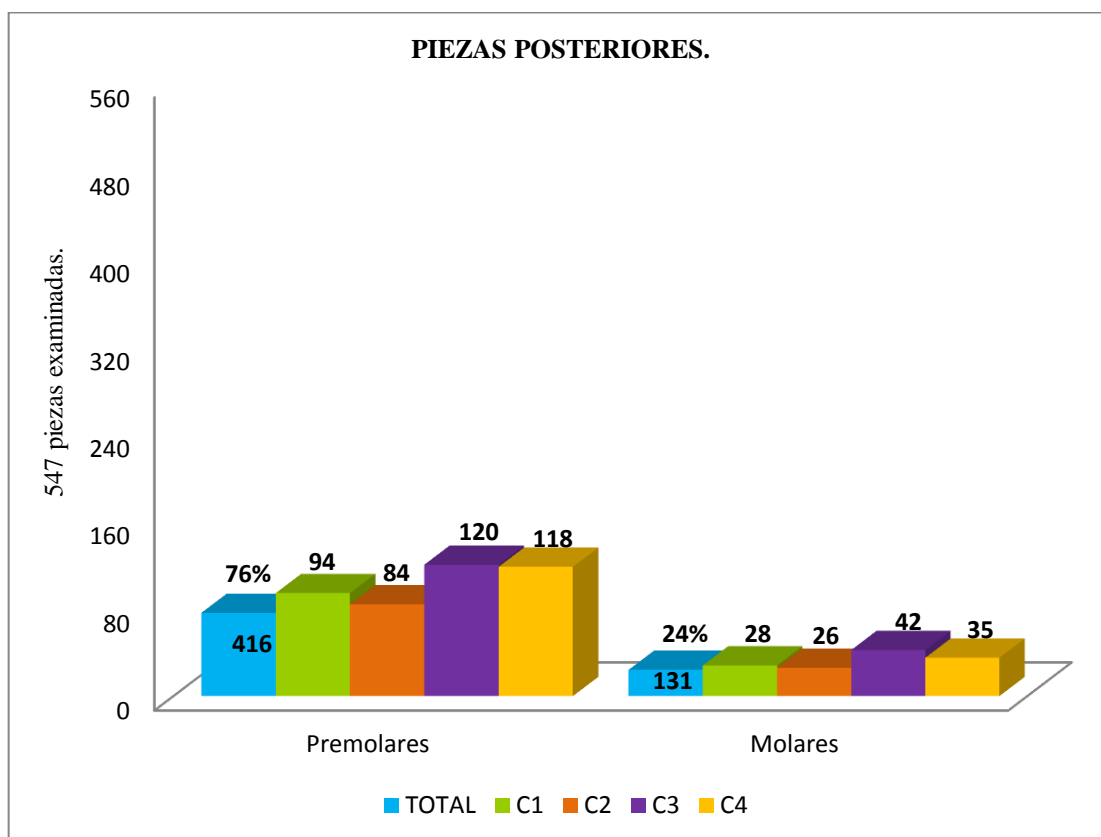


Gráfico No. 11. Resultados obtenidos de la ficha de observación y recolección de datos aplicada a la muestra de estudio de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Realizado por: Autora de esta tesis. Cap. IV, p. 64.

Análisis e interpretación de resultados.

En el gráfico No. 11 de un total de 547 piezas dentarias posteriores examinadas, 416 premolares fueron afectados con recesión gingival, de los cuales; en el primer cuadrante 94 piezas, en el segundo cuadrante 84 piezas, en el tercer cuadrante 120 piezas y en el cuarto cuadrante 118 se afectaron con recesión, lo que corresponde al 76% del total de las piezas posteriores examinadas.

Mientras que 131 molares fueron afectados con recesión gingival, de los cuales; en el primer cuadrante 28 piezas, en el segundo cuadrante 26 piezas, en el tercer cuadrante 42 piezas y en el cuarto cuadrante 35 se afectaron con recesión, lo que corresponde al 24% del total de las piezas posteriores examinadas.

Examinando la obra de Gomes⁷⁷ (2006) indica que:

En pacientes que presentan una higiene bucal excelente, las recesiones gingivales pueden ser encontradas predominantemente en la cara vestibular y están asociadas a la presencia de un defecto de cuña en el área surcular de uno o varios dientes. Las recesiones en dientes unirradiculares parecen ser más comunes que en los molares. (p. 286).

De los resultados obtenidos en la ficha de observación y recolección de datos se pudo concluir que el grupo dentario posterior más afectado con recesión gingival es el grupo de los premolares, presentándose en un 76% del total de las piezas posteriores examinadas.

⁷⁷Gomes, P. (2006). *Estética en Periodoncia y Cirugía Plástica Periodontal*. República de Colombia: Amolca.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

Se identificó que los factores de riesgo más frecuentes en la recesión gingival son: la malposición dentaria como factor de riesgo predisponente y el cepillado traumático como factor de riesgo desencadenante.

Se estableció que el rango de edades comprendidas entre 41 - 50 años y el sexo masculino son los más afectados con presencia de recesión gingival.

Se determinó que los grupos dentarios con mayor afección de recesión gingival son: los incisivos como grupo dentario anterior y los premolares como grupo dentario posterior.

5.2. Recomendaciones.

Que el Ministerio de Salud Pública visite esta comunidad para impartir información sobre los factores de riesgo en la recesión gingival ya que los habitantes conocen poco sobre esta problemática.

Incentivar a los habitantes a tener mayor interés por su estado bucal y sus técnicas de higiene oral.

Asistir al profesional odontólogo para que realice un control de los factores de riesgo y pueda instaurar métodos preventivos o restauradores.

Realizar con habilidad y destreza la técnica de cepillado propia o natural de los habitantes, logrando la ausencia total de placa bacteriana dental sin rayar el esmalte dental y sin lesionar los tejidos blandos adyacentes aplicando una fuerza de tal manera que no se flexionen las cerdas del cepillo sobre los dientes.

Que los habitantes de la comunidad sean conscientes y responsables de renovar el cepillo dental cada 2 o 3 meses.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Datos informativos.

6.1.1. Título de la propuesta.

Concientización sobre los factores de riesgo en la recesión gingival de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre.

6.1.2. Período de ejecución.

Fecha de inicio: 19 de junio de 2015.

Fecha de finalización: 24 de junio de 2015.

6.1.3. Descripción de los beneficiarios.

Beneficiarios directos: Habitantes de la comunidad San Roque.

Beneficiarios indirectos: Ministerio de Salud Pública de Sucre.

6.1.4. Ubicación sectorial y física.

En el cantón Sucre, parroquia Charapotó, comunidad San Roque.

6.2. Introducción.

Los factores de riesgo son características que influyen en la precipitación o disminución de la posibilidad de que una persona desarrolle una lesión, enfermedad o cambio en su salud. La recesión gingival es el desplazamiento del margen gingival

hacia apical de la unión cemento-esmalte dejando al descubierto la raíz dentaria, afectando la estética y la funcionalidad.

Los factores de riesgo en la recesión gingival son los factores de riesgo predisponentes como: escasa encía adherida, inserción alta de frenillos, malposición dentaria y apiñamiento. Los factores de riesgo desencadenantes como: inflamación gingival, cepillado traumático, laceración gingival, márgenes subgingivales y diseño inadecuado de aparatología removible.

La presente propuesta consistió en concientizar sobre los factores de riesgo en la recesión gingival de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre, para que los habitantes tengan conocimiento y hagan conciencia sobre esta problemática, desarrollando hábitos de higiene oral y técnica de cepillado ideal usando un adecuado cepillo dental.

6.3. Justificación.

La presente investigación se justifica porque permitió caracterizar e identificar los factores de riesgo en la recesión gingival gracias a los resultados obtenidos mediante las fichas de observación y recolección de datos realizada por la investigadora. Por esta razón se concientizó sobre los factores de riesgo en la recesión gingival y sus consecuencias a través de charlas educativas en la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre, para que puedan conocer y tener control de estos factores, mejorando su técnica de cepillado con un adecuado cepillo dental.

Esta propuesta fue factible porque aportó la información adecuada a los habitantes de la comunidad y se contó la predisposición y colaboración de la misma. Además, los recursos técnicos, materiales y económicos estuvieron a cargo de la investigadora.

6.4. Objetivos.

6.4.1. Objetivo general.

Instruir sobre los factores de riesgo en la recesión gingival a través de charlas educativas en la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre.

6.4.2. Objetivos específicos.

Educar a la población sobre la recesión gingival y sus consecuencias.

Incentivar el uso de un cepillo adecuado con óptimas técnicas de cepillado dental.

6.5. Sostenibilidad.

La presente propuesta fue sostenible porque se contó con el apoyo del presidente de la comunidad, el señor Felipe Anchundía Falcones, quien prestó las instalaciones del centro de la comuna.

Además, se obtuvo la predisposición y colaboración de los habitantes de la comunidad, quienes acudieron al centro de la comuna donde recibieron las charlas educativas de la investigadora.

6.6. Actividades.

Cuadro 12.

Actividades.	Fecha.
Socialización de la propuesta con el presidente y los habitantes de la comunidad San Roque y elaboración del material didáctico (tríptico).	Viernes 19 de junio.
Charlas educativas, entrega de tríptico y cepillos dentales a los habitantes de la comunidad San Roque.	Lunes 22 de junio.
Charlas educativas, entrega de tríptico y cepillos dentales a los habitantes de la comunidad San Roque.	Miércoles 24 de junio.

Nota: Actividades realizadas en la propuesta de la tesis. Elaborado por la autora de esta tesis.

6.7. Recursos.

6.7.1. Humanos.

Investigadora.

6.7.2. Técnicos.

Trípticos.

6.7.3. Materiales.

Hojas, impresiones, copias, fotos, trípticos y cepillos dentales.

6.7.4. Financiero.

La propuesta fue financiada por la autora de la investigación.

6.8. Presupuesto.

Cuadro 13.

Rubros.	Cantidad.	Unidad de medida.	Costo unitario.	Costo total.	Fuente de financiamiento. Autora.
Trípticos.	100	Unidad.	0.15	15.00	15.00
Cepillos dentales.	100	Unidad.	0.75	75.00	75.00
Viáticos.		Dólar.		10.00	10.00
Subtotal.				100.00	100.00
Imprevistos.				10.00	10.00
Total.				110.00	110.00

Nota: Presupuesto de la propuesta de tesis. Realizado por la autora de esta tesis.

El costo fue de \$110.00

ANEXOS.

Anexo 1.

Cuadro 14.

Matriz de operacionalización de las variables.

Variables.	Tipo.	Escala.	Descripción.	Indicador.
Factores de riesgo predisponentes.	Cualitativa nominal politómica.	- Escasa encía adherida. - Inserción alta de frenillos. - Malposición dentaria. - Apiñamiento.	Si presenta. No presenta.	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Factores de riesgo desencadenantes.	Cualitativa nominal politómica.	- Inflamación gingival. - Cepillado traumático. - Laceración gingival. - Márgenes subgingivales. - Diseño inadecuado de aparatología removible.	Si presenta. No presenta.	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Edad.	Cuantitativa continua politómica.	20 – 30 años. 31 – 40 años. 41 – 50 años.	Según años cumplidos hasta el momento de	Frecuencia absoluta y porcentaje.

			estudio.	
Sexo.	Cualitativa nominal dicotómica.	Masculino. Femenino.	Según sexo biológico de pertenencia.	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Grupos dentarios.	Cualitativa nominal politómica.	Incisivos. Caninos. Premolares. Molares.	Superiores. Inferiores.	Frecuencia absoluta y porcentaje.

Nota: Matriz de operacionalización de las variables. Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 1, p. 74.

Anexo 2.

Cuadro 15.

Presupuesto de tesis.

Rubros.	Unidad de medida.	Cantidad.	Costo unitario.	Costo total.	Fuente de financiamiento.
					Autogestión.
Fotocopias.	Unidad.	1000	0.02	20.00	X
Papel.	Resma.	2	5.00	10.00	X
Tinta negra.	Toner.	1	37.00	37.00	X
Tinta color.	Toner.	1	40.00	40.00	X
Manual de oficina.	Bolígrafos.	2	0.30	0.60	X
Campos operatorios.	Paquete.	10	1.00	10.00	X
Guantes.	Caja.	2	9.00	18.00	X
Exploradores.	Unidad.	25	1.50	37.50	X
Espejos bucales.	Unidad.	25	1.50	37.50	X
Mascarillas.	Caja.	2	4.00	8.00	X

Viáticos.	Dólar.			100.00	X
Subtotal.				318.60	X
Imprevistos 10%.				31.86	X
Total.				350.46	X

Nota: Presupuesto de tesis. Realizado por la autora de esta tesis. Anexo 2, p. 76.

Anexo 3.

FICHA DE OBSERVACIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS.

Estimado usuario, esta ficha de observación y recolección de datos forma parte de un estudio investigativo cuya finalidad es obtener conocimiento sobre los factores de riesgo en la formación de recesión gingival y poder establecer un análisis de esta problemática. Agradezco mucho su colaboración.

Edad:

Sexo: M___ F___

Factores de riesgo predisponentes.	Presenta.	No presenta.
Escasa encía adherida.		
Inserción alta de frenillos.		
Malposición dentaria.		
Apiñamiento.		

Factores de riesgo desencadenantes.	Presenta.	No presenta.
Inflamación gingival.		
Cepillado traumático.		
Laceración gingival.		
Márgenes subgingivales.		
Diseño inadecuado de aparatología removible.		

Técnica de cepillado.	Horizontal.	
	Vertical.	
	Circular.	
	Horizontal-vertical.	
	Vertical-circular.	
	Horizontal-circular.	
	Horizontal-vertical-circular.	
Fuerza aplicada durante el cepillado.	Poca.	
	Moderada.	
	Excesiva.	
Estado del cepillo dental.	Cerdas normales-3 meses.	
	Cerdas normales-6 meses.	
	Cerdas normales-1 año.	
	Cerdas medianamente abiertas-3 meses.	
	Cerdas medianamente abiertas-6 meses.	
	Cerdas medianamente abiertas-1 año.	
	Cerdas totalmente abiertas-3 meses.	
	Cerdas totalmente abiertas-6 meses.	
	Cerdas totalmente abiertas-1 año.	

Piezas anteriores.				
Grupo dentario afectado.	Cuadrante.			
	1	2	3	4
Incisivos.				
Caninos.				

Piezas posteriores.				
Grupo dentario afectado.	Cuadrante.			
	1	2	3	4
Premolares.				
Molares.				

Anexo 4.

Consentimiento informado.

Yo,

Acepto participar en este estudio titulado: “Factores de riesgo en la recesión gingival en la población comprendida entre 20 - 50 años de la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre durante el periodo marzo-julio de 2015”.

La egresada Jocelyn Ivette Llaguno Cedeño, investigadora del presente estudio, me ha informado sobre las características, objetivos, beneficios y duración de la investigación. Tuve la oportunidad de realizar las correspondientes preguntas y fueron aclaradas mis dudas.

Se me ha garantizado la confidencialidad de la investigación, no será revelada mi identidad y la información relacionada conmigo será utilizada con la mayor discreción.

Firma de él/la participante.

Firma de la investigadora.

Anexo 5.

Cuadro 16.

Cronograma.

		DECIMO OCTAVA PROMOCION																																		
ACTIVIDADES	2014												2015																							
	sep			nov			dic			enero			feb			marzo			abril			mayo			jun			jul			agosto					
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
ELABORACION DE PROYECTO	■	■	■	■	■	■																														
PRESENTACION DE PROYECTOS						■	■																													
APROBACION DE PROYECTOS										■	■	■	■	■	■																					
PREPARACION DE INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE INFORMACION																■	■	■	■	■	■															
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION																			■	■	■															
SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION																									■											
ANALISIS E INTERPRETACION																										■										
ELABORACION DE CONCLUSIONES																											■									
ELABORACION DE PROPUESTA																												■								
REDACCION DEL BORRADOR																													■							
REVISION DEL BORRADOR																														■	■	■	■			
PRESENTACION DE INFORME FINAL																																	■			

Nota: Cronograma de tesis. Realizado por la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Anexo 5, p. 79.

ESTADO DEL CEPILLO DENTAL

INCORRECTO



CORRECTO



HIGIENE BUCAL

La limpieza bucal diaria es muy importante para nuestra salud, porque evita que la acumulación de bacterias dañen su esmalte y se formen caries, asimismo evita la acumulación de placa bacteriana y con ello la formación de sarro que puede producirle incluso la caída de sus dientes por enfermedades periodontales.

CONSEJOS:

- Cepíllate lentamente y mínimo 2 veces al día.
- Renueva el cepillo cada 2 o 3 meses.
- Usa hilo dental.
- Usa enjuagues bucales.
- Acude al dentista 2 veces al año.
- Realízate una profilaxis dental por el profesional 2 veces al año.





RECESIÓN GINGIVAL

Factores de riesgo en la Recesión gingival



RESPONSABLE:

JOCELYN LLAGUNA CEDEÑO

¿Cuáles son los factores de riesgo en la recesión gingival?

Existen numerosos factores de riesgo implicados en su aparición, por lo que se considera de origen multifactorial.

Factores de riesgo predisponentes:

- Escasez e hiala adherida
- Inserción alta de frenillos
- Malposición dentaria
- Apilamiento

Factores de riesgo desencadenantes:

- Inflamación gingival
- Cepillado traumático
- Laceración gingival
- Múrgenes subgingivales
- Diseño inadecuado de aparatología removible



¿QUÉ ES LA RECESIÓN GINGIVAL?

La recesión gingival puede definirse como la exposición de la superficie radicular del diente debido a un despieceamiento epitelial de la margen gingival ocasionada por la destrucción de los tejidos periodontales marginales.

¿CUÁLES SON SUS CONSECUENCIAS?

La presencia de recesión gingival puede producir:

- Aparición de caries dental
- Sensibilidad dental
- Movilidad dental
- Aumento de la corona clínica
- Pérdida de nitidez
- Mal aspecto estético



TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL



1.- Coloque las cerdas sobre la encía con un ángulo de 45 grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía.



2.- Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 a 3 dientes con un movimiento circular. Mueva el cepillo al próximo grupo de 2 a 3 dientes y repita la operación.



3.- Mantenga un ángulo de 45 grados con las cerdas en contacto con la superficie dental y la encía. Cepille suavemente usando un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna.



4.- Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo.



5.- Ponga el cepillo sobre la superficie masticadora y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen mal aliento.

Características del cepillo dental ideal:

Debe ser preferiblemente mango recto.

De tamaño adecuado a la edad de la persona y tamaño de la boca.

De cerdas plásticas, suaves, firmes y puntas redondeadas.

Gráfico No. 12. Tríptico realizado para las charlas educativas sobre los factores de riesgo en la recesión gingival a la comunidad San Roque de la parroquia Charapotó del cantón Sucre. Anexo 6, p. 80.

Anexo 7.



Gráfico No. 13. Realizando el exámen bucal. Realizado por un auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 7, p. 81.



Gráfico No. 14. Escasa encía adherida e inflamación gingival. Realizado por un auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 7, p. 81.



Gráfico No. 15. Malposición dentaria, apiñamiento y laceración gingival por cepillado traumático. Realizado por un auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 7, p. 82.



Gráfico No. 16. Diseño inadecuado de aparatología removible. Realizado por un auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 7, p. 82.



Gráfico No. 17. Recesión gingival por cepillado traumático. Realizado por un auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 7, p. 83.

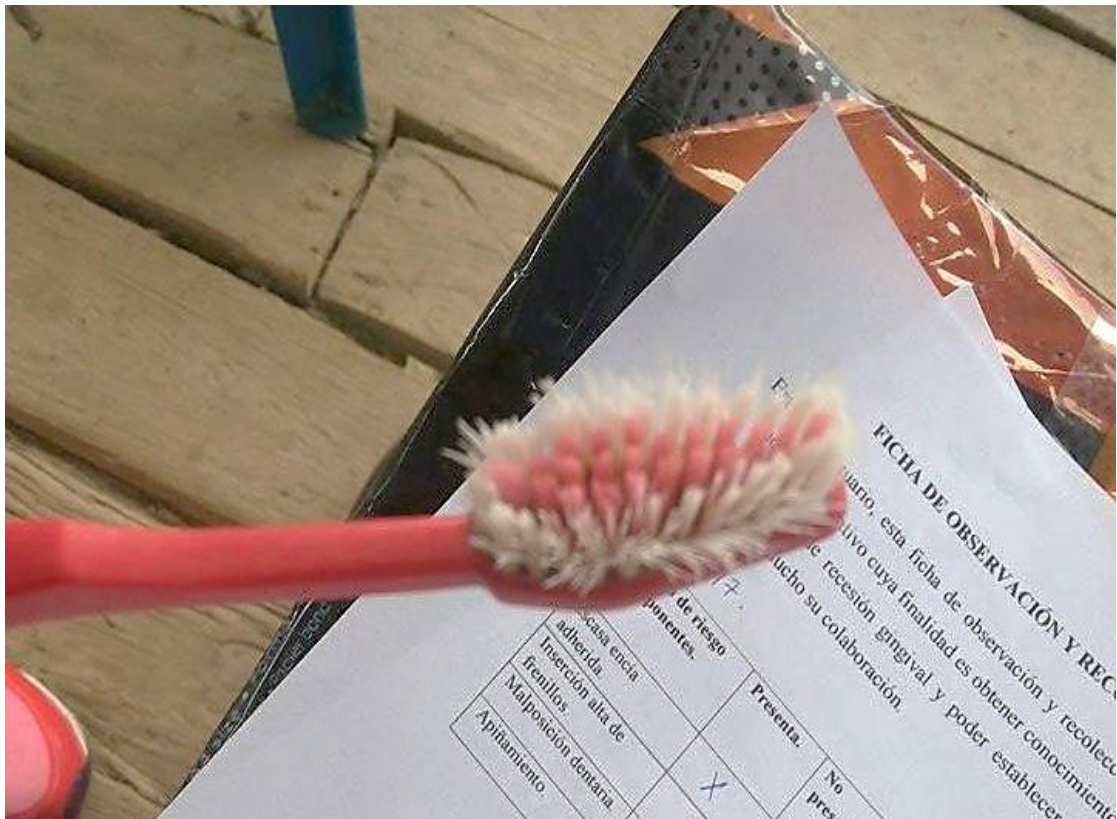


Gráfico No. 18. Estado del cepillo dental. Realizado por un auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 7, p. 83.



Gráfico No. 19. Estado del cepillo dental. Realizado por un auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 7, p. 84.



Gráfico No. 20. Concientizando sobre los factores de riesgo en la recesión gingival y hábitos de higiene bucal. Realizado por un auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 7, p. 84.



Gráfico No. 21. Entrega de cepillos dentales. Realizado por un auxiliar de la autora de esta tesis. Anexo 7, p. 85.

BIBLIOGRAFÍA.

Alés, M., Ania, J., Junquera, C., Martín, P., Millán, F., Caballero, A., García, M., Castillo, L., Muñoz, A., Castellón, L., Puertas, E., Cara, J., Ruibérriz, A., Rodríguez, L., Ochoa, Odette., García, J., López, J., Peña, J., González, P. (2005). Auxiliar de Enfermería. Reino de España: Mad, S. L.

Alpiste, F., Gil, F. (2002). Estética gingival para higienistas. [En línea]. Consultado: [14, julio, 2014] Disponible en: http://www.uv.es/periodoncia/media/EsteticaGingiAlp_1.pdf

Ardila, CM. (2009). Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. [En línea]. Consultado: [14, julio, 2014] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v21n1/original4.pdf>

Barrancos, J., Barrancos, P. (2011). Operatoria Dental Integración clínica. República Argentina: Médica Panamericana.

Barroso, J., Sáez, S., Bellet, L. (2007). Indicación quirúrgica de los frenillos bucales: a propósito de un caso. [En línea]. Consultado: [22, junio, 2015] Disponible en: http://www.infomed.es/rode/index.php?option=com_content&task=view&id=134&Itemid=28

Bascones, A. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Reino de España: Ediciones Avances Medico-Dentales, S.L.

Blanco, J., Villaverde, G., Ramos, I., Bascones, J., Bascones, A. (2000). Tratamiento de las recesiones gingivales mediante injertos de tejido conectivo (Técnica del injerto de tejido conectivo subepitelial). Resultados tras cinco años de evolución. [En línea]. Consultado: [18, julio, 2014] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v12n1/original3.pdf>

- Bottino, M. (2008). Periodoncia. República Federativa del Brasil: Artes Médicas.
- Bracho, R., Hernández, N., Elejalde, L., Zambrano, O., Paz, M., Contreras, J. (2003). Recesión gingival de incisivos inferiores en adolescentes, su asociación con factores de riesgo. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652003000300005&script=sci_arttext
- Cavenaghi, G., Caccianiga, GL., Baldoni, M., Lamedica, M. (2000). Comparación entre técnicas bilaminares y regenerativas para recubrir las raíces. [En línea]. Consultado: [22, junio, 2015] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v12n3/original2.pdf>
- Cevallos Ítalo. (2010). Apiñamiento Dental. [En línea]. Consultado: [16, junio, 2015] Disponible en: <http://nuevotiempo.org/mundoactual/2010/09/02/apinamiento-dental/>
- Cruz, R., Brito, K., Caballero, D. (2013). Comportamiento de los trastornos mucogingivales y su tratamiento. Matanzas, 2008-2010. [En línea]. Consultado: [18, julio, 2014] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v35n3/tema05.pdf>
- Cuniberti, N., Rossi, G. (2009). Lesiones Cervicales no Cariosas. República Argentina: Médica Panamericana.
- Díaz, A., Covo, E., Fonseca, M., González, K., Sagbini, A. (2007). Injerto de tejido conectivo subpediculado y colgajo posicionado lateral avanzado para el tratamiento de una recesión gingival en un paciente con tratamiento de ortodoncia: Reporte de un caso. [En línea]. Consultado: [06, noviembre, 2014] Disponible en: http://200.21.227.151/inicio/publicaciones/div_salud/pdf/ustasalud_v6_1.pdf
- Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). Periodoncia. Reino de España: Elsevier.

Estomatología Comunitaria. (2011). Mal posición dentaria. [En línea]. Consultado: [16, junio, 2015] Disponible en: <http://romina1988arce.blogspot.com/2011/10/mal-posicion-dentaria.html>

Ferro, M., Gómez, M. (2007). Periodoncia Fundamentos de la Odontología. República de Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

Flemmig, T. (1995). Compendio de Periodoncia. Reino de España: Masson, S.A.

Fons, C., Puchades, J., Jiménez, Y., Gil, F., Alpiste, F. (2011). Actitud diagnóstica ante una lesión gingival por abrasión. [En línea]. Consultado: [01, junio, 2015] Disponible en: http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/articulos.pdf/21-1_06.pdf

García, A., Bujaldón, AL., Rodríguez, A. (2015). Recesión gingival. Diagnóstico y tratamiento. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v27n1/original2.pdf>

Garone, W., Valquía, A. (2010). Lesiones No Cariotas. República Federativa del Brasil: Livraria Santos Editora Ltda.

Gélvez, M., Martínez, M., Ferro, M., Velosa, J. (2009). Relación de la oclusión traumática con las recesiones gingivales: revisión sistemática de la literatura. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015] Disponible en: [file:///C:/Users/th/Downloads/Dialnet-RelacionDeLaOclusionTraumaticaConLasRecesionesGing-3986775%20\(11\).pdf](file:///C:/Users/th/Downloads/Dialnet-RelacionDeLaOclusionTraumaticaConLasRecesionesGing-3986775%20(11).pdf)

Gil, F., Aguilar, M., Cañamás, M., Ibáñez P. (2005). Sistemática de la higiene bucodental: el cepillado dental manual. [En línea]. Consultado: [17, junio, 2015] Disponible en: <http://www.uv.es/periodoncia/media/CepilladoQuico.pdf>

Gomes, P. (2006). Estética en Periodoncia y Cirugía Plástica Periodontal. República de Colombia: Amolca.

Gómez, G., Aguilar, A., Guardia, J., Calvo, J. (2011). Inflamación gingival. [En línea]. Consultado: [02, junio, 2015] Disponible en: http://www.dentaid.com/uploads/resources/3_01122014100607_Dentaid_Expertise_07.pdf

Grados, S., Salas, M., Maetahara, D., Flores, S., Guzmán, Y., Barbarán, J., Díaz, J., Miranda, A. (2005). Recubrimiento de la Superficie Radicular Expuesta. Parte I. [En línea]. Consultado: [01, junio, 2015] Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/viewFile/3134/2616>

Harpenau, L., Kao, R., Lundergan, W., Sanz, M. (2014). Periodoncia e Implantología dental de Hall. Estados Unidos Mexicanos: El Manual Moderno.

Herazo, B. (2012). Clínica del sano en odontología. República de Colombia: Ecoe Ediciones.

Injante, P., Tuesta, O., Estrada, M., Liñán, C. (2012). Recesión gingival y tratamiento de ortodoncia. Reporte de caso interdisciplinario. [En línea]. Consultado: [02. Junio, 2015] Disponible en: [file:///C:/Users/th/Downloads/156-545-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/th/Downloads/156-545-1-PB%20(2).pdf)

Langlais, R., Miller, C., Nield, J. (2011). Atlas a color de enfermedades bucales. Estados Unidos Mexicanos: El Manual Moderno.

Lindhe, J. (2005). Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. República Argentina: Médica Panamericana.

Lindhe, J. (2009). Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. República Argentina: Médica Panamericana.

Monteverde, C., Zuled, M. (2008). Piercing y Condición de Higiene Bucal como Factores de Riesgo de Recesión Gingival. [En línea]. Consultado: [13, octubre, 2014] Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/v9n2/art2.pdf>

Morales, F. (2007). Temas prácticos en Geriátria y Gerontología. República de Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia.

Navarro, C., García, F., Ochandiano, S. (2008). Cirugía Oral. Reino de España: Arán Ediciones, S. L.

Newman, M., Takei, H., Klokkevold, P., Carranza, F. (2010). Periodontología Clínica. República Popular China: McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A. de C. V.

Oliveros, J., Fernández, E., Latorre, M., López, A. (2006). Estado actual de los traumatismos en encía por el cepillo de dientes (Revisión bibliográfica). [En línea].

Consultado: [16, junio, 2015] Disponible en: http://biopat.cs.urjc.es/conganat/files/2006-2007_G15.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2015). Factores de riesgo. [En línea]. Consultado: [08, junio, 2015] Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

Palma, A., Sánchez, F. (2013). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. Reino de España: Ediciones Paraninfo.

Remolina, A., Aguirre, L., Bayona, J., Ruíz, M. (2006). Técnica de Edlan-Mejchar modificada: un nuevo procedimiento quirúrgico para tratar recesiones asociadas a un frenillo de inserción alta. [En línea]. Consultado: [22, junio, 2015] Disponible en: http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/articulos.pdf/16-1_03.pdf

Rocha, A., Ferrus, J. (2007). Tratamiento de recesiones múltiples localizadas: a propósito de un caso. [En línea]. Consultado: [15, septiembre, 2014] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v19n1/original2.pdf>

Rossi, G., Cuniberti, N. (2004). Atlas de odontología restauradora y periodoncia. República Argentina: Médica Panamericana.

Sánchez, A. (2006). Manual de prácticas de periodoncia. Reino de España: Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones.

Schoen, D., Dean, M. (1999). Instrumentación periodontal. Reino de España: Masson, S. A.

Segovia, R., Salazar, C., Paz, M. (2002). Factores precipitantes en el desarrollo de recesión gingival. [En línea]. Consultado: [14, julio, 2014] Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652002000200006&script=sci_arttext

Villafranca, F., Fernández, M., García, A., Hernández, L., López, L., Perillán, C., Díaz, B., Pardo, B., Álvarez, C., Alfonso, N., Mansilla, O., Cobo, M., García, M., Ania, J., Junquera, C., Silva, L., Cobo, J., García, J. (2006). Higienistas Dentales. Reino de España: Mad, S. L.

Vizcaíno, M. (2010). Incidencia de la recesión gingival en el paciente geriátrico. Tesis de maestría no publicada, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Quito, Ecuador.

Wolf, H., Rateitschak, E., Rateitschak, K. (2005). Periodoncia. Reino de España: Masson, S. A.