

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



*Trabajo de grado para optar por el título de:
Doctor en Odontología.*

*Incidencia de las retracciones gingivales en los pacientes del área de periodoncia en la
clínica de odontología Dr. René Puig de la Universidad Nacional Pedro Henríquez
Ureña, periodo Enero-Abril, 2014.*

Sustentantes:

Br. Ivanna de Jesús Hidalgo Rosario.

Br. Alicia Navarro Félix.

Asesora:

Dra. Julissa Rodríguez.

Santo Domingo, D.N. 2014

Incidencia de las retracciones gingivales en los pacientes del área de periodoncia en la clínica de odontología Dr. René Puig de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, periodo Enero-Abril, 2014.

Agradecimientos.

A nuestra querida UNPHU. Nuestra alma mater. Un privilegio haber sido parte de esta gran institución académica.

A nuestra querida asesora temática, Dra. Julissa Rodríguez: gracias por su disposición a ayudarnos y facilitarnos el camino. Gracias por su esfuerzo, a pesar de sus complicaciones. ¡Un abrazo!

Nuestra asesora metodológica, Dra. María Guadalupe Silva: por tenernos paciencia y mostrarse siempre dispuesta a ayudarnos. Gracias por sacrificar de su tiempo y atención. Sin su ayuda y sin su guía, no estuviésemos escribiendo estas líneas.

A todos y cada uno de los doctores que tuvimos la dicha de tener como maestros y guías. Les agradecemos no solo los conocimientos adquiridos, sino también su trato humano. Gracias por sus no tan buenos momentos, de ellos aprendimos y nos hicieron más fuertes y mejores personas. Gracias por brindarnos respeto y confianza. Gracias por sus enseñanzas, por dedicar su tiempo, por esmerarse en prepararnos para ser unas excelentes profesionales y dar lo mejor de nosotras, siempre. ¡Muchísimas gracias! No los vamos a nombrar, por si acaso nos falta uno. Cada quien que lea éstas líneas, sabe lo que le corresponde.

Dedicatorias Ivanna Hidalgo.

A Dios, por ser mi guía, por iluminar mi camino. Por llenarme de paciencia y tranquilizarme en los momentos más difíciles. Por no dejarme sola nunca, por mostrarme el camino. Sin Él, yo no hubiese podido lograrlo y no estuviese escribiendo éstas líneas. Todo se lo debo a Él.

A mis padres: Jurisidi Rosario y Plinio Hidalgo. No solo por sustentarme en lo económico, sino también por apoyarme en mi decisión y respaldarme. Gracias por estar atentos a mi desempeño y por dejarme desarrollar como persona y profesional. Gracias por cubrir mis necesidades y por estar atentos en todo momento. A mis hermanos Hilary, Gabriel y demás familiares, que de alguna manera formaron parte de éste proceso. ¡Gracias! ¡Los amo!

A mis amigas Paola, Marlene, Dianeri, Arantxa, Janna e Ingrid. Desde el ciclo básico juntas, en las buenas y en las malas. Gracias por brindarme una amistad diferente. Gracias por hacer más fácil los momentos difíciles, gracias por los buenos y no tan buenos momentos. Cada una ocupa un espacio en mi corazón. Saben que a mi forma, las quiero mucho. Espero contar con ustedes, que seamos colegas y que veamos cada una el éxito de las otras. ¡Las quiero!

A ti, por ayudarme y aconsejarme. Por darme ánimo cuando más lo necesitaba, por ayudarme a buscarle la vuelta a las situaciones y a dar mi mejor cara en todo momento. Gracias por preocuparte por mí y estar ahí siempre, desde un principio. Mi “manager” César Cordero. Dios te bendiga. Ya sabes todo lo otro... ¡Te amo!

A mis mejores amigas Carol y Aleska. Gracias por emocionarse más que yo con las cosas que he logrado. Gracias por su apoyo y por su larga y hermosa amistad. ¡Las amo!

A mis compañeros de clínica y a los empleados también. Gracias por siempre brindarme una sonrisa, un saludo, un abrazo, una palabra de aliento. Los recordaré a todos con mucho

cariño, como parte de mi crecimiento y de mi paso por la universidad. ¡Qué Dios los bendiga!

Dedicatorias Alicia Navarro.

No hay Ser al que agradezca más en este mundo que a Dios, mi Padre Celestial. Le agradezco todo lo que ha hecho por mí siempre y le dedico este trabajo de grado y toda mi carrera universitaria, así como también mi vida.

A mis padres, que han sacrificado tanto por mi bienestar, tanto profesional como emocional, los amo por todo lo que hacen para que yo sea feliz, por apoyar mis decisiones, por su paciencia y amor incondicionales. ¡Gracias papi y mami!

A mis abuelas, que estuvieron a mi lado siempre, hasta que Dios decidió que ya era hora de partir, gracias por su ejemplo de mujeres intachables, nobles, honradas, amables, amorosas e inteligentes, ser descendencia de ustedes dos es uno de los mayores privilegios que poseo.

A mis hermanos Luís R. y Víctor A., mis tíos Emmanuel, Merceditas, Leandro, Julito, mi prima Amanda, mi sobrino-hijo Luis Alejandro y familiares cercanos que han sido un apoyo incondicional en todo lo que he necesitado durante mi carrera.

A mis amigos, Ana Alicia, César, Laura, Sadaf, María Alejandra, Valentina, Carlos, Mariela e Ivanna, junto a los cuales crecí, maduré y me formé como profesional, para ustedes tengo en mi corazón orgullo, amor y alegría por las personas que son y nostalgia por quiénes fuimos y lo que aprendimos durante toda esta carrera, los extraño mucho!

A mi amado esposo, Guido, que con paciencia, amor, dedicación ha soportado cada queja, llanto, lágrima, reto, cada amanecida estudiando haciendo este trabajo de grado y gracias por ser mi agenda personal con los pacientes, por preocuparte cómo me fue cada día y sobre todo gracias por cuidarme y amarme tanto. ¡Te amo mi vida!

Por último, quiero agradecer a la personita que más se ha sacrificado por mí, que me ha soportado todo sin quejarse, que siempre está conmigo, que se merece el título de

odontóloga tanto como yo, por los dos trabajos de grado que hemos hecho juntas, que siempre me sonrío sin importar lo que pase, que me ama como soy, mi hermosa y adorada Sofía, mi bebé. ¡Gracias por estar conmigo y llegar a mi vida en el mejor momento de todos! ¡Graduación sin ti no hubiese sido nada! ¡Te amo hijita!

¡Lo logramos, terminamos, se acabó!

Índice.

Resumen.....	12
Introducción.....	14
CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA DE ESTUDIO.....	17
1.1. Antecedentes del estudio.....	17
1.2. Planteamiento del problema.....	19
1.3. Justificación.....	21
1.4. Objetivos.....	22
1.4.1. Objetivo general:.....	22
1.4.2. Objetivos específicos:.....	22
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....	23
2.1. Periodonto.....	23
2.2. Gingiva.....	24
2.2.1. Encía libre.....	26
2.2.2. Encía insertada.....	29
2.3. Recesión gingival.....	30
2.3.1. Etiología.....	30
2.3.2. Factores predisponentes.....	31
2.3.3. Factores precipitantes.....	31
2.4. Fisiopatogenia.....	32
2.5. Clasificación de Miller.....	32
2.5.1. Clase I.....	33
2.5.2. Clase II.....	34
2.5.3. Clase III.....	34
2.5.4. Clase IV.....	35
2.6. Tratamiento.....	37

2.7.	Enfermedades, fármacos y su relación con la enfermedad periodontal.	38
2.7.1.	Hipertensión arterial.....	38
2.7.2.	Losartán.....	38
2.7.3	Acuprin 81 (Aspirina).	39
2.7.4.	Amlodipina.....	39
2.7.5.	Cardicol ECA 10-20.....	40
2.7.6.	Enalapril 20mg.	40
2.7.7.	Candersil.	41
2.7.8.	Diabetes.....	41
2.7.9.	Metformina.....	42
2.7.10.	Glucovance (Clorhidrato de metformina y glibenclamida).....	42
2.7.11.	Hipotiroidismo.	43
2.7.12.	Eutirox 150mg (levotiroxina).....	43
2.7.13.	Lupus.....	43
2.7.14.	Pedisona 5mg.	44
2.7.15.	Asma.	44
2.7.16.	Nifedipina.....	44
2.7.17.	Hidrocortisona.....	45
2.7.18.	Gastritis.	45
2.7.19.	Omeprazol.....	46
2.7.20.	Lipotimia.	46
2.7.21.	Cálculo renal.	46
2.7.22.	Acetaminofén.	47
2.7.23.	Ampicilina 500 mg.....	47
	CAPÍTULO 3. LA PROPUESTA.....	48

3.1. Hipótesis de trabajo.....	48
3.2. Hipótesis Nula.....	48
3.3. Variables y Operacionalización de las variables.....	49
CAPÍTULO 4. MARCO METODOLÓGICO.	52
4.1. Tipo de estudio:.....	52
4.2. Localización, tiempo (delimitación en tiempo y espacio):	52
4.3. Universo y muestra.	52
4.4. Unidad de análisis estadístico.	53
4.5. Criterios de inclusión y exclusión.	53
4.6. Técnicas y procedimientos para la recolección y presentación de la información.....	54
4.7. Plan estadístico de análisis de la información:.....	54
4.8. Aspectos éticos implicados en la investigación.	54
CAPÍTULO 5. RESULTADOS Y ANALISIS DE DATOS.	55
5.1 Resultados del estudio.....	55
Tabla 1. Distribución de evaluados según edad y género en el período Enero-Abril 2014.	55
Tabla 2. Distribución de evaluados atendidos en el área de Periodoncia que presentan recesión gingival.....	56
Tabla 3. Distribución de causas más frecuentes según factores predisponentes.	56
Tabla 4. Distribución de causas más frecuentes según factores precipitantes.	57
Tabla 7. Edad más frecuente de aparición de retracción gingival.	59
Tabla 8. Predominio de recesión gingival, según el género.....	59
Tabla 9. Predominio de la retracción gingival, con relación al tipo de enfermedad periodontal. .	60
5.2 Discusión.....	61
5.3 Conclusiones.	63
5.4 Recomendaciones.....	64
Referencias bibliográficas:.....	65

Anexos.	71
Glosario.....	76

Resumen.

Se define la recesión gingival como la posición apical de la gingiva, a la unión amelocementaria. El más utilizado de todos los sistemas de clasificación, es el de Miller. Este se basa en una evaluación morfológica de los tejidos periodontales lesionados.

El presente trabajo trata acerca de la recesión gingival, posibles causas y clasificación. El mismo tiene como propósito principal obtener un conocimiento más específico de lo que son las retracciones, los tipos de clasificaciones que existen y los diferentes tratamientos que se deben realizar para cada una. También se busca conocer las piezas que son mayormente afectadas y conocer en cuál sexo predominan, en los pacientes que atienden a la clínica de Odontología René Puig de la UNPHU.

El presente estudio es de tipo descriptivo y transversal; estudia simultáneamente la recesión gingival y la exposición de ésta en los pacientes que atienden a la clínica de Odontología René Puig de la UNPHU, en el período enero – abril 2014. Para esto se realizaron llenados de ficha a los pacientes integrados al área de Periodoncia de la clínica de odontología Dr. René Puig, de la UNPHU. Se evaluaron clínica y radiográficamente, para poder determinar el tipo de retracción que presentaba cada paciente.

Los resultados obtenidos exponen que más del 70% de los pacientes atendidos en el área de periodoncia tienen retracciones gingivales, siendo la clasificación predominante de retracción la Clase I de Miller, el género predominante fue el femenino y la edad más afectada ronda entre los 41 y los 48 años de edad; también se determinó que el grupo dentario más afectado fueron los molares, también que las causas más frecuentes son: la inflamación gingival, la malposición dentaria y el trauma oclusal, respectivamente. Por último, se determinó que se les provee el mismo tratamiento a todos los pacientes, sin importar el grado de retracción que presente el mismo.

A partir de estos resultados se puede concluir que, el conocimiento de los estudiantes, y por ende su manejo en el tratamiento de esta afección, son desfavorables para la atención de la misma en el paciente que la presenta.

Con el presente trabajo se logrará crear conocimiento acerca de lo que son las retracciones gingivales, su importancia, un mayor conocimiento acerca de éstas; debido a este conocimiento, se podrá distinguir clínicamente la retracción, si se presenta o no en los pacientes atendidos en el área, el tipo de retracción que presente, sus posibles causas y se podrá elaborar un plan de tratamiento ideal para tratar las retracciones gingivales, según sea el caso que presenten los pacientes afectados.

Palabras claves: retracción gingival, incidencia, clasificación de Miller.

Introducción.

La recesión gingival es la ubicación del margen gingival, apical a la unión amelocementaria de un diente o más. Esto ocasiona hipersensibilidad dental, resta la estética y puede llegar a provocar caries cervicales. Esta puede ser causada por una enfermedad periodontal o por algún trauma.

Según Serino G, citado por Medina A.¹ dice que, “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. En poblaciones que presentan buenas medidas de higiene oral las recesiones marginales son más frecuentes en las superficies bucales”.

También Loe H, citado por Medina A¹ dice que, “parece ser más común en dientes unirradiculares que en molares. En contraste las recesiones se encuentran cerca de todas las superficies dentarias en los pacientes comprometidos periodontalmente.

Al mismo tiempo, se ha enfocado la atención en los aspectos etiológicos, implicando muchos factores en la recesión gingival. Al menos tres tipos de recesiones gingivales pueden considerarse: recesiones asociadas a factores mecánicos, predominantemente técnicas de cepillado inadecuadas, frenillos traccionantes y factores iatrogénicos, recesiones asociadas a lesiones inflamatorias inducidas por placa bacteriana, en casos de dehiscencias asociadas a periodonto delgado y en casos de dientes en malposición, y recesiones asociadas a formas generalizadas de enfermedad periodontal destructiva”.

Según Romanelli², existen dos grandes grupos de causas de la recesión gingival:

1. Las derivadas de la enfermedad periodontal, sus secuelas y su tratamiento.
2. Las de origen traumático.

Adicionalmente se menciona en la literatura a algunos factores que los clasifican en factores predisponentes y precipitantes, de acuerdo a su forma de contribuir a que se desarrolle una recesión gingival.

Los factores precipitantes o también llamados desencadenantes son sucesos que iniciarían el desarrollo de una recesión gingival, ayudados o no por los factores predisponentes. Dentro de estos factores mencionamos: inflamación gingival, cepillado traumático, enfermedad periodontal, tratamiento periodontal, laceraciones, traumatismos, obturaciones, prótesis fijas y prótesis removibles mal diseñadas, entre otros.

El siguiente trabajo trata acerca de la retracción gingival, que es una de las manifestaciones que se pueden observar en la enfermedad periodontal. En la clínica de odontología de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña llegan casos de pacientes con enfermedad periodontal que manifiestan retracción gingival, a los cuales se les brinda un tratamiento, para ayudarles en su afección, mas no existe un conocimiento acerca del predominio de las retracciones gingivales que estos puedan presentar.

El presente trabajo consta de cinco capítulos. El primero trata acerca del problema de estudio, en el cual se presentan antecedentes relacionados al tema seleccionado, planteamiento del problema, justificación y los objetivos generales y específicos, de los cuales luego se pretende obtener las variables. En el segundo capítulo se expone el marco teórico, extraído de artículos y libros.

A partir de esto, se presenta el capítulo tres, en el cual se presentan la formulación de hipótesis y la operacionalización de las variables. En el cuarto capítulo se muestra el marco metodológico, donde se desarrolla el tipo de estudio, delimitación en tiempo y espacio, se explica la técnica de muestreo, las unidades de análisis estadístico, los criterios de inclusión y exclusión. También se encuentran las técnicas y procedimientos para la recolección y presentación de la información, el plan estadístico de la información y los aspectos éticos implicados en la investigación. Todo esto para obtener la información necesaria, para luego procesarla y tabularla. Finalmente, en el capítulo cinco se presentan los resultados y análisis de los datos obtenidos.

Todo esto para obtener un mayor conocimiento acerca de lo que es la retracción gingival y puedan distinguirla clínicamente, si se presenta o no en sus pacientes, el tipo de retracción que presente, sus posibles causas y que poder elaborar un plan de tratamiento ideal para cada caso que se presente.

CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA DE ESTUDIO.

1.1. Antecedentes del estudio.

Chambrone Bonazzio, publica en Brazil, en el 2013, un artículo titulado Traumatic gingival recession in dental students: Prevalence, severity and relationship to oral hygiene³, el cual tenía por objetivo evaluar la prevalencia y severidad de las recesiones gingivales traumáticas (GR) en una muestra de estudiantes de odontología y evaluar la influencia de factores relacionados con la higiene bucal en el desarrollo de este tipo de lesiones. Para esto utilizó una muestra inicial de 250 estudiantes dentales matriculados, 80 cumplieron los criterios de inclusión. Un examinador entrevistó a todos los estudiantes mediante un cuestionario escrito.

Se evaluó la presencia de GR bucal. El análisis de regresión logística se realizó para investigar la asociación entre el GR, hábitos de higiene y el deterioro del cepillo de cerdas. Como resultado, se obtuvo que la prevalencia de GR fuera 86,25 por ciento, y la tasa media de GR por paciente fue de 4,05. Sólo el cepillo de dientes variable independiente deteriorado cerdas, $p = 0,02$, se encontró correlación con la aparición de GR, con ratio de 2,77 y el intervalo de confianza del 95% de 1,15 a 6,70. Se concluyó que el desarrollo de los recursos genéticos se asoció con el deterioro de cepillo de dientes de cerdas.

En el 2010, en Yemen, publicaron un artículo titulado Statistical analysis of the prevalence, severity and some possible etiologic factors of gingival recessions among the adult population of Thamar city, Yemen⁴. El objetivo de este estudio fue cuantificar y analizar la prevalencia y severidad del problema de la recesión gingival y también para identificar la influencia de algunos de los factores de riesgo en la aparición de la recesión gingival. El estudio se llevó a cabo en 602 dientes participantes del grupo de edad ≥ 20 años que asisten a las clínicas dentales de aprendizaje de la facultad de odontología en la Universidad de

Thamar, y el Hospital General Thamar durante el período 01-10, 2010. Todas las medidas de recesión gingival y la pérdida de inserción se realizó con una sonda periodontal y bajo una iluminación suficiente. Además, la gravedad de las recesiones se evaluó sobre la base de la clasificación de Miller. Los resultados mostraron que el 60,5% de los pacientes tenían recesiones gingivales. La tendencia de la recesión gingival fue hacia arriba dentro de 20 a 29 (15,0%) y 30 - 39 años de edad (16,8%) y descendía dentro de 40-49 (15,9%) para 50 años de edad y mayores (12,8%). La prevalencia de recesión gingival en las hembras fue encontrado (33,6%) a ser significativamente mayor que en los demás.

En Taiwan, en el 2012, Li-Ching publica un artículo titulado Comparison of age and sex regarding gingival and papillary recession⁵, relacionando encía y recesión papilar en la zona estética maxilar (incluyendo incisivos, caninos, y premolares) con respecto a la edad y el sexo de un grupo de pacientes. Se tomó una muestra de adultos (n = 250) con sus denticiones permanentes completas, encías sanas y naturales. Se incluyeron los dientes de la zona estética maxilar. Se realizaron exámenes visuales para detectar recesión papilar y gingival. A la distancia creada entre el espacio apical y el área de contacto de los dientes adyacentes, se registró como recesión papilar; la unión cemento-esmalte que era visible, coronal al margen gingival bucal, se registró como recesión gingival. Todos los sitios con recesión gingival y papilar se asociaron significativamente con la edad, sin embargo, sólo algunos sitios con recesión gingival y papilar se asociaron con el sexo. La recesión papilar fue más severa que la recesión gingival, tanto en extensión y prevalencia en los sujetos mayores de 30 años de edad.

1.2. Planteamiento del problema.

La retracción gingival es una de las manifestaciones clínicas que se pueden observar en los pacientes con enfermedad periodontal. Dependiendo de la gravedad de la enfermedad periodontal que presente el paciente, ésta tendrá características clínicas diferentes. Esto puede estar asociado a diferentes factores².

Los estudiantes de la clínica, se ven en la desventaja de tener un escaso conocimiento acerca de las retracciones gingivales que existen, su clasificación y sus causas, resultando esto en que no se realice un tratamiento ideal, según sea la situación del paciente. Sucede también que no existe un control suficiente sobre la incidencia de retracciones gingivales que se presentan en los pacientes periodontales que se integran a la clínica.

Ya planteada esta situación, el objetivo de esta investigación es obtener los resultados acerca de la incidencia y clasificación de las retracciones gingivales que se presentan en los pacientes que se integren a la clínica. Para esto, se tomó una muestra de pacientes integrados al área de periodoncia de la clínica Dr. René Puig, de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, realizó un sondeo de la edad y género de los pacientes, ver si presentaron o no retracción gingival, se anotaron las piezas afectadas, se distinguió el tipo de retracción que presenta y sus posibles causas; todo esto mediante fichas que se llenaron con los datos obtenidos de los pacientes.

Para estos fines, surgieron las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuál es el porcentaje de pacientes con retracción gingival que asisten al área de periodoncia de la Clínica de Odontología de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña?
2. ¿Cuáles son las causas que ocasionan las recesiones gingivales encontradas en los pacientes que asisten al área de periodoncia de la clínica?

3. ¿Cuáles son las clases de recesiones gingivales que presentan los pacientes que asisten al área de periodoncia de la clínica?
4. ¿Cuáles piezas presentan mayor frecuencia de retracción gingival?
5. ¿En cuál edad predomina la recesión gingival?

1.3. Justificación.

Debido a que no existe conocimiento acerca del predominio de las retracciones gingivales en los pacientes integrados al área de periodoncia de la clínica, con este estudio se busca indagar acerca de este tema. Tampoco existe un conocimiento de la relación directa de la recesión gingival, con la enfermedad periodontal como tal.

Mediante este trabajo, se pretende obtener un conocimiento más específico, acerca de una de las manifestaciones de la enfermedad periodontal, como lo es la retracción gingival: su incidencia en los pacientes que se integran al área de periodoncia, posibles causas y sus diferentes clasificaciones.

Todo esto con el fin obtener información y crear conocimiento acerca de lo que son las retracciones gingivales, que tengan mayor conocimiento acerca de éstas y puedan distinguirla clínicamente, si se presenta o no en sus pacientes, el tipo de retracción que presente, sus posibles causas y que puedan elaborar un plan de tratamiento ideal para tratar las retracciones gingivales, según el caso que se les presente, ya que no todos los casos son iguales.

1.4. Objetivos.

1.4.1. Objetivo general:

1.4.1.1 Conocer la prevalencia de las retracciones gingivales en los pacientes del área de Periodoncia en la Escuela de Odontología de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña UNPHU.

1.4.2 Objetivos específicos:

1.4.2.1 Calcular el porcentaje de pacientes con retracción gingival que asisten al área de periodoncia.

1.4.2.2 Identificar las posibles causas de las retracciones gingivales en los pacientes que asisten al área de periodoncia.

1.4.2.3 Determinar las clases de retracciones gingivales que presentan los pacientes que asisten a la escuela de Odontología.

1.4.2.4 Identificar las piezas dentarias que presentan mayor frecuencia de retracción gingival.

1.4.2.5 Identificar la frecuencia de retracción gingival que presentan los pacientes, según la edad y género.

1.4.2.6 Conocer los tratamientos específicos para tratar las diferentes clases de retracciones gingivales.

1.4.2.7 Establecer en cuál de las enfermedades periodontales predominan las retracciones gingivales.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.

2.1. Periodonto.

El periodonto⁶ (peri = alrededor, odonto = diente) comprende los siguientes tejidos (Figura 1): la encía (G), el ligamento periodontal (PL), el cemento radicular (RC), y el hueso alveolar (AP). El hueso alveolar consiste en dos componentes, el hueso alveolar adecuada (ABP) y el proceso alveolar.

El hueso alveolar adecuado, también llamado "hueso paquete" se continúa con el proceso alveolar y forma la placa ósea delgada que recubre el alvéolo del diente.

La función principal del periodonto es fijar el diente al tejido óseo de los maxilares y para mantener la integridad de la superficie de la mucosa masticatoria de la cavidad oral. El periodonto, también llamado "el aparato de inserción" o "los tejidos de soporte de los dientes", constituye un desarrollo, biológico, y la unidad funcional que se somete a ciertos cambios con la edad y es, además, sometida a cambios morfológicos relacionados con alteraciones funcionales y alteraciones en el ambiente oral.

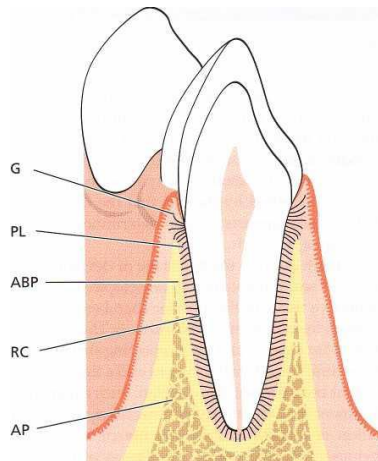


Figura 1. Estructura del periodonto: encía (G), ligamento periodontal (PL), cemento radicular (RC), hueso alveolar (AP) y hueso alveolar adecuado (ABP)⁶.

2.2. Gingiva.

La mucosa oral⁶ (membrana mucosa) se continúa con la piel de los labios y la mucosa del paladar blando y la faringe. La mucosa oral consiste en (1) la mucosa masticatoria, que incluye la encía y la cubierta del paladar duro, (2) la mucosa especializada, que cubre el dorso de la lengua, y (3) la parte restante, llamado el revestimiento mucosa (figura 2 y 3). La encía es la parte de la mucosa masticatoria que abarca el proceso alveolar y rodea la porción cervical de los dientes. Se compone de una capa epitelial y una capa de tejido conjuntivo subyacente llamado la lámina propia. La encía obtiene su forma final y la textura en conjunto con la erupción de los dientes.

En la dirección coronal, el coral rosa de la encía termina en el margen gingival libre, que tiene un contorno festoneado. En dirección apical a la encía, ésta es continua con la suelta, de color rojo más oscuro que la mucosa alveolar (mucosa de revestimiento), de la que la encía se separa por una, por lo general, el límite fácilmente reconocible llamado ya sea la unión mucogingival o línea mucogingival (flechas).



Figura 2. Ejemplo de una gingiva y sus características: En dirección apical a la encía, ésta es continua con la encía libre, de color rojo más oscuro que la mucosa alveolar (mucosa de revestimiento), de la que la encía se separa por una, por lo general, el límite fácilmente reconocible llamado ya sea la unión mucogingival o línea mucogingival (flechas)⁶.



Figura 3. Parte de la mucosa oral: paladar duro⁶.

No hay una línea mucogingival presentes en el paladar ya que el paladar duro y el proceso alveolar maxilar están cubiertos por el mismo tipo de mucosa de masticación.

Dos partes de la encía ⁶ se pueden diferenciar (Figura 4):

1. La encía libre (FG)
2. La encía adherida (AG)

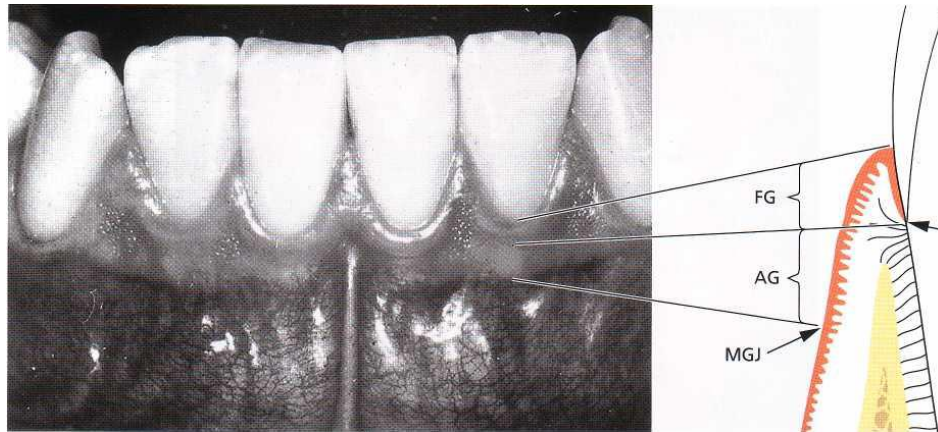


Figura 4. Encía libre (FG) y adherida (AG)⁶.

2.2.1 Encía libre.

Es de color rosa coral⁶, tiene una superficie opaca y consistencia firme. Se comprende el tejido gingival en los aspectos vestibular y lingual / palatal de los dientes, y la encía interdental o las papilas interdentales. En el lado vestibular y lingual de los dientes, la encía libre se extiende desde el margen gingival en dirección apical a la ranura gingival libre que está situada a un nivel correspondiente al nivel de la unión cemento-esmalte (UCE). La encía, en sentido apical es delimitada por la unión mucogingival (UMG).

El margen gingival libre a menudo se redondea de tal manera que una pequeña invaginación o surco se forma entre el diente y la encía (figura 5).

Cuando se inserta una sonda periodontal en este invaginación y, aún más apicalmente, hacia la unión cemento-esmalte, el tejido gingival se separa del diente, y una "bolsa gingival" o "fisuración gingival" se abre artificialmente. Por lo tanto, en la de la encía normal o clínicamente sanos no es, de hecho, no hay "bolsa gingival" o "fisuración gingival" presente pero la encía está en estrecho contacto con la superficie del esmalte.

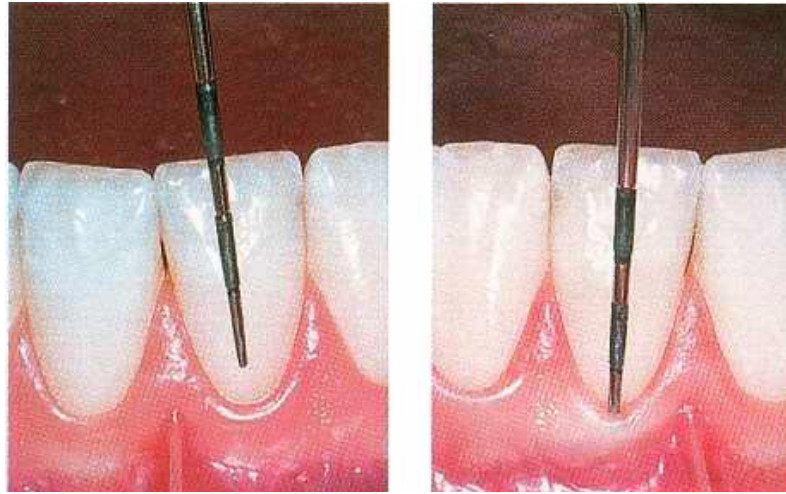


Figura 5. Medición de bolsa, mediante una sonda periodontal⁶.

Después de la erupción dentaria completada, el margen gingival libre se encuentra en la superficie del esmalte de aproximadamente 1,5 a 2 mm coronal a la unión cemento-esmalte. La forma de la encía interdental⁶ (la papila interdental) está determinada por las relaciones de contacto entre los dientes, la anchura de las superficies de los dientes proximales, y el curso de la unión cemento-esmalte. En las regiones anteriores de la dentición, la papila interdental es de forma piramidal (Figura 6b), mientras que en las regiones molares, las papilas son más aplanada en sentido vestibulo-lingual (Figura 6a). Debido a la presencia de papila interdental, el margen gingival libre sigue un curso festoneado más o menos acentuado a través de la dentición.

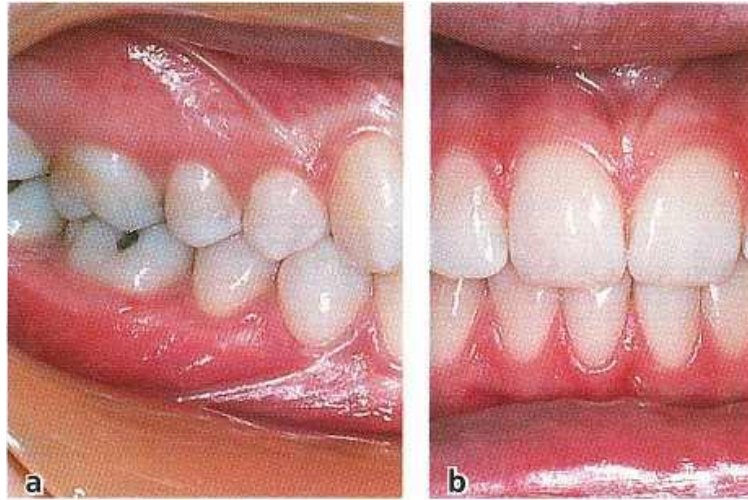


Figura 6a: Papila interdental de la región molar (aplanadas en sentido vestibulo lingual).

Figura 6b: Papila interdental de la región anterior (forma piramidal)⁶.

En las regiones premolar / molar de la dentición, los dientes tienen superficies de contacto proximales (Figura 7a) en lugar de puntos de contacto. La papila interdental tiene una forma en conformidad con el contorno de las superficies de contacto interdenciales, una concavidad, establecida en las regiones premolares y molares, como se demuestra en la figura 7b, donde se ha eliminado el diente distal. Por lo tanto, las papilas interdentales en estas áreas a menudo tienen uno vestibular (VP) y una porción lingual / palatal (LP) separados por la concavidad.

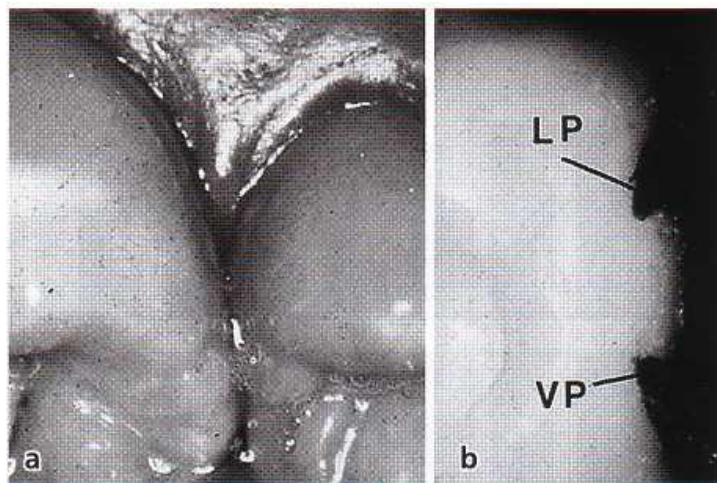


Figura 7a. Superficie de contacto de molares y premolares.

Figura 7b. Papilas interdentales de premolares y molares tienen una parte vestibular (VP) y una porción lingual / palatal (LP)⁶

La encía insertada⁶ es, en dirección coronal, delimitada por el surco gingival libre (GG) o, cuando tal ranura no está presente, por un plano horizontal colocado en el nivel de la unión cemento-esmalte.

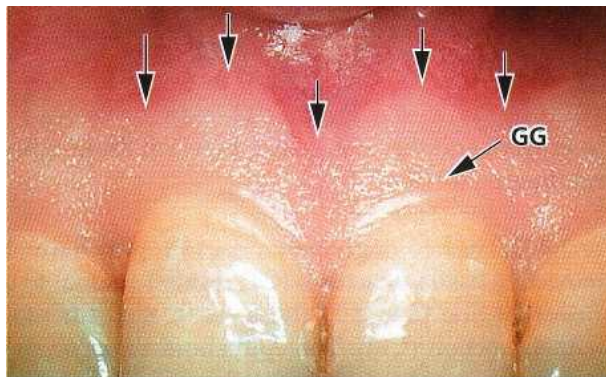


Figura 8. Encía libre: surco gingival libre (GG)⁶.

El surco gingival libre es a menudo más pronunciada en la cara vestibular de los dientes, que se producen con mayor frecuencia en las regiones de incisivos y premolares de la mandíbula, y menos frecuentemente en las regiones molares y premolares mandibulares maxilar.

2.2.2. Encía insertada.

Se extiende en la dirección apical a la unión mucogingival, donde se convierte en continuo con la mucosa alveolar (AM). Es de textura firme, de color rosa coral y con frecuencia muestra pequeñas depresiones en la superficie. Las depresiones, llamados "punteado", dan la apariencia de piel de naranja⁶.

Está bien conectado con el hueso alveolar subyacente y el cemento, por fibras de tejido conectivo y es, por lo tanto, relativamente inmóvil en relación con el tejido subyacente. El rojo más oscuro, corresponde a la mucosa alveolar (AM), situado apical a la unión mucogingival, por otro lado, está débilmente ligado al hueso subyacente. Por lo tanto, en contraste con la encía, la mucosa alveolar es móvil en relación con el tejido subyacente.

La encía varía en diferentes partes de la boca. En el maxilar la encía vestibular es generalmente más amplia en la zona de los incisivos y más estrechas adyacentes a los premolares. En la mandíbula de la encía en la cara lingual es particularmente estrecho en la zona de los incisivos y de ancho en la zona de los molares.

La anchura de la encía tiende a aumentar con la edad. Como la unión mucogingival se mantiene estable durante toda la vida en relación con el borde inferior de la mandíbula, el aumento de la anchura de la encía puede sugerir que los dientes, como resultado de desgaste oclusal, erupcionan lentamente durante toda la vida.

2.3. Recesión gingival.

La recesión gingival es definida por la Academia Americana de Periodoncia como la ubicación del margen gingival apical a la unión amelocementaria⁷. Algunos la llaman recesión periodontal por considerar que también existe una pérdida del hueso alveolar y del cemento radicular⁸.

2.3.1. Etiología.

Según Romanelli², existen dos grandes grupos de causas de la recesión gingival:

1. Las derivadas de la enfermedad periodontal, sus secuelas y su tratamiento.
2. Las de origen traumático.

Adicionalmente se menciona en la literatura a algunos factores que los clasifican en factores: Predisponentes y Precipitantes, de acuerdo a su forma de contribuir a que se desarrolle una recesión gingival. Debe destacarse que todos estos factores deben evaluarse clínicamente en los pacientes para prevenir el desarrollo de una recesión gingival y/o corregir los defectos recesivos que existiesen.

2.3.2. Factores predisponentes.

Son condiciones anatómicas y fisiológicas del individuo que podrían contribuir al desarrollo de una recesión gingival, pero por sí solos no podrían ocasionarlo. Dentro de estos factores tenemos²:

1. Edad.
2. Dehiscencias y fenestraciones óseas.
3. Corticales delgadas. Relacionado al biotipo gingival.
4. Malposición dentaria. Especialmente las vestibularizaciones.
5. Ubicación de los dientes en los puntos de curvatura del arco dentario (por ejemplo, caninos o primeros premolares)⁸.
6. Inserción aberrante de frenillos.
7. Ausencia de encía queratinizada.
8. Trauma oclusal. Va a depender de su duración e intensidad⁹.
9. Movilidad dentaria.

2.3.3. Factores precipitantes.

También llamados desencadenantes, son sucesos que iniciarían el desarrollo de una recesión gingival, ayudados o no por los factores predisponentes. Dentro de estos factores mencionamos a los siguientes:

1. Inflamación gingival.
2. Cepillado traumático.
3. Enfermedad periodontal.
4. Tratamiento periodontal.
5. Laceraciones, traumatismos.
6. Obturaciones, prótesis fijas y prótesis removibles mal diseñadas.
7. Hábitos orales lesivos.
8. Movimiento ortodóntico no controlado en términos de fuerza, dirección o inclinación dental¹⁰.
9. Infecciones virales de la gingiva.

2.4 Fisiopatogenia.

Para Santarelli et al, la recesión gingival está basada en la inflamación del tejido conectivo de la encía libre y su consecuente destrucción⁸.

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 sulcular 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 fuera. En las lesiones por cepillado traumático, la destrucción ocurre desde afuera hacia adentro.

2.5. Clasificación de Miller.

Clasificaciones, definidos como “disposiciones sistemáticas en grupos o categorías de acuerdo con los criterios establecidos”, han sido concebidos para facilitar la comprensión de la gran cantidad de factores e información implicados en los sistemas complejos¹⁶.

Las clasificaciones han demostrado ser útiles e indispensables en muchos campos del conocimiento, sobre todo en la medicina. En periodoncia, las clasificaciones son ampliamente utilizadas para clasificar los defectos por periodontitis en función de su etiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Las recesiones gingivales son lesiones frecuentes, y debido a razones estéticas, los pacientes siempre han solicitado un tratamiento.

Varias clasificaciones se han propuesto en la literatura con el fin de facilitar el diagnóstico de las recesiones gingivales (Sullivan y Atkins¹² 1968; Mahajan¹³ 2010; Smith¹⁴ 1997; Mlinek¹⁵ et al. 1973 y Miller¹⁶ 1985).

La clasificación de Miller sigue siendo el más ampliamente utilizado de todos los sistemas de clasificación. Se basa en una evaluación morfológica de los tejidos periodontales, heridas y podría ser útil en la predicción de la cantidad final de la cobertura de la raíz de un procedimiento de injerto gingival libre.

Cuatro tipos de defectos de recesión se clasifican sobre la base de la evaluación de los tejidos periodontales blandos y duros. La clasificación original se informa a continuación¹⁶:

2.5.1. Clase I.

Recesión del tejido marginal, que no se extiende hasta la unión mucogingival (UMG). No hay pérdida periodontal (hueso o tejido blando) en la zona interdental, y la cobertura de la raíz se puede anticipar 100%.



Figura 9. Ejemplo de recesión gingival Clase I de Miller¹⁷.

2.5.2. Clase II.

Recesión del tejido marginal, que se extiende hasta o más allá de la UMG. No hay pérdida periodontal (hueso o tejido blando) en la zona interdental, y la cobertura de la raíz 100% se puede anticipar.



Figura10. Ejemplo de recesión gingival Clase II de Miller¹⁷.

2.5.3. Clase II.

Recesión del tejido marginal, que se extiende hasta o más allá de la MGJ. Pérdida de hueso o tejido blando en la zona interdental está presente o hay una mala posición de los dientes, que evita que el intento de 100% de cobertura de la raíz. Recubrimiento radicular parcial se puede anticipar. La cantidad de cobertura de la raíz se puede determinar quirúrgicamente utilizando una sonda periodontal.

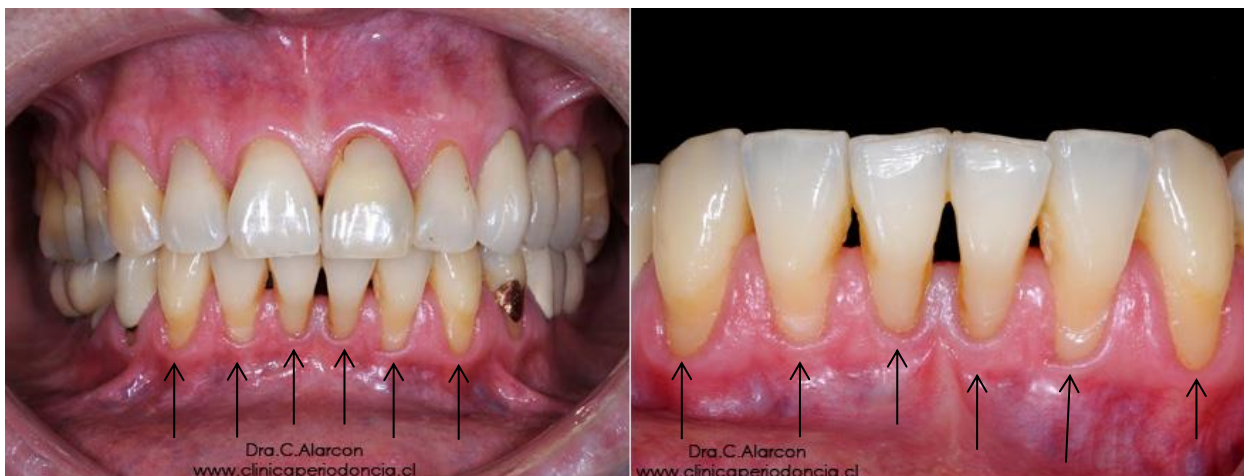


Figura 11. Ejemplo de recesión gingival Clase III de Miller¹⁷.

2.5.4. Clase IV.

Recesión del tejido marginal, que se extiende hasta o más allá del UMG. La pérdida de hueso o tejido blando en la zona interdental y / o mala posición de los dientes es tan grave que la cobertura de la raíz no se puede anticipar.



Figura 12. Ejemplo de recesión gingival Clase IV de Miller¹⁷.

La clasificación de Miller se ha demostrado útil y ha sido aplicado por la comunidad periodontal para distinguir las recesiones relacionadas con el trauma del cepillado (categorías I y II Giovanpaolo Departamento Pini-Prato de Periodoncia de la Universidad de Florencia, Florencia, Italia J Clin Periodontol. 2011; (38): 243-245 doi: 10.1111/j.1600-051X.2010.01655.xr 2010 John Wiley & Sons A / S 243) de los causados por la enfermedad periodontal con el accesorio de inter-proximal y la pérdida de hueso (Clases III y IV)¹⁸.

Esta clasificación no es exhaustiva, ya que no tiene en cuenta todos los casos de recesión. Por ejemplo, una recesión del tejido marginal con la pérdida ósea interproximal que no se extiende a la UMG no está clasificada.

De hecho, esta recesión no puede ser incluida en la clase I debido a la pérdida de hueso interproximal y no se puede clasificar en la clase III debido a que el margen gingival no se extiende a la UMG. Además, las recesiones palatinas no se mencionan en el sistema de clasificación.

Debido a la falta de la UMG en el lado palatino, es imposible para clasificar estas lesiones. Por otra parte, incluso si las recesiones palatinas no implican problemas estéticos que pueden estar asociados con hipersensibilidad dental que puede requerir tratamiento mucogingival.

La diferencia entre las Clases III y IV se basa en la posición del margen gingival de los dos dientes adyacentes.

Clases III y Clase IV se pueden identificar si hay dientes adyacentes pero en el caso de un diente adyacente que falta no hay punto de referencia y es imposible para incluir este caso en la clase III o IV.

La clasificación de Miller parece simple, pero no es tan fácil cuando se considera cuidadosamente. Hay muchos factores involucrados, tales como UMG, tejidos interproximales duros y blandos, los márgenes gingivales de los dientes adyacentes, malposición dental y pérdida de dientes y una evaluación simultánea de todos ellos es difícil y genera confusión.

2.6. Tratamiento.

Para conseguir el tratamiento exitoso de la recesión gingival, se debe identificar y corregir los factores etiológicos principales que la estén ocasionando. Procediendo de este modo, evitaremos la futura recidiva de esta condición.

El tratamiento convencional de esta deformidad periodontal se realiza quirúrgicamente mediante procedimientos ya investigados por diversos autores. Dentro de estos procedimientos quirúrgicos, el más empleado actualmente es el injerto gingival de tejido conectivo por su predictibilidad y por presentar un gran resultado estético².

Recientemente se menciona en la literatura como una opción el tratamiento no quirúrgico de recesiones gingivales, que incluye instrucción de higiene oral, raspaje y alisado radicular.

2.7. Enfermedades, fármacos y su relación con la enfermedad periodontal.

2.7.1. Hipertensión arterial.

La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo. Hipertensión es un término empleado para describir la presión arterial alta.

Las lecturas de la presión arterial generalmente se dan como dos números. Por ejemplo, 120 sobre 80 (escrito como 120/80 mmHg). Es posible que uno de estos números o ambos estén demasiado altos.

El número superior se denomina presión arterial sistólica y el número inferior, presión arterial diastólica.

Una presión arterial normal es una presión arterial menor que 120/80 mmHg la mayoría de las veces. Una presión arterial alta (hipertensión) es una presión arterial de 140/90 mmHg o mayor la mayoría de las veces.

El objetivo del tratamiento es reducir la presión arterial, de tal manera que el riesgo de complicaciones sea menor.¹⁹

2.7.2. Losartán.

Se usa solo o en combinación con otros medicamentos para tratar la presión arterial alta. El losartán también se usa para disminuir el riesgo de accidente cerebrovascular en personas que tienen presión arterial alta y una afección del corazón llamada hipertrofia ventricular izquierda. Este medicamento también se usa para tratar la enfermedad del riñón en personas que tienen diabetes tipo 2.

El losartán pertenece a una clase de medicamentos llamados antagonistas del receptor de la angiotensina II. Actúa bloqueando la acción de determinadas sustancias naturales que contraen los vasos sanguíneos, lo que permite que la sangre circule mejor y que el corazón bombee con mayor eficiencia.

Dentro de los efectos secundarios que puede provocar Losartán no incluye inflamación gingival ni enfermedad periodontal como tal, por lo que puede decirse que no es un factor secundario.^{20,21}

2.7.3 Acuprin 81 (Aspirina).

Es un tipo de medicamento denominado «salicilato». La aspirina se emplea para reducir el dolor, la inflamación (hinchazón) y la fiebre. Los médicos también pueden recetar aspirina a sus pacientes para tratar o prevenir la angina de pecho, los ataques cardíacos, los ataques isquémicos transitorios y los ataques cerebrales.

La aspirina es un agente antiplaquetario, lo cual significa que impide que las células sanguíneas denominadas «plaquetas» se adhieran unas a otras y formen coágulos. Es por eso que algunos pacientes que se restablecen de un ataque cardíaco deben tomar aspirina: para evitar que se formen otros coágulos sanguíneos en las arterias coronarias. La aspirina también reduce las sustancias del organismo que causan dolor e inflamación.

Dentro de los efectos secundarios más comunes están: acidez estomacal, malestar estomacal, zumbido de oídos, pero no incluye inflamación gingival ni enfermedad periodontal como tal, por lo que puede decirse que no es un factor secundario.^{22, 21}

2.7.4. Amlodipina.

Es un fármaco, perteneciente al grupo de las dihidropiridinas, que actúa como un bloqueador de canales de calcio de acción duradera usado en medicina como antihipertensivo y en el tratamiento de la angina de pecho.

Tal como otros bloqueadores de calcio, la amlodipina actúa relajando el músculo liso de la pared arterial, disminuyendo así la resistencia periférica y, por ende, reduciendo la presión arterial. En la angina de pecho sus acciones aumentan el flujo de sangre al músculo cardíaco.²⁴

La asociación entre la Amlodipina y el agrandamiento gingival fue catalogada como probable. Sin embargo, en uno de los casos reportados de agrandamiento gingival asociado a amlodipina, el reemplazo de este fármaco por otro agente antihipertensivo, el enalapril,

concomitante a la terapia periodontal para la eliminación de irritantes locales, condujo a la desaparición total del agrandamiento gingival en un período de tiempo de 30 días demostrando una asociación probada entre la amlodipina y el agrandamiento gingival.²³

Otros efectos secundarios menos comunes relacionados con la cavidad oral está: la xerostomía o Síndrome de Boca Seca, se maneja poca información acerca de la relación entre xerostomía y enfermedad periodontal²⁴.

2.7.5. Cardicol ECA 10-20.

Está indicado en el tratamiento de la hipertensión arterial de moderada a severa. Es la combinación de besilato de amlodipina, un calcio antagonista y lisinopril un inhibidor de la ECA. La amlodipina actúa preferentemente sobre el músculo liso vascular dando lugar a vasodilatación periférica, lo cual reduce la resistencia periférica y produce un descenso en los valores de la presión sanguínea.

El lisinopril al bloquear la conversión de la angiotensina II, inhibe la acción opresora de esta sustancia y disminuye la producción de aldosterona, evitando su influencia sobre la retención de líquidos.

Se han reportado reacciones adversas generalmente leves y de tipo transitorio. La incidencia de tos y edema es menor que la observada cuando se utilizan los inhibidores de la ECA solos. Entre los efectos adversos se han presentado cefaleas, mareos, somnolencia, sensación de fatiga, náuseas, ligera taquicardia. No incluye reacciones adversas relacionadas con la boca, ni inflamación gingival, ni enfermedad periodontal como tal, por lo que puede decirse que no es un factor secundario.²⁵

2.7.6. Enalapril 20mg.

Se usa solo o en combinación con otros medicamentos para tratar la presión arterial alta, también se usa en combinación con otros medicamentos para tratar la insuficiencia cardíaca. Pertenece a una clase de medicamentos llamados inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ACE, por sus siglas en inglés). Actúa disminuyendo determinadas sustancias químicas que contraen los vasos sanguíneos, de modo que la sangre fluye mejor y el corazón puede bombearla con mayor eficiencia.

Dentro de los efectos secundarios más comunes están: tos, mareos, sarpullido, debilidad, pero no incluye inflamación gingival ni enfermedad periodontal como tal, por lo que puede decirse que no es un factor secundario. ²⁶

2.7.7. Candersil.

Se utiliza para el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica. Está indicado para el tratamiento de la hipertensión cuando la presión sanguínea no es controlada con la monoterapia. Esta combinación de dosis fijas no es indicada para la terapia inicial.

Dentro de los efectos secundarios más comunes están: parestesia, vértigo, cefalea, dispepsia, gastroenteritis, náuseas, vómito, diarreas, pero no incluye inflamación gingival ni enfermedad periodontal como tal, por lo que puede decirse que no es un factor secundario.

27

2.7.8. Diabetes.

La diabetes generalmente es una enfermedad crónica en la cual hay niveles altos de azúcar en la sangre. La insulina es una hormona producida por el páncreas para controlar el azúcar en la sangre. La diabetes puede ser causada por muy poca producción de insulina, resistencia a ésta o ambas. Las personas con diabetes presentan hiperglucemia, debido a que su cuerpo no puede movilizar el azúcar hasta los adipocitos, hepatocitos y células musculares para que sea almacenado como energía. Esto se debe a que el páncreas no produce suficiente insulina o que las células no responden de manera normal a la insulina o ambas razones anteriores.

Hay dos tipos principales de diabetes. Las causas y los factores de riesgo son diferentes para cada tipo:

Diabetes tipo 1: puede ocurrir a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en niños, adolescentes o adultos jóvenes. En esta enfermedad, el cuerpo no produce o produce poca insulina y se necesitan inyecciones diarias de esta hormona. La causa exacta se desconoce.

Diabetes tipo 2: corresponde a la mayoría de los casos de diabetes. Generalmente se presenta en la edad adulta; sin embargo, ahora se está diagnosticando en adolescentes y

adultos jóvenes debido a las altas tasas de obesidad. Muchas personas con este tipo de diabetes no saben que padecen esta enfermedad.

La diabetes gestacional es el azúcar alto en la sangre que se presenta en cualquier momento durante el embarazo en una mujer que no tiene diabetes.

La diabetes afecta a más de 20 millones de estadounidenses, y alrededor de 40 millones tienen prediabetes.^{28, 29}

2.7.9. Metformina.

Se utiliza sola o con otros medicamentos, incluyendo insulina, para tratar diabetes tipo 2. La metformina es una clase de medicamentos llamados biguanidas. La metformina ayuda a controlar la cantidad de glucosa en la sangre. Disminuye la cantidad de glucosa que se absorbe de los alimentos y la cantidad de glucosa que forma el hígado. La metformina también incrementa la respuesta del cuerpo a la insulina. La metformina no se utiliza para tratar la diabetes tipo 1.

La metformina puede ocasionar efectos secundarios: diarrea, hinchazón, dolor de estómago, flatulencia, digestión, estreñimiento, sabor metálico desagradable en la boca (disgeusia), acidez, dolor de cabeza, enrojecimiento de la piel, cambios en las uñas, dolor muscular.³⁰

2.7.10. Glucovance (Clorhidrato de metformina y glibenclamida).

La metformina y la glibenclamida tienen mecanismos de acción diferentes, pero su acción es complementaria, pues están dirigidos hacia los dos trastornos básicos en la diabetes mellitus tipo 2.

Los efectos secundarios relacionados con metformina: Síntomas gastrointestinales como náusea, vómitos, diarrea, dolor abdominal, pérdida del apetito, sabor metálico; estos ocurren con más frecuencia al inicio de la terapia y se resuelven espontáneamente en la mayoría de los casos. Acidosis láctica es muy rara. Los relacionados con glibenclamida: Hipoglucemia, prurito, urticaria, exantema maculopapular, efecto antabus si se ingiere alcohol, pero no incluye inflamación gingival ni enfermedad periodontal como tal, por lo que puede decirse que no es un factor secundario.³¹

2.7.11. Hipotiroidismo.

Es una afección en la cual la glándula tiroidea no produce suficiente hormona tiroidea. Esta afección a menudo se llama tiroidea hipoactiva. La glándula tiroidea es un órgano importante del sistema endocrino. Está ubicada en la parte anterior del cuello, justo por encima de donde se encuentran las clavículas. La tiroidea produce hormonas que controlan la forma como cada célula en el cuerpo usa la energía. Este proceso se denomina metabolismo.

El hipotiroidismo es más común en las mujeres y personas mayores de 50 años.

La causa más común de hipotiroidismo es la tiroiditis. La hinchazón y la inflamación dañan las células de la glándula tiroidea.³²

2.7.12. Eutirox 150mg (levotiroxina).

Es la forma preferida de la terapia de reemplazo de deficiencia de hormonas tiroideas. Tratamiento para el hipotiroidismo, las hormonas tiroideas están indicadas como terapia de reemplazo en el tratamiento de hipotiroidismo de cualquier etiología (excepto hipotiroidismo transitorio, durante la fase de recuperación de la tiroiditis subaguda).

Los siguientes son efectos adversos en base a su significado clínico potencial: reacciones alérgicas, hipertiroidismo o sobredosis, pseudotumor cerebral, cefalea severa (en niños), hipotiroidismo o subtratamiento. No incluye inflamación gingival ni enfermedad periodontal como tal, por lo que puede decirse que no es un factor secundario.³³

2.7.13. Lupus.

El sistema inmunitario está diseñado para combatir las sustancias ajenas o extrañas al cuerpo. En las personas con lupus, el sistema inmunitario se afecta y ataca a las células y tejidos sanos. Esto puede causar daño a varias partes del cuerpo como: articulaciones, piel, riñones, corazón, pulmones, vasos sanguíneos, cerebro. Los síntomas del lupus varían, pero algunos de los síntomas más comunes son: dolor o inflamación de las articulaciones, dolor de los músculos, fiebre inexplicable, sarpullido enrojecido, más a menudo en la cara, dolor de pecho al respirar profundamente, hinchazón en las piernas, alrededor de los ojos o en el periodonto, úlceras en la boca, hinchazón de las glándulas, entre otros.³⁴

2.7.14. Pedisona 5mg.

Es un corticosteroide, está indicada en el tratamiento de diversas enfermedades reumáticas del colágeno, endocrinas, dermatológicas, alérgicas, oftalmológicas, respiratorias, hematológicas y otras que respondan a la corticoterapia.

Las reacciones secundarias y adversas son: catarata subcapsular, hipoplasia suprarrenal, depresión del eje hipofisis suprarrenal, síndrome de Cushing, obesidad, osteoporosis, gastritis, aumento de la presión intraocular, hiperglucemia, catabolismo muscular rápido, cicatrización retardada y retraso del crecimiento, al no presentar ninguna reacción relacionada con el periodonto puede decirse que no es un factor secundario.³⁵

2.7.15. Asma.

Es un trastorno que provoca que las vías respiratorias se hinchen y se estrechen, lo cual hace que se presenten sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho y tos. El asma es causada por una inflamación de las vías respiratorias. Cuando se presenta un ataque de asma, los músculos que rodean las vías respiratorias se tensionan y el revestimiento de dichas vías aéreas se inflama. Esto reduce la cantidad de aire que puede pasar.

En las personas sensibles, los síntomas de asma pueden desencadenarse por la inhalación de sustancias causantes de alergias, llamadas alérgenos o desencadenantes.³⁶

2.7.16. Nifedipina.

Se usa para tratar la presión arterial alta y controlar la angina de pecho. La nifedipina pertenece a una clase de medicamentos llamados bloqueadores de los canales de calcio. Actúa relajando los vasos sanguíneos, de modo que el corazón no tenga que bombear con tanta fuerza. También aumenta el flujo sanguíneo y la oxigenación del corazón.

La nifedipina puede provocar efectos secundarios: dolor de cabeza, náuseas, mareos o aturdimiento, rubor (sensación de calor), acidez estomacal, latidos cardíacos rápidos, calambres musculares, estreñimiento, tos y disminución en la capacidad sexual. Al no

presentar ninguna reacción relacionada con el periodonto puede decirse que no es un factor secundario.³⁷

2.7.17. Hidrocortisona.

Es similar a una hormona natural producida por las glándulas suprarrenales. Se usa para tratar, pero no curar, ciertas formas de artritis; asma; y trastornos a la piel, sangre, riñón, ojos, glándula tiroides y a los intestinos. A veces se usa para reducir los efectos secundarios de otros medicamentos. Este medicamento también puede ser prescrito para otros usos.

Aunque los efectos secundarios de este medicamento no son comunes, podrían llegar a presentarse: Cefalea, malestar estomacal, vómitos, mareos, insomnio, agitación, depresión, ansiedad, estados de ánimo inusuales, aumento de la transpiración, aumento del crecimiento del cabello, enrojecimiento de la piel, acné, adelgazamiento de la piel, facilidad para desarrollar moretones manchas diminutas de color púrpura en la piel y menstruaciones irregulares o ausentes. Al no presentar ninguna reacción relacionada con el periodonto puede decirse que no es un factor secundario.³⁸

2.7.18. Gastritis.

La gastritis ocurre cuando el revestimiento del estómago resulta hinchado o inflamado. La gastritis puede durar sólo por un corto tiempo, gastritis aguda. También puede perdurar durante meses o años denominada gastritis crónica. Las causas más comunes de gastritis son: ciertos medicamentos como ácido acetilsalicílico (aspirina), ibuprofeno o naproxeno, tomar demasiado alcohol, infección del estómago con una bacteria llamada helicobacter pylori. Las causas menos comunes son: trastornos autoinmunitarios, reflujo biliar, consumo de cocaína, ingerir o beber sustancias corrosivas o cáusticas, estrés extremo, infección viral, como citomegalovirus y el virus del herpes simple.^{38,39}

2.7.19. Omeprazol.

Se utiliza para tratar la acidez estomacal frecuente El omeprazol pertenece a una clase de medicamentos denominados inhibidores de la bomba de protones. Actúa disminuyendo la cantidad de ácido que el estómago produce

El omeprazol puede provocar efectos secundarios: estreñimiento, gases, náuseas, vómitos y dolor de cabeza, pero no incluye inflamación gingival ni enfermedad periodontal como tal, por lo que puede decirse que no es un factor secundario. ⁴⁰

2.7.20. Lipotimia.

Pérdida súbita, incompleta y transitoria de la consciencia y del movimiento. Es debida a una deficiente irrigación de sangre al cerebro ocasionada de forma súbita.

Los síntomas que presenta son: sensación de un desmayo inminente, pero que no llega a producirse. Se padece por unos momentos de vértigo, palidez, pérdida de tono muscular, cansancio, dolor de cabeza, trastornos visuales y exceso de sudoración. ⁴¹

2.7.21. Cálculo renal.

Es una masa sólida compuesta de pequeños cristales. Se pueden presentar uno o más cálculos al mismo tiempo en el riñón o en el uréter. Los cálculos renales son comunes. Algunos tipos son hereditarios y a menudo ocurren en bebés prematuros.

Existen diferentes tipos de cálculos renales. La causa del problema depende del tipo de cálculo.

Los cálculos pueden formarse cuando la orina contiene una gran cantidad de ciertas sustancias que forman cristales. Estos cristales pueden convertirse en cálculos durante semanas o meses. El principal factor de riesgo para los cálculos renales es no tomar suficiente líquido. Los cálculos renales tienen más probabilidad de formarse si se produce menos de un litro de orina diario. El tratamiento depende del tipo de cálculo y de la gravedad de los síntomas. Los cálculos pequeños regularmente salen a través del aparato urinario por sí solos. Algunas personas con dolor fuerte por cálculos renales necesitan hospitalización. Para algunos tipos de cálculos, el médico puede recetar medicamentos para

impedir su formación o ayudar a descomponerlo y eliminar el material que lo está causando.⁴²

2.7.22. Acetaminofén.

Es uno de los fármacos más comunes. Se usa tanto como analgésico como antipirético. Los analgésicos ayudan a aliviar el dolor, por ejemplo el dolor de cabeza, dolor de espalda, dolor de muelas, tensión o dolor muscular, calambres menstruales o dolor de garganta. Los antipiréticos, por otra parte, ayudan a reducir la fiebre junto con otros síntomas del resfriado común. Acetaminofén puede también usarse para aliviar el dolor de osteoartritis. Algunos efectos secundarios pueden ser graves: piel roja, descamada, o con ampollas, erupción, urticaria, picazón, inflamación de la cara, garganta, lengua, labios, ojos, manos, pies, tobillos o pantorrillas, ronquera, dificultad para respirar o tragar. Se especula desde hace tiempo que el acetaminofén al suprimir la síntesis de prostanoïdes por inhibición de la actividad enzimática COX1 y COX2 puede ejercer dicha acción a nivel periodontal evitando o disminuyendo la destrucción tisular.⁴³

2.7.23. Ampicilina 500 mg.

Es un antibiótico similar a la penicilina usado para tratar ciertas infecciones provocadas por las bacterias como la neumonía; bronquitis; y las infecciones al oído, pulmón, piel y vías urinarias. La amoxicilina junto otros antibióticos es utilizada para el tratamiento de afecciones como por ejemplo: Sinusitis Maxilar Aguda, Endocarditis Infecciosa, entre otras. La ampicilina viene envasada en forma de cápsulas, solución líquida y gotas pediátricas para tomar por vía oral. Se toma, por lo general, cada 6 horas. Aunque los efectos secundarios de este medicamento no son comunes, podrían llegar a presentarse: malestar estomacal, diarrea, vómitos, sarpullido leve.^{44, 45}

CAPÍTULO 3. LA PROPUESTA.

3.1. Hipótesis de trabajo.

Todos los pacientes que ingresan al área de periodoncia de la clínica de odontología de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, presentan retracción gingival.

3.2. Hipótesis Nula.

NO todos los pacientes que ingresan al área de periodoncia de la clínica de odontología de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, presentan retracción gingival.

3.3. Variables y Operacionalización de las variables.

Variable dependiente: retracción gingival, tipo de retracción gingival, causas.

Variables independientes: Edad, género, piezas dentales.

Variable	Definición	Dimensiones indicadores	Escala de medición
Edad	Años cumplidos desde su nacimiento hasta la fecha de evaluación.	Años cumplidos (fecha de nacimiento)	Razón
Género	Característica sexual definida desde su nacimiento	Masculino Femenino	Nominal
Retracción gingival	Encía alejada de la porción cervical del diente.	Si o No	Nominal
Piezas dentales	Unidad dental según ubicación en el maxilar	Unidad dental	Nominal
Tipo de retracción gingival	Según la clasificación de Miller, se evaluará: Clase I: Recesión que no se extiende hasta la unión mucogingival. Sin pérdida ósea.	Clase I Clase II	Nominal

	<p>Clase II: Recesión que se extiende hasta o más allá de la unión mucogingival. No hay pérdida ósea.</p> <p>Clase III: Recesión que se extiende hasta o más allá de la unión mucogingival. Existe pérdida ósea, pero se puede rehabilitar.</p> <p>Clase IV: Recesión que se extiende hasta o más allá de la unión mucogingival. Existe pérdida ósea, pero la cobertura de la raíz no se puede restaurar.</p>	<p>Clase III</p> <p>Clase IV</p>	
<p>Causas de la retracción gingival</p>	<p>Motivo por el cual la encía se aleja de la porción cervical del diente.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad. 2. Malposición dentaria. 3. Inserción aberrante de frenillos. 4. Ausencia de encía queratinizada. 5. Trauma oclusal. 	<p>Nominal</p>

		<ol style="list-style-type: none">6. Inflamación gingival.7. Cepillado traumático.8. Enfermedad periodontal.9. Tratamiento periodontal10. Laceraciones, traumatismos.11. Obturaciones, prótesis fijas y prótesis removibles mal diseñadas.12. Hábitos orales lesivos.13. Movimiento ortodóntico no controlado en términos de fuerza, dirección o inclinación dental	
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

CAPÍTULO 4. MARCO METODOLÓGICO.

4.1. Tipo de estudio:

El presente estudio es de tipo descriptivo, porque describe las características de una enfermedad y transversal, porque estudian simultáneamente la exposición y la enfermedad en una población bien definida en un momento determinado.

4.2. Localización, tiempo (delimitación en tiempo y espacio):

Área de periodoncia de la clínica de odontología de la Clínica Dr. René Puig Benz, de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña UNPHU.

En un tiempo aproximado de 4 meses, a partir de la entrega del anteproyecto de trabajo de grado y comienzo de este.

4.3. Universo y muestra.

Diariamente, al área de periodoncia de la clínica asisten un total de 16 pacientes (8 sillones, en 2 tandas diarias). Se calcula el número de pacientes diarios, durante 5 días a la semana, por 3 meses.

El universo comprende 240 pacientes que acudieron al área de periodoncia de la Clínica de Odontología de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.

Para un total de 105 pacientes como muestra.

Para obtener el número de la muestra, se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en este caso deseamos un 3%).

4.4. Unidad de análisis estadístico.

Tipo de encía afectada por la recesión gingival (encía libre y/o insertada).

4.5. Criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión	Exclusión
Pacientes integrados al área de periodoncia de la clínica.	Pacientes no integrados a la clínica.
Pacientes con retracción gingival.	Pacientes bajo tratamiento médico.
Pacientes con enfermedad periodontal.	Pacientes sin recesión gingival.
Pacientes masculinos y femeninos.	Pacientes que se nieguen a firmar el consentimiento informado.
Pacientes de cualquier edad.	

4.6. Técnicas y procedimientos para la recolección y presentación de la información.

Durante las tandas de la mañana y de la tarde, en el área de periodoncia de la clínica, se trabajó con los pacientes de los alumnos asignados. La investigación se realizó mediante el llenado de la ficha periodontal, que consistió de una historia clínica de los datos de interés de cada paciente: Edad, género, si presenta o no retracción gingival, la clasificación de esta y sus posibles causas. La ficha también contó con un periodontograma, en el cual se anotaron los datos importantes acerca del estado clínico periodontal del paciente. Se tomaron fotografías y radiografías periapicales a los pacientes, para observar el nivel de pérdida ósea que presenten los pacientes, según el caso.

Se procesaron tablas y gráficos en hojas de Excel, las cuales permitieron ordenar y mostrar los datos obtenidos en este trabajo, para fines de análisis.

(Ver anexo).

4.7. Plan estadístico de análisis de la información:

Después de la recolección de la muestra, se realizó la presentación de los datos mediante un cuadro de distribución de frecuencia y mediante gráficos.

Luego de la recolección y análisis de la información, esta se procesó y graficó en tablas y gráficos en Excel.

4.8. Aspectos éticos implicados en la investigación.

- Se manejaron los datos personales de los pacientes con discreción.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS Y ANALISIS DE DATOS.

5.1 Resultados del estudio.

Tabla 1. Distribución de evaluados según edad y género. Clínica René Puig. Área de periodoncia. Período Enero-Abril 2014.

Grupo de edad	Género		Total
	Femenino	Masculino	
14 - 22	17	5	22
23 - 31	15	11	26
32 - 40	8	4	12
41 - 48	10	10	20
49 - 57	10	1	11
58 - 66	3	6	9
67 - 75	3	2	5
TOTAL	66	39	105

Fuente: Ficha Periodontal.

Los resultados mostrados en la tabla 1 exponen que la población femenina predomina en la muestra con más del 50% del total de la misma. También predomina que la mayor cantidad de pacientes de la muestra rondaban entre 23 – 31 años.

Tabla 2. Distribución de evaluados atendidos que presentan recesión gingival. Clínica René Puig. Área de periodoncia. Período Enero-Abril 2014.

Evaluados en el área de Periodoncia	Frecuencia	Porcentaje
Con retracción	75	71.42%
Sin retracción	30	28.57%
Total	105	100%

Fuente: Ficha Periodontal.

En esta tabla se exponen los resultados de los pacientes que presentan o no retracción gingival, siendo el resultado que el 71.42% del total de pacientes presentan retracciones gingivales.

Tabla 3. Distribución de causas más frecuentes según factores predisponentes de retracción gingival. Clínica René Puig. Área de periodoncia. Período Enero-Abril 2014.

Causas de retracción gingival	Frecuencia	Porcentaje
Malposición dentaria	41	61.19%
Inserción de los frenillos	2	2.99%
Ausencia de encía queratinizada	2	2.99%
Trauma oclusal	22	32.84%
Pacientes con retracción que no presentaron factores predisponentes	8	10.67
Total	75	100%

Fuente: Ficha Periodontal.

Nota: Se encontraron pacientes que no presentaron factores predisponentes.

En el caso de las causas más frecuentes según los factores predisponentes el mayor porcentaje lo presenta la malposición dentaria con un 54.67% por encima de la inserción de los frenillos, trauma oclusal, entre otras causas. La literatura explica que la malposición dentaria dentro del aspecto etiológico como factor mecánico, es común dentro de las causas

que desarrollan las recesiones gingivales. ¹ Este análisis se realizó sólo con los pacientes evaluados que presentaron recesión gingival no con toda la muestra.

Tabla 4. Distribución de causas más frecuentes según factores precipitantes. Clínica René Puig. Área de periodoncia. Período Enero-Abril 2014.

Factores precipitantes	Frecuencia	Porcentaje
Inflamación gingival	74	43.02%
Cepillado traumático	11	6.40%
Enfermedad periodontal	37	21.51%
Tratamiento periodontal	8	4.65%
Laceraciones o traumatismos	5	2.91%
Obturaciones o caries	25	14.53%
Prótesis fija	6	3.49%
Prótesis removible desadaptada	6	3.49%
Hábitos orales	0	0.00%
Movimientos ortodónticos	0	0.00%
Total	172	100%

Fuente: Ficha Periodontal.

Nota: en un paciente se puede encontrar más de una causa.

En los resultados de la tabla 4 se expone como causa más frecuente según los factores precipitantes la inflamación gingival con un 41.67% del total sobre los demás factores., concordando con la literatura de que la inflamación gingival es por lo general el factor desencadenante más común, debe resaltarse que los factores precipitantes son sucesos que iniciarían el desarrollo de una recesión gingival, ayudados o no por los factores predisponentes. Este análisis se realizó sólo con los pacientes evaluados que presentaron recesión gingival no con toda la muestra.

Tabla 5. Distribución de piezas evaluadas según el diente más frecuente. Clínica René Puig. Área de periodoncia. Período Enero-Abril 2014.

Diente más frecuente	Dientes presentes	Dientes ausentes	Con retracción	Sin retracción	Frecuencia	Porcentaje
Incisivos	754	86	177	577	840	27.44%
Caninos	390	30	92	298	420	14.26%
Premolares	723	117	183	540	840	28.37%
Molares	751	509	193	558	1260	29.92%
Total	2618	742	645	1973	3360	100.00%

Fuente: Ficha Periodontal.

Según los datos obtenidos, el grupo dentario que presentó mayor incidencia de retracción gingival, fueron los molares, con un 29.92% de apariciones, se puede deducir partir de los resultados que el diente con mayor índice de ausencia es el tercer molar superior izquierdo. También cabe destacar que a diferencia de la tabla 6 en esta se tomaron en cuenta la cantidad de piezas con recesión, no el número total de retracciones, ya que un diente puede presentar más de una retracción.

Tabla 6. Distribución de los dientes de los evaluados según clasificación de Miller. Clínica René Puig. Área de periodoncia. Período Enero-Abril 2014.

Clasificación de Miller	Frecuencia	Porcentaje
Clase I	771	81.76%
Clase II	123	13.04%
Clase III	39	4.14%
Clase IV	10	1.06%
Total	943	100.00%

Fuente: Ficha Periodontal

En la tabla 6 se observa que la clase de retracción gingival que predominó, según la Clasificación de Miller, fue la clase I con un 81.76%, ésta se define como la recesión del

tejido marginal, que no se extiende hasta la unión mucogingival. No hay pérdida periodontal (hueso o tejido blando) en la zona interdental, y la cobertura de la raíz se puede anticipar 100%. La clase que menos predominó, fue la clase IV, con apenas un 1.26%.

Tabla 7. Distribución de evaluados por la edad más frecuente de aparición de retracción gingival y predominio de recesión gingival. Clínica René Puig. Área de periodoncia. Período Enero-Abril 2014.

Edad más frecuente	Género		Frecuencia	Porcentaje
	Femenino	Masculino		
14 – 22	13	3	16	21.33%
23 – 31	10	10	20	26.67%
32 – 40	6	4	10	13.33%
41 – 48	6	7	13	17.33%
49 – 57	7	0	7	9.33%
58 – 66	3	2	5	6.67%
67 – 75	3	1	4	5.33%
Total	48	27	75	100.00%

Fuente: Ficha Periodontal

El grupo de edad con predominio de retracción gingival es el que comprende desde los 23-31 años de edad, esto va en desacuerdo con la literatura que explica que a medida que avanza la edad existe mayor probabilidad de aparición de retracción gingival.⁵⁴ por otro lado, de la misma manera que expone la literatura de este trabajo, el género femenino predominó en la presencia de retracción gingival con un 62.66% sobre el masculino.

Tabla 8. Predominio de la retracción gingival, con relación al tipo de enfermedad periodontal. Clínica René Puig. Área de periodoncia. Período Enero-Abril 2014.

Tipo de enfermedad periodontal.	Frecuencia	Porcentaje
Encías sanas	0	0.00%
Gingivitis	28	37.33%
Periodontitis	47	62.66%
Total	75	100.00%

Fuente: Ficha Periodontal

Se observa que la enfermedad periodontal con mayor predominio de recesión gingival es la Periodontitis, con un total de 62.66%; este resultado coincide con la literatura.

5.2 Discusión.

La recesión gingival es un problema que afecta a la mayor parte de los pacientes atendidos en la clínica de odontología Dr. René Puig de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, según los datos obtenidos en este estudio, siendo que un 71.42% del total de pacientes la presentan. Este resultado coincide con los resultados obtenidos por Amran y Ataa⁴ en su investigación, en su caso particular los resultados mostraron que un 60.5% tenían recesiones gingivales. Solo el 28.57% del total de pacientes no presentan retracciones gingivales en este estudio. Con este resultado queda descartada la hipótesis de esta investigación de que todos los pacientes ingresados presentan esta afección.

En lo que concierne a las causas más frecuentes, presentadas en el estudio, son: la inflamación gingival ocupando el primer lugar; concordando con Santarelli et al. quienes explican que la recesión gingival está basada en la inflamación del tejido conectivo de la encía libre y su consecuente destrucción⁸; en segundo lugar la malposición dentaria y en tercero el trauma oclusal, tomando en cuenta que siendo factores predisponentes no pueden por sí solos provocar la recesión gingival y por esto no ocupan el primer lugar.

Se observó que predomina la clase I de Miller, y que la clase IV es la menos predominante, también se observó durante la recolección de datos, que a todos los pacientes se les realiza el mismo tratamiento periodontal, sin distinguir la etiología de la recesión, cosa que se debe observar y tener en cuenta para realizar los cambios oportunos en el protocolo de tratamientos del área de periodoncia, ya que no todos los pacientes periodontales afectados por retracciones que llegan a la clínica, presentan las mismas causas o nivel de gravedad, lo que determinará el tratamiento a realizar para la erradicación de la afección. También se determinó que el grupo dentario más afectado fueron los molares difiriendo con Loe H, citado por Medina A¹ dice que, “parece ser más común en dientes unirradiculares que en molares”.

Según los resultados, se encontró que la población femenina predomina en la muestra con más del 50% del total de la misma, además la edad más afectada fluctúa entre los 41 y los 48 años. También se pudo observar que las retracciones predominaban en pacientes con periodontitis, pero se debe resaltar que este resultado puede que no sea íntegro, ya que en la muestra se presentaban más casos de periodontitis que de gingivitis y esto pudo influir en el resultado obtenido.

5.3 Conclusiones.

La recesión gingival como tal no es más que la migración del margen de la encía desde su posición normal en el límite corona raíz a lugares por debajo de este límite. Esto supone la exposición de la superficie de la raíz del diente.

Según los objetivos planteados, se concluye que más del 70% de los pacientes atendidos en el área de periodoncia tienen retracciones gingivales, la mayoría de estos son mujeres y la edad más afectada ronda entre los 41 y los 48 años de edad. Se muestra también como resultado que las causas más frecuentes son: la inflamación gingival, la malposición dentaria y el trauma oclusal, respectivamente.

Se observó que predomina la clase I de Miller, y que la clase IV es la menos predominante. En esta investigación se obtuvo un conocimiento específico sobre la incidencia en los pacientes que se integran al área de periodoncia, sus posibles causas y sus diferentes clasificaciones.

Se determinó, además, que el conocimiento de los estudiantes, y por ende su manejo en el tratamiento de esta afección, son desfavorables para la atención de la misma en el paciente que la presenta, ya que se les aplica el mismo tratamiento periodontal para todos los casos que se presentan.

Con los resultados del presente trabajo se logrará crear conocimiento acerca de lo que son las retracciones gingivales, su importancia, un mayor conocimiento acerca de éstas; debido a este conocimiento, se podrá distinguir clínicamente la retracción, si se presenta o no en los pacientes atendidos en el área, el tipo de retracción que presente, sus posibles causas y se podrá elaborar un plan de tratamiento ideal para tratar las retracciones gingivales, según sea el caso que presenten los pacientes afectados.

5.4 Recomendaciones.

- Impartir un taller teórico-práctico, que proporcione a los estudiantes que cursan actualmente desde clínica I hasta clínica VII el material necesario para proveer al paciente afectado con retracciones gingivales la atención adecuada; que incluya desde definición, etiología o posibles causas, clasificación y tratamiento.
- En el temario de la asignatura Periodoncia II, tanto en la parte teórica como práctica, tratar el tema de retracciones gingivales más ampliamente de lo que actualmente se imparte, para que de esta forma los estudiantes de preclínico ingresen al ciclo clínico adecuadamente preparados para dar a los pacientes la atención que necesiten en este tema.
- Mayor rigurosidad por parte del grupo de doctores que conforman la cátedra de Periodoncia en el área clínica al momento del llenado de ficha en la identificación de la retracción gingival, y en caso de que esté presente entonces colocar dentro del plan de tratamiento el tratamiento adecuado para erradicar o mejorar la afección mencionada.
- Un cambio en la ficha del área de periodoncia, en el que haya un acápite que permita recolectar los datos necesarios para el estudiante para clasificar la retracción gingival y más adelante poderla tratar adecuadamente.

Referencias bibliográficas:

1. Medina A. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. *Av en Perio e Imp O*. 2009; 21(1): 1-13.
2. Romanelli HJ, Adams EJ. *Fundamentos de Cirugía Periodontal*. 1era edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Amolca; 2004.
3. Chambrone L, Bonazzio G, Chambrone LA. Traumatic gingival recession in dental students: Prevalence, severity and relationship to oral hygiene. *Ev for pract*. 2013; 47(2): 78–82.
4. Abdullah A, Mansour SA. Statistical analysis of the prevalence, severity and some possible etiologic factors of gingival recessions among the adult population of Tamar city, Yemen. *Or Re Art*. 2011 Jul-Sep; 8(3): 305-313.
5. Chang L. Comparison of age and sex regarding gingival and papillary recession. *Int J of Periodont and Rest Dent*. 2012; 32(5): 554-561
6. Lindhe J. *Periodoncia Clínica e Implantología Odontológica*. 4ta Ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2003.
7. *Glossary of Periodontology Terms*. American Academy of Periodontology. 4ta Ed. Chicago; 2001: 44.
8. Santarelli GA, Ciancaglini R, Campanari F, Dinoi C, Ferraris S. Connective tissue grafting employing the tunnel technique: a case report of complete root coverage in the anterior maxilla. *Int J Perio Rest Dent*. 2001; 21(1):77–83.
9. Belém Novaes Jr A, Belém Novaes A. *Cirugía periodontal con finalidad protésica*. Sao Paulo, Brasil: Editorial Amolca; 2001:35-55.
10. Boyd RL. Mucogingival consideration and their relationship to orthodontics. *J Periodontol*. 1978; 49:67–76.
11. Merriam-Webster. Merriam-Webster Online Dictionary. 2013. Disponible en <http://www.merriamwebster.com/dictionary/classification> (acceso Junio 2013).
12. Sullivan HC, Atkins JH. Free autogenous gingival grafts. III. Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. *Periodontics*. 1968; (6): 152–160.

13. Mahajan A. Mahajan's modification of miller's classification for gingival recession. *Dent Hyp.* 2010; (1): 45–50.
14. Smith RG. Gingival recession. Reappraisal of an enigmatic condition and a new index for monitoring. *J of Clin Periodontol.* 1997; (24): 201–205.
15. Mlinek A, Smukler H, Buchne A. The use of free gingival grafts for the coverage of denuded roots. *J of Periodontol.* 1973; (44): 248–254.
16. Miller PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J of Periodont and Rest Dent.* (5): 9–13.
17. Clinicaperiodoncia.cl, Clasificación de Miller, Clase I – Recesiones Gingivales [sede web] Colombia. Dra. Alarcón. Publicado 11 de Junio, 2011. Disponible en: <http://www.clinicaperiodoncia.cl/?p=154>
18. Pini-Prato G. The Miller classification of gingival recession: limits and drawbacks. *J Clin Periodontol.* 2011; 38: 243–245.
19. Banegas JR. Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectivas. *Rev. Elsevier (Esp).* 2005; 22(9): 353-362.
20. Parra Marquéz O, León Camacho M, Yépez JV, Barrios Peña M. Granuloma periférico de células gigantes en paciente con insuficiencia renal crónica. Reporte de caso. *Rev Od Los Andes.* 2013; 8(1): 34-43.
21. Medinline, Información de Salud para Usted. Maryland: The American Society of Health-System Pharmacists; 2010 [actualizada 15 de noviembre 2012; acceso 20 de mayo 2014]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a695008-es.html#side-effects>
22. Stahovich, Marcia RN, CCRN; Chillcott, Suzanne BSN, RN; Dembitsky, Walter P. MD. The Next Treatment Option: Using Ventricular Assist Devices for Heart Failure. *Critical Care Nursing Quarterly*, October/December 2007 30(4): 337–346.
23. Texas Heart Institute. Texas: Texas Heart Institute; 1996 [actualizada diciembre 2013; acceso 20 de mayo 2014]. Disponible en: http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics_Esp/Meds/aspirin_meds_sp.cfm

24. Wikipedia, La Enciclopedia Libre. México: Miguel Ortiz Arjona; 2008 [actualizada 7 marzo 2012; acceso 20 de mayo 2014] Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Amlodipina#Efectos_adversos
25. Costa, SR, Gasparini, D, Valsecia, ME. Hiperplasia gingival fibrosa inducida por fármacos en el NEA. Argentina: UNNE; 2003. Resumen: M-038.
26. Valicena M, Escalona LA. Manejo terapéutico para el paciente con Xerostomía. Acta Odontol. Ven. 2001; 39(1)
27. LABORATORIO MAGNACHEM INTERNATIONAL; Posología. [Acceso 20 de mayo 2014] Disponible en: <http://cfg.com.do/pages/brand/296>
28. Medinline, Información de Salud para Usted. Maryland: The American Society of Health-System Pharmacists; 2010 [actualizada 7 de noviembre 2010; acceso 20 de mayo 2014]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a686022-es.html#side-effects>
29. Laboratorio de aplicaciones médicas. República Dominicana: Laboratorio de aplicaciones médicas. 2011 [actualizada 29 mayo 2014; acceso 29 mayo 2014]. Disponible en: http://www.lam.com.do/index.php?option=com_virtuemart&page=shop.product_details&flypage=shop.flypage&product_id=63&Itemid=62
30. Rydén L, Grant PJ, Anker SD, Berne C, Cosentino F, Danchin N, et al. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diabetes, prediabetes y enfermedad cardiovascular, en colaboración con la European Society for the Study of Diabetes. Rev Esp Cardiol. 2014; 67:136.e1-e56
31. Medinline, Información de Salud para Usted. Maryland: The American Society of Health-System Pharmacists; 2010 [actualizada 27 de junio 2012; acceso 29 de mayo 2014]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm>
32. Medinline, Información de Salud para Usted. Maryland: The American Society of Health-System Pharmacists; 2010 [actualizada 15 de febrero 2014; acceso 20 de

- mayo 2014]. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a696005-es.html>
33. Medicamentos.com.mx. México: Merck S.A.; 2008 [acceso 22 de mayo 2014].
Disponible en: <http://www.medicamentos.com.mx/DocHTM/27210.htm>
34. Medinline, Información de Salud para Usted. Maryland: The American Society of Health-System Pharmacists; 2010 [actualizada 6 de julio de 2013; acceso 29 de mayo 2014]. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000353.htm>
35. Minsa.gob.pe. Perú: Merck Peruana S.A.; 2005 [acceso 22 de mayo 2014].
Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portallibreria2/biblio/plm/PLM/productos/48045.htm>
36. Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculares y de la Piel. EEUU: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. 2007; [acceso 29 de mayo de 2014]. Disponible en:
http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Arthritis/default.asp
37. Facmed.unam.mx. México: S.S.A. Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general; 2007 [actualizada 3 de agosto de 2007; acceso 22 de mayo de 2014]. Disponible en:
www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Prednisona.htm
38. Medinline, Información de Salud para Usted. Maryland: The American Society of Health-System Pharmacists; 2010 [actualizada 23 de mayo 2013; acceso 29 de mayo 2014]. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000141.htm>
39. Medinline, Información de Salud para Usted. Maryland: The American Society of Health-System Pharmacists; 2010 [actualizada 1 de diciembre de 2010; acceso 22 de mayo 2014]. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a684028-es.html#side-effects>
40. Medinline, Información de Salud para Usted. Maryland: The American Society of Health-System Pharmacists; 2000 [actualizada 1 de abril de 2003; acceso 22 de mayo 2014]. Disponible en:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a682871-es.html#side-effect>

41. Liébana J, Castillo AM, Álvarez M. Enfermedades periodontales: consideraciones microbiológicas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2004; 9(1): 75-91.
42. Medinline, Información de Salud para Usted. Maryland: The American Society of Health-System Pharmacists; 2000 [actualizada 22 de enero 2013; acceso 29 de mayo 2014]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001150.htm>
43. Medinline, Información de Salud para Usted. Maryland: The American Society of Health-System Pharmacists; 2000 [actualizada 15 de enero 2013; acceso 22 de mayo 2014]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a693050-es.html#side-effects>
44. Enciclopediasalud.com, La enciclopedia de artículos y respuestas de salud, dietética y psicología. [Actualizada 27 de diciembre 2013; acceso 29 de mayo 2014]. Disponible en: <http://www.enciclopediasalud.com/definiciones/lipotimia>
45. Medinline, Información de Salud para Usted. Maryland: The American Society of Health-System Pharmacists; 2000 [actualizada 10 de febrero 2013; acceso 29 de mayo 2014]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000458.htm>
46. Beca T, Hernández G, Bascones A. AINEs como tratamiento coadyuvante de la enfermedad periodontal. *Avances*. Agosto 2007; 19(2): 101-113.
47. Santos Peña M, Betancourt García A, Queirós Enríquez M, Curbeira EM, Santana D. Manual de terapéutica antimicrobiana en estomatología. Temas de actualización. *Rev Cubana Estomatol*. 1999; 36 (2).
48. Medinline, Información de Salud para Usted. Maryland: The American Society of Health-System Pharmacists; 2000 [actualizada 1 de septiembre 2010; acceso 29 de mayo 2014]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a685002-es.html>

49. WordReference.com, Online language dictionaries [sede Web]*. Virginia, USA: Michael Kellogg; [acceso Agosto 2013]. Disponible en: <http://www.wordreference.com/>
50. Wikipedia.org, La enciclopedia libre [sede Web]*. [Última actualización: 2 Junio 2013, a las 19:00; fecha de acceso: Agosto 2013]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Fisiopatolog%C3%ADa>
51. Significadode.org [sede Web]*. Editado por Diccionario Abierto; [acceso en Agosto 2013]. Disponible en: <http://www.significadode.org/medico/fenestraci%C3%B3n.htm>
52. Grados S, Salas M, Maetahara D, Flores S, Guzmán Y, Tello J, et al. Recubrimiento de la superficie radicular expuesta I. Gac dent: Ind y prof. 2011; (221): 124-129.
53. Matas F, Senti's J, Mendieta C. Ten-year longitudinal study of gingival recession in dentists. J Clin Periodontol 2011; 38: 1091–1098.

Anexos.

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRIQUEZ URENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA**



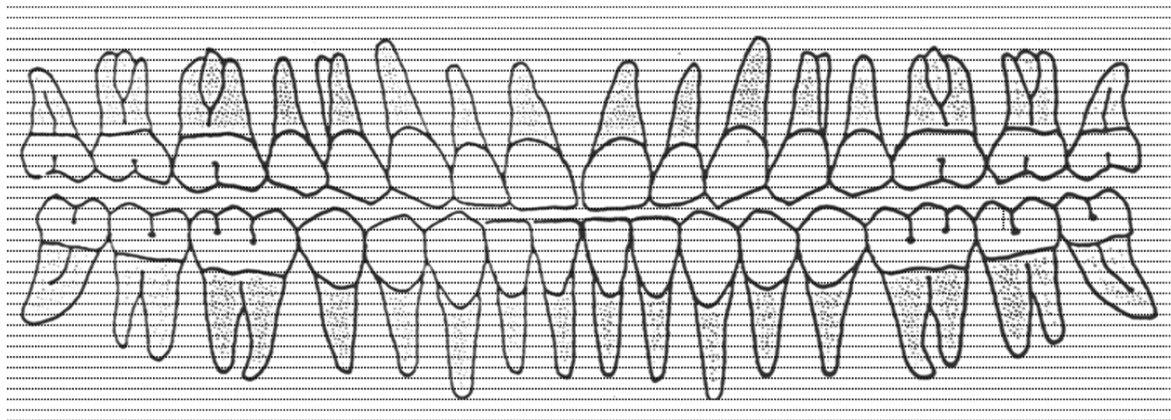
FICHA PERIODONTAL

DATOS DEL PACIENTE:			
Nombre:			
Sexo:			
Edad:			
Enfermedad que padece:			
Tratamiento médico:			
Uso de cepillo dental:	SI	NO	
Tipo de cerdas:	Suaves	Duras	No sabe
Cambia de cepillo dental:	NO	SI	(cada ____ meses)
Forma de cepillado:	Horizontal	Vertical	Ambas
Cepillado:	Bueno	Malo	Regular
Frecuencia del cepillado: ____ veces al día.			
Uso de hilo dental:	SI	NO	

EXAMEN INTRAORAL:		
Higiene:		
Excelente	Buena	Mala
Perdida dental:		
SI	NO	
Piezas ausentes:		
Causas de las pérdidas dentales:		

Enfermedad Periodontal	Trauma	Agnesia	Extracción
Otros:			
Portador de prótesis:	SI	NO	
Tipo de prótesis:	Prótesis Removible	Prótesis Fija	Implante
Estado Periodontal:			
Encías sanas	Gingivitis	Periodontitis	

Vestibular	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
Supuración																
Sangramiento																
Movilidad																
Comp. Furca																
Posic. Encía																
Prof. Sondaje																
Niv. Inserción																



Vestibular	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
Supuración																
Sangramiento																
Movilidad																
Comp. Furca																
Posic. Encía																
Prof. Sondaje																
Niv. Inserción																

<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación clínica: 1. Edad. 2. Malposición dentaria. 3. Inserción aberrante de frenillos. 4. Ausencia de encía queratinizada. 5. Trauma oclusal. 6. Inflamación gingival. 7. Cepillado traumático. 8. Enfermedad periodontal: Gingivitis Periodontitis Encías sanas 9. Tratamiento periodontal. 10. Laceraciones, traumatismos. 11. Obturaciones 12. Prótesis fijas 13. Prótesis removibles mal diseñadas. 14. Hábitos orales lesivos. 15. Movimiento ortodóntico no controlado en términos de fuerza, dirección o inclinación dental. <ul style="list-style-type: none"> • Clasificación de Miller: Clase _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación fotográfica: Inserción de frenillos Inflamación gingival Sangrado Laceraciones Retracción gingival Obturaciones insatisfactorias Prótesis Removible Prótesis Fija
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Evaluación radiográfica:				
Pérdida ósea:	Nula	Horizontal	Vertical	Mixta
Cortical alveolar:	Normal		Engrosada	
Ligamento periodontal:	Normal		Ensanchado	

- **Plan de tratamiento:**

1. Motivación.
2. Instrucciones de higiene oral.
3. Control de placa.
4. Profilaxis simple.
5. Raspado y alisado.
6. Cirugía periodontal.
7. Otros:

Banco de imágenes.



Ejemplo de recesión gingival: Clase I de Miller.



Ejemplo de recesión gingival: Clase II de Miller.



Ejemplo de recesión gingival: Clase III de Miller.

Momento de la medición de la pérdida de inserción de la encía, con una sonda periodontal.



Ejemplo de recesión gingival: Clase IV de Miller.

Momento de la medición de la pérdida de inserción de la encía, con una sonda periodontal.

Glosario.

- ✓ **Deshicencia:** Abertura espontánea de una zona que se había suturado durante una intervención quirúrgica.
- ✓ **Fenestraciones:** f. Acción o efecto de provocar una abertura de una cavidad al exterior o hacia otra cavidad.
- ✓ **Lámina basal:** La lámina basal es una fina capa de matriz extracelular que separa el tejido epitelial y muchos tipos de células, como las fibras musculares o las células adiposas, del tejido conjuntivo.
- ✓ **Revestimiento:** m. Colocación de una capa de cualquier material para proteger o adornar una superficie.
- ✓ **Etiología:** med. Parte de la medicina que tiene por objeto el estudio de las causas de las enfermedades. Causa de una enfermedad.
- ✓ **Biotipo:** m. biol. Forma de animal o planta que se considera característica de su variedad, especie o raza. Grupo de seres vivos que tienen características hereditarias comunes.
- ✓ **Cortical:** adj. De la corteza o relativo a ella.
- ✓ **Fisiopatogenia:** La fisiopatología es el estudio de los procesos patológicos (enfermedades), físicos y químicos que tienen lugar en los organismos vivos durante la realización de sus funciones vitales.

Trabajo de grado:

“Incidencia de las retracciones gingivales en los pacientes del área de periodoncia en la clínica de odontología Dr. René Puig de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, periodo Enero-Abril, 2014.

Dra. Julissa Rodríguez

Asesora temática

Dra. Guadalupe Silva

Asesora metodológica

Dr. Héctor Luís

Comité científico

Dr. Rogelio Cordero

Director de Escuela de Odontología